QUELLEN UND FORSCHUNGEN ZUR **BÜNDNER GESCHICHTE**

Herausgegeben
vom Staatsarchiv Graubünden **38**

Versorgen, behandeln, pflegen

Geschichte der Psychiatrie in Graubünden



SILAS GUSSET | LORETTA SEGLIAS | MARTIN LENGWILER

SCHWABE VERLAG



Quellen und Forschungen zur Bündner Geschichte

Band 38

Herausgegeben vom Staatsarchiv Graubünden
Redaktion: Florian Hitz



«M[eine] liebe M.
Will dir nur noch berichten,
das ich warscheinlich erst am Sontag
über acht Tage komme
Grus Lisi»
Postkarte mit der Aussenansicht Waldhaus

Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Schachtel
mit der Bezeichnung «Fotos», 2.12.1904.

Silas Gusset, Loretta Seglias, Martin Lengwiler

Versorgen, behandeln, pflegen

Geschichte der Psychiatrie in Graubünden

Schwabe Verlag

MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C107574

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

© 2021 Schwabe Verlag, Schwabe Verlagsgruppe AG, Basel, Schweiz
Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Das Werk einschliesslich seiner Teile darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in keiner Form reproduziert oder elektronisch verarbeitet, vervielfältigt, zugänglich gemacht oder verbreitet werden.
Abbildung Umschlag: Postkarte mit der Aussenansicht der «Irrenanstalt Waldhaus», Chur. Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Schachtel mit der Bezeichnung «Fotos», 2.12.1904. © 2021 Staatsarchiv Graubünden / Amt für Kultur, Chur
Cover: icona basel gmbh, Basel
Layout: mittelstadt 21, Vogtsburg-Burkheim
Satz: mittelstadt 21, Vogtsburg-Burkheim
Druck: BALTO print, Litauen
Printed in Lithuania
ISBN Printausgabe 978-3-7965-4333-3
ISBN eBook (PDF) 978-3-7965-4384-5
DOI 10.24894/978-3-7965-4384-5
Das eBook ist seitenidentisch mit der gedruckten Ausgabe und erlaubt Volltextsuche. Zudem sind Inhaltsverzeichnis und Überschriften verlinkt.

rights@schwabe.ch
www.schwabe.ch

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 9

Anliegen und Erkenntnisse der Studie 11

1 Anfänge des «Irrenwesens» im Kanton Graubünden (1800–1892) 21

1.1 Gescheitert und aufgeschoben: Erste «Irrenanstaltsprojekte» 1825 und 1829 21

1.2 Erstes Provisorium: Die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau (1840–1855) 24

1.2.1 Die Bündner Armenordnung von 1839 als rechtliche Grundlage der geschlossenen Fürsorge . . . 26

1.2.2 Arbeitsamkeit und Sittlichkeit: Gründung der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau 1840 27

1.2.3 Unterschiedliche Insassen und überlastete Anstaltsdirektion 28

1.2.4 Eröffnung der «Irrenabteilung» 1843: Verwahrung, Aufsicht und Pflege 30

1.2.5 Primat der Zwangsarbeit auch auf der «Irrenabteilung» 33

1.2.6 Missbräuchliche Versorgungen? Anstaltsdirektion gegen Armenkommission und Gemeinden . . 34

1.2.7 Kantonal versorgt – ausserkantonal oder international behandelt 36

1.3 Zweites Provisorium: Die Übersiedlung nach Realta 1855 38

1.3.1 Neue Einweisungs- und Kostgeldbestimmungen – alte Versorgungsprobleme 39

1.3.2 Zwangsarbeit oder Isolation für die «Irren» in Realta 43

1.3.3 Belohnung und Strafe: Disziplinarische Vorschriften auch für die «Irren» 44

1.4 Neue «Irrenanstaltsprojekte» als Folge der «Irrenstatistiken» 45

1.4.1 Erste Bündner Irrenstatistik von 1851: Nachweis hoher Verwahrungsrate psychisch kranker Menschen 46

1.4.2 Zweite Bündner Irrenstatistik von 1874: Verschärfung der «Irrenversorgungsfrage» 50

1.4.3 Dritte Bündner Irrenstatistik von 1888: Die Behörden reagieren mit Massnahmen 54

1.5 Die Weichen werden gestellt: Private Initiative zur Gründung der ersten kantonalen psychiatrischen Anstalt 55

Nahaufnahme 1: Johann Friedrich Kaiser (1823–1899) und seine Herzensangelegenheit – Der Bündner Hilfsverein für Geisteskranke 57

2 Die Zeit der Anstalten im Kontext der Sozial- und Gesundheitspolitik (1890er–1960er Jahre) 63

2.1 Gründungsphase: Zwei Einrichtungen mit ungleicher Zweckbestimmung 63

2.1.1 Eröffnung der Irren- und Krankenanstalt Waldhaus 1892: ein «Fest des stillen Ernstes» 63

2.1.2 Eröffnung der Multifunktionsanstalt Asyl Realta 1919: eine geräumige Pavillonanlage 73

2.1.3 Bau- und Betriebsbudget: Finanzielle Regulierungsmassnahmen der Regierung 81

2.2 Die Anstaltspsychiatrie bis 1960: Zwischen Stagnation und Aufbruch 85

2.2.1 Beruhigung, Beschäftigung und Unterhaltung: Ruhigstellung und Therapie bis in die 1940er Jahre 85

2.2.2 Von den Jörger'schen Direktorien zur modernen Psychiatrie 93

2.2.3 Vom Asyl Realta zur Psychiatrischen Klinik Beverin: ein beschwerlicher Entflechtungsprozess . . . 113

2.3 Die Anstalten in Zahlen: Pensionsverträge und Konkurrenzverhältnis 120
2.3.1 Folgenschwerer Pensionsvertrag mit der Zürcher Gesundheitsdirektion 122
2.3.2 Fluktuation durch Kriegsmobilmachung und Internierungslager 125
2.3.3 Der Aufbruch zur modernen Psychiatrie 1940er–1960er Jahre 127

Nahaufnahme 2: Gaudenz Canova (1887–1962) – Ein Anwalt und Politiker im Kampf gegen eine Zweiklassenjustiz 129

Nahaufnahme 3: Greti Caprez-Roffler (1906–1994) – Die erste Bündner Anstaltspfarrerin 132

3 Einweisungsgründe und Behandlungsmethoden (bis um 1990) 137

3.1 Psychiatrische Einweisungen: Instanzen und Begründungen 137
3.1.1 Erste Rechtsgrundlagen für Entmündigungen und Anstaltseinweisungen: Armenordnung und Bündner Privatrecht 137
3.1.2 Neue Rahmenbedingungen: Das Schweizerische Zivilgesetzbuch (1912) und das Bündner Fürsorgegesetz (1920) 139
3.1.3 Statuten der psychiatrischen Anstalten Graubündens: Regelung der Aufnahmeverfahren 144
3.1.4 Die ärztliche Einweisung: zwischen freiwilligem Eintritt und zwangsweiser Einweisung 147
3.1.5 Fürsorgerische Zwangsmassnahmen zwischen 1949–1990: Ein Mengengerüst 150
3.1.6 Stärkung des Rechtsschutzes? Die Einführung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs 152

3.2 Diagnostik in den Bündner Kliniken: Brüche und Kontinuitäten 154
3.2.1 Vielfalt in der Diagnostik und Dokumentationsweise in den Bündner Kliniken 154
3.2.2 Diagnostische Oberkategorien im Wandel der Zeit (1892–1976) 158
3.2.3 Längsschnitt der Diagnostik in der stationären Psychiatrie: Bündner Charakteristika 159

3.3 Behandlungsmethoden und therapeutische Ansätze 165
3.3.1 Therapeutische Versuche in der Zwischenkriegszeit: Malariatherapie und Schlafkur 165
3.3.2 Körper unter Schock: Insulinkuren und Elektroschocktherapie 166
3.3.3 Spannungsfeld Leukotomie: Betriebsamkeit oder Leiden «abgestellt»? 179
3.3.4 «Alkoholvergällungskuren» mit Apomorphin und Antabus 182
3.3.5 Die psychopharmakologische Wende der 1950er Jahre 187
3.3.6 Eugenik in der Bündner Psychiatrie (Sippenforschung, Sterilisationen u. a.) 196
3.3.7 Präventivmassnahme bei Sexualstraftätern: die Kastration 200
3.3.8 Zwangsernährung bei Alterskranken: Pflegerischer Einsatz für die Palliativpflege 205

Nahaufnahme 4: Anstaltsökonomie und moderne Unternehmensfinanzierung – Die wirtschaftlichen Herausforderungen der Psychiatrie 208

Bildstrecke – Fotografien der Ordnung 215

4 Ärztliche, pflegerische und Patientenperspektive: Innenansichten der Psychiatrie (2. Hälfte des 20. Jahrhunderts) 231

4.1 Das Pflegepersonal: Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses 231
4.1.1 Die Irrenwartung bis ins frühe 20. Jahrhundert: Aufgaben, Vorschriften und Profil 231
4.1.2 Nationale Weichenstellungen für die Professionalisierung der Psychiatriepflege 236
4.1.3 Unter Professionalisierungsdruck: Entwicklungen in den 1940er Jahren 238
4.1.4 Später Wandel im pflegerischen Selbstverständnis (1950er bis 1980er Jahre) 242

4.2 Die Ärzteschaft: Bedeutung der psychiatrischen Gutachtertätigkeit 254
4.2.1 Die Anfänge der Begutachtung und der Kampf um eine angemessene Entschädigung 255
4.2.2 Sachverständige für Behörden und Gerichte: Intensivierung der Gutachtertätigkeit seit den 1940er Jahren 257

4.3 Die Sicht der Patientinnen und Patienten auf ihren Klinikaufenthalt 260
4.3.1 Psychiatrische Unterbringung als fürsorgerische Zwangsmassnahme 260
4.3.2 Psychiatrische Unterbringung als rettende Massnahme 264

Nahaufnahme 5: Dumeng Bezzola (1868–1936) – Ein bedeutender Bündner Psychoanalytiker 265

Nahaufnahme 6: Armin Pirovino (*1932) – 43 Jahre Pflegefachmann in der Klinik Waldhaus 270

5 Aufbruch durch Reformen: Ausbau und Differenzierung zwischen 1960 und 1990 273

5.1 Zwei Kliniken, zwei Sichtweisen: abweichende Entwicklungslinien in den Öffnungstendenzen 274
5.1.1 Erste räumliche Anpassungen in der institutionellen Unterbringung psychisch kranker Menschen 275
5.1.2 Differenzierung des Therapieangebots seit den 1960er Jahren 278
5.1.3 Sozialarbeitende in den Kliniken – «Bindeglied zwischen Klinik und Patienten» 283
5.1.4 Personalausbau und Diversifizierung der Berufsgruppen 285
5.1.5 Eugenische Einflüsse auf die Psychiatriereformen 289
5.1.6 Zunehmende Suizide in Beverin – Kehrseite der Öffnung? 295

5.2 Ausdifferenzierung des psychiatrischen Angebots im Kanton Graubünden seit den späten 1970er Jahren 296
5.2.1 Aufbau eines ambulanten Angebots – erste Weichenstellung für die spätere Gesundheitsplanung 296
5.2.2 Das «Psychiatrie-Konzept» von 1985 – auf dem Weg zur kantonalen Koordination 301
5.2.3 Ausbau des Klinikangebots und verstärkte Aussenbeziehungen 309
5.2.4 Eine Skandalisierung wirkt beschleunigend – Entflechtung von Psychiatrie und Strafvollzug in Cazis 1989 312

5.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Graubünden seit 1969 314
5.3.1 Eine Stiftung zur Schaffung eines Beobachtungs- und Therapieheims für Kinder und Jugendliche (1969) 317
5.3.2 Ein neuer Stiftungszweck – Aufbau eines ambulanten Dienstes im Auftrag der Regierung 321
5.3.3 Finanzierungsprobleme in der Aufbauphase 324
5.3.4 Das Therapiehaus Fürstenwald: ein teilstationäres und stationäres Angebot wird Realität – mit Einschränkungen 328
5.3.5 Eine Jugendstation als fortwährendes Desiderat – auch an der Schnittstelle zum Massnahmenvollzug 329
5.3.6 Leistungsauftrag des Kantons (1998) – Stärkung der eigenen Position 332
5.3.7 Der Kampf um die Selbständigkeit und der Weg in die PDGR 335

Nahaufnahme 7: Ken Margreth (*1982) – Leben mit einer psychischen Krankheit 339

6 Psychiatrie als Dienstleistung: Entwicklungen seit 1990 343

6.1 Von der Klinik zum psychiatrischen Zentrum – Weiterführung des Versorgungsausbaus 345
6.1.1 Ein längst überfälliger Umbau der psychiatrischen Klinik Waldhaus 345
6.1.3 Externe Wohngruppe «Casanna» – Übernahme eines privat initiierten Wohnangebots 349
6.1.4 Regionale Initiativen für Verbesserungen im Gesundheitswesen – psychiatrische Versorgung im Misox 351
6.1.2 Tagesklinik Waldhaus – ein therapeutisches Angebot des Übergangs 353

6.2 Leitbilder und Konzepte zwischen Reflexion und Messbarkeit ... 356
6.2.1 Anpassung der Führungsstrukturen – ein Entscheid «von oben» ... 359
6.2.2 Handlungsrichtlinien am Beispiel der Zwangsprotokolle der Klinik Waldhaus 1995–1999 ... 361
6.2.3 Anwendung von Zwang als Ausgangspunkt zur Stärkung der Patientenrechte ... 363
6.2.4 Eine Vertretung für Angehörige – die Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken (VASK) ... 365

6.3 Verstärkte Orientierung des staatlichen Gesundheitswesens an marktwirtschaftlichen Logiken – der Weg zur öffentlich-rechtlichen Anstalt ... 367
6.3.1 Loslösung aus der kantonalen Verwaltung und Überführung in eine öffentlich-rechtliche Anstalt 368
6.3.2 Leistungsaufträge zur Sicherung des Versorgungsauftrags in prozessorientierter Unternehmenskultur ... 370
6.3.3 Jüngste Reformen und ihre Herausforderungen aus personeller Sicht ... 374

6.4 Öffentlichkeitsarbeit im Zeichen der Entstigmatisierung ... 376

Dank ... 381

Abkürzungen ... 382

Quellen- und Literaturverzeichnis ... 383
Interviews: Quellenkritische Anmerkungen ... 383
Schriftliche Quellen: Quellenkritische Anmerkungen ... 385
Ungedruckte Quellen ... 385
Gedruckte Quellen ... 397
Sekundärliteratur ... 404

Anhang ... 417
Leitungspersonen und institutionelle Bezeichnungen ... 417
Statistiken und Grunddaten der Diagramme ... 419
Chronik der Bündner Psychiatriegeschichte ... 443
Personenregister ... 448
Ortsregister ... 449
Sachregister ... 451

Vorwort

In jüngerer Zeit wurde verschiedentlich in den Medien insbesondere im Zusammenhang mit fürsorgerischen und ärztlichen Zwangsmassnahmen sowie mit Medikamentenversuchen die Rolle der Psychiatrie thematisiert. Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik wurde im Kanton Graubünden wie in praktisch allen anderen Kantonen dadurch erschwert, dass fundierte psychiatriehistorische Untersuchungen fehlten.

Aus diesem Grund beauftragte die Regierung nach erfolgter öffentlicher Ausschreibung Anfang März 2018 in Absprache mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR) das Departement Geschichte der Universität Basel mit der Aufarbeitung der Psychiatriegeschichte des Kantons Graubünden. Die Studie sollte die Geschichte der Bündner Psychiatrie sowohl bezüglich der Erwachsenen- als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie wissenschaftlich aufarbeiten. Aufzuzeigen war die historische Entwicklung der psychiatrischen Behandlungs- und Pflegemethoden, des Umgangs mit den Patientinnen und Patienten sowie der betrieblichen und organisatorischen Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung im Kanton. Auch sollten die Gründe für die jeweiligen Behandlungsmethoden und Vorgehensweisen und das jeweilige gesellschaftliche und soziale Umfeld dargestellt und eingeordnet werden. Im Rahmen der Aufarbeitung sollten, soweit möglich, betroffene und involvierte Parteien berücksichtigt werden.

Die dem Kanton im Juli 2020 übergebene rund 450-seitige Studie enthält die Darstellung der Psychiatriegeschichte des Kantons Graubünden von den Anfängen im 19. Jahrhundert bis in die jüngste Vergangenheit. Sie konzentriert sich auftragsgemäss auf die institutionelle Psychiatrie, das heisst auf die beiden Kliniken Waldhaus und Beverin beziehungsweise ihre Vorgängereinrichtungen. Dabei beleuchtet sie nicht nur die behördliche und ärztliche Perspektive, sondern bezieht auch jene der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegerinnen und Pfleger ein. Berücksichtigt wird in diesem Zusammenhang auch die Entwicklung des Pflegeberufs, der in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Für die letzten Jahrzehnte wurde zusätzlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Betrachtung miteinbezogen.

Welches sind nun die Ergebnisse der Studie im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit der historischen Rolle der Psychiatrie im Kanton? Betreffend die fürsorgerischen und ärztlichen Zwangsmassnahmen, die eugenisch motivierten Forschungen und Eingriffe sowie allfällige Medikamentenversuche sind folgende Feststellungen besonders wichtig.

Zwangsmassnahmen hatten lange einen prägenden Einfluss auf die Bündner Psychiatrie. Gemäss der Studie erfolgten bis 1980 ein Drittel bis die Hälfte der psychiatrischen Eintritte aufgrund von Zwangseinweisungen. Durch die ihm gehörende multifunktionale Anstalt Realta verfügte der Kanton Graubünden anders als andere Kantone schon früh über eine institutionalisierte und damit besonders enge Beziehung zwischen fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und der Psychiatrie.

Die Bündner Psychiatrie war im 20. Jahrhundert eines von mehreren Zentren der erbbiologischen und eugenischen Forschung in der Schweiz. Zu den Forschungsfeldern gehörten die Stammbaumforschung und der Aufbau eines «Sippenarchivs». Aufgrund der Studie bleibt dagegen festzuhalten: Eugenisch begründete medizinische Eingriffe (Sterilisationen, Kastrationen) wurden in den Bündner Kliniken nicht häufiger vorgenommen als in vergleichbaren Einrichtungen anderer Kantone. Die Sterilisationen wurden vielfach auch mit sozialen und ökonomischen Anliegen begründet. Allerdings wurden die Psychiater der Bündner Kliniken von den Behörden häufig um Gutachten für die Erstellung von Ehefähigkeitszeugnissen angefragt. Auf Grund ihrer Empfehlungen wurden insbesondere Menschen mit einer geistigen Behinderung von den Behörden für eheunfähig erklärt.

In der Klinik Beverin wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zahlreiche als Sexualstraftäter verurteilte Männer als Präventivmassnahme kastriert, bis um 1970 primär auf operativem Weg. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts dürften gemäss der Studie weit über hundert Insassen der Anstalt Realta in der Klinik Beverin kastriert worden sein. Die meisten Eingriffe erfolgten nach einer Verständigung zwischen Richtern, Psychiatern und Betroffenen, die dadurch eine Milderung des Strafmasses erwirkten.

Die Bündner Kliniken engagierten sich stark in der Entwicklung und Anwendung neuer Therapien, auch wenn diese wie die Insulinkuren und die lange ohne Narkose und Muskelentspannung durchgeführten Elektroschocktherapien oft mit

starken körperlichen Nebenwirkungen verbunden waren. Mit diesen auch in psychiatrischen Kliniken anderer Kantone erprobten Eingriffen bewegten sich die Psychiatrischen Kliniken des Kantons gemäss der Studie im Rahmen der zeitgenössischen therapeutischen Entwicklungen.

Medikamentenversuche mit noch nicht zugelassenen Medikamenten fanden in den Bündner Kliniken statt, vermutlich aber eher vereinzelt – wobei manches darauf hindeutet, dass bis in die 1960er Jahre die Einwilligung der Patientinnen und Patienten nicht systematisch eingeholt wurde. Das Ausmass der Medikamentenversuche konnte in der Studie nicht genau bemessen werden, da in den Akten nur wenige Forschungsunterlagen auffindbar waren. Die überlieferten Hinweise führen indessen zur Annahme, dass solche Versuche nicht systematisch vorkamen. So attestieren die Studienverfasser und -verfasserinnen der Bündner Psychiatrie, dass sie bei der Erforschung neuer Psychopharmaka keine prominente Rolle spielte.

Für die jüngere Zeit ergibt die Studie, dass in den 1960er Jahren eine anhaltende Reformphase der Bündner Psychiatrie einsetzte. Die Kliniken entwickelten spezialisierte Angebote für unterschiedliche Patientengruppen wie Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderungen oder ältere Patientinnen und Patienten. Klinikintern wurde die Stellung der Pflege aufgewertet. Das Pflegepersonal erhielt schrittweise mehr Kompetenzen bei pflegerischen Entscheidungen. Seit den 1970er Jahren wurden zudem die ambulanten und teilstationären Angebote der Bündner Psychiatrie stark ausgebaut. Die psychopharmakologische Wende ermöglichte es, Menschen mit psychischen Störungen auch ausserhalb der Klinik zu behandeln. Die Kliniken wurden dadurch mehr und mehr zu Orten akuter Krisenintervention.

In der jüngsten Vergangenheit lassen sich innerhalb der Bündner Psychiatrie verstärkte Bestrebungen für eine kritische Selbstreflexion beobachten. Wie die Studie festhält, setzen sich die Fachvertreterinnen und -vertreter mit der gesellschaftlichen Rolle der Psychiatrie auseinander, etwa im Kontext der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen oder im Umgang mit Zwang in der stationären Unterbringung. Die Entwicklungen in den vergangenen Jahrzehnten verliefen nicht linear und ohne Reibungsflächen. Die Psychiatrie verbleibt in einem Spannungsfeld zwischen individuellen und gesellschaftlichen Ansprüchen, die einer andauernden kritischen Reflexion bedürfen. Gesundheitsbehörden und Psychiatrie sind Teil der angestrebten Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Eben diese Anstrengungen haben denn auch zum Forschungsauftrag für die Studie zur Psychiatriegeschichte geführt.

Ich danke dem Team der Universität Basel – Prof. Dr. phil. Martin Lengwiler, Dr. phil. Loretta Seglias und Silas Gusset – für seine fundierte Arbeit. Dieses Team hat fristgerecht eine umfassende Darstellung der Psychiatriegeschichte des Kantons Graubünden erarbeitet und dabei einen konsequent kritischen Zugang verfolgt. Auch zusätzliche Abklärungen zu Fragen, die im Verlaufe der Untersuchungen aufkamen, wurden nicht gescheut.

Mein Dank geht auch an die Mitglieder der Steuerungsgruppe, die aus folgenden Personen bestand: lic. iur. Nicola Kull, Departementssekretärin, PD Dr. med. Andres Schneeberger, ärztlicher Direktor Erwachsenenpsychiatrie PDGR, Heidi Eckrich, ärztliche Direktorin Kinder- und Jugendpsychiatrie PDGR, Dr. phil. Cordula Seger, Leiterin Institut für Kulturforschung Graubünden und lic. phil. Reto Weiss, Staatsarchivar sowie lic. iur. Gion Claudio Candinas, der das Sekretariat der Steuerungsgruppe besorgte.

Ich bin mir bewusst, dass die Studie in Übereinstimmung mit dem Auftrag nicht alle Fragen abschliessend ausleuchtet, die sich im Zusammenhang mit der Psychiatriegeschichte des Kantons Graubünden stellen. So fehlen im Kanton Graubünden beispielsweise umfassende quantitative Erhebungen zur Sterilisationspraxis. Solche Erhebungen könnten Gegenstand weiterführender Forschungen bilden. Die Studie bietet indessen wie angestrebt eine fundierte Grundlage für eine faktenbasierte Auseinandersetzung mit der Psychiatriegeschichte des Kantons. Sie ermöglicht eine Beurteilung der Rolle der Psychiatrie im Kanton in der Vergangenheit und gewährt zugleich eine Informationsbasis zur gegenwärtigen und zukünftigen Ausrichtung dieser Psychiatrie.

Wichtig erscheint mir, dass die Rolle der Psychiatrie in ihren historischen Kontext gestellt wird und in diesem Rahmen gewürdigt und beurteilt wird. In diesem Sinne wünsche ich und erhoffe ich mir eine gute Aufnahme der Studie, aber auch eine kritische Auseinandersetzung mit den darin getätigten Feststellungen zur Bündner Psychiatrie. Ich bin mir bewusst, dass das Lesen der umfangreichen Studie anspruchsvoll ist. Der dadurch erzielbare Informations- und Erkenntnisgewinn lohnt indessen diesen Aufwand.

Chur, im Januar 2021 *Peter Peyer, Regierungsrat*

Anliegen und Erkenntnisse der Studie

Die Geschichte der Bündner Psychiatrie wurde bislang noch nicht umfassend untersucht.[1] Die vorliegende Studie schliesst diese Forschungslücke. Sie richtet sich an ein breites Publikum. Denn die Bündner Psychiatriegeschichte berührt eine Reihe von Themen, die in jüngster Zeit öffentlich debattiert und wissenschaftlich untersucht wurden. Dazu gehören die allgemeine Psychiatriegeschichte der Schweiz, die Geschichte der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen sowie die Pharmaziegeschichte, insbesondere die Medikamententests an Patientinnen und Patienten vor Einführung der heutigen standardisierten Prüfverfahren.[2]

In dieser Studie untersuchen wir die Psychiatriegeschichte Graubündens umfassend, kritisch und auf der Höhe des aktuellen Forschungsstandes. Die folgenden Kapitel präsentieren einen detaillierten und problemorientierten Einblick in die Bündner Psychiatriegeschichte, von den Anfängen im 19. Jahrhundert bis in die jüngste Vergangenheit. Die Darstellung bettet die Entwicklungen im Kanton Graubünden in den nationalen Zusammenhang ein und hebt dabei die regionalen und kantonalen Eigenheiten heraus. In drei Bereichen betreten wir Neuland und gehen über den Forschungsstand hinaus. Die Studie verweist erstens auf die Bedeutung fürsorgerischer Zwangsmassnahmen für die Psychiatriegeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts. Zweitens veranschaulicht sie die bislang noch kaum erforschte Perspektive des Pflegepersonals sowie der Patientinnen und Patienten und eröffnet damit einen vertieften Einblick ins Innenleben psychiatrischer Anstalten und Kliniken. Drittens bietet sie eine ausführliche Darstellung der jüngsten Psychiatriegeschichte von den 1960er Jahren bis in die Gegenwart – eine in der Forschung ebenfalls noch kaum untersuchte Zeitspanne.[3]

Unsere Untersuchungen konzentrieren sich auf die institutionelle Psychiatrie, das heisst auf die beiden grossen Anstalten Waldhaus und Beverin. Die niedergelassene Psychiatrie, die in freier Praxis tätigen Psychiaterinnen und Psychiater, finden nur am Rande Erwähnung. Ebenso wenig beleuchten wir private Bündner Kliniken, die psychiatrische Behandlungen anbieten. Für diesen Fokus gibt es zwei Gründe. Einerseits ist die Bündner Psychiatrie historisch geprägt und dominiert von den beiden Anstalten Waldhaus und Beverin. Grosse, historisch bedeutende psychiatrische Privatkliniken gibt es im Unterschied zu anderen Kantonen nicht. Andererseits ist die Beschränkung auf die institutionelle Psychiatrie auch durch die Quellensituation begründet. Bei privaten Kliniken oder Praxen ist die Überlieferung oft fragmentarisch und der Zugang zu den Originalquellen unsicher.

Der Untersuchungszeitraum reicht vom frühen 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart. Der Schwerpunkt liegt in der Zeit seit Mitte des 20. Jahrhunderts. Auch die Vorgeschichte der psychiatrischen Einrichtungen im 19. Jahrhundert, die die frühe Institutionalisierung der «Irrenfürsorge» umfasst und in die Gründung der ersten Bündner Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus 1892 mündet, wird beleuchtet.

Die Studie rekonstruiert nicht nur die behördliche und ärztliche Perspektive, sondern bezieht auch jene der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegerinnen und Pfleger ein. Dafür nutzt sie eine breite Palette von Quellen. Darunter fallen schriftliche Verwaltungsquellen, insbesondere Archivquellen aus dem Staatsarchiv Graubünden und den Verwaltungsarchiven der Klinik Waldhaus und der Klinik Beverin. Weiter stützen wir uns auf publizierte Amtsdruckschriften, Patientenakten sowie die Fachpublikationen des ärztlichen Personals der Kliniken. Für statistische Aussagen über die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten, die Einweisungsgründe in die psychiatrischen Einrichtungen sowie die Behandlungsmethoden konnten wir rund 200 Dossiers aus der Zeit zwischen 1945 und 1985 untersuchen, die zu einzelnen Patientinnen und Patienten der Kliniken Waldhaus und Beverin angelegt wurden. Zur Wahrung des Personendatenschutzes werden diese Patientenakten nur anonymisiert zitiert. Schliesslich haben wir Interviews mit Personen aus dem Kreis der Ärzteschaft, des Pflegepersonals, der kantonalen Verwaltung, der sozialen Dienste sowie der Patientinnen und Patienten – beziehungs-

---

1 Zum Forschungsstand vgl. insbesondere Schrofer (1999); Aliesch (2013; 2017); Rietmann (2017); Galle (2016).

2 Vgl. exemplarisch: Germann (2017); Rietmann / Germann / Condrau (2018); Meier / König / Tornay (2019).

3 Die Darstellung reicht bis 2018. Jüngste Entwicklungen wie etwa die Eröffnung der geschlossenen Justizvollzugsanstalt Cazis Tignez, die in Ergänzung zur offenen Justizvollzugsanstalt Realta entstanden ist, sind nicht mehr berücksichtigt.

weise ihrer Angehörigen – geführt. Insgesamt konnten wir 23 Interviewpartnerinnen und -partner finden. Die Interviews wurden halboffen und leitfadengestützt geführt. Für jede Interview-Gruppe formulierten wir einen eigenen Leitfaden. Eine ausführlichere Darstellung unseres methodischen Zugangs findet sich im Quellen- und Literaturverzeichnis am Ende der Studie.

Die Psychiatriegeschichte ist ein schwieriges Fach und mahnt zur intellektuellen Bescheidenheit. Wer aus heutiger Sicht die sogenannten «Geisteskrankheiten» vergangener Epochen zu rekonstruieren versucht, stösst auf zahlreiche Hürden. Die psychischen Erkrankungen haben sich historisch verändert; auch die psychiatrischen Terminologien wandelten sich stark; zudem ist der gesellschaftliche Kontext je nach Epoche ein anderer. Es fällt vor diesem Hintergrund schwer, historische Krankheitsbeschreibungen einzuordnen. Die Psychiatriegeschichte kennt zahlreiche Modekrankheiten und Modediagnosen. Diagnosen wie «Psychopathie» haben ihre Bedeutung im 19. und 20. Jahrhundert stark verändert. Andere wie der «Schwachsinn», eine um 1900 sehr verbreitete Diagnose, sind heute nicht mehr gebräuchlich. Viele historische Diagnosen waren unpräzise Sammelbegriffe und selbst unter zeitgenössischen Fachleuten umstritten. Auch die therapeutischen Ansätze waren im 20. Jahrhundert raschen Veränderungen unterworfen, je nach wissenschaftlichen Trends.

Vor diesem Hintergrund weiss niemand genau, wie sich der «Schwachsinn» vor hundert Jahren anfühlte und was sich hinter dessen vorübergehenden Häufung verbirgt. Eine Zunahme psychischer Erkrankungen? Oder nur ein diagnostischer Trend, dem die Zunft der Psychiater willig folgte? Sowohl für die Psychiatrie wie für die somatische Medizin gilt: Bei vielen Krankheitsbegriffen handelte es sich nicht einfach um Namen für präzis bestimmbare psychische Störungen. Krankheitsbezeichnungen waren zu einem wesentlichen Teil ärztliche Konventionen. Sie deuteten Symptome, hinter denen eine Krankheit vermutet wurde.

Zugleich will niemand bestreiten, dass Menschen auch in der Vergangenheit unter psychischen Störungen litten und Hilfe benötigten. Das Problem der Forschung ist, dass die schriftlichen Quellen mehrheitlich aus ärztlicher oder behördlicher Sicht geschrieben sind und die Perspektive der Betroffenen darin kaum enthalten ist. Wenn wir im Folgenden also von «Patientinnen und Patienten» oder von «Geisteskranken» schreiben, folgen wir dem ärztlichen Blick und müssen eingestehen, dass meist unklar bleibt, welche Biografie sich hinter der Fachterminologie verbirgt.

Unsere Studie gliedert sich in sechs Kapitel (Kap. 1–4 verfasst von Silas Gusset; Kap. 5 und 6 von Loretta Seglias; diese Einleitung von Martin Lengwiler). Das erste Kapitel schildert die Anfänge der Bündner Psychiatriegeschichte im 19. Jahrhundert. Beleuchtet wird die Entwicklung der Psychiatrie in Graubünden vor der Gründung der ersten psychiatrischen Anstalten, insbesondere der Umgang mit Geisteskrankheiten in der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau und der späteren Korrektionsanstalt Realta. Im Blickfeld stehen die Bemühungen um eine psychiatrische Versorgung in einem politischen Raum, der zu Beginn des 19. Jahrhunderts nur eine schwache Zentralgewalt kannte. Erst seit der Bündner Kantonsverfassung von 1854 zählte bei Abstimmungen die Mehrheit der Stimmbürger und nicht mehr die Mehrheit der Gemeinden. Gesamtkantonale Regelungen für soziale Fragen fanden eine grössere Zustimmung und setzten sich zunehmend durch. Die Kapitel 2, 3 und 4 beleuchten hauptsächlich den Zeitraum von den 1880er bis zu den 1960er Jahren und unterscheiden sich durch ihren thematischen Fokus. Im zweiten Kapitel steht die institutionelle Entwicklung der Klinik Waldhaus und des Asyls Realta (beziehungsweise ab 1951 der Klinik Beverin) im Vordergrund. Neben der Behördenorganisation sowie den Kontroll- und Aufsichtsfunktionen werden die Organisation, der Betrieb und die Finanzierung der beiden Kliniken dargestellt und in den nationalen Kontext eingeordnet. Das dritte Kapitel beleuchtet die medizinhistorische Dimension der Bündner Psychiatriegeschichte. Dargestellt wird die Entwicklung der Einweisungen in die psychiatrischen Anstalten, die Geschichte der ärztlichen Diagnostik sowie jene der psychiatrischen Behandlungsmethoden und therapeutischen Ansätze. Das Kapitel diskutiert auch die Bedeutung eugenischer Ansätze für die Interventionen in der Psychiatrie (insbesondere bei Sterilisationen und Kastrationen) sowie den versuchsweisen Einsatz neuer Medikamente im Rahmen klinischer Versuche in Bündner Kliniken. Das vierte Kapitel schildert die Innenansicht der beiden Kliniken, aus den Perspektiven des ärztlichen Personals, des Pflegepersonals sowie der Patientinnen und Patienten. Wie standen die verschiedenen Gruppen zueinander im klinischen Alltag? Wie hat sich ihr Verhältnis im Verlauf des 20. Jahrhunderts verändert? Ein besonderes Augenmerk gilt dabei dem Pflege-

beruf, der sich im untersuchten Zeitraum fachlich stark entwickelte und an Bedeutung und Einfluss gewann. Dargestellt werden auch die Rolle der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen bei psychiatrischen Versorgungen sowie der Einfluss der forensischen Psychiatrie auf die Bündner Strafjustiz und die behördlichen Versorgungsentscheide.

Die letzten beiden Kapitel sind chronologisch gegliedert. Das Kapitel 5 behandelt den Zeitraum von 1960 bis 1990, das Kapitel 6 die Phase von den 1990er Jahren bis in die Gegenwart. Im fünften Kapitel steht der vielschichtige Öffnungsprozess der Psychiatrie im Vordergrund. Aus der alten Anstaltspsychiatrie wurde eine moderne klinische Psychiatrie mit ausdifferenzierten Einrichtungen und zahlreichen ambulanten Behandlungsangeboten. In diese Phase fallen auch eine zunehmende Regionalisierung sowie der Aufbau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots. Die Zeit seit den 1990er Jahren (Kap. 6) steht im Zeichen einer ambivalenten, vielschichtigen Entwicklung. Der Ausbau der psychiatrischen Dienstleistungen, sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich, wurde begleitet durch eine erweiterte Mitsprache von Patientinnen und Patienten, beziehungsweise deren Interessenvertretungen, bei den psychiatrischen Entscheidungen. Die professionelle Vernetzung und die Reflexion der ärztlichen oder pflegerischen Arbeit wurden ebenfalls verstärkt. Seit den 1990er Jahren lässt sich eine zunehmende Tendenz zur Bürokratisierung und Ökonomisierung, die auch auf Kritik stiess, feststellen. Einzelne Entwicklungen wie die erhöhten Qualitätskontrollen oder die administrativen Möglichkeiten der Digitalisierung wurden unterschiedlich gedeutet: teils als gewinnbringende, teils als kritikwürdige Trends. In diesem Umfeld erhielten die beiden Bündner Kliniken eine erhöhte rechtliche und organisatorische Autonomie und wurden aus der staatlichen Verwaltung losgelöst.

Die Kapitel werden ergänzt durch eine Reihe von *Nahaufnahmen*. Diese vertiefenden Kurzdarstellungen widmen sich exemplarischen Figuren der Bündner Psychiatriegeschichte. Beleuchtet werden Johann Friedrich Kaiser (1823–1899), der den Bündner Hilfsverein für Geisteskranke mitbegründete, der Psychotherapeut und Psychoanalytiker Dumeng Bezzola (1868–1936), der Anwalt und Politiker Gaudenz Canova (1887–1962), die erste Anstaltspfarrerin Greti Caprez Roffler (1906–1994), der Pflegefachmann Armin Pirovino (*1932), der von den 1950er bis in die 1990er Jahre im Waldhaus wirkte, sowie Ken Margreth, der 2005 als junger Mann an Schizophrenie erkrankte. Hinzu kommt eine thematische Nahaufnahme, die sich mit der Finanzierung und der ökonomischen Dimension der Bündner Psychiatrie beschäftigt. Die Nahaufnahmen zu Kaiser, Bezzola, Pirovino und zur ökonomischen Dimension stammen von Silas Gusset, jene zu Canova, Caprez Roffler und Margreth sowie die Texte zur Bildstrecke stammen von Loretta Seglias.

Am Schluss der Darstellung finden sich ein ausführliches Quellen- und Literaturverzeichnis sowie ein Anhang mit einer Zusammenstellung der wichtigsten Daten und Ereignisse der Bündner Psychiatriegeschichte («Chronik») und einigen Statistiken, die wir im Rahmen unserer Forschungen erhoben haben. Zur besseren Übersicht umfasst der Anhang ausserdem eine Liste der Namen von Leitungspersonen (u. a. Direktoren/Direktorinnen, Verwalter, Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterinnen) sowie eine Zusammenstellung der wechselnden Bezeichnungen der beiden Kliniken seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert.

In den folgenden Abschnitten bieten wir einen Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse unserer Studie.

- *Die Geschichte der Psychiatrie im Kanton Graubünden war lange geprägt von zwei unterschiedlichen Einrichtungen: einer städtischen Psychiatrieklinik und einer multifunktionalen Versorgungsanstalt mit psychiatrischer Abteilung.*

Die Bündner Psychiatriegeschichte lässt sich schwer auf einen Nenner bringen. Die zwei dominierenden Einrichtungen wurden erst 2002, mit der Gründung der *Psychiatrischen Dienste Graubünden* (PDGR), organisatorisch zusammengeführt. Auf der einen Seite steht die 1892 gegründete Klinik Waldhaus in Chur. Ihre Geschichte ist vergleichbar ist derjenigen grösserer Kliniken in anderen Kantonen. Die Klinik Waldhaus steht im Kantonshauptort und verfügt über eine vergleichsweise gut ausgestattete Infrastruktur, auch wenn die Anbindung an eine Universität wie in Zürich oder Basel fehlt. Zumindest die aus Chur stammenden Patientinnen und Patienten gehörten einem städtischen Milieu an.

Die zweite Einrichtung, die heutige Klinik Beverin Cazis, befindet sich etwa zwanzig Kilometer entfernt im Domleschg, unweit von Thusis. Ihre

Geschichte kontrastiert stark mit jener des Waldhauses. Die heutige Klinik geht auf die psychiatrische Abteilung einer gemischten Versorgungsanstalt zurück, der 1855 gegründeten kantonalen «Korrektionsanstalt Realta». Gemischt bedeutete, dass psychisch Kranke ohne räumliche Trennung zusammen mit administrativ Versorgten in derselben Anstalt untergebracht wurden. Der Versorgungsaspekt stand bis ins frühe 20. Jahrhundert klar im Vordergrund. 1919 wurde im Asyl Realta eine eigenständige Klinik eingerichtet und innerhalb der Anstalt eine räumliche Trennung vollzogen zwischen psychiatrisch eingewiesenen und administrativ versorgten Personen. Institutionell aber blieb das Asyl eine multifunktionale Anstalt, in der es zahlreiche Verbindungen zwischen den Abteilungen und keine klaren Grenzen zwischen Bestrafung und Besserung auf der einen Seite und Behandlung und Heilung auf der anderen Seite gab. Realta war zugleich «Irrenanstalt», Arbeitserziehungsanstalt und Verwahrungseinrichtung für Versorgte, ab 1965 auch Strafanstalt, dazu noch Altersheim und Pflegeheim – diese Kombination verschiedener Zwecke prägte die Einrichtung bis in die 1980er Jahre. Diese Tradition gab unter den verantwortlichen Psychiatern seit Mitte des 20. Jahrhunderts regelmässig zu Klagen Anlass. Die ärztliche Leitung forderte eine bessere Trennung zwischen Strafanstalt und Psychiatrie oder eine Ausgliederung der Psychiatrie in Form einer unabhängigen Klinik. Unter anderem wegen fehlender Mittel und politischer Vorbehalte kam dieser Schritt erst 1989 infolge öffentlicher Debatten um die Führung der Einrichtung zustande. Mit dieser institutionellen Prägung war Realta/Beverin schweizweit ein Sonderfall, zumindest für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts.

- *Im 19. Jahrhundert war die Klinik Waldhaus die fortschrittlichere, die Anstalt in Beverin die rückständigere Einrichtung – im 20. Jahrhundert kehrte sich dieses Verhältnis um.*

Die ältere und institutionell lange rückständigere Klinik Beverin schlug seit Mitte des 20. Jahrhunderts einen Reformkurs ein und nahm neue Strömungen in der Psychiatrie oft schneller auf als das Waldhaus, das im 19. Jahrhundert noch als fortschrittlicher galt. In den 1940er Jahren warfen beispielsweise unabhängige Experten der Klinik Waldhaus eine konservative Grundhaltung und Defizite in therapeutischen und pflegerischen Bereichen vor. Erst nach 1946 leitete eine neue Leitung die notwendigen Reformen ein. Auch in den 1970er Jahren setzten Erneuerungs- und Modernisierungsprozesse in Beverin früher ein als im Waldhaus. Ein wichtiger Faktor bildete der umfassende Ausbau der Klinik Beverin in den frühen 1970er Jahren mit verschiedenen baulichen Veränderungen und Ergänzungen. Die Klinikleitung modernisierte in diesem Rahmen auch die Betreuungsverhältnisse. Fachlich lösten sich die Verantwortlichen in Beverin früher von den eugenischen Traditionen der 1950er und 1960er Jahre als ihre Kolleginnen und Kollegen im Waldhaus. In den 1970er und 1980er Jahren galt Beverin als die progressivere der Bündner Kliniken. Die Klinik Waldhaus erfuhr erst anfangs der 1990er Jahre eine bauliche Erneuerung, verbunden mit einem Wechsel in der ärztlichen Leitung und einer verstärkten Modernisierung der Betreuungs- und Behandlungskonzepte.

- *Fürsorgerische Zwangsmassnahmen hatten einen prägenden Einfluss auf die Bündner Psychiatrie. Dieser manifestiert sich insbesondere im Asyl Realta, das gleichzeitig für Strafgefangene, administrativ Versorgte und psychiatrische Patientinnen und Patienten zuständig war.*

Fürsorgerische Zwangsmassnahmen waren ein von mehreren Wegen in die Psychiatrie – allerdings einer der wichtigsten. Man kann fürs 19. und 20. Jahrhundert drei Formen unterscheiden, in eine psychiatrische Anstalt oder Klinik zu gelangen: den privaten Eintritt, aus eigenem Antrieb oder vermittelt durch Familienmitglieder; die ärztliche Einweisung, die auf einer medizinischen Diagnose beruhte; und die Einweisung durch eine Behörde – eine Fürsorgebehörde, Vormundschaftsbehörde, richterliche Behörde oder die Polizei. Behördliche Einweisungen wurden zum Schutz der Gesellschaft und aus Vorsorge vor möglichen Fremdgefährdungen erlassen, oft unter Hinweis auf eine psychiatrische Diagnose.

Die drei Aufnahmeformen kannten unterschiedliche Grade von Zwang. Private Eintritte waren in der Regel freiwillig, behördliche Einweisungen dagegen meist Zwangsmassnahmen. Bei den ärztlichen Einweisungen war das Ausmass an Zwang unterschiedlich. Bisweilen folgten Betroffene dem ärztlichen Rat aus freien Stücken. Oft aber stellten Ärzte und Ärztinnen auch eine ge-

sellschaftliche Gefahr fest, die von der untersuchten Person ausging, was eine Zwangseinweisung legitimieren konnte. Deshalb liegen ärztliche Einweisungen meist im Übergangsbereich zwischen freiwilligen und erzwungenen Eintritten. Fürorgerische Zwangsmassnahmen betrafen häufig Fälle von Alkohol- oder Drogenmissbrauch, später auch Fälle von Selbstgefährdung. Auch die Diagnose der «Psychopathie» spielte eine wichtige Rolle. Damit wurde relativ pauschal eine vererbte pathologische, gesellschaftsgefährdende Persönlichkeitsstruktur bezeichnet. Die Diagnose fand bis Mitte des 20. Jahrhunderts in der Psychiatrie eine breite Verwendung; heute wird sie nur noch in der forensischen Psychiatrie benutzt.

Das Ausmass von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen lässt sich nur schätzen. In den 1950er und 1960er Jahren, für die wir genauere Daten erhoben haben, wurden rund ein Viertel der Eintritte behördlich veranlasst, ein weiterer Viertel ging von Privatpersonen aus. Die andere Hälfte der Eintritte erfolgte auf ärztliche Einweisung, darunter eine hohe Zahl von Zwangseinweisungen (vgl. Kapitel 3.1). Wir schätzen deshalb, dass bis 1980, als mit dem Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung (1981) eine neue Rechtsgrundlage geschaffen wurde, ein Drittel bis die Hälfte der psychiatrischen Eintritte aufgrund von Zwangseinweisungen (einschliesslich fürsorgerischer Zwangsmassnahmen) erfolgte.

Anders als andere Kantone verfügte Graubünden über eine institutionalisierte und deshalb besonders enge Beziehung zwischen fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Psychiatrie. Die meisten Kantone verfügten über spezialisierte Einrichtungen für Betroffene fürsorgerischer Zwangsmassnahmen wie Trinkerheilanstalten oder Arbeitserziehungsanstalten. Der Kanton Graubünden dagegen besass mit dem Asyl Realta eine multifunktionale Anstalt. Die institutionelle Verbindung zwischen Fürsorge, Strafrecht und Psychiatrie blieb wie erwähnt bis in die 1980er Jahre bestehen. Sie prägt die Klinik Beverin Cazis bis heute. Denn durch die historische Nähe zum Massnahmenvollzug spezialisierte sich die Klinik Beverin in den letzten Jahrzehnten unter anderem auf die forensische Psychiatrie.

► *Die Bündner Psychiatrie war im 20. Jahrhundert eines von mehreren Zentren für eugenische Forschungen in der Schweiz. Eugenisch begründete Eingriffe wurden in den Bündner Kliniken dagegen nicht häufiger vorgenommen als in vergleichbaren Einrichtungen anderer Kantone.*

Eugenisches Denken hatte einen grossen Einfluss auf die Bündner Psychiatrie. Die Eugenik breitete sich seit dem frühen 20. Jahrhundert international aus und definierte sich einerseits durch den Glauben an die Bedeutung von Erbfaktoren bei körperlichen und psychischen Krankheiten. Negative Erbanlagen würden über die Generationen weitergegeben und hätten einen gesellschaftlichen Degenerationsprozess zur Folge, so die Vorstellung. Andererseits kennzeichnet sich die Eugenik durch sozialpolitische Postulate, die häufig auf die Verhinderung der Familiengründung und Nachkommenschaft zielten: Eheverbote, Sterilisationen oder Kastrationen. Auf diese Weise sollte die Gesellschaft vor den Folgen schädlicher Erbfaktoren geschützt werden.

Man muss beim Einfluss der Eugenik zwischen theoretischer und praktischer Ebene unterscheiden. Die Eugenik prägte die Bündner Psychiatrie vor allem im Bereich der Forschung und der Diagnostik, weniger dagegen bei den medizinischen Behandlungen. Erbbiologische, eugenische Forschungen wurden in Graubünden vor allem in der Klinik Waldhaus verfolgt. Darauf hat die historische Forschung schon verschiedentlich hingewiesen. Ausgehend von Johann Joseph Jörger, der von 1892 bis 1930 der Anstalt vorstand, wurden sie über mehrere Generationen weitergeführt, bis in die 1980er Jahre. Die Direktoren profilierten sich in klassisch eugenischen Forschungsfeldern, etwa der Stammbaumforschung oder dem Aufbau eines Sippenarchivs. Es ist kein Zufall, dass eugenisches Gedankengut in der Bündner Psychiatrie auf fruchtbaren Boden stiess. Vererbungsmodelle spielten bereits in der Diskriminierung und Verfolgung der Jenischen im 19. Jahrhundert eine wichtige Rolle. Schon 1851, als heimatlose Bürger schweizweit zwingend einer Heimatgemeinde zugewiesen und eingebürgert werden mussten, wurde in Graubünden intensiv über das Schicksal der «Wandersippen» diskutiert. Erst vergleichsweise spät, in den 1990er Jahren, erfolgte eine deutliche Abkehr von dieser Tradition – auch im Zuge breiter öffentlicher Kritik an eugenischen Sterilisationen oder an der Verfolgung der Fahren-

den im Rahmen des Pro Juventute «Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse».

Das Waldhaus war nicht das einzige psychiatrische Zentrum der schweizerischen Eugenikbewegung. Auch Kliniken in Zürich, Basel oder Lausanne profilierten sich durch eugenische Forschungen. Die Waadt verfügte gar über ein eugenisch motiviertes Sterilisationsgesetz – als einziger Kanton. Die Eugenikbewegung war in protestantischen wie katholischen, in rechten wie linken Kreisen verbreitet. Sie erfasste auch periphere Kliniken. Die psychiatrische Klinik Münsterlingen beispielsweise baute in den 1940er Jahren ein Archiv von mehreren zehntausend Stammbäumen auf.[4]

Die psychiatrische Praxis vermittelt dagegen ein anderes Bild. Die vorliegende Studie hat keine Hinweise gefunden, dass eugenisch begründete medizinische Eingriffe in den beiden Bündner Kliniken ausserordentlich häufig oder systematisch angeordnet wurden. Vereinzelt wurden Patientinnen der Klinik Waldhaus sterilisiert, meist in Verbindung mit einem Schwangerschaftsabbruch oder zur Empfängnisverhütung. In diesen Fällen versuchten die Verantwortlichen, das Armutsrisiko kinderreicher Familien zu verringern. Eugenische Überlegungen verbanden sich dabei mit sozialen und ökonomischen Anliegen – eine Kombination von Motiven, die auch aus anderen psychiatrischen Kliniken bekannt ist.[5] Ein weiterer Anwendungsbereich der Eugenik waren die Ehefähigkeitszeugnisse. Psychiater aus Bündner Kliniken wurden häufig von Behörden um gutachterlichen Rat angefragt. In Fällen von Menschen mit einer geistigen Behinderung lautete die Empfehlung häufig, die Betroffenen für eheunfähig zu erklären. Die Einschätzungen waren meist eugenisch motiviert. Insgesamt scheinen in den beiden Bündner Kliniken eugenisch begründete Eingriffe ähnlich häufig wie in anderen psychiatrischen Kliniken der Schweiz vorgenommen worden zu sein.

- *In der Klinik Beverin wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zahlreiche als Sexualstraftäter verurteilte Männer kastriert.*

Bislang kaum bekannt ist, dass in der Bündner Psychiatrie eine hohe Zahl von Kastrationen an Männern vorgenommen wurde.[6] Allein zwischen den 1950er und den 1980er Jahren wurden über hundert Männer kastriert, ein Grossteil davon auf operativem Weg. Später setzte sich die Kastration auf chemischem Weg durch – diese wird bis heute gelegentlich angewendet. Die Kastrationen wurden vor allem an Patienten der Klinik Beverin durchgeführt und hatten – anders als die eugenisch begründeten Sterilisationen – einen strafrechtlichen Hintergrund. Kastriert wurden zumeist Sexualstraftäter, in der Erwartung, dass der medizinische Eingriff zukünftige Straftaten präventiv verhindern würde. Formal war der Eingriff freiwillig – indirekt wirkte allerdings ein faktischer Zwang. Ein vorzeitiger Austritt aus der Strafanstalt war häufig an die Bedingung geknüpft, sich kastrieren zu lassen. Ob die Behandlung tatsächlich im erhofften Sinne wirkt, ist bis heute umstritten.

- *Die Bündner Kliniken engagierten sich stark in der Entwicklung neuer Therapien, auch wenn diese mit schweren körperlichen Nebenwirkungen verbunden waren. Keine Hinweise gibt es dagegen auf systematische Versuche mit noch nicht zugelassenen Medikamenten.*

Neuere Studien zeigen, dass viele psychiatrische Kliniken in der Schweiz bis in die 1970er Jahre ethisch fragwürdige Medikamentenversuche durchführten, meist ohne Einwilligung der betroffenen Patientinnen und Patienten.[7] Auch in den Bündner Kliniken finden sich zahlreiche Belege für experimentelle Anwendungen neuer Therapien und Medikamente. Der Begriff der «Medikamentenversuche» wird allerdings häufig pauschal und unscharf verwendet. Zum besseren Verständnis sollten deshalb drei Bereiche unterschieden werden.

Der erste Bereich umfasst *Versuche mit neuen Therapien oder Weiterentwicklungen bestehender Therapien*, ohne Verwendung pharmazeutischer Arzneimittel. Solche therapeutischen Versuche hatten in den Bündner Kliniken eine

4 Zur Klinik Burghölzli, Zürich: Meier et al. (2007); zu Basel: Ritter (2009); generell zur Schweiz mit einem Fokus auf die Romandie: Gasser / Heller / Jeanmonod (2002); zu den katholischen Regionen: Wolfisberg (2002).

5 Vgl. auch: Aliesch (2017), S. 130–138; Galle (2008), S. 186. Für Zürich: Dubach (2013); für die Romandie: Gasser / Heller / Jeanmonod (2002).

6 Zum Forschungsstand vgl. Germann 2014.

7 Meier / König / Tornay 2019; Germann 2017.

lange Tradition. Aussergewöhnlich früh wurden beispielsweise psychoanalytische Ansätze in der Bündner Psychiatrie rezipiert, insbesondere von Dumeng Bezzola, der um 1900 einige Jahre als Assistenzarzt im Waldhaus wirkte. Der Einfluss der Psychoanalyse scheint damals jedoch auf die Person Bezzolas beschränkt gewesen zu sein. Eine nachhaltige psychotherapeutische Tradition entstand daraus nicht. Die Ansätze wurden erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wieder aufgegriffen. Andere therapeutische Eingriffe waren gefährlicher, so etwa die sogenannten «physikalischen», körperbezogenen Therapien, die oft mit körperlichen Nebenwirkungen verbunden waren. In den Bündner Kliniken wurden seit Ende der 1930er Jahre vor allem Insulinkuren oder Elektrokonvulsionstherapien (EKT, bekannt als «Elektroschocktherapien») standardmässig angewendet. Die Insulinkuren wurden nicht selten mit EKT kombiniert, zeitigten aber oft starke Nebenwirkungen – bis hin zu vereinzelten Todesfällen. Man muss davon ausgehen, dass entsprechend der damals üblichen Praxis einige Insulinkuren oder EKT ohne Einverständnis der Patientinnen und -patienten durchgeführt wurden. Seit Ende der 1940er Jahre wurden zudem zahlreiche psychochirurgische Eingriffe unternommen, häufig in Abstimmung mit dem Zürcher Burghölzli, teilweise gar für Zürcher Patientinnen und Patienten, die in Graubünden hospitalisiert waren. All diese Eingriffe wurden auch in psychiatrischen Kliniken anderer Kantone erprobt. Die Bündner Praxis bewegte sich damit im Rahmen der aktuellen therapeutischen Entwicklungen.

Ein zweiter Bereich betrifft *therapeutische Versuche mittels eingeführter Medikamente*, die offiziell als Arzneimittel zugelassen waren, jedoch in neuen therapeutischen Feldern erprobt wurden. Auch solche Versuche kamen in den Bündner Kliniken häufig vor. Eine wichtige Figur war Gottlob Pflugfelder, Direktor der Klinik Waldhaus von 1951 bis 1977. Pflugfelder führte in den 1950er Jahren therapeutische Versuche mit dem Neuroleptikum Reserpin (vertrieben unter dem Handelsnamen Serpasil) an Schizophreniepatientinnen und -patienten durch. Die Hoffnung war, dass Reserpin weniger Nebenwirkungen als andere Behandlungsformen, etwa das Neuroleptikum Chlorpromazin (Handelsname Largactil) oder die verbreiteten Insulinkuren hatte. Für seine Studie arbeitete Pflugfelder mit den Basler Pharmafirmen Sandoz, CIBA und Hoffmann-La Roche zusammen. Seine therapeutischen Forschungen zu Insulinkuren wurden überregional, teilweise gar international wahrgenommen. Pflugfelder steht damit exemplarisch für die Hoffnungen, die die psychopharmakologische Wende, insbesondere die Einführung von Neuroleptika und Antidepressiva seit den 1950er Jahren, in psychiatrischen Kreisen weckte. Viele Kliniken experimentierten damals mit den neuen Psychopharmaka.

Der dritte Bereich betrifft die *Medikamentenversuche* im engeren Sinn, das heisst Versuche, die auf dem *Einsatz von Präparaten beruhten, die noch nicht als Heilmittel zugelassen waren*. Auch solche Medikamentenversuche fanden in den Bündner Kliniken statt, vermutlich aber eher vereinzelt. Auch in diesem Bereich arbeiteten die Bündner Kliniken mit den erwähnten Basler Pharmafirmen zusammen. Leider sind in den Bündner Akten keine umfassenden Forschungsunterlagen überliefert, deshalb lässt sich das Ausmass der Medikamentenversuche nicht genau bemessen. Die wenigen überlieferten Hinweise deuten darauf hin, dass solche Versuche nicht systematisch vorkamen und nicht forschungsorientiert waren. Die Bündner Psychiatrie spielte jedenfalls bei der Erforschung neuer Psychopharmaka keine prominente Rolle. Ganz im Gegensatz etwa zur Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, wo der Oberarzt und spätere Direktor Roland Kuhn von den 1950er bis in die 1970er Jahre im grossen Stil ethisch fragwürdige Medikamentenversuche unternahm.[8]

Wieweit die Versuche mit Medikamenten – zugelassenen oder noch nicht zugelassenen – mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten (oder deren Rechtsvertreter) durchgeführt wurden, lässt sich aufgrund der überlieferten Akten nicht abschliessend beurteilen. Vieles deutet darauf hin, dass die Einwilligungen noch in den 1960er Jahren nicht systematisch eingeholt wurden; sie lagen bisweilen vor, bisweilen nicht. In dieser Zeit war die rechtliche Regulierung der Medikamenteneinführung den Kantonen überlassen und erst schwach entwickelt. Das heute gültige Verfahren, das die Zustimmung der Probandinnen und Probanden voraussetzt, stammt aus den 1970er Jahren.

8 Meier / König / Tornay 2019.

- *Angesichts der dezentralen Struktur des Kantons Graubünden beschränkte sich die psychiatrische Versorgung lange auf die bevölkerungsstarken Regionen. Die peripheren Gebiete wurden erst seit den 1980er Jahren erschlossen.*

Graubünden ist ein Kanton mit grossen demografischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Unterschieden zwischen den Regionen. Er gehört zudem zu den strukturschwachen Kantonen – im 19. Jahrhundert noch stärker als in der jüngsten Vergangenheit. Diese Eigenheiten belasteten lange Zeit die Entwicklung der Psychiatrie. Die Versorgung konzentrierte sich bis in die 1970er Jahre auf die bevölkerungsdichteren Regionen (Churer Rheintal und Domleschg), weniger dagegen auf das Engadin und die Südtäler. In den peripheren Regionen blieben der Hausarzt oder die Hausärztin lange die einzige Anlaufstelle, auch für Menschen mit psychischen Störungen. Zudem kämpften die beiden Bündner Kliniken fast durchgängig mit Rekrutierungsproblemen beim pflegerischen und ärztlichen Personal. Für den fachlichen Austausch, aber auch für kostensparende Kooperationen vernetzten sich die Bündner Kliniken überregional, insbesondere mit der Zürcher Universitätsklinik Burghölzli.

Seit den 1980er Jahren verstärkte der Kanton die psychiatrische Versorgung in den bislang schlecht versorgten Regionen. Die beiden Kliniken erhielten regionale Zuständigkeiten: Beverin für die Surselva, das Engadin und die Südtäler, das Waldhaus für die Bezirke Plessur, Ober- und Unterlandquart. Die regionalen Angebote wurden seit den 1990er Jahren mittels ambulanter Sprechstunden, Konsiliartätigkeiten und Tageskliniken erweitert und seit der Gründung der *Psychiatrischen Dienste Graubünden* (PDGR) 2002 weiter ausgebaut. Für die Versorgung der italienischsprachigen Bevölkerung in den Südtälern etablierte der Kanton eine Kooperation mit dem Kanton Tessin. Vereinbarungen mit spezialisierten ausserkantonalen Einrichtungen sollten bestehende Versorgungslücken schliessen.

- *In den 1960er Jahren setzte eine anhaltende Reformphase der Bündner Psychiatrie ein. Die Kliniken entwickelten spezialisierte Angebote für unterschiedliche Patientengruppen wie Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderungen oder ältere Patientinnen und Patienten. Auch die Stellung der Pflege wurde klinikintern aufgewertet.*

In den 1960er Jahren wurde die Psychiatrie von einem vielschichtigen Modernisierungsprozess erfasst, der das Fach grundlegend veränderte. Die psychopharmakologische Wende ermöglichte es, Menschen mit psychischen Störungen auch ausserhalb der Klinik zu behandeln. Hinzu kamen neue fachliche Impulse, etwa seitens der Sozialpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Psychotherapie. Die Ansätze führten zu einer Abkehr von der geschlossenen Anstaltspsychiatrie und einer Öffnung der Kliniken durch verbesserte ambulante Angebote, unter Einbezug des gesellschaftlichen Umfelds.

Auch die Bündner Psychiatrie wurde von den Veränderungen erfasst. Sie wirkten sich zunächst auf die innere Organisation der Kliniken aus. In Beverin, ab den späten 1970er Jahren zögerlich auch im Waldhaus, wurden spezialisierte Abteilungen mit Angeboten für verschiedene Grade der Hilfsbedürftigkeit und spezifische Patientengruppen entwickelt. Inspiriert durch sozialpsychiatrische Ansätze wurden je nach Gruppe frühere Entlassungen ermöglicht oder Angebote der Nachbetreuung aufgebaut, so für ältere Menschen, die vermehrt in Alters- und Pflegeheime verlegt wurden. Auch die Bestrebungen zur Arbeitsintegration von Menschen mit Behinderung wurden verstärkt. Generell wurden die Kooperationen zwischen Psychiatrie und regionalen Sozialdiensten ausgebaut.

Auch die Institutionalisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie war Teil dieses Öffnungsprozesses. Seit den 1960er Jahren wurden in Graubünden Stimmen laut, die ein spezialisiertes Angebot für Kinder und Jugendliche – zunächst in Form eines Beobachtungs- und Therapieheims – forderten. Anfangs stand der Aufbau ambulanter Strukturen im Vordergrund, erst 1990 wurde eine stationäre Einrichtung, das Therapiehaus Fürstenwald, eröffnet. Der Auf- und Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote wurde bis zur Fusion mit den PDGR (2019) durch eine private Stiftung getragen. Trotz kantonaler Anerkennung kämpfte die Stiftung seit ihrer Gründung mit Finanzierungsproblemen.

Als Teil dieser Reformen wurde auch die Stellung der Pflege aufgewertet. Das Pflegepersonal erhielt schrittweise mehr Kompetenzen bei pflegerischen Entscheidungen. Die Pflegedienstleitungen wurden schliesslich in die Klinikleitung integriert.

► *Seit den 1970er Jahren wurden die ambulanten und teilstationären Angebote der Bündner Psychiatrie stark ausgebaut.*

In den 1970er Jahren setzte ein anhaltender Trend zu teilstationären und ambulanten Angeboten ein. Die Klinik Beverin baute damals ihre eigenen ambulanten Dienste aus. In den 1980er Jahren machte der Kanton solche Ansätze zum Programm und errichtete rasch eine moderne Versorgungsstruktur, die unter anderem einen verstärkten Einsatz von Psychologinnen und Psychologen sowie von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern vorsah. Die Kliniken öffneten sich gegenüber kürzeren Formen der Unterbringung; teilweise entstanden neue Partnereinrichtungen ausserhalb der Klinik. Beverin beispielsweise verfügte mit Rothenbrunnen seit den 1970er Jahren über eine Aussenstation, die zu einem Wohnheim für Menschen mit psychischen Behinderungen weiterentwickelt wurde. Die Kliniken selber wurden mehr und mehr zu Orten akuter Krisenintervention. Der Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote setzte sich in den 1990er Jahren weiter fort, nicht zuletzt aufgrund gesteigerter Nachfrage. Dazu gehörte etwa die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken. Auch externe Angebote – etwa Wohngruppen – wurden errichtet. Private Initiativen betreuter Wohnstrukturen für Menschen mit psychischen, körperlichen oder Mehrfachbehinderungen wurden zusätzlich in den Aufgabenbereich der psychiatrischen Kliniken integriert. Die anhaltende Sucht- und Drogenproblematik beschäftigt die Psychiatrie bis heute stark. Hinzu kamen demografisch bedingte Herausforderungen wie die Gerontopsychiatrie. Die Ausweitungen waren verbunden mit erhöhten Investitionen des Kantons.

► *Die Zeit seit den 1990er Jahren stand zudem im Zeichen organisatorischer Reformen. Die zwei Bündner Kliniken wurden 2002 in einer öffentlich-rechtlichen Anstalt, den* Psychiatrischen Diensten Graubünden *(PDGR), zusammengefasst. Auf nationaler Ebene wurde zudem ein neues Tarifmodell eingeführt, das eine höhere Ressourceneffizienz versprach.*

Die gesundheitspolitischen Reformen setzten seit den 1990er Jahren zunehmend auf organisatorischer Ebene und bei den wirtschaftlichen Steuerungsmechanismen an. Der Trend hing nicht zuletzt mit der Kritik an den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zusammen, sowohl seitens der Politik wie der breiteren Öffentlichkeit. Als Folge erhielten Fragen der Kosteneffizienz, der Ressourcenoptimierung, des Managements und der Qualitätssicherung eine erhöhte Bedeutung in der Gesundheitspolitik. Auf der Ebene der Spitäler und Kliniken entstanden neue Mechanismen der Steuerung und Verwaltung, in Form von Leitbildern, Stationskonzepten, Evaluationen und diversen Formen der Verschriftlichung ärztlicher Praxis.

Im Kanton Graubünden manifestierten sich diese Reformen insbesondere in einer Organisationsreform, durch die 2002 die beiden Kliniken aus der öffentlichen Verwaltung herausgelöst und in eine öffentlich-rechtliche Anstalt, die *Psychiatrischen Dienste Graubünden* (PDGR), überführt wurden. Zu den PDGR gehören auch die kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen. Die Gründung der PDGR erfolgte aufgrund veränderter Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Das Kantonsparlament erhoffte sich eine höhere Flexibilität im Angebot und eine Entpolitisierung der entsprechenden Entscheidungen.

Die Bestrebungen für eine erhöhte Ressourceneffizienz reichen bis in die jüngste Vergangenheit. So wurde 2018 die Abrechnung stationärer Behandlungen in der Psychiatrie schweizweit reformiert und dazu das neue Tarifsystem TARPSY eingeführt. Das Tarifmodell basiert auf Diagnosegruppen und beinhaltet auch degressive Tagespauschalen, die von der Aufenthaltsdauer in Kliniken abhängig sind. Die Anreize, Patientinnen und Patienten nach erfolgter Behandlung baldmöglichst wieder zu entlassen, sind allerdings gering. Zwar wurde verschiedentlich die Angst vor einer «Drehtüren-Psychiatrie» geäussert, in der die Patientinnen und Patienten nicht mehr nachhaltig betreut würden. In der Praxis wirkte sich das neue Modell allerdings nicht auf die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten aus.

► *In jüngster Zeit hatten internationale Richtlinien zur Qualitätssicherung einen nachhaltigen Einfluss auf den ärztlichen und pflegerischen Alltag. Die Bündner Psychiatrie profiliert sich zudem im Bereich der Digitalisierung und engagiert sich für eine Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Einschränkungen.*

Im Zuge der organisatorischen Reformen seit den 1990er Jahren veränderte sich auch die ärztliche,

therapeutische und pflegerische Praxis in den letzten Jahren stark. Verfahren zur Qualitätssicherung wurden neu geregelt und insgesamt verstärkt. Dies folgte einem internationalen und nationalen Trend hin zu einer stärker empirisch abgestützten Qualitätssicherung (*evidence-based medicine*). Ärztliche Entscheidungen sind heute stärker an internationalen Richtlinien und Empfehlungen ausgerichtet. Auch werden schwerwiegende Eingriffe – etwa fürsorgerische Zwangsmassnahmen – heute detailliert protokolliert und damit einer stärkeren Kontrolle unterworfen. Zudem eröffnet die Digitalisierung neue, effiziente Informationsmöglichkeiten und flexiblere Formen der Betreuung. Graubünden ist dabei an vorderster Front engagiert. Die Klinik Waldhaus führte schweizweit das erste integrierte Klinikinformationssystem ein. Das ärztliche und pflegerische Personal erlebt solche Reformen allerdings häufig als Bürokratisierung und als Konkurrenz zu den traditionellen ärztlichen und therapeutischen Aufgaben.

In der jüngsten Vergangenheit lassen sich innerhalb der Bündner Psychiatrie verstärkte Bestrebungen für eine kritische Selbstreflexion beobachten. Die Fachvertreterinnen und -vertreter setzen sich mit der gesellschaftlichen Rolle der Psychiatrie auseinander, etwa im Kontext der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen oder im Umgang mit Zwang in der stationären Unterbringung. Auch der Dialog zwischen ärztlicher Perspektive und derjenigen von Patientinnen und Patienten wurde verstärkt. Gesundheitsbehörden und Psychiatrie engagieren sich öffentlich für eine Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Anstrengungen umfassen nicht zuletzt auch den Forschungsauftrag für diese Studie.

1 Anfänge des «Irrenwesens» im Kanton Graubünden (1800–1892)

Die Idee der Anstaltsunterbringung psychisch kranker Menschen geht weit vor die Etablierung der Psychiatrie als medizinische Spezialdisziplin im 19. Jahrhundert zurück. Bereits im Spätmittelalter griffen Obrigkeiten oder Angehörige aus Selbst- oder Fremdschutz zu Versorgungsmassnahmen, oft unter Zwang und unter dem Eindruck diffamierender Vorstellungen über die Natur der «Gemütsleiden». Spezialisierte Heil- und Pflegeanstalten entstanden in der Schweiz erst im Laufe des 19. Jahrhunderts. Bis dahin wurden «Geisteskranke» oder «Irre» – so die zeitgenössischen Bezeichnungen – generell in geschlossenen Einrichtungen wie Klöstern, Spitälern, Zuchthäusern, Armen- oder zuletzt auch Zwangsarbeitshäusern untergebracht, soweit sie nicht privat betreut wurden.

Im Kanton Graubünden wie in anderen Kantonen auch diskutierte die Öffentlichkeit im frühen 19. Jahrhundert kontrovers über die Frage der angemessenen «Irrenversorgung». Diverse Anstrengungen, eine «Irrenanstalt» einzurichten, scheiterten jedoch an der schwachen Finanzkraft des jungen Kantons und standen nicht an oberster Stelle der politischen Agenda. Wichtiger war die Lösung der «sozialen Frage», das heisst die Eindämmung der verbreiteten Armut. Ein eigentliches Irrenwesen existierte nicht und die Betreuung psychisch kranker Bündnerinnen und Bündner oblag primär den Angehörigen und Gemeinden.

Als Notbehelf und Reaktion auf die steigende Versorgungsnachfrage entwickelte der Kanton Mitte des 19. Jahrhunderts ein aussergewöhnliches Prinzip der Auslagerung psychiatrischer Aufgaben. Kranke, die als heilbar galten, überwies der Kanton in ausserkantonale psychiatrische Einrichtungen, während man all jene, die als chronisch krank eingestuft wurden, in der kantonalen Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau (ab 1855 Realta) unterbrachte. Damit stand die kantonale Fürsorge für psychisch kranke Menschen über Jahrzehnte hinweg in enger institutioneller Verflechtung mit der Arbeitserziehung – ein Spezifikum der Bündner Psychiatriegeschichte. Die Kompromisslösungen in Fürstenau und Realta überzeugten Bündner Ärztekreise auf lange Sicht jedoch nicht, die kantonale «Irrenfürsorge» blieb ein virulentes Problem. Mehrere kantonale «Irrenstatistiken» seit Mitte des 19. Jahrhunderts boten den politischen Vorkämpfern, allen voran Johann Friedrich Kaiser (1823–1899), treffende Argumente, um eine eigene kantonale psychiatrische Anstalt einzufordern. Dank privater Initiative und einer Schenkung des Freiherrn Clemens von Loë (1836–1892) entsprach der Kanton schliesslich diesem Anliegen und eröffnete 1892 die psychiatrische Anstalt Waldhaus. Damit wurde die Diskussion über die kantonale psychiatrische Versorgung auf eine neue Ebene gestellt.

1.1 Gescheitert und aufgeschoben: Erste «Irrenanstaltsprojekte» 1825 und 1829

Die «Irrenversorgungsfrage» wurde erstmals in den frühen 1820er Jahren politisch brisant. Initiator der Debatte war Peter Anton Latour (1778–1864), Landrichter und Mitglied des Kleinen Rats.[1] Latour äusserte Bedenken darüber, dass die Regierung immer häufiger Anfragen von Angehörigen psychisch kranker Menschen erhielt, die eine Unterbringung ihrer kranken Familienmitglieder im Zuchthaus Sennhof wünschten.[2] Die 1817 gegründete Strafanstalt schien sich in den Augen der Gemeinden und Angehörigen dafür anzubieten, wohl nicht zuletzt auch deshalb, weil es an alternativen Einrichtungen mangelte.[3] Latour orientierte den Grossen Rat 1823 über diese Tendenz und bat um die Ausarbeitung einer Weisung, nach der er sich bei der Behandlung solcher Anfragen in Zukunft richten könne.[4] Die Klärung ähnlicher Versorgungs-

1 Der Landrichter war das «Haupt» des Oberen oder Grauen Bundes. Die Regierung Graubündens, der «Kleine Rat», bestand in dieser Zeit aus den drei «Häuptern» des Oberen Bundes, des Gotteshausbundes und des Zehngerichtebundes. Der Obere Bund bestand von 1395 bis 1798 als Teil des republikanischen Freistaats Gemeiner Drei Bünde, ein der Eidgenossenschaft zugewandter Ort. Nach der zwischenzeitlichen Eingliederung Graubündens in die Helvetische Republik (1799–1803) blieb der Obere Bund im neugegründeten Kanton der Eidgenossenschaft von 1803–1854 faktisch Bestandteil der politischen Organisation. Vgl. Bundi (2010); Hitz (2018); Berther (2002), S. 86.

2 Kuster (2017b), S. 60; Federli (1982), S. 3.

3 Vgl. Irrenhaus-Projekt I (1903), S. 59.

4 Protocoll des Grossen Raths vom 2. Juli 1823, S. 154–155, zit. nach Schrofer (1999), S. 12.

fragen drängte sich ohnehin schon länger auf, denn bereits 1820 bezeugte der Churer Stadtarzt Paul Eblin (1791–1843), dass auch «eine kleine Anzahl unheilbarer Irre[r]» im Siechenhaus St. Salvator bei Chur untergebracht sei.[5] Der Grosse Rat reagierte prompt und veranlasste den Kleinen Rat und die Standeskommission, ein Gutachten über die vorgetragenen Fragen auszuarbeiten. Ausserdem sollten sie darin die Einrichtung einer «Kantonsirrenanstalt» prüfen.[6]

Die sogenannte Standeskommission war eine politische Behörde in Graubünden, die verschiedene Legislativ-, Verwaltungs- und Justizaufgaben an der Schnittstelle zwischen Regierung und Parlament übernahm.[7] Hauptsächlich handelte es sich dabei um Regierungs- und Verwaltungsarbeiten, die sie entweder gemeinsam mit dem Kleinen Rat oder in dessen Auftrag bewältigte.[8] Dazu gehörte auch der oben geschilderte Gutachtenauftrag über die psychiatrische Versorgung in Graubünden. Neben diesen Aufgaben war die Standeskommission für die Vorberatung der Geschäfte des Parlaments zuständig, die sie in der Regel unmittelbar vor den Grossratssitzungen abhielt.[9] Bei dringenden Angelegenheiten, für die der Grosse Rat nicht kurzfristig einberufen werden konnte, übernahm sie zudem legislative Funktionen. Für die Formierung des bündnerischen Bundesstaats war die Standeskommission ein zentrales politisches Gremium, zum einen aufgrund ihrer Bemühungen um eine Vereinheitlichung der Gesetzgebungsverfahren und Rechtsdurchsetzung, zum andern, weil sie eine Beständigkeit in der politischen Geschäftsführung sicherstellte. Letzteres lag unter anderem an ihrer Struktur: Die 15-köpfige Kommission bestand aus drei Mitgliedern des Kleinen Rats, neun Bundesstatthaltern und weiteren drei einflussreichen Personen, die vom Grossen Rat aus je einem Bund gewählt wurden.[10] Viele ausscheidende Regierungsmitglieder – die Amtsdauer betrug maximal zwei Jahre – betätigten sich anschliessend in der Standeskommission, in der sie die laufenden Geschäfte weiter mitgestalten konnten.[11] Dadurch wurden die politischen Ämter durchlässiger. Mit fünf Mitgliedern aus jedem Bund und Befugnissen in allen drei Gewalten – eine klare Trennung zwischen legislativer, exekutiver und judikativer Funktion gab es noch nicht – war die Kommission ein mächtiges politisches Staatsorgan, das in dieser Form nur in Graubünden existierte.[12]

Die Standeskommission hatte ununterbrochen von 1814 bis 1892 Bestand und nahm in dieser Zeit immer wieder die Prüfung neuer Projekte in die Hand, die die Ausarbeitung des kantonalen Irrenwesens betrafen. Zum Gutachtenauftrag von 1823 stellte sie noch im selben Jahr klar, dass der Sennhof grundsätzlich nur der Aufnahme von Straftätern diene. Dem Kleinen Rat stehe aber die Möglichkeit offen, «in dringenden Fällen» auf private Anfragen hin «verrückte und rasende Personen» im Gefängnis unterzubringen.[13] Dass es überhaupt zu dieser undifferenzierten Versorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten kam, lag am unzureichenden Rechtsapparat. Der junge Kanton Graubünden besass zu diesem Zeitpunkt noch kein kantonales Strafrecht, auf das die weitgehend autonomen Gerichtsgemeinden hätten zurückgreifen können.[14] Da eine verpflichtende Rechtsgrundlage fehlte, wurden die Einweisungsvoraussetzungen je nach Gemeinde unterschiedlich definiert. Unter diesen Umständen bot sich insbesondere ärmeren Gerichtsgemeinden die Möglichkeit, stark pflegebedürftige psychisch kranke, aber nicht straffällig gewordene Personen in den Sennhof zu überweisen – eine Praxis, gegen die der Grosse Rat 1835 einen Beschluss fasste:

> *«In Zukunft sollen keine wahnsinnigen Individuen mehr in die Zuchthausanstalt aufgenommen werden. Was blosse Blödsinnige anbetrifft, so bleibt deren Aufnahme dem Kleinen Rath freigestellt, insofern er solches als dem Kanton und der Anstalt unnachteilig ansieht.»*[15]

---

5 Vgl. dazu den Vortrag von Eblin in der ersten Versammlung der *Gesellschaft der Aerzte des Kantons Graubünden* (später *Bündnerischer Ärzteverein*) von 1820, Eblin (1821), S. 29–30; vgl. weiter Schrofer (1999), S. 11–14.

6 Irrenhaus-Projekt I (1903), S. 59.

7 Zur Kantonsverfassung von 1814, mit der die Standeskommission als Bestandteil der politischen Behördenstruktur des Kantons Graubünden ins Leben gerufen wurde, siehe Rathgeb (2003), S. 93–99.

8 Rathgeb (2003), S. 98–99.

9 Ebd., S. 99.

10 Ebd., S. 98; Pieth (1945), S. 371.

11 Rathgeb (2003), S. 97, 99.

12 Ebd., S. 97, 99; Pieth (1945), S. 371; Seiler (1994), S. 409–481; Weishaupt (2010).

13 Protocoll der hochlöbl. Standescommission vom 5. September 1823, S. 205, zit. nach Irrenhaus-Projekt I (1903), S. 59–60.

14 Ein Strafgesetzbuch, das für das gesamte Kantonsgebiet verbindlich ist, trat erst 1851 in Kraft. Vgl. Kuster (2017a), S. 84; Kuster (2017b), S. 58; Pieth (1945), S. 371.

15 Grossratsabschied vom 20. Juli 1833 und Beschluss des Grossen Raths vom 23. Juli 1835, in: AGS II 1839, S. 282–283., zit. nach Kuster (2017a), S. 84. Da die ge-

Der Grosse Rat unterschied in dieser Resolution zwischen «wahnsinnigen» und «blödsinnigen» Individuen, ohne diese beiden Bezeichnungen näher zu definieren. Man kann aber davon ausgehen, dass sich die Begriffe am zeitgenössischen psychiatrischen Wissensstand orientierten. Dieser verstand unter «Blödsinn» Formen der «Idiotie», «Debilität», «Imbezillität» oder «Kretinismus», also angeborene oder früh erworbene geistige und physische Behinderungen (Intelligenzstörungen, kognitive Defizite).[16] Die meisten dieser Begriffe sind heutzutage veraltet und gelten – wie etwa «Schwachsinn» – als abwertend und diskriminierend. Unter «Wahnsinn» verstand der Grosse Rat psychotische Störungen, beziehungsweise klassischere psychiatrische Pathologien, für die erst im Laufe des 19. Jahrhunderts differenzierte Begriffe entwickelt wurden.

Die Unterbringung psychisch kranker Menschen in Gefängnissen war zu dieser Zeit im schweizweiten Vergleich kein Bündner Spezifikum.[17] Die Standeskommission zeigte sich aber zunehmend kritisch gegenüber dieser Praxis. Noch bevor der Grosse Rat 1835 die räumliche Trennung von Straftätern und psychisch kranken Menschen beschloss, unternahm sie erste Anstrengungen für den Bau einer psychiatrischen Anstalt. Sie hielt die Räumlichkeiten des Zuchthauses für ungünstig und beurteilte die Vermengung von «Unglücklichen mit Verbrechern» dezidiert als «unanständig».[18] Deshalb legte sie dem Grossen Rat nahe, die Errichtung einer «Kantonsirrenanstalt» in Chur zu prüfen und sich Empfehlungen beim Sanitätsrat einzuholen. Das war der Startschuss für eine Reihe von Projektgutachten.

Der erste Projektentwurf folgte bereits im Jahre 1825.[19] Die Gutachter Oberstleutnant Ulrich von Planta (1791–1875), Grossrats- und Bundespräsident, und Josef Anton Kaiser (1792–1853), angesehener Badearzt, stellten dem Entwurf ein Plädoyer gegen die Versorgung psychisch kranker Menschen zu Hause voran. Denn zum einen fehle es in den «häuslichen Verhältnissen» schlicht «an zweckmässiger Pflege» und «Hülfsmitteln» zur «Wiederherstellung» der psychischen Gesundheit. Zum andern sei es «ohnehin Staatspflicht», sich um diese «hilfslose Menschenklasse» zu sorgen, die dem Gemeinwesen «lästig» und «gefährlich» geworden sei.[20] Deshalb forderten Planta und Kaiser eine «Heilanstalt» für mindestens 16 «Irre», die in ruhiger Umgebung, aber mit Anschluss an einen Hauptort, gebaut werden solle, um eine ärztliche Behandlung sicherzustellen. Die Standortfrage im weitläufigen Kanton Graubünden, die im 20. Jahrhundert immer wieder für Diskussionsstoff sorgte, war bereits in den ersten Anstaltsentwürfen Gegenstand reger Debatten.

Der Projektentwurf sah unterschiedliche Abteilungen für «Rasende», «Tobsüchtige», «Stille», «Convalescente» und «Blödsinnige» vor, daneben einen Arbeits- und Gesellschaftsraum sowie ein Zimmer für Badeeinrichtungen und Zwangsmittel.[21] Die geplanten Zwangsvorrichtungen, namentlich «Weste, Schaukel [und] Coxische Drehmaschine», gehörten zu dieser Zeit zu den gängigen mechanischen Gegenständen in psychiatrischen Anstalten.[22] Die «Coxische Drehmaschine» etwa war ein ursprünglich anerkanntes, erst im Laufe des 19. Jahrhunderts in Verruf geratenes Zwangsmittel in der Behandlung von Geisteskrankheiten. Die Bezeichnung «coxisch» geht dabei auf die mechanische Konstruktion des englischen Psychiaters Joseph Mason Cox (1763–1818) zurück. Durch «schnelle Umdrehungen» glaubte Cox, den Patienten in einen «sehr erfrischende[n] Schlummer» zu befördern, aus dem er nach längerem Schlaf «ruhig und erfrischt» erwachen würde.[23] Das Prozedere war physisch stark belastend; die Betroffenen litten oft an Übelkeit und Erbrechen oder wurden vorübergehend bewusstlos.

Mitte Juni 1825 stellten Planta und Kaiser das Projektgutachten im Parlament zur Diskussion. Die damaligen Grossratsprotokolle sind sehr summarisch und erlauben kaum Einblick in die Debatte.[24] Jedenfalls entschied sich der Grosse Rat letztlich

---

meinsame Unterbringung vorerst weiter praktiziert wurde, bekräftigte die Regierung 1841 mit Nachdruck das Verbot, vgl. Metz (1992), S. 66.

16 Siehe dazu die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO, ICD-10, F70–F79: Intelligenzstörung. Der historische Begriff «Kretinismus» ist davon insofern abzugrenzen, als dass er eine mit körperlichen Fehlbildungen verbundene geistige Entwicklungsstörung bezeichnet.

17 Vgl. Wilhelm (1989), S. 37, 52, 58, 62.

18 Protokoll der hochlöbl. Standescommission, Sitzung vom 25. Mai 1824, S. 262, zit. nach Irrenhaus-Projekt I (1903), S. 60; vgl. auch Schrofer (1999), S. 12–13.

19 StAGR V 13 b: Manuskript, gekürzt als «Entwurf von Ulrich v. Planta», zit. in Irrenhaus-Projekt I (1903), S. 60–68.

20 Ebd., S. 61.

21 Die Gutachter planten für den Anstaltsbetrieb eine Arztstelle ein. Vgl. ebd., S. 62–64.

22 Ebd., S. 62.

23 Cox (1811), zit. nach Müller (1998), S. 23, 30.

24 StAGR V 13 b: Manuskript, gekürzt als «Entwurf von Ulrich v. Planta», zit. in Irrenhaus-Projekt I (1903), S. 68–69.

gegen eine Realisierung des Projekts. Laut Protokoll führte er als Argumente vor allem die hohen Kosten des Bauprojekts von 16'512 Bündner Gulden und die «Finanzumstände des Landes» ins Feld.[25] Somit wurde das Gutachten *ad acta* gelegt, bis sich der Finanzhaushalt erholen würde.

1828 rückte die «Irrenversorgungsfrage» erneut in den Fokus, da dem Kanton der sogenannte «Effekt Kratz», ein an das Zuchthaus angrenzendes Haus mit Stall und Garten, zum Kauf angeboten wurde. Die Regierung schien aus finanziellen Überlegungen an einer solchen Lösung der Versorgungsfrage interessiert. Zum einen hoffte man, durch die Umnutzung auf einen kostspieligen Neubau verzichten zu können, und zum andern sollte die ökonomische Verwaltung mit dem Zuchthaus kostengünstig zusammengelegt werden.[26] Genau diese Nähe zum Zuchthaus und die engen Räumlichkeiten stufte die begutachtende «Irrenhaus»-Kommission 1829 aber als einen «moralische[n] Übelstand» ein.[27] Zudem sprachen abermals finanzielle Überlegungen dagegen: Einerseits wären am doch recht teuren Ankauf grössere Umbauten notwendig gewesen. Andererseits wäre eine administrative Zusammenlegung weder möglich noch finanziell vorteilhaft gewesen, da «Züchtlinge» und «Gemütskranke» generell verschiedene Bedürfnisse hätten und unterschiedliche Kosten verursachen würden.[28] Das Projekt «Kratz» wurde damit abgelehnt. Bezeichnenderweise kaufte der Kanton das Haus 1883 als «Inquisitengebäude», also als Einrichtung zur Verwahrung von Untersuchungsgefangenen.[29]

Als Alternative zum «Effekt Kratz» stand der mögliche Kauf von zwei weiteren Gebäuden zur Diskussion. Eines war der preiswerte «Buolische Baumgarten», ein Haus an stiller Lage und mit einer weitläufigen Wiese oberhalb von Chur. Die niedere Bauart und der fehlende Trinkwasserzugang sprachen aber gegen eine Umnutzung. Das zweite Gebäude war der St. Salvatorenturm vor den Churer Stadttoren, der ein geräumiges Treppenhaus und vier Stockwerke aufwies. Dieses Objekt war deshalb attraktiv, weil sich die Etagen des Turms problemlos in Abteilungen aufteilen liessen.[30] Die «finanzielle[n] Bedenken» des Grossen Rats liessen aber auch diese beiden Projekte scheitern.[31]

Schliesslich hielt ein Finanzbericht des Kleinen Rats fest, dass eine kantonale «Irrenanstalt» erst wieder ins Auge gefasst werden könne, wenn die Kantonsschulden auf 100'000 Gulden reduziert wären. Obwohl die Finanzen im Aufwärtstrend begriffen waren – 1824 hatte der Kanton 564'955 Gulden Staatsschulden, 1829 nur noch deren 357'106 – lag dieser Richtwert noch weit entfernt.[32] *De facto* fiel das Projekt «Irrenanstalt» vorerst aus den Traktanden der kantonalen Behörden. Letztlich scheiterten diese frühen Bemühungen aber nicht nur an finanziellen Fragen, sondern auch an unterschiedlichen Prioritäten und fehlendem politischen Willen – die Gutachter drängten auf eine zweckmässige, die Regierung auf eine preisgünstige Lösung.

1.2 Erstes Provisorium: Die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau (1840–1855)

Die Entstehung der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau, die sich schrittweise auch zu einem Auffangbecken für psychisch kranke Menschen entwickelte, stand in engem Zusammenhang mit der wachsenden Armut und deren Neubewertung.[33] Im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert wurde Europa und speziell auch die Eidgenossenschaft von gravierenden wirtschaftlichen und politischen Umbrüchen erfasst, die unter anderem

25 Protocoll des löbl. Grossen Raths vom 21. Juni 1825, S. 43, zit. nach Schrofer (1999), S. 15.

26 Protokoll des hochlöbl. Grossen Rathes, Sitzung vom 7. Juli 1828, S. 104, zit. nach ebd., S. 15.

27 Am Gutachten von 1829 partizipierten unter anderen erneut Planta und J. A. Kaiser. Vgl. StAGR V 13 b: Manuskript, gekürzt als «Bericht einer Zusammenkunft der Comission zur Ermittlung einer Localität zur Errichtung einer Irrenanstalt für den Canton» vom 24. Juni 1829, abgedruckt in: Irrenhaus-Projekt II (1903), S. 84–89.

28 Ebd., S. 85.

29 Inquisiten waren Angeklagte, die noch nicht rechtsgültig verurteilt worden waren und sich deshalb in Untersuchungshaft befanden, vgl. ebd., S. 83, 90; Schrofer (1999), S. 17, 126.

30 Irrenhaus-Projekt II (1903), S. 85–87.

31 Protokoll des hochlöbl. Grossen Raths, Sitzung vom 26. Juni 1829, S. 62, zit. nach Schrofer (1999), S. 16.

32 Irrenhaus-Projekt II (1903), S. 89–91.

33 Die Geschichte des Armenwesens, das institutionelle Gefüge um die Problematik, ist wissenschaftlich gut aufgearbeitet. Deshalb beschränkt sich die vorliegende Studie auf jene Entwicklungen, die einen Bezug zur Psychiatriegeschichte aufweisen. Das Forschungsinteresse an der Armut in Graubünden geht bis auf die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts zurück, vgl. etwa Mirer (1922) und Soliva (1950). Zu den neueren Darstellungen gehören Pieth (1945), Metz (1989), Head/Schnegg (1989), Raffensteiner (1990), HBG II und III (2000), Seglias (2004), Kaufmann (2008), Gerstlauer (2009), Rageth (2012), Kuster (2017b), Rietmann (2017).

eine breite Massenarmut auslösten. Der landwirtschaftlich geprägte Freistaat der Drei Bünde (1524–1803) litt unter besonders starker Not. Die folgenschweren Koalitionskriege der Napoleonischen Zeit (1792–1814), die Hungersnöte der Jahre 1771/72 und 1816/17, das markante Bevölkerungswachstum sowie die Rückkehr mittelloser bündnerischer Söldner aus Frankreich führten zu verschärften Debatten über den «Pauperismus».[34] Hinzu kam die schmerzhafte Ablösung des Veltlins, eines vormaligen Untertanenlands, im Jahre 1797.[35] Viele wohlhabende Bündnerfamilien, die nicht im Veltlin wohnten, dort aber Grundbesitz hatten, verzeichneten grosse Einbussen. Sie verloren beträchtliche Einnahmen (Zinsen), die nun nicht mehr nach Graubünden flossen. Viele Familien verarmten und konnten dadurch weniger Kredite an die landwirtschaftliche Bevölkerung vergeben, was die Krisensituation verschärfte. Der Verlust des Veltlins war auch volkswirtschaftlich belastend, weil das Gebiet mit seinen Zolleinnahmen als Handelszentrum und Umschlagsplatz eine substantielle Einnahmequelle der Drei Bünde gewesen war. Nach 1797 schrieb das Gemeinwesen über Jahre hinweg rote Zahlen.[36]

Der Freistaat zeigte grosse Mühe, die verbreitete Armut zu bekämpfen. Die politischen Anstrengungen zur Eindämmung der Armut scheiterten an der bei innenpolitischen Fragen schwach ausgebildeten Zentralgewalt. Verwaltung, Gerichtsbarkeit und Gesetzgebung waren in letzter Instanz Sache der Gerichtsgemeinden, die sich primär für eine starke Gemeindeautonomie einsetzten.[37] Im Bundstag beschlossene Dekrete zum Armen- und Bettelwesen wurden häufig beschränkt oder uneinheitlich umgesetzt.[38]

Mit dem Beitritt des Kantons Graubünden zur Schweizerischen Eidgenossenschaft 1803 und der Einrichtung eines Grossen und Kleinen Rats intensivierten sich jedoch die Bemühungen um ein staatliches Armen- und Fürsorgewesen. Noch im selben Jahr übermittelte der Kleine Rat ein «Kreisschreiben» an die Gemeinden, das die armenpolizeilichen Anordnungen enthielt, fremde Bettler auszuweisen oder in die Heimatgemeinde zurückzuführen.[39] Beide Forderungen waren grundsätzlich nicht neu. Die Vertreibung von fremden Bettlern war schon in früheren Ordnungen festgesetzt und das Heimatprinzip – jede Gemeinde war für die eigenen Armen unterhaltspflichtig und konnte fremde Bettler abweisen – galt schon im Ancien Régime.[40] Vielmehr scheiterte es an einer konsequenten Umsetzung auf der Ebene der Gemeinden, primär aufgrund fehlender finanzieller Möglichkeiten. Diese Situation verbesserte sich auch im frühen 19. Jahrhundert vorerst nicht. Die rapid anwachsende Armut verschärfte die Problematik jedoch und löste eine breite Armutsdebatte aus.[41]

In diese Diskussion schaltete sich 1806 auch Carl Ulysses von Salis-Marschlins (1760–1818), Präsident des neu gebildeten Bündner Sanitätsrats, ein. Von Salis war davon überzeugt, dass es im Kanton zwar viel private Wohltätigkeit gebe, etwa gegenüber Bettlern, diese Gelder aber nicht optimal eingesetzt seien. Führte man die privat gespendeten Mittel in Armenfonds zusammen, so seine Grundidee, wäre genug Geld vorhanden, um den wirklich Bedürftigen zu helfen – statt denen, die am sichtbarsten auf sich aufmerksam machten. Er formulierte eine Reihe von Reformvorschlägen zur Erfassung und Kontrolle der Armut: das Verbot des Strassen- und Hausbettelns, die Ausschaffung landesfremder Bettler, die Einrichtung von Armenfonds und eines kantonalen Armenrats, sowie der Einsatz von Armenpflegern in den Gemeinden.[42] Obwohl seine Appelle sich erst in der Bündner Armenordnung von 1839 armengesetzlich niederschlugen, begründete von Salis eine neue Ära der Unterscheidung zwischen «würdiger» und «unwürdiger» Armut, wie sie in anderen Kantonen schon länger praktiziert wurde.[43]

---

34 Zum komplexen Phänomen des «Pauperismus» siehe Jäggi (2009); Pieth (1945), S. 351; Bietenhader (2015), S. 88–89; Bollier (2000), S. 117.

35 Pieth (1945), S. 351; HBG III (2000), S. 142; Soliva (1950). Der Freistaat der Drei Bünde liess zwei Ultimaten Napoleons verstreichen, das Veltlin als gleichberechtigten Bund oder Landesteil aufzunehmen. Daraufhin erfolgte die Einverleibung des Veltlins in die Cisalpinischen Republik, eine französische Tochterrepublik, die ihrerseits 1805 in das neugeschaffene Königreich Italien eingegliedert wurde. Vgl. Margadant (2004).

36 Pieth (1945), S. 309–311, 366–369.

37 Rathgeb (2003), S. 15; Joss/Vögeli (1988), S. 2–3.

38 Salis-Marschlins (1806), S. 196, 203.

39 Zum Dekret siehe Anhang «Der Kleine Rath des Kantons Graubünden an sämtliche L. L. Obrigkeiten und Gemeinden desselben. Chur 14. Juli 1803», in: ebd., S. 220–223.

40 Head-König (2014). Zu den Bemühungen um die Vertreibung fremder Bettler siehe Gillardon (1944), S. 187–203.

41 Vgl. Kaufmann (2008), S. 103–104.

42 Salis-Marschlins (1806), S. 202.

43 Vgl. etwa Burghartz (2011) zum protestantischen Basel oder Jäggi (2002) zum katholischen Luzern.

Als «würdige» Bettler galten im neuen Armutsdiskurs einheimische Arme, die entweder arbeitsunfähig waren (Kranke, Alte, Waisen) oder mit ihrer Arbeit schlichtweg zu wenig verdienten. Ihre Armut war nach Auffassung der politischen Behörden nicht selbstverschuldet, deshalb stufte man sie als der Armenfürsorge «würdig» ein. Zu den «unwürdigen» Armen hingegen gehörten arbeitsfähige «Müssiggänger», denen «Arbeitsscheu» oder «Genusssucht» unterstellt wurde, sowie fremde Bettler. Diese galten als «unwürdig», weil ihnen angelastet wurde, dass ihre Verarmung selbstverschuldet war.[44] Die Arbeitsfähigkeit kristallisierte sich in diesem Prozess zu einem zentralen Kriterium heraus, an dem festgemacht wurde, ob jemand unterstützungswürdig sei oder nicht.

Die Armenfürsorge war traditionell der grösste Posten in den kommunalen Finanzhaushalten. In Krisenzeiten, etwa nach Missernten, waren viele Gemeinden finanziell überfordert. Mit der Umdeutung der Armut rückte in den Gemeinden das individuelle Verhalten der Menschen verstärkt in den Fokus der Behörden, während konjunkturelle oder strukturelle Armutsursachen in den Hintergrund traten.[45] Die finanziellen Probleme waren oft real, allerdings wurde die Verantwortung für die Armut moralisierend auf die Armen selbst abgewälzt und das Armenwesen an sich grundsätzlich als Belastung wahrgenommen. Dieser neue Blick auf die Armut, der sich stärker am individuellen Versagen einer Person orientierte, liess politische Massnahmen immer dringlicher erscheinen. Bedürftigkeit musste nachgewiesen werden. Genau hier setzte von Salis mit dem Wunsch nach einer zentralen Almosenverwaltung an, damit private Almosengaben nicht mehr an vermeintlich falsche Bettler gingen.[46]

Die Aufstellung und Umsetzung von Kriterien der Unterstützungswürdigkeit waren aber nur ein Teil der Debatte. Im Fahrwasser der moralischen Umwertung der Armut erfuhr auch die Idee der Arbeitserziehung in Zwangsarbeitsanstalten immer mehr Zuspruch.[47] So schrieb von Salis über die «Müssiggänger» und die Möglichkeiten einer kantonalen Besserungsanstalt:

> *«[J]eder Person, die arbeiten kann, und doch nicht arbeiten will, [soll] auch nicht die geringste Unterstützung gegeben werden. Man muss sie zum Arbeiten durch den Hunger und die Schande zwingen.»*[48]

Zusammen mit der sittlich-religiösen Unterweisung wurde die Arbeitserziehung als valables Mittel erachtet, bürgerliche Werte wie Arbeitsamkeit, Mässigkeit, Gehorsam und Reinlichkeit zu vermitteln.[49]

1.2.1 Die Bündner Armenordnung von 1839 als rechtliche Grundlage der geschlossenen Fürsorge

Eine erste armengesetzgeberische Tätigkeit in Graubünden folgte erst einige Jahre später mit der Armenordnung von 1839 und der Ausführungsverordnung der neuen kantonalen Armenkommission von 1840.[50] Die kantonale Armenkommission (1838–1857) hatte den Auftrag, Armengesetze zu entwerfen sowie Berichte und statistische Erhebungen über die Entwicklung des Armenwesens anzufertigen. Ihre Aufsichtsfunktion bestand darin, die Armenfürsorge in den Gemeinden in geregelte Bahnen zu lenken. Aus Spargründen wurde die Kommission 1857 aufgelöst und ihre Aufgaben den Kreisämtern, den Kreisgerichten und dem Kleinen Rat übertragen.[51] Die Erlasse von 1839 und 1840 definierten auf der einen Seite die ma-

---

44 Salis-Marschlins (1806), S. 195–197, 209–211. Zur Moralisierung der Armut gibt es einschlägige Überblicksdarstellungen, vgl. etwa Jütte (2000). Zum spezifisch schweizerischen Kontext sei an dieser Stelle auf Rietmann (2017), Epple/Schär (2010), Gilomen (1996) und Fischer (1979) verwiesen.

45 Dazu gehören etwa Agrarkrisen, Teuerungen, Naturkatastrophen, Verluste von Verdienstmöglichkeiten oder die Praxis der Realerbteilung, vgl. Rietmann (2017), S. 37–38; Bollier (2000), S. 135–143.

46 Bis zu diesem Umbruch wurde der Grossteil der Almosengabe im Geiste der christlichen Nächstenliebe und des religiösen Gabentauschprinzips geführt. Wer kein Almosen gibt, erntet Flüche von Bettlern, mit schädlichen Folgen für das eigene Seelenheil und Familienwohl; wer Almosen gibt, erntet den Segen der Bettler, vgl. Salis-Marschlins (1806), S. 196–197; vgl. auch Jecklin (1993), S. 173–175; Bietenhader (2015), S. 83–88.

47 Zum Gedanken der Arbeitserziehung siehe Heiniger Alix (2019a), Seglias/Dissler (2019), Praz (2019) und Lippuner (2005).

48 Salis-Marschlins (1806), S. 209.

49 Diese Verhaltensweisen galten auch in der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau als erstrebenswert, vgl. StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus Fürstenau, Art. 13, zit. nach Bietenhader (2015), S. 107.

50 Rietmann (2017), S. 38.

51 Seit 2016 gibt es in Graubünden keine Kreise (als Gebietskörperschaften und Gerichtssprengel) mehr. Ab 1942 baute der Kanton professionelle Bezirksfürsorgestellen auf (heute regionale Sozialdienste), die im kanto-

teriell unterstützungswürdigen Personengruppen und legten strafende, armenpolizeiliche Massnahmen fest. Der Haus- und Strassenbettel wurde darin verboten und Missachtungen, wie etwa die missbräuchliche Verwendung von Unterstützungsleistungen, konnten eine Gefängnisstrafe nach sich ziehen. Auf der anderen Seite regelten sie die Ausgestaltung der offenen und geschlossenen Armenfürsorge. Unter offener Fürsorge wurde die Regelung der Mittelabgaben verstanden, unter geschlossener die Anstaltsunterbringung. Generell waren die Heimatgemeinden dazu verpflichtet, für ihre Armen und psychisch Kranken zu sorgen (Heimatprinzip).[52] Die Kosten für die Anstaltsunterbringung übernahmen sie in der Regel allerdings erst, wenn die Verwandtschaft zahlungsunfähig geworden war.[53]

1.2.2 Arbeitsamkeit und Sittlichkeit: Gründung der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau 1840

Mit der Armenordnung von 1839 verfügten die Gemeinden über ein flexibles armenrechtliches Instrumentarium, «arbeitsscheue», «liederliche» und «herumziehende» Arme in eine Arbeitsanstalt einzuweisen.[54] Dieses Regelwerk bildete die Grundlage für Einweisungen in die Ende 1840 eröffnete Bündner *Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau*, eine der ersten deutschschweizerischen Arbeitsanstalten für administrative Versorgungen.[55] Die Entstehung dieses Anstaltstyps stand im Zeichen eines gemeinnützigen Diskurses Mitte des 19. Jahrhunderts, aus dem als Quintessenz hervorging, dass Zwangsarbeitsanstalten ein effektives Instrument zur Bekämpfung der Armutsproblematik seien.[56] Die Waadt realisierte die erste schweizerische Anstalt dieser Art (1826), gefolgt von St. Gallen (1838), Graubünden (1840), Bern (1851), Thurgau (1851) und Schaffhausen (1852).[57]

Auf der einen Seite war die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau also eine Antwort auf die armutspolitischen Herausforderungen der Zeit, die mit einem neuen Armutsverständnis und Reformen im Armenwesen einhergingen.[58] Auf der anderen Seite war sie das Ergebnis der Bemühungen um die Spezialisierung der Anstaltsversorgung. Dafür war die Entwicklung im Strafrechtswesen mitentscheidend. In den 1820er Jahren bemängelten Gefängnisreformer schweizweit den Verwahrungscharakter der Zuchthäuser. Auch der Sennhof stand rasch unter Kritik, eine sehr heterogene Gruppe zu verwahren und dabei keine Erziehungs- und Besserungsanstrengungen zu unternehmen. Die «Irrenanstaltsprojekte» der 1820er Jahre etwa waren ein Versuch, zumindest diejenigen Insassen abzusondern, die als psychisch krank und unzweckmässig platziert galten. Mit der kantonalen Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau trug der Kanton schliesslich dem Gedanken der «Besserungsfähigkeit» mit einem neuen Anstaltstyp Rechnung.[59] Fürstenau wurde dadurch Teil einer Abstufung des Freiheitsentzugs. Diese Vorgänge deuten an, wie sich die Anstaltslandschaft der Schweiz seit dem 19. Jahrhundert vervielfältigt hat: Durch einen funktionalen Ausdifferenzierungsprozess im Fürsorge- und Strafvollzugswesen, aus dem zunehmend spezialisierte Einrichtungen, teilweise auch multifunktionale Anstalten, hervorgingen. Die Forschung unterscheidet bei dieser Entwicklung zwischen Spezialisierungsrichtungen («Erziehen», «Therapieren/Heilen», «Sichern» und «Strafen/Sühnen»), die sich bisweilen auch überlagern, wie es etwa bei psychiatrischen Einrichtungen der Fall ist («Therapieren» und «Sichern»).[60]

Laut Reglement diente die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau dazu, «arme, arbeitsfähige, aber dem Müssiggang und Bettel ergebene arbeitsscheue Menschen» durch Arbeitsangewöhnung, Disziplinierung sowie sittliche und religiöse Unterweisung zu «nützlichen Mitgliedern der bürgerlichen Gesellschaft» umzuerziehen.[61] Dabei handelte es sich um administrative Versorgungen, das

nalen Sozialamt zusammengefasst sind. Vgl. ebd., S. 38, 117–120.

52 Nachweislich mittellosen Gemeinden konnte die Armenkommission einen angemessenen Unterstützungsbeitrag zusprechen, siehe dazu ebd., S. 37–39, 44.

53 Das Prinzip der Verwandtenunterstützung, das im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) 1907/1912 gesetzlich verankert wurde (Art. 328 und 329), gilt bis heute.

54 Vgl. Armenordnung 1839, Art. 11; Verordnung der Armenkommission 1840, Art. 6.

55 Bietenhader (2015), S. 88.

56 Lippuner hat neben dem spezifisch thurgauischen auch den interkantonalen Austausch in der *Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft (SGG)* über diese sozialpolitischen Themen beleuchtet, vgl. Lippuner (2005), S. 23.

57 Ebd., S. 57.

58 Bietenhader (2015), S. 88–97.

59 Ebd., S. 87–89. Zum Konzept der Strafanstalt als «Besserungsmaschine» siehe Nutz (2001), S. 72.

60 Zu den Spezialisierungsrichtungen vgl. auch Guggisberg/Molin (2019), S. 29–37, insbesondere S. 29.

61 StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus Fürstenau, Art. 1, zit. nach Bietenhader (2015), S. 109.

heisst Einweisungen ohne Gerichtsurteil, die auf Vorstellungen von moralischem Fehlverhalten (Liederlichkeit, Arbeitsscheu, Bettelei usw.) basierten und nicht primär auf einem Straftatbestand.[62] Für die Aufnahmen war die kantonale Armenkommission zuständig. Sie besass die Oberaufsicht über die Anstalt.[63] Meist traten die Heimat- oder Wohnortgemeinden, teils auch Angehörige, mit Versorgungsanfragen an die Armenkommission und die Anstaltsdirektion heran. Bei wiederholtem Bettel oder schwerem Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit führten auch Landjäger (kantonale Polizei) die Betroffenen direkt in die Anstalt. Bei diesem Vorgehen mussten aber anschliessend die involvierten Parteien (Heimatgemeinde, kommunale Armenkasse, Angehörige) brieflich kontaktiert werden, um deren Einverständnis einzuholen und finanzielle Belange abzuklären.[64] Der Anstaltsdirektor hatte bei den Einweisungsentscheiden nur eine beratende Funktion.[65] Sofern die Abteilungen nicht ausgelastet waren, behielt sich die Armenkommission vor, auch jüngere Personen aufzunehmen, um sie in Handwerken zu schulen.[66] Die Aufnahme von «eigentliche[n] Irre[n]» und «solche[n] mit ansteckenden Krankheiten» sah das Reglement explizit *nicht* vor.[67] Diese Aufnahmekriterien wurden in der Praxis aber selten eingehalten, wie im nächsten Unterkapitel dargelegt wird.

Um das Anstaltsprojekt zu realisieren, pachtete der Kanton das ehemalige bischöfliche Schloss in der Gemeinde Fürstenau, das am rechten Ufer des Hinterrheins in der Talschaft Domleschg liegt.[68] Für einen Neubau stand, wie schon bei den «Irrenanstaltsprojekten» der 1820er Jahre, kein Geld zur Verfügung. Die Wahl des Standorts hing primär mit den Arbeitsmöglichkeiten zusammen: Im Domleschg stand die Rheinkorrektur an, bei der es nicht nur um den Schutz vor Hochwasser ging, sondern auch darum, mittels Schlammzufuhr aus dem Nollagebiet neues landwirtschaftlich nutzbares Land zu gewinnen. Der Kanton hatte sich zu diesem Zweck 1839 an der Aktiengesellschaft «Rheincorrektionsgesellschaft» beteiligt, die für ihre Arbeiten am Rhein möglichst günstige Arbeitskräfte benötigte.[69] Die Einrichtung der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau erfolgte in dieser Sache zu beidseitigem Vorteil: der Kanton stellte Arbeiten, die Anstalt Arbeitskräfte zur Verfügung. Hinzu kam, dass der designierte Anstaltsdirektor Oberst Joh. Jakob Scherrer (1792–1860) auch Leiter des Rheinkorrekturunternehmens war.[70] Damit hatte er nicht nur aus der arbeitserzieherischen Perspektive eines Direktors, sondern auch derjenigen eines Unternehmers Interesse an einer guten Arbeitsleitung seiner Insassen.

Der Begriff der «Korrektur» bezog sich im 19. Jahrhundert nicht nur auf bauliche Korrekturen (Flussbegradigungen), sondern auch auf die moralische Verbesserung von Menschen im Sinne von Korrekturen. Daher rührt das mehrdeutige Begriffsfeld der Korrektionen beziehungsweise Korrektionsanstalten.[71] Während Fürstenau noch unter dem Namen «Zwangsarbeitsanstalt» geführt wurde, trug die Nachfolgeeinrichtung in Realta bis Mitte des 20. Jahrhunderts den Titel «Korrektionsanstalt».

1.2.3 Unterschiedliche Insassen und überlastete Anstaltsdirektion

Die anfänglich auf 40 Plätze beschränkte Anstalt war rasch mit einer grossen Zahl von Anfragen für Einweisungen konfrontiert. Ende 1841 beherbergte sie bereits 36 Insassen, davon 28 Männer. Ein Jahr später musste die Regierung die Platzzahl bereits auf 60 erhöhen.[72] Einerseits war diese Entwicklung ein Ergebnis der Entlastung des Sennhofs. Personen, die als Bettler, Verwahrloste und einfache «Gauner» ins Visier der Behörden gerieten, konnten nach damaliger Auffassung angemessener in Fürstenau versorgt werden.[73]

62 Für eine Versorgung reichte zuweilen auch allein das Potential aus, durch «Liederlichkeit» und «Arbeitsscheu» zu verarmen. Vgl. ebd., S. 111.

63 Mit der revidierten Armenordnung von 1857 und der Auflösung der Armenkommission wurde diese Aufgabe den Vormundschaftsbehörden übertragen. Vgl. Rietmann (2017), S. 45; Kuster (2017b), S. 137.

64 Die Armenkommission holte sich oft bei den Pfarrämtern, von denen angenommen wurde, dass sie das öffentliche Gemeindeleben am besten überblickten, Informationen über die Personen, für die ein Einweisungsgesuch vorlag. Vgl. Bietenhader (2015), S. 96, 112–113.

65 Ebd., S. 104.

66 StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus in Fürstenau, Art. 4, zit. nach ebd., S. 109.

67 Walser (1970), S. 365; Bietenhader (2015), S. 104.

68 StAGR IV 10 a 1: Pachtvertrag, 2 Juli 1840; vgl. auch Salis (1931), S. 4.

69 Die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau, wie später auch Realta, wurde für diese Arbeiten vom Kanton vergütet, siehe Bietenhader (2015), S. 94; Kuster (2017b), S. 107.

70 Planta (1930), S. 78–80.

71 Vgl. Huonker (1990), S. 50; Rietmann (2017), S. 53; Künzli (2019), S. 20.

72 Schrofer (1999), S. 18–19.

73 Siehe dazu Kuster (2017a), S. 42.

Andererseits zeigen frühe Berichte von Anstaltsdirektion und Armenkommission, dass die Anstalt Fürstenau im Widerspruch zu ihrem reglementarisch festgehaltenen Zweck ein Auffangbecken für Menschen geworden war, die als gesellschaftliches Problem angesehen wurden. So gelangten auch arbeitsunfähige Kranke, Alte, Invalide oder auch «Irre» in die Anstalt Fürstenau – Menschen, die häufig ihren Lebensunterhalt nicht selbständig bestreiten konnten.[74] Mit einer gewissen Ratlosigkeit hielt Direktor Scherrer im Jahre 1842 fest:

> *«Ists eine Zwangsarbeitsanstalt, ein Armenhaus, ein Spital, oder wohl gar ein Narrenhaus? […] augenfällig ists ein Gemisch; denn es sind neben jungen starken Taugenichts, alte schwächliche Leute, die nicht mehr arbeiten können, und neben gutmüthigen unbeholfenen Geschöpfen, ganz verwirrte Menschen.»*[75]

Die vielfältige Klientel spiegelte die gravierenden Fürsorgelücken des Kantons. Zum Unbehagen Scherrers, denn er empfand die «Zusammenpferchung so vieler nach Geschlecht, Alter, Charakter, Schicksal, Schuld und Laster verschiedener Hülfs- und Besserungsbedürftigen» als «grossen Übelstand».[76] In seinem Bewerbungsschreiben hatte Scherrer noch auf die Leitung einer «gemeinnützige[n] und wohlthätige[n] Anstalt» gehofft.[77] Dieser anfängliche Optimismus wich nach seinem Amtsantritt zunehmend einer Ernüchterung.

Direktor Scherrer führte die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau für die gesamte Dauer ihres Bestehens (1840–1855). Er und seine Frau, die sich haushälterischen Aufgaben widmete, übernahmen als «Eltern» die Führung der «Grossfamilie». Als Anstaltsdirektor hatte Scherrer praktisch alle Aufgaben unter einen Hut zu bringen: Innerbetrieblich war er verantwortlich für die Leitung, die Personalführung, die Organisation der täglichen Arbeiten, die Einhaltung der Disziplin und nicht zuletzt auch für die Buchhaltung. Nach aussen war er zuständig für die Verhandlungen mit den Gemeindebehörden über Aufnahmen und Entlassungen. Zudem hatte er regelmässig Bericht an die kantonale Armenkommission zu erstatten.[78] Mit der Zeit durfte er immerhin die Aufseher selber wählen, um, wie er sich ausdrückte, nicht mehr «Soldaten […] in Pädagogen» umformen zu müssen.[79] Dennoch stand Scherrer immer wieder kurz vor dem Abgang, nicht zuletzt auch wegen der ambivalenten Wahrnehmung, die die Gesellschaft von der Anstalt hatte. Einerseits war Fürstenau für die kantonalen und kommunalen Behörden ein willkommenes Sammelbecken für Menschen, die als gesellschaftsgefährdend und erziehungsbedürftig galten. Andererseits gab es auch kritische Stimmen, die der Anstalt erzieherischen Nihilismus vorwarfen. Über diese beklagte Scherrer sich 1849 in einem Schreiben an die Armenkommission:

> *«Als Zulage kommen dann noch von Aussen böse und verleumdende Gerüchte zur Genüge. […] Sollte sich dennoch einer melden, dem diese Stelle genehm und ihrer gewachsen und würdig befunden würde, so mag er kommen, die Ablösung kann den Unterzeichneten nur erfreuen.»*[80]

Eine überlieferte Korrespondenz zwischen dem Pfarrer der Gemeinde Felsberg und Direktor Scherrer beleuchtet aber auch die Sicht der Gemeinde auf den eigenen und den kantonalen Versorgungsnotstand. Denn während die Gemeindevorstände generell problemlos Entlassungen herbeiführen konnten, gelang es ihnen nicht immer, eine solche zu verhindern.[81] Der Briefwechsel, der im Folgenden geschildert wird, betraf die Entlassung von Catharina Danuser, die offenbar nicht den Aufnahmekriterien der Anstalt entsprach. Aus den Quellen geht nicht hervor, ob Catharina Danuser seitens der Direktion eine psychische Krankheit zugeschrieben wurde. Die Gemeinde Felsberg war jedenfalls mit einer Rückführung in

---

74 Vgl. Kantonale Armenkommission, Bericht über ihre amtlichen Verrichtungen und den Zustand des Armenwesens im Kanton Graubünden während der Jahre 1840 bis 1846, Chur 1846, S. 25; Bietenhader (2015), S. 104–105.

75 StAGR IV 10 a 3: Vierter Quartalsbericht (1842) des Anstaltsdirektors an die kantonale Armenkommission, 20. Januar 1843, zit. nach ebd., S. 104–105.

76 StAGR IV 10 a 3: Jahresbericht (1845) des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 12. Januar 1846, zit. nach ebd., S. 115.

77 StAGR IV 10 a 1: Bewerbungsschreiben Scherrers an den Präsidenten der Kantonalen Armenkommission, 24. Mai 1840; StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus in Fürstenau, Art. 2c, zit. nach ebd., S. 104.

78 StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus in Fürstenau, Art. 2a, 2b.

79 StAGR IV 10 a 3: Jahresbericht des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 10. Februar 1849, zit. nach Bietenhader (2015), S. 97.

80 StAGR IV 10 a 3: Schreiben des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 15. Februar 1849; zit. nach ebd., S. 97.

81 Bietenhader (2015), S. 125–126.

die Gemeinde nicht einverstanden. Im Namen des Gemeindevorstands schrieb der Pfarrer einen drohenden Brief, der sich auch an Catharina Danuser selbst richtete:

> *«noch Eines bitten wir Sie – oder zwei. 1) behalten Sie doch dieser Person den Plaz bei Ihnen offen! Wenn ich ein Tollhaus wüsste, wohin wir mit ihr könnten, so wollte ich Sie nicht belästigen; aber was ist zu machen? 2) Stellen Sie der Danuser so eindringlich als möglich vor, dass sie hier weder vom Armenvorstand noch Pfarrer den geringsten Beistand finden werde; und dass, sollte Sie nicht ohne alle Beschwerde der übrigen hiesigen Einwohner durchbringen können, so werde man Mittel suchen, sie wieder irgendwo zu versorgen, wo sie in Ordnung gehalten werde.»*[82]

Offenbar waren die Drohungen wirkungsvoll. Jedenfalls verhielt sich Catharina Danuser nach ihrer Entlassung aus Fürstenau, so der Pfarrer, «ganz still» und «verdient sich ihr Brod mit Spinnen».[83] In gewissen Fällen wirkten Gemeindevorstände auch proaktiv gegen die Rückkehr von Personen. So bot etwa die Gemeinde Santa Maria 1849 der Anstalt Fürstenau eine Erhöhung des Kostgelds für eine Internierte an, damit deren Aufenthaltsdauer verlängert werde.[84] Die Anstalt Fürstenau akzeptierte zu dieser Zeit, zumindest in Einzelfällen, auch andere Zahlungsmittel als Geld für die Entrichtung des «Kostgelds» (Kosten für den Lebensunterhalt der Internierten). Manche Gemeinden und Private beglichen ihre Rechnungen bisweilen mit Naturalsteuern, etwa mit Mais, Gerste, Roggen, Apfelschnitzen, Butter, Käse oder Wolle.[85]

Die Armenkommission bestimmte in der Regel die Höhe der Kostgelder. Sie setzte jeweils nach dem Aufnahmeverfahren einen individuellen jährlichen Beitrag fest, der für die versorgte Person ein Quartal oder Halbjahr im Voraus zu begleichen war. Die Aufnahmekosten betrugen im Durchschnitt 50 Gulden und das jährliche Kostgeld 20 Gulden für Kleidung und 60 Gulden für Lebensmittel. Durch Arbeitsleistungen konnten die Internierten einen Teil der Ausgaben, die von der Heimatgemeinde, teils auch von Angehörigen getragen wurden, selber begleichen.[86] Das jährliche Kostgeld von 80 Gulden entsprach ungefähr dem Grundlohn für sechs Arbeitswochen eines Bezirksingenieurs im Strassen- und Bauwesen, oder für vier Arbeitswochen eines Adjunkts im Forstwesen.[87] Dies war eine stattliche Summe, insbesondere weil viele Internierte physisch und altersbedingt kaum arbeitsfähig waren und das Kostgeld nicht durch Arbeitsleistungen reduzieren konnten.[88] Nach einem Quartal konnte der geschuldete Betrag angepasst werden, je nach Grad der Pflegebedürftigkeit der Insassen. Einen allgemeinen Massstab gab es nicht. Dieses individuelle Berechnungsmodell war für zeitgenössische Verhältnisse vergleichsweise modern.

1.2.4 Eröffnung der «Irrenabteilung» 1843: Verwahrung, Aufsicht und Pflege

Die Vielfalt der Insassengruppen setzte die politischen Behörden immer stärker unter Handlungszwang. Im Betriebsjahr 1841 galten von 36 Aufnahmen nur rund die Hälfte als arbeitsfähig.[89] Deshalb beschloss die Regierung 1843 auf Antrag der kantonalen Armenkommission, innerhalb der Zwangsarbeitsanstalt eine kleine, gesonderte Abteilung für fünf bis sechs «unheilbare Irre» einzurichten.[90] Die Anstalt erhielt eine Erweiterung des Namens

---

82 StAGR IV 10 a 6: Schreiben des Pfarrers der Gemeinde Felsberg an den Anstaltsdirektor, 19. April 1842, zit. nach ebd., S. 126.

83 Bietenhader (2015), S. 126.

84 StAGR IV 10 a 6: Schreiben des Vorstands der Gemeinde Santa Maria an den Anstaltsdirektor, 4. Dezember 1849.

85 Salis (1931), S. 5.

86 StAGR IV 10 a 1: Schreiben der Kantonalen Armenkommission an den Kleinen Rat, 6. Juni 1840. Über das Kostgeld hinausgehende Überschüsse bekamen die Personen gutgeschrieben und konnten etwa zur Familienunterstützung oder für Genussmittel wie Tabakwaren ausgegeben werden. Vgl. StAGR IV 10 a 2: Arbeitskontrollen und Verpflegungslisten; StAGR IV 10 a 3: Erster Quartalsbericht (1843) des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 14. April 1843, zit. nach Bietenhader (2015), S. 95.

87 1850 entschied der eidgenössische Nationalrat, vom Reichsgulden auf den französischen Franken umzusteigen. Zum Zeitpunkt des Währungsumbruchs um 1850 war ein Bündner Gulden rund 1.70 Franken wert. 80 Bündner Gulden entsprachen demzufolge etwa 136 Franken. Vgl. Übersicht der Gehalte der Beamten und Angestellten des Kantons 1859, in: Verhandlungen des ordentlichen Grossen Rathes im Jahr 1858, S. 145–149; Sager (1952), S. 54–55.

88 Kaiser (1851), S. 138.

89 StAGR IV 10 a 3: Jahresbericht Fürstenau, Tabellarische Auskunft, 31. Dezember 1841, zit. nach Schrofer (1999), S. 18; siehe auch Kaiser (1851), S. 103, 138.

90 StAGR IV 10 a 1: Brief des Kleinen Rates an die Armenkommission vom 27. Juli 1843. Die neue Abteilung konnte nur eröffnet werden, weil der ehemalige Pächter des Schlosses, Konrad Jakob, auszog.

zur «Kantonalen Zwangsarbeits- und Irrenanstalt» und hatte neu eine Doppelfunktion inne.

Die Unterbringung in Fürstenau wurde neu verbunden mit einem stärkeren Fokus auf die medizinische Beurteilung der eingewiesenen Personen. So musste der Anmeldung bei der kantonalen Armenkommission ein ausführlicher ärztlicher Bericht und ein amtliches Zeugnis beigelegt werden und bei der Aufnahme ein Arzt zur Bestimmung der Behandlung zugegen sein.[91] Daher ist anzunehmen, dass der anwesende Arzt neu den Entscheid beeinflussen konnte, ob es sich um eine Person für die «Irrenabteilung» handelte oder nicht. Den eigentlichen Versorgungsbeschluss fasste in letzter Instanz aber weiterhin die Armenkommission.

Mit dieser neuen Konstellation ging eine Umdeutung von Formen des «Irrsinns» und «Wahnsinns» einher. Bis ins 19. Jahrhundert wurden Betroffene im familiären und dörflichen Kontext zwar sozial stigmatisiert, aber nicht als medizinisches Problem angesehen. Nun kamen medizinische Pathologisierungen hinzu und ersetzten teilweise ältere Ausgrenzungsmechanismen. Welche Vorstellungen hinter dieser Neubewertung standen, lässt sich ohne vertiefte Studie der Eintrittsformulare kaum hinreichend beurteilen. Ärzte und Psychiater entdeckten mit der Gruppe der «Irren» ein neues Feld für medizinische Diagnosen und Behandlungen. Umgekehrt wurden medizinische Kategorien von Gemeinden, Angehörigen und der Armenkommission als Argument zur Verwahrung und damit zur gesellschaftlichen Stigmatisierung der Betroffenen genutzt.

In Kontrast zur Einbindung der ärztlichen Expertise in den Einweisungsprozess stand die Tatsache, dass in Fürstenau (und später auch in Realta) keine ständige ärztliche Betreuung gewährleistet war.[92] Abgesehen von den wöchentlichen Besuchen eines Arztes gab es keine medizinische Überwachung und Behandlung, geschweige denn Einrichtungen zur Krankenpflege.[93] Das Problem der fehlenden medizinisch-therapeutischen Behandlung war den zeitgenössischen Verantwortlichen durchaus bewusst. So legten sie im Anstaltsregulativ transparent dar, dass für «eine eigentliche Irrenheilanstalt […] eine geräumigere und zweckmässigere Einrichtung als bei den gegebenen Verhältnissen» notwendig wäre.[94]

Für das Jahr 1844 sind erste Aufnahmen in die «Irrenabteilung» registriert. Die Armenkommission machte in einem Rundschreiben an Räte und Gemeinden deutlich, dass die neue Abteilung kein Ersatz für eine «Irrenanstalt» sei, doch mangels Alternativen einen Beitrag zur öffentlichen Sicherheit und Entlastung der Gemeinden und Familien bieten solle.[95] Scherrer teilte diese Meinung grundsätzlich, vermutlich auch im Wissen um die prekären Versorgungszustände in den ärmeren Gemeinden:

> *«Abgesehen von der systematischen und auch humanen Behandlung, die den Irren hier gewiss eher zu Theil wird, als bei ihren Eigenen, erwächst jedenfalls für die menschliche Gesellschaft der Vortheil dass die Lästigkeit und Unsicherheit solche Unglücklichen zu haben, ihrem Auge u[nd] Ohre entrükt werden.»*[96]

Das Zitat verdeutlicht zudem, dass viele psychisch kranke Menschen in Regionen wie dem Kanton Graubünden bis weit ins 19. Jahrhundert nicht interniert wurden, sondern in familiären oder dörflichen Gemeinschaften lebten. Man darf annehmen, dass zumindest die dörflichen Gemeinschaften darin zunehmend ein Problem sahen – nur so erklärt sich die hohe Nachfrage nach einer zentralen Anstalt zur Unterbringung von Personen mit einer psychischen Krankheit. Scherrer war davon überzeugt, dass die Verhältnisse in Fürstenau besser waren als bei den Personen zu Hause. Diesen Eindruck vermittelt auch der Rapport zu einer der ersten Einweisungen: Ein «Tobsüchtiger» wurde durch die Aufnahme in Fürstenau «dem fürchterlichen Loos befreit, einem Viehe gleich, in einem Stall an Ketten zu liegen».[97] Dass Scherrer den Eindruck hatte, die Gesellschaft wolle psychisch Erkrankte «ihrem Auge u[nd] Ohre entrükt» wissen, deutet darüber hinaus auf eine gesellschaftliche und kulturelle Neubewertung der «Irren» hin, die sich auch im revidierten Reglement der Anstalt widerspiegelte. Die «Irrenabteilung» nahm «vor-

91 Vgl. StAGR IV 10 a 1: Regulativ für die Irren in der Zwangsarbeits-Anstalt zu Fürstenau, 1844, Art. 10.
92 Ebd., Art. 6.
93 Kaiser (1877), S. 2–3.
94 StAGR IV 10 a 1: Regulativ für die Irren in der Zwangsarbeits-Anstalt zu Fürstenau, 1844, Art. 2.
95 StAGR IV 10 a 1: Rundschreiben der Kantonalen Armenkommission an die Räte und Gemeinden, 18. März 1844.
96 StAGR IV 10 a 3: Bericht des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission über das Innere der Anstalt, 15. Mai 1845, zit. nach Bietenhader (2015), S. 106.
97 Vgl. Hungerbühler (1846), S. 29–30.

züglich bereits für unheilbar erklärte, tobsüchtige, oder auch stille, aber in ihren häuslichen und örtlichen Verhältnissen gefährliche, auch zu sehr verwahrloste Irre» auf.[98] Primär handelte es sich also um psychisch kranke Menschen, die auf kommunaler oder familiärer Ebene als «gefährlich» oder «verwahrlost» – letztlich als nicht mehr tragbar – wahrgenommen und in Fürstenau interniert wurden. Dahinter stand der Gedanke der Verwahrung, der die psychiatrischen Einrichtungen bis weit ins 20. Jahrhundert begleitete und der in den 1960er Jahren auf vehemente Kritik in der Öffentlichkeit stiess. Die Psychiatrie selbst distanzierte sich schon früher von der Selbstbezeichnung einer Verwahrungsanstalt, spätestens seit der rasanten Einführung immer neuer, zuweilen experimenteller Behandlungsmethoden und Therapieansätze in den 1930er Jahren (vgl. Kapitel 3 und 5).

Der weitgehende Verwahrungscharakter spiegelte sich im Inventar der neuen «Irrenabteilung». Laut Regulativ umfasste es eine Badewanne, einige Nachtstühle, zwei Zwangsjacken und vereinzelte Gerätschaften, sowie Spielzeug und Bücher zur Beschäftigung. Relativ ausführlich wird auf die «zwei Zwangsjacken von verschiedener Grösse» eingegangen: «Die Zwangsweste wird von Zwilich oder starker grober Leinwand gefertigt, hat lange weite Ärmel[,] die noch einmal so lang[,] aber enger zugeschnitten als die Arme sind, und mit gekreuzten Armen über dem Rücken befestigt werden.»[99]

Ein Irrenwärter war für die dauernde Aufsicht und Pflege zuständig. Er hatte die Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit zur Arbeit anzuhalten und den «tobenden» unter ihnen gegebenenfalls «die Zwangsmittel anzulegen».[100] Scherrers Ansicht nach sollte diese Position vorzugsweise nicht von einem Landjäger besetzt werden, denn diese waren Teil des Landjägerkorps, der ersten kantonalen Polizei in Graubünden.[101] Dennoch waren wie im Sennhof auch in Fürstenau Landjäger als Aufseher tätig.[102] Sie beaufsichtigten die Arbeiten rund um die Uhr, hatten für die «Aufrechterhaltung einer prompten Disciplin» zu sorgen, unter Umständen auf Weisung des Direktors Körperstrafen auszuführen und waren für Personentransporte zuständig.[103] Scherrer wollte verhindern, dass sie auch auf der Abteilung für psychisch kranke Menschen zum Einsatz kamen. Insbesondere ihre Uniformen störten ihn, da er befürchtete, dass sie «gewiss keinen günstigen Eindruck weder auf die Irren selbst, noch deren Verwandten machen».[104] Da viele Landjäger zudem ehemalige Söldner in fremden Diensten waren, war Scherrer womöglich auch besorgt, dass sie durch die Kriegserlebnisse zu abgestumpft und dadurch zu wenig fürsorglich für die Aufgaben in der «Irrenabteilung» sein könnten.

Inwieweit letztlich Landjäger auf der Abteilung für psychisch Kranke tätig waren, lässt sich im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend klären. Es gibt aber Anzeichen dafür, dass Scherrers Befürchtungen nicht unberechtigt waren und Patientinnen und Patienten Vorbehalte gegenüber Landjägern äusserten. Über den 53-jährigen Patienten C. J. F., der bei der Arbeit immer wieder mit ihnen in Kontakt kam, heisst es in einem Rapport: «Meistens auf der Arbeit […]. Empfindlich, einbilderisch, brutal. Die [Landjäger] hasst er; nur die Autorität des Directors will der anerkennen. Es giebt Augenblicke in denen man seinen wirklichen Zustand verkennt!!»[105] Über denselben Patienten wurde in Realta rund 10 Jahre später rapportiert: «Er ist unfehlbar irre, aber mitunter unterhaltend g'scheid; arbeitet launisch».[106]

Das Regulativ über die Behandlung der psychisch kranken Patientinnen und Patienten hatte letztlich einen ambivalenten Charakter. Auf der einen Seite war es vom Prinzip der streng moralischen (Arbeits-) Erziehung bestimmt, die dem ursprünglichen Zweck der Zwangsarbeitsanstalt sehr nahe kam. Auf der anderen Seite hielt das Regulativ die Angestellten dazu an, einen ver-

98 StAGR IV 10 a 1: Regulativ für die Irren in der Zwangsarbeits-Anstalt zu Fürstenau, 1844, Art. 9.

99 Ebd., Art. 4.

100 StAGR IV 10 a 5: Instruktion für den Irrenwärter in Fürstenau, 1844. Zur beruflichen Entwicklung der Irrenwartung zur Psychiatriepflege siehe Kapitel 4.1.

101 Zur Geschichte der Landjäger in Graubünden siehe Camenisch (2016); Kuster (2017a), S. 65–82.

102 Vgl. StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus in Fürstenau, Art. 2, siehe auch Kuster (2017b), S. 105. Bietenhader ergänzt, dass die Anstalt für Aufseher und Landjäger über zwei verschiedene Anstellungsprofile verfügte, vgl. Bietenhader (2015), S. 104.

103 StAGR IV10 a 5: «Pflichtenheft für Landjäger und Angestellte», Art. 15, zit. nach ebd., S. 104.

104 StAGR IV 10 a 1: «Fragen und Anmerkungen bezüglich der Einrichtung zur Aufnahme von Irren in der Anstalt zu Fürstenau», 25. Januar 1844, zit. nach ebd., S. 104.

105 StAGR IV 10 a 3: Jahresberichte, Über die Irrenanstalt Fürstenau, Februar 1847 und Notification über die Genossen Irren, 1848, zit. nach Schrofer (1999), S. 78

106 Protokoll über den Stand der Kantonalen Zwangsarbeits- und Irrenanstalt in Realta. Etat der Genossenschaft in der Irrenabteilung, Ende September 1857, zit. nach ebd., S. 79.

ständnisvollen Umgang mit den Patientinnen und Patienten zu pflegen:

> *«Die Behandlungsweise gegen die Irren sei streng und mild, und da die meisten ihren Handlungen nicht zurechnungsfähig, die Zurechtweisung nicht nach dem jedesmaligen Zustande berechnet, in Ermahnung, Verweisung aufs Zimmer, Entziehung der sonst gestatteten Freiheit und Genüsse, theilweise der Nahrung, Einsperrung, bei Widerspenstigen oder Rasenden Anlegung der Zwangsweste, selbst im Nothfalle temporäre Befestigung mittelst lederner Riemen im Bette.»*[107]

1.2.5 Primat der Zwangsarbeit auch auf der «Irrenabteilung»

Erziehung in Fürstenau hiess grundsätzlich, dass die Insassen zu Arbeitstätigkeit angehalten und dass ihnen christliche Glaubensinhalte und sittliche Werte vermittelt wurden. Das allgemeine Anstaltsreglement sah vor, dass Fürstenau für seine Internierten eine «Schule der Ordnung, der Reinlichkeit, des Gehorsams und der Arbeitsamkeit» zu sein habe, «aus der sie als bessere Menschen in die Gesellschaft zurückkehren sollen».[108] Das traf natürlich nur bedingt auf die «Irrenabteilung» zu. Doch die Arbeit und das dahinterstehende Prinzip der Arbeitserziehung, die den geregelten Tagesablauf in Fürstenau dominierten, sollten nach Möglichkeit auch für die psychisch kranken Patientinnen und Patienten zur Anwendung kommen. In der Regel war es der Arzt, der entschied, ob eine Person für einen Arbeitseinsatz in Frage komme: «Erlaubt es der Arzt, so können die Irren auch an der Arbeit der Anstaltsgenossen Theil nehmen».[109] Die kantonale Armenkommission befürwortete die Beschäftigung, auch weil sie nach zeitgenössischer Auffassung als «wahres Heilmittel für Irre» galt.[110] Damit diese Wirkung aber überhaupt erzeugt werden könne, ging sie davon aus, dass die Arbeiten nach den Fähigkeiten und Neigungen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sein müssten.

> *«Die einem Jeden angemessene Beschäftigung hilft mehr wie alles andere, die häuslichen Verhältnisse vergessen zu machen und die fixen Ideen zu verdrängen.»*[111]

Die Arbeitsaufteilung folgte zeitgenössischen, geschlechtsspezifischen Wertvorstellungen. Männer arbeiteten in der Regel im Freien, vorwiegend an der Rheinkorrektion und Urbarmachung der gewonnenen Kulturflächen, aber auch auf Feldern und Strassen. Vereinzelt waren auch Taglohnarbeiten bei einheimischen Handwerkern, Schreinern und Schustern vorgesehen. Frauen wurden häufig mit Strickarbeiten und Haushaltstätigkeiten beschäftigt.[112] Einzig im Frühling setzte sie die Anstaltsleitung auch für Arbeiten im Freien ein, zum Beispiel um die Felder zu bepflanzen. Von den meisten Internierten wurde die Arbeit als Zwang erlebt. So rapportierte Direktor Scherrer 1841 an die kantonale Armenkommission: «träge und liederliche Leute [werden] zum Arbeiten gezwungen […]», um sie auf den rechten Weg zurückzuführen. «Das wollen aber am wenigsten die Betroffenen begreifen».[113] Dementsprechend hielt Scherrer die reglementarisch festgehaltene Möglichkeit, auch jüngere Personen in einem Handwerk zu schulen für nicht praktikabel. Dafür seien weder die Angestellten genügend technisch geschult noch hätten die Insassen ausreichend «intellektuelle Kräfte».[114] Dieses Argument konnte die Forschung jüngst auch bei Einrichtungen des 20. Jahrhunderts feststellen. In den Anstalten von Bellechasse im Kanton Freiburg bestand beispielsweise zwischen 1940 und 1955 eine Abteilung für Jugendliche, in der eine Ausbildung hätte angeboten werden sollen, was aber nie der Fall war.[115]

Der Tagesablauf war von strikter Disziplin bestimmt. Ein Sommertag begann um 4.00 Uhr morgens. Nach dem Aufstehen, Ankleiden, Bett machen und Morgengebet verrichten, folgten zwei

---

107 StAGR IV 10 a 1: Regulativ für die Irren in der Zwangsarbeits-Anstalt zu Fürstenau, 1844, Art. 13.

108 StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus Fürstenau, Art. 13, zit. nach Bietenhader (2015), S. 77.

109 StAGR IV 10 a 1: Regulativ, Art. 3, zit. nach Salis (1931), S. 5–8. Die Ärzte dispensierten Arbeitsunfähige oder «Simulierende» von der Arbeit.

110 StAGR IV 10 a 1: Regulativ für die Irren in der Zwangsarbeits-Anstalt zu Fürstenau, 1844, Art. 12.

111 Kaiser (1852), S. 83.

112 Bietenhader (2015), S. 108.

113 StAGR IV 10 a 3: Schreiben des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 16. März 1841, zit. nach ebd., S. 110.

114 StAGR IV 10 a 3: Erster Quartalsbericht (1842) des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 12. April 1842, zit. nach ebd., S. 108.

115 Zur Jugendabteilung im «Erlenhof»/«Les Vernes» siehe Heiniger / Bignasca (2019), S. 81–82.

Arbeitsblöcke von 5.00–11.00 und von 13.00–19.00 Uhr.[116] Wöchentlich kam ein Geistlicher zur christlich-sittlichen Unterweisung vorbei und an Sonn- und Feiertagen stand ein Gottesdienst auf der Tagesordnung – für die Katholiken im Nachbarsdorf Almens, für die Protestanten in Fürstenau.[117] Bei Regelmissachtungen konnte der Direktor disziplinarische Massnahmen und bei schweren oder wiederholten Vergehen auch körperliche Strafen verhängen. Das Register reichte von Verwarnungen über Blossstellungen, schwere Arbeit und Minderung der Kost bis Arrest und Züchtigung mit Rutenschlägen. Die Bestrafung sollte dabei «mit Ernst, aber ohne Leidenschaft und Verhöhnung» vollzogen werden.[118] Disziplinarische Massnahmen waren, in gemässigter Form und ohne Körperstrafen, auch bei psychisch Kranken erlaubt. Nur eine vertiefte Untersuchung der Disziplinarmassnahmen in der Praxis könnte Aufschluss darüber geben, in welchem Ausmass auch Patientinnen und Patienten von Bestrafungen betroffen waren.

1.2.6 Missbräuchliche Versorgungen? Anstaltsdirektion gegen Armenkommission und Gemeinden

Das Problem der ungeregelten Versorgungspraxis blieb auch nach der Eröffnung der Abteilung für psychisch Kranke bestehen, wenn auch unter neuen Vorzeichen. Bei einigen Gemeinden war es zum Usus geworden, Personen, die nach zeitgenössischer Auffassung eigentlich in die «Irrenabteilung» gehört hätten, in die Abteilung für «Korrektionelle» einzuweisen. Das gelang ihnen aber nur, indem sie die Arbeitsunfähigkeit oder die verminderte Zurechnungsfähigkeit der einzuweisenden Person verschwiegen. Unter der Bezeichnung «verminderte Zurechnungsfähigkeit» wird im Folgenden die fürsorgerische Begriffsdimension verstanden, also das psychisch, geistig oder physisch bedingte Unvermögen, für sich selbst zu sorgen. Eine «verminderte Zurechnungsfähigkeit» im strafrechtlichen Sinne bezeichnet hingegen straffällige Personen, die beispielsweise wegen Alkoholkonsum nicht verurteilt, sondern zu Erziehungszwecken in eine Arbeitsanstalt eingewiesen wurden.

Das Motiv hinter dieser vorgetäuschten Versorgungspraxis war, dass die Person mit Sicherheit einen Platz in Fürstenau erhielt. Denn die «Irrenabteilung» war klein und nahezu ununterbrochen ausgelastet. Einige Gemeinden werteten die Selbstentlastung also höher als die zweckmässige Behandlung der überwiesenen Person. Ein solches Verschleierungsmanöver erlebte Direktor Scherrer etwa bei der Patientin Domenica Semadeni aus dem Puschlav, die seiner Ansicht nach eigentlich in eine «Irrenanstalt» gehörte. Dabei strich er heraus, wer die eigentlich Leidtragenden dieser Einweisungspraxis seien – die Patientinnen und Patienten:

> *«Überall wo sie steht und geht, und in jeder Position [verrichtet sie] ihre Nothdurft […]. Im Bett, am Tisch, mitten im Schlafzimmer und auch fast neben dem Nachtgeschirr. […] Übrigens fällt jede Verantwortung und Sünde auf diejenige Gemeinde, welche durch Verheimlichung des wirklichen Zustands und solcher Angaben dem Unzurechnungsfähigen harte Strafen zuziehen. Anders ist der Irre, anders der Arbeitsscheue zu behandeln.»*[119]

Der Grosse Rat ermächtigte zwar 1848 die kantonale Armenkommission, arbeitsunfähige Personen, die unter Falschangaben einen Platz in der «Korrektionsabteilung» erhielten, auf Kosten der einweisenden Gemeinden wieder zurückzuführen.[120] Der intransparenten Versorgungspraxis tat das jedoch keinen Abbruch. Offenbar war die Anstalt dauernd mit weit mehr psychiatrischen Fällen belegt gewesen, als es die sechs Plätze der «Irrenabteilung» offiziell vermuten liessen. Viele der psychisch kranken Personen waren unter dem Deckmantel der «Korrektionellen» nach Fürstenau eingewiesen worden.[121] Diese Versorgungspraxis und eine ständig ausgelastete «Irrenabteilung» veranlassten die Regierung, die Abteilung für psychisch kranke Menschen nach wenigen Jahren auf

---

116 StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus in Fürstenau, Art. 10.

117 Ebd., Art. 11; StAGR IV 10 a 4: Protokoll über die täglichen Ereignisse, 1843–1855; vgl. Bietenhader (2015), S. 107–108.

118 StAGR IV 10 a 1: Reglement Zwangsarbeitshaus in Fürstenau, Art. 14 und 16.

119 StAGR IV 10 a 3: Schreiben des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 1. April 1847, zit. nach Bietenhader (2015), S. 113.

120 VGR, 4. November 1848, S. 90.

121 Siehe dazu StAGR IV 10 a 3: Jahresbericht (1850) des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 15. Januar 1851. Kaiser sprach von rund 30 «Irren» in der Anstalt, vgl. Kaiser (1877), S. 2–3.

10, später auf 20 Plätze zu erhöhen.[122] 1848 umfasste die Abteilung bereits 18 Patientinnen und Patienten.

Diese Anpassungen vermochten jedoch weitere Fälle, in denen psychisch kranke Personen als «Korrektionelle» eingewiesen wurden, nicht zu verhindern. Scherrers Klagen über das Auffangbecken Fürstenau blieben über die Jahre hinweg unberücksichtigt. Der Jahresbericht von 1850 verdeutlicht, wie er die Entwicklungen in seiner Anstalt mit zunehmender Verbitterung zur Kenntnis nahm:

> *«Noch kürzlich hat sich die Gemeinde Tinzen die Freiheit genommen uns einen solchen Menschen der nicht recht im Kopf und schlecht auf den Füssen ist unter der Angabe: ‹er kann arbeiten wenn er will› aufzubürden. […] Um ihn leicht herzubringen wird ihm vorgegeben, sein Schwiegervater in Rodels sei krank und verlange nach ihm. In dieses Lügengewebe verstrickt schaffen sie ihn leicht her. Aber die Enttäuschung hatte ihre natürlichen Folgen. Doch kümmert das die Leute nicht. Sie überlassen es uns seiner Desperation mauerfeste Schranken zu setzen […], überlassen es uns, ihn zu kleiden, denn sie senden ihn uns in lumpigen Kleidern zu. Wir sollen ihn sättigen den Heisshungrigen, der so oft er dazu kommt alle Überbleibsel der Speisen anderer Genossen gierig verschlingt.»*[123]

Durch das «Lügengewebe» getäuscht wurden zudem offenbar nicht nur die Anstaltsdirektion, sondern auch Patientinnen und Patienten. Das zitierte Beispiel zeigt, wie die Gemeinde Tinzen (heute Tinizong) einen Mann unter falschen Vorwänden zwangsweise in die Anstalt beförderte. Dem Betroffenen wurde vorgetäuscht, dass sein Schwiegervater in Rodels, unweit Fürstenaus, erkrankt sei. Darüber hinaus ist dieser Fall ein anschauliches Beispiel für einen administrativen Versorgungsbeschluss. Scherrer berichtete auch von Klagen seitens Internierter gegen den Freiheitsentzug ohne richterliches Urteil.[124] In Graubünden konnten sich die Betroffenen bis zur Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB), das 1907 verabschiedet wurde und 1912 in Kraft trat, nicht auf ein ordentliches Rekursverfahren verlassen. Seit 1907 stand es Familien und Gemeinden, ab 1912 den Betroffenen selbst offen, Rekurs gegen Beschlüsse der Vormundschaftsbehörde einzulegen. Graubünden war der einzige Kanton, der in seinem Einführungsgesetz von 1911 zum ZGB festhielt, dass bei Entmündigungsverfahren eine anwaltliche Vertretung verboten sei.[125] Erst 1944 wurde auch eine anwaltliche Vertretung gesetzlich verankert.

Während die Anstaltsdirektion harsche Kritik an der damaligen Versorgungspraxis übte, hatte die kantonale Armenkommission durchaus ihre Gründe, Anfragen für Internierungen in die «Irrenabteilung» nicht abzuweisen, sondern die betreffenden Personen für eine Platzierung in der «Korrektionsabteilung» in Betracht zu ziehen.

> *«[H]äufig waren aber auch von den Gemeinden solche Individuen als arbeitsfähig und nur arbeitsscheu zur Aufnahme empfohlen, die sich mehr für ein Versorgungs- und Krankenhaus, als für eine Zwangsarbeitsanstalt geeignet hätten. Verschiedenartige Gründe vermochten die Kommission, solche nicht gleich anfangs wieder zurückzuschicken, weil sie armen Gemeinden als eine Unterstützung galten, wohlhabende Gemeinden aber, die beträchtliche Beiträge an die neue Anstalt lieferten, die Abnahme eines ihnen lästigen Bettlers gern als ein geringes Aequivalent ihrer grössern Gabe ansehen wollten.»*[126]

Für arme Gemeinden war die Internierung eines psychisch kranken Menschen eine Entlastung. Bei Anfragen von wohlhabenden Gemeinden profitierte wiederum die Armenkommission von finanziellen Zuschüssen. Etwas irritierend an J. F. Kaisers Beschreibung ist, dass er am Ende dann doch nur vom «lästigen Bettler» berichtet, obwohl eingangs auch von kranken Personen die Rede ist. Andererseits bestätigt dieser Abschnitt die Vermutung Scherrers, dass es den Gemeinden primär darum ging, die betreffenden Personen

---

122 Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 3; Schrofer (1999), S. 19.

123 StAGR IV 10 a 3: Jahresbericht (1850) des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 15. Januar 1851, zit. nach Bietenhader (2015), S. 113.

124 Vgl. Bietenhader (2015), S. 111.

125 Zur Entwicklung der gesetzlichen Regelungen des Rekursrechts siehe Rietmann (2017), insbesondere S. 47–49. Zu Gaudenz Canova (1887–1962), Grossrat und sozialdemokratischer Rechtsanwalt, der sich über Jahre hinweg für ordentliche Rekurswege bei vormundschaftsbehördlichen Entscheiden einsetzte, siehe Nahaufnahme 2.

126 Kaiser (1851), S. 102.

nicht mehr zu Hause unterstützen zu müssen. Regierung, Armenkommission, Anstaltsdirektion und Gemeinde hatten also bisweilen unterschiedliche Perspektiven. Die einen hielten die Versorgungspraxis für einen Missbrauch, für die anderen war sie ein Mittel, um sich finanziell zu entlasten. Die Sicht der Betroffenen bleibt in diesem Zusammenhang nebulös; Selbstzeugnisse von Patientinnen und Patienten sind nicht vorhanden.

Die hier beschriebenen Platzierungen fanden generell nicht unter Zustimmung der Betroffenen statt. In den Quellen finden sich aber auch Hinweise auf freiwillige Eintritte, allerdings nur in die «Korrektionsabteilung».[127] So gab es auch Armutsbetroffene, die einen Anstaltseintritt (zumindest vorübergehend) dem «freien» Dasein vorzogen, vor allem wenn sie obdachlos und erwerbslos waren. In der Anstalt kamen sie immerhin in den Genuss von freier Kost und Logis. Arbeit, kleine Verdienste, dann und wann medizinische Betreuung und gegebenenfalls die Vermittlung einer Arbeitsstelle konnten in einigen Fällen einen geschützten Rahmen für einen Neubeginn bedeuten.[128] Nur so lässt sich erklären, dass vereinzelt auch Begehren um eine Wiederaufnahme an Direktor Scherrer herangetragen wurden. Das traf besonders auf jene Betroffene zu, die nach der Rückkehr in ihre Heimatgemeinde nicht auf ein soziales Beziehungsnetz zurückgreifen konnten oder schlichtweg nicht willkommen waren.[129] Freiwillige Internierungen konnten neuste Forschungsergebnisse auch für die Anstalten Bellechasse in Fribourg nachweisen, obschon der Begriff der «Freiwilligkeit» auch kritisch betrachtet werden muss.[130] Der gesellschaftliche und wirtschaftliche Druck konnte auf Menschen bisweilen so hoch werden, dass sie nicht mehr wussten, wohin sie gehen sollten und deshalb selbst um Aufnahme baten. Freiwillige Eintritte waren oft auch saisonal bedingt. Im Sommer war das Arbeitsangebot in der Landwirtschaft grösser und man konnte im Freien übernachten; im Winter hingegen wurde die Obdachlosigkeit zum Problem, während zugleich die Erwerbsmöglichkeiten eingeschränkt waren.[131] Was Bietenhader bei einigen wenigen Personen in Fürstenau nachweisen konnte, entwickelte sich bei der Arbeiterkolonie von Realta im 20. Jahrhundert zur Normalität: der deutliche Anstieg freiwilliger Internierungen im Winter (vgl. Kapitel 2.1).

1.2.7 Kantonal versorgt – ausserkantonal oder international behandelt

In Fürstenau oder im familiären Umfeld wurden vorwiegend psychisch kranke Menschen aus ärmeren Verhältnissen untergebracht. Für Personen aus vermögenden Familien gab es das Angebot in- und ausländischer Privatanstalten. Daneben wurde es im Laufe des 19. Jahrhunderts üblich, erkrankte Personen in kantonale psychiatrische Anstalten jenseits der Kantonsgrenze einzuweisen.[132] Diese Lösung war generell etwas kostspieliger als eine Platzierung in Fürstenau, da diese Einrichtungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten höhere Verpflegungstaxen forderten.[133] Eine Verrechnungslogik, die geläufig war und später auch von den Anstalten in Graubünden praktiziert wurde (vgl. Kapitel 2.1). Da Graubünden mit der Klinik Waldhaus (1892) erst vergleichsweise spät eine psychiatrische Einrichtung eröffnet hat, war der Bündner Regierung sehr lange daran gelegen, diejenigen Personen ausserkantonal zu versorgen, für die in den eigenen Anstalten kein Platz vorhanden war.

Eine enge Verbindung stellte Graubünden zum Kanton St. Gallen her, der 1847 im ehemaligen Benediktinerkloster Pfäfers die «Irrenheil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg» eröffnete.[134] Nach Möglichkeit erklärte sich St. Pirminsberg bereit, bündnerische Patientinnen und Patienten für eine einjährige Beobachtungsfrist «zu Heilversuchen» aufzunehmen – wer im Anschluss von der Ärzteschaft als «unheilbar» erklärt wurde, wurde nach Fürstenau (ab 1855 Realta) zurückverlegt.[135] Die Regierung bemühte sich 1850 sogar um eine vollständige Auslagerung des kantonalen Irrenwesens, um «die Irren von Fürstenau zu entfernen».[136] Die Verhandlungen mit St. Gallen schei-

---

127 Vgl. Bietenhader (2015), S. 114.

128 Zudem kam mehrmals die Woche ein Arzt in die Anstalt. Vgl. Protokoll über die täglichen Ereignisse, 1843–1855, zit. nach ebd., S. 114, 120.

129 Bietenhader (2015), S. 116.

130 Häsler (2019), S. 595–604. Ursprünglich als Arbeiterkolonie gegründet, entwickelte sich die grosse Westschweizer Einrichtung Bellechasse zu einer multifunktionalen Anstalt, in der sowohl administrativ als auch strafrechtlich internierte Männer und Frauen Aufnahme fanden.

131 Bietenhader (2015), S. 114.

132 Vgl. Walser (1970), S. 365.

133 Weber/Winklehner (1969), S. 7; Salis (1931), S. 9.

134 Kaiser (1852), S. 83–85.

135 Federli (1982), S. 6.

136 VGR im Juni 1850, S. 157, zit. nach Schrofer (1999), S. 22.

terten an finanziellen Differenzen. St. Gallen war nicht bereit, einen Vertrag für vergünstigte Aufnahmen von bündnerischen Patientinnen und Patienten abzuschliessen. Die Armenkommission, die eher unfreiwillig mit dem Armen- *und* Irrenwesen beauftragt war, warf sogar die Frage auf, ob der Kanton für die Versorgung in St. Pirminsberg finanzielle Unterstützung sprechen könnte. Der Kanton zeigte sich aber nicht dazu bereit. Statt 2'000 Gulden als Unterstützungsgelder für St. Pirminsberg und Fürstenau ging die Gesamtsumme von 1'400 Gulden, die bereits in den Jahren davor ausgeschüttet worden war, weiterhin an Fürstenau. Allein allfällige finanzielle Überschüsse wurden der Verpflegung «heilbarer Irre[r]» in St. Pirminsberg in Aussicht gestellt.[137] Es liegen aber mehrere Hinweise vor, dass Fürstenau nicht gewinnbringend wirtschaftete, sondern vielmehr beständig darum kämpfte, zumindest die Mittel zur Selbstfinanzierung zu generieren. Das zeigt etwa ein Schreiben der Armenkommission an die Regierung, in dem darum gebeten wurde, die Anstalt auf die linke Rheinuferseite zu verlegen, da es dort wesentlich mehr Beschäftigungsmöglichkeiten gebe. Im Schreiben vom 29. Januar 1851 heisst es:

> *«Es ist kaum einem Zweifel unterworfen, dass es in hohem Grade im Interesse der Anstalt liegt, nicht nur theilweise sondern vollständig auf's linke Rheinufer überzusiedeln, so bald die Genossen daselbst auf gesichertem urbarisirterem eigenem Grund und Boden beschäftigt werden können. Nur in diesem Fall ist die Möglichkeit gegeben, einestheils die Anstalt mit eigenen Mitteln erhalten, anderntheils den Gemeinden leichtere Aufnahmsbedingungen als dermalen zu stellen. Eine solche ökonomische Selbständigkeit der Anstalt zu erzielen, muss umsomehr das Bestreben der Behörden sein, als sonst bei den von Jahr zu Jahr abnehmenden freiwilligen Beiträgen sehr bald der Fall eintreten dürfte, entweder die Unterhaltungskosten derselben ausschliesslich auf Kosten des Kantons zu übernehmen, oder aber sie eingehen zu lassen.»*[138]

Die Bündner Regierung gelangte auch mit Versorgungsanfragen an die «Irrenanstalt Münsterlingen» im Thurgau, die aber aus Platzmangel ablehnte.[139] Die notdürftige Versorgungssituation führte bisweilen zu kuriosen Konstellationen. So finanzierte die kantonale Armenkommission 1850 den Aufenthalt eines «Geisteskranken» von Schanfigg in einer Anstalt in Genua, der schliesslich «geheilt in die Heimath» zurückkehrte.[140] Mit der Eröffnung der «Landesirrenanstalt Valduna» (Vorarlberg) im Jahre 1870 konnten zudem zumindest «dringend Versorgungsbedürftige» auch im nahen Ausland untergebracht werden.[141] Im Rahmen der vorliegenden Studie war es nicht möglich, dieser interessanten Spur weiter nachzugehen. Zukünftige Forschungen könnten die Fragen ins Zentrum stellen, welche Aspekte für die Platzierung in ausländischen psychiatrischen Einrichtungen ausschlaggebend waren und ob diese Option vielleicht vor allem auch für Patientinnen und Patienten aus der Bündner Oberschicht in Betracht gezogen wurde.

Die Gewohnheit der Behörden, ausserkantonale Versorgungsmassnahmen in die Wege zu leiten, wurde von Zeitgenossen auch als Rückständigkeit der Bündner Fürsorge für psychisch kranke Menschen gewertet. Johann Matthias Hungerbühler (1805–1884), der damalige St. Galler Regierungsrat und Präsident der *Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft* (SGG), stufte in seinem Überblick über das öffentliche Irrenwesen in der Schweiz von 1846 den Kanton Graubünden mit seinen minimalen Versorgungsangeboten auf der zweituntersten Stufe der «Irrenfürsorge» ein. Dabei unterschied er zwischen fünf Perioden in der Geschichte des Irrenwesens, in die er die eidgenössischen Kantone einteilte. Auf der untersten Stufe siedelte er jene Kantone an, deren Staats- und Polizeibehörde sich «gar nicht […] um die unglückliche Bürgerklasse der Geisteskranken» sorgen, sondern die Betreuung der «Privatsorge oder Sorglosigkeit der Einzelnen» überlassen würde.[142] Dieser Gruppe teilte er insgesamt 11 Kantone

---

137 StAGR V 13 b: Brief der Armenkommission an den Kl. Rath, das Irrenwesen betreffend, 29. Januar 1851; VGR im Juni 1851, S. 101. Siehe weiter Kaiser (1852), S. 91–92.

138 Schreiben vom 29. Januar 1851, zit. nach Kaiser (1851), S. 139.

139 StAGR V 13 a 4: Handschriftliche Anfragen an die Kantone St. Gallen und Thurgau im Jahre 1863.

140 Jahresbericht der kantonalen Armenkommission an den hochlöblichen Grossen Rath des Jahres 1854, S. 192, zit. nach Schrofer (1999), S. 23.

141 Die Heil- und Pflegeanstalt Mendrisio findet hier keine Berücksichtigung, da sie erst 1898, also nach dem Waldhaus, eröffnet wurde. Zur jüngsten Geschichte der Beziehung zwischen den Kantonen Graubünden und Tessin in Fragen der dezentralen psychiatrischen Grundversorgung, insbesondere im Misox, siehe Kapitel 6.1.

142 Hungerbühler (1846), S. 17.

zu.[143] Auf der zweituntersten Stufe verortete Hungerbühler jene Kantone, die sich der psychisch Kranken annähmen, deren «Irrenhäuser» aber «dermassen» mit Kranken-, Siechen-, Armen-, Waisen-, Korrektions- und Zuchtanstalten «verbunden» seien, dass «von nichts Anderm als von Verwahrung und Einsperrung der Irren die Rede sein kann».[144] Neben Graubünden fielen auch Solothurn und Baselland unter diese Kategorie. Die nächsten Stufen zeichneten sich durch eine zunehmende Spezialisierung und Trennung der «Irrenanstalten» von anderen Einrichtungen und reinen Pflegeanstalten aus. An der nationalen Spitze standen die Kantone Basel-Stadt, Genf, Neuenburg und St. Gallen.[145]

Während Zeitgenossen das Bündner Irrenwesen für unterentwickelt hielten und nach ausserkantonalen oder gar internationalen Lösungen suchten, stiess die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau als Einrichtung der geschlossenen Armenfürsorge auf überkantonales Interesse. Mehrere Kantonsregierungen, unter anderem der Zürcher Regierungsrat Hans-Ulrich Zehnder (1798–1877), erkundigten sich bei Direktor Scherrer über die Aufnahmepraxis, Massnahmen und Erziehungserfolge der Anstalt Fürstenau.[146]

Interessant an diesen Entwicklungen ist, dass Graubünden zwar zu den ersten Kantonen zählte, die eine Zwangsarbeitsanstalt einrichteten, dann aber den Schritt zu einer psychiatrischen Anstalt zunächst nicht vollzog und letztendlich mit Realta bis ins Jahr 1990 eine multifunktionale Einrichtung betrieb. Der konsequente Ausdifferenzierungsprozess der verschiedenen Anstaltstypen erfolgte erst im Laufe des 20. Jahrhunderts. Ein Gegenbeispiel stellt St. Gallen dar, wo zwischen der Eröffnung der ersten Zwangsarbeitsanstalt (1838) und der ersten kantonalen psychiatrischen Anstalt (1847) weniger als zehn Jahre verstrichen.

1.3 Zweites Provisorium: Die Übersiedlung nach Realta 1855

Der Anstaltsbetrieb in Fürstenau verzeichnete in den ersten acht Jahren ein rasantes Wachstum. Die Zahl der Eintritte stieg 1848 zwischenzeitlich auf über 60 – ein Wert, den die Anstalt erst wieder 1854 erreichen sollte (vgl. Abbildung 1).

Da die Zahl der Internierten kontinuierlich anstieg, boten die vorhandenen Landwirtschaftsflächen bald nicht mehr allen Insassen eine Beschäftigung. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, installierte die Anstalt 1847 eine «Sommerbaracke» für 20 bis 30 Insassen auf der linken Rheinseite in Realta (Gemeinde Cazis), wo sich wesentlich mehr Arbeitsmöglichkeiten boten.[147] Die Zweiteilung der Anstalt erwies sich auf lange Sicht aber als umständlich und kostspielig, sodass der Grosse Rat auf Anregung der kantonalen Armenkommission den Bau einer neuen Anstalt auf dem neu gewonnenen Kulturland in Realta beschloss.[148] Im Herbst 1855 war die neue «Korrektions- und Irrenanstalt Realta» fertiggestellt und die rund 50 Fürstenau-Internierten konnten umgesiedelt werden.

Auch Realta verfügte über eine Abteilung für psychisch Kranke, namentlich eine «Verwahrungsanstalt» für 15 bis 20 «unheilbare Irre».[149] Ihre Räumlichkeiten waren in etwa vergleichbar mit den Verhältnissen in Fürstenau. Die neue Bezeichnung «Verwahrungsanstalt» war Sinnbild für das Unbehagen von Armenkommission und Regierung mit dem anhaltenden Versorgungsproblem psychisch kranker Menschen. So hiess es in der revidierten Armenordnung von 1857, die der «Verwahrungsanstalt für arme unheilbare Irre» ein eigenes Unterkapitel widmete, dass diese nur solange bestehen sollte, bis «andere geeignete Massregeln zu Gunsten solcher Unglücklichen getroffen werden».[150] Realta wurde damit nach Fürstenau das zweite kantonale Provisorium für psychisch kranke Menschen.

---

143 Es handelt sich um die Kantone Luzern, Uri, Schwyz, Unterwalden, Zug, Glarus, Appenzell, Freiburg, Schaffhausen, Tessin und Wallis. Vgl. ebd., S. 18.

144 Ebd., S. 17, 22–23.

145 Ebd., S. 4, 18.

146 StAGR IV 10 a 6: Kopie eines Schreibens Hans-Ulrich Zehnders, Bürgermeister und Regierungsrat des Standes Zürich, an den Kleinen Rat des Standes Graubünden, 12. Mai 1849, zit. nach Bietenhader (2015), S. 109. Zudem waren in Fürstenau auch immer wieder ausserkantonale Insassen, etwa aus den benachbarten Kantonen Glarus, St. Gallen oder Tessin, versorgt.

147 StAGR IV 10 a 1: Schreiben der Kantonalen Armenkommission an den Kleinen Rat, 1852; vgl. auch Weber/Winklehner (1969), S. 6.

148 Weber/Winklehner (1969), S. 6; Tuffli (1932), S. 5.

149 Zu den Statuten siehe rückblickend den Jahresbericht Realta 1919, S. 167–168; vgl. auch Metz (1992), S. 66.

150 Armenordnung 1857, Art. 42.

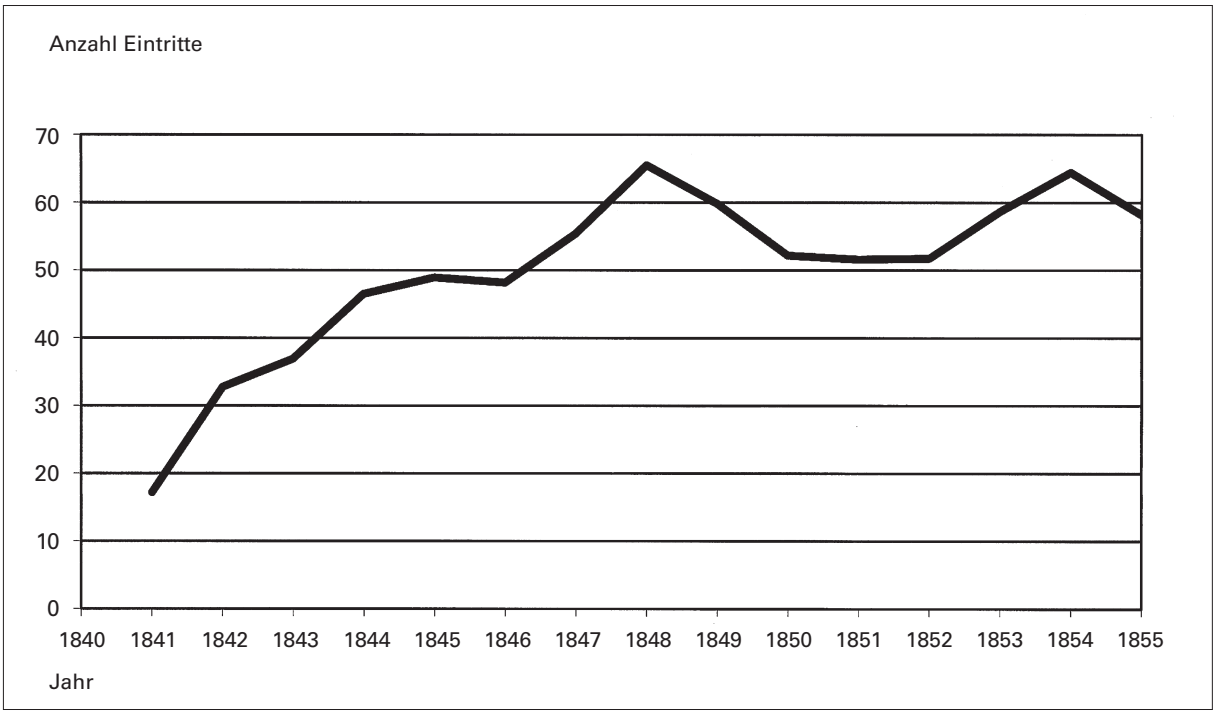


Abbildung 1: Zahl der Eintritte in die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau 1840–1855
Quelle: StAGR IV 10 a 4: «Mutationen», Dezember 1840 bis Januar 1855, Grafik aus Bietenhader (2015), S. 110.

1.3.1 Neue Einweisungs- und Kostgeldbestimmungen – alte Versorgungsprobleme

Der erzieherische Anspruch änderte sich mit dem Übergang von Fürstenau zu Realta kaum. Auf der rechtlichen Ebene der Versorgungspraxis kam es aber Mitte der 1850er Jahre zu einigen Änderungen. Das Armenwesen und die Korrektionsanstalt, inklusive der «Verwahrungsanstalt für unheilbare Irre», standen weiterhin unter der Oberaufsicht und Leitung des Kleinen Rats.[151] Die grosse Neuerung betraf die kommunale Versorgungsebene. Die kantonale Armenkommission, die bis zum damaligen Zeitpunkt die Aufnahmen und Entlassungen regelte, wurde 1857 aufgelöst. Neu oblag die Befugnis zu Versetzungen in die Korrektionsanstalt den Vormundschaftsbehörden der betreffenden Kreise.[152] Die Organisation der Vormundschaftsbehörden in Kreisen war ein Bündner Spezifikum; in vielen Deutschschweizer Kantonen wurde sie kommunal geregelt.[153]

Einweisungen wurden künftig auf Antrag der Gemeinden, Familienangehörigen oder der Vormundschaftsbehörden selbst eingeleitet; in letzterem Fall hatten die Vormundschaftsbehörden daraufhin zu weiterer Verfügung schriftlich beim Kleinen Rat einen Antrag einzureichen.[154] Der Kleine Rat als letzte Instanz bewilligte oder korrigierte die Gesuche für Einweisungen oder Entlassungen. Das betraf sowohl die «Korrektionellen» als auch die «Irren», nur waren bei den psychisch kranken Personen zusätzlich die ärztlichen Unterlagen mitzuliefern.[155] «Unheilbarkeit» war ein zentrales Kriterium für den Eintritt. Das Anstaltsreglement verlangte explizit eine ärztliche «Bescheinigung», die beweise, dass der einzuweisende «Irre» unbemittelt und «unheilbar sei» sowie «an keiner ansteckenden Krankheit leide».[156] Nur vage deutete der Kleine Rat ein Behandlungsanliegen an. So heisst es in der Armenordnung von 1857, dass

151 Armenordnung 1857, Art. 15–17. Der Kleine Rat war gemäss Armenordnung von 1857 dazu verpflichtet, neben monatlichen Inspektionen einmal jährlich «den moralischen und ökonomischen Bestand» zu überprüfen und allfällige Massnahmen zu veranlassen, vgl. Art. 37 c.

152 Armenordnung 1857, Art. 31.

153 Rietmann (2017), S. 69–70.

154 Armenordnung 1857, Art. 31 und Art. 32.

155 StAGR V 13 b: Reglement 1858, Art. 28.

156 Ebd., Art. 29; vgl. dazu auch die Armenordnung 1857, Art. 43.

er sich von «Sachkundige[n]» zur Aufstellung einer «besonderen Instruktion» für die «Behandlung der Irren» beraten lasse.[157]

Zu Fürstenau-Zeiten berechnete die kantonale Armenkommission das Kostgeld noch individuell, wenn auch orientiert an Richtwerten. Die revidierte Armenordnung von 1857 hingegen legte genau fest, wie viel die Heimatgemeinde der Anstalt für eine Person, die die Kriterien für die Einweisung auf die «Irrenabteilung» laut ärztlicher Bescheinigung erfüllte, zu entrichten hatte: 250 Franken jährlich.[158] Die täglichen Arbeitsverdienste konnten nach wie vor vom zu begleichenden Kostgeld abgezogen werden. Aus dem Wortlaut der Armenordnung wird aber ersichtlich, dass der Kleine Rat damit rechnete, dass der Abzug aus der eigenen Arbeitsleistung nicht oder kaum ins Gewicht fallen würde. Dementsprechend hiess es, dass «ein allfälliger Arbeitsverdienst der Irren» zugunsten derselben verrechnet würde, wie es auch «bei den Genossen der Korrektionsanstalt» gehandhabt wurde.[159] Die Regierung harmonisierte aber nicht nur das Kostgeld-Modell. In der Revision der Armenordnung von 1867 fasste sie ausserdem die Versorgungsberechtigungen enger: Waren die psychisch erkrankten Menschen oder ihre unterstützungspflichtigen Verwandten vermögend, konnte die betroffene Person explizit nur dann in die Anstalt aufgenommen werden oder in ihr versorgt bleiben, «wenn der vorhandene Raum nicht ganz für arme Irre in Anspruch genommen» sei.[160] Das heisst, die «Irrenabteilung» der Anstalt Realta war explizit für arme psychisch kranke Menschen gedacht. Mit dem Grossratsbeschluss vom 5. Juni 1867 wurde diesem Wandel auch finanziell Rechnung getragen: der Jahresbeitrag wurde von 250 auf 150 Franken reduziert.[161] Damit senkte die Regierung die Eintrittsschwelle und schaffte günstigere Rahmenbedingungen für die Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Es ist auch denkbar, dass die Regierung mit den Neuordnungen zweckwidrigen Platzierungen vorzubeugen glaubte, um Realta nicht wie vormals die Anstalt Fürstenau zu einem Auffangbecken von Personen werden zu lassen, die als soziales Problem eingestuft wurden.

Trotz struktureller Neuregelungen bewegte sich die Einweisungspraxis nach wie vor kaum in geregelten Bahnen. Der damalige Anstaltsarzt Franz Thomas Veraguth (1812–1891) hielt 1859 im jährlichen Bericht zuhanden der Regierung fest, dass 80 Prozent der insgesamt 48 Insassen

> *«als unheilbar erklärte Geisteskranke, oder wegen körperlicher und geistiger Schwäche und Hülflosigkeit, oder in Folge moralischer Rathlosigkeit u. ungeregelten Lebenswandel[s] – schon behaftet mit allerlei chronischen und häufig bereits unheilbaren Uebeln – der Anstalt übergeben worden waren.»*[162]

Realta war nicht – wie dereinst projektiert – primär eine Arbeitsanstalt für «Korrektionelle», die zusätzlich als Verwahrungsanstalt für «unheilbare Irre» fungierte. Das Bedürfnis nach Plätzen für Menschen mit psychischen oder physischen Erkrankungen war von Beginn an gleich gross wie dasjenige für die «Korrektionellen» (vgl. Abbildung 2).

Veraguth registrierte bei den Aufnahmen des Jahres 1862, dass fast die Hälfte psychisch krank war, knapp ein Drittel körperliche Beschwerden aufwies und nur ungefähr 19 Prozent «relativ gesunde Subjekte» eintraten.[163] Dass es sich nicht um ein kurzfristiges Problem handelte, zeigt ein Gutachten aus dem Jahr 1876. Dieses brachte zu Tage, dass «unter den sog. Correctionellen mehrere Individuen» seien, die «unzweifelhaft zu den Irren gezählt werden müssten».[164] Vergleichbare Zustände prägten schon früher die Versorgungspraxis in Fürstenau. Erneut musste man annehmen, dass gewisse Gemeinden, Angehörige, Vormundschaftsbehörden oder auch Ärzte Einweisungen unter falschen Angaben einleiteten, um eine Abweisung des Aufnahmegesuchs vorzubeugen. Ähnliches vermuten lässt das ärztliche Expertengutachten über Realta von Dr. Hugo Henne (1833–1891), Direktor der «Irrenheil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg», aus dem Jahre

157 Armenordnung 1857, Art. 44.
158 Ebd., Art. 45.
159 Ebd.
160 Ebd., Art. 43. Vgl. weiter Grossrathsbeschlüsse 1864 und 1867 zur Erläuterung von Art. 43.
161 Grossrathsbeschluss 1867, betr. Art. 45 der Armenordnung. 1894 kam es zu einer erneuten Anpassung.
162 StAGR IV 10 b 9–12: Auszug aus dem Rapport über die sanitarischen Verhältnisse der Kantonal-Anstalt in Realta im Jahre 1859, in: Beilage B zum kleinräthlichen Amtsbericht von 1859/1860, in: Landesbericht 1860, S. 39–40.
163 Vgl. Rapport über die sanitarischen Verhältnisse der Kantonal-Anstalt zu Realta im Jahr 1861. Beilage C zum kleinräthlichen Amtsbericht von 1861/1862, in: Landesbericht 1862, S. 32–33.
164 StAGR VIII 5 d 3: Gutachten vom 20. April 1876, zit. nach Schrofer (1999), S. 22.

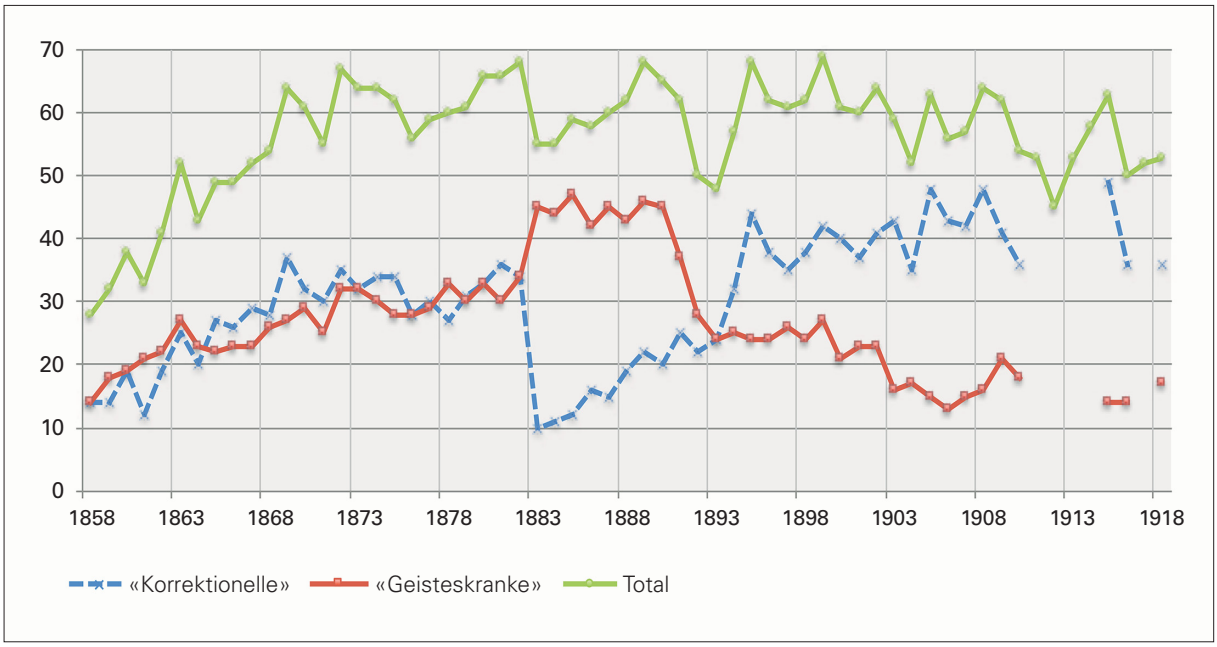


Abbildung 2: Quantitative Entwicklung des Insassenbestands der Anstalt Realta 1858–1918

Anmerkung: Die Angaben in der Grafik geben jeweils die Zahl der Insassen Ende des Jahres wieder. Über den gesamten Zeitraum betrachtet, waren in der Anstalt durchschnittlich 27 Personen in der Abteilung für «Geisteskranke» und 30 Personen als «Korrektionelle» versorgt. Nur rund ein Viertel der Eintritte fiel auf Frauen. Für die Jahre 1916–1918 fehlen Angaben zu Eintrittszahlen. Rietmann hat für diese Jahre einen Durchschnittswert aus den restlichen Jahren berechnet und eingefügt. Die Zahl der als «geisteskrank» bezeichneten Personen nahm ab 1892 deutlich ab, bedingt durch die Eröffnung des Waldhauses als erste psychiatrische Anstalt des Kantons Graubünden.
Quelle: Jahresberichte Realta 1858–1919, Grafik aus Rietmann (2017), S. 57.

1875.[165] Henne signalisierte darin nicht nur, dass Realta für den Zweck einer «Irrenanstalt» keineswegs geeignet sei. Im Anschluss an eine Inspektion machte er ebenfalls darauf aufmerksam, dass die jährlichen personellen Bestandsaufnahmen im Landesbericht nicht der Realität entsprechen würden. Für das Jahr 1875 waren 38 «Korrektionelle» und 28 «Irre» dokumentiert.[166] In Wahrheit aber, das erfuhr Henne auf Rückfrage beim Anstaltsdirektor, seien 49 der 66 Insassen «entschieden geisteskrank» gewesen.[167] Auch Henne schöpfte den Verdacht, dass psychisch kranke Menschen ohne ausreichende ärztliche Untersuchung durch die Gemeinden zweckwidrig platziert würden. Dafür hatte er triftige Gründe: Einmal sei ein Bündner Patient nach St. Pirminsberg überwiesen worden, den Henne schliesslich als unheilbaren «Geisteskranken» diagnostiziert hatte. Obwohl Henne den Befund in einem Zeugnis festgehalten hatte, wurde der Betroffene bei seiner Verlegung von der St. Galler Anstalt nach Realta als «Korrektioneller» eingestuft. In Realta habe man den ärztlichen Nachweis ignoriert.[168] Offenbar war die unzweckmässige Versorgungspraxis nicht mehr nur auf das Verhalten der Gemeinden, sondern auch auf das der Anstaltsverantwortlichen zurückzuführen.

Der frisch gegründete *Bündner Hilfsverein für Geisteskranke* schaltete sich ebenfalls in die Debatte ein und kritisierte in beide Richtungen. Er bemängelte, dass die Unterbringung in den Abteilungen lange «dem blossen Ermessen der Tit. Gemeindevorsteher» überlassen worden sei.[169] An die Adresse der Gemeindevorsteher wurde der Vorwurf geäussert, bei ihren Entscheidungen die Anstaltsleitung zu wenig einzubeziehen, während der Anstaltsdirektion vorgehalten wurde, nicht regulierend einzugreifen. Mit einer Petition forderte

165 Vgl. Henne (1875), in: StAGR VIII 5 d 3, zit. nach Schrofer (1999), S. 31.
166 Jahresbericht Realta 1875.
167 Henne (1875), in: StAGR VIII 5 d 3, zit. nach Schrofer (1999), S. 31.
168 Ebd.
169 StAGR D/V 10, Nr. 1: Protokoll des Bündnerischen Ärztevereins von 1878; V 13 a 3: 1. Jahresbericht des Bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke 1878, S. 3. Zum *Bündner Hilfsverein für Geisteskranke* siehe Nahaufnahme 1.

der *Hilfsverein*, neben dem Fernziel einer «Irrenanstalt», dass Einweisungen in die Abteilungen der «Irren» oder «Korrektionellen» in Realta «nicht nach dem Gutfinden der einliefernden Gemeinden, sondern nach dem Entscheide des Arztes u. des Direktors» erfolgen sollten.[170]

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten versuchten die Armenbehörden und die Bündner Regierung in der Folge zweckwidrige Platzierungen zu unterbinden.[171] Ein wegweisender Entscheid erfolgte mit dem Grossratsbeschluss von 1874, in dem einstimmig die Trennung der Abteilungen für «Korrektionelle» und psychisch Kranke festgelegt wurde.[172] Zudem entliess die Regierung bei ihren Inspektionen immer wieder mehrere Personen, die den reglementarischen Erfordernissen nicht entsprachen, vor allem, wenn sie als nicht arbeitsfähig erachtet wurden, aber in der Korrektionsabteilung versorgt worden waren. Diese Praxis war aus Sicht der Regierung eine Notwendigkeit, angesichts der stark zunehmenden Zahl an Anmeldungen.[173]

Die bedeutende Abnahme der Anzahl «Korrektioneller» im Jahre 1883, bei gleichzeitig starkem Anstieg der Anzahl «Geisteskranker», ist auf eine solche Massnahme zurückzuführen (vgl. Abbildung 2). In diesem Jahr entliess der Kleine Rat rigoros Personen, die nicht die Aufnahmekriterien der Korrektionsabteilung erfüllten, oder versetzte sie in die Abteilung für psychisch kranke Menschen.[174] Das konsequentere Bestehen auf die Einhaltung des Kriteriums der Arbeitsfähigkeit ging stark von der Regierung aus. Offenbar spekulierte sie aber auch auf einen Kurswechsel unter der neuen Direktion. 1857 trat Scherrer zurück und wurde von Johann Anton von Buol (1805–1889) aus Chur ersetzt, der über Erfahrungen in der Landwirtschaft verfügte. In ihn setzte die Regierung die Hoffnung, «den Aufschwung, welchen seit der Uebersiedelung nach Realta die Oekonomie der Anstalten gewonnen, zu fördern und zu pflegen».[175] Dieser Optimismus hing sicher auch mit den besseren Arbeitsmöglichkeiten zusammen. Zugleich fiel es den kantonalen Behörden offenkundig schwer, den «richtigen Massstab für den Grad der Arbeitsfähigkeit» zu definieren.[176] So blieben viele Probleme weiterhin bestehen, wie etwa eine Stellungnahme von Buol im Jahre 1862 zeigt:

> *«Durch Aufnahme nicht arbeitsfähiger Korrektionsgenossen leidet der Verdienst. […] Die Anstalt scheint immer mehr als Versorgungsanstalt benützt zu werden, was eigentlich nicht ihr Zweck ist. […] Auch die immer anwachsende Zahl der Irren, für welche nicht genug Zellen sind, erschweren die Aufsicht sehr, dass das Zusammensein von Irren und Korrektionellen ein Missstand unserer Anstalt ist, brauche [ich] nicht zu bemerken.»*[177]

Bezeichnenderweise begann die Direktion in den Jahresberichten der Folgejahre die Arbeitsfähigkeit der Insassen in Kategorien einzuteilen. So notierte sie beispielsweise 1877 unter den 36 «Korrektionellen» zwölf «gute Arbeiter», zehn nur «wenig» und 14 «sozusagen gar nicht» arbeitsfähige. Unter den 35 «Geisteskranken» arbeiteten fünf «zufriedenstellend», elf waren «schwache» Arbeiter und 19 «beinahe oder total arbeitsunfähig».[178] Die Forschung geht davon aus, dass die Korrektionsanstalt durch ihre intensive landwirtschaftliche Zwangsarbeit einen wichtigen Beitrag an die wirtschaftliche Konjunktur und verkehrstechnische Erschliessung des Tals leistete.[179] Auch wenn in den Jahresberichten immer wieder ausdrücklich auf die erfolgten Arbeitsleistungen hingewiesen

170 Vgl. StAGR VIII 5 d 3: Brief des Hülfsvereins für Geisteskranke an den Grossen Rath vom 16. November 1877.

171 Vgl. StAGR VIII 5 d 3: Brief des Grossen Rathes an Dr. Kaiser vom 29. Dezember 1877.

172 VGR im Jahre 1874, S. 46–48. Zudem beteiligte sich der Staat gemäss Armenordnung 1857, Art. 46, mit einem Jahresbeitrag von 2'500 Franken an der Irrenversorgung. Er übernahm damit Gehälter der Bediensteten, die Versorgungskosten derjenigen psychisch kranken Menschen, die nicht vollständig von Angehörigen und der Heimatgemeinde getragen werden konnten, sowie Zahlungen für arme Patientinnen und Patienten, an denen in ausserkantonalen oder ausländischen «eigentlichen Irrenanstalten noch Heilungsversuche gemacht werden wollen».

173 Vgl. beispielhaft Jahresbericht Realta 1856.

174 Jahresbericht Realta 1883, S. 41. Bereits Rietmann wies darauf hin, dass die internen Versetzungen letztlich auch ein Zeichen dafür sind, dass zwischen «Korrektionellen» und «Geisteskranken» oft keine scharfe Linie gezogen werden konnte. Vgl. Rietmann (2017), S. 57. Interne Versetzungen konnten Direktor und Arzt verfügen.

175 Jahresbericht der kantonalen Armenkommission an den hochlöblichen Grossen Rath des Jahres 1857, S. 220–221.

176 Jahresbericht der kantonalen Armenkommission an den hochlöblichen Grossen Rath des Jahres 1856, S. 169.

177 Jahresbericht des Direktors der Kantonal-Arbeits-Anstalt und Rheinkorrektions-Colonie im Domleschg an den hochlöblichen Kleinen Rath 1862, S. 30, in: Landesbericht 1862/1863, S. 30.

178 Jahresbericht Realta 1877, S. 53.

179 Rietmann (2017), S. 53; Metz (1992), S. 63.

wird, spricht die durchgehend hohe Zahl an Personen in Realta, die aus gesundheitlichen Gründen als arbeitsunfähig bewertet wurden, gegen diese These.

1.3.2 Zwangsarbeit oder Isolation für die «Irren» in Realta

Die Dauer der «Zwangsarbeit» im Allgemeinen umfasste, ähnlich wie in Fürstenau, im Sommer 12–13 und im Winter 10–11 Stunden täglich.[180] Die Vergütung der Arbeiten war nach Klassen gegliedert. Die Männer erhielten 40, 60, 80 oder 100, die Frauen dagegen nur 30, 40 oder 50 Rappen pro Tag. Je höher die Arbeitsleistung, desto höher die Arbeitserträge innerhalb dieses Spektrums. Diese Pekulien waren aber keinesfalls mit Lohn vergleichbar, das Geld stand den Internierten nicht einfach so zur Verfügung. Er fiel auch deutlich tiefer aus als vergleichbare Löhne ausserhalb der Anstalten.[181] Ab 1868 wurden die stark voneinander abweichenden Werte etwas angeglichen – neu erhielten die Männer zwischen 20 und 80 und die Frauen zwischen 20 und 50 Rappen pro Tag.[182] Nach wie vor wurden die Arbeitsverdienste zu Gunsten der zahlenden Heimatgemeinde abgerechnet, allfällige Mehrverdienste wurden für die Arbeitenden zurückgelegt.[183] Beanspruchte der Direktor die «Genossen» über die vorgesehene Arbeitszeit hinaus, da dringende Landwirtschaftsarbeiten erledigt werden mussten, stand den Arbeitskräften eine Kostzulage zu, gegebenenfalls auch in Form von Naturalien, zum Beispiel Most.[184]

Das Anstaltsreglement sah für die psychisch kranken Personen generell dieselben Arbeitsbeschäftigungen vor wie für die «Korrektionellen».[185] So galten das tägliche Arbeitsprogramm und die Vergütung auch für die «Irren».[186] Zudem kam einmal pro Woche ein Arzt zu Besuch, der nach Möglichkeit die körperlichen und geistigen Zustände der psychisch kranken Personen «genau in's Auge» fasste, um allfällige «Vorschriften über Beschäftigung und Verpflegung derselben» zu erteilen.[187] Der Arzt bestimmte mit, welche Arbeiten die Betroffenen machen konnten. Psychisch kranke Personen, die beschuldigt wurden, die anderen bei der Arbeit zu «stören», wurden «gesondert» und gegebenenfalls unter Bewachung beschäftigt.[188] Und für diejenigen, die zur Arbeit «durchaus untauglich» oder «in ihrem Verhalten so verthiert» seien, sah das Anstaltsreglement eine Art der Isolierung in «untern Zellen» vor.[189] Durch die Zuschreibung «verthiert» verglich der Kleine Rat als Verfasser des Anstaltsreglements unruhige psychisch Kranke mit Tieren. Weiter heisst es im Reglement, dass diesen «Irren» der tiefergelegenen Zellen «möglichst Sorge zu tragen» sei, «dass sie warm und trocken gehalten, täglich am ganzen Körper gewaschen und mit frischem Stroh versehen werden».[190] Es ist denkbar, dass diese Patientinnen und Patienten nicht nur «unruhig» waren, sondern viel gravierender eingeschränkt, etwa auch unkontrolliert Stuhl entleerten, und deshalb in tiefergelegenen Zellen untergebracht wurden. Das Stroh könnte dabei als Bodenbedeckung gegen Feuchtigkeit und Kälte gedient haben. In einer Stellungnahme zur Zukunft der Anstalt Realta stufte der Sanitätsrat die räumlichen Verhältnisse der «Irrenabteilung» schlechter als diejenigen der Straftäter im Zuchthaus Sennhof ein:

> *«[D]enn es ist wohl eine Inhumanität[,] wenn unglückliche Irre einen harten Winter wie den diesjährigen in ebenerdigen, ungeheizten, gemauerten Zellen zubringen mussten, während man doch den Zuchthaussträflingen in Chur die Wohlthat der Heizeinrichtung angedeihen lässt.»*[191]

180 StAGR V 13 b: Reglement 1858, Art. 31.
181 Heiniger Alix (2019a).
182 StAGR V 13 b: Reglement 1858, Art. 33. Die Arbeitslöhne wurden in den Folgejahrzehnten einige Male neu angepasst.
183 Armenordnung 1857, Art. 45 und Beschluss des Grossen Raths vom 23. Juni 1858.
184 StAGR V 13 b: Reglement 1858, Art. 31 und 42.
185 Ebd., Art. 50.
186 Ebd., Art. 50 und 81.
187 Ebd., Art. 8, nach Armenordnung 1857, Art. 12 und 40. Im neuen Realta-Bau wurden die Patientinnen und Patienten ebenfalls täglich von Wartpersonal gepflegt, vgl. StAGR V 13 b: Reglement 1858, Art. 52 und 83.
188 StAGR V 13 b: Reglement 1858, Art. 82.
189 Ebd., Art. 52. Auch von den Gottesdiensten und Beerdigungen hielt man diejenigen «Irren» fern, von denen man «Störungen erwartet[e]». Ebd., Art. 51.
190 Ebd., Art. 52.
191 Vgl. StAGR IV 10 b 1: Gutachten betr. künft. bessre Versorgung der Irren. Brief des Sanitätsrathes des Kantons Graubünden an den Kleinen Rath vom 1. Mai 1864, zit. nach Schrofer (1999), S. 26.

1.3.3 Belohnung und Strafe: Disziplinarische Vorschriften auch für die «Irren»

Realta stand gemäss der Armenordnung von 1857 im Zeichen der «Besserung der Anstaltsgenossen» durch Unterweisung religiöser Werte, Arbeitsgewöhnung sowie Ordnung und Reinlichkeit.[192] Die Direktion arbeitete mit den Mitteln «Belohnung und Strafe». Wer sich durch «Fleiss, Pünktlichkeit und Treue» auszeichnete, wurde von der Anstaltsdirektion mit unterschiedlichen materiellen (Rauch- oder Schnupftabak) oder immateriellen Gütern (zusätzliche Ruhezeit, Erlaubnis zur Briefkorrespondenz mit Angehörigen) belohnt.[193] Zudem konnten die Internierten, so das Reglement, unter Umständen zu Unteraufsehern oder Krankenwärtern aufsteigen.[194] Bei Regelmissachtungen hingegen drohten ihnen Strafen, die sich je nach Schweregrad und unter «Berücksichtigung des Charakters und der physischen Beschaffenheit des zu Strafenden» unterschieden.[195] Das Spektrum reichte von «öffentlicher, vor den übrigen Genossen ausgesprochener Rüge», bis hin zu Arrest, Kost- oder Ruhezeitschmälerung und «in ganz besonderen Fällen» Züchtigung mit Ruten, laut Regulativ aber «nie mehr als 10 Streiche».[196] Für den Vollzug der Strafen waren die als Aufseher engagierten Landjäger zuständig, die darüber Buch führen und dem Direktor Bericht erstatten mussten.[197]

Der reglementarische Umgang mit der Bestrafung der psychisch kranken Personen hatte dagegen einen ambivalenten Charakter. Auf der einen Seite galten die disziplinarischen Vorschriften generell auch für sie.[198] Auf der anderen Seite zeigte sich der Kleine Rat kritisch gegenüber dem pädagogischen Wert disziplinarischer Massnahmen bei psychisch kranken Menschen:

> *«Bei allfällig nöthig werdenden Strafen ist bei den Irren der Grad ihrer Zurechnungsfähigkeit sorgfältig zu berücksichtigen und überhaupt so lang als immer möglich mit der schonendsten Milde gegen sie zu verfahren.»*[199]

Jüngst boten archäologische Funde von Skeletten des ehemaligen Anstaltsfriedhofs Realta neue Einsichten in die Lebensbedingungen der damaligen Insassen. Ausgangspunkt dafür war der Neubau der geschlossenen Justizvollzugsanstalt (JVA), der 2016 in Realta bei Cazis, etwas nördlich der früheren Korrektions- und Irrenverwahrungsanstalt, in Angriff genommen wurde. Da der dort angesiedelte Anstaltsfriedhof durch die Bauten zu grossen Teilen zerstört worden wäre, wurde vorgängig der Archäologische Dienst Graubünden damit beauftragt, den Friedhof auszugraben.[200] Das Team rund um den Kantonsarchäologen Thomas Reitmaier sah in der Bergung des Bestattungsorts die Chance, auf einer neuen wissenschaftlichen, namentlich archäologischen und anthropologischen Ebene, sozialgeschichtliche Fragen zur Geschichte administrativer Versorgungen zu beantworten. Sein Ziel war es, Einblicke in die Lebensbedingungen und Gesundheitszustände der Insassen zu gewinnen und Aspekte zwangsweiser Arbeitserziehung zu beleuchten, die sich über die schriftliche Überlieferung nicht abschliessend klären lassen.[201] Vereinfacht gesagt, versuchten die Archäologinnen und Archäologen über die Analyse von Knochenfrakturen und Pathologien der geborgenen Skelette Rückschlüsse auf mögliche körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen zu ziehen, die in der Anstalt entstanden oder Anlass für eine Versorgung oder Zuschreibung der Betroffenen als «Irre» waren. Die Studie hat schweizweiten Pioniercharakter, da sie erstmals Skelette einer eidgenössischen Korrektionsanstalt untersucht; zum Vergleich der Ergebnisse zog sie zeitgenössische Skelettproben aus ländlichen und städtischen Friedhöfen der Schweiz heran. Insgesamt konnte der archäologische Dienst 103 Gräber aus dem Zeitraum 1858–1917 freilegen. Diese Ziffer kommt ihren Schätzungen der Zahl der dort Verstorbenen, die sie auf Basis gründlicher Archivrecherchen anstellten, sehr nahe.[202]

Eine der grossen Auffälligkeiten der Untersuchung an sterblichen Überresten der Anstaltsinsassen war die hohe Bruchrate bei Rippen, die in der Gegenüberstellung mit den Vergleichsfriedhöfen signifikant höher ausfällt. Zwei Drittel dieser Frakturen waren nur unvollständig verheilt, was die Studie auf «zwischenmenschliche Gewalt» wäh-

192 Vgl. Armenordnung 1857, Art. 36.
193 StAGR V 13 b: Reglement 1858, Art. 73.
194 Ebd.
195 Ebd., Art. 72.
196 Ebd., Art. 73, siehe auch Art. 60.
197 Ebd., Art. 72 und 74.
198 Siehe ebd., Art. 53–80.
199 Ebd., Art. 83.

200 Reitmaier et al. (2017), S. 54.
201 Cooper (2019), S. 6.
202 Ebd., S. 4, 14.

rend der Anstaltsversorgung zurückführt.[203] Da ein Grossteil der Insassen langjährig versorgt wurde, darf man davon ausgehen, dass nicht verheilte Frakturen (< 6 Monate vor dem Tod) in der Anstalt entstanden sein mussten, während vollständig verheilte Brüche tendenziell auf die Zeit vor dem Anstaltseintritt verweisen.[204] Bei einem Skelett registrierten die Bergenden zudem einen unvollständig verheilten Unterkieferbruch, Frakturen der Elle und der Rippen sowie stumpfe Verletzungen. Gerade bei Männern seien im Allgemeinen, so die Studie, Faustkämpfe, Stürze und Fahrradunfälle die häufigsten Ursachen für Unterkieferfrakturen gewesen.[205] Die Studie deutet diese Spuren – unter Vorbehalten – als Zeichen eines Zwischenfalls unter Anwendung von körperlicher Gewalt; eine Erklärung, die möglich, aber nicht gesichert ist. Denn angesichts der harten Zwangsarbeit, des gemeinsamen Lebens auf engstem Raum in der überfüllten Anstalt sowie einer geringen Zahl von Betreuenden sind Unfälle genauso plausibel. Aus dem Jahresbericht der Klinik Waldhaus von 1962 geht ausserdem hervor, dass eine Reduktion und geringere Qualität der Pflege unmittelbar zu vermehrten Sturzverletzungen führte (vgl. Kapitel 4.1). Ähnliches ist durchaus auch für die Bündner Anstalten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vorstellbar.[206] Zudem beherbergte die damalige Anstalt Realta, wie die Ausführungen oben zeigen, keineswegs nur arbeitsfähige, gesunde «Korrektionelle», sondern eine grosse Anzahl körperlich und geistig beeinträchtigter und psychisch kranker Menschen. Darüber hinaus könnte körperliche Gewalt zwar vom Dienstpersonal als Teil einer repressiven Erziehung ausgegangen sein, sie könnte aber auch das Resultat einer Auseinandersetzung zwischen den Insassen selbst gewesen sein. Die archäologischen Funde werfen neue Fragen auf, abschliessende Antworten können auch sie nicht liefern. Gleichzeitig lässt sich aus den Verwaltungsakten von Realta für die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts kaum rekonstruieren, wie die Insassen die Anstalt erlebten.[207]

Im Übrigen konnte die Studie ein häufiges Vorkommen von Tuberkulose nachweisen, die sie auf den sozio-ökonomischen Status der Betroffenen und die Lebensbedingungen in den Einrichtungen Realtas zurückführte. Da Rauchen, Trinken, Diabetes, Silikose («Staublunge», Schädigung durch Einatmen von Quarzstaub), verschmutzte Luft und enge Wohnbedingungen Tuberkulose begünstigen, stellten neben Strafgefangenen auch die Insassen Realtas Hochrisikogruppen dar. Die Studie zeigt sich jedoch vorschnellen Zuspitzungen zurückhaltend gegenüber, da Tuberkulose in der Schweiz ab etwa 1880 epidemische Ausmasse erreichte, insbesondere unter Armutsbetroffenen. Es wäre daher durchaus möglich, dass bei vielen die Krankheit bereits ausserhalb der Anstalt ausgebrochen war.[208]

1.4 Neue «Irrenanstaltsprojekte» als Folge der «Irrenstatistiken»

Die Bezeichnung «Irrenstatistik» war ein geläufiger historischer Begriff im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Zeitgenossen verstanden darunter eine umfassende Erhebung der Zahl psychisch kranker Personen in einem bestimmten Kanton oder auf gesamtschweizerischer Ebene. In Graubünden wurden die Zählungen bisweilen auch als «Statistische Aufnahme der Geisteskranken» bezeichnet.

Die Irrenstatistiken spielten für die Institutionalisierung der Psychiatrie in der Schweiz eine wichtige Rolle. Als Beleg für die Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung begleiteten und beschleunigten sie die Entstehung vieler schweizerischer «Irrenanstalten» in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.[209] Irrenstatistiken deckten aber nicht nur demografische Realitäten auf. Sie dienten auch als Instrument, die gesellschaftliche Wahrnehmung psychischer Krankheiten als ernstzunehmende gesellschaftliche Herausforderung mitzubestimmen und die Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft und Institution voranzutreiben. Sie waren ein Mittel, um berufspolitische Forderungen zu stellen und auf eine Reorganisation der «Irrenfürsorge» zu drängen. Hinter den Irrenstatistiken stand meist die Überzeugung der Initiatoren, dass es nicht genügend angemessene

---

203 Vermutlich waren die hohen Bruchraten auch auf die Grunderkrankungen der Insassen zurückzuführen, vgl. ebd., S. 1.

204 Ebd., S. 23, 33.

205 Die Studie bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Forschungsbeiträge von Galloway / Wedel (2014) sowie Saenger (2009). Vgl. Cooper (2019), S. 32.

206 Jahresbericht Waldhaus 1962, S. 60–61.

207 Neuere Forschungsarbeiten konnten jedoch nachweisen, dass durchaus Personen, die in Arbeitsanstalten interniert waren, tätlich angegriffen wurden. Siehe dazu etwa Knecht zur ehemaligen St. Galler Zwangsarbeitsanstalt Bitzi, Knecht (2015), S. 98–103.

208 Cooper (2019). Zu den Risikogruppen siehe Roberts (2007), S. 1–43.

209 Vgl. Ritter (2003), S. 59.

psychiatrische Versorgungsmöglichkeiten gab.[210] Darüber hinaus waren sie ein effektives Werkzeug, psychisch kranke Menschen nach bestimmten Kriterien zu klassifizieren und so zeitgenössische psychiatrische Termini zu harmonisieren und stabilisieren, auch um überkantonale Vergleiche anstellen zu können.[211]

Die erste, wenn auch lückenhafte, schweizerische Irrenstatistik wurde von der «irrenärztlichen Sektion» der *Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft* (SNG), der ersten Assoziation schweizerischer Anstaltspsychiater, im Jahre 1851 realisiert. Hungerbühlers Bericht über das öffentliche schweizerische Irrenwesen von 1846 war ein zentraler Impuls für dieses neugeweckte überkantonale Interesse an der Erfassung und Besserung des schweizerischen Irrenwesens.[212] In den Folgejahrzehnten bemühte sich insbesondere der *Verein schweizerischer Irrenärzte* (VSI), die Wirkungsmacht der Irrenstatistiken zu stärken. Er verfeinerte die Erhebungsmethoden sowie das Klassifikationssystem und wirkte an der Etablierung regelmässiger Publikationsformate schweizerischer Irren- und Anstaltsstatistiken mit, die für die gesundheitspolitischen Diskussionen des ausgehenden 19. Jahrhunderts eine wertvolle Grundlage legten.[213] Die Bemühungen des VSI schlugen sich bald auch in der nationalen Gesundheitspolitik nieder. 1870 erhob der Bund erstmals in einer Volkszählung die Anzahl psychisch kranker Menschen an der Gesamtbevölkerung.[214]

Der Kanton Graubünden erstellte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts insgesamt drei Irrenstatistiken: 1851, 1874, 1888. Die drei Zählungen erweckten den Eindruck, dass der Kanton in diesen knapp vier Jahrzehnten eine starke Zunahme psychisch kranker Personen zu verzeichnen hatte. Dass hinter dieser Tendenz auch zum grossen Teil eine veränderte Wahrnehmung psychischer Krankheiten stand, blendeten die Bündner Sanitätsbehörden weitgehend aus. Vielmehr nutzten sie die Ergebnisse als Beleg für die dringende Notwendigkeit, den Bau einer kantonalen psychiatrischen Anstalt endlich in Angriff zu nehmen.

1.4.1 Erste Bündner Irrenstatistik von 1851: Nachweis hoher Verwahrungsrate psychisch kranker Menschen

Während die Bündner Regierung über die Frage debattierte, wie eine erste Zählung durchzuführen sei, trat die Kommission der SNG mit ihrer eidgenössischen Irrenstatistik an die Sanitätsbehörde Graubündens. Die Anfrage passte zeitlich gut ins Konzept, die Bündner Sanitätsbehörde nahm den Auftrag dankend entgegen und führte die Erhebungen dezentral durch.[215] Dafür sandte sie an alle 14 Bezirksärzte einen Fragekatalog, auf dessen Basis die Zählungen vorzunehmen waren (vgl. Abbildung 3).[216] Die Kommission der SNG erlaubte es den Kantonen, Anpassungen an den Studienvorlagen vorzunehmen. Der Bündner Sanitätsrat nahm dieses Angebot wahr und schloss für die Erhebungen Personen mit angeborenen oder frühkindlich erworbenen geistigen Behinderungen, und solche mit «leichte[n] Anwandlung[en] von Geistesverwirrung, Verstimmungen» oder «bereits geheilte Irre» aus.[217] Die kantonale Statistik berücksichtigte also nur «in höherm Grade Irre».[218] Eine einfache Erklärung für dieses Ausschlussverfahren gibt es nicht, J. F. Kaiser führte in der Zusammenstellung der Ergebnisse keine Begründung an. Möglicherweise ist die Modifikation darauf zurückzuführen, dass in Graubünden bereits 1841 eine umfassende Zählung der Personen mit «Kretinismus» und «Blödsinn» durchgeführt worden war.[219]

Aus den statistischen Erhebungen ging eine Gesamtzahl von 93 «Irren» im Kanton hervor. Bei 89'914 Einwohnerinnen und Einwohnern bedeutete das ein Verhältnis von 1:967 zur Gesamtbevölkerung.[220] Laut Statistik war also knapp jede tausendste Person in Graubünden psychisch krank.

---

210 Ebd., S. 59–60; Hungerbühler (1846), S. 3.

211 Der Berufsverband *Verein schweizerischer Irrenärzte* (VSI), der 1864 gegründet wurde, nahm in diesem Prozess eine tragende Rolle ein und formulierte in den 1860er Jahren erstmals in der Schweiz ein einheitliches Klassifikationssystem psychiatrischer Krankheitsbilder. Vgl. Ritter (2003), S. 61.

212 Hungerbühler (1846), S. 4, 14; vgl. weiter Ritter (2003), S. 60–61.

213 Zu diesen Publikationen gehören das *Eidgenössische Statistische Büro*, das *Sanitarisch-demographische Wochenblatt* und das *Statistische Jahrbuch der Schweiz*. Vgl. Ritter (2003), S. 61–62.

214 Ebd., S. 62.

215 Kaiser (1852), S. 86; Binswanger (1851), S. 112.

216 Kaiser (1852), S. 92.

217 Ebd., S. 86–87; vgl. weiter Schrofer (1999), S. 24.

218 Kaiser (1852), S. 92.

219 Auch diese Zählung ging von der SNG aus. Der Bündner Sanitätsrat ergänzte auch hier den eidgenössischen Fragekatalog um 145 Detailfragen. Vgl. Schrofer (1999), S. 81.

220 Die Angaben zur Bevölkerungszahl stammen aus der eidgenössischen Volkszählung vom 18. bis 23. März 1850, vgl. Kaiser (1852), S. 88, 92–93.

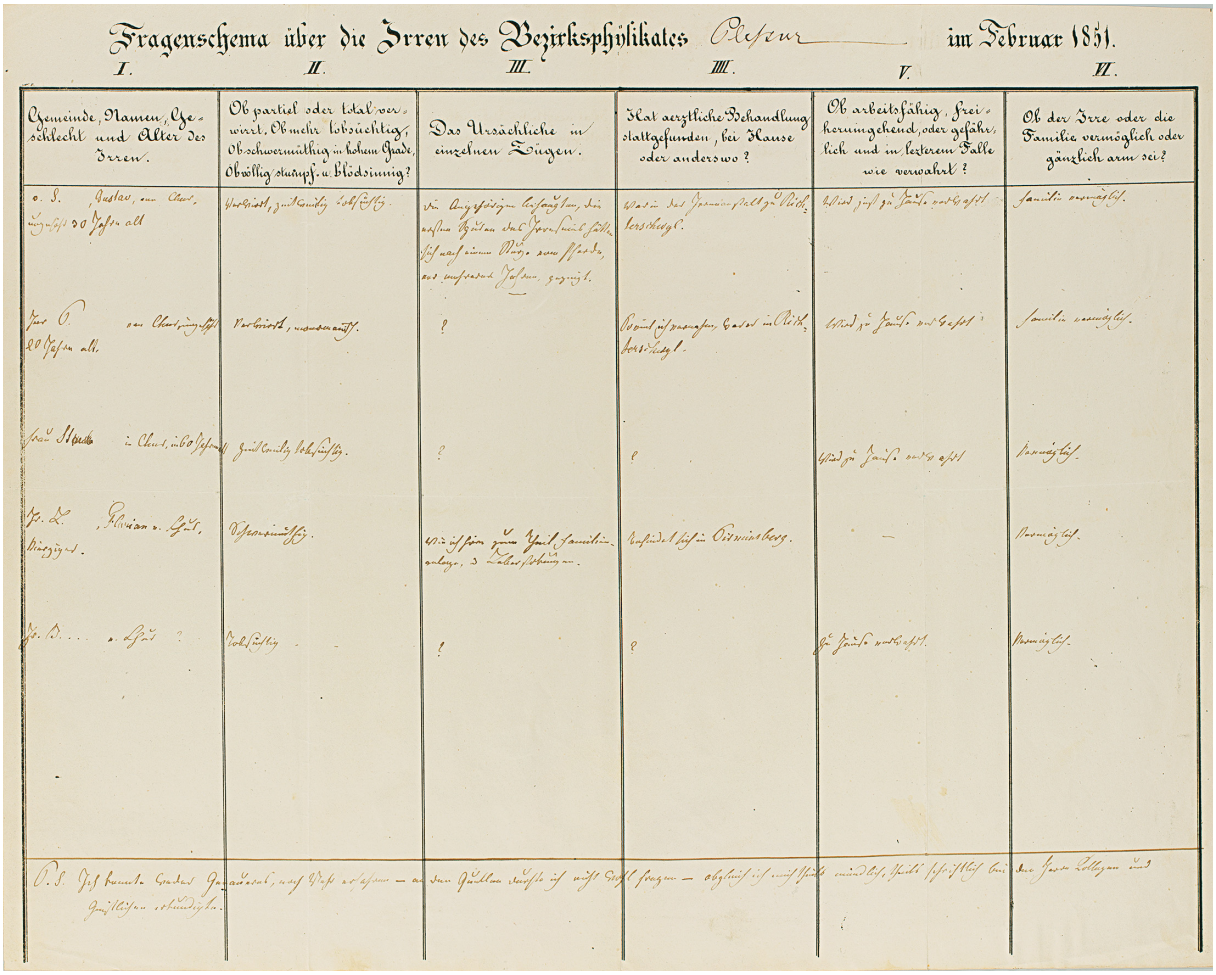


Abbildung 3: Fragenschema über die Irren des Bezirksphysikates Plessur im Februar 1851
Anmerkung: Der Ausdruck «Bezirksphysikat» bezeichnet den Zuständigkeitsbereich eines Amtsarztes.
Quelle: StAGR V 13 c: Irrenstatistik 1851.

Ein Grossteil davon befand sich erwartungsgemäss «zu Hause» verwahrt oder «frei herumgehend», wie die statistische Verteilung nach Aufenthaltsorten zeigt (vgl. Diagramm 1). Das Prinzip der Verwahrung galt sowohl für die psychisch kranken Menschen in Fürstenau als auch für diejenige, die bei Angehörigen versorgt und je nach Krankheitsbild unter Umständen in Ställen oder Kellern angekettet wurden. Zusammenfassend erhielten 72 der 93 Personen (77.5 Prozent), die durch die Bündner Irrenstatistik als «Irre» bezeichnet wurden, keine wirkliche Behandlung.[221] Diese 72 Personen befanden sich alle in Graubünden, eine eigentliche psychiatrische Versorgung fand also nur ausserhalb der Kantonsgrenzen statt. Das statistische Ergebnis untermauerte den gravierenden Versorgungsnotstand in Graubünden, grössere Massnahmen auf politischer Ebene wurden jedoch vorerst nicht ergriffen.[222]

Die Aufteilung nach Heimatbezirken brachte keine aussergewöhnlichen, doch aber auffällige Ergebnisse. Mit Maloja, Bernina, Unterlandquart und Vorderrhein wiesen vor allem peripher gelegene Bezirke die höchste Zahl an «Irren» im Verhältnis zur Bezirksbevölkerung auf.[223] In Maloja waren es laut Statistik sogar über zwei Personen auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, also doppelt so viele wie im kantonalen Durchschnitt. Eine weitere Besonderheit war, dass die Ärzte der Bezirke Bernina und Maloja, die im Südosten Grau-

221 Vgl. StAGR V 13 c: Statistikdokumente, zit. nach Schroer (1999), S. 83.

222 Kaiser (1852), S. 81.

223 Die Verhältnisse lauten: Maloja 1:405, Bernina 1:778, Unterlandquart 1:707, Vorderrhein 1:932. Siehe dazu die Zusammenstellung bei Kaiser (1852), S. 88–89.

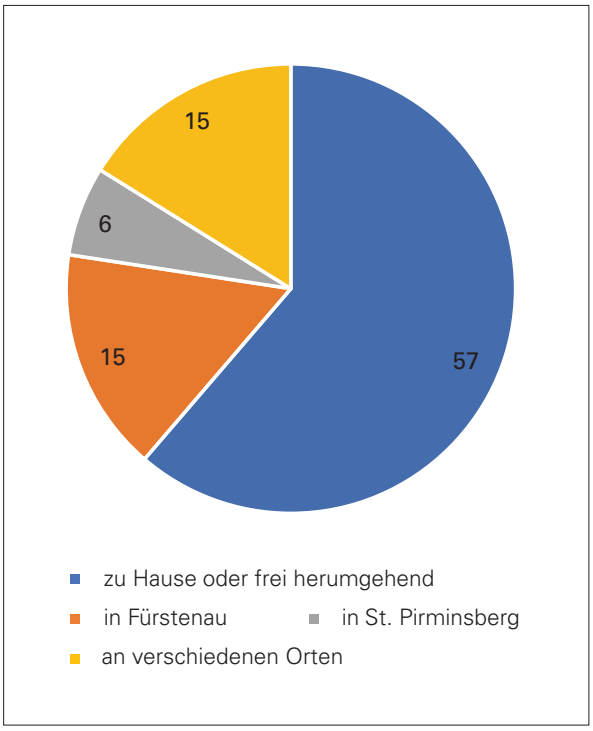


Diagramm 1: Irrenstatistik von 1851, aufgegliedert nach Aufenthaltsorten

Anmerkung: Unter der Bezeichnung «an verschiedenen Orten» kategorisierte die Statistik Personen, die in fremden Anstalten, unter Umständen in mehreren hintereinander, behandelt wurden, vgl. Kaiser (1852), S. 89.
Quelle: Kaiser (1852), zit. nach Schrofer (1999), S. 83.

bündens liegen, die psychischen Erkrankungen zu knapp 50 Prozent auf familiär bedingte Faktoren zurückführten. Das ist deshalb auffällig, weil anlagebedingte Erkrankungen im kantonalen Gesamtdurchschnitt nur zu rund 10 Prozent diagnostiziert wurden. Letztlich ist es aber schwierig, Vergleiche zwischen den Bezirken anzustellen, denn eine homogene ärztliche Diagnostik lässt sich nicht feststellen. Das psychiatrische Wissen dieser Zeit war begrenzt und die Ärzte hatten sehr unterschiedliche Vorkenntnisse; viele Bezirksärzte dürften sich auf diagnostisches Neuland begeben haben. Dafür spricht nicht zuletzt die Tatsache, dass bei 41 Prozent der Kranken als Krankheitsursache «Unbekannt» angegeben wurde.

Der flüchtige Blick über die Kantonsgrenzen vermittelt den Eindruck, dass Graubünden eine vergleichsweise tiefe Anzahl psychisch kranker Personen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung aufwies (vgl. Tabelle 1). Diese Wahrnehmung täuscht jedoch, denn nur durch den Ausschluss der «leichtere[n] Fälle» und der «von Haus aus Blödsinnigen» erreichte Graubünden diesen Wert.[224] Zudem klammerte die Bündner Sanitätsbehörde sogenannte «Idioten» aus, die laut Kaiser meist den Grossteil der psychisch Kranken ausmachten.[225] Die historische Bezeichnung «Idiotie», einst ein unscharfer diagnostischer Begriff für die schwerste Form der Intelligenzminderung, war in der Psychiatrie bis weit ins 20. Jahrhundert verbreitet, wurde aber auch von Zeitgenossen bisweilen abfällig gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung verwendet.[226] Heute findet sich der diskriminierende Begriff nicht mehr in der psychiatrischen Nomenklatur. Die Bündner Statistik richtete ihren Fokus folglich auf einen relativ eng definierten Krankheitsbegriff. Vergleiche mit anderen Kantonen bargen durch die ungleichen Parameter das Risiko erheblicher Verzerrungen. Kaiser warnte im Nachgang vor übereilten Schlüssen und deutete an, dass sich die Bündner «deshalb nicht zu den voraus Glücklichen zählen dürfen».[227] Vielmehr wies er darauf hin, dass sich die Zahl der «Irren» im Kanton Graubünden «in neuerer Zeit bereits verdoppelt» habe.[228]

Die Irrenstatistik von 1851 bot zwar Einsicht in die allgemeine Lage der psychiatrischen Versorgung im Kanton. Einen strukturellen Wandel auf politischer Ebene löste sie hingegen nicht aus. In Regierungskreisen herrschte die Ansicht, dass eine zweckmässige Heil- und Pflegeanstalt eine «unverhältnismässige Summe» aus dem kantonalen Finanzapparat erfordert hätte.[229] Zudem hielt die Armenkommission die Zahl der psychisch kranken Menschen für zu gering, um eine solche «kostbare Einrichtung» zu rechtfertigen.[230] Als Al-

224 Ebd., S. 92–93.; vgl. weiter Schrofer (1999), S. 82.
225 Kaiser (1852), S. 92.
226 Für eine leichte Intelligenzminderung war die Bezeichnung «Debilität» und für eine mittelgradige Intelligenzminderung der Begriff «Imbezillität» geläufig. Zur schwersten Intelligenzminderung, früher «Idiotie», siehe ICD-10, F73. Zur komplexen Begriffsgeschichte von «Idiotismus» und «Idiotie» siehe Gstach (2014).
227 Kaiser (1852), S. 92.
228 Ebd., S. 81.
229 Kaiser bezieht sich in diesem Zusammenhang auf ein Gutachten der Armenkommission, das der Kleine Rat Ende 1851 in Auftrag gegeben hatte. Die Regierung liess die Frage prüfen, «ob nicht mittelst der an die Fürstenauer Anstalt für das Irrenwesen jährlich verausgabten 1400 fl. auch im hiesigen Kanton eine Privat-Irrenanstalt ins Leben gerufen werden könnte?» (vgl. Kapitel 1.2). Das Gutachten griff die Ergebnisse der Irrenstatistik auf und formulierte Empfehlungen zuhanden des Grossen Rats. Vgl. Kaiser (1852), S. 81–93, Zitat Fussnote auf S. 85, Zitat Lauftext auf S. 90.
230 Ebd., S. 90.

Kantone	Einwohner	«Irre»	Verhältniszahl	Berechnungsgrundlage
Neuenburg	70’679	168	1:420	mit den «Idioten»
Solothurn	70’000	211	1:331	mit den «Idioten»
St. Gallen	150’000	526	1:285	mit den «Idioten»
Thurgau	89’273	174	1:513	mit den «Idioten»
Zürich	250’134	1’202	1:208	mit den «Idioten»
Graubünden	**89’914**	**93**	**1:967**	**ohne die «Idioten»**
Schwyz	44’159	52	1:850	ohne die «Idioten»
Bern	407’000	570	1:715	ohne die «Idioten»
Uri	14’500	41	1:353	ohne die «Idioten»
Glarus	30’000	44	1:682	ohne nähere Angabe
Nidwalden	11’339	20	1:567	ohne nähere Angabe
Aargau	199’746	400	1:500	ohne nähere Angabe
Waadt	181’000	421	1:430	ohne nähere Angabe
Zug	17’461	46	1:379	ohne nähere Angabe

Tabelle 1: Vergleichstabelle der Auswertungen der «Irrenstatistik» von 1851

Quelle: Generaltabelle der Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft (Glarus, 1851), zit. nach Kaiser (1852), S. 92–93.

ternative stand die Idee im Raum, dass sich der Kanton an einer Privatanstalt beteiligen könnte, die vor allem psychisch kranke Menschen aufnehmen würde. Doch auch dieser Vorschlag wurde kurzerhand fallen gelassen, da angenommen wurde, dass Privatärzte, die «nicht den besondern Beruf zur Psychiatrie in sich fühlen», kaum für diese schwierige Aufgabe gewonnen werden könnten.[231] Ausserdem befürchtete die Armenkommission, dass zwei unterschiedliche Versorgungslogiken aufeinandertreffen würden, die für die Betriebsverhältnisse einer Privatanstalt eine grosse Belastung bedeuten könnten. Sie vermutete, dass der Kanton möglichst günstig Personen überweisen würde, die an schweren psychischen Erkrankungen litten, während der Privatarzt für diese Platzierungen mehr Geld verlangen oder für dieselbe Summe Personen mit leichteren Krankheiten in der Klinik behalten würde. Letztlich hielt der Grosse Rat an der bestehenden Regelung fest, jährlich einen Kredit von 1’400 Gulden an die «Irrenfürsorge» zu gewähren. Allerdings räumte er der Armenkommission die Option ein, den Betrag auch für die Platzierung von Bündner Patentinnen und Patienten in St. Pirminsberg (SG) zu verwenden.[232]

Eine Auffälligkeit in der Irrenstatistik von 1851 war das Geschlechterverhältnis. Die Ärzte registrierten 55 Männer und 33 Frauen. Zum Geschlecht der fünf Personen aus dem Oberengadin liegen keine Angaben vor.[233] Dieses Ergebnis überrascht angesichts der Tatsache, dass in Fürstenau anfänglich mehr Frauen in der «Irrenabteilung» gezählt wurden.[234] Das Verhältnis änderte sich in den Folgejahren aber allmählich. Spätestens nach der Übersiedlung nach Realta waren die Männer in der «Irrenabteilung» in deutlicher Überzahl – eine Tendenz, die sich schliesslich auch in den Irrenstatistiken von 1874 und 1888 abzeichnete.

Im 1919 eröffneten Asyl Realta lagen laut Direktor Fritz Tuffli (1875–1943) im Jahr 1932 ähnliche Geschlechterverhältnisse vor wie anfänglich in Fürstenau. In der Erklärung dieses Sachverhalts griff er auf zeitgenössische geschlechtsspezifische Zuschreibungen und Versorgungspraktiken zurück:

> *«Was nun die Verteilung unter den Geschlechtern anlagt, so haben wir im Asyl Realta immer etwa zehn Frauen mehr als Männer. Auch dieses ist kein Beweis, dass mehr geisteskranke Frauen als Männer in Graubünden seien. Viel-*

231 Ebd.

232 Bis zu diesem Zeitpunkt stand dieser Betrag nur für Platzierungen in Fürstenau zur Verfügung. Vgl. ebd., S. 92.

233 Ebd., S. 88–89.

234 Vgl. dazu StAGR IV 10 a 4. Jahresstatistik von 1848; Schrofer (1999), S. 20.

mehr beweist dies zunächst nur, dass eine Frau, die geistig erkrankt, viel früher in der Freiheit unmöglich wird als ein Mann.»[235]

Tuffli bezog sich mit seinem Hinweis auch auf zeitgenössische Debatten um die geschlechtsspezifischen Dimensionen psychischer Erkrankungen, insbesondere auf die These, dass Frauen wegen ihrer Biologie häufiger krank würden als Männer. Das Zitat zeigt aber auch, dass Tuffli diesen Ansätzen kritisch gegenüberstand und die überproportionalen Einweisungen von Frauen eher auf soziale Faktoren («in der Freiheit unmöglich») zurückführte.

1.4.2 Zweite Bündner Irrenstatistik von 1874: Verschärfung der «Irrenversorgungsfrage»

Erst in den frühen 1870er Jahren entwickelte die Politik ein vertieftes Bewusstsein für die Notwendigkeit und planerische Bedeutung von Irrenstatistiken. Denn als die Regierung 1873 die «Irrenversorgungsfrage» erneut aufgriff, setzte sie als Diskussionsgrundlage explizit eine aktuelle, umfassende Irrenstatistik voraus.[236] Die Standeskommission betraute daraufhin umgehend die Sanitätsbehörde mit dieser Aufgabe. Doch im Gegensatz zur Statistik von 1851 richtete sich der Sanitätsrat nicht nur an die Bezirksärzte, sondern via Amtsblatt auch an Vorstände und Pfarrämter.[237] Dahinter stand primär das Anliegen, über deren lokale Vernetzung ein möglichst vollständiges und zuverlässiges Personenverzeichnis jeder Gemeinde zusammenzustellen. Die Bezirksärzte mussten die Tabellen nur noch mit ärztlichen Angaben ergänzen, entweder im Rahmen eines persönlichen Besuches bei den Betroffenen oder über die Korrespondenz mit Ärzten, Pfarrern oder Vorständen.[238] Dadurch lag der Expertenstatus für die Zählung nicht mehr allein bei der Ärzteschaft. Zudem rückte die Sanitätsbehörde mit ihren Anpassungen verstärkt das soziale Umfeld der Betroffenen in den Fokus. Sanitätsratspräsident Kaiser war sich der damit einhergehenden Problematik einer Vervielfältigung diagnostischer Blickwinkel durchaus bewusst.

Auch in der Statistik von 1874 wurden «Idioten» und «Cretinen» von der Zählung ausgeschlossen.[239] An den diagnostischen Kategorien im Frageformular ist bereits ein Ausdifferenzierungsprozess psychiatrischen Wissens erkennbar, auch wenn die Begriffe selbst nach wie vor sehr unscharf blieben. In der Statistik von 1851 wurde nur generell zwischen «verwirrten», «tobsüchtigen», «schwermütigen» und «stumpf- und blödsinnigen» Personen unterschieden. Die Irrenstatistik von 1874 hingegen führte ein wesentlich breiteres Spektrum an psychiatrischen Symptomen ein, subsumiert unter geläufigen zeitgenössischen Diagnosekategorien. Dabei orientierte sich der Sanitätsrat an den Krankheitsformularen der Anstalt St. Pirminsberg (SG), die laut Kaiser dem schweizerischen Standard entsprachen. Neu eingeführt wurden die Begriffe: Melancholia (Schwermuth, Trübsinn), Mania (Tobsucht, Tollheit), Paranoia (Verrücktheit, Verwirrtheit, fixe Ideen) sowie Anoia (Blödsinn, Stumpfsinn).[240]

Die Erhebungen zeigten aber gleichzeitig, dass eine differenzierte Begrifflichkeit nicht zwangsläufig mit einem vertieften Wissen um die Ursachen von psychischen Krankheiten einherging. Bei 37.5 Prozent der Personen gaben die Bezirksärzte als Krankheitsursache «Unbekannt» an. Dieser Wert unterschied sich nur geringfügig von jenem aus der Statistik von 1851 (41 Prozent).[241]

Die Irrenstatistik von 1874 zählte 200 «Irre» im Kanton Graubünden, was einem Verhältnis von 1:458 zur Gesamtbevölkerung entsprach. Kaiser, der die Befunde in Übersichtstabellen zusammentrug, zweifelte nach wie vor an der Objektivität solcher Statistiken. Es liege in der Natur der Sache, dass die Urheber der Daten ungleiche persönliche Standpunkte hätten und entsprechend subjektive Urteile fällen würden.[242] Dennoch stufte er das Ergebnis als zutreffend, wenn nicht sogar zu niedrig, ein, denn die eidgenössische Volkszählung vom 1. Dezember 1870 ergab mit 199 gezählten Per-

---

235 Tuffli (1932), S. 17.

236 Fortsetzung der Verhandlungen des ordentlichen Grossen Raths im Jahr 1873, S. 11; vgl. auch Kaiser (1875–1876), S. 21. Bereits 1858 gab es Pläne zur Erhebung einer Irrenstatistik, die aber letztlich versandeten, vgl. StAGR V 13 c: Notizen für Aufnahme einer Irrenstatistik von P. Schreiber vom 28. Dezember 1858.

237 Sanitätsräthliche Bekanntmachung, in: ABl GR, Nr. 3 vom 16. Januar 1874, S. 2, zit. nach Schrofer (1999), S. 29.

238 StAGR V 13 c: Der Sanitätsrath des Kantons Graubünden (Dr. Kaiser) an sämmtliche Bezirksärzte desselben. Chur, den 23. Januar 1874.

239 Kaiser (1875–1876), S. 2–3.

240 Ebd., S. 1–2; vgl. auch StAGR V 13 c: Tabellen an die Bezirke, zit. nach Schrofer (1999), S. 85.

241 Kaiser (1875–1876), S. 14.

242 Ebd., S. 2, 13.

sonen eine approximative Ziffer.[243] Im nationalen und internationalen Vergleich schien das Ergebnis nicht besorgniserregend. Zeitgenössische Experten rechneten im Allgemeinen mit einer psychisch kranken Person auf 350–400 Einwohnerinnen und Einwohner.[244] Landesweite Erhebungen in England (1:387), Preussen (1 : 468) und der Schweiz (1 : 344) ergaben zudem ähnliche Resultate, obschon Kaiser auch einem Vergleich dieser Zählungen kritisch gegenüberstand.[245] Viel wichtiger und wesentlich auffälliger für Kaiser war die Gegenüberstellung mit der Irrenstatistik von 1851. In den 23 Jahren, die zwischen den beiden Erhebungen lagen, war die Zahl der als psychisch krank erfassten Personen um über 100 Prozent angestiegen: von 93 (1:967) auf 200 (1:458).[246] Das Resultat liess für die Zeitgenossen auf eine bedeutende Zunahme psychisch kranker Menschen im Kanton schliessen. Aus heutiger Sicht deuten solche Statistiken eher auf ein verstärktes Bewusstsein für psychische Krankheiten und die Verbreitung entsprechender medizinischer Diagnosen hin.[247]

Aus Sicht der Sanitätsbehörde war aber nicht nur der Anstieg der absoluten Zahlen bedenklich. Auch der Anteil von Menschen, die angeblich «zu Hause» verpflegt oder «frei herumgehend» leben würden, stieg von 61.3 auf 69.5 Prozent an (vgl. Diagramm 2). Unter diesen hätte laut Kaiser kaum jemand eine regelmässige Behandlung erfahren.[248] Unter dem Strich waren nur 31 der 200 erfassten Personen in eigentlichen Heil- und Pflegeanstalten hospitalisiert, allesamt in ausserkantonalen Einrichtungen.[249] Die Patientinnen und Pa-

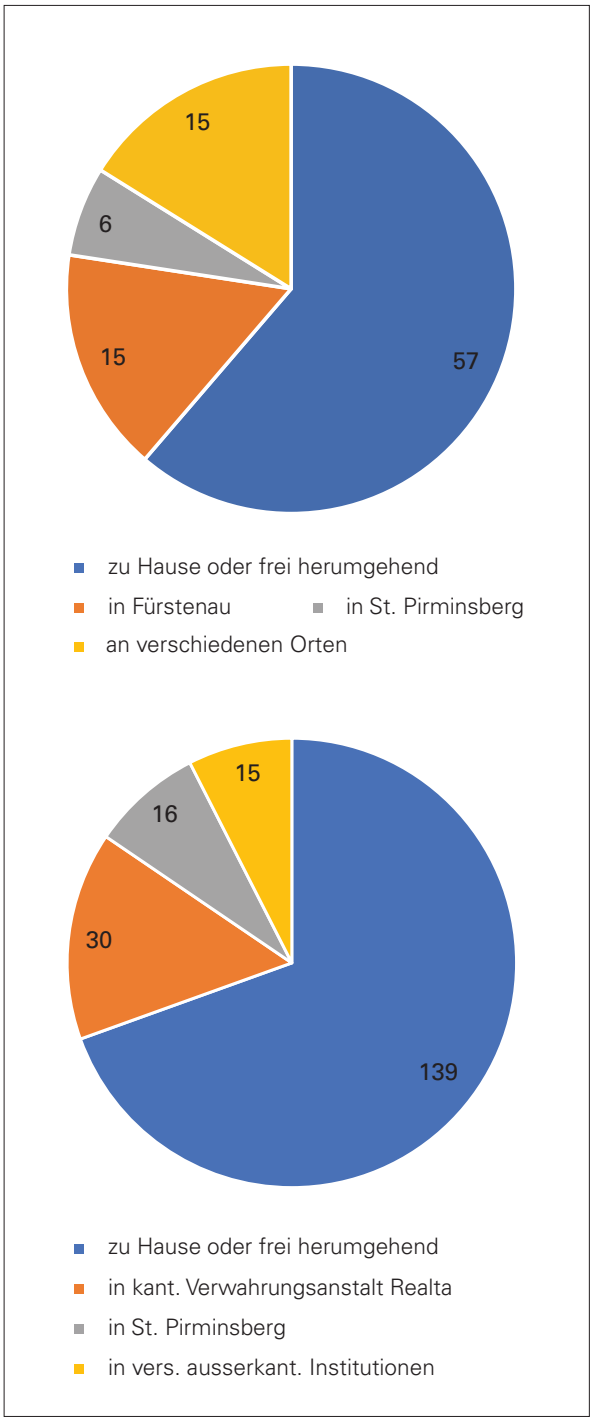


Diagramm 2: Vergleich der Irrenstatistiken von 1851 und 1874, aufgegliedert nach Aufenthaltsorten

Anmerkung: Die offizielle Bevölkerungszahl im Kanton Graubünden betrug 1870 92'103 und 1880 93'864 Menschen. Die Angabe in Kaisers Statistik für das Jahr 1874 liegt leicht unter diesen zwei Werten (91'782). Kaiser gibt allerdings die Quelle für diese Zahl nicht an. Das Diagramm 1 zur Irrenstatistik von 1851 ist hier zum Vergleich erneut aufgeführt.

Quellen: HBG IV (2000), S. 326–327; Kaiser (1852); Kaiser (1875–1876), zit. nach Schrofer (1999), S. 83, 86.

243 Ebd., S. 2–3, 5; Schrofer (1999), S. 85.

244 Der deutsche Arzt Friedrich Oesterlen (1812–1877) publizierte 1865 das «Handbuch der medicinischen Statistik», in dem er Krankheitsstatistiken diverser Länder in einer Übersicht zusammenführte, vgl. Oesterlen (1865), S. 517.

245 Kaiser verwies bei den Vergleichen auf die Ergebnisse von Emanuel Mendel im *Archiv für Psychiatrie* 4/3 (1874), vgl. Kaiser (1875–1876), S. 3.

246 Ebd., S. 2–3.

247 Kaiser wies zudem darauf hin, dass die Rahmenbedingungen der Erhebung von 1874 zuverlässiger waren, nachdem einige Personen erfasst wurden, die vermutlich in der Zählung von 1851 noch nicht registriert worden wären, vgl. ebd., S. 4.

248 Ebd., S. 18.

249 Neben den 16 Patientinnen und Patienten in St. Pirminsberg waren drei im Burghölzli (ZH), je zwei in Valduna (AUT), in Kilchberg (ZH) und in Männedorf (ZH) und je eine Person in Königsfelden (AG), in Wyl (SG), im Dép. de l'Isère (F), in St. Bonifazio (Florenz), im Asyl Sand (Chur) und in einer Privatanstalt in Zürich untergebracht. Vgl. ebd., S. 16.

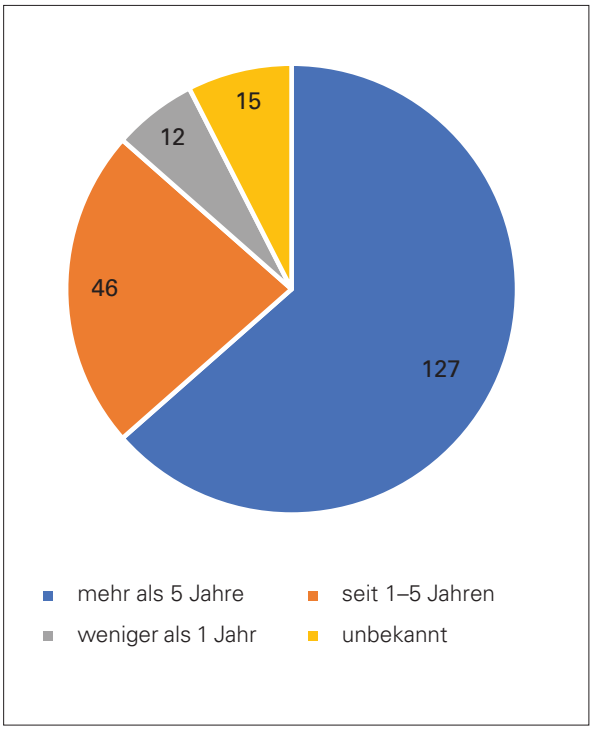


Diagramm 3: Irrenstatistik 1874, aufgegliedert nach Krankheitsdauer
Quelle: I. General-Tabelle, in: Kaiser (1875–1876).

tienten in Realta zählte Kaiser nicht dazu. Obschon viele in Realta unterdessen «gut und human gehalten» würden, so Kaiser, schrieb er der Anstalt nach wie vor einen reinen Verwahrungscharakter «unheilbarer Irrer» zu.[250] Gemäss der Schlussabrechnung erhielten 169 von 200 psychisch kranken Personen im Kanton Graubünden keine regelmässige Behandlung. Auch hier stieg das Verhältnis verglichen mit der Statistik von 1851: von 77.5 auf 84.5 Prozent. Für Sanitätsratspräsident Kaiser war klar, dass sich die «Irrenversorgungsfrage» in den letzten 20 Jahren weiter verschärft habe und geeignete Massnahmen dagegen nicht weiter aufgeschoben werden dürften:

> *«Es springt sicherlich Jedermann sofort in die Augen, dass der jezige Zustand der Dinge, nach welchem nur 15,5 % der Irren einer geordneten Behandlung in Anstalten, und 15 weitere Procente der Unterbringung in Realta theilhaft sind, nicht länger geduldet werden darf, dass vielmehr die dringende Mahnung unabweisbar an die Gesellschaft, an Staat und Gemeinden herantritt, für ein besseres Loos unserer Irren besorgt zu sein, und diess um so mehr, als nach allgemeinem Zugeständnisse die Bewahranstalt Realta weder den Bedürfnissen, noch auch nur bescheidenen Anforderungen entspricht, so dass also nur 15,5 % als genügend versorgt zu betrachten sind.»*[251]

Das Resultat spiegelte sich auch in den prognostizierten Heilungsaussichten. Die Bezirksärzte stuften die Therapiechancen jeweils tief ein. Nur 14 Prozent der erfassten Personen zeigten «ziemliche und gute», dagegen insgesamt 52 Prozent «gar keine» Aussicht auf Genesung.[252] Kaiser führte diese schlechten Aussichten darauf zurück, dass zu spät Massnahmen für eine Behandlung oder zweckmässige Unterbringung ergriffen würden. Entsprechend hänge das Ergebnis auch stark mit der Krankheitsdauer zusammen (vgl. Diagramm 3). Laut Statistik waren etwa zwei Drittel der Personen bereits über fünf Jahre krank; an sich ein Ergebnis, das nicht überraschte, da man von einer hohen Chronizitätsrate bei den meisten psychischen Krankheiten ausging.[253] Gleichwohl bestärkten die Erhebungen Kaiser in seiner Ansicht, dass eine frühzeitige Behandlung fundamental sei.[254]

Bei einem Grossteil der erkrankten Personen wurde «Bauer» als berufliche Betätigung angegeben (vgl. Diagramm 4). Aus Sicht der Sanitätsbehörde entsprach dieses Ergebnis den Erwartungen, da der Kanton Graubünden stark landwirtschaftlich geprägt war. Kaiser vermutete sogar, dass die Statistik die Zahl zu tief angesetzt hätte. Denn hinter gewissen beruflichen Beschäftigungen würden sich auch landwirtschaftliche Tätigkeiten verbergen, etwa beim Handwerker auf dem Land oder den Dienstmägden, die oft auch für Feldarbeiten eingesetzt wurden.[255] Kaiser ging davon aus, dass rund die Hälfte der Handwerker und «weiblichen Beschäftigten» dem «Bauernstande» zuzuzählen waren.[256] In der Konsequenz seien also nicht nur 59 Prozent (118 Personen), sondern rund 70 Prozent (140) der erfassten Personen in

250 Ebd., S. 17, 20.

251 Ebd., S. 20.
252 Ebd., S. 5, 15–16; Kaiser (1877), S. 3.
253 Kaiser (1875–1876), S. 14–15; zur «Chronifizierung» siehe StAGR V 13 a 3: Jahresberichte des Hülfsvereins für Geisteskranke von 1878, S. 3–4 und 1880, S. 4–5.
254 Kaiser (1877), S. 9.
255 Kaiser (1875–1876), S. 11.
256 Ebd., S. 12.

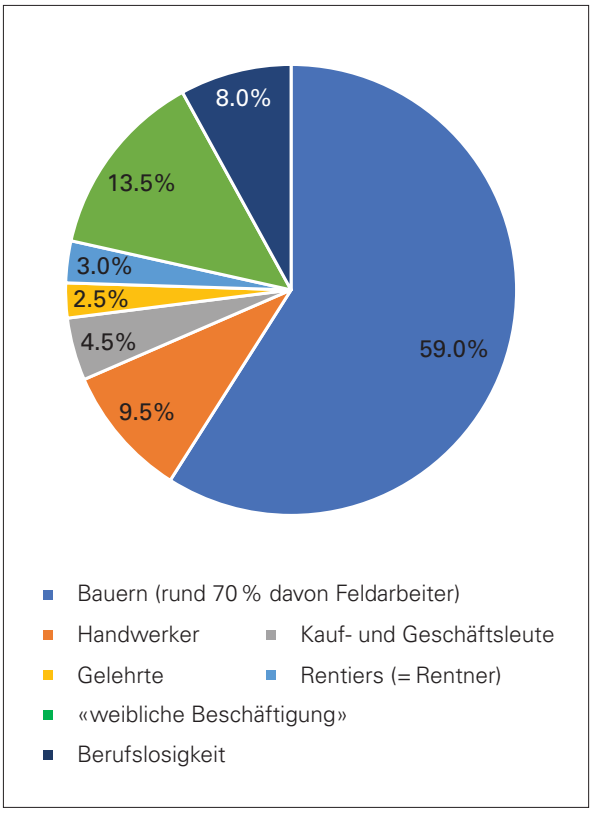


Diagramm 4: Irrenstatistik 1874, aufgegliedert nach beruflicher Tätigkeit
Quelle: I. General-Tabelle, in: Kaiser (1875–1876).

der Landwirtschaft beruflich tätig gewesen.[257] Schätzungsweise über zwei Drittel davon waren Feldarbeiter und Feldarbeiterinnen und damit nicht im engeren Sinne Bauern.[258] Denn die landbesitzenden Bauern zogen meistens Taglöhner, unter Umständen auch Mägde und Knechte, als Arbeitskräfte für die Feldarbeit heran, die sie ohne festes Arbeitsverhältnis tageweise verpflichten und entlohnen konnten.[259]

Eine leichte Abweichung von verbreiteten Annahmen offenbarte die Statistik hinsichtlich der Geschlechterverteilung. Während andere zeitgenössische Erhebungen tendenziell häufiger bei Frauen eine psychische Krankheit diagnostizierten, zählten in Graubünden mehr Männer zu den Betroffenen.[260] Trotz einer höheren Anzahl Frauen in der Bevölkerung (52.5 Prozent) betrug ihr Anteil in der erwähnten Statistik nur 46.5 Prozent (93/200).[261] Im Vergleich zu den Männern wurden viele Frauen als verwitwet aufgeführt.[262]

Die Standeskommission stellte die statistischen Resultate noch im selben Jahr im Grossen Rat zur Diskussion. Aus Sicht des Sanitätsrats liessen sie nur einen Schluss zu: «Nach dem Gesagten bleibt wol nichts anderes übrig, als die Errichtung einer eigenen *kantonalen Irren-Heil- und Pflegeanstalt* ins Auge zu fassen».[263] Trotz Sensibilisierung für die fehlenden institutionellen Voraussetzungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen blieb das politische Credo weitgehend unverändert – für eine eigene psychiatrische Anstalt fehle es nach wie vor an finanziellen Mitteln. Der Grosse Rat plädierte weiterhin für eine «möglichst einfach eingerichtete blosse Verwahrungsanstalt für unheilbare Geisteskranke».[264] Dabei legte der Sanitätsrat auch alternative Lösungsvorschläge vor: Er unterbreitete die Idee einer «Art landwirthschaftlichen Irrencolonie», die insbesondere der Tatsache Rechnung tragen sollte, dass ein Grossteil der psychisch kranken Personen aus landwirtschaftlich tätigen Bevölkerungsschichten stammte.[265] Mit dem Rheinkorrektionsboden im Domleschg bei Realta würde zudem eine geeignete Beschäftigungsmöglichkeit zur Verfügung stehen.[266] Das vorgeschlagene Projekt war für zeitgenössische Verhältnisse sehr modern angelegt. Neben einer zentralen Anstalt sah es ein Netz peripherer Wohnungen vor, die von je einer Wärterfamilie betreut werden sollten.[267] Für die Gesamtleitung des Wohnsystems war ein Arzt vorgesehen. Als Vorbild bezeichnete Kaiser das belgische Dorf Geel, das für seinen integrativen Umgang mit psychisch Kranken und geistig Behinderten bekannt war – ein Ruf, den es bis heute pflegt. Zu Kaisers Zeit sprachen sich zudem prominente

257 1870 stellte der erste Sektor rund 70 Prozent der Arbeitsplätze, vgl. Bollier (2000), S. 126.
258 StAGR V 13 c: Tabelle IV a.; Kaiser (1875–1876), S. 11; Schrofer (1999), S. 89.
259 Rippmann / Baumann (2012).
260 Kaiser bezog sich hier auf die Erhebungen von Oesterlen (1865), vgl. Kaiser (1875–1876), S. 4, 7–8.
261 Kaiser (1875–1876), S. 4–5, 8; Schrofer (1999), S. 88.
262 Von den 200 erfassten Personen waren 65,5 Prozent ledig, 22.5 Prozent verheiratet und 11 Prozent verwitwet. Vgl. Kaiser (1875–1876), S. 8–9.
263 Ebd., S. 21.
264 Vgl. VGR im Jahre 1874, S. 46–47.
265 Ebd., S. 47–48. Eine ähnliche Idee einer «Irrenkolonie» hatte Kaiser bereits 1871 geäussert, als er von «kleineren landwirtschaftlichen Kolonien grösserer Irrenanstalten» sprach und ebenfalls als Beispiel auf das Dorf Geel in Belgien verwies. Vgl. Kaiser (1947), S. 154 (Zitat); vgl. weiter Kaiser (1875–1876), S. 17, 20, 22–23.
266 Kaiser (1875–1876), S. 22.
267 Ebd., S. 22–23; VGR im Jahre 1874, S. 47–48; Kaiser (1877), S. 4.

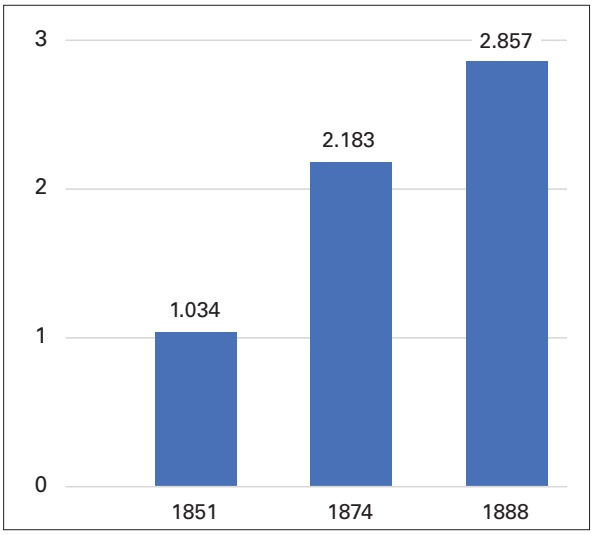


Diagramm 5: Zahl der psychisch kranken Menschen auf 1'000 Personen der Bündner Gesamtbevölkerung
Quelle: StAGR V 13 c: Irrenstatistiken 1851, 1874 und 1888, zit. nach Schrofer (1999), S. 95.

Psychiater, etwa Wilhelm Griesinger (1817–1868) aus Deutschland, für das Modell Geel aus.[268] Der Grosse Rat liess das Projekt für den Standort Realta überprüfen. Die beauftragte Standeskommission überzeugte allerdings das Parlament, von diesem Unterfangen abzusehen – zum Bedauern des Sanitätsrats.[269]

1.4.3 Dritte Bündner Irrenstatistik von 1888: Die Behörden reagieren mit Massnahmen

Die dritte Bündner Irrenstatistik entstand anlässlich der Volkszählung von 1888 und schloss erneut «Idioten» und «Kretins» aus. Die Ergebnisse bestätigten die Tendenz, die sich bereits 1874 abzeichnete. Die Zahl psychisch kranker Personen stieg von 200 auf 275 an und wies inzwischen ein Verhältnis von 1 : 350 zur Gesamtbevölkerung auf (vgl. Diagramm 5).[270] Das Ergebnis schien zudem zu niedrig angesetzt, denn dem Sanitätsrat lagen offenbar Anhaltspunkte vor, von einer noch höheren Ziffer auszugehen.[271]

Die wohl folgenschwerste Erkenntnis aus der Statistik war, dass der Prozentsatz der Personen, die bereits seit über fünf Jahren psychisch krank waren, weiter anstieg, von 63.5 (1874) auf 73 Prozent (1888). Das wurde als Zeichen dafür gewertet, dass immer mehr Menschen chronisch erkranken und nicht rechtzeitig behandelt würden. Ausserdem lässt sich aus den Statistiken von 1874 und 1888 der zeitgenössische Trend ablesen, psychische Krankheiten oder geistige Behinderungen stärker vor dem Hintergrund erblicher Faktoren zu deuten. Kaisers Schätzungen gingen davon aus, dass bei knapp 30 Prozent der 1874 erfassten Personen das Erbgut für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich zeichnete.[272] Die Bezirksärzte der Statistik von 1888 gingen sogar von 39.3 Prozent familiär-erblichen Krankheitsursachen aus.[273]

Im Nachgang der Erhebungen sah der Sanitätsrat erneut «das Bedürfniss einer eigenen kantonalen Anstalt» für psychisch kranke Personen deutlich aus der Statistik hervorgehen.[274] Die Tendenz war unmissverständlich und selbst der Kleine Rat anerkannte, dass unterdessen dringende Massnahmen auf höchster politischer Ebene notwendig geworden waren. Entsprechend kritisch äusserte er sich in der Botschaft von 1888:

> *«Die mit jeglicher Humanität in grellem Widerspruch stehende Irrenversorgung im Kanton Graubünden verlangt dringend staatlicher Abhülfe. […] Der notharmen Irren, die zu Hause verpflegt werden, wartet zum grossen Theil eine thierische Behandlung, die in Realta untergebrachten stehen sich Correctionellen gleich, heilbare werden zu Unheilbaren.»*[275]

Ob zu Hause oder in Realta, der Kleine Rat qualifizierte die Versorgungsmöglichkeiten in Graubünden ausdrücklich als unzureichend. Hinzu kam die Problematik, dass die Anstalten umliegender Kantone ihrerseits zunehmend stark belegt bis überfüllt waren. So fanden Bündnerinnen und Bündner in diesen Anstalten immer weniger und oft erst zu spät Unterkunft. Zudem war es generell nur vermögenden oder staatlich unterstützten Familien

268 Vgl. Kaiser (1875–1876), S. 23; Kaiser (1877), S. 4.
269 Vgl. VGR 1874, S. 47; Verhandlungen der Standeskommission von 1874, S. 26–27; Kaiser (1875–1876), S. 24.
270 StAGR V 13 c: Diverse Dokumente zur Irrenstatistik von 1888, zit. nach Schrofer (1999), S. 44.
271 Vgl. Jahresbericht des Sanitäts-Rathes des Kantons Graubünden an den hochlöblichen Grossen Rath des Jahres 1890, in: Landesbericht 1890, S. 11–12.
272 Vgl. Kaiser (1875–1876), S. 13–14.
273 Vgl. StAGR V 13 c: Diverse Dokumente zur Irrenstatistik von 1888, zit. nach Schrofer (1999), S. 93.
274 Vgl. Jahresbericht des Sanitäts-Rathes des Kantons Graubünden an den hochlöblichen Grossen Rath des Jahres 1890, in: Landesbericht 1890, S. 11–12.
275 Botschaft des Kleinen Rathes vom 26. November 1888, S. 3, zit. nach Schrofer (1999), S. 45.

möglich, die hohen Pensionspreise zu bezahlen.[276] Die Irrenstatistik von 1888 hatte Signalwirkung und erhöhte den Druck auf die Regierung, im Gesundheitswesen aktiv zu werden, statt Entscheidungen wie bisher aus finanziellen Gründen auf die lange Bank zu schieben.

1.5 Die Weichen werden gestellt: Private Initiative zur Gründung der ersten kantonalen psychiatrischen Anstalt

Obwohl die Regierung unter Zugzwang stand, war letztlich private Initiative dafür verantwortlich, dass 1892 mit dem Waldhaus die erste Bündner Heil- und Pflegeanstalt für psychisch kranke Menschen eröffnet wurde. Am 1. Oktober 1877 gründete Sanitätsrat Johann Friedrich Kaiser mit seinen ärztlichen Mitstreitern den *Bündner Hilfsverein für Geisteskranke* in Thusis.[277] Der Hilfsverein setzte sich unter anderem für die Förderung einer eigenen kantonalen Heil- und Pflegeanstalt ein. Dank der breiten, kantonsweiten Anerkennung und Unterstützung gelang es ihm innert weniger Jahre, für dieses Anliegen die ansehnliche Summe von 118'700 Franken zu sammeln.[278] Die Regierung hatte in der Zwischenzeit erneut zwei Projekte psychiatrischer Anstalten aus finanziellen oder baulichen Gründen *ad acta* gelegt. Statt weitere Bauprojekte in die wenig erfolgversprechende Vernehmlassung zu schicken, entschied der Hilfsverein, gegenüber dem Grossen Rat die Gründung eines kantonalen «Irrenfonds» anzuregen. Das Parlament entsprach diesem Anliegen und bewilligte einen jährlichen Staatszuschuss von 10'000 Franken für die geplante Heil- und Pflegeanstalt. Ergänzend wurden Erträge der Anstalt Realta und Gewinne aus Sammlungen und Veranstaltungen dem «Irrenfonds» zugewiesen. Der Hilfsverein war mit dieser Lösung nur mässig zufrieden. Sie dauerte ihm zu lange. Der Verein forderte 1883 deshalb, einen Beitrag von 250'000 Franken zu sprechen. Die Regierung setzte darauf eine weitere Studienkommission ein, die wiederum an den strengen Budgetvorgaben der Standeskommission scheiterte. Als Kompromiss erhöhte der Grosse Rat den jährlichen Beitrag an den «Irrenfonds» auf 15'000 Franken. Für den Hilfsverein war dies ein Tropfen auf den heissen Stein.[279] Das Projekt der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt drohte erneut zu scheitern.

Den zweiten, letztlich wegweisenden Impuls gab der deutsche Freiherr Clemens von Loë.[280] Aus Dankbarkeit für die Behandlung, die er im Kanton Graubünden erhalten hatte, vererbte er der Regierung im November 1884 sein ganzes Vermögen «behufs Gründung eines Hospitals für Kranke, wobei verstanden ist, dass unbemittelte Kranke des Kantons Graubünden unentgeltliche Aufnahme finden und dass die näheren Modalitäten der Landesvertretung überlassen werden».[281] Der damalige Regierungspräsident Friedrich Manatschal (1845–1919) nahm die auf 650'000 Franken geschätzte Summe entgegen und verpflichtete den Kanton Graubünden zur Erfüllung der testamentarischen Bedingungen. Knapp zwei Monate später gab der Kleine Rat bekannt, das gesamte Vermögen für den Bau einer psychiatrischen Anstalt aufwenden zu wollen.[282] Kritische Stimmen zweifelten an der Rechtmässigkeit dieses Vorgehens, da die Schenkung im engeren Sinne nicht für die Einrichtung einer psychiatrischen Anstalt, sondern eines Spitals für mittellose Körperkranke bestimmt war. Sie befürchteten, dass von Loë oder im Todesfall seine Geschwister bei einer Vertragsverletzung seitens des Kantons das Notrecht in Anspruch nehmen und rückwirkend die Schenkung anfechten würden.[283] Um einen Rechtsstreit zu vermeiden, erkundigte sich Manatschal vor Vertragsabschluss beim Schenker, ob dieser dem Vertrag nicht die Bestimmung «zur Erstellung einer kantonalen Irrenanstalt» hinzufügen könnte.[284] Von Loë weigerte sich, den Passus enger zu fassen, stimmte gemäss Manatschal jedoch mündlich zu, dass «eine Irrenanstalt ja auch eine Krankenanstalt [ist,] und die Herren werden selber am besten wissen, was sie am nötigsten haben».[285]

Da die mündliche Auslegung des Freiherrn rechtlich nicht bindend war, blieb die Sachlage nebulös und verzwickt. Der Erbvertrag liess viele

276 Jörger J. B. (1942), S. 5.

277 Einblick in die Geschichte des *Bündner Hilfsvereins* bietet die Nahaufnahme 1.

278 Jörger J. J. (1932), S. 54.

279 Ebd., S. 44–49.

280 Zur Biografie des Schenkers Clemens von Loë siehe Cantieni (2000) und Metz (1992), S. 68–71.

281 Schenkungsurkunde von Clemens von Loë, 29. November 1884, in: ABl GR Nr. 49 vom 5. Dezember 1884, S. 423–424. Vgl. dazu auch Metz (1992), S. 68.

282 StAGR VIII 5 d 3: Vorarbeiten, Briefe des Kleinen Rathes vom 29. Januar 1885 an den Oberingenieur, den Hülfsverein für Geisteskranke und an Dr. Nett.

283 Schrofer (1999), S. 39, 44, 117–120.

284 Manatschal (1919), S. 74.

285 Ebd.

Fragen offen, dem Grossen Rat war etwa nicht klar, ob es sich um eine Schenkung mit Auflage, einen entgeltlichen Erbvertrag oder einen Leibrentenvertrag handelte.[286] Deshalb bremste er den sofortigen Baubeginn einer psychiatrischen Anstalt vorerst aus. Von Loë war von dieser Haltung enttäuscht, dislozierte entrüstet ins savoyische Annemasse und zog anwaltliche Berater von Genf bei, um gegen das zögerliche, seiner Ansicht nach vertragsbrüchige Verhalten des Kantons rechtlich vorzugehen.[287] Ihm war sehr daran gelegen, die Inbetriebnahme der Anstalt noch erleben zu können. Zudem traf das Befürchtete ein: Von Loë betonte, dass Sinn und Zweck der Schenkung im Bau eines Spitals für körperlich und nicht für psychisch kranke Menschen lägen. Die Situation spitzte sich weiter zu, als sich die Geschwister in den Rechtsstreit einschalteten. Diese waren der Überzeugung, dass von Loë zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht zurechnungsfähig gewesen sei, und forderten zur Klärung dieser Frage eine psychiatrische Begutachtung ein. Von Loë wurde darauf tatsächlich zur ärztlichen Untersuchung in einer psychiatrischen Anstalt hospitalisiert. Das ärztliche Gutachten sah jedoch keinen Anlass, den Schenkungsvertrag für ungültig zu erklären.

Erleichtert über diesen Entscheid bemühte sich die Bündner Regierung weiterhin um einen Ausgleich und konnte dabei auf die Unterstützung des *Bündnervereins Genf* zählen.[288] Nach mehreren Streit- und Ausgleichsgesprächen über den konkreten Schenkungsinhalt gelang es im Oktober 1888, einen Vergleich herbeizuführen.[289] Der Kanton Graubünden akzeptierte den Willen des Donators, die Schenkung nicht für die Einrichtung der dringend benötigten psychiatrischen Anstalt einzusetzen, sondern für den Einbau einer Abteilung für körperlich kranke Menschen innerhalb der projektierten «Irren- und Krankenanstalt».[290] Dafür sollten 150'000 Franken aus der Loë-Schenkung genommen werden. Die Investitionen für die «Irrenabteilungen» – insgesamt 430'000 Franken – mussten hingegen vom Kanton getragen werden. Für eine Teilsumme konnte er auf die Ersparnisse des kantonalen «Irrenfonds» (180'000 Franken) zurückgreifen. Zudem leisteten der Hilfsverein, mit dem gesamten Betrag aus seinem Baufonds (118'000 Franken), sowie Johann Friedrich Kaiser mit einem Vermächtnis (100'000 Franken), einen substantiellen Beitrag an die Baukosten.[291]

Die Abteilungen für physisch kranke Patientinnen und Patienten, die insgesamt rund 20 Betten umfassten, wurden zu Ehren des Schenkers mit «Loë-Stiftung» benannt. Die Verpflegungskosten wurden unentgeltlich durch die Zinsen des Schenkungsvermögens finanziert. Für die Abteilungen für psychisch kranke Patientinnen und Patienten waren 144 Betten vorgesehen. Inzwischen hatte die Regierung entschieden, das Gut Waldhaus als Bauplatz für die projektierte Anstalt zu verwenden. Die Baukommission untersuchte vorgängig acht mögliche Lokalitäten, drei davon bei Chur und eine davon auf dem Korrektionsboden von Realta. Ins Auge fielen das Plateau in Tamins und das Gut Waldhaus in Chur.[292] Letzteres machte schliesslich das Rennen, primär wegen seiner Stadtnähe.[293]

Nach dem Kreditbeschluss wurde das Vorhaben der Stimmbevölkerung unterbreitet. In der Volksabstimmung vom 7. April 1889 nahm der Souverän mit 11'230 zu 391 Stimmen die Grossratsvorlage zur Finanzierung des Neubaus deutlich an. Unmittelbar danach wurden die Bauarbeiten aufgenommen. Von Loë, zu dessen Ehre der Kanton die Strasse zum Waldhaus in «Loëstrasse» umbenannt hatte, erlebte die Eröffnung der Anstalt 1892 nicht mehr.

286 Ein Leibrentenvertrag war deshalb denkbar, da der Kanton von Loë zeitlebens 21'000 Franken als Rente aus der Schenkung (Vermögenszins) zahlte. Vgl. Metz (1992), S. 69; Manatschal (1919), S. 74–75

287 Metz (1992), S. 70.

288 Ebd.

289 Botschaft des kleinen Rathes vom 26. Nov. 1888, S. 22–23.

290 Metz (1992), S. 70.

291 Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 6.

292 Botschaft des Grossen Raths vom 6. März 1889, S. 13–14. Vgl. auch Schrofer (1999), S. 50–51.

293 VGR im Jahre 1889, S. 36–47.

Nahaufnahme 1: Johann Friedrich Kaiser (1823–1899) und seine Herzensangelegenheit – Der Bündner Hilfsverein für Geisteskranke

«Wo es galt Schönes, Gemeinnütziges, ins Leben zu rufen oder zu fördern, da war unser Freund immer in erster Linie zu finden.»[294]

Dr. med. Paul Lorenz (1835–1915), ehem. Chefarzt des Kreuzspitals und des Krankenasyls «Auf dem Sand», Mitbegründer und Präsident des Bündner Hilfsvereins für Geisteskranke, Mitglied der Aufsichtskommission der psychiatrischen Anstalt Waldhaus und Freund von J. F. Kaiser

«Zu den grössten Verdiensten J. F. Kaisers gehört […] sein unermüdlicher Einsatz für alle psychiatrischen Fragen in Graubünden. […] Mit seinem Einsatz ist auch der frühzeitige Anschluss der bündnerischen Psychiatrie an die schweizerische möglich geworden.»[295]

Nicola Markoff-Gräflin (1906–1988), ehem. Chefarzt des Kantonsspitals Graubünden

Johann Friedrich Kaiser war ein Churer Arzt, der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die gesundheitspolitischen Debatten des Kantons Graubünden stark mitprägte. Die Zitate der beiden Ärzte Lorenz und Markoff, zwischen denen knapp hundert Jahre liegen, veranschaulichen die Ideale, die Kaiser zu einer Zeit lebte, als die Bündner Psychiatrie noch in ihren Kinderschuhen steckte. Er setzte sich idealistisch, von Widerständen ungebrochen und weit über seine Verpflichtungen hinaus, für eine Gesundheitspolitik ein, die auch die als «irrsinnig» oder «geisteskrank» bezeichneten Personen einer zweckmässigen Unterbringung und humanen Behandlung zuführen soll. Zeitgenossen wie Lorenz verstanden Kaisers Bemühungen vielleicht noch primär als gemeinnützige Unterstützung von Menschen mit psychischen und finanziellen Problemen am Rande der Gesellschaft. Im Rückblick aber, wie Markoff betont, war Kaiser weit mehr als ein Philanthrop – er war *die* prägende Figur hinter der Etablierung einer Bündner Psychiatrie, die mit den schweizweiten Entwicklungen Schritt halten konnte.

294 Lorenz (1899–1900), S. 37. Zu Paul Lorenz siehe Tarnutzer (1915).

295 Markoff-Gräflin (1984), S. 29–30.

Kaiser als Arzt und politischer Vorkämpfer

Kaiser wurde 1823 in Chur geboren. Die Affinität für medizinische Fragestellungen war ihm durch seinen Vater, Josef Anton Andreas Kaiser (1792–1853), bereits in die Wiege gelegt. Kaiser senior formte über viele Jahrzehnte hinweg die medizinisch-therapeutische Landschaft von St. Gallen und Graubünden und war ein dezidierter Vertreter der Bäderheilkunde. So initiierte er etwa eine «Armenbadeanstalt» in der Taminaschlucht, die noch heute, wenn auch unter neuen Vorzeichen, betrieben wird, unterstützte die Entfaltung des Kurorts Bad Ragaz und profilierte sich als Badearzt mit etlichen balneologischen Schriften.[296] In Chur unterhielt Josef Kaiser eine Praxis und engagierte sich vernetzt in Vereinen, Kommissionen und der Politik für sozialmedizinische Reformen.[297] Sein Wirken stiess in der Bevölkerung, die es ihm 1825 mit der Ehrenbürgerschaft des Kantons Graubündens symbolisch verdankte, auf grosse Anerkennung.[298]

Nach dem Vorbild des Vaters schlug Kaiser junior einen ähnlich ambitionierten Weg ein.[299] Im Anschluss an das Gymnasium in Chur zog es ihn vorerst aber nach Norden. Er studierte in Deutschland Medizin und promovierte 1847 in Heidelberg, gefolgt von Studienaufenthalten in Wien, Paris und Prag.[300] Nach seiner Rückkehr gründete er um 1850 – ähnlich wie dereinst sein Vater – eine Praxis in Chur, Pfäfers und im Hof Ragaz. An den beiden zuletzt genannten Ortschaften trat er in die badeärztlichen Fussstapfen seines Vaters.[301] Doch

296 Vgl. ebd., S. 9; Pieth bezeichnete J. A. Kaiser gar als «eigentlichen Schöpfer des modernen Ragaz», der dem Badeort «europäischen Ruf verschafft hat», vgl. Pieth (1949), S. 365. Zur heutigen Badeanstalt in der Taminaschlucht siehe https://www.altes-bad-pfaefers.ch/startseite.html, Zugriff: 11.09.2019. Zu J. A. Kaisers balneologischen Schriften siehe Kaiser J. A. (1859), ders. (1847), ders. (1826), ders. (1822).

297 Ausführlich zu seinen Ämtern siehe Gartmann (2008). Zur Geschichte der Badeärzte in Graubünden siehe Markoff-Gräflin (1984), S. 8, 15–22.

298 Gartmann (2008).

299 Markoff-Gräflin (1984), S. 8, 24.

300 Ebd., S. 8–9; Lorenz (1899–1900), S. 32.

301 Kaiser junior wirkte im Sommer in Pfäfers und Ragaz als Badearzt. Damit behielt er, wie bereits sein Vater, die

auch Kaiser junior begnügte sich nicht mit der Arbeit als praktizierender Arzt. Schrittweise begann er eine Reihe politischer Ämter zu bekleiden. Er war unter anderem über Jahrzehnte hinweg Mitglied des kantonalen Sanitäts- und Erziehungsrats.[302] Dem Sanitätsrat stand er zudem von 1866 bis 1890 als Präsident vor – genau in einer Phase des Umbruchs im kantonalen Irrenwesen.

Kaiser war ein Verfechter seiner gesundheitspolitischen Ideale, die auf einen umfassenden Ausbau der psychiatrischen Versorgung in Graubünden abzielten. Er war massgeblich an der Realisierung der Irrenstatistiken beteiligt und begründete mit ihnen öffentlich die Notwendigkeit einer psychiatrischen Anstalt im Kanton.[303] Ohne seine publizistischen Anstrengungen und seine unnachgiebige politische Überzeugungsarbeit hätte das Waldhaus kaum 1892 eröffnet werden können.[304] Mit seinem *Bündner Hilfsverein für Geisteskranke* spendete er rund 120'000 Franken an den Neubau. Zudem sass er in der Baukommission und präsidierte nach Eröffnung der Anstalt bis zu seinem Tod die Aufsichtskommission.[305] Diesem Grosserfolg gingen jedoch diverse Anstrengungen voraus, die am Finanzkorsett des Kantons scheiterten; eine Erfahrung, die auch sein Vater machen musste, als sein Projektentwurf einer «Irrenanstalt» 1825 abgelehnt wurde.

Neben diesen Verdiensten bemühte sich Kaiser zudem unermüdlich um die öffentliche Aufklärung über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten. Dabei ging es ihm vor allem auch darum, bestehende Vorurteile und Ängste auszuräumen. Im Rahmen des *Lesebuchs für die deutschen Primarschulen des Kantons Graubünden des achten Schuljahrs* verfasste er einen Artikel über die inzwischen sechsjährige kantonale «Irren- und Krankenanstalt» Waldhaus.[306] Kaiser beschränkte seinen Lesebuch-Eintrag nicht allein auf die Beschreibung von Formen und Symptomen psychischer Erkrankungen, sondern richtete mit einem historischen Rückblick den Appell an die jungen Leserinnen und Leser, Vorurteile vergangener Zeiten nicht zu reproduzieren, sondern abzubauen. Denn schliesslich könne jedem Menschen eine psychische Erkrankung widerfahren:

> *«Die Geisteskranken, namentlich die aufgeregten und gewaltthätigen, haben natürlich von jeher die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen, und man sah sich genötigt, sich gegen die von ihnen drohende Gefahr zu schützen. Leider verfiel man dabei in den Irrtum, ihren Zustand nicht als einen krankhaften zu betrachten, sondern man suchte dahinter Selbstverschulden, Sünde, übernatürliche Ursachen, glaubte die bemitleidenswerten Menschen von bösen Geistern und vom Teufel selbst besessen und verfuhr danach. Man misshandelte die Irren; man fesselte sie in Gefängnissen, in Ställen, und Unzählige, die man als Hexen und Hexenmeister im Verdacht hatte, mit dem Satan im Bunde zu stehen, wurden aufs grausamste gefoltert, um ihnen ein Geständnis abzupressen; dann wurden sie zum Tode auf dem Scheiterhaufen verurteilt. Sechs Jahrhundertelang herrschte dieser entsetzliche Aberglaube, und Hunderttausende Unschuldiger fielen ihm unter den schrecklichsten Qualen zum Opfer. Langsam nur und nicht ohne mannigfachen Widerstand brach sich endlich eine bessere Einsicht Bahn. Man erkannte, dass die Irren Kranke sind wie andere, und dass das ergriffene Organ das Gehirn ist. Nun wurden allmählich die Fesseln der Bedauernswerten gelöst.»*[307]

Kaiser unterstellte alle verfügbaren Ressourcen, seien sie zeitlicher oder materieller Natur, seinen gesundheitspolitischen Zielen. Er blieb zeitlebens ledig und kinderlos – sein «liebstes Kind» war schliesslich das Waldhaus.[308] Im Dezember 1899 starb er an einem Schlaganfall. Dem Waldhaus vermachte er *post mortem* 100'000, dem *Bündner*

Doppelstellung als Stadt- und Badearzt aufrecht. Ohnehin gab es noch keine Spezialisten im heutigen Sinne; praktizierende Ärzte waren auf verschiedenen medizinischen Feldern aktiv, vgl. Markoff-Gräflin (1984), S. 28.

302 Zu weiteren Ämtern, die Kaiser junior ausübte, vgl. Gartmann (2007).

303 Kaiser bewegte die Regierung überhaupt erst zu den statistischen Erhebungen und orchestrierte sie daraufhin in seiner Funktion als Sanitätsratspräsident, vgl. Markoff-Gräflin (1984), S. 29; Lorenz (1899–1900), S. 33.

304 Zu seinen wirkmächtigsten Schriften gehörten Kaiser (1877), ders. (1875–1876), ders. (1852), ders. (1851). Kaiser bereitete seine Referate immer schriftlich vor, um die komplexen medizinischen Fragen der Zeit in einer verständlichen und attraktiven Sprache zu thematisieren, vgl. Markoff-Gräflin (1984), S. 52.

305 Rückblickend wird er auch als «eigentlicher Schöpfer» des Waldhauses bezeichnet. Vgl. ebd., S. 54.

306 Vgl. Kaiser (1898), S. 406–413.

307 Vgl. ebd., S. 409.

308 J. F. Kaiser erhielt 1884, wie bereits sein Vater, das Ehrenbürgerrecht der Stadt Chur, vgl. Markoff-Gräflin (1984), S. 6, 51.

Hilfsverein für Geisteskranke 10'000 Franken.[309] Rückblickend wirkt es bezeichnend für Kaisers Biografie, dass trotz diverser öffentlicher Auftritte kaum Bildporträts von ihm überliefert sind. Das Portrait im Bündner Kalender von 1901 ist eine der wenigen Ausnahmen (vgl. Abbildung 4).

Gründungsphase und Ausrichtung der Schweizer Hilfsvereine für psychisch kranke Menschen

J. F. Kaiser engagierte sich nicht nur auf politischer Ebene für seine gesundheitspolitischen Anliegen, sondern auch als Mitglied diverser Vereine. 1877 war er einer der Mitbegründer des *Bündner Hilfsvereins für Geisteskranke* (heute *Bündner Hilfsverein für psychisch kranke Menschen*).[310] In der Schweiz hatte diese Vereinsgründung keinen Pioniercharakter. Der Kanton St. Gallen beispielsweise verfügte bereits seit 1866 über einen *Verein für Gemütskranke* und der *Appenzellische Verein zur Unterstützung armer Geisteskranker* wurde ebenfalls 1877 ins Leben gerufen. Dennoch gehörte Graubünden zu den Kantonen, in denen vergleichsweise früh ein derartiger Verein gegründet wurde. Zürich und Bern folgten erst 1880 beziehungsweise 1897. Angeführt wurden die Vereine meist von einzelnen Exponenten kantonaler ärztlicher Gemeinschaften, die sich verstärkt auf die Behandlung psychisch kranker Menschen spezialisierten. Die Gründung der Hilfsvereine war eine Reaktion auf die spezifischen Bedürfnisse und Notstände der Kantone in der «Irrenfürsorge». In St. Gallen etwa war der Hilfsverein ein Organ, das entlassene Patientinnen und Patienten der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg bei der Resozialisierung unterstützte. Der Bündner Hilfsverein hingegen entstand lange vor der Eröffnung der ersten psychiatrischen Anstalt im Kanton. Die Realisierung dieses Fernziels stand folglich an erster Stelle der Traktandenliste. Daneben setzte sich der Verein dafür ein, betroffenen Personen aus ärmeren Verhältnissen ein Mindestmass an psychiatrischer Versorgung anbieten zu können. Im Einzelfall konnte das die zeitnahe Platzierung in einer ausserkantonalen oder ausländischen psychiatrischen Anstalt, die Übernahme eines Teils der Verpflegungskosten oder die Nachbetreuung zurückkehrender Patientinnen und Patienten umfassen.[311] Gottlob Pflugfelder, der von 1951–1977 als Direktor der Klinik Waldhaus amtierte und zugleich über mehrere Jahre den Bündner Hilfsverein präsidierte, umriss die Unterstützungsleistungen 1953 mit den Worten: «Es handelt sich etwa darum, eine dringend notwendige Kur zu finanzieren […], noch häufiger wird ein Beitrag gewährt, um eine Familie, die durch langjährige Pflegekosten für einen Angehörigen in Not geraten ist, vor Armengenössigkeit zu bewahren».[312] Die kantonalen Rahmenbedingungen der Hilfsvereine waren sehr verschieden, die Grundanliegen jedoch dieselben: die «Irrenfürsorge» zu stärken und allen Bevölkerungsschichten zugänglich zu machen.



Abbildung 4: Dr. med. Johann Plazidus Friederich Kaiser
Quelle: Markoff-Gräflin (1984), S. 25–26.
Anmerkung: Ursprünglich stammt das Porträt aus dem Bündner Kalender von 1901 (Casanova Druck AG, Chur).

309 Vgl. dazu StAGR V 13 d 2: Testament vom 21. Juli 1897; Jahresbericht Waldhaus 1899, S. 139.

310 Zwischenzeitlich nannte der Vorstand den Verein in *Hilfsverein für Nervenkranke* um, vgl. Bündnerischer Hilfsverein für Nervenkranke, Jahresbericht 1960, S. 35.

311 StAGR D V/10, Nr. 02a: Aufruf durch den Vorstand des bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke, Chur 1889; Protokoll des Bündnerischen Ärztevereins von 1877; StAGR V 13 a 3: Statuten des Bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke, Art. 1.

312 Bündner Hilfsverein für Geisteskranke, Bericht über das Jahr 1953 von Präsident Gottlob Pflugfelder, S. 69.

Eine weitere selbsterklärte Aufgabe der gemeinnützigen Hilfsvereine für psychisch kranke Menschen war die Aufklärungsarbeit. Der Bündner Hilfsverein hielt in den revidierten Statuten von 1892 fest, dass es eines seiner zentralen Ziele sei, «richtige Ansichten» über und «besser[es] Verständnis» für die psychisch kranken Menschen im Kanton zu verbreiten, sowohl bei den Angehörigen als auch den zuständigen Gemeinden.[313] Diese Revision erfolgte zur Gründungszeit des Waldhauses, deshalb fiel das Ziel der Einrichtung einer kantonalen psychiatrischen Anstalt aus den Statuten und wurde durch den Passus ersetzt, «armen Kranken» durch finanzielle Unterstützung eine «Aufnahme und Verpflegung in der Irrenanstalt» zu ermöglichen.[314] Der Kampf gegen Vorurteile und für ein Bewusstsein über das Wesen psychischer Krankheiten, ihre Behandlung und Vorbeugung blieb bis heute eines der wesentlichen Anliegen des Vereins.[315] Regierungsrat Martin Schmid (*1969) bezeichnete den Hilfsverein im Jahresbericht von 2002 sinnbildlich als «unverzichtbare Lobby zu Gunsten der psychisch kranken Menschen».[316] Insofern kommt es auch nicht von ungefähr, dass das Präsidium traditionell durch einen der leitenden Chefärzte übernommen wurde. 2002 trat Suzanne von Blumenthal (*1960) als erste Frau das Präsidentenamt an, 2020 wird sie von Andres Schneeberger abgelöst, dem gegenwärtigen ärztlichen Direktor der Erwachsenenpsychiatrie der PDGR.

Wichtige Stütze im Aufbau der Sozialpsychiatrie: Der Bündner Hilfsverein im Wandel der Zeit

In seiner über 140-jährigen Geschichte durchlief der Bündner Hilfsverein einen strukturellen Wandel, der stark mit den Entwicklungen der kantonalen psychiatrischen Versorgung zusammenhing. Die Bündner Psychiatrie verlagerte ihre Schwerpunkte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts grundlegend. Die Kliniken bewegten sich weg von der primär stationären Versorgung hin zu Orten der Krisenintervention mit einem breitgefächerten ambulanten und halbstationären Behandlungsangebot. Der Hilfsverein unterstützte diesen Wandel und entwickelte begleitend ein eigenes sozialpsychiatrisches Angebot.

Waldhaus-Direktor Pflugfelder trug massgeblichen Anteil daran, dass der Verein seine Strukturen und Leistungen ausbaute. 1951 wies er als Präsident des Vereins darauf hin, dass ein Staat nicht alle Aufgaben der Vorbeugung und Sozialhilfe bei den vielfältigen Problemen der Behandlung und Fürsorge psychisch kranker Menschen übernehmen könne und deshalb auf die Mitarbeit der Öffentlichkeit und gemeinnützigen Hilfsvereine angewiesen sei.[317] Auch wenn die finanziellen Beiträge des Hilfsvereins nur subsidiär waren, so konnten sie doch neue Bereiche unterstützen, für die in der Psychiatrie bis anhin keine Mittel zur Verfügung gestellt wurden. In den Augen des Bündner Hilfsvereins erwies sich das aufkommende sozialpsychiatrische Anliegen der Reintegration als geeignetes Betätigungsfeld, um mit kleinen Summen grosse Veränderungen zu erreichen. Mit der Begründung, dass die Fürsorge- und Betreuungsstrukturen für entlassene Patientinnen und Patienten ungenügend seien, setzte sich der Vorstand 1955 für die Anstellung einer Fürsorgerin an den kantonalen psychiatrischen Kliniken ein.[318] Zwei Jahre später engagierte der Kanton erstmals für die beiden Kliniken eine Fürsorgerin, deren Arbeitsstelle unter anderem mit Spendengeldern des Bündner Hilfsvereins finanziert wurde.[319] In den darauffolgenden Jahrzehnten intensivierte der Vorstand die Zusammenarbeit mit den klinikinternen Sozialarbeitenden, die ihrerseits vom Kanton immer mehr Stellenprozente erhielten (vgl. Kapitel 5.1.3).

Dass der Bündner Hilfsverein eine aktive Rolle beim Aufbau der Sozialpsychiatrie einnahm, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass er Prämien für Versicherungen von Patientinnen und Patienten übernahm, die unter der Aufsicht der klinikinternen Fürsorgerin entlassen wurden. Drei Jahre nach der Anstellung der ersten Fürsorgerin beschäftigte sich die Aufsichtskommission der Kliniken

313 KBG Bm 70.25: Revidierte Statuten des bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke, angenommen am 21. November 1892, Art. 2d.

314 Ebd., Art. 2a.

315 Vgl. dazu Statuten des Bündner Hilfsvereins für psychisch kranke Menschen, Teilrevision, von der Mitgliederversammlung beschlossen am 17. Mai 2005, Art. 2a.

316 Vorwort des Regierungsrats Martin Schmid, in: Jahresbericht Bündner Hilfsverein für psychisch kranke Menschen 2002, S. 4.

317 Bündner Hilfsverein für Geisteskranke, Bericht über das Jahr 1951, von Präsident Gottlob Pflugfelder, S. 65.

318 Bündner Hilfsverein für Geisteskranke. Bericht über das Jahr 1955, von Präsident Gottlob Pflugfelder, S. 57.

319 Bündner Hilfsverein für Geisteskranke. Bericht über das Jahr 1957, von Präsident Gottlob Pflugfelder, S. 56.

ausführlich mit der «Familienpflege». Sie wollte wissen, wer im Fall von Schäden, die während Urlauben oder nach der Entlassung unter Aufsicht der Sozialarbeitenden entstehen, haftbar gemacht werden könne.[320] Mit dem Entscheid, dass diese Personen über die Unfallversicherung der Klinik versichert werden sollten, stellte sich die Frage, wie damit administrativ zu verfahren sei. Die Lösung lag darin, dass alle Patientinnen und Patienten unter Aufsicht der Fürsorgerin fortan als «verwaltungstechnisch abgeschrieben, aber medizinisch nur beurlaubt» geführt wurden. Dies ermöglichte es den Sozialarbeitenden, auch bei Rückfällen «ohne neuen Einweisungsbeschluss» handeln zu können.[321] Da der Kanton nicht in der Pflicht stand, die Haftpflichtversicherung für entlassene Patientinnen und Patienten unter Aufsicht einer Fürsorgerin zu bezahlen, übernahm der Bündner Hilfsverein ab 1977 diese Versicherungsleistung.[322]

Die Einführung der Invalidenversicherung (IV) 1960 bedeutete für viele Familien, die bis anhin auf Unterstützungsgelder angewiesen waren, eine deutliche Entlastung. Dasselbe gilt auch für den Hilfsverein, dessen finanzielle Hilfeleistung teilweise durch IV-Beiträge ersetzt oder ergänzt wurde. Der Vereinsvorstand versicherte aber, dass die materielle Unterstützung von bündnerischen Familien, die durch die Kosten der Hospitalisierung eines Familienmitglieds in Armut gerieten, weiterhin ein zentraler Aufgabenbereich des Vereins bleiben werde.[323] Mit der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens übernahm der Hilfsverein jedoch häufiger abfedernde Funktionen. Er setzte die Hilfsbeiträge vermehrt dafür ein, bei allfälligen Streichungen von Versicherungsleistungen die entstandene finanzielle Lücke zu schliessen.

Betreute Wohngruppen und begleitetes Einzelwohnen: neue Dienstleistungsangebote

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts baute der Bündner Hilfsverein seine Tätigkeitsbereiche weiter aus. Während den 1970er und 1980er Jahren deckte er die Kosten der inoffiziellen Wohngruppe für psychisch kranke Menschen in Thusis, die der Beveriner Sozialarbeiter Georges Stucki aus eigener Initiative für selbstbestimmteres Wohnen eingerichtet hatte.[324] Mit der Wohngruppe Nolla in Thusis gründete der Hilfsverein 1993 die erste eigene Wohngruppe, die anfänglich vor allem für die Nachbetreuung klinikentlassener Patientinnen und Patienten gedacht war, bald aber auch externe Anfragen entgegennahm. Die betreute Wohngemeinschaft Nolla war auf psychisch beeinträchtigte Menschen ausgerichtet, die für kürzere oder längere Zeit zusammen und möglichst selbständig den Alltag bestreiten sowie gegebenenfalls einer Arbeit in freier Wirtschaft nachgehen sollten. Die Bewohnerinnen und Bewohner der 4-Zimmerwohnung werden dabei von Fachpersonal begleitet und betreut. In der jüngsten Vergangenheit erweiterte der Hilfsverein dieses Angebot mit der zweiten Wohngemeinschaft Oberalp in Chur, die ebenfalls für vier Personen konzipiert wurde. 1999 erteilte das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zudem dem Hilfsverein die Bewilligung, ein Angebot für Begleitetes Einzelwohnen (BEW) mit psychisch und physisch behinderten Menschen zu unterhalten. Beide Angebote – das betreute und begleitete Wohnen – entstanden unter der Trägerschaft des Bündner Hilfsvereins und werden von Beiträgen des Bundes und des Kantons Graubünden unterstützt. Den Kostenanteil an den monatlichen Betreuungsstunden bezahlen die betreuten Personen aus allfälligen Renten, Sozialhilfeleistungen (Ergänzungsleistung, Hilflosenentschädigung) oder dem Erwerbseinkommen.[325]

---

320 Protokolle der Aufsichtskommission der Anstalten Waldhaus, Beverin und Realta, Sitzung vom 12. Februar 1959, S. 4, Punkt 9.

321 Ebd., S. 4–5 und Landesberichte 1967, S. 164, 1968, S. 165.

StAGR, V 13 f 10: Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Schreiben Ernst Webers an Otto Largiadèr vom 2. April 1979, S. 4–5 und Landesbericht 1967, S. 164, 1968, S. 165.

322 StAGR, V 13 f 10: Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Schreiben Ernst Webers an Otto Largiadèr vom 2. April 1979, S. 6.

323 Bündner Hilfsverein für Geisteskranke. Jahresbericht pro 1960, S. 34.

324 Vgl. Interview mit Georges Stucki, 49.58–50.40; Künzli (2019), S. 54; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Benedikt Fontana: Bündner Hilfsverein für Nervenkranke, in: Bündner Kirchenbote Nr. 12, Dezember 1984, S. 3.

325 Vgl. dazu den gegenwärtigen Webauftritt des Hilfsvereins, https://hilfsverein-gr.ch, Zugriff: 20.01.2020.

2 Die Zeit der Anstalten im Kontext der Sozial- und Gesundheitspolitik (1890er–1960er Jahre)

Die Eröffnung des Waldhauses im Jahr 1892 markierte einen Wendepunkt in der Geschichte des bündnerischen Psychiatriewesens. Die Notwendigkeit der neuen Anstalt, die unter der Aufsicht der Regierung und der Führung des Bündner Psychiaters Johann Joseph Jörger (1860–1933) ihre Aufgaben in Angriff nahm, zeigte sich in der beträchtlichen Zahl erster Aufnahmegesuche. Bereits nach wenigen Jahren wich der anfängliche Enthusiasmus einer Ernüchterung, da die Grenzen der Aufnahmekapazitäten schnell erreicht wurden. Die Nachfrage blieb allerdings ungebrochen hoch und das Waldhaus dementsprechend überfüllt. Jörger drängte über Jahre hinweg auf die Schaffung einer allgemeinen Versorgungsanstalt. Mit dem Bau des Asyls Realta im Jahr 1919 kam die Regierung dieser Forderung schliesslich nach.

Die Aufträge der beiden Institutionen waren zu Beginn sehr verschieden. Während sich das Waldhaus als klassische psychiatrische Anstalt verstand, war die heutige Klinik Beverin Teil der multifunktionellen Versorgungsanstalt Asyl Realta. Das «Asyl» bestand aus einer «Irrenanstalt», einer Arbeitserziehungsanstalt und Verwahrungseinrichtung für administrativ versorgte Menschen sowie einem Alters- und Pflegeheim für Invalide. Alle Anstaltseinheiten standen unter der Führung eines ärztlichen Direktors. Diese Position bekleidete von 1919 bis 1940 ununterbrochen Fritz Tuffli. Tuffli stand der Multifunktionalität des Anstaltskomplexes gespalten gegenüber. Er befürwortete zwar die unbürokratischen internen Versetzungsmöglichkeiten, bemühte sich aber von Beginn an darum, die Patientenkategorien räumlich voneinander zu trennen und so eine Stufenlogik im Versorgungsprozess aufzubauen. Seine Nachfolger Hans Walther (1913–2002), Oskar Pfister (1899–1985) und Emil Seiler (*1913) kritisierten hingegen die Nachteile einer multifunktionellen Anstalt immer schärfer, insbesondere die Stigmatisierung, die psychisch kranke Menschen durch die Verbindung der Klinik mit der Arbeitserziehungs- und Korrektionsanstalt erfahren hätten. Die Umbenennung in Heil- und Pflegeanstalt «Beverin» 1951 und die damit verbundene Distanzierung vom historisch stark belasteten Begriff «Realta» war ein Versuch, die Trennung zumindest symbolisch zu vollziehen. Man erhoffte sich daraus eine höhere Akzeptanz der Klinik in der Öffentlichkeit. Der Entschluss zur vollständigen organisatorisch-administrativen Entflechtung von Realta wurde aber erst 1989 gefasst und zu Beginn des Jahres 1991 realisiert (vgl. Kapitel 5).

2.1 Gründungsphase: Zwei Einrichtungen mit ungleicher Zweckbestimmung

2.1.1 Eröffnung der Irren- und Krankenanstalt Waldhaus 1892: ein «Fest des stillen Ernstes»

Nachdem das Volk dem Bauvorhaben im April 1889 deutlich zugestimmt hatte, begann die Baukommission noch im Herbst desselben Jahres mit den Bauarbeiten am Waldhaus. In der Preisausschreibung der Baupläne von 1888 verlangte die Regierung nach einem «Mittelbau mit Flügeln».[1] Dieses Begehren war eher konservativ. Um 1900 entwickelte sich das Pavillonsystem allmählich zum Baumodell der Wahl bei psychiatrischen Einrichtungen, da sich An- und Umbauten einfacher umsetzen liessen. Diese zeitgenössische Tendenz widerspiegelte sich in den Projekteinträgen. Unter den 25 Eingaben lagen mehrere Pavillonmodelle vor, obwohl die Regierung explizit einen Blockbau gewünscht hatte.[2] Das könnte ein Grund dafür gewesen sein, dass die Regierung keinen ersten, sondern nur zweite und dritte Plätze vergab. Da keiner der Baupläne restlos überzeugte, beauftragte sie stattdessen den etablierten Churer Architekten Balthasar Decurtins (1853–1914), der ebenfalls eine Eingabe eingereicht hatte, auf Basis der besten Anträge einen neuen Entwurf zu erarbeiten.[3]

---

1 Jörger J. B. (1942), S. 6.

2 Der Ideenwettbewerb war an schweizerische und in der Schweiz ansässige Architekten gerichtet. In der Fachjury sassen Heinrich Reese (1843–1919), Kantonsbaumeister Basel-Stadt, Edmund Schaufelbüel (1831–1902), Direktor Klinik Königsfelden, und Theodor Gohl (1844–1910), Kantonsbaumeister St. Gallen. Siehe dazu Dosch (2019), S. 296–297.

3 Jörger J. B. (1942), S. 6; vgl. auch Federli (1982), S. 19. Zu Decurtins siehe O. N. (1914), S. 70.

Decurtins Skizze sah einen «markanten Blockbau im Korridorsystem» nach der Vorlage der Aargauischen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden vor, eine Anlage, die stark symmetrisch ausgerichtet ist.[4] Der neue Entwurf wich kaum vom Vorschlag des Architekten Robert Moser (1833–1901) aus Baden ab, der von der Fachjury mit einem zweiten Platz ausgezeichnet worden war. Die strenge Orientierung beider Pläne am Modell Königsfelden war ungewöhnlich, vor allem angesichts der unterschiedlichen topographischen Voraussetzungen in Aargau und Graubünden. In der Ausschreibung des Wettbewerbs war speziell darauf aufmerksam gemacht worden, dass die Bündner Anstalt voraussichtlich auf einem Gelände mit Hanganlage errichtet werden sollte, obschon der tatsächliche Bauplatz noch nicht bestimmt worden war. Königsfelden dagegen wurde auf ebenem Boden erbaut. Die Konsequenz aus diesem beharrlichen Festhalten am starr symmetrischen Vorbild war ein aufwändiges Bauunterfangen. Mit Steinen aus dem Gebirge schüttete der Kanton auf der tiefergelegenen Talseite einen künstlichen, terrassierten Geländeaufsatz auf. Durch die Erhöhung und Begradigung hatte das Hauptgebäude einen weiten Ausblick auf die Stadt Chur, den dahinterliegenden Bauten auf der Bergseite wurde dagegen der Blick auf das Tal versperrt.[5]

Obwohl Decurtins Entwurf aufwändige Planierungsarbeiten notwendig machte, hielt die Regierung am Projekt fest. Dafür wirken auch geistesgeschichtliche Überlegungen über die Beziehung der zukünftigen Anstalt zur natürlichen, gebirgigen Topographie plausibel: Das Waldhaus wurde nicht etwa in den Hang eingepasst, sondern durch eine umfassende Einebnung so platziert, dass es so wirkte, als stünde es auf ebenem Boden. Der Bündner Kunsthistoriker Dosch spricht vom «Selbstbewusstsein des Ingenieurzeitalters», mit dem das Modell Königsfelden übernommen und «natürliche Hindernisse durch einen gewaltigen Geländeaushub aus dem Wege» geräumt wurden.[6] Dieser Repräsentationscharakter widerspiegelt sich nicht zuletzt darin, dass der monumentale Hauptbau im typologischen Erscheinungsbild eines barocken Klosters daherkommt.[7]

J. J. Jörger, Mitglied der Baukommission und erster Direktor des Waldhauses, zeigte sich gegenüber dem Baumodell im Nachhinein kritisch, vor allem weil die Patientinnen und Patienten im geplanten Gebäude kaum separiert werden konnten:

> *«Man wählte einen Bauplan, in der Hauptsache Korridorsystem, der damals schon stark antiquiert war. Man baut Spitäler und namentlich die Irrenhäuser seit Jahrzehnten als Pavillons. Dieses System, auch ‹Dorfsystem› genannt, ergibt sich eigentlich ganz von selbst aus dem Zwecke, den die Irrenhäuser heutigen Tages zu verfolgen haben. Die Irrenanstalten sind nicht mehr bloss Tobhäuser oder Aufbewahrungsorte, sondern Besserungs- und Heilanstalten, und um den Heilzweck erreichen zu können, muss man das vielgestaltige Volk der Irren, das sich gegenseitig reibt und beunruhigt, je nach Krankheitsformen trennen und auseinander halten können.»*[8]

Im Frühjahr 1892 kamen die Bauarbeiten zum Abschluss. Die neue Anstalt umfasste wie geplant einen über 100 Meter langen, dreistöckigen Hauptbau mit zwei kürzeren Seitenflügeln und zwei gegenüberliegenden Häusern.[9] Das Waldhaus wurde ursprünglich für 166 Patientinnen und Patienten konzipiert.[10] Die geschlechtergetrennten Abteilungen für «ruhige Irre» und «körperlich Kranke» (Loë-Stiftung) befanden sich im Hauptgebäude, während «unreinliche», «unruhige» und «tobsüchtige» psychisch kranke Menschen in den zwei einstöckigen Häusern gegenüber des Langflügels untergebracht wurden. Hinter den einzelnen Abteilungen wurden sogenannte «Spazier-» und «Tobhöfe» angelegt, die auf der Hinterseite von einer Schutzmauer und vorne, rechts und links von einem drei Meter hohen Gitter umschlossen

4 Zitat siehe Jörger J. J. (1932), S. 49. Das ehemalige Kloster Königsfelden wurde nach grösseren Umbauten 1872 als Heil- und Pflegeanstalt eröffnet, vgl. HBLS, Bd. 4 (1921–1934), S. 362. Zur Symmetrie siehe StAGR V 13 e 1: Silvio Margadant: Historisches über die Psychiatrische Klinik Waldhaus, Chur 1983, S. 3.

5 Dosch (2001), S. 102.

6 Dosch / Ragettli (2004), S. 409–410.

7 Dosch (1993), S. 229, siehe auch Dosch (2019), S. 192.

8 Jörger J. J. (1905a), S. 5.

9 Jörger J. J. (1932), S. 49–52; Federli (1982), S. 20.

10 Bis in die 1960er Jahre war der Begriff «Anstalt» im psychiatrischen Kontext vor allem als «Heil- und Pflegeanstalt» für die Bezeichnung der beiden psychiatrischen Einrichtungen des Kantons Graubünden geläufig. 1967 änderte die Regierung die Namen der beiden Anstalten zu «Psychiatrische Klinik Waldhaus» beziehungsweise «Psychiatrische Klinik Beverin». Zur Bettenzahl siehe Jörger J. J. (1932), S. 49.

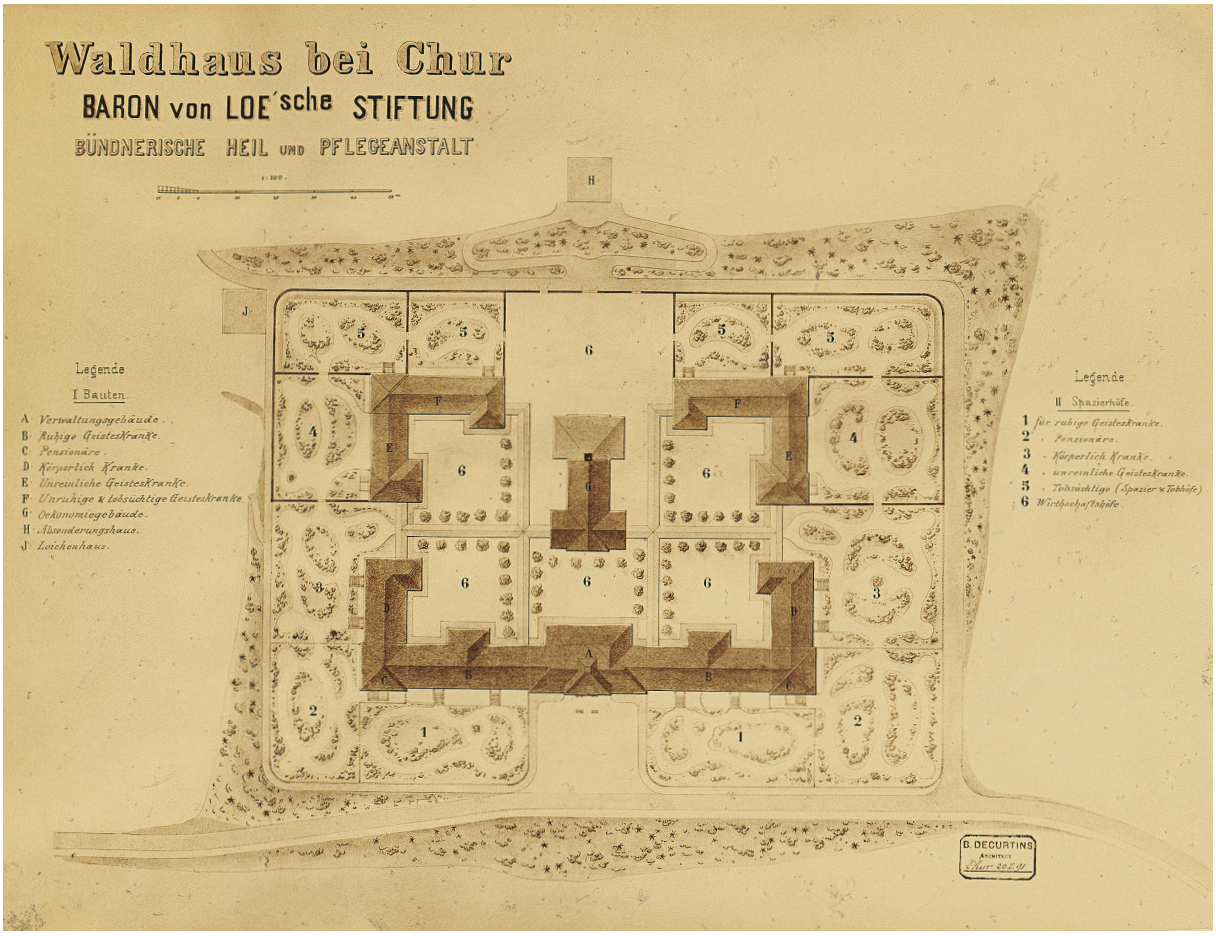


Abbildung 5: Situationsplan der Klinik Waldhaus von Balthasar Decurtins, Chur 1891
Quelle: StAGR P01.24.4.1.

wurden.[11] Decurtins gestaltete die Spazierwege der separierten Hofgärten bewusst in «Brezelform», um ein offeneres Raumerlebnis für die Personen in der Anstalt zu schaffen.[12] Jenseits der Anstaltsmauern befand sich ein «Absonderungshaus» für Patientinnen und Patienten mit ansteckenden Krankheiten. Der ehemalige Gutshof – das Mittelstück des neuen Hauptbaus – wurde neu als Verwaltungshaus inklusive Fest- und Gottesdienstsälen genutzt. Wie dem Situationsplan von Decurtins zu entnehmen ist, beanspruchte die Verwaltung 1892 noch wenig Platz (vgl. Abbildung 5). Das änderte sich im Laufe des 20. Jahrhunderts bedeutend. Heute befinden sich im Hauptgebäude keine stationären Patientenzimmer mehr, sondern nur noch Räumlichkeiten für Verwaltung, medizinische Leitung und Pflegedienstleitung sowie Therapiezimmer, Cafeteria und Kapelle.

Am Sonntag, dem 29. Mai 1892, wurde das Waldhaus mit einem durch die Regierung organisierten Festzug vom Regierungsgebäude über die Loëstrasse zum Neubau eingeweiht. Der amtierende Regierungspräsident Andreas Walser (1840–1894) sprach in seiner Rede von einem «Fest des stillen Ernstes, einem Fest der heiligen Weihe», im Wissen um den langwierigen Prozess, der dem Neubau vorausgegangen war.[13] Die Berichterstattung der *Bündner Nachrichten* und des *Freien Rhätiers* war äusserst wohlwollend. Sie bezeichneten das Waldhaus als eine moderne Anstalt mit Krankenzimmern, die den individuellen

11 Jörger J. J. (1932), S. 49–52; O. N., Bündner Nachrichten (1892), S. 2.

12 Siehe dazu den Eintrag bei der *Nationalen Informationsstelle zum Kulturerbe* von 2016, https://www.nike-kulturerbe.ch/it/outdated-sites/denkmaltage/2016/programm-2016/detail/vd/25255/, Zugriff: 12.02.2020.

13 Schrofer (1999), S. 53.

Bedürfnissen verschiedenster Patientinnen und Patienten Rechnung tragen würde.[14]

Das Waldhaus gehört zu den ersten 18 psychiatrischen Einrichtungen, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts schweizweit entstanden.[15] Mit J. J. Jörger übernahm der gemeinhin erste Bündner Psychiater die Direktion der Anstalt, die unter die Oberaufsicht des Kleinen Rats gestellt wurde.[16] Rein statutarisch stand der Direktor an der Spitze der Anstaltshierarchie. Ihm war grundsätzlich auch die Verwaltung subordiniert. Der Verwalter, der für den Verwaltungs- und Landwirtschaftsbetrieb zuständig war, agierte jedoch weitgehend selbständig.[17] Für die Wahl der beiden Führungspositionen zeichnete sich für gewöhnlich die Regierung verantwortlich, die Aufsichtskommission konnte aber Vorschläge unterbreiten.[18]

Die sogenannte Aufsichtskommission war ein dreiköpfiges Gremium, das die Regierung zur «speziellen Aufsicht» des Waldhauses einsetzte.[19] Seine Aufgabe bestand darin, die Aufnahmeakten zu prüfen, dreimonatliche Anstaltsvisiten abzuhalten und allgemeine Fragen zur Anstalt zu klären sowie Vorschläge zuhanden der Regierung auszuarbeiten. Die Kommission hatte also nicht nur eine passive Aufsichtsfunktion, sondern konnte aktiv auf Entscheidungsprozesse Einfluss nehmen. Bis zur Hierarchiestufe des Oberwartpersonals war sie zudem befugt, direkt Einstellungsempfehlungen und Entlassungen auszusprechen. Als Mitglieder setzte die Regierung einen Arzt, einen Ökonomen und einen Bautechniker ein, um die drei zentralen Interessen der Anstalt (Medizin, Ökonomie und Bautechnik) personell abzudecken. Durch die Wahl von Personen wie Johann Friedrich Kaiser oder Paul Lorenz (1835–1915) konnte die Kommission vor allem zu Beginn nicht nur auf deren «Wissen und Erfahrung» zurückgreifen, sondern zeichnete sich auch durch deren Bereitschaft aus, für die Aufgabe der psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden einen unentgeltlichen Mehraufwand zu betreiben.[20] Mehrfach heisst es am Ende der frühen Protokolle, dass die Kommissionsmitglieder auf ihre Sitzungsgelder zugunsten der Weihnachtskasse, aus der Geschenke an die Patientinnen und Patienten finanziert wurden, verzichtet hätten.[21] Mit der Eröffnung des Asyls Realta im Jahr 1919 weitete die Regierung die Aufsichtsfunktion der Kommission auf beide Kliniken aus. Sie erhöhte die Mitgliederzahl auf fünf Personen und die Sitzungsfrequenz auf mindestens zweimonatliche Zusammenkünfte.[22] Die Direktoren und Verwalter nahmen generell an den Sitzungen teil, sie waren aber keine Kommissionsmitglieder im engeren Sinne. Bei Fragen, die sie persönlich betrafen, wurde auf ihre Teilnahme verzichtet.[23]

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Aufsichtskommission zunehmend zu einem stark politischen Organ, in dem zentrale operative Fragen der beiden Kliniken intensiv diskutiert und Lösungsvorschläge ausgehandelt wurden. Die Inhalte der Besprechungen waren breit gestreut, von Diskussionen über Neubauten, Direktorenneuwahlen, Taxrevisionen und Gehaltslisten bis zu Verhandlungen über Therapien und Beschwerden, um nur einige Beispiele zu nennen. Die gefassten Beschlüsse wurden von der Kommission als Vorschläge an das zuständige Regierungsdepartement getragen.[24] Die Meinungen gingen zuweilen aber stark auseinander, auch weil mit dem Ausbau der Mitgliederzahl neue Fachpersonen und Amtsträger, unter anderem auch vermehrt Regierungsvertreter, in die Kommission eintraten.[25] Politische Funktionäre, Klinikdirektoren, Verwalter und Be-

14 O. N., Bündner Nachrichten (1892), S. 2; O. N., Der freie Rhätier (1892), S. 1, zit. nach Schrofer (1999), S. 53.

15 Vgl. Walser (1970), S. 365–366. und Pflugfelder (1970), S. 371–372.

16 Für eine chronologische Auflistung der Direktoren siehe Anhang.

17 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 11 und 21. Diese Hierarchien im organisatorischen Bereich blieben auch in den revidierten Statuten von 1917 bestehen, vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 13 und 22.

18 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 10.

19 Siehe dazu ebd., Art. 4–7.

20 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gion Camenisch: Aufsichtskommission Psychiatrische Kliniken / Geschichte, an Regierungsrat Dr. P. Aliesch, 19.09.1997, S. 2.

21 Siehe z. B. Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Sitzung vom 23. Dezember 1902, S. 88. Die Sitzungsgelder beliefen sich auf 10 Franken nebst Entschädigung für die Reisekosten, vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 7.

22 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gion Camenisch: Aufsichtskommission Psychiatrische Kliniken / Geschichte, an Regierungsrat Dr. P. Aliesch, 19.09.1997, S. 1.

23 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 7. Siehe auch StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 126.

24 Über die Jahre hinweg wechselte die Zuständigkeit für die Kliniken innerhalb der Regierungsdepartemente. Für eine chronologische Auflistung siehe Anhang.

25 1967 erhöhte die Regierung die Kommissionsmitglieder auf sieben Personen. Neu waren auch die Vorsteher des Sanitäts- und Justizdepartements Teil des Gremiums. Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gion Camenisch: Aufsichtskommission Psychiatrische Kliniken / Geschichte, an Regierungsrat Dr. P. Aliesch, 19.09.1997, S. 2.

zirksärzte konnten unter Umständen dasselbe Thema, etwa die Bettenbelegung, unter sehr unterschiedlichen, zum Beispiel ökonomischen oder medizinischen Gesichtspunkten, betrachten. Das führte zwangsläufig auch zu Polarisierungen. Gleichzeitig war die Aufsichtskommission auch ein Ort der Verständigung und ein Bindeglied zwischen den Direktoren und der Regierung. Für die Aufarbeitung der Bündner Psychiatriegeschichte sind die unpublizierten Sitzungsprotokolle sehr instruktiv. Sie veranschaulichen, wer welche Interessen verfolgte und zu welchen Fragen Initiative ergriff. Obwohl es sich um offizielle Sitzungen handelte, wirken viele Gesprächsbeiträge informell und direkt; die Ansichten der einzelnen Teilnehmer scheinen geradezu wortgetreu wiedergegeben worden zu sein. Besonders in der Gegenüberstellung zu den Jahresberichten stellen sie daher ein aufschlussreiches Vergleichsinstrument dar.

Bis auf den Chefarzt war das Personal in diesen Sitzungen nicht präsent, die Regierung verzichtete auf eine beratende Vertretung des Pflegepersonals.[26] Zudem amtierten in der Aufsichtskommission lange nur Männer. Erst 1988 trat die erste Frau in die Kommission ein, obwohl die Idee einer weiblichen Vertretung bereits in der Zwischenkriegszeit auf Resonanz gestossen war. Ende 1922 reichten zwölf Frauenvereine gemeinsam eine Eingabe bei der Regierung ein, in der sie die Wahl mindestens einer Frau in der Aufsichtskommission forderten. Die Eingabe wurde 1923 in einer Kommissionssitzung diskutiert.[27] Die Frauenvereine argumentierten einerseits, dass in den Anstalten weibliche und männliche Personen gleichermassen untergebracht seien, während sich dieses Verhältnis in der Kommission nicht widerspiegle. Andererseits wiesen sie auf die bereichernden Qualitäten der «weiblichen Eigenart» hin. Die Eingabe ist im Protokoll abgedruckt, im Folgenden wird ein Ausschnitt daraus zitiert:

> *«Die Frau hat in vielen Fällen mehr Zeit als der Mann, sich mit Fragen, die die Anstalt betreffen, zu beschäftigen und Vorschläge zu machen. Sie kann, Dank ihrer weiblichen Eigenart, etwa vorkommende Meinungsverschiedenheiten zwischen Vorsteherinnen, Hauseltern, Personal und Insassen besonders soweit es sich um weibliche Personen handelt, besser auf ihre Berechtigung prüfen und schlichten. Die Frau hat mehr Einsicht als der Mann, wenn es sich um Neuanschaffungen handelt, ob solche wirklich notwendig sind, und wenn ja, kann sie solche anordnen und überwachen, was im Interesse der Anstaltsverwaltungen liegen dürfte. Die Frau versteht besser als der Mann die Wesensart und die Bedürfnisse ihrer Geschlechtsgenossinnen und ist daher besser befähigt für sie zu sorgen.»*[28]

Die Aufsichtskommission empfahl der Regierung, das Ansinnen abzulehnen. Sie sah sich nicht unter Zugzwang, da in anderen kantonalen Anstalten bisher auch keine Frauen in diesen Gremien vertreten waren. Das allgemeine Credo der Sitzungsteilnehmer lautete: «Wir möchten daher dem bescheidenen Graubünden raten, die ersten Proben auf dieses Stück Frauenemancipation lieber andern, stärkeren Kantonen zu überlassen».[29] Ausserdem wiesen sie darauf hin, dass sich unter dem Personal überall mehr Frauen als Männer befanden, was zumindest für das Waldhaus nicht zutreffend war. 1923 waren 21 Pflegerinnen und 20 Pfleger, also nahezu gleichviele weibliche wie männliche Personen in der Pflege beschäftigt (vgl. Kapitel 4.1). Als wohl triftigstes Gegenargument gegen eine weibliche Beteiligung führten die Kommissionsmitglieder die «kaufmännische Erfahrung» des Mannes ins Feld, die er bei klassisch betriebswirtschaftlichen Aufgaben (Einkäufen, Kontakten mit der Geschäftswelt, Prüfung von Offerten) in routinierter Weise abrufen könne. Da das Volk «gegenwärtig nach Abrüstung, Sparen, Vereinfachung» verlange, sei ein sparsames Wirtschaften besonders wichtig. Sowohl die Frauenvereine als auch die Kommissionsmitglieder führten zeitgenössische stereotype Geschlechterzuschreibungen ins Feld, um ihre Position zu untermauern. Die Argumentation der Kommission überzeugte die Regierung offenbar – dem Ansinnen der Frauenvereine wurde nicht entsprochen.

1950 wurde die Frage nach einer weiblichen Beteiligung erneut auf die Agenda der Aufsichtskommission gesetzt, dieses Mal markierte eine Eingabe der Frauenzentrale Graubünden den Aus-

---

26 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 126–128.

27 Siehe Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 9. Mai 1923.

28 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gion Camenisch: Aufsichtskommission Psychiatrische Kliniken / Geschichte, an Regierungsrat Dr. P. Aliesch, 19.09.1997, Beilage.

29 Vgl. ebd., Beilage.

gangspunkt.[30] Die Haltung der inzwischen neu besetzten Kommission wich nur teilweise von derjenigen der Zwischenkriegszeit ab. Sowohl die Regierungsvertreter als auch der Churer Bezirksarzt waren nach wie vor davon überzeugt, dass insbesondere die Begutachtung technischer Fragen gegen eine weibliche Beteiligung sprechen würde. Die Direktoren Oskar Pfister (1899–1985) und Fred Singeisen (1909–1982) hingegen zeigten sich der Idee gegenüber aufgeschlossen, beziehungsweise sahen keine Gründe, die zwingend dagegensprachen. Singeisen betonte ausdrücklich, dass es nicht in erster Linie auf das Geschlecht, sondern auf «die Persönlichkeit der Kommissionsmitglieder» ankomme.[31] Die Regierungsvertreter schlugen daraufhin die Anstellung einer Psychologin vor, eine Empfehlung, die in zweifacher Sicht progressiv war, da die Bündner Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt noch gar keine Arbeitskräfte aus dem Fachbereich der Psychologie beschäftigte. Singeisen lehnte diese Lösung jedoch vehement ab, denn er gehörte zu jener Zunft von Psychiatern, die sich gegen psychologische Fakultäten an Universitäten aussprachen. Angesichts des fehlenden Konsenses gab die Aufsichtskommission keine Empfehlung ab. Die Regierung lehnte das Begehren der Frauenzentrale ab und erst 38 Jahre später wurde die erste Frau ins Gremium gewählt.

Erfolgloser Kampf gegen die Überbelegung? Finanzielle Kalküle und bauliche Erweiterungen

Noch bevor sich das erste Betriebsjahr dem Ende zuneigte, war das Waldhaus bereits vollständig belegt.[32] Potential für Ausbauten sah Direktor Jörger nur bei den Seitenflügeln und den Häusern, die dem Hauptbau gegenüberlagen. So appellierte er bereits ein Jahr nach Eröffnung an die Regierung, «schleunigst» den zweiten Flügel der Abteilung für «unruhige Männer» auszubauen, der nur im Rohbau realisiert wurde.[33] Der Kleine Rat reagierte unmittelbar und liess einen «Supplementbau» errichten.[34] Im Folgejahr wurde derselbe Anbau auch auf der Frauenseite realisiert, da nach Einschätzung des Grossen Rats auch dort eine «unabweisbare Notwendigkeit» bestand.[35] Die beiden Anbauten umfassten jeweils sechs Isolierzimmer, ein Schlafzimmer mit acht Betten, ein Wärterzimmer, ein Raum für Kleider und eine Toilette. Bis 1895 stieg die Anzahl verfügbarer Betten von 166 auf über 188.[36]

Hinter den Anbauten stand auch eine finanzielle Überlegung. Die Statuten der Anstalt sahen vor, dass Bündnerinnen und Bündner bei der Aufnahme prioritär zu behandeln seien; die Aufnahme auswärtiger Personen war nur bei Vakanzen vorgesehen.[37] Gleichzeitig sah der Grosse Rat in der Aufnahme ausserkantonaler Patientinnen und Patienten von Beginn an ein Potential zur Querfinanzierung, denn deren Kostgelder konnten 1889 auf bis zu sieben Franken pro Tag berechnet werden. Damit waren die Verpflegungskosten für «Kantonsfremde», die laut Parlament für das «finanzielle Gedeihen der Anstalt von grosser Bedeutung» seien, tatsächlich deutlich höher als jene für Kantonsansässige.[38] Noch 1908 war ein Verpflegungsplatz für Bündner Bürgerinnen und Bürger wesentlich günstiger. In der 3. Klasse betrug er 1.20 bis 2.50 und in der 2. Klasse 3.00 bis 4.00 Franken, in der 1. Klasse 6.00 Franken oder mehr pro Tag.[39] Um die Aufnahme auswärtiger Personen zu begünstigen, schloss die Regierung deshalb schon früh Verträge mit den Kantonen Glarus (1892) und Appenzell Ausserrhoden (1893), die zu diesem Zeitpunkt über keine eigenen psychiatrischen Anstalten verfügten.[40] Die beiden Verträge waren finanziell attraktiv, 1894 befanden sich beispielsweise 35 ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Waldhaus, die damit rund ein Fünftel der Gesamtzahl aller Patienten ausmachten.[41] Für das Personal blieb durch diese Aufnahmepolitik die ersehnte Entlastung allerdings aus, insbesondere die Abteilungen für die «Unruhigen» und

30 Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus und Realta, Sitzung vom 20. April 1950.
31 Ebd., S. 5–6.
32 Jörger J. J. (1932), S. 52.
33 Jahresbericht Waldhaus 1893, S. 5.
34 Protokollauszug des Kleinen Rathes an das Finanzdepartement, Chur, Sitzung vom 28. März und 2. April 1894, zit. nach Schrofer (1999), S. 57.
35 Verhandlungen des ordentlichen Grossen Rates im Amtsjahre 1894, S. 11–12, zit. nach ebd., S. 57.
36 Jahresbericht Waldhaus 1895, S. 131.
37 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 38.
38 Vgl. Botschaft des Grossen Raths vom 6. März 1889, S. 9, zit. nach Schrofer (1999), S. 58.
39 StAGR VA 12: Verpflegungskosten für Kantonsbürger, 1908. Der Grosse Rat war für die Festlegung der Verpflegungstaxen zuständig. Er erhöhte sie über die Jahre hinweg laufend durch neue Verordnungen. Siehe dazu die Nahaufnahme 4.
40 Appenzell Ausserrhoden gelangte schon 1886 und 1890 mit Vertragsverhandlungen an den Kanton Graubünden, siehe Schrofer (1999), S. 58.
41 StAGR V 13 f 1: Schreiben von J. J. Jörger an das Finanzdepartement vom 27. Februar 1894, zit. nach ebd.

«Unreinlichen» waren dauernd überbelegt.[42] Es ist anzunehmen, dass die Regierung nicht damit gerechnet hatte, dass schon nach kurzer Zeit ein akuter Platzmangel eintreten sollte.

Jörger sah sich gezwungen, bei der Regierung eine weitere bauliche Massnahme einzufordern. Zur kurzfristigen Entlastung gelang es ihm, den Kleinen Rat dazu zu bewegen, zwischen 1900 und 1901 je einen zusätzlichen Pavillon für «unruhige und unreinliche» Männer und Frauen mit insgesamt knapp 50 weiteren Plätze zu errichten.[43] Die dringend notwendigen Erweiterungen erfolgten im Pavillonsystem. Durch die An- und Neubauten erhöhte die Regierung die Kapazität der Anstalt innert knapp eines Jahrzehnts von 166 auf 250 Plätze, mit der Loë-Abteilung sogar auf rund 270 Betten.[44] Der Grosse Rat bewilligte die Anbauten unter anderem auch aufgrund der Befürchtung, dass die Überbelegung zwangsläufig dazu führen könnte, «die gut zahlenden» ausserkantonalen Patientinnen und Patienten «fortschicken zu müssen».[45] Da die Nachfrage nach Waldhaus-Plätzen in den kommenden Jahren weiter anstieg, stellte sich dieses Szenario als realistisch heraus. Die Regierung stand unter Handlungsdruck, da die Pensionsverträge und die psychiatrische Versorgung Kantonsansässiger nicht parallel weitergeführt werden konnten. Deshalb kündigte sie 1897 den Vertrag mit Glarus, 1905 jenen mit Appenzell Ausserrhoden.[46] Die Regierung räumte dem finanziellen Argument diesmal dezidiert sekundäre Priorität ein. Die Vertragsauflösungen bedeuteten aber nicht, dass keine ausserkantonalen Patientinnen und Patienten mehr aufgenommen wurden, vielmehr rückte ein flexibles Verhandlungsverhältnis an die Stelle eines vertraglich festgelegten, zwingenden Aufnahmekontingents.

Neben der Aufnahme ausserkantonaler Patientinnen und Patienten führte die Regierung auch Patientenverlegungen innerhalb des Kantons durch, wenn auch in einem geringeren Umfang, als ursprünglich geplant. Einige Personen wurden 1892 von der «Irrenverwahrungsabteilung Realta» in das neue, zweckmässigere Waldhaus transferiert. Insgesamt 23 Patienten und fünf Patientinnen blieben jedoch in Realta verwahrt. Damit machten sie nach wie vor über die Hälfte der 49 Internierten aus.[47] Im Jahr 1904 waren in Realta nach wie vor knapp ein Drittel der verwahrten Personen psychisch krank.[48] Die Aufsichtskommission beschwerte sich schon länger über diesen Zustand und hatte bereits Ende 1892 die Versetzung aller psychisch kranken Patientinnen und Patienten von Realta ins Waldhaus beantragt.[49] Obwohl dies aus medizinischer Perspektive naheliegend gewesen wäre, lehnte der Kleine Rat das Gesuch ab. Zwei Gründe waren dafür ausschlaggebend: Zum einen sei die Kapazität des Waldhauses zu beschränkt, um eine psychiatrische Versorgung für den gesamten Kanton anbieten zu können. Zum andern äusserten die Gemeinden ein Interesse daran, den Status quo aufrechtzuerhalten, da «die Verpflegung in Realta weniger koste als im Waldhaus».[50] Die Abteilung in Cazis blieb bis zur Gründung des Asyls Realta 1919 bestehen, generell galt künftig aber das Prozedere, neue Patientinnen und Patienten zuerst im Waldhaus ärztlich beurteilen zu lassen, um in einem zweiten Schritt jene Personen nach Realta zu versetzen, die nach zeitgenössischer Ansicht «unheilbar» und ungefährlich waren.[51] Diese Faustregel wurde offenbar von gewissen Gemeinden missachtet, indem sie weiterhin willkürlich gewisse psychisch kranke Menschen direkt nach Realta einwiesen.[52] Waldhaus-Direktor Jörger selbst sprach sich grundsätzlich gegen die gemeinsame Unterbringung von psychisch Kranken und «Korrektionellen» aus. Angesichts der Überbelegung des Waldhauses akzeptierte aber auch er die vorübergehende Beibehaltung der «Irrenverwahrungsabteilung Realta», in erster Linie für unheilbare und arme, aber arbeitsfähige Kranke.[53]

---

42 Die Abteilungen für «unruhige» Patientinnen und Patienten waren auch in den Folgejahrzehnten am stärksten ausgelastet. Vgl. Verhandlungen des ordentlichen Grossen Rates im Amtsjahre 1899, S. 145–146.

43 Ebd., S. 148–153.

44 Jörger J. B. (1942), S. 8.

45 Verhandlungen des ordentlichen Grossen Rates 1894, S. 11–12., zit. nach Schrofer (1999), S. 57.

46 StAGR V 13 e 1: Silvio Margadant: Historisches über die Psychiatrische Klinik Waldhaus, Chur 1983, S. 4. Siehe auch Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Sitzung vom 22. Dezember 1904, S. 98–99. und Sitzung vom 31. Januar 1905, S. 100–101.

47 Vgl. StAGR V 13 e 4: Schreiben der Anstaltsdirektion an den hochlöblichen Kleinen Rath Graubünden in Chur vom 11. Dezember 1892, zit. nach Schrofer (1999), S. 61.

48 Jahresbericht Realta 1904, S. 165.

49 Vgl. Schrofer (1999), S. 61.

50 Verhandlungen des ordentlichen Grossen Rates im Amtsjahre 1893, S. 102, zit. nach Schrofer (1999), S. 61.

51 Weber/Winklehner (1969), S. 7–8.

52 Ebd.; siehe auch StAGR IV 10 b 13: Arztzeugnisse der Patienten für die Aufnahme in Realta.

53 StAGR V 13 f 1: Schreiben J. J. Jörgers an das Finanzdepartement vom 27. Februar 1894.

Debatten um die Notwendigkeit einer allgemeinen Versorgungsanstalt

Langfristig schienen die Verhältnisse im Waldhaus nicht tragbar. Jörger warf bereits 1894 die Idee auf, eine landwirtschaftliche «Irrenkolonie» nach deutschem und belgischem Vorbild zu errichten; der Vorschlag wurde jedoch abgelehnt.[54] 1899 nahm er einen neuen Anlauf und deklamierte in einem Gutachten, den Bau einer neuen allgemeinen Versorgungsanstalt ins Auge zu fassen. Auf dem knappen Gelände des Waldhauses sah er keine Ausbaumöglichkeiten, daher plädierte er für einen Neubau auf der geräumigen Domäne der «Korrektions- und Irrenverwahrungsanstalt Realta».[55] Der Standort Cazis schien ihm sehr geeignet, zum einen wegen der 375 Hektare grossen Staatsdomäne Realta entlang des Hinterrheins, zum andern weil dort bereits ein gut eingerichteter landwirtschaftlicher Betrieb zur Verfügung stand. Der Grosse Rat lehnte die Forderung zunächst ab, sprach aber Geld für Umbauten auf dem Waldhausgelände. Jörgers Idee einer neuen multifunktionalen Versorgungsanstalt, die auch Alterskranke und geistig Behinderte miteinschliessen sollte, verzeichnete zwei Jahre später einen ersten Erfolg. 1901 beschloss der Grosse Rat, diesem Anliegen grundsätzlich zu entsprechen, auch wenn die finanziellen Mittel dafür noch nicht zur Verfügung stünden. Die Regierung eröffnete gleichzeitig einen Baufonds, dem sie künftig jährlich 10'000 Franken und die Erträge der Domäne Realta zusprach. Sobald der Gründungsfonds 100'000 Franken umfassen würde, würde die konkrete Umsetzung mit Plänen und Kostenvorschlägen in Angriff genommen werden.[56]

Gemäss Jörger machte die Regierung zwar einen Schritt in die richtige Richtung, die Realisierung seines «Zukunftstraum[s]» lag aber noch in weiter Ferne.[57] Als das Waldhaus trotz der beiden Um- und Neubauten 1903 wieder stark überbelegt war (vgl. Diagramm 6), entfachte er die Debatte erneut, insbesondere mit dem Hinweis auf die prekären Umstände im Waldhaus. Der Direktor und sein Personal sahen sich in dieser Zeit zu diversen Übergangslösungen gezwungen. Sie funktionierten Aufenthaltsräume in Schlafräume um, mieteten Betten aus der Kaserne und belegten in der Nacht Einzel- und Isolierzimmer bisweilen doppelt und mehrfach.[58] Die damaligen Belegungszahlen geben Aufschluss darüber, auf welch engem Raum sich die Patientinnen und Patienten bewegten: 1913 mussten im nur 36 Quadratmeter kleinen Aufenthaltsraum für die «unruhigen Männer» 25 Patienten und Wärter wohnen und essen.[59] Durch die Bauart der Anstalt waren die Patientinnen und Patienten, so Jörger, zunehmend mit der Überbelegung und dem Engegefühl konfrontiert:

> *«Wir haben nun im Waldhaus jederseits sieben Abteilungen, […] sie sind zu wenig distanziert, weshalb der Lärm der Aufgeregten auch auf anderen Abteilungen gehört wird. Die richtige Trennung gibt eben nur das Pavillonsystem mit seinen bis 50 Meter und darüber auseinander stehenden Häusern.»*[60]

Durch die prekäre Versorgungssituation sah sich die Anstaltsdirektion dazu gezwungen, mehrfach kantonale Aufnahmegesuche abzulehnen oder aufzuschieben. 1912 wies sie beispielsweise 111 von 176 Aufnahmegesuchen zurück.[61] Abgesehen davon entwickelte Direktor Jörger als Reaktion auf die schwerwiegenden anstaltsbetrieblichen und personellen Engpässe eine Präferenz für bestimmte Aufnahmegesuche. Er priorisierte informell Personen mit verbreiteten Krankheitssymptomen. So zog er «zugänglichere» Patientinnen und Patienten wie «alte Bekannte und Alkoholiker» vor, die seiner Ansicht und Erfahrung nach «bald ruhig werden», während er gegenüber der Aufnahme von Personen mit «unbekannte[n], unruhige[n] Psychosen anderer Art» Vorbehalte zeigte.[62] Doch auch die regulierenden Massnahmen brachten nicht den erwünschten Effekt. 1904 war das Waldhaus bereits mit 300 Menschen belegt, obwohl die Aufnahmekapazität inklusive Loë-Abteilung bei 270 Personen lag. In den 1910er Jahren erreichte das Waldhaus sogar Rekordbelegungen von über 330 Patientinnen und Patienten. Erst ab 1950 musste die Direktion keine Aufnahmegesuche mehr ablehnen.[63]

Nicht nur Jörger äusserte sich kritisch über den Anstaltsbetrieb. Im Jahr 1910 richtete der Patient Aloys Furger die Beschwerdeschrift «Unter

54 Ebd.
55 Verhandlungen des ordentlichen Grossen Rates im Amtsjahre 1899, S. 148–153.
56 Vgl. dazu Jörger J. J. (1905a), S. 3–7, 15–16
57 Jörger J. J. (1905a), S. 11.
58 StAGR V 13 e 1: Silvio Margadant: Historisches über die Psychiatrische Klinik Waldhaus, Chur 1983, S. 4.
59 Steinhauser (1913), S. 4–5.
60 Jörger J. J. (1905a), S. 5.
61 Steinhauser (1913), S. 6.
62 Jahresbericht Waldhaus 1912, S. 181.
63 Pflugfelder (1970), S. 370.

wandelnden Leichen» an den Kleinen Rat.[64] Furger zeichnete auf 64 Seiten und anhand exemplarischer Erlebnisse das Bild einer Anstalt, deren Klinikdirektion und Wartpersonal die Patientinnen und Patienten regelmässig mit Zwangsmassnahmen diszipliniere. Die Bandbreite reichte von Zwangsjacken, Deckelbädern und Strafversetzungen bis zu Isolationen in Zellen und Schlägen. Der zwischenmenschliche Umgang mit den Betroffenen sei von «Verleumdung», «Beleidung» und «Entmündigung» geprägt. Die Patientinnen und Patienten seien der «Willkür», «Rechtlosigkeit» und «Menschenschinderei» des Personals machtlos ausgeliefert, nicht zuletzt auch deshalb, weil die Direktion Missstände und ärztliche Gutachten nicht nach aussen dringen lassen würde. Darum habe sich Furger direkt an die Regierung gewendet. Er sprach von einem «Gefängnis», in dem eigentlich «Geistesgesunde», bildlich gesprochen, «lebendig begraben» würden. Für Furger war die Überbelegung kein Ergebnis hoher Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung, sondern «künstlich» erzeugt durch die bewusste dauerhafte Entfernung unerwünschter Personen aus der Öffentlichkeit.[65] Jörger bezog noch im selben Jahr Stellung zu den drastischen Vorwürfen:

> *«Ich bin gezwungen, zur eigenen Entlastung, wie zum Schutze der dem Waldhaus anvertrauten Kranken gegen eine solche uns aufgezwungene, unhygienische und geradezu gefährliche Pfercherei vor der Regierung und dem Grossen Rate laut und feierlich zu protestieren und jegliche Verantwortung für mich und das Personal abzulehnen.»*[66]

Jörger widersprach Furgers Ansicht, dass die Überbelegung eine «künstlich» herbeigeführte Versorgungsmassnahme der Anstalt sei. Hinsichtlich der Zwangsmassnahmen im Anstaltsalltag relativierte er aber weniger die Aussagen Furgers – er bestätigte geradezu die geschilderten Zustände –, sondern zog die Regierung in die Verantwortung für die «gefährliche Pfercherei» im Waldhaus. Gemäss Jörgers Argumentation waren die durchgeführten Zwangsmassnahmen ein den Umständen geschuldetes, notwendiges Übel.

Im Rahmen eines Vortrags vor der *Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Graubünden* von 1905 äusserte er sich ausserdem ausführlich zu gesellschaftlichen Entwicklungen, die für den Zustand der zeitgenössischen «Irrenfürsorge» verantwortlich seien. Für Jörger schien klar, dass der zunehmende Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen auch das Resultat eines kulturellen Wandels war. Die individuellen Ansprüche seien deutlich gestiegen, zulasten des Verantwortungsgefühls für Angehörige. Die Zeit sei für Viele so kostbar geworden, dass sich die sozialen Beziehungen innerhalb der Familien gelockert hätten. Psychische Krankheiten seien in den neuen Lebensverhältnissen weniger akzeptiert. Durch dieses gewandelte Verständnis würden sich Fürsorge für psychisch kranke Angehörige und individuelle Selbstverwirklichung nicht mehr ohne weiteres vereinbaren lassen. Zugleich seien die Vorurteile gegenüber psychiatrischen Anstalten zurückgegangen. Jörger beschäftigte sich zu diesem Zeitpunkt bereits stark mit erbbiologischen Fragen, die Idee der fortschreitenden «Degeneration» des «Volkskörpers» durch unkontrollierte Vererbung schien aber noch kein Teil dieser Debatte gewesen zu sein (vgl. Kapitel 2.2):

> *«Der Fremdenverkehr fegt Irre und Blödsinnige von der Strasse weg. Auch bei uns kommt der Spruch «Zeit ist Geld» immer mehr zur Geltung, der Gruss «Lah der Zit» verschwindet, man rennt, es können sich wenige mehr die Mühe geben, geisteskranke Geschwister oder blödsinnige Enkel mit sich herumzuschleppen, die Familienbande lockern sich leider mehr und mehr, wer in der Familie unbequem ist und nichts taugt, wird, wenn er auch ziemlich harmlos wäre, lieber auf Kosten des Staates billig und anständig versorgt.»*[67]

Jörgers Deutung, dass mit dem zunehmenden Tourismus auch die Toleranz gegenüber psychisch kranken Menschen sinken würde, war kein Einzelfall. Knapp 30 Jahre später berichtete Fritz Tuffli, von 1919 bis 1940 Direktor des Asyls Realta, dass die Anmeldungen in der Tourismussaison regelmässig ansteigen würden. Tuffli führte diese Häufung darauf zurück, dass die damaligen Kurorte und Dörfer geschäftliche Einbussen befürchteten,

---

64 Carl Rammelmeyer veröffentlichte die Beschwerdeschrift ein Jahr später im Verlag Tietzner & Sobko in Russland, vgl. Furger (1911).

65 Ebd., S. 13–15, 22, 26, 32–42, 46, 50–54, 59.

66 J. J. Jörger zit. in: Steinhauser (1913), S. 5.

67 Jörger J. J. (1905a), S. 8.

da die psychisch kranken Menschen für sie in dieser Zeit «unmöglich» würden.[68]

Die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen hätten es Jörger zudem bis dahin verunmöglicht, Personen wieder (nachhaltig) aus dem Waldhaus zu entlassen. Etablierte Psychiater hätten bereits versucht, geeignete Patientinnen und Patienten in Familienpflege unterzubringen. Auch er, Jörger, habe solche Versuche unternommen, «aber bisher mit völlig negativem Erfolge». Die meisten Familien hätten derartige Anfragen misstrauisch abgelehnt. Selbst als die Regierung einmal zwangsweise «alte, harmlose» Patientinnen und Patienten aus Realta in die Gemeinden rückverlegte, seien sie kurz darauf erneut «unter Bitten oder Drohungen im Waldhaus gelandet». Kleinere Gemeinden hatten offenbar auch ihre Gründe für diese Praxis. Sie beklagten den Mangel an Gemeindearmenhäusern mit ständigem und geordnetem Betrieb, während andere Kantone mit einem grossen Angebot an Armenhäusern auch dazu in der Lage seien, psychisch kranke Personen zu beherbergen, die nicht zwingend in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen werden müssten.[69]

Durch die Überbelegung des Waldhauses mussten psychisch kranke Menschen aus dem Kanton Graubünden in der Konsequenz auch in Anstalten jenseits der Kantonsgrenzen untergebracht werden. Die ausserkantonale Versorgung, die der Kanton vor allem im 19. Jahrhundert systematisch praktiziert hatte, wurde jedoch zunehmend zu einem finanziellen Problem. 1912 beispielsweise waren laut Regierungsrat Alois Steinhauser (1871–1918) insgesamt 57 Bündner Patientinnen und Patienten unter «wesentlichen Mehrkosten» in St. Pirminsberg untergebracht.[70] Zu dieser Zeit kostete im Waldhaus ein Verpflegungsplatz in der 3. Klasse 1.20 Franken täglich, für Platzierungen in ausserkantonalen Anstalten hingegen zahlten die Gemeinden 3.00 bis 4.00 Franken pro Tag.[71] Jörger befürchtete, dass das Waldhaus jene Rolle einzunehmen drohte, die im 19. Jahrhundert der Anstalt Realta zukam: «Das nahe St. Pirminsberg ist nunmehr unsere Aufnahmestation, während das Waldhaus zur Pflegeanstalt degradiert ist».[72]

Jörger verpasste keine Gelegenheit, seinem Plädoyer für eine zweite kantonale Anstalt Nachdruck zu verleihen. Mehrfach trat er mit diesem Anliegen an den Kleinen Rat und setzte sich an verschiedenen Veranstaltungen mit Ansprachen für die Entlastung durch eine zweite Anstalt ein. In der Geschichtsschreibung wird Jörger, der die Fahne «Pro Realta» populär machte, grundsätzlich der Hauptverdienst an der Gründung des Asyls Realta zugeschrieben.[73]

In seinen Appellen ging er aber nicht nur von der Erfahrung aus, die er in seiner eigenen Anstalt gesammelt hatte. Er stützte sich auch auf eine zeitgenössische Statistik, die der Kleine Rat anlässlich der Frage einer neuen Versorgungsanstalt erhob. Die Statistik von 1908 sollte die Zahl versorgungsbedürftiger Bündnerinnen und Bündner erfassen. Die Zählung ergab insgesamt 1'402 Personen, wovon lediglich 446 institutionell untergebracht seien.[74] Zudem belegten die statistischen Erhebungen, dass im Kanton Graubünden gesamthaft 500 versorgungsbedürftige «Geisteskranke» lebten. Das Waldhaus war allerdings nur für 250 Patientinnen und Patienten angelegt. In der Konsequenz fehlten also 250 Plätze.[75] Nach Jörger war damit der «Nachweis» für den Bedarf nach einer neuen Versorgungsanstalt im Kanton erbracht.[76]

Jörger stellte die Ergebnisse in einer Übersicht zusammen und unterbreitete der Regierung die alarmierenden Signale mit konkreten Vorschlägen zur Verbesserung der Situation. Er forderte die Einberufung einer ausserkantonalen Expertenkommission, die sich eingehend mit seiner Idee beschäftigen sollte, Realta im Pavillonsystem auszubauen. Der Kleine Rat willigte ein und richtete auf Jörgers Vorschlag hin eine Kommission mit zwei Anstaltsdirektoren und einem Architekten ein: Neben Jörger waren dies Prof. Dr. Eugen Bleuler (1857–1939) von der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in Zürich, Dr. Friedrich Ris (1867–1931) von der kantonalen psychiatrischen Klinik Rheinau (ZH) und Kantonsbaumeister

68 Tuffli (1932), S. 16–17.
69 Ebd., S. 8–9, 14.
70 Steinhauser (1913), S. 6.
71 Abschied des Grossen Rates vom 30. November 1912, S. 3; Jahresbericht Waldhaus 1912, S. 181.
72 StAGR V 13 a 4: Schreiben J. J. Jörgers an das Finanzdepartement vom 14. Februar 1913.
73 Pieth (1947), S. 57.
74 Inklusive der Armen, Minderjährigen und Waisen wären es insgesamt 1'765 versorgungsbedürftige Personen gewesen. Vgl. StAGR V 13 c: Zählung der Versorgungsbedürftigen in Graubünden vom Frühling 1908: Jörger an das Tit. Finanzdepartement, Chur, 25. Juni 1908; zu den Ergebnissen vgl. Schrofer (1999), S. 62.
75 Weber/Winklehner (1969), S. 8; Steinhauser (1913), S. 3, 8.
76 StAGR V 13 c: Zählung der Versorgungsbedürftigen in Graubünden vom Frühling 1908: Jörger an das Tit. Finanzdepartement, Chur, 25. Juni 1908, S. 1.

Adolf Ehrensperger (1861–1933) aus St. Gallen.[77] In ihrem Gutachten drängten auch sie auf den zeitnahen Bau einer allgemeinen kantonalen Versorgungsanstalt. Neben der primären Versorgung von psychisch kranken Personen sollte die Anstalt auch für Altersschwache, körperlich Kranke, Alkoholiker und administrativ Versorgte zur Verfügung stehen – einen ähnlichen, wenn auch weniger weitreichenden Vorschlag, hatte Jörger der Regierung bereits früher unterbreitet.

Auf dieser Grundlage formulierte der Kleine Rat eine Vorlage zur Errichtung einer neuen Versorgungsanstalt in Realta, die in der ersten Bauetappe 250 Plätze umfasste. Das Unterfangen wurde ausdrücklich mit der Entlastung des Waldhauses von seinen chronischen Fällen begründet.[78] Für eine zweite Bauetappe war eine Vergrösserung auf 500 Plätze angedacht – eine Erweiterung, die in dieser projektierten Form aber nicht realisiert wurde. Der Grosse Rat genehmigte die Vorlage Ende 1912 und legte sie dem Souverän vor. Das Bündner Stimmvolk nahm die Ansinnen für Neu- und Umbauten psychiatrischer Einrichtungen im 20. Jahrhundert an der Urne fast immer an. Die allgemeine Versorgungsanstalt in Realta stiess aber auf grosse Skepsis und wurde an der Volksabstimmung vom 6. April 1913 nur knapp, mit 9'057 zu 8'276 Ja-Stimmen, gutgeheissen.[79]

2.1.2 Eröffnung der Multifunktionsanstalt Asyl Realta 1919: eine geräumige Pavillonanlage

Der Grosse Rat legte bereits im Dezember 1917 statutarisch den Namen «Asyl Realta» und die Abteilungsgestaltung fest. Vier Kategorien von Patientinnen und Patienten waren zur Aufnahme vorgesehen: 1. «Geisteskranke und Geistesschwache», 2. «körperlich Kranke (Invalide)», 3. «Trinker» und 4. «Arbeiterkolonisten».[80] Die Versorgungsaufgabe war komplex und umfassender, als es die statutarische Festschreibung vermuten liess. Als multifunktionale Einrichtung war das Asyl gleichzeitig psychiatrische Klinik, Arbeitserziehungsanstalt, Verwahrungseinrichtung für administrativ versorgte Menschen sowie Alters- und Pflegeheim für Menschen mit Behinderungen. Nur die Anstalten von Bellechasse (Fribourg) und die Arbeits- und Strafanstalt Hindelbank für Frauen (Bern) waren vergleichbare multifunktionelle Schweizer Anstalten mit mindestens drei Versorgungsaufgaben. Allerdings verfügten diese über keine räumliche Verschränkung mit einer psychiatrischen Klinik.[81] Dieses Merkmal traf in der Schweiz einzig auf das Asyl Realta zu.

Die Regierung wählte Fritz Tuffli zum ersten Direktor und Chefarzt der Anstalt. Trotz heterogener Klientel und institutioneller Verschränkung von Psychiatrie, Fürsorge-, Erziehungs- und Trinkerheilanstalt stellte die Regierung das Asyl bewusst unter die ärztliche Leitung eines ausgebildeten Psychiaters. Sie begründete ihren Beschluss damit, dass nur ein Arzt entscheiden könne, in welche Abteilung Personen einzuweisen seien. Zudem bildeten psychisch kranke Personen die Mehrzahl der Eingewiesenen (vgl. Diagramm 7). Tuffli, Sohn eines Pfarrers in Avers-Cresta, war bereits bestens mit der Bündner Psychiatrie vertraut. Nach einem Medizinstudium in Basel und einer Assistenzstelle an der Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden war er 1900 zum Oberarzt des Waldhauses gewählt worden, wo er knapp 20 Jahre die rechte Hand Jörgers gewesen war.[82] Für die darauffolgenden 21 Jahre leitete er das Asyl Realta, bis er 1940 in Rente ging.

In der Ausschreibung des Architekturwettbewerbs wünschte die Regierung Eingaben, die sich am Pavillonsystem orientierten. Zentralisierte Blockbauten im Grossmassstab wie jene in Chur oder Königsfelden galten unterdessen als überholt, Jörger leistete in diesem Zusammenhang zudem über Jahre hinweg Überzeugungsarbeit. Als neues architektonisches Vorbild in der Schweiz etablierte sich die «Appenzellische Landes-Irrenanstalt», die zwischen 1907 und 1908 erbaut wurde.[83] Sie bestand aus 12 Bauten, die wie ein kleines Dorf in hügeliger Umgebung ringförmig arrangiert waren und kaum den Anschein einer Anstalt erweckten.

---

77 Ebd., S. 2–3; siehe auch StAGR V 13 f 1: Expertise von 1909.

78 Steinhauser (1913), S. 3–4, 10; Weber/Winklehner (1969), S. 8–9, 25.

79 Weber/Winklehner (1969), S. 9, 29.

80 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 4.

81 Siehe dazu die statistische Aufarbeitung der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen zur Anstaltslandschweiz der Schweiz zwischen 1933 und 1980, https://www.uek-administrative-versorgungen.ch/interactivereport/de/#geographies.

82 Vgl. Protokoll der Frühjahrsversammlung des Bündner Ärztevereins, Chur, Sitzung vom 26. März 1944: Nekrolog Dr. med. Fritz Tuffli, S. 7.

83 Später wurde die Anstalt in «Psychiatrische Klinik in Herisau» umbenannt, vgl. Dosch (2019), S. 193.

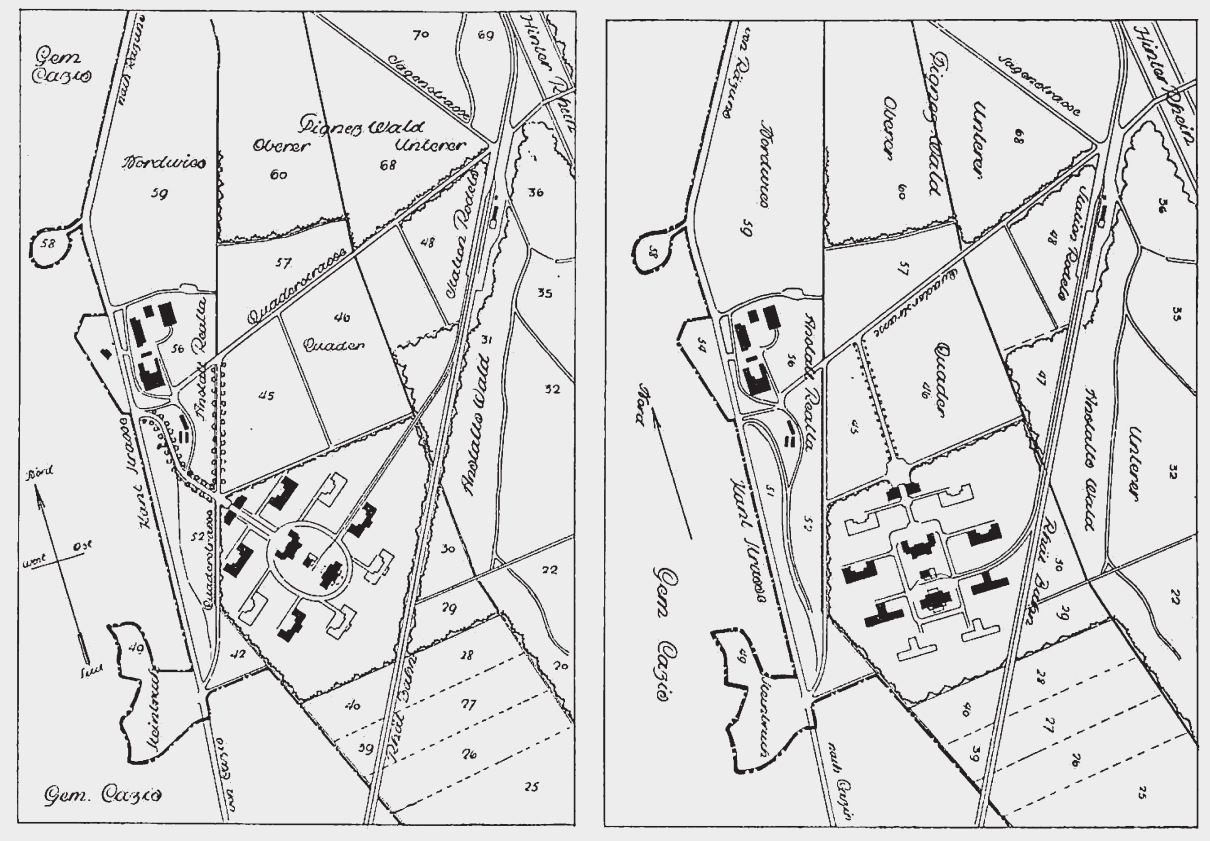


Abbildung 6: Wettbewerb Kantonale Bündner. Versorgungsanstalt Realta: IV. Rang, Entwurf Nr. 3, «Zweck und Form», Architekt Otto Manz in Chur. Vogelschaubild des Hauptprojekts von Süden
Anmerkung: Lageplan des Hauptprojekts (l.) und Lageplan der Variante (r.), 1:15'000.
Quelle: Schweizerische Bauzeitung 63/64, Heft 6 (1914), S. 81.

Jörger stand den Verantwortlichen der neuen Anlage in Herisau beratend bei, genauso wie einer der zuständigen Architekten, Robert Rittmeyer (1868–1960), später auch Vorstandsmitglied des Preisgerichts des Wettbewerbs für die neue Anstalt in Cazis wurde.[84]

Alle Eingaben für das Asyl Realta sahen ein Pavillonsystem vor, jedoch nicht in Ringform, sondern in symmetrischer Ordnung mit gegenüberliegenden Patientenhäusern für Männer und Frauen. Die Regierung wählte schliesslich den viertplatzierten Otto Manz (1871–1953) zum Architekten der neuen Anlage.[85] Ende 1915 begann die Baukommission mit den Hochbauarbeiten an den vier Patientenhäusern und den vier administrativen Gebäuden (Verwaltungs-, Kultus-, Ökonomie- und Heizungsgebäude). 1919 war der Anstaltskomplex fertiggestellt. Die vier Patientenhäuser mit Platz für je 75 Patientinnen und Patienten waren aufgeteilt in zwei Frauenhäuser östlich und zwei Männerhäuser westlich der administrativen Gebäude (vgl. Abbildung 6).[86] Zudem wurde die bereits bestehende, wenige hundert Meter nördlich liegende Korrektionsanstalt ebenfalls unter die Direktion des Asyls gestellt.[87] Im Zuge dieser institutionellen Verschränkung löste der Kanton die ehemalige «Irrenverwahrungsanstalt Realta» auf.

Die zwei symmetrischen Patientenhäuser auf der südlichen Seite dienten ausschliesslich der

84 Eugen Bleuler war Jurypräsident, vgl. ebd., S. 194–195.
85 Zu den bestplatzierten Eingaben siehe ebd., S. 195–200.
86 Insgesamt umfasste die Anstalt rund 300 Plätze, 50 mehr als ursprünglich geplant. Vgl. Jahresbericht Realta 1919, S. 168.
87 Durch die Angliederung der Korrektionsanstalt änderte sich deren Rolle: Mit dem gesteigerten Angebot an Platzierungsmöglichkeiten im Asyl wurden die Aufnahmen in die Korrektionsabteilung strenger reguliert, indem fortan nur noch arbeitsfähige Erwachsene unter 60 Jahren dort untergebracht wurden. Vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 85.

Unterbringung von «unruhigen Geisteskranken». Tuffli nannte die beiden Gebäude auch «Hinterhäuser» oder «A-Frauen» beziehungsweise «A-Männer».[88] Im zweiten Stockwerk dieser Hinterhäuser befand sich jeweils die Abteilung für «aufgeregte» und «unruhige» Patientinnen und Patienten. Diese seien laut Tuffli teils pflegebedürftig «wie ein Säugling» gewesen und hätten auch bei der Nahrungsaufnahme unterstützt werden müssen, etwa bei «fortgeschrittenen Fälle[n] von Hirngrippe».[89] Als Ruhigstellungsmassnahme bei Patientinnen und Patienten, die dem Direktor als äusserst reizbar und streitsüchtig auffielen, war eine Isolierung in Zellen vorgesehen. Insbesondere in der Nacht kam diese Methode häufig zum Einsatz. Tuffli bezeichnete die Isolierungsräume aber nicht als Zellen, sondern nur als «gewöhnliche», allerdings von aussen verschliessbare «Zimmer».[90] An der Ostflanke der Hinterhäuser wurde zudem jeweils ein sogenannter Wachsaal mit Einzelzellen für diejenigen Personen eingerichtet, die «Tag und Nacht unter Aufsicht gehalten werden müssen», oder für Neuaufnahmen, über deren Zustand man sich zuerst ein Bild verschaffen wollte. Das zweite Stockwerk war mit zahlreichen Bädern, hauptsächlich kontrollierten «Dauerbädern», ausgestattet (vgl. Kapitel 2.2.1). Im ersten Stock der Hinterhäuser waren in zwei grossen Schlafsälen und mehreren grösseren Zimmern Patientinnen und Patienten untergebracht, die gemäss Tuffli «halbwegs besonnen» und «lenksam» waren und die Hausordnung einhalten konnten. Sie hätten aber nach wie vor unter strenge Aufsicht gestellt oder wegen «besonderer Eigenschaften», so Tuffli, in Einzelzimmern untergebracht werden müssen.[91]

Ein Grossteil der Betten in den Hinterhäusern des Asyls Realta wurde unmittelbar nach der Eröffnung mit Patientinnen und Patienten aus dem Waldhaus belegt. Die Idee, das Waldhaus durch das Asyl Realta von seinen chronischen Fällen zu entlasten, sollte in den Folgejahrzenten immer wieder zu Spannungen in den Aufsichtskommissionssitzungen führen. Spätestens seit dem Zweiten Weltkrieg nahmen beide Anstalten für sich in Anspruch, eine psychiatrische Grundversorgung zu gewährleisten, erhielten aber erst in den frühen 1990er Jahren ein regional abgegrenztes Einzugsgebiet zugeteilt. Dadurch entstand zwischen den beiden Anstalten eine jahrelange Konkurrenzsituation. Mitte des 20. Jahrhunderts entbrannte beispielsweise eine Debatte darüber, ob und in welcher Form die beiden psychiatrischen Einrichtungen entweder zur «Pflegeanstalt» degradiert oder als «Heilanstalt[en]» ausgezeichnet werden sollten (vgl. Kapitel 2.3).

In den zwei nördlich gelegenen Patientenhäusern, auch «Vorderhäuser» oder «B-Frauen» beziehungsweise «B-Männer» genannt, waren die restlichen Patientengruppen untergebracht. Offiziell umfassten sie Abteilungen für «traktable» und einer Besserung zugängliche «ruhige Geisteskranke», körperlich Kranke («Invalide», analog der Loë-Stiftung im Waldhaus), sowie «Arbeiterkolonisten» und Alkoholikerinnen und Alkoholiker. Die Direktion konnte diese Einteilung in Patientengruppen im Anstaltsalltag aber nur bedingt einhalten. Die Situation war zuungunsten vieler Patientinnen und Patienten unübersichtlich und es fiel der Direktion äusserst schwer, die statutarisch vorgesehene Abteilungsstrukturierung konsequent umzusetzen. Zudem war die Versorgungsnachfrage je Abteilung sehr heterogen. Einige Abteilungen waren stark überbelegt, andere hingegen hatten aus Sicht der Direktion von Beginn an keine Existenzberechtigung.

Jörger wies mehrfach nachdrücklich auf die Vorzüge des Pavillonsystems für das «Versorgungsdörfchen Realta» hin:

> *«Im Waldhaus wohnen wir Wand an Wand, Garten an Garten; die Leute müssen gleiche Säle, gleiche Gänge, Aborte, Treppen etc. benutzen, wodurch eben Störung und gegenseitige Beeinflussung gegeben sind. Anders denke ich mir die Versorgungsanstalt. Dieselbe müsste im Pavillonsystem erbaut werden, wo jedes Haus seinem speziellen Zweck angepasst und von den andern räumlich genügend getrennt wäre; […] durch Gärten, Parkanlagen, Wäldchen, kleine Nebenbauten […].»*[92]

Jörger rechnete nicht damit, dass innerhalb der geräumigen Patientenhäuser des Asyls ähnliche problematische Zustände wie im Waldhaus auftreten könnten. Entgegen seinen Erwartungen waren in der Folge vor allem die Vorderhäuser in Realta, die auf die Aufnahme diverser Patientengruppen ausgerichtet waren, von Überbelegungen betroffen.

88 Tuffli (1932), S. 16.
89 Ebd., S. 18.
90 Ebd., S. 19.
91 Ebd., S. 17–18.
92 Jörger J. J. (1905a), S. 15.

Wie das Waldhaus verfügte auch das Asyl Realta grundsätzlich über drei Verpflegungsklassen.[93] Eine kursorische Auswertung der Jahresberichte der beiden Anstalten hat ergeben, dass die 1. Klasse im Waldhaus meist stärker belegt war. Ausserdem existierte in Realta mehrmals über Jahre hinweg überhaupt keine 1. Klasse, etwa in den Jahren 1923 bis 1927 und 1930 bis 1935.[94]

Ankäufe und Umbauten: auf dem Weg zu einer flexiblen, stufenweisen Versorgung

In den ersten Jahrzehnten erlebte das Asyl Realta auf struktureller Ebene mehrere Umbrüche. Die Bandbreite an Krankheitsbildern bei den Patientinnen und Patienten in den Vorderhäusern, die sehr unterschiedliche Betreuungsschlüssel und Arbeitsangebote verlangten, barg von Beginn an Konfliktpotential. Personen mit sehr unterschiedlichem Hintergrund mussten auf kleinem Raum koexistieren. Tuffli drängte mehrfach auf die räumliche Trennung von Patientinnen und Patienten, die unzweckmässig gemeinsam auf kleinstem Raum neben- und miteinander lebten. Als Reaktion darauf kaufte die Regierung neue Immobilien, liess bestehende Gebäude umbauen und etablierte damit schrittweise eine flexible Form der stufenweisen Versorgung.

Das erste Auslagerungsprojekt betraf die Altersversorgung: Bereits im ersten Jahresbericht hob Tuffli hervor, dass eine räumliche Trennung der «Greise» von den «Invaliden» und «chronisch Körperkranken» aus betrieblicher und betreuungstechnischer Sicht sinnvoll wäre.[95] Damit traf er einen neuralgischen Punkt der Statuten, da diese eigentlich explizit gar keine Altersversorgung, sondern lediglich eine Abteilung für «körperlich Kranke (Invalide)» vorsahen.[96] Tuffli registrierte jedoch für das erste Betriebsjahr, dass ein Drittel der «Körperkranken» an «Marasmus senilis», dem Abbau körperlicher Funktionen durch Altersschwäche, litten.[97] Wiederholt wies er darauf hin, dass die beiden Patientengruppen zwingend räumlich zu trennen seien. Ohnehin war er ein Befürworter der gemeindenahen Betreuung alter Menschen. Er war der Überzeugung, dass «Greise» nicht ihrem lokalen Umfeld entrissen und an abgelegenen Orten wie dem Asyl Realta untergebracht, sondern im Rahmen eines dezentralisierten Netzes kleinerer Altersheime betreut werden sollten. Tuffli befürchtete, dass die Regierung – notabene im statutarischen Graubereich – seiner Anstalt die Rolle eines kantonalen Altersheims zugedacht habe.[98] 1923 fand sein Anliegen Gehör und der Kanton erwarb das ehemalige Badehotel und Kurhaus in Rothenbrunnen, um darin ein Altersheim einzurichten. Ein Jahr später wurde das rund fünf Kilometer nördlich gelegene Altersheim als neues Glied des Anstaltskomplexes eröffnet.[99] Dabei siedelte die Direktion aber nicht alle alten Menschen aus den Vorderhäusern nach Rothenbrunnen um, sondern etablierte eine Form der zweistufigen Altersversorgung.[100] Vorübergehende oder langfristige Verlegungen zwischen dem Asyl Realta und Rothenbrunnen waren auf beide Seiten hin flexibel und ohne grössere bürokratische Aufwände, durch die Absegnung des Direktors, möglich.[101] Weitgehend selbständige alte Menschen wurden nach Rothenbrunnen versetzt, wo sie mehr Freiheit und Ausgang erhielten sowie freie Korrespondenz führen konnten.[102] Diese attraktiven Vorzüge bewegten viele Patientinnen und Patienten dazu, eine anstaltsinterne Versetzung nach Rothenbrunnen zu beantragen. Tuffli beobachtete, dass die Verlegung ins Altersheim geradezu als «Beförderung» empfunden wurde.[103] In der Altersabteilung der Vorderhäuser hingegen verblieben die pflegebedürftigeren alten Menschen, die unter körperlichen und/oder psychischen Problemen litten und intensiv ärztlich betreut werden mussten. Ihnen gewährte die Direktion weniger Freiheiten. Allein schon der drei Meter hohe Zaun um den Anstaltskomplex dürfte bei ihnen den Eindruck erweckt haben, der eigenen Freiheit beraubt worden zu sein.

Da das Asyl Realta wie das Waldhaus schon nach den ersten Betriebsjahren akute Platznot bekundete (vgl. Diagramm 7), konnte die stufenweise Versorgung nicht konsequent umgesetzt werden.[104] Zudem war ins Altersheim Rothen-

93 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Beilage IV: Verpflegung der Irrenanstalten.

94 Vgl. Jahresberichte Realta 1919–1936; Jahresberichte Waldhaus 1919–1936.

95 Jahresbericht Realta 1919, S. 174; siehe auch Tuffli (1932), S. 32–35.

96 Diese Problematik wird im ersten Jahresbericht von Tuffli explizit thematisiert, vgl. Jahresbericht Realta 1919, S. 174.

97 Jahresbericht Realta 1919, S. 173.

98 Ebd., S. 174.

99 Jahresbericht Realta 1924, S. 168, 171.

100 Tuffli (1932), S. 24–25; siehe auch Jahresbericht Realta 1928, S. 222.

101 Jahresbericht Realta 1919, S. 175.

102 Tuffli (1932), S. 24.

103 Ebd.; Zitat siehe Jahresbericht Realta 1934, S. 223.

104 Jahresberichte Realta 1924, S. 168, 1926, S. 190.

brunnen noch ein Kinderheim integriert worden, das zum Grossteil von Kindern belegt war, die zu Kurzwecken von der Stiftung Pro Juventute überwiesen wurden.[105] Das ehemalige Bad Rothenbrunnen hatte Zugang zu einer Heilquelle («Jodeisensäuerling»), die aus dem anliegenden Felsen sickerte. Nach damaliger Auffassung war diese für Kuren bei Kindern mit Hang zu «Schwächlichkeit», «Kropf» und «Skrophulose» (eine Hautkrankheit) bestens geeignet. Neben den Bäderkuren bot Rothenbrunnen auch Trinkkuren mit der «Heilkraft der Fontana rossa» an, einem laut Tuffli «medizinisch anerkannt[en]» Wasser.[106] Bis 1932 waren diese Kurangebote in den Sommermonaten nicht nur den Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime in Rothenbrunnen vorbehalten, sondern wurden auch der Öffentlichkeit und dem Tourismus gegen Bezahlung zugänglich gemacht. Da 1934 das heute noch bestehende Kinderheim «Giuvaulta» fertiggestellt und bezugsbereit wurde, stellte die Regierung den Kur- und Kinderheimbetrieb im Altersheim Rothenbrunnen ein.[107] Das Altersheim hatte bis in die 1970er Jahre Bestand. Nach grosszügigem Neu- und Umbau wurde es 1977 in ein Wohn- und Pflegeheim für psychisch kranke Menschen, inklusive einer geschützten Beschäftigungsstätte im Sinne des IV- und AHV-Gesetzes, umgewandelt. Das neue Wohn- und Pflegeheim unterstand aber nach wie vor der Direktion der Einrichtungen Realta und Beverin (vgl. dazu Kapitel 5.1.2).[108]

Das zweite räumliche Entflechtungsprojekt betraf die sogenannten «Kolonisten». Arbeiterkolonien waren Einrichtungen, in denen arbeitslose, aber als arbeitsfähig geltende Personen, etwa Obdachlose, kurz- oder langfristig Erwerbslose sowie Wanderarbeiter, einer geregelten Arbeit nachgingen oder nachgehen mussten. Primär ist zwischen zwei Formen des Eintritts in die Arbeiterkolonie zu unterscheiden: Zwangseinweisungen (z. B. strafrechtliche Verurteilungen oder administrative Versorgungen) und freiwillige Eintritte. Gemäss Jahresberichten überwogen für Realta die freiwilligen «Kolonisten».[109] Dabei ist allerdings zu bedenken, dass es sich bei «freiwilligen» Eintritten primär um Verarmte handelte, denen praktisch keine andere Wahl blieb, als sich in einer solchen Einrichtung versorgen zu lassen, um zumindest ein Dach über dem Kopf und Essen im Teller zu haben.[110] Besonders im Spätherbst verzeichnete die Anstalt eine starke Zunahme an Anmeldungen. Das lag zum einen daran, dass im Winter die Beschäftigungsmöglichkeiten im Freien eingeschränkt waren. Zum andern suchten Obdachlose für den kalten Winter eine warme Unterkunft und nahmen in Kauf, im Gegenzug zu Arbeitsleistungen verpflichtet zu werden.[111] Die «Kolonisten» erhielten für ihre verrichtete Arbeit eine Entschädigung, die nach offiziellen Angaben weitgehend den Selbstunterhalt ermöglichte, und konnten sich während ihres Aufenthalts nach einer passenden Stelle umsehen.[112]

Die Statuten des Asyls Realta sahen die Inbetriebnahme einer Arbeiterkolonie vor, obwohl kein eigenes Haus dafür vorhanden war. Deshalb brachte die Direktion die «Kolonisten» vorläufig und eher mit Widerwillen in den spitalmässig eingerichteten Vorderhäusern unter. Die Tagesordnung und die Idee der geregelten Beschäftigung der «Kolonisten» stand stark im Kontrast zur Lebensweise der benachbarten Patientengruppen.[113] Tuffli plädierte jährlich für den Bau einer eigenen Arbeiterkolonie.[114] Ein Anliegen, dem die Regierung 1924 mit dem Anbau des «Kolonistenhauses» an die bereits bestehende Korrektionsanstalt («Alt-Realta») entsprach.[115] Der Neubau entlastete zum einen die überfüllten Vorderhäuser. Zum andern schaffte er ein stärker auf die Arbeit im Freien ausgerichtetes Anstaltsmilieu, das verschiedene, vor allem landwirtschaftliche Arbeitsfelder umfasste. Wie das Altersheim Rot-

105 Tuffli (1932), S. 35. Siehe auch Jahresberichte Realta 1933, S. 218, 1934, S. 223.

106 Jahresbericht Realta 1931, S. 224. Vgl. weiter Jahresberichte Realta 1924 und 1925.

107 Jahresbericht Realta 1934, S. 223; Tuffli (1932), S. 32–35.

108 Vgl. Jahresberichte Realta 1924–1934 und Jahresbericht Realta/Beverin 1977, S. 168.

109 Siehe beispielhaft die Jahresberichte Realta 1919–1930.

110 Siehe dazu auch Kapitel 1.2.6, in dem die «freiwilligen» Eintritte in die ehemalige «Korrektionsanstalt Realta» diskutiert werden, und Häsler (2019), S. 595–604.

111 «Die stärkste Belegung weisen die Wintermonate auf, wenn die Beschäftigungsmöglichkeiten ohnehin beschränkter sind», zit. in: Jahresbericht Realta/Beverin 1957, S. 72.

112 Jahresbericht Realta 1919, S. 175; Jahresbericht Realta 1924, S. 166–167. Wie hoch die Arbeitsentschädigung (das «Pekulium») jeweils ausfiel, konnte im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden. Forschungsarbeiten, die dieser Frage bei anderen Einrichtungen nachgingen, stellten allerdings fest, dass das «Pekulium» nicht mit den Löhnen ausserhalb vergleichbar war und das erklärte Ziel der Selbstfinanzierung in der Realität kaum umgesetzt werden konnte. Vgl. Heiniger Alix (2019a).

113 Siehe Jahresbericht Realta 1920, S. 171.

114 Siehe Jahresberichte Realta 1919, S. 175, 1920, S. 171, 1921, S. 152.

115 Jahresbericht Realta 1924, S. 172.

henbrunnen war die neue Arbeiterkolonie ebenfalls als Übergang zu mehr Freiheit zu verstehen. Tuffli begrüsste zwar, dass dieses Stufensystem viele Insassen dazu motivierte, eine Versetzung in die Arbeiterkolonie anzustreben. Er war aber auch dafür bekannt, Versetzungsanträge ohne «genügende Begründung» nicht zu berücksichtigen.[116] Finanzielle Motive, etwa von ärmeren Gemeinden oder Angehörigen, waren beispielsweise kein ausreichendes Argument für eine Aufnahme in die Arbeiterkolonie. 1933 erweiterte der Kanton das Stufensystem mit dem Ankauf des «Bruggmannschen Gutes». Das Gut, das Tuffli als «dritte Stufe der Kolonie» bezeichnete, lag gut drei Kilometer nördlich der Korrektionsanstalt.[117]

Die Behörden nutzten die Arbeiterkolonie gelegentlich auch als Alternative zu einer Unterbringung in der Korrektionsanstalt, gleichsam als Bewährungsort und mit «bedingtem Straferlass». Bedingung dafür war eine gute Verhaltensprognose. Dieses Vorgehen hätte sich gemäss Tuffli vor allem bei Jugendlichen bewährt, die «zum ersten Male entgleist» waren.[118] Die Arbeiterkolonie in Realta war stets mit mehr männlichen als weiblichen «Kolonisten» belegt.

Drittens sahen die Statuten eine «Trinkerheilstätte» für Alkoholabhängige vor. Eine eigentliche «Trinkerabteilung» ist aber nie effektiv eingerichtet worden.[119] Um der formalen Korrektheit Rechnung zu tragen, führte sie Tuffli in den Jahresberichten bis 1932 auf. Er betonte dabei aber stets, dass die Anstalt auch ohne diese spezifische Abteilung die geeigneten Rahmenbedingungen für Alkoholiker erfülle. Als Gründe dafür nannte er einerseits das abstinente Milieu, das die Anstalt bot, und andererseits die zentrale Bedeutung regelmässiger Arbeit für Trinker.[120] Tufflis Konzept des Totalentzugs und der ausgiebigen Beschäftigung im Freien entsprach weitgehend den zeitgenössischen Behandlungsprinzipien in «Trinkerheilstätten».[121]

Da eine eigentliche «Trinkerabteilung» fehlte, entschied die ärztliche Leitung bei Eintritt und Erstbegutachtung individuell über die Eingliederung in eine Abteilung. So wurde die eingewiesene Person, je nachdem ob körperliche (z. B. «Alkohol-Neuritis») oder geistige Symptome (z. B. «Alkohol-Delirium») vorlagen, für körperlich oder geistig kurbedürftig erklärt und entsprechend in den Vorderhäusern untergebracht. Platzierungen in den Abteilungen für psychisch Kranke waren jedoch wesentlich häufiger und wurden unter den sogenannten «Intoxikations-Psychosen» subsumiert. Der Gedanke, dass hinter der Alkoholsucht ein psychiatrisches Erkrankungsbild stand, wurde durch die ärztliche Diagnostik von Personen wie Tuffli mitgeformt.[122] Eine Ausnahme bildeten die «Gewohnheitstrinker, bei denen sich eine Heilung in der Trinkerheilstätte als aussichtslos erwiesen» habe und die stattdessen bei den «Korrektionellen» eingeteilt wurden.[123]

Doch auch für Alkoholiker etablierte die Anstalt eine stufenweise Versorgungslogik. Nach der Erstbeurteilung und Ausnüchterung war es das Ziel, Alkoholiker sobald als möglich in die Arbeiterkolonie zu verlegen, wo sie geregelter Arbeit, bestenfalls im Freien, nachgehen konnten. Das sei laut Tuffli nicht nur für Angehörige und Gemeinden finanziell von Vorteil gewesen, sondern auch für die betroffene Person selbst, die dadurch ihren Anstaltsaufenthalt verlängern konnte. Er warnte dezidiert davor, ehemalige Trinker zu früh aus der Anstalt und damit aus dem abstinenten Milieu zu entlassen (Rückfallgefahr).[124]

---

116 Jahresbericht Realta 1929, S. 223. Siehe auch Tuffli (1932), S. 27; Jahresbericht Realta 1925, S. 166.

117 Zitate siehe Jahresbericht Realta 1933, S. 217; Siehe weiter Jahresberichte Realta 1930, S. 236, 1934, S. 223.

118 Vgl. Jahresberichte Realta 1920, S. 171, 1928, S. 223.

119 Spätere Direktoren begrüssten diesen Umstand, etwa Oskar Pfister (Amtszeit 1946–1952): «An dieser Stelle kann eingeflochten werden, dass die ursprünglich vorgesehene Abteilung für körperlich Invalide und eine besondere Abteilung für Alkoholkranke nicht errichtet wurden. […] Dass dem Kanton das Geld ausgegangen ist, bevor die projektierten Häuser für körperlich Invalide gebaut wurden, ist im speziellen Falle nur zu begrüssen». Vgl. Verwaltungsarchiv Beverin: Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes Graubünden vom 4. Juni 1951 in Chur, Referat von Dr. O. Pfister, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Cazis 1951, S. 11.

120 Tuffli (1932), S. 22. Zur Abstinenz in der Anstalt siehe Jahresbericht Realta 1921, S. 152–153.

121 Vgl. Soyka (2008), S. 5.

122 In den Berichten von 1919 und 1921 sind bei der Eintrittsliste der «Geisteskranken» unter der Kategorie «VI. Intoxikations-Psychosen» Patientinnen und Patienten mit «Alkoholismus chronicus», «Delirium alkoholicum» oder schlicht «Alkoholismus» eingetragen. Vgl. Jahresberichte Realta 1919, S. 170, 1921, S.149.

123 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 85b.

124 Auch in späteren Berichten wird weiterhin betont, dass die Behörden den Beitrag an den eigenen Lebensunterhalt der «Kolonisten», etwa durch landwirtschaftliche Arbeit, begrüssten. Vgl. beispielhaft Jahresberichte Realta 1925–1927, 1948.

	1924			1925			1926			1927			1928			1929			1930		
	♂	♀	♂+♀	♂	♀	♂+♀	♂	♀	♂+♀	♂	♀	♂+♀	♂	♀	♂+♀	♂	♀	♂+♀	♂	♀	♂+♀
Von Irren zu Arbeiterkolonie	2	1	3	5	2	7	1	1	2	6	1	7	2	1	3	2	0	2	2	1	3
… zu Altersasyl Rothenbrunnen	2	2	4	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	1	3	3	0	3	0	0	0
... zu Korrektion	3	1	4	3	1	4	1	1	2	3	0	3	2	0	2	0	2	2	1	0	1
Von Körperkranken zu Irren	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
… zu Arbeiterkolonie	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	2	2	0	2	1	0	1
… zu Altersasyl Rothenbrunnen	19	8	27	0	0	0	1	0	1	2	2	4	3	1	4	0	0	0	3	0	3
… zu Korrektion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	3
Von Kolonie zu Irren	1	1	2	2	1	3	0	0	0	3	1	4	1	2	3	0	0	0	2	1	3
… zu Körperkranken	2	0	2	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
… zu Altersasyl Rothenbrunnen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
… zu Korrektion	0	0	0	1	0	1	3	0	3	2	1	3	1	1	2	2	1	3	3	1	4
Von Altersasyl zu Irren	0	1	1	7	3	10	2	2	4	2	1	3	2	2	4	0	2	2	4	1	5
… zu Körperkranken	2	1	3	3	0	3	1	2	3	1	0	1	3	3	6	1	2	3	2	3	5
… zu Kolonie	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Von Korrektion zu Irren	1	0	1	3	0	3	1	1	2	0	0	0	1	0	1	1	4	5	2	0	2
… zu Körperkranken	1	2	3	0	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
… zu Kolonie	2	0	2	1	0	1	2	0	2	2	0	2	4	3	7	1	2	3	1	0	1
Total	36	18	54	26	12	38	12	8	20	25	9	34	24	15	39	12	14	26	24	8	32

Tabelle 2: Tabelle der Versetzungen von einer Abteilung zur andern, Realta 1924–1930

Anmerkung: Da das neue Altersheim und das «Kolonistenhaus» 1924 eröffnet wurden, ist die Versetzungszahl dorthin in diesem Jahr deutlich höher. Zudem ist die Zahl der Verlegungen zu den «Körperkranken» zu niedrig angesetzt, da viele krankheitsbedingt nur vorübergehend dorthin versetzt wurden. In diesen Fällen dokumentierte die Klinik die Verlegung nicht. Quelle: Salis (1931), S. 15.

Einweisungen in die Männerabteilungen waren von Beginn an deutlich höher. Alkoholsucht wurde primär als männliches Problem betrachtet. Ein starker Wandel war hingegen in der Anzahl Einweisungen zu verzeichnen. In den ersten Betriebsjahren des Asyls Realta waren die Eintritte von Alkoholikern noch sehr gering, was wohl auch der Idee der Einrichtung einer «Trinkerabteilung» kaum zuträglich gewesen sein dürfte. In der Zwischenkriegszeit nahm die Zahl leicht zu, bis schliesslich in den 1960er und 1970er Jahren ein rapides Wachstum an Aufnahmen zu verzeichnen war.[125]

Tufflis ambivalente Haltung zur Multifunktionalität: Vor- und Nachteile

Alle einzelnen Einrichtungen des Asyls Realta – das Altersheim Rothenbrunnen, die Korrektionsanstalt, die Arbeiterkolonie und das Bruggmannsche Gut – waren Teil einer inneren Stufenlogik der Anstaltsversorgung. Sie dienten der Ausdifferenzierung von Patientenkategorien, denen Direktion und Regierung unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse zuschrieb. Die einzelnen Anstaltsglieder verfügten zwar teils über eigene Leitungsstrukturen, das Altersheim Rothenbrunnen wurde beispielsweise von einem Hauselternpaar geführt, über die letztinstanzliche Entscheidungsgewalt für Versetzungen verfügte aber nach wie vor die ärztliche Direktion. Tuffli schätzte das Privileg, flexibel und mit bescheidenem bürokratischen Aufwand Patientinnen und Patienten intern, zuweilen auch kurzfristig und nur vorübergehend, verlegen zu können (vgl. Tabelle 2 und 3).[126] Eine Rücksprache mit Angehörigen oder Behörden war nicht zwingend notwendig. Tuffli hatte bloss die zuständigen Instanzen (Heimatgemeinde, Vormund, Angehörige) über die Versetzungsverfügung zu informieren. Diesen stand dann die Möglichkeit offen, Einsprache zu erheben.[127] Diese Option sei aber laut Georg von Salis, der seit 1921 als Oberarzt im Asyl Realta wirkte, selten genutzt worden:

125 1959: 43, 1966: 72 und 1973: 86, siehe Jahresberichte Realta 1959, S. 65, 1966, S. 84, 1973, S. 194.

126 Bei vorübergehenden Übertritten verzichtete Tuffli auf eine Umschreibung in der Generaltabelle der Patientenabteilungen. Krankheitsbedingte kurzfristige Versetzungen wurden entweder gar nicht oder doppelt geführt. Siehe Tuffli (1932), S. 37. Siehe auch Salis (1931), S. 14.

127 Vgl. Tuffli (1932), S. 37.

	Formen										Zusammen		Total
	Geistes-kranke		Körperlich Kranke		Rothenbrunnen (Greise)		Arbeiter-kolonie		Korrektions-anstalt				
Mutationen:	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
Stand am 1.1.1934	102	137	24	10	52	24	52	13	27	4	257	188	445
Aufnahmen:													
Erstmalige Aufnahmen	19	12	8	6	11	7	26	6	16	1	80	32	112
Wiederholte Aufnahmen	8	13	13	4	11	6	26	3	7	1	65	27	92
Aus anderen Abteilungen	(4)	(7)	(7)	(5)	(6)	(3)	(10)	(7)	(7)	(6)	(34)	(28)	(62)
Summe der Aufnahmen*	27	25	21	10	22	13	52	9	23	2	145	59	204
Summe des Gesamt-bestandes	129	162	45	20	74	37	104	22	50	6	402	247	649
Entlassungen:**													
Geheilt	5	5	1	1	0	0	0	0	0	0	6	6	12
Gebessert	4	13	4	0	0	0	0	0	0	0	8	13	21
Ungebessert:													
in eine andere Anstalt	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	1	7
in die eigene Familie	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	4	5
auf freien Fuss	2	1	7	1	12	7	0	0	0	0	21	9	30
Gestorben	1	9	6	4	3	0	0	0	0	0	10	13	23
Kolonisten u. Korrektionelle	0	0	0	0	0	0	45	7	21	3	66	10	76
Nach anderen Abteilungen	(4)	(7)	(14)	(6)	(6)	(6)	(8)	(8)	(2)	(1)	(34)	(28)	(62)
Von and. Abgteilg., Differenz	(0)	(0)	(7)	(-1)	(0)	(-3)	(+2)	(-1)	(+5)	(+5)	0	0	0
Summe der Entlassungen	18	29	18	10	16	7	45	7	21	3	118	56	174
Bestand am 1.1.1935	111	133	20	9	58	27	61	14	34	8	284	191	475

Tabelle 3: Generaltabelle mit den Mutationen (Aufnahmen und Entlassungen), Realta 1934

Anmerkung: Die nachfolgenden Legenden stammen wortgetreu aus den Jahresberichten

*) Die individuelle Zahl der Aufnahmen vermindert sich um 8, weil 8 Leute zweimal eintraten.

**) Zu den geheilten evt. gebesserten Irren sind die Übertritte in andere Abteilungen zuzuzählen.

Die individuelle Zahl der Entlassungen ist um 5 zu vermindern, weil 5 Personen zweimal entlassen wurden.

Quelle: Jahresbericht Realta 1934, S. 224.

> *«Wie begreiflich, erscheint es oft recht wünschenswert, einen Insassen während seines Aufenthalts in der Anstalt von der einen in die andere Kategorie zu versetzen. Da braucht es bei uns keine lange Korrespondenz mit andern Anstalten. Die Direktion verfügt einfach die nötige Versetzung innerhalb der Anstalt unter sofortiger Benachrichtigung der zuständigen Instanz, wie Vormund oder Heimatgemeinde. Diese haben dann die Möglichkeit, Einsprache zu erheben, was jedoch selten geschieht.»*[128]

Mit den baulichen Erweiterungen und dem Aufbau der Stufenlogik schaffte der Kanton die geeignete Grundlage, um diese flexible Versorgungspraxis zu etablieren. Der Grosse Rat sprach von einer «rationellen Lösung der Versorgungsfrage».[129] Der Handlungsspielraum der Direktion war dabei letztlich gross. Aus der Überlieferung lässt sich aber, was wohl auch der unbürokratischen Handhabe geschuldet ist, nur schwer ermitteln, welche Motive für die Versetzungen ausschlaggebend waren. In vielen Fällen dürfte es sich um zweckmässige Umplatzierungen gehandelt haben. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Rückversetzungen in der Stufenlogik auch als disziplinarisches (Druck)Mittel eingesetzt wurden.

Der Verschmelzung verschiedener Versorgungsaufgaben stand Tuffli hingegen kritisch gegenüber. Er hatte den Eindruck, dass seine Multifunktionsanstalt Asyl Realta ein Produkt der finanziellen Engpässe des Kantons war. Denn «reichere Kantone», so Tuffli, konnten sich verschiedene Anstalten unter jeweils eigener Regie leisten.[130]

128 Salis (1931), S. 10–11.

129 Vgl. Abschied des Grossen Rates des Kantons Graubünden an die ehrsamen Gemeinden desselben betreffend die Errichtung einer kantonalen Versorgungsanstalt vom 30. Nov. 1912, zit. nach Rietmann (2017), S. 61.

130 Tuffli (1932), S. 37.

2.1.3 Bau- und Betriebsbudget: Finanzielle Regulierungsmassnahmen der Regierung

Beide psychiatrischen Einrichtungen starteten mit deutlichen finanziellen Defiziten in ihr erstes Betriebsjahr. Grundsätzlich war das nicht überraschend, eine «Bauschuld» war vorgesehen und sollte über die nachfolgenden Jahre schrittweise amortisiert werden. Die Regierung war sich auch bewusst, dass die Betriebe kaum finanziell selbsttragend werden würden. Deshalb legte sie für beide Anstalten gesetzliche Zuwendungen an das jährliche Betriebsbudget fest. Trotz dieser Massnahmen nahmen die Schulden, die die Betriebe in den ersten Jahren anhäuften, ein überraschendes Ausmass an. Fehlkalkulationen und unerwartete Kostensteigerungen setzten die Betriebe von Beginn an unter Spardruck.

«Bauschuld», gesetzliche Zuwendungen und Einnahmequellen

Der Architekt des Waldhauses, Decurtins, berechnete die Baukosten auf knapp eine Million Franken. Über die Hälfte davon war über private Gelder (Loë-Stiftung, Baufonds des *Hilfsvereins*) und den kantonalen «Irrenfonds» abgedeckt, den Restbetrag von 430'000 Franken hatte der Kanton aufzuwenden.[131] Sowohl der Grosse Rat als auch das Volk stimmten dieser Vorlage zur Neubaufinanzierung Ende der 1880er Jahre deutlich zu. Entgegen aller Erwartungen kostete der Neubau letztlich aber annähernd 1.4 Millionen Franken, weit mehr als anfänglich budgetiert.[132] Das lag unter anderem an den kostspieligen Umgebungsarbeiten gegen die «Rüfegefahr» (Gefahr von Erdrutschen). Hinzu kamen Ankäufe von Gütern in der Höhe von 95'000 Franken. Inklusive dieser Anschaffungen beliefen sich die Kosten auf knapp 1.5 Million Franken.[133] Die finanzielle Absicherung wurde durch den Kanton gewährleistet, dessen Kostenbeteiligung durch die Überschreitung des kalkulierten Budgets zwangsläufig in die Höhe schoss, von den veranschlagten 430'000 auf 750'000 Franken.[134] Der Kanton zahlte die Baukosten voraus, das Waldhaus hatte aber jährlich Zinsen für den Vorschuss der «Bauschuld» und eine bestimmte Amortisationssumme zurückzubezahlen.

Ein ähnliches Prozedere galt auch für das Asyl Realta. Die Architekten Schäfer und Risch erstellten einen Kostenvorschlag für den Neubau, der Arbeiten im Rahmen von insgesamt 1.9 Millionen Franken vorsah. Darin eingeschlossen waren auch die Ausgaben für Mobiliar, Umgebungsarbeiten und Bauleitung.[135] Dafür legte die Regierung bereits 1912 einen Baufonds mit 860'000 Franken an, der unter anderem aus Schenkungen generiert wurde.[136] Da die Regierung eine Belastung der Steuerzahlenden explizit verhindern wollte, leistete der Kanton eine Vorauszahlung der restlichen 1'040'000 Franken unter einer Bedingung; die Anstalt wurde dazu verpflichtet, Zinsen für den Baukredit zu entrichten und über die kommenden Jahrzehnte hinweg die Schuld zu amortisieren. Als Zinssatz legte die Regierung 4.5 Prozent fest, beziehungsweise 46'800 Franken pro Jahr. Dieser Betrag sollte in den Folgejahren jedoch nach unten angepasst werden, da auch ein jährlicher Amortisationsbetrag von 24'200 Franken fällig wurde.[137] Der Finanzierungsplan liess sich nicht umsetzen, die Folgen des Ersten Weltkrieges – niemand rechnete mit einem derart langen Krieg – beutelten auch das Asyl Realta. Zur Zeit der Volksabstimmung vom 6. April 1913 standen die Zeichen noch auf Wirtschaftswachstum. Die Bündner Täler wurden durch Bahnen und Strassen immer besser erschlossen und der Fremdenverkehr nahm stetig zu. Die kriegsbedingten Teuerungsmechanismen liessen die Bau- und Mobiliarkosten fast auf das Doppelte des ursprünglich budgetierten Preises steigen. Statt auf die projektierten 1.9 Millionen Franken beliefen sich die Kosten auf 3.2 Millionen Franken. Tuffli stand wiederholt kurz davor, die Bauarbeiten zu sistieren. Die Teuerungen trafen aber nicht nur den Bau, auch das Budget für die Beschaffung des Inventars wurde zwei- bis dreifach überschritten.[138]

---

131 Jörger J. B. (1942), S. 5; Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 6.

132 StAGR VIII 5 d 3: Baurechnung von Architekt Balthasar Decurtins vom 13. Januar 1893, zit. nach Schrofer (1999), S. 53.

133 Steinhauser (1913), S. 12–13.

134 Jahresbericht Waldhaus 1894, S. 111.

135 Den Vollausbau auf 500 Plätze (zweite Bauetappe) budgetierten die Architekten auf weitere 1'100'000 Franken. Aus den Jahresberichten der Folgejahrzehnte wird jedoch nicht ersichtlich, dass die vorgesehene zweite Bauetappe verwirklicht wurde. Bis zum grossen Umbau in den frühen 1970er Jahren (vgl. Kapitel 5) erfolgten vielmehr vereinzelte kleinere Umbauten, die eine Erhöhung der Bettenzahl ermöglichten (vgl. Diagramm 7). Weber/Winklehner (1969), S. 9.

136 Ebd., S. 8–9, 25; Steinhauser (1913), S. 3–4, 10.

137 Vgl. Weber/Winklehner (1969), S. 28–29; Steinhauser (1913), S. 15.

138 Die Begleichung dieser Schulden dauerte bis weit in die 1920er Jahre. Vgl. beispielhaft Jahresberichte Realta

Bedingt durch die schwierigen Startbedingungen hatten die Anstalten also neben den allgemeinen Betriebskosten (Löhne, diverse Besorgungen usw.) jährlich auch Zins- und Amortisationszahlungen zu entrichten. Es war klar, dass die beiden Einrichtungen finanziell nicht selbsttragend werden würden. Um allzu grosse Betriebsdefizite und eine Belastung der Steuerzahlenden zu verhindern, legte die Regierung individuelle Finanzierungsschlüssel mit Beiträgen des Kantons fest. Für das Waldhaus sah der Kanton 1892 statutarisch vier externe Einnahmequellen vor, aus denen 54'000 Franken in die Anstalten fliessen sollten: der jährliche Budgetposten des Kantons, allfällige Überschüsse der Verwaltungsrechnung der Korrektionsanstalt Realta (bis 1919), der Ertrag aus Alkoholpatenten und die Hälfte des Alkoholzehntels.[139] Die Verwendung der Alkoholpatente, den Erträgen aus der staatlichen Bewilligung zum gewerblichen Alkoholausschank, stand den Kantonen «absolut frei», hiess es in einer Botschaft des Grossen Rats.[140] Der Alkoholzehntel hingegen, ein Anteil des Reingewinns aus der Spirituosenbesteuerung, sollte nach Artikel 32 der Bundesverfassung für die Bekämpfung des Alkoholismus in seinen Ursachen und Wirkungen eingesetzt werden. Aus Sicht der Regierung sprach nichts gegen eine Verwendung für den Unterhalt der Anstalt Waldhaus: «Es ist allgemein bekannt, dass eine erhebliche Zahl der Geisteskrankheiten als eine Folge des zu reichlichen Alkoholgenusses betrachtet werden muss, weshalb die intendirte Verwendung als wohl motivirt erscheint».[141] Neben den kantonalen Beiträgen schafften zuweilen auch Vermächtnisse und Schenkungen eine gewisse finanzielle Entlastung. Der grösste Beitrag an die Jahresrechnung setzte sich aber aus den Verpflegungsgeldern der Patientinnen und Patienten zusammen. Gerade zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als die Anstalt stark überfüllt war, stiegen auch die damit verbundenen Erträge. Erhöhungen der Verpflegungstaxen wie jene von 1909 multiplizierten diesen Effekt. Entsprechend tiefer fiel das Betriebsdefizit in diesem Jahr aus.[142] Das war aber auch abhängig davon, wie viele Patientinnen und Patienten in welcher Klasse untergebracht waren. Neben der allgemeinen 3. Verpflegungsklasse gab es eine 1. und 2. Klasse für Privatpatientinnen und -patienten.[143] Der Grosse Rat legte die Verpflegungstaxen in eigenen Verordnungen fest.

Für das Asyl Realta rechnete die Regierung mit allgemeinen Betriebskosten in der Höhe von 272'000 Franken, inklusive Bauzinsen und Amortisationszahlung. Die betriebsinternen Einnahmen budgetierte die Anstalt allerdings nur auf 137'000 Franken. Davon sollten knapp 80 Prozent aus den Verpflegungstaxen (109'500 Franken) generiert werden, die restlichen Beiträge aus der Staatsdomäne Realta und den Landwirtschaftsbetrieben (27'500 Franken) sowie aus allfälligen Zinsen eingehender Vermächtnisse und Schenkungen.[144] Um die ordentliche kantonale Verwaltungsrechnung und die Steuerzahlenden nicht mit einem jährlichen Betriebsdefizit von 135'000 belasten zu müssen, legte der Kanton auch hier gesetzliche Zuwendungen fest. Dafür sollten100'000 Franken aus dem Reingewinn der Graubündner Kantonalbank geschöpft und 35'000 Franken über die Erhöhung der Jagd- und Fischereipatente sowie der Hundetaxe bereitgestellt werden.[145] Das neue Jagdgesetz, das eine deutliche Patenterhöhung miteinschloss, wurde vom Souverän am selben Abstimmungstag wie die Vorlage zur neuen Anstalt 1913 angenommen.

Obwohl die Zuwendungen an das Asyl Realta umfangreicher waren als jene an das Waldhaus, erzielte die Anstalt im ersten Betriebsjahr ein Defizit von 100'000 Franken.[146] Verwalter Eduard Henny führte das «unerwartete Ergebnis», eine «ziemliche Enttäuschung», auf die anhaltende all-

---

1923, S. 153, 1925, S. 170, 1929, S. 228, siehe weiter Tuffli (1932), S. 7.

139 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Beilage: Beiträge des Kantons an die Irrenanstalt Waldhaus zur Deckung von Betriebsdefiziten und Amortisation der Bauschuld, Grossrätlicher Beschluss vom 1. März 1889.

140 Botschaft des Grossen Raths vom 6. März 1889, S. 12.

141 Botschaft des Kleinen Rathes vom 26. November 1888, S. 35.

142 Vgl. beispielhaft Jahresbericht Waldhaus 1909, S. 179: 1908 umfasste das Betriebsdefizit 21'258, 1909 nur noch 7'483 Franken. Zur Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen siehe die Nahaufnahme 4.

143 Vgl. zum Beispiel Jahresbericht Waldhaus 1894, S. 115–119.

144 Bei dieser Berechnung ging man von den anfänglich projektierten 250 Patientinnen und Patienten und einer durchschnittlichen Verpflegungstaxe von 1.20 Franken pro Tag aus. Vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 4.

145 Die Reinerträge der Kantonalbank waren derart hoch, dass die geregelte Ablieferung von 380'000 Franken an den Eisenbahnfonds auf lange Sicht gesichert und dennoch genügend Geld vorhanden war, um eine Entnahme von 100'000 Franken zugunsten der Betriebsrechnung des Asyls Realta zu rechtfertigen. Vgl. Weber/Winklehner (1969), S. 28–29; Steinhauser (1913), S. 15.

146 Jahresbericht Realta 1919.

gemeine Teuerung zurück.[147] Diese hätte sich besonders stark auf die Preise bei Gütern des alltäglichen Bedarfs wie Fleisch oder Brennmaterial und die Gehälter des gesamten Personals (Teuerungszulagen) ausgewirkt.[148] Um eine Defizitspirale zu verhindern, beschloss der Kleine Rat im vierten Quartal 1920, für beide Anstalten progressiv erhöhte Verpflegungstaxen einzuführen. Mit der revidierten Taxordnung wurden die Verpflegungsgelder neu für Private nach Einkommen und Vermögen und für Gemeinden nach Steueransatz, Wald-, Alp- und Weideerträgen berechnet.[149] Daraus resultierten die gewünschten Mehreinnahmen. Erst 1965 hat die Regierung die progressive Taxordnung wieder aufgehoben und eine einheitliche Regelung der Tagespreise festgelegt. Die Taxen bewegten sich künftig innerhalb eines festen Spektrums an Tagespreisen.[150] Damit vereinheitlichte die Regierung die Verpflegungstaxen für Gemeinden, Krankenkassenpatienten und Privatzahler. Direktor Ernst Weber (1923–1984) zeigte sich erleichtert über diese Neuregelung, da damit «für beide Seiten [die] unangenehme Erforschung der persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnisse» wegfiel.[151]

Wie das Waldhaus war auch das Asyl Realta auf die gesetzlichen Zuwendungen angewiesen. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die beiden Einrichtungen unter Christian Janett (1871–1945), Standesbuchhalter und mit Unterbrüchen 1915 bis 1941 Aufsichtskommissionspräsident, lange einem strengen Sparkurs unterstanden. Bis anfangs 1940 hatte der Kanton die Defizite der Anstaltsrechnungen nicht getragen, wie es in anderen Kantonen üblich war, sondern dem Anstaltsvermögen abgezogen.[152] Erst 1941 beschloss der Grosse Rat, die Betriebsausfälle der kantonalen Anstalten künftig von der kantonalen Verwaltungsrechnung tragen zu lassen.[153] Damit etablierte er das Prinzip der Defizitdeckung, das bis ins 21. Jahrhundert Bestand hatte. Erst nachdem die beiden Einrichtungen 2002 in die öffentlich-rechtliche Anstalt *Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR)* überführt wurden, sprach die Regierung nicht mehr explizit von einer Defizitübernahme, sondern einem Kantonsbeitrag «für eine erbrachte Leistung, die durch die Steuerzahlenden beglichen wurde».[154]

Die nachfolgende Auflistung des Kleinen Rats zeigt die dauerhafte Abhängigkeit von der kantonalen Finanzpolitik – die Anstalten, hier dargelegt am Beispiel Realta, schrieben in der Regel rote Zahlen (vgl. Tabelle 4). Der Anstieg der Defizite hatte sowohl mit erhöhten Kosten wie mit teilweise beschränkten gesetzlichen Zuwendungen zu tun.[155]

Die Tabelle veranschaulicht, wie wichtig die darin nicht enthaltenen gesetzlichen Zuwendungen waren. Diese gingen vereinzelt sogar über das Betriebsdefizit hinaus. In den Jahren 1924, 1929 und 1934 resultierte mit Einberechnung der Zuwendungen ein Überschuss, der zur Amortisation der «Bauschuld» eingesetzt wurde.[156] Realta startete 1919 mit einer «Bauschuldlast» von knapp einer Million Franken, rund doppelt so hoch wie diejenige des Waldhauses zu diesem Zeitpunkt. Mit den Umbauten und Zukäufen von 1924 lud sich die Anstalt weitere Schulden auf. Diese betrugen 1927 annähernd 1.4 Millionen Franken.[157] Um die Verschuldung einzudämmen, beschloss die Regie-

147 Jahresbericht Realta 1919, S. 179.

148 Die Teuerungszulagen bei Beamten, Anstaltsgeistlichen und dem Wach- und Dienstpersonal beliefen sich 1919 auf 15'650, 1920 nur noch auf 1'735 Franken. Vgl. Jahresbericht Realta 1919, S. 179, 1920, S. 173–174. Jahresrechnung 1919, S. 20, 1920, S. 7–8, 12 (GF 77, Staatsrechnung des Kantons Graubünden 1919–1924).

149 Vgl. beispielhaft Verordnung über die Verpflegungskosten und Extraleistungen in den kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus und Realta und im Altersheim Rothenbrunnen, vom Kleinen Rat erlassen am 5. Dezember 1947; Jahresbericht Realta 1920, S. 173–174; Weber/Winklehner (1969), S. 30.

150 Taxordnung für die Heilanstalten Waldhaus und Beverin und für das Altersheim Rothenbrunnen, vom Kleinen Rat erlassen am 5. April 1965.

151 Jahresbericht Realta/Beverin 1965, S. 15.

152 Vgl. Budgetbeschluss des Grossen Rates, zit. in: Jahresbericht Waldhaus 1941, S. 166; StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 56.

153 Vgl. Budgetbeschluss des Grossen Rates, zit. in: Jahresbericht Waldhaus 1941, S. 166.

154 Jahresbericht Waldhaus 2000, S. 3. Mit dem Inkrafttreten des Psychiatrie-Organisationsgesetzes 2002, das die Loslösung der PDGR aus der kantonalen Verwaltung markierte, wurde eine Übernahme der Defizite der «engeren Betriebsrechnung» der PDGR von 100 Prozent festgehalten und im Krankenversorgungsgesetz (Art. 18, Abs. 1 lit. C und Art. 45) festgeschrieben.

155 Verwaltungsarchiv Beverin: Verwalter Fritz Spielmann: Die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik Beverin, in: Hospitalis 45/8 (August 1975), S. 429. Vgl. weiter Nahaufnahme 4.

156 Jahresberichte Realta 1924: 28'000 Franken Vermögensvorschlag, 1929: 146'000 Franken Vermögensvorschlag und 1934: 95'000 Franken Vermögensvorschlag. 1929 erhielt die Anstalt allein von der Graubündner Kantonalbank 185'000 Franken. Der Reinertrag der Jagd brachte 78'000 Franken, derjenige der Fischerei 18'000 Franken. Hinzu kam ein Bundesbeitrag im Umfang von 1'000 Franken an die «Bauschuld» am «Kolonistenhaus».

157 Vgl. Jahresbericht Realta 1927.

Jahr	Einnahmen (Total)	Ausgaben (Total)	Defizit (ohne Amortisations-zahlungen)
1919	375’000*	475’000	100’000*
1924	351’000	503’000	152’000
1929	403’000	539’000	136’000
1934	409’000	538’000	129’000
1939	428’000	604’000	176’000
1944	788’000*	1’253’000*	465’000
1949	1’107’000	1’496’000*	323’000
1954	1’286’000	1’715’000	429’000*
1959	1’579’000	2’338’000	759’000
1964	1’944’000	2’915’000	971’000
1967	3’004’000	3’996’000	992’000
1968	3’161’000	4’098’000	937’000

Tabelle 4: Entwicklung der Rechnung der psychiatrischen Anstalt Realta/Beverin (in CHF), ohne gesetzliche Zuwendungen

Anmerkung: Ab 1949 umfasst die Tabelle nur noch Angaben zur psychiatrischen Anstalt. Die Rechnungen des Altersheims Rothenbrunnen, der Arbeitserziehungsanstalt (später Verwahrungsanstalt) und des Gutsbetriebs sind darin nicht mehr berücksichtigt. Der Betrieb der psychiatrischen Abteilungen war der deutlich grösste Kostenpunkt. Die Angaben sind auf die viertletzte Ziffer gerundet. Die mit einem Stern versehenen Zahlen sind ergänzt, da der Kleine Rat bei diesen Zahlen eine falsche Angabe aus den Jahresberichten übertragen hat.

Quelle: Botschaft des Kleinen Rates an den Grossen Rat 9/1969: 23. Ausbau der Psychiatrischen Klinik Beverin, Chur, den 22. September 1969, S. 310.

rung, zwischen 1927 und 1932 jährlich einen zusätzlichen «ausserordentliche[n] Beitrag aus dem Reinertrag der Kantonalbank zur Amortisation der Bauschuld» auszusprechen, der sich jeweils zwischen 40’000 und 90’000 Franken bewegte.[158]

Das Ringen um gesetzliche Zuwendungen und die Vorzüge eines Gutsbetriebs

Die gesetzlichen Zuwendungen und deren Verteilung auf die beiden Einrichtungen standen im Laufe des 20. Jahrhunderts immer wieder zur Diskussion. In den frühen 1920er Jahren debattierte die Aufsichtskommission darüber, ob nicht die Jagderträge künftig zwischen den Anstalten

158 Jahresberichte Realta 1927, S. 199, 1928, S. 225, 1929, S. 227, 1930, S. 241, 1931, S. 247, 1932, S. 200.

Jahr	Waldhaus	Realta
1921	51’000	52’000
1922	17’000	16’000
1937	33’000	118’000
1947	19’000	133’000
1958	31’000	22’000
1979	8’000	87’000
1980	17’000	83’000
1981	15’000	113’000
1985	24’000	114’000
1986	11’000	134’000

Tabelle 5: Entwicklung der Einnahmen aus den Gutsbetrieben (in CHF)

Anmerkung: Die Angaben sind auf Tausender gerundet.

Quellen: Jahresrechnungen Realta/Beverin 1921–1986. Für die Jahre 1979–1986 siehe Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verwalter Peider Ganzoni: Neu- und Umbau Psychiatrische Klinik Waldhaus, Übersichts-Statistik/Verlust bzw. Ertragsentwicklung, Chur, 24.04.1987; StAGR IV 10 b 5: Landwirtschaft, Gutsbetrieb, Liegenschaften: Gutachten über den Landwirtschaftsbetrieb der kantonalen Anstalten Realta, Chur 8.8.1952.

Waldhaus und Realta aufgeteilt werden sollten.[159] Das Gremium hatte den durchaus berechtigten Eindruck, dass Realta trotz grösserer «Bauschuld» vom Kanton finanziell besser unterstützt werde. Doch nicht nur die Staatsbeiträge legten diese Vermutung nahe. Realta sei auch «financiell besser gestellt», da es «mit einem grossen Landbesitz ausgerüstet» sei, «der sich als Kulturland stetig mehrt und immer mehr wachsende Erträge abwirft», so die Einschätzung eines Mitglieds der Aufsichtskommission.[160] Das Waldhaus hingegen habe einen «abgeschlossenen Landbesitz», mit dem in schwächeren Erntejahren nicht einmal der anstaltsinterne Milchbedarf gedeckt werden könne. Tatsächlich divergierten die Erträge der Gutsbetriebe im Laufe des 20. Jahrhunderts immer stärker (vgl. Tabelle 5). Durch das betriebseigene Gut konnten die Preise für Lebensmittel, die in den Verpflegungskosten eingeschlossen waren, sehr tief gehalten werden.[161]

159 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 24. November 1921, S. 225–226.

160 Ebd.

161 Da die Regierung die Verpflegungskosten für beide Anstalten gleichermassen festlegte, kam dieser preissenkende Faktor beiden Einrichtungen zugute. Vgl. Verwaltungsarchiv Beverin: Verwalter Fritz Spielmann: Die wirt-

Die Aufsichtskommission führte 1921 die aus ihrer Sicht bis anhin akzeptablen Rechnungsabschlüsse des Waldhauses auf die Überfüllung der Anstalt und die vergleichsweise hohe Zahl an Patientinnen und Patienten der 1. und 2. Klasse zurück. Durch die Eröffnung des Asyls Realta gingen jedoch die Patientenzahlen stark zurück. Zudem verarmten in der Kriegszeit viele Pensionäre und Privatpatienten, die sich daraufhin zwangsläufig in die 3. Klasse umschreiben lassen mussten. Dasselbe galt für Personen, die durch ihre Angehörigen unterstützt wurden, die sich nun nicht mehr dazu in der Lage sahen, eine bessere Klasse zu finanzieren.[162] Diese Entwicklungen und die allgemeine Verteuerung des Anstaltsbetriebs liessen die Aufsichtskommission befürchten, dass das Waldhaus in den Folgejahren in eine Defizitspirale geraten könnte.[163] Die Regierung entsprach 1937 dem Antrag zur Revision des Jagdgesetzes und damit einem angestrebten Ausgleich zwischen den beiden Anstalten.[164]

In den 1940er Jahren stand der Gutsbetrieb im Domleschg kurzzeitig auf der Kippe. Der landwirtschaftliche Betrieb der Staatsdomäne Realta war defizitär. Der Gutsbetrieb wurde auf den Prüfstand gestellt, blieb aber schliesslich erhalten. Noch 1969 trug der Betrieb wesentlich zur Anstaltsversorgung bei. Realta konnte sich auf diese Weise vollständig mit Milch, Kartoffeln, Fleisch und Gemüse selbstversorgen.[165] Diese Erträge waren vor allem das Ergebnis der Arbeiten der «korrektionellen» Insassen und weniger der Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Abteilungen. Dieser Logik entsprechend wurde der Gutsbetrieb mit der Trennung von Psychiatrie (Beverin) und Strafanstalt (Realta) 1991 letzterer übergeben. Das Waldhaus hingegen führt heute noch eine Gärtnerei, in der Patientinnen und Patienten der Klinik sowie Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnstätten für Menschen mit einer psychischen Behinderung arbeiten können. Die Führung des Gutsbetriebs übertrug die Regierung allerdings per 1. Januar 2014 dem landwirtschaftlichen Bildungs- und Beratungszentrum Plantahof. Spätestens als die Kliniken 2002 aus der kantonalen Verwaltung herausgelöst wurden, gehörte das Führen eines Gutsbetriebs endgültig nicht mehr zu ihrem Kerngeschäft. Im Entscheid von 2013 legte die Regierung jedoch fest, dass der ehemalige Gutsbetrieb weiterhin den PDGR «für therapeutische Zwecke zur Verfügung stehen soll».[166]

2.2 Die Anstaltspsychiatrie bis 1960: Zwischen Stagnation und Aufbruch

2.2.1 Beruhigung, Beschäftigung und Unterhaltung: Ruhigstellung und Therapie bis in die 1940er Jahre

Das Behandlungsangebot in der Bündner Psychiatrie war, wie andernorts auch, lange sehr begrenzt. Im frühen 20. Jahrhundert hielten Anstaltspsychiater ihre Patientinnen und Patienten primär zur Arbeit und Beschäftigung an. Die damaligen Beschäftigungsfelder dienten aber kaum arbeitstherapeutischen Zwecken. Zu den geläufigen Beruhigungsmassnahmen gehörten die Bädertherapie und das Verabreichen von Schlafmitteln und anderen Medikamenten, im Notfall wurden auch mechanische Zwangsmassnahmen eingesetzt (Isolationen, Zwangsjacken, Deckelbäder). Im Zentrum des Bündner Psychiatrieprogramms standen also Beruhigung, Beschäftigung und Zerstreuung der Patientinnen und Patienten. Psychotherapeutische Ansätze, die um 1900 an Popularität gewannen, liessen sich zudem kaum in den Behandlungsalltag integrieren. Bis 1940 waren in beiden Anstalten jeweils nur zwei Ärzte für zeitweise über 300 Patienteninnen und Patienten zuständig. Die Möglichkeit für individuelle oder Gespräche in Gruppen war notgedrungen auf ein Minimum begrenzt. In den 1930er Jahren gelangten erste physische Schockkuren, die auf unterschiedlichen technischen oder medikamentösen Hilfsmitteln basierten, schrittweise nach Graubünden.[167] Ihr systematischer Einsatz setzte aber erst in den 1940er Jahren ein, hauptsächlich bedingt durch

schaftliche Entwicklung der Klinik Beverin, in: Hospitalis 45/8 (August 1975), S. 429.

162 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 24. November 1921, S. 225–226.

163 Selbst in der Erhöhung der Verpflegungstaxen sah die Kommission nicht ausreichend Abhilfe geleistet. Diese waren im kantonalen Vergleich offenbar sehr tief angesetzt. Die Regierung stufte sie «unter der jeder andern Krankenanstalt ein» und führte dazu weiter aus: «Weil wir in der Hauptsache arme Leute beherbergen, beziehen wir für die Grosszahl der Kranken auch nur die Minimaltaxe». Vgl. Botschaft Kleiner Rat Heft 3/1925, S. 254.

164 Vgl. beispielhaft Jahresberichte Waldhaus 1937, 1941.

165 Weber/Winklehner (1969), S. 34.

166 Vgl. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Juni 2013, Nr. 537.

167 Darunter sind etwa Kuren mit Malaria-Erregern, Schlafmitteln, Insulin, Cardiazol (kreislaufstimulierendes Mittel) und Elektroschocks zu verstehen. Siehe dazu Kapitel 3.3.

Führungswechsel in den ärztlichen Leitungen (vgl. ausführlich: Kapitel 3). Im Folgenden stehen die Therapieansätze vor der Etablierung dieser biologistischen Behandlungskonzepte im Fokus.

Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: ein komplexes Begriffsfeld

Um Aspekte des «Zwangs» im Anstaltsalltag identifizieren zu können, ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, wie komplex und vielschichtig der Begriff innerhalb der Psychiatrie verwendet wurde. Diskussionen um Formen und Grenzen von Zwang begleiten die Anstaltspsychiatrie – noch stärker als andere soziale und therapeutische Einrichtungen – seit ihrer Institutionalisierung in der Zeit der Aufklärung. Die Kritik an Zwangsausübungen in der Psychiatrie überwog. Entschieden an Dringlichkeit gewann die Debatte um Zwangsmassnahmen Ende der 1830er Jahre, als John Conolly (1794–1866), britischer Arzt und Psychiatriereformer, im Londoner Hanwell-Asyl das sogenannte «No-Restraint-Prinzip» einführte, ein Behandlungskonzept, das Zwangsmassnahmen und die dafür nötigen mechanischen Apparaturen per Definition ausschloss.[168] Bald aber realisierte Conolly, dass er zur Gewährleistung des Fremd- und Selbstschutzes in seiner Anstalt nicht auf freiheiteinschränkende Massnahmen verzichten konnte. Ketten und Handschellen wurden ersetzt durch reissfeste Kleider und sogenannte «Seklusionen», Isolierungen der «aufgeregten» oder «tobenden» Kranken in Einzel- oder Polsterzellen.[169] Nach diesem Ansatz wurden Arbeitsprogramme und Bildungsangebote kombiniert mit strenger Anstaltsorganisation und Überwachung. Über Deutschland gelangte das «No-Restraint-Prinzip» 1870 in die Zürcher psychiatrischen Anstalten Rheinau und Burghölzli, von wo aus es sich in der gesamten Schweiz verbreitete. So hielt auch der erste Waldhaus-Direktor Johann Joseph Jörger im Jahresbericht seines ersten Amtsjahres (1892) programmatisch fest, die Behandlung der Patientinnen und Patienten «den Grundsätzen des Norestraint» zu unterstellen, bei «Gewalttätige[n]» und «Zerstörungssüchtige[n]» unter Umständen jedoch vorübergehend auf Isolationsmassnahmen zurückzugreifen.[170]

Die zeitgenössische Fachliteratur verstand «körperbezogene Schockkuren», «Alkoholvergällungskuren» oder Psychopharmaka nicht als Zwangsinstrumente, weil mit ihnen ein therapeutisches Anliegen verfolgt wurde. Eine umfassende Studie über Zwangseingriffe im Zürcher Burghölzli zeigt jedoch, dass Mitte des 20. Jahrhunderts neue Formen von Zwang entstanden, die häufig tabuisiert wurden. Diese betrafen weniger die «mechanical restraints» (z. B. Fixierungen), die nach wie vor Schockkuren oder Psychopharmaka-Behandlungen begleiten konnten, sondern die Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten. Die Frage nach Persönlichkeitsrechten rückte insbesondere bei irreversiblen Eingriffen wie den Leukotomien oder Sterilisationen ins Zentrum. Einzig der Kanton Waadt kannte seit 1928 ein Sterilisationsgesetz, das Eingriffe ohne explizite Einwilligung der Betroffenen erlaubte. In Graubünden benötigten solche Eingriffe eine schriftliche Einwilligung der betroffenen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters. Eine solche Unterschrift konnte unter Umständen aber auch durch Druckmittel erwirkt werden, etwa durch Beeinflussung, Drohung oder einen sogenannten Gütertausch (z. B. Behandlung gegen Entlassung). Demzufolge wäre eine Darstellung verkürzt, die den Zwangsbegriff in der Psychiatrie auf eine rein physische Dimension reduzieren würde. Diese Formen situativer Einschränkung der persönlichen Freiheit versteht die heutige Psychiatrie als «informellen Zwang». In den letzten Jahrzehnten entwickelte die Psychiatrie eine höhere Sensibilität für Zwangsanordnungen wie Zwangseinweisungen, Isolationen und therapeutische Massnahmen, die unter Zwang angewendet wurden. Diese Sensibilisierung äusserte sich auch in Vorschriften zur Protokollierung solcher Situationen (vgl. Kapitel 6.2.4 und 6.2.5).[171]

Behandlungspraktiken der Psychiatrie haben im Gegensatz zu anderen medizinischen Disziplinen ungleiche Voraussetzungen. Bei psychisch kranken Menschen ist die Wahrscheinlichkeit hö-

168 Die umstrittene Schrift von Conolly lautete «Treatment of the insane without mechanical restraints», vgl. Conolly (1856).

169 Meier (2002), S. 12–13. Die Anwendung und Bedeutung von Isolationsmassnahmen ist nach wie vor Gegenstand reger Diskussionen, vgl. beispielhaft Abderhalden / Needham (2001).

170 Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 5.

171 Ebd., S. 14. Klaus Ernst, früherer Direktor der PUK-Zürich, schrieb der transparenten und statistischen Registrierung von Zwangsmassnahmen auch erzieherischen Wert zu, da sie Zwangsaspekte beständig in das Bewusstsein des ärztlichen und Pflegepersonals rufe. Zudem sprach er der Dokumentierung der Zwangsmassnahmen «Bremswirkung» auf deren Quantität zu. Vgl. Ernst (1981), S. 302.

her, dass ihnen die Krankheitseinsicht fehlt und sie den Sinn therapeutischer Massnahmen nicht richtig interpretieren und daher missbilligen. Schizophrene Patientinnen und Patienten, denen durch den Verlust des rationalen Denkens der Anschluss an die Gesellschaft und ihre Kommunikationsmuster entgleitet, werden sich kaum für Massnahmen bereit erklären (können), die eine vorübergehende Freiheitseinschränkung mit sich ziehen. Teilweise integrieren die Patientinnen und Patienten auch die freiheitseinschränkenden Massnahmen in ihre Wahnvorstellungen. Die Problematik, mit dem Ziel einer längerfristigen Genesung vorübergehend gegen den Willen von Personen zu handeln, tritt in der Psychiatrie mit ihren inhärenten Spannungen besonders häufig auf. Zudem nahmen Behörden und ärztliches Personal die Deutungen und Handlungen der Betroffenen (Widerstände, Rekurse) häufig als Ausdruck von deren Krankheit wahr und fühlten sich dadurch in ihrer Ansicht bestärkt, dass die Betroffenen um ihrer selbst willen stationär zu behandeln seien.

«Wer sich einigermassen dazu eignete, wurde zur Arbeit verwendet»

Arbeit und Beschäftigung bildeten von Beginn an zentrale Pfeiler der beiden Bündner Kliniken. Bei der Standortwahl der beiden Kliniken spielte es eine wichtige Rolle, dass jeweils anliegend ein Gutsbetrieb zur Verfügung stand. Das Modell der Arbeitstherapie dominierte den Alltag, allerdings verfolgten die Einrichtungen lange keinen eigentlichen therapeutischen Anspruch. J. J. Jörger setzte sich im ersten Jahresbericht von 1892 programmatisch das Ziel, so viele Patientinnen und Patienten wie nur möglich beschäftigen zu wollen. Dieselbe Ausrichtung legte Fritz Tuffli 1919 für das Asyl Realta fest, betonte dabei aber zusätzlich, dass die Beschäftigung freiwillig zu erfolgen habe. Bis zu seinem altersbedingten Abgang 1940 blieb dieses Behandlungskonzept das zentrale Therapieprogramm.

> *J. J. Jörger: «Wer sich einigermassen dazu eignete, wurde zur Arbeit verwendet. Die Beschäftigung der Kranken bestand neben den laufenden Hausarbeiten hauptsächlich in Arbeiten bei der Landwirtschaft und in den Gärten.»*[172]

> *Fritz Tuffli: «Die Beschäftigung ist für Geisteskranke die vornehmste Medizin. Keiner wird aber dazu gezwungen».*[173]

Die zugeteilte Arbeit folgte dabei geschlechterspezifischen Rollenzuschreibungen. Während Frauen nähten, strickten, flickten und in der Küche und Lingerie arbeiteten, wurden die Männer in der Regel in der Landwirtschaft, auf dem Feld und im Garten beschäftigt.[174] Beide Anstalten verfügten über einen Gutsbetrieb, der jeweils unter der Leitung eines Verwalters stand und verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten bot. Der dem Asyl Realta zugehörende Gutsbetrieb war ungleich grösser und umfasste über 300 Hektaren. Die Ausrichtung auf geregelte Arbeit und Beschäftigung der Patientinnen und Patienten spiegelte sich auch in den Instruktionen für das Wart- beziehungsweise Pflegepersonal:

> *1910: «Da zur Heilung der Geisteskranken ihre Beschäftigung mit Arbeiten notwendig ist, so sollen die Wärter sie hiezu auffordern, sie gütlich anhalten und ihnen mit gutem Beispiel vorangehen.»*[175]

> *1933: «Die regelmässige und geordnete Beschäftigung der Kranken ist eine der vornehmlichsten Aufgaben der Behandlung in der Anstalt. Das Personal soll die Kranken hiezu immer wieder auffordern, sie gütlich anhalten und ihnen mit gutem Beispiel vorangehen und dadurch im Sinne der «Arbeitstherapie» gemäss ärztlichen Anordnungen zur Behandlung der Kranken so viel als möglich beitragen.»*[176]

Vieles in den Weisungen änderte sich in diesen 23 Jahren nicht, nur der Begriff der «Arbeitstherapie» etablierte sich. Grundsätzlich ist das im Vergleich zu anderen psychiatrischen Anstalten dieser Zeit keine Besonderheit. Die «Arbeitstherapie» hat eine lange Tradition und galt in der Schweiz bis in die 1960er Jahre als die am häufigsten angewandte Behandlungsmethode im psychiatrischen Anstaltsalltag.[177] Dabei konnte sie aber verschieden interpretiert und angewendet

172 Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 5.

173 Jahresbericht Realta 1919, S. 175–176.

174 Jahresberichte Waldhaus 1893, S. 4–6, 1894, S. 124.

175 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal Waldhaus, 1910, Art. 7.

176 StAGR V 13 e 1: Instruktionen für das Pflegepersonal Waldhaus und Realta, 1933, Art. 13.

177 Germann (2007); vgl. weiter Galle (2016), S. 651.

werden. Es machte beispielsweise einen grossen Unterschied, ob die Aktivität, das Kreative und der Gewinn von Kompetenzen und praktischen Fähigkeiten im Fokus standen, oder ob das Endprodukt aus der Arbeitstherapie als Bestandteil des Betriebshaushalts einberechnet wurde.

Bei vielen der früher als therapeutisch wirksam angepriesenen Arbeiten im Waldhaus, die lange als «beste Medizin» und «ausgezeichnetes Heil- und Beruhigungsmittel» bezeichnet wurden, lässt sich aus der Retrospektive kaum ein messbarer therapeutischer Nutzen feststellen.[178] Arbeit war primär von ökonomischer Bedeutung. Die Arbeitsleistungen der Patientinnen und Patienten wurden nicht entlohnt und kamen direkt dem Betriebshaushalt zugute. Die Direktoren der beiden psychiatrischen Einrichtungen waren statutarisch nur dazu ermächtigt, Personen der 3. Klasse «zur Aufmunterung kleine Belohnungen zukommen zu lassen» (z. B. Rauchwaren).[179] Ein externes Expertengutachten von 1945 über die betrieblichen Verhältnisse im Waldhaus, das an späterer Stelle dieses Kapitels näher beleuchtet wird, kritisierte die Arbeitsaufträge scharf.

> *«Man erhält den Eindruck, die Kranken würden in erster Linie nach den Bedürfnissen der Anstalt zur Arbeit eingesetzt, während die modernen Bestrebungen der Arbeitstherapie dahingehen, den Heilzweck der Beschäftigung in den Vordergrund zu stellen ohne Rücksicht auf den dem Anstaltsbetrieb damit geleisteten Dienst. Dieser soll erst in zweiter Linie eine Rolle spielen.»*[180]

Fluchtversuche während der Arbeit im Freien waren keine Seltenheit.[181] Sie waren eine Form des Widerstands, etwa gegen die Einweisung, die Behandlung in der Anstalt oder die Arbeit, die als Zwang erlebt wurde. Johann Benedikt Jörger (1886–1957), Sohn von J. J. Jörger und von 1930 bis 1946 Direktor des Waldhauses, nahm das Risiko einer Flucht ausdrücklich in Kauf, da er möglichst viele Patientinnen und Patienten ausserhalb der Anstaltsmauern beschäftigen wollte: «Wollen wir aber unsern Kranken möglichst viel Gelegenheit geben, arbeiten zu können, so müssen wir eben das Risiko einer Flucht in diesem oder jenem Falle tragen».[182] Zumindest im Zusammenhang mit der Arbeitstherapie befürwortete Jörger junior bereits in den frühen 1930er Jahren den Grundsatz, «Türen und Tore wo nur möglich zu öffnen».[183]

Aus Sicht der Anstalt eigneten sich jedoch nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermassen für die anfallenden Arbeiten. Die Abteilungen für «unruhige Kranke» waren im Waldhaus stets stark besetzt und es gab laut J. B. Jörger in Graubünden kaum Industrien, die für diese Patientengruppe «passende Materialien zur Verarbeitung abgeben könnten».[184] Gleichzeitig war es aber erklärtes Ziel, die Beschäftigung auf alle Patientengruppen auszuweiten, auch auf diejenigen, die von der ärztlichen Leitung als unruhig, eingeschränkt oder gefährlich eingestuft wurden. Deshalb verkündete Jörger 1932 mit Begeisterung, eine Fabrik gewonnen zu haben, die der Anstalt «Papierabfälle zum Sortieren» liefern würde. «Damit verzeichnen wir im Sinne der Arbeitstherapie eine überaus wertvolle Bereicherung der Möglichkeiten, auch Kranke, denen man keine Instrumente in die Hand geben kann oder solche, die nur sehr einfache Arbeit verrichten können, in angenehmer Weise zu beschäftigen.»[185] Bei Arbeitsaufträgen dieser Art stellt sich aber erneut die Frage, inwieweit hier ein arbeitstherapeutisches Anliegen verfolgt oder nicht doch allein um der Arbeit willen gearbeitet wurde. Jörger zeigte sich in erster Linie erfreut darüber, die «Arbeitslosen» der Anstalt «auf einen kleinen Prozentsatz beschränk[t]» zu haben.[186] Geregelte Arbeit und Beschäftigung wurde auch als ein probates Mittel angesehen, der drohenden

178 Erstes Zitat siehe Jahresbericht Waldhaus 1922, S. 157, zweites Zitat Jahresbericht Waldhaus 1894, S. 124.

179 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 57. Derselbe Wortlaut findet sich in den revidierten Statuten von 1917, vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 53.

180 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 14.

181 Im Jahre 1894 waren es beispielsweise 13 registrierte Fluchtversuche, Jahresbericht Waldhaus 1894, S. 124.

182 Jahresbericht Waldhaus 1931, S. 253.

183 Im Jahresbericht von 1931 wurde festgehalten, dass sich «die ‹offene Männerabteilung bestens bewährt» habe, wie auch «der vermehrte ‹freie Ausgang› an Sonn- und Feiertagen». Vgl. ebd., S. 253.

184 Zitat siehe Jahresbericht Waldhaus 1933, S. 228–229.

185 Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 206. 1946 waren «mindestens ¾ aller Kranken und häufig sogar mehr beschäftigt». Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 195. Zuvor mangelte es «an billigen Arbeitsstoffen», so Jörger senior. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1917, S. 167. Aus mehreren Jahresberichten J. J. Jörgers wird jedoch deutlich, dass sich auch die Überbelegung der Anstalt negativ auf die Arbeitstherapie auswirkte.

186 Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 206. Wie viel Geld die Anstalt für die externen Arbeitsaufträge erhielt, konnte im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden.

Langeweile des monotonen Anstaltsalltags und damit einer potentiell gereizten Stimmung entgegenzuwirken.

Ein ähnliches Bild herrschte offenbar auch im Asyl Realta. Direktor Tuffli wies auf die fehlenden finanziellen Ressourcen hin, die es ihm stark erschwert hätten, überhaupt ein therapeutisches Angebot entwickeln zu können. Dass es aber nicht nur eine Frage des Geldes war, zeigen die ersten arbeitstherapeutischen Umstellungen unter Hans Walther, der die Leitung der Anstalt 1940 übernommen hatte. Ähnlich wie J. B. und J. J. Jörger bemühte er sich, die Arbeitstherapie auf möglichst alle Krankenabteilungen auszuweiten. Da die Staatsdomäne Realta «unerschöpfliche Arbeitsmöglichkeiten» bot, vergrösserte er die Feld- und Gartengruppen und band auch «heiklere Patienten» in die Arbeit im Freien ein, die seiner Erfahrung nach einer erhöhten Aufsicht bedurften.[187] Intern etablierte er neben den Hausarbeiten weitere Betätigungsfelder, unter anderem Papierarbeiten für Papiersäcke und Briefumschläge sowie Buchbinderei und -druckerei.[188] Während durch einfachere Papierarbeiten der allgemeine Beschäftigungsgrad erhöht wurde, war die Buchdruckerei nach damaliger Auffassung ein Beschäftigungsfeld für «differenziertere Kranke».[189] Für die geplante Erweiterung der Arbeitsfelder war Walther auf gut qualifiziertes Pflegepersonal angewiesen – auch deshalb bemühte er sich um eine systematische Ausbildung des Personals (vgl. Kapitel 4.1).[190] Unter seiner Führung habe sich die Anstaltsatmosphäre grundlegend gewandelt, schrieb er selbst in seinem ersten Jahresbericht:

> *«[B]ereits war eine deutliche Wirkung auf das allgemeine Bild des Anstaltslebens und das Verhalten der Kranken zu verzeichnen. Die Wirkung der Arbeitstherapie und ihre Notwendigkeit sind zu bekannt und erprobt, um die Einführung derselben weiter begründen zu müssen.»*[191]

Walthers Nachfolger Oskar Pfister, der die Anstalt von 1946 bis 1952 leitete, setzte den eingeschlagenen Weg fort. Unter seiner Leitung stiegen die Beschäftigungszahlen in den psychiatrischen Abteilungen weiter an und die arbeitstherapeutischen Angebote wurden ausgebaut.[192] Neben landwirtschaftlichen Aufgaben umfassten sie für Männer neu auch Beschäftigungen in Schlosserei, Schreinerei, Malerwerkstatt und als Maurer- sowie Schuhmacherhilfe, während bei den Frauen neben Haus- und Reinigungsarbeiten auch Tätigkeiten in Küche und Gemüserüsterei, beim Flicken und Stricken eingeführt wurden. Stärker als seine Vorgänger verstand Pfister die geregelte Beschäftigung als Instrument zur Ablenkung von der eigenen Krankheit, die das Selbstwertgefühl heben sollte:

> *«Die möglichst intensive Beschäftigung aller Insassen [hat] eine nicht hoch genug einzuschätzende Besserung der Stimmung auf den Abteilungen gezeitigt. Schlägereien und Aufregungen aller Art sind bei uns sehr selten geworden, was offenbar damit zusammenhängt, dass die Arbeit die Patienten nicht nur von Wahnideen und trostlosem Grübeln ablenkt, sondern ihnen überdies das Gefühl einer Existenzberechtigung gibt und ihnen die Befriedigung verschafft, ein nützliches Tagewerk geleistet zu haben.»*[193]

Das angegliederte Altersheim Rothenbrunnen diente Pfister zum Vergleich. Da dort die «unausgefüllte leere Zeit» überwog, sei die Stimmung wesentlich schlechter.[194] Ein therapeutisches Anliegen wurde in beiden Bündner Anstalten erst seit den 1960er Jahren nachhaltig verfolgt, massgeblich durch die Etablierung von «Ateliers» und Arbeitsmöglichkeiten ausserhalb der Kliniken (vgl. Kapitel 5.1.2).

Dass die Arbeitsleistungen der Patientinnen und Patienten grundsätzlich nicht entlohnt wurden, stiess bei einzelnen kommunalen Fürsorgebehörden auf Unverständnis. Aus einem Schreiben des Waldhaus-Chefarztes Benedikt Fontana (*1926)

187 Jahresbericht Realta 1941, S. 160.

188 Ende 1941 waren in diesen Arbeitsbereichen knapp 40 Patienten beschäftigt. Vgl. Jahresbericht Realta 1941, S. 159–160.

189 Vgl. Jahresbericht Realta 1941, S. 159–160, siehe weiter Jahresberichte Realta 1942, S. 135, 1943, S. 150.

190 Jahresberichte Realta 1942, S. 135–136, 1943, S. 150–151.

191 Jahresbericht Realta 1941, S. 160.

192 Pfister sprach dabei ausschliesslich von den psychiatrischen Abteilungen. Auf der Männerseite stiegen die Beschäftigungszahlen bis 1951 auf rund 85 Prozent. Vgl. Verwaltungsarchiv Beverin: Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes Graubünden vom 4. Juni 1951 in Chur, Referat von Dr. O. Pfister, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Cazis 1951, S. 7.

193 Ebd.

194 Ebd., S. 8.

an das übergeordnete Sanitätsdepartement, das er 1980 als Reaktion auf die Beschwerde eines Patienten verfasst hatte, wird sichtbar, dass Armenbehörden um 1960 oft für arbeitende Patientinnen und Patienten ein geringeres Kostgeld bezahlen wollten als für jene, die als nicht arbeitsfähig eingestuft wurden.[195] Die Armenbehörden und Patientinnen und Patienten gingen zuweilen davon aus, dass sich die Arbeit ökonomisch ausbezahlt machte. Laut Fontana konnten sie in der Regel aber davon überzeugt werden, dass es sich «primär um Therapien und nicht um Leistungen an den Staat handle».[196] Realta-Direktor Pfister hingegen machte die prekäre Finanzlage des Kantons dafür verantwortlich, dass den Patientinnen und Patienten keine Löhne ausbezahlt wurden: «Leider erlauben die kantonalen Finanzen keine Entschädigung für die geleistete Arbeit».[197] Pfister wollte offenbar für die Arbeitstherapie einen Lohn bezahlen, führte aber finanzielle Gründe an, die das verhindert hätten. In Ausnahmefällen war es den Beamten (Direktor, Ärzte, Verwalter, Geistliche) erlaubt, Patientinnen und Patienten gegen eine Entschädigung für private Arbeitsleistungen einzusetzen.[198] Die Entschädigungen flossen jedoch in die Anstaltskasse, sie kamen also nur indirekt den betroffenen Patientinnen und Patienten zugute.[199]

Wenigstens wurden die Erträge aus den Produktverkäufen der Weihnachts-, Unterhaltungs- und Patientenkasse gutgeschrieben. 1949 veranstaltete das Waldhaus erstmals einen Weihnachtsbazar im Volkshaus in Chur, an dem es die Produkte aus der Arbeitstherapie, vor allem Erzeugnisse aus den Patientenwerkstätten, verkaufte.[200] Die Bazare gewannen im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer mehr an Bedeutung, nicht zuletzt auch als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit. Der ehemalige Pflegedienstleiter Armin Pirovino wollte in diesem Sinne den Bazar des Waldhauses Ende der 1970er Jahre auf das Klinikareal verlegen und damit die Besucherinnen und Besucher in die Klinik einladen. Mit dem grossen Festsaal, dem geräumigen Klinikareal und der Cafeteria verfügte man laut Pirovino über die optimalen Voraussetzungen, ausserdem fiele der Warentransport nach Chur weg. Offenbar bot man im Rahmen des Bazars auch einen Streichelzoo für die Kinder der Besucherinnen und Besucher an, so Pirovino weiter. Obwohl seine Idee anfänglich auf Widerstände stiess, veranstaltete die Klinik seit 1980 regelmässig Bazare auf eigenem Areal.[201] Mit den Bazaren hatten beide Kliniken die Möglichkeit, den Besucherinnen und Besuchern die Psychiatrie auf populäre Weise näherzubringen.

Die beiden Kliniken verfügten lange Zeit über verschiedene Fonds zugunsten der Patientinnen und Patienten, die mit Geldern aus den Bazar-Einnahmen, Zuwendungen und Legaten gefüllt wurden.[202] Die Regierung entschied sich 1988, diese Fonds zu je einem Patientenfonds pro Klinik zusammenzulegen.[203] Rund 50 Prozent der jährlichen Erträge speisten sich aus den Bazar-Einnahmen (also aus Erzeugnissen aus den Therapiearbeiten). Die zwei neuen Fonds waren zweckgebunden, sollten also nur den Patientinnen und Patienten zugutekommen, etwa für Freizeitgestaltungen und -einrichtungen, Weihnachtsgeschenke, die Therapieküche oder zur Unterstützung für «notleidende Patienten».[204] Das Fondsreglement schloss aber auch grössere Neubau- oder Sanierungsprojekte mit der Idee in den Fondszweck mit ein, dass die Anlagen im Endeffekt den Patientinnen und Patienten dienen würden.[205]

---

195 StAGR V 13 e 6: Schreiben Benedikt Fontanas an das Sanitätsdepartement, Chur, 28.04.1980, S. 1–2.

196 Ebd., S. 2.

197 Verwaltungsarchiv Beverin: Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes Graubünden vom 4. Juni 1951 in Chur, Referat von Dr. O. Pfister, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Cazis 1951, S. 7.

198 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 30. 1933 umfasste die Entschädigung 4 Franken pro Tag, siehe Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 28. Oktober 1933. Ob und wie häufig diese Option in Anspruch genommen wurde, konnte im Rahmen dieser Studie nicht geklärt werden.

199 Die Regelung widersprach den Vorschriften des Pflegepersonals. Diesem war es strikt untersagt, «Kranke und Mitangestellte zu eigenem Nutzen arbeiten zu lassen», vgl. StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung Waldhaus, 1910, Art. 8.

200 Jahresbericht Waldhaus 1949, S. 28.

201 Vgl. Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 01.15.35–01.16.35.

202 Die Fonds waren u. a. der Dr. Jörger-Fonds sowie der Weihnachts- und Unterhaltungsfond der Klinik Waldhaus und der Klinik Beverin. Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Aufsichtskommission für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und das Wohnheim Rothenbrunnen, Protokoll der 140. Sitzung vom 30. April 1992, Beilage Regierungsprotokoll 3195, Sitzung vom 19. Dezember 1988, mitgeteilt den 5. Januar 1989, S. 1.

203 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Aufsichtskommission für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und das Wohnheim Rothenbrunnen, Protokoll der 140. Sitzung, 30. April 1992, S. 2.

204 Ebd.

205 Ebd. Vgl. weiter Verwaltungsarchiv Waldhaus: Aufsichtskommission für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und das Wohnheim Rothenbrunnen, Proto-

Die Bäderbehandlung

Der Behandlungsalltag der beiden Anstalten war nicht nur auf die Arbeitstherapie reduziert. Ein weiterer zentraler Teil der Krankenbehandlung war der Badebetrieb. Im Asyl Realta kam diese Therapieform häufiger zur Anwendung als im Waldhaus.

Bäderbehandlungen waren in der Psychiatrie schon im 19. Jahrhundert verbreitet. Im frühen 20. Jahrhundert gewannen warme «Dauerbäder» an Bedeutung, in denen die Patientinnen und Patienten laut Realta-Direktor Tuffli «stundenlag, ja tagelang im Wasser» blieben und dabei unter ständiger Kontrolle und Beobachtung standen.[206] Tuffli bezeichnete sie als «grosse Wohltat», die «sehr beruhigend» wirke und von den Patientinnen und Patienten beim Auftreten von «Aufregung und Unruhe» auch eigens «verlangt» worden seien.[207]

Die Hinwendung zu «Dauerbädern» war keine spezifisch bündnerische Entwicklung, auch wenn sie dort etwas später erfolgte. Die warmen «Dauerbäder» begannen gegen Ende des 19. Jahrhunderts die balneologische Therapie in der Psychiatrie zu dominieren und waren auch im 20. Jahrhundert von Bedeutung.[208] Diese neue Art der Badetherapie konnte auch unter Zwang angewendet werden, etwa indem die Patientinnen und Patienten nur unter dem Einsatz von Sedativa überhaupt in die Wanne gebracht und in dieser gehalten werden konnten, oder indem die Badenden mit Badedeckeln oder Tüchern in der Wanne fixiert wurden. Sogenannte «Deckelbäder» waren bereits im 19. Jahrhundert neben Zwangsjacken eine geläufige Zwangsbehandlung. Dabei handelte es sich um hölzerne Badewannen, die mit einem Deckel verschliessbar waren und nur über eine kleine Öffnung für Kopf und Füsse verfügten. Speziell bei sehr unruhigen, «tobenden» Patientinnen und Patienten galten sie als Mittel zur direkten Ruhigstellung.[209]

Über das sinnvolle Ausmass von Zwangsmechanismen waren sich zeitgenössische Psychiater uneinig. Realta-Direktor Tuffli wie auch der namhafte deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926) sahen den beruhigenden Zweck des warmen Bads nur bei Einwilligung des Kranken erfüllt.[210] Andere hingegen hielten den Baddeckel für ein vertretbares Mittel zur Fixierung, bis der Widerstand der Patientinnen und Patienten gebrochen war und das warme Bad die erwünschte Beruhigung erbracht hätte.[211] Das «Dauerbad» an sich wies, von seiner baulichen Konstruktion her, nicht denselben Zwangscharakter auf wie ein «Deckelbad». Es konnte jedoch als Zwangsmassnahme angewendet werden.

Auch in den Instruktionen für das Waldhaus-Wartpersonal von 1910 wurden keine Zwangsvorrichtungen bei der Bäderbehandlung erwähnt.[212] Die knappe Formulierung suggeriert, dass primär die präzise Vorbereitung, die Pünktlichkeit der Applikation und die gründliche Beobachtung im Vordergrund standen. In den revidierten Instruktionen von 1933, die an das Pflegepersonal beider kantonalen Anstalten gerichtet waren, wurde dem Patientenwohl deutlich mehr Bedeutung eingeräumt. Die höhere Sensibilität für Patientenrechte könnte dabei eine Reaktion auf frühere Bäderbehandlungen gewesen sein, die betroffene Personen als Zwang erlebten.

Instruktionen 1910: «Die verordneten Bäder sind pünktlich zu verabreichen. Das Badwasser ist vor dem Gebrauch immer mit dem Thermometer zu messen. Kein Kranker darf im Bad allein gelassen werden».[213]

Instruktionen 1933: «Das Badewasser ist vor Gebrauch immer mit dem Thermometer zu kontrollieren und darf nur auf ausdrückliche Verordnung hin mehr oder weniger als 35 Grad Celsius messen. Kein Kranker darf allein im Bade gelassen werden. Es ist strengstens untersagt, heisses oder kaltes Wasser in eine Wanne fliessen zu lassen, wenn der Patient darin sitzt. Soll Badewasser nachge-

koll der 140. Sitzung vom 30. April 1992, Reglement für die Verwendung des Patientenfonds der Psychiatrischen Klinik Beverin, von der Regierung erlassen am 19. Dezember 1988. Das Reglement trat am 1. Januar 1989 in Kraft. «1. Grundsatz: der Patientenfonds dient dazu, besondere Bedürfnisse der Patienten der Klinik abzudecken».

206 Tuffli (1932), S. 19.

207 Ebd., S. 20.

208 Rohnert-Koch (2009), S. 117, 131, 197; siehe dazu auch Meier et al. (2002), S. 86–87.

209 In den schriftlichen Quellen der beiden Kliniken werden «Deckelbäder» nicht explizit erwähnt. Stattdessen sprachen die Direktoren und Verwalter generell vom «Badebetrieb», was aber nicht ausschliesst, dass darunter auch «Deckelbäder» gefasst wurden. Vgl. z. B. Jahresberichte Waldhaus und Realta 1919.

210 Tuffli (1932), S. 19; Kraepelin (1893), S. 20.

211 Rohnert-Koch (2009), S. 176. Auf jeden Fall standen die Bäder unter ständiger Beobachtung, da übermässig langes Verweilen im Wasser auch gesundheitsschädigende Folgen haben konnte.

212 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal Waldhaus, 1910, Art. 10.

213 Ebd.

füllt oder aufgefrischt werden so muss dieses ausserhalb der Wanne gemischt und mit dem Thermometer kontrolliert und dann erst in die Wanne geschüttet werden.»[214]

Für eine weitergehende Aussage über die Bäderpraxis der Bündner Anstalten wäre eine systematische Durchsicht der Patientenakten notwendig, die im Rahmen dieser Studie nicht geleistet werden konnte.

Die Behandlung mit warmen «Dauerbädern» war in baulicher und personeller Hinsicht äusserst aufwändig und teuer.[215] Allein der Bedarf an Badewannen, Baderäumen und Pflegepersonal bedeutete einen wesentlichen Mehraufwand. Hinzu kam der teure Erwerb von Heizmaterial, das gerade in Krisenzeiten Mangelware war. So waren beide Bündner Klinken von Versorgungsengpässen während des Ersten Weltkriegs betroffen. Der Mangel an Heizmaterial und die hohen Brennmaterialpreise zwangen die Anstalt dazu, zeitweilig die Behandlung mit warmen Bädern einzuschränken.[216] Im Asyl Realta hatte die Knappheit «erhebliche Übelstände zur Folge», sodass selbst die «gewöhnlichen Reinigungsbäder […] eingeschränkt werden» mussten.[217] Das Waldhaus wiederum reagierte auf den reduzierten Badbetrieb mit einer erhöhten Verabreichung von Beruhigungsmitteln aus der anstaltsinternen Apotheke, namentlich der «ziemlich ausgiebige[n] Anwendung von Schlafmitteln».[218] Zu dieser Zeit waren noch keine Psychopharmaka auf dem Markt erhältlich, die psychopharmakologische Wende der Psychiatrie erfolgte erst in den frühen 1950er Jahren (vgl. Kapitel 3.3).[219] Die medikamentöse Sedierung psychisch kranker Menschen reicht jedoch bis zu den Anfängen der psychiatrischen Anstalten zurück. Dabei handelte es sich in der Regel um Narkotika und Schlafmittel, die individuell sehr unterschiedlich wirkten, oft gravierende Nebenwirkungen hervorriefen und teils ein hohes Suchtpotential aufwiesen. Bei diesen Medikamenten konnte – und das unterscheidet sie grundsätzlich von den späteren Neuroleptika und Antidepressiva – keine eigentliche psychopharmakologische Wirkung nachgewiesen werden. Nach dem Ersten Weltkrieg intensivierte die Anstalt die Bäderbehandlung wieder. Nicht alleine deshalb, weil die Kriegsteuerungen im Rückgang begriffen waren, sondern auch weil J. J. Jörger und sein Personal «recht viele schwere Aufregungszustände zu bekämpfen hatten».[220] Ohnehin stellte Jörger eine Zunahme von unruhigen Patientinnen und Patienten fest, die «viele Bäder und Beruhigungsmittel» erfordert hätten.[221]

Unterhaltung und Freizeitgestaltung

Eine nicht zu unterschätzende Rolle im Anstaltsalltag, besonders im Waldhaus, das von den kulturaffinen Jörgers geführt wurde, nahm die Unterhaltung und Freizeitgestaltung ein. Jörger senior war es ein ausgewiesenes Anliegen, «geselliges Leben und Unterhaltung» zu fördern.[222] Er betonte in den Jahresberichten wiederholt die Bedeutung von Theateraufführungen, Konzerten, Tanzanlässen, Film- und Spielabenden, Gesangsübungen oder auch von Gottesdiensten und Christbaumfeiern.[223] Hinweise auf derartige Aktivitäten finden sich auch in anderen Anstalten dieser Zeit, von Bellechasse in Fribourg bis zum katholischen Mädchenheim Richterswil. Gesellige Anlässe, vor allem kirchliche Feste, wurden als Instrument genutzt, die Moral der Insassen zu heben und ein familiäres Zusammenleben zu fördern.

Seit 1930 verfügte das Waldhaus zudem über ein Radio mit sieben Lautsprecherstationen, das «für manche genussreiche Stunde» sorgte und zum Tagesprogramm gehörte, wie im Jahresbericht nachzulesen war.[224] Straff organisierte und reglementierte Unterhaltung wurde aber nicht nur von Externen, wie beispielsweise den Männerchören Chur und Masans geboten, sondern auch von Waldhaus-Bewohnerinnen und -Bewohnern selbst. J. J. Jörger und sein Sohn und Nachfolger J. B. Jörger studierten mit Angestellten sowie Patientinnen und Patienten Theaterstücke ein und brachten sie auf die anstaltsinterne Theater-

214 StAGR V 13 e 1: Instruktionen für das Pflegepersonal Waldhaus und Realta, 1933, Art. 19.
215 Vgl. dazu Rohnert-Koch (2009), S. 117, 135.
216 Jahresberichte Waldhaus 1917, S. 167; 1919, S. 185.
217 Jahresbericht Realta 1919, S. 178. Mit ähnlichen Problemen hatte das Waldhaus zur Zeit des Zweiten Weltkriegs zu kämpfen: «Die Einschränkungen, die der Krieg verursacht, griffen natürlich auch ins Anstaltsleben ein. Es mussten vor allem rigorose Massnahmen getroffen werden, um den Kohlenverbrauch so sparsam als möglich zu gestalten», Jahresbericht Waldhaus 1940, S. 160.
218 Jahresbericht Waldhaus 1918, S. 182.
219 Brandenberger (2012), S. 26–27, 95; Shorter (2003), S. 383.
220 Vgl. etwa Jahresbericht Waldhaus 1922, S. 157.
221 Jahresberichte Waldhaus 1923, S. 159, 1893, S. 7.
222 Jahresberichte Waldhaus 1901, S. 173, 1906, S. 188.
223 Jahresberichte Waldhaus 1892, S. 5, 1893, S. 7.
224 Jahresbericht Waldhaus 1930, S. 247.

bühne.[225] Der spätere Direktor Gottlob Pflugfelder (1915–2003) bemerkte, es sei Jörger juniors «künstlerischer Natur» zu verdanken, dass im Waldhaus in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine «familiäre Atmosphäre» geherrscht habe.[226] Auch das Pflegepersonal organisierte Unterhaltungsabende, deren Erträge teilweise den Patientinnen und Patienten zugutekamen.[227] Dass Unterhaltung auch in Realta nicht zu kurz gekommen sei, betonte 1931 der damalige Assistenzarzt Georg von Salis:

> *«Sie [die Patientinnen und Patienten] haben Lektüre und Spiele wie Domino, Halma, Karten, Boccia (italienisches Kugelspiel, im Freien), sie haben Radio, ferner von Zeit zu Zeit Konzerte, Lichtbildervorträge, Theater, Ball».*[228]

Ab den 1930er Jahren wurde eine Freizeitgestaltung jenseits der Anstaltsareale lanciert. Die beiden Einrichtungen unternahmen vermehrt Tagesausflüge mit den Patientinnen und Patienten, später auch mehrtägige Ausfahrten.[229] Der Zweck der Unterhaltung der Patientinnen und Patienten deckte sich bisweilen mit jenem der Arbeitstherapie. Pfister etwa sah in der Freizeitgestaltung ein Mittel «gegen Eintönigkeit und Vereinsamung».[230]

2.2.2 Von den Jörger'schen Direktorien zur modernen Psychiatrie

Die psychiatrische Anstalt Waldhaus stand in den ersten 54 Jahren ihres Bestehens unter der Leitung der Familie Jörger. Von 1892 bis 1930 führte J. J. Jörger die Anstalt, 1918 trat sein Sohn J. B. Jörger als Assistenzarzt in den Betrieb ein und übernahm schliesslich 1930 die Stelle seines Vaters, der altersbedingt abtrat. Dass die beiden Figuren das Waldhaus über Jahrzehnte hinweg nachhaltig prägten, scheint angesichts des knappen ärztlichen Personals logisch – das Waldhaus verfügte bis 1946 nur über eine Chef- und eine Assistenzarztstelle. Von 1918 bis 1930 hatten diese zwei Positionen parallel J. J. und J. B. Jörger inne.

J. J. Jörgers Vererbungsforschung: Psychiatrische und gesellschaftliche Dimensionen

Jörger senior gewann über die Kantons- und Landesgrenzen hinaus vor allem Bekanntheit durch seine «Psychiatrischen Familiengeschichten», erbbiologische Abhandlungen über sogenannte Bündner «Vagantensippen».[231] Die Arbeit daran begann er lange vor seinem Amtsantritt als Waldhaus-Direktor. Bereits 1886 befasste er sich mit einer angeblichen «Vagantenfamilie» aus seiner eigenen Heimatgemeinde Vals, die er nullifizierend als «Familie Zero» bezeichnete.[232] Die Untersuchung zielte darauf ab, das als abweichend taxierte Verhalten der Familie wissenschaftlich zu erklären. Sein Kernanliegen kreiste um die Fragen, ob und inwiefern der «vagierende» Lebensstil Grund für die vielen «Entartungen», namentlich «Vagabundismus, Alkoholismus, Verbrechen, Unsittlichkeit, Geistesschwäche und Geistesstörung, Pauperismus», seien und wie sich diese Eigenschaften über Generationen weitervererbten.[233] Jörgers Ausführungen und Deutungsmuster waren stark erbbiologisch beeinflusst. So sprach er etwa von «jahrhundertlangen Schädigungen», aus denen sich ein «unheilvolles Erbe von moralisch-ethischem Schwachsinn angehäuft» habe.[234] Den Alkoholismus bezeichnete er dabei als entscheidenden Faktor für die Degeneration. Dies in einer Zeit, in der der Konsum von Alkohol zunehmend sozialpolitisch problematisiert wurde.[235]

Die genealogischen Untersuchungen bildeten den Kern seiner populärwissenschaftlichen Ar-

225 Vgl. z. B. Jahresbericht Waldhaus 1913, S. 200.
226 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gottlob Pflugfelder: Aus der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, 1970, S. 5.
227 Jahresbericht Waldhaus 1957.
228 Salis (1931), S. 11.
229 Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 206.
230 Jahresbericht Waldhaus 1951, S. 48–49.
231 Zu J. J. Jörgers Vererbungsforschung gibt es einen umfangreichen Forschungsstand, vgl. Galle (2016), Galle/Meier (2009), Dazzi (2008), Galle (2008), Huonker (1990), Mornaghini-Zweidler (1975).
232 Vgl. Jörger J. J. (1905b). Die Arbeit wurde bereits 1896 fertiggestellt.
233 Jörger J. J. (1905b), Zitate auf S. 495–497, zit. nach Galle (2016), S. 209. Der «Blutsverwandtschaft» einzelner Familienangehöriger wurde keine allzu grosse Bedeutung beigemessen.
234 Jörger J. J. (1905b), S. 497, zit. nach Galle (2016), S. 497.
235 Jörger sprach von der «alkoholischen Keimverderbnis», einer Form der Schädigung erblicher Anlage durch Vergiftung. Er orientiere sich dabei stark an der als Blastophthorie bezeichneten Theorie des renommierten Professors Auguste Forel (1848–1931), der von 1879–1889 das Burghölzli leitete und mit dem er auch eine enge Freundschaft pflegte. Vgl. Galle (2016), S. 209–210, 637; Zitat siehe Jörger J. J. (1905b), S. 508. Zum Thema Alkohol siehe Tanner (1986).

beit.[236] Jörger stützte sich bei seinen Stammbäumen und Berechnungen der Erblichkeit einerseits auf ärztliche Gutachten, Gerichtsakten und Urkunden, andererseits aber auch auf Erzählungen von Beamten, Seelsorgern, Lehrern und Bekannten der betroffenen Familie.[237] Mit den erstellten Familienblättern glaubte er, eine Entartung über Generationen hinweg nachzeichnen zu können. Der erste Stammbaum verdeutlicht illustrativ, wie Jörger den Niedergang der Familie als Konsequenz der Erbschaft schlussfolgerte. Der Ausgang der Familiengeschichte wirkt dabei geradezu deterministisch:

> *«In 3. Generation ein begabter, aber total versoffener, älterer Erzeuger, in 4. Generation ein moralisch verkommenes Trinkerpaar mit verbrecherischer Neigung, der Mann schwachsinnig, die Frau intelligent, in 5. Generation allgemeine Unsittlichkeit der Weiber, Verbrechen und verbrecherische Neigung neben intellektueller Begabung speziell bei den Söhnen, dazu allgemeine Trunksucht, in 6. Generation Schwachsinn und grosse Kindersterblichkeit. […] Die Prognose der Sippe ist beinahe infausta.»*[238]

Diese Haltung revidierte Jörger in seiner zweiten genealogischen Arbeit «Familie Markus» von 1918.[239] Dabei durchlief er einen Wandel, der für die Vererbungs- und Degenerationstheoretiker um 1900 charakteristisch war: Er positionierte seine degenerativen Deutungen als Teil der gesundheits- und bevölkerungspolitischen Debatte.[240] Anstelle des Individuums stand neu das Kollektiv im Blickpunkt, das von den Gefahren einer übermässigen Verbreitung «minderwertigen Erbgutes» und der dadurch anfallenden finanziellen Belastungen bewahrt werden müsse. J. J. Jörger sprach sich explizit für gesellschaftspolitische Massnahmen wie Kindswegnahmen und Anstaltseinweisungen aus.[241]

Seine genealogischen Untersuchungen stiessen in eugenischen und rassenhygienischen Wissenschaftskreisen auf grosses Interesse. Zum einen galten sie speziell deshalb als wissenschaftlich fundiert, weil er den betroffenen Personen und ihren angeblichen Eigenschaften medizinisch-psychiatrische Fachbegriffe zuordnete.[242] Zum andern lasen die Zeitgenossen die hohen Verwandtschaftsgrade in seinen Stammbäumen als empirischen Beweis für die Vererbung von Krankheiten.[243] Eugen Bleuler etwa bezeichnete die «Familie Zero» in einem Brief an Jörger als «Paradepferd für die Degenerationslehre».[244] Die Publikationen gewannen aber nicht nur in psychiatrischen Kreisen Beachtung, sondern auch in der kantonalen «Vagantenpolitik» und im Rahmen des Pro Juventute *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse* zur Verfolgung der Fahrenden.

Jörgers Interesse an erbbiologischen Fragestellungen spiegelte sich in seinen Jahresberichten als ärztlicher Direktor des Waldhauses. Die Auflistung des Patientenbestands in Tabellen war üblich. Jörger aber führte zusätzlich Listen, die sich exklusiv den erbbiologischen Merkmalen der eingewiesenen Patientinnen und Patienten widmeten.

Die dem Jahresbericht beigelegte Tabelle «III. Art der Vererbung bei den ersten Aufnahmen» bildet sein Interesse für Stammbäume und Verwandtschaftsgrade ab (vgl. Tabelle 6). Die aufgelisteten Erblichkeitsrechnungen zeigen ein deutliches Bild: 71 Prozent der ersten Aufnahmen qualifizierte Jörger als erblich vorbelastet. Rechnet man die 22 Personen hinzu, bei deren Erkrankung er die «Erblichkeit» für «zweifelhaft» hielt, waren es sogar knapp 80 Prozent an vererbten Krankheitsfällen.[245] Jörger selbst kommentierte die Bestandsaufnahme als erwartetes Ergebnis: «Unter den Krankheitsursachen steht wie immer an ers-

---

236 Galle (2016), S. 211; Mornaghini-Zweidler (1975), S. 14–16.

237 Jörger J. J. (1905b), S. 494, zit. nach Galle (2016), S. 215–216.

238 Der lateinische Begriff «infausta» bedeutet übersetzt «unheilvoll». Vgl. Jörger J. J. (1905b), S. 522, zit. nach Galle (2016), S. 211.

239 Vgl. Jörger J. J. (1918). Der Julius Springer Verlag veröffentlichte die beiden Abhandlungen zur Familie «Zero» (1905) und Familie «Markus» (1918) im Jahre 1919 zusammen unter dem Titel «Psychiatrische Familiengeschichten». Vgl. Jörger J. J. (1919). Im Folgenden wird aus dieser Ausgabe zitiert.

240 Vgl. Galle (2016), S. 212. Die degenerativen Deutungsmuster diffundierten in die gesundheits- und bevölkerungspolitische Debatte. Vgl. auch Germann (2004), S. 74–76.

241 Jörger J. J. (1919), S. 76, 83, zit. nach Galle (2016), S. 212–214.

242 Galle (2016), S. 216.

243 Ebd., S. 638.

244 Zit. nach Mornaghini-Zweidler (1975), S. 23; vgl. auch Galle (2016), S. 217.

245 Zu einer ähnlichen Einschätzung kam Jörger bereits 1892, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 4.

Grad der Verwandtschaft	Geistes-störung		Nerven-krankheit		Trunksucht		Selbstmord		Auffallender Charakter		Verbrechen		Total		
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂+♀
I. Direkte Erblichkeit bei den Eltern fand sich:															
von väterlicher Seite	8	9	4	3	9	7	0	2	3	3	0	0	24	24	48
von mütterlicher Seite	5	9	3	4	2	0	0	1	2	3	0	0	12	17	29
von beiden Seiten	9	5	0	0	1	2	0	0	2	1	0	1	12	9	21
II. Indirekte und atavistische Erblichkeit:															
Bei Geschwistern der Eltern oder bei Grosseltern fand sich:															
von väterlicher Seite	11	12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	13	24
von mütterlicher Seite	10	7	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	13	8	21
von beiden Seiten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III. Familienanlage:															
In gleichstehender Linie, bei Geschwistern fand sich:	7	20	1	4	0	1	0	1	5	2	0	0	13	28	41
In absteigender Linie, bei Kindern der Kranken fand sich:	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5
Summe der erblichen Fälle	51	65	10	12	13	10	1	4	12	10	0	1	87	102	189
Blutverwandtschaft der Eltern													0	0	0
Uneheliche Geburt													0	0	0
Erblichkeit zweifelhaft													13	9	22
Nicht erblich													31	23	54
Summe der ersten Aufnahmen													131	134	265

Tabelle 6: Auszug aus Jahresbericht Waldhaus 1893, «III. Art der Vererbung bei den ersten Aufnahmen»
Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1893, Beilage.

Ätiologie exklusive Erblichkeit	Einfache						Paralyt.-senil.-organische						Epileptische						Intoxikationspsychosen						Total					
	Erblich		Nicht erbl.		Zweifel-haft		Erblich		Nicht erbl.		Zweifel-haft		Erblich		Nicht erbl.		Zweifel-haft		Erblich		Nicht erbl.		Zweifel-haft		Erblich		Nicht erbl.		Zweifel-haft	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Not, Verarmung, Angst, Todesfälle usw.	11	19	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	19	3	2	1	0
Geistige und körperliche Überanstrengung	7	6	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	1	2	0	0
Syphilis	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
Senium	0	0	0	0	0	0	3	5	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	2	1	0
Epilepsie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	0	0
Hysterie	0	12	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	1	0	1
Körperliche Erkrankung, Anaemie	5	6	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	3	2	0	1
Trauma capitis, Apoplexie	1	1	1	1	0	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	1	1
Unglückliche Liebe, eheliches Unglück	8	12	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	12	1	1	2	0
Geburt und Puerperium	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	1
Uteruserkrankung	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Climacterium	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0
Alkohol	12	0	0	1	1	0	3	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	3	3	0	1	0	22	3	7	1	3	0
Morphium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total																									63	82	22	17	8	4

Tabelle 7: Auszug aus Jahresbericht Waldhaus 1893, «VII. Nächste Ursache der Erkrankung nach Erblichkeit und Krankheitsform: Frische Aufnahmen»

Anmerkung: Die sogenannte Ätiologie beschäftigt sich mit den Erkrankungsursachen. In der Tabelle sind nicht alle Diagnosen, die im Jahr 1893 gestellt wurden, wiedergegeben. Die gesamten Aufnahmediagnosen sind im Jahresbericht separat aufgelistet.
Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1893, Beilage.

ter Stelle die Erblichkeit».[246] Die andere Tabelle von 1893 verdeutlicht zudem nicht nur Jörgers Überzeugung biologischer Determiniertheit (vgl. Tabelle 7). Sie veranschaulicht auch die damalige Auffassung, dass neben der hohen Zahl vererbter «Geistesstörungen» auch soziale Verhaltensweisen («Auffallender Charakter» und «Verbrechen») über das Erbgut weitergegeben würden.

Jörger klassifizierte seine Listen aber nur als Mindestwert der erblichen Krankheitsursachen bei Eingewiesenen. Da er «über viele Kranke fast gar keine Anamnese auftreiben konnte», ging er von einer noch wesentlich höheren Dunkelziffer an erblichen Belastungen aus.[247] Das Problem, keine zuverlässige Vorgeschichte der Krankheit zu erhalten, beklagte Jörger noch Jahrzehnte später.[248] So heisst es im Jahresbericht von 1926 zuhanden der Regierung:

> *«Erbliche Belastung konnte in etwas mehr als der Hälfte der Aufnahmen nachgewiesen werden. Weil aber in ziemlich vielen Fällen zuverlässige Aufschlüsse nicht erhältlich waren, ist die Erblichkeit in Wirklichkeit grösser.»*[249]

Die Statuten des Waldhauses verpflichteten Jörger nach Artikel 15, «auf Verlangen zuständiger Behörden irrenärztliche Gutachten» abzugeben.[250] Die Begutachtungsaufträge waren zu Jörgers Zeit noch überschaubar und nahmen erst in den 1940er Jahren stark zu (vgl. Kapitel 4.2). Bei Jörger ist jedoch auffällig, mit welch ausserordentlichen Offenheit er die Gutachterfälle in den Jahresberichten zusammenfasst und bespricht; diese öffentliche Diskussion ärztlicher Gutachten innerhalb der Jahresberichte findet sich bei den nachfolgenden Chefärzten nicht mehr. Jörger nennt zwar keine Namen, gleichwohl zeigen die ausführlichen Darstellungen, dass der «Datenschutz» kaum berücksichtigt wurde – das, obwohl der Eid des Hippokrates bereits die Verpflichtung zur ärztlichen Schweigepflicht enthielt.[251] Bemerkenswert ist auch, wie leicht Jörger auf Anfrage Auskünfte von Zivilstandsämtern, Armenbehörden und Vormundschaftsbehörden erhielt. Offensichtlich bestand damals keinerlei Bewusstsein eines «Datenschutzes» im heutigen Sinn. Erst das 1937 verabschiedete und 1942 in Kraft getretene schweizerische Strafgesetzbuch (StGB) regelte eine auf nationaler Ebene verbindliche Schweigepflicht für Ärzte und andere Berufsgruppen, die mit sensiblen Personendaten in Berührung kamen. Nach Artikel 321 StGB wurde eine Verletzung des Berufsgeheimnisses «mit Gefängnis oder mit Busse bestraft».[252] Viele der an Jörger herangetragenen Begutachtungsaufträge betrafen die Abklärung der Hafterstehungsfähigkeit von Straftätern, die in der Regel zur «Exploration», wie es Jörger bezeichnete, einen kürzeren stationären Aufenthalt im Waldhaus verbrachten.[253] Jörger und sein Assistenzarzt hatten aber nicht nur strafrechtliche, sondern auch zivilrechtliche Gutachten abzugeben, wie etwa 1896 «in Ehescheidungs- und Entmündigungssachen».[254] Jörgers Bericht von 1897 über einen «nicht ganz uninteressanten Fall» demonstriert zudem, dass er auch als Experte in erbbiologischen Fragen herangezogen wurde.

> *«Ein schon zwei Mal in unserer Anstalt behandeltes armes Mädchen wollte einen Angehörigen einer andern Gemeinde heiraten. Dagegen protestierte die Heimatgemeinde des Bräutigams, indem sie behauptete, beide Brautleute seien blödsinnig oder geisteskrank. In der Folge kam das Brautpaar in die Anstalt zur Beobachtung und Begutachtung. Wir konstatierten bei beiden, besonders aber bei der Braut, hochgradigen angebornen Schwachsinn, worauf das Heiratsprojekt fallen gelassen wurde [und] […] jenes Mädchen kurz darauf in einen andern Kanton hineinheiratete. An ihrem neuen Heimatsort angelangt, erwies sie sich als Hausfrau unbrauchbar und führte sich derart auf, dass sie alsbald als geistig abnorm auffiel. Ihr Gatte hat nun auf Nichtigkeit der Ehe geklagt, weil seine Frau zur Zeit der Eheschliessung geistesgestört gewesen sei.»*[255]

246 Jahresbericht Waldhaus 1893, S. 5.
247 Jahresbericht Waldhaus 1896, S. 124.
248 Vgl. bspw. Jahresbericht Waldhaus 1917, S. 166: «In vielen Fällen konnten wir keine zuverlässige Anamnese erhalten».
249 Jahresbericht Waldhaus 1926, S. 198.
250 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 15.
251 Vgl. dazu auch Federli (1982), S. 35.
252 SR 311.0, Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB), in: AS 54 757, vgl. auch https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:00000000-1d98-62cb-ffff-ffffa671a95e/35_Referendumsvorlage_StGB_1941_BBl_1937_S_625.pdf, Zugriff: 11.05.2020.
253 Jahresbericht Waldhaus 1896, S. 123.
254 Jahresbericht Waldhaus 1896, S. 124.
255 Jahresbericht Waldhaus 1897, S. 128.

Die hier nicht genannte Heimatgemeinde des Bräutigams fürchtete, dass durch die Heirat eine zweite erblich belastete Person Gemeindemitglied werden könnte. Mit dieser Angst vor Degeneration trat die Gemeinde an die Waldhaus-Direktion und bat um ein Gutachten über das Brautpaar. Jörger diagnostizierte bei beiden «Exploranden» eine erbliche Belastung, bei der jungen Frau, die nicht zum ersten Mal im Waldhaus behandelt wurde, sogar einen hochgradigen angeborenen «Schwachsinn». Die historische Forschung stellte als Hauptmerkmal der Gutachten fest, dass sie *handlungsvorbereitend* Expertise an die beantragenden Behörden vermitteln (vgl. Kapitel 4.2).[256] Im oben beschriebenen Begutachtungsfall des Brautpaars wird deutlich, dass die psychiatrische, eugenische Expertise von Jörger dazu führte, dass das Heiratsprojekt fallen gelassen wurde. Aus den Ausführungen Jörgers wird nicht ersichtlich, ob die beiden Personen minderjährig waren; wäre dem so, hätten die Eltern oder gegebenenfalls der Vormund eine Heirat nach geltendem Bündnerischen Privatrecht rechtsgültig unterbinden können.[257] Dasselbe galt auch für mündige Personen, die aber «bevogtet», also bevormundet, wurden und deshalb die Zustimmung des Vogtes brauchten.[258] Bei mündigen «Geisteskranken» beziehungsweise Personen mit «Geistesgebrechen» war gemäss Artikel 100, Abs. 2 und Artikel 110 des Bündner Privatrechts eine Bevormundung angezeigt (vgl. Kapitel 3.1).[259] Geht man aber davon aus, dass die beiden Personen bereits mündig waren, nicht bevormundet wurden und der Eheverbindung zustimmten, hatten die Behörden nach geltendem Personenrecht kein eigentliches Rechtsmittel, die Ehe zu unterbinden. Im vorgestellten Fall kann nur darüber spekuliert werden, ob die Behörden mit informellem Druck, der Androhung der Bevormundung, den «freiwilligen» Verzicht auf Eheschliessung erwirkt hatten. Auch ärztliche Warnungen vor den Defiziten des Ehepartners oder der -partnerin mögen eine Rolle gespielt haben. Jedenfalls schloss die junge Frau kurze Zeit später eine Ehe mit einem Mann aus einer anderen Gemeinde. Ihr neuer Mann pochte aber schon bald auf die Unrechtmässigkeit der Ehe, da seine Gattin bei der Trauung «geistesgestört gewesen sei».[260] Es ist wahrscheinlich, dass er sich dabei darauf berief, dass sie seiner Ansicht nach unter Vormundschaft gehört hätte und dadurch nach geltendem Recht nicht der Ehe zustimmungsberechtigt gewesen wäre.[261] Der weitere Ausgang der Ehegeschichte bleibt im Dunkeln, das Gutachten ist leider nicht überliefert. Augenfällig ist aber, wie Jörger aus eugenischen Motiven heraus die erste Ehe verhinderte und seinen Standpunkt nach der Eheschliessung des Mädchens in der neuen Gemeinde bestätigt sah.

Das 1907 verabschiedete und 1912 in Kraft getretene Zivilgesetzbuch (ZGB) verringerte nicht etwa das Mitspracherecht der Behörden bei Eheschliessungen, sondern verschärfte die Situation mit einem vom Eugenikdiskurs geprägten Eintrag zum Heiratsverbot. In Artikel 97 des ZGB, der bis Ende 1995 gültig war, hiess es: «Geisteskranke sind in keinem Falle ehefähig». Eine Eheschliessung sei nach ZGB nur möglich, wenn die Verlobten «urteilsfähig» seien (vgl. auch Kapitel 3.1).[262] Der Artikel wurde immer wieder angewendet, wobei die Zahl überschaubar blieb – wohl auch deshalb, weil Psychiater, die als Anhänger der Eugenik galten, mit der Androhung eines Eheverbotes vielfach einen «freiwilligen» Verzicht auf die Ehe erwirkt hatten.[263] Zudem gab es, wie von Philipp

256 Medizinhistorikerin Geisthövel und Medizinhistoriker Hess beschreiben Gutachten als «Vorgang, bzw. eine Tätigkeit, die eine Handlung vorbereiten – und zwar unabhängig davon, ob dabei Handlungswissen aus der Medizin in die Domäne der Entscheider übertragen wird» oder auch weitere Expertisen an der Begutachtung teilhaben. Vgl. Geisthövel/Hess (2017), S. 13. Siehe dazu auch Künzli (2019), S. 56–64.

257 Zum einen schrieb Art. 21, Abs. 2 des Bündnerischen Privatrechts von 1861/1862 (Erster Theil, Personenrecht) vor, dass der Bräutigam mind. 18 und die Braut mind. 16 Jahre alt sein mussten für ein Eheverlöbnis. Art. 21, Abs. 4 besagte zum andern, dass bei Minderjährigkeit «die Einwilligung der Eltern, beziehungsweise des das Elternrecht ausübenden Theiles derselben […] oder, in Ermangelung das Elternrecht ausübender Personen, des Vormundes, sowie, wenn sie zwar volljährig aber bevogtet sind, die Zustimmung des Vogtes besitzen.» Vgl. Bündnerisches Privatrecht (Civilgesetzbuch), in Kraft getreten am 1. September 1862, Chur 1862, S. 8–9.

258 Vgl. ebd., Art. 21, Abs. 4.

259 Nach ebd., Art. 100, Abs. 2 sind unter Vogtei zu stellen: «Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Selbstberathung und Vermögensverwaltung unfähig sind», siehe auch Art. 101, 104.

260 Nach Art. 49a des Bündner Privatrechts kann eine Scheidung «wegen Ungültigkeit der Ehe» eingefordert werden.

261 Siehe auch ebd., Art. 21, Abs. 3.

262 Das Schweizer Parlament erwog ursprünglich sogar ein Eheverbot für «Blödsinnige», «Geisteskranke und -schwache». Zu eugenisch motivierten Eheverboten vgl. Jaun/Studer (1995), S. 139; Aliesch (2017), S. 112.

263 Wolfisberg (2002), S. 175–176; Huonker (2002), S. 109–118.

Gurt in seiner Autobiografie zu seinem Vater geschildert, auch die Verknüpfung: Eheerlaubnis nur bei vorgängiger Sterilisation.[264] Wie häufig das der Fall war, bleibt allerdings offen. Philipp Gurts Vater beispielsweise hatte sich erfolgreich gegen eine Sterilisation gewehrt und konnte trotzdem heiraten.

Jörger pflegte eine gute Beziehung zum Zürcher Psychiater Auguste Forel (1848–1931), renommierter Psychiatrieprofessor der Universität Zürich und von 1879 bis 1889 Leiter der Zürcher Klinik Burghölzli. Forel, der europaweit die ersten Zwangssterilisationen veranlasste, war mit seinen eugenischen Überzeugungen über die Erblichkeit von Alkoholismus eine Leitfigur für Jörger.[265] So überrascht es auch nicht, dass Forel 1892 als Ehrengast zur Festrede eingeladen wurde. Forel blieb der Eröffnung fern, ein Jahr später kam er aber doch noch ins Waldhaus anlässlich der Jahresversammlung des *Vereins der Irrenärzte der Schweiz* (VSI).[266] Ein wichtiges Traktandum an der Versammlung war ein eidgenössisches Irrengesetz. Ein solches legte Forel ein Jahr später, 1894, als Entwurf vor. Ein gesamtschweizerisches Gesetz wurde zwar abgelehnt und bis heute liegt das Gesundheitswesen weitgehend in kantonaler Kompetenz. Forels eugenisches Gedankengut hatte aber nachhaltigen Einfluss auf die Psychiatrie-Gesetzgebung des Kantons Waadt. Dieser verfügte von 1928 bis 1985 als einziger Kanton eine gesetzliche Reglementierung von Zwangssterilisationen bei psychisch kranken und geistig behinderten Menschen.[267]

Neubau, Umbau, Renovation: Aufwertung der Räumlichkeiten

J. B. Jörger konstatierte bereits 1931, im zweiten Amtsjahr als Chefarzt, dass das Waldhaus in absehbarer Zeit grösseren Renovationen und baulichen Modernisierungen unterzogen werden müsse.[268] Die Anstalt, an der zuletzt um 1900 grössere Um- und Erweiterungsbauten vorgenommen worden waren, war zu diesem Zeitpunkt schon knapp 40 Jahre alt. Die Regierung pflichtete Jörgers Meinung bei und lancierte zwischen 1932 und 1939 ein umfassendes Erneuerungs- und Bauprogramm. Die Anpassungen, die in Etappen vollzogen wurden, erfolgten in erster Linie bei der Inneneinrichtung und an den sanitären Anlagen und Installationen. In der ersten Etappe wurde zum einen der sogenannte Loë-Flügel der Männerseite erstellt, ein kleiner Anbau mit neuen Bade- und Toilettenräumen in allen drei Etagen.[269] Zum andern schaffte der Ausbau des Estrichs mehr Privatsphäre für das Wart- und Pflegepersonal. Dort liess die Regierung ruhige Zimmer für die Nachtwachen, eine «Wärterstube», einige «nützliche Nebenräume» und neue Umkleideräume für alle Abteilungen des Haupthauses einrichten. Letztere kamen auch den Patientinnen und Patienten zugute, denen zuvor keine eigenen oder nur sehr kleine Garderoben zur Verfügung gestanden hatten. Die Nachfrage nach Versorgungsplätzen war derart gross, dass die alten, zu klein gewordenen Garderoben in Einzelzimmer umfunktioniert wurden. Des Weiteren wurden die Zimmer neu gestrichen und eingerichtet.[270] Auch die Neuanschaffungen im technischen Bereich, wie die Einrichtung einer automatischen Telefonanlage, die Erneuerung der Beleuchtungsanlage und die Erstellung einer Radioanlage, veranlassten Jörger dazu, von einer umfassenden Modernisierung zu sprechen.[271] Jörger lobte die neue «freundliche Raumgestaltung» und die «sanitären Einrichtungen und Wohnräume».[272]

Die finanzielle Baisse während der Zwischenkriegszeit verunmöglichte die Einrichtung neuer Wachabteilungen. Nach seinem Amtsantritt setzte sich Jörger bereits 1931 dezidiert dafür ein, dass die Anstalt neue Wachsäle benötige.[273] 1943 sprach die Regierung die notwendigen finanziellen Mittel, um auf der Männer- und Frauenseite neue Wachsäle für unruhige Männer und Frauen zu erstellen.[274] Der Bau des «Torhauses» 1935, das Werkstätten, Vorratsräume, sowie Ess- und Wohnzimmer für das Personal enthielt, erwies sich als

264 Gurt zitiert in diesem Zusammenhang aus der Patientenakte seines Vaters, siehe Gurt (2016), S. 20–21.

265 Zum Zürcher Burghölzli, unter der Leitung von Auguste Forel und Eugen Bleuler anfangs des 20. Jahrhunderts die Hochburg des Schweizer Eugenikdiskurses, siehe Meier (2004), S. 130–146.

266 Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 7; Vgl. Schiller (1941/42), S. 190–196.

267 Vgl. Koelbing-Waldis (2005). Die Schweiz war das erste Land Europas, in dem eine gesetzliche Regelung getroffen wurde, die nicht das Einverständnis der zu sterilisierenden Person voraussetzte. Ein Entscheid des Gesundheitsrates genügte bereits. Vgl. Galle (2016), S. 587.

268 Jahresbericht Waldhaus 1931, S. 253.

269 Jahresbericht Waldhaus 1933, S. 228.

270 Ebd.

271 Jörger J. B. (1942), S. 8–9.

272 Jahresbericht Waldhaus 1934, S. 232.

273 Jahresbericht Waldhaus 1931, S. 253.

274 Die Kosten dafür beliefen sich auf 350'000 Franken; StAGR V 13 e 1: Silvio Margadant: Historisches über die Psychiatrische Klinik Waldhaus, Chur 1983, S. 5.

dem Arbeitsklima zuträglich.[275] Nach den bedeutenden Umbauten zwischen 1933 und 1936 überzeugte Jörger den Grosse Rat, 1937 einen weiteren Kredit für Anpassungen der Frauenabteilung des Hauptgebäudes zu sprechen.[276] 1939 kamen auch diese Arbeiten zu einem «wohlgelungenen Ende», sie hätten dabei laut Jörger «die Anerkennung aller fachmännischen Besucher» erhalten.[277] Zwischen 1930 und 1942 investierte der Grosse Rat insgesamt 620'000 Franken für die Instandstellung des Waldhauses.[278]

Auch die Abteilungen für 20 arme «körperkranke» Bündnerinnen und Bündner, deren Bau durch die Loë-Stiftung finanziert wurde (vgl. Kapitel 1.5), erlebten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert einen fundamentalen Wandel. Ursprünglich wurde vertraglich festgelegt, dass Frauen und Männer mit chronischen Körperleiden Aufnahme und «unentgeltliche Verpflegung» aus den Zinsen des Stiftungskapitals erhalten sollten.[279] Die Loë'sche Stiftung, wie die Abteilungen in den Statuten bezeichnet wurden, war auch Grund dafür, dass das Waldhaus bis 1937 als «Irren- und Krankenanstalt Waldhaus» bezeichnet wurde.[280] Aus Sicht der Ärzteschaft standen die sogenannten «Loë-Freibetten für Körperkranke» im Widerspruch zum eigentlichen Zweck des Waldhauses als «Irrenanstalt». Bereits 1892, an einer Tagung im Waldhaus, tadelte der Bündner Ärzteverein die «Vereinigung mit der Loëstiftung».[281] Gleichwohl blieb sie über Jahrzehnte hinweg, bis in die späten 1930er Jahre bestehen und beherbergte während ihres Bestehens rund 250 chronisch kranke Menschen, auch wenn sie selten vollständig ausgelastet war. Die Gründung der Krankenkassen in den 1940er Jahren (zur Zeit des Zweiten Weltkrieges) machte die Loë-Stiftung überflüssig.[282] Auf die Abnahme an Aufnahmegesuchen reagierte die Regierung mit der Verlegung eines Teils der Freibetten ins Frauenspital Fontana.[283] Als 1937 die Bauarbeiten am Kantonsspital aufgenommen wurden, wurde beschlossen, dass der «Loë-Freibettenfonds» dem neuen Spital zugeführt werden sollte. Damit sah man den ursprünglichen Stiftungszweck als erfüllt.[284] Die Regierung teilte den ehemaligen Loë-Abteilungen schrittweise neue Funktionen zu. Auf der Frauenseite liess sie 1946 eine therapeutische Station für Insulin- und Elektroschockkuren und auf der Männerseite 1947 Arbeitstherapieräume einrichten.[285] Diese Anpassungen fanden aber erst unter der Leitung von Jörgers Nachfolger Fred Singeisen statt, der dem Waldhaus zwischen 1946 und 1951 als Direktor vorstand. Das kann als sinnbildlich dafür gelesen werden, dass J. B. Jörgers Verständnis von Modernisierung primär auf bauliche Verbesserungen beschränkt war. Neuen Therapieansätzen stand er hingegen eher kritisch gegenüber, wie sich im nächsten Unterkapitel zeigen wird.

Auseinandersetzungen um die Modernisierung: J. B. Jörgers unfreiwilliger Rücktritt 1946

Die Bündner Kliniken gerieten in den frühen 1940er Jahren mehrmals in die Kritik von Politik und Presse. Der Protestzyklus nahm im Waldhaus seinen Anfang, als von mehreren Seiten gröbere Unstimmigkeiten im Anstaltsbetrieb an die Regierung herangetragen wurden. Im Fokus standen vor allem Direktor J. B. Jörger und Assistenzarzt Andrea Torriani, denen über Jahre hinweg ein schwieriges Beziehungsverhältnis nachgesagt wurde. Diverse Stimmen, unter anderem des Personals, von Direktor Jörger, verschiedenen Regierungsräten und vom Arzt und Aufsichtskommissionsmitglied W. Würth, äussersten sich dabei kritisch über die Arbeit und Persönlichkeit des Assistenzarztes Torriani. Er sei seinen ärztlichen Aufgaben derart minimalistisch nachgekommen, so dass Jörger zuweilen alles hätte nachkontrollieren müssen. Die beiden Ärzte arbeiteten zu diesem Zeitpunkt bereits seit über 10 Jahren zusammen. Dass gerade um

275 Ebd.
276 Jahresbericht Waldhaus 1937, S. 128.
277 Jahresbericht Waldhaus 1939, S. 134.
278 StAGR V 13 e 1: Silvio Margadant: Historisches über die Psychiatrische Klinik Waldhaus, Chur 1983, S. 5; Jörger J. B. (1942), S. 9.
279 StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 2 und 66. In Art. 67 wurde festgehalten, dass «chronische Fälle» aufgenommen werden, «die noch Aussicht auf Heilung oder Besserung bieten». Die Personen mussten mindestens 10 Jahre alt sein. Siehe weiter Pieth (1945), S. 503.
280 Siehe dazu Jörger J. B. (1942), S. 4.
281 Protokoll des Bündnerischen Ärztevereins 1892.
282 Vgl. dazu auch: Krankenkassen, in: https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/kassenwesen/krankenkassen/, Zugriff: 10.10.2019.
283 Bereits 1917 verfügten die Loë-Abteilungen nur noch über 14 Plätze, nachdem sechs Betten dem kantonalen Frauenspital angegliedert worden waren. Die Bemühungen, den anderen Teil der Stiftung in einen «Freibettenfonds für arme Geisteskranke» umzuwandeln, blieben erfolglos, vgl. Jörger J. B. (1942), S. 3–4; siehe weiter Pieth (1945), S. 503.
284 Pieth (1945), S. 503; Federli (1982), S. 18.
285 Vgl. StAGR V 13 e 8: Statistik nach Jahresberichten Waldhaus, 7.12.1979, S. 2.

1940 neue Diskussionen um die Person Torriani entbrannten, lag daran, dass er als potentieller Nachfolger von Direktor Tuffli in Realta gehandelt wurde.[286] Im Zuge der Stellenbesetzung wurden seine Fähigkeiten genau überprüft und Torriani letztlich aus dem Kandidatenrennen aussortiert. Das verantwortliche Departement nahm die Angelegenheit zum Anlass, eine Aussprache im Waldhaus zu führen. Dafür sammelte es die Voten der konsultierten Personen, darunter auch das «niederschmetternde» Gutachten von Würth über Torriani, liess sie letzterem zukommen und verlangte eine schriftliche Stellungnahme.[287] Torriani wies daraufhin die Vorwürfe dezidiert zurück und setzte zu einer Gegenkritik an, in die er Würth, das Waldhaus-Personal und Direktor Jörger einschloss.[288] Die Positionen waren so unvereinbar, dass sich der Kleine Rat in seiner Aufsichtsfunktion einschaltete. Er ersuchte im April 1943 die prominenten Psychiater Prof. Dr. Jakob Klaesi (1883–1980), Direktor der Berner Waldau, und Prof. Dr. John Eugen Staehelin (1891–1969), Direktor der Basler Friedmatt, die medizinischen und betrieblichen Verhältnisse im Waldhaus zu begutachten.[289] Das externe Gutachten sollte nicht über Torrianis Arbeit, sondern über die gesamten Verhältnisse im Waldhaus, insbesondere über das Verhältnis der Ärzte, Aufschluss geben und gegebenenfalls konkrete Veränderungsvorschläge unterbreiten.[290]

Mit Klaesi und Staehelin suchte die Regierung ausgerechnet zwei Gutachter aus, die J. B. Jörger bereits aus ihrer Assistenz- beziehungsweise Oberarztzeit im Burghölzli kannten. Da sie seither «kollegial verbunden und sogar eng befreundet» waren, nahmen sie den Begutachtungsauftrag erst entgegen, als Jörger ihnen persönlich mitteilte, mit der Untersuchung im Waldhaus einverstanden zu sein.[291] Die persönlichen Beziehungen hielten die Regierung nicht davon ab, die beiden mit dem Gutachten zu beauftragen. Klaesi und Staehelin auf der anderen Seite waren davon überzeugt, ungeachtet ihrer Bekanntschaft mit Jörger ein unparteiisches Urteil fällen zu können. Das Untersuchungsmaterial der Gutachter umfasste schriftliche Akten (u. a. Rapportwesen, Rezeptbüchlein, Schlafmittelkontrollen, Speisezettel), Interviews und Beobachtungen auf den Abteilungen, die sie am 21. Juli 1943 vor Ort aufzeichneten. Ins Gespräch traten sie mit Jörger, Torriani, der Hilfsärztin, die tageweise für die Aufsicht der somatischen Schockkuren angestellt worden war, der Oberpflegerin und dem Oberpfleger.[292]

Grundsätzlich fiel die Bilanz der beiden Gutachter positiv aus. Von skandalösen Zuständen konnte keine Rede sein, stattdessen lobten sie die baulichen Verhältnisse. Die Anstalt sehe «überall sauber und wohnlich aus» und die Umbauten und Renovationen der 1930er Jahre seien «mit Sachkenntnis», «zweckmässig und mit Liebe und grossem künstlerischem Geschmack» durchgeführt worden. Rein baulich sei das Waldhaus nach Klaesi und Staehelin «heute sicher eine der schöneren schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten».[293] Das Anstaltsklima war laut Bericht erstaunlich angenehm, auch die Patientinnen und Patienten hätten einen «gepflegten und gesitteten Eindruck» hinterlassen.[294] Selbst an den Speisezetteln und der Verpflegung war nichts zu beanstanden. Kritik äusserten Klaesi und Staehelin jedoch am Anstaltsbetrieb: zum einen am «äusserst beklagenswerten» Ärzteverhältnis zwischen Jörger und Torriani, zum anderen an der mangelhaften Durchführung medizinischer Versorgung.[295]

> *«Ebenfalls möchten wir unterstreichen, dass wir Herrn Jörger als einen hochbegabten, vielseitig gebildeten, tiefempfindenden und psychiatrisch bestgeschulten Kollegen kennen und hochschätzen, und dass uns gerade auch darum die aus den Akten ersichtlichen*

286 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 29–30.

287 Torriani sollte schriftlich dazu Stellung beziehen. Darauf folgten 1942 «vornehmlich […] Angriffe» auf die Personen Würth und Direktor Jörger sowie Denunziationen gegenüber den Schwestern («Weiberregiment») und dem Personal im Allgemeinen. Vgl. ebd.

288 Auch Torriani sprach von «starke[n] Gegensätze[n]» und reichte mehrmals eine Klage gegen Jörger ein, einmal auch explizit, weil er «ihn lächerlich gemacht» habe. StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 5.

289 Zum Gutachten siehe StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943.

290 Fünf Themen standen im Zentrum der Untersuchung: die Anwendung neuer Therapien, das Ärzteverhältnis, die Pflege, die Verpflegung, die Mutationen und die Leistungen sowie der Ausbildungsstand des Personals. Vgl. ebd., S. 1. Siehe dazu auch StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 30.

291 StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 1.

292 Ebd., S. 2.

293 Ebd., S. 2–3.

294 Ebd., S. 3.

295 Ebd., S. 4.

Tatsachen und Beschwerden, die Sie uns zur Kenntnisnahme übermittelten, aufs höchste bemühten und befremdeten.»[296]

Ein Grundproblem für die ungenügende Zusammenarbeit zwischen Jörger und Torriani lag laut Gutachten in ihrer spärlichen Kommunikation. Sie tauschten sich kaum aus, beschränkten sich bei den Rapporten auf das Notwendigste und lebten und arbeiteten «aneinander vorbei». Jörger stellte die Qualität der Arbeit von Torriani grundlegend in Frage und forderte deshalb auch nicht aktiv seine Unterstützung ein.[297] Dasselbe galt für die Hilfsärztin Frank, die «vollständig» an Torriani «vorbeiarbeitet[e]», wenn er Jörger als Anstaltsdirektor vertrat.[298] Selbst das Pflegepersonal widersetzte sich seinen Anweisungen, da er angeblich selbst in der Rezeptur «einfacher Schlafmittel» Mühe bekundet hatte. Das Oberpflegepersonal konnte es nicht verantworten, seine Verordnungen unkontrolliert passieren zu lassen.[299] Torriani war sich durchaus bewusst, dass die Pflege seine Autorität untergrub. So berichtete er den Gutachtern, dass seine Anordnungen oft «vergessen und missachtet» würden, etwa was Temperaturmessungen oder Urinuntersuchungen in der Apotheke betraf.[300] Torriani war zu diesem Zeitpunkt bereits 13 Jahre, seit die Regierung Jörger 1930 zum Chefarzt gewählt hatte, als Assistenzarzt im Waldhaus angestellt. So kritisch Jörger über Torriani berichtete, so wenig zeigte er Interesse daran, etwas an der Situation zu ändern. Jörger und die Regierung behielten Torriani auch nach dessen missglückter Bewerbung um die Direktionsstelle im Waldhaus, versagten ihm im Alltagsbetrieb aber jede Rückendeckung. Die Gutachter fanden für die komplizierte Situation Torrianis auch verständnisvolle Worte.

«Wenn wir trotz diesem allem ihm gegenüber auch eine freundlichere Regung empfanden, so geschah es aus der Ueberzeugung heraus, dass er sich natürlich insofern in einer schwachen und auch sehr beklagenswerten Stellung befindet, als er seit Jahr und Tag weiss, er ist nur geduldet und hat nichts zu sagen, und weil auch von höherer Warte aus nichts geschehen war, um seine Stellung zu klären.»[301]

Die zweite Kritik des Gutachtens betraf Jörgers skeptische Haltung gegenüber den neuen somatischen Kuren, vor allem der Elektrokrampftherapie und der Insulinkur. Jörger führte die Insulinkuren erst 1938 ein, als sie in vielen anderen Kliniken bereits zum medizinischen Alltag gehörten (vgl. Kapitel 3.3.2).[302] Die somatischen Kuren fanden unter ärztlicher Aufsicht statt. Die Probleme begannen, als Jörger 1943 auf Drängen der Aufsichtskommission und der Regierung eine dritte Arztstelle beantragte. Er stellte keinen Antrag auf eine feste Assistenzarztstelle, sondern eine unregelmässig beschäftigte Hilfsärztin, die eigens zur Durchführung der Schockkuren ins Waldhaus kam.[303] So war fortan eine Spezialistin aus Chur für diese Behandlungen verantwortlich. Bei der Durchführung stellten Klaesi und Staehelin nun grosse Mängel fest. Die Hilfsärztin sei nur während den EKT- und Insulinkuren zugegen, gehe aber nach den damit verbundenen Anfällen oder dem Erwachen (bei Insulinkuren) wieder nach Hause. Klaesi und Staehelin, die den Schockkuren ohnehin kritisch gegenüberstanden, vermissten insbesondere psychotherapeutische Gespräche im Anschluss an die Kuren.[304]

Diese therapeutische Nachlässigkeit zeigte sich auch in der fehlerhaften Arbeitsweise des Pflegepersonals, das auf der Männerseite «unbrauchbar[e]» Rapportbücher, auf der Frauenseite zumindest zuverlässige Nachtrapporte führte. Die Tagesrapporte waren laut Gutachten generell ungenügend.[305] Die Diskrepanz zwischen Männer- und Frauenseite war vor allem auf die Initiative und den Modernisierungsanspruch der Oberschwester zurückzuführen, die Klaesi und Staehelin noch aus ihrer Assistenten- und Oberarztzeit kannten. Die beiden Experten begründeten die mangelhafte Pflegearbeit aber auch mit dem unzureichenden Ausbildungsangebot im Waldhaus. Das durchaus

296 Ebd., S. 1–2.
297 Ebd., S. 4. Torriani sei «zerfahren», «unordentlich» und seine Leistungen hätten ständig «nachkontrolliert werden» müssen, so Jörger.
298 Ebd., S. 5–7.
299 Ebd., S. 7.
300 Ebd., S. 5.
301 Ebd., S. 6.
302 Jahresbericht Waldhaus 1938, S. 127, siehe auch Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus und Realta, Sitzung vom 19. Februar 1938.
303 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 37–38. In dieser Hinsicht war Realta dem Waldhaus drei Jahre voraus. In Hans Walthers erstem Amtsjahr 1940 wurde die dritte und 1945 sogar die vierte Arztstelle ausgeschrieben.
304 StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 7–8, Zitat S. 8.
305 Ebd., S. 3, 9.

vorhandene Interesse an systematischer Ausbildung habe Jörger mit der unregelmässigen Durchführung von Kursen nur unzureichend bedient. Zudem stellte er keine Prüfungen und Diplomierungen nach den Richtlinien der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie (SGP)* in Aussicht, sondern nur interne «Privatexamina».[306] Die hohe Fluktuationsrate beim Pflegepersonal war ein Ergebnis dieser ungenügenden Ausbildungssituation (vgl. Kapitel 4.1.3).

Klaesi und Staehelin stellten bei Jörger ein allgemeines Misstrauen gegenüber Neuerungen fest. Dabei verhärtete sich der Eindruck, dass Jörger vor allem aus «Sparsamkeitsgründen» keine betrieblichen oder personellen Veränderungen in Angriff nahm.[307] Jörgers Sparsamkeit reichte anscheinend so weit, dass er geradezu widerwillig für jährlich 3'000 Franken 1942 eine Direktionssekretärin eingestellt hatte – er wollte die administrativen Aufgaben im medizinischen Bereich weiterhin selbst übernehmen.[308] «Er sei sein eigener Sekretär und erspare dem Kanton damit eine Arbeitskraft».[309] Jörger empfand sich selbst aber nicht als konservativ. Er sei sich der Modernisierung der Psychiatrie durchaus gewahr gewesen, habe aber mit dem Waldhaus einen eigenen, den bündnerischen Verhältnissen angepassten, Weg eingeschlagen. Das Gutachten hält in dieser Hinsicht folgendes fest:

> *«Man dürfe nicht vergessen, dass man die bündnerischen Verhältnisse mit denjenigen anderer Kantone nicht gut vergleichen könne. Dass eine andernorts zur Regel gewordene Besserstellung des Personals inbezug auf Ausbildung und auch hinsichtlich Arbeitszeit und Bezahlung und eine aktivere Therapie der Anstalt neuen Wind zuführen und Antriebe geben und förderlich sein könnten, ist nicht zu bestreiten, aber Herr Direktor Jörger macht geltend, dass er sich die Anstalt nach seinem Willen und seinen Intentionen und Anlagen eingerichtet und zugeschnitten hat und im ganzen genommen damit nicht schlecht gefahren sei.»*[310]

Das Expertengutachten Klaesi-Staehelin zeichnet Jörger als gewissenhaften Direktor, der «selbst alles macht und überall nachsieht», das Waldhaus sei aber durch seinen patriarchalischen Führungsstil ins Hintertreffen geraten.[311] Die Gutachter hielten dezidiert fest: Falls die Regierung wünsche, dass das Waldhaus den Anschluss an die allgemeine Entwicklung der Psychiatrie hin zu einem Ort der Krisenintervention mit breitem medizinischem Behandlungsangebot nicht verpasse, könne die gegenwärtige Situation «unter keinen Umständen länger geduldet werden».[312] Ein erster Schritt in die richtige Richtung sahen Klaesi und Staehelin in der Schaffung einer neuen Arztstelle, die mit einem jungen, initiativen Bewerber besetzt werden sollte.[313] Das Gutachten hielt vor radikalen Forderungen (Entlassung) Abstand.

Die Aufsichtskommission und der Departementschef entschieden sich aber für eine radikalere Lösung. Sie legten Direktor Jörger und Torriani den Rücktritt nahe, Torriani auf Mitte 1945, Jörger auf Mitte 1946. Zwischen 1945 und 1946 sollte Torrianis Nachfolger eingearbeitet werden.[314] Jörger und Torriani reagierten auf diesen Vorschlag mit Unverständnis und Widerstand und verlangten, dass ihnen «konkret Punkt für Punkt» die begangenen Fehler vorgelegt werden müssten.[315] Jörger wies zudem darauf hin, dass das Gutachten weder explizit noch implizit die Forderung beinhaltet hätte, dass er seinen Arbeitsplatz zu räumen hätte. Ferner wurde Klaesi und Staehelin vorgeworfen, für die Besichtigung der Anstalt Waldhaus

306 Ebd., S. 10.

307 Ebd., S. 11. Weder beabsichtigte er, Torriani zu ersetzen, noch anstelle der Hilfsärztin einen Assistenzarzt zu beschäftigen; denn für drei Ärzte sei nach Jörger zu wenig Arbeit vorhanden gewesen.

308 Ebd., S. 12.

309 Jörger machte diese Aussage anlässlich einer Aufsichtskommissionssitzung im Jahre 1942. Im Expertengutachten von 1945 wird sie zitiert, vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945.

310 StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 12.

311 Ebd., S. 13.

312 In der momentanen Situation könne für die Wiederbesetzung der Assistenzarztstelle, so die Gutachter, kaum mehr ein junger Arzt, «dem seine berufliche Förderung und Entwicklung lieb ist», gewonnen werden. Ein Oberarzt hingegen könne nur eingestellt werden, wenn er umfangreiche Kompetenzen zur Reorganisation erhielte. Vgl. ebd., S. 13–14.

313 Dazu schrieben sie weiter: «Wir nehmen aber an, dass Herr Direktor Jörger doch bereit wäre, eine Sekundärarztstelle entsprechend den Bedürfnissen eines tüchtigen Bewerbers auszubauen oder, noch besser, von Anfang an einzurichten, wenn ein solcher käme und seine Bedingungen stellte.» Vgl. ebd., S. 14.

314 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 31, 57.

315 Ebd.

und die Einvernahme der Angestellten zu wenig Zeit zur Verfügung gehabt zu haben, um die Verhältnisse ausreichend beurteilen zu können.[316] Jörger monierte zudem, dass mit Klaesi und Staehelin Leiter von Universitätskliniken von der Regierung kontaktiert worden waren. Er merkte an, dass deren Patientinnen und Patienten aus städtisch-industriellen Verhältnissen stammten und daher die Arbeitsbedingungen nicht mit jenen in kleineren Landanstalten wie etwa dem Waldhaus verglichen werden könnten.[317]

In der Aufsichtskommission und in Regierungskreisen blieben die Bedenken über die therapeutische Stagnation des Waldhauses allerdings virulent.[318] Ein weiteres Expertengutachten drängte sich auf. Doch bevor dieses Vorhaben realisiert werden konnte, kam es zu einem neuen Skandal, der diesmal die Anstalt Realta betraf. Ein ehemaliger Realta- und Waldhaus-Patient stellte der Bündner Presse mehrere Beschwerdebriefe zu, in denen er gegen den 1940 neugewählten Chefarzt Hans Walther verschiedene schwere Vorwürfe erhob. Auf der Grundlage der Briefe publizierten das *Bündner Tagblatt* und der *Freie Rätier* anschliessend kritische Artikel über Direktor Walther.[319] Die Angelegenheit ging aber über die in der Presse ausgetragene Polemik hinaus. Der Beschwerdeführer reichte sogar Strafanzeigen gegen Walther ein (vgl. Kapitel 2.2.3).

Da sich das Waldhaus und Realta zur selben Zeit wiederholt öffentlicher Kritik ausgesetzt sahen, beschloss die Regierung, beide Einrichtungen einer genaueren Prüfung zu unterziehen. Für dieses Unterfangen stellte der Kleine Rat am 12. Januar 1945 eine externe Untersuchungskommission (UK) zusammen.[320] Diese bestand aus vier Personen, zwei ärztlichen Fachleuten und zwei Spezialisten in Rechts- und Finanzfragen. Die ärztliche Expertise übernahmen Prof. Dr. Max Müller (1894–1980), Direktor der Heilanstalt Münsingen (Bern), und Dr. Georg Stutz (1897–1961), Chefarzt der Heil- und Pflegeanstalt Hasenbühl in Liestal. Die Bündner Regierung wählte mit Müller und Stutz bewusst zwei medizinische Experten aus ländlichen Heil- und Pflegeanstalten, die unter ähnlichen Bedingungen arbeiteten, wie das im Waldhaus und in Realta der Fall sei; die Wahl war nicht zuletzt eine Reaktion auf die Kritik Jörgers am Klaesi-Staehelin Gutachten.[321] Für die ökonomischen und rechtlichen Belange zeichneten J. C. Bruggmann von Zürich und Prof. Dr. Ernst Delaquis (1878–1951), Rechtswissenschaftler und ordentlicher Professor an der Universität Bern, verantwortlich.

Diese Untersuchung war wesentlich umfangreicher als jene von 1943. Das Expertengutachten von 1945 war in der Endfassung 130 Seiten stark. Entsprechend vielfältig war das Untersuchungsmaterial. Es reichte von schriftlichen Akten über zwei eingehende Anstaltsbesichtigungen bis hin zu ausführlichen Gesprächen mit Angestellten beider Betriebe.[322] Gerade den Besichtigungen und Einvernahmen räumte die UK wesentlich mehr Zeit ein. Allein die Unterredungen mit Direktor Jörger, die auf drei Tage verteilt wurden, dauerten insgesamt sieben Stunden und 30 Minuten.[323]

Wie bereits das Gutachten von 1943 würdigte auch die UK von 1945 zu Beginn ihres Abschlussberichts den baulichen Zustand des Waldhauses. Die Krankenabteilungen seien sauber und ordentlich, auf der Frauenseite geradezu vorbildlich, so der Bericht.[324] Allerdings kritisierten die Experten, und hier gingen sie weiter als das Vorgängergutachten, dass in den Schlafsälen nach wie vor das «unhygienische Kübelsystem» gängig sei.[325] Aborte in Form von eingebauten Klosetts hatten sich zu diesem Zeitpunkt bereits in allen modernen Anstalten durchgesetzt. Nasszellen in den Schlafräumen waren ein Zeichen der Modernisierung und dienten der Stärkung der Privatsphäre; hier sah die UK im Waldhaus noch Handlungsbedarf. Darüber hinaus fehlten für gewisse Bedürfnisse laut UK entsprechende Räumlichkeiten. Die Experten empfahlen in dieser Hinsicht, eigene Werkstätten und Arbeitsräume, vorzugsweise auf den Abteilungen selbst, einzurichten und den Anstaltsbetrieb langfristig mit einem weiteren Wachsaal für ruhige Patientinnen und Patienten zu ergänzen. Das letzte Postulat setzte der Nachfolger von Jörger, Fred Singeisen, schliesslich auch um.[326]

Was die Arbeitstherapie anging, bemängelte die UK, dass viele Arbeiten keinen therapeutischen Zweck erfüllen würden. Für viele Produkte gab es keine Verwendung (z. B. aus dem «Stoffzupfen»).

316 Ebd., S. 6.
317 Ebd., S. 7.
318 Vgl. Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus und Realta, Sitzung vom 23. September 1944, S. 6.
319 Vgl. ebd.
320 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 1.
321 Ebd., S. 7.
322 Ebd., S. 2–3.
323 Ebd., S. 6.
324 Ebd., S. 8, 12.
325 Ebd., Zitat S. 8, siehe weiter S. 12.
326 Ebd., S. 8–9.

Schwer kranke Patientinnen und Patienten hatten zuweilen Bohnen zu sortieren, «denen man vorher absichtlich Zwetschgensteine beigemengt» habe.[327] Solche Arbeiten standen diametral zu dem, was Zeitgenossen unter Arbeitstherapie verstanden. Über Jahrzehnte hinweg wurde der Beschäftigungsgrad in der Anstalt stetig erhöht (vgl. Kapitel 2.2.1), ein Prozess, der offenkundig nicht mit einer therapeutischen Reflexion der einzelnen Arbeits- und Beschäftigungsfelder einhergegangen war.

> *«Von einer systematischen Arbeitstherapie im modernen Sinne kann jedoch nicht gesprochen werden. […] Auch ein weitgehend psychisch geschädigter Kranker spürt, ob das, was man ihm in die Hand gibt, zu etwas Nützlichem führen soll oder nur Spielerei ist.»*[328]

Die UK wies Jörger darauf hin, dass diesem Missstand mit einem stufenartigen Beschäftigungsangebot und speziellen Werkstätten Abhilfe geleistet werden könnte. Die tagsüber leerstehende Männerabteilung D würde sich dafür eignen. Jörger aber entgegnete, dass die sozialen Verhältnisse in Graubünden solche Massnahmen verunmöglichen würden – ein Grossteil der Patientinnen und Patienten, vor allem die hohe Zahl chronisch Kranker sei für eine differenzierte Arbeitstherapie ungeeignet.[329] Nur selten könne er sie in die von Angestellten geführte Malerei, Schlosserei oder Schreinerei senden. Die UK stellte aber fest, dass sich unter den Patientinnen und Patienten eine nicht unwesentliche Anzahl Handwerker befanden.[330]

Dieser allzu pauschale Behandlungsstil äusserte sich laut UK auch in einer mangelhaften Strukturierung der einzelnen Abteilungen. Die Stationen seien nicht in «Pflegeeinheiten» eingeteilt, es sei kaum ein Bemühen erkennbar, «die Kranken je nach ihrem Krankheitszustand und ihrem sozialen Verhalten zu gliedern, in zusammengehörige Einzelgruppen abzusondern und schliesslich […] akute und chronische Fälle nach Möglichkeit zu trennen».[331] Die Experten wiesen darauf hin, dass gerade bei Neuaufnahmen ein unpassendes Milieu stark negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben könne. Trotz diesen allgemein bekannten und akzeptierten Ansichten habe die UK in einem Aufnahmewachsaal Menschen mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern und anderen individuellen Bedürfnissen beobachtet.[332] Dieses Problem bestand im Waldhaus bis in die späten 1970er Jahre; noch 1979 kritisierte das *Schweizerische Rote Kreuz* (SRK), trotz gewandelter Ansprüche, dass keine zweckmässigen Pflegeeinheiten bestehen würden (vgl. Kapitel 5.1).

Die UK kam zum Schluss, dass das Waldhaus auf verschiedenen Ebenen nicht mit den anderen schweizerischen Landanstalten Schritt halten könne, namentlich in der Arbeitstherapie, der Psychotherapie, den modernen körperlichen Behandlungsmethoden, der ärztlichen Aktivität *extra muros* (Beratungsstellen, Polikliniken, Mitwirkung in Fürsorgeorganisationen) und der Ausbildung des Pflegepersonals.[333] Viele psychiatrische Anstalten in der Schweiz waren zu dieser Zeit im Begriff, ihren Anstaltsbetrieb zu modernisieren – von der Pflegeanstalt zu einer Aufnahme- und Durchgangsstation.[334] Dadurch gewann die Psychiatrie an Akzeptanz in der Bevölkerung, was sich aus psychiatrischer Sicht in steigenden Aufnahmen von Patientinnen und Patienten mit leichteren Erkrankungen äusserte.[335] Die Landanstalt Münsingen beispielsweise wies jahrelang zwischen 200–300 Aufnahmen auf, im Jahr 1945 hingegen rund 600 Aufnahmen.[336] Beim Waldhaus hingegen blieben die Aufnahme- und Entlassungszahlen in dieser Zeit konstant. Das unter Walther reorganisierte Realta verzeichnete zeitgleich allerdings einen deutlichen Anstieg der Aufnahmezahlen (vgl. Diagramm 8).

Wie bereits im Expertengutachten von 1943 räumte auch der Abschlussbericht von 1945 dem Verhältnis zwischen Jörger und Torriani den grössten Platz ein. Die Voten fielen sehr ähnlich aus. Erneut kritisierte der Direktor Torrianis «Unbeholfenheit, Unselbständigkeit» und dessen «mangelhafte psychiatrische Ausbildung».[337] Doch statt nur das ärztliche Verhältnis darzulegen, ging die UK von 1945 den Ursachen des Status quo auf den Grund. Dabei wurden die komplexen Beziehungsgeflechte zwischen den Familien Jörger und Torriani offengelegt: Andrea Torriani verdankte seine Wahl zum Assistenzarzt zwei Aspekten –

327 Ebd., S. 14.
328 Ebd., S. 59.
329 Ebd., S. 14.
330 Ebd., S. 14–16.
331 Ebd., S. 12.
332 Ebd., S. 13.
333 Ebd., S. 10.
334 Ebd., S. 11.
335 Ebd., S. 10–11.
336 Ebd., S. 11.
337 Ebd., S. 24–26, 62–65.

zum einen dem allgemeinen «Mangel an psychiatrischem Nachwuchs» und zum andern der Beziehung seines Vaters G. Torriani zu J. J. Jörger, dem Vater von J. B. Jörger. Torriani senior arbeitete bis 1894 als Assistenzarzt von Jörger senior und war von 1915–1937 Mitglied der Aufsichtskommission. Torriani senior war also nicht nur mit Jörger senior befreundet, er konnte 1930 als Aufsichtskommissionsmitglied auch aktiv mitentscheiden, ob sein Sohn die neue Assistenzstelle im Waldhaus antreten sollte. Nach einem Probejahr stellte die Aufsichtskommission Torriani junior unbefristet ein. Jörger war grundsätzlich gegen diese Wahl gewesen, hatte aber nicht vehement dagegen opponiert und hatte auch nie ein Entlassungsgesuch gestellt. Das hätte er aus der Sicht der UK längst machen müssen. Die UK hatte den Eindruck, dass Torriani in den Augen Jörgers letztlich immer der «Freundessohn seines Vaters [blieb] und damit irgendwie der Jörger'schen Familie zugehörig» geblieben sei.[338]

Bereits Torrianis Amtsantritt stand unter einem schlechten Stern. Er stellte die berechtigte Bitte, zwei Zimmer der Direktorenwohnung beziehen zu können, was Jörger aber zurückwies. Torriani weigerte sich, in einer Zweizimmerwohnung auf der Männerabteilung einzuziehen, wohnte zuerst bei seinen Eltern in Chur und richtete sich anschliessend im zweiten Stock des Verwaltungsgebäudes häuslich ein. Die Zurückweisung Jörgers, über die sich Torriani immer wieder beklagte, hätte er auch zum Anlass genommen, tagsüber und abends zuweilen die Anstalt ohne statutarisch vorgesehene Abmeldung beim Direktor zu verlassen.[339] So sei es manchmal zu kuriosen Szenen gekommen. Die Oberpflegerin berichtete der UK, dass sie eines Abends an einem Konzert in Chur erstaunt zur Kenntnis genommen habe, dass über den Saal verteilt Jörger, Torriani und der Oberpfleger zugegen gewesen seien – keiner dieser Verantwortlichen sei also für Notfälle dem Waldhaus zur Verfügung gestanden.[340]

Seit der Konfrontation mit Jörger von 1944, im Nachgang des ersten Expertengutachtens, verschärfte sich die Situation weiter. Obwohl das Departement und die Aufsichtskommission vorgeschlagen hatten, den beiden Ärzten die Demission nahezulegen, sah der kleine Rat von derartigen Kurzschlusshandlungen ab. Die beiden Ärzte blieben vorerst im Dienst, eine enge Zusammenarbeit fand aber weiterhin nicht statt. Der dienstliche Verkehr wurde auf ein Minimum reduziert.[341] Mit den Untersuchungen der UK änderte sich die Situation für das Waldhaus. Sie begleitete die beiden Ärzte in ihrem Alltag und stellte eine geradezu inexistente und ineffiziente ärztliche Zusammenarbeit fest. Jörger führte keine gemeinsamen Chefvisiten und Besprechungen von Krankheitsfällen durch, da er der Ansicht war, dass er ohnehin alle medizinischen und administrativen Arbeiten von Torriani nachkontrollieren müsse. Die UK stimmte Jörger weitgehend zu. Auch sie beobachtete, dass Torriani Angaben über die Verwandtschaftsgrade, zuweilen auch Patienten selbst, verwechselte, häufig Fehldiagnosen stellte oder ungenügend und zu spät rapportierte. Torriani hingegen schilderte der UK, dass er nie recht in den Anstaltsbetrieb eingeführt worden sei.[342]

Hinzu kamen Doppelspurigkeiten in der ärztlichen Praxis. Der ärztliche Dienst begann morgens mit einem Rapport, an dem beide Ärzte und das Oberpflegepersonal anwesend waren. Anschliessend führte Jörger die Elektroschockbehandlungen durch, während Torriani die Visiten auf der Frauen- und Männerseite abhielt. Nach den Kuren führte Jörger die Visiten entweder auf der Männer- oder der Frauenabteilung durch. Am Nachmittag wurde dieses Prozedere wiederholt. Jörger führte im Anschluss an die Kuren die ärztliche Visite auf jener Seite ab, die er am Morgen noch nicht besucht hatte. Dieselbe Arbeit erfolgte also doppelt. Aus Sicht der UK war es «völlig unzweckmässig», dass beide Ärzte hintereinander bei denselben Krankenabteilungen Visiten abhielten, vor allem auch, da sie sich über den aktuellen Zustand der

338 Ebd., S. 53.

339 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 28: «Ohne Erlaubnis des Direktors darf er [der Assistenzarzt, Anm. d. Verf.] die Anstalt nicht verlassen». Vgl. weiter StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 26.

340 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 35.

341 Die beiden schilderten ihr Verhältnis laut Gutachten folgendermassen: «Dir Jörger erklärt, er habe seine Zeit für anderes brauchen müssen, als sich mit seinem Assistenzarzt herumzuschlagen und alle Arbeit lieber allein gemacht, als das, was sein Mitarbeiter geleistet hatte, dauernd nachkontrollieren und korrigieren zu müssen. […] Torriani könne machen was er wolle; wenn er nur keine Dummheiten anstelle und keine Mehrarbeit verursache, sei er schon zufrieden.» Torriani hingegen fühlte sich «von einer wirklichen Mitarbeit ausgeschaltet […]. Jörger habe ihn einfach ignoriert, habe ihn namentlich über alle die Anstalt im ganze betreffenden Fragen nie orientiert.» Vgl. ebd., S. 31.

342 Ebd., S. 26–27, siehe weiter S. 42.

Patientinnen und Patienten nicht austauschten.[343] Daher fielen auch die Beschlüsse (z. B. Medikamentenverordnungen) an das Pflegepersonal verschieden aus, was zu Irritationen führte. Die Pflege trug aufgrund dieses Spannungsverhältnisses eine grosse Verantwortung. In der Konsequenz waren die Entscheidungswege kompliziert und langwierig. Die Anweisungen Torrianis teilte das Personal zuerst Jörger mit, der dann die Verordnungen bestätigte oder abänderte. Die Pflege wurde aber nicht nur schlecht orientiert, das Oberpflegepersonal nahm auch nicht wie sonst üblich an den Arztvisiten teil, sondern wurde nur indirekt von den Abteilungspflegerinnen und -pfleger über die ärztlichen Anordnungen informiert.[344]

Jörger stellte nach dem Erscheinen des Gutachtens weder ein Entlassungsgesuch noch forderte er eine dritte Arztstelle. Er war der Auffassung, dass grundsätzlich zwei Ärzte genügen würden.[345] Er beteuerte, zur Zeit der militärdienstlichen Abwesenheit Torrianis «auch alles allein besorgt» zu haben.[346] Die Hilfsärztin wäre schliesslich keine Angestellte, sondern würde nur für ihre Einsätze im Waldhaus vergütet. Die UK stellte fest, dass Jörger bei Tufflis Abgang 1940 sogar die Idee vortrug, beide Anstalten unter einen Direktor mit Sitz im Waldhaus zu stellen. Erst mit dem Antritt Fred Singeisens 1946 wurde die dritte Assistenzarztstelle eingeführt.

Diese ablehnende Haltung gegenüber Veränderungen bezeichnete die UK – ähnlich wie Klaesi und Staehelin – als prägenden Charakterzug Jörgers, der das Waldhaus mit «konservative[r] Scheu vor Neuem» führen würde.[347] Er bleibe «dem Geist treu, in dem sein Vater und Vorgänger» die Klinik geführt habe.[348] «Familientradition» und «Erhaltung des Bestehenden» würde er höher gewichten als die zeitgenössischen Erwartungen an eine moderne psychiatrische Einrichtung.[349] Jörger zeige keine Initiative, sondern stehe Neuerungen generell «mit einer innerlichen Ablehnung gegenüber».[350] Nur auf äusseren Druck hin öffne er sich bestimmten Modernisierungen. Entsprechend kritisch stehe er gewerkschaftlichen Vorstössen gegenüber. Wie ein «gütiger, aber gleichzeitig auch strenger Vater» führe er die «grosse Familie» Waldhaus und behalte dabei die Verfügungsgewalten vorwiegend sich selbst vor.[351] Einiges davon hatte aus Sicht der UK auch durchaus gute Züge.

> *«Auch heute noch möchte man manchem hypermodernen, in amerikanischem Sinne mechanisierten und fabrikmässigen Anstaltsbetrieb etwas von diesem selbstlosen Aufgehen des Anstaltsleiters im Anstaltsbetrieb, von seinem familiären Zusammenleben mit Angestellten und Kranken wünschen.»*[352]

Doch die Psychiatrie begann sich in der Mitte des 20. Jahrhunderts laut UK derart grundlegend zu wandeln («Durchgangsstation»), dass ein Mithalten mit diesen Entwicklungen unbedingt notwendig sei.[353] Unter Jörger fände jedoch keine Weiterentwicklung statt. Bedrohlich sei zudem, dass das Waldhaus inzwischen von Realta «überflügelt» und zur Pflegeanstalt degradiert werde.[354] Jörger legitimierte die Umstände aber damit, dass mit der hohen Zahl chronischer Patientinnen und Patienten (80 Prozent) und dem schwerfälligen Personal Veränderungen kaum in Angriff genommen werden könnten. Zudem verbot ihm sein «haushälterische[r] Sinn» teure Modernisierungsmassnahmen; aus der Sicht der UK ein «Trugschluss», der seine fehlende Bereitschaft zur Initiative versinnbildliche.[355]

Auch das Expertengutachten von 1945 resümierte, dass «grobe Fehler oder Nachlässigkeiten in der Führung der Anstalt Waldhaus nicht nachgewiesen sind».[356] Es gebe keine Missstände, die strafrechtlich oder disziplinarisch verfolgt werden müssten. Aus der Sicht der UK sei aber klar, dass das Waldhaus «zweifellos sehr reorganisationsbedürftig» sei und inzwischen den «Charakter einer reinen Pflegeanstalt angenommen» habe.[357]

Zum Schluss widmete sich das Gutachten der zentralen Frage, ob unter der bestehenden ärztlichen Belegschaft eine Reorganisation möglich sei. Bei Torriani schien der Fall klar, die UK empfahl seine Entlassung, hielt es aber für denkbar, ihn zu-

343 Ebd., S. 32.
344 Ebd., S. 33.
345 Schon 1934 lehnte er eine dritte Arztstelle ab, als Regierungsrat Lardelli die Idee der Erhöhung des Ärztebestands aufwarf. Vgl. ebd., S. 37–38.
346 Ebd., S. 39.
347 Ebd., S. 50, Zitat S. 55.
348 Ebd., S. 51.
349 Ebd., S. 50.
350 Ebd., S. 52.
351 Ebd.
352 Ebd., S. 51.
353 Ebd., S. 52.
354 Ebd.
355 Ebd., S. 58.
356 Ebd., S. 5, siehe weiter S. 66–67.
357 Ebd., S. 67.

gleich provisorisch für ein Jahr als Assistenzarzt in Realta anzustellen (davon sah die Regierung aber ab).[358] Wie mit Jörger zu verfahren sei, darüber war sich die UK uneinig. Deshalb empfahl sie zwei Szenarien, die jeweils davon abhingen, welche Erwartungen die Regierung an das zukünftige Waldhaus stellen würde: Falls die Regierung *Szenario 1* wählen würde, das ein modernes Waldhaus anvisiere, sei eine Entlassung Jörgers unumgänglich.

> *«Wenn also im Waldhaus neuer Schwung einziehen soll und wenn die Anstalt auf den Stand einer modernen Heil- und Pflegeanstalt gebracht werden soll, wird nichts anderes übrig bleiben, als dass Dir. Jörger gehen muss. […] Unserer Auffassung nach wird auch weiterhin Waldhaus mehr oder weniger Pflegeanstalt bleiben und den alten Rhythmus beibehalten, solange Dir. Jörger am Ruder bleibt.»*[359]

Das hiess aber nicht, dass die Regierung Jörger disziplinarisch entlassen sollte. Gravierende Pflichtvernachlässigungen wurden ihm ja nicht angelastet. Zugunsten der Modernisierung des Waldhauses könne stattdessen dem inzwischen 59-jährigen Direktor eine vorzeitige Versetzung in den Ruhestand nahegelegt werden. Man war sich durchaus bewusst, dass Jörger einen «freiwilligen Rücktritt» unter Druck als «Diffamierung und Desavouierung seiner Lebensarbeit» – er hatte 27 Jahre im Waldhaus gearbeitet – empfinden konnte.[360]

Als *Szenario 2* stellte die UK zur Diskussion, das Waldhaus weiterhin als Pflegeanstalt zu führen und bis zur Pensionierung Jörgers mit der Reorganisation zuzuwarten. Torriani wäre in diesem Szenario gleichwohl durch einen reformwilligen, jungen Arzt zu ersetzen und die Anstalt mit einer dritten Assistenzarztstelle zu belegen gewesen, so die UK. Sie hielt diese Lösung nur für möglich, weil Jörger jüngst die Ausbildung, Prüfung und Diplomierung nach *SGP*-Richtlinien auf Druck hin eingeführt hatte. Gleichzeitig habe man mit Realta eine psychiatrische Einrichtung, die sich unter Chefarzt Walther in kürzester Zeit zur Heilanstalt entwickelt habe.[361] Diese Option war nur als Übergangslösung bis zur Pensionierung Jörgers zu verstehen, war das Waldhaus doch wesentlich besser zum kantonalen psychiatrischen Zentrum als Realta geeignet (Stadtnähe, Nähe zum Kantonsspital).

Die UK sah sich nicht in der Position, eines der beiden Szenarien zu präferieren und überliess die Entscheidung der Bündner Regierung. Diese entschloss sich für *Szenario 1*. Torriani wurde entlassen und Jörger trat, so zumindest die offizielle Mitteilung, freiwillig zurück. An ihre Stelle trat ein vollständig neues Ärzteteam, das zuerst um eine, noch im selben Jahr aber um eine zweite Arztstelle erweitert wurde.[362] Mit einem Direktor, einem Oberarzt und zwei Assistenzärzten zog das Waldhaus von den ärztlichen Verhältnissen her mit Realta gleich. Als neuen Direktor wählte die Regierung Fred Singeisen, der bereits in diversen psychiatrischen Anstalten der Schweiz gearbeitet hatte (Waldau, Münsingen, Friedmatt).[363] Während sich Jörger vor allem für bauliche Veränderungen eingesetzt hatte, bemühte sich Singeisen um eine grundlegende Modernisierung des Klinikbetriebs. Mit dem Expertengutachten von 1945 hatte Singeisen eine hilfreiche Bestandsaufnahme mit Vorschlägen zur Hand. Der Abschlussbericht der UK verlor noch Jahrzehnte später nicht an Bedeutung. Das zeigt eine Aussage des späteren Waldhaus-Direktors Gottlob Pflugfelder (Amtszeit 1951–1977). Noch 1970 meinte er, dass «die Vorschläge und Leitlinien des Gutachtens vom 3.10.1945 auch jetzt noch für die ärztliche Leitung der Klinik Waldhaus wegleitend» seien.[364]

Auf der Behandlungsebene stärkte Singeisen den therapeutischen Anspruch der Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Auch liess er – vor dem Hintergrund seiner psychoanalytischen Ausbildung in München – tiefenpsychologische Ansätze in den Arbeitsalltag einfliessen. Weiter richtete er 1946 eine Insulinstation für Elektroschocktherapien und Insulinkuren ein und etablierte die medikamentösen Entwöhnungskuren für Alkoholkranke (vgl. Kapitel 3.3). Für die systematische Durchführung der dreijährigen Ausbildung des Pflegepersonals, die Jörger nach langem Ringen eingeführt hatte, schaffte Singeisen zudem einen geregelten Rahmen. Nach aussen intensivierte er die Zusammenarbeit mit den Behörden und die

358 Ebd., S. 68–69.
359 Ebd., S. 70.
360 Ebd., S. 71–73, Zitat S. 73.
361 Ebd., S. 74–75.
362 Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 195
363 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Nachruf Dr. med. Fred Singeisen, Lebenslauf nach einer Aufzeichnung des Verstorbenen, o. J., S. 2.
364 Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gottlob Pflugfelder: Aus der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, 1970, S. 6.

psychiatrische Tätigkeit ausserhalb der Anstalt, vor allem die Gutachtertätigkeit (vgl. Kapitel 4.2) und die Öffentlichkeitsarbeit.[365]

Aus einem Schreiben Singeisens an das Finanz- und Militärdepartement von 1947, das zwischen 1943 und 1948 den beiden Bündner Anstalten übergeordnet war, geht sein Modernisierungswille klar hervor. Darin fordert er, mit expliziter Bezugnahme auf das Expertengutachten, eine Reihe notwendiger Neueinrichtungen, damit das Waldhaus, «wie vorgesehen, zu einer wirklich neuzeitlichen psychiatrischen Anstalt ausgestaltet werden» könne.[366] Da die Patientenfrequenz inzwischen stark angestiegen war (vgl. Diagramm 6), hielt er es für unabdingbar, Wachabteilungen für ruhige Patientinnen und Patienten einzurichten. Gerade suizidale Personen würden nach einer sauberen Überwachung verlangen, hätten bisher aber nur in den unruhigen Wachabteilungen der Pavillons Unterkunft gefunden, so Singeisen.[367] Zudem fehlten eigene Stationen für Insulinkuren. Deshalb richtete Singeisen unmittelbar nach seinem Amtsantritt je eine ruhige, geschlossene Wachabteilung für Frauen und Männern ein. In diesen Provisorien liess er auch ein Grossteil der Patientinnen und Patienten unterbringen, die Insulin- und anderen Körperkuren unterzogen wurden.[368] Die Räumlichkeiten, die sanitarischen Anlagen und die Sicherheitsvorkehrungen waren jedoch unzureichend. Deshalb stellte Singeisen den Antrag, je eine ruhige Wachabteilung bzw. Aufnahmestation im Erdgeschoss des Hauptgebäudes zu installieren. Diese neuen Abteilungen sollten spitalmässig eingerichtet werden, etwa mit eingebauten Toiletteneinrichtungen, einem Badezimmer, Waschgelegenheiten innerhalb des Schlafsaals, «diskret angebrachte[n] Sicherheitseinrichtungen» und einem ärztlichen Untersuchungszimmer.[369]

«Verleumdungskampagne» von 1959 abgewehrt? Diskurs über das öffentliche Bild der Psychiatrie am Beispiel der Tuberkulose-Station

Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die in der Regel die Lungen befällt. Die Krankheit hat einen chronischen, meist schleichenden Verlauf, kann aber auch in kurzer Zeit zum Tod führen. Erst mit dem Aufkommen von Antibiotika Mitte des 20. Jahrhunderts nahmen die Todesfälle bedeutend ab. In der Folge wurden klassische Tuberkulose-Einrichtungen wie Sanatorien oder Tbc-Abteilungen in somatischen oder psychiatrischen Kliniken sukzessive geschlossen oder in Rehabilitationskliniken, Heilstätten oder Hotels umfunktioniert, die sich einem breiteren Spektrum an Lungenerkrankungen widmeten (Tbc, Asthma, Atemwegsallergien usw.).[370] Für Kliniken, die nicht allein auf tuberkulöse Patientinnen und Patienten ausgerichtet waren, bedeutete die infektiöse Krankheit stets eine grosse betriebliche und personelle Herausforderung. Besonders Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose, also mit dem Potential, die Krankheit via Husten über die Raumluft zu übertragen, bedingten strenge Isolationsmassnahmen. Beide psychiatrischen Einrichtungen des Kantons Graubünden hatten mit diesen Schwierigkeiten zu kämpfen. Generell kam eine psychiatrische Unterbringung aber nur bei einer zusätzlich diagnostizierten psychischen Krankheit in Frage.

Zur Zeit des Ersten Weltkriegs waren Formen der Tuberkulose speziell im Waldhaus eine der hauptsächlichen Todesursachen.[371] 1918 erlagen zehn von 46 Verstorbenen der Lungentuberkulose.[372] Zwischen 1946 und 1966 führte die Anstalt auf der Männer- und Frauenseite sogar eine Tbc-Station für zwölf Tuberkulöse mit psychischer Krankheit, «psychopathischen Zügen» oder «Alkoholsucht» ein. Im Gegensatz zu den Sanatorien widmeten sich die Tbc-Stationen im Waldhaus Personen, bei denen zwei Krankheiten diagnostiziert worden waren – Tuberkulose und eine psychische Erkrankung. Realta nahm ebenfalls Menschen mit offener Tuberkulose auf, liess von Zeit zu Zeit präventive Seriendurchleuchtungen im Krankenhaus Thusis durchführen und beschaffte sich 1945 eine eigene Röntgendurchleuchtungsanlage.[373] Realta

365 Ebd.
366 StAGR V 13 e 1: Schreiben Fred Singeisens an das Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden, Chur, 6.9.1947, S. 1.
367 Ebd., S. 2.
368 Ebd.
369 Ebd., S. 3.

370 In der jüngsten Vergangenheit trat Tuberkulose nur noch selten in der Schweiz auf. 2009 waren es 7.1 Fälle auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Besonders in Entwicklungsländern blieb die Infektionskrankheit, auch im Zusammenhang mit der Ausbreitung von Aids, hingegen häufig. 2009 gab es weltweit 137 Todesfälle auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Vgl. Cort (2012).
371 Vgl. bspw. Jahresberichte Waldhaus 1915, S. 148, 1916, S. 147, 1918, S. 182.
372 Jahresbericht Waldhaus 1918, S. 182.
373 Vgl. Jahresberichte Realta 1937, S. 124, 1944, S. 157–

verfügte aber nie über exklusive Abteilungen für tuberkulöse Patientinnen und Patienten.

Die Tbc-Stationen im Waldhaus haben eine lange Geschichte. Bereits J. B. Jörger setzte sich für eine räumliche Separierung von Tbc-Kranken ein. Er betonte, dass sich das Waldhaus durch seine Nähe zum Kantonsspital, das über geeignete Infrastrukturen und lungenfachärztliches Wissen verfügte, besonders gut dafür eigne. 1944 schrieb er im Jahresbericht:

> *«Ein anderes Problem, das sich immer deutlicher in den Vordergrund schiebt, ist die Pflege und Versorgung tuberkulöser Geisteskranker, gar dann, wenn renitente Tuberkulöse zwangsweise in geschlossene Anstalten eingewiesen werden, wie dies bei zwei Aufnahmen der Fall war. Mit der Einrichtung einer solchen würde man auch ausserkantonalen Bedürfnissen entgegenkommen können. Wir erachten das Waldhaus aus verschiedenen Gründen besonders als geeignet für diese Aufgabe, nicht zuletzt wegen der Möglichkeit, die medizinischen Kräfte und Einrichtungen des Kantonsspitals für den somatischen Teil der Krankenbetreuung jederzeit in Anspruch nehmen zu können.»*[374]

Das Projekt wurde aber vorerst nicht weiterverfolgt, wohl auch wegen des Skandals um die betrieblichen Verhältnisse im Waldhaus. Erst als der neue Direktor Singeisen zu Vorbeugungszwecken 1946 eine Lungendurchleuchtung im Kantonsspital durchführte, wurde den Gefahren der Krankheit erneut Aufmerksamkeit geschenkt. Es zeigte sich, dass unter den Patientinnen und Patienten acht Personen an Tuberkulose litten. Singeisen liess sie daraufhin umgehend isolieren – dies auch angesichts der Tatsache, dass dazumal noch viele Patientinnen und Patienten in grossen Sälen Tag und Nacht nahe zusammenlebten.[375] Doch vom psychiatrischen Standpunkt her konnte er die Isolierung in Einzelzellen nicht vertreten. Zu diesem Zeitpunkt verfügten bereits einige kantonale Heil- und Pflegeanstalten, etwa Königsfelden (AG) oder die Rheinau (ZH), über Abteilungen für Tuberkulosepatientinnen und -patienten mit psychischen Erkrankungen.[376] Singeisen war sich dessen bewusst und stellte den Antrag für eine analoge Abteilung für das Waldhaus. Obschon er, wie bereits Jörger, darauf hinwies, dass mit einer Tbc-Abteilung auch ein Angebot für Kantonsfremde geschaffen werden könnte, fand sein Ansinnen nicht genügend Unterstützung.

> *«Sehr wünschenswert wäre die Erstellung einer richtigen Spezialabteilung für geisteskranke und psychopathische Tuberkulöse, die voraussichtlich auch aus der übrigen Schweiz Zuzug erwarten könnte. Das Sanitätsdepartement hat sich unter Zuziehung der Chefärzte des Kantonsspitals und des Waldhauses eingehend mit dieser Frage beschäftigt. Leider erscheint die Durchführung eines solchen Projekts vorderhand noch nicht möglich.»*[377]

Singeisen nahm das Problem sehr ernst, auch weil er zwischen den Patientinnen und Patienten immer wieder Übertragungen der Lungentuberkulose feststellte. Er holte im Hygiene-Institut der Universität Zürich Informationen über Desinfektionsvorschriften, Fussbodenreinigung und den optimalen Schutz des Pflegepersonals ein und besichtigte den Tuberkulose-Pavillon der Anstalt Königsfelden, um zu prüfen, ob eine ähnliche Einrichtung für das Waldhaus in Frage käme. Seine Bemühungen zahlten sich aus. Nach mehreren Verhandlungsgesprächen fassten das Kantonsspital und das Waldhaus 1946 schliesslich doch noch den Entschluss, im Waldhaus eine kleine geschlossene Abteilung für Männer mit Tuberkulose einzurichten.[378] Die Tbc-Station wurde unter dem Namen «Männer V» geführt. Die entscheidenden Argumente waren, dass «eine Abteilung für geisteskranke und asoziale Tuberkulöse unter psy-

159, 1945, S. 169–170. Vgl. weiter Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 195.

374 Jahresbericht Waldhaus 1944, S. 163.

375 Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 195.

376 StAGR V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Allgemeine Bemerkungen über die Tuberkulosestation des Waldhauses (Abteilung Männer V). Kurze Orientierung über Zweck, Aufbau und Geschichte dieser Tuberkulose-Abteilung, im Zusammenhang mit dem tendenziösen Artikel des Schweiz. Beobachters vom 30.4.1959, Chur 26. April 1959, S. 1. Offenbar erhielt Pflugfelder noch vor der Veröffentlichung Einblick in den Artikel und informierte proaktiv sein Personal.

377 Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 196.

378 StAGR V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Allgemeine Bemerkungen über die Tuberkulosestation des Waldhauses (Abteilung Männer V). Kurze Orientierung über Zweck, Aufbau und Geschichte dieser Tuberkulose-Abteilung, im Zusammenhang mit dem tendenziösen Artikel des Schweiz. Beobachters vom 30.4.1959, Chur, 26. April 1959, S. 1.

chiatrische Leitung» gehöre und «psychiatrisch geschultes Pflegepersonal» erfordere.[379] Mit der Nähe zum Kantonsspital war zudem eine enge Zusammenarbeit mit Lungenfachärzten sichergestellt. Bald wurde eine zweite Tbc-Station auf der Frauenseite errichtet. Die beiden geschlossenen Abteilungen verfügten über je 12 Betten und wurden unter der Leitung Pflugfelders in den 1950er Jahren mehrmals renoviert. Die bedeutendste Massnahme war die Verkleinerung der Mauern im Aussenraum der «Männer V». Dadurch verlor der Garten den «Charakter eines ‹Gefängnishofes›» und gestattete den Ausblick in das übrige Gartengelände.[380] Das eidgenössische Gesundheitsamt inspizierte die beiden Stationen und befand sie als «in Ordnung».[381]

Die Tbc-Station «Männer V» nimmt in der Geschichte des Waldhauses deshalb eine besondere Stellung ein, weil an ihr 1959 das öffentliche Bild der Psychiatrie ausgehandelt wurde. Ausgangspunkt war ein kritischer Artikel des *Schweizerischen Beobachters*. Darin beschrieb die Redaktion, dass sie über mehrere Monate hinweg Klagen über die Verhältnisse auf der Station erhalten habe.[382] Beschwerdeführer waren laut *Beobachter* die «geistig normale[n] – wenn auch zum Teil vielleicht psychisch belastete[n] – Tb-Patienten» der «Männer V».[383] In dieser Formulierung war der Inhalt der Kritik bereits enthalten: Das Waldhaus nehme auch Personen mit offener Tuberkulose auf, die weder eine psychische Krankheit noch Persönlichkeitsstörungen aufweisen würden. Dadurch würden «geisteskranke» gemeinsam mit «geistig gesunden» Tuberkulosepatienten untergebracht. Die «normalen» Patienten, wie sie der *Beobachter* bezeichnete, beklagten sich über die unhygienischen Zustände auf der Station, die durch die psychisch kranken Mitpatienten verursacht würden. Dazu zitiert der *Beobachter* aus einem zugesandten Brief, bei dessen Inhalt er von einer hohen Plausibilität ausging:

> *«Oder glauben Sie, dass es appetitlich ist, wenn man zusehen muss, wie diese geistig Umnachteten mit ihren vergeiferten Händen im Küchenschrank nach etwas Essbarem suchen, mit dem Löffel aus den Konfitürengläsern essen, aus dem wir alle wieder schöpfen müssen? … Keiner dieser Patienten hat ein Sputumgefäss. Da wird frischfröhlich in den Abort, in den Schüttstein, in die Ecken gespuckt, obwohl viele von ihnen an offener Tb leiden.»*[384]

Darüber hinaus sei die Station, so der Brief des Patienten weiter, «nur durch eine gewöhnliche Türe von der Abteilung getrennt, in der sich die geistig Schwerkranken, sprich die Unruhigsten, befinden». Im Anschluss daran zitierte der *Beobachter* eine Stelle aus dem Brief, die später für grosses Aufsehen sorgen würde.

> *«Können Sie sich vorstellen, wie das ist, wenn man das Schreien und Stöhnen dieser Irren mit anhören muss? Jawohl, wahnsinnig könnte man mit der Zeit werden, denn entfliehen kann man diesen Tönen nicht, man ist ja eingesperrt! …»*[385]

Direktor Pflugfelder wies die Anschuldigungen in einer internen Stellungnahme scharf zurück.[386] Zum einen sei die Kritik an den hygienischen Zuständen ungerechtfertigt. Jeder Patient mit Auswurf erhalte einen Spucknapf aus Karton («Sputophag»).[387] Um die Redaktion des *Beobachters* zu überzeugen, lud er sie zur Besichtigung vor Ort ein und gab ihr die Möglichkeit, mit den Patienten ins Gespräch zu kommen – ein Angebot, das die Redaktion auch annahm.[388] Zum andern beteuerte er, dass die im Artikel zitierten Patienten keine «geistig normalen» Personen seien, sondern auf der Grundlage ärztlicher Befunde eingewiesen worden seien.[389] Pflugfelder bezeichnete sie als «aso-

379 Ebd., S. 2.
380 Pflugfelder liess die Mauer 1956 herabsetzen. Vgl. ebd., S. 3, 5.
381 Ebd., S. 4.
382 StAGR V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Abteilung M. 5», Nr. 8, 30.04.1959, S. 494.
383 Ebd.
384 Ebd.
385 Ebd.
386 StAGR V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Allgemeine Bemerkungen über die Tuberkulosestation des Waldhauses (Abteilung Männer V). Kurze Orientierung über Zweck, Aufbau und Geschichte dieser Tuberkulose-Abteilung, im Zusammenhang mit dem tendenziösen Artikel des Schweiz. Beobachters vom 30.4.1959, Chur, 26. April 1959.
387 Ebd., S. 3, 5.
388 Vgl. StAGR V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Abteilung M. 5», Nr. 8, 30.04.1959, S. 493–496.
389 Vgl. StAGR V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Allgemeine Bemerkungen über die Tuberkulosestation des Waldhauses (Abteilung Männer V). Kurze Orientierung über Zweck, Aufbau und Geschichte dieser Tuberkulose-Abteilung, im Zusammenhang mit dem tendenziösen Artikel des Schweiz. Beobachters vom 30.4.1959, Chur, 26. April 1959, S. 8.

ziale Lungentuberkulöse», «schwer psychopathische Patienten», «Schwachsinnige» und «Alkoholkranke», die neben einer Tbc-Therapie auch einer nervenärztlichen Betreuung bedürfen würden.[390] Mit vielen davon hätten sich die Behörden wiederholt beschäftigt, sei es, weil sie bei früheren Aufenthalten in offenen Lungensanatorien durch Straftaten auffielen, oder weil sie sich mehrfach nicht an disziplinarische Vorschriften gehalten hätten (z. B. alkoholisierte oder verspätete Rückkehr aus dem Ausgang).[391] Abschliessend stellte Pflugfelder fest, dass nach wie vor zu wenig Verständnis für die spezielle ärztliche und pflegerische Betreuung tuberkulöser Patienten in der Psychiatrie aufgebracht würde.

> *«Der Beobachter-Artikel verschweigt völlig, welche undankbare, für die Allgemeinheit jedoch wichtige Aufgabe die Pfleger und Aerzte übernommen haben, die eine kleine Tuberkulosestation für asoziale Lungentuberkulöse führen und organisieren müssen. Das Pflegepersonal drängt sich sicherlich nicht zu dieser recht schwierigen Pflegeaufgabe; der Beobachter-Artikel lässt völlig jegliches Verständnis für die sehr anstrengende, gefährliche und undankbare Aufgabe der Pfleger auf der Station Männer V vermissen.»*[392]

Aus dem Schreiben Pflugfelders wird nicht ersichtlich, ob er seine Stellungnahme nur an die Aufsichtskommission und den Kleinen Rat, oder doch auch an den *Beobachter* gesandt hat. Jedenfalls sah sich die Regierung dazu veranlasst, einen externen Fachmann beizuziehen, um die Kritik des *Beobachters* auf ihre Rechtmässigkeit hin zu überprüfen. Mit Felix Suter (1916–2001) beauftragte sie den ärztlichen Direktor der Thurgauisch-Schaffhausischen Heilstätte Davos-Platz.[393] Für das 10-seitige Gutachten nahm Suter Einblick in die Krankengeschichten der Patienten, die der *Beobachter* zitierte, und kam schliesslich zum gleichen Schluss wie Pflugfelder. Bei allen genannten Patienten sei «gar kein anderer Weg als die Internierung in einer Heil- und Pflegeanstalt mehr möglich» gewesen.[394] Aber auch die Kritik an den Räumlichkeiten, der Hygiene und der Behandlung wies er dezidiert zurück. Der Behandlungsplan entspreche laut Suter den üblichen Standards in Sanatorien: «Allgemein schweizerisch gesehen entspricht die Einrichtung und die Behandlung absolut den heutigen Erkenntnissen und auch Möglichkeiten».[395] Aus fachlicher Perspektive war die Kritik damit widerlegt. In der öffentlichen Wahrnehmung war der *Beobachter*-Artikel aber nach wie vor präsent.

Deshalb liess sich Pflugfelder in der Zwischenzeit nicht die Gelegenheit nehmen, eine weitere Stellungnahme zu verfassen und der Tagespresse zuzustellen.[396] Das fünfseitige Papier «Beobachter-Kritik: ‹Dichtung oder Wahrheit›» war aber weit mehr als eine erneute Zurückweisung der Vorwürfe.[397] Diesmal nahm er die *Beobachter*-Kritik zum Anlass, über die öffentliche Wahrnehmung der Psychiatrie zu schreiben. Dabei griff er explizit die oben erwähnte, pikante Stelle aus dem *Beobachter*-Artikel auf, in der in verantwortungsloser Manier ein stark veraltetes Bild der Psychiatrie heraufgeschworen werde.

> *«‹Schreckensbild der Irrenanstalt›. Es ist tief bedauerlich und zeugt von alten Ressentiments, dass der ‹Beobachter› das verblichene Schreckensbild einer ‹Irrenanstalt mit schreienden und stöhnenden Geisteskranken› beim Leser zu erwecken versucht. […] Eine psychiatrische Hospitalisierung wird vom vernünftigen Teil der Bevölkerung nicht mehr als Makel angesehen. […] Im Jahre 1958 traten beispielsweise 114 Patienten freiwillig ohne ärztliches Zeugnis ins Waldhaus ein. Dieser Wandel zum Psychiatrischen Spital scheint dem*

390 Ebd., S. 5.

391 Speziell der «Kronzeuge» des *Beobachters* sei nach Pflugfelder ein besonders schwieriger Patient, der eigentlich eine Zuchthausstrafe abzusitzen habe, was aber wegen seiner Tuberkulose nicht möglich gewesen sei. Vgl. ebd., S. 8.

392 Ebd.

393 Vgl. StAGR V 13 e 1: Schreiben Felix Suters an Regierungsrat Brosi, Vorsteher des Departements des Innern des Kantons Graubünden, Davos-Platz, 15.6.1959.

394 Ebd., S. 7.

395 Dazu zählte Suter Liegekuren, Spaziergänge, die ärztliche Begleitung durch die medizinische Abteilung des Kantonsspitals Chur (u. a. wurden alle drei Monate Röntgenbilder im Kantonsspital aufgenommen und vom Röntgenologen des Spitals analysiert). Vgl. ebd., S. 7–8, Zitat auf S. 10.

396 Auf dem Schriftstück ist keine Zeitung als Adressat angegeben. Im Text selbst gibt aber Pflugfelder zu verstehen, dass er den Text Bündner Zeitungen überreichte. Vgl. StAGR V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Beobachter – Kritik, «Dichtung oder Wahrheit», 8. Juni 1959, S. 5.

397 StAGR V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Beobachter – Kritik, «Dichtung oder Wahrheit», 8. Juni 1959.

‹Beobachter› entgangen zu sein, er rennt mit seiner Kritik entweder offene Türen ein oder aber er fördert in nicht zu verantwortender Weise das Misstrauen mancher Volksschichten gegen die Anstaltspsychiatrie.»[398]

Pflugfelder versuchte deutlich zu machen, dass das Prinzip der Verwahrungsanstalt längst überwunden sei und viele Patientinnen und Patienten freiwillig in eine psychiatrische Einrichtung eintreten würden. Der *Beobachter* aber anerkenne diese Entwicklungen nicht, sondern schüre «alte Ressentiments». Pflugfelder war sich der Reichweite der Zeitschrift durchaus bewusst, die ihre Rolle als vierte Gewalt in sozialpolitischen Fragen besonders ernst nahm. Deshalb forderte er den *Beobachter* zu einem verantwortungsvollen Umgang mit seiner Rolle auf, mit der er auch das Bild sozialer Einrichtungen unmittelbar mitgestalte. Bei der Kritik an den Verhältnissen der Station «Männer V» habe der *Beobachter* den Bogen weit überspannt. Darüber hinaus missbilligte Pflugfelder, dass ihm im Artikel keine Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben wurde, sodass er «durch die Tagespresse an die Bevölkerung gelangen müsse», um die unzutreffende und tendenziöse Kritik richtigstellen zu können.[399]

Wenige Wochen später nahm das Departement des Innern öffentlich Stellung und orientierte die Bündner Presse darüber, dass die Kritik des *Beobachters* gemäss einer neutralen Expertise ungerechtfertigt sei.[400] Damit war die Angelegenheit aber nicht abgeschlossen. Der *Beobachter* reagierte auf Suters Gutachten und die «Richtigstellung» von Pflugfelder mit einem zweiten Artikel unter dem Titel «Ist im Waldhaus wirklich nichts zu beanstanden?».[401] In diesem richtete die Redaktion eine Liste kritischer Fragen an die Direktion, die durch den Bericht nicht «hinreichend» geklärt worden seien.[402] Die neuen Vorwürfe waren weit schwerwiegender und lösten sogar eine anstaltsinterne Reaktion aus. Ende September 1959 fasste das Waldhaus-Pflegepersonal, das sich offensichtlich in seinem Berufsethos angegriffen fühlte, eine Resolution: «Wir protestieren energisch gegen die hetzerischen Angriffe des ‹Schweiz. Beobachter› in Nr. 8 und Nr. 18.» und «wir stehen geschlossen hinter Direktion und Verwaltung der Heilanstalt Waldhaus».[403] Auch die Regierung stellte sich vorbehaltlos hinter die Leitung.

Im Einvernehmen mit der Regierung leitete Pflugfelder daraufhin, zusammen mit dem Advokaten Walter Hermann aus Basel, eine Ehrverletzungsklage gegen den Verfasser des Artikels ein.[404] Die Verhandlungen endeten mit einem Vergleich: Der Beobachter verpflichtete sich zur Publikation einer Richtigstellung in Form eines Artikels, der gemeinsam ausgearbeitet werden sollte, und hatte ein Gratisexemplar ebendieses Textes an alle Mitglieder des bündnerischen Ärztevereins zuzustellen. Zudem willigte die Verlagsgesellschaft Beobachter A.G. ein, die Anwaltskosten von Pflugfelder zu übernehmen und der Weihnachtskasse des Waldhauses 500 Franken zu überweisen. Der Verfasser der Artikel, H. R. Schäublin, war zu diesem Zeitpunkt bereits als Redaktor ausgeschieden. Für Pflugfelder war die Sache damit erledigt und er liess die Ehrverletzungsklage fallen.[405] Im Januar 1960 folgte schliesslich der gemeinsam verfasste Artikel «Das Waldhaus hat geantwortet».[406] Pflugfelder wird im Text wörtlich zitiert und appelliert an das Verständnis der Gesellschaft für die schwierigen Aufgaben der Psychiatrie.

«In einem psychiatrischen Spital und auf einer Tuberkulosestation gibt es ständig zu bessern und zu korrigieren. Vollkommene Lösungen sind kaum zu erreichen, weil eben auch Ärzte, Pfleger und Patienten unvollkommen sind. Wer auf unbefriedigende Zustände hinweist, muss auch die zu überwindenden Schwierigkeiten erwähnen.»[407]

---

398 StAGR V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Beobachter – Kritik, «Dichtung oder Wahrheit», 8. Juni 1959, S. 4–5.

399 Ebd., S. 5.

400 StAGR V 13 e 1: O. N.: Antwort an den «Beobachter», 26. September 1959, S. 1.

401 StAGR V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Ist im Waldhaus wirklich nichts zu beanstanden?», Nr. 18, 30.09.1959, S. 1173–1176.

402 Ebd., S. 1174–1176. Der *Beobachter* wies zudem darauf hin, dass in der Schweiz zunehmend Sanatorien mangels Belegung geschlossen werden müssten. Auch die Abteilung im Waldhaus verliere langsam ihre Existenzberechtigung, weil es inzwischen genügend Möglichkeiten zur Unterbringung und Betreuung gebe.

403 StAGR V 13 e 1: Resolution des Pflegepersonals der Kant. Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 28.9.1959.

404 StAGR V 13 e 1: Vergleich, Basel, 10. Dezember 1959, für Dr. G. Pflugfelder, gez. Dr. W. Hermann, für die Redaktion des Schweiz. Beobachter, gez. Rippmann, S. 1.

405 Ebd., S. 1–2.

406 StAGR V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Das Waldhaus hat geantwortet», Nr. 1, 15.1.1960, S. 8–10.

407 Ebd., S. 8.

Der *Beobachter* selbst zeigte sich schliesslich versöhnlich. Er stellte weniger die Rechtmässigkeit der eigenen Kritik in Frage, als vielmehr die potentiell negativen Auswirkungen, die sie auf die gesellschaftliche Wahrnehmung psychiatrischer Einrichtungen haben könnte.

> *«Unumgänglich notwendig für die Verwirklichung solcher Forderungen ist das Vertrauen der Öffentlichkeit in die psychiatrischen Spitäler. Der Beobachter bedauert es, wenn die Diskussion um das Waldhaus den Anschein erweckte, als verdienten in diesem Falle Ärzte und Personal dieses Vertrauen nicht. Er zweifelt nicht an Einsatzwillen und Zuverlässigkeit der Nervenpfleger, die auf einer psychiatrischen Tbc.-Station eine besonders schwierige Aufgabe zu erfüllen haben. Mit diesen Ausführungen schliesst der Beobachter die Diskussion um das Waldhaus.»*[408]

Damit fand die kontroverse Debatte rund um die «Männer V» nach knapp neun Monaten ihren Abschluss. Für Pflugfelder war es ein Sieg über die «Verleumdungskampagne des *Schweizerischen Beobachters* gegen das Waldhaus».[409]

Die Auseinandersetzung ist ein gutes Beispiel dafür, wie unterschiedlich die Kritik an sozialen und medizinischen Einrichtungen wahr- und aufgenommen wurde. Kritik von aussen konnte einerseits die Betriebe mit gewandelten Wertvorstellungen konfrontieren, die sie unter Reformdruck setzte. Es gab gesellschaftliche Entwicklungen, denen sich Einrichtungen langfristig nicht entziehen konnten. Andererseits konnten externe Einschätzungen Modernisierungsschritte ausbremsen und bereits überholte Vorstellungen reaktivieren. Diesen Eindruck vermittelt die Affäre rund um die «Männer V», in der die Psychiatrie um ihre Wahrnehmung in der Öffentlichkeit kämpfte. Pflugfelder betonte wiederholt, wie schwierig und komplex die Aufgaben auf der «Männer V» für das Personal seien. «Wer auf unbefriedigende Zustände hinweist, muss auch die zu überwindenden Schwierigkeiten erwähnen».[410] Mit diesem Credo hielt er der Gesellschaft nicht zuletzt einen Spiegel vor; von der Psychiatrie sei zuweilen mehr verlangt worden, als durch die vorhandenen Mittel hätte geleistet werden können. Diesem Umstand habe der *Beobachter* am Beispiel der «Männer V» nach Pflugfelder nicht genügend Rechnung getragen.

2.2.3 Vom Asyl Realta zur Psychiatrischen Klinik Beverin: ein beschwerlicher Entflechtungsprozess

Der spätere Direktor Ernst Weber, Amtszeit 1957 bis 1984, blickte im Rahmen einer Jubiläumsschrift von 1969 kritisch auf die ersten Jahrzehnte des Asyls Realta zurück. Die Anstalt habe zur Gründungszeit mehr einem Gefängnis denn einer Therapieanstalt geglichen. Ein drei Meter hoher Zaun hätte den Anstaltskomplex umgeben, die Fenster der Patientenhäuser seien vergittert und der Zugang zum Areal nur durch ein schweres Eisentor möglich gewesen. Der Gedanke, eine mögliche Flucht zu verhindern, sei ein Hauptmotiv der Anstalt gewesen.[411] Während Weber die Umzäunung zugunsten der gesellschaftlichen Integration und Resozialisierung der Patientinnen und Patienten Ende der 1950er Jahre abriss, schrieb ihr Fritz Tuffli, der erste Direktor des Asyls, seinerzeit noch eine sichernde Funktion zu. Er bezeichnete den Zaun als Massnahme, neugieriges «Publikum» von den Pforten zu weisen.[412] Die Umzäunung erfüllte nach Tuffli also weniger eine Schutzfunktion für die Gesellschaft, wie es Weber unterstellte, als für die Patientinnen und Patienten, um sie vor der Stigmatisierung durch Schaulustige zu schützen. Tufflis Überlegungen waren durchaus berechtigt, in den ersten Betriebsjahren des Waldhauses hätte das dortige Areal, so J. B. Jörger, sogar von neugierigem «Churer Publikum» polizeilich geräumt werden müssen.[413]

Auf der Ebene der psychiatrischen Behandlung verzeichnete das Asyl Realta in den ersten zwanzig Jahren seines Bestehens kaum Fortschritte. Im Gegensatz zur gleichzeitig stattfindenden «stürmischen Entwicklung der Anstaltspsychiatrie» hätten unter Tuffli «aktive Therapie» und «sozialpsychiatrische Betreuung» vollständig gefehlt, so das Urteil Webers.[414] Eine Einschätzung, die

---

408 Ebd., S. 10.

409 StAGR V 13 e 1: Schreiben Gottlob Pflugfelders an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission für die kant. Anstalten Beverin und Waldhaus, betr. Beobachter-Affäre, Chur, 16. Januar 1960.

410 StAGR V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Das Waldhaus hat geantwortet», Nr. 1, 15.1.1960, S. 8.

411 Weber/Winklehner (1969), S. 15.

412 Tuffli (1932), S. 15.

413 Vgl. Jörger J. B. (1942), S. 8.

414 Weber/Winklehner (1969), S. 15–16.

seine Vorgänger Hans Walther, Oskar Pfister und Emil Seiler teilten. Auch Tuffli selbst hielt das Versorgungsprinzip in seiner Anstalt für wesentlich:

> *«Das Prinzip der Versorgungsanstalt ist in Realta durchwegs vorherrschend auf allen Abteilungen, mit Ausnahme des Kinderheimes und der Korrektionsanstalt. Bei den letzten beiden Kategorien muss der Gedanke der Besserung, resp. bei den Kindern der Heilung oder doch der Stärkung der Gesundheit, oberstes Prinzip sein. Wenn wir berücksichtigen, dass auch die Irrenabteilung nicht nur der Versorgung allein dient, sondern dass auch frische Fälle zum Zwecke der Heilung zu uns gebracht werden, so wird man zugestehen müssen, dass Realta eine recht komplizierte Anstalt ist.»*[415]

Gemäss eigener Einschätzung seien ihm jedoch für Reformen die Hände gebunden gewesen. Er habe weder geeignete Strukturen noch finanzielle Ressourcen vorgefunden, die es ihm erlaubt hätten, ein therapeutisches Angebot zu entwickeln. Er war der Überzeugung, dass «reichere Kantone» kaum eine derart multifunktionale Anstalt gebaut und gesamthaft unter *eine* chefärztliche Direktion gestellt hätten.[416] Dieses Bild bestätigte 1949 auch Aufsichtskommissionspräsident Wolf Seiler. Die Anstalt Realta sei bis zu Hans Walthers Übernahme 1940 «im wesentlichen eine Pflegeanstalt im alten Stil» gewesen, die zudem durch ihre «ungünstige Verkehrslage» und die Verflechtung mit der Korrektionsanstalt stark benachteiligt gewesen sei.[417]

Fussketten in der Korrektionsanstalt bis in die frühen 1930er Jahre

Direktor Tuffli gab im zweiten Jahresbericht (1920) stolz bekannt, dass Fussketten, die früher bei «unverbesserlichen Durchbrennern» der Korrektionsanstalt zur Anwendung kamen, abgeschafft worden seien.[418] Die unmittelbare Konsequenz seien mehrere Fluchtversuche gewesen. Aus den Akten wird aber ersichtlich, dass Tuffli noch länger nicht vollständig auf die Kettenstrafe verzichtete. Einige Insassen hatten bis in die frühen 1930er Jahre bei ihrer Arbeit Fussketten zu tragen.[419] In der Jubiläumsschrift von 1932 hielt er nüchtern fest:

> *«Als einziges Mittel, die immer wieder rückfälligen Flüchtlinge an neuen Fluchten zu verhindern, dienten die Fussketten. Von Zeit zu Zeit versuchten wir, diese unschönen und veralteten Dinge zu entfernen. Dieses Frühjahr sind aber nun die Ketten für immer verschwunden.»*[420]

Offensichtlich hatte Tuffli ein ambivalentes Verhältnis zur Kettenstrafe: aus ideellen Motiven wollte er auf die veraltete Strafe verzichten, in der Praxis griff er aber noch lange darauf zurück.[421] Auch der öffentliche Druck spielte offenbar eine Rolle. Die Aufsichtskommission bat beispielsweise schon 1920 die Direktion explizit, sie solle «mit Rücksicht auf die öffentliche Meinung» von der «Kettenstrafe […] absehen».[422] Trotz Vorbehalten wurden die Fussketten nicht abgeschafft. Aus einer Sitzung von 1931 wird greifbar, wieso Tuffli daran festhielt und wie er die Kettenstrafe rechtfertigte:

> *«Über die Ketten äussert sich Dir. Tuffli folgendermassen: Man kann ohne Weiteres zugeben, dass die Ketten für den Betreffenden, der sie tragen muss, nicht als inhuman bezeichnet werden können. Ein Mann, der an seiner Reputation nichts mehr zu verlieren hat, mag es bei weitem vorziehen, die leichten Ketten zu tragen als dass er von Feld und Wald fortgerissen wird und innerhalb von Mauern 1½ oder 2 Jahre arbeiten muss.»*[423]

Nach Tuffli war die Arbeit im Freien ein abwechslungsreiches Privileg für die Insassen. Dass die fluchtgefährdeten unter ihnen dabei Fussketten tragen mussten, sei ein notwendiges Übel und im-

---

415 Tuffli (1932), S. 36.

416 Ebd., S. 37.

417 StAGR V 13 f 12: Schreiben Wolf Seilers an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Chur, 19. Dezember 1949, S. 2.

418 Jahresbericht Realta 1920, S. 172.

419 Vgl. Tuffli (1932), S. 29. Laut Weber seien zudem die Aufseher bis Mitte der 1940er Jahre mit Knüttel und Revolver ausgestattet gewesen. Vgl. Weber (1979a), S. 241.

420 Tuffli (1932), S. 29.

421 Dass er aber durchaus Wille zeigte, sich von dieser Massnahme zu lösen, lässt sich daraus schliessen, dass er Alternativen wie geschlossene Werkstätten oder eingemauerte Holzplätze in Betracht zog. Vgl. Jahresberichte Realta 1920, S. 172, 1922, S. 150, 1927, S. 196, 1928, S. 222.

422 Protokoll der Aufsichtskommission Realta, Sitzung vom 29. Januar 1920 und Sitzung vom 24. November 1920.

423 Protokoll der Aufsichtskommission Realta, Sitzung vom 3. Juli 1931.

mer noch besser, als auf die Beschäftigungen im Freien verzichten zu müssen, so der Anstaltsleiter. Darüber hinaus empfand er die Praxis als gerechtfertigt, da die Entweichungen in den 1920er Jahren erhebliche Ausmasse annahmen; die Anstalt hatte grosse Mühe, das Fluchtproblem in den Griff zu bekommen. Im Jahr 1922 beispielsweise floh eine ganze Gruppe von Insassen, zehn bis zwölf Männer «im Komplott», und brachte bei der Regierung in Chur diverse Beschwerden vor.[424] Die Aufsichtskommission verurteilte die Fluchten aufs Schärfste und beschloss, die geflohene Gruppe, sobald sie in Chur eintraf, verhaften zu lassen und zu Fuss nach Realta zurückzuschicken.[425] Die Regierung versuchte, solche Fluchtunterfangen mit einzelnen Anpassungen zu verhindern, etwa mit der Errichtung des Kolonistenhauses von 1924 für «ganz harmlose Detinierte» und der im gleichen Jahr neu der Direktion zugeteilten Befugnis, «unverbesserliche Durchbrenner» und vorbestrafte «Gewohnheitsverbrecher» in die kantonale Strafanstalt Sennhof zu versetzen.[426] Unzureichende Separationsmöglichkeiten blieben in Tufflis Augen aber auch in den Folgejahren ein Hauptgrund für das Fluchtproblem – die Multifunktionalität der Anstalt brachte also auch in dieser Hinsicht Probleme mit sich.

Aus der Aufsichtskommissionssitzung von 1931 wird aber auch ersichtlich, dass Tuffli inzwischen seine Haltung revidiert hatte. Er titulierte die Ketten als «abstossend», als «etwas fast Demütigendes», das auf die Bevölkerung «direkt mittelalterlich» wirken müsse.[427] Deshalb beantragte er, künftig auf Fussketten zu verzichten und alternative Massnahmen zur Fluchtverhinderung einzuführen. Dieser Gesinnungswandel war aber nicht nur intrinsisch motiviert. 1931 entwichen fünf Insassen aus der Anstalt, begingen Diebstähle und wurden anschliessend 1932 vom Kantonsgericht zu Gefängnisstrafen verurteilt.[428] Diese Ereignisse, vor allem was die Fluchtmotive der jungen Entwichenen betraf, gelangten über Umwege zu einer Zürcher Zeitung, die daraufhin einen kritischen Artikel unter dem Titel «Seltsame Zustände in einer Bündner Versorgungsanstalt – Fussketten und Zwangsjacken als Erziehungsmittel?» veröffentlichte.[429] Die Entwichenen berichteten darin von brutaler Behandlung, Dunkelarrest, Zwangsjacke und Ketten und hätten nach eigener Aussage die Unterbringung im Zuchthaus Sennhof der Anstalt Realta vorgezogen. Die Ausbrüche an sich sorgten bereits für Unruhe in der Bevölkerung, durch den Zeitungsartikel wurden sie aber Gegenstand einer öffentlichen Debatte. Ob die Vorwürfe berechtigt waren, lässt sich nicht abschliessend beurteilen, der öffentlichkeitswirksame Pressebericht hat die Anstalt und ihren Direktor aber mit Sicherheit unter Handlungsdruck gesetzt.

Modernisierungsphase in der Klinik Beverin ab 1940

Tuffli legte 1940 sein Amt altersbedingt nieder. Die Regierung wählte an seine Stelle den erst 27-jährigen Psychiater Hans Walther, der zuvor als Assistenzarzt in der psychiatrischen Universitätsklinik Waldau in Bern tätig gewesen war, als Direktor.[430] Durch den jungen, reformwilligen Chefarzt wurde der Anstaltsbetrieb reformiert, was sich bereits anhand der 1941 lancierten Umbenennungen der Abteilungen festmachen lässt. Die «Korrektionsanstalt» wurde in «Arbeitserziehungsanstalt» (AEA) und die Abteilungen für «Geistes- und Gemütskranke» in «Heil- und Pflegeanstalt Realta» umbenannt.[431] Drei Jahre später kam es zum Wechsel in der Verwaltungsführung, Eduard Henny verliess die Anstalt und Ernst Johann Winklehner übernahm seine Position. Eine seiner ersten Amtshandlungen war die Trennung der Insassenbetreuung in der AEA und Arbeiterkolonie von der kaufmännischen Verwaltung. Im Rahmen dieser Separierung setzte die Regierung ein «erzieherisch qualifizierte[s] Hauselternpaar» ein.[432] Damit konnten die Direktion und Verwaltung zumindest einen Teil der Verantwortung delegieren. Das Hauselternpaar war künftig für die «Erziehung

---

424 Jahresbericht Realta 1922, S. 150. Auf Beschluss der Aufsichtskommission wurde «die meuternde Gruppe» nach polizeilicher Vernehmung in Chur gefasst und unverzüglich zu Fuss nach Realta zurückgeschickt, vgl. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 13. Juni 1922.

425 Protokoll Aufsichtskommission, Sitzung vom 13. Juni 1922, vgl. auch Rietmann (2017), S. 52.

426 Jahresbericht Realta 1924, S. 167; zitierte Passage siehe Jahresberichte Realta 1927, S. 196, 1923, S. 151.

427 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Juli 1931.

428 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ausgerissener Zeitungsartikel, O. N.: «Seltsame Zustände in einer Bündner Versorgungsanstalt. Fussketten und Zwangsjacken als Erziehungsmittel?», in: Gedruckte Zeitung (Titel unbekannt), Ressort «Stadt und Kanton Zürich», 21. Januar 1932.

429 Vgl. ebd.

430 Jahresbericht Realta 1940, S. 155–156.

431 Jahresbericht Realta 1941, S. 161–162; vgl. auch Rietmann (2017), S. 147.

432 Jahresbericht Realta 1943, S. 150–151.

der Zöglinge», die Leitung der Arbeitseinsätze und den Unterhalt der Landwirtschaft zuständig.[433] Das erzieherische Moment wurde stärker in die AEA und Kolonie verlagert und der Verwalter konnte sich nunmehr ausschliesslich administrativen Aufgaben widmen.

Bemühungen um eine differenziertere Wahrnehmung der Klinik in der Öffentlichkeit: Umbenennung der psychiatrischen Abteilungen

Bereits Chefarzt Tuffli setzte sich dafür ein, die spätere psychiatrische Klinik Beverin aus ihrer Verschränkung mit den Einrichtungen der Arbeitserziehung zu befreien. Seine Bemühungen konzentrierten sich aber vor allem auf den Aufbau einer Stufenlogik im Versorgungsprozess, erst seinen Nachfolgern gelang es, schrittweise die psychiatrischen Abteilungen als eigenständigen Betrieb aus dem Anstaltskomplex herauszulösen.

Walther verliess Realta im Jahr 1946, um sich in der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli (Zürich) als Oberarzt wissenschaftlich weiterzuentwickeln.[434] Als Ersatz für den abtretenden Direktor wählte die Regierung Oskar Pfister, der wie Walther zuvor an der Universitätsklinik Waldau (Bern) tätig gewesen war.[435] Pfister lobte bei seiner Ankunft ausdrücklich den «bedeutenden Aufschwung» der Anstalt unter der Leitung seines Vorgängers. Dank Walther könne sich Realta «in jeder Beziehung neben den andern schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten sehen lassen».[436] Pfister gab aber auch zu bedenken, dass die Verschränkung der Heil- und Pflegeanstalt mit der AEA und der Arbeiterkolonie diesem Wandel überhaupt nicht Rechnung tragen würde. Deshalb forderte er die vollständige institutionelle Trennung und Neubenennung, um auch gegen aussen ausdrücklich eine Grenze zwischen den beiden Einrichtungen zu ziehen, die «ihrer Bestimmung nach nicht das geringste miteinander zu tun» hätten.[437] Eine Forderung, die nach Pfister eigentlich längst hätte erfüllt werden müssen. Denn er habe die Chefarztposition nur unter der Bedingung einer zeitnahen Trennung der Anstaltseinheiten angetreten.

> *«Als ich selbst im vergangenen Jahre, ohne mich dafür interessiert oder gar angemeldet zu haben, von Herrn Regierungsarzt Dr. Gadient in Bern gefragt wurde, ob ich die Direktion von Realta übernehmen wolle, wurde mir in Aussicht gestellt, dass in absehbarer Zeit die Korrektionsabteilung und die Arbeiterkolonie von der HPA abgetrennt und verselbständigt würden. Diese Voraussicht war mitbestimmend dafür, dass ich mich für eine Zusage entschloss.»*[438]

Pfister erlebte die Beibehaltung der ursprünglichen Bedingungen als Vertrauensbruch, der seine gesamte Amtszeit prägen sollte.

Ein stetes Unbehagen äusserte Pfister hinsichtlich des Namens der Anstalt. Er betonte, dass die Bezeichnung «Realta» in der Bevölkerung augenblicklich negative Assoziationen in Verbindung mit Kriminalität und Verwahrlosung hervorrufe. Die Konsequenz dieser «unliebsame[n] Verwechslungen» sei eine Stigmatisierung der psychisch kranken Personen. Mit der Namensänderung wollte Pfister die Patientinnen und Patienten vom «Schatten der früheren ‹Korrektionsanstalt›» befreien:

> *«Es ist ein Unrecht, dass unsere Geistes- und Gemütskranken mit dem Odium, welches jeder Korrektionsanstalt anhaftet, belastet werden, und es wäre überaus bedauerlich, wenn die sehr gut gebaute und ausgestattete Heil- und Pflegeanstalt weiterhin darunter zu leiden hätte, dass ‹Realta› in weitesten Kreisen der Begriff eines kaum definierbaren Versorgungs-Komplexes von Geisteskranken einerseits, Kriminellen und Verwahrlosten andererseits bliebe.»*[439]

Doch nicht nur der diffus gebliebene Anstaltsauftrag war ein Resultat des vorbelasteten Begriffs «Realta». Pfister berichtete der Aufsichtskommission 1947, dass Spitäler und Gemeindebehörden immer noch mit Versorgungsanfragen für chronisch physisch kranke und behinderte Personen an Realta heranträten. Pfister lehnte die Gesuche generell ab, sah sich aber immer wieder mit

---

433 Ebd.

434 Vgl. Jahresbericht Realta 1946, S. 186–187.

435 Vgl. Jahresbericht Realta 1946, S. 186–190.

436 Bis zur Amtsübernahme von Pfister war Dr. med. F. Keller interimistisch Anstaltsleiter. Vgl. Jahresbericht Realta 1946, S. 186, 190.

437 Jahresbericht Realta 1946, S. 187 (Zitat), siehe weiter S. 191.

438 StAGR V 13 e 1: Schreiben Oskar Pfisters an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission, betr. Einweisung körperlich Kranker in die Anstalt Realta, Chur 16. Juni 1947, S. 7.

439 Jahresbericht Realta 1946, S. 187, 191, siehe weiter Jahresbericht Realta 1949, S. 30.

dem Vorwurf konfrontiert, «Realta sei doch schon dem Namen nach eine Pflegeanstalt und es sei unverständlich, dass wir für Invalide keinen Platz hätten».[440] Dabei verwiesen die Antragstellenden auf die Statuten von 1917, die bis 1964 galten und unter anderem auch «körperlich Kranke (Invalide)» zur Aufnahme vorsahen.[441] Pfister wies stets darauf hin, dass eine solche Abteilung «nur auf dem Papier» existiere und schon unter seinem Vorgänger Walther praktisch «nicht mehr bestand».[442] Erneut lastete er die Missverständnisse der Namensgeschichte seiner Einrichtung an: «Der missverständliche, aber oft noch gebrauchte Ausdruck ‹Asyl Realta› wurde deswegen, d. h. wegen seiner Unklarheit, von der Direktion seit Jahren nicht mehr gebraucht.»[443]

Die Vielfalt an Versorgungsanfragen liess sich laut Pfister nicht zuletzt an den divergierenden Anschriften bei Briefzusendungen festmachen. In einem Vortrag vor dem Bündner Vormundschaftsverband von 1951 über das «kantonale Sorgenkind» Realta trug er eine lange Liste von Adressen vor, die im Umlauf waren:[444]

- «Kant. Strafanstalt Realta
- Verwaltung der Besserungsanstalt Realta
- Zwangsarbeitserziehungsanstalt Realta
- Verwaltungsversorgung Realta
- Trinkerheilstätte im Kant. Asyl Realta
- Arbeiterkolonne Realta
- Straf- und Heilanstalt Realta, Cazis
- Direktion der HPA Realta, Abteilung Arbeiterlager
- Home Realta bei St. Moritz
- Ospedale di Realta-Rodel, Cazis
- An die Spinnerei Realta
- Instituto Piz Beverin, Cazis
- Korrektionsanstalt Beverin (eigentlich die fehlerhafteste Bezeichnung […])»[445]

Mit dieser Liste appellierte Pfister explizit an die Vormundschaftsbehörden, bei ihren Aufnahmegesuchen präzise zu bezeichnen, in welches Anstaltsglied die betreffende Person einzuweisen sei – «‹Anstalt Realta› ist zu vieldeutig». Er nahm die Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes in die Pflicht, diese Unterschiede auch der Bevölkerung begreiflich zu machen, «nicht zuletzt im Interesse der Kranken».[446]

Das zugrundeliegende Problem der Anstalt war aber ein anderes. Der multifunktionale Gemeinschaftsbetrieb Realta war nach Pfister von Anfang an zum Scheitern verurteilt. Dass die Irrenabteilung der Korrektionsanstalt und später letztere dem Asyl Realta angegliedert wurde, sei ein «Organisations- und Strukturfehler» sondergleichen gewesen.[447] Damit sei vor vielen Jahren der Grundstein für Missstände gelegt worden, «unter welchen wir heute noch leiden».[448] In seinen Augen hätte die grosse landwirtschaftliche Domäne zwischen Cazis und Rothenbrunnen den Ausschlag für die Standortentscheidung gegeben. Pfister fand für diese strategische Entscheidung deutliche Worte:

> *«Für die Bebauung einer so grossen Landfläche mussten möglichst viele und möglichst billige Arbeitskräfte hergeholt werden, und niemand scheint daran gedacht zu haben, wie sehr verhängnisvoll, den Betrieb und den Ruf einer HPA beeinträchtigend, sich diese in der Schweiz und darüber hinaus einzig dastehende Kombination auswirken werde. Wir haben jetzt eine von Vielen verachtete und als minderwertig eingeschätzte ‹Universalanstalt›, in welcher Kranke mit dem Odium der Kriminellen belastet werden, wo gelegentlich die Korrektionellen an den gemeinsamen Festen zu merken geben, dass sie nicht zu den Verrückten gehören und wo die Alten sich unglücklich fühlen, wenn sie in Krankheitsfällen in die Irrenanstalt kommen.»*[449]

440 StAGR V 13 e 1: Schreiben Oskar Pfisters an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission, betr. Einweisung körperlich Kranker in die Anstalt Realta, Chur 16. Juni 1947, S. 1.

441 Vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 4; StAGR V 13 e 1: Schreiben Oskar Pfisters an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission, betr. Einweisung körperlich Kranker in die Anstalt Realta, Chur 16. Juni 1947, S. 1.

442 Ebd.

443 Ebd., S. 1–2.

444 Vgl. Verwaltungsarchiv Beverin: Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes Graubünden vom 4. Juni 1951 in Chur, Referat von Dr. O. Pfister, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Cazis 1951, S. 1.

445 Ebd.

446 Ebd., S. 15.

447 StAGR V 13 e 1: Schreiben Oskar Pfisters an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission, betr. Einweisung körperlich Kranker in die Anstalt Realta, Chur 16. Juni 1947, S. 4.

448 Verwaltungsarchiv Beverin: Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes Graubünden vom 4. Juni 1951 in Chur, Referat von Dr. O. Pfister, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Cazis 1951, S. 2.

449 StAGR V 13 e 1: Schreiben Oskar Pfisters an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission, betr. Einweisung

Sein Statement demonstriert auch, dass nicht nur die psychiatrischen Patientinnen und Patienten des Asyls unter der Multifunktionalität litten. Gerade am Beispiel der «Körperkranken» konnte Pfister nachweislich darlegen, dass die Verschränkungen immer noch Realität waren und das Stigma, mit dem ein psychiatrischer Aufenthalt in Realta behaftet war, zusätzlich verstärkten. Realta hatte auf der Männer- und Frauenseite stets ein bis drei leere Betten für Notfälle aus Rothenbrunnen, der AEA oder der Arbeiterkolonie zur Verfügung zu halten.[450] So lebten zwischenzeitlich nach wie vor körperlich kranke, aber geistig gesunde und psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten im gleichen Haus, benutzten dieselben Aufenthaltsräume und schliefen unter Umständen in denselben Schlafsälen. Die notfallmässig verlegten «Körperkranken» empfanden diese Situation oft als stigmatisierend. Pfister habe nicht selten die «vorwurfsvolle Frage hören müssen: ‹Gehöre ich zu Diesen da?›».[451] An dieser Versorgungspraxis übte 1947 selbst die *Sektion Graubünden des Schweizerischen Invalidenverbands* öffentlich Kritik.[452] Die ablehnende Haltung der «Körperkranken» bedeutete im Umkehrschluss eine zusätzliche Herabwürdigung der psychiatrischen Patientinnen und Patienten. Aus all diesen Gründen sträubte sich Pfister gegen die in der Aufsichtskommission diskutierte Eröffnung einer neuen Abteilung für «körperkranke» und arbeitsunfähige Pflegefälle.

Pfisters Bemühungen trugen schliesslich 1951 Früchte, als die Regierung die psychiatrischen Abteilungen der Anstalt offiziell in «Heil- und Pflegeanstalt Beverin» umbenannte.[453] Damit vollzog die Regierung zumindest gegen aussen eine symbolische Trennung der Anstaltsglieder und machte den nebulösen Begriff «Realta» greifbarer. Missverständnisse, die die Zuteilung der Patientinnen und Patienten betrafen, nahmen in der Folge ab.

körperlich Kranker in die Anstalt Realta, Chur 16. Juni 1947, S. 4.

450 Ebd., S. 2.

451 Ebd.

452 Ebd., S. 3, vgl. *Neue Bündner Zeitung* vom 22.01.1947.

453 Jahresbericht Realta 1950, S. 34; Jahresbericht Realta/Beverin 1951, S. 54, 57.

Neuer Strafvollzug: Aus der AEA und Arbeiterkolonie wird eine Verwahrungsanstalt

Das 1938 vom Schweizer Stimmvolk angenommene und 1942 in Kraft getretene Schweizerische Strafgesetzbuch (StGB) sah vor, dass die Kantone Verwahrungs- und Arbeitserziehungsmassnahmen einerseits, Zuchthaus- und Gefängnisstrafen gegen Straffällige andererseits in verschiedenen Institutionen zu vollziehen hätten.[454] Zur Erfüllung dieser Vorgabe einigten sich die ostschweizerischen Kantone 1956 auf eine Konkordatsvereinbarung zum Straf- und Massnahmenvollzug.[455] Bei der interkantonalen Regelung der Verteilung wurde dem Anstaltskomplex Realta der Auftrag zugewiesen, aus den Konkordatskantonen vermindert zurechnungsfähige und unzurechnungsfähige Delinquente sowie Wiederholungstäter zur «Verwahrung» aufzunehmen, kurzfristige Gefängnisstrafen zu verhängen und administrative Versorgungen zu vollziehen.[456] Um dieser neuen Aufgabe nachzukommen, ordnete der Grosse Rat im November 1961 den Um- und Neubau der AEA und der Arbeiterkolonie Realta an.[457] Das mittlerweile über 100-jährige Anstaltsgebäude «Alt-Realta» wurde abgerissen und durch zwei neue Zellentrakte ersetzt – 1963 und 1964 wurden sie bezugsbereit und im Herbst 1965 vom Kanton Graubünden als neue «Verwahrungsanstalt Realta» feierlich eröffnet. Mit diesem Umbau wurden die AEA und die Arbeiterkolonie vollständig aufgelöst. Die Frauenabteilungen der AEA und der Arbeiterkolonie, die im Vergleich zu jenen der Männer immer wesentlich kleiner gewesen waren, waren bereits 1949 geschlossen worden. Die neue Verwahrungsanstalt stand unter derselben Direktion wie die Psychiatrische Klinik Beverin, das Altersheim Ro-

454 Rietmann (2017), S. 63.

455 Siehe Vereinbarung der Kantone Zürich, Glarus, Schaffhausen, Appenzell I.-Rh., Appenzell A.-Rh., St. Gallen, Graubünden und Thurgau betreffend den Vollzug der Zuchthaus- und Gefängnisstrafen, der Massnahmen gemäss Schweizerischem Strafgesetzbuch und der Versorgung gemäss kantonalem Recht vom 27. Jan. 1956, in: BR 1957, S. 482–487.

456 Delinquente wurden nach Art. 14, 15, 35, 36, 42 und 43 StGB gerichtlich eingewiesen. Vgl. Jahresberichte Realta/Beverin 1969, 1971, 1972. Gemäss Jahresberichten waren die administrativen Versorgungen auf Bündnerinnen und Bündner beschränkt. Vgl. Jahresberichte Realta/Beverin 1963, 1965, 1970. Vgl. auch Rietmann (2017), S. 63.

457 Der Grosse Rat sprach für den Aus- und Umbau der Anstalt 3'325'000 Franken aus. Vgl. Rietmann (2017), S. 63; Jahresbericht Realta/Beverin 1961, S. 74.

thenbrunnen und der Gutsbetrieb Realta. Neu war zudem nicht mehr das Sanitätsdepartement, sondern das passendere Justiz- und Polizeidepartement für die Einrichtungen zuständig.

Die neue Verwahrungsanstalt wurde, trotz «straffe[r] Ordnung und Disziplin», angesichts der freien Arbeiten auf dem Feld «halboffen» geführt.[458] Wenig überraschend kam es daher zu jährlich stark schwankenden Entweichungen. Am halboffenen System wurde mit der Überzeugung festgehalten, dass das geschenkte Vertrauen es auch besser möglich mache, die Insassen in die Gesellschaft zu reintegrieren. In den frühen 1970er nahmen die Fluchten und damit die erneuten Arrestverfügungen ab: Diese Tendenz wurde von der Direktion auf das 1970 neu eingeführte «Qualifikationssystem» zurückgeführt. Das System beinhaltete eine Qualifikation der Insassen in Sachen «Arbeit, Freizeit und soziale[m] Verhalten» nach einem «Punkte-System» und die Auszahlung eines bestimmten «Pekulium» (Arbeitsentschädigung) anhand dieser Bewertung.[459] Die Entrichtung eines «Pekuliums» war kein Novum – neu war allerding dessen Einbettung in ein Punktesystem. Tatsächlich nahmen die Arreststrafen bis auf wenige Ausnahmen ab. Für die Direktion lag das am Interesse der Insassen, «sich korrekt zu verhalten, um ihren regelmässigen Urlaub beziehen zu können».[460] Ein weiterer Anreiz sei die 1972 eingeführte «beschränkte Entlassung» gewesen, bei der Insassen – nach einer Bewährungszeit innerhalb der Anstalt – in der näheren Umgebung der Anstalt arbeiten und wohnen durften.[461] Beim Vollzug dieser Massnahme spielte die 1964 vollamtlich eingestellte Fürsorgerin eine zentrale Aufsichts-, Betreuungs- und Mittlerrolle. Zudem ist im Laufe der 1970er Jahre eine starke Vervielfältigung und Intensivierung der Freizeitbeschäftigung in der Verwahrungsanstalt festzustellen. Freizeitgestaltung wurde neu als Teil therapeutischer Massnahmen zur Resozialisierung verstanden.[462]

Die Zahl der zivilrechtlich administrativ eingewiesenen Personen nahm anfangs der 1980er Jahre stark ab, was auf die Einführung der EMRK-konformen Neuregelung der bundesrechtlichen ZGB-Bestimmungen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) von 1981 zurückzuführen ist. Die Bestimmungen zum FFE kamen neu anstelle des vormundschaftlichen Versorgungsrechts (ZGB seit 1912) und des kantonalen Versorgungsgesetzes (in Graubünden das Fürsorgegesetz von 1920) zur Anwendung (vgl. Kapitel 3.1).[463] Gleichwohl befanden sich Ende 1983 noch zwei vormundschaftsrechtlich eingewiesene Insassen in Realta.[464] Trotz oder gerade aufgrund der Abnahme der (oft langfristig) administrativ versorgten Personen nahmen die Aufnahme- und Entlassungszahlen der Verwahrungsanstalt anfangs 1980er Jahre stark zu, wobei Drogendelinquente neu einen wesentlichen Teil der eingewiesenen Personen ausmachten.[465] Dieser als «neuste Suchtwelle» bezeichnete Anstieg der Aufnahmen von Drogensüchtigen machte sich in der Klinik Beverin bereits 1969 bemerkbar, als erstmals acht Patienten «wegen haschisch- oder LSD-Drogen-Abhängigkeit» stationär aufgenommen und ungefähr 20 drogensüchtige Jugendliche auf gerichtliche Verfügung begutachtet wurden.

458 Jahresberichte Realta/Beverin 1965, S. 83, 1966, S. 86. Bei untragbarem Verhalten oder Delikten wurden Insassen in strenger geführte, geschlossene Strafanstalten versetzt. Intern strafte der Leiter disziplinarische Verstösse mit Arreststrafen.

459 Unter Einberechnung aller Prämien konnte der Insasse maximal 8. Franken pro Tag erhalten. Zudem konnte gemäss Leistungsprinzip durch gute Qualifikationen Urlaub «verdient» werden. Die Qualifikation fand vierteljährlich statt. Vgl. Jahresbericht Realta/Beverin 1970, S. 75–76.

460 Jahresberichte Realta/Beverin 1970, S. 75–76, 1971, S. 90–91.

461 Ende 1972 konnten 16 Männer in die «begrenzte Freiheit» entlassen werden, neun davon ohne Schwierigkeiten, vier wurden als gerade noch tragbar bezeichnet und drei mussten wieder in die Anstalt rückversetzt werden. Vgl. Jahresbericht Realta/Beverin 1972, S. 18–19.

462 Das Freizeitangebot umfasste Bastelabende, einen Männerchor, Eishockey und Fussball, Ausflüge mit dem anstaltseigenen Wagen, eine Abendschule, Kurse in Zeichnen und Malen und eine Schach-Gruppe. Vgl. u. a. Jahresberichte Realta/Beverin 1966, S. 86, 1970, S. 75–76, 1983, S. 87–88.

463 Zur Entwicklung der Gesetzesgrundlage bei Anstaltseinweisungen siehe Kapitel 3.1.

464 Jahresbericht Realta/Beverin 1983, S. 87–88.

465 1983 umfasste die Aufnahmezahl 229 und die Entlassungszahl 230 Personen. Mit 94 Insassen auf Ende 1983 war die Anstalt voll belegt und das Personal stark ausgelastet. Vgl. Jahresbericht Realta/Beverin 1983, S. 87–88.

2.3 Die Anstalten in Zahlen: Pensionsverträge und Konkurrenzverhältnis

Die beiden Kliniken waren von Anfang an mit einer grossen Nachfrage an Pflegeplätzen konfrontiert. Die räumliche Belastung war gross und der Anstaltsbetrieb stark ausgelastet. Teilweise halfen sich die beiden Anstalten gegenseitig aus, gleichzeitig standen sie aber immer wieder in einem Konkurrenzverhältnis. Ein Blick auf die Entwicklung der Anstalten in Zahlen gibt über diese Aspekte in quantitativer Weise Aufschluss. Zunächst werden die Zahlen für das Waldhaus präsentiert, danach jene für das Asyl Realta. Operative Entscheidungen zu den beiden Anstalten verlangten jedoch oft eine ganzheitliche Perspektive und Planung. Es ist deshalb kaum möglich, die Kliniken isoliert voneinander zu betrachten.

Wie das Diagramm 6 zeigt, verzeichnete das Waldhaus in den ersten Jahren eine starke Zunahme an Patientinnen und Patienten, die bis 1919, wenn auch in abgeschwächter Form, anhielt. Die stationären Aufnahmen bewegten sich während diesen drei Jahrzehnten zwischen 100 und 150 Personen pro Jahr – der Anstieg der Klinikpopulation insgesamt ist damit zu erklären, dass stets weniger Entlassungen als Aufnahmen durchgeführt wurden. Die Eröffnung des Asyls Realta im Jahre 1919 und die Überführung von knapp 100 Patientinnen und Patienten brachte dem Waldhaus sichtlich Entlastung und Stabilität. Bis 1949 waren konstant rund 250 Betten belegt, vorwiegend von «kantonseigenen» Patientinnen und Patienten.

Danach stieg die Patientenzahl jedoch rapide an. 1949 waren noch 269, 1950 bereits 328 Betten belegt. Die starke Zunahme der stationären Auslastung stand in direktem Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Lage des Kantons nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Hotellerie und Berglandwirtschaft befanden sich in einer Krise und Industrie, Gewerbe und Handwerk waren im schweizweiten Vergleich eher schwach entwickelt. Allein die Kantone Appenzell I.-R. und Wallis verfügten über eine noch geringere Wirtschaftsleistung.

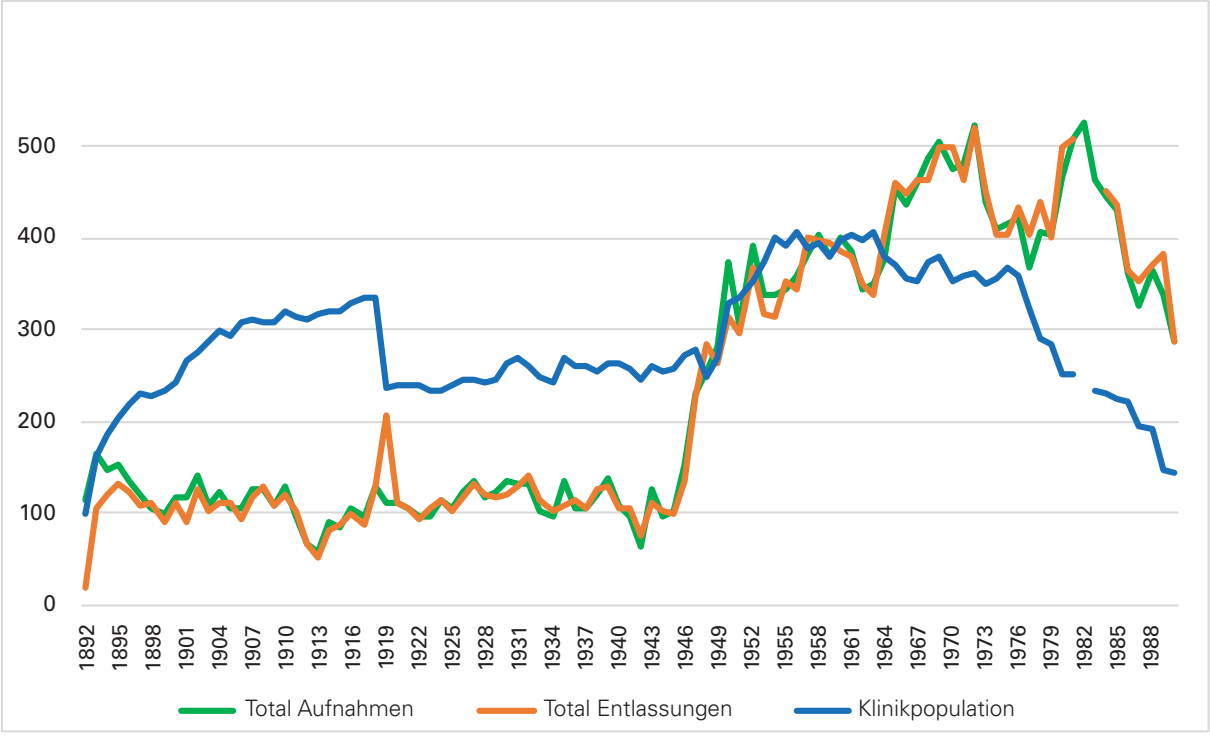


Diagramm 6: Entwicklung der Aufnahmen, der Entlassungen und der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten der Klinik Waldhaus, 1892–1990

Anmerkung: Im Aufnahmetotal sind auch mehrfache Klinikeintritte derselben Person erfasst. Aufnahmen und Entlassungen der «Loë-Stiftung» wurden im Diagramm nicht berücksichtigt, deren Bestand ist jedoch in der Gesamtzahl aller Patientinnen und Patienten mitenthalten (weniger als 5 Prozent). Der Gesamtbestand ist jeweils auf Ende des Betriebsjahres erfasst. Da kaum Differenzen zwischen den Geschlechtern vorlagen, wurde auf eine statistische Aufgliederung nach Geschlechtern verzichtet.

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1990.

Mitteilung an das gesamte Personal der Anstalt Waldhaus:

Wir haben in letzter Zeit nachstehend aufgeführte Feststellungen gemacht und ersuchen alle Angestellten, nachfolgende Ausführungen zu beachten:

Verschiedentlich haben wir festgestellt, dass das Frühstückbrot für die Patienten schon am Vorabend geschnitten wird. So aufbewahrtes Brot trocknet aus und es verwundert uns nicht, dass im Schweinefutter in allzu reichlichem Masse Brot […] vorzufinden ist. Das Brot soll frisch aufgeschnitten serviert werden. Im Schweinefutter befinden sich aber nicht nur Brotschnitten, sondern auch halbe und Viertelbrote. Wer das Brot nicht mehr achtet, sollte an die Millionen hungernden Menschen und auch an seinen eigenen täglich mit frischen Lebensmitteln gedeckten Tisch denken. Wir zweifeln nicht daran, dass das Brot dann mehr geachtet wird.

Bei Sturmwetter müssen regelmässig Fensterflügel repariert werden. Wir wiederholen, dass bei heftigem Wind die nach aussen öffnenden Fensterflügel unbedingt geschlossen sein müssen. Wir müssen uns vorbehalten, Fensterreparaturen, die auf Nachlässigkeit des Personals zurückzuführen sind, teilweise oder ganz durch diese bezahlen zu lassen.

Immer wieder wird über ungenügendes heizen reklamiert. Dies mag wiederholt auch den wirklichen Tatsachen entsprechen. Sicher aber, und den Nachweis hiefür zu erbringen wäre ein leichtes, ist ungenügende Zimmertemperatur darauf zurückzuführen, dass die Fenster ungenügend geschlossen werden. Es reimt sich schlecht, wenn über die Heizung geklagt wird, wenn gleichzeitig mehr als 100 offene Fenster an den Gebäuden gezählt werden konnten.

Wir haben auch festgestellt, dass das Essgeschirr nicht überall mit der nötigen Sorgfalt abgewaschen wird.

Wir ermahnen das gesamte Personal, zum Anstaltsmobiliar Sorge zu tragen. Es ist auch Pflicht des Personals, die Patienten zur Sorgfalt anzuhalten. Unsere Handwerker erhalten Weisung, kein Mobiliar mehr zu reparieren, das einfach in die Werkstatt gestellt wird, ohne dass mitgeteilt wird, woher es kommt. Es ist auch wiederholt vorgekommen, dass Stühle oder anderes Mobiliar Monate lang beim Schreiner bleiben, ohne dass erfahren werden konnte, woher es stammt. Eigenartigerweise wurden dann diese Möbelstücke auch gar nicht mehr abgeholt. Solches Verhalten lässt auf eine erschreckende Gleichgültigkeit schliessen.

Es soll Personal geben, so wurde uns mitgeteilt, das fast täglich ein Bad nimmt. Wir sind überzeugt, dass keine Angestellten so unreine Arbeit verrichten müssen, dass ein tägliches Reinigungsbad notwendig wäre. Gegen Bezahlung können wir selbstverständlich jedem Angestellten eine beliebige Anzahl Bäder bewilligen. Für solch verschwenderisches Verhalten werden wir in Zukunft Rechnung stellen. Ein Bad pro Woche dürfte wohl normalerweise genügen.

Waldhaus, den 5. 1. 1952

M/eg

Abbildung 7: Mitteilung des Verwalters Willy Mohr an das gesamte Personal der Anstalt Waldhaus
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verwalter Willy Mohr: Mitteilung an das gesamte Personal der Anstalt Waldhaus, 5. Januar 1952.

Trotz der hohen Verschuldung musste der Kanton nach 1945 neue Aufgabenbereiche übernehmen und so seine staatlichen Leistungen stark erweitern.[466] Ein Schreiben des Verwalters Willy Mohr von 1952 veranschaulicht zum einen, dass die Wirtschaftskrise auch im praktischen Alltag zu spüren war (vgl. Abbildung 7). Zum andern ist es ein Zeugnis aus der Zeit kurz vor der neuen Konsumgesellschaft der 1950er und 1960er Jahre. Verwalter Mohr nahm das Angestelltenpersonal ausdrücklich in die Sorgfaltspflicht im Umgang mit Lebensmitteln und Inventar, unter anderem mit dem Hinweis auf den Kostendruck, der auf dem Waldhaus lasten würde.[467]

Vor dem Hintergrund der finanziell prekären Lage des Kantons sah die Regierung bei den Kliniken, die seit Kriegsbeginn jährlich zunehmende finanzielle Defizite aufwiesen, grundlegenden Handlungsbedarf.

466 Meier (2005), S. 234; Fritzsche/Romer (2005), S. 332, 342.

467 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verwalter Willy Mohr: Mitteilung an das gesamte Personal der Anstalt Waldhaus, 5. Januar 1952.

2.3.1 Folgenschwerer Pensionsvertrag mit der Zürcher Gesundheitsdirektion

Da viele Patientinnen und Patienten von Fürsorgeleistungen abhängig waren und ein grosser Teil davon aus Gemeinden stammte, die ohnehin schon kantonal unterstützt werden mussten, verzichtete die Regierung auf eine Erhöhung der Verpflegungstaxen.[468] Stattdessen entschied sie, da zwei Vollkliniken bei 160'000 Kantonseinwohnern mehr als ausreichend seien, die ansteigenden Betriebsdefizite mit der vermehrten Übernahme von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zu bekämpfen. Es folgten Pensionsverträge mit den Gesundheitsdirektionen der Kantone Basel-Stadt und Zürich, die die Übernahme von Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Kliniken Friedmatt und des Burghölzlis beinhalteten. Zwischen 1950 und 1952 übernahm das Waldhaus 60 Patientinnen und Patienten aus der Heilanstalt Friedmatt, bevor der Pensionsvertrag mit Basel-Stadt wieder aufgelöst wurde.[469] Damit konnte zwischen 1949 und 1951 das Anstaltsdefizit des Waldhauses um rund 130'000 Franken verringert werden.[470] Die Gesundheitsdirektion der Stadt Basel hatte durchaus Interesse, den Vertrag zu verlängern, die Bündner Regierung stand 1951 aber bereits in Verhandlungen mit der Gesundheits- und Armendirektion Zürichs über einen langfristigen Pensionsvertrag.

Zürich litt zu dieser Zeit an einem gravierenden Bettennotstand für stationäre psychiatrische Aufenthalte. Die Kliniken Burghölzli und Rheinau waren stark überbelegt.[471] In einem Bericht des Regierungsrates Zürich von 1949 heisst es, dass die beiden Anstalten «in einem auf die Dauer nicht mehr zu verantwortenden Masse überfüllt [sind], und zwar insbesondere auf den Abteilungen für schwer pflegebedürftige Patienten».[472] Zürich musste daher viele Patientinnen und Patienten ausserkantonal unterbringen: 1949 waren 429 Patientinnen und Patienten des Burghölzli und der Rheinau in gesamthaft 18 fremden Anstalten hospitalisiert, 249 davon jenseits der Zürcher Kantonsgrenzen. 67 dieser 249 Personen befanden sich bereits in den Bündner Anstalten – 51 im Waldhaus, 16 in Realta – und eigentlich wurde eine Rückverlegung dieser Patientinnen und Patienten nach Zürich angestrebt.

> *«Ferner muss die baldige Rücknahme der 67 in den graubündnerischen Anstalten Waldhaus und Realta untergebrachten Patienten ins Auge gefasst werden, da der Kanton Graubünden die Aufhebung der Anstalt Realta beabsichtigt und deshalb die Anstalt Waldhaus für seine eigenen Patienten voraussichtlich voll beanspruchen wird. Die Leitung der Anstalt Waldhaus hat denn auch schon wiederholt die Rücknahme der Zürcher Patienten verlangt und sich nur auf Zusehen hin bereit erklärt, diese einstweilen noch zu betreuen. Schwer pflegebedürftige Patienten werden in der Regel überhaupt nicht mehr angenommen.»*[473]

Offenbar war den Zürcher Behörden zugetragen worden, dass Realta kurz vor der Schliessung stehe; eine Option, die die Bündner Regierung 1949, noch vor dem Vertrag mit Basel-Stadt, erwogen, dann aber bekanntlich verworfen hatte. Stattdessen gelangten das Departement des Innern und der Volkswirtschaft des Kantons Graubünden mit einem expliziten Vertragsangebot an die Gesundheitsdirektion von Zürich.[474] Ein langfristiger Pensionsvertrag mit Zürich schien auf weite Sicht attraktiver als eine Vertragsverlängerung mit Basel-Stadt – angesichts der «äusserst prekäre[n] Finanzlage des Kantons» war Graubünden aber auf eine rasche Einwilligung Zürichs angewiesen.[475] Nach längeren Vertragsverhandlungen schlossen die beiden Gesundheitsdirektionen Ende 1952 einen Pensionsvertrag auf unbestimmte Zeit ab.[476] Dieser Vertrag prägte die beiden Bündner Kliniken in den kommenden Jahrzehnten stark.[477]

---

468 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 31. Januar 1950; siehe weiter Meier (2015), S. 234.

469 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Botschaft des Kleinen Rates an den Grossen Rat, 28. Neubau eines Schwesternhauses für die Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Heft 5/1952, Chur, 31. Oktober 1952, S. 253.

470 Ebd.

471 Vgl. StAGR V 13 a 4: Auszug aus Bericht und Auftrag des Regierungsrates Zürich an den Kantonsrat vom 30. März 1950.

472 Ebd., S. 2.

473 Ebd., S. 1.

474 Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben Departement des Innern und der Volkswirtschaft des Kantons Graubünden an die Gesundheits- und Armendirektion des Kantons Zürich, Regierungsrat J. Heusser, Chur 21. Juni 1951.

475 Ebd.

476 Graubünden und Zürich schlossen den Vertrag «auf unbestimmte Zeit», hielten sich aber eine sechsmonatige Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahrs vor. Vgl. ebd., Art. 8, S. 4.

477 Bereits im Untersuchungsbericht von 1945 hielt die UK fest, dass die Anhäufung «chronischer Fälle nicht unwesentlich» auf das «erhebliche Kontingent» an Burg-

Gemäss Artikel 1 des Vertrags verpflichtete sich Graubünden, im Waldhaus und in Beverin insgesamt 150 Betten für Patientinnen und Patienten der Heilanstalt Burghölzli bereitzuhalten.[478] Die Plätze waren für 40 «ruhige», 50 «halbruhige» und 60 «unruhige» Personen vorgesehen. Das Waldhaus war von diesen Bestimmungen wesentlich stärker betroffen. Der Vertrag regelte nämlich, dass 4/5 der Platzierungen (120) im Waldhaus und nur 1/5 (30) in Beverin zu erfolgen hätten.[479] In finanzieller Hinsicht war Graubünden damit abgesichert. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürichs verpflichtete sich, die «zur Verfügung gestellten Betten nach Möglichkeit besetzt zu halten».[480] Erfüllte sie die garantierte Gesamtsumme an Pflegetagen nicht, hatte sie für den Ausfall zwei Drittel der Kostgeldtaxe zu entrichten – Zürich war also daran interessiert, die 150 Betten ausgelastet zu wissen. Hinsichtlich der therapeutischen Behandlung waren die «Zürcher-Patienten» den «Bündner-Patienten» gleichgestellt.[481]

Die Kostgeldtaxe für Zürcher-Patienten wurde einheitlich festgesetzt. Sie orientierte sich am Gesamtindex der Lebenshaltungskosten des Bundesamts für Industrie, Gewerbe und Arbeit. Der Indexstand von Ende 1951 lag bei 171.0 Punkten – veränderte er sich um mehr als fünf Punkte, musste die Kostgeldtaxe im darauffolgenden Jahr neu festgesetzt werden.[482] Noch im Jahr 1952 wurden alle Friedmattpatientinnen und -patienten zurückverlegt.

Einige Aspekte des Vertrags konnten jedoch nicht umgesetzt werden. 1953 etwa berichtete Manfred Bleuler (1903–1994) der Direktion des Zürcher Gesundheitswesens, dass die Verteilung auf die vertraglich festgelegten Pflegekategorien derzeit nicht eingehalten werden könne.[483] Während die Bettenzahl für «halbruhige» und «unruhige» Kranke bereits überschritten war, standen für die «ruhigen» Kranken nach wie vor sieben Betten frei. Wie dem Bericht zu entnehmen ist, hatte Bleuler mit dieser wesentlich grösseren Anzahl an «unruhigen» Kranken gerechnet.

> *«Wie vorausgesehen werden konnte, genügt die Zahl der unruhigen (namentlich weiblichen) Kranken, die in den Kanton Graubünden versetzt werden können, den Bedürfnissen unseres Kantons in gar keiner Weise. […] Wie ebenfalls zu erwarten war, ist die garantierte Zahl Betten für ruhige Kranke nur mit grössten Schwierigkeiten zu erreichen. Es besteht eben kein Bedarf an Versetzungsmöglichkeiten ruhiger Zürcher Kranker in andere Kantone.»*[484]

Die Verlegung von Patientinnen und Patienten in ausserkantonale psychiatrische Anstalten stiess bei vielen Angehörigen auf grosses Unverständnis. Bleuler sah sich mit Beschwerden von Angehörigen konfrontiert, die «auf das Heftigste [protestierten]».[485] Grund für die Beanstandungen war die räumliche Distanz, die mit der Versetzung einherging und für viele Angehörige «die Besuchsmöglichkeit einschränkte oder praktisch verunmöglichte».[486] Auch die Bündner Anstalten sahen sich mit dem Unmut der Angehörigen über die geografische Trennung konfrontiert. Der Pfleger Armin Pirovino im Waldhaus erinnerte sich lebhaft an die vielen Langzeitpatientinnen und -patienten aus dem Burghölzli. Für sie und ihre Angehörigen sei die Verlegung sehr bedauerlich gewesen.[487] Dasselbe berichtete Direktor Seiler, wobei bei der Anstalt Realta die ländliche Lage und die noch weitere Entfernung von Zürich erschwerend hinzukamen.[488]

---

hölzli-Pflegepatientinnen und -patienten zurückzuführen sei, worauf «aus finanziellen Gründen (relativ hohes Kostgeld!) nicht gerne verzichtet» werde, vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 10.

478 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Vertrag zwischen dem Departement des Innern des Kantons Graubünden (in der Folge kurz «Graubünden» genannt) einerseits und der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (in der Folge kurz «Zürich» genannt) andererseits betreffend die Aufnahme von Geisteskranken aus dem Kanton Zürich in die Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus, Chur, und Beverin, Cazis. Zürich und Chur, 26. Januar 1952, Art. 1, S. 1.

479 Ebd.

480 Ebd., Art. 3, S. 2.

481 Ebd., Art. 4, S. 2.

482 Ebd., Art. 5, S. 3.

483 Verwaltungsarchiv Beverin: Bleuler, Kantonale Heilanstalt Burghölzli Zürich an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. Betr. Ausführung des Vertrages vom 26. Januar 1952 zwischen dem Departement des Innern des Kantons Graubünden und der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich betreffend die Aufnahme von Geisteskranken aus dem Kanton Zürich in die Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus in Chur und Beverin in Cazis, 9. Januar 1953.

484 Ebd., S. 2.

485 Ebd.

486 Ebd.

487 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 01.37.10–01.38.16.

488 Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben Emil Seilers an die Direktion der kantonalen Heilanstalt Burghölzli, betr. Burghölzli-Patienten in Graubünden, 30. September 1953.

Die Versetzungen nach Chur hätten gemäss Bleuler zudem kaum entlastende Wirkung auf die Abteilungen für «unruhige» Patientinnen und Patienten im Burghölzli gezeigt. Vielmehr schafften sie freie Plätze für dringende Aufnahmen von weiteren Fällen, die bis anhin auf der Warteliste standen. Als Folge davon überwies das Burghölzli weit mehr als die vertraglich festgehaltene Versetzungszahl von 150 Kranken nach Graubünden. 1955 waren beispielsweise 165 Burghölzli-Patientinnen und Patienten in Bündner Anstalten untergebracht.[489] Das Kontingent wurde auch in den Folgejahrzehnten stets vollständig beansprucht. Von 1952 bis 1978 waren durchschnittlich zwischen 100 und 130 Personen aus dem Burghölzli im Waldhaus und rund 30 in Beverin. Erst Ende der 1970er Jahre beschlossen die Kantone eine Revision des Vertrags, woraufhin nur noch einige Dutzend Patientinnen und Patienten, je nach verfügbarem Platz, aufgenommen wurden.[490]

Den finanziellen Vorteilen aus dem Vertrag mit dem Burghölzli standen rasch Raum- und Personalprobleme sowie Betreuungsengpässe gegenüber. Von 1955 bis 1965 befanden sich im Waldhaus, das um die Jahrhundertwende auf 270 Betten ausgebaut worden war, knapp 400 Patientinnen und Patienten, davon über 100 aus dem Burghölzli. Die höhere Bettenbelegung hatte auf der Frauenseite eine wesentlich stärkere räumliche Auslastung zur Folge. Da in diesen Jahren auch der Personalbestand laufend erhöht wurde, liess die Regierung 1954 gezwungenermassen ein ausgelagertes Schwesternhaus mit 20 Einzelzimmern einrichten. Die neugeschaffene Möglichkeit für das Pflegepersonal, ausserhalb der Anstalt zu wohnen, war also nicht einer pflegeberuflichen Modernisierung geschuldet, sondern etablierte sich aus pragmatischen Gründen. Ein anderes Bild ergibt sich aus der Botschaft des Kleinen Rates zum Neubau des Schwesternhauses. Darin betonte der Kleine Rat, mit dem Neubau endlich den Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal erfüllen zu können, der seit Anfang 1952 die Vorschrift enthielt, das Pflegepersonal in Einzelzimmern unterzubringen.[491] Trotz anstaltsinternen Lösungsversuchen fehlten dazu bis anhin die notwendigen Zimmer. Die Bündner Regierung stand unter Zugzwang, da viele andere Kantone mit ähnlichen Verhältnissen bereits Schwesternhäuser errichtet hatten, und befürchtete Fluktuationen speziell im Hinblick auf das gut ausgebildete weibliche Pflegepersonal.

> *«Die diplomierten Schwestern, welche Tag für Tag in einer stark belegten Anstalt einen anstrengenden, verantwortungsvollen Beruf ausüben, haben ein Bedürfnis nach ruhigen Zimmern, die ihnen Heim und Erholung gewährleisten. Bei ungenügenden Unterkunftsverhältnissen besteht die grosse Gefahr, dass gerade die qualifizierten Schwestern in andere Anstalten abwandern.»*[492]

Das neue Haus umfasste Einzelzimmer für 18 Schwestern und zwei Oberschwestern sowie einen Gemeinschaftsraum. Der Kleine Rat liess aber nicht unerwähnt, dass die Bereitstellung von Schwesternzimmern ausserhalb der Anstaltsgebäude «sich günstig im Rechnungsergebnis» auswirken könnte. Dadurch könnten «weitere 35 Patienten auf der Frauenseite untergebracht werden». Diese Plätze würden für Patientinnen aus Zürich zur Verfügung stehen, wobei die akute Platznot auf der Frauenseite ihren Ursprung in ebendiesem Pensionsvertrag mit Zürich hatte.[493] Der Kleine Rat war sich dieses Dilemmas durchaus bewusst. Auf der einen Seite standen die Betriebsdefizite, für deren Deckung der Pensionsvertrag mit Zürich wichtig war. Auf der anderen Seite verpflichtete der Vertrag das Waldhaus zur Aufnahme von 120 Burghölzli-Patientinnen und Patienten, was zu einer kaum mehr vertretbaren Auslastung der Anstalt führte und zudem die Gefahr in sich barg, nicht über genügend Plätze für alle «kantonseigenen» psychisch kranken Personen zu verfügen.

Die Direktoren beider Bündner Anstalten zeigten sich dem Übereinkommen kritisch gegenüber. Oskar Pfister etwa, der Realta zwischen 1946 und 1952 leitete, stellte sich dezidiert gegen einen Vertrag mit Zürich. Als Hauptargument gegen den Vertrag nannte er die Flexibilität, Aufnahmen an-

489 Verwaltungsarchiv Beverin: Bleuler, Kantonale Heilanstalt Burghölzli Zürich an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich zuhanden von Herrn Dr. Roth, betr. Auslegungsfrage des Vertrages zwischen dem Departement des Innern des Kantons Graubünden und der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich betreffend die Aufnahme von Geisteskranken aus dem Kanton Zürich in die Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus, Chur, und Beverin, Cazis, 11. Februar 1955.

490 StAGR V 13 e 1: Silvio Margadant: Historisches über die Psychiatrische Klinik Waldhaus, Chur 1983, S. 4.

491 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Botschaft des Kleinen Rates an den Grossen Rat, 28. Neubau eines Schwesternhauses für die Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Heft 5/1952, Chur, den 31. Oktober 1952, S. 524.

492 Ebd.

493 Ebd., S. 525.

hand der verfügbaren freien Plätze regulieren zu können.[494] Seine Befürchtung war, dass bei einem Vertragsabschluss nur noch «die unangenehmsten, pflegebedürftigsten Dauerinsassen», etwa «die Unreinen und Aggressiven» nach Realta kämen und «die raren Wachsaalplätze und Isolierzimmer wegnehmen».[495] Schon unter den vertraglich geregelten 60 Verlegungen aus Basel seien überwiegend «Unreine» und «Bettnässer usw.».[496] Er hatte die (letztlich utopische) Vorstellung, als Chefarzt die Krankengeschichten aus dem Burghölzli einfordern zu können und die ihm passend erscheinenden Patientinnen und Patienten auszuwählen. Pfisters Befürchtungen bewahrheiteten sich. Er selbst verliess Realta aber bereits 1952, sodass vor allem sein Nachfolger Emil Seiler, der von 1952 bis 1957 als Direktor amtete, mit der Einhaltung der vertraglich geregelten Bedingungen zu kämpfen hatte.

Bei den Burghölzli-Aufnahmen handelte es sich nach Fred Singeisen, der von 1946 bis 1951 das Waldhaus leitete, um eine «relativ grosse Zahl schwieriger Patienten».[497] In einer Aufsichtskommissionssitzung von 1948 bat er vergeblich um eine Reduktion der Aufnahmen, die für die Klinik «eine grosse Belastung» bedeuteten, da ihnen Zürich «immer die schwersten Fälle schick[e]».[498] Singeisen betonte, dass Ärzte und Pflegepersonal diese zusätzlichen, vielfach chronisch schizophrenen Pflegefälle mit bereits längeren Anstaltshistorien ohne zusätzliches Personal zu betreuen hätten.[499] Der chronische Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal verschärfte diese Problematik (vgl. Kapitel 4.1). Emil Seiler, Direktor der Klinik Beverin, versicherte allerdings in einem Schreiben an das Burghölzli, dass die Ärzte und das Pflegepersonal bei den Burghölzli-Patientinnen und -Patienten «selbstverständlich die gleiche Sorgfalt und Mühe anwenden».[500]

Die folgenden beiden Grafiken zeigen einerseits die Bestandsentwicklung des gesamten Anstaltskomplexes Realta/Beverin (Diagramm 7), andererseits die Entwicklung der psychiatrischen Klinik Beverin, isoliert von den restlichen Anstaltseinheiten (Diagramm 8).

Die mit 300 Plätzen eröffnete Multifunktionsanstalt war mit Ausnahme der nördlich gelegenen Korrektionsanstalt schon im zweiten Betriebsjahr vollständig ausgelastet. Die Belegungszahlen nahmen in den Folgejahrzehnten weiter zu und erreichten 1936 einen zwischenzeitlichen Höhepunkt mit 481 Insassen und Patientinnen und Patienten. Führt man sich diese Ziffern vor Augen, waren die Ankäufe (Rothenbrunnen, Bruggmannsches Gut) sowie An- und Neubauten (Arbeiterkolonie, AEA) dringend nötig. Die Anstalt bewegte sich an den Grenzen ihrer Aufnahmekapazitäten.[501] Wie die Diagramme 7 und 8 zeigen, waren die psychiatrischen Patientinnen und Patienten in der Mehrzahl. Knapp die Hälfte des zwischenzeitlichen Bestandshochs von 1936 fiel auf die psychiatrischen Abteilungen auf dem Hauptareal.

2.3.2 Fluktuation durch Kriegsmobilmachung und Internierungslager

Durch die kriegsbedingte Mobilisation der Armee und die damit verbundene sinkende Arbeitslosigkeit nahm der Platzbedarf in der Anstalt Realta, insbesondere in der Arbeiterkolonie und im Bruggmannschen Gut, zwischenzeitlich stark ab.[502] Stattdessen gab es einen regelrechten Zustrom ausländischer Flüchtlinge, vor allem aus Österreich und aus Belgien, die unterdessen besetzt worden waren.[503] Ab 1941 liess die Bündner Regierung im «Kolonistenhaus» ein bewachtes Interniertenlager für polnische Flüchtlinge betreiben, teils als Straf-, teils als Internierungslager.[504]

---

494 Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben Oskar Pfisters an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Aufnahme ausserkantonaler Patienten, 2. Mai 1950, S. 1.

495 Ebd.

496 Ebd.

497 Jahresbericht Waldhaus 1952, S. 55.

498 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Juni 1948, S. 6.

499 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 14. Oktober 1942; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Oktober 1946.

500 Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben Emil Seilers an die Direktion der kantonalen Heilanstalt Burghölzli, betr. Burghölzli-Patienten in Graubünden, 1. Oktober 1953.

501 Auch die Zahl der Verpflegten stieg massiv an: 1919: 399, 1920: 476, 1936: 710, 1944: 945. Vgl. Jahresberichte Realta 1919, S. 168, 1920, S. 168, 1936, S. 224, 1944, S. 159. 1936 musste teils sogar akut erkrankten, aufgeregten «Geisteskranken» die Aufnahme verwehrt werden. Kantonale «Geisteskranke» wurden ausserkantonalen vorgezogen.

502 Das Bruggmannsche Gut wurde 1939 sogar für kurze Zeit geschlossen, vgl. Jahresbericht Realta 1939, S. 130.

503 Jahresbericht Realta 1940, S. 156.

504 Zudem wurde im Anstaltswald ein Barackenlager für die polnischen Internierten eröffnet. Die Internierten wurden für umfangreiche Waldrodungsarbeiten einge-

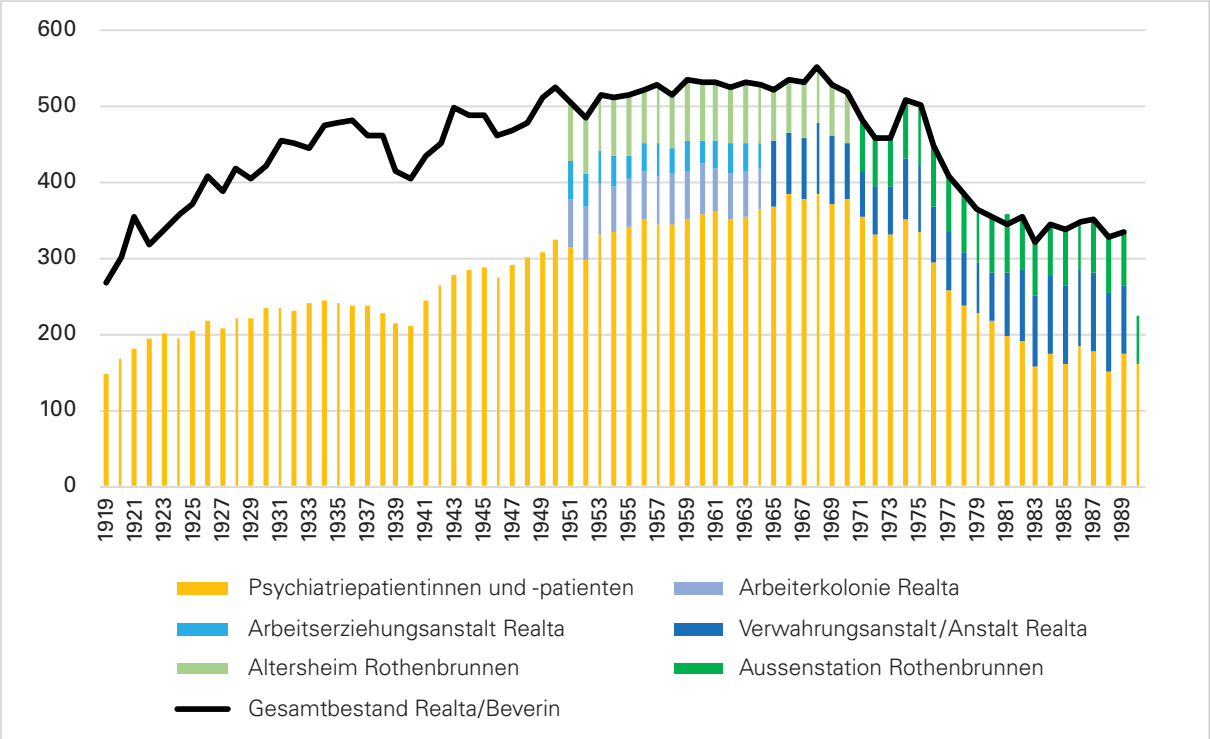


Diagramm 7: Entwicklung der Gesamtpopulation der Multifunktionsanstalt Realta/Beverin, 1919–1990

Anmerkung: Die Anzahl Personen in den einzelnen Anstaltsgliedern wurde erst ab dem Jahresbericht 1951, also der Trennung zwischen Realta und Beverin einzeln aufgeführt. Die Zahlen geben die Klinikpopulation jeweils auf Ende Jahr wieder.
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1990.

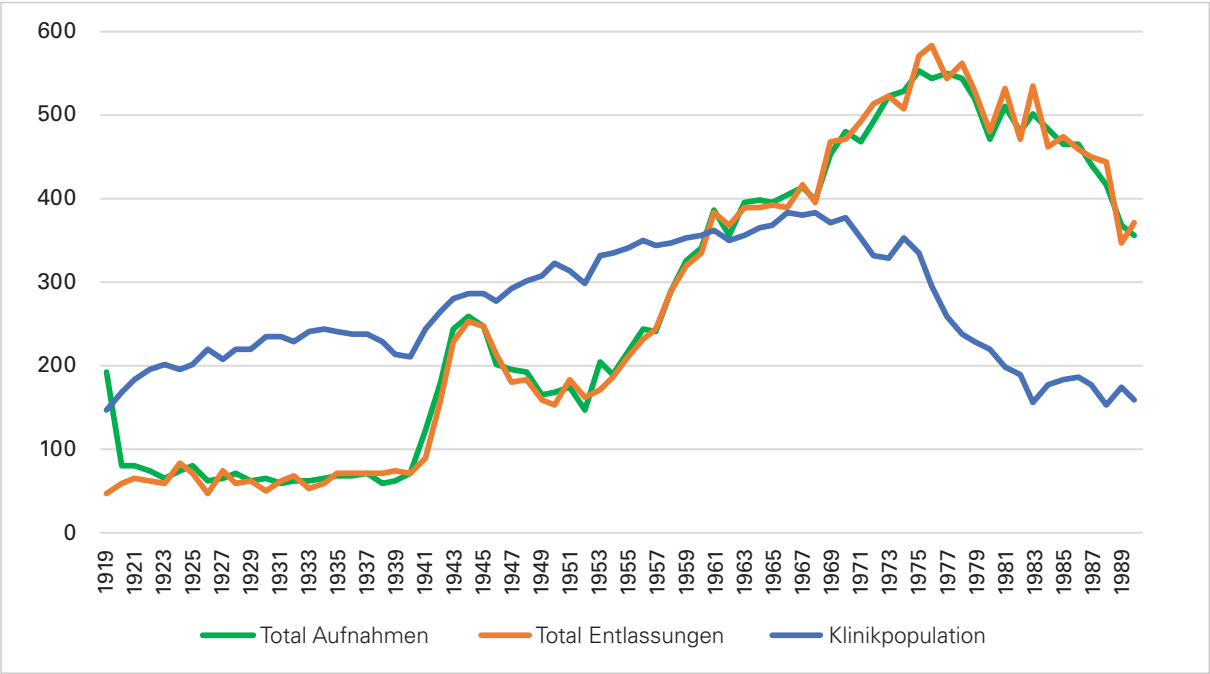


Diagramm 8: Entwicklung der Aufnahmen, der Entlassungen und der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten der Klinik Realta/Beverin, 1919–1990

Anmerkung: Die Angaben umfassen nur die Abteilungen für psychisch Kranke. Obgleich die Männer ab 1940 durchschnittlich ca. 60 Prozent der Aufnahmen und Entlassungen ausmachten, wurde auf eine Aufgliederung nach Geschlechtern verzichtet. Die Zahlen geben die Klinikpopulation jeweils auf Ende Jahr wieder.
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1990.

1942 wurde ferner, ebenfalls im «Kolonistenhaus», ein Lager für Zivilinternierte eröffnet, das unter der Leitung der Direktion und unter der Zuständigkeit der Polizeiabteilung des eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements stand. Dieses Lager mit 20–30 «Emigranten», in dem «fast alle europäischen Nationen vertreten» waren, hatte gemäss Jahresbericht von 1943 den «Charakter eines psychiatrischen Beobachtungslagers».[505] Einzelne Internierte wurden auch zur Beobachtung in die Heil- und Pflegeanstalt verlegt. 1945 wurde das Lager aufgehoben, woraufhin ein leichter Rückgang der Insassenzahl zu verzeichnen war. Nebst zwischenzeitlicher Brotrationierung wirkte die Einberufung militärdienstpflichtiger Mitarbeiter und «Kolonisten» lähmend auf den Betrieb. Trotz Zurückstellung dringender Arbeiten und Projekte habe die Klinik mehr Einsatz vom verbleibenden Personal verlangen müssen. Versorgungsprobleme und zunehmende Teuerung waren im Kriegsjahr 1943 am stärksten spürbar, als die Lebensmittel- und Rohmaterialienzufuhren auf ein «Minimum» sanken.[506]

2.3.3 Der Aufbruch zur modernen Psychiatrie 1940er–1960er Jahre

Die rasante Zunahme an Aufnahmen und Entlassungen ab den 1940er Jahren fällt in eine Zeit neuer, biologistisch angelegter medizinischer Behandlungskonzepte, begleitet von einer stärkeren Ausrichtung auf die psychotherapeutische Behandlung. Gottlob Pflugfelder, von 1951 bis 1977 Direktor der Klinik Waldhaus, betrachtete die neuen therapeutischen und pflegerischen Angebote explizit als Grundstein für den Wandel seines Waldhauses zur modernen, spitalähnlichen psychiatrischen Anstalt.

> *«Die intensiven ärztlichen und pflegerischen Bemühungen äussern sich im Rückgang des durchschnittlichen Spitalaufenthaltes, in vermehrten Entlassungszahlen und in einer friedlichen Atmosphäre selbst auf den schwierigsten Pflegeabteilungen.»*[507]

Die grösseren Fallzahlen sollen dabei nicht als genereller Anstieg von psychischen Krankheiten in der Bevölkerung verstanden werden. Vielmehr stiegen im Zuge der Ausweitung des therapeutischen Angebots das gesellschaftliche Vertrauen in die Psychiatrie und die Nachfrage nach deren Dienstleistungen. Auch leichtere Erkrankungen oder solche, die erst im Begriff waren, sich zu manifestieren und früher kaum eine Einweisung nach sich gezogen hätten, wurden gegebenenfalls stationär behandelt. Eine Entwicklung, die im Umkehrschluss aber auch als Ausdruck einer sinkenden Toleranz gegenüber psychisch kranken Menschen im Lebensalltag interpretiert werden kann. Ungeachtet dessen sprechen Meier und ihr Forschungsteam, das die Geschichte der psychiatrischen Klinik Burghölzli umfassend aufgearbeitet hat, in diesem Zusammenhang von einem psychiatrischen Professionalisierungsprozess. Gemäss dieser medizinischen Fortschrittshypothese führten der Ausbau des therapeutischen Angebots und der simultane Anstieg der gesellschaftlichen Akzeptanz der Psychiatrie dazu, dass die Nachfrage an stationären Plätzen in den Kliniken zunahm.[508] Ein Mechanismus, der sich im Bündner Psychiatriekontext nicht nur anhand der Aufnahme- und Entlassungsziffern, sondern auch anhand der Aufzeichnung der Austrittsgründe feststellen lässt. So waren ab den 1950er Jahren aus der chefärztlichen Perspektive deutliche Behandlungserfolge festzustellen (vgl. Diagramme 9 und 10). Die verbesserten Möglichkeiten der Reintegration psychisch kranker Menschen fielen mit den ersten medikamentösen Behandlungserfolgen durch Psychopharmaka in den Bündner Kliniken zusammen. Erste sedierende Neuroleptika ab 1953 sowie stimmungsaufhellende Antidepressiva ab 1958 ermöglichten es, viele «stark erregte», «gefährliche» oder gefährdete chronisch schizophrene Menschen und depressiv Erkrankte zu entlassen. Viele konnten sogar wieder einem Beruf nachgehen (vgl. Kapitel 3.3.5). Doch nicht nur die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten begann sich Mitte des 20. Jahrhunderts zu verkürzen. Innerhalb der Kli-

---

setzt. Vgl. Jahresbericht Realta 1941, S. 160, 163–164. Der Unterhaltungssaal der Anstalt diente darüber hinaus über mehrere Wochen als Truppenunterkunft (Kantonnement).

505 Dass auch jüdische Flüchtlinge darunter waren, kann durch die Erfassung der «Konfession der Aufgenommenen» vermutet werden: 1943 waren es acht Personen «israelitischer» Konfession. Vgl. Jahresberichte Realta 1942, S. 136–137, 1943, S. 150–152.

506 Jahresberichte Realta 1942, S. 135–136, 1943, S. 149–150, 153, 1945, S. 169–170.

507 Jahresbericht Waldhaus 1958, S. 58–59.

508 Meier (2002), S. 61–62.

niken sank zudem der Betreuungskoeffizient, das heisst der Anteil betreuter Patientinnen und Patienten pro medizinische Fachkraft. 1931 musste ein Pfleger rund neun Patienten betreuen, 1961 nur noch deren vier. Bis 1991 fiel das Verhältnis auf 1:1,35.[509]

[509] Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1931, 1961, 1991.

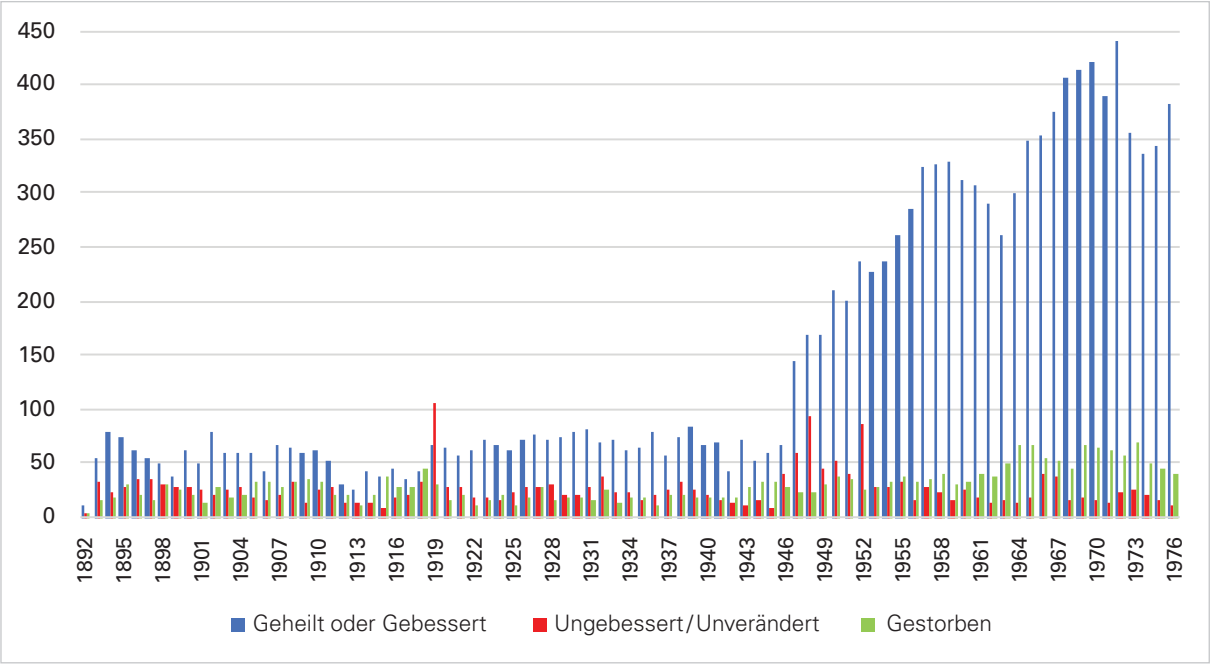


Diagramm 9: Austrittsgründe Klinik Waldhaus, 1892–1976

Anmerkung: «Ungebesserte» Austritte entsprachen teilweise auch Übertritten in andere Anstalten. Begutachtungen wurden für die Statistik nicht berücksichtigt. Das Waldhaus verzichtete ab 1977 auf die Auflistung der Austrittsgründe.

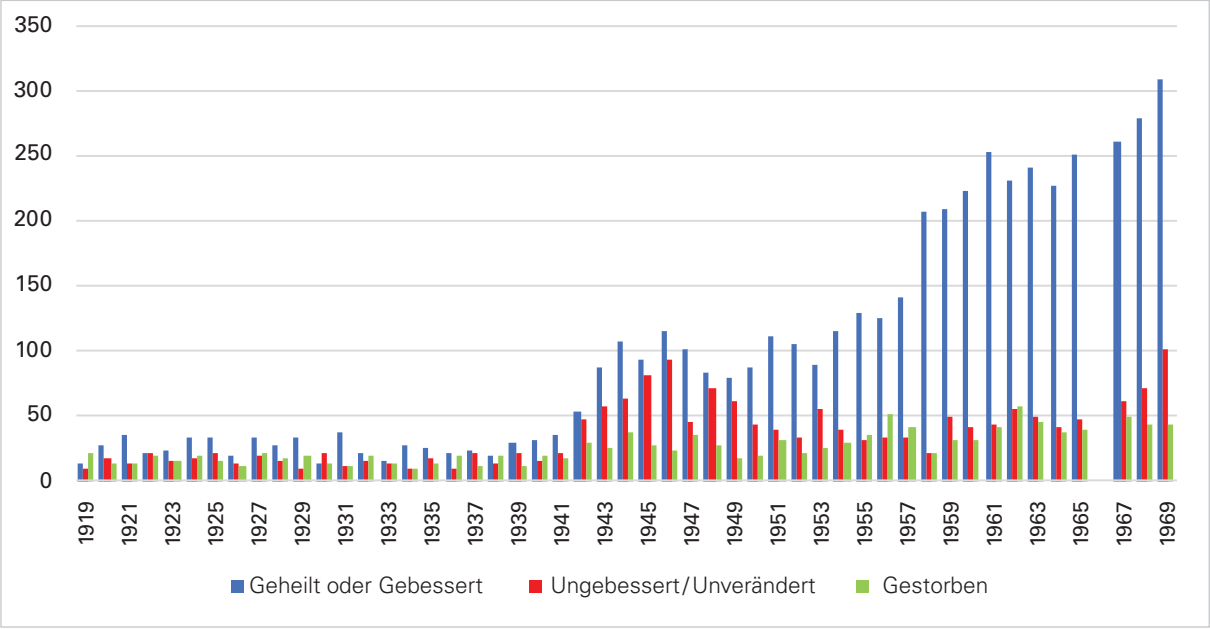


Diagramm 10: Austrittsgründe Klinik Beverin, 1919–1969

Anmerkung: «Ungebesserte» Austritte entsprachen teilweise auch Übertritten in andere Anstalten. Begutachtungen wurden für die Statistik nicht berücksichtigt. Die Klinik Beverin verzichtete ab 1970 auf die Auflistung der Austrittsgründe.
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1976 und Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1969.

Nahaufnahme 2: Gaudenz Canova (1887–1962) – Ein Anwalt und Politiker im Kampf gegen eine Zweiklassenjustiz

In die Psychiatrie werden Menschen eingewiesen, «ohne vorher irrenärztlich untersucht worden zu sein.»[510]

1933 kritisierte der Bündner Sozialdemokrat Gaudenz Canova anlässlich der Verlesung der Jahresberichte der kantonalen Anstalten im Grossen Rat die psychiatrische Einweisungspraxis im Kanton. Es war nicht das erste Mal, dass der Politiker und Anwalt auf Missstände in der Klinik Waldhaus, aber auch in Realta hinwies. So hatte er 1925 das mangelhafte Essen und die tiefe Entlöhnung der Angestellten in beiden Einrichtungen kritisiert. Ebenso hatte er bei dieser Gelegenheit Direktion und Verwaltung der Klinik Waldhaus vorgeworfen, Druck auf das Personal auszuüben und dieses gar einzuschüchtern. Auch wenn ihn andere Ratsmitglieder unterstützten – in diesem Fall etwa mit dem Hinweis, die Mitglieder der Aufsichtskommission sollten bei ihren Besuchen doch nicht nur den Speisezettel begutachten, sondern selbst eine «Kostprobe» nehmen – überwogen positive Wortmeldungen zugunsten der Klinikleitung. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass solche Klagen im Kompetenzbereich der Aufsichtskommission und nicht des Grossen Rates lägen.[511]

Diese Kritik Canovas steht beispielhaft für seine politischen Forderungen und sein berufliches Handeln. In seiner Arbeit als Anwalt beschränkte er sich nicht auf die Psychiatrie, sondern engagierte sich generell für die Einhaltung der Rechtsstaatlichkeit und, in einem erweiterten Sinne, der Menschenrechte. Canova war einer der wenigen hörbaren zeitgenössischen Kritiker sozialstaatlichen Handelns in Graubünden, der Lebens- und Arbeitsumstände in der Psychiatrie, aber auch Einweisungsverfahren in eine institutionelle Unterbringung kritisch hinterfragten. Während des Zweiten Weltkrieges schreckte Canova nicht davor zurück, offen vor den Gefahren der faschistischen



Abbildung 8: Gaudenz Canova.
Quelle: Bündner Jahrbuch 5 (1963), S. 148.

Regimes zu warnen und auf mögliche Folgen des Krieges hinzuweisen. Seine Eröffnungsrede als erster sozialdemokratischer Standespräsident im November 1940 fiel deshalb der Zensur anheim und durfte weder protokolliert noch veröffentlicht werden.[512]

Canova war Mitglied der Sozialdemokratischen Partei, die die Interessen der Arbeiterschaft vertrat und gesellschaftliche Umwälzungen forderte. Die

510 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 18. Mai 1933, S. 50.

511 Ebd., 25. Mai 1925, S. 94–96. Gaudenz Canova sass für die Sozialdemokraten von 1921 bis 1947 im Grossen Rat. Zwischen 1923 und 1928 sowie von 1932 bis 1946 war er Churer Stadtrat, von 1921 bis 1947 Gemeindevorstand in Domat/Ems und von 1922 bis 1925, sowie von 1928 bis 1935 Nationalrat. Felder (1963) und Simonett (2005).

512 Der Schweizer Historiker Edgar Bonjour (1898–1991), ausgewiesener Kenner der Schweizer Geschichte und Professor an der Universität Basel, wurde in einer parlamentarischen Anfrage von 1997 zur Rede Canovas wie folgt zitiert: «Es brauchte Mut, sie zu halten», denn sie hatte eine innenpolitische «Widerstandskraft» und war aussenpolitisch für die Regierung «schwierig». Deshalb Bonjour weiter: «Mir ist aus jener Zeit keine vergleichbare öffentliche Rede gegenwärtig, deren Publikation ebenfalls untersagt wurde.» Der Antrag zur nachträglichen Aufnahme in das Protokoll des Grossen Rates war unter dem Eindruck der zeitgenössischen Diskussion um die Rolle der Schweiz im Zweiten Weltkrieg eingereicht worden. Die Rede war 1980 erstmals abgedruckt worden, eine offizielle Aufnahme im Sinne des Antrages von 1997 fand nicht statt. Grossratsprotokoll, Sitzung vom 25. März 1997, S. 732, 25. März 1997, S. 732, 31. Mai 1997, S. 124–128.

Partei wurde von vielen Bürgerlichen als Gefahr für die bestehende Ordnung angesehen.[513] Entsprechend umstritten waren Canovas Interventionen. Zwischen 1921 und 1947 führte er unter anderem als Bündner Grossrat zahlreiche politische Auseinandersetzungen. Sein Nachruf erinnerte an die vielen Kontroversen um seine Person:

> *«Politische Freunde und Gegner erinnern sich noch heute an die lebhaften Debatten, die sein sprühender Geist und sein impulsives Temperament in den Ratssälen entfachten. […] Müssig, dass dieser Feuerkopf mit solcher Strategie häufig ins Widerholz geriet mit den Aufgaben, denen er als Inhaber öffentlicher Aemter verpflichtet war […] und manche ihn als ‹Revoluzzer› verschrien».*[514]

Canova setzte sich mit seinen Voten auf politischer Ebene unter anderem für einen besseren Rechtsschutz ein, vor allem für ärmere Menschen und damit auch für Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Kliniken. Ein Dorn im Auge war ihm etwa das kantonale Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch von 1911. Das darin festgelegte Entmündigungsverfahren verbot die Möglichkeit zur Rechtsvertretung, eine Eigenheit der Bündner Gesetzgebung. Canova sah darin einen zu grossen Handlungsspielraum der Vormundschaftsbehörden, der neben einem fehlenden Kontrollmechanismus auch die Gefahr für unzureichende Begründungen bei Entscheiden in sich barg. Die rechtsstaatliche Sicherheit war damit nicht gewährleistet. Canova kämpfte über Jahre hinweg für eine gesetzliche Anpassung. In einer Wortmeldung gab er 1930 zu bedenken, dass daraus resultierende, oft jahrelange Entmündigungen ohne Begründung «die heiligsten Menschenrechte in bedenklicher Weise verletzt[en]».[515] Obwohl sein Anliegen einer gesetzlichen Anpassung vom Grossen Rat als erheblich eingeschätzt worden war, überwogen die Vorbehalte der Vormundschaftsbehörden und Kreisgerichtspräsidenten. Sie räumten zwar Verfahrensfehler ein, doch befürchteten sie durch eine allfällige Änderung des Status quo Mehraufwand und, mit Blick auf das Milizsystem, einen Rückgang an Personen, die sich für eine nebenamtliche Tätigkeit zur Verfügung stellen würden. 1943 wurde erneut über eine gesetzliche Revision diskutiert, wobei Canova die Ungleichbehandlung bei strafrechtlichen und zivilrechtlichen Verfahren hervorhob: «Bei einer Strafe von nur einem Monat Gefängnis [muss] der Angeklagte von Amtes wegen einen Verteidiger erhalten. Hier aber, bei einer Versorgung in einer Anstalt auf Jahre hinaus, soll kein Verteidiger amtieren dürfen.»[516]

Trotz der bekannten Missstände und dem Eingeständnis ungenügender Verfahren fand Canovas Anliegen auch 1943 im Grossen Rat keine Mehrheit. Damit bewertete die Majorität der Bündner Legislative behördliche Interessen höher als individuelle Rechte. Rietmann argumentierte in diesem Zusammenhang mit einer Kritik Canovas an der herrschenden «Klassenjustiz» und stellte die Frage, ob eine solche Praxis auch Stand gehalten hätte, wenn breitere Bevölkerungskreise und nicht vor allem Menschen aus den unteren Schichten von entsprechenden Massnahmen betroffen gewesen wären. Sie zeichnete in ihrer Studie eklatante Verfahrensmängel bei Geschäften der Vormundschaftsbehörden nach, bei denen nicht einmal die minimalen kantonalen Vorschriften eingehalten wurden.[517] Nach der Revision des kantonalen Einführungsgesetzes von 1944 konnte Canova die bis dahin stark eingeschränkte Rechtsvertretung bei Entscheiden der Vormundschaftsbehörden ausüben und vertrat in der Folge zahlreiche Personen und Familien bei Rekursen.[518]

Als Anwalt vertrat Canova ab 1918 mit eigener Kanzlei im Volkshaus in Chur zahlreiche Mandantinnen und Mandanten, die in Konflikt mit Bündner Behörden geraten waren, unter anderem auch jenische Familien.[519] «Schon bald stand er im Ruf eines Fürsprechers der Armen, die sich Honorare anspruchsvoller Advokaten nicht leisten konnten.»[520] Sein Ruf, sich soweit als möglich Rekursfällen gegen Bevormundungen und Einweisungen in Anstalten anzunehmen, motivierte offenbar Insas-

---

513 Zur Entwicklung der Sozialdemokratischen Partei Graubünden vgl. Buchmann (1981) und Furter (2006).

514 Felder (1963), S. 148.

515 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 21. November 1930, S. 58.

516 Rietmann (2017), S. 18 und 74–76, Zitat: Verhandlungen des Grossen Rates vom 25. November 1943, S. 390. Rietmann stützt ihre Ausführungen zur Rolle Canovas in der Bündner Politik auf die Arbeit der Vormundschaftsbehörden und seine Kritik an den gesetzlichen Grundlagen, wie dem kantonalen Einführungsgesetz von 1911 oder dem kantonalen Fürsorgegesetz von 1920.

517 Rietmann (2017), S. 76–77.

518 Vgl. StAGR C III 15 i: Vormundschaftswesen, Rekurse und Beschwerden A–Z, 1928–1957.

519 Vgl. beispielsweise: Galle (2016), S. 600–601, Dazzi et al. (2008), S. 127 oder Felder (1963).

520 Felder (1963), S. 148.

sen in Realta zu Beginn der 1920er Jahre zu zwei «Meutereien» mit Massenfluchten. Ziel war es, eine anwaltschaftliche Vertretung zu erhalten und auf Missstände hinzuweisen. Im Protokoll der Aufsichtskommission findet sich dazu folgender Eintrag: «In der Korrektionsabteilung haben schlimme Elemente zweimal eine Anzahl Detinierte zur Meuterei und zur Flucht nach Chur veranlasst. Man wollte nach einem Advocaten (Dr. Canova) Ausschau halten und zur Regierung gehen.»[521] 1925 findet sich erneut ein Hinweis auf vergleichbare Vorgänge. Canova monierte im Grossen Rat, er habe keinen Zugang zur Anstalt erhalten, um sich im Rahmen einer Untersuchung gegen «Aufwiegler» selbst ein Bild machen zu können.[522] Die weitere Diskussion zeigt, dass auf die zugrunde liegende Forderung einer Rechtsvertretung für die Insassen nicht eingegangen wurde. Stattdessen beeilte sich die Regierung, darauf hinzuweisen, dass «in Realta die Ruhe und Ordnung wieder hergestellt» und die «unruhigsten Elemente und Aufwiegler auf Kleinratsbeschluss hin nach Chur in die Anstalt Sennhof dislozíert worden» seien.[523]

Canovas Psychiatriekritik im Grossen Rat verfehlte ihre Wirkung nicht gänzlich. Sie wurde jeweils auch in der Aufsichtskommission diskutiert. Dabei bemühten sich die Chefärzte, die Anschuldigungen zurückzuweisen oder auf bereits vollzogene Verbesserungen hinzuweisen, etwa auf die Anpassung der Kost für die Angestellten. Die Kritik an schlechten Verpflegungs- und Arbeitsbedingungen in Anstalten findet sich nicht nur im Bündner Kontext. Sie sind ein Aspekt der gesamtschweizerischen Kritik an institutionellen Formen der Unterbringung, die schon im frühen 20. Jahrhundert verschiedentlich aufscheint.[524]

Die Aufsichtskommission antwortete Canova jeweils, indem die bemängelten Missstände verharmlost oder die kritischen Stimmen diskreditiert wurden. Sie hielt 1925 etwa fest, dass «die Klage über das Essen seitens der Wärter und anderer Kostgänger von Basel bis Chur immer wieder erschienen wie die Mondfinsternis.» Und mit Blick auf Canova und einen Mitarbeiter, der sich bereit erklärt hatte, Canovas Aussagen gegenüber dem Grossen Rat zu bezeugen: «Es gäbe Leute, die ein persönliches Interesse, ja gewissermassen den bezahlten Auftrag hätten, Unzufriedene zu züchten, Äusserungen auszuhorchen, aufzubauschen und auszuschlachten. Die Quelle z. B. aus der Dr. Canova schöpfe kenne man genau. Sie entspringe einem Racheakt eines österreichischen Wärters, den die Anstalt aus dem Kriegshunger herausgefüttert, der dann aber von der Polizei ausgewiesen wurde, der ein Client des Herrn Canova war. Man habe den Klagen über das Essen nie das Gehör versagt.»[525]

1933 klagte Canova erneut über ungünstige Verpflegungsbedingungen in den psychiatrischen Kliniken, die vorgängig auch in der sozialdemokratischen Presse diskutiert worden waren.[526] Durch gleichzeitig kursierende Gerüchte, in die Klinik Waldhaus würden Menschen eingewiesen, «ohne vorher irrenärztlich untersucht worden zu sein», sah sich die Politik zum Handeln gezwungen und forderte Canova auf, seine Vorwürfe zu beweisen.[527] In seiner Kritik ging Canova 1933 noch einen Schritt weiter, wenn er dem Chefarzt der Klinik Waldhaus, J. B. Jörger, die «wissenschaftliche» und «moralische» Qualifikation absprach, sein Amt auszuüben. Grossrat Dagiacomi, der gleichzeitig Mitglied der Aufsichtskommission war, bezog noch in der Ratsdiskussion Stellung für Jörger, der «in mehrfacher Hinsicht sein soziales Denken bewiesen» habe.[528] In der anschliessenden Sitzung der Aufsichtskommission wertete Jörger Canovas Angriffe auf seine Person als Racheakt, da die früheren Anschuldigungen des Anwalts gegen ihn keinen Erfolg gehabt hätten. Jörger gab an, nicht gegen Canova vorgehen zu wollen, wenngleich er um die Rufschädigung der Anstaltsleitung besorgt sei und «mit ihr [um] das Wohl der Patienten». Die Aufsichtskommission stützte ihren Chefarzt, wollte aber gleichzeitig die Angriffe nicht auf sich beruhen lassen und beschloss, mit dem zuständigen Departement Kontakt aufzunehmen, um Einsicht in die von Canova vorgelegten Dokumente zu erhalten.[529] Über einen möglichen Fortgang finden sich in den Protokollen der Aufsichtskommission keine Hinweise.

---

521 Protokolle Aufsichtskommission über die Anstalt Realta, Sitzungen vom 13. und 17. Juni 1920, Zitat aus letzterer.

522 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 25. Mai 1925, S. 96.

523 Ebd.

524 Siehe dazu beispielsweise: Morat (2019) oder Bignasca / Heiniger (2019a).

525 Protokoll der Aufsichtskommission der Anstalt Waldhaus, Sitzung vom 25. Juni 1925 (verfasst von Dr. Joseph Jörger).

526 Ebd., Sitzung vom Montag 12. Juni 1933 (verfasst von Dr. Joseph Jörger).

527 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 18. Mai 1933, S. 50–51.

528 Ebd., S. 52.

529 Protokoll der Aufsichtskommission der Anstalt Waldhaus, Sitzung vom 12. Juni 1933 (verfasst von Dr. Joseph Jörger).

Nahaufnahme 3: Greti Caprez-Roffler (1906–1994) – Die erste Bündner Anstaltspfarrerin

«Dann aber geht es von Abteilung zu Abteilung, immer mehr in die Dunkelheit, immer erloschener und der Welt ferner blicken die Augen der Frauen.»[530]

Die schriftliche Überlieferung zur Seelsorge in den beiden kantonalen psychiatrischen Kliniken beschränkt sich vor allem auf organisatorische und finanzielle Aspekte. Über die seelsorgerische Arbeit selbst sagt sie indes wenig aus. Die konfessionell getrennte Seelsorge wird bis heute in den Einrichtungen *der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR)* angeboten. Bis zur Öffnung der Kliniken war der Besuch der Kirchenvertreterinnen und Kirchenvertreter häufig der einzige Kontakt zur Aussenwelt. Die reformierte Pfarrerin Greti Caprez-Roffler führte ein Tagebuch und veröffentlichte 1944 erstmals Auszüge daraus. 1980 und 1981 folgten ausführlichere Publikationen der Einträge.[531] Sie zeigen in bildhafter, oft beklemmender und manchmal pathetischer Sprache, wie die Pfarrerin bei ihren Besuchen den Alltag auf den Frauenabteilungen erlebte. Die Tagebucheinträge bieten einen seltenen Einblick in die psychiatrische Unterbringung Mitte der 1940er Jahre aus der Perspektive einer Aussenstehenden und auf die Reflexion ihrer eigenen seelsorgerischen Tätigkeit.

Zusammen mit ihrem Mann, Gian, war Greti Caprez-Roffler zwischen 1941 und 1944 für die reformierte Seelsorge in den kantonalen Anstalten verantwortlich, zu denen neben den Psychiatrien auch die beiden Churer Spitäler, die Strafanstalt Sennhof und die Korrektionsanstalt Realta gehörten. Neben ihren seelsorgerischen Tätigkeiten verhandelte sie verschiedentlich mit Fürsorgeämtern, Angehörigen und Betroffenen.[532]

Seit der Gründung der beiden psychiatrischen Anstalten hielten Geistliche beider Konfessionen aus den umliegenden Pfarrgemeinden Gottesdienste in den Kliniken ab. Für diese Arbeit erhielten sie eine geringe Entschädigung, die teilweise von der Aufsichtskommission, hauptsächlich aber von den Landeskirchen entrichtet wurde. Bis 1919 waren die Ansätze regelmässig Gegenstand von Verhandlungen, was zu ungleichen Ansätzen führte: der katholische Geistliche erhielt weniger als der reformierte.[533] Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts bemängelte der zuständige reformierte Pfarrer, dass neben den monatlichen Gottesdiensten keine weitere seelsorgerische Betreuung bestand. Der Kirchenrat stützte ihn in seinem Ansinnen, individuelle Besuche zu ermöglichen, auch mit Sicht auf den Neubau in Realta und dessen Funktion als «Versorgungsanstalt». Dort würden mehr «alte, verlassene, gebrechliche Leute» untergebracht sein, die aus gesundheitlichen Gründen nicht am Gottesdienst teilnehmen könnten. Für sie, aber auch für die «Korrektionsbedürftigen», sollte ein persönlicher Kontakt mit einem Seelsorger ermöglicht werden, so der Kirchenrat weiter.[534]

Über zwanzig Jahre später entschied die Bündner Regierung 1941, das Amt eines Anstaltspfarrers zu schaffen und die Seelsorge für die kantonalen Einrichtungen zusammenzufassen. Angefragt wurde das Pfarrerehepaar Gian und Greti Caprez-Roffler (vgl. Abbildung 9). Die Regierung hatte vordergründig den Pfarrer angefragt, dass aber seine Frau ebenfalls Pfarrerin war, sei «ein glücklicher Umstand», denn «für die erzieherische Beeinflussung von straffälligen Frauen und Mädchen kann niemand geeigneter sein als eine Frau, die die nötige Erfahrung, Verständnis und Geduld mitbringt».[535]

---

530 Caprez-Roffler (1981), S. 99. An dieser Stelle geht ein besonderer Dank an ihre Enkelin, Christina Caprez, für die weiterführenden Hinweise auf die Zeit ihrer Grossmutter in Graubünden.

531 Für die folgenden Ausführungen wird auf die Publikation aus dem Jahr 1981 verwiesen. Dieser Publikation ging 1980 eine weitere voraus, in der sie auf ihre Kindheit, ihr Studium und die ersten Jahre als Pfarrerin und Mutter zurückblickte. Ebd. (1980).

532 Caprez (2019), S. 267.

533 StAGR V 13 e 2: Psychiatrie Waldhaus, Seelsorge, Auszug aus dem Protokoll der Aufsichtskommission der Anstalt Waldhaus, Sitzung vom 19. Oktober 1912. Bis 1919 bezahlten die Geistlichen zudem ihre Reisekosten selbst. StAGR V 13 f 9: Realta/Beverin, katholische Seelsorge, Beschluss des Kleinen Rates vom 15. Januar 1919.

534 Ebd., Schreiben des Kirchenrates Graubünden an den Kleinen Rat vom 9. Juli 1917.

535 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Juli 1944, Nr. 1333.



Abbildung 9: Das Pfarrer-Ehepaar Caprez bei der gemeinsamen Besprechung der Arbeit
Quelle: Nachlass Caprez-Roffler.

Greti Caprez-Roffler war im Kanton keine Unbekannte. 1930 war sie von der Kirchgemeinde Furna zur ersten reformierten Pfarrerin Graubündens gewählt worden. Die Wahl verstiess gegen die geltende Kirchenverfassung und hatte eine jahrelange Auseinandersetzung zwischen der Kirchgemeinde Furna und dem Kirchenrat zur Folge. Furna behielt trotz der Pfändung des Pfrundvermögens ihre Pfarrerin, die für diese Aufgabe mit ihrem ersten Kind und ohne ihren Ehemann ins Prättigau gezogen war. Vier Jahre später verliess Greti Caprez-Roffler die Gemeinde und übersiedelte mit ihrem Mann nach Zürich. Ihr Mann, ein gelernter Bauingenieur, begann dort ein Theologiestudium. Ein weiterer Grund für den Wegzug war, dass Greti Caprez-Roffler mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen wollte. Mit der Demission der Pfarrerin und der Berufung eines Mannes in dieses Amt war für den Kirchenrat die Ordnung in Furna wiederhergestellt. Bis zur Zulassung von Frauen zum Pfarramt in Graubünden sollten weitere 30 Jahre vergehen.[536]

Greti Caprez-Rofflers neue Aufgabe als Anstaltspfarrerin fiel noch in die Zeit des Verbots, was sie von verschiedener Seite zu spüren bekam. Trotz kantonsrätlichem Entscheid war eine gleichberechtigte Position und die entsprechende Anerkennung nicht möglich. Während ihr Mann für die Anstellung das «Gehalt eines Landpfarrers» erhielt, verdiente Greti Caprez-Roffler 120 Franken im Monat, fast siebenmal weniger als für das reguläre Pfarrergehalt eines Mannes veranschlagt wurde.[537] Mit der Berufung einer Frau brachte die Kantonsregierung den Kirchenrat in Bedrängnis.

536 Die Diskussion, ob eine Frau das Pfarramt ausüben können sollte, war nicht neu. Die Wahl Caprezs beschleunigte die Abstimmung über eine Verfassungsänderung, die unverheirateten Frauen den Zugang zum Pfarramt ermöglicht hätte. An der Urne wurde dieses Ansinnen jedoch abgelehnt, auch mit Unterstützung der wahlberechtigten Frauen. Aerne (2003), S. 418–420, 422–423, 431–435, 438 und Jecklin (2003). Zum Leben von Greti Caprez-Roffler siehe beispielsweise: Caprez (2015, 2016, 2019a und b), Nydegger (2007) und Wanner (2003).

537 Caprez-Roffler (1981), S. 95–96. Das Gehalt sollte auch in späteren Jahren Anlass zu Diskussionen geben. 1949 wurde, basierend auf der Berechnung der zu betreuenden Personen, ein Gehalt festgesetzt, das in den Folgejahren zwar der Teuerung angepasst, aber bis 1983 nie neu verhandelt wurde. Die Neubewertung ergab eine jährliche Entschädigung von je 40'995 Franken für die katholische und die reformierte Pastoration. Die Hälfte der Kosten trug der Kanton, die andere die Landeskirchen. StAGR V 13 f 9: Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Seelsorge, Departementsverfügung (Finanz- und Militärdepartement) vom 13.01.1983, S. 2 und Anhang.

Laut Caprez-Roffler fand dieser aber eine «salomonische Lösung». Ihre Arbeit wurde offiziell nicht erwähnt, blieb also «hinter geschlossenen Türen» und war nach aussen hin nicht sichtbar. Für die neu geschaffene Stelle musste ein Pflichtenheft erarbeitet werden; auch dort gab ihr Geschlecht Anlass zu Diskussionen. Der für die Ausarbeitung berufene Pfarrer wollte ihr das Recht, die Sakramente zu spenden, vorenthalten. Die Lösung lag hier wiederum in der Formulierung. So wurde festgelegt, dass die Pfarrerin das Abendmahl «aushilfsweise» feiern durfte. Da ihr Ehemann an den Sonntagen ohnehin nicht an vier Orten gleichzeitig sein konnte, übernahm Greti Caprez-Roffler diese Aufgabe regelmässig.[538] Auch in den Anstalten selbst stiess die Pfarrerin mitunter auf Ablehnung. So weigerte sich etwa der Organist in Realta, ein Lehrer, der sich zu dieser Zeit als Patient in der Einrichtung befand, an den Gottesdiensten zu spielen, welche die Pfarrerin abhielt. Doch auf den Abteilungen, so erinnert sich Caprez-Roffler, «durfte ich spüren, dass sie mich lieb hatten».[539]

Die Tagebucheinträge der Anstaltspfarrerin geben Einblick in die Frauenabteilungen der beiden psychiatrischen Kliniken und zeugen gleichzeitig von einer seelsorgerischen Sichtweise auf diese Aufgabe. Sie bringen nicht zuletzt eine Hilflosigkeit gegenüber den hier untergebrachten Frauen und ihren Lebensrealitäten zum Ausdruck. Gleich zu Beginn ihrer Erinnerungen beschreibt Greti Caprez-Roffler eine Beerdigung, die den einsamen Tod einer Patientin veranschaulicht:

> *«Meine Gedanken sind weit fort, bei einem Menschen, der heute zu Grabe getragen werden soll. 95 Jahre alt wäre sie im Mai geworden, die gebückte, schmale Frau mit dem klugen, jungen Gesichtlein. Und nun ist sie in der Irrenanstalt gestorben. Vielleicht wird niemand an ihrem Grabe stehen als die vier Leichenträger und ich. Was soll ich ihr mitgeben als letztes Wort? Sie war oft freundlich, und oft hat sie über meine Frömmigkeit gescholten. Ich habe so wenig erfahren von ihrem Leben. Und doch waren es 95 Jahre, und doch hat sie auch einmal einen Hochzeitstag erlebt und mitten in einer grossen Arbeit gestanden. Was ist davon geblieben?»* Bei ihrer Rückkehr ergänzte die Pfarrerin: *«Wir haben sie zu Grabe gelegt, in aller Stille, in Reih und Glied mit denen, die beweint und vermisst werden.»*[540]

Für ihre Besuche in den Anstalten und die zwei sonntäglichen Gottesdienste fuhr Caprez-Roffler jeweils mit dem Zug zwischen Chur und Cazis hin und her. Ein Auto konnte sich das Pfarrerehepaar nicht leisten.[541] In der Klinik Waldhaus teilte sie sich einen Raum mit dem katholischen Pfarrer, in Realta standen zwei getrennte Kapellen zur Verfügung.[542] Die Anstaltsgeistlichen betreuten in die-

538 Caprez-Roffler (1981), S. 96.

539 Ebd., S. 96 und S. 110–133. Dass religiös motivierte Besuche nicht nur gern gesehen waren, zeigt eine Klage Ernst Webers von 1978 an das Hauptquartier der Heilsarmee in Bern, mit Kopie an das Bündner Sanitätsdepartement. Darin beklagte er sich darüber, dass ein Mitglied der Heilsarmee «schwerst geisteskranke Patienten der Klink […] ausserordentlich ungünstig» beeinflusse, und zwar durch «mittelalterlichen Exorzismus […], indem behauptet wird, dass durch die Beschwörungen die Teufel und Schlangen aus dem Munde herausgenommen werden können etc.» Der Sozialarbeiter der Klink habe, so Weber weiter, mit dem verantwortlichen Mitarbeiter der Heilsarmee vergeblich das Gespräch gesucht und fühle sich «wirklich ins Mittelalter zurückversetzt». Weber drohte der Heilsarmee mit einem generellen Hausverbot, sollte er in der Klinik weiterhin solchen Praktiken begegnen. StAGR V 13 f 10: Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Insassen Allgemein, Beverin, Patienten Beeinflussung, Schreiben Ernst Weber an das Hauptquartier der Heilsarmee vom 24. Mai 1978.

540 Caprez-Roffler (1981), S. 97.

541 Wie oft sie die Frauenabteilungen der psychiatrischen Kliniken besuchte, schreibt Caprez-Roffler nicht. Für das Jahr 1958 sind Zahlen des katholischen Geistlichen überliefert. Er besuchte die Klinik Waldhaus, mit circa 200 Katholikinnen und Katholiken und zwölf Abteilungen an einem Tag in der Woche, die «Langzeitpatienten» einmal im Monat. StAGR V 13 e 2: Psychiatrie, Klinik Waldhaus, Pastorationsbericht 1957–58 der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur.

542 Auch Pflugfelder und der reformierte Pfarrer empfanden die Situation in der Klinik Waldhaus Mitte der 1960er Jahre als ungenügend. In Chur müssten die Gottesdienste im «Festsaal» abgehalten werden, was Pflugfelder 1964 als ungünstig bezeichnete und wofür er Abhilfe forderte. Auch vier Jahre später war diesbezüglich nichts geschehen. Die Aufsichtskommission teilte dem Chefarzt mit, ohne ein konkretes Projekt habe sie keine Entscheidungsgrundlage. StAGR V 13 e 2: Psychiatrie Waldhaus, Seelsorge, Schreiben der Aufsichtskommission an Pfarrer Felix, Haldenstein vom 1. Juni 1968. Dass die konfessionelle Trennung auch in den späten 1980er Jahren noch eine Rolle spielte, zeigt sich unter anderem beim Versuch Königs, eine Kapelle in Beverin einem anderen Zweck zuzuführen. Das Vorhaben stiess auf Widerstand, so dass keine Kapelle aufgehoben wurde. Interview mit Hans König, 1.41.09–1.44.46. Bis heute stehen für die Seelsorge je eine Pfarrerin und ein Pfarrer beider Konfessionen zur Verfügung.

	Protestant/innen	Katholik/innen	Verhältnis
«Irrenanstalt» Realta	230	144	ca. 3:2
«Irrenanstalt» Waldhaus	199	145	ca. 4:3
Frauenspital	70	37	ca. 2:1
Sennhof	22	22	ca. 1:1
Realta (inkl. Arbeitserziehungsanstalt)	294	228	ca. 4:3

Tabelle 8: Aufteilung nach Konfession 1946
Quelle: Regierungsprotokoll vom 1. Februar 1946, Nr. 393.

ser Zeit alle kantonalen Anstalten mit insgesamt 1'017 «Insassinnen und Insassen», beziehungsweise Patientinnen und Patienten (vgl. Tabelle 8).

Einen ihrer Besuche in Cazis schilderte Caprez-Roffler ausführlich. Nachdem sie zusammen mit den Frauen in der Korrektionsanstalt gegessen hatte, begab sie sich hinüber zum «Asyl»:

> *«Beim Portier hole ich den Schlüssel und suche zuerst die Pflegeabteilung auf. Es sind meist pflegebedürftige alte Frauen und frisch eingelieferte Fälle, die einer Kur unterzogen werden. Schlafkur, Schockkur, Insulinkur; die Patienten klagen etwas darüber, aber es hilft doch da und dort, und welche Freude ist es für uns alle, wenn eine Frau, die zuvor so geplagt war, als ein ganz anderer Mensch entlassen werden und heimkehren kann. Einige der alten Frauen sind bettlägrig: sie warten aufs Sterben. Manchmal können wir auch miteinander davon sprechen und dann ist es gut und still um uns und in uns. […] Drüben in der Nähstube lese ich noch eine Geschichte, auf die sich alle freuen. Dieses oder jenes spricht noch allein mit mir und auch hier widerholt sich die Bitte: ‹Helfen Sie mir hinaus in die Freiheit.› Dann aber geht es von Abteilung zu Abteilung, immer mehr in die Dunkelheit, immer erloschener und der Welt ferner blicken die Augen der Frauen. Es ist da viel Elend und Verirrung beisammen. Der Beruf der Irrenwärterin ist sicher etwas vom Schwersten. In der Zellenstube sitzen sie an zwei langen Tischen, vier lange Reihen von Frauen, die zum Teil doch viele Jahre draussen im Leben gestanden, Mann und Kinder gehabt haben. Jetzt sitzen sie tagaus, tagein am gleichen Platz, abwesend, stumpf oder beschäftigt mit ihren Wahnideen. Einige wenige können noch stricken oder Lumpen zupfen. Es ist seltsam: fast vor jeder einzelnen von ihnen würden wir uns draussen fürchten, nun aber, da so viele beieinander sind, fürchten wir uns gar nicht. Wir gehören zu ihnen, lieben sie und hören uns all ihre Klagen an.»*[543]

Ähnlich liest sich ihr Bericht aus der Klinik Waldhaus:

> *«In der ersten Abteilung gibt es Tage, da ein ungewohnter Besuch an eine gewöhnliche Nähstube denken und vor allem die Frauen bewundern würde, die es so gut verstehen, aus den verlöchertsten Männerhosen wieder ein tragbares Kleidungsstück zu machen. […] Dann aber gibt es Tage, da man es schon spürt, sobald man über die Schwelle der Nähstube tritt, dass da ein unguter Geist weht. Mit mürrischen Gesichtern sitzen sie rings um mich, und ich lese ihnen eine Geschichte vor, die ihre Gedanken auf Anderes, Besseres lenkt. […] dann geht es auch hier immer tiefer in die Dunkelheit. Die Wärterin und ich treten in eine Zelle. Ein junges Mädchen im groben Leinenhemd kauert in einem Winkel auf einem Strohsack. Wie wir eintreten, sehen wir gar nichts von ihr, sie ist ganz versteckt unter einer Decke. Auf den Anruf der Wärterin kommt sie hervor. Ihre schönen schwarzen Augen stieren uns misstrauisch an. In liebevollem Ton spricht die Wärterin zu ihr. Auf mein Gebet aber antwortet sie mit einem hohnvollen Lachen. Dann müssen wir sie wieder einschliessen und warten, bis der ‹Schub› wieder vorüber ist. Manchmal dauert es wenige Tage, manchmal aber Wochen.*

543 Caprez-Roffler (1981), S. 99.

Dann kann ich neben ihr sitzen, wir reden nicht viel miteinander, schauen uns nur voll Freude an, und als ich sie einmal gefragt: ‹Wissen Sie eigentlich, dass ich bei Ihnen in der Zelle war?› antwortete sie: ‹Ja, ich weiss es.›»[544]

Ihre Aufgabe fiel Caprez-Roffler nicht immer leicht: «Wer bin ich denn, dass ich diesen Frauen soll Seelsorgerin sein!»[545] In der festen religiösen Überzeugung, durch ihre Anwesenheit auch Gutes bewirken zu können, fuhr sie fort:

«Dann stand ich vor der Abteilung der Zellen. Wie viele arme Wesen würden heute wohl eingesperrt sein? Die Pflegerin begleitet mich von Zelle zu Zelle. Ihrer vier waren es: ein wirres Antlitz – ein Menschenkind nur in Stroh, ohne Kleidung – ein aus verlorenen Tiefen fragendes Angesicht – und die Vierte im Hemd am Boden kniend. […] Dann bat sie mich noch zu einer Patientin. Auch diese sagt: ‹Sie können helfen. Fräulein V. ist nur durch Sie so schnell besser geworden. Sie haben die Kraft.› Ich erinnerte mich an Fräulein V., die im Dauerbad und dann isoliert gewesen, die mich sehr geliebt und mit der ich gebetet. Aber nicht mir war es zuzuschreiben, dass sie nun ins vordere Haus versetzt worden, auch nicht, dass da und dort in den Zellen eine Besserung spürbar wurde. Die Kraft des Gebetes hatte gerade bei diesen Ärmsten der Armen geholfen und sich als Macht erwiesen.»[546]

Wie belastend die Arbeit als Anstaltspfarrerin für sie war, zeigte sich im Winter 1944, als ihre Haushälterin die Familie verliess, um Diakonissin zu werden. Greti Caprez-Roffler wollte von ihrem Amt zurücktreten, der Regierungsrat bat sie zu bleiben. Neben dem Pfarramt versah sie nun zusätzlich den Haushalt und sorgte für die mittlerweile vier Kinder. Am Ende des Winters war sie «am Ende meiner Kraft» und demissionierte. Ihr Mann blieb zunächst im Amt und erhielt in seiner Arbeit als Seelsorger im Herbst 1945 Unterstützung durch eine Frau.[547] 1947 bot eine Kirchgemeinde aus Schaffhausen Gian Caprez-Roffler eine Stelle zu «wesentlich günstigeren Bedingungen» an. Die Regierung befürchtete, das 1941 neu geschaffene Amt des Anstaltspfarrers wieder aufheben zu müssen und bot dem Pfarrer zur «Entspannung» und «Abwechslung» zwei Wochenstunden Jugendunterricht als Religionslehrer sowie eine Erhöhung der jährlichen Entschädigung von 10'000 auf 12'000 Franken an. Als Anstaltspfarrer war Caprez-Roffler kein Staatsangestellter und hatte deshalb weder Anspruch auf Teuerungszulagen noch auf bezahlte Krankheitstage, regulären Urlaub oder Aufnahme in die Pensionskasse. Zur Lohnerhöhung kam deshalb zusätzlich eine Anpassung der Stellvertreterentschädigung hinzu, aus der die Kosten für einen Stellvertreter während Absenzen bezahlt werden konnten.[548] Caprez-Roffler blieb vorerst. Im selben Jahr erhielt er ein weiteres Angebot, diesmal an den Zürichsee, das er annahm. Die Familie verliess daraufhin Graubünden in Richtung Kilchberg.[549]

544 Ebd., S. 101.
545 Ebd., S. 97.
546 Ebd., S. 102.

547 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 21. Dezember 1945, Nr. 4244.
548 StAGR V 13 f 9: Realta/Beverin, Protestantische Seelsorge 1948, Schreiben des Kirchenrates an die Kommission vom 29. Mai 1948; Protokoll Aufsichtskommission Waldhaus, Beverin und Realta 1946–1952, Sitzung vom 3. Juni 1948, S. 12 und Kleinratsprotokoll, Sitzung vom 30. Januar 1947, Nr. 359.
549 Caprez-Roffler (1981), S. 103.

3 Einweisungsgründe und Behandlungsmethoden (bis um 1990)

3.1 Psychiatrische Einweisungen: Instanzen und Begründungen

Die Pfade einer psychiatrischen Unterbringung haben sich seit dem 19. Jahrhundert stark gewandelt, sowohl auf nationaler Ebene als auch im bündnerischen Kontext, der im schweizerischen Föderalismus gesetzliche Eigenheiten entwickelte. Die *Psychiatrischen Dienste Graubündens* (PDGR) kennen heute generell drei stationäre Aufnahmeverfahren: der Eintritt auf Zuweisung von Psychiaterinnen und Psychiatern, Hausärztinnen und Hausärzten oder Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, daneben die fürsorgerische Unterbringung (FU) gegen den Willen einer betroffenen Person und gestützt auf das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB), schliesslich die Selbstzuweisung. Die Anordnung einer FU, etwa bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung, kann von zwei Instanzen verfügt werden: entweder von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder von bestimmten Ärztinnen und Ärzten im Kanton, die nicht der Einrichtung angehören, in die die betroffene Person eingeliefert werden soll. Die *behördlichen* und *ärztlichen* FU haben gesetzlich vorgeschriebene Rahmenbedingungen zu erfüllen und sind generell zeitlich begrenzt. Ein ärztlicher FU ist in Graubünden auf sechs Wochen beschränkt; eine behördliche Anordnung kann allerdings eine Verlängerung der Unterbringung erwirken. Die betroffene Person und ihre Angehörigen haben das Recht, schriftlich beim Kantonsgericht Beschwerde gegen den FU-Beschluss einzureichen und jederzeit ein Entlassungsgesuch zu stellen.[1] Dieser Status quo behördlicher und ärztlicher Zwangseinweisungen ist aus mehreren Gesetzesrevisionen historisch gewachsen, national wie kantonal. Die Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen und der Wandel der Zuständigkeiten bei Einweisungen können dabei in sich überlagernde Phasen gegliedert werden.

3.1.1 Erste Rechtsgrundlagen für Entmündigungen und Anstaltseinweisungen: Armenordnung und Bündner Privatrecht

Die erste Phase umfasst die Jahre 1839 bis 1912, in der die Entmündigung und Anstaltseinweisung psychisch kranker Menschen erstmals auf kantonaler Ebene gesetzlich geregelt wurde. Die Bündner Armenordnungen von 1839, 1857 und 1907 bildeten die rechtliche Basis für Anstaltsunterbringungen. Auf der Grundlage des Bündner Privatrechts von 1862 wurden Entmündigungsverfahren durchgeführt. Diese Gesetzeslage blieb über Jahrzehnte bestehen. Erst mit dem 1907 verabschiedeten und 1912 in Kraft getretenen ZGB installierte die Schweiz ein übergeordnetes Gesetz, das bundesweit innerhalb des Familienrechts Entmündigungen und Anstaltsunterbringungen regelte.

Mit der ersten Armenordnung von 1839 und der Verordnung der kantonalen Armenkommission verfügte der Kanton Graubünden über ein gesetzliches Instrumentarium, um (strafende) Massnahmen der offenen und geschlossenen Fürsorge anzuordnen. Dieses Regelwerk bildete die rechtliche Grundlage für Einweisungen in die 1840 eröffnete Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau.[2] Psychisch kranke Menschen im engeren Sinne wurden in der Gesetzgebung jedoch nicht miteingeschlossen. Die armenpolitischen und fürsorgerischen Zwangsmassnahmen zielten ursprünglich ausschliesslich auf Personen, die bedürftig waren oder aus behördlicher Sicht vorherrschende soziale Normen verletzten, etwa indem ihnen ein «arbeitsscheuer», «liederlicher» oder «herumziehender» Lebenswandel zugeschrieben wurde.[3] Ob jemand durch sein Sozialverhalten von der Norm abwich oder unter einer psychischen Krankheit litt,

---

1 Zu den rechtlichen Bestimmungen der fürsorgerischen Unterbringung (FU), die 2013 im Zuge der Totalrevision des Vormundschaftsrechts in Kraft traten und neu unter dem Titel «Kindes- und Erwachsenenschutzrecht» (KESR) liefen, siehe Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB, Stand 1. Januar 2013 (Art. 426–439). Zu den Ausführungen des kantonalen Einführungsgesetzes zur FU nach ZGB siehe EGzZGB GR (Art. 51–55), Stand 10. Januar 2019.

2 Zu den Bündner Armenordnungen liegen bereits umfassende Studien vor, siehe etwa Kaufmann (2008) und Rietmann (2017), S. 37–49.

3 Vgl. Verordnung Armenkommission 1840, Art. 6 und Armenordnung 1839, Art. 11.

war für die Zeitgenossen keineswegs immer klar. Diese unscharfe Grenzziehung zeigte sich auch in der Einweisungspraxis: Die Gemeinden und die Armenkommission versorgten von Beginn an auch psychisch kranke Menschen in der Zwangsarbeitsanstalt. Als Reaktion darauf beschloss der Grosse Rat 1843, der Anstalt eine Abteilung für «unheilbare Irre» anzuschliessen, die 1855 nach Realta übergesiedelt wurde und bis zur Eröffnung des Asyls Realta 1919 Bestand hatte (vgl. Kapitel 1.2 und 1.3).

Seit 1844 war es möglich, psychisch kranke Menschen in die Anstalt Fürstenau einweisen zu lassen. Eine gesonderte Regelung der Versorgungsbestimmungen bei «armen und unheilbaren Irren» findet sich jedoch erst in der Armenordnung von 1857.[4] Darin wurde festgehalten, dass nur psychisch kranke Personen aufgenommen werden sollten, die «unbemittelt und laut ärztlichem Zeugnis unheilbar sind».[5] Armut und Unheilbarkeit waren die zentralen Kriterien für eine Versorgung in Realta. Eine ärztliche Expertise hatte zu bezeugen, dass die psychische Krankheit chronisch sei und vom medizinischen Standpunkt her keine Aussicht auf Besserung bestehen würde. Die Anstaltsunterbringung diente also primär der Verwahrung und weniger therapeutischen Anliegen. Gleichzeitig legte die Armenordnung explizit fest, dass die neue Abteilung als Provisorium zu verstehen sei, bis eine geeignetere Einrichtung für psychisch kranke Menschen errichtet werden könne.[6]

Die armenrechtlichen Versorgungsbestimmungen blieben bis ins frühe 20. Jahrhundert gültig. Der Kanton hob sie erst 1917 mit den Statuten des neuen Asyls Realta auf, dessen Gründung mit der Schliessung der ehemaligen Verwahrungsanstalt für «arme und unheilbare Irre» einherging. Die Aufnahmebestimmungen für die psychiatrischen Abteilungen der beiden Anstalten Waldhaus und Realta waren künftig durch identische Statuten reglementiert.[7] Einige ehemalige armenrechtliche Regelungen der Anstaltsunterbringung fanden sich neu und in abgeänderter Form in den Aufnahmebestimmungen der Arbeiterkolonie und der Korrektionsanstalt von Realta.[8]

Die Vormundschaftsbehörden waren seit 1857 für den Beschluss und Vollzug fürsorgerischer Massnahmen gemäss Armenordnung verantwortlich. Sie traten damit an die Stelle der kantonalen Armenkommission, die der Kanton im selben Jahr aufgelöst hatte. Fünf Jahre später weitete die Regierung die Aufgabenbereiche der Vormundschaftsbehörden weiter aus. Mit der Inkraftsetzung des Bündner Privatrechts 1862 hatten sie künftig ein kantonales Zivilgesetzbuch zur Hand, durch das sie vormundschaftsrechtliche Massnahmen anordnen konnten.[9] Das neue Gesetzeswerk regelte unter anderem die Bedingungen, die für eine Entmündigung – den Entzug der rechtlich-formalen Handlungsfähigkeit – oder eine zwangsweise Anstaltsunterbringung bevormundeter Personen gegeben sein mussten.

In Fragen der Bevormundung differenzierte das Bündner Privatrecht grundsätzlich zwischen einer umfassenden und einer eingeschränkten Form der «obrigkeitlichen Vormundschaft»: Die umfassende war die «Vogtei», bei der die Vormundschaft sowohl die Person als auch ihre Vermögensverwaltung betraf. Bei einer «Beistandschaft (Kuratel)» hingegen beschränkte sich die Aufsichtsfunktion auf die Vermögensverwaltung.[10] Das Bündner Privatrecht listete die Bedingungen auf, die für eine «Bevogtigung» gegeben sein mussten. Volljährige Personen mit einer psychischen Krankheit fanden sich ebenfalls auf dieser Liste: «Unter Vogtei zu stellen sind […] 2. Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Selbstberathung und Vermögensverwaltung unfähig sind».[11] Der Einleitung einer solchen Bevormundungsmassnahme musste zwingend eine ärztliche Untersuchung vorausgehen.[12] Generell war zudem eine persönliche Einvernahme der betroffenen Person durch die verantwortlichen Behörden gesetzlich vorgeschrieben. Doch nicht alle Menschen hatten die Möglichkeit, Stellung zur bevorstehenden Massnahme zu nehmen. Laut Gesetz mussten «unbekannt Abwesende oder Geisteskranke» nicht vorgängig einvernommen werden.[13]

Durch eine «Bevogtigung» wurde die «vogtbefohlene» Person, was ihre Handlungsfähigkeit betraf, mit einem Kind gleichgestellt.[14] Damit

4 Siehe dazu den Abschnitt «Verwahrungsanstalt für arme unheilbare Irre», Art. 42–47, in: Armenordnung 1857.
5 Vgl. ebd., Art. 43.
6 Vgl. ebd., Art. 42.
7 Siehe dazu StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 35.
8 Vgl. ebd., Art. 81–84 (Arbeiterkolonie) und 85–96 (Korrektionsanstalt).
9 Die Vormundschaft über Menschen ist in den Artikeln 98–133 geregelt. Vgl. Bündnerisches Privatrecht 1862.
10 Vgl. ebd., Art. 98.
11 Vgl. ebd., Art. 100, Abs. 2.
12 Vgl. ebd., Art. 110.
13 Vgl. ebd.
14 Vgl. ebd., Art. 104 und 66.

konnte sie ohne Zustimmung des Vogtes künftig keine gültigen Vereinbarungen mehr eingehen oder Rechte abtreten. Wurde eine Bevormundung beschlossen, war der Vogt für folgende Aufgaben zuständig:

> *«Den wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen Bevogteten hat der Vogt, nach Massgabe der Vermögensverhältnisse desselben, angemessen zu versorgen und, so weit thunlich, einer heilenden Pflege theilhaft werden zu lassen.»*[15]

Als angemessene Massnahme bei «Geisteskranken» bezeichnete das Gesetz unter anderem die Unterbringung in einer «Irrenanstalt».[16] Diese Anordnung durften die Vögte aber nicht selbständig treffen, sie mussten vorgängig die Genehmigung der jeweiligen Vormundschaftsbehörde einholen. Die 1851 konstituierten Bündner Vormundschaftsbehörden waren milizartig auf der Ebene der Kreise angesiedelt. Über 150 Jahre lang hatten sie die Entscheidungsgewalt über die Verfügung fürsorgerischer Zwangsmassnahmen. Die Gesetzesgrundlagen wurden über die Jahrzehnte hinweg mehrmals geändert, die Bündner Vormundschaftsbehörden blieben jedoch stets die Instanz, die für die Umsetzung der Artikel verantwortlich war; sei es nach der Armenordnung (1857–1917), dem Bündner Privatrecht (1862–1912), dem ZGB (1912–2013) oder dem Bündner Fürsorgegesetz (1920–1987). Erst 2013 wurden die Vormundschaftsbehörden – wie überall in der Schweiz – durch neue zivilrechtliche Bestimmungen von fünf regional organisierten Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden ersetzt.[17]

3.1.2 Neue Rahmenbedingungen: Das Schweizerische Zivilgesetzbuch (1912) und das Bündner Fürsorgegesetz (1920)

Das Bündner Privatrecht und seine vormundschaftsrechtlichen Bestimmungen waren bis ins frühe 20. Jahrhundert gültig. Dann aber wurde ein richtungsweisendes Gesetzeswerk auf nationaler Ebene eingeführt, das die kantonalen Privatrechte ablöste: das 1907 verabschiedete und 1912 in Kraft getretene Zivilgesetzbuch (ZGB), das einheitliche zivilrechtliche Bestimmungen für die ganze Schweiz formulierte. Im Übergang vom Privatrecht zum ZGB stellte die historische Forschung einen Mentalitätswandel fest, der mit der Tendenz eines stärkeren Eingriffs der Behörden in den Privatbereich einherging. Die Familie, die als Fundament einer gesunden Gesellschaft angesehen wurde, wurde zum zentralen Gut, das gegebenenfalls auch mit zivilrechtlichen Massnahmen geschützt werden musste.[18]

Zudem definierte das neue Gesetzeswerk Begriffe wie Familie und Ehe verstärkt anhand von eugenischen Deutungsmustern. Exemplarisch lässt sich das am Beispiel des neuen Eherechts festmachen. Das ehemalige Bündner Privatrecht setzte voraus, dass eine Ehe bei bevormundeten Personen nur mit der Erlaubnis ihres Vogtes geschlossen werden könne.[19] Ein Vogt konnte also unter Umständen eine Eheschliessung verhindern. Die vormundschaftliche Einwilligung in die Eheschliessung blieb auch im ZGB als Voraussetzung bestehen.[20] Das neue Zivilgesetzbuch war radikaler. Die Schweiz war eines der ersten Länder mit einem Artikel, auf dessen Grundlage eugenisch motivierte Eheverbote ausgesprochen werden konnten.[21] Laut Artikel 97 ZGB galten Menschen nur dann als «ehefähig», wenn sie mündig, «urteilsfähig» und geistig gesund waren, das heisst Sinn und Zweck einer Ehe verstanden. Im zweiten Satz des Artikels hiess es weiter, dass «Geisteskranke in keinem Falle ehefähig [sind]».[22] Radikal ausgelegt, besagte dieser Passus, dass Menschen mit einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung grundsätzlich – unabhängig von der Urteilsfähigkeit – nicht ehefähig seien. In der Konsequenz verfügten die Vormundschaftsbehörden mit Artikel 97 ZGB über eine Massnahme,

---

15 Vgl. ebd., Art. 101.

16 Vgl. ebd.

17 Zum Bündner Vormundschaftswesen siehe Rietmann (2017), S. 69–80, bes. S. 70. Der Kanton Graubünden löste 2016 das System der Bezirke und Kreise auf und ersetze es durch elf Regionen.

18 Siehe beispielhaft Lengwiler et al. (2013), S. 24 und Rietmann (2017), S. 81. Zu den Unterschieden zwischen dem Familienrecht im ZGB und im Bündner Privatrecht siehe Manatschal (1918).

19 Vgl. Bündnerisches Privatrecht (Civilgesetzbuch), 1862, Art. 21, Abs. 4.

20 ZGB 1907/1912, Art. 99.

21 Vgl. Huonker (2003), S. 171. Zur psychiatrischen Begutachtung der «Ehefähigkeit» gemäss ZGB, Art. 97, gibt es einen breiten Forschungsstand, siehe Ritter (2009), S. 241–242; Galle (2016), 585–590; Goepfert (1999); Ritter / Imboden (2013); Wecker (2011); Huonker (2002); Bühler et al. (2019), S. 344.

22 ZGB 1907/1912, Art. 97. Dieser Gesetzesartikel wurde 1999 aufgehoben, vgl. Ritter (2009).

um auf Basis eines psychiatrischen Gutachtens eugenisch motivierte Eheunfähigkeitserklärungen auszusprechen.

Das ZGB bezog die Psychiatrie explizit in seine fürsorgerischen Bestimmungen mit ein, sowohl in institutioneller als auch in fachlich-wissenschaftlicher Hinsicht. Zentrale Bedeutung erhielt die psychiatrische Expertise bei den Begutachtungen und bei den Abklärungen zivilrechtlicher Massnahmen, die Psychiater auf Anfrage der Vormundschaftsbehörden durchführten. Durch die klinikärztliche Gutachtertätigkeit, die in Graubünden ab den 1940er Jahren beträchtlich zunahm (vgl. Kapitel 4.2), diffundierte psychiatrisches Wissen immer stärker in institutionelle Bereiche ausserhalb der psychiatrischen Einrichtungen. Dazu gehörten insbesondere die Fürsorge, die Vormundschaft, das Strafrecht und das Schulwesen. Die Studie von Rietmann zu fürsorgerischen Zwangsmassnahmen im Kanton Graubünden konnte unlängst aufzeigen, dass psychiatrische Gutachten stark auf die behördlichen Deutungen sozialen Fehlverhaltens einwirkten.[23] Psychiatrische Expertisen genossen eine hohe Legitimität und übten einen starken Einfluss auf die Entscheidungen der Vormundschaftsbehörden aus, unter anderem bei Entmündigungen oder Anstaltseinweisungen. Die Vormundschaftsbehörden wiederum konnten ihre Beschlüsse auf eine breitere, vermeintlich objektivere Basis abstützen.

In Artikel 369 definierte das ZGB die Voraussetzungen, die für die Entmündigung einer Person mit psychischer Krankheit oder geistiger Behinderung gegeben sein mussten. Die Bevormundung aufgrund von «Geistesschwäche» oder «Geisteskrankheit» setzte eine psychiatrische Abklärung voraus. Diese sollte festlegen, ob die Voraussetzungen für eine fürsorgerische Intervention gegeben waren. Die behördlichen Zuständigkeiten für Entmündigungen wurden durch die jeweiligen kantonalen Einführungsgesetze zum ZGB geregelt. In Graubünden fiel diese Verantwortung in den Kompetenzbereich der Vormundschaftsbehörden.

> *Art. 369 ZGB: «Unter Vormundschaft gehört jede mündige Person, die infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, zu ihrem Schutze dauernd des Beistandes und der Fürsorge bedarf oder die Sicherheit Anderer gefährdet. Die Verwaltungsbehörden und Gerichte haben der zuständigen Behörde Anzeige zu machen, sobald sie in ihrer Amtstätigkeit von dem Eintritt eines solchen Bevormundungsfalles Kenntnis erhalten.»*[24]

«Geisteskrankheit» oder «Geistesschwäche» allein waren allerdings keine ausreichende Grundlage für eine Bevormundung. Diese war nur angezeigt, sofern das Verhalten oder der Zustand einer Person dazu führte, dass sie ihre Angelegenheiten nicht mehr «besorgen» könne, die Sicherheit Anderer gefährde oder zu ihrem Schutze eines dauerhaften Beistandes oder der Fürsorge bedürfe. Bei einer Entmündigung nach Artikel 369 ZGB erklärten die Psychiater die Patientin oder den Patienten häufig zugleich für «eheunfähig».[25] Waren die Gründe für eine Bevormundung aus behördlicher Sicht gegeben, konnte als vormundschaftliche Massnahme nach Artikel 406 ZGB eine Anstaltsunterbringung angeordnet werden. Dafür wurde zwingend die Zustimmung der Vormundschaftsbehörde vorausgesetzt, eine Regelung, die bereits im Bündner Privatrecht verankert gewesen war.[26] Der Beschluss einer Anstaltsunterbringung verlangte jedoch keinen gerichtlichen Entscheid. Ein Alleinstellungsmerkmal hatte das Bündner ZGB-Einführungsgesetz von 1911 im Bereich des Rechtsschutzes: Es war das einzige schweizweit, das bei Entmündigungsverfahren eine anwaltliche Vertretung verbot.[27]

---

23 Vgl. Rietmann (2017), S. 17. Rietmann untersuchte in ihrer Studie die Biografien mehrerer Personen, die von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen betroffen waren. Die Einzelfälle machen deutlich, welche Wirkungsmacht die psychiatrischen Gutachten auf die zivilrechtlichen Massnahmen der Vormundschaftsbehörden hatten. Vgl. ebd., S. 89–92, 93–96, 109 und 111–114.

24 ZGB 1907/1912, Art. 369.

25 Vgl. dazu Galle (2016), S. 585. Galle untersuchte die Patientenakten der Kinder und Jugendlichen, die vom «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Pro Juventute erfasst wurden. Einige davon wurden im Waldhaus oder in Beverin untergebracht. In deren Patientenakten fand Galle mehrere Gutachten, die neben einer Entmündigung auch eine Eheunfähigkeitserklärung empfahlen. Siehe dazu Patientenakte, Frauen stationär Waldhaus 6737 (12.4.1948); Männer stationär Waldhaus 8654 (12.1.1954); Männer stationär Waldhaus 8876 (30.10.1954); Frauen stationär Waldhaus 9224 (14.9.1956); Frauen stationär Waldhaus 15220 (20.8.1958).

26 ZGB 1907/1912, Art. 421; Bündnerisches Privatrecht 1862, Art. 101.

27 Vgl. Rietmann (2017), S. 18, 75–76; Kaufmann (1924), S. 124. Im Jahr 1944 wurde das Bündner Einführungsgesetz revidiert, unter anderem mit der Neuerung, dass eine anwaltliche Unterstützung im Vorverfahren, also während der Untersuchung eines Falles und bevor die Vormundschaftsbehörde einen Beschluss fasste, neu

Art. 406 ZGB: «Steht der Bevormundete im Mündigkeitsalter, so erstreckt sich die Fürsorge auf den Schutz und Beistand in allen persönlichen Angelegenheiten, sowie nötigenfalls auf die Unterbringung in einer Anstalt.»[28]

Artikel 406 ZGB war sehr allgemein formuliert und definierte nicht explizit, welche Umstände gegeben sein mussten, damit eine bevormundete Person in einer Erziehungs-, Versorgungs- oder Heilanstalt untergebracht werden konnte.[29] Eine kursorische Durchsicht der Patientenakten und Beschwerdedossiers machte allerdings deutlich, dass Entmündigungen und stationäre psychiatrische Unterbringungen nach Artikel 369 und 406 ZGB mehrfach dokumentiert wurden.[30] Ein exemplarisches Beispiel ist die Biografie eines pensionierten Waldarbeiters, für den die Vormundschaftsbehörde Chur im Juni 1951 ein psychiatrisches Gutachten beim Waldhaus einholte. Dafür liess sie den Patienten vom Kreuzspital Chur ins Waldhaus verlegen. Die Behörde wollte die Frage abklären, ob der 64-jährige Mann die Voraussetzungen für eine Bevormundung erfülle. Das psychiatrische Gutachten schlussfolgerte, dass der Patient «infolge seines chronischen Alkoholabusus und des im Jahre 1921 erlittenen Unfalls heute das Bild eines schwer dementen Alkoholikers [bietet], der nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten zu besorgen und der nach Artikel 369 ZGB entmündigt werden muss». Das Gutachten empfahl aber nicht nur eine Entmündigung, sondern ebenso eine längerfristige stationäre Behandlung: «Der Zustand des Kranken erfordert eine Internierung in einer Heil- und Pflegeanstalt für voraussichtlich längere, jetzt noch nicht bestimmbare Zeit, möglicherweise für dauernd».[31] Zwei Wochen später entmündigte ihn die Vormundschaftsbehörde nach Artikel 369 ZGB und stellte ihn unter Vormundschaft. Auf Empfehlung der Klinik und auf Beschluss von Vormund und Vormundschaftsbehörde Chur blieb er zudem auch nach der Begutachtung im Waldhaus hospitalisiert, bis er im August 1952 versuchsweise in eine Familienpflege entlassen wurde.

Die administrative Versorgung in einer psychiatrischen Anstalt nach dem ZGB beruhte aber nicht alleine auf einer systematischen Befolgung der Artikel 369 und 406 – das lässt sich aus mehreren konsultierten Patientenakten herauslesen. Artikel 406 war zwar der zentrale Gesetzesartikel, mit dem die Behörden die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt nach ZGB verfügten. Die vorausgegangene Bevormundung erfolgte aber nicht immer zwangsläufig nach Artikel 369. Für gewisse Vormundschaftsbehörden waren die Grenzen zwischen psychischer Erkrankung, geistiger Behinderung und einem von sozialen Normen abweichenden Verhalten nicht immer klar erkennbar. Nach Artikel 370 ZGB konnten auch Zuschreibungen wie «Verschwendung», «Trunksucht» oder «lasterhafter Lebenswandel» ein Grund zur Bevormundung sein, falls die betreffende Person dadurch Gefahr laufe, sich oder ihre Familie in einen «Notstand» oder in eine «Verarmung» zu führen.[32] Dass die Vormundschaftsbehörden

erlaubt war. Diese beinhaltete die Möglichkeit, in die angelegten Akten Einsicht zu nehmen und schriftlich Stellung zu nehmen. Für den Anwalt und Politiker Gaudenz Canova (1887–1962), der sich in dieser Zeit intensiv für den Rechtsschutz betroffener Personen einsetzte, ermöglichte diese Neuregelung keineswegs eine angemessene Vertretung. Zu Canovas Bemühungen siehe die Nahaufnahme 2.

28 ZGB 1907/1912, Art. 406.

29 Diese drei Anstaltsformen werden so namentlich in Artikel 421 ZGB 1907/1912 genannt.

30 Vgl. dazu z. B. Patientenakte, Männer stationär Beverin 8879; Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812; Beschwerde- und Insassendossiers im StAGR unter V 13 e 6 und V 13 f 12 bzw. V 13 e 8 und V 13 f 10. Der Vorschlag zur Entmündigung nach Artikel 369 ZGB wurde meistens im Rahmen einer stationären psychiatrischen Begutachtung ausgesprochen. Es lagen uns aber auch Patientenakten von Personen vor, die eigentlich zur Behandlung eingewiesen wurden, bei denen der Psychiater aber als Massnahme u. a. eine Bevormundung empfahl, obwohl kein Gutachtenauftrag vorlag. 1965 etwa wurde eine 43-jährige Patientin «nach langem Hin und Her zwischen VB und Arzt unter Sträuben der Familie [in Beverin] eingewiesen». Direktor Weber diagnostizierte eine «Pfropf-Katatonie», eine akute Form der Schizophrenie mit einer geistigen Behinderung, und sah als Massnahmen eine «Langzeit-Behandlung» sowie eine «Bevormundung gemäss Art. 369 ZGB dringend indiziert», vgl. Patientenakte, Frauen stationär Beverin 9090, Résumé, 1. Aufnahme 1965–1978, S. 10. In den Patientenakten wurde jeweils aufgeführt, durch wen die betroffene Person eingewiesen wurde. Der explizite Hinweis darauf, dass ein Versorgungsbeschluss nach Artikel 406 ZGB erfolgte, liess sich in den Patientenakten jedoch nicht finden.

31 Pflugfelder rezitierte das Gutachten von 1951 in einem späteren Schreiben von 1955, als sich der Patient schriftlich über seine aktuelle ambulante Behandlung beschwerte. Vgl. StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Brief eines Patienten von 1953, Chur, 2. Juni 1955, S. 1.

32 Vgl. ZGB 1907/1912, Art. 370. Der Artikel lautete: «Unter Vormundschaft gehört jede mündige Person, die durch Verschwendung, Trunksucht, lasterhaften Lebenswandel oder durch die Art und Weise ihrer Vermögensverwal-

nicht immer fähig waren, die Grenzen zwischen den Artikeln 369 und 370 ZGB zu definieren, lässt sich an einem Beispiel darlegen: 1966 holte die Vormundschaftsbehörde des Kreises Jenaz von der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Beverin ein psychiatrisches Gutachten für einen ihrer Mündel ein.[33] Da dessen Eltern verstorben waren und dadurch die rechtliche Verwaltungsbeistandschaft nach Artikel 374, Abs. 2 ZGB nicht mehr haltbar gewesen wäre, hatte sie «eine Bevormundung im Sinne von Art 370 ZGB im Auge». Der zuständige Arzt, vermutlich der Hausarzt des Betroffenen oder ein frei praktizierender Psychiater, «belehrte» die Vormundschaftsbehörde jedoch darüber, «dass diesfalls die Anwendung von Artikel 369 ZGB angezeigt sei», beziehungsweise eine «Geisteskrankheit» oder «Geistesschwäche» als Grund für eine Bevormundung vorliege. Ein Mitarbeitender der Vormundschaftsbehörde liess sich gerne eines Besseren belehren und wandte sich an die Klinik Beverin: «Da ich nicht Sachverständiger bin, möchte ich mich nicht aufs Eis hinaus wagen und bitte Sie, uns das gewünschte Gutachten umgehend zu besorgen.»[34] Das Gutachten der Klinik Beverin bestätigte den ärztlichen Eindruck, dass eine Bevormundung gemäss Artikel 369 angezeigt sei. Die Behörden folgten dem Vorschlag des Gutachtens.[35] Der Verlauf der Begutachtung illustriert, wie stark die Vormundschaftsbehörden auf psychiatrische Expertisen als Korrektiv für erwogene zivilrechtliche Massnahmen zurückgriffen.

Ein weiteres Beispiel wiederum veranschaulicht, dass psychiatrische Gutachten teilweise die Bedingungen für eine Bevormundung nach beiden Artikeln 369 und 370 ZGB gegeben sahen: Im September 1965 beauftragte die Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur die Klinik Beverin mit einem Gutachten.[36] Der zu begutachtende, 32-jährige Mann war zu diesem Zeitpunkt bereits nach Artikel 370 ZGB bevormundet und in der Heilanstalt Münsingen im Kanton Bern hospitalisiert, da er «seit jeher grosse soziale und Einordnungsschwierigkeiten» gehabt habe und weder Heimerziehung noch andere vormundschaftliche Massnahmen langanhaltenden «Erfolg» gezeigt hätten. Im Zentrum der neuen Expertise stand die «Geistesverfassung» des Mannes, beziehungsweise die Frage, ob er auch nach Artikel 369 ZGB bevormundet werden müsste.[37] Bei seinem Eintritt in die Klinik Beverin hatte der zuständige Psychiater die Diagnose «Hysterischer und trunksüchtiger Psychopath» gestellt.[38] Im psychiatrischen Gutachten, das nach neunmonatiger Beobachtung des Patienten im Juni 1966 abgeschlossen wurde, wurde er als «debiler, trunksüchtiger, halt- und willensschwacher, zu Verwahrlosung und Erregungszuständen sowie heftigen Temperamentsumschlägen neigender Psychopath» bezeichnet.[39] Der begutachtende Psychiater empfahl der Vormundschaftsbehörde Chur die «Bevormundung des Expl[oranden] gemäss Artikel 370 oder 369 ZGB», da aus seiner Sicht die Bedingungen für eine Entmündigung nach beiden Artikeln «in vollem Masse gegeben» seien.[40] Der Vorschlag, jemanden nach einem der beiden Gesetzesartikel bevormunden zu lassen, schloss eine Entmündigung nach dem jeweils anderen Artikel nicht aus. Man konnte psychisch krank sein und gleichzeitig aus der Perspektive der Behörden einen «lasterhaften Lebenswandel» pflegen. Wie im geschilderten Beispiel war die «Psychopathie» eine der Diagnosen, die sowohl unter ZGB-Artikel 369 als auch unter Artikel 370 fallen konnte (vgl. Kapitel 3.3). Diese unscharfe Trennung zwischen psychischen Krankheiten und Lebensweisen, die etablierten sozialen Normen zuwiderliefen, spiegelte sich teilweise auch in der Unterbringung der Betroffenen in psychiatrischen Einrichtungen. Dabei war einerseits die Doppelfunktion der Psychiatrie als Therapieeinrichtung und sozialstaatliche Ordnungsmacht von Bedeutung, andererseits die Annahme, dass «Trunksucht» und andere «lasterhafte» Lebensweisen therapierbar seien und auf einer psychischen Störung beruhen würden. Das Asyl Realta erfüllte diese verschiedenen Funktionen der Therapie, Erziehung und Verwahrung allein schon durch seine multifunktionale Gestalt.

---

tung sich oder ihre Familie der Gefahr eines Notstandes oder der Verarmung aussetzt, zu ihrem Schutze dauernd des Beistandes und der Fürsorge bedarf oder die Sicherheit Anderer gefährdet.»

33 Patientenakte, Männer stationär Beverin 9067: Schreiben der Vormundschaftsbehörde an die Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Versam, 19.2.1966.

34 Ebd.

35 Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt Beverin von 1966.

36 Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt Beverin an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur, 1.11.1965.

37 Vgl. ebd., S. 1.

38 Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Aufnahmeblatt, 2.9.1965.

39 Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt Beverin an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur, 1.11.1965, S. 7.

40 Ebd., S. 8–9.

Wie in Kapitel 2 gezeigt, kann davon ausgegangen werden, dass zwischen den einzelnen Anstaltseinheiten, etwa den psychiatrischen Abteilungen und der Korrektions- und Arbeitserziehungsanstalt, Personen ohne grossen bürokratischen Aufwand verlegt werden konnten.[41]

Das ZGB von 1907/1912 blieb aber nicht das einzige zivilrechtliche Gesetzeswerk, auf dessen Grundlage Vormundschaftsbehörden Personen in Einrichtungen zwangseinwiesen. Auf kantonaler Ebene kam das Fürsorgegesetz von 1920 hinzu, das parallel zum ZGB existierte und ebenfalls fürsorgerechtliche Massnahmen regelte.[42] Ursprünglich war es ausschliesslich als Gesetz gegen die «Trunksucht» geplant, in der Endfassung bezog es sich auch auf Menschen, denen «Vagantentum» oder ein «liederlicher Lebenswandel» zugeschrieben wurde.[43] Das Massnahmenspektrum reichte vom Alkoholverbot für Fürsorgeabhängige, über die Festlegung einer Besserungsfrist, die Anordnung, in einen «Abstinentenverein» einzutreten, bis zur Ernennung eines «Beschützers» oder gar einer Einweisung in eine «geeignete Anstalt».[44]

Wie beim ZGB lag auch beim Fürsorgegesetz die Verfügungsgewalt bei den Vormundschaftsbehörden. Grundsätzlich konzentrierten sich beide Gesetzeswerke weitgehend auf dieselben Personengruppen; das Fürsorgegesetz umfasste jedoch keine fürsorgerischen Massnahmen bei psychisch kranken Menschen im engeren Sinne.

Zwischen 1920 und 1981 bildeten die beiden Gesetzeswerke unverändert das rechtliche Instrumentarium, mit dem Vormundschaftsbehörden Entmündigungen und administrative Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken verfügen konnten. Durch diese Regelwerke waren die Vormundschaftsbehörden mit einem zunehmend komplexen Aufgabenfeld konfrontiert, dem sie sich mit den vorhandenen Ressourcen im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer weniger gewachsen zeigten. Gleichzeitig etablierte der Kanton schrittweise ein gut organisiertes Fürsorgewesen. Durch das Fürsorgegesetz wurde eine Stelle für einen kantonalen Fürsorger geschaffen, dem 1943 elf Bezirksfürsorgestellen unterstanden, die verschiedene Betreuungsaufgaben zu übernehmen hatten und dazu befugt waren, Personen den Vormundschaftsbehörden zu melden und passende Interventionen vorzuschlagen. Obwohl die Bezirksfürsorgerinnen eine Ausbildung an sozialen Frauenschulen vorweisen konnten, waren sie nicht dazu befähigt, zivilrechtliche Massnahmen anzuordnen. Die eigentliche Entscheidungsgewalt blieb vollständig bei den Vormundschaftsbehörden, die milizartig strukturiert waren und dadurch weder fachlich noch personell über vergleichbare professionelle Strukturen verfügten.[45] Zudem durften neben den Bezirksfürsorgerinnen auch Gemeinden, Amts- und Lehrpersonen, Schulbehörden, Personen, die mit einer Vormundschaft betraut waren, und Angehörige Anträge an die Vormundschaftsbehörden stellen.

---

41 Die Unterbringung in der AEA Realta konnte beispielsweise durch eine Entmündigung gemäss Art. 370 oder eine Einweisung nach Art. 421, Abs. 13 ZGB erfolgen. Siehe dazu etwa die Patientenakte Beverin, stationär Männer 8884, die von einer Person zeugt, die mehrmals wegen «chronischem Alkoholismus» durch die Vormundschaftsbehörde Chur in die AEA Realta eingewiesen wurde. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen in die Korrektionsanstalt, Arbeiterkolonie und AEA sowie strafrechtliche Versorgungsmassnahmen in die spätere Verwahrungsanstalt Realta seien hier nur am Rande erwähnt, da sie bereits Gegenstand einer gründlichen historischen Aufarbeitung waren, vgl. Rietmann (2017), S. 37–49, 69–120, 141–145, bes. 105–120.

42 Zur Koexistenz der vormundschaftsrechtlichen Verfahrenswege nach ZGB und Fürsorgegesetz siehe die Grafik von Rietmann (2017), S. 106. Zur Geschichte des Bündner Fürsorgegesetzes siehe ebd., S. 105–122.

43 Fürsorgegesetz 1920, Art. 1.

44 Ebd., Art. 8. Mit dem Fürsorgegesetz von 1920 führte der Kanton die Funktion des «Beschützers» ein. Sie weist Parallelen mit derjenigen des «Beistands» auf (eines von mehreren Obhutsverhältnissen nach ZGB), entspricht jedoch einer kantonalen Variante und stellt damit ein Beispiel für den Föderalismus im schweizerischen Vollzug des Vormundschafts- und Fürsorgerechts dar. Die Ernennung eines «Beschützers» durch die Vormundschaftsbehörden bedeutete keine Entmündigung der betroffenen Person. «Beschützerinnen» und «Beschützer» hatten aber «erzieherisch» Einfluss zu nehmen, den Kontakt der betroffenen Person mit ihren Angehörigen zu kontrollieren, regelmässige Berichte gegenüber den Behörden zu erstatten und im Notfall auf polizeiliche Massnahmen zurückzugreifen. Vgl. dazu Fürsorgegesetz 1920, Art. 9 und Wegleitung zur Handhabung des kantonalen Fürsorgegesetzes vom 17. Nov. 1939, in: ABl GR 1939, S. 1162–1164. Da Beschützer wie Vormunde auf ehrenamtlicher Basis arbeiteten, stellte ihre Rekrutierung eine konstante Schwierigkeit dar. Ausführlich zu den geschilderten Rechtsinstituten siehe Rietmann (2017), S. 107–108.

45 Diese Konstellation barg Konfliktpotential. Die Bezirksfürsorgestellen klagten bereits in den 1940er Jahren, kurz nachdem sie ins Leben gerufen worden waren, über einen mangelhaften Kooperationswillen seitens der Vormundschaftsbehörden. Vgl. Rietmann (2017), S. 17, 69, 117–119 und Künzli (2019), S. 16–19.

3.1.3 Statuten der psychiatrischen Anstalten Graubündens: Regelung der Aufnahmeverfahren

Die vormundschaftsbehördliche Einweisung war nur eine der Möglichkeiten, die zu einem stationären psychiatrischen Aufenthalt führen konnten. In den Statuten des Waldhauses, der ersten psychiatrischen Anstalt Graubündens, legte der Grosse Rat die verschiedenen Aufnahmeverfahren und -bedingungen fest. Diese Regelungen galten nach einer Statutenrevision 1917 nahezu unverändert ebenso für die psychiatrischen Abteilungen des Asyls Realta.[46] Primär unterschieden sie zwischen drei Formen des Eintritts: dem freiwilligen Eintritt, der behördlichen Zwangseinweisung, die wie erwähnt durch verschiedene Stellen beantragt werden konnte, und der ärztlichen Einweisung, die je nach Situation auch unter Zwang erfolgen konnte und rückblickend an der Schnittstelle zwischen freiwilliger ärztlicher Überweisung und ärztlichem FU anzusiedeln ist (vgl. Kapitel 3.1.4). Unter die behördlichen Einweisungen fielen auch zivil- und strafrechtliche Begutachtungen im Auftrag von Vormundschaftsbehörden und gerichtlichen Behörden (vgl. Kapitel 4.2).

Grundsätzlich verlangten die Statuten bei allen Verfahren ein ärztliches Zeugnis eines Bezirks- oder Hausarztes über den Gesundheitszustand der eintretenden Person. Nur bei «Gefahr im Verzug», wenn von einer Person akute Selbst- oder Fremdgefahr ausging, durfte die Polizei sie aufgreifen und ohne ärztliches Zeugnis provisorisch in einer psychiatrischen Einrichtung unterbringen. Die Polizeibehörde hatte in diesen Fällen jedoch die gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter der Person umgehend zu informieren und innert acht Tagen den Rapport über die Gründe für ihr Einschreiten mit einem ärztlichen Zeugnis und einem Nachweis, dass die Zahlung der Verpflegungskosten sichergestellt ist, nachzureichen.[47] Neben dem ärztlichen Zeugnis war bei allen Verfahren immer auch ein amtlicher Vermögens- und Einkommensausweis der erkrankten Person, der Eltern oder Unterstützungspflichtigen für die Festlegung der Verpflegungstaxe und eine schriftliche Bürgschaft für die anstehenden, vierteljährlich zu bezahlenden Verpflegungsgelder einzureichen.[48] Zudem wurde in den Statuten empfohlen, dass der Eintritt in Begleitung einer Person vorzunehmen sei, die mit den Verhältnissen der oder des Erkrankten vertraut sei und allfällige Fragen beantworten könnte.[49]

Die verschiedenen Aufnahmeverfahren, die in Abbildung 10 quellennah wiedergegeben werden, blieben bis zur Statutenrevision von 1965 unverändert in Kraft. Die verantwortlichen Instanzen befolgten sie in der Praxis strikt, das zeigt etwa ein Schreiben der Vormundschaftsbehörde Chur an die Waldhaus-Direktion von 1952, in dem sie ausdrücklich darauf hinwies, dass «die Einweisung nach den Vorschriften des Anstaltsreglements erfolgte».[50]

Die Direktion trug für das Aufnahme- und Entlassungsprozedere eine grosse Verantwortung. Sie besass die letzte Entscheidungsgewalt über einen Eintritt und über Besuche, Briefe oder Sendungen der Patientinnen und Patienten.[51] Diese Verantwortung war mit einer unverzüglichen Meldepflicht gegenüber den Verwandten und Behörden verbunden. Grundsätzlich korrespondierte die Direktion direkt mit den einweisenden Instanzen, teilweise war aber auch das für die Kliniken zuständige Departement in die Briefwechsel involviert. Der Kleine Rat schaltete sich hingegen nur in bestimmten Fällen ein, zum Beispiel bei Rekurs- und Beschwerdefällen gegen vormundschaftliche

---

46 Siehe vergleichend StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 39, und StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 35. Die nächste Statutenrevision erliess der Kanton erst 1964, vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ordner Gesetze und Verordnungen, Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen, 1964. Die Aufnahme- und Entlassungsverfahren sind in der neuen Verordnung nicht mehr explizit geregelt. Massgebend waren fortan nur noch die ZGB-Regelungen, das Bündner Einführungsgesetz zum ZGB und das Bündner Fürsorgegesetz, vgl. StAGR V 13 e 4: Schreiben des Sanitätsdepartements des Kantons Graubünden an Gottlob Pflugfelder, Klinik Waldhaus, Chur, 10.12.1974.

47 StAGR VA 13, Statuten für die kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 36.

48 Für die Aufstellung der Taxordnung der drei Klassen war der Kleine Rat zuständig, vgl. ebd., Art. 48.

49 Vgl. ebd., Art. 40.

50 StAGR V 13 e 6: Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur, Auszug aus dem Protokoll der Sitzung vom 23. Juli 1952 zu einem Patienten (*1887). Die Formulierung, dass die Einweisung «nach den Vorschriften des Anstaltsreglements» erfolgt sei, findet sich in Korrespondenzen zwischen Direktoren und Vormundschaftsbehörden immer wieder. Vgl. beispielhaft StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Brief eines Patienten von 1953, Chur, 2. Juni 1955, S. 2.

51 StAGR VA 13, Statuten für die kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 39, Art. 45.

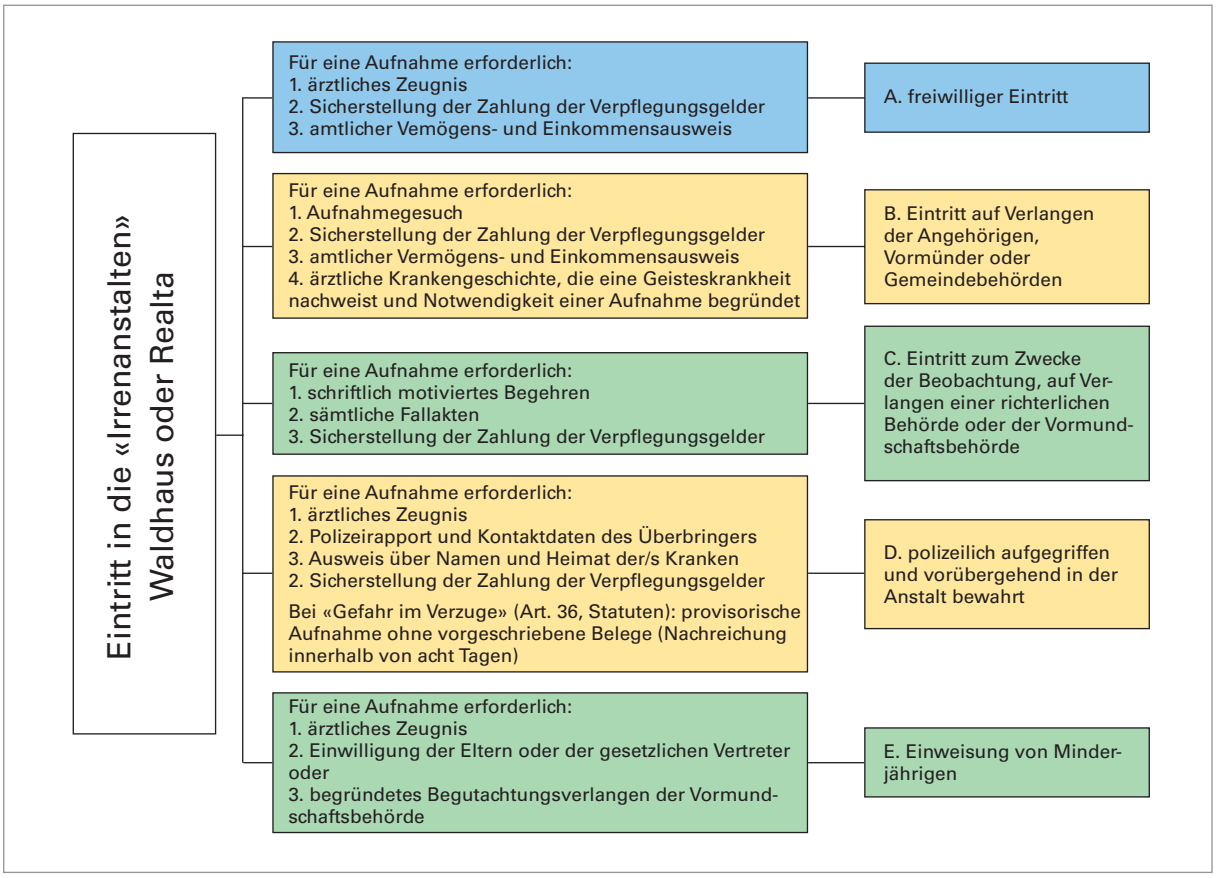


Abbildung 10: Statutarisch festgelegte Aufnahmeverfahren in die «Irrenanstalten» Waldhaus und Realta

A: Freiwilliger Eintritt, ärztliche Überweisung: mit freiwilliger Eintrittserklärung (blau)

B und D: behördliche oder ärztliche Zwangseinweisung, vorübergehende polizeiliche Aufnahme (orange)

C und E: Begutachtungen auf behördliches Verlangen (grün)

Anmerkung: Die hier abgebildeten Einweisungsverfahren sind den revidierten Statuten von 1917 entnommen, die für beide «Irrenanstalten» gelten. Sie unterscheiden sich kaum von den Statuten von 1892, hinzugekommen ist einzig die Regelung der Einweisung von Minderjährigen (E). Quelle: StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 35.

Massnahmen, die an die Regierung weitergezogen worden waren, nachdem sie das Bezirksgericht erstinstanzlich abgewiesen hatte.[52]

Die Entlassung von Patientinnen und Patienten fiel ebenfalls generell in den Verantwortungsbereich der Direktion. Austritte konnten unter sehr unterschiedlichen, situationsspezifischen Umständen erfolgen. Personen, die freiwillig in eine psychiatrische Klinik eingetreten waren, durften diese jederzeit wieder verlassen, sofern inzwischen nicht eine akute Selbst- oder Fremdgefahr von ihnen ausging.[53] Es ist schwer zu beurteilen, wie konsequent die Direktion diese Regelungen umgesetzt hat. Die Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Patientinnen und Patienten aus Selbst- oder Fremdschutz ist jedenfalls heute noch gesetzlich möglich, allerdings auf maximal drei Tage beschränkt. Nur wenn zwischenzeitlich die Voraussetzungen für eine FU eingetreten sind und ein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid vorliegt,

52 Solche Beschwerden und Rekurse, die erstinstanzlich vom Bezirksgericht abgewiesen worden waren und anschliessend zweitinstanzlich an den Kleinen Rat (ab 1971 Regierungsrat) getragen wurden, sind in einem umfangreichen Aktenkorpus im Staatsarchiv Graubünden archiviert, vgl. StAGR C III 15 i: Vormundschaftswesen, Rekurse und Beschwerden A–Z, 1928–1957. In den Registern der Kleinratsbeschlussprotokolle wurden die Beschlüsse und allfällige Anträge auf psychiatrische Gutachten dokumentiert, vgl. StAGR CB V3 (Kleinratsprotokolle) und StAGR CB V3a (Register zu den Protokollen). Zu den Rekursen siehe Rietmann (2017), S. 106 und Künzli (2019), S. 6 und 62–63.

53 StAGR VA 13, Statuten für die kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 55.

kann jemand länger zurückbehalten werden.[54] Darüber hinaus ist der Begriff der Freiwilligkeit auch bei den Eintrittsverfahren nicht als absolut zu verstehen. In den Beschwerdedossiers zuhanden des Kleinen Rates finden sich Hinweise darauf, dass gewisse Patientinnen und Patienten dazu gedrängt wurden, eine Erklärung, dass sie freiwillig eingetreten seien, zu unterschreiben.[55]

Dass die Situation bisweilen unübersichtlich war, zeigt das Beispiel eines 34-jährigen Patienten, der 1973 notfallmässig in die Klinik Beverin gebracht wurde, da er laut ärztlicher Überweisung an einer manischen Psychose litt. Beim Eintritt unterschrieb der Patient offenbar eine freiwillige Eintrittserklärung, die Umstände bleiben aber unklar. Laut Direktor Weber habe der Patient daraufhin nachdrücklich auf eine Klinikentlassung gedrängt, für Weber war aber klar, dass der Patient «völlig krankheitsuneinsichtig» sei und für sich und andere «eine Gefahr» bedeute.[56] Deshalb kontaktierte er das Bezirksphysikat Heinzenberg, um ein Einweisungszeugnis erstellen zu lassen.[57]

Das folgende Beispiel von 1974 zeigt exemplarisch, dass gerade fürsorgerische Zwangseinweisungen häufig zu Konflikten Anlass gaben. Nachdem ein Anwalt der Waldhaus-Direktion vorwarf, dass sie seine Mandantin unrechtmässig in der Klinik zurückbehalte, antwortete die Direktion mit folgenden Ausführungen:

> *«Die Tatsache, dass die Patientin gegen die Einweisung opponierte, entspricht durchaus einer allgemeinen Erfahrung in solchen Fällen. Es liegt nämlich in der Natur solcher akuter Erkrankungen, dass die Betroffenen gerade infolge ihres krankhaften Zustandes nicht fähig sind, die Notwendigkeit einer Einweisung zur klinischen Behandlung einzusehen. Es geht also im Zusammenhang mit der Klinik-Einweisung der Patientin nicht an, sie mit einem Menschen mit intakter, gesunder Urteilsfähigkeit zu vergleichen. Es liegt ferner in der Natur dieser Erkrankung, dass immer mit einer gewissen Unberechenbarkeit der Betroffenen zu rechnen ist, die ihnen u. U. selber zum Schaden gereichen könnte. Es ist deshalb unsere ärztl. Pflicht, Solches zu verhüten.»*[58]

Hinter den fürsorgerischen Zwangsmassnahmen standen diametral unterschiedliche Deutungen der Auseinandersetzung. Die Betroffenen erkannten sich nicht als psychiatrische Patienten und interpretierten das Verhalten von Behörden und Ärzten als unbegründet und willkürlich. Die Behörden und Ärzte dagegen deuteten den Widerstand der Betroffenen als pathologische Zeichen.

In den Statuten von 1917 listete der Grosse Rat die Umstände auf, unter denen der Direktor eine Entlassung veranlassen konnte. Am häufigsten traten demgemäss Patientinnen und Patienten aus, wenn sie «genesen» wären, ihr Befinden sich «wesentlich gebessert» habe, oder ihr Zustand es erlaube, trotz «unheilbarer» Krankheit privat versorgt zu werden.[59] Die Direktoren unterschieden in diesem Zusammenhang zwischen zwei Behandlungsergebnissen: Als «medizinisch geheilt» galten jene Patientinnen und Patienten, bei denen «von den krankhaften, zur Einweisung führenden Erscheinungen gar nichts mehr festzustellen» sei. Als «sozial geheilt» hingegen galten jene, die «bei genauerer Untersuchung noch gewisse Restsymptome ihrer Krankheit» aufweisen würden, aus medizinischer Sicht allerdings «arbeitsfähig und angepasst in ihr früheres Milieu zurückkehren können».[60]

Erfolgte die Einweisung einer Person auf Veranlassung von Behörden oder Verwandten, so waren diese grundsätzlich befugt, unabhängig vom Behandlungserfolg eine Entlassung zu verlangen. Durch die Abgabe eines Erklärungsschreibens verpflichteten sie sich jedoch dazu, die Verantwortung für «etwaige üble Folgen der verfrühten Entlassung» zu übernehmen.[61] Dieser Vorgang

---

54 Vgl. Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB, Stand 1. Januar 2013, Art. 427. Im Umkehrschluss ist eine Person zwingend zu entlassen, sobald die Voraussetzungen für die FU nicht mehr erfüllt sind, vgl. ebd., Art. 426, Abs. 3.

55 1965 etwa schrieb ein Rechtsanwalt an die Direktion der Klinik Beverin, dass sein Klient «wohl auf Drängen» des Fürsorgers bei seinem Eintritt die «Erklärung unterzeichnet» habe, «dass er freiwillig in die Anstalt eintrete». Der Rechtsanwalt äusserte Zweifel darüber, ob sein Klient damit im eigenen Interesse gehandelt habe. Vgl. StAGR V 13 f 12: Schreiben eines Rechtsanwalts an Beverin-Direktor Ernst Weber, Chur, 22.4.1965.

56 StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Cazis, 17.10.1973.

57 Vgl. StAGR V 13 f 12: Einweisungszeugnis des Bezirksphysikats Heinzenberg, Rietberg, 11.10.1973.

58 StAGR V 13 e 8: Psychiatrische Klinik Waldhaus an das Anwaltsbüro Dr. iur. […] betreffend Frau […], geb. 1942, Chur, 1974, S. 2.

59 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 56, Abs. 1 und 2.

60 Jahresbericht Realta/Beverin 1955, S. 62.

61 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 56, Abs. 3.

konnte aber nur dann eingeleitet werden, wenn die betreffende Person nicht als «gemeingefährlich» galt, denn in diesem Fall hatte die Direktion eine Anzeige bei der Heimatbehörde sowie beim Kleinen Rat zu erstatten und auf entsprechende Weisungen zu warten.[62]

3.1.4 Die ärztliche Einweisung: zwischen freiwilligem Eintritt und zwangsweiser Einweisung

In den Jahresberichten des Waldhauses sind zwischen 1949 und 1990 fragmentarisch die gesamten Aufnahmen nach den einweisenden Instanzen aufgegliedert (vgl. Diagramm 11). Die Auflistung unterscheidet zwischen dem freiwilligen Eintritt, der behördlichen und der ärztlichen Einweisung. Die Bedingungen für freiwillige Eintritte und behördliche Einweisungen nach ZGB, Fürsorgegesetz oder auf der Grundlage eines Begutachtungsauftrags waren in den entsprechenden Gesetzeswerken und Statuten klar geregelt. Was aber unter einer ärztlichen Einweisung zu verstehen ist und inwiefern sie von den anderen beiden Kategorien zu unterscheiden ist, die ebenfalls ein ärztliches Zeugnis verlangten, ist nicht selbsterklärend. Ärztliche Einweisungen bedeuteten primär, dass der Eintritt aufgrund einer ärztlichen Überweisung erfolgt war, beispielsweise durch die eines Bezirksphysikats, eines Spitals, einer Privatpraxis oder eines Spezialisten. Unklar bleibt hingegen, ob Ärztinnen und Ärzte diese Überweisungen auch gegen den Willen ihrer Patientinnen und Patienten angeordnet haben.

Stichproben aus Patientenakten der 1950er Jahre und aus einem Dossier des Bezirksphysikats Plessur, das Korrespondenzen über die Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken zwischen 1963 und 1965 enthält, machen deutlich, dass ärztliche Einweisungen aufgrund eines breiten Spektrums an möglichen Gründen erfolgen konnten. Ein grundlegendes Merkmal, das sie von freiwilligen Eintritten unterschied, ist die Tatsache, dass bei einer ärztlichen Überweisung keine freiwillige Eintrittserklärung von den Patientinnen und Patienten unterzeichnet werden musste. Der Entscheid für einen Eintritt wurde aufgrund ärztlicher Expertise gefällt. In vielen Akten werden ärztliche Überweisungen relativ neutral wiedergegeben, als eine Massnahme, die im Interesse der betroffenen Person erfolgt und von dieser akzeptiert worden sei. So heisst es in den Akten beispielsweise: «Notfallmässige Einweisung durch Dr. […]» oder: «Ich überweise Ihnen nach tel. Anmeldung Frl. […], die entsprechenden Akten sind bereits auf der Direktion».[63] Derartige Überweisungen gelangten in der Regel mit einem Einweisungszeugnis an die Direktion der entsprechenden psychiatrischen Klinik. Nachfolgend wird das Beispiel des weiter oben erwähnten 34-jährigen Patienten wiedergegeben, der zuerst eine freiwillige Eintrittserklärung unterschrieben hatte, nachträglich aber noch ärztlich überwiesen wurde. Mit der ärztlichen Überweisung waren die Bedingungen des freiwilligen Eintritts (jederzeitiges Austrittsrechts) nicht mehr gegeben.

> *«Patient, 1939, Elektromonteur, von […], wohnhaft in […], zurzeit in der psychiatrischen Klinik Beverin, Cazis, benötigt wegen erethisch-maniformer Psychose (Fehlen jeglicher Krankheitseinsicht und Selbstkritik) weiterhin stationäre Behandlung und Ueberwachung in dieser Klinik.»*[64]

Dass auch ärztliche Einweisungen einen Zwangscharakter aufweisen konnten, lässt sich an folgendem Beispiel belegen. Im Juli 1965 griff die Kantonspolizei um Mitternacht eine Frau auf und brachte sie gegen ihren Willen im Waldhaus unter.[65] Die Polizei berichtete, die Frau sei von einem Autofahrer auf der Strasse als «Autostopperin» mitgenommen worden. Da sie auf den Autofahrer einen «geistesgestörten Eindruck» gemacht habe, habe er sie direkt der Stadtpolizei übergeben.[66] Die betroffene Frau war zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal im Waldhaus untergebracht worden. Bei der zweiten, polizeilichen Einweisung lag allerdings kein vormundschafts- oder strafrechtlicher Beschluss vor.[67] Die Polizei war darauf angewie-

---

62 Ebd., Art. 56, Abs. 3 und 4. Dasselbe galt für Patientinnen und Patienten, die die Direktion eigentlich entlassen wollte, weil die Zahlungspflichtigen trotz Mahnung den vierteljährlichen Betrag für die Verpflegungskosten nicht beglichen hatten.

63 Erstes Zitat Patientenakte, Männer stationär Beverin 8962; zweites Zitat Patientenakte, Frauen stationär Beverin 9090.

64 StAGR V 13 f 12: Einweisungszeugnis des Bezirksphysikats Heinzenberg, Rietberg, 11.10.1973.

65 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantonspolizei, Chur, 21. Juli 1965.

66 StAGR V 3 b: Schreiben des Polizeikommandos des Kantons Graubünden an Dr. med. […], Bezirksphysikat Plessur, 23. Juli 1965.

67 Ebd.

sen, dass sich die Patientin im Nachhinein – nach der Zwangseinweisung – dazu bereit erklärte, freiwillig in die Klinik eingetreten zu sein.[68] Sie weigerte sich jedoch, den Freiwilligenschein zu unterzeichnen. Nachdem der Bezirksarzt von ihrer Unterbringung erfuhr, besuchte er sie vor Ort, um die Frage zu klären, ob eine Zwangsinternierung notwendig gewesen sei. Aus den überlieferten Akten wird nicht ersichtlich, wer den Bezirksarzt eingeschaltet hatte. Dieser bestätigte zwar die Notwendigkeit der Zwangseinweisung und gab nachträglich die ärztliche Einwilligung zur polizeilichen Einweisung. Anschliessend beschwerte er sich aber gegenüber der Kantonspolizei über deren Vorgehen:

> *«Bisher war die Polizei nicht kompetent zur Zwangseinweisung ins Waldhaus. Es bedurfte eines ärztlichen Zeugnisses und der bezirksärztlichen Einwilligung hiezu. Mit allem Nachdruck möchte ich festhalten, dass auch in Zukunft niemand gegen seinen Willen einfach durch die Polizei ins Waldhaus gebracht werden darf ohne ärztliches Zeugnis und bezirksärztliche Einwilligung.»*[69]

Das kantonale Polizeikommando bestätigte, dass ihnen eine Dienstweisung vorliege, die vorschreibt, dass Einweisungen in psychiatrische Kliniken auf Anordnung des Bezirksarztes oder, bei dessen Abwesenheit, eines anderen Arztes zu erfolgen haben.[70] Polizeilich eingebrachte Personen, für die keine Einwilligung eines Arztes vorliegt, würden die Kliniken generell nicht annehmen. Die Polizei gestand den Fehler ein, sprach jedoch von einem Einzelfall:

> *«Dass kein Arzt zugezogen wurde, ist ein Fehler des diensttuenden Beamten. Ich möchte aber bemerken, dass wir schon seit Jahren derartige Einweisungen machen, dabei immer die Einwilligung eines Arztes einholen und nie Reklamationen entgegennehmen mussten. Es handelt sich also um einen Fall einmaligen Versagens. Ich gestatte mir, eine Durchschrift dieses Schreibens jenen Amtsstellen zukommen zu lassen, die über den Vorfall orientiert haben.»*[71]

Das Beispiel zeigt, dass ein Arzt durchaus eine Zwangseinweisung aussprechen konnte. Wesentlich expliziter kommt der Zwangsaspekt bei der Einlieferung einer 28-jährigen Frau zum Ausdruck, die nach einem mehrmonatigen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik Wil erneut mit «zur Aggression» neigenden «Wahnideen» aufgefallen sei.[72] Der Bezirksarzt gab der Polizei die Anweisung, die Patientin zwangsmässig ins Waldhaus einzuliefern:

> *«Sehr geehrte Herren, Ich sehe mich als Bezirksarzt veranlasst, Sie zu bitten, obige Patientin zwangsmässig in die Heilanstalt Waldhaus zu verbringen.»*[73]

Die «Selbstgefährdung» und «Gefährdung der Umgebung» waren die zentralen Grössen, die den Bezirksarzt dazu veranlassten, in die zwangsweise polizeiliche Einweisung in eine psychiatrische Klinik einzuwilligen.[74] Ein solches Verhalten habe er auch bei einem 36-jährigen Mann 1963 in Chur festgestellt. Der junge Mann verweigerte jedoch den freiwilligen Eintritt und musste polizeilich eingeliefert werden: «Da der Patient nicht zum freiwilligen Eintritt zu bewegen war, wurde die Stadtpolizei mit dem Transport beauftragt».[75]

Arzt und Polizei waren auch nicht immer derselben Meinung. Als die Stadtpolizei 1962 den Bezirksarzt ersuchte, eine 57-jährige Frau einzuweisen, die «in einem Erregungszustand» sei und «furchtbar schreie, dass man es im ganzen Wohnblock höre», lehnte dieser ab. Denn als der Bezirksarzt bei der Klinik Waldhaus nachfragte, antwortete der zuständige Oberarzt, dass die betroffene Person schon drei Mal interniert gewesen sei und das letzte Mal nur «gegen ärztlichen Rat mit Verzichtschein durch ihren Bruder aus der Heil-

68 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantonspolizei, Chur, 21. Juli 1965.

69 Ebd.

70 StAGR V 3 b: Schreiben des Polizeikommandos des Kantons Graubünden an Dr. med. […], Bezirksphysikat Plessur, 23. Juli 1965.

71 Ebd.

72 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 28. April 1964.

73 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, Chur, 28. April 1964.

74 Vgl. z. B. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 30. Januar 1964; Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Ernst Weber, Direktor der Heilanstalt Beverin, Chur, 4.3.1964.

75 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 11. Mai 1963.

anstalt herausgeholt wurde, bereits nach kaum einer Woche Behandlung».[76] In dieser Situation griff Artikel 56, Abs. 3 der Statuten, demzufolge die Verwandten, von denen das Einweisungsgesuch einging, unabhängig vom Behandlungserfolg eine Entlassung ihres Angehörigen verlangen konnten. Dafür mussten sie allerdings ein Schreiben unterzeichnen, in dem sie sich bereit erklärten, die Verantwortung für «etwaige üble Folgen der verfrühten Entlassung» zu übernehmen. Dieses Vorgehen war nur möglich, sofern keine Selbst- oder Fremdgefährdung von der betroffenen Person ausging.[77] Da die 57-jährige Frau, die auf Wunsch ihres Bruders frühzeitig aus der Klinik entlassen wurde, aus der Sicht der medizinischen Fachperson weder für sich selbst noch für andere eine Gefahr dargestellt habe, habe er auch keinen Grund zur Zwangseinweisung gehabt:

> *«Meine Untersuchungen ergaben keinen Grund zur Zwangsinternierung, keine Anhaltspunkte für Selbstgefährdung oder Gefährdung der Umgebung. Freiwillig wollte [Patientin] nicht ins Waldhaus. Zu anderen Massnahmen war ich als Bezirksarzt in diesem Falle nicht befugt.»*[78]

In den Korrespondenzen des Bezirksphysikats Plessur mit den Klinikdirektoren und der Polizei wird die Sichtweise der betroffenen Person kaum greifbar. Entsprechend schwer fällt es zu klären, ob und wie oft zwangsweise psychiatrische Unterbringungen durch einen Arzt als Zwang erlebt wurden. Denn nicht jede Zwangseinweisung stiess auf Widerstand seitens der Patientinnen und Patienten (vgl. auch Kapitel 4.2). Auffällig an den Ausführungen des Bezirksarztes Plessur ist allerdings, dass er oft explizit betonte, die zwangsweise Einlieferung sei eine Massnahme im Interesse der betroffenen Person und würde von den Angehörigen mitgetragen. Bei der oben erwähnten Einlieferung der 28-jährigen Frau hielt der Bezirksarzt fest, dass «eine Anstaltsbehandlung auch im Interesse der Patientin [liegt]».[79] In einem anderen Beispiel von 1965 wies der Bezirksarzt einen Mann wegen akuter Selbstgefährdung ein, nachdem dieser einen Suizidversuch unternommen hatte. Der 52-jährige Mann sei seit knapp einem halben Jahr «[zusehends] der Trunksucht verfallen» und als ihm sein Sohn deswegen Vorwürfe gemacht habe, sei es zum Suizidversuch gekommen.[80] Der Bezirksarzt gab nicht nur die Einwilligung zur Überweisung in die Klinik Waldhaus, sondern ergänzte, dass er sich «umsomehr» dafür ausgesprochen habe, «nachdem die Polizei ausfindig gemacht hatte, dass die Angehörigen einverstanden seien».[81] Das Einverständnis der Betroffenen oder Angehörigen mit der Massnahme konnte in Einzelfällen die Entscheidung des Bezirksarztes beeinflussen, oder ihn zumindest in seinem Entschluss bestärken.[82] Der Bezirksarzt war bei seinen Entscheidungen zudem nicht auf sich alleine gestellt. Er konnte mit den Fachärzten der Kliniken Rücksprache halten – eine Möglichkeit, die er insbesondere bei Personen wahrnahm, die eine klinische Vorgeschichte hatten.[83]

In den Dossiers des Bezirksphysikats Plessur fanden sich zudem zwei Fälle, in denen die Betroffenen laut Bezirksarzt selber um eine ärztliche Einweisung in die Klinik Waldhaus gebeten hatten. Der eine Fall handelt von einem 51-jährigen Mann, der diesen «dringenden Wunsch» 1963 auf dem Polizeiposten geäussert habe und daraufhin von der Stadtpolizei in die Praxis des Bezirksarztes gebracht wurde.[84] Der Bezirksarzt stellte

---

76 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, Chur, 26.11.1962, S. 1–2.

77 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 56, Abs. 3.

78 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, Chur, 26.11.1962, S. 1–2.

79 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 28. April 1964.

80 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 26. März 1965.

81 Ebd.

82 Diese Feststellung gilt zumindest für die Entscheidungen des Bezirksarztes Plessur zwischen 1963–1965.

83 Vgl. z. B. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantonspolizei Chur, Chur, 28. Januar 1964.

84 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 21. Oktober 1963. Ein Bezirksarzt hatte mobil zu sein, nicht jede Situation erlaubte es, dass die betroffene Person seine Praxis aufsuchen konnte: Starker Alkoholeinfluss etwa war nicht selten Grund für eine Intervention durch den Bezirksarzt. In solchen Situationen musste der Arzt die betroffene Person gegebenenfalls auf dem Polizeiposten in einer Zelle aufsuchen, wie das Beispiel einer 62-jährigen Frau zeigt, vgl. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 13. März 1963. Bei Suizidversuchen war der Bezirksarzt unter Umständen mit der Polizei vor Ort, um einerseits die medizinische Versorgung sicherzustellen und andererseits über das weitere Vorgehen zu ent-

bei der Untersuchung fest, dass der Mann nicht nur «blass» und «in einem krankhaften Angstzustand» gewesen sei, sondern ihn auch «zitternd [bat], ihm zu helfen, indem ich ihn ins Waldhaus bringen lasse».[85] Da aus Sicht des Bezirksarztes ein «psychotische[r] Zustand» vorgelegen sei, erteilte er die bezirksärztliche Einwilligung zur «Einweisung in Polizeibegleitung». Ähnlich liegt der andere Fall eines 32-jährigen Mannes, der sich ebenfalls 1963 eines Abends in Chur freiwillig auf den Polizeiposten begeben hatte. Er verlangte von der Polizei, ins Waldhaus eingeliefert zu werden. Da die Polizei dafür keinen Anlass sah, verliess der junge Mann den Polizeiposten wieder – mit üblen Folgen. Einige Stunden später musste ihn die Polizei auf der Strasse «auflesen». Er sei «benommen» und «verwirrt» gewesen, habe «wirr» gesprochen, nach Alkohol gerochen und Störungen in der Bewegungskoordination aufgewiesen. Für den Bezirksarzt war unzweideutig, dass der Mann «wegen Selbstgefährdung und Gefährdung der Umgebung» durch die Stadtpolizei ins Waldhaus einzuweisen war.[86]

3.1.5 Fürsorgerische Zwangsmassnahmen zwischen 1949–1990: Ein Mengengerüst

Zwischen 1949 und 1990 dokumentierte die Klinik Waldhaus in ihren Jahresberichten, wie viele der jährlichen Aufnahmen auf welche einweisenden Instanzen fielen. Auch wenn die Angaben zu einigen Jahren fehlen – insbesondere bei den Jahren nach 1967 – lassen sich auf dieser Grundlage Aussagen über die Häufigkeit fürsorgerischer Zwangsmassnahmen treffen (vgl. Diagramm 11). Diese Statistiken sind ein Glücksfall – vergleichbare Angaben sind rar. Weder das Staatsarchiv Graubünden noch die Verwaltungsarchive der beiden Kliniken verfügen über präzise analoge Statistiken. Nur eine umfassende Studie der Patientenakten, die in Cazis physisch archiviert sind, würde ähnlich präzise Angaben zu Tage fördern.[87] Eine solche Erhebung hätte aber den Rahmen dieser Studie gesprengt. Für eine qualitative Analyse haben wir zwar fünf Stichjahre (stationäre Fälle 1945, 1955, 1965, 1975, 1985) analysiert und darin die jeweiligen Behandlungstrends, die therapeutischen Ausrichtungen und Versuche der Direktoren und Ärzte, den Umgang mit Zwangsmassnahmen und die Kommunikation zwischen Klinik, Angehörigen, Vormundschaftsbehörden und Gerichten erhoben.[88] Die Stichjahre eigneten sich jedoch nicht für statistische Erhebungen, da die Patientenakten in einer Logik archiviert sind, die primär der raschen Auffindbarkeit durch die Klinikangestellten und nicht Forschungszwecken dient. Die Akten lassen sich kaum statistisch auswerten, da Mehrfacheintritte nicht von erstmaligen Eintritten sauber unterschieden werden können. Bei den physisch abgelegten Patientenakten liessen sich zwar die Stichjahre abstecken. So umfassen beispielsweise die Beverin-Dossiers mit den Nummern 5'021–5'306 alle Patientenakten von Personen, die mit Gewissheit 1955 in der Klinik Beverin hospitalisiert waren. Unklar bleibt jedoch, wie viele dieser 285 Patientinnen und Patienten 1955 auch wirklich zum ersten Mal in die Klinik eintraten und wie viele davon erneut hospitalisiert wurden. Hochrechnungen sind auf dieser Grundlage nicht zuverlässig.[89]

Zwischen 1954 und 1967 machten die behördlichen Zwangseinweisungen in das Waldhaus durchschnittlich 21.5 Prozent aller Einweisungen aus. Zudem nahmen sie im Laufe dieser 14 Jahre tendenziell zu. Betrachtet man nur die Jahre 1960–1967, so erfolgten im Durchschnitt sogar ein Viertel der Einweisungen durch behördliche Entscheide. Man kann davon ausgehen, dass es sich in diesen Fällen vorwiegend um Einweisungen durch Vormundschaftsbehörden, aber auch durch

scheiden. Das war etwa der Fall, als sich eine 29-jährige Frau «bei offenem Gashahn des Kochherdes» in der Küche einschloss, vgl. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Stadtpolizei Chur, Chur, 5. Juli 1963.

85 StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 21. Oktober 1963.

86 Ebd.

87 Zur Aktenablage und Findmittelkartei im Detail siehe Borrelli (2016), S. 276–277 (Beverin), 284 (Waldhaus).

88 In Kapitel 3.3 über die Behandlungsmethoden wird auf dieser mittleren Flughöhe verfahren. Aus mehreren Jahren werden einzelne Krankengeschichten anonymisiert vorgestellt, um auf deren Grundlage den Umgang mit Behandlungsmethoden und Eingriffen über einen bestimmten Zeitraum hinweg historisch zu verorten.

89 Abgesehen davon wird in den Patientenakten auch nicht immer klar ersichtlich, ob es sich bei der jeweiligen Einweisung um eine fürsorgerische Zwangsmassnahme gehandelt hat. Auch Rietmann fiel es bei ihrer Arbeit mit den vormundschaftsbehördlichen Akten schwer, die fürsorgerischen Zwangsmassnahmen in Graubünden zu quantifizieren. Sie führte die Schwierigkeiten auf definitorische Graubereiche und eine spärliche empirische Grundlage zurück. Massnahmen wie Bevormundungen und Fremdplatzierungen hätten auf kantonaler Ebene «statistisch offenbar nicht sehr interessiert», vgl. Rietmann (2017), S. 7–8.

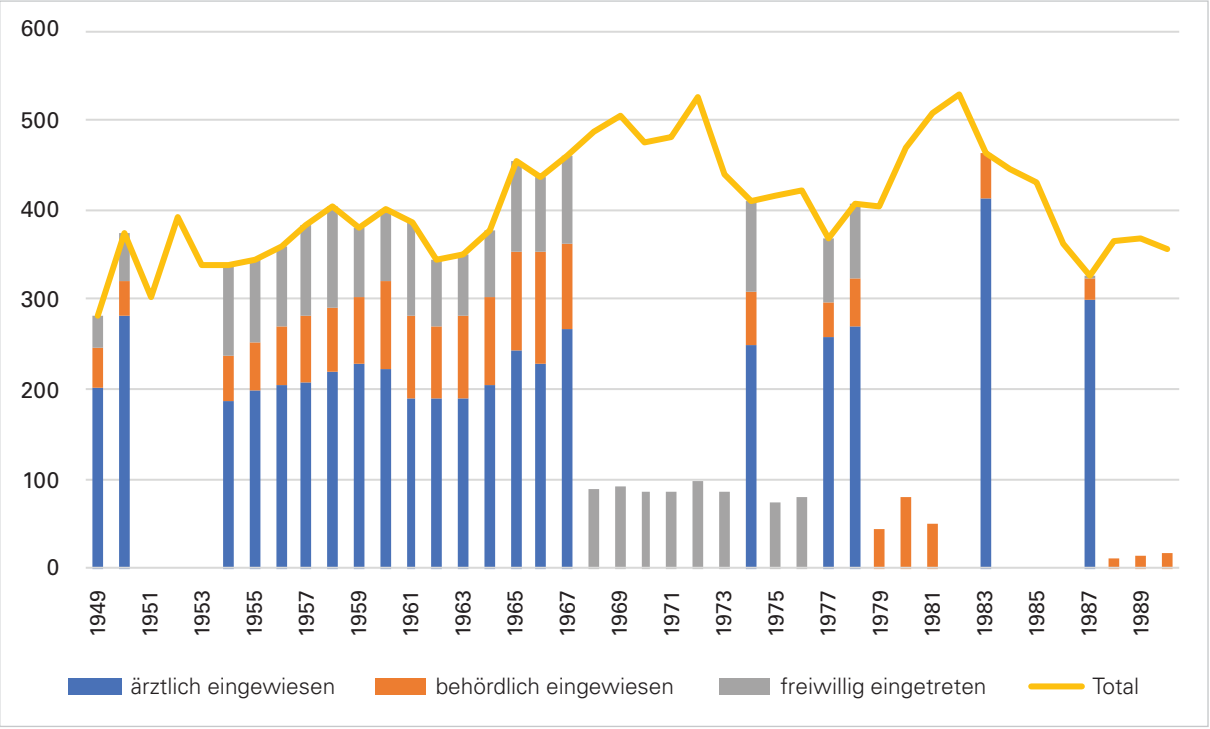


Diagramm 11: Einweisende Instanzen, Klinik Waldhaus 1949–1990

Anmerkung: Unter den Aufnahmen durch Behörden summierte das Waldhaus primär vormundschaftsrechtlich (ZGB) und strafrechtlich (StGB) eingeleitete Einweisungsverfügungen. Dazu gehören sehr wahrscheinlich auch stationäre Begutachtungsaufträge, da sie in den Ausführungen nicht explizit ausgeschlossen werden. Wie dem Diagramm zu entnehmen ist, wurde die Statistik nicht in jedem Jahr vollständig erhoben. Die Phase zwischen 1954 und 1967 lässt sich am zuverlässigsten bewerten. 1981 wandelte sich das Verständnis der ärztlichen Einweisung. Das Sanitätsdepartement fasste Eintritte auf ärztliche Empfehlung ausschliesslich unter dem Aspekt der Freiwilligkeit – damit könnte der starke Anstieg der ärztlichen Einweisungen und das Abflachen der freiwilligen Eintritte ab 1981 erklärt werden.
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1949–1990; StAGR V 13 e 4: Richtlinien für die Aufnahme bzw. Entlassung von Patienten der kantonalen psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin, Sanitätsdepartement Graubünden, 20.11.1981.

Gerichte handelte. Wie in Kapitel 3.1.4 dargelegt, lassen sich die ärztlichen Einweisungen nicht pauschalisieren, weder als Zwangsmassnahmen noch als freiwillige Eintritte auf ärztliche Überweisung. Zudem gibt es keine klare Trennlinie zwischen Einweisungen mit und ohne Zwang.[90] Zwischen 1954 und 1967 wurden im Durchschnitt jährlich 55 Prozent der Patientinnen und Patienten durch medizinische Fachpersonen eingewiesen. Wenn keine der ärztlichen Einweisungen unter Zwang erfolgt wäre, wären also 21.5 Prozent aller Fälle Zwangseinweisungen gewesen. Wenn alle ärztlichen Einweisungen zwangsbasiert gewesen wären, läge der Anteil zwangsweiser Aufnahmen bei 76.5 Prozent. Das tatsächliche Ausmass von Zwangseinweisungen liegt irgendwo zwischen diesen beiden Radikalwerten.

Auch wenn die Angaben zu den Jahren nach 1967 nur bruchstückhaft überliefert sind, legen die Akten zudem nahe, dass ärztlich erfolgte Einweisungen im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stark zunahmen. Dagegen nahm die Zahl der behördlichen Zwangseinweisungen ab.[91] Das dürfte einerseits auf eine Zunahme an gemeindenahen, ambulanten Untersuchungs- und Betreuungseinrichtungen, unter anderem auch von freipraktizierenden Psychiaterinnen und Psy-

90 In den Akten des Bezirksphysikats Plessur finden sich mehrere Stellen, an denen der Bezirksarzt explizit den Zwangsaspekt einer Verfügung benannt hat (Quellenbegriff). Die Studie über die Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie (1870–1970) hat sich ausführlich mit analytischen Zugängen zum Begriff «Zwang» in der Psychiatrie auseinandergesetzt und dafür Definitionen aus unterschiedlichen Perspektiven und Wissenschaftsbereichen zusammengetragen, vgl. Meier et al. (2002), S. 12–47. Der vorliegende Bericht arbeitet mit dem Verständnis von Zwangsmassnahmen, das in Kapitel 2.2.1 besprochen wird.

91 Jahresbericht Waldhaus 1987, S. 136.

chiatern, einer verbesserten Organisation der bezirks- und hausärztlichen Tätigkeit und nicht zuletzt auf ein sich wandelndes gesellschaftliches Bild der Psychiatrie zurückzuführen sein.[92] Andererseits wurden die behördlichen Einweisungen strenger geregelt, spätestens mit der Einführung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs 1981, eines neuen Absatzes im Vormundschaftsrecht des ZGB (Art. 397a–f).[93]

3.1.6 Stärkung des Rechtsschutzes? Die Einführung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs

Die Einführung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) 1981 bedeutete zugleich die Abschaffung administrativer Versorgungen. Mit den neuen Bestimmungen zum FFE wurde das ZGB konform mit der 1974 vom Bund ratifizierten Europäischen Menschenrechtskonvention. Das Jahr 1981 bildet deshalb in der Geschichte fürsorgerischer Zwangsmassnahmen einen wichtigen Moment. Die rechtlichen Neuerungen sollten aber den Blick auf die historischen Kontinuitäten zwischen der Zeit vor und nach 1981 nicht verstellen. Die Unabhängige Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen spricht im Zusammenhang mit der FFE deshalb von einer Ablösung und Neugestaltung des Versorgungsrechts, nicht aber von einer scharfen Zäsur.[94] Auch Philipp Gurt (*1968), der 1983 zur Begutachtung in die psychiatrische Klinik Beverin eingewiesen wurde, hält das Jahr 1981 nicht für einen Wendepunkt in der Versorgungspraxis.[95] Zwar wurde der Rechtsschutz der Betroffenen durch die Bestimmungen des FFE gestärkt. Die stigmatisierende Terminologie des Vormundschaftsrechts wurde aber nur geringfügig geändert.[96] Auch der hohe gesellschaftliche Konformitätsdruck blieb nach Ansicht der UEK bestehen. Die Ablösung des Versorgungsrechts 1981 war primär aussen- und imagepolitischen Überlegungen zuzurechnen, so die UEK, und weniger der Einsicht in den Unrechtscharakter der vorangegangenen Gesetzgebungen.[97]

Der Bund überliess den Kantonen bei der Regelung der Verfahren nach FFE, von einigen Kernprinzipien abgesehen, weiterhin bestimmte Freiheiten. Diese betrafen beispielsweise die Übertragung von Einweisungsbefugnissen. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung war zulässig, wenn der betroffenen Person «die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden» konnte.[98] Dabei war nicht nur der «Selbstschutz», sondern auch die «Belastung» zu beachten, die die betroffene Person für ihre Umgebung darstellte.[99] Für die Einweisungsbeschlüsse waren grundsätzlich die Vormundschaftsbehörden verantwortlich, bei psychisch kranken Menschen konnten die Kantone die Zuständigkeit aber auch «andern geeigneten Stellen einräumen», zum Beispiel Hausärztinnen und Hausärzten und frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiatern.[100]

Der Kanton Graubünden griff diese offene Formulierung im teilrevidierten Einführungsgesetz zum ZGB auf und legte fest, dass die ärztliche Einweisungsbefugnis sowohl für psychisch kranke als auch betäubungsmittelabhängige Personen galt.[101] Die Entscheidung über eine Entlassung dieser Personen lag hingegen wiederum im Verantwortungsbereich der Kliniken selbst. Das war ein entscheidender Unterschied zur vormundschaftsbehördlichen Versorgung, bei der die Vormundschaftsbehörden auch für die Entlassung

92 Vgl. z. B. Jahresberichte Realta / Beverin 1976, S. 8, 1977, S. 29, und Jahresbericht Waldhaus 1987, S. 136

93 Vgl. Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Fürsorgerische Freiheitsentziehung), Änderung vom 6. Oktober 1978, in: AS 1980 31.

94 Die UEK Administrative Versorgungen geht im Schlussbericht ausführlich auf die Faktoren ein, die dazu beitrugen, dass eine Neuregelung der kantonalen Versorgungsrechte erst Ende der 1970er Jahre unumgänglich wurde, vgl. Germann / Odier (2019), S. 70–84.

95 Interview mit Philipp Gurt 38.00–41.50; 1.41.55–1.44.25.

96 Der verstärkte Rechtsschutz ist in den Gesetzesartikeln 397d–f geregelt. Der Versorgungsgrund «Arbeitsscheu» wurde zwar gestrichen, die «schwere Verwahrlosung» blieb trotz heftiger Kritik unter Zeitgenossen ein legitimier Grund für eine Anstaltsversorgung. Grundlegende terminologische Überarbeitungen wurden erst im neuen Erwachsenenschutzrecht von 2013 umgesetzt, vgl. Germann / Odier (2019), S. 81–83.

97 Ebd., S. 84.

98 Adressiert waren mündige oder entmündigte Personen mit «Geisteskrankheit», «Geistesschwäche», «Trunksucht», anderen «Suchterkrankungen» oder «schwerer Verwahrlosung», vgl. Art. 397a, in: Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Fürsorgerische Freiheitsentziehung), Änderung vom 6. Oktober 1978, in: AS 1980 31.

99 Art. 397a, in: Ebd. Die Voraussetzungen für FFE bei Minderjährigen sind in Ergänzung dazu in Art. 310 geregelt.

100 Art. 397b, in: ebd.

101 Vgl. Art 85 EG/ZGB, zitiert in: Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons Graubünden an die kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Anstalt Realta, betreffend das neue Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die Teilrevision des EG zum ZGB, Chur, 19. Dezember 1980, S. 3.

Einweisungskompetenz	Dauer / Fälle	Entlassungskompetenz
Vormundschaftsbehörde	Auf Dauer Alle Fälle	Vormundschaftsbehörde Anstalt (bei Delegation)
Vormundschaftspräsident	Längstens 20 Tage Dringende Fälle	Vormundschaftsbehörde Vormundschaftspräsident Anstalt (bei Delegation)
Vormund	Längstens 20 Tage Dringende Fälle bei seinen Mündeln	Anstalt
Arzt	Auf Dauer Nur: Betäubungsmittelabhängige und psychisch Kranke	Anstalt

Tabelle 9: Verteilung der Kompetenzen bei der fürsorgerischen Freiheitsentziehung in Graubünden
Quelle: Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons Graubünden an die kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Anstalt Realta, betreffend das neue Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die Teilrevision des EG zum ZGB, Chur, 19. Dezember 1980, S. 4.

zuständig waren – obgleich es im Gesetz hiess, dass die betroffene Person «entlassen werden muss», sobald sich ihr Zustand verbessert hatte. Die Kliniken wurden in diesen Fällen auch dazu angehalten, den Vormundschaftsbehörden eine Entlassung nahezulegen, sobald sie aus ihrer Perspektive gerechtfertigt war.[102] Teilweise überliessen die Vormundschaftsbehörden den Kliniken die Entlassungskompetenz, unter der Bedingung, dass sie über Versetzungen oder Entlassungen unverzüglich informiert wurden. Durch diese Bedingungen brach der Kanton explizit mit der früheren Stufenlogik im Versorgungsprozess. Flexible, unbürokratische Versetzungen von Patientinnen und Patienten zwischen den verschiedenen Einrichtungen Beverin, Realta und Rothenbrunnen waren unter diesen Umständen nicht mehr möglich. Wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist, war die Präsidialverfügung ebenfalls ein Spezifikum des Bündner Einführungsgesetzes zum ZGB. In dringenden Fällen war es auch dem Vormundschafspräsidenten erlaubt, Personen einzuweisen. Nach 20 Tagen verlor die Anstaltsversorgung jedoch ihre Wirkung, ausser sie wurde durch den Beschluss der Vormundschaftsbehörde bestätigt.[103] Die Aussagen von Philipp Gurt deuten aber darauf hin, dass Theorie und Praxis auseinanderfallen konnten. Er sei in diesem Verfahren «im Unwissen gelassen» und nicht «über seine Rechte» informiert worden.[104] Bei seiner Überweisung in die Klinik Beverin – er war damals 15 Jahre alt – wurde er nicht darüber aufgeklärt, auf welcher rechtlichen Grundlage er nach Beverin verlegt wurde. Rückblickend weiss er, dass es damals Rekursmöglichkeiten gegeben hätte. Da aber keine Rechtsmittelbelehrung stattfand, war ihm dies zum Zeitpunkt der Einweisung nicht bekannt.[105]

Zentral an den neuen Bestimmungen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung war zudem, dass die psychiatrische Expertise im Versorgungsprozess von psychisch kranken Menschen ausdrücklich einbezogen werden musste. Das betraf auch die Klinikeinweisungen durch Vormundschaftsbehörden.

> *Art. 397e, Abs. 5 ZGB: «Bei psychisch Kranken darf nur unter Beizug von Sachverständigen entschieden werden; ist dies in einem gerichtlichen Verfahren bereits einmal erfolgt; so können obere Gerichte darauf verzichten.»*[106]

Gemäss Botschaft des Bundesrates waren unter «Sachverständigen» Psychiaterinnen und Psychiater zu verstehen. Doch nicht in allen Situationen mussten diese konsultiert werden: Da bei dringenden Einweisungen (durch Vormundschaftspräsident, Vormundin und Vormund oder Ärztin und Arzt) selten genügend Zeit blieb, um vor dem Vollzug einen Psychiater beizuziehen, war es auch den Kliniken erlaubt, in einem Aufnahmeattest die Voraussetzungen für eine Versorgung nach Artikel 397a ZGB zu verifizieren. Fehlten die Voraussetzungen, musste die betroffene Person sofort

102 Vgl. Art. 397a, Abs. 3, und Art. 397b, Abs. 3 ZGB, zitiert in: ebd., S. 3–4.
103 Vgl. Art 61 EG/ZGB, zitiert in: ebd., S. 4.
104 Interview mit Philipp Gurt, 38.00–47.00.
105 Ebd., 39.05–42.25.
106 vgl. Art. 397e, in: Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Fürsorgerische Freiheitsentziehung), Änderung vom 6. Oktober 1978, in: AS 1980 31.

wieder entlassen werden.[107] Das Sanitätsdepartement wies in internen Richtlinien ausdrücklich darauf hin, dass eine Einweisung ohne zwingenden Grund nicht vertretbar sei.

> *«Eine psychiatrische Klinik darf nicht als ‹Versorgungsstation› für Leute werden, die sonst nirgendwo untergebracht werden können.»*[108]

Doch auch hier stimmten Theorie und Praxis nicht immer überein, so Suzanne von Blumenthal, die von 1994 bis 2002 Direktorin der Klinik Beverin und von 2002 bis 2017 Chefärztin der PDGR war. Sie berichtete, dass die Polizei während ihrer Amtszeit teilweise Alkoholiker ohne formelle Übergabe vor der Türe der Klinik ablieferte.[109]

Die Bestimmungen des Fürsorgerischen Freiheitsentzugs wurden 2013, im Rahmen des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts, durch jene der Fürsorgerischen Unterbringung (FU) abgelöst. Damit ging eine weitere Stärkung der Verfahrensrechte betroffener Personen einher. Die FU wurde in den Kompetenzbereich der neuen, kantonal organisierten KESB übertragen. Der Rechtsschutz wurde in den letzten Jahrzehnten weiter verstärkt, Eingriffe in die persönliche Freiheit und Administrativeinweisungen bleiben aber vor allem in Bezug auf die Psychiatrie ein virulentes Thema.[110]

3.2 Diagnostik in den Bündner Kliniken: Brüche und Kontinuitäten

Diagnosen und Klassifikationen von psychischen Krankheiten unterlagen in den letzten 200 Jahren immer wieder starken Veränderungen. Die Zusammenfassung, Bestimmung und Bewertung von Symptomen, aus denen eine zugrundeliegende Krankheit diagnostiziert wird, ist ein komplexer ideengeschichtlicher Prozess. Psychiatrische Begrifflichkeiten sind das Ergebnis solcher analytischen Schlussfolgerungen.[111] Die methodischen Herangehensweisen an die Erklärung psychischer Krankheiten waren und sind sehr heterogen; die Bandbreite reicht von naturalistisch-biologischen Ansätzen, die sich im Laufe des 20. Jahrhunderts in neurowissenschaftliche Richtung entwickelten, über hermeneutische, die die individuelle Biografie und die Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen berücksichtigen, bis hin zur entschieden deskriptiv verfahrenden Psychopathologie.[112] Darüber hinaus wurde die psychiatrische Diagnostik, im Gegensatz zur somatischen, wesentlich von gesellschaftlich-normativen Gesichtspunkten mitgeprägt. Die Psychiatrie war immer auch ein Abbild gesellschaftlicher Ordnungsvorstellungen und damit letztlich ein «Ort», an den Menschen verbracht wurden, mit denen die Gesellschaft überfordert war. Diese Heterogenität der Erklärungsmuster psychischer Erkrankungen erschwerte es der Psychiatrie immer wieder, ihren eigentlichen Gegenstand und ihre Identität festzulegen, und bot zugleich Angriffsfläche für Kritik, wie sie etwa die antipsychiatrische Bewegung der 1960er und 1970er Jahre ausübte. So stellte sich die Antipsychiatrie vehement gegen die Medikalisierung der «biologischen Psychiatrie», die soziale und psychologische Aspekte der Erkrankung vernachlässigen würde.[113]

3.2.1 Vielfalt in der Diagnostik und Dokumentationsweise in den Bündner Kliniken

Psychiatrische Diagnosen und die dahinterliegenden Krankheitsvorstellungen sind nicht als absolut zu verstehen. Diese Variabilität psychiatrischer Begriffe spiegelte sich auch in der Diagnostik der psychiatrischen Kliniken Graubündens. Die Ärzteschaft der beiden Kliniken Waldhaus und Beverin hat über viele Jahrzehnte hinweg die Diagnosen, die sie bei Neuaufnahmen stellte, in ihren Jahresberichten dokumentiert (vgl. Tabelle 10).

Die Einteilungen in zeitgenössische Diagnosekategorien wie beispielsweise in den «manisch-depressiven Kreis» oder in «organische Psychosen», wie es in den Bündner Kliniken der 1950er Jahre üblich war, lassen sich heute nicht in analoge Begriffe übersetzen. So wie die Krankheitsbilder historisch wandelbar sind, hat sich auch die

---

107 Vgl. Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons Graubünden an die kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Anstalt Realta, betreffend das neue Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die Teilrevision des EG zum ZGB, Chur, 19. Dezember 1980, S. 4.

108 Vgl. ebd., S. 4.

109 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.05.58–1.06.49.

110 An den neuen Regelungen der FU problematisierte Gurt, dass betroffene Personen keine aufschiebende Wirkung erzielen können. Vgl. Interview mit Philipp Gurt, 1.43.00–1.44.25.

111 Vgl. Hoff (2008), S. 339 und ders. (2016).

112 Hoff (2016), S. 1.

113 Hoff (2018), S. 1595–1597.

Krankheitsformen der Aufgenommenen	Männer	Frauen	Total
1. Oligophrenien:			
Idiotie	1	0	1
Imbezillität	6	2	8
Debilität	0	2	2
2. Konstitutionelle Störungen:			
Psychopathie	9	18	27
3. Neurosen	9	8	17
4. Abnorme seelische Reaktionen	10	17	27
5. Manisch-depressiver Kreis:			
Manie	1	0	1
Endogene Depression	5	9	14
6. Schizophrener Kreis:			
Hebephrenie	9	4	13
Katatonie	27	25	52
Paranoid	17	25	42
Schizophrenia simplex	2	2	4
7. Organische Psychosen:			
Senile und arteriosclerotische Störungen	7	3	10
Progressive Paralyse	2	0	2
Andere organische Störungen	18	11	29
8. Epilepsie:			
Genuine	1	2	3
Symptomatische	1	1	2
9. Alkoholismus:			
Chronischer Alkoholismus	36	3	39
Delirium tremens	2	0	2
Pathologischer Rausch	1	0	1
10. Andere Süchte	2	1	3
11. Vergiftungen	1	2	3
12. Keine Geisteskrankheit	1	1	2

Tabelle 10: Krankheitsformen der Aufgenommenen, Klinik Waldhaus 1951

Anmerkung: Patientinnen und Patienten sahen sich oft mit Mehrfachdiagnosen konfrontiert (z. B. «chronische Schizophrenie bei Debilität»). Die Angaben in den Jahresberichten geben nur die Hauptdiagnose wieder.
Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1951, S. 49–50.

Bedeutung der diagnostischen Begriffe verändert. Heute stützt sich die psychiatrische Diagnostik vorwiegend auf das von der WHO herausgegebene und weltweit anerkannte ICD-Klassifikationssystem.[114] Auch das Waldhaus griff bei der Diagnosestellung ab 1977 auf die ICD-Klassifikationen zurück. Bei der Klinik Beverin hingegen brach die schematisierte Erfassung der Eintrittsdiagnosen in den Jahresberichten nach 1972 ab; ungeachtet dessen stieg aber auch sie in den Folgejahren auf die ICD um.[115]

Tabelle 11 gibt eine Vorstellung davon, wie sich die Begrifflichkeiten wandelten. Sie erfasst alle historischen Diagnosen, die seit Bestehen der Kliniken Waldhaus und Beverin bis zur Umstellung auf die ICD-Klassifikationen mindestens 20 Mal gestellt wurden und sich daher weitgehend etabliert hatten. Die aufgelisteten Oberkategorien (1–8) wie auch die spezifischen Diagnosen sind Quellenbegriffe und wurden unverändert aus den Jahresberichten übernommen.

Die aufgeführten Diagnosebegriffe sind weder im Waldhaus noch in Beverin entstanden. Die Bündner Ärzteschaft orientierte sich an international anerkannten psychiatrischen Termini. Für die historische Aufarbeitung der psychiatrischen Praxis können die spezifischen diagnostischen Entwicklungen in Graubünden jedoch in zweierlei Hinsicht aufschlussreich sein. Auf der einen Seite kann der Zeitpunkt der Anwendung neuer diagnostischer Begriffe Ausdruck einer institutionellen oder ärztlichen Neuausrichtung sein. Auf der anderen Seite indizierten viele Diagnosen – vor allem Mitte des 20. Jahrhunderts – eine bestimmte medizinische Behandlung; die Häufung bestimmter Diagnosen kann also auch als Indiz dafür gelesen werden, welche Behandlungsmethode zu einem bestimmten Zeitpunkt besonders häufig angewandt wurde.[116] Zwar stellten die zu einem bestimmten Zeitpunkt praktizierenden Psychiater

114 Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) liegt derzeit in der zehnten Fassung vor, eine elfte Version wird voraussichtlich 2022 in Kraft treten. Vgl. Meyer / Hillienhof (2018). Ein weiteres Standardwerk zur Diagnose psychischer Erkrankungen ist das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», kurz DSM, der American Psychiatric Association. Es liegt derzeit in der 5. Auflage vor.

115 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1892–1988 und Jahresberichte Realta / Beverin 1919–1988.

116 Vor diesem Hintergrund sind speziell jene Zeitabschnitte aufschlussreich, in denen Diagnosen stark variierten, plötzlich auftraten oder verschwanden. Zu dieser Auffassung siehe Meier et al. (2002), S. 69.

1 Schizophrener Kreis	2 Manisch-depressiver Kreis	3 Organische Psychosen	4 Oligophrenien	
Amentia (akute Verwirrtheit)* (W 1899/1916; B 1921)	Andere abnorme seelische Reaktionen (W 1946/1974; B 1947/1971)	(Post)Encephalitische Erkrankung (W 1920/1974; B 1920/1966)	Debilität (W 1919/1974; B 1927/1970)	
Dementia praecox*** (W 1899/1905)	Circuläres Irresein*** (W 1893/1945)	(Progressive) Paralyse (W 1892/1953; B 1919/1951)	Idiotie (W 1892/1974; B 1919/1971)	
Hebephrenie (W 1898/1974; B 1919/1971)	Cyclothymie*** (B 1927/1936)	Apoplexie / (post)apoplektische Psychose (W 1899/1932; B 1922/1950)	Imbezillität (W 1899/1974; B 1919/1971)	
Katatonie (W 1898/1974; B 1919/1971)	Endogene Depression (W 1949/1974; B 1951/1971)	Dementia paralytica (W 1899/1925; B 1919/1937)	Kretinismus (W 1952/1974; B 1919/1966)	
Paranoia / Paranoid (W 1892/1974; B 1919/1971)	Erschöpfungs- und involutive Depression (W 1962/1974; B 1947/1971)	Demenz / Dementia senilis und oder arterioscler. / Hirnarteriosklerose (W 1892/1974; B 1919/1971)	Schwachsinn (W 1892/1925; B 1919/1926)	
Schizophrenia simplex (W 1919/1974; B 1941/1971)	Manie (W 1892/1974; B 1919/1971)	Gehirnverletzung durch Unfall* (W 1963/1974; B 1967)		
Wahnsinn*** (W 1892/1898)	MDK Manisch-depressive Krankheit (W 1899/1974; B 1919/1971)	Lues cerebri (Hirnsyphilis)* (W 1900/1972; B 1950/1958)		
	Melancholie (W 1892/1961; B 1919/1963)	Präsenile und involutive Erkrankung (W 1899/1974; B 1936/1966)		
	Neurotische Depression** (W 1966/1968; B 1965/1967)	Tumor cerebri (Gehirntumor)* (W 1898/1974; B 1931/1965)		
	Reaktive Depression und Erregungszustände (W 1948/1974; B 1942/1971)			
	Suizidversuch** (W 1963/1968; B 1947/1968)			

Tabelle 11: Diagnose-Kategorien der Kliniken Waldhaus (1892–1974) und Beverin (1919–1971)

Anmerkungen:
* Diese Krankheiten/Symptome wurden vorwiegend in der Klinik Waldhaus diagnostiziert.
** Diese Krankheiten/Symptome wurden vorwiegend in der Klinik Beverin diagnostiziert.
*** Diese Krankheiten/Symptome wurden nur in der in Klammern angegebenen Klinik diagnostiziert.
4 Der Begriff «Oligophrenie» wurde im ICD-10 durch unterschiedliche Grade der «Intelligenzminderung» (ICD-10 F70–F90) ersetzt.
Die Jahresangaben in Klammern zeigen an, wann die Diagnose zum ersten und letzten Mal in der jeweiligen Klinik gestellt wurde. Die Angaben reichen nur bis 1974 (Waldhaus) beziehungsweise 1971 (Beverin). Der Grossteil der Diagnosen, bei denen diese Enddaten angegeben sind, wurde auch danach weiterhin gestellt.
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1976, Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1971.

keine einheitlichen Diagnosen, generell war aber bekannt, bei welchen Diagnosen sie welche Behandlungsmethoden als indiziert betrachteten. Abgesehen davon vermitteln die Diagnosen auch einen Eindruck davon, wie sich der Bestand an Patientinnen und Patienten über die Jahre hinweg entwickelte.

Nicht alle Chefärzte waren davon überzeugt, dass die Statistiken der Diagnosen auf gesamtschweizerischer Ebene aussagekräftig zusammengeführt wurden. Gottlob Pflugfelder, von 1951 bis 1977 Direktor der Klinik Waldhaus, war der Meinung, dass die Statistik «nur eine larvierte Form der wissenschaftlichen Lüge» sei. Als Chefarzt habe er über Jahrzehnte hinweg die kantonsübergreifenden Statistiken psychiatrischer Kliniken als «Leidensgeschichte» wahrgenommen. Zwar seien mit den statistischen Formularen des Neuenburger Psychiaters Henri Bersot (1896–1955) bis in die 1950er Jahre «brauchbare» Erhebungen möglich gewesen, doch «die spätern Formulare, die z.T. ganz spezifisch auf diagnostische Modeströmungen der Klinik Burghölzli [ausgerichtet]» gewesen seien, erschienen Pflugfelder «wenig tauglich».[117] Internationale Klassifikationsinstru-

117 StAGR V 13 e 1: Schreiben Gottlob Pflugfelders an einen

	5 Epilepsie	6 Neurosen	7 Konstitutionelle Störungen	8 Alkoholismus u. a. Süchte
	Dementia epileptica (W 1898/1925; B 1919/1940)	(Psycho)Neurosen (W 1942/1974; B 1941/1971)	(konstitutionelle) Psychopathie (W 1919/1974; B 1919/1971)	Alkoholismus (W 1892/1974; B 1919/1971)
	Epilepsie (W 1918/1974; B 1919/1971)	Charakter-Neurosen*** (B 1950/1966)	Pubertätskrise / Entwicklungs-störungen*** (B 1950/1971)	Alkoholpsychose (W 1940/1945; B 1941/1946)
	Genuine Epilepsie (W 1946/1974; B 1941/1971)	Hypochondrie (W 1894/1965; B 1929/1971)	Sexual-Delinquenz*** (B 1967/1971)	Betäubungsmittel (Haschisch, LSD)** (W 1959/1973; B 1969/1971)
	Symptomatische Epilepsie (W 1950/1971; B 1957/1966)	Hysterie / Hysterische Neurose (W 1892/1948; B 1919/1971)	Verwahrlosung / Milieuschäden** (W 1948; B 1946/1971)	Delirium tremens (W 1894/1974; B 1947/1971)
		Sexual-Neurose** (W 1948; B 1954/1966)		Halluzinose* (W 1950/1974; B 1950/1968)
				Korsakow (W 1933/1974; B 1919/1970)
				Medikamentenabhängigkeit (Schlafmittelsucht usw.) (W 1965/1974; B 1944/1970)
				Morphinismus (W 1892/1958; B 1932/1958)
				Pathologischer Rausch (W 1917/1974; B 1932/1965)
				Trunksucht** (W 1949/1973; B 1948/1969)

mente hingegen befürwortete er, so etwa die neueren Auflagen der ICD.

Pflugfelder war insbesondere gegenüber der aufkommenden Computerstatistik skeptisch eingestellt. Ein Oberarzt der Klinik Beverin erkundigte sich bereits 1973 bei Pflugfelder, ob er Interesse an einer klinikübergreifenden Kooperation auf diesem Feld hätte. Pflugfelder, der die Diagnosestatistik bisher immer persönlich geführt hatte, stieg darauf nicht ein. Er erwäge eine solche Lösung erst, sobald der *Verband schweizerischer Krankenanstalten (VESKA)* ein Formular dafür bereitstelle.[118]

> *«Es scheint mir wichtig, dass zumindest die medizinische Statistik im Jahresbericht zuverlässig durchgeführt wird, vor allem in einer Form, die mit frühern Jahresberichten zu vergleichen ist. In diesem Sinne werden wir die Aufnahmestatistik selbstverständlich weiterführen».*[119]

In seinen Augen hatten Aussagen über die statistische Entwicklung der Klinik Waldhaus Priorität. Übergeordneten Datenerhebungen schrieb er eine untergeordnete Rolle zu. Das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden war anderer Überzeugung, zumindest in Bezug auf das Bündner Gesundheitssystem. Es bemängelte 1974 den Umstand, dass die beiden Kliniken nicht über einheitliche medizinische Statistikunterlagen verfügten.[120] Dadurch seien rückwirkende Datenerhebungen erschwert, die gerade jetzt bei der laufenden Planung des kantonalen Gesundheitswesens wichtig gewesen wären (vgl. Kapitel 5.2). In den Folgejahren stiegen beide Bündner Kliniken auf die medizinische Datenerhebung nach VESKA-Richtlinien um.

der beiden Oberärzte der Psychiatrischen Klinik Beverin, Chur, 10.1.1973.

118 Der VESKA (heute H+) ist der Dachverband aller öffentlichen und privaten Kliniken, Spitäler und Pflegeinstitutionen der Schweiz.

119 StAGR V 13 e 1: Schreiben Gottlob Pflugfelders an einen der beiden Oberärzte der Psychiatrischen Klinik Beverin, Chur, 10.1.1973.

120 StAGR V 13 e 1: Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden an die Direktion der Psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur, 11.11.1974.

3.2.2 Diagnostische Oberkategorien im Wandel der Zeit (1892–1976)

Am Beispiel dreier diagnostischer Entwicklungen in den Bündner Kliniken lässt sich der Ausdifferenzierungsprozess, den die psychiatrische Diagnostik durchlief, exemplarisch illustrieren. Ausserdem zeigen die ersten zwei dieser drei Beispiele, welche Grundlagen in Graubünden gegeben sein mussten, damit dieser diagnostische Wandel stattfinden konnte.

Erstens subsumierte die Klinik Waldhaus bis 1925 alle schizophrenen, manisch-depressiven und neurotischen Krankheiten unter der übergeordneten Kategorie «idiopathische (erworbene und konstitutionelle) Psychosen». Der Begriff «idiopathisch» bezeichnete Krankheiten unbekannter Ursache, die anhand der Symptome eingeordnet wurden. Dass die drei Krankheitsbilder gemeinsam unter «idiopathisch» kategorisiert wurden, ist bezeichnend für die damalige Ratlosigkeit gegenüber vielen Krankheitsursachen. Ab 1926 unterschied das Waldhaus zumindest zwischen «konstitutionellen» und «einfachen/erworbenen Psychosen». Damit zog die Bündner Diagnostik eine Trennlinie zwischen konstitutionellen psychischen Störungen wie Psychopathien, bei denen man damals hereditäre Ursachen vermutete, und erworbenen Psychosen, die schizophrene und manisch-depressive Krankheiten beinhalteten.[121] Erst ab 1946 wurde systematisch zwischen den Oberkategorien «manisch-depressiver Kreis» (heute affektive Psychosen) und «schizophrener Kreis» differenziert.[122]

In der Klinik Beverin wurde eine Ausdifferenzierung der endogenen Psychosen in die Kategorien «schizophrener Kreis» und «manisch-depressiver Kreis» seit 1940 vorgenommen.[123] In diesem Jahr übernahm der junge, initiative Psychiater Hans Walther die Direktion. Die Spezifizierung dürfte auf die differenziertere therapeutische Haltung des neuen Chefarztes zurückzuführen sein. Zudem wurde unter seiner Federführung die «reaktive Depression» (heute Anpassungsstörung) als eigene Kategorie eingeführt; diese Veränderung könnte damit zusammenhängen, dass die Multifunktionsanstalt Realta während des Zweiten Weltkriegs den Auftrag vom Kanton erhielt, Internierungslager für ausländische Soldaten und Zivilflüchtlinge zu betreiben (vgl. Kapitel 2.3.2). Die Kriegsereignisse und die wirtschaftliche Rezession könnten Grund für diese zwischenzeitlich eingeführte diagnostische Oberkategorie sein. Das heisst aber nicht, dass reaktive Depressionen nach 1946 nicht mehr diagnostiziert worden wären. Sie wurden vielmehr unter einer neuen Kategorie, der «abnormen seelischen Reaktion», subsumiert.

Damit soll auf die zweite auffällige diagnostische Entwicklung hingewiesen werden: sogenannte «andere abnorme seelische Reaktionen», die in den beiden Kliniken ab Mitte der 1940er Jahre auftauchen und über Jahre hinweg keiner klaren Kategorie zugeteilt werden konnten. Während das Waldhaus diese Diagnose grundsätzlich nicht in Unterkategorien aufgliederte, sammelten sich in Beverin im Laufe der Jahre immer mehr und vor allem sehr unterschiedliche Subkategorien darunter. Die Diagnosen reichten von «Erregungszuständen», «reaktiven Depressionen» und «Suizidversuchen» über «Hypochondrie» bis zu «psychopathischen Entwicklungen», «Milieuschäden», «Pubertätskrisen», «Verwahrlosung» oder «Sexual-Delinquenz» – letztlich also eine schwer einzuordnende Summe aus affektiven Psychosen, Neurosen und moralischen Wertungen normabweichenden Verhaltens.

Drittens ist die Entwicklung des Verständnisses der Schizophrenie – ein Begriff, der auch in die heutige Alltagssprache Eingang gefunden hat – in Erinnerung zu rufen. Der eigentliche Schizophrenie-Begriff wurde erstmals 1908 von Eugen Bleuler (1857–1939), Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Burghölzli), der wissenschaftlichen Fachwelt als Abgrenzung und Erweiterung des *Dementia praecox*-Begriffs von Emil Kraepelin (1856–1926), dem führenden deutschen Psychiater, präsentiert. Da der Schizophrenie-Begriff von Bleuler Psychosen auch eine soziale Bedeutung beimass, eröffneten sich durch die Möglichkeit zur sozialen Heilung und Reintegration neue ärztliche Perspektiven für die Behandlung der Schizophrenie. Obschon die Schizophrenie-Diagnose sich in der Schweiz rasch verbreitete, widerspricht die

---

121 Jahresberichte Waldhaus 1892–1945.

122 Jahresberichte Waldhaus 1892–1976.

123 Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1971. Als endogene Psychosen verstand die Psychiatrie, obschon im Detail nach Autoren zu differenzieren wäre, psychische Erkrankungen, bei deren Entstehung keine schwerwiegenden organischen Veränderungen von Körper oder Gehirn und somit keine äusseren (exogenen) Ursachen diagnostiziert werden konnten. Versuche, die krankheitsverursachenden endogenen Faktoren zu fassen, führten seit dem 19. Jahrhundert zu diversen Auseinandersetzungen zwischen Psychikern, Somatikern, Degenerationstheoretikern und den Vertretern der psychosozialen Erklärungsmuster.

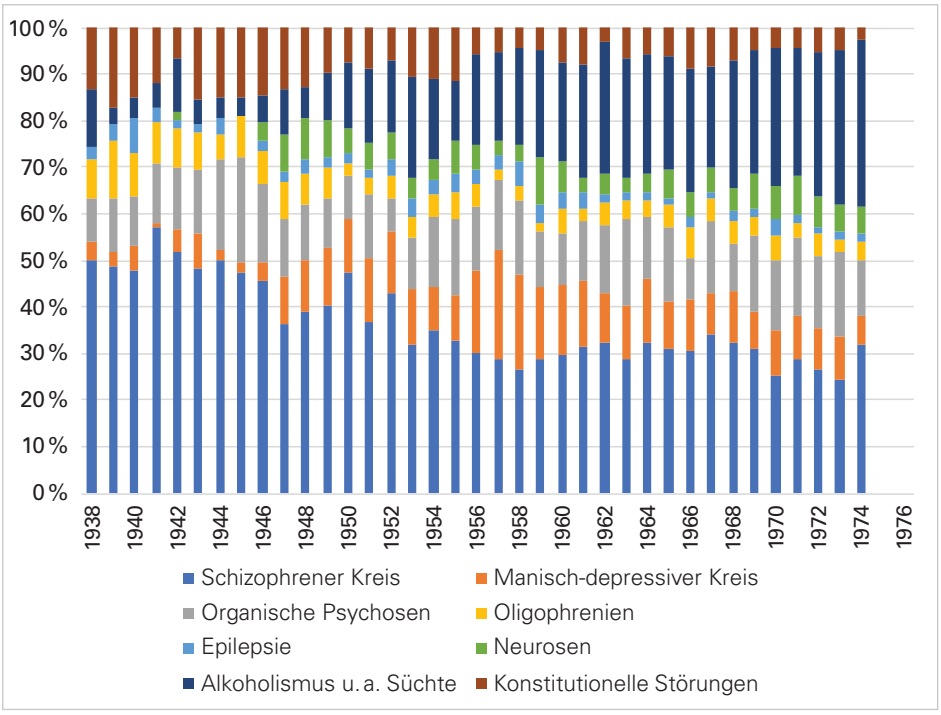


Diagramm 12: Diagnosen bei stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976
Anmerkung: Die farbigen Streifen geben nur das Verhältnis zwischen den einzelnen diagnostizierten Krankheiten wieder, nicht aber absolute Zahlen. Die wenigen Eintritte, die in den Jahresberichten als «zur Begutachtung» oder «nicht geisteskrank» gekennzeichnet sind, wurden im Diagramm nicht berücksichtigt. Für die Jahre 1975 und 1976 fehlen Angaben. Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1976.

historische Forschung der Vorstellung, der Schizophrenie-Begriff hätte eine ungebrochene Erfolgsgeschichte erlebt. Vielmehr war der Begriff, der beispielsweise in der Zwischenkriegszeit in Deutschland von seinen psychoanalytischen Bestandteilen getrennt wurde, ein Kind seiner Zeit. Die Hoffnung der 1930er Jahre, mittels somatischer Schockkuren Schizophrenie behandeln zu können (verbunden mit biologistischen Konzepten der Schizophrenie), zeigt, wie die Beschreibung und Behandlung eines Krankheitsbildes durch wissenschaftliche und auch gesellschaftliche Diskurse mitgeformt werden konnte.[124] Versuche, die ab 1908 unter dem Begriff Schizophrenie subsumierten Krankheitsformen zusammenzutragen und voneinander abzugrenzen, reichen bis in das 18. Jahrhundert zurück und sind nach wie vor Gegenstand reger Debatten. Die kategorisierten Veränderungen, Erlebnisse und Zustände lassen einerseits, gerade bei paranoiden und halluzinatorischen Symptomen, zweifelsohne Züge einer Krankheit beobachten. Andererseits gelingt es bis heute nicht, verbindliche Grenzen für dieses Krankheitsbild abzustecken.[125] So konnte es vorkommen, dass je nach behandelndem Psychiater nicht eindeutige Symptome der Schizophrenie, den manisch-depressiven Krankheiten oder auch Mischformen (heute schizoaffektive Psychosen) zugeordnet wurden. Die Schizophrenie-Diagnose war einem Differenzierungsprozess ausgesetzt und wurde gleichzeitig teilweise von neuen Diagnosen verdrängt.

3.2.3 Längsschnitt der Diagnostik in der stationären Psychiatrie: Bündner Charakteristika

Da die Diagnosekategorien zwischen 1940 und den frühen 1970er Jahren vergleichsweise stabil blieben, lässt sich auf Kosten kleinerer Abstraktionen ein aufschlussreicher Längsschnitt durch die Bündner Diagnostik ziehen. In diesem Zeitraum fanden auf der Ebene der medizinischen Behandlungsmethoden viele Entwicklungen statt – von den körperbezogenen Schockkuren der späten 1930er über psychochirurgische Eingriffe Ende der 1940er Jahre bis hin zur psychopharmakologischen Wende ab den frühen 1950er Jahren.

Bei den Eintrittsdiagnosen der Klinik Waldhaus fällt auf, dass die Gruppe der Schizophrenen bis Mitte der 1940er Jahre knapp 50 Prozent, ab den 1970er Jahren aber nur noch 25–30 Prozent der Aufnahmen ausmachte (vgl. Diagramm 12). Der leichte Anstieg um 1950 dürfte auf die kurzfristige Übernahme chronisch kranker Friedmatt-Patientinnen und -Patienten, derjenige von 1952 auf den

124 Vgl. Bernet (2013).
125 Vgl. Baer (1998), S. 41.

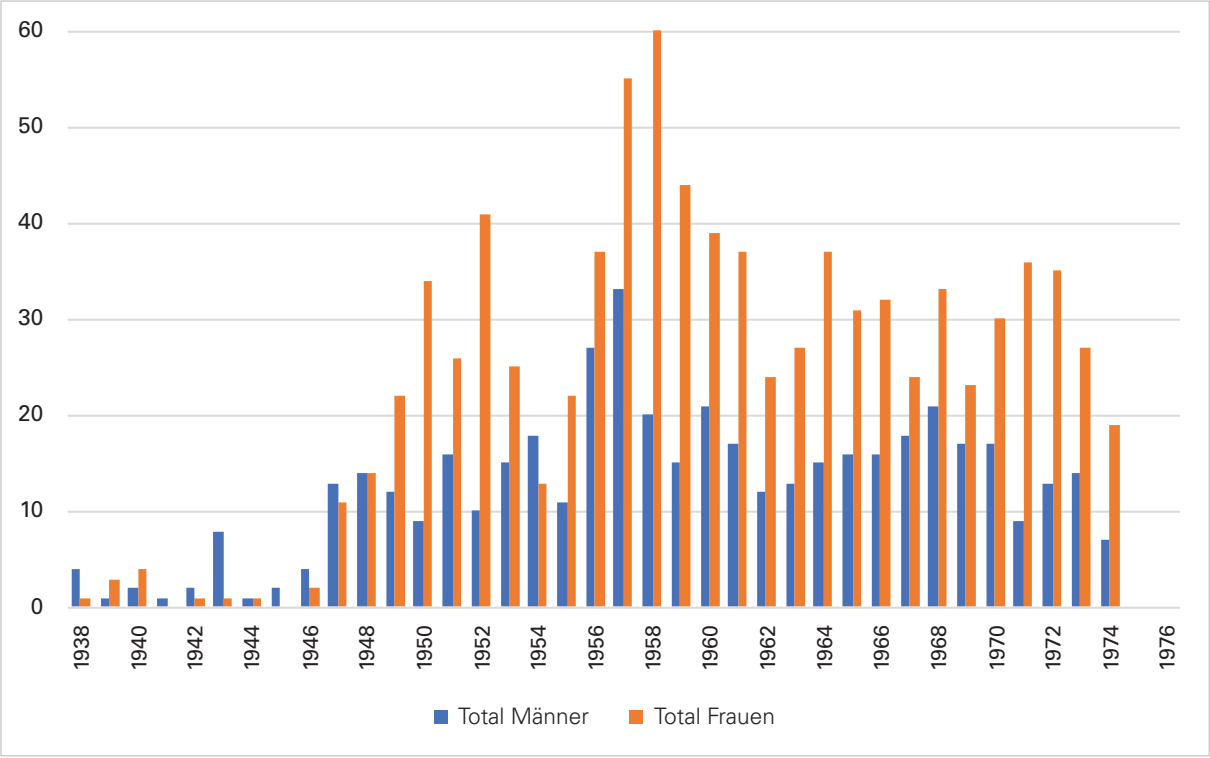


Diagramm 13: Diagnosen aus dem Manisch-depressiven Kreis bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1976.

langfristigen Pensionsvertrag mit dem Burghölzli zurückzuführen sein. Die kontinuierliche Abnahme ab Mitte der 1950er Jahre hat wohl verschiedene Gründe, etwa die Entwicklung neuer Neuroleptika, die schrittweise Etablierung eines Sozialdienstes, der in Verbindung mit der Medikamentenabgabe wiederholte Klinikeinweisungen verringerte, und nicht zuletzt die Ausdifferenzierung des Krankheitsbildes der Schizophrenie. Noch zur Zeit Eugen Bleulers beklagten sich viele Psychiater darüber, dass Krankheiten, die nicht wissenschaftlich klassifiziert werden konnten, in den «Topf» der Diagnose Schizophrenie geworfen würden.[126]

Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis wurden ab 1947 häufiger gestellt, was womöglich auf den Rückgang der Schizophrenie-Diagnose im Zuge ihrer diagnostischen Ausdifferenzierung zurückzuführen ist.[127] Auffälliger ist jedoch der starke Anstieg ab 1957, der im Zusammenhang mit der Entdeckung des ersten Antidepressivums Imipramin und dessen Markteinführung 1958 unter dem Handelsnamen Tofranil stehen dürfte. Dieser kurzfristige Anstieg deutet darauf hin, dass einerseits die Diagnose populärer und das Krankheitsbild mit dem ersten Antidepressivum greifbarer wurden. Anderseits könnte die Ärzteschaft mit dem neuen Medikament stationären Aufenthalten und einer langfristigen Symptommilderung grössere Erfolgschancen eingeräumt haben. Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis waren dezidiert geschlechtsspezifisch geprägt und wurden bei Frauen wesentlich häufiger gestellt. Jenseits medizinischer Konzepte stellten Psychiater Diagnosen auch im Zusammenhang mit dem Geschlecht und den damit verbundenen biologischen Annahmen, Norm- und Wertvorstellungen (vgl. Diagramm 13).[128]

126 Meier et al. (2002), S. 71. Zur Geschichte der Diagnose Schizophrenie siehe Hoenig (1995), S. 336–348 und Bernet (2013).

127 Aus dem manisch-depressiven Kreis wurden die «Melancholie» oder die «endogene Depression» wesentlich häufiger diagnostiziert als die «Manie». Zur Ablösung des Melancholie-Konzepts durch die endogene Depression in den 1950er Jahren siehe Schott/Tölle (2006), S. 412.

128 Eine weitere geschlechtsspezifische Prägung lässt sich bei den neurotischen Krankheiten feststellen. Diagnosen wie «hysterische Neurose» wurden vorwiegend bei Frauen gestellt. Zur sozialen Ungleichheit in Diagnostik und Psychiatrie siehe Meier et al. (2002), S. 71–74; Germann (1999); Hollingshead/Redlich (1958).

Diagnosen aus dem Bereich der Oligophrenien, im heutigen Verständnis Formen angeborener oder erworbener Intelligenzminderung, waren im Waldhaus ab 1950 stark rückläufig (vgl. Diagramm 12). Ende der 1980er Jahre beschloss die Regierung, die Betreuung der geistig behinderten Menschen, bei denen oft auch psychische Krankheiten diagnostiziert wurden, ausschliesslich der Klinik Beverin zuzuteilen.[129] Vieles deutet darauf hin, dass auch schon davor ein Grossteil der Patientinnen und Patienten mit einer Intelligenzminderung in der Klinik Beverin untergebracht worden war. Das zeigt etwa ein Blick auf die Eintrittsdiagnosen der Klinik Beverin. Aber auch die Voten von Antonius Havermans, der von 1977 bis 2019 in der Klinik als Pfleger arbeitete, legen das nahe. Er sprach davon, dass zur Zeit seines Stellenantritts 1977 die ihm zugeteilte Frauenabteilung zu rund 60 Prozent aus geistig schwer behinderten Patientinnen bestanden hätte; dazu aber näheres im Abschnitt zur Diagnosestatistik der Klinik Beverin.[130]

Die wohl auffälligste diagnostische Entwicklung betraf Alkoholmissbräuche und andere Suchtproblematiken. Die damit verbundenen Diagnosen nahmen seit den 1950er Jahren nachhaltig zu und machten in den 1970er Jahren einen Drittel der gesamten Eintrittsdiagnosen aus. Der «chronische Alkoholismus» war dabei die mit Abstand häufigste Diagnose (> 80 Prozent). Sie wurde vorwiegend bei Männern gestellt. Ab den 1960er Jahren finden sich vereinzelt auch Fälle von Drogen- und Medikamentensucht, wobei erst Ende der 1970er Jahre eine leichte Zunahme dieser Diagnosen festzustellen ist. Unter den Personen, die zwischen 1938 und 1976 wegen Suchproblematiken in die Klinik Waldhaus eingewiesen wurden, waren ebenfalls knapp 80 Prozent Männer (vgl. Diagramm 14).

Die Zunahme an Alkoholismus-Diagnosen erklärt sich teilweise mit einer erhöhten gesellschaftlichen Sensibilität gegenüber dem Alkoholkonsum.[131] Pharmakologische Innovationen trugen ebenfalls zu diesem Trend bei. In den 1950er und 1960er Jahren breiteten sich insbesondere Apomorphin- und Antabus-Kuren als neue und vielversprechende Entzugsmethoden aus (vgl. Kapitel 5.2.2).[132] Schliesslich wurde die Diagnose «Alkoholismus» auch oft in Verbindung mit anderen Diagnosen gestellt. Auf diese Entwicklung wies auch der Pfleger Havermans hin, der ab 1988 am Aufbau der Suchtstation Danis bei Beverin beteiligt war.[133] Einen ähnlichen Eindruck gewinnt man zudem anhand des ärztlichen Jahresberichts von 1993 zu den Diagnosen bei ambulanten Patientinnen und Patienten der Klinik Waldhaus:

> *«Die Anzahl der Diagnosen stimmt mit der Anzahl der Patientenaufnahmen in die Klinik nicht überein, weil viele Patienten Komorbidität, d. h. gleichzeitig mehrere psychiatrische Krankheiten aufweisen. Beispielsweise leiden die meisten uns zugewiesenen suchtkranken Menschen gleichzeitig an Persönlichkeitsstörungen. Bekannt ist ja auch, dass schizophren erkrankte Menschen im Rahmen eines untauglichen Selbstheilungsversuchs zu Suchtmittel greifen.»*[134]

An dieser Stelle lässt sich die Brücke zu den Diagnosen konstitutioneller Störungen schlagen, die im zeitgenössischen Psychiatriediskurs im weitesten Sinne gesellschaftlich nicht konforme Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstörungen bei genereller Zurechnungsfähigkeit bezeichneten. Bei dieser Kategorie handelte es sich hauptsächlich um die Diagnose «Psychopathie», die bei Männern bedeutend häufiger gestellt wurde. Zwischen den 1950er und 1970er Jahren prägten biologistische Vererbungstheorien konstitutioneller Störungen den Diskurs. Erst danach etablierten sich vermehrt Konzepte, die den Ausbruch von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf soziale Erfahrungen und individuelle Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter zurückführten.[135] Diagnosen konstitutioneller Störungen gingen seit den 1950er Jahren in der Klinik Waldhaus schrittweise zurück. Im Zusammenhang mit Havermans' These der Doppeldiagnose stellt sich die Frage, ob nicht die Psychopathie-Diagnose deshalb zurückging, weil die Alkoholismus-Diagnose – in Verbindung mit der Psychopathie-Diagnose – häufiger gestellt wurde (vgl. Kapitel 5.2.2).

---

129 Vgl. König (1990), S. 158.

130 Interview mit Antonius Havermans, 05.25–05.43.

131 Vgl. Tanner (2002).

132 Zur vermehrten Umdeutung des Alkoholismus vom «Laster» zur «Krankheit» siehe Bignasca (2019) und Häsler (2019).

133 Interview mit Antonius Havermans, 41.33–41.58.

134 Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 32.

135 Das ICD-10 fasst die Zustandsbilder und Verhaltensmuster, die davor unter konstitutionellen Störungen oder Psychopathien gefasst wurden, als «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» zusammen (F60–F69), vgl. http://www.icd-code.de/icd/code/F60-F69.html, Zugriff: 30.12.2018.

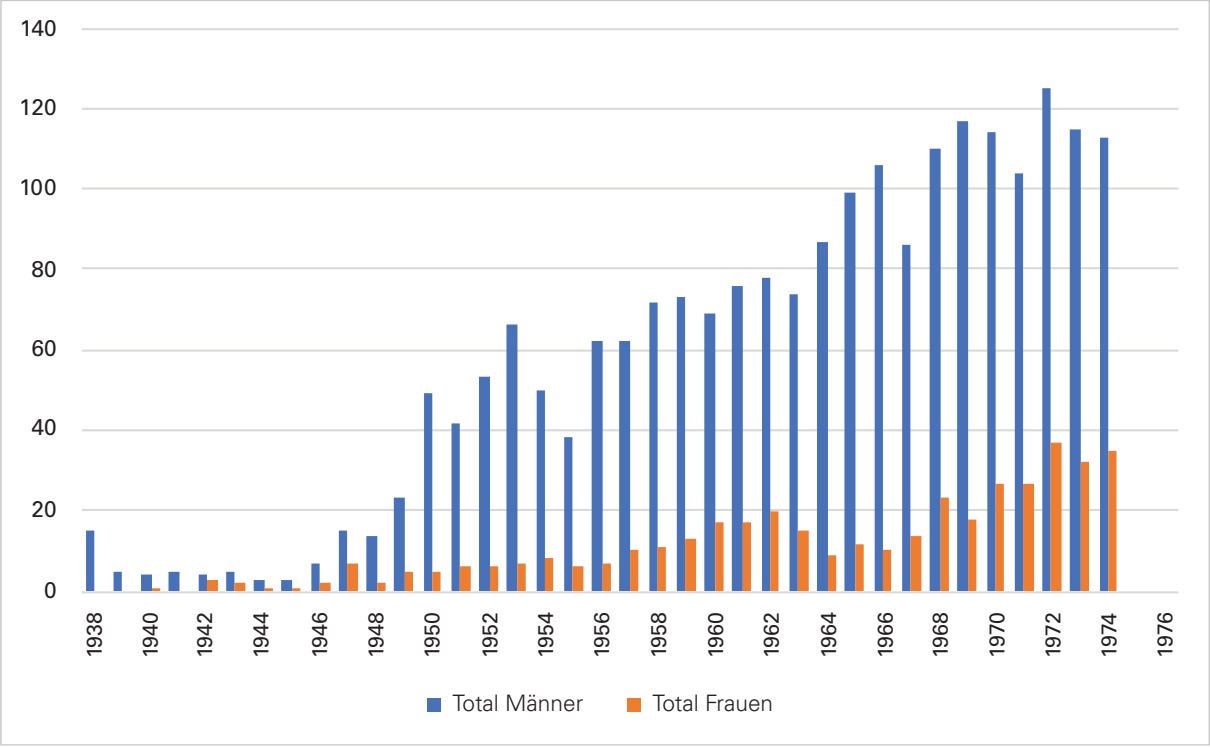


Diagramm 14: Diagnosen aus dem Kreis der Alkoholmissbräuche und anderer Suchtproblematiken bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1976.

Gewisse Entwicklungen der Diagnosetätigkeit in der Klinik Beverin verliefen parallel zum Waldhaus. Die Diagnose Schizophrenie betraf in den 1940er Jahren zwischen 30–40 Prozent der erfassten Personen, ab den 1960er Jahren jedoch nur noch rund 20 Prozent der gesamten Aufnahmen. Diesem Trend dürften ähnliche Gründen wie im Waldhaus zugrunde liegen. Der Anstieg der Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis, wovon Frauen stärker betroffen waren (vgl. Diagramm 16), ist vergleichsweise weniger auffällig als in der Klinik Waldhaus und deshalb schwierig zu beurteilen. Der spätere Anstieg ab 1960 dürfte aber ebenso im Zusammenhang mit dem neu eingeführten Antidepressivum Tofranil stehen.

Wesentlich auffälliger ist die Tatsache, dass die Klinik Beverin über eine lange Zeitspanne eine sehr hohe Aufnahmeziffer an Personen mit Oligophrenien hatte (> 10 Prozent). Für Menschen mit einer geistigen Behinderung gab es im Kanton Graubünden bis in die 1990er Jahre keine ausreichenden Wohn- und Pflegeheimplätze. Einmal in einer psychiatrischen Klinik platziert, wurden sie häufig lange nicht entlassen, auch weil im zeitgenössischen Verständnis eine angeborene geistige Behinderung keine psychiatrisch-medizinische Therapieaussichten hatte (vgl. Kapitel 5.2.2). Antonius Havermans und Ursula Huwyler, die seit den späten 1970er beziehungsweise frühen 1980er Jahren in der Psychiatriepflege der Klinik Beverin tätig waren, blieb der grosse Anteil an geistig behinderten Menschen, die sie an ihrem Arbeitsort für fehlplatziert hielten, als prägend in Erinnerung. Die Einrichtung des Wohnheims für geistig Behinderte im Jahr 1991 habe in dieser Hinsicht zu einer sichtbaren Entlastung aller Beteiligten (der Ärzteschaft, des Pflegepersonals und der Patientinnen und Patienten) geführt.[136]

Auch in Beverin dominierte die stark männergeprägte Diagnose «chronischer Alkoholkonsum» die Diagnosestatistik des Alkoholismus und anderen Suchtproblematiken (vgl. Diagramm 17). Zudem ist ab 1969 ein Anstieg an Konsumenten von Betäubungsmitteln wie Haschisch oder dem Halluzinogen LSD festzustellen. Die Zunahme fiel wesentlich stärker aus als im Waldhaus, was vermutlich daran lag, dass die Regierung der Klinik

136 Interview mit Antonius Havermans, 05.25–05.43; Interview mit Ursula Huwyler, 33.45–34.12.

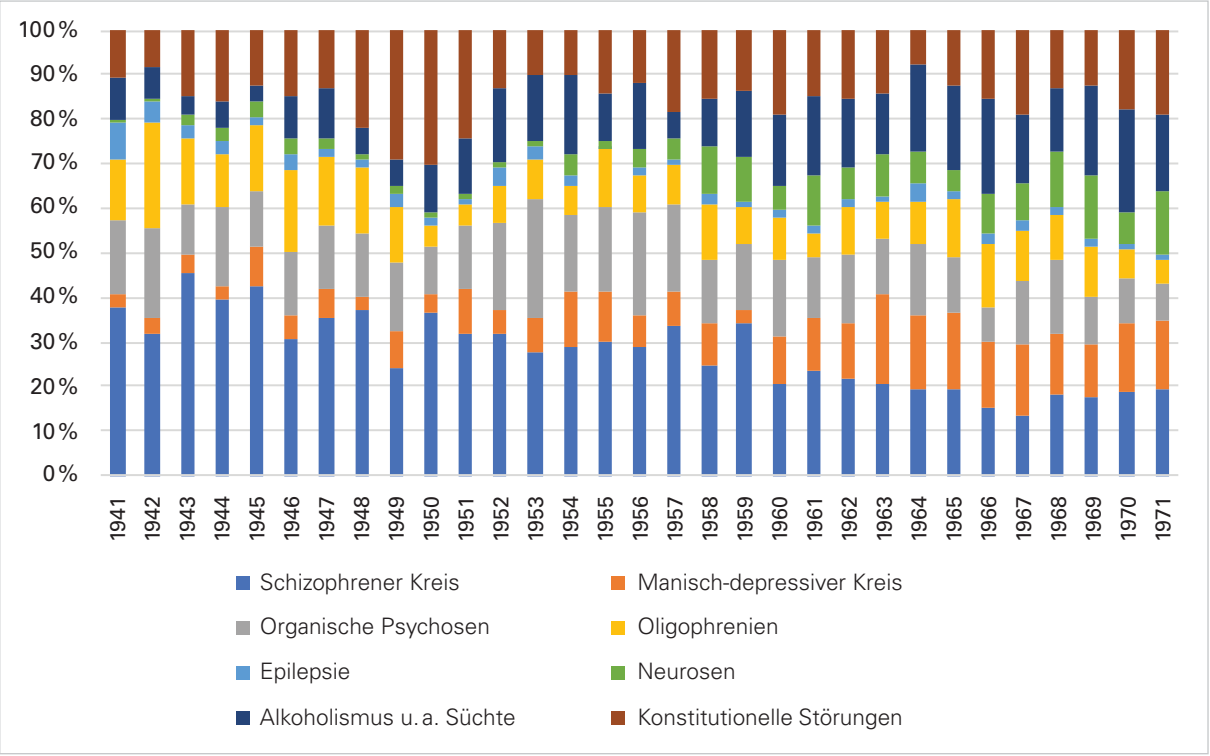


Diagramm 15: Diagnosen bei stationären Aufnahmen in die Klinik Realta/Beverin, 1941–1976

Anmerkung: Die farbigen Streifen widerspiegeln nur das Verhältnis zwischen den einzelnen diagnostizierten Krankheiten, nicht aber absolute Zahlen. Die wenigen Eintritte, die in den Jahresberichten als «zur Begutachtung» oder «nicht geisteskrank» gekennzeichnet sind, wurden im Diagramm nicht berücksichtigt. Auf eine Aufzeichnung der Jahre vor 1941 wurde verzichtet, da in den Jahresberichten davor nur die erstmals eingetretenen Patientinnen und Patienten aufgeführt wurden, was die Statistik verzerren würde. Nach 1971 bricht die Diagnoseerfassung der stationären Aufnahmen in den Jahresberichten ab. Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1941–1971.

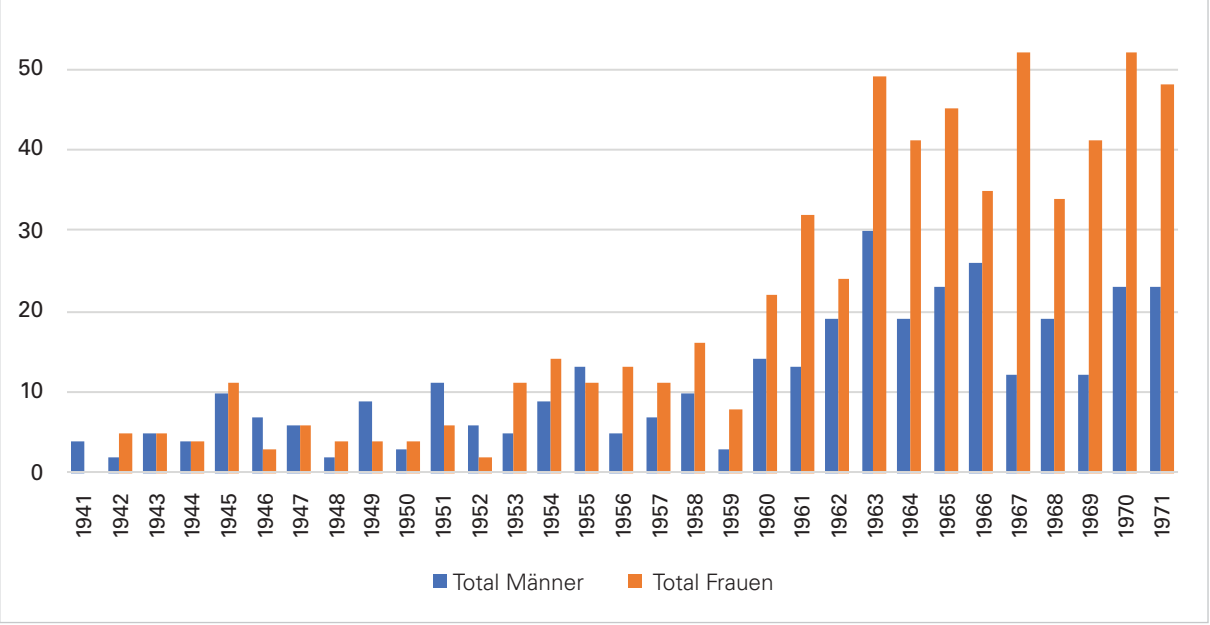


Diagramm 16: Diagnosen aus dem Manisch-depressiven Kreis bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Realta/Beverin, 1941–1976

Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1941–1971.

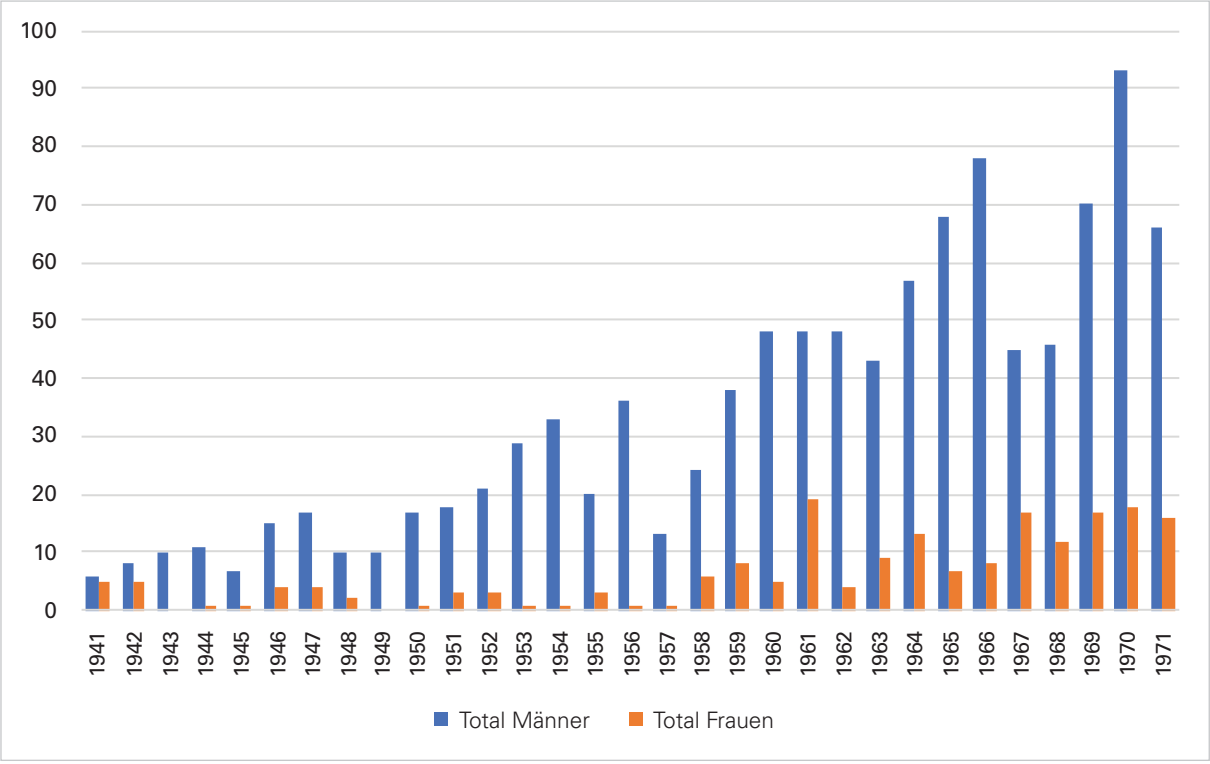


Diagramm 17: Diagnosen aus dem Kreis der Alkoholmissbräuche und anderer Suchtproblematiken bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Realta/Beverin, 1938–1976
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1941–1971.

Beverin wegen ihrer ländlichen Lage und der Verbindung zur Straf- und Verwahrungsanstalt Realta verstärkt Betäubungsmittelsüchtige zuteilte. Um die Entzüge nicht weiter auf den Akutstationen oder in Einzelzimmern durchführen zu müssen, wo sie zuweilen kaum stabilisierend wirkten und nur in geringem Masse therapeutisch begleitet werden konnten, nahm die Regierung 1988 mit der Station Danis auf dem Klinikareal Beverin ein erstes Bündner Suchtzentrum in Betrieb. Mit dem neuen Zentrum entlastete man nicht nur die Akutstationen, sondern schaffte ein therapeutisches Rahmengerüst und zweckdienliches Umfeld für Suchtpatientinnen und -patienten. Da das Suchtzentrum anfänglich nur der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen diente, richtete die Regierung mit der «Downtown»-Station 1996 ein entsprechendes Angebot für Suchtkranke illegaler Drogen ein. Im Rahmen eines Sparprojekts des Grossen Rats wurden die Suchtstationen Danis und Downtown 2004 zum neuen «Suchtzentrum Danis» zusammengelegt.[137] Das 1952 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe, das unter anderem die Förderung der Abstinenz beinhaltete, legte die Basis für die Substitutionstherapie von Opioidabhängigen, wie sie auch heute noch von den PDGR angeboten wird (Methadon- und Diaphin-Ambulatorium).[138]

Diagnosen konstitutioneller Störungen prägten die Klinik Beverin sowohl durch ihre Häufigkeit als auch durch ihre diagnostische Vielfalt. Hinter der Hauptdiagnose «Psychopathie», die vor allem bei Männern gestellt wurde, standen Diagnosen wie «Pubertätskrisen», «Verwahrlosung» oder «Milieuschäden». Im Vergleich der beiden Kliniken (Diagramme 12 und 15) wird deutlich, dass vornehmlich die Klinik Beverin für die Aufnahme jener Personen zuständig war, die sich nach geltenden sozialen Wertvorstellungen nicht gesellschaftskonform verhielten oder bei denen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert worden waren. Diese Funktion beruhte wohl einerseits auf der ländlichen Abgeschiedenheit der Klinik Beverin,

137 Jahresbericht PDGR 2004, S. 14.

138 SR 812.21, Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG), in: AS 1952 241.

andererseits auf ihrer Verbindung mit den angegliederten Anstaltsformen, namentlich der Korrektions- und Arbeitserziehungsanstalt und ab 1965 der Verwahrungsanstalt Realta.[139] Die unbürokratischen internen Versetzungsmöglichkeiten und die vielseitigen Arbeitsangebote könnten weitere begünstigende Faktoren gewesen sein.

3.3 Behandlungsmethoden und therapeutische Ansätze

Mit der rasanten Einführung immer neuer, zuweilen experimenteller Methoden hat die Psychiatrie spätestens in den 1930er Jahren eine Phase intensiver Ausdifferenzierung des Therapieangebots auch jenseits arbeits- und psychotherapeutischer Ansätze eingeleitet.[140] Auf erste somatische Schockkuren folgten psychochirurgische Eingriffe, «Alkoholvergällungskuren» und schliesslich in den 1950er Jahren die psychopharmakologische Wende. Das Selbstbild der Psychiatrie emanzipierte sich in dieser Phase vom ehemaligen Versorgungsprinzip. Doch die Bündner Psychiatrie ist ein exemplarisches Beispiel dafür, dass die Intensität und das Tempo, mit der neue therapeutische Ansätze Eingang in den Psychiatriealltag fanden, stark vom jeweiligen Chefarzt abhängig waren. J. B. Jörger etwa führte im Waldhaus vergleichsweise spät, eher widerwillig und dadurch auch mangelhaft 1938 die Insulin- und Elektroschockkuren ein. Sein Nachfolger Gottlob Pflugfelder wiederum sah speziell in den Insulinkuren, zu deren Wirksamkeit er auch forschte, eine erfolgsversprechende Behandlungsmethode der Schizophrenie. Das Waldhaus war eine der letzten Schweizer Kliniken, die noch in den späten 1970er Jahren Insulinkuren anboten. In Beverin wiederum wurde mit Ernst Weber 1957 ein Arzt zum Direktor berufen, der wenige Jahre zuvor im Burghölzli die schweizweit erste klinische Studie zur Wirkung des Medikaments Serpasil an schizophrenen Patientinnen und Patienten durchgeführt hatte. 1955 nahm Pflugfelder mit ebendiesem Neuroleptikum, hergestellt von der Ciba, Medikamententests an 100 Patientinnen und Patienten des Waldhauses vor. Das Medikament Serpasil konnte zu dieser Zeit günstig erworben werden, auch weil es starke Nebenwirkungen zeigte und schon von Zeitgenossen kritisch betrachtet wurde. Unter Weber und Pflugfelder wurde das Medikament in grossem Stil verabreichtet und gehörte bis Anfang der 1960er Jahre nach Largactil zu den am häufigsten eingesetzten Medikamenten.

3.3.1 Therapeutische Versuche in der Zwischenkriegszeit: Malariatherapie und Schlafkur

Bereits in der Zwischenkriegszeit wurden in den beiden Bündner Kliniken neue therapeutische Ansätze aufgegriffen und versuchsweise verwendet. Diese betreffen insbesondere die Malariatherapie und die Schlafkur. Die Malariatherapie ging auf den Wiener Psychiater Julius Wagner-Jauregg (1857–1940) zurück. Er setzte die Methode an Patientinnen und Patienten mit progressiver Paralyse ein, eine fortschreitende Lähmung, die als Spätfolge der Infektionskrankheit Syphilis ausbricht.[141] Wagner-Jaureggs Ansatz verfolgte das Ziel, durch künstlich herbeigeführtes Fieber die körpereigenen Abwehrkräfte der Patientinnen und Patienten gegen die syphilitische Infektion zu stimulieren. Dafür injizierte er ihnen Blut, das mit Malariaerregern infiziert war und entsprechend hohes Fieber auslöste. Die Malariakur, für deren Entwicklung Wagner-Jauregg 1927 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet wurde, fand rasch Eingang in die psychiatrischen Kliniken. Die Methode wird gemeinhin als eine der ersten körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie bezeichnet.[142] Auch die Bündner Kliniken griffen Wagner-Jaureggs Malariatherapie auf.[143] Doch systematisch eingesetzt wurde die Behandlung nicht. Weder in den Verwaltungsakten noch in den Krankgenschichten finden sich Hinweise auf einen systematischen Einsatz der Malariatherapie.

Dasselbe gilt für die sogenannte Dauerschlaftherapie, ein weiteres körperliches Behandlungs-

---

139 Urs Germann beschäftigte sich in seiner Dissertation mit der Kriminalitätsbewältigung durch Psychiatrie und Strafjustiz am Beispiel der Begutachtungspraxis im Kanton Bern (1850–1950), eine Auseinandersetzung, die sich angesichts der institutionellen Verschränkung der Klinik Beverin mit der Verwahrungsanstalt Realta auch für den Kontext Graubünden anbieten würde. Vgl. Germann (2004), S. 428–431; ders. (2006), S. 205–206.

140 Die Arbeits-, Beschäftigungs- und Psychotherapie blieben jedoch, das wird in den Jahresberichten immer wieder betont, zentrale therapeutische Pfeiler der beiden psychiatrischen Einrichtungen. Siehe dazu die Kapitel 2.2 und 5.1 sowie die Nahaufnahme 5.

141 Porter (2005), S. 193.

142 Vgl. Bähler/Moser (2010), S. 29–30.

143 Im Jahresbericht der Klinik Waldhaus von 1926 wird die erfolgreiche Durchführung einer Malariakur erwähnt, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1926, S. 199.

verfahren, das in den 1920er Jahren vom Schweizer Psychiater Jakob Klaesi entwickelt wurde. Bei dieser Methode wurden die Patientinnen und Patienten durch die Verabreichung von Morphium-Scopolamin in eine Narkose versetzt, die durch wiederholte Injektionen des Schlafmittels Somnifen bis zu zehn Tage aufrechterhalten wurde. Hinter der Methode stand die Überlegung, dass schizophrene Patientinnen und Patienten durch eine Dauernarkose ruhiger und ansprechbarer würden. Die Versetzung in eine Dauernarkose war teilweise mit erheblichen Komplikationsrisiken, zum Beispiel Lungenentzündungen oder schwer zu kontrollierenden Infekten, verbunden.[144] Klaesis Methode fand auch in den Bündner Kliniken Verwendung.[145] Die ehemaligen Pfleger Christian Schaub und Walter Monstein, die die Anwendung von Schlafkuren noch miterlebt haben, verweisen darauf, dass die Methode bis in die 1950er Jahre im Behandlungsalltag eine Rolle gespielt habe.[146] Die schriftliche Überlieferung dazu ist allerdings schmal. Weder in den Verwaltungsakten noch in den Krankengeschichten finden sich Hinweise auf einen häufigen Einsatz von Schlafkuren in den Bündner Kliniken.

3.3.2 Körper unter Schock: Insulinkuren und Elektroschocktherapie

Anders präsentiert sich die Anwendung von Insulinkuren und Elektroschocktherapien. Ab Mitte der 1930er Jahre entwickelte die Psychiatrie mit der Insulinkur und dem Elektroschock neue Behandlungsmethoden, die auf eine körperliche Ruhigstellung zielten und dabei unterschiedliche technische Hilfsmittel einsetzten. Beide Schockkuren, die zu diesem Zeitpunkt als wissenschaftlich fundiert und damit als therapeutisch wirkungsvoll galten, kamen unter der Annahme einer biologischen Mitverursachung psychischer Krankheiten zum Einsatz. An die zwei neuen Behandlungsmethoden wurde die Hoffnung geknüpft, die bisherige Verwahrungspsychiatrie auflösen zu können.[147]

Die verspätete, aber langanhaltende Ära der Insulinkur im Waldhaus

Das Hormon Insulin, das 1922 extrahiert und kommerzialisiert wurde, fand erst 1933 durch Manfred Sakels Versuche in der Wiener Universitätsklinik Einzug in die Psychiatrie.[148] Ursprünglich verwendete Sakel (1900–1957) den biochemischen Wirkstoff zur Sedierung von Morphinsüchtigen, Personen in Alkoholdelirien oder katatonen Zuständen sowie zur Anregung der Nahrungsaufnahme bei Patientinnen und Patienten, die unter Appetitlosigkeit litten.[149] Bald aber begann er bei Schizophrenen, sofern sie nicht an Diabetes litten, durch präzise Abgaben von Insulindosen einen sogenannten hypoglykämischen Schock – eine starke Unterzuckerung – auszulösen. Durch die Erhöhung der Insulindosis über Stunden hinweg wurden die Kranken schrittweise in einen komatösen Zustand versetzt und schliesslich durch die Abgabe von Traubenzucker per Sonde aus ihrem Koma geweckt. Seinen Beobachtungen zufolge verschwanden in vielen Fällen nach dem Wiedererwachen schrittweise die psychotischen Krankheitssymptome.[150] Dieses Prozedere sei für einen Behandlungserfolg gemäss Sakel während mehrerer Wochen unter konstanter ärztlicher Dosisanpassung durchzuführen. Trotz verschiedener Nebenwirkungen während (epileptische Krämpfe, Schweissausbrüche, akute psychotische Symptome, starkes Hungergefühl) und nach der Therapie (starke Gewichtszunahme) sprach er sich für eine breite Anwendung der neuen Methode aus.

Die flächendeckende Ausbreitung der Insulinkur in der Schweiz ging von der Jahrestagung der SGP von 1937 aus, die in der Heil- und Pflegeanstalt Münsingen stattgefunden hatte. Max Müller (1894–1980), dortiger Oberarzt, organisierte die Versammlung, an der auch Waldhaus-Direktor J. B. Jörger teilgenommen hatte.[151] Die Tagung widmete sich der «Therapie der Schizophrenie» und umfasste 44 Vorträge. Unter den Referenten waren bedeutende Vertreter neuer Behandlungsformen zugegen wie Manfred Sakel und Ladis-

144 Vgl. Bähler / Moser (2010), S. 30.

145 Vgl. Jahresberichte Realta 1941, 1943. Auch in den Patientenakten fanden sich vereinzelt Hinweise auf durchgeführt Schlafkuren, vgl. z. B. Patientenakte, Männer stationär Beverin 3387; Patientenakte, Frauen stationär Beverin 3506.

146 Interview mit Christian Schaub, 1.09.33–1.09.40; Interview mit Walter Monstein, 31.58–32.19.

147 Germann (2013), S. 167.

148 Ebd., S. 151; siehe auch Shorter (2003), S. 313–326.

149 Germann (2013), S. 151.

150 Vgl. Sakel (1935).

151 Zur Tagung, die laut Germann eine internationale «Initialzündung» der neuen Ära somatischer Kuren einläutete, siehe Germann (2013), S. 149–151. J. B. Jörger bestätigte der UK von 1945, Sakels Schriften gelesen und daraufhin die Insulinkur eingeführt zu haben, vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 36.

las Joseph Meduna (1896–1964), Begründer der Krampftherapien. Da bereits 1936 sieben Schweizer Heil- und Pflegeanstalten Versuche mit der neuen Insulinbehandlung unternommen hatten, konnten an der Tagung einige Ärzte, darunter auch Max Müller, von ersten Erfahrungen berichten.[152] Die Veranstaltung war von der grossen Erwartungshaltung geprägt, die bisher unzulängliche Schizophrenie-Behandlung einer therapeutischen Revolution zu unterziehen und dadurch die überbelegten Kliniken von ihren chronischen Patientinnen und Patienten zu entlasten.[153]

Von dieser allgemein verbreiteten Aufgeschlossenheit gegenüber der neuen Insulinkur war in der Klinik Waldhaus anfänglich nichts zu spüren. Erst mit etwas Verspätung im Jahr 1938 und mit reichlich Widerwillen seitens des Direktors J. B. Jörger wurden die «vielgenannten» Insulinkuren auch im Waldhaus eingeführt (vgl. Kapitel 2.2.2).[154] Seine Skepsis manifestierte sich jedoch in einer mangelhaften Umsetzung der Kuren. Zwar verpflichtete die Direktion eine Spezialistin aus Chur. Aus dem oben erwähnten Expertengutachten von 1943 lässt sich aber schliessen, dass die Hilfsärztin nicht regelmässig anwesend war und für jede Kur speziell entschädigt wurde (vgl. Kapitel 2.2.2). Sie kam wenn nötig täglich in die Klinik und war während der Durchführung der Kuren anwesend:

> *«Sie bleibt aber bei den Kranken nicht den ganzen Tag und nicht einmal einen halben, sondern geht bei Cardiazolkuren nach dem Anfall und bei Insulinkuren nach dem Erwachen wieder nach Hause. Sie macht Einträge in die Krankengeschichte bezüglich der gespritzten Dosen, aber nicht mehr. Sie gibt etwa Anweisungen, dass die Kranken zu beschäftigen seien, aber sie ist nicht dabei, und Psychotherapie wird keine angewendet. Die Beziehungen zu Herrn Dr. Torriani [Oberarzt, Anm. d. Verf.] sind ihrerseits so armselig als möglich.»*[155]

Im Fahrwasser der Insulinkuren erfuhr auch die Psychotherapie ein erhöhtes Interesse. Morgenthaler hob in seinem Standardwerk für die *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* dezidiert die zentrale Bedeutung der Psychotherapie bei den Schockkuren hervor. Akute psychotische Bilder und Verwirrtheitszustände würden, so liess Morgenthaler bereits 1936 verlauten, insbesondere im Anschluss an das Erwachen aus dem Benommenheitszustand auftreten und in dieser Phase seien psychische Einwirkungen besonders fruchtbar.[156] Das erwähnte Expertengutachten sah diese fruchtbaren Momente der therapeutischen Einflussnahme in der Klinik Waldhaus versäumt, da die Hilfsärztin «nach dem überstandenen Anfall» nach Hause gehe und den eigentlich «wichtigsten Teil der ganzen Kur» nicht selbst durchführe oder massgebend anleite.

> *«So ist das ungefähr dasselbe, wie wenn ein Chirurg den Schnitt machen würde und dann alles andere dem Hülfspersonal überliesse».*[157]

Da erst unter Singeisens Direktion 1946 eine eigene Insulinstation in der ehemaligen Loë-Abteilung auf der Frauenseite eingerichtet wurde, hatte das Pflegepersonal neben der Durchführung der Kur auch die Ordnung auf der Abteilung aufrechtzuerhalten.[158] Zudem verfügte es nicht über dieselben medizinischen Kenntnisse wie die kurleitende Ärztin. Das räumliche Setting, die mangelhafte ärztliche Betreuung und die bis 1944 fehlende Pflegeausbildung nach SGP-Richtlinien vermitteln den Eindruck, dass das Pflegepersonal Aufgaben übernehmen musste, die über seine Kompetenzen hinausgingen. Folglich schlossen die Gutachter, dass diese «überaus mangelhafte Handhabung» der modernen Schockkuren einen «negativen erzieherischen Effekt» auf das Personal habe.[159]

Nachdem die Umstände, unter denen das Gutachten angefertigt worden war, kritisiert worden waren, folgte zwei Jahre später ein weiteres, noch umfänglicheres Gutachten, das auch eine Untersuchung der damaligen Anstalt Realta miteinschloss

---

152 Müller (1936), S. 932.

153 Vgl. Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie (SANP) 39 (Ergänzungsheft), 1937, S. 8, 31.

154 Jahresbericht Waldhaus 1938, S. 127, siehe dazu auch Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus und Realta, Sitzung vom 19. Februar 1938.

155 StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 7.

156 Morgenthaler (1936), S. 211.

157 StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 8.

158 Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 195.

159 Die Experten, namentlich John E. Staehelin und Jakob Klaesi, zweifelten ohnehin an den «Heileffekten» der «Spritzerei». Sie sprachen der Psychotherapie und «geduldigen Aussprachen und Anregungen zur Arbeit und Unterhaltung» grössere Heilungschancen zu. Vgl. StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 8.

(vgl. Kapitel 2.2). In diesem zweiten Gutachten von 1945 wird J. B. Jörgers Perspektive auf die neuen Schockkuren ersichtlich. In seiner Stellungnahme bestätigte er, den neuen Methoden anfänglich zurückhaltend gegenübergestanden zu sein. Laut Gutachten kursierte ausserdem das Gerücht, J. B. Jörger habe sich erst zur Einführung der Methode entschieden, nachdem die «Öffentlichkeit» sich darüber beklagt habe, dass die neue Kur nicht eingesetzt würde; was das Gutachten konkret unter «Öffentlichkeit» verstand, bleibt letztlich unklar.[160] Offensichtlich gab es aber gesellschaftliche und sozialpolitische Stimmen, die ein Interesse an den neuen Behandlungsmethoden geäussert hatten. Die Gutachter des Berichts beschuldigten aber nicht mehr die kurleitende Hilfsärztin, sondern nahmen Jörger in seiner Funktion als Direktor in die Pflicht, insbesondere was die Vernachlässigung der wichtigen psychotherapeutischen Betreuung im Anschluss an die Behandlung mit Insulin oder Elektroschock betraf. Ungeachtet der fachlichen Entwicklungen habe sich Jörger, so die Expertenkommission, aus Pietätsgründen der Jörger'schen Tradition zu konservativer Haltung verpflichtet gefühlt. Alarmiert stellte das Gutachten fest, dass das Waldhaus zur Pflegeanstalt zu verkommen und von der Klinik Beverin überholt zu werden drohe.[161]

Nachdem J. B. Jörger 1946 unfreiwillig zurücktrat, reformierte und modernisierte sein Nachfolger Singeisen das Waldhaus grundlegend (vgl. Kapitel 2.2.2). Er unterstrich die Vorteile der Klinik in Chur gegenüber jener in Cazis: Zentralität und Stadtnähe, unmittelbare Nähe zum Kantonsspital sowie, im Gegensatz zur Klinik Beverin, keine als problematisch erachtete Verbindungen zu einer Strafanstalt. So wurden in den Folgejahren, abgesehen von den ausserkantonalen Burghölzli-Aufnahmen, die «therapeutisch aussichtsreichen frischen» Fälle wieder vermehrt dem Waldhaus zugewiesen.[162] Im Umkehrschluss erhöhte sich damit in der Klinik Beverin der Prozentsatz chronisch kranker Personen, die einer aktiven Therapie weniger zugänglich zu sein schienen. Diese Entwicklung wird anhand der Schizophrenie-Diagnosen sichtbar, die 1947 im Waldhaus stark sanken, in Beverin hingegen zunahmen (vgl. Diagramme 12 und 15). Zudem fällt die rasch ansteigende Zahl der Ein- und Austritte des Waldhauses genau in diese Frühphase der Ära Singeisens, während zeitgleich in der Klinik Beverin unter Direktor Pfister die Aufenthaltsdauer wieder anstieg und die Ein- und Austritte abnahmen (vgl. Kapitel 2.3, Diagramme 6 und 8).

Dass sich die Insulinkur trotz sukzessiver Einführung der modernen Psychopharmaka in den 1950er Jahren langfristig in der Klinik etablieren konnte, lag insbesondere an der chefärztlichen Tätigkeit Pflugfelders. Nach der Promotion, einer längeren Anstellung an der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Basel sowie einem kürzeren Einsatz in der Heil- und Pflegeanstalt Münsterlingen im Kanton Thurgau übernahm Pflugfelder 1951 das Direktorenamt im Waldhaus.[163] Ein Jahr vor seinem Stellenwechsel verfasste er unter der Leitung von John Eugen Staehelin-Iselin (1891–1969), seinem damaligen Vorgesetzten an den Psychiatrischen Universitätskliniken (PUK) Basel, eine ausführliche empirische Arbeit über die Bewusstseinsveränderung durch die Insulinkur.[164] Unterstützt wurde die Forschungsarbeit von der *Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften*, einer noch jungen Stiftung, die Stipendien für biologisch-medizinische Forschungsarbeiten vergab. Die empirische Grundlage der Arbeit von Pflugfelder bildeten ein Selbstversuch und Untersuchungen an 52 ausgewählten Patientinnen und Patienten der PUK Basel zwischen 1942 und 1950, bei denen er eine Insulinkur als angezeigt sah.[165] Mittels psychischer Explorationen, Dialogen mit den Kranken über Erlebnisse und Probleme, Orientierungsfragen, psychologischen Testaufgaben sowie Körpermessungen und motorischen wie sprachlichen Aufgaben versuchte er, den schrittweisen Verlauf hin zur starken Benommenheit, den Abbau intellektueller Funktionen und deren Wiederaufbau nach Erwachen aus dem komatösen Zustand zu untersuchen. Dafür begleitete und beobachtete er die Probanden und formulierte seine Erkenntnisse entlang der hypoglykämischen Stadien.[166]

---

160 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 36.

161 Ebd., S. 52.

162 StAGR V 13 f 12: Schreiben Wolf Seilers an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Chur, 19. Dezember 1949, S. 2.

163 StAGR V 13 e 3: Gottlob Pflugfelders Bewerbungsschreiben für die Direktionsstelle am Waldhaus, Münsterlingen, 7.4.1951.

164 Vgl. Pflugfelder (1951).

165 Es handelte sich um 40 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenien, sieben mit manisch-depressiven Krankheiten und fünf mit Neurosen, vgl. ebd., S. 2, 76.

166 Ebd., S. 76.

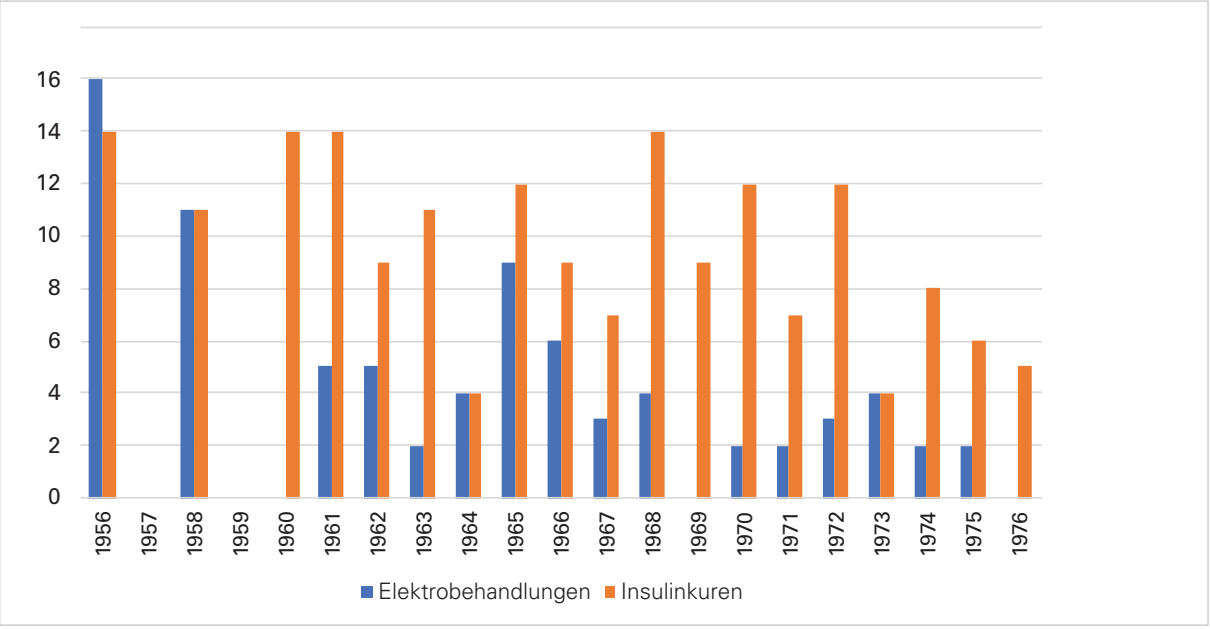


Diagramm 18: Anzahl Elektrobehandlungen und Insulinkuren an ausgewählten Stichtagen, Klinik Waldhaus 1956–1976

Anmerkung: Die Angaben stammen aus den Jahresberichten. Es ist also davon auszugehen, dass Pflugfelder diese Stichproben dokumentierte oder seinem ärztlichen oder pflegerischen Personal zur Erfassung in Auftrag stellte.
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1956–1976.

Sein grosses Interesse an der Erforschung von Bewusstseinsveränderungen hatte einen praktischen Bezugspunkt. Da in Fällen negativer Bewusstseinsveränderungen eine rasche Therapieeinleitung zentral sei, räumte er der Früherkennung solcher Störungen in der klinischen Psychiatrie einen sehr hohen Stellenwert ein. In den damals rund 15-jährigen Erfahrungen mit somatischen Behandlungsmethoden (Schlaf-, Insulin-, Krampf- und Elektrotherapie) sah er «geradezu Modellversuche […] für experimentell herbeigeführte Bewusstseinsveränderungen».[167] Denn zum einen durchlaufe der Kranke während Stunden einen langsamen Funktionsabbau, bleibe aber zugleich lange ansprechbar. Zum anderen werde eine solche Kur für gewöhnlich über mehrere Wochen hinweg durchgeführt. Daher betrachtete Pflugfelder die Insulinkur als ein probates Experimentierfeld zur Untersuchung menschlicher Bewusstseinsveränderungen. Pflugfelder bewertete die Ergebnisse seiner Studie positiv, da bei tiefen, aber unkompliziert verlaufenden Insulinkuren keine langanhaltenden intellektuellen Störungen zu verzeichnen gewesen seien. Zudem räumte er der Kur, insbesondere bei «frischen» Krankheitsfällen wie akuten «Schizophrenien», die einer Heilung oder wesentlichen Besserung noch zugänglich gewesen seien, eine grosse Erfolgschance ein. So sah er die Insulinkur bei jenen Personen als zweckdienlich, bei denen die Krankheit noch nicht «zu einem Abbau oder gar zu einer Zerstörung der Persönlichkeit» geführt habe.[168] Pflugfelders Studienerkenntnisse scheinen eine plausible Erklärung dafür zu sein, wieso die Insulinkur im Waldhaus bis in die späten 1970er Jahre weit häufiger als die Elektrobehandlung Anwendung fand (vgl. Diagramm 18).

Phasenweise Einschränkungen der Kuren beruhten nach deren Etablierung selten auf ärztlichen Bedenken gegenüber der Methode oder ihrem therapeutischen Potenzial, sondern auf finanziellen Schwierigkeiten und anstaltsbedingten Personalengpässen. So musste das Waldhaus beispielsweise ab 1940 wegen der wirtschafts- und kriegsbedingten Insulinrationierung zwischenzeitlich die Insulinbehandlungen aufgeben und durch die Elektroschocktherapie ersetzen.[169] Da die Insulintherapien sehr personalintensiv waren, hatte die

167 Ebd., S. 76.

168 Pflugfelder (1952).

169 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 36. Die Schweiz bezog das Insulin generell aus dem Ausland. Vgl. Germann (2013), S. 153.

Direktion zudem 1962 mangels diplomierter Pflegerinnen und Pfleger die Kuren einzuschränken.[170]

Aufgrund der Jahresberichte und Patientenakten lassen sich keine gesicherten Aussagen darüber machen, wie viele Insulinkuren im Waldhaus jährlich durchgeführt wurden.[171] Aus dem Diagramm 18 geht aber hervor, dass der Methode im Behandlungsalltag eine grosse Bedeutung zugemessen wurde, vor allem unter dem Chefarzt Pflugfelder. Diesen Eindruck bestätigt ein bemerkenswerter Bestand an «Insulindossiers», der im Verwaltungsarchiv Waldhaus überliefert ist.[172] Es handelt sich um 1'030 Personendossiers, die insgesamt 1'120 Insulinkuren zwischen 1946 und 1977 dokumentieren. Die Dossiers setzen zeitlich mit dem Amtsantritt von Direktor Fred Singeisen ein und enden mit dem Abgang von Gottlob Pflugfelder. Der Hauptteil der Dossiers fällt in die Amtszeit von Pflugfelder, der vermutlich die systematische Dokumentation von Singeisen weitergeführt hatte. Die Dossiers sind höchst aufschlussreich. Sie ermöglichen zum einen Einschätzungen über das Ausmass der Insulinkuren unter Pflugfelder. Zum andern illustrieren sie den täglichen Ablauf der Kuren, von den Insulin-Injektionen bis zu den teils heftigen körperlichen Reaktionen, die während der Kur und nach dem Erwachen aus dem komatösen Zustand auftraten. Zu diesen Reaktionen gehören spontane epileptische Anfälle, Erbrechen, Müdigkeit oder Kopfschmerzen. Zudem zeigen die Fälle, dass 20 Prozent der Insulinkuren mit einer Elektrobehandlung kombiniert wurden. Dabei fanden die beiden Behandlungsmethoden meistens nicht nacheinander, sondern parallel statt. Rund einem Fünftel aller Patientinnen und Patienten wurde im komatösen Zustand der Unterzuckerung ein Elektroschock verabreicht. Dass einige Patientinnen und Patienten laut Pflegerapport nach der Insulinkur an starken Kopfschmerzen litten, war oft eine Folge des zusätzlichen Elektroschocks.

Die Ablage dürfte vollständig sein. Danach erfolgten im Waldhaus zwischen 1946 und 1977 durchschnittlich 35 Insulinkuren pro Jahr. Die dokumentierten Kuren dauerten in der Regel 60 bis 90 Tage, also deutlich länger als ein paar Wochen.[173] 136 der 1'120 Insulinkuren wurden sogar über drei Monate lang aufrechterhalten. Die längste aller überlieferten Kuren dauerte insgesamt 227 Tage, also rund 7 Monate, und wurde einem 16-jährigen Mädchen appliziert. Die jüngste Person, die zwischen 1946 und 1977 behandelt wurde, war ein 13-jähriger Junge. Er wurde 1956 über drei Monate lang Insulinbehandlungen unterzogen.[174] Insgesamt 46 Personen waren zum Behandlungszeitpunkt minderjährig, beziehungsweise jünger als 20 Jahre; das Mündigkeitsalter wurde in der Schweiz erst 1996 auf 18 Jahre gesenkt.

Aus den Dossiers wird nicht ersichtlich, ob die Patientinnen und Patienten oder ihre gesetzlichen Vertreter im Voraus in die Insulinkur eingewilligt hatten. Die «Insulinblätter» enthalten kein vorgedrucktes Feld für eine schriftliche Einverständniserklärung. Entweder wurde das Einverständnis anderweitig schriftlich festgehalten, mündlich vereinbart oder gar nicht eingeholt.

Aus einzelnen «Insulindossiers» geht jedoch klar hervor, dass verschiedene Patientinnen und Patienten gegen ihren expliziten Willen einer Insulinkur unterzogen wurden. Am drastischsten sichtbar wird der Zwangsaspekt bei Todesfällen. Zwei Männer der insgesamt 1'030 Personen starben während der Kur. Einer der beiden verstarb 1949 an einem Herzinfarkt während des 116. Kurtags. Der 39-jährige Patient wurde bereits zuvor im Nervensanatorium Wyss Münchenbuchsee im Kanton Bern mit Insulin behandelt. Nach der Verlegung ins Waldhaus entschieden die Ärzte in Chur, ihn erneut einer grossen Kur zu unterziehen. Aus den Rapporten, die die Pflegenden auf der Rückseite der «Insulinblätter» aufgezeichnet hatten, wird deutlich, dass sich der Patient ausdrücklich gegen die Behandlung gewehrt hatte. Er unterstellte den behandelnden Ärzten und Pflegern, sie würden ihm willentlich eine zu hohe Dosis Insulin verabreichen, die aus seiner Sicht in Kombination mit einem Elektroschock tödlich enden könnte. Im Pflegerapport des 115. Kurtags, einen Tag vor dem Tod des Patienten, heisst es:

---

170 Jahresbericht Waldhaus 1962, S. 61.

171 Siehe dazu Kapitel 3.1.5, in dem die Schwierigkeiten besprochen werden, die im Zusammenhang mit der Auswertung der Krankenakten aufgetreten sind.

172 Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus 1946–1977.

173 Von den insgesamt 1'120 Insulinkuren dauerten 42 weniger als 30 Tage, 145 ca. 30 Tage, 481 ca. 60 Tage, 316 ca. 90 Tage und 136 über 90 Tage. Die statistische Auswertung hat ergeben, dass 55 Prozent der 1'030 Personendossiers Frauen betreffen. Die gestellten Diagnosen sind auf den Insulindossiers nicht vermerkt worden, vgl. ebd.

174 Da nicht auf allen Personendossiers das Alter angegeben wurde, könnte die Anzahl Minderjähriger noch höher liegen. Aufschluss darüber gäbe ein Quervergleich aller Dossiers mit den entsprechenden Krankenakten anhand der Patientennummern.

«Pat. war leicht deprimiert und kam nur ungern zur Kur. Auch bei der Einspritzung sagte er sofort, man wolle ihn mit einer so grossen Dosis nur töten. Pat. bat auch, man möge ihm ja keinen Schock machen, er habe so grosse Angst davor. Nach dem E. S. erwachte er nur langsam, später trank er den Tee recht gut. Als Pat. auf die Abtlg. zurück kam sagte er, er habe ganz steife Arme, überhaupt der ganze Körper sei ganz steif.[175]

Die Behandelnden gingen nicht auf die Bitte des Patienten ein, und kombinierten die Insulinkur an diesem Tag mit einem Elektroschock. Am folgenden Tag gab der Patient an, er habe Angst eine weitere Behandlung nicht zu überleben. Die Behandlung wurde ungeachtet dessen fortgeführt, mit fatalen Folgen für den Patienten:

«Mit schlechter Laune kommt Pat. mit zur Kur, dabei sagte er, dass es heute das letzte Mal sei, überhaupt könne man ihn mittags als Leiche fortragen so grosse Spritzen bekömme er. Bei Benommenheit musste Pat. fixiert werden, da er sehr stark aktiviert war, auch urinierte er ins Bett. Um 10.30 war Pat. vorgesehen zum Abbruch der Kur, um 10.40 hatte Pat. einen Herzschlag und verschied.»[176]

Dass Patientinnen und Patienten während der Kur von Pflegenden fixiert wurden, war nicht unüblich.[177] Die zweite Person, die während der Insulinkur verstarb, war ein 50-jähriger Mann. Am 68. Kurtag kombinierten die Behandelnden die Insulinkur mit der Abgabe von Cardiazol, einer chemischen Verbindung, die bei Betroffenen künstlich einen starken epileptischen Krampfanfall auslöste. Krampftherapien mit Cardiazol galten spätestens seit den 1940er Jahren als zu gefährlich und überholt. Schrittweise wurden sie durch die weniger invasiven Elektroschocktherapien ersetzt – nicht aber bei diesem Patienten, der 1960 nach wie vor mit Cardiazol behandelt wurde. Rund zwei Stunden nach Beginn der Insulinkur verabreichte ein Arzt dem Patienten den Stoff, auch hier mit tödlichen Folgen:

«Patient kam ungern zur Kur, führte auf dem ganzen Weg und im Bett Selbstgespräche. […] Um 9.15h. wurde durch Hr. Dr. […] Cardiazol-Behandlung durchgeführt, […] worauf ein starker Anfall, mit starken Schockkrämpfen und starken Zuckungen [folgte]. Sein Gesicht verfärbte sich nun leicht zyanotisch. Nach dem Anfall blieb die Atmung aus. Es wurde sofort mit künstlicher Atmung begonnen und Sauerstoff zugeführt. […] Hr. Dr. Pflugfelder wurde gerufen, Exitus 9.20 Uhr.»[178]

Es gab auch aber Patientinnen und Patienten, die sich erfolgreich gegen die Durchführung von Insulinkuren wehrten. Das verdeutlicht das Beispiel einer 43-jährigen Patientin, die am 37. Kurtag gemäss Pflegerapport «strikte die Insulin Injektion verweigert[e]». Dabei stellte sie sich ausdrücklich auf den Standpunkt, «dass sie die Kur mit Einverständnis ihres Gatten beendet habe».[179] Die Behandlung wurde daraufhin abgebrochen.

Nach Pflugfelders Ära kamen Insulinkuren nur noch in Ausnahmefällen zur Anwendung.[180] Das Waldhaus war eine der letzten Schweizer Kliniken, die Insulinkuren anwendeten, obwohl sie in der Fachwelt seit den 1950er Jahren kritisiert und andernorts durch Psychopharmaka ersetzt worden waren. Pfleger Vitus Bass, der im Waldhaus den zuständigen Insulinpfleger bei ferienbedingten Abwesenheiten vertrat, erinnerte sich sogar an Anfragen von Angehörigen aus Deutschland, Österreich und Italien, die in der Insulinkur die letzte Hoffnung für eine erfolgreiche Behandlung ihrer stark leidenden, unheilbar kranken Kinder sahen – einzelne seien daraufhin auch aufgenommen und behandelt worden.[181]

---

175 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 115, Dossier Patient, geb. 1910, Insulin-E.S.-Blätter vom 22.12.1948–24.5.1949.

176 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 116, Dossier Patient, geb. 1910, Insulin-E.S.-Blätter vom 22.12.1948–24.5.1949.

177 Ein 24-jähriger Patient, der sich gegen die Injektion wehrte, «musste» laut Pflegerapport «durch drei Pfleger gezwungen werden». Nach der Kur habe er «bei jeder Gelegenheit» versucht, «zur Tür hinaus zu kommen»; er sei «oft ziemlich laut» geworden, «weil er nicht gehen durfte». Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 81, Dossier Patient, geb. 1930, Insulinkuren vom 31.1.1954–8.5.1954.

178 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 68, Dossier Patient, geb. 1910, Insulinkuren vom 4.1.1960–26.3.1960.

179 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 37, Dossier Patientin, geb. 1913, Insulinkuren vom 11.4.1956–1.6.1956.

180 Graf (1986), S. 12.

181 Interview mit Vitus Bass, 01.38.46–01.39.19.

Therapeutische Reformen unter Walther, strukturelle Massnahmen unter Seiler: Die Insulinkuren in Beverin

Die Einführung somatischer Kuren stand auch in der Klinik Beverin in direktem Zusammenhang mit dem Wechsel des Chefarztes im Jahr 1940.

> *«Mit Dir. Walther kam ein ganz neuer Geist in das Haus. Er verstand es, durch medizinische und organisatorische Reformen Realta [ab 1951 Beverin, Anm. d. Verf.] innerhalb kurzer Zeit zu einer modernen Anstalt zu machen, während das Waldhaus in der alten Weise weiterbetrieben und damit in den zweiten Rang zurückversetzt wurde.»*[182]

Walthers «ausgesprochene Vorliebe» für die neuen somatischen Behandlungsmethoden sei, so Aufsichtskommissionspräsident Wolf Seiler, von seiner Fähigkeit begleitet gewesen, das Personal für seine Arbeit «zu begeistern».[183] Sein Enthusiasmus, die Behandlung dem zeitgenössischen medizinischen Wissensstand anzupassen, wurde durch die in der Klinik vorgefundene Ausgangslage jedoch arg getrübt. Für die neuen somatischen Methoden, die vor allem bei «frischen» Krankheitsfällen angezeigt waren, sah er angesichts der grossen Zahl dauerversorgter chronischer Pflegefälle kaum Erfolgsaussichten. Obwohl die Klinik Beverin in dieser Phase im Begriff war, dem Jörger'schen Waldhaus den Rang als Heilanstalt abzulaufen, befanden sich in der Klinik nach wie vor vor allem chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Zudem folgte mit Direktor Pfister 1946 ein Chefarzt, der sich wiederum skeptisch gegenüber den somatischen Methoden zeigte und Ansätze der Psycho- und Arbeitstherapie stärker unterstützte. Im Rahmen einer Untersuchung von 1953 über die Rechtsgültigkeit der fristlosen Entlassung der damaligen Ober- und Vize-Oberschwester bestätigte der neue Direktor Emil Seiler, dass unter Pfister «weniger aktive Therapie getrieben worden sei als unter Dr. Walthers und unter seiner […] Direktion».[184] Das Zwischentief der Aufnahme- und Entlassungsziffern während Pfisters Ära scheint diese Einschätzung zu bestätigen (vgl. Kapitel 2, Diagramm 8). Seiler präzisierte aber, dass zur Zeit Pfisters «sehr wenige Akutkranke in die Anstalt gekommen seien». Denn mit dem 1946 initiierten Direktionswechsel in der Klinik Waldhaus – von J. B. Jörger zu Singeisen – seien «die akuten Fälle wieder vorwiegend in diese Anstalt eingewiesen worden». Dadurch habe die Klinik Beverin «wieder mehr ihren ursprünglichen Charakter als Pflegeanstalt» angenommen. Insofern dementierte Seiler, dass Pfister eine pessimistische therapeutische Haltung eingenommen habe. Vielmehr habe Pfister mit der Situation gekämpft, dass angesichts der grossen Zahl an chronisch kranken Patientinnen und Patienten «aktive therapeutische Massnahmen in der Regel nutzlos» gewesen seien.[185]

Gleichwohl versuchte Seiler den Kurs von Walther wieder aufzunehmen und liess 1952 eine Insulinstation mit modernster Innenausstattung einrichten.[186] Mit der Reorganisation wurde die Methode in ein klar geregeltes, medizinisch-wissenschaftliches Setting mit neusten Instrumenten (zur Messung von Puls, Atmung und Temperatur) versetzt. Damit wurde die Grundlage für eine gründliche ärztliche und pflegerische Beobachtung gelegt. Für die wochenlangen Insulinkuren wurde eine ruhige Atmosphäre als sehr wichtig erachtet – mit der neuen Insulinstation konnte insofern eine klare Absonderung von den anderen Stationen gewährleistet werden. Dass die Insulintherapie auch in Beverin bis 1970 zum Behandlungsalltag gehörte, lag unter anderem daran, dass die neuen Psychopharmaka Largactil und Serpasil für die Klinik anfänglich sehr teuer waren.[187] Vor dem Hintergrund dieser ökonomischen Überlegungen begann sich eine Behandlungstendenz nach Krankheitsstatus zu etablieren; bei chronischen Erkrankungen griff man zu den neuen Psychopharmaka und bei «frischen Fällen» kamen weiterhin die «alt bewährten klassischen Insulin- und Elektrobehandlungen» zur Anwendung.[188] Ob die als Extraleistungen separat abgerechneten Insulin-

---

182 StAGR V 13 f 12: Schreiben Wolf Seilers an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Chur, 19. Dezember 1949, S. 2.

183 Vgl. ebd. Diese Einschätzung dürfte auch im Zusammenhang mit Walthers Einführung systematischer Ausbildungskurse nach den SGP-Vorgaben stehen (vgl. Kapitel 4.1).

184 Vgl. StAGR V 13 f 8: Bericht über die Ergänzungsuntersuchung i. S. Anstalt Beverin, 1953, S. 10.

185 Ebd., S. 10–11.

186 Vgl. dazu Jahresbericht Realta/Beverin 1952, S. 62, und StAGR V 13 f 12: Schreiben Wolf Seilers an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Chur, 19. Dezember 1949, S. 2.

187 Eine genaue Angabe der letzten Insulinkuren ist schwer zu eruieren. Walter Monstein habe bei der Rückkehr von seiner Zeit als Hausvater des Altersheims Rothenbrunnen (1960–1970) keine Insulinstation mehr vorgefunden. Vgl. Interview mit Walter Monstein, 1.33.30–1.34.38.

188 Jahresberichte Realta/Beverin 1955, S. 62, 1957, S. 10.

kuren auch ökonomisch attraktiv waren, kann aufgrund der ausgewerteten Quellenbestände nicht abschliessend geklärt werden.

Verantwortung und Hierarchie im Widerspruch: Gefahren in den Händen des Pflegepersonals

Die ehemaligen Pfleger der Klinik Waldhaus, Armin Pirovino und Vitus Bass sowie Christian Schaub und Walter Monstein, Pfleger der Klinik Beverin, gaben Einblicke in ihre eigenen Erfahrungen mit Insulinkuren. Mit Pirovino, Schaub und Monstein blicken wir in die Praxis der 1950er und 1960er Jahre zurück, mit Bass in die Spätanwendungen der 1970er Jahre. Zudem führte Annatina Graf in ihrer Diplomarbeit von 1986 ein Interview mit Alfred Egli (*1923, Pseudonym), der von 1954 bis 1977 leitender Pfleger der Insulinstation in der Klinik Waldhaus und damit ein Spezialist für Insulinkuren war; man bezeichnete seine Position zeitgenössisch auch als «Insulinpfleger».[189] Durch Egli lässt sich eine Verbindung zu Bass herstellen, der den Insulinpfleger in den 1970er Jahren bei krankheits- oder urlaubsbedingten Ausfällen in der leitenden Funktion vertrat.[190]

Die 1946 eingerichtete Insulinstation im Waldhaus bestand laut Egli aus 14 Betten, die auf verschiedene Zimmer verteilt und bis zur Einführung der Psychopharmaka sehr gut belegt waren.[191] Die Station selbst war in zwei geschlechtergetrennte Abteilungen aufgeteilt, wobei Pirovino festhielt, dass es hier zu frühen Formen des Austauschs und der Zusammenarbeit zwischen dem weiblichen und männlichen Pflegepersonal gekommen ist (vgl. Kapitel 4.1.4).[192] Gemäss Egli gestaltete sich der Ablauf der Insulinkur so, dass die Pflegeperson frühmorgens die zu behandelnde, zwingend nüchterne Person – grösstenteils Personen mit akuter Schizophrenie – von der jeweiligen Abteilung auf die Insulinstation begleitete. Darauf folgten Abklärungen von Herzfunktionen und Kreislauf. Anschliessend legte sich die Person ins Bett und erhielt zwischen 6.30 und 7.00 Uhr die täglich von ärztlicher Seite neu dosierte Insulinspritze durch das spezialisierte Pflegepersonal. Pirovino ergänzte hierzu, dass er die Insulinkur oft bereits auf der eigenen Station mit der Einspritzung einer Insulineinheit eingeleitet hatte und die Patientinnen und Patienten danach innerhalb eines bestimmten Zeitfensters auf die Insulinstation brachte.[193] Dass damit dem Pflegepersonal eine hohe Verantwortung zukam, zeigt ein Beispiel, das Pirovino besonders in Erinnerung blieb. Trotz der Begleitung durch zwei Pfleger flüchtete ein junger, schlanker Patient auf dem Weg zur Insulinstation durch den Zaun aus dem Klinikgelände. Da dem Patienten bereits eine erste Injektion Insulin appliziert worden war, befürchtete Pirovino, dass er an einer Unterzuckerung sterben würde und alarmierte deswegen dessen Tante. Glücklicherweise wusste der Patient genau, was gegen die Unterzuckerung zu unternehmen war, und fand sich kurze Zeit später bei seiner Tante zum Frühstück ein.

Die eigentliche Kur auf der Insulinstation dauerte je nach Krankheitsschwere 30, 60 oder 90 Tage. Die überlieferten «Insulindossiers» im Waldhaus zeigen, dass die Kur in einigen Fällen auch weit länger dauerte.[194] Bei der Durchführung hatte das spezialisierte Pflegepersonal, so Bass, die Behandlung ständig zu überwachen, den Bewusstseins- und Benommenheitszustand zu messen und auftretende Schläfrigkeit sowie Einschränkungen der Reaktions- und Denkfähigkeit genau zu beobachten, zu testen, zu messen und in einer Tabelle zu dokumentieren.[195]

Der Übergang von der leichten zur starken Benommenheit war eine Phase der Aktivität.[196] Die Patientinnen und Patienten waren, so Pirovino, motorisch aktiv und laut geworden und wurden deshalb häufig fixiert.[197] Laut Pirovino erfolgten die zwangsweisen Fixierungen zum Schutz vor Selbst- und Fremdverletzungen, aber auch zur Aufrechterhaltung der Stationsordnung und Durchführung der Kur. Die Betroffenen waren in dieser Übergangsphase teilweise auch euphorisch und redeten «wie Bücher» ohne Unterbruch. Viele hatten zudem starke Schweissausbrüche.[198]

Sobald der prekäre Zustand starker Benommenheit erreicht war, unterbrach die Pflegeperson die Kur mit einem mit Traubenzucker gesüssten

189 Interview mit Alfred Egli vom 2.1.1986, in: Graf (1986).
190 Bass nannte Egli nicht explizit im Interview, die Konstellation legt diesen Schluss aber nahe.
191 Alfred Egli, in: Graf (1986), S. 12.
192 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 24.30–24.55.
193 Ebd., 23.47–25.25.
194 Von Zeit zu Zeit wurde während den Insulinkuren ein sogenannter «Schontag» eingelegt, der bisweilen auch mit Urlaubs- oder Feiertagen zusammenfiel. Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977.
195 Interview mit Vitus Bass, 1.41.30–1.44.10.
196 Bei einer «starken Benommenheit» waren laut Bass Babinski- und Pupillenreflex noch vorhanden. Vgl. Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020.
197 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 25.10–25.25.
198 Interview mit Vitus Bass, 1.45.09–1.45.17.

Tee, der über eine Nasensonde verabreicht wurde. Einige Kranke mussten sich laut Pirovino unmittelbar danach übergeben. Dadurch fiel die Glucose-Wirkung aus, woraufhin der Arzt, der erst beim Kurabbruch zugegen gewesen war, eine intravenöse Spritze verabreichte.[199] Die Beurteilung des richtigen Zeitpunkts für den Abbruch der Kur setzte ein medizinisches Wissen voraus, das durch die nach wie vor primär praktisch orientierte Pflegeausbildung der 1950er Jahre nicht gewährleistet wurde (vgl. Kapitel 4.1). Der «richtige Zeitpunkt» für den Abbruch der Behandlung war überdies von Mensch zu Mensch verschieden. Dementsprechend bezeichneten die vier interviewten Pfleger diese akute Phase, die eine schnelle Handlungsfähigkeit verlangte, als äusserst kritisch und gefährlich. Denn häufig befanden sich die Patientinnen und Patienten in der Aufwachphase, bis sie wieder volles Bewusstsein erlangten. Sie waren unruhig bis euphorisch und mussten gemäss Bass gut im Auge behalten werden.[200] Im Wissen um diese psychisch intensive Aufwachphase fixierte das Pflegepersonal vorbeugend unruhige Personen teilweise schon vor der Kur. Bass und Pirovino sahen die Phase des Kurabbruchs – entgegen der gängigen Lehre – kaum als günstigen Zeitpunkt zur psychischen Einflussnahme.

Aus pflegerischer Perspektive war nach dem Verlassen der Insulinstation weder die Kur beendet noch waren allfällige Gefahren behoben, wie man es infolge des Umgangs der Hilfsärztin mit der Kur hätte annehmen können. Sobald die Betroffenen zurück auf der Station waren, hatten sie unverzüglich unter pflegerischer Aufsicht ein ordentliches Frühstück einzunehmen, um nicht wieder in den komatösen Zustand zurückzufallen. Selbst die Nachtwache war aufgefordert, auf Nachfolgereaktionen wie starkes Schwitzen zu achten.[201] Die Patientinnen und Patienten waren nach der Kur oft müde und schweissgebadet. Nach einem Bad oder dem Waschen war es ihnen, im Gegensatz zu anderen Patientengruppen, erlaubt, einen Mittagsschlaf zu halten. Bass bewertete die spezielle Betreuung im Anschluss an die Insulinkur als eine Art Belohnung für die schwere Behandlung.[202] Am Nachmittag folgte ein längerer Spaziergang mit der Pflegeperson, die auf der Insulinstation die Kur durchgeführt hatte, um eine starke Gewichtszunahme der Behandelten zu verhindern und die aufgebaute Bindung mit der kurführenden Pflegeperson für psychotherapeutische Zwecke nützen zu können. Ersteres gelang aber nur vereinzelt, Pirovino und Bass beobachteten vor allem bei Frauen häufig eine starke Gewichtszunahme.[203]

Die Insulinkuren der Klinik Beverin waren ähnlich strukturiert, scheinen aber seltener zur Anwendung gekommen zu sein. Walter Monstein berichtete von etwa vier Personen, die jeweils am gleichen Tag behandelt wurden.[204] Analog zum Waldhaus scheinen auch in Beverin über das ganze Jahr hinweg ein Pfleger und eine Schwester für die Kuren eingeteilt gewesen zu sein. Da Schaub und Monstein aber kaum auf der Insulinstation gearbeitet haben, sind ausführliche Angaben über die Kurpraxis in Beverin nicht möglich.[205]

Kaum eine andere Behandlung war für das Pflegepersonal derart anspruchsvoll wie die Insulinkur. Erschwerend kam hinzu, dass jeweils mehrere Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreut und überwacht werden mussten. Den Pflegenden war durchaus bewusst, dass die Behandlungsmethode in Fachkreisen kritisch diskutiert wurde. Bass beispielsweise bezeichnete die zeitintensive Insulinkur als «Risikobehandlung».[206] Angesichts der diversen Gefahren der Kur – das Risiko einer Flucht vor oder nach der Behandlung mit Insulin, die gesteigerten motorischen und halluzinatorischen Aktivitäten während der Therapie und das schwierige Abschätzen des richtigen Zeitpunkts für den Kurabbruch – hatte das Pflegepersonal eine sehr grosse Verantwortung zu tragen. Die Direktoren schienen sich auf dieses Verantwortungsbewusstsein der Pflege verlassen zu haben, denn die Arbeit auf der Insulinstation war laut Pirovino fester Bestandteil der dreijährigen Lehrzeit.[207] Abgesehen davon führten die «Insulinpfleger» die Kuren in der Regel alleine und ohne ärztliche Auf-

199 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 26.40–27.15.
200 Interview mit Vitus Bass, 1.44.50–1.45.10.
201 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 29.08–29.45.
202 Interview mit Vitus Bass, 1.44.47–1.44.51.
203 Nicht das Insulin selbst führt zur Gewichtszunahme, aber es senkt den Blutzuckerspiegel, sodass der Körper weniger Wasser ausscheidet und mit der Nahrung aufgenommene Kohlenhydrate, die zuvor über den Urin ausgeschieden wurden, besser verwerten kann. In der Konsequenz verzehrt der Betroffene mehr Kalorien als er verbraucht.
204 Interview mit Walter Monstein, 1.33.10–1.34.20.
205 Gemäss Monstein hatte bei ihren Insulinkuren stets ein Arzt zugegen zu sein; quellenbedingt ist es schwierig zu beurteilen, ob eine ärztliche Begleitung in Beverin konsequenter als im Waldhaus gewährleistet wurde. Vgl. ebd., 32.48–33.25.
206 Interview mit Vitus Bass, 1.40.54–1.41.59.
207 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme, 1, 26.23–26.37.

sicht durch. In Anbetracht der enormen Belastung und des ungleichen medizinischen Wissensstands des Personals siedelte Bass diesen Umstand rückblickend in einer rechtlichen Grauzone an.[208] Insofern schien die «gewissenhafte Überwachung und sorgfältige Betreuung» durch Arzt und Pflegepersonal, die Pflugfelder bei der Insulinkur als besonders wichtig erachtete, in der Praxis nur einseitig gewährleistet zu sein.[209] Da Pflugfelder dem Pflegepersonal zudem die Einsicht in die Patientenakten verwehrte (vgl. Kapitel 4.1), war sein Wissen über die zu behandelnde Person auf die schriftlichen und mündlichen Rapporte beschränkt. Die starren Hierarchieverhältnisse zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal schienen dieses Missverhältnis strukturell legitimiert zu haben. Denn nur so lässt sich erklären, dass Pirovino und Bass im Rückblick erstaunt waren, diese Verantwortungsübertragung bei den Insulinkuren überhaupt akzeptiert zu haben.[210]

Trotz starker Bedenken über die damalige Pflichtenverteilung zeigten die interviewten Pfleger ein ausgesprochen präzises Expertenwissen; sie waren nicht nur begleitendes Hilfspersonal, sondern führten die Kuren selbst und pflichtbewusst durch. Daraus resultierte in der Konsequenz eine Diskrepanz zwischen der ärztlichen Autorität und der tragenden Rolle des Pflegepersonals. Vielleicht gerade wegen der entscheidenden Rolle des Pflegepersonals und der Nähe zu den Patientinnen und Patienten glaubte Bass an einen möglichen Therapieerfolg durch die Insulinkur und hoffte, damit speziell Patientinnen und Patienten mit schweren und chronischen Krankheitsverläufen von ihren Leiden befreien zu können. In seinen Beschreibungen dieser schwerwiegenden Fälle, denen er «mit leeren Händen» gegenüberstand, betonte er primär den Leidensdruck der Betroffenen und die grossen Schwierigkeiten, die sie mit ihrer Krankheit ihrem sozialen Umfeld bereiteten. Bezeichnenderweise berichtete er, dass Insulinkuren nicht nur bei Schizophrenien, sondern auch bei Mischdiagnosen aus dem schizophrenen und manisch-depressiven Kreis zur Anwendung gekommen sind. Diese Anmerkung verweist zum einen auf die grosse – und oft auch letzte – Hoffnung, die man in die neue Kur gesetzt hatte. Zum anderen scheint sie Ausdruck jener Schwierigkeit zu sein, eindeutige Grenzen zwischen den Krankheitsbildern ziehen zu können (vgl. Kapitel 3.2).

Affektive Aktivierung: Von der Cardiazol- zur Elektrokrampftherapie

Seit 1938 applizierten viele Schweizer Heil- und Pflegeanstalten sogenannte Cardiazolkrampftherapien, die wenige Jahre davor vom Budapester Psychiater Ladislas Joseph Meduna (1896–1964) entwickelt worden waren. Im Gegensatz zu den Insulinkuren diente das Cardiazol, ein kreislaufstimulierendes Tetrazol-Derivat, vorwiegend zur Behandlung von manisch-depressiven Erkrankungen.[211] Durch die Injektion einer bestimmten Dosis lösten Psychiater bei der betroffenen Person einen epileptischen Krampfanfall aus.[212] Da diese stark invasive Form der Krampftherapie schwer zu kontrollieren war und ohne Fixierungsvorrichtungen grössere (Selbst-)Verletzungen nach sich ziehen konnte, wurde sie bereits 1939 weitgehend durch die konvulsive Elektrotherapie ersetzt.[213] Die Elektrokrampftherapie oder auch Elektrobehandlung wurde ursprünglich vom italienischen Psychiater Lucio Bini (1908–1964) entwickelt. Bini berichtete erstmals am Münsinger Kongress von 1937 von der elektrischen Herbeiführung epileptischer Anfälle bei Schweinen. In Zusammenarbeit mit Ugo Cerletti (1877–1963) konstruierte er den ersten Elektroschockapparat, den sie 1938 in die psychiatrische Behandlung integrierten. In der Schweizer Psychiatrie war Max Müller der erste Psychiater, der die neue Methode als bessere Alternative zur Cardiazolbehandlung einführte.

> *«Es war der Elektroschock, der die entscheidende Wendung brachte, entscheidend nicht nur für den äusseren Ablauf des Anfalles, der gleich blieb und auch, wie sich bald zeigte, entgegen den Erwartungen dieselben Risiken barg, sondern, das entschieden wichtigste, entscheidend für das subjektive Erleben der Kranken. Mit dem Anfall auslösenden Stromstoss trat unmittelbar Bewusstlosigkeit ein, vielleicht noch vorhandene Reste von Missempfindungen wurden durch die nachher bestehende Erinnerungslücke zugedeckt. Nun war es keine Quälerei mehr, die Patienten*

208 Interview mit Vitus Bass, 1.41.00–1.41.07.

209 Vgl. Pflugfelder (1952).

210 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 26.35–26.47; Interview mit Vitus Bass, 1.43.30–1.44.01.

211 Germann (2013), S. 153.

212 Laut Medizinhistoriker Porter konnte diese Form der Schocktherapie derart heftige Krämpfe auslösen, dass Betroffene Knochenbrüche erlitten, vgl. Porter (2005), S. 193.

213 Meier et al. (2002), S. 93.

hatten nichts mehr gegen eine Wiederholung der Behandlung, […] und es wurde nun möglich, auch sensible, leicht kranke Menschen der Therapie zu unterziehen.»[214]

Durch die gezielte Applikation elektrischer Stromstösse verfolgte die Elektrokrampftherapie grundsätzlich das traditionelle Prinzip des Erschütterns einer «Ver-rücktheit», um so die psychisch kranke Person aus ihrer Krisensituation zu befreien.[215] Abgesehen von den neuen modernen Vorrichtungen unterschieden sich die Elektrobehandlungen aber nicht wesentlich von früheren körperbezogenen Methoden wie Sturzbädern. Durch den Einsatz muskelerschlaffender narkotischer Medikamente war die Methode jedoch im Vergleich zur Cardiazolkrampftherapie weniger invasiv. Nach einer zwischenzeitlichen Zäsur ab den 1980er Jahren findet die Elektrobehandlung inzwischen, unter stark veränderten Voraussetzungen und in technisch grundlegend verfeinerter Ausführung, wieder Anwendung. Auch die PDGR erhielt im Jahr 2014 die bundesamtliche Lizenz zur Durchführung der Elektrokonvulsionstherapie, allerdings nur unter Vollnarkose und in somatischen Spitälern.[216]

Die Klinik Waldhaus griff gemäss Jahresberichten bis 1943 zu Kuren mit Cardiazol, ersetzte diese anschliessend aber gänzlich durch die Elektrokrampftherapie.[217] Wie den «Insulindossiers» zu entnehmen ist, stimmt das nicht – die Cardiazolkrampftherapie fand mindestens bis 1960 weiterhin Anwendung. Im Vorfeld zu Singeisens Einrichtung der Insulinstation 1946 erfolgten die Schockkuren ausschliesslich auf den einzelnen Abteilungen, was speziell bei mehrfach belegten Räumen zu Unruhen führen konnte. Im Jahr 1951 erlebte die Elektrokrampftherapie jedoch eine massgebliche Verbesserung. Durch die Anwendung von Curare und Pentothal, die eine anästhetische Wirkung hatten, wurde die Behandlungsprozedur für die Patientinnen und Patienten wesentlich erträglicher gemacht.[218] Bei Curare handelt es sich um eine Gruppe von Alkaloiden, die aus südamerikanischen Pflanzenarten gewonnen wurden und der Ruhigstellung der Muskulatur und damit der Vorbeugung von allfälligen Organverletzungen diente. Pentothal hingegen ist ein Hypnotikum aus der Wirkstoffklasse der Barbiturate, das über eine sedierende und narkotische Wirkung verfügt. Die Behandlungsmodifikationen durch die beiden Wirkstoffe erlaubten es, so Pflugfelder, die Patientinnen und Patienten «schonend und ohne seelische Belastung» durch die Elektrobehandlung zu führen.[219] Pflugfelder hatte eine relativ klare Vorstellung davon, bei wem eine Elektrokrampftherapie in Frage kam. Er sah die Applikation bei «Gemütsleidenden» mit Selbstmordgedanken angezeigt. Diese sollten einer raschen spezialärztlichen Behandlung unterzogen werden, damit ihre «schwerbedrückte, verzweifelte Stimmung» mittels Elektrobehandlung einer «Zuversicht und Ausgeglichenheit» Platz machen könne.[220] Folgt man der Symptombeschreibung, führten die Waldhaus-Chefärzte Elektro-, wie auch zuvor Cardiazolanwendungen, hauptsächlich zur Behandlung von Depressionen durch. Mehrere Fallbeispiele aus den Beschwerde- und Insassenakten legen jedoch nahe, dass häufig auch bei Schizophrenien, neurotischen Platzängsten, epileptoiden Zügen oder auch «hysterischen» Reaktionen, also sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern, aus ärztlicher Perspektive eine Elektroschocktherapie angezeigt schien.[221] Alois Kappeler, der in den 1970er Jahren in beiden Bündner Kliniken untergebracht wurde, bezeichnete die Elektrokrampftherapie zudem ausdrücklich als Disziplinierungsmassnahme (vgl. Kapitel 5.1). Im Laufe der 1970er Jahre wurden die Elektrobehandlungen im Waldhaus sukzessive durch den Einsatz von Antidepressiva (Thymoleptika) ersetzt. Zudem berichtete Pirovino, dass im Waldhaus unter Fontana, der 1977 die Chefarztstelle übernahm, nur noch in Ausnahmefällen somatische Kuren durchgeführt wurden.[222]

In den oben erwähnten «Insulindossiers» (1946–1977) sind, sofern die Insulinkur mit einer Elektroschocktherapie kombiniert wurde, auch die «Elektrokurblätter» abgelegt.[223] Diese beinhalteten eine Spalte «Bewilligung», vermutlich der Ort für die schriftliche Einverständniserklärung durch eine Unterschrift. Diese Spalte blieb in vielen Fällen leer. Nur vereinzelt ist darin eine Jahreszahl eingezeichnet – vermutlich das Datum der abge-

214 Müller (1982), S. 244–249.
215 Meier et al. (2002), S. 94.
216 Zur Elektrokonvulsionstherapie bei den PDGR siehe https://www.pdgr.ch/wp-content/uploads/2019/08/Elektrokonvulsionstherapie.pdf, Zugriff: 07.11.2019.
217 Jahresbericht Waldhaus 1943, S. 155.
218 Jahresbericht Waldhaus 1951, S. 48.
219 Pflugfelder (1952).
220 Ebd.
221 Vgl. StAGR V 13 e 6 und V 13 f 12 (Beschwerden) sowie V 13 e 8 und V 13 f 10 (Insassen A–Z).
222 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 44.00–44.10.
223 Die Kurblätter der Elektrokrampftherapien und Insulinkuren wurden auch in den Krankenakten abgelegt.

gebenen Einwilligung – oder eine Unterschrift, etwa des Ehepartners, des Bruders, der Schwester oder des Vormundes. Man muss davon ausgehen, dass einige Elektrokrampftherapien ohne explizite Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreter stattfanden, obwohl eine solche vorgesehen war.[224]

In der Klinik Beverin geht die erste Reihe Elektrobehandlungen auf die Jahre 1941 und 1942 zurück.[225] Obwohl die Klinik die neue Elektrokrampftherapie im schweizweiten Vergleich eher spät aufgriff, tat sie dies umso entschlossener. Walther galt als dezidierter Förderer der Elektrobehandlung und besorgte der Klinik bereits 1942 einen «Elektroschockapparat eigener Konstruktion». Dessen Behandlungsergebnisse bezeichnete er als «günstig».[226] Mit der Etablierung der neuen Mittel Curare und Pentothal sowie der Einrichtung einer modernen Insulinstation im Jahr 1952, auf der auch die Elektrobehandlungen durchgeführt werden sollten, stellte Seiler die Elektrobehandlung auch in Cazis auf eine neue Stufe.[227] Damit hatte die Klinik Beverin entscheidende Schritte zur Modernisierung der Therapien vollzogen und konnte fortan die gleichen Leistungen anbieten wie das Waldhaus. Durch den vermehrten Einsatz von Antidepressiva und Neuroleptika nahm die Zahl der Elektrokrampftherapien in den folgenden Jahrzehnten jedoch stark ab. Letztmals erwähnt werden sie im Jahresbericht von 1957.[228] Es ist aber davon auszugehen, dass Elektrobehandlungen bis in die 1970er Jahre angewendet wurden. Die Pflegerin Ursula Huwyler machte darauf aufmerksam, dass Elektrokrampftherapien in ausserordentlichen Fällen auch noch in den frühen 1980er Jahren eingesetzt wurden.[229] Auch Hans König, 1984 bis 1993 Chefarzt der Einrichtungen Beverin und Realta, bestätigte, dass unter seiner Führung noch Elektrotherapien durchgeführt wurden.[230]

Schrittweise Entlastung: die Elektrobehandlung aus pflegerischer Perspektive

Egli berichtete, dass im Waldhaus grundsätzlich die Regel galt, bei einer Person max. zwei Elektroschocks in einer Woche und im Rahmen eines Behandlungszyklus höchstens 15 Kuren durchzuführen. Ansonsten wären die Gefahren von Herz-, Hirn- oder Kreislaufschädigungen zu gross gewesen. Die Behandlung lief so ab, dass ein Arzt die Narkosemittel und Muskelrelaxantien (sofern bereits erhältlich) injizierte, anschliessend die Schläfen der Patientinnen und Patienten mit stromleitenden Salben einrieb, zwei Elektroden beidseitig ansetzte und durch einen Knopfdruck den Elektroschock auslöste. Die Anzahl der abzugebenden Schocks war von der Krankheitsdiagnose abhängig und wurde vom Arzt festgelegt.[231]

Als prägendes Erlebnis blieb den Pflegern Pirovino (Waldhaus) und Schaub (Beverin) die Einführung von Narkosemitteln in Erinnerung. Deren Einsatz kam sowohl für das Personal als auch für die Behandelten einer entscheidenden Verbesserung gleich. Vor dieser einschneidenden Veränderung hatte das Pflegepersonal erstens wesentlich intensivere Kontrollaufgaben (Blutdruck, Bereithaltung allfälliger Herzmittel und Sauerstoffmasken) zu erfüllen. Zweitens war es für die Fixierung der Patientinnen und Patienten zuständig. Denn die unberechenbaren Bewegungen, so Pirovino, hätten während der Schocks zu Frakturen oder Fremdverletzungen führen können.[232] Mit den Fortschritten in der Elektrotherapie nahm die Bedeutung des Pflegepersonals bei der Ausführung ab. Die Aufgabe der Pflege lag nun verstärkt in der Beobachtung der Patientinnen und Patienten und in der Vor- und Nachbetreuung. Die eigentliche Durchführung der Elektrokrampftherapie fand neu unter Vollnarkose und durch einen Oberarzt aus den somatischen Spitälern in Thusis beziehungsweise Chur statt.[233] Bezeichnenderweise betonte Pirovino, dass die Insulinbehandlung wesentlich aufwendiger gewesen sei als die Elektrobehandlung. Diese Ansicht teilte auch Beverin-Direktor Pfister, der sich 1948 über die Richtlinien für die Berechnung der Extraleistungen beschwerte – er forderte für die bedeutend aufwendigeren Insulinkuren höhere Kostenbeteiligungen.[234]

---

224 Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977.

225 Jahresberichte Realta 1941, S. 160, 1942, S. 135.

226 Zitat aus Jahresbericht Realta 1942, S. 135. Siehe weiter Weber/Winklehner (1969), S. 17.

227 Jahresbericht Realta/Beverin 1952, S. 62.

228 Jahresbericht Realta/Beverin 1957, S. 66.

229 Interview mit Ursula Huwyler, 49.12–50.03.

230 Interview mit Hans König, 1.28.00–1.28.15.

231 Alfred Egli, in: Graf (1986), S. 14–15.

232 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 30.25–30.31.

233 Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11. 2018.

234 Waldhaus-Direktor Singeisen teilte die Meinung von Pfister bezüglich des Aufwands für die Elektrokrampf-

Die Elektrokrampftherapie wurde zwischen den 1950er und den 1970er Jahre zu einem zentralen Gegenstand der antipsychiatrischen Kritik. Literarische und kinematografische Werke, die die Elektroschocktherapie als rabiate Methode darstellten, hinterliessen einen nachhaltigen Eindruck in der Gesellschaft.[235] Pirovino betonte für die frühe Applikationsphase der Methode im Waldhaus, dass sich einige Betroffene gegen die Elektrobehandlung gewehrt, andere hingegen explizit nach einer solchen verlangt hatten.[236] Für die Bündner Kliniken der 1970er Jahre allerdings entkräfteten Bass und Havermans das Bild, das man gewöhnlich von der Invasivität der Elektrokrampftherapie hatte.[237] Freilich betreffen ihre Einschätzungen eine Elektrobehandlung aus einer späteren Entwicklungsphase, die von wesentlich besseren Rahmenbedingungen und modernen narkotischen Möglichkeiten geprägt war. Dennoch war es Havermans mit Blick auf seinen Psychiatriealltag ein Anliegen, die brutalen Darstellungen in Film und Fernseher zu korrigieren.[238] Bass wiederum berichtete, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Elektroschock zwar Schwindelgefühle gezeigt hätten, sich aber nie bei ihm über die Behandlung beklagt hätten. Vielmehr erinnerte er sich sogar an eine depressive Person, die einmal im Jahr für eine Elektrobehandlung in die Klinik gekommen sei und sich daraufhin «das ganze Jahr gesund gefühlt habe».[239]

Die Einschätzungen von Pirovino, Bass und Havermans sind nicht als Plädoyer für die Elektrokrampftherapie zu verstehen, sondern geben vielmehr einen Eindruck davon, für welche Patientinnen und Patienten sie eine Elektrobehandlung für indiziert sahen. Sie unterschieden weniger zwischen «frischen» und «chronischen» Krankheitsfällen, wie es beispielsweise Pflugfelder zu tun pflegte, sondern argumentierten mit der Schwere einer psychischen Krankheit. Das ärztliche Personal fällte seine Entscheidung für oder gegen eine Elektrokrampftherapie ausgehend vom Zustand der betroffenen Person im Krankheitsverlauf – «frische» Krankheitsfälle galten als zugänglicher für die somatischen Behandlungsmethoden. In der pflegerischen Wahrnehmung hingegen wurde die Elektrobehandlung aus einer heuristischen Haltung heraus, gewissermassen aus einem therapeutischen Notstand, eingeleitet. Dementsprechend sah Bass in den zuweilen auch kombiniert applizierten Insulin- und Elektrobehandlungen Methoden, die dann eingesetzt worden seien, wenn mit Psychopharmaka keine Erfolge zu verzeichnen gewesen seien. Bezeichnenderweise führte er als Beispiele solcher Krankheitsfälle schwere «endogene Depressionen» und schwere Formen von Schizophrenien wie die «febrile Katatonie» an.[240] Schaub ging einen Schritt weiter und führte die Praxis der Elektrokrampftherapie auf den Legitimationsdruck zurück, dem die Psychiatrie im gesundheitspolitischen Diskurs ausgesetzt gewesen war: «Die Psychiatrie muss sich wehren und muss Erfolg haben.»[241]

Trotz symptomatischer Wirkungserfolge bei schweren psychischen Krankheitsverläufen dementierten Pirovino und Bass, dass die Anwendungen mit Insulin und Elektroschocks zu einer fundamentalen Verbesserung des Alltags auf den Stationen oder zu erhöhten Heilungschancen geführt haben. Dieser Eindruck korrespondiert mit den statistischen Angaben aus den Jahresberichten. Zwar stiegen die Aufnahme- und Entlassungsziffern genau in jener Phase, als die Direktoren Singeisen und Walther die beiden Schockkuren systematisch etablierten (vgl. Kapitel 2, Diagramme 6 und 8); eine Entwicklung, die nahe legt, dass die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten aufgrund der erfolgreichen Kuren zurückging. Die Statistik der Austrittsgründe jedoch widerspricht diesem konstruierten

---

therapie nicht, vgl. Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus und Realta, Sitzung vom 8. Juli 1948, S. 3–4. Aufgrund der Quellenlage ist es schwer zu sagen, ob Pfisters Anliegen entsprochen wurde.

235 Siehe beispielsweise den 1962 erschienenen Roman *One Flew Over the Cuckoo's Nest* von Ken Kesey, der auf Gesprächen mit Patientinnen und Patienten einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung im US-Bundesstaat Oregon basiert und sich kritisch mit dem Alltag in psychiatrischen Kliniken auseinandersetzt. Er trägt Züge von Goffmans Konzept der «totalen Institution» und wurde 1975 mit Jack Nicholson in der Hauptrolle verfilmt. Ein weiteres bezeichnendes Beispiel ist der Film *The Snake Pit*, der 1950 mit dem Titel «Die Schlangengrube» in die deutschen Kinos kam und dessen Darstellung der Elektrokrampftherapie von der Presse als Symbol der inhumanen Psychiatrie aufgegriffen wurde.

236 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 30.40–31.15.

237 Interview mit Vitus Bass, 1.39.36–1.40.55; Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11.2018.

238 Er nannte nicht explizit einen Film, sondern sprach vom Bild der Elektrokrampftherapie, das man aus dem «Fernseher» kannte. Vgl. Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11.2018.

239 Interview mit Vitus Bass, 1.38.57–1.40.18.

240 Ebd.

241 Interview mit Christian Schaub, 1.11.02–1.11.12.

Bild einer Erfolgsgeschichte der Körperkuren. Bis in die frühen 1950er Jahre blieb das durchschnittliche Verhältnis zwischen den «gebessert» und «ungebessert» entlassenen Personen weitgehend gleich (vgl. Kapitel 2, Diagramme 9 und 10).

3.3.3 Spannungsfeld Leukotomie: Betriebsamkeit oder Leiden «abgestellt»?

Die sogenannte Leukotomie bezeichnet einen irreversiblen chirurgischen Eingriff am Gehirn, der sich in der Schweizer Psychiatrie im Laufe der 1940er Jahre etabliert hat. Die Methode fand hauptsächlich bei schweren psychischen Störungen Anwendung, die nach damaliger Auffassung kaum Aussicht auf Besserung zeigten.[242] Bei der Operation durchtrennte der Chirurg mit einem stilettartigen Messer Nervenbahnen zwischen Thalamus (grösster Teil des Zwischenhirns) und Frontallappen (vorderer Bereich des Grosshirns). Mit dem Eingriff war die Hoffnung verbunden, die Chronizität von Krankheitsverläufen zu beenden, die Erregungszustände von Patientinnen und Patienten zu vermindern und sie von als unheilbar geltenden Schmerzzuständen zu befreien. Entwickelt wurde die Leukotomie 1935 vom portugiesischen Neurologen und späteren Nobelpreisträger Egas Moniz (1874–1955). Die neue Behandlungsmethode erntete anfänglich in den meisten Teilen Europas, so auch der Schweiz, starke Kritik.[243] Über die USA, wo das Verfahren laut Max Müller unter der Federführung des Psychiaters Walter Freeman (1895–1972) und des Neurochirurgen James W. Watts (1904–1994) «in grossem Stil» aufgenommen und statistisch mit «frappante[n] Behandlungserfolge[n]» verbunden wurde, gelangte die Leukotomie in der Nachkriegszeit unter neuen Voraussetzungen nach Europa zurück.[244] Im Oktober 1946 erfolgten die ersten beiden Operationen in der Schweiz, durchgeführt von Hugo Krayenbühl (1902–1985), dem damaligen Leiter der neurochirurgischen Abteilung des Kantonsspitals Zürich. In den darauffolgenden Jahren breitete sich das neue Verfahren sukzessive von den urbanen in die ländlichen Regionen aus. Psychiatrische Einrichtungen diverser Kantone brachten Patientinnen und Patienten für den operativen Eingriff nach Zürich – man geht von schweizweit 100 Leukotomien zwischen 1948 und 1950 und rund 1000 Operationen bis in die 1970er Jahre aus.[245] Aufkommende Zweifel an der Wirkung, Bedenken über die Irreversibilität der Methode und die psychopharmakologische Wende führten jedoch zunehmend zum Verzicht auf psychochirurgische Eingriffe.[246] Obschon die Hochphase der Psychochirurgie im Laufe der frühen 1950er Jahre ein Ende nahm, sind für die Bündner Kliniken bis ins Jahr 1971 Leukotomien dokumentiert.[247]

Der Diskurs über die Leukotomie war während ihrer Konjunktur von zwei gegensätzlichen Argumentationslinien geprägt. Die Methodenkritiker, darunter besonders Vertreter der antipsychiatrischen Bewegung, verurteilten das Verfahren als Massnahme zur Kontrolle der Patientinnen und Patienten und zur Aufrechterhaltung der Anstaltsordnung. Da die irreversible Methode einen unmittelbaren Eingriff in die physische Integrität bedeutete, wurden grundlegende Fragen nach Persönlichkeitsrechten aufgeworfen, insbesondere bei Patientinnen und Patienten, denen eine Zurechnungsfähigkeit abgesprochen wurde. So stilisierte die antipsychiatrische Rhetorik die Leukotomie, die aus Menschen kontrollierbare Individuen fabriziere, als Chiffre für die Wehrlosigkeit psychisch erkrankter Menschen. Zudem kritisierten zeitgenössische Psychiater das Verfahren als Eingriff in ein eigentlich «gesundes» Gehirn – Moniz nämlich führte die psychotischen Symptome der Patientinnen und Patienten nur auf dysfunktionale Synapsen (Kontaktstellen zwischen Nervenzellen) zurück und nicht auf eine nachweisbare biologische Schädigung des Gehirns.[248] Die methodenbefürwortenden Psychiater hoben in der Debatte hervor, dass der Eingriff selbst bei chronischen, gravierenden psychischen Störungen Erfolge zeigen würde. Besonders in den USA wurde die Hoffnung an die Leukotomie geknüpft, lagerhallenähnliche Asyle in moderne Krankenhäuser umwandeln zu können und damit die Psychiatrie als Spezialdisziplin der Medizin zu stärken.[249] Im Übrigen betonten die Befürworter die Position der Psychochirurgie zwischen Therapie und Wissen-

242 Meier (2015), S. 9–12. In zeitgenössischen Publikationen werden die Begriffe Lobotomie und Leukotomie meist synonym verwendet. Nachfolgend wird der Begriff Leukotomie verwendet, da er in dieser Form auch in den Jahresberichten auftauchte.

243 Zur Kritik siehe Müller (1982), S. 395.

244 Vgl. ebd. Zum Methodenplädoyer von Freeman und Watts siehe Freeman/Watts (1942).

245 Vgl. Meier (2005), S. 239–240.

246 Porter (2005), S. 195–197.

247 Meier (2015), S. 239–240.

248 Ebd., S. 237.

249 Porter (2005), S. 192–197.

schaft. Obwohl primär therapeutische Motive hinter den Eingriffen standen, wurden sie zugleich als Möglichkeit betrachtet, wissenschaftliche Pionierarbeit zu leisten. So konnten durch die Leukotomie erstmals Auswirkungen von Hirnoperationen auf die psychische und physische Verfassung des Menschen beobachtet werden.

Die Spitäler Graubündens als Zentren der Leukotomie

Waldhaus-Direktor Fred Singeisen war der erste Bündner Chefarzt, der Interesse an der neuen Methode bekundete. Im Herbst 1947 liess er in Begleitung von Pflegerinnen und Pflegern zwei Männer und eine Frau für eine Leukotomie nach Zürich zu Hugo Krayenbühl bringen.[250] Aus einem Schreiben von Singeisen geht hervor, dass Krayenbühl kurz darauf für zwei weitere Leukotomien nach Chur ins Kantonsspital reiste, um die Operationen vor Ort gemeinsam mit dem Chefarzt Fritz Becker (1901–1956) durchzuführen. Die Einführung der Methode in Graubünden war nur möglich, weil das Verfahren selbst keine allzu hohen technischen Anforderungen stellte und die notwendigen Instrumente günstig zu erwerben waren. So führte Becker, im Anschluss an die zwei erwähnten Operationen in Krayenbühls Anwesenheit, fortan Leukotomien eigenständig im Kantonsspital Chur durch. Die Historikerin Marietta Meier konnte durch die von ihr konsultierten Quellen plausibel darlegen, dass Becker seinen Fachkollegen Peter Steiner (1907–1986) vom Krankenhaus Thusis in das Verfahren einführte, sodass dieser schliesslich im Januar 1948 erste Operationen an Patientinnen und Patienten der Klinik Beverin durchführte.[251] Aus koordinativen Gründen war die geografische Verschiebung nach Graubünden für die Direktoren begrüssenswert. Die weiten Wege der unter Umständen sehr aufgeregten Patientinnen und Patienten war sehr umständlich, kostspielig und vor allem personalintensiv.

> *«Wir sind natürlich sehr froh, dass sich für die Zukunft diese Lösung ergeben hat, durch die sich die umständlichen Hin- und Hertransporte der Patienten nach Zürich erübrigen.»*[252]

Für das Krankenhaus Thusis lassen sich anhand der Jahresberichte zwischen 1948 und 1965 insgesamt 34 Leukotomierte feststellen, die in der Klinik Beverin hospitalisiert waren; nur sechs davon wurden nach 1953 vorgenommen. Das Kantonsspital Chur hingegen verzeichnete ein Total von über 70 Leukotomien an Patientinnen und Patienten des Waldhauses. Meier gelang es, 46 Eingriffe in den Patientenakten nachzuverfolgen und nach Kriterien wie Schichtzugehörigkeit, Familienstand, Mündigkeit und Motiv aufzuschlüsseln. Aus ihren Untersuchungen geht hervor, dass bei 44 der 46 Betroffenen eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt worden war und dass alle Betroffenen schon länger hospitalisiert gewesen waren. Bei vielen dieser «chronischen» Patientinnen und Patienten, so Meier weiter, waren es Erregungszustände, die zu anstaltsbetrieblichen Schwierigkeiten geführt und deshalb aus ärztlicher Sicht eine Leukotomie angezeigt hätten. Vielfach war also nicht eine Verminderung von Leid das Motiv für den Eingriff, sondern die Befreiung des Umfelds von den untragbaren Zuständen und Verhaltensmustern, die angeblich von der erkrankten Person ausgingen. Es gab aber auch Fälle, bei denen – zumindest vordergründig – eine Leukotomie im Zeichen der Linderung grossen psychischen Leidens stand. Pflugfelder schilderte dem Sanitätsdepartement 1969 den Fall einer Patientin, die «durch katatone Phasen oft stark gequält war». Zur Befreiung dieser Schübe leitete Pflugfelder den psychochirurgischen Eingriff ein.[253] Wie sehr die Leukotomie letztlich aber Ausdruck einer medizinischen Ratlosigkeit war, verdeutlicht das Ergebnis nach der Operation – trotz des Eingriffs litt die Patientin wiederholt an «schizoiden» Schüben und «stuporösen» Phasen (vollständiger Aktivitätsverlust bei wachem Bewusstsein). Nur durch die Behandlung mit Neuroleptika seien die Zustände einigermassen erträglich und ein Einsatz in der Arbeitstherapie möglich gewesen. Ein Jahr nach dem Eingriff beging die Patientin nach einer Flucht aus der Klinik Suizid.[254] Die Linderung war

250 Marietta Meier hat die Geschichte der Leukotomien im Kontext Graubündens mit Berücksichtigung der Krankenakten gründlich aufgearbeitet. Wenn nicht anders vermerkt, stammen die folgenden Angaben zum Mengengerüst der Leukotomien aus ihrer Arbeit, siehe Meier (2005), S. 246–258.

251 Jahresbericht Realta 1948, S. 31; Jahresbericht Spital Thusis 1948, S. 14.

252 StAZH 99.232: «Leukotomien», Schreiben Fred Singeisens an Manfred Bleuler, 24.10.1947, zit. nach Meier (2005), S. 240.

253 StAGR V 13 e 8: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, betr. aussergewöhnlicher Todesfall, Chur, 24.7.1969, S. 1–2.

254 Ebd.

für die Patientin offenbar weniger real als für den behandelnden Arzt.

Ein weiteres, jedoch schweizweites Charakteristikum der Leukotomie ist das ungleichmässige Geschlechterverhältnis bei der Durchführung der Behandlung. In Graubünden wurde das Verfahren bei weit mehr Frauen als Männern angewendet (Verhältnis 3:2).[255] Dieses ungleiche Verhältnis lässt sich nicht auf heterogene Geschlechterverteilungen in den Kliniken zurückführen, denn zwischen 1945 und 1965 lebten in beiden Kliniken zusammengenommen durchschnittlich 49 Prozent Frauen. Da Leukotomien am häufigsten bei Schizophrenien zur Anwendung kamen, merkte Meier berechtigterweise an, dass ein hoher Frauenanteil bei Eintritten, bei denen eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert wurde, einen höheren Frauenanteil bei den Behandlungen relativieren würde. Anhand der Statistik der Eintrittsdiagnosen lässt sich jedoch kein systematischer Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen. Während das Waldhaus über die Jahre 1945 bis 1965 etwas mehr Frauen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis aufnahm, waren es in Beverin durchschnittlich etwas mehr Männer.

Eine ärztliche Domäne abseits der Pflegepraxis? Die Leukotomie aus Sicht der Pflege

Das Psychiatriepflegepersonal hatte bei Leukotomien meist nur eine Begleitfunktion inne, vereinzelt war es während und nach dem Eingriff in den somatischen Spitälern zugegen. Medizinische Kenntnisse über den eigentlichen Eingriff waren nur oberflächlich vorhanden, obschon die Leukotomie im Lehrmittel *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* des Berner Psychiaters Walter Morgenthaler dargestellt wurde. Auch das Lernpflegepersonal in den Bündner Kliniken arbeitete mit dem Lehrbuch von Morgenthaler. Zudem bestätigte Pirovino, dass die Leukotomie in der Ausbildung behandelt wurde.[256] Man wusste also zumindest, dass mittels eines Skalpells durch kleine Löcher auf beiden Seiten des Schädels Nervenbahnen im Gehirn durchtrennt wurden. Pirovino beispielsweise beschrieb den Eingriff als eine Unterbrechung der «Antriebsstellen» im Gehirn.[257] Dank der täglichen Betreuungsarbeit entwickelte das Pflegepersonal eine erhöhte Sensibilität gegenüber den Wesensveränderungen der Leukotomierten. Es herrschte durchaus eine Vorstellung darüber, bei welchen Krankheitsbildern Ärzte eine Leukotomie als indiziert sahen und weshalb man gewisse Patientinnen und Patienten gerade dieser Behandlung unterzog. Wohl auch deshalb fielen Pirovinos Erinnerungen über die Ergebnisse der Leukotomie im Waldhaus sehr differenziert aus: Er erinnerte sich an Patienten, die zuvor «sehr auffällig» oder «bösartig», nach dem Eingriff aber «völlig abgestumpft» und unzugänglich waren. Seine Schilderung eines spezifischen Fallbeispiels – durch die Leukotomie habe man die Symptome eines zuvor «sehr sexuell erregte[n]» Patienten «abgestellt» – illustrierte sinnbildlich, welche medizinischen Indikationen das Pflegepersonal hinter der ärztlichen Verordnung vermutete.[258] In ähnlicher Weise berichtete Monstein von einem Patienten, der nach der Leukotomie aus der Klinik entlassen wurde und danach wie ein «stummer Mensch» in Thusis lebte. Aus seiner Sicht empfahlen die Ärzte den Eingriff, um die Unruhe der «betriebsamen» Kranken zu bekämpfen, nicht aber um zu heilen. Interessant an Monsteins Ausführungen war, wie er die Verhandlungen beschrieb, die dem Entscheid, eine Leukotomie durchzuführen, vorausgingen. In der Regel legte der betreuende Arzt den Angehörigen der psychisch kranken Person oder der Vormundschaftsbehörde die Leukotomie als Möglichkeit zur Beruhigung nahe. Monstein nahm also implizit eine Eingrenzung der betroffenen Personen vor, indem er von einer erhöhten Anwendung des Verfahrens auf für unzurechnungsfähig Erklärte und Entmündigte ausging.[259]

Vor diesem Hintergrund wird der Versuch des «Abschaltens» selbst-, fremd- oder ordnungsgefährdender Verhaltensweisen und Zustände aus der alltagspraktischen Perspektive entsprechend kritisch beurteilt. Denn «vielmals», so Pirovino, sei der Eingriff «wirkungslos» gewesen.[260] Auch Egli nahm die Behandlung als letzte Möglichkeit bei jenen «hoffnungslose[n]» Fällen wahr, die auf andere Behandlungen nicht ansprachen; zugleich

255 Meier (2005), S. 249. Siehe auch Pressman (2002), S. 303–304; Braslow (1997), S. 152–213.

256 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 23.43–24.08. Die spätere Generation rund um Ursula Huwyler und Antonius Havermans kann sich nur noch an Erzählungen von Vorgängerinnen und Vorgängern erinnern.

257 Ebd., 23.58–24.08.

258 Pirovino erinnerte sich an mindestens drei Patienten der «unruhigen Station», die leukotomiert wurden. Bedingt durch die langjährig geschlechtergetrennt geführten Abteilungen konnte er nur über Eingriffe auf der Männerseite berichten. Vgl. ebd., 23.04–23.19.

259 Interview mit Walter Monstein, 1.43.30–1.47.30.

260 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 22.57–23.04.

registrierte auch er häufig keine Erfolge.[261] Bass betreute einen Patienten, der vor seiner Amtszeit leukotomiert worden war und dessen Symptome trotz des Eingriffs nicht besser geworden waren. Dieser Patient wurde weiterhin dauerhaft isoliert. Da «er alles zerriss, was ihm in die Hände kam», verfügte er in seinem Zimmer nur über eine Matratze. Erst in fortgeschrittenem Alter konnte er sich zunehmend unter anderen Mitpatienten aufhalten oder ins Freie begleitet werden.[262] Diese weitgehend kritischen Voten erklären womöglich, wieso die Leukotomien in den chefärztlichen Jahresberichten der beiden Kliniken eher selten Erwähnung fanden. Pirovino, Bass und Monstein fügten hinzu, dass Patientinnen und Patienten durch den Eingriff bestenfalls von der «geschlossenen unruhigen» auf eine «halboffene» Station verlegt oder einer sinnvolleren Beschäftigungstherapie zugeführt werden konnten. Das interviewte Pflegepersonal nahm die Leukotomie als letztes Mittel zur Bekämpfung schwerwiegender Krankheitssymptome wahr, bescheinigte ihr aber keine medizinisch nachweisbare Heilwirkung auf psychische Störungen.

3.3.4 «Alkoholvergällungskuren» mit Apomorphin und Antabus

Ende der 1950er Jahre verzeichneten die psychiatrischen Anstalten Graubündens einen starken Anstieg eintretender Patientinnen und Patienten mit «chronischem Alkoholismus» (vgl. Diagramme 12 und 15). Zur selben Zeit, und vermutlich auch befeuert durch die vermehrten Alkoholismus-Diagnosen, erlebten die sogenannten «Vergällungskuren» einen Aufschwung in der Psychiatrie. Bei den «Vergällungskuren» handelte es sich um medikamentöse Alkoholentwöhnungskuren mit den chemischen Mitteln «Apomorphin», ein starkes Brechmittel, und «Antabus», ein Arzneimittel zur Abstinenzunterstützung. Mit den neuen Medikamenten gegen Alkoholkonsum erlebte die ganze Diskussion um Alkoholismus in der Psychiatrie seit den 1950er Jahren einen erneuten Aufschwung.

Erste Versuchsanordnungen mit Apomorphin, das durch Erhitzen von Morphin mit konzentrierter Salzsäure hergestellt wird, gehen auf den englischen Arzt Francis Hare zurück.[263] Doch erst unter der Federführung russischer Forscher, die die Erkenntnisse des Physiologen Iwan Petrowitsch Pawlow (1849–1936) zum sogenannten «bedingten Reflex» in ihre Überlegungen integrierten, wurde die Apomorphinbehandlung zu einer eigentlichen «Alkoholvergällungskur» ausgearbeitet. Nach Pawlow resultiert ein bedingter, also erfahrungsbedingter Reflex aus der Assoziation eines neutralen Reizes mit einem angeborenen, unbedingten Reflex. In der klinischen Psychiatriepraxis erkannte man darin die Möglichkeit, die mit Apomorphin medikamentös provozierte Ekel- und Brechreaktion (angeborener, unbedingter Reflex) langanhaltend mit dem Alkoholkonsum (neutraler Reiz) zu koppeln (bedingter Reflex).[264] Die Folge war eine ausgeprägte Gleichschaltung von Alkoholgenuss mit Übelkeit und Brechreiz. Durch diese rigorose Behandlungsmethode verspürten die Betroffenen oft schon nach vier bis fünf Tagen beim Anblick oder beim Riechen alkoholischer Getränke einen Brechreiz. Damit war ihnen der Alkoholgenuss vergällt worden.

Die Geburtsstunde des Medikaments Antabus fällt auf das Jahr 1937. Der amerikanische Arzt E. E. Williams stellte bei Fabrikarbeitern, die bei der Gummiherstellung (Vulkanisierung von Kautschuk) dem Wirkstoff Disulfiram ausgesetzt waren, körperliche Alkoholunverträglichkeiten fest. Dieser Reaktionsverlauf zeigte nach Williams grosses Potential für einen therapeutischen Einsatz.[265] Seine Erkenntnisse nahmen die dänischen Ärzte und Pharmaforscher Erik Jacobsen und Jens Hald auf und wiesen im Laufe der 1940er Jahre mittels klinischer (Selbst-) Versuche nach, dass der Wirkstoff bei gleichzeitigem Alkoholkonsum schwere vegetative Beschwerden auslöste.[266] Durch den dänischen Arzt Oluf Martensen-Larsen wurde das vielversprechende Potential des Wirkstoffs im Zuge klinischer Studien optimiert und als Alkoholentzugsmittel popularisiert.[267] Auf diese Weise kam das Medikament auch in die Schweiz, wo es 1949 als Arzneimittel zugelassen wurde. Die Patentierung folgte 1952 unter dem dänischen Namen Antabus, der mit dem englischen Ausdruck «Antabuse» der erwünschten Wirkung des Medikaments explizit Rechnung trug – die Hinderung am Alkoholmissbrauch.[268] Da Antabus ein alkoholabbauendes Enzym hemmt und damit eine künst-

261 Alfred Egli, in: Graf (1986), S. 17.
262 Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 5.12.2018.
263 Vgl. Hare (1912).
264 Müller (1973), S. 22; Gruhle et al. (1960), S. 314.
265 Williams (1937), S. 1472–1473.
266 Hald / Jacobsen (1948), S. 1001–1004.
267 Martensen-Larsen (1948), S. 1004.
268 Pal et al. (2015), S. 41–43.

liche Alkoholintoleranz bewirkt, löst es bei Alkoholkonsum Unverträglichkeitsreaktionen (Kopfrötung, Atembeschwerden, Übelkeit) aus, die bei grösserem Verbrauch sogar tödliche Konsequenzen nach sich ziehen können.[269] Bei sogenannten Antabus-Probetrunken lösten Psychiater diesen Mechanismus bewusst zur Abschreckung aus. Dabei erfolgte jeweils zuerst eine mehrwöchige körperliche Entgiftungskur, bis der Körper keine Entzugserscheinungen mehr aufwies. Danach begann das ärztliche Personal mit der Verabreichung von Antabustabletten. Nach einigen Kurtagen gab die ärztliche Aufsicht dem Betroffenen sein präferiertes alkoholisches Getränk ab, um die Unverträglichkeiten auszulösen und ihm etwaige Folgen eines erneuten Alkoholkonsums vor Augen zu führen. Anschliessend stellte man die betroffene Person auf Antabustabletten ein («Antabusschutz») und entliess sie im Regelfall aus der Klinik.[270]

Apomorphin bei starkem Alkoholmissbrauch, Antabus zur Resozialisierung: Bündner Verordnungslogiken

Die Bündner Kliniken begannen bereits 1949, während einer Phase vermehrter Aufnahmen von vorwiegend männlichen Alkoholsüchtigen, mit der Applikation der beiden «Vergällungskuren».[271] Die Direktoren Singeisen (Waldhaus) und Pfister (Beverin) führten die Tatsache, dass mehr Alkoholiker aufgenommen wurden, nicht auf eine allgemeine gesellschaftliche Zunahme der Alkoholsucht, sondern auf die «Sogkraft» der neuen Entwöhnungskuren zurück. Denn abgesehen von einzelnen behördlichen Einweisungen, so die Direktoren, habe sich ein grosser Teil der eintretenden Alkoholkranken freiwillig für die «Entziehungskuren» hospitalisieren lassen.[272] Dafür spricht auch, dass der Alkoholkonsum vor dem Zweiten Weltkrieg statistisch höher war als nach 1945.[273] Seit der Aufnahme dieser Therapien wiesen die Chefärzte wiederholt darauf hin, dass die Alkoholkuren ein strenges Begleitprogramm verlangten. Sie betrachteten Apomorphin und Antabus nur als «sehr gutes Hilfsmittel» in der Behandlung der Alkoholsucht und bezeichneten fürsorgerische Betreuung und begleitende (gruppen-)psychotherapeutische Massnahmen als grundlegende Voraussetzungen für einen Kurerfolg.[274] Aus diesen ärztlichen Darstellungen sind frühe systemische Ansätze der Alkoholkur herauszulesen, die bei der Alkoholsucht diverse, auch soziale Faktoren als ursächlich betrachteten.[275]

Es zeichnete sich früh eine Trennung der Anwendungsbereiche der beiden Medikamente Apomorphin und Antabus ab. «Vergällungskuren» mit Apomorphin dienten ausschliesslich der internen «Entziehungskur» bei chronisch Alkoholsüchtigen und hatten eine nur kurzzeitige Hochphase. Bereits in den frühen 1950er Jahren zeigte man sich kritisch gegenüber der rabiaten Konditionierungsmethode und entfernte sie daraufhin in beiden Kliniken aus dem Behandlungsangebot.[276] Ersetzt wurde das Apomorphin durch eine Intensivierung der Antabuskuren, deren Abläufe im Laufe der folgenden Jahrzehnte einen Wandel durchliefen. Obschon das ärztliche Personal in den 1950er Jahren nach wie vor die Antabuskuren mittels «Trinkversuchen» klinisch einleitete, begann es, das Hauptgewicht stärker auf die intensive fürsorgerische Nachbehandlung und ambulante Weiterbetreuung für mindestens zwei Jahre zu legen. Das ärztliche Personal verfolgte damit einen neuen Ansatz, bei dem die Tabletten weniger für abschreckende Entwöhnungskuren, sondern mehr als «Schützlinge» im Resozialisierungsprozess eingesetzt wurden.[277] Mit dieser Umorientierung ging der gleichzeitige Aufbau eines ambulanten Angebots einher. Die

---

269 Müller (1973), S. 22.

270 Alfred Egli, in: Graf (1986), S. 18–19. Siehe dazu auch Pflugfelders Ausführungen über 300 Antabuskuren, die sie im Waldhaus zwischen 1952 und 1957 durchgeführt hatten, Pflugfelder (1958a), S. 11–24.

271 Jahresbericht Waldhaus 1949; Jahresbericht Realta 1949.

272 Vgl. beispielhaft Jahresbericht Realta/Beverin 1952, S. 62; Jahresberichte Waldhaus 1949, S. 27, 1950, S. 30.

273 Schätzungen des Verbrauchs von alkoholischen Getränken 1880–1884 und 1893–1984 (Mittel mehrerer Jahre) und Gesamtausgaben 1933–1980, in: Historische Statistik der Schweiz, https://hsso.ch/de/2012/t/9a, Zugriff: 26.06.2020.

274 Jahresbericht Realta 1949, S. 27 (Zitat). Für das Waldhaus siehe etwa Jahresbericht Waldhaus 1949, S. 27.

275 Siehe dazu speziell Pflugfelder (1958a), S. 11.

276 Für das Waldhaus siehe ebd., S. 16, für die Klinik Beverin siehe die Untersuchung über die Entlassung der Ober- und Vizeschwester von 1953. In der Vernehmung merkte eine Pflegeschwester an, dass Pfister «sehr wenige Apomorphinspritzen verordnet» habe, da er sie für einen «Sadismus» hielt und «unter keinen Umständen unterstützen» wollte, vgl. StAGR V 13 f 8: Bericht über die Ergänzungsuntersuchung i. S. Anstalt Beverin, 1953, S. 9. Die Studie über Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie konnte zudem aufzeigen, dass Apomorphin im Burghölzli auch explizit als Disziplinierungsmittel Anwendung fand. Vgl. Meier et al. (2002), S. 118.

277 Vgl. beispielhaft Jahresberichte Waldhaus 1951, S. 48, 1953, S. 57, 1954, S. 49, 1957, S. 58, Zitat aus Jahresbericht Waldhaus 1959, S. 56.

ambulante Beratung und Behandlung der ehemaligen Alkoholiker galt zum einen als eine zentrale, wenn auch intensive und finanziell lange kaum dotierte und unklar reglementierte Arbeit.[278] Zum anderen verlangte sie eine hohe Verbindlichkeit seitens der Entlassenen sowohl bei der Einnahme der Tabletten, die bestenfalls unter Aufsicht einer Vertrauensperson erfolgte, als auch bezüglich der totalen Abstinenz.

Pflugfelder hob wiederholt die Notwendigkeit eines sicheren sozialen Rahmens hervor. Denn nur damit sei eine «Heilung» von der Alkoholsucht möglich:

> *«Ich möchte auch betonen, dass nicht etwa die Antabustabletten die Alkoholsucht heilen, sondern die Antabustabletten eine Voraussetzung dafür schaffen, dass der Schützling abstinent lebt und dass während dieser langen Zeit eine Persönlichkeitswandlung und ein Umerziehungsprozess stattfinden kann.»*[279]

Pflugfelder verstand die Alkoholsucht dezidiert als soziales Problem, hinter dem sich eine ernsthafte psychopathische Störung verbarg. Er war davon überzeugt, dass Alkoholsucht keineswegs nur ein medizinisches, sondern auch ein sittliches, soziales und politisches Problem darstelle. Deshalb sah er einen systemischen Umgang mit der Alkoholproblematik angezeigt. Diverse Faktoren konnten nach Pflugfelder eine Alkoholabhängigkeit bewirken und stünden gemäss seinen Darstellungen meist mit einer pathologischen Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen im Zusammenhang. Konsultiert man vor diesem Hintergrund nochmals die Diagnosetabelle der Klinik Waldhaus (vgl. Diagramm 12), scheint sich ab Mitte der 1950er Jahre Havermans These der Doppeldiagnose zu bestätigen: Formen konstitutioneller Störungen – hauptsächlich Psychopathien – wurden mit der Diagnose «Alkoholismus» verbunden.

> *«Eine bewusst süchtige Einstellung auf den Rausch, also auf die eigentliche pharmakologische Wirkung des Alkohols, ist eher selten; es sind ausgesprochen psychopathische Persönlichkeiten, die das Rauscherlebnis als solches, und das Vergessen im Rausch bewusst suchen.»*[280]

Es ist interessant, wie Pflugfelders Verständnis des Alkoholismus die Diagnostik bei Eintritten beeinflusst hat. In Beverin ist eine ähnliche Bewegung nicht erkennbar (vgl. Diagramm 15). Pflugfelders Verständnis der Alkoholsucht führte darüber hinaus zu einer verstärkt eugenischen Deutung sozialer Verhaltensweisen. Denn die Diagnose der «Psychopathie» wurde Mitte des 20. Jahrhunderts noch stark erbbiologisch begründet. Die Verknüpfung der Alkoholsucht mit psychopathischen Zügen hatte somit entscheidenden Einfluss auf die eugenisch grundierte Pathologisierung sozialer Milieus (vgl. Kapitel 5.1.5 und 5.2.2).

Als exklusive Unterstützungsmassnahme richtete Direktor Pflugfelder sogenannte ambulante «Antabussprechstunden» ein; Pflugfelder war ein vehementer Abstinenzbefürworter, der den chronischen Alkoholismus als eine heimtückische, «weit verbreitete Volkskrankheit» betrachtete.[281] Seine Sprechstunden fanden jeweils samstags im Waldhaus statt und boten ihm die Möglichkeit, zusätzlich psychotherapeutisch zu wirken. Dafür liess er die Entlassenen in regelmässigen Abständen durch die regionalen Suchtberater nach Chur bringen, denn:

> *«Wir begrüssen es, wenn Alkoholkranke selber die Heilstätte aufsuchen; wir wissen aber, dass es bei der Nachbehandlung nicht immer ohne Mahnen und Kontrollieren geht. Ein heilsamer Druck und eine konsequente Kontrolle sind immer besser als die Gebundenheit an die Trunksucht!»*[282]

Von den Suchtberatern wurden diese Sprechstunden als «Gruppenarbeit auf Rädern» bezeichnet, weil jeweils mehrere Personen zusammen in Autos in die Klinik Waldhaus gefahren wurden, und sich

---

278 Dass sich die ambulante Betreuung lange in einem Graubereich bewegte und nur teilweise vergütet wurde, zeigt ein Schreiben von Pflugfelder an die Regierung bezüglich einer ambulanten Betreuung, die er «ohne jedes Entgelt auf freiwilliger Basis durchgeführt» habe, vgl StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Brief eines Patienten von 1953, Chur, 2. Juni 1955, S. 2.

279 Pflugfelder (1958a), S. 18.

280 Im Umkehrschluss sah er im chronischen Alkoholismus zudem die Gefahrenquelle eines schweren Persönlichkeitsabbaus, aus dem mitunter Straftaten, etwa Sexualdelikte, resultieren könnten. Vgl. ebd., S. 11–12.

281 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1955, S. 55, 1956, S. 57. Alle vier bis sechs Wochen hatten die «Schützlinge» in Pflugfelders Sprechstunde zu erscheinen, vgl. Pflugfelder (1958a), S. 12.

282 Pflugfelder (1958a), S. 22–23.

bei diesen Fahrten auch «Diskussionen mit und unter der Klientengruppe» ergaben. «Pflugfelder vermittelte ihnen dabei innerhalb weniger Minuten das Gefühl, sofort zu wissen, ob jemand getrunken hatte oder nicht», so Hans Joss. Für ihn trug dieses Vorgehen etwas «Komisches» aber auch etwas «Magisches» in sich.[283] Vor den Kontrollen mussten die «Schützlinge» eine Antabustablette einnehmen, damit man bei der medizinischen Untersuchung besser nachweisen konnte, ob sie einen Rückfall hatten. Pflugfelder räumte dieser ambulanten Betreuungsarbeit hohe Priorität ein. Bereits in den frühen 1960er Jahren verzeichnete das Waldhaus rund 200 ambulant betreute ehemalige Alkoholiker unter «Antabusschutz». Die Ergebnisse der Resozialisierung erfüllten jedoch Pflugfelders Erwartungen nicht. In seinem 1958 publizierten Aufsatz zu «Alkohol und Süchtigkeit» stellte er kritisch fest, dass die Rückfallquote nach den zwei Kontrolljahren nach wie vor bei etwa 50 Prozent liege. Das ist möglicherweise eine plausible, alternative Erklärung für die starke Zunahme eintretender Patientinnen und Patienten mit «chronischem Alkoholismus», die ab Mitte der 1950er Jahre einsetzte (vgl. Diagramm 12).[284]

Die Umsetzung des Resozialisierungsanliegens war kein einfaches Unterfangen. Es verlangte die Mitarbeit verschiedener Akteure, die aus dem Umfeld des Betroffenen stammten. Pflugfelder appellierte an die Angehörigen, im Umgang mit den Betroffenen Verständnis zu zeigen und eine der Abstinenz Rechnung tragende Umgebung bereitzustellen. Nur dann würden die Antabuskuren Erfolge zeigen. Zudem war die Psychiatrie auf eine intensive Zusammenarbeit mit Fürsorgestellen, Behörden, Hausärzten und kantonalen Trinkerfürsorgern angewiesen.[285] Pflugfelder zählte zu diesen unterstützenden Stellen auch Pfarrer und das Blaue Kreuz, die er als wichtige Vertrauenspersonen und «Beschützer» betrachtete. Aber auch das Pflegepersonal wurde in die Pflicht genommen. Pirovino vom Waldhaus nahm die Direktoren Pflugfelder und Fontana nicht nur als vehemente Vorkämpfer der Abstinenz wahr, sondern registrierte auch eine Anti-Alkohol-Politik, die das Personal miteinschloss. Pflugfelder habe einmal im Anschluss an ein Bewerbungsgespräch mit einem potentiellen neuen Pfleger, der kurz zuvor noch in Chur ein kleines alkoholisches Getränk zu sich genommen habe, Pirovino gebeten, diesen wegen seines Trinkverhaltens «im Auge zu behalten».[286] Pflugfelder schien grossen Wert darauf gelegt zu haben, dass das Pflegepersonal den Patientinnen und Patienten einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol vorlebte. Monstein von der Klinik Beverin wiederum musste immer wieder Patientinnen und Patienten nach Alkoholexzessen aus dem Ausgang «zusammensammeln», was auf die von Pflugfelder beklagte hohe Rückfallquote hinweist.

Zwischen Aufsicht und Teilnahme: die Rolle des Pflegepersonals bei stationären Apomorphinkuren

Gemäss Alfred Egli wurden für eine Apomorphinkur mehrere Patienten, vereinzelt auch Patientinnen, während acht bis zehn Tagen gemeinsam mit einem spezialisierten Pfleger in einem Zimmer der Männerabteilung untergebracht.[287] Die Wahl der Männerseite dürfte auf der Tatsache beruhen, dass es sich fast ausschliesslich um männliche Alkoholsüchtige handelte. In besagtem Zimmer erhielten die Patienten alle zwei Stunden ein von ihnen präferiertes alkoholisches Getränk, kombiniert mit einer Injektion Apomorphin. Die gewählten Räumlichkeiten sollten eine Gastwirtschaft suggerieren und damit bewusst positive Assoziationen hervorrufen – jeder erhielt sein individuelles Getränk in Gesellschaft und in vertrauter Umgebung. Damit ging die Versuchsanordnung über das eigentliche «Vergällen» der Alkoholsucht hinaus. Denn als es wenige Minuten später den Betroffenen übel wurde und sie sich übergeben, zuweilen auch urinieren oder stuhlen mussten, liess man die Kessel mit dem Erbrochenen im Raum stehen. Der sich verbreitende Geruch beschleunigte nicht nur die Aversion gegen Alkohol, sondern sollte dafür sorgen, dass die Wahrnehmung des Wirtshauses, begriffen als Quelle der Alkoholkrankheit, in Zukunft ebenfalls negativ konnotiert wurde. Erfolgreich abgeschlossen war die Pawlow'sche Konditionierung dann, wenn bereits der Geruch oder der Anblick von Alkohol bei den Betroffenen Brechreize aus-

283 Interview mit Hans Joss, 12.10–13.34 und ders. Nachtrag zur Autorisierung vom 25. April 2020.

284 Pflugfelder (1958a), S. 18.

285 Vgl. dazu die Jahresberichte Waldhaus 1954, S. 49, 1955, S. 55, 1956, S. 57, 1957, S. 58, 1961, S. 63, 1964, S. 64, 1965, S. 72.

286 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 1.12.30–1.13.30.

287 Alfred Egli, in: Graf (1986), S. 18. Pirovino behauptete, dass die Kur in der Endphase anfangs 1950er Jahre nur noch an drei bis vier Alkoholikern während vier bis fünf Tagen angewandt wurde. Vgl. Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 32.47–33.50.

löste. Das zur Aufsicht beauftragte Pflegepersonal war «diesem Elend», wie es Pirovino bezeichnete, dauernd mitausgesetzt.[288] Schaub ergänzte aus eigener Erfahrung in Beverin, dass sich die zwei zuständigen Aufsichtspfleger zwar von Zeit zu Zeit abwechseln konnten. Die Situation sei für ihn aber derart unerträglich gewesen, dass er während seiner Schicht zeitweise das Fenster leicht geöffnet habe. Denn «ganz verderben lasse» er sich «[s] eine Gesundheit nicht». Bei der Ablösung wurde er gelegentlich für diese Handlung getadelt, da sie aus psychiatrischer Sicht den Kurerfolg gefährdet habe. Schaub ignorierte diese Zurechtweisungen aber. Ohnehin zeigte er eine grosse Abneigung gegenüber dieser «Kotz-Kur».[289] Bis auf die Tatsache, dass sie als Pfleger die eigentliche Apomorphinkur nicht miterleben mussten, waren sie demselben räumlichen Behandlungssetting ausgesetzt wie die Patienten.

Pirovino leitete selbst nie eine Apomorphinkur, konnte aber einmal ein dafür vorgesehenes Zimmer besichtigen. Einerseits war er konsterniert über die Umstände, denen die betroffenen Patienten ausgesetzt wurden. Andererseits bescheinigte er der Methode, im Gegensatz zu anderen Verfahren wie der Leukotomie, die sich stärker in einem Graubereich abspielte, ein klares Behandlungsziel ohne Experimentalcharakter – Pirovino sprach vom «Abschrecken» und «Verleiden» der Trinksucht. Obwohl er die als «grauenvoll» chiffrierte Behandlungsmethode klar ablehnte, schien er sich der Tatsache bewusst, dass die Methode den zeitgenössischen Wissenszenit abbildete; für eine kurze Zeit wurde sie von der Psychiatrie für effizient im Umgang mit chronischem Alkoholismus gehalten.[290] Nach wenigen Jahren wurde die ethisch fragwürdige Methode aber aufgegeben.

Ein Druckmittel? Antabus und die Mechanismen des Zuredens

Als Stationsleiter war Pirovino oft bei Antabuskuren zugegen, da zwingend ein diplomierter Pfleger anwesend sein musste. Im Anschluss an die Abgabe von Antabustabletten und alkoholischem Getränk stieg der Blutdruck der Patientinnen und Patienten zuerst stark an. In dieser Phase begann der Arzt auf sie einzureden. Kurze Zeit später kam es zu einem starken Blutdruckabfall. Viele Patientinnen und Patienten hatten in dieser Phase Hitzewallungen, Rötungen, starkes Schwitzen, Herzprobleme und Angstzustände; ein Zeitpunkt, den das ärztliche Personal dazu nutzte, den Betroffenen den Spiegel vorzuhalten, um ihnen zu zeigen, was für Konsequenzen ein erneuter Alkoholkonsum unter «Antabusschutz» für sie hat. Daraufhin versprachen die meisten Patienten, fortan nicht mehr zu trinken. Kurze Zeit später wurden sie mit Tabletten zur psychischen Entwöhnung der Alkoholsucht entlassen.[291]

Speziell während des ärztlichen Zuredens beim «Trinkversuch» zeigten viele Patienten Widerwillen. Für die Durchführung mussten die Patienten oder deren gesetzliche Vertreter zwingend vorgängig in die Kur einwilligen. Wie auch bei der Apomorphinkur stellte sich hier aber die Frage, ob die Patienten während der Behandlung noch die Möglichkeit hatten, einen Kurabbruch zu verlangen. Bei der Apomorphinkur musste Schaub zuweilen Patienten behandeln, die nach ein paar Tagen nicht mehr «mitmachen» wollten. Diesen Patienten wurde eingeredet, dass sie im Behandlungssetting verweilen mussten, da ansonsten kein Kurerfolg erzielt werde.[292] Bei den Antabuskuren hingegen erinnerten sich die interviewten Pfleger an keine analogen Fälle. In einem Nebensatz erwähnte Bass jedoch, dass die Kur manchmal mit einem «Handel und Druck» verbunden gewesen ist.[293] Das betraf insbesondere Alkoholkranke, die bei ihren Eintritten in die Klinik wiederholt versprachen, auf den Alkoholkonsum zu verzichten, ihr Versprechen aber nicht einhielten. Das Zusammenleben und -arbeiten mit Alkoholkranken war für das ganze Umfeld belastend, so Bass. Oft sei der Alkoholrausch in Verzweiflung, Aggressionen und Gewalt umgeschlagen. In einigen Fällen übten deshalb Angehörige, Vormünder oder Arbeitgeber Druck aus. Sie drängten den alkoholkranken Patienten, in die Antabuskur einzuwilligen, um einer möglichen Scheidung oder der Kündigung des Arbeitsplatzes vorzubeugen. Diese Ausgangslage, so Bass, war für alle Beteiligte sehr unangenehm.[294] Seitens der Klinik wiederum konnte der Patient, falls dieser die Antabuskur weiterführte, mit einer frühzeitigen Entlassung, freiem Ausgang oder neuen Anschlussmöglichkeiten ausserhalb der Klinik rechnen. Formal erfolgte die Einwilligung zur Kur auf freiwilliger Basis. Die

288 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 33.40–33.59.
289 Interview mit Christian Schaub, 1.11.15–1.16.00.
290 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 33.56–33.35.
291 Ebd., Aufnahme 1, 34.25–36.30.
292 Interview mit Christian Schaub, 1.11.15–1.16.00.
293 Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 05.12.2018.
294 Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020 und 12.7.2020.

Rahmenbedingungen, über die das soziale Umfeld und das ärztliche Personal auf die Entscheidung einwirken konnte, sind jedoch geprägt von informellen Zwangsmomenten.

Noch heute werde, so Havermans, in der Klinik Beverin auf freiwilliger Basis Antabus verordnet. «Trinkversuche» hingegen würden seit etwa 2010 keine mehr durchgeführt. In heutigen Fachkreisen gilt das traditionelle «Vergällungsmedikament» Antabus nur noch als Mittel zweiter Wahl. Stattdessen werden die modernen, verträglicheren «Anticraving-Substanzen» Naltrexon, Nalfemen und Acamprosat als medikamentöse Rückfallprophylaxe vorgezogen.[295]

3.3.5 Die psychopharmakologische Wende der 1950er Jahre

Die Psychiatrie der Nachkriegszeit war stark vom Aufschwung moderner Psychopharmaka geprägt. Solche Medikamente hatten vor diesem Durchbruch bereits eine längere Geschichte. Die Geschichte der Medikamentenverabreichung zur Sedierung psychisch kranker Menschen reicht bis in die Anfänge der modernen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts zurück. Wie somatische Ärzte bei Operationen nutzten auch Psychiater zur Beruhigung ihrer «erregten» und «tobenden» Patientinnen und Patienten Narkotika und Schlafmittel. Da die Betroffenen unter stark variierenden Krankheitsformen litten, reagierten sie oft sehr unterschiedlich auf die Medikamente und zeigten teils gravierende Nebenwirkungen. Medikamente wie Morphium wiesen zudem ein hohes Suchtpotential auf, andere wie Chloralhydrat und die Barbiturate Veronal und Luminal wirkten bei stark «Erregten» zu wenig rasch und nur kurzfristig. Wieder andere wie Sulfonal hatten starke Nebenwirkungen.

Die pharmazeutische Industrie widmete sich in den 1930er Jahren intensiv der Entwicklung neuer Psychopharmaka. Die pharmazeutischen Unternehmen waren dabei auf eine enge Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken, vorwiegend forschungsnahen Universitätskliniken, angewiesen. Die jüngste Aufarbeitung der Medikamentenversuche, die in der Klinik Münsterlingen unter der Federführung von Roland Kuhn (1912–2005) durchgeführt wurden, zeigt aber, dass auch nichtuniversitäre Einrichtungen mit Pharmafirmen kooperierten.[296] In den psychiatrischen Kliniken konnten neue Präparate an Patientinnen und Patienten getestet und an bestehenden Medikamenten weitergeforscht werden. Therapie und Forschung gingen dabei oft Hand in Hand. Vorläufiger Höhepunkt der psychopharmakologischen Forschungsindustrie war die Entdeckung und Einführung der ersten Neuroleptika in den frühen 1950er Jahre. Mit ihnen setzte die pharmakologische Wende in der Psychiatrie ein.[297] Die neuen Medikamente stärkten die Position der Psychiatrie als Zweig der Allgemeinmedizin, entfachten neue Hoffnungen in der Behandlung psychischer Krankheiten und halfen vielen überfüllten Kliniken dabei, sich zunehmend zu verkleinern. Die zwei Neuroleptika Largactil und Serpasil standen am Anfang dieser Revolution der Psychiatrie, die der Psychiatriehistoriker Shorter von ihrer Bedeutung her auf eine Ebene mit der Einführung des Penicillins in der Allgemeinen Medizin gesetzt hat.[298]

Die «psychopharmakologische Wende» in den Bündner Kliniken

1950 entdeckte eine Forschungsgruppe des französischen Pharma- und Chemieunternehmens Rhône-Poulenc, heute Teil von Sanofi, das chemisch synthetisierte Molekül Chlorpromazin. Dieses sogenannte Phenothiazin-Derivat, das ursprünglich für anästhetische Zwecke gedacht war, zeigte bei Versuchen mit Ratten eine deutlich sedierende Wirkung. Die französischen Psychiater Jean Delay und Pierre Deniker nahmen diese Erkenntnisse auf und testeten das Arzneimittel zwei Jahre später erstmals an Patientinnen und Patienten des Sainte-Anne Hospital Center, bei denen eine manische oder schizophrene Grunderkrankung diagnostiziert worden war. Nach beachtlichen klinischen Erfolgen, insbesondere bei der Unterdrückung von Halluzinationen und Wahnvorstellungen bei Personen mit paranoiden Schizophrenien, kommerzialisierte das Rhône-Poulenc 1952 das Chlorpromazin unter dem Handelsnamen Largactil.[299] Dem Medikament wurde im engeren Sinne keine heilende Wirkung psychischer Krankheiten zugesprochen, sondern eine Unterdrückung der Hauptsymptome. Speziell chronisch

295 Müller / Wiesbeck (2014), S. 25–26.

296 Zu den intensiven Partnerschaften zwischen den Basler Pharmafirmen und Roland Kuhn, Direktor der Klinik Münsterlingen, siehe Meier / König / Tornay (2019), S. 276–279.

297 Brandenberger (2012), S. 26–27, 95.

298 Shorter (2003), S. 383.

299 Lopez-Munoz (2005), S. 118.

schizophren erkrankte Personen sollten unter der Einnahme von Largactil ein verhältnismässig normales Leben führen können.[300] Diese Hoffnung setzte auch Beverin-Direktor Weber in die frühen Neuroleptika. Er distanzierte sich explizit vom biologistischen Glauben der Psychiater früherer Generationen, die in den somatischen Schocktherapien ein Mittel sahen, psychische Krankheiten erfolgreich zu heilen; das erwartete er auch nicht durch die Verabreichung von Medikamenten. Vielmehr war er davon überzeugt, dass betroffene Personen mithilfe der Neuroleptika einer Psychotherapie und einer schrittweisen Resozialisierung zugänglicher gemacht werden könnten.

> *«Wir erwarten heute nicht mehr, dass eine medikamentöse Beeinflussung von Psychosen eine kausale Behandlung darstelle, wie man das bei der Einführung der Insulinkur gehofft hatte. Es ist von vornherein zu vermuten, dass Kuren mit Serpasil ähnlich wie jene mit allen andern bekannten somatischen unspezifischen Behandlungen in der Psychiatrie kaum direkt heilen, wohl aber beruhigen, sozialisieren und psychischen Einflüssen zugänglich machen können. Bei Psychosen mit spontanen Heilungstendenzen kann eine dauerhafte Besserung oder Heilung durch solche Kuren beschleunigt und vertieft werden.»*[301]

Ebenfalls im Jahr 1952 gelang es den Schweizer Ärzten Emil Schlittler, Johannes Müller und Hansjörg Bein, in den Laboratorien der Ciba das sogenannte Alkaloid Reserpin aus der Wurzel des indischen Krauts «Rauwolfia serpentina» zu isolieren. Die neue chemische Verbindung zeigte blutdrucksenkende und sedierende Wirkung. Vorerst kam das neue Arzneimittel, das die Ciba 1953 als Serpasil in den Markt einführte, in der Behandlung von Bluthochdruck zur Anwendung.[302] Doch schon ein Jahr später setzte der US-Psychiater Nathan Schellenberg Kline den Arzneistoff zum ersten Mal zur klinischen Behandlung von Psychosen ein.[303] Dieser Verwendungsweise schlossen sich in den Folgejahren auch schweizerische psychiatrische Einrichtungen an.

Im Gegensatz zur vergleichsweise späten Einführung der somatischen Kuren bewegten sich die Bündner Kliniken in Sachen Psychopharmaka am Puls der Zeit. Bereits 1953 erfolgten erste Kuren mit Largactil und nur ein Jahr später systematische Verabreichungen von Serpasil. Die chefärztlichen Haltungen gegenüber den neuen Medikamenten waren äusserst positiv. Durchbrüche waren insbesondere bei chronisch schizophrenen Patientinnen und Patienten zu verzeichnen, die schon langjährig hospitalisiert waren und bei denen andere Kuren versagt hatten.[304] Die geschilderten Erfolge seien laut Weber noch verblüffender, führe man sich vor Augen, dass Neuroleptika in den 1950er Jahren, als Graubünden in einer Wirtschaftskrise steckte, noch sehr teuer waren und daher keine «Anwendung in grösserem Ausmass» möglich war.[305] Die Verordnungen von Neuroleptika beschränkten sich deshalb auf die chronisch psychisch kranken Personen, während akute Fälle weiterhin mit Insulinkuren und Elektrokrampftherapien behandelt wurden.

Gleichwohl konnten durch die neuen Neuroleptika zuvor stark «erregte» Patientinnen und Patienten zunehmend von den «unruhigen» Abteilungen, Wachsälen oder Isolierzellen auf «ruhige» Stationen verlegt, der Arbeitstherapie zugeführt und bei langfristig erfolgreicher Anwendung schrittweise in ihr familiäres Umfeld oder in eine Familienpflege entlassen werden (vgl. Kapitel 2, Diagramme 9 und 10). Ähnlich wie bei den Behandlungen mit Antabustabletten waren auch bei den Neuroleptika Sozialdienst und ambulante Nachbetreuung von entscheidender Bedeutung.[306] Dabei stieg aber auch die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung. Aus ärztlicher Sicht erforderte die medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen ein hohes Mass an Mitarbeit und Kooperation seitens der betroffenen Personen – ein Leitgedanke, der seitdem nichts an Aktualität eingebüsst hat. Die konsequente Einhaltung der Verordnungsvorschriften wird heute unter dem Begriff der «Patientencompliance» gefasst. Der deutliche Anstieg an Aufnahmen in den 1950er Jahren könnte daher auch Ausdruck von vermehrten Rückfällen und damit verbundenen Wiederaufnahmen sein (vgl. Kapitel 2,

---

300 Das Medikament Largactil verhindert mittels Rezeptorblockaden zwischen Nervenzellen im Gehirn die Wirksamkeit der Überträgersubstanz Dopamin. Vgl. Shorter (2003), S. 383.

301 Weber (1954), S. 969.

302 Siehe auch Meier / König / Tornay (2019), S. 63.

303 Vgl. Kline (1954), S. 107–132.

304 Vgl. beispielhaft Jahresberichte Realta / Beverin 1953, S. 65–66, 1954, S. 55, 1955, S. 62; Jahresbericht Waldhaus 1956, S. 56.

305 Jahresberichte Realta / Beverin 1953, S. 66, 1955, S. 62.

306 Jahresberichte Waldhaus 1957, S. 58, 1958, S. 58, 1959, S. 55.

Diagramme 6 und 8). Das betraf unter anderem Personen, bei denen schizophrene Schübe aufgrund einer (nicht vorgesehenen) Absetzung der Neuroleptika oder eines individuellen Wirkungsverlusts des verordneten Medikaments wieder auftraten. Dieses Risikos schien sich das ärztliche Personal durchaus bewusst zu sein. Deshalb sah es, wie das folgende Beispiel von 1959 illustriert, gegebenenfalls von Entlassungen ab.

> *«Wir können uns nicht vorstellen, dass Pat. länger als 2–3 Wochen sich in Familienpflege halten lässt; er würde dann sicherlich die Largactil-T. nicht einnehmen und dann würden die schweren Spannungen und Drohungen gegen die Umgebung sofort wieder auftreten.»*[307]

Die Einführung von Depotneuroleptika um 1970 verbesserte die Reintegrationsmöglichkeiten massgeblich. Erste Depot-Präparate wurden in den frühen 1960er Jahren entwickelt. Gegenüber der oralen Tabletteneinnahme ermöglichten sie eine wesentliche Verbesserung der Langzeitbehandlung bei Schizophrenien, da die intramuskulär injizierte Konzentration unter kontinuierlicher Freisetzung die therapeutische Wirkung im Blut bis zu sechs Wochen aufrechterhalten kann.[308] Die 23 Patienten, die in Beverin 1973 erstmals Depotneuroleptika erhielten und entlassen wurden, mussten sich nur noch alle drei Wochen zur Kontrolle in der Klinik oder bei ihrem Hausarzt einfinden. Je nach Befund wurde ihnen eine weitere Injektion für drei Wochen verabreicht.[309] Auf diese Weise verlängerten sich die Zeitintervalle zwischen den einzelnen Behandlungen. Die Depotneuroleptika brachten auch andere Vorteile mit sich. Zum einen minimierten sie die Risiken des Medikamentenmissbrauchs. Zum andern wurden die betroffenen Personen durch die Medikamenteneinnahme nicht mehr ständig mit der eigenen Krankheit konfrontiert.

Zu diesem Zeitpunkt konnten die Bündner Psychiater bereits auf eine Vielzahl von Psychopharmaka zurückgreifen. Durch die Einführung der ersten Neuroleptika erlebte die Forschung nach psychoaktiven Wirkstoffen einen starken Aufschwung, der neurobiologischen Konzepten der Schizophrenie und anderen Psychosen den Weg bereitete.[310]

Das Diagramm 19 zeigt, wie Largactil und Serpasil im Waldhaus sukzessive durch neue Neuroleptika, insbesondere das Medikament Melleril von Sandoz, ersetzt wurden. 1958 erfolgten in den Bündner Kliniken zudem die ersten Kuren mit dem Antidepressivum Tofranil. Roland Kuhn «entdeckte» die Wirkung des zugrundeliegenden Arzneistoffs Imipramin zufällig bei Medikamententests, die er 1957 in der Klinik Münsterlingen durchgeführt hatte. Ein Jahr später brachte der Basler Pharmakonzern Geigy das Medikament unter dem Namen Tofranil in den Handel – die Anwendungen des Antidepressivums in Graubünden erfolgten also erst nach der Markteinführung.[311] Mit den Antidepressiva und Tranquilizern konnten zur Behandlung von Krankheitsdiagnosen wie Depressionen oder neurotischen Angstzuständen, die bis anhin kaum gezielt medikamentös behandelt werden konnten, adäquatere Psychopharmaka eingesetzt werden. Während das Medikamentenangebot in den 1950ern noch klein war, ist ab den 1960ern eine starke Zunahme zu verzeichnen.[312] Die neuen Medikamente ersetzten aber häufig nicht die vorgängige medikamentöse Therapie. Vielmehr wurden sie zur bereits bestehenden Medikamentierung hinzugefügt. So erhielt ein Patient der Klinik Beverin, bei dem die Diagnose «chronische Schizophrenie» gestellt worden war, 1965 eine «Dauerbehandlung» mit den Psychopharmaka Vesitan, Largactil, Melleril und Taractan. Der Oberarzt stellte daraufhin fest, dass sich die chronisch schizophrene Störung «etwas gebessert» habe, liess den Patienten auf die «ruhige» Abteilung verlegen und in die Arbeitstherapie integrieren.[313] Die Medikamentenkombinationen wurden zudem nicht analog zu den diagnostischen Oberkategorien verordnet. Betroffene mit Mischdiagnosen erhielten unter Umständen abends Neuroleptika und tagsüber Tofranil gegen ihre depressiven Schübe.

---

307 StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an den Vormund eines Patienten, Chur, 7.4.1959.

308 Riedel (2004), S. 217.

309 Jahresbericht Realta/Beverin 1973, S. 199.

310 Lopez-Munoz (2005), S. 132.

311 Rietmann/Germann/Condrau (2018), S. 206.

312 Die Kategorie «Andere Neuroleptika» in Diagramm 19 umfasst ab 1963 Haldol und Trilafon, ab 1964 Taractan, ab 1965 Vesitan, ab 1973 Leponex und ab 1974 Fluanxol retard. Unter die Kategorie Antidepressiva/Thymoleptika fiel bis 1961 nur Tofranil, hinzu kamen ab 1962 Tryptizol und ab 1977 Anafranil und Laroxyl. Tranquilizer wurden in diesen Statistiken nur fragmentarisch erfasst.

313 StAGR V 13 f 10: Schreiben Franz Josts an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Cazis, 19.10.1965.

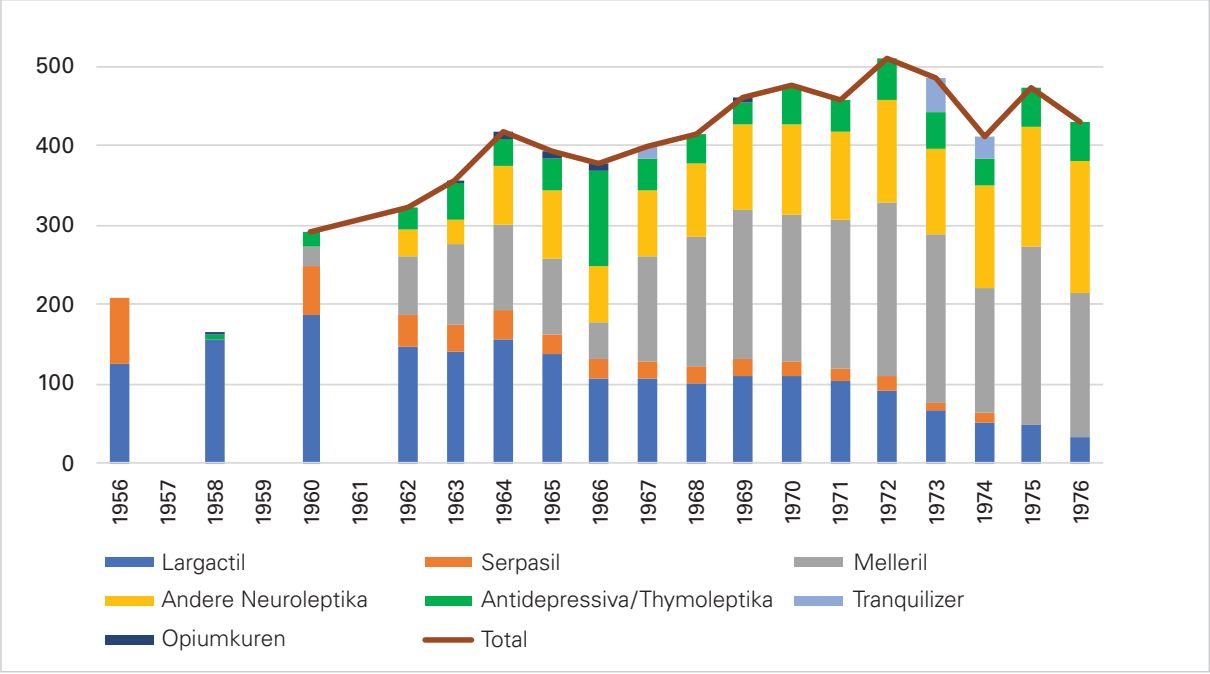


Diagramm 19: Anzahl Psychopharmaka-Kuren an ausgewählten Stichtagen, Klinik Waldhaus 1956–1976
Anmerkung: Die Angaben stammen aus den Jahresberichten. Es ist davon auszugehen, dass Pflugfelder diese Stichproben dokumentierte oder seinem ärztlichen oder pflegerischen Personal zur Erfassung in Auftrag gab. Für die Jahre 1957, 1959 und 1961 fehlen genauere Angaben. Die hier aufgeführten Medikamente dürften lediglich die Spitze des Eisbergs darstellen. Nur eine vertiefte Studie der Patientenakten, die im Rahmen dieser Studie nicht möglich war, könnte zu einem differenzierteren Bild führen.
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1956–1976.

Medikamentenversuche in den Bündner Kliniken

In den letzten Jahren wuchs das Interesse von Medien und Politik an der Frage, unter welchen wissenschaftlichen, rechtlichen und ethischen Bedingungen Patientinnen und Patienten seit dem Zweiten Weltkrieg mit Psychopharmaka behandelt wurden. Insbesondere interessierte, wieweit es zu fragwürdigen Medikamentenversuchen gekommen ist, das heisst, in welchem Ausmass Psychiater zwischen 1950 und 1980 ungeprüfte Präparate ohne Wissen und ohne Einverständnis der Betroffenen zu Forschungszwecken verabreicht hatten.[314] Mehrere Kantone und psychiatrische Kliniken gaben Forschungsprojekte in Auftrag, die diese Fragen für ihre Einrichtungen untersuchen sollten. Inzwischen bestätigen Studien zu Basel, Luzern, Zürich, Liestal und Münsterlingen, dass in den entsprechenden psychiatrischen Kliniken Medikamentenversuche an Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden.[315]

Auch an den psychiatrischen Kliniken des Kantons Graubünden fanden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts Medikamententests statt. Die Bündner Psychiatrie spielte für die Erforschung neuer Psychopharmaka jedoch im nationalen Vergleich keine bedeutende Rolle. Weder das Waldhaus noch die Klinik Beverin verfügten über eine Forschungsabteilung. In den untersuchten Quel-

314 Am Ursprung der Debatte über Medikamentenversuche in der Schweiz stand der Vorwurf an den Münsterlinger Psychiater Roland Kuhn, dass er mit nicht zugelassenen Präparaten an Heimkindern experimentiert habe. Vgl. Rietmann / Germann / Condrau (2018), S. 201.

315 Vgl. Germann (2017) zur PUK Basel; Richli (2018) zur Klinik St. Urban; Rietmann / Germann / Condrau (2018) zur PUK Zürich; Condrau / Lienhard (2019) zur Psychiatrie Baselland; Meier / König / Tornay (2019) zur Klinik Münsterlingen. Ende 2019 beauftragte der Aargauer Regierungsrat zudem das Institut für Medizingeschichte der Universität Bern, allfällige Medikamentenversuche in der Psychiatrischen Klinik Königsfelden aufzuarbeiten. Die Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2020 vorliegen.

lenbeständen waren zudem keinerlei Korrespondenzen mit Pharmakonzernen zu finden, die auf eine besonders enge Partnerschaft mit der Pharmaindustrie hingewiesen hätten. Auch Dokumentationen umfangreicher Medikamentenprüfungen sucht man in den beiden Verwaltungsarchiven vergeblich. Eine Einsichtnahme in die Akten der Basler Pharmakonzerne hätte den Rahmen dieser Studie gesprengt. Ob sich dort Hinweise auf Medikamententests finden lassen, ist zu bezweifeln. Die Forschenden der Studie zu den Medikamententests in Münsterlingen, die Zugang zum Archiv der Novartis hatten, listeten auf, zu welchen weiteren psychiatrischen Kliniken der Schweiz sie Studienmaterialien vorfanden – die beiden Bündner Kliniken finden darin keine Erwähnung.[316]

Die magere Quellenlage sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in den Bündner Kliniken ein Interesse an Medikamentenversuchen bestand. Sowohl unter Pflugfelder als auch unter Weber, deren Amtszeiten in die Zeit der psychopharmakologischen Wende fielen, wurden klinische Studien mit psychoaktiven Stoffen durchgeführt. Im Rahmen unserer Recherchen stiessen wir auf vier Studien, zwei davon wurden im Waldhaus (1955 und 1994), zwei in der Klinik Beverin (1962 und 1973) realisiert.[317] Den Studien gemeinsam ist, dass sie die Wirkungsmechanismen eines Psychopharmakons ins Zentrum rückten, das zum jeweiligen Untersuchungszeitraum bereits im Handel war. Eine rudimentäre Durchsicht zufällig ausgewählter Patientenakten zwischen 1950 und 1970 hat aber gezeigt, dass auch ungeprüfte Präparate in der Bündner Psychiatrie zur Anwendung kamen. Diese wurden in der Regel mit Industriekürzeln angegeben – die bei uns vorgefundenen lauteten «Präp. Ciba 39209» (Ciba)[318], «IB 503» (Sandoz)[319], «Ro 6-2728» (Hoffmann-La Roche)[320], «Ro-4 1575/4» (Hoffman-La Roche)[321] und «Präparat 900» (Sandoz)[322]. In den Patientenakten sind sie, wie andere verabreichte Medikamente, in der Regel kommentarlos aufgezeichnet worden. Nur in einer Patientenakte konnte festgestellt werden, dass die Verabreichung des noch nicht zugelassenen Präparates explizit Teil einer «Versuchsserie» war:

> *«Versuchsserie mit Präparat Ro 6-2728 (Hoffmann-La Roche), Versuchsdauer: 17.6.66 – 21.7.66 (Total 35 Kurtage). […] Appetit, Schlaf, BD [Blutdruck, Anm. d. Verf.] sowie die übrigen Laboruntersuchungen zeigten keine Besonderheiten. Eine Tendenz zur Blutdrucksenkung konnte bei Pat. nicht beobachtet werden. Eine objektive Beurteilung des psychopharmakologischen Effektes ist hier kaum möglich, im Vordergrund steht eine misstrauische Ablehnung des Versuchspräparates; immerhin war während der Versuchsserie der Effekt eher negativ.»*[323]

Die Medikamentenstudien lassen sich mit Blick auf die Komplexität der Geschichte der Medikamentenversuche nicht einfach in solche mit nicht zugelassenen Präparaten und solche mit handelsüblichen Medikamenten unterteilen. Am Beispiel der ersten Medikamentenstudie in der Bündner Psychiatrie, die Serpasil-Studie von Pflugfelder 1955, soll dies nachfolgend illustriert werden. Dafür ist aber zuerst ein Blick zurück auf die ersten Versuche mit dem Neuroleptikum Serpasil zu werfen.

Mit Direktor Ernst Weber verfügte die Klinik Beverin über den ersten Psychiater, der in der Schweiz klinische Erfahrungen mit Serpasil machte.[324] Seine Studie von 1954, die in der *Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift (MeWo)* veröffentlicht wurde, fiel jedoch in seine Assistenzzeit in der Zürcher Klinik Burghölzli. Die daraus ge-

316 Vgl. Meier / König / Tornay (2019), S. 273, Fussnote 16.

317 Vgl. Pflugfelder / Huchtemann (1955); Bünter (1994); Weber / Jost (1962); Jost / Zmorski (1973). Es ist gut möglich, dass noch weitere Medikamentenstudien in den Bündner Kliniken durchgeführt wurden. Da die publizierten Studien der Klinikärzte nicht in einer Sammlung vor Ort archiviert oder in den Jahresberichten erwähnt wurden, ist die Suche nach weiteren Studien sehr aufwändig. Dafür müssten die Inhaltsverzeichnisse der einschlägigen Zeitschriften für Psychiatrie auf die Namen bekannter Psychiater in Graubünden durchgesehen werden. Eine Aufgabe, der sich zukünftige Forschungsarbeiten annehmen könnten.

318 Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8677 (1966).

319 Das Sandoz-Versuchspräparat «IB 503» tauchte am häufigsten in den Krankenakten auf. Vgl. Patientenakte, Männer stationär Beverin 8974 (1965); Patientenakte, Männer stationär Beverin 8976 (1965); Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8988 (1965); Patientenakte, Männer stationär Beverin 9008 (1965); Patientenakte, Männer stationär Beverin 9067 (1965). Auch in Münsterlingen und St. Urban wurde die Substanz «IB 503» zu Prüfungszwecken verabreicht, vgl. Meier / König / Tornay (2019), S. 102–103; Richli (2018), S. 25, 31.

320 Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8718 (1966).

321 Ebd., stationär Beverin 9031 (1961).

322 Ebd., stationär Waldhaus 12706 (1966).

323 Ebd., stationär Waldhaus 8718, Eintrag von Gottlob Pflugfelder im Verlaufsblatt, 28.7.1966.

324 Vgl. Weber (1954). Für einen Überblick über die Serpasil-Erforschung siehe Schroetter (1956), S. 335.

wonnenen Einsichten dürfte Weber aber für seine chefärztliche Tätigkeit in Beverin übernommen haben. Dass es sich bei seinen Untersuchungen um klinische Versuche handelte, wird erst vor dem Hintergrund der zeitgenössisch kaum regulierten Zulassungsverfahren von Heilmitteln verständlich. Bis das erste eidgenössische Gesetz über Heilmittel und Medizinprodukte im Jahr 2002 in Kraft trat, fiel die Medikamentenzulassung generell in den Verantwortungsbereich der Kantone.[325] Zudem war die Rechtslage unübersichtlich. Da eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene fehlte, bewegten sich Medikamentenversuche an Menschen lange Zeit in einem Graubereich zwischen Arzneimittel-, Straf- und Patientenrecht.[326]

Die Bemühungen um eine gemeinsame Regelung unter den Kantonen reichen bis ins späte 19. Jahrhundert zurück. 1900 vereinbarten fünf Schweizer Kantone, eine gemeinsame *Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel* (IKS) zur Überprüfung neuer Medikamente einzurichten – diesem Konkordat schlossen sich in den Folgejahrzehnten immer mehr Kantone, unter anderem auch der Kanton Graubünden, an. Der Zuständigkeitsbereich der IKS beschränkte sich aber bis in die 1940er Jahre auf das Aussprechen von Empfehlungen. Erst als die Kantone 1942/43 die IKS-Vereinbarung revidierten, gewann die Kontrollstelle an Kompetenzen und war künftig für die Prüfung und Registrierung neuer Arzneien zuständig.[327] Allerdings definierten ihre Zulassungsrichtlinien nur, in welchen Dimensionen Pharmakonzerne ihre Präparate vorab an Probandinnen und Probanden zu testen hatten, um eine Markteinführung zu rechtfertigen. Die IKS sanktionierte also nicht den Einsatz nicht registrierter Präparate, sondern gestaltete lediglich indirekt die Standards der klinischen Forschung mit. Mit der Registrierung erhielten Präparate in der Regel einen Handelsnamen. War ein Präparat noch nicht registriert, erschien es in den Patientenakten mit einem Industriekürzel (z. B. «Ro 6-2728»). Hierbei handelte es sich also explizit um «Versuchspräparate» für klinische Medikamententests. In der Anfangsphase der Psychopharmaka-Forschung in den 1950er Jahren wurden die klinischen Versuche und die Registrierung verabreichter Präparate zeitnah abgewickelt. So konnte in einer Patientenakte unter Umständen bereits ein Handelsname verwendet werden, obwohl das Präparat selbst noch nicht registriert war. In diesen Fällen war der Übergang zwischen Versuchspräparaten und standardisierten Medikamenten fliessend; so konnte unter Umständen eine Experimentierphase nahtlos in eine Standardbehandlung übergehen.[328]

Erst im Anschluss an den Contergan-Skandal von 1961/62, als ein rezeptfreies Schlafmittel bei Tausenden von Neugeborenen schwere körperliche Fehlbildungen verursachte, verschärfte das IKS die Zulassungsregelungen. Neu forderte sie von den Produzenten genaue Berichte über das Wirkungsbild und die Nebenwirkungen von neuen Präparaten.[329] 1977 folgte eine weitere Verschärfung der IKS-Registrierungsrichtlinien. Klinische Studien an Menschen waren seither nur noch als kontrollierte Studien erlaubt, bei denen neue Substanzen zwingend gegen ein Placebo oder ein bereits zugelassenes Präparat zu prüfen sind.

Die neuen Richtlinien konstituierten neue Zulassungshürden, sie reglementierten aber nicht den Interessenschutz der Probandinnen und Probanden. Das Strafgesetzbuch von 1942 sanktionierte zwar gesetzeswidrige Eingriffe in die körperliche Integrität und individuelle Freiheit. Zudem war es allgemein unumstritten, dass bei medizinischen Eingriffen eine Einverständniserklärung der betroffenen Person oder ihren gesetzlichen Vertretern einzuholen sei. Bei Medikamentenprüfungen blieben in der Praxis aber viele Fragen im Graubereich, da eine explizite rechtliche Regelung nicht vorhanden war. Das Prinzip des «informed consent» (informierte Einwilligung), das sich über den Nürnberger Kodex (1947) und die Deklaration des Weltärztebunds von Helsinki (1964) in der Medizinethik schrittweise etabliert hatte, kam in der Schweiz anfänglich kaum zur Anwendung. Erst die 1971 in Kraft getretenen Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen, veröffentlicht von der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, stärkten die Pati-

325 SR 812.21, Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG), in: AS 2001 2790.

326 Rietmann / Germann / Condrau (2018), S. 217.

327 Ebd. In den Aufsichtskommissionssitzungen der beiden Bündner Kliniken sind keine Rücksprachen mit der IKS, Thematisierungen von Medikamentenversuchen oder Stellungnahmen einer etwaigen Ethikkommission dokumentiert.

328 Ebd., S. 203, 219. Die Geschichte der Regulierung der Arzneimittel wird in der jüngst erschienenen Studie «Testfall Münsterlingen» umfassend dargestellt, vgl. Meier / König / Tornay (2019), S. 196–202.

329 Richtlinien der IKS betreffend Anforderungen an Belege für neue Wirkstoffe vom 7.1.1963, Monatsberichte der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel 63/1 (1963), S. 2–7.

entenrechte gegenüber der klinischen Forschung. Letztere hatte zu diesem Zeitpunkt aber bereits eine umfassende Institutionalisierung durchlaufen. In der Medizinforschung wird die Phase ab Mitte der 1960er Jahre als Paradigmenwechsel weg vom Grundrechtsverständnis des fürsorgepflichtigen Arztes hin zur Stärkung der Selbstbestimmung der Probandinnen und Probanden verstanden.[330]

Obwohl Serpasil bereits ab 1953 kommerzialisiert wurde, handelte es sich bei Webers Anwendungen im Burghölzli um klinische Medikamentenversuche.[331] Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Vermarktung von Serpasil anfänglich auf den Anwendungsbereich der Behandlung von Bluthochdruck reduziert war. Dementsprechend berichtete Weber in seiner Studie, dass die «indische Medizin» erst in jüngerer Zeit bei Serpasil auch eine «therapeutische Wirkung bei Geisteskranken, besonders bei erregten oder ängstlichen Patienten» festgestellt habe.[332] Ansonsten berief er sich lediglich auf Erkenntnisse aus Tierversuchen (Katzen, Kaninchen, Hunden und Affen), die auch heute noch ersten klinischen Tests an Menschen vorausgehen. Die experimentellen Befunde der indischen Forscher seien hingegen einziger psychiatrischer Referenzpunkt.

> *«Die indischen psychiatrischen Erfahrungen würden an sich schon eine Erprobung des Serpasils in unseren Kliniken nahelegen, obschon die Berichte, die darüber zu uns gelangt sind, nur summarisch sind.»*[333]

Die Durchführung und Ergebnisse von Webers klinischen Versuchen mit Serpasil, von dem er sich eine mögliche Alternative zu Largactil versprach, zeugten von einer eher unkontrollierten Versuchsanordnung und Unerfahrenheit im psychiatrischen Umgang mit neuen Medikamenten. In seinem Forschungsbericht in der *MeWo* wurden weder Spezialrapporte, laufende Datenerfassungen (Körpermessungen) noch Gegenkontrollen mit Placebo erwähnt. Als «Untersuchungsgut» wählte er 33 Patientinnen und Patienten, die an «starren Erregungs-, Unruhe- und Spannungszuständen» litten. Die Diagnose der zugrundeliegenden Krankheit habe bei der Auswahl «keine wesentliche Rolle» gespielt.[334] Abgesehen von den Nebenwirkungen fiel sein Fazit über die medikamentöse Behandlung mit Serpasil weitgehend positiv aus. Er berichtete von 24 Fällen, bei denen die «Erregung gelöst» oder gar eine «praktisch völlige Ruhigstellung» eingetreten sei, woraufhin mehrere Abteilungsversetzungen und bei vier akuten Fällen eine Entlassung erfolgt sei. Die «Inaktivierung, Verlangsamung oder Schlafverbesserung» habe zudem einen «pflegerisch[en] [Vorteil]» mit sich gebracht. Neun Patientinnen und Patienten hätten hingegen nur eine geringe Beruhigung gezeigt, bei ihnen sei aber zumindest kurbegleitend das Absetzen der «Mo-Scop»-Einnahmen möglich gewesen.[335]

Ein Jahr nach Webers Publikation veröffentlichte Waldhaus-Direktor Pflugfelder, gemeinsam mit seinem Assistenzarzt Klaus Huchtemann, der von 1954 bis 1957 am Waldhaus tätig war, klinische Studienergebnisse über das Serpasil-Wirkungsbild bei 100 Patientinnen und Patienten der Klinik Waldhaus.[336] In der Zwischenzeit lagen bereits viele Arbeiten über internistische Anwendungen von Serpasil vor, die eine grundsätzliche Verwandtschaft des Wirkungsbildes zu Largactil nachweisen konnten. Die Untersuchung von Pflugfelder und Huchtemann sollte der Klärung der Frage dienen, ob Serpasil ähnliche Behandlungsergebnisse wie Largactil, aber weniger unangenehme Nebenwirkungen zeige. Zu den unerwünschten Nebenwirkungen zählten sie allergische Hautreaktionen, Leberschädigungen, parkinsonähnliche Begleitsymptome bei hohen Dosen und Gewöhnung. Sie betrachteten das Waldhaus als geeigneten Ort für Medikamententests mit Serpasil, auch weil sie zu diesem Zeitpunkt bereits über viel Erfahrung mit Largactilkuren verfügten.

Bemerkenswert an ihrer Studie ist, dass sie von den *ersten* 100 Serpasilkuren in der Klinik Waldhaus zeugt. Insofern scheint es ihnen weniger um die Erforschung des Wirkungsbilds, als vielmehr um den praktischen Gewinn von Erfahrungen «über Technik und Dosierung» der Kuren gegangen zu sein. Ziel war es, präzise individuelle Indikationsstellungen definieren zu können.[337] Die

---

330 Rietmann / Germann / Condrau (2018), S. 219–220.

331 Näher zu den Unterlagen, die seinem wissenschaftlichen Artikel vorausgingen, siehe ebd.

332 Weber (1954), S. 968.

333 Ebd.

334 Von den 33 Personen litten laut ärztlicher Diagnose 22 an schizophrenen Erkrankungen, vgl. ebd., S. 969.

335 Ebd.

336 Vgl. Pflugfelder / Huchtemann (1955). Pflugfelders Forschungsinteresse könnte durchaus während seiner Tätigkeit unter Roland Kuhn an der Klinik Münsterlingen entstanden sein.

337 Ebd., S. 627.

Rahmenbedingungen der Untersuchung waren im Vergleich zu Webers Arbeit exakter abgesteckt. Eine Serpasilkur wurde bis auf wenige Ausnahmen bei Patientinnen und Patienten mit chronischen oder «exazerbierenden» Schizophrenien mit Verstimmungs- und Erregungsphasen eingeleitet.[338] Unter den 100 Probandinnen und Probanden befanden sich insgesamt 72 Prozent an Personen, die an einer chronischen und 7 Prozent, die an einer «exazerbierenden» Schizophrenie litten.[339] Auffällig ist zudem, dass von den behandelten Personen zwei Drittel Probandinnen waren. Dass Frauen bedeutend häufiger Medikamententests oder klinischer Forschung unterzogen wurden als Männer, konnte die Forschung kürzlich auch für die PUK Basel und das Zürcher Burghölzli nachweisen.[340] Bei den Tests im Burghölzli lag die Erklärung nahe, die Genderasymmetrie auf den deutlich höheren weiblichen Anteil an diagnostizierter schizophrener und manisch-depressiver Krankheiten zurückzuführen; diese Krankheitsbilder standen im Zentrum der Psychopharmaka-Forschung. Obwohl in den Bündner Kliniken Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis wesentlich häufiger bei Frauen als bei Männern gestellt wurden (vgl. Kapitel 3.2), ist diese Tendenz bei Schizophrenie-Diagnosen nicht zu erkennen. In Pflugfelders Studie handelte es sich bei rund 80 Prozent der Testpersonen um Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie-Diagnose. Da diese Diagnose im Waldhaus bei etwa gleich vielen Männern wie Frauen gestellt worden war, wirkt es bezeichnend, dass Pflugfelder für seine Untersuchungen zwei Drittel Frauen wählte. Anhand der überlieferten Quellen lässt sich bezüglich dieser Auffälligkeit kein abschliessendes Urteil fällen. Ohnehin ist die Überlieferung zu dieser Studie erstaunlich gering.[341] Abgesehen von den veröffentlichten Ergebnissen in der *MeWo* liegen keine Unterlagen vor. Nicht einmal in den Patientenakten werden diese Medikamententests explizit als solche bezeichnet – das wiederum wirft die Frage auf, inwiefern bei der Studie die Einwilligung der Probandinnen und Probanden, beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreter, eingeholt worden war. Eine Frage, die sich nicht abschliessend klären lässt.

Für die Durchführung der Serpasilkuren setzten Pflugfelder und Huchtemann ein dafür geschultes Pflegepersonal ein. Dieses hatte «vor, während und nach der Kur» einen sogenannten Spezialrapport mit Angaben zu Puls, Temperatur, Blutdruck und Körpergewicht zu führen. Darüber hinaus kontrollierte es Blutbild und Urin sowie bei längeren Kuren auch Leberfunktion und Bilirubinwerte im Serum. Die Rapporte über Nebenwirkungen des Medikaments hatten Ärzte und Pflegepersonal unabhängig voneinander zu notieren, um ein möglichst umfassendes Bild der Wirkung zu gewinnen. Zudem hatten die Ärzte in den ersten sechs Monaten zur Gegenkontrolle und ohne Wissen der Patientinnen und Patienten sowie des Personals alternierend für ein bis zwei Wochen Placebo zu verabreichen (heute als Doppelblindstudie bezeichnet). Bei der Indikationsstellung wurde kein genaues «Kurschema» aufgestellt, da Dosierungen individuell und deshalb innerhalb der ersten sechs Tage auf die «vermutliche Optimaldosis» gesteigert werden mussten. Sofern keine auffälligen Dämpfungen oder störenden Nebenwirkungen eintraten, wurde die Tagesdosis auf dieser Höhe aufrechterhalten und schrittweise auf die sogenannte «Erhaltungsdosis» – eine möglichst niedrige Dosis, die aber noch die erwünschte psychische Wirkung garantiert – reduziert. Im Gegensatz zu Webers maximal 59-tägigen Serpasilkuren führten Pflugfelder und Huchtemann speziell bei chronisch schizophrenen Patientinnen und Patienten die Kuren über mehrere Monate hinweg durch, vereinzelt sogar bis zu einem Jahr. Ein Kurabbruch erfolgte frühestens nach 30 Tagen. Insofern erfüllte sich die ärztliche Hoffnung, psychische Krankheiten mittels Psychopharmaka rasch unter Kontrolle zu bringen, offenbar nur teilweise. Während der Behandlung hatten die Kurpatientinnen und -patienten die Möglichkeit, beim kurführenden ärztlichen Personal «Rat und Aussprache» zu suchen; ein Moment der «spontanen Zuwendung», den Pflugfelder und Huchtemann, kombiniert mit der affektiven Aufhellung, als «günstige Voraussetzung für Psychotherapie» definierten. Vorwiegend konnten sie dadurch aber eine Einglie-

338 Unter einer «Exazerbation» versteht man in der Medizin eine drastische Verschlechterung des Krankheitsbildes bei Patientinnen und Patienten, die eine chronisch verlaufende Erkrankung aufweisen.

339 Bei diesen eher schwerwiegenden, vorwiegend chronischen Krankheitsbildern versprachen sich die Ärzte durch Serpasilkuren Erfolge, um die Zahl der Elektro- und Dämmerkuren auf den «unruhigen» Pflegestationen reduzieren zu können. Bei akuten schizophrenen Schüben zogen sie aber nach wie vor die klassische Insulinkur vor. Vgl. ebd.

340 Siehe dazu Germann (2017), S. 45–33, 60, sowie Rietmann / Germann / Condrau (2018), S. 213.

341 Dasselbe gilt auch für die zwei Studien, die in der Klinik Beverin durchgeführt wurden, vgl. Weber / Jost (1962); Jost / Zmorski (1973).

derung in der Arbeits- und Freizeittherapie möglich machen.[342]

Obwohl oder vielleicht gerade weil es sich um die ersten 100 Serpasilkuren im Waldhaus überhaupt handelte, lief ihre Durchführung für die damalige Zeit vergleichsweise kontrolliert ab. Nicht nur wurde gezielt definiert, welches Medikament in welcher Dosis abgegeben werden sollte, sondern es wurden auch laufend Spezialrapporte und Daten erfasst. Diese unmittelbaren Beobachtungen ermöglichten es, die Kuren ständig zu kontrollieren und den Wirkungsverlauf nachzuzeichnen – damit reduzierten die Ärzte ihre Studienergebnisse nicht, wie es bei Weber der Fall gewesen war, auf retrospektive Schlüsse. Ein ähnlich präzises Vorgehen wandte Pflugfelder bereits bei seiner Studie über die Bewusstseinsveränderungen bei Insulinkuren an.[343] Rein formell schien es sich hier also um klinische Forschung mit dem bereits zugelassenen Serpasilpräparat zu handeln – ein Beispiel, das aufzeigt, dass klinische Forschung nicht ausschliesslich mit «neuen», sondern auch mit bereits handelsüblichen Präparaten betrieben wurde.

In ihren Auswertungen berichteten Pflugfelder und Huchtemann, dass Serpasil psychisch sediere und die affektive Ansprechbarkeit steigere. Speziell Kranke mit «schizophrene[n] Endzustände[n]» und «versandete Pflegefälle» hätten nach jahrelanger Isolierung wieder Kontakt mit Angehörigen aufgenommen, Leidenschaften entwickelt und sich neuerdings für ihre Verlegung oder Entlassung interessiert.[344] Serpasil schien sich also nicht nur als beruhigend auf Psyche und Motorik zu erweisen, sondern auch zu einer affektiven Aufhellung der Grundstimmung zu führen. Diese Beruhigung und Stimmungsaufhellung sei nicht nur den Patientinnen und Patienten zugutegekommen, sondern habe auch der Pflege «günstigere Pflegebedingungen» geboten.[345] Bei 22 Personen trat jedoch keine Beruhigung und Entspannung ein. Trotz symptomatischer Kurerfolge konnten bei ihnen keine Heilerfolge erzielt werden, die auch nach der Absetzung des Medikaments anhielten.[346] Darüber hinaus konstatierten Pflugfelder und Huchtemann auch Kontraindikationen, etwa bei Personen mit schweren Herz- und Stoffwechselkrankheiten, bei denen sie von einer Serpasilkur abrieten. Ferner war die gesteigerte «Kollapsgefahr» wegen der stark blutdrucksenkenden Wirkung des Medikaments «in pflegetechnischer Beziehung […] im Auge zu behalten».[347] Die Autoren rieten explizit dazu, Serpasilkuren nur unter klinischen Bedingungen einzuleiten.

Den Kurerfolgen standen auch diverse Nebenwirkungen gegenüber. Das Auftreten von Gesichtsanschwellung und Blässe, gelegentlichen Lidödemen und Müdigkeit bezeichneten die Autoren als harmlosere Nebenwirkungen, da sie nach Absetzung des Medikaments wieder verschwinden würden. Starke Gewichtszunahmen, die aus dem gesteigerten Appetit bei gleichzeitiger motorischer Antriebsverarmung resultierten, oder auch verstärkter Speichelfluss («Salivation») wurden hingegen zu den unerwünschten Nebenwirkungen gezählt.[348] Diese bekämpften die beiden Ärzte mit weiteren Medikamenten. Gegen den starken Speichelfluss etwa verabreichten Pflugfelder und Huchtemann bei einem Drittel der Personen zusätzlich Atropintropfen.

Die wohl auffälligste Nebenwirkung war aber das sogenannte «Parkinson-Syndrom», das sich in Bewegungsstörungen und Zittern manifestierte. Vergeblich hofften die Ärzte, dass der Tremor – den sie bereits bei Largactilkuren beobachtet hatten – bei Serpasil nicht auftreten würde. Obwohl bei allen Probandinnen und Probanden kein vorzeitiger Kurabbruch notwendig gewesen sei und sich die Symptome nach dem Kurende wieder zurückgebildet hätten, reduzierte das ärztliche Personal zuweilen die Serpasildosis. Ferner kollabierten einige Patientinnen und Patienten aufgrund der blutdrucksenkenden Wirkung des Medikaments. Deshalb verabreichten die Ärzte bei 54 Prozent der Probandinnen und Probanden, die bei der «Erhaltungsdosis» über Mattigkeit und Schwindel geklagt hatten, zusätzlich regelmässig das neue Ciba-Stimulans Ritalin.[349] Bei Kurpatientinnen und -patienten mit starken Erregungszuständen und motorischen Unruhen setzten sie hingegen zusätzlich Schlafmittel wie beispielsweise Isamin ein.

Offensichtlich war das ärztliche Personal bei der Bekämpfung allfälliger Nebenwirkungen auf

342 Pflugfelder / Huchtemann (1955), S. 627–628.
343 Vgl. dazu die Studie zu Insulinkuren: Pflugfelder (1951).
344 Pflugfelder / Huchtemann (1955), S. 627.
345 Ebd., S. 629.
346 Zu den Behandlungserfolgen siehe Tabelle 6 und 7, zit. in: ebd., S. 628–629.
347 Ebd., S. 628.
348 Ebd., S. 628–629.
349 In 16 Prozent der Fälle verabreichten die Ärzte zusätzlich Largactil, womit die Kollapsneigung und der starke Speichelfluss angeblich vermindert werden konnten. Vgl. dazu ebd., S. 630.

eine grosse Anzahl weiterer Arzneimittel angewiesen. Deren Nebenwirkungen wiederum wurde in der Studie kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Ohnehin schienen Pflugfelder und Huchtemann die beobachteten unerwünschten Wirkungen als Nachteile der Serpasilkuren zu akzeptieren. Trotz der relativ langen Liste an Nebenwirkungen fiel ihr Fazit weitgehend positiv aus. Denn bei den Kuren seien zumindest die für das Largactil beobachteten allergischen Hautreaktionen und Leberschädigungen nicht aufgetreten.

> *«Nach unseren Beobachtungen wird dem Nervenarzt durch Serpasil ein höchst wirksames, in seiner Wirkung auf Psyche und Motorik des Menschen neuartiges und verheissungsvolles Medikament in die Hand gegeben, das gerade bei chronischen Psychosen und schizophrenen Endzuständen in einem beachtlichen Prozentsatz erstaunliche Besserung herbeizuführen vermag und früher als hoffnungslos betrachtete Krankheitszustände durch lange Kuren günstig beeinflussen kann.»*[350]

Es ist bemerkenswert, dass Serpasil in der Klinik Waldhaus in den 1950er und 1960er Jahren vergleichsweise häufig verschrieben wurde (vgl. Diagramm 19). Das Präparat erfreute sich zu dieser Zeit in der Schweiz vor allem in Zürich einer regen Nachfrage. Das Burghölzli war eine der wenigen Schweizer Kliniken, die Serpasil, das tendenziell stärkere Nebenwirkungen zeigte, Largactil vorzog. Damit stand das Burghölzli unter Legitimationsdruck, den es anhand von Symposien und Publikationen wie jenen von Weber empirisch zu entschärfen versuchte. Die Bevorzugung des Neuroleptikums Serpasil beruhte im Burghölzli zum grossen Teil auf wirtschaftlichen Überlegungen. Bleuler konnte Serpasil zu relativ günstigen Konditionen bei der Ciba beziehen, da die Firma ein grosses Interesse an dessen Vermarktung hatte.[351] Dieses Förderungsanliegen war offensichtlich auch im Kanton Graubünden bekannt, der in den frühen 1950er Jahren in einer wirtschaftlichen Krise steckte. Vielleicht war es diese Verschränkung des Vermarktungsanliegens der Ciba mit den wirtschaftlichen Engpässen der Bündner Kliniken, die zu einer umfangreichen Anwendung des Medikaments führte. Zudem kamen die langjährigen Direktoren Weber und Pflugfelder schon vor ihrer Amtszeit in Graubünden in Kontakt mit der Basler Pharmaindustrie: Weber während seiner Amtszeit und im Zusammenhang mit seiner Studie im Burghölzli, Pflugfelder durch seine Berufstätigkeiten in Basel und Münsterlingen. Nachdem Serpasil auch in den Bündner Kliniken aus dem Behandlungsalltag entfernt worden war, setzte ein breitflächiger Gebrauch des Neuroleptikums Melleril ein – auch dieses Medikament stammte von einem Basler Pharmaunternehmen, namentlich der Firma Sandoz, die 1996 mit der Ciba-Geigy zur Novartis fusioniert hat.

3.3.6 Eugenik in der Bündner Psychiatrie (Sippenforschung, Sterilisationen u. a.)

Die Eugenik setzte sich seit ihrer Begründung im 19. Jahrhundert mit der Frage auseinander, mit welchen Mitteln «hochwertiges» Erbgut gefördert und «minderwertiges» Erbgut ausgeschlossen werden könne, um den geistigen, körperlichen und sittlichen Zustand des «Volkskörpers» zu optimieren.[352] Ansätze zur Förderung von positiven Erbfaktoren verstanden sich als «positive Eugenik», solche zur Verhinderung schädlicher Faktoren als «negative Eugenik». Eugenische Bewegungen waren ein internationales Phänomen und kombinierten wissenschaftliche Vererbungstheorien – oft eher krude, pauschale Degenerationsmodelle – mit konkreten sozialpolitischen Forderungen. Die Verbindung zwischen Vererbungstheorien und sozialpolitischen Forderungen ist kennzeichnend für die Eugenik. Anhänger der «negativen» Eugenik forderten beispielsweise Anstaltseinweisungen, Eheverbote oder Sterilisationen, vor allem von Frauen.[353] Im nationalsozialistischen Deutschland wurden über 70'000 Menschen mit körperlichen und psychischen Behinderungen aus eugenischen Motiven als «lebensunwertes Leben» bezeichnet und ermordet.

Psychiatrische Kliniken waren im 19. und frühen 20. Jahrhundert Zentren der eugenisch orientierten Erbforschung. Sie galten als Wohnstätte von Menschen mit vermeintlich degenerativen Eigenschaften. Der Zürcher Psychiater Auguste Forel (1848–1931), der von einer Erblichkeit von Alkoholismus und Syphilis ausging, veranlasste die

350 Ebd.

351 Rietmann / Germann / Condrau (2018), S. 207–211.

352 Gasser / Jeanmonod (2006).

353 Während bei der Sterilisation die Samenleiter entfernt (Vasektomie) oder die Eileiter unterbunden werden (Tubenligatur), werden bei der Kastration zusätzlich die Keimdrüsen (Hoden, Eierstöcke) entfernt.

europaweit ersten Zwangssterilisationen.[354] Auf seinen eugenischen Überlegungen, allfällige Degenerationen verhindern zu wollen, wurzelte 1894 der Entwurf eines schweizerischen Irrengesetzes, das zwar abgelehnt wurde, jedoch massgeblichen Einfluss auf das Psychiatriegesetz des Kantons Waadt von 1928 hatte. Die Waadt war schweizweit der einzige Kanton, der darin Zwangssterilisationen von psychisch kranken und geistig behinderten Menschen gesetzlich verankerte.[355] Das Schweizerische Zivilgesetzbuch von 1907/1912 sah Massnahmen wie Sterilisationen und Kastrationen nicht explizit vor. Sterilisationen wurden in vielen Kantonen durchgeführt, auch ohne spezifische gesetzliche Regelungen. Sie erfolgten meist aufgrund ärztlicher Anordnungen und im Einvernehmen mit den Betroffenen oder – bei Bevormundeten – ihren Rechtsvertretern. In vielen Fällen stimmten Betroffene in Zwangssituationen zu, etwa wenn eine Entlassung aus einer Anstalt an die vorgängige Sterilisation geknüpft war.[356]

Die Eugenik wurde auch in der Bündner Psychiatrie aufgenommen, insbesondere auf der Ebene der Forschung und der Diagnostik. Das Waldhaus blickt auf eine lange Tradition der Erbforschung zurück, die von J. J. Jörger über Fred Singeisen und Gottlob Pflugfelder bis zu Benedikt Fontana reichte. Pflugfelder legte während seiner Amtszeit (1951–1977) im Waldhaus ein sogenanntes «Sippenarchiv» an, in dem er parallel zu den herkömmlichen Patientenakten nach Grossfamilien geordnete Stammbäume und psychiatrische Patientengutachten zu einzelnen Familienmitgliedern archivierte.[357] Zum einen erstellte er auf Basis dieser Dokumente neue Patientengutachten. Zum anderen nutzte er die Akten als Forschungs- und Studienunterlagen zur Beschreibung erbbiologischer Zusammenhänge von Heredität, Milieu, psychischer Krankheit und Verhaltenssüchten. Dabei ging er auch seiner selbstauferlegten Pflicht nach, im Interesse der Gesellschaft die Reproduktion erbkranker Menschen zu verhindern.[358]

Sterilisationen bildeten neben Eheverboten die wohl häufigste Massnahme, mittels der eugenische Ansätze in die medizinische Praxis eingingen. Auch in den Bündner Kliniken wurden Frauen sterilisiert, teils aus eugenischen Motiven. Die Historikerinnen Galle und Aliesch konnten im Zusammenhang mit Bündner Jenischen aufzeigen, dass im Waldhaus Sterilisationen aus eugenischen Motiven nicht nur diskutiert, sondern vereinzelt auch praktiziert wurden. Aliesch untersuchte die Akten der im «Sippenarchiv» begutachteten Jenischen, die als degenerationsgefährdete Gruppe galten und die verschiedentlich von eugenischen Massnahmen, darunter auch zwei Sterilisationen, betroffen waren.[359] Galle wertete die eugenischen Massnahmen bei Kindern aus, die durch das *Hilfswerk der Kinder der Landstrasse* fremdplatziert wurden. Einige davon wurden in den Kliniken Waldhaus und Beverin versorgt.[360] Spätestens seit der Einführung des Fürsorgegesetzes 1920 standen «Vaganten» im Fokus eugenischer Massnahmen. Mit den 1947 erlassenen «Richtlinien für die Vagantenfürsorge in Graubünden» wurde der eingeschlagene Weg fortgesetzt und das Massnahmenspektrum konkretisiert. Die Sterilisation galt nach diesen Richtlinien als das «schnellste, einfachste und sicherste Mittel zur Geburtenverhinderung».[361] Insofern erstaunt es nicht, dass auch in Graubünden einzelne ehemalige Mündel der Pro Juventute eugenisch motivierten Sterilisationen unterzogen wurden.[362] Die Patientenakten zeigen, dass in der Praxis vorwiegend junge Frauen, oft bereits Mütter, vom irreversiblen Eingriff betroffen waren. Gemäss Galle wurde bei fünf von 13 begutachteten Patientinnen eine Sterilisation erwogen, bei drei Patientinnen auch durchgeführt. Zwei Sterilisationen wurden von Pflugfelder indiziert und in der Frauenklinik Fontana in Chur durchgeführt.[363] Ein Mündel wurde auf Anweisung der Klinik Beverin sterilisiert. Umfassende quantitative Erhebungen zur Sterilisationspraxis, wie sie in den Kanto-

354 Zum Zürcher Burghölzli, der Hochburg des Schweizer Eugenikdiskurses unter Auguste Forel und Eugen Bleuler, siehe Meier (2004), S. 130–146.

355 Dieses europaweit erste Gesetz wurde 1985 wieder aufgehoben, vgl. Keolbing-Waldis (2005).

356 Gasser / Heller / Jeanmonod (2002).

357 Ausführlich zum «Sippenarchiv» siehe Aliesch (2017) und dies. (2011).

358 Galle (2008), S. 182.

359 Nur in 42 von 502 Familienmappen stellte Aliesch Gutachten von Jenischen fest; ein Grund, weshalb sie in ihrer Arbeit ausdrücklich nicht von einem «Jenischenarchiv» sprach. In den genannten 42 Familiendossiers wurden insgesamt 177 Gutachten von Jenischen erstellt. Diese 177 Gutachten waren das empirische Material, mit dem Aliesch gearbeitet hat. Vgl. Aliesch (2017), S. 130, 136–138.

360 Vgl. Galle (2016), S. 561–628.

361 StAGR IV 4 d 1: Richtlinien für die Vagantenfürsorge in Graubünden, 17.10.1947.

362 Vgl. Galle (2016), S. 592.

363 Bei einer der beiden Patientinnen habe bereits Fred Singeisen, Pflugfelders Vorgänger, eine Sterilisation als «eigentlich […] indiziert» angesehen. Vgl. Galle (2016), S. 589–591.

nen Bern, St. Gallen, Aargau, Basel-Stadt, Zürich und der Westschweiz auf der Grundlage von Patientenakten realisiert wurden, fehlen jedoch nach wie vor für den Kanton Graubünden.[364]

Die Vormundschafts- und Fürsorgebehörden sowie die Vertreter der Psychiatrie begründeten die Forderung nach einer Sterilisation sehr unterschiedlich. Nicht immer standen eugenische Motive im Vordergrund. Sie verbanden sich häufig mit sozialen und medizinischen Argumenten. Bei sozial begründeten Sterilisationen wurde beispielsweise argumentiert, dass die betroffene Person nicht in der Lage sei, für ihre Nachkommen zu sorgen und dann auf finanzielle Unterstützung der Fürsorgebehörden angewiesen sein werde.

Solche Argumentationen wurden, wie Aliesch nachweisen konnte, zuweilen mit eugenischen Begründungen vermengt. Auf diese Weise rückten nicht nur psychisch kranke Menschen, sondern auch Menschen der sozialen Unterschicht oder bestimmte ethnische Gruppen ins Visier. In ähnlicher Weise wurde auch eine verstärkte Neigung zum Alkoholismus auf die erblichen Anlagen einer sozialen Gruppe zurückgeführt.[365] So begründete etwa Pflugfelder im «Sippenarchiv» vereinzelt Alkoholismus, «mangelnde Intelligenz» oder «Vagantenmentalität» mit jenischer Abstammung.[366] Diese Vermischung von eugenischen, sozialen und psychischen Faktoren manifestierte sich auch in Pflugfelders Sprache. Bei der Diagnosestellung setzte er Begriffe wie «Vagantenmentalität» mit psychischen Krankheiten und konstitutionellen Störungen wie «Schwachsinn» und «Psychopathie» gleich.[367] Auf diese Weise wurde der soziale Hintergrund auf dieselbe begriffliche Ebene wie die diagnostizierten Krankheitssymptome gestellt. Das führte zu einer unkritischen Reproduktion von Vorurteilen und Stereotypen.[368]

Diese Einschätzung wird von einzelnen Interviewpartnern bestätigt. So erinnerte sich beispielsweise Armin Pirovino, dass Pflugfelder bei besonders schweren Krankheitsfällen in Gesprächen mit Angehörigen auf den Erbfaktor psychischer Krankheiten hingewiesen habe. Pirovino erwähnte das Beispiel eines verheirateten Waldhaus-Patienten, der unter einer starken manisch-depressiven Erkrankung litt.

> *«Er hatte manisch-depressive Phasen, klassischer geht es nicht mehr. Im Manischen drin war er aggressiv, auch sexuell erregt und in der Depression musste man aufpassen, dass er nicht Suizid begeht. […] In seiner manischen Phase konnte er mit dem Auto fahren, drei, vier Tage, Tag und Nacht mit dem Auto fahren, einfach planlos fahren, auftanken und wieder fahren, einfach in dieser Manie drin. Nicht, das ist – das begreift man nicht.»*[369]

Bei diesem Patienten habe Pflugfelder der Frau des Patienten nahegelegt, auf eigene Kinder zu verzichten, da eine nahezu hundertprozentige Sicherheit der Vererbung bestehe. Sie habe den Ratschlag von Pflugfelder, der offenbar erfolgreiche Überzeugungsarbeit geleistet hatte, befolgt.

Zu den typischen Zwangssituationen, in denen es in den Bündner Kliniken zu Sterilisationen kam, gehörten Schwangerschaftsunterbrechungen. In den Akten fanden sich Hinweise auf Fälle, in denen Ärzte vorschlugen, eine Schwangerschaftsunterbrechung in Kombination mit einer Sterilisation durchzuführen. Die Abtreibung entsprach dabei oft dem Anliegen der betroffenen Frauen, die Idee der Sterilisation hingegen wurde auf ärztliches Betreiben eingebracht.[370] Zur Illustration solcher vielschichtigen Zwangssituationen seien drei Bündner Fallbeispiele von Sterilisationen erwähnt. Sie betreffen Patientinnen der psychiatrischen Anstalten, auch wenn die Eingriffe in der Regel in den somatischen Spitälern von Chur, Thusis oder im Frauenspital Fontana stattfanden.[371] Das erste Beispiel betrifft eine Patientin, die 1978 nach einem Kurzaufenthalt in der Klinik Beverin wegen angeblicher Erziehungsunfähigkeit im Frauenspital Fontana unterbunden wurde.[372] Die 27-jährige Patientin

---

364 Für Zürich siehe Dubach (2013), für Bern und St. Gallen siehe Hauss (2012), für Basel-Stadt siehe Imboden et al. (2007), für den Aargau siehe Dubach (2001) und für die Westschweiz siehe Gasser / Heller / Jeanmonod (2002). Für einen allgemeinen Überblick über die Geschichte der Eugenik in der Schweiz siehe Wecker (2013), Ritter (2009) und Wolfisberg (2002).

365 Vgl. unter anderem Rietmann (2017), S. 104; Dubach (2013), S. 12; Meier (2004).

366 Siehe dazu Aliesch (2017), S. 132–135.

367 Ebd., S. 127–128.

368 Galle (2008), S. 185.

369 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 1.49.10–1.52.06.

370 Vgl. z. B. Patientenakte, Frauen stationär Beverin 3474, Schreiben der Klinik Beverin an das Kantonale Frauenspital Fontana, 26. Juni 1945.

371 Vgl. StAGR V 13 e 6: Beschwerden Waldhaus; StAGR V 13 f 12: Beschwerden Beverin.

372 StAGR V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Frauenspital Fontana, Glattbrug, 25.1.1979.

erlebte zuvor diverse Fremdplatzierungen, selbst nachdem sie im Alter von neun Jahren von einer Kinderheimleiterin adoptiert wurde. Zudem litt sie in ihrer Jugend unter starken Lernschwächen; bis Mitte der 1970er Jahre konnte sie weder lesen noch schreiben. Der Aufenthalt in der Klinik Beverin war ursprünglich nur für eine psychiatrische Begutachtung vorgesehen. Die Vormundschaftsbehörde in Scuol wollte abklären lassen, ob die Patientin aus fachärztlicher Sicht zu bevormunden sei. Dass es zu einer Sterilisation kam, hing unter anderem mit einer vermuteten Schwangerschaft zusammen. Die Adoptivmutter stellte gemäss Akten bei ihrer Adoptivtochter in den Monaten vor der Abklärung eine «gesteigerte sexuelle Triebhaftigkeit» fest.[373] Sie vermutete, dass die Tochter schwanger geworden sei. Die Tochter schloss sich dieser Befürchtung an. Die 27-jährige Patientin erzählte gemäss Akten dem begutachtenden Psychiater von der vermuteten Schwangerschaft und fügte bei, dass sie sich nicht im Stande fühle, ein Kind aufzuziehen. Schliesslich stellte sich heraus, dass die Tochter gar nicht schwanger war. Trotzdem wurde sie sterilisiert.[374]

Nachdem die Patientin den Eingriff ein Jahr später bereute, wandte sich der *Schweizerische Beobachter* in ihrem Namen und somit, so Ernst Weber, Direktor der Klinik Beverin, «unter dem Mäntelchen der Fürsorge» kritisch an die Direktion der Klinik Beverin.[375] Hans Caprez (*1940), Redaktor des *Schweizerischen Beobachters*, warf der Klinik vor, die Patientin nicht über alternative Methoden der Empfängnisverhütung (3-Monatsspritze) aufgeklärt und sie paradoxerweise trotz des Befunds eines «ausgesprochene[n] Schwachsinns» für die Entscheidung zur Unterbindung als zurechnungsfähig erklärt zu haben.[376] Das Gutachten des zuständigen Oberarztes wies nämlich explizit darauf hin, dass die Patientin «zufolge ihrer Geistesschwäche nicht imstand» sei, «ihre Angelegenheiten zu besorgen», dauerndem Schutz und Beistand bedürfe und deshalb die Voraussetzung für eine Entmündigung nach Artikel 369 ZGB gegeben sei. Mit der Bevormundung wäre die Entscheidungsgewalt auf den Vormund übertragen worden.[377] So wurde zum einen auf die Entmündigung verzichtet, zum anderen der Patientin angesichts der diagnostizierten erblichen Belastung («Erbschwachsinn») die Erziehungsfähigkeit abgesprochen. Trotz dieser zweifelhaften Umstände richteten sich die ärztlichen Verantwortlichen direkt an die Patientin und empfahlen ihr eine Sterilisation.[378] Die durch das Gutachten für unzurechnungsfähig erklärte Frau wurde für den Entscheid zur Unterbindung für mündig erklärt. Erst nach dem Eingriff wurde sie unter Vormundschaft gestellt. In diesem Fallbeispiel wird ausdrücklich eugenisches Gedankengut greifbar. Als Motiv für die Sterilisation führte das oberärztliche Gutachten explizit die unerwünschte Vererbung des belasteten Erbguts an.

Im zweiten Fall übten Ärzte ebenfalls einen informellen Druck auf die betroffene Patientin (*1937) aus. Diese wurde zwischen 1954 und 1974 mehrfach in die Klinik Beverin eingewiesen. Als sie 28 Jahre alt war, wurde ihr in einer Strafuntersuchung Unzucht mit einem 14-jährigen Knaben vorgeworfen. Das von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebene ärztliche Gutachten stellte sich jedoch auf den Standpunkt, dass die Patientin wegen ihrer «Imbezillität, Haltlosigkeit und Triebhaftigkeit» für das Delikt nur «im mittleren Grade vermindert zurechnungsfähig» sei.[379] Ihr damaliger Ehemann war bereits bevormundet, weshalb ihr nach Artikel 369 ZGB der kantonale Fürsorger als Vormund bestellt wurde. Das Kantonsgericht setzte den Strafvollzug (sechs Monate Gefängnis) aus und verurteilte die Frau zu einer Verwahrung nach Artikel 14 StGB. Dafür kamen die Klinik Beverin und die Verwahrungsanstalt Realta in Frage. Die Angeklagte wurde schliesslich in Beverin untergebracht. Zudem wurde sie nach Artikel 97 ZGB für eheunfähig erklärt.[380] Nach Ablauf der Verwah-

373 StAGR V 13 f 12: Gutachten von Oberarzt […] an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Untertasna, z. H. des Präsidenten M. Roner, Cazis, 21.11.1977, S. 3.

374 Ebd.

375 StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Stellungnahme zum Fall […], Cazis, 5.1.1979, S. 1–2.

376 StAGR V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Direktion der Psychiatrischen Klinik Beverin, 27.12.1978, S. 3.

377 StAGR V 13 f 12: Gutachten von Oberarzt […] an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Untertasna, z. H. des Präsidenten M. Roner, Cazis, 21.11.1977, S. 6.

378 In der Stellungnahme gegenüber Hans Caprez schrieb der Oberarzt: «Beim beschriebenen Erbschwachsinn ist die Frage der Gefahr einer erblichen Belastung zu bejahen», vgl. StAGR V 13 f 12: Oberarzt […], Beantwortung der Fragen im Brief von Redaktor Caprez des Schweizerischen Beobachters, betr. Frau […], vom 27.12.1978, S. 4.

379 Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812, Gutachten der Klinik Beverin (1965); Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden (12.5.1965).

380 Man muss davon ausgehen, dass die Frau in der Zwischenzeit geschieden wurde oder sich scheiden liess. Aus den

rungsfrist wurde sie aus der Klinik entlassen. 1972 kam das Fürsorgeamt erneut auf die Klinik Beverin zu, da die Patientin einen Mann heiraten wollte, bei dem sie schon knapp zwei Jahre wohnte. Beverin-Direktor Ernst Weber zeigte sich kritisch und schlug vor, die Ehe nur unter Bedingungen zuzulassen.

> *«Es stellt sich die Frage der Sterilisation. Ich bin der Meinung, dass hier ein gewisser Druck ausgeübt werden soll: Verpflichtung auf Sterilisation vor der Heirat, obwohl die Gefahr einer erneuten Gravidität als gering eingeschätzt werden muss, nachdem sie seit 8 Jahren kein Kind mehr ausgetragen hat, trotz dauernder und wechselnder Männer-Beziehungen.»*[381]

Weil Weber seine Empfehlung nicht explizit begründete, bleibt unklar, wieweit eugenische Motive mitspielten. Sie lassen sich allerdings auch nicht ausschliessen. Ähnlich vielschichtig ist das dritte Beispiel, von dem der ehemalige Beverin-Pfleger Walter Monstein berichtet. Der Fall betrifft die Sterilisation einer Patientin, die bis zu ihrem Tod insgesamt 62 Jahre hospitalisiert gewesen war – zuerst im Waldhaus und ab 1919 in Beverin. Als Grund für die Sterilisation in den 1920er Jahren sei in der Patientenakte vermerkt gewesen, dass es sich bei der damals noch jungen Patientin um ein «zügelloses, triebhaftes Mädchen» gehandelt habe, das «den Männern nachging». Durchgeführt wurde die Sterilisation im Spital Thusis durch Chefarzt Peter Steiner.[382] Pflugfelder begründete «Triebhaftigkeit» als normwidriges Verhalten nicht primär geschlechtsspezifisch, sondern vor allem genetisch.[383] Zuschreibungen wie «triebhaft» oder «sexuell haltlos» standen in der damaligen psychiatrischen Logik für ein vererbtes Verhaltensmuster, das sich in häufigen Wechseln von Sexualpartnern oder in Formen der Prostitution manifestierte.

3.3.7 Präventivmassnahme bei Sexualstraftätern: die Kastration

Neben den Sterilisationen weiblicher Patientinnen wurden auch Kastrationen männlicher Patienten vorgenommen, diese primär in den Einrichtungen Beverin und Realta.[384] Mit diesem schwerwiegenden und irreversiblen Eingriff wurde beabsichtigt, den «übermässigen Sexualtrieb» von Sexualstraftätern zu beschränken und damit weitere solche Vergehen präventiv zu verhindern.[385] Kastrationen zur Verbrechensprophylaxe wurden in der Schweiz bereits im frühen 20. Jahrhundert an männlichen Sexualstraftätern ausgeübt. Betroffen waren vor allem Männer, die durch sexuelle Missbräuche von Kindern, Übergriffe gegenüber Frauen oder Exhibitionismus straffällig geworden waren. Auch Homosexuelle, die wegen ihrer Sexualität im Strafvollzug landeten, wurden häufig kastriert. Medizin und Psychiatrie erhofften sich durch den Eingriff eine Veränderung der Persönlichkeit, durch die Sexualstraftäter wieder gesellschaftsfähig würden. Bis um 1970 wurden Kastrationen primär chirurgisch durchgeführt durch die operative Entfernung der Keimdrüsen beziehungsweise der Hoden. Danach gelangten erste Antiandrogene auf den Markt. Die wesentlich weniger invasive «chemische Kastration» durch Medikamente löste in den nachfolgenden Jahrzehnten schrittweise den operativen Eingriff ab.[386] Vereinzelte chemische Kastrationen von Verurteilten finden auch heute noch statt, allerdings nur unter Zustimmung der Betroffenen. Wieweit der Eingriff die Betroffenen überhaupt von weiteren Straftaten abbringt, ist umstritten.[387]

Die Schweiz kannte lange Zeit keine rechtliche Normierung der «Zwangskastration». Wie bei den Sterilisationen waren Kastrationen offiziell nur erlaubt, wenn die Betroffenen in den Eingriff einwilligten. Auch hier waren Zwangssituationen häufig. Die betroffenen Männer wurden oft vor die Wahl gesetzt: Kastration oder Verwahrung. In diesen Situationen entschieden sich viele Sexualstraftäter für eine «freiwillige» Kastration als das geringere Übel. Im Gegenzug winkte eine Milderung des Strafmasses. Dasselbe galt für Insassen einer

---

Akten wird das allerdings nicht ersichtlich. Vgl. Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812, Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden (12.5.1965).

381 Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812, Eintrag von Ernst Weber im Verlaufsblatt, 1.11.1972.

382 Interview mit Walter Monstein, 55.58–57.25.

383 Als unsittlich qualifiziertes Verhalten erfuhr dadurch eine Verschmelzung mit biologischen Konzepten. Vgl. Aliesch (2017), S. 135.

384 Die Eingriffe selbst wurden ebenfalls in den somatischen Spitälern vorgenommen.

385 Zum Stand der historischen Forschung über die Kastrationspraxis in der Schweiz, siehe Germann (2014).

386 Germann (2014), S. 123, 125–127, 132–133.

387 Mitteilung von Dr. Irina Franke, Chefärztin Forensik, PDGR, 02.07.2020.

Verwahrungsanstalt. Bei einer Kastration erhielten sie die Chance, vorzeitig aus der Anstalt entlassen oder in eine ambulante Behandlung überführt zu werden. Die meisten Eingriffe erfolgten nach einer Verständigung zwischen Richtern, Psychiatern und Angeklagten.[388]

Vergleichbare Umstände finden sich auch in Graubünden. So war ein Austritt aus Realta bei Sexualstraftätern oft an die Bedingung einer Kastration gebunden. Direktor Weber zweifelte stark an den Möglichkeiten der Psychotherapie bei Sexualstraftätern.[389] Einen bedingten Strafvollzug unterstützte er oft nur, wenn zugleich eine Kastration erfolgte. Die Verbindung von Verwahrungsanstalt und Psychiatrie in Realta und Beverin führte zu einer sehr hohen Anzahl von Kastrationen. In der Klinik Beverin dürften in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weit über hundert Insassen kastriert worden sein. Weber schrieb in einer Korrespondenz mit dem *Schweizerischen Beobachter* 1976: «Wir haben in der Klinik Beverin eine Erfahrung von über 20 Jahren und von ca. 60–70 Kastrationen».[390] 1979 wurde in der Klinik Beverin zudem eine Studie über die Antiandrogenbehandlung von Sexualstraftätern durchgeführt.[391] Im Rahmen der Studie wurden allein zwischen 1970 und 1978 insgesamt 84 «sexuell Abnorme» medikamentös behandelt; davon 78 Männer und sechs Frauen. 40 der betroffenen Sexualstraftäter befanden sich während der Untersuchung in Realta.[392] Die Antiandrogenbehandlung etablierte sich auch längerfristig in Realta. Unter Webers Nachfolger Hans König war es ab 1984 üblich, dass Sexualstraftäter nur unter der Bedingung der Medikamenteneinnahme in Realta aufgenommen wurden.[393] Zu diesem Zeitpunkt hatte die Antiandrogenbehandlung die operative Kastration längst abgelöst.

Zur Illustration dieser Kastrationspraxis seien einige Fallbeispiele angeführt. In den Beveriner Krankengeschichten der Stichjahre 1945 und 1965 stiessen wir auf zehn Akten, in denen eine operative Kastration besprochen oder realisiert wurde. Bemerkenswert an diesen zehn Fallgeschichten ist, dass die psychiatrische Expertise und die Behörden es für selbstverständlich hielten, den Entscheidungsspielraum der Betroffenen auf die Optionen «Verwahrung» oder «Kastration» einzugrenzen. Aus Sicht der Experten war der Eingriff nur schon durch die Möglichkeit wiederholter Straftaten legitimiert. Die operative Kastration etablierte sich als prophylaktische Massnahme. Die Verantwortlichen scheuten auch nicht vor Druckmitteln zurück. 1945 beispielsweise wurde ein 33-jähriger Mann wegen eines Sittlichkeitsdelikts, unter anderem «unsittliche Handlungen» mit einem 11-jährigen Knaben, angeklagt und zur Begutachtung in die Klinik Beverin eingewiesen. Das Gutachten bezeichnete den jungen Mann als «schweren Sexualneurotiker mit sex. Minderwertigkeitsgefühl» und erklärte ihn für «vermindert zurechnungsfähig». Die abschliessende Empfehlung an die Staatsanwaltschaft lautete: «Dauernd gemeingefährlich. Kastration oder dauernde Verwahrung».[394] Die Vormundschaftsbehörde des Kreises Schams drängte im Anschluss an die Einsichtnahme in das Gutachten ausdrücklich auf die Kastration. Sie bat die Klinik Beverin, subtil Druck auf den Patienten auszuüben, damit er in den Eingriff einwillige.

> *«Den Patienten zu kastrieren würden wir begrüssen. Man solle ihm diese Idee nach und nach beibringen, bis er selbst einwilligt.»*[395]

In der Klinik Beverin teilten die Verantwortlichen diese Ansicht. Kurze Zeit später steht im klinikinternen Rapport, dass sich der Patient «endlich für die Operation entschlossen [hat]», auch wenn er «immer noch ängstlich und unsicher [ist]» und sich «deutlich wegen des Eingriffes [fürchtet]».[396] Offenbar willigte der Patient nur sehr zögerlich in den Eingriff ein. Dieser wurde 1946 von Peter Steiner, Chefarzt des Spitals Thusis, vorgenommen. Später stellte sich heraus, dass der Vormund des Patienten über diesen Eingriff nicht informiert worden war. Er beklagte sich 1960 darüber, dass «zwangsweise eine Kastration durchgeführt worden sei, veranlasst durch die Vormundschaftsbe-

388 Germann (2014), S. 127–130.

389 Vgl. Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Schreiben Ernst Webers an das Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Chur, 4.3.1960; StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Patient […], Cazis, 8.3.1966.

390 Vgl. StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Hans Caprez, Redaktor des Schweizerischen Beobachters, Cazis, 9.2.1976, S. 3.

391 Vgl. Jost (1979).

392 Vgl. ebd., S. 244.

393 Interview mit Hans König, 1.26.30–1.27.10.

394 Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Gutachten der Klinik Beverin an die Staatsanwaltschaft Graubünden, 27.8.1945.

395 Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Schreiben der Vormundschaftsbehörde des Kreises Schams an die Klinik Beverin, 21.10.1946.

396 Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Eintrag im Verlaufsblatt, Rapport, 13.11.1946.

hörde Schams».[397] Weber musste gegenüber dem Justizdepartement Stellung beziehen, obwohl er 1946 noch gar nicht in der Klinik Beverin beschäftigt war. Er zitierte aus dem damaligen Gutachten an die Staatsanwaltschaft, um die Rechtmässigkeit des Eingriffs und die Unabhängigkeit der psychiatrischen Expertise zu untermauern:

> *«Es ist selbstverständlich, dass ein so schwerer Eingriff in die körperliche Integrität nie ohne die Zustimmung des Patienten erfolgt. Weder der Operateur, d. h. in unserem Falle Herrn Dr. Steiner in Thusis, noch wir selbst zwingen je einen Patienten oder Zögling zu einem solchen Eingriff. Selbst wenn eine Vormundschaftsbehörde uns den Vorschlag machen würde, einen Patienten zwangsmässig zu operieren oder gar eine gerichtliche Behörde zu diesem Beschlusse käme, würden wir uns weigern diesen Eingriff ohne Einverständnis des Patienten durchzuführen. Ich bin überzeugt, dass auch bei [Patient] seinerzeit eine schriftliche Einwilligung durch diesen unterschrieben wurde, wie wir dies heute vor der Operation uns geben lassen, um eben solche nachträglichen Querelen zu verhindern. Leider finde ich dieses Aktenstück nicht in unserer Krankengeschichte. Es ist anzunehmen, dass sich diese Erklärung im Spital Thusis befindet.»*[398]

Weber betonte, dass solche Eingriffe generell nur mit dem Einverständnis der Betroffenen stattfinden würden. Gleichzeitig hob er im Schreiben an das Justizdepartement hervor, dass es seine Pflicht sei, die Sexualstraftäter darauf aufmerksam zu machen, dass sie ohne operativen Eingriff mit einer dauernden Verwahrung zu rechnen hätten. Dass darin ein Zwang gesehen werden könnte, gestand Weber ein. «Je nach Interpretation kann man natürlich diese Formulierung als Zwang auslegen.»[399]

Auch in den Beschwerdeakten der beiden Kliniken finden sich Hinweise auf Kastrationen: von insgesamt 137 Beschwerdefällen betreffen zwei Kastrationen. Beide Fälle stammen aus der Klinik Beverin. Das erste Beispiel betrifft einen Sexualstraftäter im Massnahmenvollzug nach Artikel 14/15 StGB, der 1966 von der Verwahrungsanstalt Realta zur Begutachtung nach Beverin übermittelt wurde. Direktor Weber knüpfte in diesem Fall einen allfälligen Anstaltsaustritt an die Bedingung, dass der Betroffene sich einer Kastration unterziehen lasse. Er schrieb dem Patienten, dass «wir Ihnen die Kastration […] ausdrücklich in Ihrem eigenen Interesse [vorgeschlagen hatten,] damit Sie möglichst bald wieder in der Freiheit sein können».[400] Der Betroffene hingegen unterstellte Weber, ihn mit Druck zu einem Tauschhandel bewegt zu haben, den er als rechtlich zweifelhaft empfand.

> *«Hr. Dir. Weber hat mir seinen Entschluss, mir keine Behandlung in Beverin zu geben, folgendermassen eröffnet: ‹Hier gibt es keine Behandlung, wenn Sie sich nicht zur Kastration entschliessen, so garantiert meine Person, dass Sie zeitlebens interniert sein werden, andernfalls, Sie entschliessen sich, so garantiert auch meine Person, dass Sie in drei Monaten frei sein werden, eine schöne Stelle haben, – aber mit Wochen lässt es sich mit mir nicht markten!!› […] Ich beschwere mich gegen solche Redensarten und Druckmittel, die nicht eine wirkliche Rechtsgrundlage besitzen … […] Ich frage Sie, – wo ist da die 100 % Garantie der Entscheidungsfreiheit, gibt es diese etwa im Kt. GR nicht?»*[401]

Auch bei Alois Kappeler (*1953), der zwischen 1969 und 1998 mehrmals in die Einrichtungen Waldhaus, Beverin und Realta eingeliefert worden war, stand eine operative Kastration zur Diskussion.[402] Kappeler hatte in den Institutionen mehrfach mit physischer Gewalt auf verhängte Massnahmen und Disziplinierungen reagiert. Sein Vormund drängte deshalb Ende der 1970er Jahre auf eine Kastration. Zu diesem Zeitpunkt hatte Kappeler bereits eine medikamentöse Antiandrogenbehandlung hinter sich, die ihm 1976 bei einem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik St. Urban im Kanton Luzern verschrieben worden war. Die damalige Diagnose lautete: «verstimmba-

397 Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Schreiben Ernst Webers an das Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Chur, 4.3.1960.

398 Ebd.

399 Ebd.

400 StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Patient […], Cazis, 8.3.1966, S. 3.

401 StAGR V 13 f 12: Beschwerdeschreiben des Patienten […]. an das Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Lenzburg, 24.1.1966, S. 2.

402 Zu Alois Kappelers Erfahrungen in der Bündner Psychiatrie siehe Kapitel 4.3.1. Kappeler hat uns schriftlich die Erlaubnis erteilt, im Rahmen der vorliegenden Studie in seine Krankenakte Einsicht zu nehmen.

rer und triebhafter Schwachsinniger (unter Grenze der Debilität) mit pädophilen, z.T. homosexuellen Tendenzen bei schwerster Belastung mit Oligophrenie, Trunksucht, Haltlosigkeit und Kriminalität. Frühkindliche Verwahrlosung.»[403] Mit dem Beginn der «Androcur» wurde Kappeler aus der Klinik entlassen und in einer Bauernfamilie platziert.[404] Der Schutzaufsichtsbeamte des Kantons Schwyz, Josef Schelbert, der als Vormund von Kappeler fungierte, berichtete der Klinik St. Urban von Zeit zu Zeit über Kappelers Verhalten.[405] Einmal habe er ihn beobachtet, wie er nach der Einnahme der Antiandrogene versucht habe, zu erbrechen. Grund dafür sei ein Ereignis gewesen, bei dem er sexuellen Kontakt mit einer jungen Frau hatte, aber durch die «Andro-Kur» nicht zum Geschlechtsakt fähig gewesen sei. Schelbert warf in einem Schreiben von 1978 erstmals den Gedanken einer operativen Kastration auf – obwohl Kappeler nie straffällig geworden war.

> *«Überdies dreht sich bei Alois Kappeler viel ums Sexuelle. […] Es kommt monatlich zu Verhaltensstörungen mit heftigen Drohungen gegen den Meister oder sich selbst, oder mich. Er kann auch mit den Tieren im Stall grob werden und sie verletzen. Seine Phantasie ist stark vom Sexuellen durchsetzt. […] Wir fürchten, dass Alois Kappeler einmal straffällig werden könnte. […] Alois Kappeler ist seines Trieblebens nicht mächtig. […] Wir erwarten von der Kastration eine Beruhigung im gesamten Verhalten, wie wir dies bei einer Mehrzahl der Mündel, die sich im Laufe der Jahre diesem Eingriff unterzogen haben, erleben konnten. Keiner von 15 ist je wieder straffällig geworden. Die meisten haben sich dankbar für die Empfehlung gezeigt.»*[406]

Das Schreiben zeigt, dass Schelbert zuvor schon mehrere Male eine operative Kastration bei einem seiner Mündel vorgeschlagen hatte und diese auch umgesetzt wurde. Psychiatrische Gutachten waren in der Praxis zwar für die Entscheidung zur Kastration oft ausschlaggebend. Das Schreiben von Schelbert zeigt aber, dass Kastrationsanliegen auch – und stärker als bisher in der Forschung angenommen – von Vormundschafts- und Fürsorgeinstanzen ausgingen. Auch Kappeler schildert rückblickend, dass der Vorschlag allein von Schelbert geäussert worden sei. Er habe gesagt, dass die Kastration «das einzige ist, was wir machen können, damit er wieder normal wird».[407] Kappeler hatte sich damals explizit gegen eine Kastration ausgesprochen.[408] Schelbert hingegen berichtete der Klinik St. Urban, dass sich Kappeler mit dem Gedanken einer Kastration anfreunden könne. Zu bedenken ist, dass Kappeler zu diesem Zeitpunkt erst 25 Jahre alt war.

> *«Alois Kappeler ist bereit, diese Frage mit Ihnen zu besprechen und sich der Operation zu unterziehen. Er weiss oder ahnt die Gefahr, die für ihn von seiner Triebhaftigkeit her besteht und dass er sie kaum zu meistern versteht.»*[409]

Der Direktor der Klinik St. Urban, der den Patienten «nicht persönlich kenne», lehnte es ab, dazu Stellung zu nehmen.[410] Bereits ein Jahr später stellte Schelbert die Kastration erneut zur Diskussion, als Kappeler durch die Vormundschaftsbehörde Küssnacht erneut in die Klinik Beverin eingewiesen worden war. Direktor Weber gab dem Drängen des Schutzaufsichtsbeamten allerdings nicht nach. Er sprach sich explizit gegen eine operative Kastration aus, die zu dieser Zeit in der Fachwelt verstärkt kritisch betrachtet wurde. Stattdessen verschrieb er Kappeler weiterhin eine Behandlung mit Antiandrogentabletten. Mehrere Antiandrogene waren bereits auf dem Markt und Kappeler konnte bisher kein straffälliges Delikt vorgeworfen werden. Der Bericht der Klinik macht deutlich, dass sich Weber der gewandelten Verhältnisse durchaus bewusst war. Nur noch unter strengen Auflagen kam eine operative Kastration in Frage –

---

403 Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Kurze Zusammenfassung sämtlicher bisheriger Klinikaufenthalte, 20.9.1978, S. 7–8.

404 Alois Kappeler habe laut Verlaufsblatt 1½ Jahre Antiandrogene eingenommen. Vgl. Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Verlaufsblatt, 4. Oktober 1982, S. 7.

405 Zum Schutzaufsichtsbeamten Josef Schelbert siehe auch Häsler (2019), S. 630–646.

406 Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben J. Schelberts an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978.

407 Interview mit Alois Kappeler, 18.50–19.40.

408 Ebd., 18.45–19.10.

409 Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben J. Schelberts an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978.

410 Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben des Direktors der psychiatrischen Klinik St. Urban an einen Assistenzarzt der Klinik Beverin, 14.09.1978.

bei Kappeler waren die Bedingungen, so Weber, für diesen schwerer wiegenden Eingriff nicht gegeben.

> *«Da der Pat. bisher keine Delikte aufgrund seiner Fixierung auf die Sexualität begangen hat, sehen wir von einer Empfehlung der Kastration ab. Hingegen ist die Fortführung der Antiandrogen-Therapie angezeigt. Da Pat. versucht hat, die Antiandrogentabletten wieder zu erbrechen, um die sexualität-dämpfende Wirkung aufzuheben, ist die Injektionstherapie angezeigt. […] Da zur Zeit die öffentliche Meinung sehr empfindlich gegenüber falschen Indikationen zur Kastration ist, wäre mit einer solchen weder dem Pat., noch dem Vormund, noch der Institution geholfen.»*[411]

Insbesondere der *Schweizerische Beobachter* äusserte in den 1970er Jahren verstärkte Kritik an der operativen Kastration, vor allem der prophylaktischen Anwendung bei Personen, die noch nicht straffällig geworden waren. 1976 publizierte die Zeitschrift die «Kastrations-Tragödie», ein Artikel über einen Patienten (*1952), der im Kantonsspital Chur kastriert worden war. Es handelte sich dabei um einen der beiden Kastrationsfälle, die in den Beschwerdeakten auftauchen. Der *Beobachter* warf den verantwortlichen Ärzten Körperverletzung vor. Ein Strafverfahren wurde eingeleitet, schliesslich aber wieder eingestellt. Die Klinik stand im öffentlichen Kreuzfeuer der Kritik, worauf sich Weber mit einer Stellungnahme an das Justiz- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden wandte. Er versuchte klarzustellen, dass der Patient «aus therapeutischen Gründen» nach Realta verlegt worden war. Die Kastration habe aber nicht auf Grundlage seiner Empfehlung stattgefunden – im Gegenteil:

> *«Er [der junge Mann] wurde im Kantonsspital entgegen unserem Rat operativ kastriert. Dass dies nachträglich einen grossen Wirbel geben wird, war vorauszusehen.»*[412]

Weber hoffte vergeblich auf eine öffentliche Stellungnahme der Regierung, nicht wegen seiner eigenen Reputation, sondern wegen derjenigen der Klinik Beverin.[413] Eine medizinische Indikation für die Kastration habe es seitens der Psychiatrie nicht gegeben, so Weber. Einige Jahre später nahm die Staatsanwaltschaft den Fall erneut auf. Der *Beobachter* veröffentlichte wiederum einen Artikel über die wieder aufgenommenen Untersuchungen. Durch die neuen Einsichten hielt die Zeitschrift Weber grundsätzlich für entlastet. Dafür geriet die Gutachtertätigkeit des ehemaligen Oberarztes Abraham Rosen (1914–1988) ins Visier. Die Verantwortlichen des Kantonsspitals hätten den Eingriff aufgrund seines Gutachtens begründet.[414] Im 20-zeiligen Gutachten hiess es, so der *Beobachter*, dass der Patient «sexuelle Erregungszustände» verspüre und dem Gutachter gegenüber «mit seinen Frauenbekanntschaften geprahlt» habe. Mit der Kastration würde nach Ansicht Rosens «für die Zukunft der Gefahr eines sexuellen Vergehens begegnet». Aus Sicht des *Beobachter*s habe Rosen die letztjährigen Entwicklungen in der Sexualmedizin verpasst – eine Kastration sei in den 1970er Jahren unter Fachkreisen nur noch als «letztmögliche ‹Lösung›» in Betracht gekommen, und auf keinen Fall bei jungen Menschen, die noch kein Sexualdelikt begangen hätten.[415] Der *Beobachter* zitierte Rosen mit den Worten:

> *«Ich habe bereits viele psychiatrische Gutachten zuhanden der Strafbehörden erstattet. Diese Tätigkeit erstreckt sich insgesamt über eine Zeit von vielleicht 20 Jahren. Es waren zirka 40 bis 50 Gutachten pro Jahr, die ich vor allem der Staatsanwaltschaft Graubünden erstellt habe. Bei der Hälfte bis zwei Drittel der Fälle handelte es sich schätzungsweise um eigentliche Sexualdelikte. Dabei wurde mehrfach meinerseits auch zur Kastration geraten, welche schliesslich auch durchgeführt wurde.»*[416]

---

411 Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben Ernst Webers an die psychiatrische Klinik St. Urban, psychiatrische Klinik Königsfelden, psychiatrische Klinik Wil, 25.9.1978.

412 StAGR IV 10 b 1: Schreiben Ernst Webers an Justizdepartement des Kantons Graubünden, betreffend Artikel «Kastrations-Tragödie» im «Beobachter» vom 31.5.1976, Cazis, 26. Mai 1976. Offenbar erhielt Weber noch vor der Veröffentlichung Einblick in den Artikel. Später stellte der *Beobachter* richtig, dass die Klinik Beverin den Eingriff abgelehnt hatte, vgl. StAGR V 13 f 12: Beobachter Nr. 24, 31.12.1982, S. 9.

413 StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, betreffend Publikation im Beobachter: Erzwungene Kinderlosigkeit, Cazis, 27.12.1982.

414 Rosen war 1982, als der Artikel des *Beobachters* erschien, nicht mehr in den Kliniken Waldhaus oder Beverin tätig.

415 StAGR V 13 f 12: Beobachter Nr. 24, 31.12.1982, S. 10.

416 Ebd.

Eine allfällige Entgegnung seitens Rosens ist in den verfügbaren Akten nicht vorhanden. Dafür nahm das Kantonsspital Chur Stellung zu den Anschuldigungen. Die verantwortlichen Ärzte betonten, dass der Patient bereits in der Klinik Waldhaus eine «Androkur-Behandlung» begonnen hatte. Da der Patient sowohl mit den täglichen Tabletten als auch den dreiwöchentlichen Injektionen Mühe bekundet habe, hätten ihm die Ärzte des Kantonsspitals von der Möglichkeit einer Kastration erzählt. Daraufhin habe der Patient gewünscht, «dringend kastriert zu werden», auch nachdem sie ihn «eingehend über die Irreversibilität und die möglichen negativen Auswirkungen aufgeklärt» hätten. Nach Rücksprache mit den behandelnden Psychiatern der Klinik Beverin und Rosen habe man schliesslich den Eingriff durchgeführt.[417] Eine entgegengesetzte Ansicht äusserte der Betroffene nach dem Eingriff. Er selbst habe erklärt, so der *Beobachter*, dass «er zur Abgabe der Einwilligung für diesen Eingriff überredet und ‹erpresst› worden sei, indem man ihm versprochen habe, nach dem Eingriff werde sein Zustand so bessern, dass er nie mehr in eine Klinik oder Anstalt müsse».[418] Der Fall illustriert beispielhaft, wie stark bei der umstrittenen Kastrationsthematik die Ansichten zwischen Behörden, medizinischer Expertise und Betroffenen auseinandergehen konnten. Selbst unter medizinischen Experten herrschte keine Einigkeit. Hinzu kamen die Anliegen von Vormundschaftsbehörden, Strafverfolgungsbehörden und den Betroffenen selbst.

3.3.8 Zwangsernährung bei Alterskranken: Pflegerischer Einsatz für die Palliativpflege

Dieses Unterkapitel behandelt Aspekte der Palliativpflege bei Alterskranken, exemplarisch illustriert an der Tätigkeit des ehemaligen Psychiatriepflegers Vitus Bass in seiner Leitungsfunktion der gerontopsychiatrischen Station der Klinik Waldhaus zwischen 1981 und 1999.[419] Als Bass das Amt des Stationsleiters antrat, wiesen die Bündner Kliniken bereits seit Jahren eine sehr hohe Langzeitbelegung von Patientinnen und Patienten mit Alterspsychosen auf; zudem wurden zu seiner Zeit viele im Sterben liegende Menschen von den somatischen Spitälern in das Waldhaus überwiesen. Die anspruchsvolle Pflege dieser Menschen rückte damit immer mehr in den Mittelpunkt der Klinikätigkeit. Auf den stark belasteten gerontopsychiatrischen Abteilungen wurden besonders viele Pflegeschülerinnen und -schüler eingesetzt.[420] Denn die Patientinnen und Patienten mit Altersdefiziten, Alterspsychosen und anderen hirnorganischen Störungen, verursacht durch Kopfunfälle oder Gehirninfektionen, wiesen gemäss Bass schwerwiegende körperliche Symptome auf, waren unselbständig, desorientiert und teilweise kaum mehr in der Lage, verbal zu kommunizieren.[421]

Die pflegerische Perspektive auf die Behandlung alterspsychotischer Krankheiten, so wie sie von Bass formuliert wird, steht in scharfem Kontrast zur ärztlichen Perspektive. Vor allem beim Verständnis des Patientenwohls und der Bewertung von Leben und Tod zeigt sich eine deutliche Meinungsdifferenz. Bass identifizierte bei der Ärzteschaft die – an den Hippokratischen Eid angelehnte – ethische Haltung, für das Leben und nicht den Tod zuständig zu sein und deshalb zur Genesung der Patientinnen und Patienten, die dem Tod nahestanden, auch gegen deren Willen systematisch künstliche Ernährung zu verschreiben. Die künstliche (Zwangs-) Ernährung mittels Sonden und Infusionen bei zuweilen kaum mehr ansprechbaren «Nahrungsverweiger[ern]», wie es der frühere Direktor J. J. Jörger ausdrückte, geht bis in die Gründungsjahre der beiden Kliniken zurück.[422] Denjenigen Personen, die noch kommu-

417 StAGR V 13 f 12: Aerztliche Zusammenfassung der Krankengeschichte von Patient […], geb. 1952, Kantonsspital Chur, o. J.

418 StAGR V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Direktion der Psychiatrischen Klinik Beverin, 6.2.1976, S. 2.

419 Da kaum Quellenmaterial zur Geschichte der Palliativpflege in der Bündner Psychiatrie überliefert ist, beziehen sich die nachfolgenden Abschnitte hauptsächlich auf die Ausführungen des Pflegers Vitus Bass und geben damit eine pflegerische Sichtweise auf die Thematik wieder. Die ärztliche Perspektive fehlt entsprechend. Bass hob im Interview positive wie negative Entwicklungen der Bündner Psychiatrie hervor. Der vorliegende Bericht nimmt hauptsächlich seine kritischen Ansichten, unter anderem zur Ärzteschaft, auf. Bass legt Wert darauf zu betonen, dass das Personal und die Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie lange mit «bescheidenen bis miserablen» Behandlungsmitteln auskommen und in prekären Wohnverhältnissen leben mussten. Die Psychiatrie habe als Gesamtes zu wenig Unterstützung von Gesellschaft und Politik erfahren. Dies habe sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Die Entwicklung der Psychiatrie zu einem normalen Spitalbetrieb sei, so Bass, für viele Beteiligte ein steiniger Weg gewesen. Vgl. Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

420 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 22.46–22.57.

421 Interview mit Vitus Bass, 1.53.10–1.54.02.

422 Zitat aus Jahresbericht Waldhaus 1901, S. 173.

nikationsfähig waren und Nahrung einigermassen gut schlucken konnten, versuchten Bass und seine Belegschaft die Zwangsernährung zu ersparen.[423] Bass sah sich durch seine Beobachtungen in seinen Vorbehalten bestätigt. Viele Personen mit schweren Alterspsychosen reagierten mit körperlichen Symptomen auf die Magensonden und die Medikamente, die sie einnehmen mussten – beispielsweise mit Durchfall, Erbrechen oder Ödemen (Wassereinlagerungen) im Bauch oder in den Gliedmassen. Dadurch war die Bildung eines Dekubitus (Wundliegen bei bettlägerigen Patientinnen und Patienten) oft nur schwer aufzuhalten. Bass beobachtete diese Prozesse und erlebte die künstliche Ernährung bei Personen, die dem Tod nahestanden und ihn auch wünschten, als «schrecklich» – einmal stand er kurz davor, die Kündigung einzureichen.[424] Das ärztliche Personal sei auf die Signale, die darauf hindeuteten, dass die Betroffenen den Tod der künstlichen Lebenserhaltung vorzogen, nicht eingegangen.[425] Laut Bass sei die Angst der Ärzte, den Hippokratischen Eid zu verletzen oder mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, deutlich spürbar gewesen.

Bedingt durch seine Sozialisierung in einer selbstversorgenden ländlichen Familie wies Bass eine Nähe zur Natur und ihren Gesetzen auf, die er auch in seinen Argumentationen zum Thema machte. Ernüchtert stellte er im Interview allerdings fest: «Der Tod hatte keinen Wert».[426] So gab es Patientinnen und Patienten, die ihm Geld anboten, falls er sie sterben lasse. Ein Wunsch, dem er nicht entsprach, drohte ihm doch bei der Unterlassung der künstlichen Ernährung eine Gefängnisstrafe. Er versprach ihnen jedoch, sich für eine palliative Pflege einzusetzen, die ihren Wünschen und ihrem Recht auf persönliche Freiheit Rechnung trage – ganz nach dem Credo: «Im Zweifelsfalle im Sinne des Patienten».[427] Mit anderen Worten: «das Leben erleichtern und nicht mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen und pflegetechnischen Mitteln künstlich verlängern».[428]

Bass war sich durchaus bewusst, welchen Schwierigkeiten sich die palliative Pflege gegenübersah. Vielen Patientinnen und Patienten mit schweren Alterspsychosen, die dem Tod nahestanden, sei es nur eingeschränkt möglich gewesen, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu kommunizieren. Bass musste für sie «denken und fühlen».[429] Dieses gewissenhafte Ablesen der Bedürfnisse empfand er, insbesondere bei unruhigen, ängstlichen Patienten, die nicht mehr kommunikations- oder zurechnungsfähig waren oder spastische Lähmungen hatten, als enorm schwierig – denn eine körperliche Blockade bedeutete nicht zwangsläufig auch eine geistige. Diese grossen Herausforderungen auf den gerontopsychiatrischen Abteilungen boten der Pflege aber auch die Möglichkeit, sich eigenes Methoden- und Expertenwissen anzueignen. Aus Eigeninitiative begann Bass, Kurse in der Schriftanalyse, Physiognomie (Lesen des Körpers), patientenzentrierten Gesprächsführung (Spezialisierung auf Konfliktbearbeitung) und Transaktionsanalyse zu besuchen. Speziell durch die Transaktionsanalyse, ein psychologisches Modell, das dem Verständnis menschlicher Persönlichkeitsstrukturen und Interaktionen dient, schärfte er sein Bewusstsein für die Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Altersdefiziten und -krankheiten.[430] Rückblickend hielt Bass fest, dass es viel Überzeugungsarbeit brauchte, bis das ganze Pflegepersonal und besonders die Ärzte die Palliativpflege anerkannt haben.[431]

Zu diesem Zeitpunkt engagierten sich bereits mehrere Akteure für die Palliativpflege. Die US-amerikanisch-schweizerische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) stand mit ihren breitenwirksamen Vortragsreisen zur Sterbebegleitung in der Deutschschweiz der 1970er Jahre am Ursprung der modernen Sterbeforschung. Eine umfassende öffentliche Debatte löste aber erst die «Affäre Hämmerli» am Zürcher Stadtspital Triemli in den Jahren 1974/75 aus. Bedingt durch die Überbelegung des Spitals gelangte der Chefarzt Urs Peter Hämmerli (1926–2012) an die ihm vorgesetzte Stadträtin Regula Pestalozzi (1921–2000) mit dem Antrag, bewusstlose, unheilbar kranke Menschen nicht mehr künstlich zu

423 Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.
424 Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020.
425 Interview mit Vitus Bass, 47.58–51.10.
426 Ebd., 45.10–45.14.
427 Ebd., 46.47–46.57.
428 Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020; Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.
429 Interview mit Vitus Bass, 1.51.46–1.51.54.
430 Ebd., 1.54.03–1.54.48. Zur Transaktionsanalyse vgl. auch Schlegel (2002), S. 15.
431 Interview mit Vitus Bass, 44.23–44.35, 1.55.50–1.56.12. Unter Palliativpflege versteht man bedürfnisorientierte Massnahmen zur Früherkennung und Linderung der Leiden von Menschen mit lebensbedrohlichen, unheilbaren oder terminalen Krankheiten sowie die Wahrung von Würde, Autonomie und bestmöglicher Lebensqualität auch in der Sterbephase. Vgl. dazu https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/, Zugriff: 18.02.2019.

ernähren, sondern nur noch mit Wasser zu versorgen (heute als passive Sterbehilfe bezeichnet).[432] Pestalozzi reichte bei der Zürcher Staatsanwaltschaft Strafanzeige wegen vorsätzlicher Tötung ein, worauf Hämmerli vorübergehend suspendiert wurde. Das Gerichtsverfahren – in dem Walter Albert Baechi (1909–1989), der Begründer der Sterbehilfeorganisation *Exit*, als Verteidiger Hämmerlis auftrat – wurde aber mangels Beweise eingestellt. Vor diesem Hintergrund gewann die Palliativpflege an öffentlichem Interesse.

Auch Bass leistete politische Arbeit. Bei seinen Aktivitäten im *Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner* (SBK) setzte er sich gemeinsam mit verschiedenen Fachpersonen für die Palliativpflege ein. In der Praxis liess sich laut Bass die Idee von der Wahrung der Autonomie und Lebensqualität der Menschen, die dem Tod nahestanden, allmählich umsetzen. Er führte dazu ein illustratives Beispiel an: Während seiner Amtszeit als Stationsleiter, als die Palliativpflege zunehmend Anerkennung fand, hatte das Pflegepersonal den schwer Alterskranken, die kaum mehr im Stande waren, ihre Bedürfnisse zu verbalisieren, Wasser, Tee und Kaffee auf den Tisch neben den Betten gestellt. Schrittweise über Tage oder Wochen hinweg gingen sie vom Kaffee zum Tee und zuletzt zum Wasser über, bis sie eines natürlichen Todes starben. Damit gaben sie zum einen den Patientinnen und Patienten in ihrem Sterbeprozess mehr Eigenverantwortung. Zum anderen habe das Pflegepersonal durch das Begleiten eines solchen Sterbeprozesses adäquatere Betreuungsarbeit leisten können. Ein Blick in die Jahresberichte der Klinik Waldhaus zeigt, dass Bass' Anliegen der Sterbebegleitung zunehmend bei den höheren Hierarchiestufen Gehör fanden. So erteilte das Waldhaus 1987 dem diplomierten Pflegepersonal «Unterricht in der Begleitung von Sterbenden».[433] Ein Jahr darauf vermerkte die Direktion, dass die Methoden der «Transaktionsanalyse, themenzentrierte[n] Interaktion und Gesprächsführung» Teil der «erstmals nach vielen Jahren» durchgeführten Weiterbildungstagen mit der Klinik Beverin waren.[434] Dieser Wandel hin zu einer begleitenden Pflege, die der Autonomie der Patientinnen und Patienten Rechnung trägt, wird im Beitrag der diplomierten Psychiatrieoberschwester in der 100-jährigen Waldhaus-Jubiläumsschrift sinnbildlich greifbar:

> *«Heutzutage dominieren existenzialistische Ideale, die dem Patienten Entscheidungsfreiheit zusprechen. Für das Pflegepersonal hat dies zur Folge, dass es sich heute mehr und mehr in einer begleitenden und gesundheitsfördernden Rolle sieht.»*[435]

Die berufliche Tätigkeit von Vitus Bass bewegte sich stets in einer kritischen Auseinandersetzung mit der ärztlich-therapeutischen Haltung. So blieb ihm seine Zeit als Stationsleiter der gerontopsychiatrischen Abteilungen, gerade weil sie so identitäts- und sinnstiftend war, als prägender, zuweilen emotionaler und affektbezogener Bezugspunkt seiner Biografie in Erinnerung. Erst aus dieser konfliktreichen Auseinandersetzung mit dem klinikinternen sozialen Umfeld konstituierte er ein Selbstbild als Mensch und Pfleger. Sein Kampf um eine Palliativpflege bewegte sich genau an jenem Scharnier zwischen Individuum (seine Vorstellung einer *guten* Pflege) und Gesellschaft (die allgemeine zeitgenössische Erwartungshaltung an die Pflege). In diesem, von ihm als «Kampf» bezeichneten, Wechselspiel habe er viel Herzblut verloren.[436] Dass er bei seinen Anstrengungen nicht auf sich alleine gestellt war, wird durch seinen ausschliesslichen Gebrauch des Personalpronomens «wir» ersichtlich – seine berufsethischen Bemühungen verortete er in einem kollektiven pflegerischen Ringen um die eigene Profession.

---

432 Thiele-Dohrmann (1975).
433 Jahresbericht Waldhaus 1987, S. 137.
434 Jahresbericht Waldhaus 1988, S. 132.
435 Lemmens (1992), S. 19.
436 Interview mit Vitus Bass, 44.23–44.28.

Nahaufnahme 4: Anstaltsökonomie und moderne Unternehmensfinanzierung – Die wirtschaftlichen Herausforderungen der Psychiatrie

«Wenn von der wirtschaftlichen Entwicklung einer Klinik oder eines Spitalbetriebes die Rede ist, so denkt heute jeder an das Schlagwort «Kostenexplosion». Woher kommt das?»[437] Mit diesen Worten begann Fritz Spielmann, Verwaltungsdirektor der Klinik Beverin, 1975 einen Artikel über die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik Beverin. Der Beitrag war Teil einer Artikelserie, die aus verschiedenen Perspektiven die räumlichen Anpassungen an der Klinik Beverin in einen gesundheitspolitischen Kontext stellten. Die Serie erschien in *Hospitalis*, einer Fachzeitschrift für das Spitalwesen. Spielmann nutzte die Gelegenheit, um über die finanziellen Herausforderungen zu sprechen, die eine moderne psychiatrische Klinik mit sich bringt. Unter dem Schlagwort «Kostenexplosion» und am Beispiel der Klinik Beverin griff er eine Debatte auf, die bis heute virulent geblieben ist: die Kostenentwicklung des Gesundheitswesens, das im 20. Jahrhundert stark expandierte und von divergierenden Interessen geprägt ist.[438]

Die Kostensteigerung am Beispiel der Verpflegungstaxen

Spielmann zeigte im Beitrag auf, dass eine moderne klinische Psychiatrie, die zeitgemässe Räumlichkeiten nutzt, ihre Behandlungsangebote ausbaut und ihre Pflege intensiviert, mit höheren Kosten zu rechnen hat. Zur Illustration verwies er auf zwei Stichjahre. 1953 kostete ein Verpflegungstag in Beverin 9.30 Franken, 1973 bereits 45.60 Franken.[439] Es gab diverse Faktoren, die einen Einfluss auf die Höhe der sogenannten «Verpflegungstaxen» hatten. Die Kliniken verfügten über drei unterschiedliche Verpflegungsklassen: eine allgemeine (3. Klasse) sowie zwei weitere für Privatpatientinnen und -patienten (1. und 2. Klasse).[440] Selbst innerhalb derselben Klasse schwankten die Kosten stark. Eine stationäre Hospitalisierung der 3. Klasse war für Bündnerinnen und Bündner günstiger als für Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton oder im Ausland.[441] Zudem berechneten die Kliniken die Verpflegungskosten für Patientinnen und Patienten der 3. Klasse lange individuell. Zwischen 1920 und 1965 bemass sich die Taxe von Privatpatientinnen und -patienten nach ihrer Einkommens- und Vermögenslage.[442] Bei Sozialhilfeabhängigen wurde die Taxe von der Wohn- oder Heimatgemeinde entrichtet. Die Regierung hob dieses Taxsystem 1965 auf und ersetzte es durch variable Tagespauschalen.[443]

In den «Verpflegungstaxen» inbegriffen waren Kosten für ärztliche und pflegerische Betreuung, Unterkunft und Verpflegung.[444] Extraleistungen konnten zusätzlich verrechnet werden:

> *«Spezialkuren und Untersuchungen, Medikamente, die Beschaffung und Instandhaltung von Bekleidungsstücken, Post- und Telephonspesen, Beschädigungen des Anstaltseigentums, aussergewöhnlicher Wäscheverschleiss, Desinfektion, Transport- und Beerdigungskosten, Auslagen für persönliche Wünsche und Bedürfnisse sowie ausserordentliche Aufwendungen für Nahrung, Pflege und Behandlung werden besonders verrechnet.»*[445]

437 Verwaltungsarchiv Beverin: Verwalter Fritz Spielmann: Die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik Beverin, in: Hospitalis 45/8 (August 1975), S. 428.

438 Vgl. Brändli (2012).

439 Verwaltungsarchiv Beverin: Verwalter Fritz Spielmann: Die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik Beverin, in: Hospitalis 45/8 (August 1975), S. 428–429.

440 Vgl. dazu beispielhaft die Verordnung über die Verpflegungskosten und Extraleistungen in den kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus und Realta und im Altersheim Rothenbrunnen, vom Kleinen Rat erlassen am 5. Dezember 1947, sowie die Taxordnung für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und für die Aussenstation Rothenbrunnen, von der Regierung erlassen am 27. Dezember 1972.

441 Verordnung 1947, Art. 2 und Art. 4; Taxordnung 1972, Art. 6 und Art. 9.

442 Zur gegenseitigen Unterstützungspflicht von «Blutsverwandte[n] in auf- und absteigender Linie und Geschwister[n]» bei der Gefahr, «in Not» zu geraten, siehe ZGB 1907/1912, Art. 328. Bei prekären finanziellen Umständen konnte die Aufsichtskommission einen Antrag an die Verwaltung um Reduktion der Verpflegungstaxe stellen, vgl. Verordnung 1947, Art. 2.

443 Weber/Winklehner (1969), S. 30.

444 Verordnung 1947, Art. 2.

445 Ebd., Art. 3.

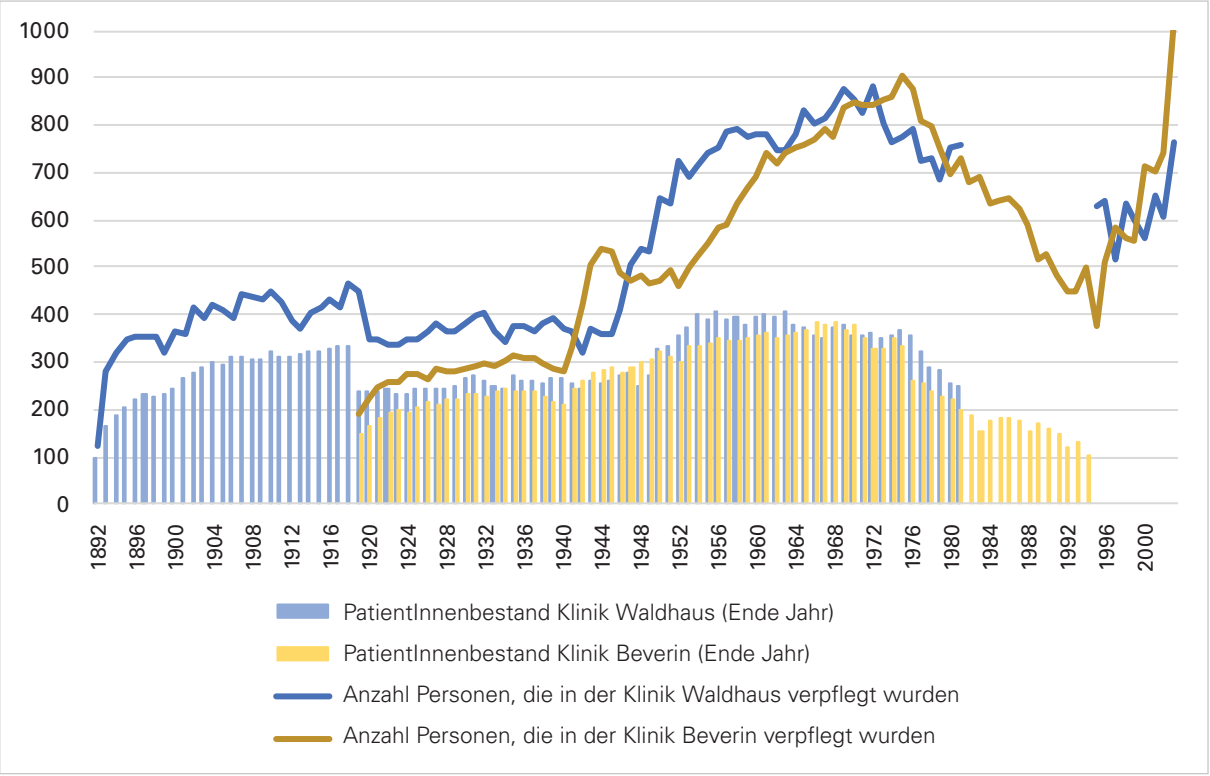


Diagramm 20: Entwicklung der Anzahl Personen, die innerhalb eines Jahres in den Kliniken Waldhaus und Realta/Beverin stationär verpflegt wurden

Anmerkung: Die Angaben betreffen nur die psychiatrischen Abteilungen der beiden Kliniken. Die Lücken bei der Klinik Waldhaus zwischen 1980 und 1995 sind auf fehlende statistische Angaben in den Jahresberichten zurückzuführen. Die Anzahl Personen, die in den Kliniken innerhalb eines Jahres verpflegt wurden, berechnet sich aus der Summe zweier Grössen: der Zahl Patientinnen und Patienten, die zu Beginn des Jahres hospitalisiert waren, und der Zahl Patientinnen und Patienten, die im Laufe des Jahres eingewiesen wurden.
Quellen: Jahresberichte Waldhaus 1892–2001; Jahresberichte Realta/Beverin 1919–2001; Jahresbericht PDGR 2001.

Gegen Aufpreis war es zudem möglich, eine eigene Pflegeperson und eine eigene Unterkunft (Einzelzimmer) für sich zu buchen.[446]

Spätestens seit den 1960er Jahren wurden die Sozialversicherungen zu bedeutenden Quellen der Spitalfinanzierung. Die Ausbreitung der Krankenversicherung und die Gründung der Invalidenversicherung 1960 spiegelten sich auch in den Taxordnungen der psychiatrischen Kliniken. Bei versicherten Patientinnen und Patienten übernahmen Krankenkassen, die Invalidenversicherung (IV), bisweilen auch die Schweizerische Unfallversicherung (Suva) oder die Militärversicherung die Kosten. Die IV beteiligte sich auch an den Kosten für den Ausbau der Infrastrukturen.[447] Spätestens seit den 1970er Jahren war die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung einer Krankenversicherung angeschlossen; seit 1996 gilt ein nationales Obligatorium. Der Versicherungsschutz scheint seit den 1970er Jahren für die Psychiatrie ein ähnliches Niveau erreicht zu haben wie in den somatischen Kliniken – eine detaillierte Analyse würde allerdings den Rahmen dieser Studie sprengen.

Die Kostensteigerung in der Psychiatrie war ein komplexes Phänomen. Innerhalb der Spitalland-

446 Vgl. dazu beispielsweise die Taxordnung für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin sowie für das Wohnheim Rothenbrunnen, von der Regierung erlassen am 14. Juni 1982, Art. 3.

447 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Taxordnung für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und für die Aussenstation Rothenbrunnen von 1972, Art. 2 (https://www.gr-lex.gr.ch/app/de/change_documents/10661); Taxordnung für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin sowie für das Wohnheim Rothenbrunnen von 1982, Art. 1 (https://www.gr-lex.gr.ch/app/de/change_documents/11269), Zugriff: 26.06.2020.

schaft gehörten die psychiatrischen Kliniken nicht zu den teuersten Einrichtungen. Bei den stärker technisierten somatischen Kliniken stiegen die Kosten seit den 1960er Jahren deutlich schneller an.[448] In der Psychiatrie lässt sich der Kostenanstieg vor allem auf den Leistungsausbau und damit verbundene neue Infrastrukturen zurückführen. Spielmann erwähnt für Beverin beispielsweise das neue Gebäude für Beschäftigungstherapie, in dem auch körperlich beeinträchtigte Patientinnen und Patienten von professionellen heilgymnastischen Angeboten profitierten. Hinzu kamen kostenrelevante Verbesserungen der Anstellungsverhältnisse. Angestellte in der Psychiatriepflege mussten 1953 noch eine sechstätige 60-Stundenwoche arbeiten; 1973 reduzierte sich die Arbeitslast auf eine fünftägige 44-Stundenwoche (vgl. Kapitel 4.1.4). Insgesamt nahm seit den 1950er Jahren der Bestand an Ärzten und Therapiepersonal stark zu. Die Betreuungsverhältnisse sahen 1953 noch 36 Mitarbeitende pro 100 Betten vor; 1973 stieg die Anzahl auf 47 Mitarbeitende pro 100 Betten.[449]

Die Zunahme an betreuten Patientinnen und Patienten spiegelt sich insbesondere in der Anzahl Verpflegungen, ein üblicher statistischer Wert für die Zahl behandelter Personen in Spitälern. Mitte der 1970er Jahre erreichte die Verpflegungsstatistik einen Spitzenwert. Die Anzahl behandelter Personen (pro Jahr) belief sich in beiden Kliniken auf rund 900 pro Einrichtung. Die Zahl hatte sich seit 1940 in etwas mehr als drei Jahrzehnten verdreifacht. Damit verbunden war ein Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Klinik und eine höhere Auslastung der Betten (vgl. Diagramm 20). Spielmann betonte in seinem Beitrag ausdrücklich, dass 1974 mehr als die Hälfte der hospitalisierten Personen die Klinik nach weniger als vier Wochen Aufenthalt wieder verlassen konnten.[450]

Die Klinikfinanzierung im Wandel der Zeit

Der Gesamthaushalt der beiden Bündner Kliniken expandierte im 20. Jahrhundert stark. Drei Stichjahre (1922, 1963 und 2004) mögen dies illustrieren (vgl. Diagramm 21). Selbst wenn man die Teuerung einberechnet (sie betrug von 1922 bis 1963 rund 30 Prozent und von 1963 bis 2004 nochmals rund 100 Prozent), haben sich die Kosten der beiden Anstalten massiv erhöht. Sie stiegen in beiden Kliniken inflationsbereinigt von 1922 bis 1963 um rund das Sechsfache, von 1963 bis 2004 nochmals um rund das Doppelte. Die Betriebseinnahmen nahmen im selben Rahmen zu, wobei sie die Ausgaben nie ganz decken konnten. Die Kliniken waren durchgehend auf staatliche Defizitgarantien angewiesen.

Interessant ist die detaillierte Statistik der Einnahmen und Ausgaben der Kliniken, ebenfalls für die drei Stichjahre (vgl. Diagramme 22–31).[451] Auf der Ausgabenseite fällt ins Auge, dass die Gehälter für das Personal seit den 1920er Jahren einen grossen Teil der Kosten ausmachten und bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts zum zentralen Ausgabeposten heranwuchsen. Darin spiegelt sich auch die Zunahme des Personals seit den 1950er Jahren.[452] Gut erkennbar ist auch die Zunahme an Ausgaben im medizinischen Bereich («medizinische Bedürfnisse» bzw. «medizinischer Bedarf», d. h. Medikamente, medizinische Einrichtungen etc.). Die Ausgaben für Lebensmittel und Heizmaterial dagegen nahmen stark ab, zumindest im Vergleich mit den anderen Ausgabenposten. Ein bemerkenswerter Unterschied zwischen den beiden Kliniken liegt bei den Entschädigungen von Patientinnen und Patienten. Die Klinik Realta / Beverin bezahlte 1963 nicht nur den strafrechtlich und administrativ Eingewiesenen eine symbolische Arbeitsentschädigung («Pekulium»), dieses kam auch einer beschränkten Zahl von Patientinnen und Patienten zugute. Ähnliche Vergütungen lassen sich fürs Waldhaus nicht nachweisen.[453]

Auf der Einnahmenseite machten die Verpflegungsgelder – der Beitrag, den Patientinnen und Patienten an die Kosten eines stationären Aufenthalts bezahlen mussten – den Grossteil der betrieblichen Einkünfte aus. Ihr Anteil an den Gesamteinnahmen nahm allerdings im Laufe des 20. Jahrhunderts ab, während neue Einnahmequellen hinzukamen. Während die Verpflegungsgelder um 1922 noch 90 Prozent der Einnahmen umfassten, machten die Pflege-, Behandlungs-

448 Verwaltungsarchiv Beverin: Verwalter Fritz Spielmann: Die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik Beverin, in: Hospitalis 45/8 (August 1975), S. 428–429.

449 Ebd., S. 429–430.

450 Ebd., S. 430.

451 Für die Darstellung der Kuchendiagramme wurden die entsprechenden Jahresrechnungen systematisch ausgewertet.

452 Darunter wurden gefasst: Pensions-, Spar-, Unfall-, Krankenversicherung und Beiträge an die AHV-Ausgleichskasse.

453 Die Auszahlung eines «Pekuliums» war im Massnahmenvollzug üblich, vgl. Heiniger Alix (2019a).

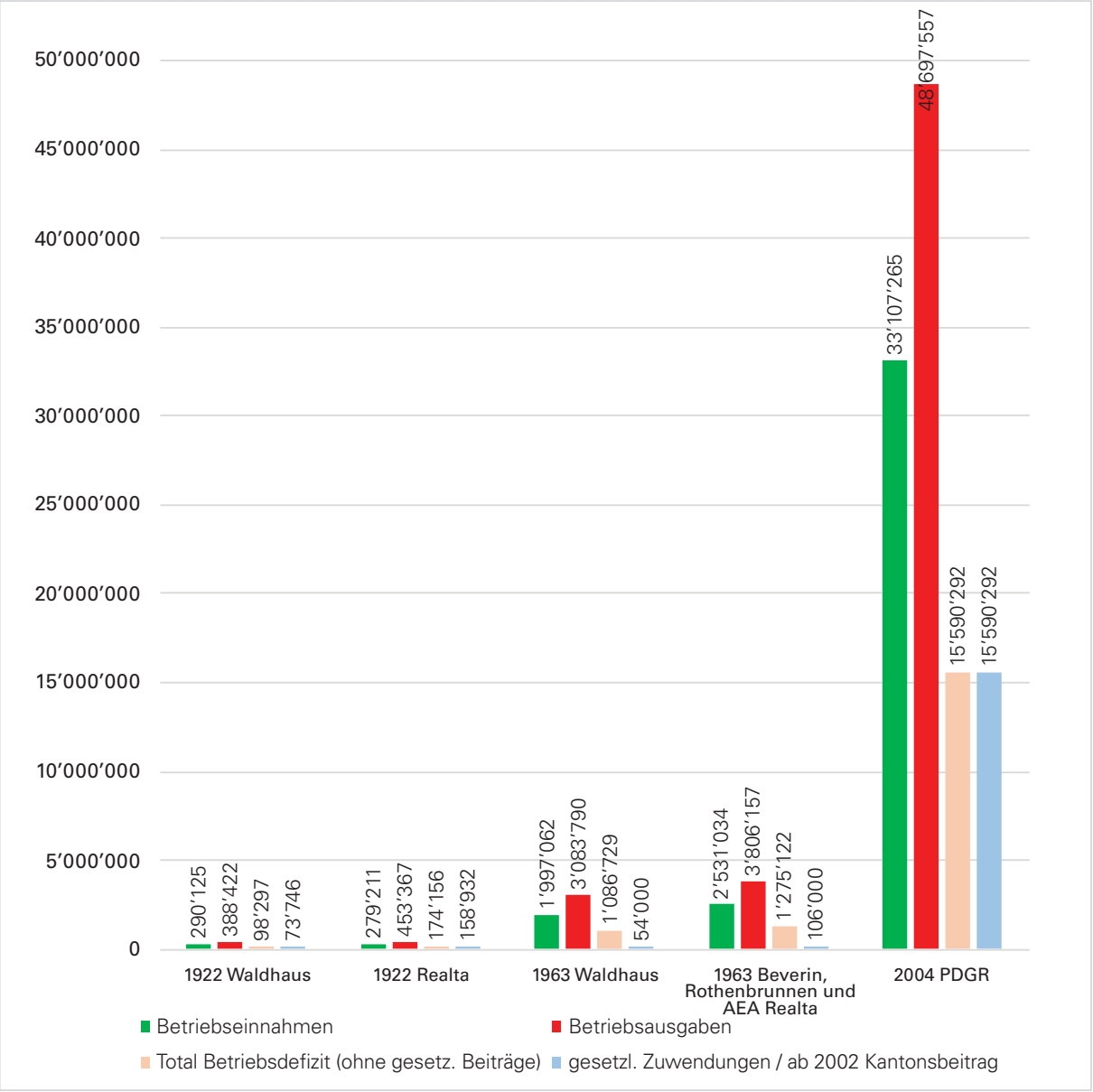


Diagramm 21: Entwicklung des Gesamtvolumens an Einnahmen und Ausgaben für die Stichjahre 1922, 1963 und 2004 (in CHF)

Anmerkung: Bei den Betriebseinnahmen der Jahre 1922 und 1963 sind die Erträge des Gutsbetriebs miteinberechnet. 1990 liess die Regierung neben der Strafanstalt auch den Gutsbetrieb der psychiatrischen Klinik Beverin abtrennen. Der ehemalige Gutsbetrieb des Waldhauses blieb bis 2013 Bestandteil der PDGR, bis er schliesslich an den Plantahof übertragen wurde. Die Buchhaltung der Jahresrechnung von 2004 summierte die Bilanz des Gutsbetriebs, der Cafeteria und des Kiosks in der Kontogruppe «Nebenbetriebe». Cafeteria und Kiosk erzielten einen Gewinn (98’057 Franken), beim Gutsbetrieb hingegen waren Personal- und Sachaufwand höher als der Ertrag (–75’559 Franken). Der Gutsbetrieb war also kein gewinnbringendes Geschäft mehr. Die statistischen Angaben zur PDGR von 2004 umfassen neben den beiden stationären psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin sowie ihren intermediären und ambulanten Angeboten auch die Heimzentren Arche Nova, Montalin und Rothenbrunnen.

Quellen: StAGR GF 7: Staatsrechnung des Kantons Graubünden 1919–24, S. 33–39, 41–47 (Betriebsrechnung und Bilanz der Anstalt Realta und der Anstalt Waldhaus pro 1922); StAGR GF 18: Staatsrechnung des Kantons Graubünden 1963–1964, S. 46–51, 52–61 (Verwaltungsrechnungen, 2 Departement des Innern und der Volkswirtschaft: Anstalten Beverin-Realta und Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus); KBG Bz 1132: Jahresbericht Psychiatrische Dienste Graubünden 2004, Statistiken auf CD-Beilage; Regierungsprotokoll 1990 vom 10. Juli 1990, S. 1868; Jahresbericht Realta/Beverin 1989, S. 24 und 1990, S. 30.

und Aufenthaltstaxen um 2004 nur noch knapp die Hälfte der Einkünfte aus. Zu den neuen Einnahmequellen gehören insbesondere Vergütungen für spezifische medizinische Behandlungen, Beiträge des Personals an die Kosten für Kost und Logis und kleinere Erträge aus Handwerksbetrieben der Kliniken, sofern sie externe Aufträge ausführten. Erträge aus gutachterlichen Tätigkeiten werden nicht explizit ausgewiesen. Die Kosten für psychiatrische Leistungen nahmen nicht nur zu, sie werden in jüngster Zeit auch differenzierter ausgewiesen (stationär, ambulant, teilstationär). Darin widerspiegelt sich nicht zuletzt die Vervielfältigung psychiatrischer Angebote.

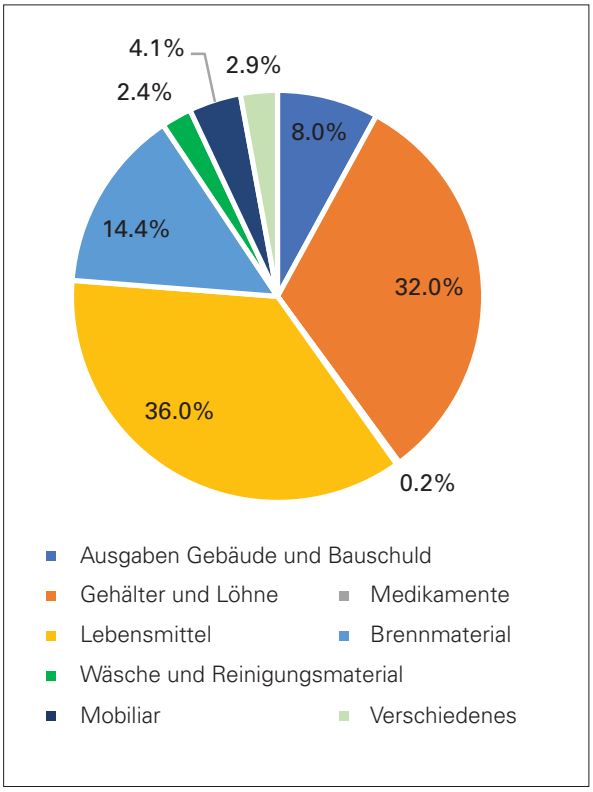


Diagramm 22: Ausgaben Waldhaus 1922

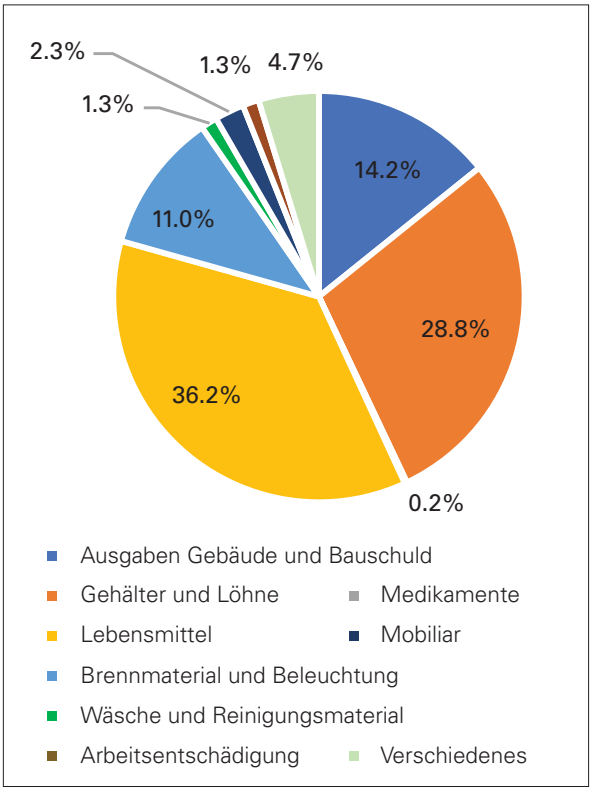


Diagramm 23: Ausgaben Realta/Beverin 1922

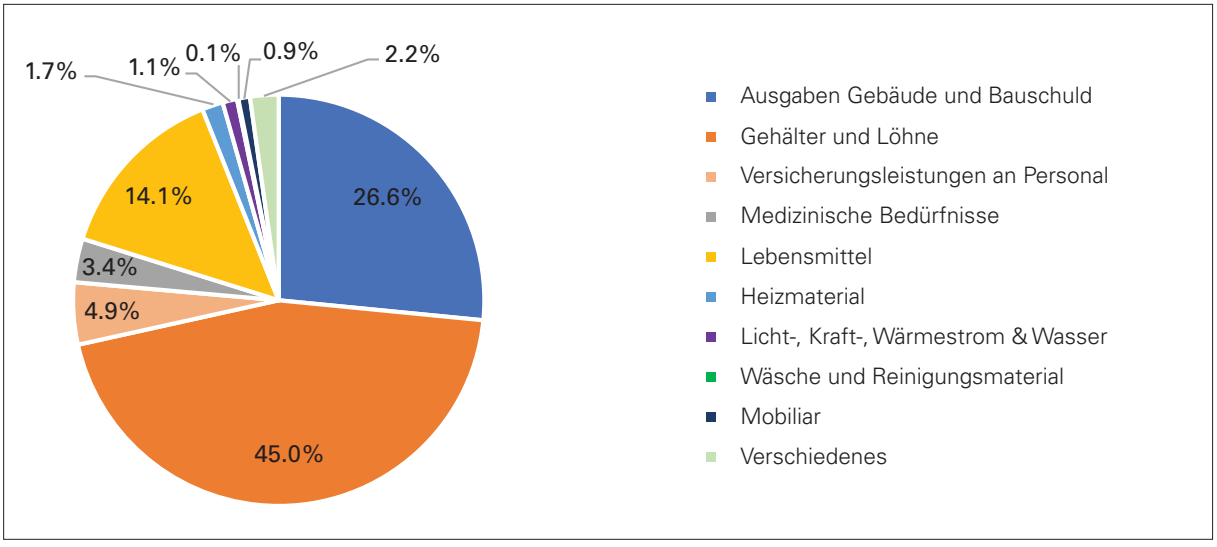


Diagramm 24: Ausgaben Waldhaus 1963

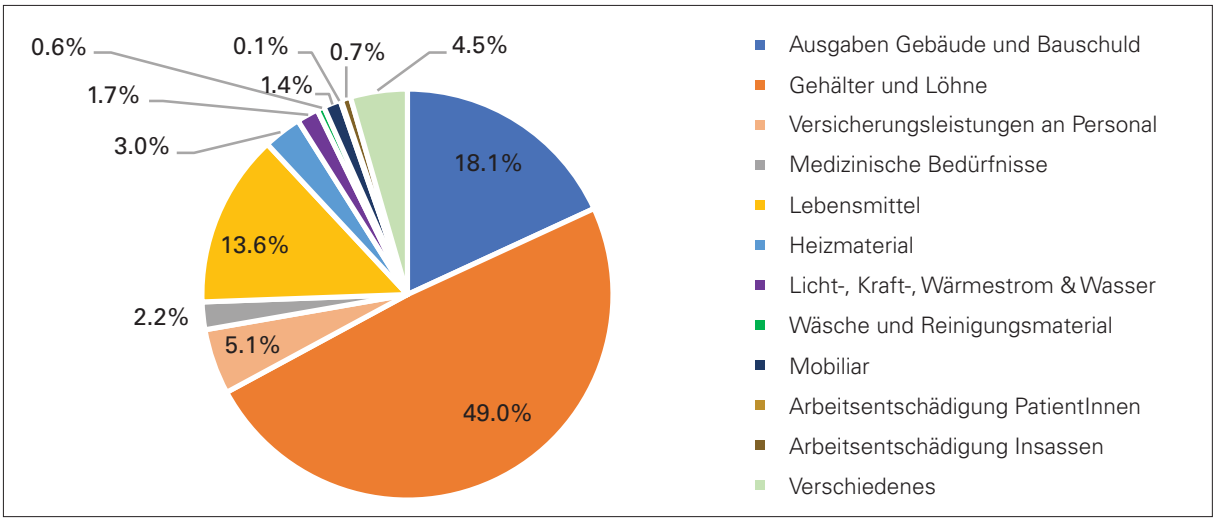


Diagramm 25: Ausgaben Realta/Beverin 1963

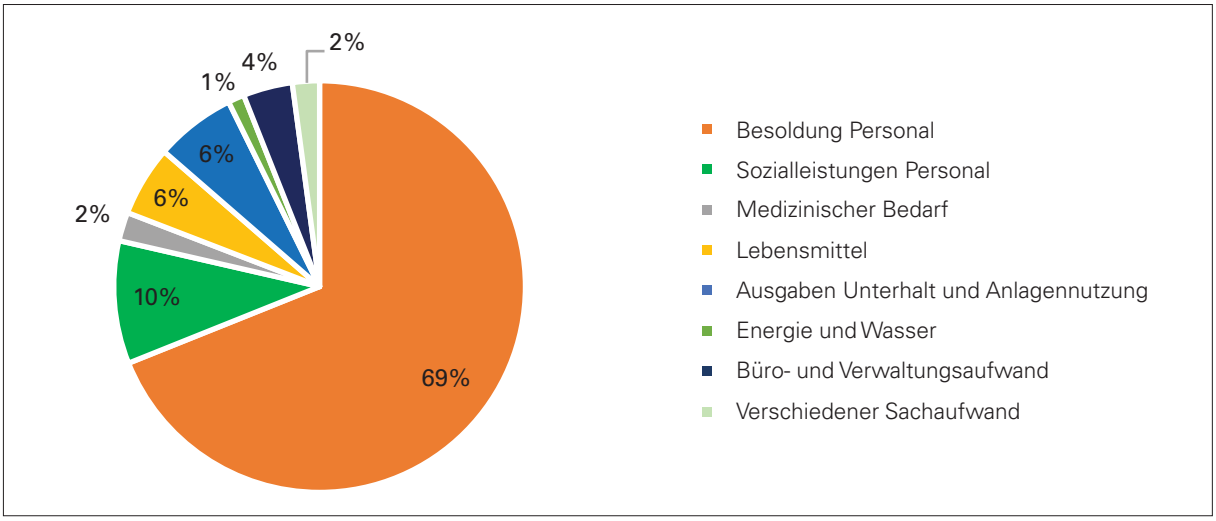


Diagramm 26: Ausgaben PDGR 2004

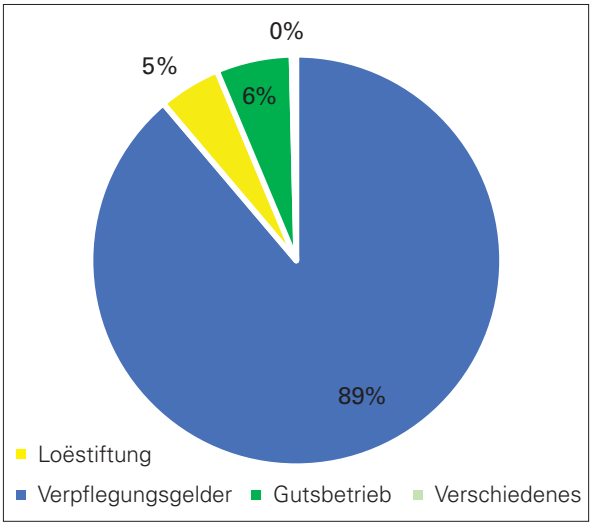


Diagramm 27: Einnahmen Waldhaus 1922
(ohne gesetzliche Zuwendungen)

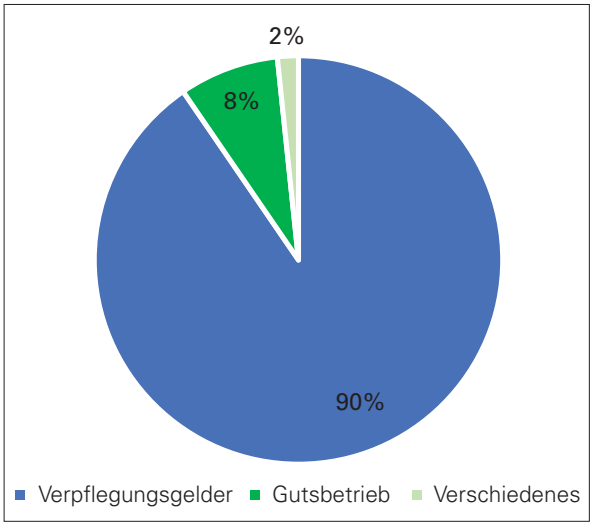


Diagramm 28: Einnahmen Realta/Beverin 1922
(ohne gesetzliche Zuwendungen)

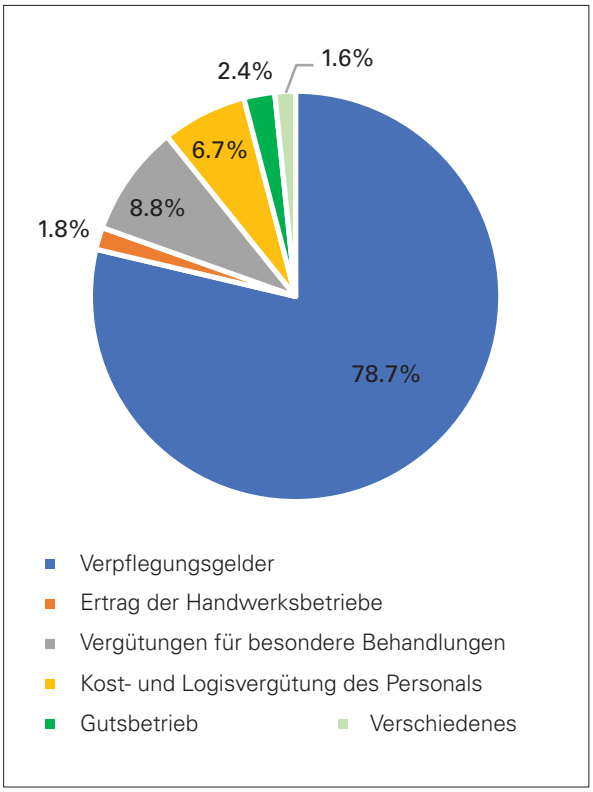


Diagramm 29: Einnahmen Waldhaus 1963
(ohne gesetzliche Zuwendungen)

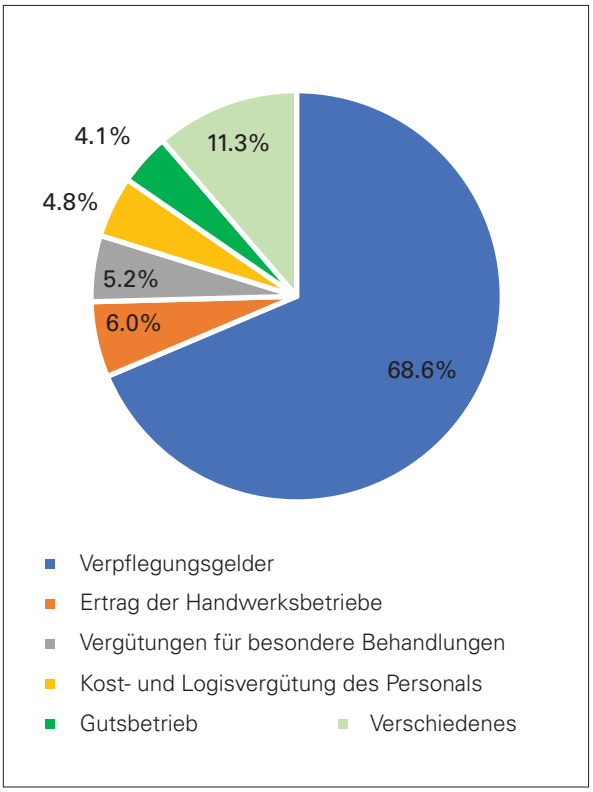


Diagramm 30: Einnahmen Realta/Beverin 1963
(ohne gesetzliche Zuwendungen)

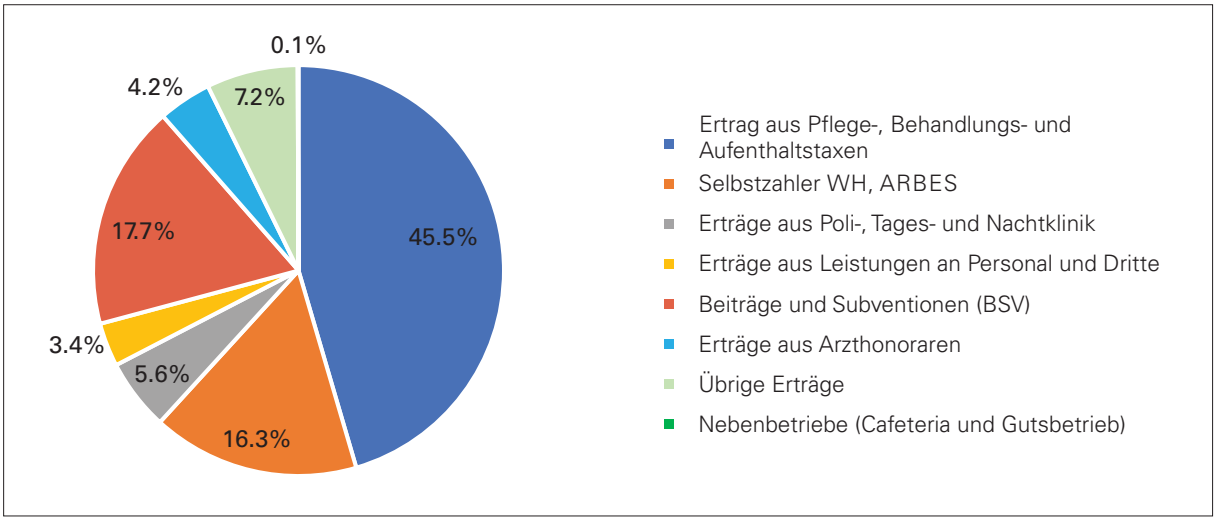


Diagramm 31: Einnahmen PDGR 2004
(ohne gesetzliche Zuwendungen)

Bildstrecke – Fotografien der Ordnung



Bild 1: Historischer Stich der Schlösser in Fürstenau von Norden (ca. 1878). Das untere Schloss in Fürstenau, rechts im Bild, wurde ab Ende 1840 bis zur Übersiedelung nach Realta 1855 als Zwangsarbeitsanstalt genutzt.
Quelle: Rätisches Museum Chur: H1981.796.1.

Fotografien begegnen der Betrachterin und dem Betrachter unmittelbarer als Texte und sprechen gleichzeitig verschiedene Betrachtungsebenen an.

Zu den beiden psychiatrischen Kliniken im Kanton Graubünden, dem Therapiehaus Fürstenwald und den Wohnzentren ist umfangreiches Bildmaterial vorhanden. Fotografien sind wichtige Quellen, die etwa bauliche Veränderungen oder Alltagssituationen dokumentieren und visualisieren. Sie finden sich in zeitgenössischen Publikationen, Jahresberichten oder Jubiläumsschriften und dienten dort einem bestimmten Zweck. Als Auftragsarbeiten waren sie Werbemittel, mit dem unter anderem Neuerungen veranschaulicht wurden und das Bild einer modernen Psychiatrie vermittelt werden sollte.

Sie geben Einblick in sich verändernde Ansprüche an die Psychiatrie, vor allem an die räumlichen

Gegebenheiten. Das Abgebildete wird dabei je nach zeitlichem Kontext unterschiedlich gedeutet. So erweist sich der heutigen Betrachterin oder dem heutigen Betrachter ein grosser Schlafsaal als Beispiel für fehlende Privatsphäre, während zeitgenössisch ein sauberer und ordentlicher Raum dargestellt werden sollte, der nach damaliger Auffassung für die Qualität der Unterbringung sprach. Die von den Klinik- oder Stiftungsleitungen publizierten oder autorisierten Fotografien transportieren damit nicht allein das Bild einer zeitgenössischen Psychiatrie, sondern zeigen immer auch eine geordnete «Versorgung» der Patientinnen und Patienten und sind damit «Fotografien der Ordnung».

Die folgende Bildstrecke verweist auf architektonische Veränderungen, aber auch Kontinuitäten der beiden psychiatrischen Kliniken und angegliederten Wohnheimen sowie des Therapiehauses Fürstenwald. Die Bildstrecke führt über Luftaufnahmen und Aussenansichten an die unterschiedlichen Bauten heran und illustriert exemplarisch architektonische Anpassungen über die Zeit. Die Fotografien führen weiter in ausgewählte Innenräume und veranschaulichen Anpassungen an der Einrichtung sowie deren Nutzung.[1]

Mit Rücksicht auf den Datenschutz wurde mehrheitlich auf Aufnahmen, in denen Personen erkennbar sind, verzichtet.

---

1 Für die Bildstrecke wurden Fotografien ausgewählt, die der beschriebenen Absicht folgen und auch über die eigene Ausrichtung hinaus Symbolkraft besitzen. Zu einzelnen Aspekten konnte aus verschiedenen Abbildungen ausgewählt werden, sodass nicht jede Einrichtung zu jedem Aspekt abgebildet ist.



Bild 2: Die Klinik Waldhaus während der Bauphase um 1891.
Quelle: StAGR: P 01.24.4.4, Waldhaus bei Chur.



Bild 3: Die Klinik Waldhaus aus der Vogelperspektive nach dem Umbau mit den Erweiterungsbauten (1994).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Hochbauamt Graubünden, 1994, Fotograf: Reto Reinhardt.



Bild 4: Aussenansicht der Klinik Waldhaus zwischen 1962 und 1972 mit sichtbarem Zaun.
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Geschichte vom Waldhaus.



Bild 5: Heimzentrum Montalin auf dem Gelände der psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur (2009).
Quelle: Archiv PDGR, Fotografin: Susi Haas.



Bild 6: Die Anstalt Neu-Realta im Bau (1916).
Quelle: StAGR: FR-XXI h 81: Bauten V. Blick auf die Südfassade.

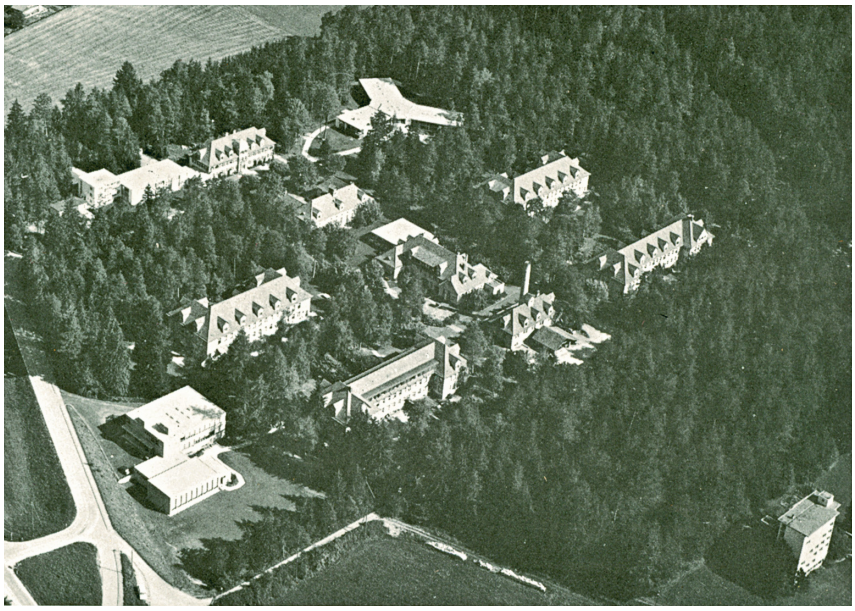


Bild 7: Gesamtansicht der psychiatrischen Klinik Beverin mit dem markanten Neubau «Haus Salvorta» oben in der Bildmitte (1974).
Quelle: StAGR: VIII 5d4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin, 1970–1975,
Fotograf: A. Suter.



Bild 8: Die psychiatrische Klinik Beverin aus der Vogelperspektive nach dem Umbau und ohne das inzwischen abgebrochene «Haus Salvorta» (2019).
Quelle: Privatbesitz,
Fotograf: Ralph Feiner.



Bild 9: Das Gebäude Frauen B für «Unruhige» der Anstalt Neu-Realta im Pavillon-Baustil (um 1932).
Quelle: Tuffli (1932), S. 17,
Fotograf: Romedo Guler.



Bild 10: Gesamtansicht der Korrektionsanstalt Alt-Realta inklusive Gutsbetrieb (um 1932).
Quelle: Tuffli (1932), S. 29, Fotograf: Romedo Guler.

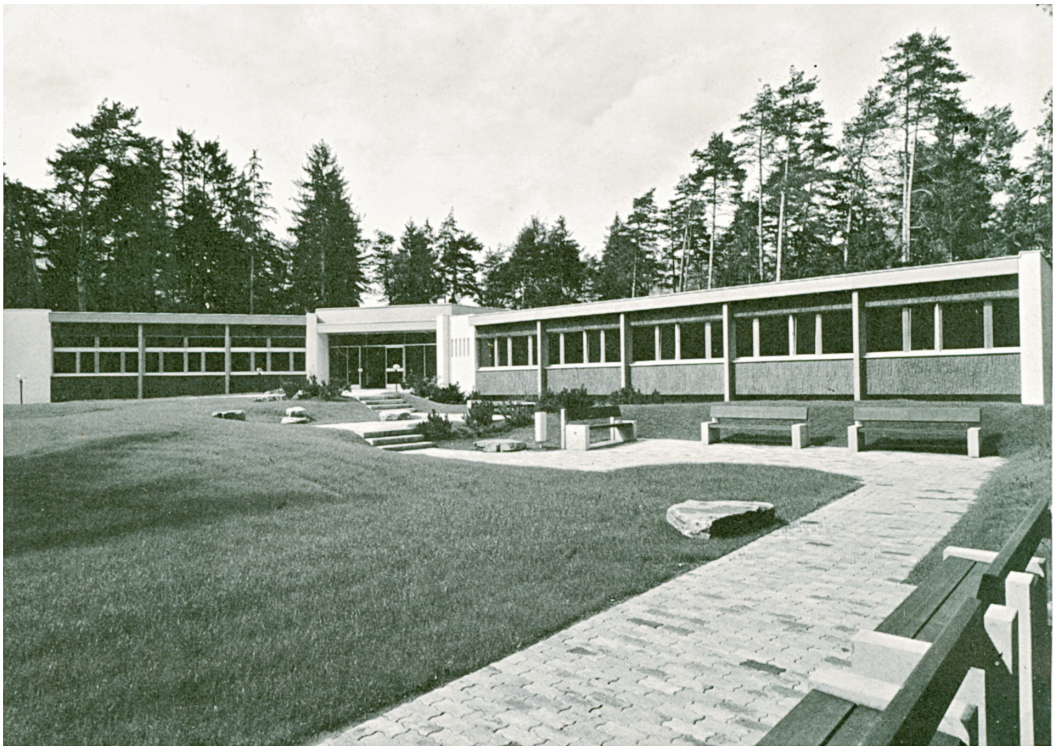


Bild 11: Aussenansicht des Neubaus «Haus Salvorta» der psychiatrischen Klinik Beverin (1974).
Quelle: StAGR: VIII 5d4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin, 1970–1975,
Fotograf: Christoph Guler.



Bild 12: Klinik Beverin: Restaurant (2009).
Quelle: Archiv PDGR, Fotografin: Susi Haas.



Bild 13: Das Badehotel und das Kurhaus in Rothenbrunnen wurden 1923 vom Kanton gekauft und zur Aussenstation der Klinik Beverin umgenutzt (um 1932).
Quelle: Tuffli (1932), S. 35, Fotograf: Romedo Guler.



Bild 14: Heimzentrum Rothenbrunnen mit Gärtnerei (2015).
Quelle: Archiv PDGR, Fotograf: Ingo Rasp.



Bild 15: Aufenthaltsraum der Männer (Altersheim) im Ostflügel des Vorderhauses der Anstalt Neu-Realta (um 1932).
Quelle: Tuffli (1932), S. 12, Fotograf: Romedo Guler.



Bild 16: Aufenthaltsraum «Haus Salvorta» in der psychiatrischen Klinik Beverin (1974).
Quelle: StAGR: VIII 5d4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin, 1970–1975, Fotograf: Christoph Guler.



Bild 17: Aufenthaltsraum in der psychiatrischen Klinik Waldhaus, neu mit Fernsehapparat (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 18: Aufenthaltsraum des Therapiehauses Fürstenwald (2016).
Quelle: Archiv KJPD, Fotograf: Jos Schmid.



Bild 19: Arztbüro in der psychiatrischen Klinik Waldhaus (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 20: Arztbüro in der psychiatrischen Klinik Waldhaus (1994).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Kant. Psych. Klinik Waldhaus, Hochbauamt Graubünden, 1994, Fotograf: Reto Reinhardt.



Bild 21: Untersuchungszimmer in der psychiatrischen Klinik Waldhaus (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 22: Medikamentenzimmer in der Psychiatrischen Klinik Waldhaus (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 23: «Weben und stricken» in der Ergotherapie, Psychiatrische Klinik Waldhaus (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 24: Musiktherapieraum in der psychiatrischen Klinik Waldhaus (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 25: «Tonatelier» als Teil der Ergo- und Beschäftigungstherapie in der psychiatrischen Klinik Waldhaus (anonymisierte Darstellung, ohne Jahresangabe).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: «Fotos».



Bild 26: Therapieraum im Ambulatorium der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Chur (2016).
Quelle: Archiv KJPD, Fotograf: Jos Schmid.



Bild 27: Erste Ansätze der Bewegungstherapie finden sich in der Psychiatrischen Klinik Waldhaus seit den 1940er Jahren. Die Therapieform wurde in beiden Bündner Kliniken in den 1970er Jahren institutionalisiert, unter anderem mit dem Bau von Turnhallen wie hier in Chur (1994).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Kant. Psych. Klinik Waldhaus, Hochbauamt Graubünden, 1994, Fotograf: Reto Reinhardt.



Bild 28: Wenn möglich wurden Unterhaltsarbeiten mit der Arbeitskraft von Patienten und Internierten bestritten, so wie bei diesen Dacharbeiten in der Korrektionsanstalt Alt-Realta (um 1932).
Quelle: Tuffli (1932), S. 31, Fotograf: Romedo Guler.



Bild 29: Anstaltseigene Gutsbetriebe lieferten Lebensmittel für die Patienten und wurden gleichzeitig zur Arbeitstherapie genutzt wie hier im Gemüsebau der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus (um 1932).
Quelle: Jörger (1932), S. 52.



Bild 30: Weitere Arbeitsfelder bestanden in der Holzverarbeitung der Holzerei der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus (um 1932).
Quelle: Jörger (1932), S. 53.



Bild 31: In den Werkstätten wurden Kleinarbeiten ausgeführt. Psychiatrische Klinik Waldhaus: Werkstatt (ohne Jahresangabe).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: «Fotos».



Bild 32: Produkte aus den hauseigenen Werkstätten wurden am Jahresmarkt und später in eigenen Läden verkauft. Psychiatrische Klinik Waldhaus: Werkstatt (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 33: Erst mit dem Umbau Ende der 1980er Jahre erhielten alle Patientenzimmer einen abgesonderten Dusch- und Toilettenbereich. Psychiatrische Klinik Waldhaus (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.



Bild 34: Mehrbettzimmer in der psychiatrischen Klinik Waldhaus vor dem Umbau (1988).
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Psych. Klinik Waldhaus Chur Hauptgebäude, 1988.

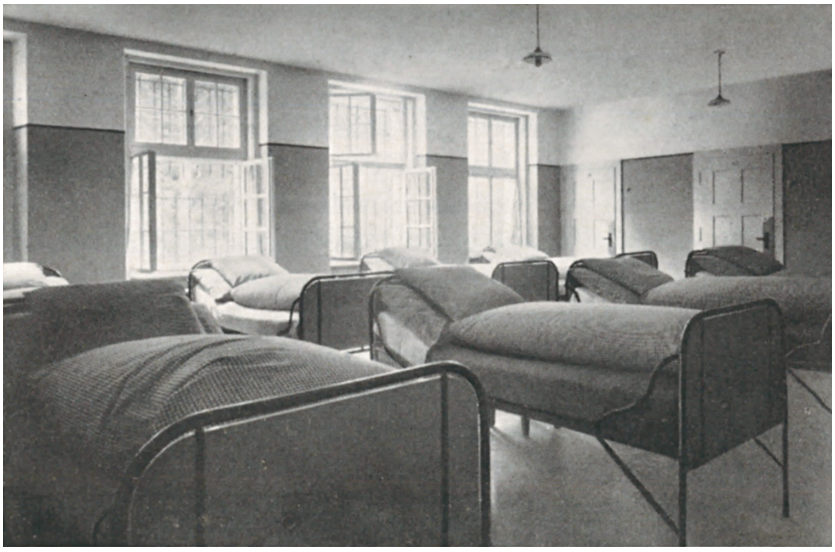


Bild 35: Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts schliefen Patientinnen und Patienten in Schlafsälen.
Anstalt Neu-Realta: Schlafsaal (um 1932).
Quelle: Tuffli (1932), S. 20,
Fotograf: Romedo Guler.



Bild 36: Mit dem Neubau des «Hauses Salvorta» wurden kleinere Zimmer beim Bau eingeplant. Psychiatrische Klinik Beverin: Schlafzimmer Haus Salvorta (1974).
Quelle: StAGR: VIII 5d4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin, 1970–1975,
Fotograf: Christoph Guler.



Bild 37: In der Privatklinik Mentalva & Spa finden sich auf dem Gelände der psychiatrischen Klinik Beverin Patientenzimmer im Luxussegment. Suite Privatklinik Mentalva & Spa Cazis (2018).
Quelle: Archiv PDGR,
Fotograf: Nicola Pitaro.

4 Ärztliche, pflegerische und Patientenperspektive: Innenansichten der Psychiatrie (2. Hälfte des 20. Jahrhunderts)

4.1 Das Pflegepersonal: Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses

Die Sichtweise des Psychiatriepflegepersonals ist gegenüber derjenigen des ärztlichen Personals wesentlich schlechter dokumentiert. Nur über Pflegerapporte, anonym abgedruckte Beiträge in der Berufszeitschrift *Kranken- und Irrenpflege*[1] oder Befragungen im Zuge innerbetrieblicher administrativer Untersuchungen lässt sich eine Vorstellung davon gewinnen, wie das Pflegepersonal seine Rolle im Klinikalltag wahrnahm.[2] Die weitgehende «Unsichtbarkeit» des Pflegepersonals in der Historiografie spiegelt sich in seiner untergeordneten Rolle in der Anstaltshierarchie. Dass die schweizerische Psychiatriegeschichtsschreibung sich noch in den 1990er Jahren nur punktuell für die Pflege interessierte, ist wohl der spärlichen Quellenlage geschuldet.[3] Erst nach der Jahrtausendwende erschienen vermehrt Einzelstudien und eine Übersichtsdarstellung.[4] Die wissenschaftlichen Arbeiten machten darauf aufmerksam, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Abhängigkeit der Psychiater vom pflegerischen Beobachten, Berichten und Mitwirken bei Behandlungen unterbewertet wurde. Diese Aussage trifft auch auf die Bündner Psychiatrie zu (vgl. Kapitel 3.3).

Für die Darstellung der pflegerischen Perspektive bezogen wir uns zum einen auf schriftliche Quellen, zum andern auf Interviews mit fünf ehemaligen Pflegern und einer noch berufstätigen Pflegerin.[5] Zwei ehemalige Pfleger stammen aus der Klinik Waldhaus, die Pflegerin und die anderen Pfleger aus Beverin. Die Interviewten erlebten unterschiedliche berufliche Laufbahnen. Armin Pirovino wurde im Laufe seiner Karriere Pflegedienstleiter, Vitus Bass war über viele Jahre hinweg Stationsleiter der gerontopsychiatrischen Abteilungen, Antonius Havermans war am Aufbau der Suchtstation Danis auf dem Beverin-Klinikareal beteiligt, Walter Monstein und seine Frau übernahmen 1960 für zehn Jahre die Heimleitung des Altersheims Rothenbrunnen und Ursula Huwyler ist bis heute in einer der schweizweit einzigen Mutter-Kind-Stationen beschäftigt. Bemerkenswert ist die Länge der Berufslaufbahnen. Alle interviewten Pfleger arbeiteten über vierzig Jahre in der Psychiatrie und waren Zeugen diverser institutioneller und beruflicher Umbrüche. Christian Schaub beispielsweise erlebte als Psychiatriepfleger in der Klinik Beverin insgesamt vier unterschiedliche Chefärzte und entsprechend viele Führungsphilosophien. Zudem fielen die Lehrantritte von Pirovino, Monstein und Schaub in eine Phase, in der sich Schocktherapien im Psychiatriealltag etablierten und erste Kuren mit Psychopharmaka eingeführt wurden. Die Interviews decken die Zeit ab den 1950er Jahren ab. Einblicke in die Zeit davor ergeben sich aus den schriftlichen Quellen.

4.1.1 Die Irrenwartung bis ins frühe 20. Jahrhundert: Aufgaben, Vorschriften und Profil

Im Jahr 1992 wurden die Grundausbildungen der Krankenpflege und der Psychiatriepflege zusammengelegt. Damit wurden zwei Berufsbilder miteinander verbunden, zwischen denen es bis Mitte des 20. Jahrhunderts nur wenige Berührungspunkte gegeben hatte.[6] Die somatische Medizin feierte durch die naturwissenschaftliche Wende während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts prestigeträchtige Erfolge (Bakteriologie, Narkose, Desinfektion). Vor diesem Hintergrund genoss der Beruf der Krankenpflege, der mit Selbstlosigkeit und Aufopferung assoziiert wurde, eine hohe so-

1 Die Zeitschrift durchlief mehrere Namensänderungen: *Kranken- und Irrenpflege* (1922–1937), *Die Irrenpflege* (1938–1949), *Praktische Psychiatrie* (1949–1983) und *Integro* (1983–).

2 Im Verwaltungsarchiv Waldhaus sind die Personaldossiers und Pflegerapporthefte integral überliefert. Im vorliegenden Bericht konnten sie nur punktuell berücksichtigt werden.

3 Braunschweig (1991) und dies. (1994); Cantini/Pedroletti (2000). Bis zu diesem Zeitpunkt bemühten sich pflegerisch Berufstätige, vorrangig der Krankenpflege, um die Vermittlung der Entwicklung und Rollenverschiebung ihres Berufes.

4 Vgl. Braunschweig (2013), S. 17–19 und 269 (Forschungsüberblick).

5 Insgesamt wurden 13 Pflegerinnen und Pfleger angefragt, wobei sechs nicht antworteten und eine Person die Anfrage ablehnte.

6 Braunschweig (2004), S. 113.

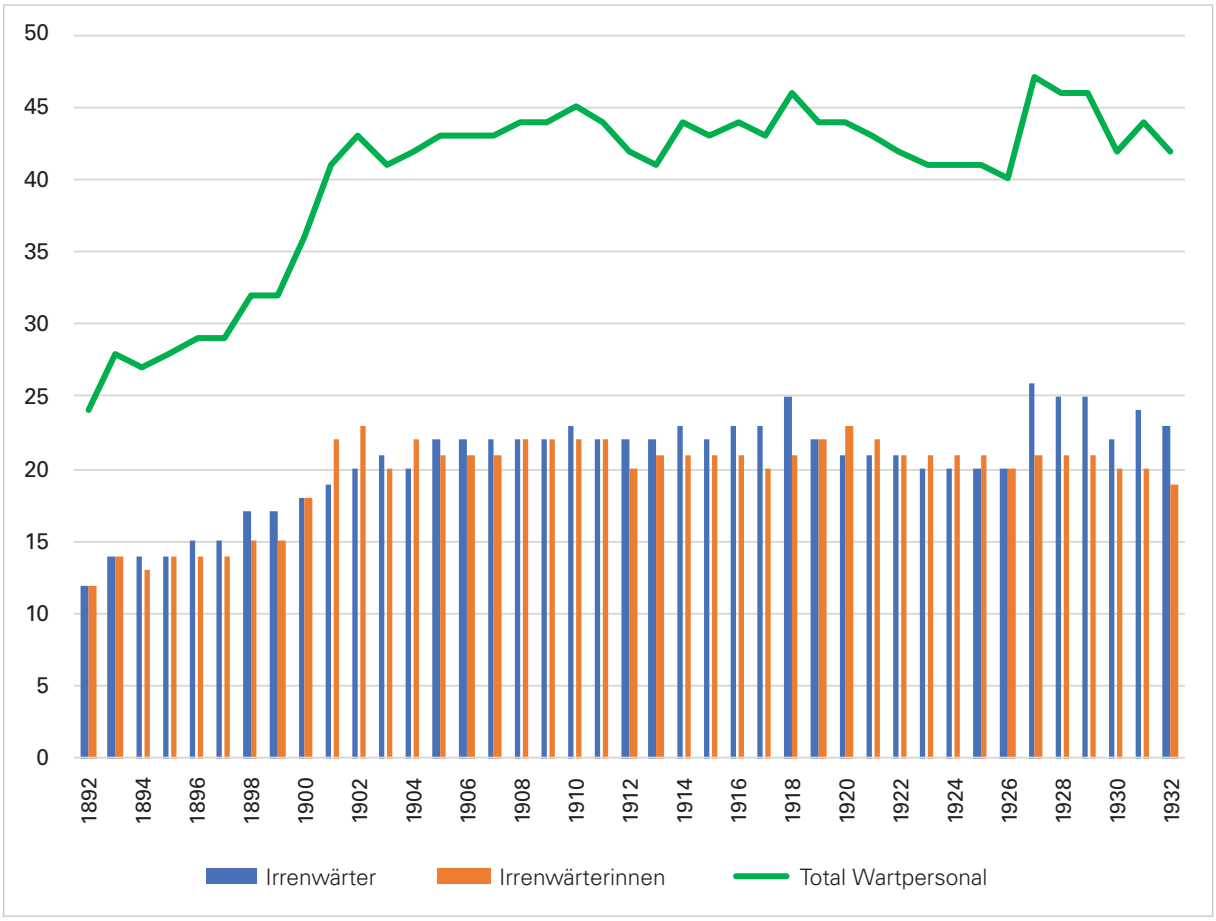


Diagramm 32: Geschlechterverteilung beim Wartpersonal, Klinik Waldhaus 1892–1932

Anmerkung: Vergleichbare Daten liegen für die Klinik Beverin nicht vor. Ab den späten 1920er Jahren nahm die Zahl der Wärter gegenüber jener der Wärterinnen zu. Diese Tendenz verschärfte sich in den kommenden Jahrzehnten und war vor allem auf Rekrutierungsschwierigkeiten beim weiblichen Pflegepersonal zurückzuführen (vgl. Kapitel 4.1.4).
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1932.

ziale Anerkennung. Die Krankenpflege der Jahrhundertwende war in erster Linie ein Frauenberuf, der seine Wurzeln in religiösen Orden und im bürgerlichen Rollenverständnis des 19. Jahrhunderts hatte. Er bot Frauen aus den Mittelschichten ein gesellschaftlich anerkanntes Berufsfeld mit Aufstiegsmöglichkeiten, zumindest bis zum Moment der Eheschliessung.[7]

Dagegen wurde die Pflegetätigkeit in der Psychiatrie im 19. und frühen 20. Jahrhundert unter dem Begriff der Irrenwartung zusammengefasst, ausgeführt von Irrenwärtern und Irrenwärterinnen. Der Begriff der «Wartung» verweist auf das zeitgenössische Verständnis der Tätigkeiten der Pflege, Reinhaltung, Betreuung, Kontrolle und Überwachung. Der Begriff findet sich deshalb in unterschiedlichen Zusammenhängen, vom Irrenwärter, über den Gefängniswärter bis zum Tierwärter.[8] Physische Kraft war gerade in der Psychiatrie eine wichtige Qualifikation. Die Irrenwartung des 19. Jahrhunderts setzte keine formale Berufsausbildung voraus. Üblicherweise eigneten sich die Wärter ihre Qualifikationen durch mehrjährige Praxiserfahrung an.

Das Wartpersonal war harten Arbeitsbedingungen ausgesetzt und strikten Dienstreglementen unterworfen.[9] Es erhielt einen vergleichsweise tiefen Lohn und stammte vorwiegend aus unteren gesellschaftlichen Schichten. Der Anstaltsbe-

7 Die Wurzeln des Ordensstands spiegeln sich auch in der Berufsbezeichnung «Krankenschwester». Zur Konstitution der Körperkrankenpflege als weiblicher Beruf, siehe Bischoff (1984), S. 54.

8 Braunschweig (2013), S. 20.

9 Dasselbe galt aber auch für die in Spitälern tätigen Krankenschwestern.

trieb war im Waldhaus und in Realta, wie in den meisten anderen Heil- und Pflegeanstalten auch, konsequent nach Geschlechtern getrennt. Das betraf sowohl die Patientinnen und Patienten als auch das Irrenwartpersonal. Auf der Frauenseite wurden Wärterinnen beschäftigt, auf der Männerseite Wärter.[10] So hielten sich die Geschlechterverhältnisse im Bereich der Pflege weitgehend die Waage, wie der Blick auf die frühen Belegschaftszahlen der Klinik Waldhaus verdeutlicht (vgl. Diagramm 32). Darin unterschied sich die Beschäftigung als Irrenwärterin oder Irrenwärter deutlich vom Beruf der Krankenpflegerin, einem an weiblichen Rollenbildern orientierten, helfenden und dienenden Beruf.[11] Für das Selbstverständnis des Wärterberufs spielte das Geschlecht jedenfalls keine zentrale Rolle. Die Betreuungs- und Behandlungsaufgaben waren grundsätzlich dieselben. Für viele Psychiater war es um 1900 aber angesichts der Körperkräfte einzelner männlicher Patienten undenkbar, Frauen auf der Männerseite einzusetzen. In einigen Schweizer Anstalten wurde die Geschlechtertrennung beim Irrenwartpersonal in der Zwischenkriegszeit aufgelöst – in Graubünden blieb sie aber bis in die 1970er Jahre bestehen (vgl. Kapitel 4.1.4).

Der Beruf der Irrenwartung war um 1900 stark von der Versorgungslogik der Psychiatrie geprägt. Therapeutische Qualifikationen spielten keine wesentliche Rolle.[12] Die Irrenwartung wurde mit der Gefängniswärterarbeit verglichen und hatte ein schlechtes gesellschaftliches Ansehen – ein Umstand, der die Entwicklung des Psychiatriepflegeberufs sowie dessen Selbstbild und Berufsethos bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts belastete. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in einer hohen Personalfluktuation. Viele Wärterinnen und Wärter betrachteten ihre Pflegetätigkeit nur als schlecht bezahlte Übergangslösung.[13] Bezeichnenderweise führte Waldhaus-Direktor J. J. Jörger die vielen Personalabgänge im ersten Berichtsjahr auf die stark reglementierten Rahmenbedingungen zurück, denen viele Irrenwärterinnen und -wärter nicht genügen würden:

> *«Dieser grosse Wechsel im Personal, der den meisten Anstalten eigen ist, findet seine Erklärung hauptsächlich darin, dass eine Irrenanstalt in Beachtung der Hausordnung und Reglemente grosse Anforderungen stellen muss, denen gar viele Angestellte nicht gerecht werden können oder gerecht werden wollen.»*[14]

Ein Blick auf die Personalmutationen der ersten Jahrzehnte der Klinik Waldhaus bestätigt diese Einschätzung Jörgers (vgl. Diagramm 33). Durchschnittlich trat jedes Jahr ungefähr die Hälfte des Personals aus und wurde durch neue Angestellte ersetzt – eine Problematik, die unter neuen Bedingungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu Rekrutierungsengpässen beim Pflegepersonal führte.[15]

Das Pflegepersonal war in der Zwischenkriegszeit verschiedentlich von Grippeepidemien oder Unfällen betroffen. Die harten Arbeitsbedingungen und langen Dienstzeiten (damals mit 60h/Woche) spiegeln sich in vielen krankheitsbedingten vorzeitigen Pensionierungen.[16] Die hohe Personalmutation soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es von Beginn an auch Wärterinnen und Wärter gab, die ähnlich wie unsere Interviewpartner viele Jahrzehnte oder gar ihre gesamte Berufslaufbahn in einer der Bündner Kliniken verbrachten.

Die Arbeitsbedingungen des Wartpersonals waren wenig attraktiv. Beim Eintritt in den Wartdienst erhielten die Angestellten ein Dienstreglement, eine Hausordnung und ein Instruktionsheft.[17] Gemäss Instruktionsheft und Dienstreglement durfte das Wartpersonal die Abteilung «ohne dienstlichen Grund» nicht verlassen. Für einen Gang aus der Anstalt hinaus war die Genehmigung des Direktors erforderlich.[18] Über Ausgänge und Urlaubstage bestimmte die Aufsichtskommission. Gesuche um Urlaub mussten während des Tagesrapports gestellt werden.[19] Die Wärterinnen

---

10 Das ärztliche Personal hingegen, das bis ins späte 20. Jahrhundert stark männerdominiert war, hielt seine Visiten auf beiden Seiten ab. Vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 24–40.

11 Braunschweig (2004), S. 114–117.

12 Vgl. Shorter (2003), S. 59–112.

13 Braunschweig (1991), S. 187–188.

14 Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 123.

15 Die Jahresberichte der Klinik Beverin deuten an, dass sie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts weniger stark von Personalmutationen betroffen war. Statistische Angaben dazu fehlen jedoch. Vgl. Jahresberichte Realta 1919, 1924, 1928, 1930, 1932.

16 Vgl. z. B. Jahresberichte Waldhaus 1921, 1922, 1937, 1944.

17 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 1.

18 Ebd., Art. 11; StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 3.

19 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 11.

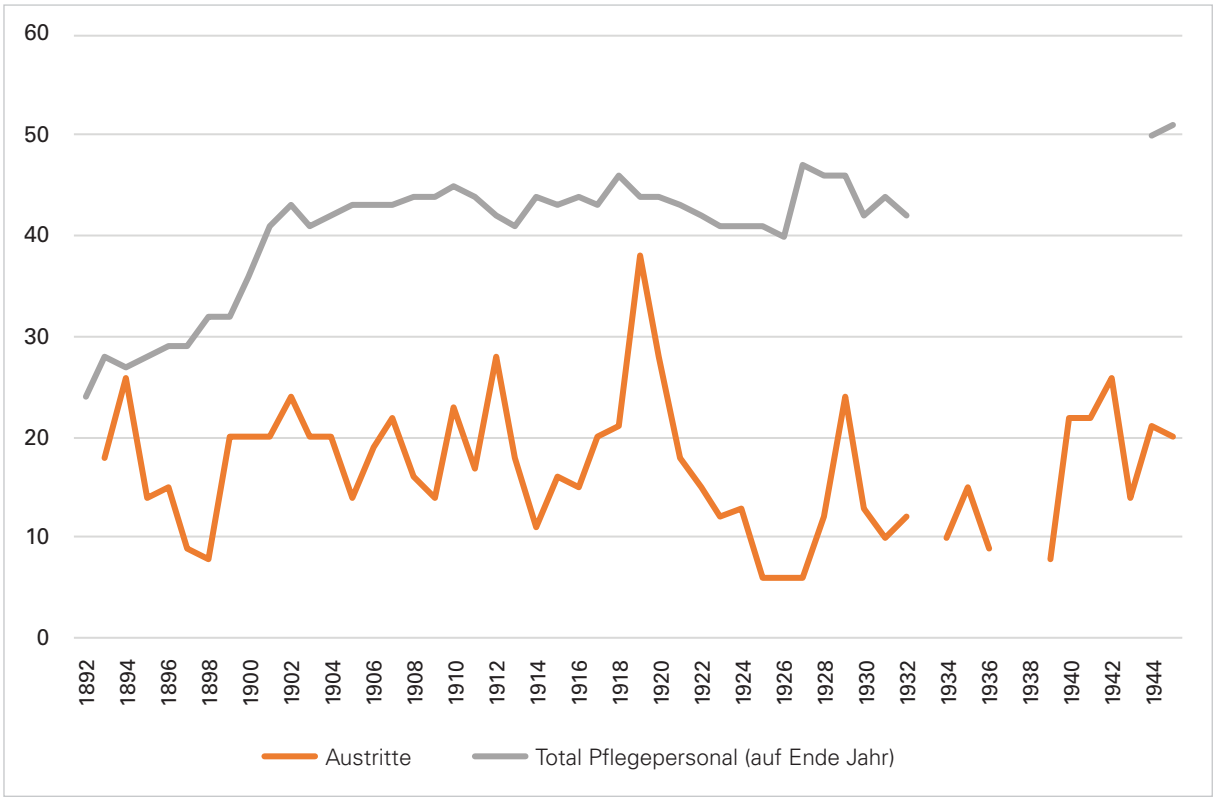


Diagramm 33: Fluktuationsrate beim Wart-/Pflegepersonal (in Anzahl Personen), Klinik Waldhaus 1892–1945
Anmerkung: Die stark steigende Zahl der Beschäftigten um 1900 lässt sich mit den damaligen An- und Neubauten erklären. Mit den erhöhten Kapazitäten verzeichnete die Anstalt eine deutliche Zunahme an Patienteneinweisungen. Im Jahr 1919 wechselten viele Wartpersonen ins neu gegründete Asyl Realta. Ab den 1930er Jahren wurden die Personalmutationen nur noch vereinzelt in den Jahresberichten erfasst. Nach 1945 ist nur noch die Belegschaftszahl dokumentiert.
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1930.

und Wärter hatten die Verordnungen der Direktion und die vorgeschriebenen Tagesabläufe genau zu befolgen, bei Nichteinhalten drohten Disziplinarmassnahmen. Vergass das Wartpersonal beispielsweise Türen oder Fenster abzuschliessen, wurde es für eine allfällige Flucht von Kranken verantwortlich gemacht und bestraft. Im schlimmsten Fall drohte eine fristlose Entlassung.[20] Die Direktion konnte gemäss den Statuten das Wartpersonal auch mit Verwarnungen, Ordnungsbussen bis zu zehn Franken, dem Entzug des Ausgangs oder einer Suspendierung bestrafen.[21] Nicht nur der Direktor übte seine Aufsichtsfunktion über das Personal aus, auch Oberwärterinnen und -wärter hatten das Wartpersonal zu kontrollieren und gravierende Verstösse den Ärzten zu melden.[22]

Bis in die 1950er Jahre wohnten alle Wärterinnen und Wärter, auch die verheirateten, auf dem Anstaltsareal. Sie übernachteten in Estrich-, Ein- oder Zweierzimmern, die an die Schlafsäle der Patientinnen oder Patienten angeschlossen waren, und befanden sich auch ausserhalb ihrer Dienstzeit innerhalb der geschlossenen Anstaltsareale.[23] Solche Verhältnisse fanden auch die Pfleger Pirovino im Waldhaus und Monstein in Beverin bei ihren Lehrantritten anfangs der 1950er Jahre vor. Unter der Woche hatten sie nach Schichtende im-

20 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 5 und 6. Eine sofortige Entlassung wurde ausgesprochen bei a) gröblichem oder wiederholtem Ungehorsam, b) schwerer Trunkenheit, c) schlechter Behandlung von Kranken, insbesondere bei Tätlichkeiten gegen solche, d) Unsittlichkeit und e) Vergehen im Sinne des Strafgesetzes. Vgl. StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 5.

21 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 5; StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 5e, 12 und 18. Die Wahl und Entlassung des Oberwartpersonals stand der Aufsichtskommission, jene des Wartpersonals dem Direktor zu. Die Statuten wurden vom Kleinen Rat geprüft und genehmigt.

22 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 6 und 17.

23 Weber (1970), S. 383. Vgl. auch Jahresbericht Waldhaus 1934.

merhin Ausgang und konnten bis 22.00 Uhr das Anstaltsgelände verlassen.[24] Schaub erinnerte sich daran, dass er als Wärter bei Ausgängen die Hausschlüssel vorübergehend abgeben und sich bei seiner Rückkehr beim Portier wieder anmelden musste.[25] Für längere Absenzen benötigten die Mitarbeitenden eine Bewilligung. Damit bewegte sich das Wartpersonal praktisch rund um die Uhr im Kontrollbereich der Anstalt. Der ambivalente Doppelauftrag der Psychiatrie als Therapieinstitution und sozialstaatliche Ordnungsmacht zeigte also Parallelen zu den paradox anmutenden Arbeitsbedingungen zwischen Überwachungsauftrag und Überwachtwerden, denen die Angestellten unterlagen.[26]

Das Anforderungsprofil für Irrenwärterinnen und Irrenwärter war bis ins frühe 20. Jahrhundert an den limitierten Behandlungsmöglichkeiten der damaligen Zeit ausgerichtet. Die Anwendung mechanischer Zwangsvorrichtungen wie Ketten, Handschuhe oder Zwangsjacken, die Isolierung in Zellen zur Beruhigung und zum Schutz vor Verletzungen und die passiven Bäder- und Bettbehandlungen in Wachsälen verlangten vom Pflegepersonal vor allem körperlichen Einsatz und Disziplin. Voraussetzung war bei Männern die militärische Diensttauglichkeit und ein Mindestalter von 20 Jahren. Der Psychiater Walter Morgenthaler, der sich stark für die Professionalisierung des Psychiatriepflegepersonals eingesetzt hat, formulierte die Anforderungen in seinem Lehr- und Handbuch über die *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* in einprägsamer Weise. Im 19. und frühen 20. Jahrhundert seien «trotziges Aussehen, Courage und Geläufigkeit der Zunge» gefragt gewesen. Weiter erwähnt er Muskelkraft, Selbstdisziplin, Geduld sowie Belastungsresistenz und Selbstverleugnung.[27]

Das Instruktionsheft der Klinik Waldhaus von 1910 formulierte ähnliche Anforderungen und Pflichten an die Wärterinnen und Wärter. In der Tradition der «No-Restraint-Bewegung» rückte es den gewaltlosen Umgang mit den Patientinnen und Patienten ins Zentrum (vgl. Kapitel 2.2.1). Das Wartpersonal war danach verpflichtet, sich bei körperlichen Angriffen «auf Abwehr zu beschränken» und die unruhigen, aufgeregten Kranken «mit ruhigem Ernst zu beschwichtigen».[28] Körperstrafen waren unter keinen Umständen gestattet und konnten eine sofortige Entlassung nach sich ziehen. Auch stigmatisierende Zuschreibungen wie «Tollheit, Verrücktheit, Narr» waren streng verboten.[29] Beschimpfende und drohende Äusserungen der Kranken seien als «Ausfluss ihrer Krankheit» zu verstehen, derentwegen sich das Wartpersonal nicht verbal «in Zank» einlassen durfte. Das Wartpersonal sollte sich gemäss Instruktionsheft stets in Erinnerung rufen, dass es «nicht zu Vorgesetzten, sondern zur Pflege der Kranken bestellt» sei.[30]

In den revidierten Instruktionen von 1933, die nunmehr auch für Realta galten, rückte das christliche Gebot der Nächstenliebe noch stärker ins Zentrum der Pflegearbeit.[31] In Anlehnung an die biblische Grundregel (Matthäus 7,12) sollte die Pflegeperson den Patientinnen und Patienten «stets so [begegnen], wie man selbst wünschte behandelt zu werden, sollte einem das Unglück passieren, krank geworden zu sein».[32] Als Grundsatz hoben die Direktoren und Verfasser des Regelwerks unmissverständlich hervor: «Nicht die Kranken sind für dich da, sondern Du bist für die Kranken da.»[33] Zudem wiesen sie das Wartpersonal ausdrücklich darauf hin, dass es in einem «Spital für nervöse und gemütskranke Patienten» und nicht in einem «Gefängnis» oder einer «Strafanstalt» arbeiten würde.[34] Die neue Fassung von 1933 ersetzte den Begriff des Wart- durch jenen des Pflegepersonals. Auf sprachlicher Ebene wurde damit ein Wandel sichtbar, der sich auf alltagspraktischer Ebene erst Mitte des 20. Jahrhunderts etablierte. Denn die eigentliche Arbeit des Wartpersonals war bis Ende der 1930er Jahre auf die 1917 statutarisch festgelegten Tätigkeitsfelder der «näher[en] Beobachtung, Wartung und Pflege der Kranken nach ärztlichen Vorschriften» beschränkt. Die Wärterinnen und Wärter waren für einen reibungslosen Tagesablauf und die alltägliche Begleitung und Betreuung der Kranken zuständig. Dazu

24 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 9.10–9.32; Interview mit Walter Monstein, 54.25–54.47.
25 Interview mit Christian Schaub, 22.07–22.24.
26 Braunschweig (2013), S. 15.
27 Morgenthaler (1936), S. 253.
28 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 1 und 2.
29 Ebd., Art. 1.
30 Ebd.
31 Im ersten Artikel der Instruktionen wird explizit auf die Aufgabe hingewiesen, die Pflege «im Geiste der Nächstenliebe und Humanität» auszuführen. Vgl. StAGR V 13 e 1: Instruktionen für das Pflegepersonal, 1933, Art. 1.
32 Ebd., Art. 2.
33 Ebd., Art. 3.
34 Diese Formulierung war speziell an das Personal der Multifunktionsanstalt Asyl Realta gerichtet, vgl. ebd.

gehörten auch die Bäderbehandlungen, die Medikamentenabgabe und eine dem Zustand und Verhalten der Patientinnen und Patienten angemessene Motivierung zur Beschäftigung, sei es in den Aufenthaltsräumen, im Gutsbetrieb oder im Zuge anderer interner arbeitstherapeutischer Beschäftigungsmöglichkeiten.[35] Doch auch Putzarbeiten, für die zu dieser Zeit keine personellen Ressourcen eingeplant oder vorhanden waren, bedeuteten einen grossen Arbeitsaufwand. Die Irrenwärterinnen und -wärter sollten dafür sorgen, dass in der Anstalt «Sittlichkeit, Anstand, Ruhe, Ordnung und Reinlichkeit herrsche».[36]

4.1.2 Nationale Weichenstellungen für die Professionalisierung der Psychiatriepflege

Strenge disziplinarische Ordnung, lange Dienstzeiten, tiefe Bezahlung und fehlende Ausbildungsmöglichkeiten waren Gründe dafür, dass sich die Irrenwärterinnen und -wärter anfangs des 20. Jahrhunderts nicht wie das allgemeine Krankenpflegepersonal in Berufsverbänden, sondern in Gewerkschaften organisierten.[37] Für die Bündner Psychiatrielandschaft waren zwei Gewerkschaften von Bedeutung: der sozialdemokratische *Verband des Personals öffentlicher Dienste* (VPOD) und der christlichdemokratische, katholisch begründete *Verband des christlichen Staats- und Gemeindepersonals* (VCHP).

Welchem Verband die Beschäftigten beitraten, so Pirovino, der einige Jahre Präsident der Bündner Sektion des VCHP der beiden Kliniken war, hing vor allem damit zusammen, auf welcher Station sie tätig waren und wo ihre Stationsleitung «beheimatet» war.[38] Schaub betonte auch den Faktor der Religionszugehörigkeit, der zwei Pfleger in Beverin dazu bewegt habe, aus dem VPOD aus- und dem katholisch orientierten VCHP beizutreten.[39] Während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bildeten die beiden Gewerkschaftsverbände in den Bündner Kliniken einen gemeinsamen Personalausschuss. Dieser bestand aus den jeweiligen Gruppenpräsidenten und einem neutralen Personalvertreter. In regelmässigen Personalversammlungen konnten sie dem Direktor oder auf direktem Weg der Aufsichtskommission und dem übergeordneten Regierungsdepartement Anträge unterbreiten.[40] Die Bemühungen um Besserstellungen auf arbeitsrechtlicher Ebene sowie bei Besoldungs- und Ausbildungsfragen gingen von beiden Organen aus. Die Begehren des VPOD waren aber jeweils radikaler formuliert, damit sich die Mitglieder auch mit einem allfälligen Kompromiss noch zufrieden zeigen konnten. Der VPOD war mit seiner Strategie auch erfolgreicher als der VCHP.[41] Diejenigen Pflegenden, die keinem der beiden Verbände beitraten, habe man, so Pirovino, als «Trittbrettfahrer» bezeichnet, die von den erkämpften Verbesserungen profitierten.[42] Als sich in den 1970er Jahren die Zusammenführung der Grundausbildung der Pflegeberufe abzuzeichnen begann, übernahm der *Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer* (SBK) die leitende Rolle als Berufsverband der Pflegefachpersonen – eine Rolle, die er bis heute innehat.

Die Belange der Pflegeberufe rückten um die Jahrhundertwende erstmals in den Fokus des VPOD.[43] Zu Beginn richteten sich die Bemühungen der Gewerkschaft vor allem auf die Arbeitsrechte des Pflegepersonals. Mit der Gründung des VPOD-*Anstaltskartells* im Jahr 1921 wurden zudem verstärkt Forderungen nach einer «obligatorische[n] pflegerische[n] und pädagogische[n] Ausbildung» laut.[44] Der VPOD begründete die Neuausrichtung damit, dass sich erst durch die Anerkennung der Berufsausbildung der Psychiatriepflege auch die

35 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 33.
36 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, III. Hausordnung, Art. 1.
37 Braunschweig (1991), S. 188.
38 Schriftliche Ergänzungen Armin Pirovino, 16.12.2018.
39 Interview mit Christian Schaub, 50.55–52.36.
40 Vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 19, 77.
41 Die prägende Rolle des VPOD beschrieb auch Braunschweig, vgl. Braunschweig (2013). Pirovino als damaliger Vertreter des VCHP hingegen betonte, dass auch der VCHP vieles bewegte, da dessen Forderungen sich im Rahmen des «Machbaren» bewegten, vgl. Schriftliche Ergänzungen Armin Pirovino, 16.12.2018.
42 Vgl. Schriftliche Ergänzungen Armin Pirovino, 16.12.2018.
43 Aus Unzufriedenheit mit den gesetzlich geregelten Arbeitsbedingungen bemühten sich verschiedene Personalmetiers, die Beschäftigten auf lokaler Ebene zu organisieren. Daraus resultierte 1905 der Zusammenschluss des *Verbands der Gemeinde- und Staatsarbeiter der Schweiz* (ab 1924 VPOD). Im ersten Geschäftsbericht stellte der Verbandsvorsitz in Aussicht, sich auch dem Pflegepersonal kantonaler Heil- und Pflegeanstalten zuzuwenden, vgl. 1. Geschäftsbericht des Verbandsvorstandes für die Jahre 1906/1907, zit. nach Braunschweig (2013), S. 94–95.
44 Der Gemeinde- und Staatsarbeiter 41, 14.10.1921, zit. nach Braunschweig (2013), S. 104.

arbeitsrechtlichen Ziele angemessener umsetzen lassen würden.

Diese neue Hauptforderung verlangte eine enge Zusammenarbeit mit den Psychiatern, die sich seit 1864 im *Verein schweizerischer Irrenärzte* (VSI), ab 1895 *Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie* (SGP), für die Etablierung der Psychiatrie als Disziplin und Profession engagierten. Die Bestrebungen zur Kooperation verliefen jedoch nicht reibungslos. Die Zusammenarbeit einer Gewerkschaft mit einem Berufsverband war ungewöhnlich und konfliktbeladen. Der Psychiater Walter Morgenthaler spielte dabei eine entscheidende Rolle. Als Präsident der Anstaltskommission der SGP gelang es ihm, seine tendenziell misstrauischen Fachkollegen für eine Zusammenarbeit mit dem *Anstaltskartell* und für die gemeinsame Herausgabe der Berufszeitschrift *Kranken- und Irrenpflege* zu gewinnen. Den Psychiatern war bewusst, dass sie auf ihr Personal angewiesen waren. Gleichzeitig befürchteten sie eine Relativierung der traditionellen Hierarchien und der ärztlichen Handlungsspielräume. Der Entscheid zur Zusammenarbeit mit dem *Anstaltskartell* beruhte auch auf taktischem Kalkül, denn so blieb die Kontrolle über die Entwicklung des Psychiatriepflegeberufs zu einem grossen Teil in ärztlichen Händen. Die Zeitschrift *Kranken- und Irrenpflege*, die ab 1922 monatlich erschien, enthielt einen gewerkschaftlichen Teil, redigiert vom VPOD, und einen fachlichen Teil, für den Morgenthaler verantwortlich zeichnete. Zentrales Anliegen der Zeitschrift war die Förderung einer Berufsbildung des Psychiatriepflegepersonals, was sich in zahlreichen Publikationen von Psychiatern sowie von Pflegerinnen und Pflegern spiegelte.[45]

Morgenthaler beeinflusste auch die inhaltliche Ausrichtung der Psychiatriepflegeausbildung massgeblich.[46] So entwickelte er in den 1920er Jahren einen Lehrplan und Reglemente für Abschlussprüfungen.[47] Der Lehrplan umfasste ein mehrteiliges Kursprogramm, das noch im selben Jahrzehnt in ersten Anstalten zur Anwendung kam. Eine einheitliche Berufslehre existierte zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Die Prüfung konnte nach dem Unterrichtsbesuch von mindestens einem Jahr und zwei Jahren Anstaltserfahrung absolviert werden.[48] Nach Bestehen der Examina vergab die SGP ein Diplom als Fähigkeitsausweis zur «Nervenpflege». Damit war ein erster Schritt zugunsten einer Berufsausbildung und späteren Berufslehre in Psychiatriepflege gemacht. Um das Prüfungsverfahren zu systematisieren, richteten die SGP und der VPOD 1933 gemeinsam die *Schweizerische Zentralstelle des Pflegepersonals für Nerven- und Gemütskranke* ein. Ab diesem Zeitpunkt delegierte und kontrollierte die *Zentralstelle* die Ausbildung und Diplomvergabe für die ganze Schweiz.[49] Fast zeitgleich erschien 1930 unter dem Titel *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* das erste Schweizer Lehrbuch der Psychiatriepflege, bezeichnenderweise von Morgenthaler verfasst. Das Lehrbuch wurde ins Französische, Italienische und Spanische übersetzt und mehrfach neu aufgelegt. An der siebten Auflage von 1962 wirkte auch der frühere Waldhaus-Direktor Fred Singeisen mit.[50]

Die vielen Neuauflagen zeigen einerseits den grossen Einfluss des «Morgenthalers», wie man das Lehrbuch in der Ausbildung nannte.[51] Andererseits illustrieren sie ein sich rasch entwickelndes psychiatrisches Wissen. Der «Morgenthaler» bewegte sich stark im Einklang mit den SGP-Vorgaben für Lehrplan und Prüfung, was nicht zuletzt auf Morgenthalers vielschichtige Tätigkeiten zurückzuführen ist. Er war aber nicht das einzige verfügbare Lehrmittel. Der ehemalige Psychiatriepfleger Christian Schaub ergänzte, dass ihm als Lernender unter Beverin-Direktor Oskar Pfister erlaubt war, mit dessen unpubliziertem Lehrmittel «Repetition des Personalkurses in Psychiatrie» zu arbeiten.[52] Der «Morgenthaler» war ihm in der Beschreibung der Krankheiten zu detailliert, während die Repetitionsunterlagen Pfisters in schlanker Form alltagspraktisches Handwerk bereitstellten.

Wichtige Impulse zur weiteren Entwicklung des Psychiatriepflegeberufes stammten vom *Schwei-*

---

45 Braunschweig (2013), S. 105–107.

46 Morgenthaler orientierte sich dabei wesentlich an den Richtlinien und Prüfungsvorschriften der Krankenpflege, vgl. Braunschweig (2004), S. 118.

47 Inhaltlich umfasste die Prüfung einerseits theoretisches Wissen über die menschliche Anatomie, das Nervensystem, Elementarpsychologie, Gesundheitslehre, soziale Fürsorge sowie Krankheitslehre und Krankenpflege bei körperlich und psychisch Kranken. Andererseits wurde praktisches Wissen in der Pflege, der ersten Hilfe und im Rapportwesen gefordert. Zum Lehrplan siehe Morgenthaler (1926a) und (1926b) sowie Braunschweig (2013), S. 113–115

48 Braunschweig (2013), S. 114.

49 1955 wurde die Zentralstelle in *Zentralstelle für praktische Psychiatrie* umbenannt und 1982 aufgelöst.

50 Morgenthaler / Singeisen (1962).

51 Interview mit Walter Monstein, 1.27.15–1.27.58.

52 Pfister (1946/1947); vgl. Interview mit Christian Schaub, 9.30–10.46.

zerischen Roten Kreuz (SRK), das sich seit Mitte des 20. Jahrhunderts für diesen Berufsstand zu engagieren begann. Das SRK weitete schrittweise seine Kontrollaufgabe von der Krankenpflege- auf die Psychiatriepflegeausbildung aus. Zusammen mit der *Zentralstelle* verabschiedete das SRK 1968 Reglemente und Richtlinien für die Anerkennung klinikangeschlossener Schulen für Psychiatriepflege.[53] Mit der Berufsanerkennung durch das SRK wurde die Ausbildung der Psychiatriepflege fachlich mit jener der allgemeinen Krankenpflege gleichgestellt.[54] In den frühen 1990er Jahren folgte schliesslich die Zusammenführung der verschiedenen Pflegeausbildungen in den Diplomausbildungen Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomniveau I und II), nach wie vor reglementiert vom SRK. 2002 wurden die Zuständigkeiten für die Ausbildung der Gesundheitsberufe in die Kompetenz des Bundes überführt.[55]

4.1.3 Unter Professionalisierungsdruck: Entwicklungen in den 1940er Jahren

Die Vorgaben der Fachverbände zur Professionalisierung der Psychiatriepflege wurden von den psychiatrischen Anstalten sehr unterschiedlich umgesetzt. Je nach Anstalt und Führungsphilosophie des jeweiligen Direktors hatte das Pflegepersonal andere fachliche Kenntnisse und Kompetenzen. Einen eigentlichen Unterricht boten im frühen 20. Jahrhundert nur einzelne psychiatrische Einrichtungen an, beispielsweise die Zürcher Privatanstalt Hohenegg.[56] Obwohl sich die SGP und das VPOD-*Anstaltskartell* bereits in den 1920er Jahren um eine systematische Berufsausbildung der Psychiatriepflege bemühten, stiessen Professionalisierungsanliegen im Kanton Graubünden erst in den 1940er Jahren auf Resonanz. Zwei Direktorenwechsel und regierungsamtliche Anpassungen der Besoldung des diplomierten Pflegepersonals waren notwendig, damit auch in Graubünden eine geregelte Ausbildung nach SGP-Richtlinien eingeführt werden konnte.

Im Waldhaus wurden bis 1930 und in Beverin bis 1940 keine Ausbildungskurse abgehalten. Stattdessen verlieh der damalige Direktor J. J. Jörger seit 1909 vereinzelt jenem Wart- und Dienstpersonal, das über fünf Jahre ununterbrochen im Anstaltsdienst des Waldhauses tätig gewesen war, als Anerkennung an Weihnachten ein Wärterdiplom der SGP.[57] Ein erster Umbruch in Bezug auf das Arbeitsrecht und die Ausbildung erfolgte 1930. In diesem Jahr genehmigte der Kleine Rat des Kantons Graubünden zum einen eine umfassende Revision der Gehaltlisten und damit, so Jörger, die «langersehnte» Erhöhung der Löhne von kantonalen Angestellten.[58] Zum anderen richtete Jörger in seinem letzten Amtsjahr erstmals ein Lehr- und Probejahr für das Wartpersonal ein. Dieses Lehrjahr basierte auf mehrwöchigen Ausbildungskursen, die sein Sohn J. B. Jörger als Direktor in den Folgejahren unregelmässig durchführte und die gelegentlich mit kleineren, internen Examina abgeschlossen werden konnten. Die im schweizweiten Vergleich erst spät eingeführten Ausbildungskurse stiessen beim Pflegepersonal nur kurzfristig auf Interesse, denn sie entsprachen nicht den Vorschriften der SGP und bereiteten nur auf interne Examina, nicht aber auf die eidgenössische SGP-Diplomprüfung, vor.[59] Die beiden VPOD-Eingaben des Pflegepersonals von 1932 und 1934, die reguläre Kurse und Prüfungen nach Vorschriften der SGP forderten, blieben erfolglos.[60] Das ausbleibende Interesse veranlasste J. B. Jörger

---

53 Braunschweig (2013), S. 129, 131–132.

54 Dazu gehören die dreijährigen Ausbildungen Allgemeine Krankenpflege (AKP), Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP) und die zweijährige Lehre der Praktischen Krankenpflege (FA SRK).

55 SR 412.10, Bundesgesetz über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG) vom 13. Dezember 2002, in: AS 2003 4557.

56 Braunschweig (2013), S. 111–112.

57 Ob die SGP dafür Arbeitszeugnisse oder andere Leistungsnachweise einforderte, wird aus den Schilderungen in den Jahresberichten nicht ersichtlich. Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1909, S. 195, 1910, S. 193, 1934, S. 231.

58 Zudem erhielten fortan Verheiratete im Internat eine Wohnungszulage. 1939 hielt die Regierung an diesem Kurs fest: Freizeiterweiterungen, Wohnungszulagen für Verheiratete, Lohnmaximum nach acht statt zehn Jahren, Kostgeldvergütung für Urlaubstage und Recht auf eine Gartenparzelle, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1939, S. 135.

59 Den hausinternen Prüfungen, die sich gemäss J. B. Jörger an den SGP-Programmen und dem «Morgenthaler» orientierten, wohnten teils Heinrich Schiller (1864–1945), Direktor des Asyls Wil, und Morgenthaler als Experten bei. Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1931–1943.

60 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 22. Offenbar nahm J. B. Jörger diese Entwicklungen anders wahr. So schrieb er 1935, dass der Repetitionskurs für Irren- und Krankenpflege auf «reges Interesse beim Wartpersonal» gestossen sei, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1935, S. 233.

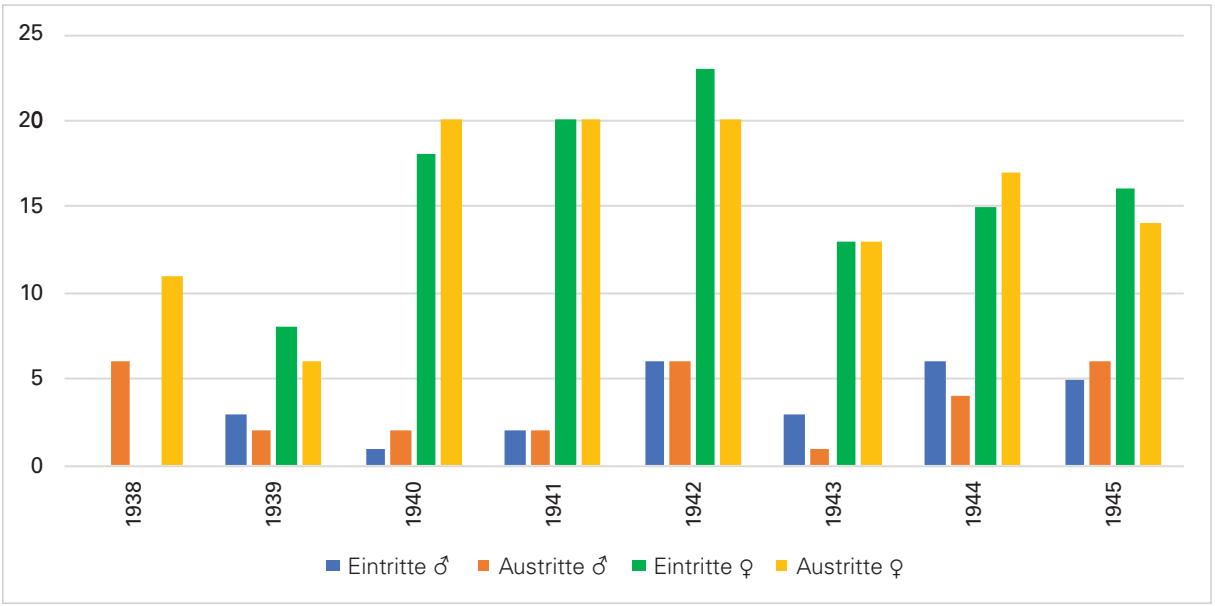


Diagramm 34: Ein- und Austritte von Pflegerinnen und Pflegern, Klinik Waldhaus 1938–1945
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1945.

schliesslich dazu, nach 1937 nur noch 1939 und 1942 solche Kurse anzubieten.[61]

Als die Bündner Kliniken in den frühen 1940er Jahren verschiedentlich in die Kritik von Politik und Presse gerieten, sah sich der Kleine Rat in seiner Funktion als Aufsichtsorgan dazu veranlasst, zwei aufeinanderfolgende Expertengutachten zur Klärung der Kritik in Auftrag zu geben (vgl. Kapitel 2.2). In diesen Gutachten setzten sich die unabhängigen Untersuchungskommissionen (UK), bestehend aus prominenten Psychiatern anderer schweizerischer Kliniken, unter anderem mit der Ausbildungssituation des Psychiatriepflegepersonals in Graubünden auseinander. Dafür wurden auch Gespräche mit Angestellten geführt. In ihren Schlussfolgerungen bemängelten beide UKs eine unzureichende Ausbildung des Pflegepersonals. Die fehlenden Kurse und Diplomierungsmöglichkeiten hätten dazu geführt, dass die Fluktuationsrate beim Waldhaus-Pflegepersonal, speziell auf der Frauenseite, weit über dem schweizerischen Durchschnittswert liege (vgl. Diagramm 34). Direktor J. B. Jörger kehrte diese Argumentation um und begründete die fehlenden Diplomierungsmöglichkeiten mit der hohen Fluktuationsrate. Viele Pflegerinnen aus ärmlichen Verhältnissen hätten die Absicht, im Waldhaus nur eine Aussteuer für ihre Eheschliessung zu verdienen. Die Konsequenz daraus sei eine zu kleine jährliche Zahl an Pflegeschülerinnen, was wiederum keine Grundlage für umfassende Kurse bilden würde.[62] Die UK von 1945 bewertete Jörgers Argumentation als widersprüchlich, könnten doch durch Diplomprüfungen Anreize für eine längere Anstellung geschaffen werden.

Jörger wehrte sich dagegen, Ausbildungsanstalt zu sein und behauptete, der Unterrichtsstoff für das schweizerische Examen sei zu anspruchsvoll für die «primitive und wenig geschulte Mentalität des bündnerischen Pflegepersonals», das zudem sprachliche Schwierigkeiten bekunde.[63] Stattdessen hielt er es für angemessener, dass die Ausbildung berufsbegleitend «in den grossen Anstalten» und nicht im Waldhaus absolviert würde.[64] Da Jörger die mit über 250 Patientinnen und Patienten belegte Anstalt zusammen mit Ober-

61 Vgl. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 26. Oktober 1931, S. 297. Nur 1932 seien einige Pflegepersonen nach internen Kursen auch an das schweizerische Irrenpfleger-Examen gereist, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 207.

62 StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 9–10; StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 18.

63 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 10, 16–23. Dass «um der sprachlichen Schwierigkeiten willen» das SGP-Ausbildungsschema kaum ins Waldhaus übertragen werden könne, betonte bereits sein Vater J. J. Jörger, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 207.

64 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 14. Oktober 1942, S. 5.

arzt Andrea Torriani alleine führte, verfügte er auch nicht über ausreichend zeitliche Ressourcen, um selber unterrichten zu können. Paradoxerweise hatte er sich lange gegen die Einstellung eines dritten Assistenzarztes gewehrt und erst 1943 auf Drängen der Aufsichtskommission und Regierung hin den formellen Antrag zur Schaffung einer dritten, externen Assistenzarztstelle eingereicht.[65]

Ein anderes Bild zeigte sich bei der Befragung des Oberpflegepersonals. Auch dieses nahm gegenüber der UK von 1945 Stellung zur Ausbildungssituation im Waldhaus. Die Oberschwester, die als diplomierte Pflegerin im Waldhaus angestellt worden war, schätzte den Ausbildungsstand als derart defizitär ein, dass sie sich in Eigenregie um eine Verbesserung der Ausbildungspraxis bemühte. So führte sie für ihre Pflegerinnen Anleitungen in der Krankenpflege ein.[66] Doch auch hier nahm das eigentlich «grosse Interesse», gemäss der Oberschwester, mangels Aussicht auf ein SGP-konformes Diplom stetig ab.[67] In ihren Bemühungen um Modernisierungen habe sie weder auf die Unterstützung der Ärzte zählen noch sich auf funktionierende interne Kommunikationsprozesse verlassen können. In der Konsequenz wirkten sich die Modernisierungsdesiderate direkt auf die pflegerische Arbeit aus, so die Oberschwester. Die Pflegerinnen hätten in «grobem Ton» mit den Patientinnen kommuniziert und statt Pflege- hauptsächlich Hausarbeiten geleistet.[68]

Die fehlende Ausbildung manifestierte sich zudem in den fragmentarisch geführten Pflegerapporten. Die moderne Psychiatrie, so die UK, betrachtete Pflegeberichte, die den Zustand und das Verhalten der Patientinnen und Patienten dokumentieren, spätestens seit den neuen somatischen Behandlungsmethoden der 1920er Jahre als wertvolle Dokumentation und als Ergänzung zu den ärztlichen Untersuchungsergebnissen:

> *«Gutgeführte Pflegeberichte sind dem Arzte unerlässlich, er selbst sieht ja die Patienten nur während eines Bruchteils des Tages, nämlich auf der Visite und wenn er sie zu eingehenden Besprechungen zu sich ruft, während das Personal sie dauernd und in den verschiedensten Situationen beobachten kann».*[69]

Den Rapporten wurde zudem ein «hoher erzieherischer Wert» zugesprochen, da sie das Pflegepersonal zur eingehenden Auseinandersetzung mit dem Zustand, Verhalten und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie zur Verschriftlichung des Beobachteten veranlassten. Die Stichprobenerfassung der UK in der Klinik Waldhaus zeichnete ein bedenkliches Bild – Tagesrapporte seien keine und Nachtrapporte «ausserordentlich dürftig» geführt worden.[70] Die Oberschwester vermutete sogar, dass J. B. Jörger ihrer Bitte um eine umfassende Einführung der Rapporte nicht entsprochen habe, um in Kriegszeiten wertvolles Papier zu sparen.

Der Untersuchungsbericht schilderte J. B. Jörger als Person, die sich mit eiserner Strenge um die Wahrung traditioneller Zustände bemühte. Diese Einstellung manifestierte sich zuweilen auch in der Ablehnung neuer therapeutischer Behandlungsmethoden (vgl. Kapitel 3.3.2). Sein Unbehagen gegenüber gewerkschaftlichen Organisationen des Pflegepersonals erstaunt unter diesen Voraussetzungen nicht.[71] Das gewerkschaftliche Berufsbild stand im Widerspruch zum überlieferten patriarchal-familiären Verhältnis zwischen Klinikleitung und Pflegepersonal. Die UK von 1945 lobte zwar Jörgers selbstlosen Einsatz als «Anstaltsvater», sah aber unter seiner Direktion keine Möglichkeiten für eine grundlegende Modernisierung des Waldhauses gegeben. Noch bevor die UK ihr Gutachten abschloss, veranlasste die Regierung Massnahmen zur Besserstellung des Pflegepersonals. Der Kleine Rat erhöhte 1944 die Anfangslöhne diplomierter Pflegerinnen und Pfleger und schuf damit Anreize für eine mögliche Diplomierung. Damit stand Jörger unter Zugzwang. Als Reaktion bot er regelmässige Kurse nach SGP-Vorschriften an und meldete das Personal für die Prüfungen an.[72] Nicht Jörger, sondern die Regierung war für diese Förderung des Ausbildungsstands verantwortlich. Andreas Gadient, Regierungsrat und Präsident der Aufsichtskommission, stellte sich hinter die Besserstellung, «um endlich auch

65 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 37–38.
66 Jahresbericht Waldhaus 1937, S. 128.
67 Aussagen über das männliche Pflegepersonal seien laut UK von 1945 kaum möglich, da der damalige Oberpfleger schon seit 25 Jahren im Dienst sei und die hiesige Situation nicht mit anderen Anstalten vergleichen könne, vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 9–10, 17, 128.
68 Ebd., S. 16–17.
69 Ebd., S. 17.
70 Ebd., S. 17–18.
71 Ebd., S. 19, 51–52, 58.
72 Jahresbericht Waldhaus 1945, S. 175.

in unsern bündnerischen Irrenanstalten zu einem qualifizierten, gelernten und geschulten Wärterpersonal zu kommen».[73] Jörgers Zurückhaltung der Pflegeausbildung gegenüber war einer der Gründe dafür, dass die UK von 1945 sich dazu veranlasst sah, der Regierung mittelfristig einen Wechsel der Direktion nahezulegen. Vor diesem Hintergrund ist Jörgers unfreiwilliger Rücktritt von 1946 zu sehen (vgl. Kapitel 2.2.2).

Auch in Beverin war die Professionalisierung der Psychiatriepflege auf äussere Impulse zurückzuführen. Unter Fritz Tufflis Direktion 1919 bis 1940 hatte Beverin mit einer starken Überbelegung zu kämpfen. Damit wurden auch die fehlenden Ausbildungskurse begründet. Tuffli änderte daran auch nichts, als ihm die Aufsichtskommission in den frühen 1930er Jahren nahelegte, analog zum Waldhaus Kurse anzubieten. Offenbar war er an einer solchen Initiative nicht interessiert.[74] Erst als die Regierung 1940 Hans Walther, einen erst 27-jährigen, praxisunerfahrenen, aber reformwilligen Psychiater aus der Klinik Waldau im Kanton Bern zum Chefarzt wählte, wurden das Berufsbild des Pflegepersonals zunehmend verbessert und die therapeutischen Angebote ausgeweitet. 1942 berichtete Walther der Aufsichtskommission konsterniert, dass das Personal zur Zeit seines Stellenantritts ein «kläglich[es]» Bild geboten habe. Das Pflegepersonal habe die Kranken «verprügelt» und «keine blasse Ahnung vom Krankheitsverlauf und noch weniger von der Behandlung der Patienten» gehabt.[75]

Walthers Berichte über das Verhalten des Pflegepersonals waren noch gravierender als jene der Waldhaus-Oberschwester. Er richtete sofort Ausbildungsangebote ein, denn ohne diese hätte er es laut eigenen Aussagen nicht verantworten können, die Klinik mit dem bisherigen Personal weiterzuführen. Er schuf zuerst Ausbildungskurse nach SGP-Vorschriften, später weitere Winterkurse und richtete zudem eine dritte ärztliche Stelle ein. Bis dahin hatte ein Arzt in Beverin, so Walther, fast doppelt so viele Patientinnen und Patienten zu betreuen, wie es im Durchschnitt der anderen schweizerischen Anstalten üblich war.[76]

Obwohl das Waldhaus bereits auf ein zehnjähriges Angebot an Kursen zurückblicken konnte, waren es die Pflegenden der Klinik Beverin, die als erste im Kanton Graubünden erfolgreich das schweizerische Pflegeexamen absolvierten und das Diplom der SGP erhielten – und das noch vor dem Beschluss des Grossrats über die Gehaltserhöhung des diplomierten Pflegepersonals. Aber auch Walther befürwortete die Lohnerhöhung des diplomierten Personals, da es für den Erwerb des Diploms «Geld, Zeit u. Mühen geopfert» habe.[77]

Beide Kliniken hatten damit in den 1940er Jahren eine geregelte Berufslehrzeit eingeführt, die eine Diplomprüfung nach SGP-Richtlinien ermöglichte. Die Besserstellung des Pflegepersonals wurde aber nicht nur durch Gehaltserhöhungen und verbesserte Ausbildungsangebote erwirkt. Von zentraler Bedeutung war auch die Anpassung der Wohnsituation – weg vom Wohnen in der Klinik hin zu externen Wohnungen. Der Grossratsbeschluss von 1944, beiden Kliniken je eine Siedlung mit zwölf Einfamilienhäusern anzugliedern, trug diesem Anliegen erstmals Rechnung.[78] So konnten 1946 viele verheiratete Angestellte in die bezugsbereiten Wohnungen umziehen, die ausserhalb, aber in der Nähe des Anstaltsgeländes lagen. Ein Postulat, das das Personal bis zu diesem Zeitpunkt regelmässig ohne Erfolg vorgebracht hatte, wurde damit teilweise erfüllt. Auch wenn Schaub, Pirovino und Monstein bei ihren Lehrantritten 1947 beziehungsweise 1953 als ledige Männer noch in den Klinikgebäuden logierten, war der Grossratsbeschluss als erster Schritt zur Auflösung des Internats zu werten.[79] Einige Jahre später liess die Regierung zudem sogenannte Schwesternhäuser bauen. Bedingt durch den Pensionsvertrag mit Zürich waren die Frauenstationen in den 1950er Jahren zunehmend überlastet (vgl. Kapitel 2.3.1). Um die Stationen und die Pflegerinnen zu entlasten, eröffneten das Waldhaus 1954 und Beverin 1960 jeweils ein externes Schwesternhaus für 20

---

73 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 14. Oktober 1942, S. 4. Ständerat Joseph Vieli, der ebenfalls Mitglied der Aufsichtskommission war, teilte diese Meinung.

74 Ebd., Sitzung vom 26. Oktober 1931, S. 297. Im Jahre 1933 nahm allerdings ein Teil des Realta-Personals am Wärterkurs im Waldhaus teil, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1933, S. 228.

75 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 14. Oktober 1942, S. 6.

76 Bei 278 untergebrachten Personen im Jahre 1943 waren es pro Arzt 139 Patientinnen und Patienten. Vgl. Kapitel 2.3.

77 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 1. Oktober 1941, S. 26.

78 Jahresberichte Realta 1944, S. 158, 1945, S. 172, 1946, S. 187, Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 196.

79 Interview mit Christian Schaub, 20.10–23.50; Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 9.10–9.32; Interview mit Walter Monstein, 24.41–25.57.

beziehungsweise 35 Schwestern.[80] Damit wurde eine Phase eingeleitet, in der es parallel zur Beseitigung der Umzäunungen und Fenstergitter Usus wurde, die Angestellten in Personalhäusern und privaten Wohnungen ausserhalb des Klinikareals unterzubringen. Havermans beispielsweise bezog bei seinem Amtsantritt 1977 das Personalhaus, bis er mit seiner Freundin in eine eigene Wohnung abseits des Beverin-Klinikareals zog.[81]

4.1.4 Später Wandel im pflegerischen Selbstverständnis (1950er bis 1980er Jahre)

Trotz Ausbildung nur Hilfsfunktion: Das Pflegepersonal der 1950er und 1960er Jahre

In den 1940er Jahren erlebte die Bündner Psychiatrie einen folgenreichen personellen Umbruch. Mit den neuen Direktoren Hans Walther in Beverin und Fred Singeisen im Waldhaus, der gemeinsam mit Emil Seiler und Arnold Landolf ein komplett neues Ärzteteam bildete, setzte ein nachhaltiger Modernisierungsschub ein. Im Gefolge der systematischen Einführung somatischer Schocktherapien, die in anderen schweizerischen Kliniken bereits verbreitet waren, gewannen die pflegerischen Beobachtungs- und Rapportaufgaben für die Ärzte an Bedeutung (vgl. Kapitel 3.3.2). Diese Aufgaben wurden in der neuen dreijährigen Lehrzeit mit gestaffelten Ausbildungskursen, begleitet und unterrichtet von Chefarzt (Psychiatrie), Oberarzt (Anatomie), Schulschwester (Krankenpflege) und Oberpfleger (praktische Psychiatrie), verankert. Zusätzlich dazu waren im Verlauf der Ausbildung Einsätze auf allen Abteilungen vorgesehen. Die Diplomexamen wurden von Experten der SGP abgenommen und fanden in der Regel in einer der drei Kliniken Waldhaus, Beverin oder St. Pirminsberg (SG) statt. Die drei Einrichtungen verfügten über eigene Schulen, ihre Auszubildenden aber absolvierten gemeinsam die Prüfung (vgl. Abbildung 11).

Von den beruflichen Umbrüchen der 1940er Jahre war aus Sicht der interviewten Pfleger kaum etwas zu spüren – nicht zuletzt, weil sie die Zeit davor nicht miterlebt hatten. Zwar durchliefen sie alle die dreijährige Lehrzeit mit anschliessender Prüfung. Pirovino und Monstein erlebten die Ausbildung bei ihren Lehrantritten 1953 jedoch als beiläufiges Programm. Die Schule fand parallel zur Arbeit oder, entgegen den Empfehlungen der SGP und vermutlich bedingt durch den Personalmangel, am Abend nach dem eigentlichen Dienst von 19 bis 20 Uhr statt.[82] Nach einem harten, zehnstündigen Arbeitstag hatte Schaub aber oft nicht mehr die Energie, dem Unterrichtsstoff aufmerksam zu folgen. Zudem definierte er die eigene Arbeit in erster Linie über die Praxis und weniger über abstraktes Fachwissen.[83] Erst mit den Blockkursen der *Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege*, die 1970 vom SRK anerkannt wurde, fand die Lehre nicht mehr «tröpfchenweise», sondern systematisch statt, so Monstein.[84]

Neben der Lehre boten die Direktoren seit Mitte des 20. Jahrhunderts Abendvorträge, Filmveranstaltungen und jährlich einen zweitägigen Fortbildungskurs an, der gemeinsam mit der Klinik St. Pirminsberg durchgeführt wurde.[85] Neben praktischen Übungen griffen die Fortbildungskurse aktuelle Themen und neue Therapien auf, um das pflegerische Verständnis für psychiatrische Krankheiten zu fördern. Zudem sollten laut den Jahresberichten die Austauschmöglichkeiten mit den benachbarten Kliniken gefördert werden.[86] An einen solchen Austausch können sich die interviewten älteren Pfleger allerdings nicht entsinnen. Eher noch erinnern sie sich an eine Konkurrenzsituation zwischen dem Waldhaus und Beverin.

In den späten 1970er Jahren wurden die Fortbildungskurse durch die Einführung auswärtiger Weiterbildungsmöglichkeiten ergänzt.[87] Die Jah-

---

80 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1952–1954; Jahresbericht Realta/Beverin 1960, S. 64.

81 Interview mit Antonius Havermans, 1.08.25–1.08.55. Das Personalhaus, in dem Havermans wohnte, entstand im Rahmen des Umbaus der Klinik Beverin (1970–1974), vgl. Kapitel 5.1.1. Auch im Waldhaus logierten viele Pflegende in den 1970er Jahren noch im Verwalterhaus, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 171. Als das Personal nicht mehr die Klinikareale bewohnte, dienten die ehemaligen Schwesternhäuser wieder als Patientenabteilungen.

82 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 15.15–16.54; Interview mit Walter Monstein, 1.01.10–1.02.03. Die Ausbildungskurse für das Lernpersonal fanden im Wintersemester während sieben Monaten statt, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1961, S. 62.

83 Interview mit Christian Schaub, 9.55–10.45.

84 Interview mit Walter Monstein, 1.02.02–1.02.07.

85 Ab Mitte der 1960er Jahre richteten die Direktionen mehrwöchige Pflichtpraktika für AKP-Lernschwestern aus umliegenden Spitälern (Spital Ilanz, Evangelische Krankenpflegeschule Chur, Frauenspital Fontana, Kreuzspital, letztere zwei ab 1975) und ab 1979 für Medizinstudierende ein.

86 Jahresbericht Waldhaus 1953, S. 57.

87 Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 172.



Abbildung 11: Frisch diplomierte Psychiatriepflegerinnen und -pfleger der Kliniken St. Pirminsberg, Waldhaus und Beverin. Diplomfeier vom 7. Mai 1956
Quelle: Fotografie aus dem (Privat)Archiv von Armin Pirovino, 1956, Fotograf/in unbekannt.

resberichte stellen aus chefärztlicher Perspektive die verbesserte Schulung des Pflegepersonals als eine Erfolgsgeschichte dar. Die interviewten Pfleger zeichneten in ihrer Erinnerung ein anderes Bild. Trotz der Verankerung der Ausbildung betonten Schaub, Pirovino, Monstein und Bass, dass der Psychiatriealltag in den 1950er und 1960er Jahren nach wie vor stark hierarchisch geprägt war.[88] Laut Bass, der 1969 seine Lehre im Waldhaus antrat, habe das Pflegepersonal kaum Handlungsspielraum gehabt. Die Anweisungen der Ärzteschaft waren ohne Widerspruch auszuführen. Schaub, Pirovino und Monstein hingegen strichen das gute Verhältnis heraus, das zwischen Pflege und dem ärztlichen Personal geherrscht habe. Doch auch sie bestätigten, dass die Hierarchien starr waren und die Entscheidungsgewalt beim ärztlichen Personal, vorwiegend beim Chefarzt, lag. Ein ähnliches Bild zeichnete auch Havermans, der 1977 als diplomierter Pfleger nach Beverin kam. Pirovino erinnerte sich in diesem Zusammenhang an eine kuriose Forderung von Benedikt Fontana (*1926), der zwischen 1977 und 1991 Direktor der Klinik Waldhaus war. Fontana habe vorgeschlagen, die europaweite Einführung der Sommerzeit im Waldhaus nicht mitzutragen. Er konnte von diesem Gedanken aber wieder abgebracht werden. Trotzdem illustriert die Anekdote die potenzielle Machtfülle des Klinikdirektors.

Fontanas Vorgänger Gottlob Pflugfelder, der von 1951 bis 1977 das Waldhaus führte, hielt ebenfalls

88 Die folgenden Ausführungen bauen auf den Interviews mit Christian Schaub, 42.30–44.37, 1.07.00–1.07.45, Armin Pirovino, Aufnahme 1, 38.15–38.42, 46.43–47.37, Walter Monstein, 31.10–31.37, 34.15–35.07, und Vitus Bass, u. a. 34.55–35.30, auf.

an starren hierarchischen Strukturen fest. Pflugfelder betonte zwar mehrfach die zentrale Bedeutung pflegerischer Rapporte für ihn als Psychiater.[89] Gleichzeitig teilte er seine eigenen Informationen nur zurückhaltend mit den Pflegerinnen und Pflegern. So gehörte laut Pflugfelder die Krankengeschichte (KG) – immerhin ein zentrales Dokument mit Informationen zu «Vorgeschichte, Befund und Krankheitsverlauf» der Patientinnen und Patienten – in den Bereich des «ärztlichen Berufsgeheimnisses». Nur in Ausnahmefällen wurde Pflegerinnen oder Pflegern Einsicht in die KG gewährt.[90] Dies, obwohl es zu dieser Zeit durchaus Fachvertreter gab, die für einen liberaleren Umgang mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis argumentierten.[91] Auch in Beverin wurde gemäss Havermans der Pflege bis in die 1980er Jahre keine Einsicht in ärztliche und psychologische Berichte gewährt.[92]

Trotz der starren Hierarchien beschrieben die Pflegenden die Arbeitsatmosphäre in den 1950er und 1960er Jahren als sehr familiär.[93] Der Stationsbetrieb wurde situativ bewältigt; Erfahrungswissen war oft entscheidend. Die Interviewten erinnerten sich an zahlreiche Anekdoten über Extremsituationen, die gemeinsam durchlebt wurden. Schaub zum Beispiel erinnerte sich an einen Patienten, der im Isolierzimmer derart aggressiv geworden sei, dass man Angst bekam, er würde sich selber schwer verletzen. Schaub und drei andere Pfleger entschlossen sich, gemeinsam mit je einem grossen Kissen in der Hand das Isolierzimmer zu betreten und den Patienten ruhigzustellen. Um sich selber zu schützen, war es wichtig, so Schaub weiter, dass alle vier Pfleger rasch und geschlossen handelten.[94]

Auf pflegerischer, begleitender und arbeitstherapeutischer Ebene verfügten die Pflegenden im Umgang mit den Patientinnen und Patienten über viele Freiheiten – sofern deren Zustand und Verhalten sowie die Klinikbelegung dies zuliess. Durch das Internatsmodell war zudem kaum eine Distanzierung zwischen Privatleben und den Patientinnen und Patienten möglich. Der grossen Distanz zum Chefarzt stand im Alltag ein enger Kontakt zu den Betroffenen gegenüber. Die Pflegenden unternahmen mit «zugänglicheren» Patientinnen und Patienten, auch jenseits ihrer eigentlichen Dienstzeit, diverse Ausflüge und gemeinsame Arbeiten im Freien. Pirovino opferte mehrmals Freitage für Ausflüge mit Patienten und ging einmal mit einer kleineren Gruppe an den *Giro d'Italia*. «Wir waren eine richtige Familie», erinnerte er sich, was nicht zuletzt auch an den wesentlich längeren Aufenthaltszeiten vieler Patientinnen und Patienten gelegen hätte.[95] Manche Spaziergänge, die Schaub mit Patienten unternahm, endeten auch bei ihm zu Hause, wo sie sich mit Kuchen verpflegten, zusammen Schach spielten oder jassten. Das gemeinsame Schachspiel und Jassen gehörte, so Christian Schaub, zudem zum sonntäglichen Ritual während des Dienstes auf den Abteilungen.[96] Dieses familiäre Bewusstsein bewegte Schaub bisweilen sogar dazu, bestimmte Patienten um Rat zu fragen: «Als ich eine Krise hatte, ging ich halt zu einem Schwachsinnigen».[97] Er erinnerte sich zudem an einen kräftigen, grossen Patienten, der bei aufkommender Hektik dem Pflegepersonal dabei geholfen hatte, die Ruhe und Ordnung auf der Station aufrechtzuerhalten. Schaubs Erzählungen vermitteln den Eindruck, dass es zu vielseitigem und gegenseitigem Austausch mit Patientinnen und Patienten kam und die sozialen und funktionalen Rollenzuschreibungen im psychiatrischen Alltag nicht immer eindeutig waren.

Räumliche Herausforderungen und kollektive Konsternation beim Eintritt in den Pflegedienst

Das Verhältnis zur Ärzteschaft und zu den Patientinnen und Patienten widerspiegelt nur einen Ausschnitt des pflegerischen Alltags. Eine zentrale Aufgabe des Pflegepersonals war es auch, für Ordnung auf den Stationen zu sorgen. Aus medizinisch-therapeutischer Sicht sahen sich die Bündner Kliniken Mitte des 20. Jahrhunderts in einer Phase des Fortschritts und der Emanzipation vom vorangegangenen Versorgungsprinzip

89 Pflugfelder betonte die Bedeutung der Pflegerapporte in zwei Aufsätzen, die in der Berufszeitschrift *Praktische Psychiatrie* (ehemals *Kranken- und Irrenpflege*) publiziert wurden. Vgl. Pflugfelder (1958b) und ders. (1959).

90 Pflugfelder (1958b), S. 225–227.

91 Braunschweig (2013), S. 184–186.

92 Havermans betonte, dass es heute ein grosser Vorteil sei, die komplette Krankenakte mit Rapporten, ärztlichen und psychologischen Berichten und Ergebnissen der Testpsychologie einsehen zu können. Vgl. Interview mit Antonius Havermans, 18.55–20.25.

93 Das betrifft vor allem die Erinnerungen der älteren Jahrgänge, vgl. Interviews mit Christian Schaub, 1.07.00–1.07.45, 1.32.03–1.33.05, Armin Pirovino, Aufnahme 2, 1.50.24–1.50.34, und Walter Monstein, 31.10–31.37.

94 Interview mit Christian Schaub, 1.04.10–1.04.59.

95 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 17.09–17.57, 1.50.24–1.50.34.

96 Nachtrag zur Autorisierung Christian Schaub vom 28.04.2020.

97 Interview mit Christian Schaub, 1.33.04–1.33.40.

(vgl. Kapitel 3.3 und Kapitel 5). Das interviewte Pflegepersonal hingegen hatte die Zeit der 1950er bis 1970er Jahre nicht als fortschrittlich in Erinnerung. Die starke Belegung, die grossen Schlafsäle mit je zwölf Betten[98] sowie die von den 1930er bis 1980er Jahre intensiv genutzten Wachsäle mit je sieben bis neun Betten schockierten viele Pflegerinnen und Pfleger bei ihrem Stellenantritt. So erwogen Pirovino, Monstein, Havermans und Huwyler bei ihren Lehrantritten für einen kurzen Moment, die Klinik sofort wieder zu verlassen.[99] Aus ihrer Perspektive trug diese Unterbringungsform weder den Bedürfnissen der Eingewiesenen noch ihrem pflegerischen Selbstverständnis Rechnung. Monstein erlebte insbesondere die Leitung der Wachsäle mit «Unruhigen», die «rund um die Uhr» betreut werden mussten, als enorm anspruchsvoll.[100]

Zudem wurden in den Wachsälen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Bedürfnissen zusammen untergebracht, so Menschen mit einer geistigen Behinderung, mit Epilepsie oder Schizophrenie sowie Personen mit intensiven manischen Episoden.[101] Zwar verfügten die Kliniken auch über Einzel- bis Viererzimmer, deren Anzahl im Laufe des 20. Jahrhunderts erhöht wurde.[102] Gleichwohl wurden Patientinnen und Patienten, die als stark betreuungsbedürftig, unruhig, gefährlich oder gefährdet galten, entweder in geschlossenen Abteilungen, im dauernd unter Beobachtung stehenden Wachsaal oder, bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, in Isolierzimmern untergebracht. Diese grossräumige, geschlechtergetrennte Versorgungslogik blieb lange Zeit massgebende Unterbringungsmaxime. Die Ideen der Geschlechterdurchmischung, der systematischen Entflechtung der Patientenkategorien und Unterbringung gemäss psychischem Zustand, Verhalten und Pflegebedürftigkeit etablierten sich erst in den frühen 1980er Jahren (vgl. Kapitel 5).[103] 1983 schrieb Beverin-Direktor Hans König schliesslich:

> *«Die historisch bedingte strenge Trennung von Männern und Frauen wurde aufgehoben und die Patienten entsprechend ihrem Verhalten oder ihrer Pflegebedürftigkeit in die neu organisierten Abteilungen verlegt.»*[104]

Auch Havermans äusserte sich ambivalent zu den Wachsälen. Auf der einen Seite hatten sie ein isoliertes, soziales Eigenleben, sozusagen eine «Station in der Station» geformt. Dadurch konnten Pfleger die Patienten näher kennenlernen und gezielter mit ihnen arbeiten. Dass sie stets in Sichtweite waren, erleichterte die Pflegearbeit. Auf der anderen Seite war Havermans bei seinem Amtsantritt im Jahr 1977 erstaunt darüber, dass in der Bündner Psychiatrie nach wie vor Patienten gemeinsam in Sälen untergebracht und betreut wurden. In den Niederlanden, wo er seine Lehrausbildung absolviert hatte, gab es höchstens Viererzimmer.[105]

Bemerkenswert ist, wie ähnlich die Pflegepersonen ihren Amtsantritt als erschreckendes Erlebnis und Sprung ins kalte Wasser schilderten. Havermans kam sich bei seinem Amtsantritt 1977 in Beverin wie in einem «Entwicklungsland» vor. Er war nicht unglücklich darüber, von Beginn an in einer Frauen- und nicht in den Männerabteilungen eingesetzt worden zu sein. Denn im Hinterhaus der Männer hatten die Pfleger – in Schürze und «mit dem Stumpen im Mund» – die Patienten im Untergeschoss mit Spritzschläuchen abgespritzt und so gewaschen.[106] Speziell auf den «unruhigen», lauten Stationen wurden die Patienten, so Monstein über seinen ersten Eindruck der Klinik Beverin, unter «furchtbaren Zuständen» in «Herden» zusammengepfercht.[107] Selbst Huwyler, die 1981 die Lehre als Psychiatriepflegerin in Beverin antrat, sprach von «arbeitslagerähnlichen» Zuständen.[108] Die interviewten Pflegenden lebten sich aber nach einer Weile ein und fanden Gefallen an

---

98 Beverin-Direktor Ernst Weber sprach 1969 sogar von 16–18 Betten, vgl. Weber/Winklehner (1969), S. 15, 21.

99 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 8.30–8.48; Interview mit Walter Monstein, 21.20–23.58; Interview mit Antonius Havermans, 3.33–4.55; Interview mit Ursula Huwyler, 13.54–14.22.

100 Interview mit Walter Monstein, 42.02–42.54.

101 Ebd., 21.15–22.34.

102 Im Waldhaus wurden die grossen Schlafsäle, abgesehen von den Wachsälen, im Zuge des wirtschaftlichen Aufschwungs in den 1960er Jahren in Dreier- und Viererzimmer umgebaut. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1965, S. 73. In der Klinik Beverin erfolgten grössere Um- und Neubauten, bei denen unter anderem grössere Schlafsäle in kleinere Zimmer unterteilt und wohnlicher möbliert wurden, in den Jahren 1970 bis 1974, vgl. Jahresberichte Realta/Beverin 1970–1974.

103 Mit dem neuen «offenen Haus» Salvorta, das im Zuge der Umbauten von 1970–1974 entstanden war, wurden erste Schritte zur Durchmischung der Geschlechter eingeleitet. Vgl. Kapitel 5.1.1.

104 Jahresbericht Realta/Beverin 1983, S. 193.

105 Interview mit Antonius Havermans, 32.16–32.50.

106 Ebd., 4.11–4.36.

107 Interview mit Walter Monstein, 21.18–21.58.

108 Interview mit Ursula Huwyler, 14.51–15.34.

ihrer Arbeit, vermutlich nicht zuletzt auch deshalb, weil ihre Berufslaufbahn in eine Zeit fiel, in der sich die Psychiatrie auf verschiedenen Ebenen zu öffnen und zu verändern begann (vgl. Kapitel 5).

Ein «unbeschreiblicher Wandel» – die Bedeutung der Psychopharmaka aus pflegerischer Sicht

Viele Interviewte betonten, dass die psychopharmakologische Wende zu Differenzen zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal geführt hat. Mit der Etablierung der ersten Psychopharmaka in den frühen 1950er Jahren wandelte sich das Klinikbild und die pflegerische Tätigkeit grundlegend. Nach Pirovino, dessen Lehrantritt direkt in diese Phase der pharmakologischen Wende fiel, vollzog sich dieser Umbruch im Waldhaus keineswegs reibungslos.[109] Da es sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Ebene an Erfahrungen im Umgang mit dem ersten Neuroleptikum Largactil mangelte, wurde anfänglich unbeholfen und unhygienisch bei der Verabreichung vorgegangen.

Dabei wurde das Pflegepersonal mit verschiedenen Nebenwirkungen konfrontiert. Viele Behandelte hatten Ausschläge zu beklagen, die bei der intramuskulären Injektion von Largactil auftraten.[110] Zudem erinnerte sich Schaub an Pflegende, die den Wirkstoff am falschen Ort gespritzt hätten, was zu Entzündungen geführt habe.[111] Deshalb habe das ärztliche Personal, so Pirovino, bald auf Drainagen umgestellt.[112] Bei frühen Serpasilkuren waren die körperlichen Reaktionen besonders auffällig. Pirovino berichtete von Patienten im Waldhaus, die durch die Kur steif wurden, an Genickstarre und unter starkem Speichelfluss litten. In seiner Wahrnehmung waren diese Nebenwirkungen der Grund, weshalb die medizinische Direktion im Laufe der 1970er Jahre zunehmend auf Serpasilkuren verzichtet habe (vgl. Kapitel 3.3.5). Ähnliche körperliche Störungen beobachtete auch Monstein in Beverin und ergänzte, dass viele während der Kurz zu «zittern» angefangen hätten.[113]

Pirovino empfand die ersten Largactil-Verabreichungen als riskant und zu wenig sorgfältig abgeklärt. Gemäss seiner Darstellung war noch kein medizinisches Bewusstsein für die korrekte Dosierung vorhanden.[114] Monstein berichtete sogar von Patientinnen und Patienten in der Klinik Beverin, die im Anschluss an eine ärztlich verordnete Largactilspritze «nicht mehr laufen konnten». Das ärztliche Personal habe zuerst erprobt, ob die betroffene Person überhaupt auf die Medikamentenwirkung ansprechen würde und habe sich dann in der ersten Kurwoche an eine passende Dosierung herangetastet.[115]

Aus der Perspektive von Bass besass das ärztliche Personal noch um 1970 nur geringe Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka. Er charakterisierte die Verordnungs- und Dosierungslogik vieler Ärzte als oberflächlich und strategielos. Gleichzeitig seien Psychopharmaka aus seiner Sicht oft das einzig mögliche Mittel zur Linderung von Leiden, Spannungen, Unruhen und Halluzinationen; durch die teils starken Nebenwirkungen der Medikamente füge man den Patientinnen und Patienten allerdings oft anderes, neues Leid zu.[116] Ähnliche Bedenken äusserten auch Havermans und Huwyler, wobei Havermans ferner auf die Gefahren der körperlichen Abhängigkeit hinwies.[117]

Aus der Sicht von Bass begleitete das ärztliche Personal zudem die medikamentösen Kuren nur ungenügend. Bass entwickelte deshalb auf eigene Faust in den 1980er Jahren Tabellen, auf denen die Patientinnen und Patienten über mehrere Wochen hinweg die Veränderungen ihrer Symptome auf Skalen festhielten und anschliessend gemeinsam mit ihm auswerteten. Damit versuchte er, die Wirksamkeit der Medikamente messbar zu machen und anschaulich zu dokumentieren, um je nach Ergebnis beim ärztlichen Personal eine Absetzung oder Änderung der Medikation erzielen zu können. Strategie, Kontrolle und Mitsprache sind Begriffe, die seine Schilderungen prägten und seiner Ansicht nach im Psychiatriealltag zu kurz gekommen sind. Denn Psychopharmaka, das betonte Bass ausdrücklich, konnten sowohl bei Personen mit ähnlichen psychischen Krankheitsbildern als auch im spezifischen Krankheitsverlauf

---

109 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 42.53–43.17. Zur psychopharmakologischen Wende siehe Kapitel 3.3.5.

110 Ebd.; Interview mit Christian Schaub, 1.28.20–1.29.55.

111 Interview mit Christian Schaub, 1.28.31–1.28.59.

112 Monstein berichtete für die Klinik Beverin ebenfalls von anfänglich intramuskulär verabreichten Largactilkuren. Vgl. Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 42.56–43.10; Interview mit Walter Monstein, 33.59–34.09.

113 Waldhaus-Direktor Pflugfelder bezeichnete diese medikamentös bedingte Reaktion im Fachjargon als «Parkinson-Syndrom». Vgl. Pflugfelder / Huchtemann (1955).

114 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 42.56–43.10.

115 Interview mit Walter Monstein, 39.12–39.38.

116 Interview mit Vitus Bass, 52.25–59.45; Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020.

117 Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11.2018; Interview mit Ursula Huwyler, 53.32–54.13.

einer einzelnen Person unterschiedlich wirken.[118] Monstein ergänzte in diesem Zusammenhang, dass die Palette an Medikamenten zwar kontinuierlich breiter und Nebenwirkungen seltener wurden, Ärzte aber zuweilen nicht genau wussten, welches Medikament am besten wirkte.[119] Bei der Medikamentenverabreichung hatte sich das Pflegepersonal von Beginn weg strikt an die Verordnungen zu halten, die vom ärztlichen Personal gelegentlich aktualisiert wurden.[120] Beobachtete das Pflegepersonal Veränderungen, die sich ungünstig auf den Zustand einer Patientin oder eines Patienten auswirkten, konnten sie eine Anpassung der Dosierung vorschlagen. Diese Vorschläge wurden anschliessend im Ärzterapport besprochen.[121] Havermans bestätigte dieses Mitspracherecht auch für die späten 1970er und 1980er Jahre. Er fügte aber an, dass seinen Modifikationsvorschlägen mit zunehmendem Alter und Erfahrung von ärztlicher Seite vermehrt entsprochen werde.[122]

Neben der eigentlichen Medikamentenverabreichung war das Pflegepersonal für intensive Rapportarbeiten, Kontrollen und Beobachtungen der Körperfunktionen zuständig.[123] Auf diese «verantwortungsvolle Aufgabe» des Beobachtens und Dokumentierens, die das Pflegepersonal «bei den oft jahrelang dauernden Kuren» auszuführen gehabt habe, wies auch Pflugfelder mehrfach hin.[124] Da der Pflege allerdings kein Einblick in die ärztlichen Krankengeschichten gewährt wurde, konnte sie ihre Eindrücke nur gelegentlich mündlich mit dem ärztlichen Personal abgleichen.

Trotz skeptischer Äusserungen hoben alle Interviewten auch die positiven Auswirkungen der neuen Medikamente hervor. Speziell die älteren Jahrgänge Schaub, Pirovino und Monstein beurteilten die Etablierung der Psychopharmaka, die sie von Beginn an miterlebten, als Wende, die zu einer massgeblichen Verbesserung der Klinikatmosphäre geführt habe.[125] Damit stimmen auch sie der ärztlichen Erzählweise einer psychopharmakologischen Wende in diesem Sinne zu. Pirovino erwähnte einen chronisch schizophrenen Patienten, der aufgrund seiner Aggressionen jahrelang im Bett fixiert worden war, unter Psychopharmaka aber problemlos mit anderen Patienten zusammen sein und im Garten arbeiten konnte.[126] Generell unternahmen die Betreuenden nun vermehrt Ausflüge mit den Patientinnen und Patienten oder arbeiteten mit ihnen im Freien. Mit den Neuroleptika, die Pirovino auch als «Gnade» bezeichnete, vollzog sich «ein unbeschreiblicher Wandel» im Waldhaus. Die Zahl der Langzeitpatientinnen und -patienten ging zurück; einige geschlossene Stationen wurden aufgehoben.[127] Als Monstein seine Pflegearbeit aufnahm, verglich er die Klinik mit ihren 400 Patientinnen und Patienten mit einer «Sardinendose». Rückblickend war er deshalb froh, in dieser Umbruchsphase gearbeitet zu haben.[128]

Im Zusammenhang mit Psychopharmaka kamen die interviewten Pflegepersonen auch auf den Aspekt des Zwangs zu sprechen. Pirovino und Bass beschrieben, wie die Pflegenden viele Patientinnen und Patienten auch gegen ihren Willen zur Einnahme von Medikamenten zwangen. Mit Blick in die Gegenwart ergänzte Huwyler, dass die Betroffenen früher bei der Medikamentenwahl und -dosierung «nicht mitreden» konnten, heute die Abgabe aber in den meisten Fällen mit ihrem Einverständnis ablaufe.[129] Bass verwies dabei auf das grosse Dilemma der Psychiatrie, zum Wohl der Patientin oder des Patienten immer wieder Massnahmen auch gegen deren beziehungsweise dessen Willen ergreifen zu müssen. Denn bei schwer schizophrenen Patienten, deren Denken von Wahnideen geprägt sei, sei die Zurechnungs- und Urteilsfähigkeit oft eingeschränkt.[130] Die Anwendung von Zwangsmassnahmen ist auch in

---

118 Interview mit Vitus Bass, 58.10–59.07.

119 Interview mit Walter Monstein, 40.22–40.36.

120 Die Existenz dieser Verordnungstabellen lässt sich aus einem Vorfall schliessen, bei dem ein Stellvertreter des Abteilungspflegers eine falsche Angabe auf der medizinischen Verordnungstabelle festhielt und in der Folge an einem Patienten die irrtümliche Dosis des Schlafmittels Isamin appliziert wurde. Vgl. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 13. Oktober 1959, S. 3.

121 Interview mit Walter Monstein, 34.31–35.06.

122 Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11.2018.

123 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 43.50–44.03.

124 Jahresbericht Waldhaus 1959, S. 55; Pflugfelder (1959).

125 Interview mit Christian Schaub, 1.30.03–1.30.55; Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 43.20–44.20; Interview mit Walter Monstein, 40.53–41.45.

126 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 44.20–44.31.

127 Pirovino bedauerte an diesen Entwicklungen nur, dass gewisse Patientinnen und Patienten durch die Medikamente einen Teil ihrer Persönlichkeit verloren hätten. Vgl. Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 21.00–21.57.

128 Interview mit Walter Monstein, 41.15–41.30.

129 Interview mit Ursula Huwyler, 58.32–59.44.

130 Vitus Bass akzentuierte hier jene spezifisch psychiatrische Problematisierung von individueller Autonomie und Zwang, die es in dieser Intensität in anderen Teilen der klinischen Medizin nicht gibt. Vgl. Interview mit Vitus Bass, 1.50.28–1.51.10.

Verbindung mit dem traditionellen psychiatrischen Doppelauftrag als therapeutische Einrichtung und gesellschaftliche Ordnungsmacht zu sehen (vgl. Kapitel 6.2.2).[131]

Neues Selbstverständnis und verändertes Menschenbild: Das Pflegepersonal der 1970er und 1980er Jahre

In den 1970er Jahren folgten zwei Entwicklungen, die der Psychiatriepflege zu einem neuen beruflichen Selbstverständnis verhalfen: erstens die Anerkennung der in Beverin domizilierten *Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege* durch das *Schweizerische Rote Kreuz* (SRK) und zweitens die Einrichtung einer Pflegedienstleitung, die für die Organisation und Planung des Pflegepersonals verantwortlich war.[132]

Nach zweijährigen Bemühungen gelang es den bündnerischen Kliniken 1970, das SRK für die Anerkennung der *Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege* zu gewinnen. Die neue, nach SRK-Richtlinien ausgerichtete Schule erhielt eine Schulleitung und eine Schulkommission. Beverin-Direktor Ernst Weber, der im Anerkennungsprozess federführend gewesen war, fungierte bis 1980 als Präsident der Schulkommission, die für Schulordnung, Stoffplan, Praktikumsziele und Qualitätsmanagement zuständig zeichnete. Damit wurde ein weiterer wichtiger Schritt hin zu einer Systematisierung der Psychiatriepflegeausbildung gemacht, die bis zu diesem Zeitpunkt in der Verantwortung der einzelnen Kliniken gelegen hatte. 1970 wurde ein erster sechswöchiger Einführungskurs durchgeführt, im Folgejahr erste gestaffelte Ausbildungskurse für psychiatrische Lernschwestern und -pfleger beider Kliniken. Nach dreijähriger Ausbildung und bestandener Prüfung erhielten die Pflegenden ein SRK-Diplom in psychiatrischer Krankenpflege.[133] Aus Sicht der Lehrlinge hatte die Anerkennung der Schule durch das SRK auch alltagspraktische Bedeutung. Künftig waren sie nicht mehr im normalen Dienstplan eingeteilt, sondern wurden zusätzlich zum regulären Personal eingesetzt und so in ihrer Rolle als Lernende anerkannt.

Mit der Einführung der Pflegedienstleitung 1980 wurden in beiden Kliniken den Anliegen der Pflege, ihren Kompetenzen und Qualifikationen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Vertretung in den Leitungsstrukturen der Kliniken blieb der Pflege aber vorerst verwehrt. Die Bündner Regierung führte das «Dreibein-System» mit Verwaltungs-, ärztlicher und Pflegedirektion erst 1995 ein (vgl. Kapitel 6.2.1).[134] Die Pflegedienstleitung war für die Anstellung des Pflegepersonals, die Koordination der Oberpfleger und -schwestern und die Schule zuständig.[135] Auch bei Patientenverlegungen erhielt sie vermehrt Verfügungsbefugnisse. Zudem wurde die Pflege auf der Ebene der einzelnen Stationen autonomer organisiert. Die zentrale Diensteinteilung durch das Oberpflegepersonal wurde durch dezentral erstellte Arbeitspläne ersetzt, die künftig von Stationsleiterinnen und -leitern zusammengestellt wurden. In diesem Umfeld entstanden schliesslich richtungsweisende, frühe wissenschaftliche Pflegetheorien über die zwischenmenschliche Beziehung in der alltäglichen psychiatrischen Pflege.

Das Beispiel einer Patientin mit einer «ausgesprochenen Manie» von 1977 illustriert, wie skeptisch der damalige Waldhaus-Direktor Pflugfelder der Entwicklung eines neuen pflegerischen Berufsethos gegenüberstand.[136] Die Patientin wurde 1965 zum ersten Mal und nach mehrfachen Entweichungen 1977 zum vierten Mal ins Waldhaus eingewiesen. Pflugfelder betonte, dass die Behandlung von Menschen mit einer «floriden Manie ausgesprochen anspruchsvoll und mühsam» sei. Seinen Instruktionen der strengen Beobachtung und allfälligen Isolation hätten die betreuenden Pflegerinnen, bedingt durch ihre «moderne Ausbildung», jedoch nicht genügend Folge geleistet. Pflugfelder zeigte sich dieser neuen «Mentalität»

131 Rietmann / Germann / Condrau (2018), S. 202.

132 Jahresbericht Realta / Beverin 1970, S. 185, 192; 1980, S. 35–36; Interview mit Armin Pirovino, 12.00–12.34, 13.30–13.38 und 14.35–14.40.

133 Ausbildungskurse wurden nach wie vor auch in der Schulklinik *W*aldhaus unterrichtet, die trotz Anerkennung der *Bündner Schule für Psychiatrische Krankenpflege* nicht aufgelöst wurde. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1970.

134 Die heutige Pflegedienstleitung übernimmt häufiger Organisations- und Leadershipfunktionen und setzt sich für die Theorie und praktische Umsetzung des Beziehungsprozesses ein.

135 Webers Übergabe des Präsidentenstabs der Schulkommission an Ruth Kuhn, die damalige Pflegedienstleiterin der Klinik Beverin, stand symbolisch für diese Aufwertung der Rolle der Pflege. Kuhn demissionierte bereits 1982 als Schulkommissionspräsidentin und mit Pierluigi Schaad übernahm ein Rechtsanwalt und Grossrat ihren Sitz.

136 StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Chur, 8. 7. 1977, S. 1.

der jungen Generation an Pflegerinnen und Pflegern sehr kritisch gegenüber.[137]

> *«Das Pflegepersonal auf Station F VI war durchaus informiert, dass Frau G. D. immer wieder durchbrennen wollte; trotz aller Mahnungen und Besprechungen mit dem Pflegepersonal waren aber die jungen Schwestern auf F VI beim Behüten dieser schwierigen Patienten allzu liberal. Ich darf hier beifügen, dass die sogenannte moderne Ausbildung für psychiatrische Krankenpflege die Schüler immer ermahnt, zu den Patienten möglichst rücksichtsvoll zu sein, wobei diese jungen Pfleger und Schwestern der Meinung sind, sie hätten keineswegs mehr die Pflicht: Aufzupassen und zu beaufsichtigen! Es ist schön und gut, wenn die Schwestern und Pfleger angeleitet werden, die Patienten liberal zu behandeln; in solchen krassen Fällen einer floriden Manie ist aber die Instruktion eindeutig ungenügend. Es wird immer wieder vorkommen, dass wir in der psychiatrischen Klinik unruhige und lebhafte Patienten betreuen müssen, die in ihren maniformen Phasen immer wieder durchbrennen wollen.»*[138]

Das Beispiel zeigt, dass von ärztlicher Seite her ein autoritäres und stark kontrollierendes Betätigungsfeld der Pflege auch in den späten 1970er Jahren noch virulent war.

Gemäss den Jahresberichten stellte die Klinik Beverin 1977, das Waldhaus sogar erst 1983 erstmals einen Psychologen ein.[139] Psychologische Testverfahren, etwa zur Intelligenzmessung, waren in der Psychiatrie schon länger verbreitet und wurden auf chefärztliche Anweisung von der Pflege durchgeführt. Auch unter dem Pflegepersonal gewannen psychologische Zugänge in den 1970er Jahren stärker an Beachtung. Vitus Bass beispielsweise absolvierte in dieser Zeit Kurse über Transaktions- und Schriftanalyse, über Gesprächsführung und Supervision, um die eigenständige Arbeit mit psychisch erkrankten Personen, insbesondere auch dementen Menschen, zu reflektieren. Sein Ziel war es, ihre Körpersprache zu lernen, mögliche Rückschlüsse auf ihr inneres Erleben ziehen zu können sowie simple visuelle oder optische Instrumente anzubieten – z. B. Farben –, mit denen sie die Veränderungen ihrer Symptome selbst dokumentieren und mit Pflegerinnen und Pflegern besprechen konnten. Um diese Techniken wirksam einzusetzen, sei eine intensive Begleitung und Führung der Kranken notwendig gewesen. Mit diesem neuen Verständnis der eigenen Arbeit wandelte sich auch das Bild, das die Pflege von ihren Patientinnen und Patienten hatte. Bass begann, Stationskonzepte mit Zielformulierungen und Kriterien einer «guten Pflege» und Gesprächsführung zu entwerfen (vgl. Kapitel 6.2). Dies wurde laut Bass bis dahin stark vernachlässigt, vielleicht auch, weil eine gute Pflege so schwer messbar sei. Er verstand die eigene Tätigkeit nicht mehr nur als ausführenden, sondern «suchenden Beruf», mit dem Anspruch, auf die Entwicklung der Krankheitssymptome bewusst einwirken zu können.[140]

Bass sah im Rückblick seine Bemühungen in der Tradition der 68er Bewegung. Er verfolgte damals interessiert die zeitgenössischen Debatten um die Psychiatrie in Europa. Die Psychiatriekritik in Italien, insbesondere von Franco Basaglia (1924–1980), aber auch die Jugendbewegungen waren wichtige Inspirationen für Bass, der sich zunehmend politisch engagierte. Er war Gründungsmitglied der Bündner Sektion des SBK, betrieb darin intensiv Berufspolitik, belegte Weiterbildungen und förderte nationale Kooperationen. Rückblickend empfand er die 1970er, 1980er und 1990er Jahre als besonders konstruktive Zeit. Gleichzeitig äusserte er sich kritisch über die Bürokratisierung der Gesundheitsberufe nach der Jahrtausendwende (vgl. Kapitel 6.3).[141]

In der Klinik Beverin war es Direktor Hans König, der die Bestrebungen zur verstärkten Autonomie des Pflegepersonals unterstützte. Laut Havermans und Huwyler bezog er die Pflegenden in den späten 1980er Jahren vermehrt ein, nahm Vorschläge entgegen und berücksichtigte diese gegebenenfalls auch.[142] Dass der pflegerische Aufbruch erst in die 1980er Jahre fiel, zeigt auch ein Beratungsbericht des SRK, der 1978 von der

---

137 Ebd., S. 2.

138 Ebd., S. 1.

139 Die Klinik Beverin stellte bereits in den frühen 1960er Jahren versuchsweise einen Psychologen für die Durchführung von Testaufgaben und Therapien ein; das Projekt scheiterte und die Klinik verzichtete bis 1977 auf Stellenprozente für einen Psychologen. 1977 aber besetzte sie eine Arztstelle mit einem Psychologen, vgl. Jahresberichte Realta/Beverin 1961, 1977.

140 Interview mit Vitus Bass, 1.17.10–1.17.25.

141 Ebd., 1.27.00–1.32.25.

142 Interview mit Antonius Havermans, 54.42–55.10; Interview mit Ursula Huwyler, 1.11.04–1.12.45.

Regierung in Auftrag gegeben wurde.[143] Der Bericht bemängelte die unterschiedliche Qualität der Pflege, wobei auf vielen Abteilungen einheitliche Zielformulierungen und Pflegepläne für die Behandlung, Betreuung, psychotherapeutischen Gruppengespräche und Lebensplanungen gänzlich fehlten. Patientinnen und Patienten wurden, so der SRK-Bericht, «irgendwie beschäftigt» und sassen oft «gelangweilt den ganzen Tag herum».[144] Von ärztlicher Seite her fehlte ein klares Konzept und eine strukturierte Kommunikation. Der SRK-Bericht wies dezidiert auf die Problematik hin, dass dem Pflegepersonal kein Einblick in die Krankengeschichten gewährt wurde. Der Bericht kritisierte, dass die Klinik Waldhaus in vielerlei Hinsicht nicht (mehr) den Vorstellungen einer modernen stationären Psychiatrie entsprach. Die Kritik hatte Signalwirkung – die Kompetenzen des Pflegepersonals wurden in den darauffolgenden Jahren spürbar ausgeweitet (vgl. Kapitel 5.1.4).

Chronische Rekrutierungsschwierigkeiten und die Einführung der Geschlechterdurchmischung

Sowohl Beverin als auch das Waldhaus bekundeten, insbesondere seit den 1940er Jahren, anhaltende Probleme bei der Rekrutierung neuer Lernschwestern und -pfleger. Zugleich verzeichneten sie zahlreiche Abgänge beim diplomierten Pflegepersonal. Die langjährigen Direktoren Weber und Pflugfelder begründeten diese Umstände einerseits mit einem fehlenden Interesse am Pflegeberuf und der gesellschaftlich nach wie vor tief verwurzelten Stigmatisierung der Psychiatrie und ihrer Angestellten.[145] Eine Ansicht, die Schaub, Pirovino, Monstein und Bass im Rückblick und aus eigener Erfahrung teilten.[146] Weber und Pflugfelder bemühten sich um die Aufklärung über den Pflegeberuf und die Psychiatrie. Intensive Werbung, Werbefahrten in Bündner Täler sowie zahlreiche orientierende Veranstaltungen blieben allerdings weitgehend wirkungslos. Der Fachkräftemangel führte sogar dazu, dass Stellen international ausgeschrieben wurden. Havermans, der in den Niederlanden aufwuchs, stolperte im Jahr 1976 zufällig in einer holländischen Tageszeitung über eine Ausschreibung der Klinik Beverin für die Stelle eines diplomierten Pflegers. Obwohl er sich auf Holländisch beworben habe und damals kaum Deutsch gesprochen habe, sei er sogleich eingestellt worden.[147]

Andererseits führten Weber und Pflugfelder die anhaltenden Rekrutierungsschwierigkeiten auf die Arbeitszeitverkürzungen für das Pflegepersonal zurück (vgl. Tabelle 12). Das Problem lag ihrer Ansicht nach darin, dass die Arbeitszeitverkürzungen auf der einen Seite zwar neue Anreize für den Beruf schufen, auf der anderen Seite aber Personalaufstockungen bedingten. Dadurch blieb der Mangel an Pflegepersonal, vor allem Pflegerinnen auf den Frauenabteilungen, weiterhin bestehen.

1946	60-Stundenwoche	10-Stundentag
1956	54-Stundenwoche	
1960	52-Stundenwoche	
1962	50-Stundenwoche	
1972	45-Stundenwoche	
1973	45-Stundenwoche	5-Tagewoche
1976	44-Stundenwoche	
1988	42-Stundenwoche	

Tabelle 12: Arbeitszeitverkürzungen Pflegepersonal 1946–1988

Quelle: Jahresberichte Waldhaus und Realta/Beverin 1946–1990.

Wegen der Vorbehalte der Direktoren war das Waldhaus erst im Jahr 1948 bereit, die 1946 von der Regierung beschlossene Einführung des 10-Stundentags und der 60-Stundenwoche für die Pflegerinnen zu realisieren – und das nur dank der Vermittlung deutscher Krankenschwestern durch das SRK.[148] Ausserkantonales und ausländisches Pflegepersonal bildeten einen substantiellen Anteil des pflegerischen Personalbestands, vor allem auf der Frauenseite (vgl. Diagramme 35 und 36). In der Klinik Beverin war der Personalmangel in der frühen Nachkriegszeit weniger gravierend, daher setzte sich das Personal in Beverin aus weniger ausländischen oder ausserkantonalen Pflegenden

143 StAGR V 13 e 1: Schellenberg, Beratungsbericht Waldhaus Chur vom SRK, 20.04.1979; Jahresbericht Waldhaus 1979.

144 Ebd., S. 1–4.

145 Weber beklagte die nach wie vor kursierenden Vorurteile gegenüber «Heilanstalten» und Pflugfelder summierte 1967, dass der «Tag der offenen Tür» in der Öffentlichkeit nur auf geringes Echo gestossen sei. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1967; Jahresbericht Realta/Beverin 1964, S. 12.

146 Interviews mit Christian Schaub, 1.08.20–1.08.50, Armin Pirovino, Aufnahme 1, 3.10–3.24, Walter Monstein, 1.25.24–1.25.58, und Vitus Bass, 28.15–30.00.

147 Interview mit Antonius Havermans, 1.55–2.50.

148 Jahresbericht Waldhaus 1948, S. 30.

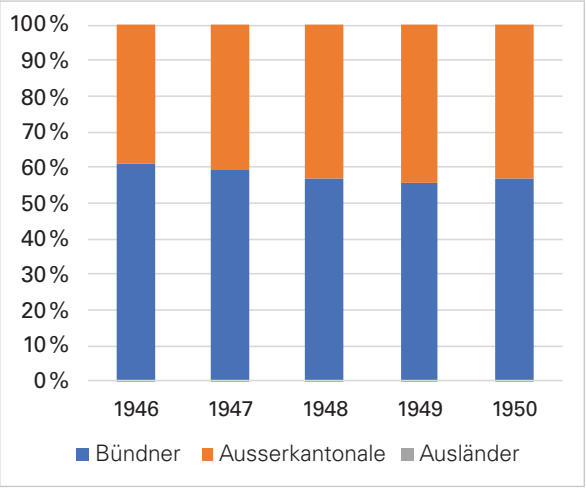


Diagramm 35: Herkunft Pfleger, Klinik Waldhaus 1946–1950

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1946–1950.

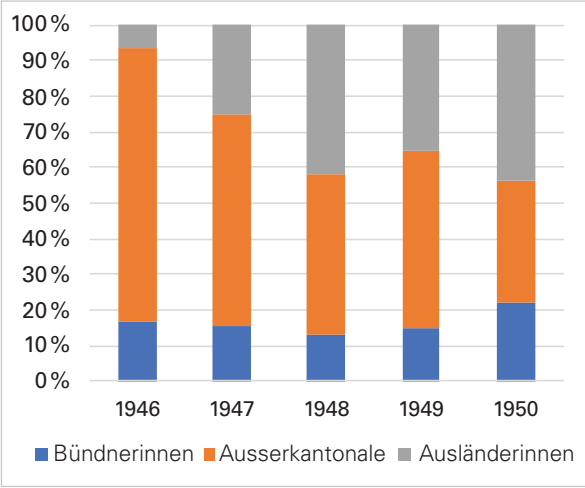


Diagramm 36: Herkunft Pflegerinnen, Klinik Waldhaus 1946–1950

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1946–1950.

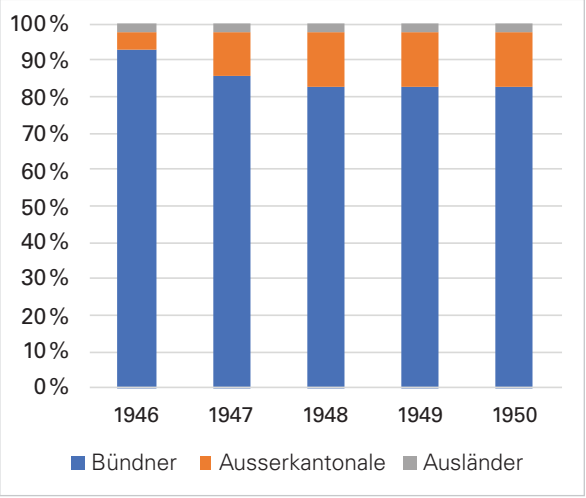


Diagramm 37: Herkunft Pfleger, Klinik Realta/Beverin 1946–1950

Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1946–1950.

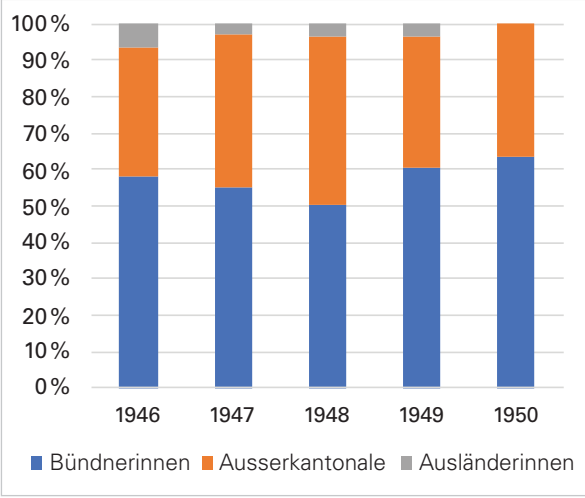


Diagramm 38: Herkunft Pflegerinnen, Klinik Realta/Beverin 1946–1950

Anmerkung: In den Jahresberichten beider Kliniken sind die Angaben zur Herkunft der Pflegepersonen nur für die Jahre 1946–1950 dokumentiert.

Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1946–1950.

zusammen (vgl. Diagramme 37 und 38). Beverin-Direktor Pfister sprach 1950 gar davon, dass die Klinik Beverin «als einzige Heil- und Pflegeanstalt des Landes ohne Anstellung ausländischer Pflegerinnen» auskomme.[149] Spätestens ab den 1950er Jahren wurde jedoch auch Beverin von der Personalnot erfasst.

Verschärft wurden die Rekrutierungsprobleme mit der Einführung der 52-Stundenwoche durch den Kleinen Rat. Pflugfelder sah sich für die weibliche Belegschaft sogar zu zeitweiligen Einschränkungen in der Arbeitstherapie und Gartengruppe, der Freizeitgestaltung (Spaziergänge, Heilgymnastik, Turnstunden) und den Pflegearbeiten gezwungen. Die Zahl der neu eintretenden Lernschwestern war zu tief.[150] Die Leidtragenden waren nach Pflugfelder letztlich die Patientinnen und Patien-

149 Jahresbericht Realta 1950.

150 Jahresbericht Waldhaus 1960, S. 57.

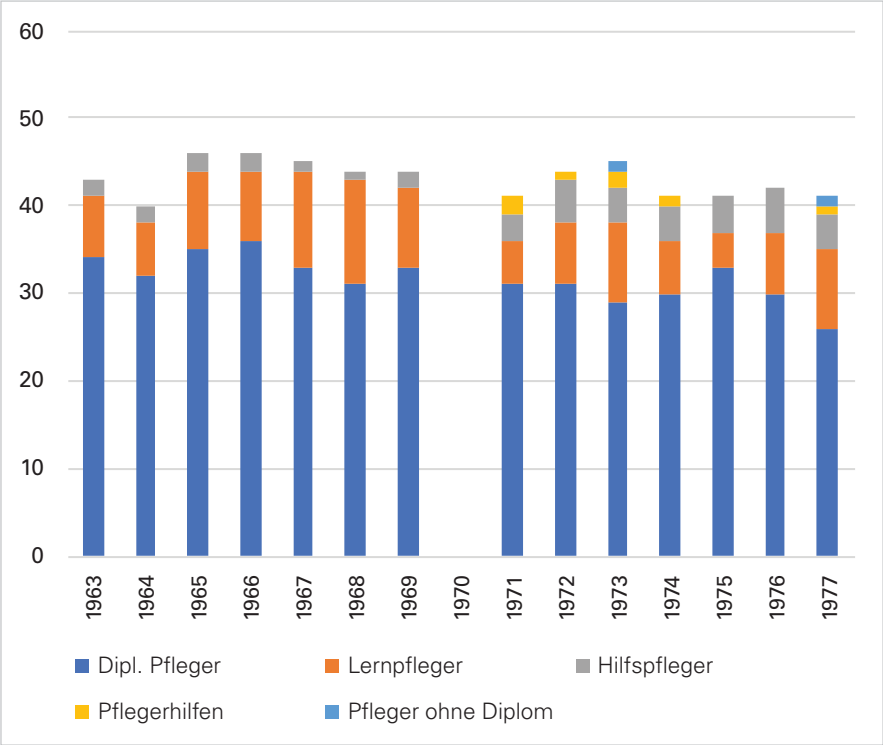


Diagramm 39: Ausbildungsstand Pfleger, Klinik Waldhaus 1963–1977
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1963–1977.

ten.[151] Offenbar wurde es trotz intensiver Werbung, besserer Besoldungsansätze und Arbeitszeitverkürzungen immer schwieriger, junge Frauen für den Beruf der Psychiatriepflege zu gewinnen. Ein solcher Arbeitskräftemangel war in der Zeit der frühen Hochkonjunktur ein allgemeines Problem. Doch Spitalbetriebe waren davon besonders betroffen, weil Pflegearbeiten nicht rationalisiert und die 5-Tagewoche kaum umgesetzt werden konnten. Ausserdem verlangten Spitalberufe – insbesondere im Pflegebereich – eine qualifizierte Ausbildung und sprachliche Kompetenzen (Kenntnis einer Landessprache). Sie konnten nicht unmittelbar von neu zugezogenen Migrantinnen und Migranten, etwa aus südeuropäischen Ländern, übernommen werden.

Die wenigen Lernschwestern und die hohen Fluktuationsraten beim diplomierten weiblichen Pflegepersonal zwangen die Kliniken, nach alternativen Lösungen bei der Personalbeschaffung zu suchen. So begannen sie in den 1960er Jahren zunehmend, provisorisch Hilfsschwestern und Schwesternhilfen anzustellen, die weniger gut ausgebildet waren. Diese kamen oft nur tageweise, halbtägig oder stundenweise zum Einsatz. Besonders im Waldhaus stellten sie einen nicht unwesentlichen Teil des weiblichen Pflegepersonals (vgl. Diagramme 39 und 40); ungelerntes Personal kam im Waldhaus wesentlich zahlreicher als in Beverin zum Einsatz.[152] Auch mit der Einstellung von «Putzburschen» und «Putzmädchen» versuchte die Waldhaus-Direktion, das ausgebildete Personal von pflegefremden Verrichtungen zu entlasten.[153]

Die sich verringernde Qualität der Pflege hatte aus Sicht der Chefärzte unmittelbare Folgen für Patientinnen und Patienten. Pflugfelder führte die vermehrten Unfälle, vor allem Schenkelhalsfrakturen, auf die Reduktion des Pflegebestands zurück und sah sich künftig «zu grösster Zurückhaltung bei nicht dringlichen Aufnahmen» genötigt.[154] Das betraf vor allem gerontopsychiatrische Abteilungen. Sturzverletzungen sind bis heute in der Gerontopsychiatrie ein qualitatives Messkriterium.[155] Selbst bei den personalintensiven Insulinkuren habe das Waldhaus wegen des Personalmangels Einschränkungen in Kauf nehmen müssen, so Pflugfelder. Das Fazit seines Direktorenkollegen Weber fiel ähnlich negativ aus.

151 Jahresbericht Realta/Beverin 1962, S. 12.

152 Im Sommer kamen in den 1970er Jahren auch Gruppen des *Christlichen Friedensdienstes* aus verschiedenen europäischen Ländern als freiwillige Helfer, u. a. bei Spaziergängen und Ausflügen, zum Einsatz. Jahresbericht Waldhaus 1970, S. 179.

153 Jahresbericht Waldhaus 1971, S. 200.

154 Jahresbericht Waldhaus 1962, S. 60–61.

155 Vgl. Steidl/Nigg (2014), S. 74–83.

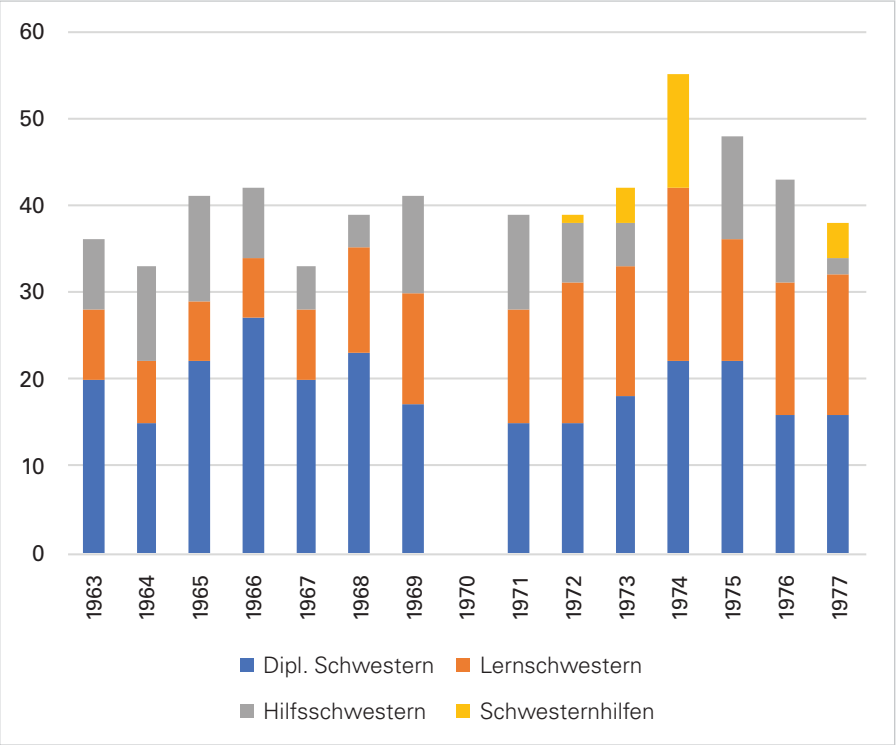


Diagramm 40: Ausbildungsstand Pflegerinnen, Klinik Waldhaus 1963–1977
Anmerkung: In den Jahresberichten sind die Angaben zum Ausbildungsstand des Pflegepersonals nur für die Jahre 1963–1977 dokumentiert. Für das Jahr 1970 sind keine Daten überliefert.
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin und Waldhaus 1963–1977.

> *«Auch heute noch [können] die Behandlungsmöglichkeiten infolge Aerzte- und Pflegepersonal-Mangel, Ueberbelegung der Abteilungen, mangelnden Interesses der Oeffentlichkeit für psychiatrische Belange, nicht ausgeschöpft werden.»*[156]

Die chronischen Rekrutierungsengpässe zwangen weiter zu Notfallmassnahmen, die später gewinnbringend in die Betreuungsstruktur implementiert wurden. Da das Waldhaus 1966 nach wie vor Mühe bekundete, eine zweite Oberschwester anzuwerben, entschloss sich Pflugfelder, einen Pfleger als Oberschwesternadjunkt einzustellen und durchbrach so aus pragmatischen Gründen erstmals die bis dahin strenge Geschlechtertrennung beim Personal. Im Folgejahr setzte er – bedingt durch den anhaltenden Personalmangel bei der weiblichen Belegschaft – erstmals ausnahmsweise einen diplomierten Pfleger auf einer Frauenabteilung ein.[157] Die guten Erfahrungen bewegten ihn dazu, an dieser Personalverlegung festzuhalten.[158] So integrierte Pflugfelder diese anfänglich «notgedrungene Lösung» in den 1970er Jahren in die Ausbildung, indem unabhängig vom Geschlecht Lernende erfolgreich sowohl auf den Frauen- als auch Männerabteilungen eingesetzt wurden.[159] Insbesondere der Einsatz weiblichen Pflegepersonals auf der Männerseite empfand die ärztliche Leitung als «fühlbare Auflockerung der Atmosphäre».[160]

Dieser ressourcenbedingte personelle Durchmischungsprozess – der in der Klinik Beverin, wenn auch leicht verspätet, ähnlich ablief – scheint eine Bündner Eigenheit gewesen zu sein.[161] In der Basler Friedmatt beispielsweise setzte die Direktion ebenfalls zunehmend Pflegerinnen auf ruhigen Männerabteilungen ein, jedoch um durch die tieferen Frauenlöhne Kosten zu sparen.[162] Auf die Durchmischung beim Personal folgte in Graubünden bald auch die Forderung, die historisch bedingte Geschlechtertrennung der Patientenabteilungen aufzuheben. Im Laufe der 1980er Jahre

156 Jahresbericht Realta/Beverin 1973, S. 197.
157 Jahresbericht Waldhaus 1967, S. 163.
158 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1966, S. 72, 1967, S. 163, 1968, S. 159, 1972, S. 189, 1973, S. 193.
159 Jahresbericht Waldhaus 1971, S. 200.
160 Jahresbericht Waldhaus 1973, S. 191.
161 Zur Entwicklung in der Klinik Beverin sagte Weber 1972: «Das Problem der Personalrekrutierung spitzt sich immer mehr zu. Besonders kritisch ist die Lage bei den diplomierten Psychiatrieschwestern. Engpässe auf der Frauenabteilung müssen durch den Einsatz von Pflegern überbrückt werden», vgl. Jahresbericht Realta/Beverin 1972, S. 200.
162 Braunschweig (2004), S. 120.

wurde diese Idee schrittweise durch Neustrukturierungen der Abteilungen umgesetzt.[163]

Nach den Jahresberichten ging die Geschlechterdurchmischung auf ärztliche Initiativen zurück. Die «Zweispurigkeit» bei den Patientinnen und Patienten, wie sie Pirovino im Gespräch bezeichnete, war aber auch der Pflege ein Dorn im Auge.[164] Bemängelt wurden fehlende Austauschmöglichkeiten und alltagspraktische Einschränkungen, die durch die Trennung der Geschlechter entstanden. Laut Pirovino blieben die Baderäume wegen des knappen Warmwasservorrats alternierend eine Woche für die einzelnen Männerabteilungen und die darauffolgende Woche für die verschiedenen Frauenabteilungen reserviert. Gerade bei den «unreinen» älteren Patientinnen und Patienten der gerontopsychiatrischen Abteilungen erwies sich diese Regelung, nur alle 14 Tage baden zu können, als höchst problematisch und zeitigte massgeblichen Einfluss auf die mangelnde Hygiene dieser Abteilungen. Insofern war die systematische Zusammenlegung der Geschlechter für Pirovino ein zentrales Anliegen in der Kaderschule – ein Ziel, das er im Waldhaus erst unter Direktor Fontana umsetzen konnte.

Offenbar war die Pflege ein wichtiger Faktor für die Einführung der Geschlechterdurchmischung auf den Abteilungen in den Bündner Kliniken. Bass berichtete, dass das Waldhaus die erste Klinik war, die in den 1960er Jahren Männer und Frauen in der Akutpsychiatrie durchmischte.[165] Ähnlich fallen die Einschätzungen zur Klinik Beverin aus. Monstein wies im Gespräch darauf hin, dass «wir da eigentlich den Funken gezündet [haben]». Er habe Weber, zu dem er ein gutes Verhältnis gepflegt habe, die Durchmischung des Personals empfohlen. Weber sei anfangs dagegen gewesen, speziell bezüglich der Arbeit von Frauen auf der Männerseite. Schliesslich habe er Weber überzeugen können, Monsteins Nichte, die damals eine Lehre als Psychiatrieschwester absolvierte, auf der Männerseite einzusetzen. Der Erfolg führte dazu, dass sie auch auf der unruhigen Aufnahmestation eingesetzt wurde. Die neue Praxis breitete sich schrittweise in der ganzen Klinik aus.[166] Dass Weber Monsteins Vorschlag entsprach und das Experiment glückte, zeigt nicht zuletzt, dass solche Entscheidungen nicht zwangsläufig aufgrund hierarchischer Autorität zustande kommen mussten.

4.2 Die Ärzteschaft: Bedeutung der psychiatrischen Gutachtertätigkeit

Die Perspektiven von Regierung, Verwaltung und ärztlichem Personal werden im vorliegenden Bericht sehr ausführlich abgebildet. Deshalb beschränkt sich das Kapitel über die Innenansichten der Ärzteschaft auf einen zentralen Auftrag der Psychiatrie – die psychiatrische Gutachtertätigkeit. Für die Institutionalisierung der psychiatrischen Expertise ausserhalb der Kliniken spielten die Gutachten eine wegweisende Rolle. Spätestens seit Mitte des 20. Jahrhunderts, als die Zahl gestellter Gutachten in Graubünden rasant zunahm, wurde das psychiatrische Expertenwissen zu einem Dreh- und Angelpunkt für Prozesse in den Bereichen Zivilrecht, Strafrecht und Versicherungsrecht. Entsprechend vielfältig waren die zuweisenden Instanzen. Begutachtungsaufträge gingen unter anderem von Vormundschafts- und Fürsorgebehörden, Gerichten, Staatsanwaltschaften und Versicherungen aus. Die Psychiatrie als begutachtende Autorität nahm die Aufträge entgegen und bezog aus medizinischer Sicht Stellung zu den gestellten zivilrechtlichen, strafrechtlichen und versicherungsrechtlichen Fragen. Die Antworten auf diese Fragen waren handlungsvorbereitend, sie schlugen eine bestimmte Massnahme vor, beispielsweise eine Bevormundung aufgrund von «Geisteskrankheit» oder «Geistesschwäche» nach ZGB-Artikel 369.[167] Den Auftraggebern des Gutachtens stand es allerdings offen, diesen Empfehlungen zu folgen – sie waren letztlich formell verantwortlich für den Beschluss einer Massnahme. In der Forschung der letzten Jahre verdichteten sich die Anzeichen, dass die Behörden ihre Praxis stark mit den Gutachten legitimierten. Rietmann konnte in

163 Eine Ausnahme bildet das «Haus Salvorta», das bereits in den 1970er Jahren mit dieser Durchmischung begann.

164 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 57.02–58.23.

165 Interview mit Vitus Bass, 1.05.30 – 1.05.58. Auch für Havermans und Huwyler war die Aufhebung der Geschlechtertrennung ein wichtiges Ereignis in ihrer beruflichen Laufbahn. Havermans wurde bei seinem Stellenantritt 1977 sogar direkt auf der geschlossenen Frauenstation eingeteilt, auf der bisher nur ein Mann als Stationsleiter gearbeitet hatte. Er wurde explizit für Spaziergänge eingesetzt, da man den Patientinnen nicht zutraute, in seiner Gegenwart zu flüchten. Vgl. Interview mit Antonius Havermans 13.20–15.15; Interview mit Ursula Huwyler, 44.34–45.12.

166 Interview mit Walter Monstein, 16.38–19.15.

167 Zur Vorstellung, dass Gutachten eine Handlung vorbereiten, siehe Geisthövel (2017), S. 13, 17.

ihrer Studie zu fürsorgerischen Massnahmen in Graubünden aufzeigen, dass die vormundschaftsbehördlichen Entscheide oft «massgeblich» von den psychiatrischen Experten und ihrer «hohen Legitimierungskraft» beeinflusst wurden.[168]

4.2.1 Die Anfänge der Begutachtung und der Kampf um eine angemessene Entschädigung

Das Verfassen von psychiatrischen Gutachten geht im Kanton Graubünden bis in das 19. Jahrhundert zurück. Gutachten wurden anfangs allerdings noch in einem kleinen Umfang erstellt (vgl. Diagramm 41). J. J. Jörger schilderte die begutachteten Fälle in den ersten Jahresberichten der Klinik Waldhaus ausführlich. Ein diskreter, reglementierter Umgang mit den Begutachtungsaufträgen war zu dieser Zeit offenbar noch nicht üblich. So heisst es im ersten Betriebsjahr:

> *«Forense Fälle kamen 4 zur Aufnahme und Begutachtung. Ein Mann hatte sich der Blutschande schuldig gemacht. Unser Gutachten wies nach, dass der Angeklagte schon mehrere Anfälle von Geistesstörung durchgemacht und dass er sich zur Zeit der verbrecherischen Handlung in maniakalischem Zustande befunden habe. – der Mann wurde vom bündnerischen Kantonsgerichte unter Annahme mildernder Umstände zu 10 Monat Gefängnis verurteilt».*[169]

Der Nachweis eines manischen Schubs während des Inzests, den Jörger im Rahmen seines Gutachtens erbracht habe, veranlasste das Kantonsgericht dazu, die Gefängnisstrafe auf zehn Monate zu reduzieren. Bei einer weiteren zugewiesenen Person im selben Jahr diagnostizierte Jörger eine chronische «Verrücktheit mit Verfolgungs- und Grössenwahn», woraufhin das Kriminalgericht für die betreffende Person einen Freispruch und die Versorgung in einer Heil- und Pflegeanstalt verfügte. Bereits die ersten Gutachterfälle deuten an, welche Wirkungskraft die psychiatrischen Gutachten hatten – selbst in einer Zeit, als die Psychiatrie noch kein hohes Prestige genoss.[170]

Das galt aber nicht für alle Gutachten, die um die Jahrhundertwende von der Bündner Psychiatrie gestellt wurden. Bei Personen, die zeitgenössische soziale Normen verletzt hätten, zeigte sich das Gericht bisweilen kritischer gegenüber den Empfehlungen der Gutachten. 1897 beispielsweise überwies das Gericht einen Alkoholiker dem Waldhaus zur Begutachtung, der mehrere Straftraten begangen hatte. Jörger diagnostizierte ein «Delirium tremens», das heisst Störungen, die im Alkoholentzug nach langjährigem Alkoholmissbrauch aufgetreten seien. Aus seiner psychiatrischen Perspektive habe der Begutachtete folglich die Straftaten «im Zustande» einer «Bewusstlosigkeit» begangen – Jörger meinte damit wohl, dass der Begutachtete aufgrund «Delirium tremens» zum Tatzeitpunkt nicht zurechnungsfähig gewesen sei. Das Gericht akzeptierte die Diagnose zwar, hielt den alkoholbedingten Zustand der Bewusstlosigkeit aber für «selbstverschuldet» und verurteilte den Begutachteten nach bündnerischem Strafrecht zu zwei bis drei Jahren Gefängnis.[171] Die damaligen forensischen Einschätzungen geben eine Vorstellung davon, wie die zeitgenössischen Diagnosekategorien wahrgenommen wurden. Die Diagnose Psychopathie, nach zeitgenössischem Verständnis sozial devian tes Verhalten und Persönlichkeitsstörung, genügte beispielsweise nicht, den Begutachteten von seiner Schuldfähigkeit freizusprechen.[172] In den Jahresberichten der Jahrhundertwende finden sich zudem auch Hinweise darauf, dass Jörger bereits «zahlreiche Gutachten» in Fragen der Ehescheidung und Eheschliessung abgegeben habe (vgl. auch Kapitel 2.2.2).[173]

Das Gutachterwesen war keine freiwillige Nebentätigkeit der Klinikärzte. Die Regierung legte in den Statuten fest, dass psychiatrische Gutachten von Beginn an zum Pflichtenkreis des Direktors beziehungsweise des ihn vertretenden Arztes gehörten.[174] Sie gehörten also offiziell zu den Aufgaben, für die die Direktion ihr gesetzlich reglemen-

---

168 Vgl. Rietmann (2017), S. 17. Siehe dazu auch Bühler et al. (2019), S. 21.

169 Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 123.

170 Ebd.

171 Jörger gab im Jahresbericht den Inhalt der Straftaten nicht bekannt. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1897, S. 128. Bei einem Beispiel von 1900 verfügte das Gericht auf das Gutachten hin eine Versorgung des Begutachteten in einer Trinkerheilstätte, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1900, S. 4.

172 Siehe z. B. Jahresberichte Waldhaus 1925, S. 175, 1931, S. 205, 1935, S. 232.

173 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1892, S. 124, 1896, S. 124, 1897, S. 128 (Zitat).

174 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 16.

tiertes, fixes Honorar erhielt.[175] Diese Reglung führte langfristig zu Problemen. Das Verlangen nach Gutachten schwankte von Zeit zu Zeit stark. Zudem wurden nicht alle Direktoren in demselben Ausmass für Gutachten aufgesucht. J. B. Jörger, der ab 1930 die Klinik Waldhaus führte, habe nach eigener Ansicht einen guten Ruf als Gutachter genossen und entsprechend viele Aufträge von den Behörden entgegengenommen. Mehr Gutachten bedeuteten aber auch mehr Arbeit. Deshalb begann er in den 1920er Jahren auch eigene Rechnungen auszustellen. Als die Regierung darauf aufmerksam wurde, forderte sie eine Begründung für die Rechnungsstellung. Jörger war nicht damit einverstanden, dass der Direktor «ex officio der psychiatrische Begutachter der Behörden sei».[176]

> *«Die psychiatrische Begutachtung ist in jedem Falle eine durch besondere Umstände veranlasste Extraarbeit von spezieller Verantwortung, oft von grossem Umfang u. bedeutender Zeitanforderung. Sie basiert auf speziellen Untersuchungen, Erhebungen, auf Aktenstudien u. erheischt eingehende schriftliche Darlegungen, was alles für gewöhnliche Behandlung u. Pflege eines Kranken in der Anstalt nicht oder in bedeutend geringerem Masse erforderlich ist.»*[177]

Er stellte sich auf den Standpunkt, dass unter den Umständen einer Begutachtungspflicht der bestehende Ärzteetat «längst nicht hinreichen» würde. Zudem würde er diverse Gutachten ambulant stellen, bei denen der «Explorand» gar nicht erst mit der Anstalt in Berührung gekommen sei. Jörger forderte eine «Praxis der Honorierung», wie sie beispielsweise bei der eidgenössischen Militärversicherung, die spitalärztliche Gutachten, Arztzeugnisse und Berichte speziell honoriert habe, praktiziert worden sei. Ohnehin würden alle Spitalärzte für Extraleistungen eigene Honorare beziehen. Jörger betonte auch, dass diese Handhabung in Graubünden eigentlich bereits geläufig gewesen sei. Die Behörden, vor allem Justiz und Erziehungsdepartement, hätten die von ihm gestellten Rechnungen immer ohne Widersprache visiert. In der Praxis schien die berufliche Autonomie der Anstaltsärzte nicht so stark durch organisatorische Hierarchien und Bestimmungen eingeschränkt gewesen zu sein. Mit den neu aufgeworfenen Beanstandungen würde das Justizdepartement ein funktionierendes System in Frage stellen, das auch von den Aufsichtsbehörden der Anstalt mitgetragen worden sei.[178] Die Aufsichtskommission stellte sich in dieser Angelegenheit dezidiert hinter Jörger.

> *«Die Aufsichtskommission hält nach wie vor an der Ansicht fest, dass die Anstaltsärzte auf Grund der Statuten nicht angehalten werden könnten, die oftmals sehr zeitraubende Arbeit der Begutachtungen unentgeltlich zu leisten.»*[179]

Langfristig war die Debatte damit aber nicht vom Tisch. 1945 machte die Staatsanwaltschaft Jörger – vermutlich auf eine gestellte Rechnung hin – eindringlich auf die Statuten aufmerksam. Diese sprächen unmissverständlich von einer Amtspflicht: «Die bezügliche Bestimmung sagt ganz kategorisch; ‹… und gibt auf Verlangen zuständiger Behörden irrenärztliche Gutachten ab.›»[180] Für die Staatsanwaltschaft war es selbstverständlich, dass der Direktor in Ausnahmefällen, etwa bei starker Belastung des Klinikbetriebs, auch Begutachtungsaufträge zurückweisen dürfe. Allerdings zeigte sie kein Verständnis dafür, dass Direktoren persönlich Rechnungen für die erbrachten Gutachten stellten. Um weitere Differenzen zu vermeiden, schlug sie vor, den entsprechenden Artikel in den Statuten anzupassen. Vor allem sei der Begriff «zuständige Behörden» zu präzisieren, beziehungsweise auf Vormundschaftsbehörden und Strafgerichte zu reduzieren. Zudem verlangte sie eine Regelung der Privatgutachten der Direktoren, damit nicht die amtlich vorgesehenen darunter leiden würden – dieses Anliegen wurde von der Regierung abgelehnt, da es den Direktoren statu-

175 StAGR V 13 e 1: Schreiben der Staatsanwaltschaft Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement, Chur, 4.9.1945, S. 1.

176 Offenbar übernahm er von seinem Vater, dem damaligen Direktor der Klinik, einige Gutachtenaufträge. Zudem legen seine Ausführungen nahe, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bereits auch Ober- und Assistenzärzte für Gutachten in Anspruch genommen wurden. Vgl. StAGR IV 10 b 13: Schreiben J. B. Jörgers an das Tit. Justizdepartement Graubünden, Masans, 15.7.1928.

177 Ebd.

178 Ebd.

179 StAGR IV 10 b 13: Schreiben der Aufsichtskommission der Anstalten Waldhaus und Realta an das Tit. Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Chur, 12.10.1928.

180 StAGR V 13 e 1: Schreiben der Staatsanwaltschaft Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement, Chur, 4.9.1945, S. 2.

tarisch erlaubt war, nebenbei eine Privatpraxis zu führen.[181] Dem Bedürfnis der Direktoren nach einem zusätzlichen Honorar für die erbrachten Gutachten kam die Staatsanwaltschaft allerdings nur leicht entgegen. Sie befand es als vertretbar, für ausserordentlichen Zeitaufwand eine pauschale Entschädigung zu entrichten.[182] Noch im selben Jahr passte die Regierung die Rahmenbedingungen für die Gutachtertätigkeit der Direktoren an – zugunsten J. B. Jörgers und seinen Kollegen. Die Behörden, die Gutachten bei den Klinikdirektoren einholen durften, blieben jedoch sehr weit gefasst:

«Entschädigung der Direktoren der Anstalten Waldhaus und Realta für amtliche Gutachten:
1. Die Direktoren der kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta sind berechtigt, für die von den zuständigen kantonalen Instanzen verlangten, in ihren Pflichtenkreis fallenden psychiatrischen Gutachten über Personen, die in die Anstalt eingewiesen werden oder sich bereits dort befinden, eine Entschädigung zu verlangen.
2. Als zuständige Behörden im Sinne des § 16 der Anstaltsstatuten werden der Kleine Rat oder die einzelnen Departemente, die Staatsanwaltschaft, die Kreisämter und die Vormundschaftsbehörden sowie deren Aufsichtsinstanzen bezeichnet.
3. Die Entschädigung kann je nach der Schwere des Falles bzw. des hiezu benötigten Mehrzeitaufwandes Fr. 10.– bis 60.– betragen.»[183]

Doch mit der zunehmenden Gutachtertätigkeit, die spätestens um 1940 zu verzeichnen ist, wuchsen auch die Gehaltsforderungen der Klinikärzte. 1966 beschloss die Bündner Regierung, diesem Anliegen Rechnung zu tragen und erhöhte die Honorare für psychiatrische Gutachten. Dabei legte sie allerdings fest, dass 20 Prozent der Gutachterkosten nicht zugunsten der begutachtenden Ärzte, sondern für den Schreibaufwand der Kliniken ausbezahlt werden sollen. Da die Kliniken dem Kanton unterstanden, kam dieses Fünftel an Gutachterkosten künftig der kantonalen Verwaltung zu.[184] Pflugfelder war mit dem Regierungsbeschluss nicht einverstanden und kündigte an, dass er und sein ärztliches Personal in einen Gutachterstreik treten würden.[185] Er widersprach zudem vehement der Vorstellung, dass die Gutachtertätigkeit für ihn eine lukrative Nebenbeschäftigung dargestellt hätte. Vielmehr sei sie ein integraler Bestandteil seiner beruflichen Aufgaben als Psychiater. Darüber hinaus schrieb er der Gutachtertätigkeit auch eine dokumentarische Bedeutung zu:

> *«Die Übernahme solcher psychiatr. und neuropsychiatr. Gutachten ist kein Steckenpferd des einzelnen Arztes, sondern nach unserer Auffassung eine recht belastende ärztliche Pflicht. […] Erst in 20 und 50 Jahren wird man genügend schätzen, welche wertvollen Informationen im Krankengeschichtenarchiv und auch in den ambulanten Krankengeschichten mit Gutachten gesammelt worden sind.»*[186]

4.2.2 Sachverständige für Behörden und Gerichte: Intensivierung der Gutachtertätigkeit seit den 1940er Jahren

Hans König, der von 1984 bis 1993 die Klinik Beverin führte, wies darauf hin, dass die Anzahl praktizierender Fachärzte Psychiatrie zu seiner Amtszeit in Graubünden überschaubar gewesen und deshalb Gutachtertätigkeit in Graubünden lange primär Sache der Kliniken war.[187] Dieser Umstand stellte die Einrichtungen mit der Zeit vor Herausforderungen, denn seit den 1940er Jahren nahm die Nachfrage nach straf- und zivilrechtlichen Gutachten der Klinik Beverin stark zu (vgl. Diagramm 41). Eine Entwicklung, die für das Waldhaus bereits 1932 moniert wurde:

> *«So sehr erfreulich es ist, dass die Meinung des Psychiaters steigender Beanspruchung sich erfreut, so hoffen wir doch, die Gutachtertätigkeit, die immer eine zeitraubende Mehrarbeit bedeutet, bewege sich nicht immer in solchen Zahlen.»*[188]

---

181 Ebd., S. 2–3; Zum Thema der freien Arztpraxen vgl. StAGR V 13 e 1: Schreiben der Finanzkontrolle des Kantons Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement Graubünden, Chur, 28.6.1944.

182 Ebd., S. 3.

183 StAGR VA 15: Entschädigung der Direktoren der Anstalten Waldhaus und Realta für amtliche Gutachten, 1945.

184 StAGR V 13 a 2: Der Kleine Rat des Kantons Graubünden, Protokoll Nr. 1536. Regierungsbeschluss zur Honorierung von psychiatrischen Gutachten, Chur, 25.7.1966.

185 Vgl. StAGR V 13 a 2: Stellungnahme Gottlob Pflugfelders zum Kleinratsbeschluss vom 27.6.1966, Chur 27.7.1966. Vgl. auch Aliesch (2013), S. 45–46.

186 Ebd.

187 Interview mit Hans König, 2.20.15–2.37.20

188 Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 205.

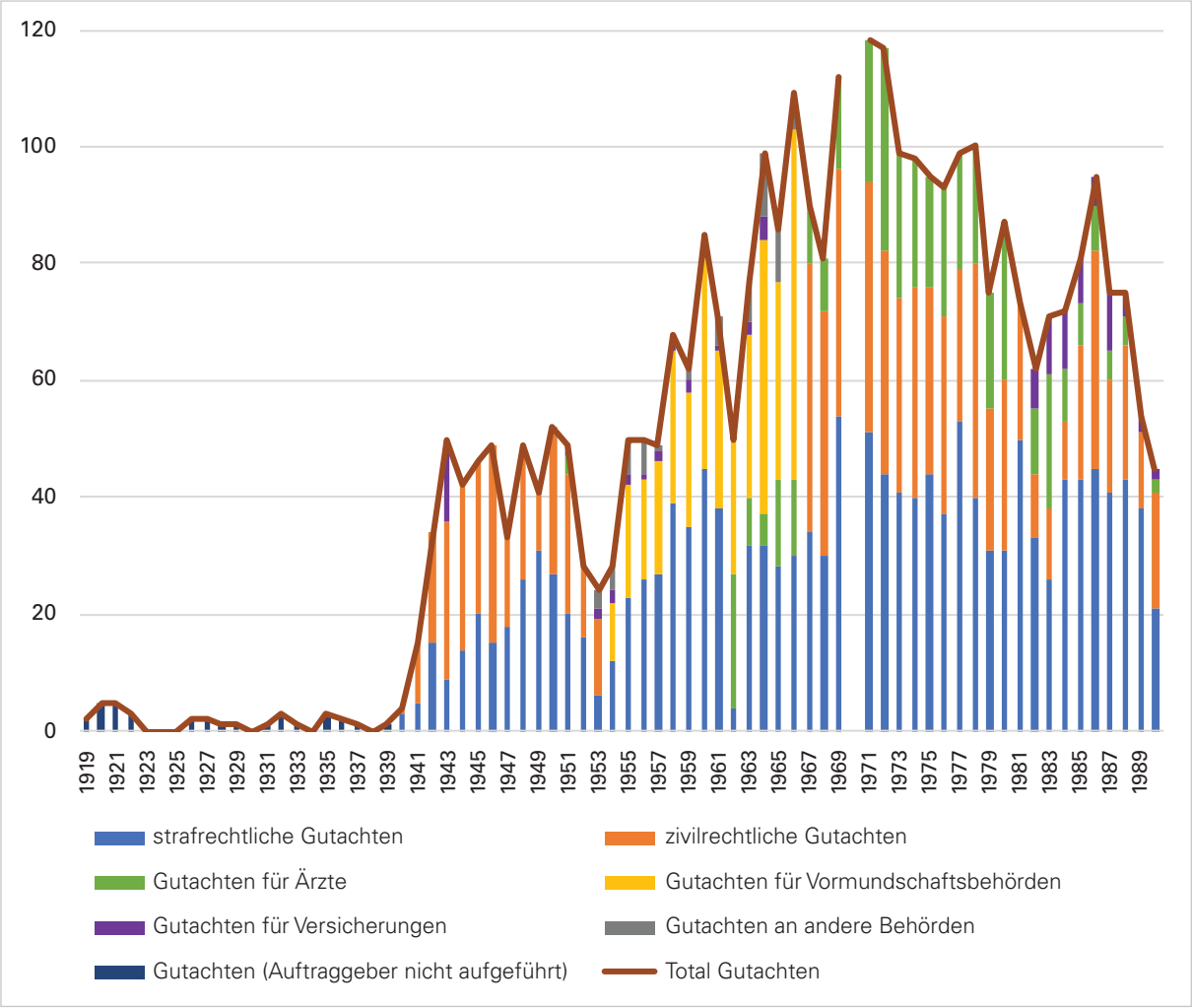


Diagramm 41: Gutachtertätigkeit der Klinik Realta/Beverin 1919–1990

Anmerkung: Die Gutachtertätigkeit ist vor allem für die Klinik Beverin gut dokumentiert. Die Gründe für die deutliche Abnahme der Gutachtertätigkeit Ende der 1980er Jahre konnten im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend geklärt werden.
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1990.

Die Zunahme der in Auftrag gegebenen Gutachten hing unter anderem mit der rechtlichen und institutionellen Entwicklung zusammen. 1942 trat das Schweizerische Strafgesetzbuch (StGB) in Kraft und 1960 wurde die Invalidenversicherung (IV) eingeführt. Strafrechtliche und zivilrechtliche Fälle machten weiterhin den Grossteil der Gutachtertätigkeit aus. Als Reaktion auf die Zunahme an Aufträgen begannen die Ärzte Mitte der 1960er Jahre vermehrt ambulant Gutachten zu stellen. Damit verbunden sollte die stationäre Begutachtung von «Exploranden» – wie die Begutachteten fachsprachlich bis heute bezeichnet werden – in einem handhabbaren Rahmen gehalten werden.

Auffällig bei der Gutachtertätigkeit der Klinik Beverin ist der starke Anstieg der strafrechtlichen Gutachten um 1969/70. Das starke Wachstum betrifft vor allem ambulante Begutachtungen bei drogensüchtigen Jugendlichen (Haschisch und LSD).[189] Der generelle Anstieg strafrechtlicher Gutachten hing aber auch mit der institutionellen Verbindung von Psychiatrie und Strafjustiz zusammen. Laut Direktor Oskar Pfister verfügte der Anstaltskomplex um 1950 in der Gutachtertätigkeit «eine gewisse Spezialität». Obwohl in Realta weniger Ärzte angestellt waren als im Waldhaus, wurden in Realta zwei bis drei Mal mehr Gutachten gestellt.[190] Auch die spätere Chefärztin

189 Jahresbericht Realta/Beverin 1969, S. 9.

190 Die Umbenennung in «Heil- und Pflegeanstalt Beverin» erfolgte erst 1951. Deshalb sprach Pfister in seinem

Suzanne von Blumenthal sah eine klare Tendenz der Staatsanwaltschaft, bei Abklärungen über die Hafterstehungsfähigkeit den Auftrag an die Klinik Beverin zu vergeben.[191]

Das wachsende Gutachterwesen bedeutete nicht nur ärztliche Mehrarbeit, sondern gemäss Pfister auch eine «erfreuliche Zunahme» von «frische[n] und akute[n] Fällen» zur Untersuchung und Abklärung – dies in einer Zeit, als sich die Ärzteschaft darüber beklagte, dass in Realta nur Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten versorgt würden.[192] Pfister stellte in den ersten fünf Jahren seiner Amtszeit 85 Expertisen aus. Davon standen laut seinen Angaben rund 30 im Zusammenhang mit Sittlichkeitsdelikten.[193]

Das Waldhaus setzte andere gutachterliche Schwerpunkte. Zwischen 1965 und 1985 verfassten die dortigen Ärzte diverse Gutachten zur Klärung der Diensttauglichkeit für die Rekrutenschule. Ab 1980 sind zudem diverse Begutachtungen bei Schwangerschaftsunterbrechungen gemäss Art. 120 StGB überliefert (vgl. Kapitel 5.2.1).[194] In diesen beiden Feldern waren psychiatrische Gutachten Teil eines Rechtsverfahrens. Beim Militär suchten viele Dienstunwillige die Befreiung über ein ärztliches Gutachten, den sogenannten «blauen Weg». In Abtreibungsfällen war ein Schwangerschaftsunterbruch ebenfalls nur legal nach Vorliegen eines ärztlichen Gutachtens, zumindest bis zur Einführung der «Fristenlösung» 2002.

Hans König, von 1984 bis 1993 Chefarzt der Klinik Beverin, räumte der Gutachtertätigkeit einen hohen Stellenwert ein. In seinen Augen war das Ausstellen von Gutachten eine Möglichkeit, der Psychiatrie eine bessere wissenschaftliche Legitimität und öffentliche Anerkennung zu verschaffen. Heute ist für die Gutachtertätigkeit eine spezielle Zertifizierung notwendig. König sah in dieser Entwicklung nicht nur Positives. Bereits in der Ausbildung habe er unter Anleitung der jeweiligen Vorgesetzten sehr viele Gutachten geschrieben und an den gemeinsamen Vorstellungen mitdiskutiert. Rückblickend betonte er die Wichtigkeit dieser praktischen Erfahrungen, vor allem gegenüber der verbreiteten Ansicht, dass allein ein Kurs zur Begutachtung legitimieren solle.[195]

Das Gutachterwesen war für die Ärztinnen und Ärzte eine aufwändige Zusatzbeschäftigung. Ein Gutachten zu erstellen folgte laut König einem vorgeschriebenen Ablauf.[196] In einem ersten Schritt formulierten die Auftraggeber (Vormundschaftsbehörde, Staatsanwaltschaft, Versicherung usw.) eine konkrete Frage an den Psychiater und erteilten ihm das Recht auf vollständige Akteneinsicht.[197] Die behördliche Sicht, die sich in den Akten spiegelt, konnte auf diese Weise auch die Position des Gutachtens prägen.[198] König argumentierte jedoch, dass für eine Begutachtung die Akteneinsicht unerlässlich sei. Ohne Berücksichtigung behördlicher Akten würde der Arzt einen «Kunstfehler» begehen. Gleichzeitig betonte er, dass der Begutachtungsprozess durch die Behörden nicht beeinflusst werden dürfe. Nach dem Auftrag sollte mit der beauftragenden Stelle deshalb keinerlei Kontakt mehr stattfinden.[199] In einem nächsten Schritt wurde der Begutachtungsauftrag einem Oberarzt oder einem Assistenzarzt übergeben. Anders als noch Mitte des 20. Jahrhunderts war es später nicht mehr üblich, dass der Direktor die Gutachten alleine ausfertigte. Danach folgte, so König, die Befragung des «Exploranden» und seines Umfelds sowie gegebenenfalls der Einbezug weiterer Fachpersonen. Der beauftragte Arzt verfasste aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse einen ersten Entwurf. Dieser wurde anschliessend gemeinsam mit der gesamten ärzt-

---

Vortrag an der Generalversammlung des Bündner Vormundschaftsverbandes ausschliesslich von Realta. Vgl. Pfister (1951), S. 8.

191 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 9.02–12.05. Jemand gilt als hafterstehungsfähig, wenn er oder sie in einer Einrichtung des Strafvollzugs untergebracht werden kann, ohne dass vom medizinischen Standpunkt aus mit gesundheitlichen Schädigungen zu rechnen ist. Vgl. Röhmer (2012), S. 685.

192 Pfister (1951), S. 8.

193 Gemeinsam mit den Gutachten, die andere Ärzte unter seiner Mitverantwortung erbracht haben, seien es rund 60 Gutachten. Allerdings sei «nur ein kleiner Teil der [Unzucht-]Fälle zur Anzeige» gelangt. Vgl. ebd., S. 9.

194 Das Amt als Waffenplatzpsychiater konnte laut Fontana «glücklicherweise» in den 1980er Jahre abgegeben werden. Künftig schrieben die Klinikärzte solche Gutachten nur noch stellvertretend, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1982, S. 180.

195 Vgl. E-Mail von Hans König vom 13. Oktober 2019, das er uns nach dem Interview zugestellt hat.

196 Suzanne von Blumenthal ergänzte in diesem Zusammenhang, dass seit den 1990er Jahren verbindliche Standards für die Gutachtenstellung etabliert worden seien. Vgl. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.13.40–1.21.45. Vgl. dazu beispielsweise die strengen Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,* Bern 2012.

197 Vgl. E-Mail von Hans König vom 13. Oktober 2019.

198 Vgl. Bühler et al. (2019), S. 21.

199 Vgl. E-Mail von Hans König vom 13. Oktober 2019.

lichen Belegschaft, den beteiligten Sozialarbeitenden und Pflegenden besprochen. Die begutachtete Person wurde in diese Diskussion ebenfalls einbezogen. Anschliessend formulierte der beauftragte Arzt eine Endfassung und übergab diese dem Chefarzt zur Unterzeichnung. Die in Rechnung gestellte Entschädigung für die Arbeit ging an den Chefarzt, der 80 Prozent des Honorars dem beauftragten Arzt und 20 Prozent dem verantwortlichen Vorgesetzten, also sich selbst, auszahlen liess.[200]

4.3 Die Sicht der Patientinnen und Patienten auf ihren Klinikaufenthalt

Die Perspektive der Patientinnen und Patienten lässt sich über die schriftliche Überlieferung nur fragmentarisch rekonstruieren. In den Patientenakten ist die Sichtweise der Betroffenen nur durch die Linse der Ärzte- und Pflegschaft und anderer Fachexpertinnen und -experten wiedergegeben – indirekt und gefiltert.[201] Schriftliche Dokumente, die von Patientinnen und Patienten verfasst wurden, sind selten.[202] Hinweise auf die Perspektive von Patientinnen und Patienten finden sich in überlieferten Korrespondenzen mit Angehörigen, Vormunden oder Juristen.[203] Ausserdem geben auch Beschwerdeschriften und Rekurse Einblick in die Erfahrungswelt der Patientinnen und Patienten. Alle diese Selbstzeugnisse entstanden jedoch in einem verrechtlichten Kontext, der sich auch auf den Inhalt auswirkte.

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Interviews mit vier Männern, die zeitweise als Patient in einer der beiden Kliniken untergebracht waren: Andrin Flütsch (*1942, Pseudonym), Alois Kappeler (*1953), Philipp Gurt (*1968) und Ken Margreth (*1987). Die Umstände ihrer Einweisung waren unterschiedlich. Bei Flütsch, Kappeler und Gurt handelte es sich um eine fürsorgerische Zwangsmassnahme, ausgesprochen von Vormundschaftsbehörden und Vormunden. Sie waren bereits als Kinder fremdplatziert, Flütsch und Kappeler im Rahmen des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse*. Alle drei setzten sich, unter anderem im Rahmen der historischen Aufarbeitung fürsorgerischer Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen, mit der eigenen Biografie auseinander. Während Kappeler, Flütsch und Gurt über die Zeit bis Mitte der 1980er Jahre berichten, reichen Ken Margreths Erfahrungen bis in die jüngste Vergangenheit. Er wurde von seinen Eltern aufgrund einer akuten Psychose kurz nach der Jahrtausendwende in die Klinik Beverin eingeliefert. Die vier Biografien geben Einblick in verschiedene Aspekte stationärer Aufenthalte in den beiden Kliniken Beverin und Waldhaus zwischen 1969 und 2006.[204]

4.3.1 Psychiatrische Unterbringung als fürsorgerische Zwangsmassnahme

Andrin Flütsch (*1942, Pseudonym) wuchs in einer grossen Familie mit vielen Geschwistern auf.[205] Die ganze Familie stand unter der Vormundschaft von Albert Siegfried (1890–1972), dem Begründer und Leiter des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse*. Flütsch war drei Jahre alt, als Siegfried die Familie auseinanderriss und alle Kinder in verschiedene Heime und Pflegefamilien in der Schweiz fremdplatzierte. Flütsch landete zuerst im Kinderheim St. Iddazell in Fischingen (TG) und kam anschliessend unter anderem in Bremgarten (AG) und Neu St. Johann (SG) in zwei Heime, die von katholischen Schwestern geführt wurden. Nachdem seine Mutter früh verstarb, verlor Flütsch für Monate sein Sprechvermögen. Die Primarschulen stellten bei Flütsch einen starken Bildungsrückstand gegenüber seinen Klassenkameraden fest.

200 Zu Königs Amtszeit lag die Frist für ein Gutachten bei maximal drei Monaten. Vgl. ebd.

201 Es gibt nur eine kleine Anzahl publizierter Schriften, in denen Patienten ihre Zeit im Waldhaus oder in Realta/Beverin schilderten, vgl. Furger (1911), siehe auch Kapitel 2.1.1; Gurt (2016). Nicht unerwähnt bleiben soll zudem die umfangreiche Studie über das Leben des jüdischen Flüchtlings Rolf Merzbacher, der nach seiner Ankunft in der Schweiz in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen untergebracht wurde und schliesslich im Waldhaus verstarb, vgl. Spuhler (2011).

202 In vielen Patientenakten finden sich kurze Lebensläufe von Patientinnen und Patienten, die sie auf Verlangen des ärztlichen Personals beim Eintritt in die Klinik verfassten. Vgl. dazu die quellenkritischen Anmerkungen im Quellen- und Literaturverzeichnis.

203 Die Korrespondenzen wurden unter Umständen allerdings zensuriert. Siehe dazu Artikel 45 der Statuten von 1917: «Der Verkehr der Kranken mit ihren Angehörigen oder mit Auswärtigen überhaupt, durch Besuche, Briefe oder Sendungen unterliegt der Bewilligung und Kontrolle der Direktion». Vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 45.

204 Vgl. dazu auch Künzli (2019), S. 2–3; Spuhler (1994), S. 109–124.

205 In dieses Unterkapitel flossen viele Erkenntnisse aus der Masterarbeit von Lukas Künzli. Er hat gemeinsam mit Loretta Seglias die Interviews mit Flütsch, Kappeler und Gurt geführt, vgl. Künzli (2019), S. 26–38.

Nach der vierten Primarschulklasse wurde er aus der Schule entlassen und als Hilfsarbeiter im Gartenbetrieb des Heimes eingesetzt. Es wurden keine Bemühungen unternommen, seinen Sprachverlust und Bildungsrückstand zu beheben. Die Arbeit draussen im Garten entwickelte sich zu einer Konstante in seiner Jugend und als junger Erwachsener. Er wurde durch seinen Vormund als Hilfsgärtner von Einrichtung zu Einrichtung vermittelt und arbeitete später als Knecht auf verschiedenen Höfen. Wenn es ihm auf einer Stelle nicht gefiel, floh er. Da er unter Vormundschaft stand, wurde er nach der Flucht jeweils polizeilich ausgeschrieben.

Im Alter von 22 Jahren, nachdem er nach einer längeren Flucht aufgegriffen wurde, brachte ihn seine Vormundin[206] in die Anstalten von Bellechasse im Kanton Freiburg, wo er für die Jahre 1964 bis 1967 administrativ versorgt blieb. In den 1970er und 1980er Jahren folgten mehrere Aufenthalte in der Klinik Beverin und administrative Versorgungen in Realta. Flütsch war über die ganze Zeit bevormundet. Ab 1972 übte nicht mehr das *Hilfswerk*, sondern die Vormundschaftsbehörde des Kreises Ilanz die Vormundschaft aus. Seit 2013 steht Flütsch unter Beistandschaft, die im neuen Erwachsenenschutz desselben Jahres die Vormundschaft abgelöst hatte.

Alois Kappeler (*1953) hat seine Geschichte bereits mehrfach öffentlich gemacht.[207] Bekannt sind insbesondere diejenigen Erfahrungen, die er als Heimkind, «Zögling» des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse* und Betroffener administrativer Versorgungen machte.[208] Die Zeit, die er in psychiatrischen Kliniken verbrachte, blieb dabei unterbeleuchtet. Kappeler wurde in Galgenen im Kanton Schwyz geboren und wuchs in einer Familie mit zwölf älteren Geschwistern auf. Zwei Tage nach seiner Geburt leitete die *Pro Juventute* eine Kindswegnahme ein. Kappeler wuchs anschliessend in diversen Kinderheimen auf. Den längsten Aufenthalt verbrachte er in Bremgarten (AG), wo er sexuellen Übergriffen von Priestern und Nonnen ausgesetzt war. Schon als Kind erhielt er wegen eines ihm zugeschriebenen «unruhigen Wesens» regelmässig Medikamente. Zudem wurde er im Alter von acht Jahren erstmals zur Abklärung einer möglichen Epilepsie in die psychiatrische Klinik Burghölzli gebracht – Abklärungen, die sich danach in verschiedenen Einrichtungen wiederholten. Erst als er 15 Jahre alt war, stoppten die Ärzte die regelmässige Einnahme des Medikaments, da ein Zusammenhang mit seinen epilepsieartigen Krämpfen festgestellt worden war. Bis ins Teenageralter hatte er keine Kenntnisse von der Existenz seines Vormundes, des Schwyzer Schutzaufsichtsbeamten Schelbert. Als er die Volljährigkeit erreichte, wurde die Vormundschaft nicht aufgelöst.

Danach begann eine Odyssee durch diverse administrativrechtliche, strafrechtliche und psychiatrische Einrichtungen. Platzierung folgte auf Platzierung. Dazu gehörten auch die beiden psychiatrischen Kliniken in Graubünden; Ende der 1960er Jahre landete Kappeler im Waldhaus, Ende der 1970er Jahre in der Klinik Beverin und der Verwahrungsanstalt Realta. In den Institutionen, in denen er untergebracht war, habe er sich immer wieder, so Kappeler, vehement, auch mit physischer Gewalt, gegen verhängte Massnahmen und Disziplinierungen gewehrt. Schelbert, sein Vormund, drängte Ende der 1970er Jahre darauf, Kappeler kastrieren zu lassen, um seine Triebe besser unter Kontrolle zu bekommen (vgl. Kapitel 3.3.7). Die Ärzte der Klinik Beverin schlugen ihm gegenüber im Gespräch ebenfalls eine Kastration vor, worauf Kappeler mit körperlicher Gewalt reagierte. Er wurde daraufhin nach Realta versetzt, wo er die nächsten sechs Jahre verbrachte. In den 1980er Jahren floh Kappeler erfolgreich vor der Vormundschaft auf den Umbrail-Pass, wo er während acht Jahren als Hirte untertauchte. Nach einem Unfall geriet er zurück in das Visier der Vormundschaft. Danach kam es auch zu einem erneuten Kontakt mit der Bündner Psychiatrie. Erst im Alter von 46 Jahren gelang es ihm, sich vor Gericht von der Vormundschaft loslösen zu lassen.

Philipp Gurt, 1968 in Chur geboren, ist unter anderem bekannt für seine schriftstellerische Tätigkeit. 2017 wurde seine Autobiografie «Schattenkind» mit dem Bestsellerpreis der Schweizer Buchverlage ausgezeichnet.[209] Darin schildert er detailliert, wie sein Leben, vor allem seine Kindheit und Jugend, von schwerwiegenden Eingriffen

206 Aus der Patientenakte von Andrin Flütsch und aus persönlichen Kopien ist zu entnehmen, dass Siegfrieds Sekretärin, Clara Reust (1916–2000), zu diesem Zeitpunkt die Vormundschaft ausgeübt hatte. Flütsch hat der Einsicht in seine Akte und deren Zusammenführung mit den Angaben im Interview zugestimmt.

207 Vgl. Brühlmann-Jecklin (2018).

208 Die Zeit, die er in *Hindelbank* verbrachte, stand jüngst im Fokus der Sendung *Schweiz Aktuell* des Schweizer Fernsehens. Der Beitrag erschien Mitte 2019, vgl. Administrative Versorgung – Weggesperrt ohne Urteil, in: Schweizer Radio und Fernsehen: Schweiz Aktuell, 01.07.2019.

209 Vgl. Gurt (2016).

durch Vormundschaftsbehörden und Misshandlungen in verschiedenen Einrichtungen geprägt war. Gurt kontrastiert seine Erfahrungen mit Akten, die er in Archiven fand, und damit mit der Sichtweise von Behörden, Heimen und Ärzten. Dafür besorgte er sich alle Akten, die von den entsprechenden Einrichtungen und Fachleuten über ihn und seine Familie angelegt worden waren. Gurt wurde von den Behörden früh unter Vormundschaft gestellt. Seine Eltern waren damals ebenfalls bereits für unmündig erklärt worden. Er war vier Jahre alt, als seine Mutter die Familie, acht Kinder und den alkoholabhängigen, gewalttätigen Vater verliess. Die Kinder wurden daraufhin voneinander getrennt. Gurt verbrachte seine Kindheit und Jugend in verschiedenen Heimen, in denen er sexuelle Übergriffe von Erzieherinnen erlebte. Nach zahlreichen Fluchtversuchen wurde er 1983 als 15-Jähriger in der Strafanstalt Sennhof versorgt – eine Massnahme, für die es keine Rechtsgrundlage gab. Wenige Tage später wurde er zur Begutachtung in die psychiatrische Klinik Beverin eingewiesen. Zwei Fluchtversuche zu Beginn des Aufenthalts scheiterten. Als er einen Monat später unverhofft Urlaub über das Wochenende erhielt, entschied er sich, nicht wieder zurückzukehren.[210] Mit Erreichen der Volljährigkeit wurde Gurt aus der Vormundschaft entlassen und arbeitete sich anschliessend in der EDV-Abteilung eines internationalen Unternehmens hoch. Gleichzeitig begann er, Biografien und Romane zu verfassen.

Auch wenn Flütsch, Kappeler und Gurt sehr unterschiedliche Biografien und Erfahrungen haben, kamen sie alle in Zwangssituationen mit der Psychiatrie in Kontakt. Als beispielsweise der 15-jährige Philipp Gurt in Beverin im Wachsaal untergebracht und begutachtet wurde, war für ihn klar, dass er kein Patient, sondern ein «Internierter» war.[211] Alle drei betonten, dass die psychiatrische Unterbringung mit ihrer jenischen Herkunft in Verbindung stand.[212] Und alle drei standen unter Vormundschaft, nur bei Gurt wurde diese mit dem Erreichen des Erwachsenenalters aufgehoben.

Begutachtungen aus Patientensicht

Flütsch und Gurt kamen erstmals im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung mit der Klinik Beverin in Kontakt. Für Flütsch war die Begutachtung ein Wendepunkt. Sie stellte die Weichen für eine Jahrzehnte dauernde, ununterbrochene Bevormundung.[213] Dass der Entscheid, ihn unter Vormundschaft zu stellen, rechtlich nicht in Beverin gefällt werden konnte, war in seinen Ausführungen nicht zentral. In seinen Augen war klar: Es war das ärztliche Gutachten, das ihn wegen mangelndem Sprachvermögen bevormunden liess.[214] Flütschs Ausführungen zeigen, dass Betroffenen nicht immer klar war, wer welche Entscheidungen traf.

Philipp Gurt wurde 1983, nachdem er mehrere Male aus Erziehungsheimen ausgerissen war, für eine erneute Begutachtung in die Klinik Beverin überwiesen. Während er den Alltag im geschlossenen Wachsaal mit Gittern traumatisierend erinnerte, erschienen ihm die Untersuchungen als willkommene Abwechslung zum eintönigen Klinikalltag. Mehrere Personen interessierten sich für ihn; er konnte sein Allgemeinwissen zeigen. Gurt lotete bei den psychologischen Tests Grenzen aus, er gab etwa bei einem Rorschach-Test absichtlich an, dass er in den schwarzen Flecken nur Drachen und Dämonen sehen würde.[215] Darin zeigt sich nicht zuletzt, dass Jugendliche, die einen langen Weg durch die Institutionen gehen mussten, auch gelernt hatten, einen eigenen Umgang damit zu

---

210 Vgl. ebd., S. 318–346; Interview Gurt 0.36.19–36.30.

211 Interview mit Philipp Gurt, 0.57.16–0.58.08.

212 Interview mit Alois Kappeler, 0.43.12–0.43.20; Interview mit Andrin Flütsch (Pseudonym), 0.22.21–0.22.30; Gurts Erstkontakt mit der Psychiatrie erfolgte im Zusammenhang mit einer Begutachtung seines «jenischen» Vaters. Der zuständige Psychiater bezog im Gutachten auch zu Philipp Gurt und seinen Geschwistern Stellung, vgl. Interview mit Philipp Gurt, 0.01.00–0.02.30; Gurt (2016), S. 12–28. Galle zeigte in ihrer Dissertation auf, dass über ein Fünftel aller «Kinder der Landstrasse» zur Begutachtung in spezialisierten Einrichtungen, etwa psychiatrischen Kliniken oder Beobachtungsheimen, untergebracht wurden. Vgl. Galle (2016), S. 561. Die Interviews mit ehemaligen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden bestätigten für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts, dass Jenische psychiatrisch untergebracht wurden. Doch weder die Interviews noch schriftliche Quellen und Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass es in der Vergangenheit der Bündner Psychiatrie unter Patientinnen und Patienten, die auch vormundschafts- oder fürsorgerechtlich beaufsichtigt waren, eine Dominanz von Jenischen gab. Abschliessend klären lässt sich diese Frage nur durch eine aufwändige, systematische Durchsicht sämtlicher Patientenakten. Aliesch hat in ihrer Arbeit zum Sippenarchiv allerdings darauf hingewiesen, wie schwierig es ist, Analysekategorien für in den Akten verwendete Begriffe wie «jenisch», «Vagant», «Spengler» oder «Kessler» festzulegen.

213 Zum Eigenleben behördlicher Akten und zur Stigmatisierung durch Akten siehe Galle / Meier (2009), S. 103–147.

214 Interview mit Andrin Flütsch (Pseudonym), 0.04.57–0.06.31.

215 Interview mit Philipp Gurt, 25.50–26.15.

finden. Gurt entschloss sich, die Tests zu sabotieren und widersetzte sich damit einer Kooperation, die von ihm erwartet wurde. Die zuständige Ärztin schilderte er als jung und hübsch. Er war der Meinung, eine gewisse emotionale Nähe zu ihr aufgebaut zu haben, was sich positiv auf die Bewertung hätte auswirken müssen. Die Hoffnung zerschlug sich jedoch. Sie sei in ihrer Beurteilung «beinhart» gewesen und habe, wie Gurt später bei der Einsichtnahme seiner Patientenakte erfahren sollte, sogar eine Isolierung in Betracht gezogen:

> *«Gemeinsame: Hereditär schwerst belasteter, milieugeschädigter, frühverwahrloster Pubeszent. Vorschläge: Erneuter Versuch in Albisbrunnen. Bei Fehlschlag Ausschulung und warten, bis der Pat. delinquiert. Dann Nacheinweisung in ein geschlossenes Heim, z. B. Tessenberg.»*[216]

Gurt erwähnte am Anfang des Gesprächs, er glaube, dass hinter den Gutachten auch eine «Strategie» gelegen haben könnte, die sich auf die Selbstwahrnehmung und das Verhalten der Begutachteten ausgewirkt habe.[217] Eine gewisse Voreingenommenheit, unter anderem aufgrund Gurts jenischem Familienhintergrund, habe sich auf den ärztlichen Umgang mit ihm ausgewirkt. Das Wissen um diese angebliche Voreingenommenheit habe auf der anderen Seite wiederum Gurts Verhalten beeinflusst; auch weil ihm eine Meinung und die Fähigkeit, seine Situation selber beurteilen zu können, abgesprochen worden sei.[218] Wer von Anfang an die Patienten als minderwertig anschaue, so Gurt, der integriere diese Sichtweise auch in sein Beurteilen und Handeln.[219] Dieses erlebte Machtgefälle deutete er auch in seiner Autobiografie an:

> *«In der ersten Nacht hatte ein grosser, kräftiger Pfleger, ein Deutscher, zusammen mit einem Schweizer Dienst. Immer wieder blickten sie aus dem Glashäuschen zu mir rüber, als wäre ich eine Laborratte in einem Drehrad oder so etwas Ähnliches. Kurz überlegte ich mir, aus Langeweile ein paar Faxen zu machen, beispielsweise so zu tun, als hätte ich einen gehörigen Dachschaden. Doch besser nicht, bremste ich mich, denn aus dem Spass konnte schnell etwas Ernstes werden. Dann würde ich eben nicht mehr ernst genommen …»*[220]

Fehlende Perspektiven

Eine weitere Erfahrung, die sich in den drei Biografien manifestiert, ist die fehlende Perspektive auf (baldige) positive Veränderungen. Gurt betonte, dass ihm während seines Aufenthalts in der Klinik Beverin keine Perspektiven gegeben wurden. Der Alltag war monoton; die Tage verliefen immer gleich. Er ass, schaute Fernseher oder beobachtete durch das Gitter das Geschehen im Park. Letztlich habe er gewartet – darauf, dass jemand etwas an seiner Situation ändert. Niemand suchte das Gespräch mit ihm über den Zeitpunkt seines Austritts.[221] Gurt fühlte sich der «Zeit und Struktur» beraubt.[222] Auch Kappeler teilte das Gefühl, handlungsunfähig und mit scheinbar übermächtigen Realitäten konfrontiert zu sein. Als er über seinen Aufenthalt im Waldhaus um 1970 berichtete, sprach er von einem stufenartigen Abteilungssystem – von der halboffenen über die geschlossene Station bis zur «schlimmsten» Abteilung, in der auch zwangsweise Elektroschocks und Dauerbäder verabreicht und Isolierungen in Einzelzellen verhängt wurden. Patienten, die gegen die Hausordnung verstiessen, weil sie beispielsweise die tägliche Arbeit verweigerten oder zu spät vom Wochenendurlaub zurückkehrten, wurden auf eine strenger kontrollierte Abteilung mit weniger Bewegungsfreiheit verlegt. Er selbst wurde einmal auf eine Abteilung versetzt, wo er in einer Zwangsjacke den ganzen Tag auf einem Stuhl gebunden war. Er sprach immer wieder vom Gefängnischarakter der Psychiatrie und von seiner eigenen Wehrlosigkeit. Gleichzeitig erhielt er über den gesamten Zeitraum Medikamente, die ihn schläfrig machten und unter deren Einfluss er kaum mehr sprechen konnte. Deshalb habe er sich vermehrt mit Gewalt gewehrt.[223] Die Erfahrungen von Gurt und Kappeler waren ähnlich – ihre Reaktionen aber

---

216 In seiner Autobiografie zitiert Philipp Gurt die entsprechenden psychiatrischen Berichte, vgl. Gurt (2016), S. 318–337, Zitat auf S. 321.

217 Interview mit Philipp Gurt, 03.50–04.30. Die Übernahme der zugewiesenen Stigmatisierungen und Negativbewertungen wurde bereits in anderen Forschungen, beispielweise zu fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen, thematisiert. Vgl. Leuenberger / Seglias (2015), S. 357.

218 Interview mit Philipp Gurt, 46.00–46.30, 52.20–52.40.

219 Ebd., 0.48.10–0.48.27.

220 Gurt (2016), S. 324.

221 Interview mit Philipp Gurt, 32.35–35.10.

222 Ebd., 36.50–37.45.

223 Interview mit Alois Kappeler, 0.17.22–0.21.30, zu den einzelnen Abteilungen 1.36.20–1.47.40.

unterschiedlich. Kappeler reagierte mit Gewalt auf das Gefühl der Wehrlosigkeit; Gurt antwortete mit Fluchtversuchen.

Das Gefühl, keine Perspektive auf eine Entlassung zu haben und ständig unter Beobachtung zu stehen, geht auch aus einem Beitrag hervor, den ein Patient 1988 in der Hauszeitung der Klinik Beverin verfasst hat. Darin hielt er die Eindrücke von seinem Aufenthalt in der Klinik Beverin fest.

> *«Schlimm ist für mich auch, dass ich nie weiss, wie lange mein Aufenthalt hier dauert. Ich war schon acht Monate ohne Unterbruch hier und bin es nicht gewohnt, dass ich so streng behandelt werde. Steht man zehn Minuten zu spät auf, bekommt man keinen Kaffee mehr und bei den kleinsten Vorkommnissen muss ich auf die geschlossene Männerabteilung zurück. Dem Pflegepersonal fehlt das Verständnis für meine Sensibilität. […] Von Seiten der Aerzte heisst es immer, man müsse abwarten und schauen, wie es weitergehe. Dies bedeutet dann, wochenlang auf der geschlossenen Abteilung rumhängen. Das empfindet jeder als unangenehm. Ich sehe dann überhaupt keine Zukunft mehr.»*[224]

4.3.2 Psychiatrische Unterbringung als rettende Massnahme

Die stationäre psychiatrische Unterbringung ist ein gravierender Einschnitt im Leben eines Menschen. Sie erfolgt, wie die obigen Beispiele gezeigt haben, nicht immer freiwillig. Mittels einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) können auch heute Menschen aufgrund einer festgestellten Eigen- oder Fremdgefährdung unter Zwang in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden (vgl. Kapitel 3.1 und 6.2.3). Auch Ken Margreth kam nicht aus freien Stücken nach Beverin. In einer akuten psychotischen Phase brachten ihn seine Eltern dorthin. Für ihn war die Behandlung in der Klinik im Rückblick notwendig und eine Möglichkeit, sein Leben mit einer psychischen Erkrankung neu zu gestalten.[225]

Bevor er diese positive Erfahrung während des stationären Aufenthaltes machte, war sein erster Kontakt mit einem Psychiater äusserst negativ. Bereits als Jugendlicher hatte er ein erstes Mal gesundheitliche Probleme und konsultierte, zusammen mit seiner Mutter, einen Facharzt.[226] Die Sitzungen mit dem Psychiater brachten nicht die gewünschte Aufklärung und Perspektive. Ken Margreth fühlte sich weder verstanden noch respektiert. Das verschriebene Medikament Haldol löste gravierende Nebenwirkungen aus, so dass Margreth im Rückblick meint, dass dem schon etwas älteren Psychiater «die Zulassung entzogen» gehört hätte.[227] Aus heutiger Sicht bezeichneten Mutter und Sohn das fehlende Wissen über die angemessenen medizinischen Angebote als einen wesentlichen Grund für ihre schlechte erste Erfahrung mit der Psychiatrie.[228] Für die Familie war es schwierig, die psychische Erkrankung von Ken Margreth einzuordnen. Deshalb auch habe er letztlich eine Therapie durchgeführt, auf die er nachweislich schlecht reagierte – es fehlte zum einen das Wissen um Alternativen, zum anderen offenbar auch eine übergeordnete psychiatrische Anlaufstelle, die die Unsicherheiten der Familie abgefangen hätte.

Der Zweitkontakt mit der Psychiatrie verlief wesentlich positiver.[229] Trotz erster therapeutischer Massnahmen und einer neuen Psychiaterin war ein Klinikaufenthalt nicht mehr zu verhindern. Kurz darauf erlitt er einen Zusammenbruch, kämpfte mit Todesängsten und wurde unmittelbar danach in der Klinik Beverin behandelt. Für Ken Margreth war dieser Schritt entscheidend für sein weiteres Leben. In der Klinik Beverin konnten seine Symptome behandelt werden; verschiedene Therapien halfen ihm, sich zu stabilisieren. Die Beziehung zu und Behandlung der Ärzteschaft und Pflegenden erlebte er als konstruktiv, transparent und zielführend. Nach einem mehrmonatigen Aufenthalt konnte er in sein soziales und familiäres Umfeld zurückkehren. Über den anstehenden Austritt wurde er informiert und in den Ablauf miteinbezogen. Seine psychische Erkrankung schränkt ihn bis heute in gewissen Bereichen seines Lebens ein. So arbeitet er in einer Firma, die Arbeitsplätze für Menschen mit einer psychischen Behinderung anbietet.

---

224 Privatarchiv Hans König: Aus der Sicht des Patienten. Eindrücke von meinem Aufenthalt in der Klinik Beverin, in: Beverin, Hauszeitung der Psychiatrischen Klinik Cazis, Nr. 1, Mai 1988, S. 19.

225 Zur Biografie von Ken Margreth siehe Nahaufnahme 7.

226 Interview mit Ken u. Brigitta Margreth, Aufnahme 1, 6.15–7.20.

227 Ebd., Aufnahme 1, 7.21–8.00, 9.00–9.40.

228 Ebd., Aufnahme 1, 10.00–10.20

229 Ebd., Aufnahme 1, 11.10–12.00.

Nahaufnahme 5: Dumeng Bezzola (1868–1936) – Ein bedeutender Bündner Psychoanalytiker

Aus den schriftlichen Quellen ist nur schwer zu erschliessen, wie stark und in welcher Form psychotherapeutische Ansätze im bündnerischen Psychiatriealltag des 20. Jahrhunderts zur Anwendung kamen. Gleichzeitig hoben die ärztlichen Direktoren in den Jahresberichten immer wieder die grosse Bedeutung der Psychotherapie hervor. In den 1920er Jahre finden sich Anhaltspunkte für erste «Gruppentherapien» und in den 1940er Jahren Verweise auf «individuelle» und «kollektive» Psychotherapien.[230] Zudem stand das Waldhaus zwischen 1946 und 1951 unter der Leitung des Psychiaters Fred Singeisen, der zuvor eine psychoanalytische Ausbildung in München absolviert hatte und mit dem tiefenpsychologischen Verfahren der Individualtherapie arbeitete.[231] Die 1940er Jahre waren in Graubünden ohnehin eine fruchtbare Zeit für psychotherapeutische Ansätze: Sowohl das Waldhaus als auch Beverin waren unter den neuen Direktoren Singeisen und Hans Walther im Modernisierungsaufbruch begriffen. Die Initiativen der beiden Direktoren stiessen rasch auf Zuspruch. Psychotherapeutische Ansätze fanden etwa bei körperbezogenen Therapien, bei «Alkoholvergällungskuren», im Anschluss an psychochirurgische Eingriffe und schliesslich bei der Behandlung mit Psychopharmaka zunehmend Beachtung. Mit der Ausweitung des Therapieangebots und einem erhöhten Anspruch auf gesellschaftliche Integration gewann die Psychotherapie in den Folgejahrzehnten weiter an Einfluss und verdrängte die fachlich zunehmend umstrittenen physikalischen Behandlungsformen (vgl. Kapitel 5). Somatische Kuren fanden allenfalls noch unter verstärkter ärztlicher Überwachung statt.

In den Jahresberichten wurde oft beiläufig erwähnt, dass «selbstverständlich auch Psychotherapie» im Behandlungsalltag seinen Platz hatte.[232] So selbstverständlich das für die ärztlichen Direktoren geklungen haben mag, für Fachfremde dürfte dabei meist unklar geblieben sein, was hinter dem unscharfen und vieldeutigen Oberbegriff «Psychotherapie» jeweils stand. Denn im 20. Jahrhundert entstand eine Vielfalt an psychotherapeutischen Denkrichtungen und methodischen Zugängen. Auf die klassischen, historisch stark verankerten psychotherapeutischen Verfahren der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie folgten im Laufe des Jahrhunderts neue, integrative Methoden und eine allgemeine Ausdifferenzierung des Feldes der Psychotherapie.[233]

Das medizinhistorische Interesse an der Psychoanalyse in der Schweiz war bis anhin stark auf Zürich als Zentrum der Aufnahme und Verbreitung der Psychoanalyse ausgelegt.[234] Eugen Bleuler (1857–1939) und C. G. Jung (1875–1961) gehörten zu den prominenten Personen, die in der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli eine Zürcher Schule der Psychoanalyse begründet und sich auch in der klinischen Arbeit mit der psychotherapeutischen Methode auseinandergesetzt haben. Der historiografische Fokus auf Zürich vernachlässigt jedoch, dass sich auch jenseits des Zürcher Epizentrums Schweizer Psychiater psychoanalytisch betätigten. Eine solche Person war der Bündner Dumeng Bezzola, der mit den grossen Psychoanalytikern der Jahrhundertwende in regem Austausch stand. Bezzola wuchs als Kind einer angesehenen Kaufmanns- und Gelehrtenfamilie in Zernez auf. Nach dem Medizinstudium in Zürich, Genf und Heidelberg absolvierte er das Staatsexamen in Berlin und promovierte 1894 unter Hugo Ribbert (1855–1920) in Zürich.[235]

Im Waldhaus und auf Schloss Hard: Vorbehalte gegenüber den beruflichen Einschränkungen in Anstalten

Nach einer zwischenzeitlichen Assistenzarztstelle in Aarau zog es Bezzola 1894 wieder zurück nach Graubünden. Das Waldhaus berief ihn als Assis-

230 Jahresbericht Realta 1943, S. 114.

231 Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gottlob Pflugfelder: Aus der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur 1970, S. 6.

232 Jahresbericht Waldhaus 1949, S. 27.

233 Vgl. dazu Hautzinger (2007) und Hoff (2008).

234 Vgl. unter anderem Fischer (2013); Küchenhoff / Lier (2012); Wieser (2001); Sprecher (2000).

235 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936), S. 1; Walser (1970), S. 367–368.

tenzarzt nach Chur.[236] Dort entwickelte Bezzola eine sehr freundschaftliche, wenn auch ambivalente Beziehung zu Direktor J. J. Jörger. Auf der einen Seite war Jörger eine starke Einflussgrösse. Jörger und Auguste Forel (1848–1931) der Zürcher Schule, dessen Schriften Bezzola schon zu Studienzeiten fasziniert hatten, prägten massgeblich sein Interesse für die Alkoholfrage. Bezzola referierte und publizierte in der Folge mehrfach zur Debatte über die degenerativen Vererbungstheorien des Alkoholismus.[237] Als er in den Diskurs um die pathologischen Folgen des Alkoholismus eintrat, erklärte er sich zum überzeugten Abstinenten, nicht zuletzt, um Alkoholikern ein gutes Vorbild zu sein.[238] Auf der anderen Seite setzte Bezzola auf therapeutischer Ebene andere Schwerpunkte als Jörger. Bezzola war in besonderer Weise am individuellen Seelenleben seiner Patientinnen und Patienten interessiert – ein Interesse, das er bereits bei sich selbst verspürt hatte. Seit er 18 Jahre alt war, führte er über buchstäblich jede Minute seines Lebens Tagebuch, mit der Absicht, die Aufzeichnungen als Form der strengen Selbsterziehung und als Instrument der Analyse seines eigenen Handelns zu verwenden. Durch dieses Kontrollsystem glaubte er, jeden gesponnenen Gedanken zurückverfolgen zu können. Diese Neigung, sich selbst zu beobachten und an sich selbst hohe Anforderungen zu stellen, habe er auch fruchtbar für seine psychiatrische Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten machen können, indem er etwa vergleichsweise früh geistige Probleme wahrgenommen habe.[239] Eine eigene psychotherapeutische Behandlungsmethode entwickelte Bezzola aber erst nach seiner sechsjährigen Tätigkeit als Assistenzarzt im Waldhaus.[240] Diesen Eindruck hinterlässt zumindest der überlieferte Nachlass von Dumeng Bezzola, der sich im Institut für Medizingeschichte in Bern befindet.[241]

Nach der psychiatrischen Tätigkeit im Waldhaus führte Bezzola von 1901 bis 1909 die private Heilanstalt im Schloss Hard in Ermatingen im Kanton Thurgau (Abbildung 12).[242] Die Einrichtung war zu diesem Zeitpunkt erst drei Jahre jung. Eine Aktiengesellschaft rund um Ludwig Frank (1863–1935), Direktor der psychiatrischen Anstalt Münsterlingen, erwarb 1898 das Schloss und Gut Hard, um darin ein abstinent geführtes Sanatorium für «Nervenleidende und Alkoholische Kranke der bemittelten und gebildeten Klassen» einzurichten.[243]

Bezzola leitete die private Heilanstalt, die durchschnittlich rund 20 Kurgäste beherbergte, gemeinsam mit einem Assistenzarzt.[244] Der Preis für ein Bett auf Schloss Hard war deutlich höher als im Waldhaus; die psychiatrische Versorgung im Sanatorium war auf die begüterte Oberschicht ausgerichtet. Im Jahre 1905 beispielsweise bezahlten die Kurgäste pro Verpflegungstag im Durchschnitt rund 16.50 Franken.[245] Im Waldhaus kostete zu dieser Zeit selbst ein Bett der I. Klasse nur 6.70 Franken, also deutlich weniger als auf Schloss Hard.[246] Ein Verpflegungsplatz in der III. Klasse kostete noch 1.14 Franken. Folglich war ein zweiwöchiger Aufenthalt im Waldhaus (III. Klasse) günstiger als ein Tag in der privaten Heilanstalt bei Ermatingen. Die Klientel des Sanatoriums war generell sehr international. 1905 etwa stammten 75 Prozent der aufgenommenen Personen aus dem Ausland, die Mehrheit davon aus Deutschland, aber auch andere europäische Staatsangehörige waren vertreten. Für 1905 sind sogar zwei

236 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936), S. 2.

237 Vgl. Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Bezzola (1901) und ders. (1902).

238 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Rudolf Bezzola (1868–1936), verfasst von Dr. med. Rud. Campell, Uebersetzung aus dem Chalender Ladin, 27. Jahrgang 1937, S. 4.

239 Ebd., S. 2–4; Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936), S. 1.

240 Bezzola arbeitete von 1894 bis 1900 im Waldhaus, vgl. Jahresberichte Waldhaus 1894, S. 120, 1900, S. 142.

241 Vgl. Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, 14 Schachteln. Auch in den Krankenakten fanden sich keine Hinweise auf spezifische psychotherapeutische Ansätze Bezzolas.

242 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936), S. 2. Vgl. auch Walser (1970), S. 368.

243 Vgl. Hugentobler (1964), o. S.

244 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Sanatorium Schloss Hard A.-G. Ermatingen, Frauenfeld 1905; Bericht des Verwaltungsrates der A.-G. Sanatorium Schloss Hard an die Generalversammlung vom 26. April 1906 über die Geschäftsführung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1905, S. 3.

245 Die Angabe entspricht einem Mittelwert, der aus den einzelnen Monaten berechnet wurde. Vgl. Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Bericht des Verwaltungsrates der A.-G. Sanatorium Schloss Hard an die Generalversammlung vom 26. April 1906 über die Geschäftsführung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1905, S. 4.

246 Jahresbericht Waldhaus 1905, S. 173.

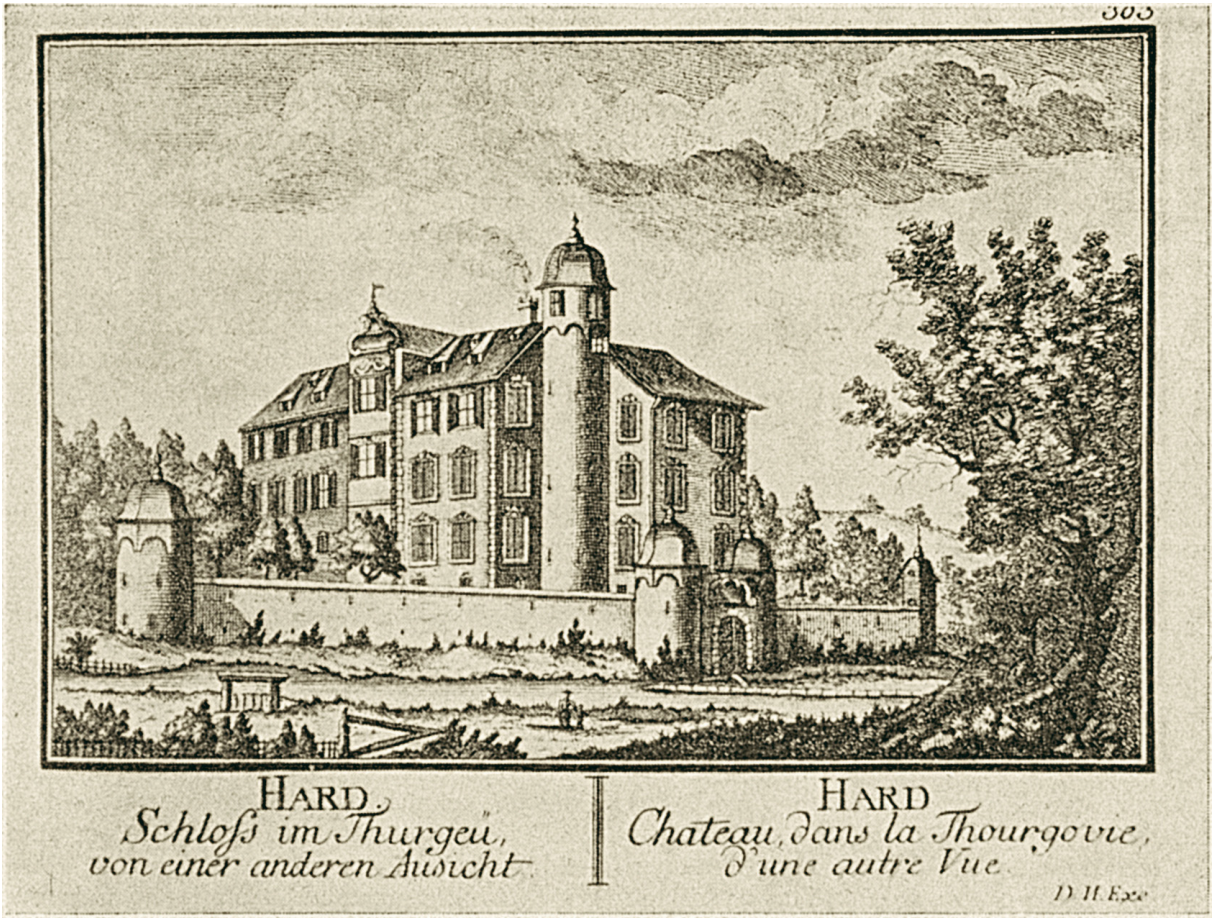


Abbildung 12: Schloss Hard bei Ermatingen, nach einem Stich von David Herrliberger, «Topographie der Eydgenossenschaft», 1757
Quelle: Hugentobler (1964).

Kurgäste aus Ägypten und den Vereinigten Staaten von Amerika dokumentiert. Die grosse Mehrheit der Kurgäste war männlich: lediglich 14 Prozent aller Patientinnen und Patienten waren Frauen.[247]

Das knappe Jahrzehnt im Thurgau erwies sich für Bezzola rückblickend als schwierige Phase. Die zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen waren trotz hoher Taggelder knapp bemessen. Bezzola arbeitete rund um die Uhr, um das Sanatorium vor dem Konkurs zu bewahren. Die ökonomischen Interessen des Unternehmens standen immer wieder in starkem Widerspruch zu seinen Behandlungsidealen.

> *«Ich weiss jetzt, woran ich bin. Kennen Sie die Geschichte der Henne mit den goldenen Eiern? Sie steht in einem spanischen Lesebuch und geht mir seit 5 Uhr als Zwangsvorstellung im Kopfe herum. Bin ich denn zur Funktion blutsaugerischer Aktionäre heruntergesunken … Diese traurigen Krämerseelen, diese Blutegel menschlicher Arbeit! Nun, sie sollen einmal sehen, ob ich mich dafür eigne, ihnen die goldene Henne zu spielen. Und müsste ich betteln gehen, ich gehe! Ich bin nicht daher gekommen, Aktieneier zu legen, sondern leidenden Menschen zu helfen, und das kann ich auch anderswo!»*[248]

Bezzola wehrte sich gegen diese angebliche Führungsphilosophie der Aktiengesellschaft. In polemischer Weise griff er dabei eine Debatte auf, die

247 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Bericht des Verwaltungsrates der A.-G. Sanatorium Schloss Hard an die Generalversammlung vom 26. April 1906 über die Geschäftsführung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1905, S. 5–6.

248 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936), S. 2.

in jüngster Vergangenheit, wenn auch unter stark veränderten Vorzeichen, wieder vermehrt ins öffentliche Interesse trat – etwa im Zusammenhang mit der Herauslösung kantonaler psychiatrischer Kliniken aus der öffentlichen Verwaltung und ihrer verstärkten Ausrichtung an einer marktwirtschaftlichen Logik. Bezzola schöpfte den Verdacht, dass einige Patientinnen und Patienten nur zu ihm in Behandlung kämen, da sie aus Sicht der Aktieninhaber gute Zahlerinnen und Zahler seien. Bereits 1906 hielt er die Belastungen persönlich für unhaltbar, wie ein Brief an seinen damaligen Vorgesetzten, Direktor Frank in Münsingen, zeigt:

> *«Ich bin diesesmal ohne Impulse entschlossen, die hier ausgebliebenen wissenschaftlichen Ideale anderswo zu suchen und wenn ich sie überhaupt nicht finde, auch einmal etwas für meine Familie zu leben.»*[249]

Bezzola verliess schliesslich 1909 Ermatingen und führte, nach Zwischenstationen in Zuoz und St. Moritz, ab 1912 seine eigene private Nervenpraxis in Celerina im Engadin.[250] Zu diesem Zeitpunkt existierte das Sanatorium im Schloss Hard bereits nicht mehr. Um dem drohenden Konkurs zu entgehen, wurde das Haus kurz nach Bezzolas Rücktritt in ein Hotel umgewandelt.[251]

Bezzolas psychoanalytische Stossrichtung

Die Arbeit auf Schloss Hard war kräfteraubend. Trotzdem begann Bezzola in dieser Phase ein eigenes wissenschaftliches Instrumentarium auf dem Feld der Psychotherapie zu entwickeln, stellte tiefenpsychologische Theorien auf und erprobte sie an Privatpatientinnen und -patienten. Sigmund Freuds (1856–1939) Psychoanalyse hatte im frühen 20. Jahrhundert weltweit für Aufsehen gesorgt. Die neuen tiefenpsychologischen Erkenntnisse und psychotherapeutischen Ansätze der freudschen Schule blieben auch Bezzola nicht verschlossen. Zudem stieg das Burghölzli um 1900 zum institutionellen Mittelpunkt der Rezeption und Ausstrahlung der Psychoanalyse auf. Die Debatten rund um das Unbewusste, die Psychoanalyse und deren therapeutische Fruchtbarmachung wurden sehr kontrovers geführt. Bezzola zeigte sich ursprünglich gegenüber der Zürcher Schule aufgeschlossen, ging jedoch zunehmend auf Distanz zur freudschen Schule. Als sich das Burghölzli verstärkt auf Freud hin orientierte, distanzierte sich Bezzola zunehmend. Der damalige Burghölzli-Direktor Eugen Bleuler versuchte ihn erfolglos zurückzugewinnen. Die Korrespondenz Bezzolas mit zeitgenössischen Psychiatern und Psychoanalytikern wie Brodmann, Bleuler, Ricklin oder C. G. Jung zeugen von diesen intellektuellen Auseinandersetzungen. Für Bezzola war klar, dass er nicht Teil des Freud'schen Kreises sein und gleichzeitig dessen Ideen kritisieren konnte.[252] Stattdessen entwickelte er seinen eigenen psychoanalytischen Ansatz, für den er auch in Vorträgen und Fachzeitschriften warb.[253]

Bezzolas Ansatz unterschied sich in einem Punkt wesentlich vom freudschen Modell. Verdrängtes werde nicht wieder erinnert und damit ins Bewusstsein gehoben, sondern wiedererlebt. Bei Freud öffnete der Psychoanalytiker durch Deutung und Analyse das Tor zu verdrängten Erinnerungen, Erlebnissen und Konflikten, die im Zusammenhang mit gegenwärtigen Leidenszuständen standen, aber erst durch die Behandlung aus dem Unterbewusstsein aufgedeckt und zugänglich gemacht wurden. Der Psychoanalytiker nahm die Rolle des Deuters ein, die in Behandlung stehende Person teilte sich frei assoziierend mit. Bezzola dagegen schrieb dem Psychoanalytiker nur eine begleitende Funktion zu, während die Patientinnen und Patienten die vergangenen Erfahrungen, also die primären Empfindungen, erneut durchliefen, gewissermassen «wiedererlebten». Er selbst umriss die Differenz wie folgt:

> *«Mein Streben war nur, die Freudsche Methode in dem Sinne zu modifizieren, dass das pathophore Ereignis nicht durch Analyse und Deutung von sekundären Einfällen, sondern durch Synthese aus primären Empfindungen unter ärztlicher Kontrolle wiedererlebt und dadurch bewusst werde. Er [Freud] analysiert Symbolismen und deutet sie zum ursächlichen Erlebnis um, ich lasse dieses durch den*

249 Ebd.

250 Ebd., S. 4.

251 Doch auch diesem Projekt war nur eine kurze Lebensdauer beschieden. 1916, kurz nach Ausbruch des Ersten Weltkriegs, meldete das Hotel Insolvenz an. Vgl. Hugentobler (1964), o. S.

252 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936), S. 3.

253 Vgl. Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Bezzola (1908), ders. (1907) und ders. (1906).

Kranken selbst aus primären Empfindungen und Bewegungsimpulsen zusammensetzen. Er konstruiert und suggeriert es, ich lasse es direkt erleben. Bei ihm arbeitet der Arzt unter Kontrolle des Patienten, bei mir der Patient unter Kontrolle des Arztes. Die Gefahr der falschen Deutung ist bei mir ausgeschlossen, weil ich jede Suggestion, ausser im Sinne der Beruhigung, vermeide.»[254]

Ungeachtet der ausgiebigen Diskussionen über die umstrittenen theoretischen Grundlagen, dokumentierten beide Psychoanalytiker Erfolge in ihrer psychotherapeutischen Praxis. Bezzola führte in seiner Privatpraxis umfassende Krankengeschichten über seine Privatpatientinnen und -patienten, insbesondere über die psychoanalytischen Therapieversuche. Während sich in Zürich eine psychoanalytische Schule herausbildete, ging Bezzola in der Peripherie seinen eigenen psychotherapeutischen Überzeugungen nach. Es hätte seinem Wesen widersprochen, eine eigene Schule auszurufen. Zeitgenössische Stimmen umschrieben seine Persönlichkeit vielmehr als unabhängig und frei von Systemen und Dogmen. Genau deshalb seien auch so viele Leute zu ihm in die Therapie gegangen, «weil er geistig so unabhängig war und weil sie bei ihm Anteilnahme an ihren alltäglichen Sorgen fanden», so ein zeitgenössischer Kollege über Bezzola.[255]

254 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936), S. 3.

255 Archiv IMG, N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dumeng Rudolf Bezzola Dr. med., 1868–1936, verfasst von Dr. med. Rud. Campell, Uebersetzung aus dem Chalender Ladin, 27. Jahrgang, 1937, S. 1.

Nahaufnahme 6: Armin Pirovino (*1932) – 43 Jahre Pflegefachmann in der Klinik Waldhaus

Armin Pirovino (*1932) gehörte während Jahrzehnten zum festen Personalbestand der Bündner Psychiatrie. Zwischen 1953 und 1995 arbeitete er im Pflegebereich der Klinik Waldhaus, die sich innerhalb dieser insgesamt 43 Jahre stark gewandelt hat. Pirovino kann deshalb über die grossen Umbrüche in der Psychiatrie aus erster Hand berichten. Auf der Behandlungsebene erlebte er die Einführung erster Psychopharmaka in den Klinikalltag mit. Zur selben Zeit ereigneten sich bahnbrechende berufliche Weichenstellungen, die den Weg der Psychiatriepflege zum professionellen Beruf ebneten. Aber auch in institutioneller Hinsicht beobachtete er zukunftsweisende Verschiebungen, etwa durch die zunehmende Öffnung und Spezialisierung der psychiatrischen Einrichtungen sowie den Einzug neuer Berufsgruppen in den Klinikalltag. Mit der Anstellung von Sozialarbeitenden, Psychologinnen und Psychologen sowie spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten liessen sich die Aufgabenfelder der Psychiatriepflege präziser umreissen, während zuvor etwa psychologische Tests noch an die Pflege delegiert wurden.[256]

«Kann ich das wirklich?» Berufswahl und Eintritt in die Klinik Waldhaus

Pirovino wuchs in Cazis, unweit des Anstaltsareals Beverin-Realta, auf und kam deshalb schon als Kind mit der Psychiatrie in Kontakt. Die damaligen Berührungspunkte erlebte er als eine «Bereicherung», insbesondere die Veranstaltungen, die im Festsaal der Klinik abgehalten wurden.[257] Dank der unmittelbaren Nähe zur Klinik Beverin hätten er und seine Familie einen anderen Blick auf die Psychiatrie gehabt. Er nahm die Klinik als Teil des eigenen Dorfes wahr und nicht wie andernorts als geschlossene Anstalt fernab der eigenen Realität.[258] Diverse Eltern seiner Schulfreunde arbeiteten in der Klinik Beverin und gelegentlich sei man Patientinnen und Patienten auf der Strasse begegnet, die in Begleitung einer Pflegefachperson zum Spaziergang ausgeführt wurde.

Nach der obligatorischen Schulzeit in Cazis arbeitete Pirovino zwei Jahre im Emserwerk, dem zu dieser Zeit grössten privaten Arbeitgeber im Kanton Graubünden. Das Chemieunternehmen offerierte ihm einen Lehrplatz, den Pirovino allerdings ausschlug. Er hatte sich bereits dafür entschieden, in der Psychiatrie zu arbeiten. Für ihn war klar, dass er einen «sozialen Beruf» erlernen wollte. Obwohl es naheliegend gewesen wäre, in der Klinik Beverin eine Lehre zu beginnen, zog es ihn aus mehreren Gründen nach Chur: Auf der einen Seite hatte er im Waldhaus eine persönliche Bezugsperson, seinen Schwager, der sich dort bereits in Ausbildung befand. Auf der anderen Seite wollte er in die Stadt ziehen, um als passionierter Fahrradfahrer dem dort ansässigen Veloclub beizutreten. Nach dem Umzug und der Rekrutenschule trat Pirovino schliesslich 1953, im Alter von 21 Jahren seine Lehrstelle als Psychiatriepfleger im Waldhaus an.

Der erste Arbeitstag war prägend für Pirovinos berufliche Karriere. Er führte ihm vor Augen, was es brauchte, in der Psychiatrie als Pfleger zu arbeiten: Nach der Anmeldung bei Chefarzt Pflugfelder nahm ihn der Oberpfleger in Empfang. Dieser schickte Pirovino geradewegs zu seinem Schwager, der in einer geschlossenen Aufnahmestation auf der Männerabteilung beschäftigt war. Ohne Begleitung machte sich Pirovino auf und läutete an der Türe besagter Abteilung. Da sein Schwager gerade dabei war, Patienten zu Bett zu bringen, teilte ihm ein anderer Pfleger mit, er solle hoch zu den internen Wohnzimmern für Lernpfleger, um dort zu warten – er erhielt ein Zimmer im Estrich zugewiesen, oberhalb der Abteilung für «unruhige Gerontopatienten». «Niemand hatte Zeit für mich»,

256 Gemäss Pirovino sei im Waldhaus vor allem Direktor Pflugfelder derjenige gewesen, der die psychologischen Tests als pflegerische Aufgabe definiert habe. Dessen Nachfolger Fontana habe wesentlich weniger Tests in Auftrag gestellt und wenn, dann habe er primär die Ärzteschaft damit betraut. Zu den psychologischen Tests, die vor der Anstellung klinikinterner Psychologen in den Aufgabenbereich der Psychiatriepflege fielen, siehe Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 07.00–11.20 und 18.25–21.32.

257 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 02.08–02.35.

258 Ebd., 02.40–02.50.

erinnerte sich Pirovino. Schon damals empfand er es als gravierend, dass junge Lernpflegende auf diese Weise ihren Dienst antreten mussten. Ins kalte Wasser geworfen, stellten sich ihm nach diesem ersten Eindruck grundsätzliche Fragen: «Kann ich das wirklich? Da habe ich gezweifelt». Statt den Bettel hinzuwerfen und die Klinik zu verlassen, fasste Pirovino ein Langzeitziel, das er später als Pflegedienstleiter mitrealisieren konnte: «eine neue Einführung, das wäre hier nötig, und dazu bin ich dann ja auch gekommen, viele Jahre später».[259] Die Situation besserte sich sichtlich, als er in den nächsten Wochen schrittweise die einzelnen Männerabteilungen, die Arbeitskollegen und vor allem die Patienten kennenlernte.

Zu Pirovinos Lehrzeit absolvierten die Pflegerinnen und Pfleger ihre Ausbildung im Haus, parallel zur Arbeit.[260] Einige Fächer wurden abends, nach einem 10-stündigen Arbeitstag, unterrichtet. Die deswegen liegengelassene Arbeit musste am nächsten Tag nachgeholt werden. Stellvertretungen gab es keine.[261] Nach der dreijährigen Lehrzeit absolvierte Pirovino erfolgreich die Prüfung, gemeinsam mit den Lernpflegenden der Kliniken Beverin und St. Pirminsberg (SG), und erhielt ein schweizweit anerkanntes Diplom nach SGP-Richtlinien. Obwohl es nicht ungewöhnlich war, nach der Lehre in eine andere psychiatrische Einrichtung zu wechseln, blieb Pirovino seinem Lehrbetrieb treu. Das lag nicht zuletzt an seinem Interesse, den Beruf der Psychiatriepflege im Waldhaus zu fördern. In den nachfolgenden knapp zehn Jahren arbeitete Pirovino als diplomierter Psychiatriepfleger auf der akuten Aufnahmestation der Männer, bis er 1965, nach einer einmonatigen Fortbildung in Münsingen, die Position als Stationsleiter der akuten Aufnahmestation für die nächsten 13 Jahre übernahm.

«Da wurde natürlich Kadersprache gesprochen»: Aufstieg zum Pflegedienstleiter und Aufgaben im Auftrag des SRK

Ende der 1970er Jahre absolvierte Pirovino eine einjährige Weiterbildung zum Pflegedienstleiter an der Kaderschule des SRK in Zürich. Ihm war bewusst, dass diese berufliche Neuausrichtung vermehrt theoretische und administrative Arbeiten nach sich ziehen würde:

> *«Als ich von der Station wegmusste, war das anfänglich schlimm für mich. Ich kam mir einsam vor. Meine Kollegen und die Arbeit im Team fehlten mir. Heute geht es, aber zu Beginn hatte ich Mühe. Meine heutigen Aufgaben sind Administration, nicht mehr Pflege: Das vermisse noch immer.»*[262]

Entsprechend schwer fiel es ihm, die praktische Arbeit und Nähe zu den Patienten, die er sich als Stationsleiter gewohnt war, zugunsten der Stelle als Pflegedienstleiter aufzugeben. Doch letztlich überwog die Überzeugung, mit der neuen Führungsposition strukturelle Anpassungen in der Psychiatrie vornehmen zu können und so die interne Teamarbeit mit der Ärzteschaft und die berufliche Autonomie der Pflege grundlegend zu verbessern. 1980 wurde Pirovino als erste Person mit der Leitung des Pflegedienstes im Waldhaus betraut. Eine Funktion, die er bis zu seiner Pensionierung 1995 nicht mehr aufgab. In diesem Amt erfüllte er nicht nur Führungsaufgaben, etwa des Pflegepersonalwesens, sondern stand über gemeinsame Rapporte in stetem Kontakt mit der Ärzteschaft und Verwaltung. Mit ihm drang die Sichtweise der Pflege schrittweise in die Leitungsstrukturen der psychiatrischen Klinik.[263] Das brachte nicht zuletzt auch Vorteile bei Grossprojekten mit sich. Als Pflegedienstleiter war Pirovino in den 1980er Jahren Mitglied der Baukommission beim Neu- und Umbau der Klinik Waldhaus und konnte bei den Debatten auch die pflegerische Perspektive einbringen.[264]

Pirovino erlebte und begleitete als Pflegedienstleiter den Prozess der beruflichen Professionalisierung der Psychiatriepflege. Die Anerkennung klinikinterner Berufsschulen durch das SRK hatte dabei aus seiner Sicht wegweisenden Charakter. Gerade deshalb seien sie bei diversen Chefärzten auf Unmut gestossen, was sich unter ande-

259 Ebd., 42.53–43.17.

260 Ebd., 15.15–16.54.

261 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Klinikzitig, Redaktor Peter Donatsch: Interview mit Armin Pirovino und Andres Monstein, März 94 (2. Jahrgang), Nr. 1, S. 17.

262 Ebd., S. 19.

263 Das «Dreibein-System» mit einer dreiköpfigen Direktion, bestehend aus Verwalter, Chefarzt und Pflegedirektion, wurde von der Bündner Regierung allerdings erst 1995 eingeführt. Vgl. Kapitel 6.2.1.

264 Verwaltungsarchiv Beverin: Neu- und Umbau der kantonalen psychiatrischen Klinik Waldhaus, Bauherrschaft Kanton Graubünden Sanitätsdepartement, vertreten durch das kantonale Hochbauamt, Beilage zur «Bündner Zeitung» und «Oberländer Tagblatt» Nr. 252 vom 28. Oktober 1993, S. 19.

rem bei den Lehrabschlussprüfungen zeigte, die er mehrmals im Auftrag des SRK in unterschiedlichen Schulen und Kliniken abnahm. Gut in Erinnerung blieb ihm beispielsweise eine Begegnung mit dem Chefarzt der privaten Frauenklinik Meiringen im Kanton Bern in den 1980er Jahren. Pirovino war zur Observation und Prüfung des Pflegepersonals vor Ort, als der Chefarzt der Klinik sich lauthals darüber beschwerte, dass «schon wieder einer vom Roten Kreuz» hier sei.[265]

[265] Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 13.35–14.15.

5 Aufbruch durch Reformen: Ausbau und Differenzierung zwischen 1960 und 1990

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die psychiatriekritischen Stimmen, die einen grundlegenden Wandel der grossen «Verwahrungsanstalten» forderten, lauter. Der gesellschaftliche Aufbruch führte dazu, dass auf verschiedenen Ebenen bestehende Strukturen, auch in der Psychiatrie, hinterfragt wurden. Die Antipsychiatrie-Bewegung in Europa und Nordamerika zwischen 1965 und 1975 stellte die Legitimität der Psychiatrie grundsätzlich und medienwirksam in Frage. In Italien führte dies gar zur Aufhebung der geschlossenen psychiatrischen Kliniken.[1] Die radikalsten Anliegen der Reformbewegung konnten sich in der Folge nicht durchsetzen und die Bewegung löste sich innerhalb eines Jahrzehnts mehrheitlich auf. Dennoch finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass sie die selbstkritische Auseinandersetzung innerhalb der Bündner Psychiatrie verstärkte – gerade bei Berufsleuten, die ab den späten 1960er Jahren ausgebildet worden waren. Die ebenfalls verbreitete Kritik an den grossen Verwahrungsanstalten jedoch hatte unmittelbare Folgen. Der verstärkte Einsatz neuer Psychopharmaka – im Rahmen der psychopharmakologischen Wende – begünstigte neue therapeutische Ansätze und führte zu einer Verschiebung und Erweiterung derselben. Die medikamentöse Behandlung wurde aber weiterhin als widersprüchlich wahrgenommen, beispielsweise hinsichtlich der Nebenwirkungen (vgl. Kapitel 3).

Die psychiatrische Versorgung im Kanton Graubünden folgte seit den 1960er Jahren drei Entwicklungstendenzen. Erstens beschleunigte sich der bereits früher angestrebte Ausbau in der medizinisch-therapeutischen Behandlung (vgl. Kapitel 2), was zu einem verstärkten Einbezug neuer Therapieformen und einem kontinuierlichen Anstieg des spezialisierten Fachpersonals führte. Die Entscheidung, welches Angebot sie innerhalb der bestehenden Räumlichkeiten einrichten wollten, blieb den Chefärzten überlassen. Damit bestimmten diese letztlich das Tempo der Veränderungen massgeblich mit. Die entsprechenden strukturellen Anpassungen verliefen in den beiden Bündner Kliniken unterschiedlich, sowohl in baulicher Hinsicht als auf organisatorischer und therapeutischer Ebene.

Zweitens gewannen mit den neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten Konzepte der *Integration* und *Resozialisierung* an Bedeutung und wirkten sich direkt auf den Klinik- und Therapiealltag aus. Sie ermöglichten eine Öffnung der bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend geschlossenen Anstalten, erhöhten aber zugleich den Druck auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung, den Erwartungen für eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft gerecht zu werden.

Drittens interessierte sich der Kanton seit den 1970er Jahren zunehmend für eine koordinierte Gesundheitspolitik, zumindest teilweise unter dem Aspekt der Kostenkontrolle. Im Rahmen erster kantonaler Psychiatrie-Konzepte differenzierte sich seit den späten 1970er Jahren die institutionalisierte psychiatrische Versorgung weiter aus. Der Anspruch auf Integration und Resozialisierung psychisch kranker und behinderter Menschen wurde unterdessen höher gewertet, was diese Entwicklung unterstützte. Die stationäre Behandlung wurde vermehrt als ein Teil der psychiatrischen Behandlung verstanden. Vor- und Nachbetreuung wurden wichtiger und führten zum Aufbau erster ambulanter Strukturen Ende der 1970er Jahre; zunächst in der näheren Umgebung der Klinik, später auch in anderen Regionen des Kantons. Dies führte unter anderem zu einer markanten Reduktion der benötigten Betten und damit zur Frage, ob weiterhin zwei Kliniken im Kanton betrieben werden sollten. Die Beibehaltung beider Standorte mündete in einer Spezialisierung und später in einer Regionalisierung des Angebots.

Ein psychiatrisches Angebot für Kinder und Jugendliche war innerhalb der vom Kanton definierten Aufgaben zunächst nicht vorgesehen. In Graubünden gab es deshalb seit Ende der 1960er

1 Zur Diskussion der Psychiatriereform in anderen Ländern, z. B. Grossbritannien, den USA, Frankreich oder Italien vgl. Schott/Tölle (2006), S. 306–311. Die Umwandlung Realtas von einer geschlossenen zu einer halboffenen Anstalt im Zuge der Einführung des StGBs kann als beispielhaft für die Öffnung institutioneller Unterbringung im Massnahmenvollzug betrachtet werden. Diese Entwicklung ist auch in der Kinder- und Jugendfürsorge nachvollziehbar. Zur Öffnung institutioneller Unterbringung vgl. Seglias et al. (2019).

Jahre Bestrebungen, ausserhalb der kantonalen Verwaltungsstrukturen ein institutionelles Angebot für Minderjährige zu schaffen. Zu diesem Zweck wurde 1969 die *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim* gegründet. Die institutionelle Ausgestaltung folgte im Grundsatz den drei beschriebenen Tendenzen. Gleichzeitig zeigt die Entwicklung des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots im Kanton individuelle Entwicklungslinien, die geprägt waren von finanziellen und organisatorischen Herausforderungen einer privaten Trägerschaft sowie dem Bestreben um Anerkennung der eigenen Fachrichtung und ihrer spezifischen Anforderungen. Seit 2019 ist das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot als eigenständige Fachrichtung Teil der *Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR*).

5.1 Zwei Kliniken, zwei Sichtweisen: abweichende Entwicklungslinien in den Öffnungstendenzen

Die seit Ende der 1950er Jahre feststellbaren Veränderungen in den beiden psychiatrischen Kliniken wurden, wie bereits in den Jahrzehnten zuvor, massgeblich durch die jeweiligen Chefärzte mitgeprägt. In den 1960er, 1970er und 1980er Jahren offenbarten sich während der Amtszeiten von Gottlob Pflugfelder (1951–1977) und Benedikt Fontana (1977–1991) in der Klinik Waldhaus sowie von Ernst Weber (1957–1984) in der Klinik Beverin auf unterschiedlichen Ebenen gemeinsame, aber auch divergierende Entwicklungen. Sie hängen einerseits mit unterschiedlichen medizinisch-therapeutischen Schwerpunktsetzungen zusammen, andererseits mit individuellen Sichtweisen und Haltungen als Leiter einer psychiatrischen Klinik. Nicht zuletzt offenbaren sie eine sich rasch wandelnde Disziplin und die Reaktion der jeweiligen Chefärzte darauf.

Dass die Entwicklungen in beiden Kliniken nicht parallel verliefen, war nichts Neues. Auf der Suche nach neuen Behandlungsformen hatten Pflugfelders und Webers Vorgänger neben den somatischen Kuren zu unterschiedlichen Zeiten und teilweise unter anderen Vorzeichen auch psychotherapeutische, psychoanalytische, arbeits- und bewegungstherapeutische Angebote eingeführt (vgl. Kapitel 2 und 3). Die Entwicklungen der Psychopharmaka und die sich damit eröffnenden medizinischen und therapeutischen Perspektiven prägten die beiden Bündner Kliniken in unterschiedlicher Weise. Weber konnte sich als Vertreter einer modernen Sozialpsychiatrie und dynamischer Reformer profilieren, Pflugfelder und Fontana hingegen wurden als weniger dynamisch wahrgenommen, als verhaftet in überholten Denkmustern, nicht zuletzt in eugenischer Tradition. Dies, obwohl Pflugfelder 1951 als «Vertreter der modernen Psychiatrie» zum Chefarzt gewählt worden war.[2] Er initiierte anfangs therapeutische und organisatorische Neuerungen. Mit zunehmender Amtszeit ging er Veränderungen langsamer an als sein Kollege im Domleschg. Er betrieb bis zum Ende seiner Amtszeit intensive «Stammbaumforschungen» und setzte die von J. J. Jörger begonnene Arbeit an einem «Sippenarchiv», das sich unter anderem auf jenische Familien bezog, fort. Die eugenischen Modelle wirkten sich auch auf seine Diagnose- und Gutachtertätigkeit, etwa für Sozialbehörden, aus. Benedikt Fontana brach nicht mit eugenischen Denkmustern, was unter anderem zu medialer Kritik in den 1980er Jahren führte.[3] Auch Weber argumentierte bisweilen in einer hereditären Logik, allerdings weit weniger systematisch als seine beiden Kollegen aus der Klinik Waldhaus (vgl. Kapitel 5.1.5).

Anders als bei den somatischen Kuren fanden Psychopharmaka mit deren Markteinführung in beiden Kliniken rasch Verwendung. Weber und Pflugfelder betonten deren Chancen, auch mit Blick auf ein erweitertes therapeutisches Angebot für Menschen, für die bis dahin keine erfolgsversprechende Behandlung erkennbar war. Beide Chefärzte interessierten sich im Rahmen eigener Studien für die Wirkungsweisen einzelner Medikamente (vgl. Kapitel 3.3.5).

Bei Pflugfelder waren Psychopharmaka in erster Linie eine Ergänzung zu somatischen Kuren. Medikamentöse Behandlungen listete er in den Jahresberichten jeweils minutiös auf.[4] Unter ihm kamen somatische Kuren weiterhin zur Anwendung, nicht zuletzt auch als Disziplinierungsmittel. Im Fall der Insulinkuren kann das auch auf das persönliche Forschungsinteresse Pflugfelders zu-

---

2 Protokolle der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. Juni 1951. Auch Pflugfelder sah sich selbst als modernen Psychiater und die Klinik Waldhaus als eine moderne Psychiatrie: «Auf jeden Fall darf seit 1946 die Heilanstalt Waldhaus als modern geführtes psychiatrisches Spital betrachtet werden; der Vorwurf einer ‹Verwahrungsanstalt› ist völlig unbegründet geworden», schrieb er 1970. Vgl. Pflugfelder (1970), S. 372.

3 Vgl. dazu Aliesch (2011) und dies. (2017).

4 Protokolle der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. Juni 1951.

rückgeführt werden (vgl. Kapitel 3).[5] Bis Ende der 1970er Jahre fanden diese aufwendigen Kuren, die eine intensive Pflege verlangten, in der Klinik Waldhaus Anwendung. Damit war das Waldhaus eine der letzten Schweizer Kliniken, die Insulinkuren durchführte.[6] Auch Elektrokrampftherapien wurden weiterhin praktiziert. Alois Kappeler, der seit 1968 mehrfach in den Bündner Kliniken untergebracht gewesen war, berichtete von einer systematischen Anwendung von Elektrokrampftherapien und Bädern.[7] Er schilderte ein Abstufungssystem in der Klinik Waldhaus, in dem ein Patient oder eine Patientin durch angepasstes Verhalten von einer geschlossenen in eine offene Abteilung wechseln konnte, in der bisweilen auch Freigänge erlaubt waren. Bei einem Regelverstoss folgte jedoch die Rückversetzung in eine geschlossene Abteilung. Diese Regeln verstanden sich als disziplinarische und erzieherische und nicht als therapeutische Massnahmen. Auch Elektrokrampftherapien und Bäder wurden offenbar zur Bestrafung bei Regelverstössen verordnet.[8] In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass Kappeler die Wirkungen der verabreichten Medikamente in der Klinik Beverin aufgrund der massiven Nebenwirkungen für «schlimmer» hielt als die somatischen Kuren in der Klinik Waldhaus. «Dort war es schlimmer, noch viel schlimmer war es in Beverin, weil sie hier noch mehr mit starken Medikamenten, von denen du richtig abhängig, süchtig werden kannst, gearbeitet haben.»[9]

Weber verfolgte seit seinem Amtsantritt 1957 dezidiert das Ziel der Resozialisierung und Integration psychisch kranker Menschen. Er nutzte seinen Handlungsspielraum von Beginn an, um auf therapeutischer, medizinischer, personeller, infrastruktureller und politischer Ebene Veränderungen in Gang zu bringen. Der Anspruch auf Resozialisierung beinhaltete neben einer Öffnung und Differenzierung des psychiatrischen Angebots auch den Einbezug des sozialen Umfelds von Patientinnen und Patienten. Weber stellte sein Programm unter den Begriff der *Sozialpsychiatrie*:

> *«Immer mehr zeigt sich, dass die Sozialpsychiatrie ausgebaut werden muss. Nur ein kleiner Teil der eintretenden Patienten leidet an einer Geisteskrankheit im engeren Sinn. Bei den meisten Patienten sind soziale Hintergründe, die zu Fehlreaktionen, depressiven Verstimmungen, Erregungszuständen oder übermässigem Alkoholgenuss geführt haben. Hier hätte wiederum die ambulante Psychiatrie, die in den einzelnen Talschaften wirksam sein sollte, ihre wichtige Funktion und könnte viele Klinikeintritte, die leider nach wie vor mit einem Odium verbunden sind, verhindern.»*[10]

Der Chefarzt verstand die *Sozialpsychiatrie* als eine vernetzte psychiatrische Versorgung – jenseits einer reinen Anstaltspsychiatrie –, die das Ziel verfolgen sollte, einen sozialen Ausschluss der Betroffenen nach Möglichkeit zu verhindern. In diesem Sinne erweiterte der Kanton Graubünden seit den 1970er Jahren auch die psychiatrische Betreuung ausserhalb der beiden Kliniken. Sozialpsychiatrisch motiviert waren etwa die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, der Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste oder Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung, und schliesslich weitere Wiedereingliederungsmassnahmen und betreute Wohnformen. Weber veranlasste unter anderem einen Neubau zwischen 1973 und 1974 – ein sichtbares Zeichen des Aufbruchs, der von der Bündner Bevölkerung mit einem klaren Volksentscheid mitgetragen wurde.[11] Der Neubau stand sinnbildlich für eine als offener und wohnlicher propagierte stationäre Psychiatrie (vgl. Bildstrecke). Für Weber ermöglichte die psychopharmakologische Wende den «grossen Schritt vom Asyl zur psychiatrischen Klinik», deren Öffnung und den Ausbau sozialpsychiatrischer Angebote.[12]

5.1.1 Erste räumliche Anpassungen in der institutionellen Unterbringung psychisch kranker Menschen

Beide Kliniken setzten Ende der 1950er Jahre sichtbare Zeichen für eine an Integration und Resozialisierung orientierte Psychiatrie. Die meterhohen Zäune und Mauern wurden abgerissen,

5 Pflugfelder (1951).
6 Interview mit Vitus Bass, 1.36.55–1.39.05.
7 Interview mit Alois Kappeler, 17.11–17.59.
8 Ebd.
9 Ebd., 18.08–18.27.
10 Jahresbericht Beverin 1976, S. 174.
11 Ebd., 1972, S. 199 und Landesbericht 1972, S. 5.
12 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 5.

das Eisentor in Beverin gesprengt.[13] Die Mauern wurden nicht nur als Mittel zur Einschliessung betrachtet, sondern sollten laut Tuffli die Patientinnen und Patienten vor neugierigen Blicken der Aussenwelt schützen.[14] Sie verschwanden auch nicht vollständig. So wurden etwa in Beverin «symbolisch wirkende Zäune» mit der Neugestaltung der Gartenanlage errichtet.[15]

Auch bauliche Veränderungen wurden durchgeführt, nachdem während der vorangegangenen Jahrzehnte zwar immer wieder Renovationen, jedoch keine grundlegenden Neuerungen vorgenommen worden waren.[16] Weber begann kurz nach seinem Amtsantritt, geschlossene Männerabteilungen in offene Stationen umzuwandeln. Dabei wurden Schlafsäle, die bis zu diesem Zeitpunkt 16 bis 18 Betten umfasst hatten, in Zimmer mit drei bis vier Betten aufgeteilt und neu möbliert.[17] Die damit verbundenen positiven Erfahrungen ermutigten den Chefarzt laut Jahresbericht von 1960 dazu, «noch weitere Beweglichkeitseinschränkungen unserer Patienten abzuschaffen». Das Risiko zur Flucht würde damit zwar vergrössert, doch seien gemäss Weber die Chancen zur «Resozialisierung und Anpassung unserer Patienten an normale Verhältnisse» höher zu werten.[18] Diese Änderungen betrafen vor allem die Unterbringung von «ruhigen» Patientinnen und Patienten. Geschlossene Abteilungen bestanden weiterhin. Beibehalten wurde auch der Wachsaal mit seinen anliegenden Einzelzellen. «In diesem Saal werden die Patienten untergebracht, die Tag und Nacht hindurch unter Aufsicht gehalten werden müssen. In der Regel kommen auch die Aufnahmen zunächst in diesen Wachsaal, bis man ein klares Bild über den Patienten hat», so Weber. Er empfand diese Stationen damit nach wie vor als wichtig.[19] Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und Patienten der nachfolgenden Generation blieben die Wachsäle, die bis in die 1980er Jahre beibehalten wurden, als schockierende und düstere Orte in Erinnerung. Vor allem die permanente Beobachtung, aber auch die Unterbringung unterschiedlicher Patientengruppen unter engen Platzverhältnissen, wurde als stossend empfunden (vgl. Kapitel 3.5.4).[20]

Nicht nur für Patientinnen und Patienten, auch gegenüber Angestellten wurden Bestrebungen zu mehr Freiräumen erkennbar. Bereits seit den 1940er Jahren liess die Regierung in Kliniknähe, jedoch ausserhalb des Geländes, für die Mitarbeitenden und deren Familien genossenschaftlich organisierte Angestelltensiedlungen errichten – zuerst für das Waldhaus, anschliessend für die Anstalt Realta. Für die weiblichen Angestellten wurden Schwesternhäuser errichtet. Ein solcher Bau war 1960 eines der ersten Projekte Webers in Cazis. Die neuen Schwesternunterkünfte waren durch einen kleinen Wald von der Klinik Beverin getrennt und lagen «völlig ausserhalb des ‹Anstaltsmilieus›», so der Chefarzt. Davor war es üblich gewesen, die weiblichen Angestellten auf den Abteilungen unterzubringen. Die Trennung der Angestellten-Wohnräume von den Patientenunterkünften zeigt, dass dem Bedürfnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Privatsphäre und Freizeit zunehmend Rechnung getragen wurde. Rückblickend gab Weber 1974 zu bedenken: «Es ist uns heute kaum mehr vorstellbar, dass auch das nicht diensttuende Pflegepersonal abends mit den Patienten eingeschlossen wurde und dass z. B. für verheiratete Pfleger wöchentlich nur ein Ausgang zur Nachtzeit bewilligt wurde.»[21]

Ein «offenes Haus» für Beverin und Neubau des Altersheims Rothenbrunnen (1970–1974)

Seit den 1960er Jahren wurden in Cazis Projekte vorangetrieben für Erweiterungs- und Neubauten, die offenbar «wegen Überbelastung des Hochbauamtes» zunächst nicht durchgeführt werden konnten. Einzig der Bau einer Garage für die Autos des Personals war in Angriff genommen worden.[22] Von entscheidender Bedeutung für die Umsetzung

13 Weber (1969), S. 21. In der Klinik Waldhaus wurden 1963 im Rahmen der Instandstellung von Fassade und Dach über 300 Fenster ausgetauscht und die Gitter mit Sicherheitsglas ersetzt, Jahresbericht Waldhaus 1963, S. 65.

14 Tuffli (1932), S. 15.

15 Weber (1969), S. 21.

16 Teilweise wurden technische Neuerungen oder Anpassungen der sanitären Anlagen vorgenommen, so etwa die Installation elektrischer Beleuchtung, von fliessendem Wasser oder Heizungen in einzelnen Gebäuden in den 1920er Jahren. Protokolle der Sitzungen der Aufsichtskommission über die Anstalt Realta 1916–1937, Sitzung vom 29. Dezember 1923, 20. Februar 1924, 26. Juni 1924, 18. Juli 1924 oder 24. Mai 1928.

17 Weber (1969), S. 15, 21 sowie Jahresbericht Beverin 1965, S. 73.

18 Ebd., 1960, S. 65.

19 Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 17.

20 Interview mit Philipp Gurt, 20.22–24.16, Alois Kappeler, 18.08–18.27 oder Suzanne von Blumenthal, 0.12–0.21 sowie Radio Regionaljournal Graubünden SRF: Suzanne von Blumenthal blickt zurück, 7. September 2016, 0.12–0.37.

21 Weber (1969), S. 15.

22 Jahresbericht Beverin 1961, S. 71.

baulicher Massnahmen war die 1965 eingereichte Motion des Grossrats Gian Mohr. Er verlangte ein «offenes Haus» in der psychiatrischen Klinik Beverin, mit einer offenen geschlechtergemischten Abteilung für circa 25 Personen.[23] Gleichzeitig sollten die Arbeitsbedingungen der Angestellten verbessert und «zentral gelegene» Untersuchungszimmer, Büros für Sekretärinnen, Labor- und Therapieräume sowie eine Bibliothek geschaffen werden. Eine weitere Notwendigkeit stellte demnach eine neue Kücheneinrichtung und die Installation eines Personalrestaurants, das gleichzeitig als Kaffeestube für die Patientinnen und Patienten dienen sollte, dar.[24]

Kurz darauf forderte eine weitere Motion (Schett) den Um- beziehungsweise Neubau des Altersheims Rothenbrunnen, das seit 1923 im Besitz des Kantons war und ebenfalls im Verantwortungsbereich des Chefarztes lag. Aus akutem Platzmangel hatte der Kanton das ehemalige Kurbad, das nicht für einen Ganzjahresbetrieb ausgelegt gewesen war, damals gekauft und in den folgenden Jahrzehnten grosse Summen in dessen Unterhalt investiert. Bereits 1944 war die Baufälligkeit des Gebäudes diskutiert worden.[25] Der Motionär sprach 1966 von «unhaltbaren» Zuständen im gesamten Haus.[26] Auch der ehemalige Präsident der Aufsichtskommission und Mitglied des Grossen Rates beteiligte sich an der Diskussion. Er habe bei den Besuchen in Rothenbrunnen «immer ein schlechtes Gewissen» gehabt. Laut seiner Aussage sei der Bau von kommunalen Altersheimen an die Hoffnung geknüpft gewesen, dass das kantonale Heim geschlossen werden könnte und damit ein Neubau obsolet würde. Jedoch seien «erstaunlicherweise […] viele ehemalige Insassen [nach Rothenbrunnen] zurückgekehrt», weshalb das Haus nie geschlossen wurde.[27] Die Mängelliste beinhaltete auch feuerpolizeiliche Bedenken. Möglicherweise war ein Brand in der Klinik Waldhaus von 1959 noch in den Köpfen der Politiker präsent.[28]

Trotz dieser und anderer Voten war die Dringlichkeit des Anliegens im Grossen Rat nicht unumstritten. Die Motion wurde aber letztlich überwiesen. Im Herbst 1972 hiess das Bündner Stimmvolk einen Rahmenkredit über 5'900'000 Franken für die Umsetzung beider Bauvorhaben mit grosser Mehrheit gut.[29] Im Hinblick auf diese Abstimmung liest sich die 1969 erschienene und von Weber verfasste Jubiläumsschrift zum 50-jährigen Bestehen der Klinik Beverin auch als aktive Lobbyarbeit für den Ausbau. Die Eröffnung der Aussenstation Rothenbrunnen, des Hauses «Salvorta», des Ärztetrakts, des Verwaltungsgebäudes, der Räumlichkeiten für die Arbeitstherapie sowie des Personalrestaurants konnte 1974 nach weniger als zwei Jahren Bauzeit gefeiert werden (vgl. Bildstrecke).[30] Zu den Neubauten gehörte auch eine Turnhalle, in der die von Pflegern seit 1965 angebotenen Turnstunden und heilgymnastischen Übungen nun in «geeigneten» Räumlichkeiten durchgeführt werden konnten.[31]

Weber war in die Gestaltung der Neubauten direkt involviert. Für das heute nicht mehr bestehende, sternförmig gebaute «Haus Salvorta» besuchte er im Auftrag der Studienkommission mehrere Kliniken in der Romandie. Jene in der Deutschschweiz waren ihm laut eigenen Angaben bereits vertraut und die französische Schweiz be-

---

23 Weber (1969), S. 21. Verhandlungen des Grossen Rates vom 28. November und 3. Dezember 1965, S. 266, 395–396.

24 Weber (1969), S. 22–23.

25 Verhandlungen des Grossen Rates vom 23. Mai 1967, S. 26 und 1. Juni 1967, S. 134–135. Unterhalt und Renovationen hatten den Kanton während 43 Jahren jährlich «rund 24 700 Franken» gekostet.

26 Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen vom Grossen Rat erlassen am 1. Dezember 1966, S. 532–534. Die «Kuranstalt Rothenbrunnen» (Baujahr 1888/9) war für 90'000 Franken vom Kanton übernommen worden. StAGR, VIII 5 d 4: Psychiatrische Klinik Beverin, Bauliches, Bauakten, 1969–1989, Eröffnungen der Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin, Begrüssungsansprache von Regierungsrat Tobias Kuoni, S. 2.

27 Verhandlungen des Grossen Rates vom 23. Mai 1967, S. 26 und 1. Juni 1967, S. 137–139, zit. S. 137.

28 Weber machte keinen Hehl daraus, dass er die Verantwortung für das Altersheim nicht per se als Aufgabe einer psychiatrischen Klinik verstand. Gleichzeitig hob er bei früherer Gelegenheit den Vorteil hervor, besonders ältere Menschen, die selbständig waren, dorthin verlegen zu können, und folgte damit der Argumentation der Regierung. Weber (1969), S. 14, 20 sowie Jahresbericht Beverin 1963, S. 76. Anders sah das die Regierung, welche die organisatorische und personelle Verknüpfung als grossen Vorteil für beide Häuser verteidigte. StAGR, VIII 5 d 4: Psychiatrische Klinik Beverin, Bauliches, Bauakten, 1969–1989, Eröffnungen der Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin, Begrüssungsansprache von Regierungsrat Tobias Kuoni, S. 3.

29 Weber (1969), S. 21 und Verhandlungen des Grossen Rates vom 28. November und 3. Dezember 1965, S. 266, 395–396 und Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1969/70.

30 Ebd., S. 1 und Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 23.

31 Ebd.

sässe ausserdem eine «andere Mentalität», von der er sich neue Möglichkeiten für den Neubau erhoffte.[32] Dieser war von entscheidender Bedeutung für die von Weber explizit geforderte Öffnung, in der ein stationärer Aufenthalt grundsätzlich von begrenzter Dauer sein sollte. Die neuen Räumlichkeiten sollten sowohl als offene Aufnahmestation als auch als Vorstufe für eine mögliche Entlassung nutzbar sein.[33]

Die als wichtige Neuerungen gefeierten Bauten konnten Webers Wunsch nach Anpassungen an zeitgenössische Ansprüche nur bedingt erfüllen. Im Jahresbericht von 1973 machte er auf die Erkenntnisse aus der seit 1970 erhobenen nationalen Spitalstatistik (VESKA) aufmerksam, die Ungleichheiten zwischen «Körperkranken» und psychisch kranken Menschen auf verschiedenen Ebenen, beispielsweise in der finanziellen Versorgung oder hinsichtlich der Betreuungsverhältnisse, aufzeigten.

> *«Aus der Veska-Statistik ergibt sich, in Kürze zusammengefasst, dass die Psychiatrie mit ihren Patienten, Einrichtungen und Betreuern lange Zeit vernachlässigt wurde und dass auch heute noch die Behandlungsmöglichkeiten infolge Aerzte- und Pflegepersonal-Mangel, Überbelegung der Abteilungen, mangelnden Interesses der Öffentlichkeit für psychiatrische Belange, nicht ausgeschöpft werden können.»*[34]

Anlässlich der Eröffnungsfeier 1974 doppelte er nach und nutzte seine Rede, um erneut darauf hinzuweisen, dass die eben fertiggestellten baulichen Anpassungen um neue therapeutische Instrumente und zusätzliche Stellenprozente qualifizierter Mitarbeitender erweitert werden sollten. Nur unter diesen Umständen konnte laut Weber eine zeitgenössische psychiatrisch Versorgung im Kanton Graubünden sichergestellt werden.[35]

Auch Pflugfelder äusserte zu dieser Zeit Wünsche für den Umbau der Klinik Waldhaus. Er forderte eine psychosomatische Station mit Arztwohnung, Personalzimmer und weitere Räumlichkeiten für die Arbeitstherapie sowie einen Gottesdienstraum und die Weiterführung von Renovationen auf den Pflegeabteilungen. Angesichts der hohen Kosten für die Neubauten in Cazis und Rothenbrunnen sprach die Regierung jedoch keine entsprechenden Gelder.[36] Die Modernisierung der Klinik Beverin schuf damit ein sichtbares Ungleichgewicht gegenüber den infrastrukturellen Voraussetzungen der Klinik Waldhaus. Bis dort ein umfassender Um- und Neubau in Angriff genommen werden konnte, vergingen rund weitere zwanzig Jahre. Das Projekt kam erst Ende der 1980er Jahre zustande. Das Warten auf bauliche Anpassungen hemmte darüber hinaus notwendige Sanierungsarbeiten, was den Kontrast zwischen den beiden Kliniken in architektonischer Hinsicht zusätzlich verstärkte (vgl. Kapitel 5.2).

5.1.2 Differenzierung des Therapieangebots seit den 1960er Jahren

Der Neubau in der Klinik Beverin bewährte sich aus Sicht des Chefarztes innerhalb kurzer Zeit. Ein Jahr nach dessen Fertigstellung schrieb Weber im Jahresbericht 1975, dass im Vergleich mit den Vorjahreszahlen bereits ein zusätzliches Drittel an Patientinnen und Patienten vom Therapieangebot profitieren könne. Genauere Zahlen wurden jedoch nicht genannt.[37] Trotz erster Öffnungstendenzen blieben die beiden psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus die zentralen, vom Kanton finanzierten psychiatrischen Angebote. Der weitere Ausbau des therapeutischen Angebots, einschliesslich baulicher Anpassungen der Patientenunterbringung, fand in den kommenden Jahren

---

32 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, Sitzung vom 11. Juli 1967, S. 2–5. Laut König hatte Weber die «Ypsilon»-Form erstmals in Paris bei einer geschlechterdurchmischten Abteilung gesehen und im Sinne eines milieu-therapeutischen Ansatzes für Beverin konzipiert. Unterstützung für sein Anliegen erhielt er von einem Grossrat, dessen Frau psychisch erkrankt war. Interview mit Hans König, 1.16.31–1.16.45, 1.17.35–1.17.56 und 1.18.00–1.18.13.

33 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, 1. Sitzung vom 19. April 1967, S. 2.

34 1970 wurde erstmals die Erhebung einer medizinischen Statistik VESKA durchgeführt. Siehe dazu ausführlicher: O. N. (2001), S. 218. Mit 142 Franken kostete ein Bett in einem Akutspital fast dreimal mehr als in einer psychiatrischen Klinik mit 42 Franken. Jahresbericht Realta/Beverin 1973, S. 197.

35 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 10.

36 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, 1. Sitzung vom 19. April 1967, S. 3–5.

37 Jahresbericht Realta/Beverin 1975.

zunächst auf dem Areal der Kliniken statt. Dabei blieb die räumliche Gliederung nach Krankheitszustand und Geschlecht grösstenteils bestehen. Vom wachsenden Therapieangebot und grösseren Bewegungsfreiraum profitierten zunächst meist ruhige und in ihrem Sozialverhalten angepasste Personen. Der verstärkte Einsatz von Medikamenten trug aber dazu bei, dass mehr Menschen diese Kriterien erfüllten als in den vorangegangenen Jahrzehnten.

Erhöhter Anspruch an eine gesellschaftliche Integration

Der Ausbau des therapeutischen Angebots knüpfte an bestehende Ansätze an und entwickelte diese weiter. So gewannen psychotherapeutische Ansätze genauso an Einfluss wie Konzepte der Arbeits-, Beschäftigungs- oder Bewegungstherapie.

Weber sah in den Psychopharmaka den Hauptgrund dafür, dass sich die psychiatrischen Kliniken weg vom «Asyl» hin zu einem «Spital» entwickeln konnten. Er relativierte gleichzeitig ihre Wirkung, solange nicht ein breites Therapieangebot zusätzlich zur Verfügung stand. Als therapeutischen Rahmen favorisierte er die Psychotherapie – in Ergänzung zur medikamentösen Behandlung (vgl. Nahaufnahme 5):

> *«Psychotherapie heisst im weitesten Sinne, dass der Patient in der Klinik nicht isoliert und nicht ‹abgestellt› ist, sondern vom Eintritt an das therapeutische Ziel dahin ausgerichtet ist, ihn wieder in das Leben ausserhalb der Klinik einzugliedern. Dies ist aber nur möglich, wenn nicht einseitig die Behandlung und der Erfolg einer Behandlung vom Einnehmen und Injizieren von Medikamenten erwartet wird, sondern wenn durch die täglichen Gespräche – seien es nun Gruppen- oder Einzelgespräche – der Patient sich wieder als anerkanntes Mitglied unserer Gesellschaft fühlt.»*[38]

In der Umsetzung des Resozialisierungs- und Integrationsanspruchs legten die Verantwortlichen besonderen Wert auf die Arbeits- und Beschäftigungstherapie, später auch auf die Ergotherapie (vgl. Kapitel 2.2.1). In den Bündner Kliniken waren ähnlich wie in ausserkantonalen Einrichtungen unterschiedliche Formen der Arbeit verbreitet: auf den eigenen Landwirtschaftsbetrieben, in der Haushaltung oder bei externen Arbeitgebern. In Cazis fiel es durch die anliegende Arbeitserziehungsanstalt besonders leicht, arbeitsorientierte Therapien anzubieten.[39]

Bereits 1933 fand die Arbeit unter einem therapeutischen Ansatz Eingang in die Instruktionen des Pflegepersonals der Klinik Waldhaus. Auf Antrag Pflugfelders wurde die Arbeitstherapie 1964 zusätzlich in den Pflichtenkatalog der Direktion beider Kliniken aufgenommen.[40] Interne Arbeitsmöglichkeiten wurden fortan als «Ateliers» bezeichnet. Die Zürcher Klinik Burghölzli hatte vergleichbare «Ateliers» bereits 1943 eingeführt. Dort standen sie ausschliesslich Männern offen, die nicht in der Landwirtschaft beschäftigt werden konnten. Für Frauen, so die Zürcher Position, stünden jenseits der Ateliers genügend Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung.[41] Ob diese Trennung in den beiden Bündner Kliniken ebenfalls praktiziert wurde, bleibt unklar, wenngleich auch hier Hinweise auf entsprechende geschlechterspezifische Unterschiede gegeben sind. Die während der Arbeitstherapie hergestellten Produkte wurden unter anderem an jährlich stattfindenden Märkten verkauft.[42] Geführt wurden die «Ateliers» zunächst vom Pflegepersonal, das auch die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten hatte.[43]

Während in den vorangegangenen Jahrzehnten die Grenzen zwischen Arbeit und therapeutischer Beschäftigung nicht immer klar zu ziehen gewesen waren, führte ein vermehrter Anspruch auf eine Resozialisierung oder Integration zu differenzierteren Einsätzen der Patientinnen und Pa-

38 Goerre (1985), S. 161–162.

39 Vgl. Heiniger Alix (2019a), S. 281–330 und Nahaufnahme 4.

40 StAGR, CB III 572 5: Neuerarbeitung der Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen (1964) Artikel 7, Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Beverin 1953–1974, Sitzung vom 8. Oktober 1964, S. 4–5. Weshalb Pflugfelder diese Aufnahme veranlasste, ist nicht überliefert. Möglicherweise stand sie in Zusammenhang mit der Einführung der Invalidenversicherung.

41 Germann (2007), S. 214–215.

42 Jahresbericht Waldhaus 1949, S. 28, 1950, S. 30 oder Jahresbericht Realta/Beverin 1986, S. 202.

43 Die damit einhergehende Erweiterung im Anforderungsprofil der Pflegenden wurde früh als Argument bei Forderungen für eine Anpassung der Ausbildung «an zeitgemässe Verhältnisse» benutzt, so beispielsweise durch den VPOD 1950; Germann (2007), S. 213. Im Burghölzli kam im Zuge des Wirtschaftsbooms (1969) auch die Forderung nach der Entlöhnung für die geleistete Arbeit der Patientinnen und Patienten auf, der aufgrund einer schwierigen Finanzlage der Klinik keine Folge geleistet wurde. Dies führte zu Konflikten zwischen Patientinnen und Patienten und der Klinikleitung. Vgl. ebd. S. 228–229.

tienten. Mit dem Aufkommen der Beschäftigungstherapie stellte die Klinik vermehrt spezialisiertes Personal ein. In Beverin wurde 1966 erstmals eine Beschäftigungstherapeutin eingestellt, die auch ergotherapeutische Arbeitsweisen einbrachte. Neu sollten die Patientinnen und Patienten ein auf ihr «Anforderungsniveau» zugeschnittenes Beschäftigungsprogramm innerhalb der individuellen Therapiepläne erhalten.[44] Die weitere Stärkung der Ergotherapie zeigte sich wenig später mit der Einstellung einer Fachtherapeutin 1975 in der Aussenstation Rothenbrunnen.[45] Im selben Jahr nahm auch eine Kunsttherapeutin in Beverin ihre Arbeit auf. Damit wurde der künstlerische und kreative Aspekt, der bereits durch die Beschäftigungs- und Ergotherapeutinnen Einzug in die Kliniken hielt, im therapeutischen Alltag zusätzlich betont.[46] Im Vergleich dazu wurde bereits in den 1950er Jahren in der Klinik Burghölzli eine Arbeitstherapeutin eingestellt, die ein neues Selbstverständnis ihrer Arbeit miteinbrachte. Sie grenzte sich von der Arbeitstherapie insofern ab, als dass sie auch die spielerischen Aspekte ihrer Arbeit betonte und die Kreativität fördern wollte, beispielsweise über Arbeiten wie Flechten, Weben oder Mosaiklegen. Im Burghölzli galt die Beschäftigungstherapie als Vorstufe der Arbeitstherapie und wurde als Ergänzung und weniger als Ersatz gesehen.[47]

Auch für die Klinik Waldhaus wurde in den 1970er Jahren ein Ausbau des therapeutischen Angebots diskutiert. Hier standen vor allem die Erweiterung der Arbeitstherapie mit zusätzlichen Räumen und Werkstätten innerhalb der Klinik, aber auch Arbeitseinsätze ausserhalb des Klinikareals zur Diskussion. Räumliche Umnutzungen mussten dabei innerhalb der bestehenden Infrastruktur durchgeführt werden, so dass auch über die Einrichtung von Therapieräumen im Keller diskutiert wurde.[48]

Während Weber in Beverin aktiv darauf hinarbeitete, die Aufenthaltszeit in den Kliniken, zunehmend auch für als chronisch krank eingestufte Patientinnen und Patienten, zu verkürzen (vgl. Kapitel 3), wurde über Pflugfelder gesagt, dass er einzelne Patientinnen und Patienten «in der Krankheit leben» liess – so formulierte es rückblickend der ehemalige Pfleger Armin Pirovino. Er bewertete dies durchaus positiv, solange Langzeitpatientinnen und -patienten spezifische Aufgaben erhielten, die gewisse Privilegien beinhalteten. Der ehemalige Pfleger nannte dafür drei Beispiele. Ein Mann, genannt «der Dichter», lebte in einer «Einzelzelle» und war für die Bibliothek zuständig. Einmal wöchentlich brachte er Bücher auf alle Stationen und sammelte die gelesenen wieder ein. Das zweite Beispiel betraf eine Frau, die als Haushaltshilfe in der Chefarztwohnung beschäftigt wurde. Schliesslich erwähnte Pirovino eine weitere Patientin, die ein Einzelzimmer bewohnte und jeweils in der Nacht Stammbäume für den Chefarzt zeichnete. Sie besass offenbar einen eigenen Schlüssel und verstand sich selber eher als Mitarbeiterin denn als Patientin. Bemerkenswert ist der nicht weiter ausgeführte Hinweis, dass diese Patientin als Mann auftrat, auf einer Männerstation untergebracht war und auch als solcher wahrgenommen wurde: «Er lebte in der Krankheit und erledigte wertvolle Arbeit», so Pirovino.[49] Wie systematisch diese Erteilung von Privilegien war und ob solche Arbeitsleistungen entlohnt wurden, ist nicht überliefert.

Die zunehmende Bedeutung der gesellschaftlichen Integration war nicht zuletzt eine Folge der Einführung der obligatorischen Invalidenversicherung (IV) 1960. Diese sah, anders als die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), neben Geldleistungen (Renten) auch Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung vor.[50] Das Postulat einer beruflichen und sozialen Integration verhalf der Idee der Resozialisierung in der Psy-

---

44 Jahresbericht Realta / Beverin 1966, S. 11, 1985, S. 194.

45 Jahresbericht Realta / Beverin 1975, S. 170.

46 Ebd., S. 167. Der künstlerische und kreative Ausdruck ist Teil des psychiatrischen Alltags. Vgl. Kraft (2005). Auch in Graubünden wurden deren Resultate teilweise in Ausstellungen veröffentlicht. Ein bekanntes Beispiel war der lettische Künstler Michael Pankoks (1894–1983) mit Ausstellung seiner geschnitzten Holzfiguren 1991, 2011 oder 2014 in Chur. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Hr. Pankoks: Holzfiguren 1993 und Bündner Kunstmuseum Chur (1991).

47 Germann (2007), S. 231–232.

48 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, Sitzung vom 19. Juni 1969, S. 10.

49 Interview mit Armin Pirovino, 47.45–48.55 und 49.59–52.10. Der privilegierte Arbeitseinsatz von Langzeitinsassinnen und -insassen ist auch aus dem Kontext administrativer Internierungen bekannt. Vgl. Seglias / Dissler (2019), S. 341.

50 Germann (2007), S. 231 und ders. (2008), S. 186. Der Gedanke der beruflichen Wiedereingliederung, der seit 1918 ein wichtiger Teil der Arbeit der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) war, wurde durch die IV übernommen. Vgl. Lengwiler (2006) oder https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/kassenwesen/schweizerische-unfallversicherungsanstalt-suva/, Zugriff: 05.09.2019.

chiatrie zum Durchbruch und kann als Argument für die Arbeitstherapie gelesen werden. Gleichzeitig erhöhte dies den Druck auf die Patientinnen und Patienten, die wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden sollten.[51] Zur Erreichung der gesetzten Ziele wurden Ärzte und Wiedereingliederungsexperten ermächtigt, nicht nur unterstützend, sondern auch steuernd zu wirken. Die Eingliederung wurde nicht nur als Option, sondern auch als «soziale Pflicht» für jede und jeden betrachtet.[52]

Innerhalb der Kliniken bildeten die Beschäftigungs- und Arbeitstherapien eine Vorstufe der späteren Arbeitsintegration. Um sich den zukünftigen Arbeitsfeldern ausserhalb der Klinik anzunähern, aber auch, um sinnvolle Tätigkeiten anbieten zu können, versuchte die Klinikleitung vermehrt, Aufträge aus Industrie und Gewerbe zu akquirieren. Das führte laut dem späteren Chefarzt von Beverin und Leiter der Strafanstalt Realta, Hans König, mitunter zu Diskussionen mit dem lokalen Gewerbe, das um einen Preisnachteil fürchtete.[53] Solche Aufträge waren darüber hinaus eine Möglichkeit für die Kliniken, zusätzliche Einnahmen zu generieren. Die Suche nach Arbeitsstellen für die Zeit nach der Klinikentlassung in Betrieben oder in Haushaltungen wurde zu einer wichtigen Aufgabe der Fürsorgerinnen und späteren Sozialarbeitenden der beiden Kliniken.[54]

Die Rezession Mitte der 1970er Jahre hatte nachteilige Auswirkungen auf die Integrationspolitik der IV. Die wirtschaftlich schlechte Lage auf dem Arbeitsmarkt machte Stellenvermittlungen direkt aus der Klinik schwieriger.[55] Anders als Deutschland und Grossbritannien kannte die Schweiz keine Pflicht der Unternehmen, Menschen mit einer Behinderung einzustellen. Der Bund gewährte immerhin Subventionen, wenn Firmen sich für ein entsprechendes Angebot entschieden.[56] Diese Subventionen ermöglichten später auch in Graubünden Neuerungen, die mit kantonalen Mitteln allein nicht umsetzbar gewesen wären (vgl. Kapitel 5.2.3). Ein systematischer Ausbau geschützter Arbeitsplätze innerhalb bestehender Firmen blieb in der Schweiz allerdings aus. Gleichzeitig entstanden spezialisierte Wiedereingliederungsinstitutionen und damit ein zweiter Arbeitsmarkt. Die Klinik Waldhaus nutzte 1975 erstmals ein solches Angebot für Patientinnen und Patienten.[57]

Diese Entwicklung kann auch als erneute Separation gelesen werden, die dem integrativen Anspruch auf einer gesellschaftlichen Ebene zuwiderlief. Seit den 1980er Jahren richteten die beiden psychiatrischen Kliniken zudem eigene Angebote für Patientinnen und Patienten ein, die an einer dauerhaften Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung litten. Diese beinhalteten ein spezifisches Arbeitsumfeld mit weniger komplexen Aufgaben und flexibleren Arbeitsbedingungen. In dieser Zeit stiegen die Anforderungen, die der Arbeitsmarkt an die Qualifikationen der Stellensuchenden stellte, laut Angaben der Kliniken deutlich an, was sich wiederum nachteilig auf die Integration von Menschen mit psychischen Herausforderungen auswirke: «Oft können die psychisch Kranken diesen Stresssituationen nicht standhalten und dadurch gibt es immer wieder Rückfälle», so die Einschätzung von Verantwortlichen der Klinik Waldhaus. Die Klinik führte deshalb anfangs der 1980er Jahre Arbeitstrainings für Patientinnen und Patienten vor ihrer Entlassung ein.[58]

Heute betreiben die *Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR)* an den Standorten Chur, Rothenbrunnen und Roveredo unter dem Namen ARBES eigene «geschützte Werkstätten».[59] Zugleich blieb die Arbeit ein wichtiger Gradmesser für die persönliche Leistungsfähigkeit. Gianreto Conrad, Bereichsleiter ARBES, meinte dazu: «Manche können vielleicht nur zwei Stunden arbeiten, andere fünf bis sechs Stunden. Es ärgert mich immer wieder, wenn die Gesellschaft das Gefühl hat, diese Menschen seien zu faul, um zu arbeiten […]. Wir sehen jeden Tag, dass dies nicht stimmt.»[60] Heute wird den Mitarbeitenden der ARBES in Ergänzung zur IV-Rente ein Stundenlohn ausbezahlt.[61] Aktu-

51 IVG 1959, Artikel 10, zit. nach: Germann (2008), S. 197.
52 Ebd., S. 195, 197.
53 Interview mit Hans König, 2.27.55–2.39.55.
54 Ebd., 2.39.57–2.40.50.
55 Jahresbericht Beverin 1975, S. 170.
56 Ebd., S. 192, 196.
57 Jahresbericht Waldhaus 1975, S. 170 und Germann (2008), S. 189–190.
58 Jahresbericht Waldhaus 1983, S. 187.
59 Gianreto Conrad, Leiter ARBES: https://www.pdgr.ch/IV-Arbeitsplaetze.753.0.html, Zugriff: 30.06.2019.
60 Auszug aus Bündner Woche, 18.07.2012, S. 21, aufgeschaltet auf: https://www.pdgr.ch/Sinnvolle-Arbeit-fuer-psychisc.1483.0.html, Zugriff: 30.06.2019.
61 Informationen zu ARBES: https://www.pdgr.ch/FAQ-ARBES.1180.0.html und https://www.pdgr.ch/ARBES.531.0.html, Zugriff: 29.06.2019. Im Jahresbericht von 1985 stellte sich der Arbeits- und Beschäftigungstherapeut von Beverin die Frage, wo therapeutische Arbeit und Beschäftigung aufhöre und die Ausnutzung der Patientinnen und Patienten beginnen würde. Auch wenn er darauf keine Antwort gab, so ist dies doch als Indiz für

elle Arbeitsmarktstatistiken (2018) zeigen, dass über 47 Prozent der Menschen, die eine IV-Rente beziehen, an einer psychischen Krankheit oder Beeinträchtigung leiden.[62] Umso wichtiger wurden die Wiedereingliederungsangebote, geschützten Werkstätten und damit auch die «Ateliers» innerhalb und ausserhalb der Kliniken.

Neben dem Ausbau des arbeits- und beschäftigungsorientierten Therapieangebots gewann seit den 1960er Jahren die Bewegungstherapie, auch als Ausgleich zur Arbeit, an Bedeutung.[63] Nachdem in der Klinik Waldhaus bereits in den 1940er Jahren erste Versuche unternommen worden waren, ein regelmässiges Sportprogramm anzubieten, zeigte der Bau einer Turnhalle und die Anstellung einer Turnlehrerin in Beverin 1974, dass Bewegung Teil des regulären therapeutischen Programms geworden war.[64] In den drauffolgenden Jahren wurde das Bewegungsangebot auch über das Klinikareal hinaus erweitert. So finden sich seit Ende der 1970er Jahre vermehrt Hinweise auf externe Schwimmstunden, die Nutzung von Vita Parcours oder Spaziergänge als Angebote für Patientinnen und Patienten.[65] Im Rahmen der Freizeitorganisation wurden vermehrt Ausflüge durchgeführt. Diese konnten auch belohnenden Charakter haben, «als Lob und Dank für ihr emsiges Mitmachen [der Patientinnen und Patienten] in unseren therapeutischen Ateliers».[66]

Medizinische und therapeutische Betreuung der Insassen im Massnahmenvollzug Realta

An einem Seminar der Direktoren des Massnahmenvollzugs referierte Ernst Weber im Frühjahr 1982 über die therapeutischen Massnahmen in Realta.[67] Dabei kam er auf die medizinische und psychiatrische Betreuung von Strafgefangenen im Vergleich zu jener von Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Klinik Beverin zu sprechen. Sein Referat offenbart eine Unterscheidung zwischen «psychisch kranken» und «psychisch abnormen» Personen sowie verschiedene infrastrukturelle Voraussetzungen und gruppendynamische Argumente für eine unterschiedliche Praxis.

Zunächst beschrieb Weber die allgemeine medizinische Versorgung der Strafgefangenen, die grösstenteils durch die Ärzte der psychiatrischen Klinik durchgeführt werde. Wenn immer möglich wurden Strafgefangene für Konsultationen bei Fachärzten, aber auch für die Betreuung in Krankheitsfällen, die keinen stationären Aufenthalt im Regionalspital Thusis erforderten, in eine psychiatrische Abteilung verlegt.[68] Seit dem Ostschweizer Konkordat im Rahmen der Einführung des Schweizerischen Strafgesetzbuches 1956 war Realta auch zu einem Gefängnis für «vermindert Zurechnungsfähige» geworden (vgl. Kapitel 2.2.3). Ein aus Sicht Webers «nachvollziehbarer Entscheid», den er auf die «sicherlich weltweit einmalige» Konstellation der multifunktionalen Anstalt Realta-Beverin zurückführte.[69] In seinem Referat machte Weber weiter deutlich, dass die Versetzung von Insassen aus Realta nach Beverin auch als Disziplinierungsmassnahme angewandt wurde:

> *«Ebenso besteht die Möglichkeit, Simulanten und längere Zeit Arbeitsunwillige kurzfristig in die geschlossene Abteilung der Klinik zu übernehmen, was in der Regel für den Insassen sehr heilsam ist, indem er bald nach der Aufnahme in der Klinik wieder in die Anstalt zurück will und zurück drängt.»*[70]

Pharmazeutische Produkte, namentlich «Schlafmittel, Tranquilizer oder ähnliche Medikamente», wurden laut Weber in Realta weder verschrieben noch verabreicht.[71] Sie kamen generell nur bei «psychisch schwerst Kranken wie Schizophrenen, Epileptikern und eventuell Drogenabhängigen in

eine diesbezüglich wachsende Sensibilität zu werten. Ausführlicher Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Beverin 1985, S. 20.

62 IV-Statistik 2018, im Rahmen von: Statistiken zur sozialen Sicherheit Mai 2019: https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html, Zugriff: 30.06.2019.

63 Jahresbericht Beverin 1977, S. 164.

64 Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 23.

65 Jahresbericht Waldhaus 1977, S. 164.

66 Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 187.

67 Die beiden Chefärzte führten offiziell keinen Direktorentitel, was Weber, mit Blick auf die Bezeichnungen der Anstaltsvorsteher im Massnahmenvollzug, als diskriminierend bezeichnete. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Juli 1990, Nr. 1868, S. 8.

68 Weber (1982), S. 3.

69 Ebd., S. 2.

70 Ebd., S. 3 und Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 14.10–14.18.

71 Anders gelagerte Befunde zeigen sich in Untersuchungen zu anderen Institutionen des Massnahmenvollzugs, beispielweise für das Frauengefängnis Hindelbank im Kanton Bern. Dort starb 1976 aufgrund eines falsch verabreichten Medikamentencocktails eine Gefangene, nachdem ihr der spätere Chefarzt der psychiatrischen Klinik Waldhaus, Benedikt Fontana, telefonisch und ohne Konsultation einen lytischen Cocktail verschrieben hatte. Heiniger Kevin (2019a), S. 475–479.

den ersten Tagen» zur Anwendung, «um ihnen den Entzug etwas zu erleichtern».[72]

Das Referat sollte vor allem die Frage erörtern, ob intensive Psychotherapien mit Einzelnen oder in Gruppen aus Sicht des Chefarztes zur «Rehabilitation» oder «Resozialisierung» Strafgefangener beitragen würden. Weber kam zum Schluss, dass wegen der zahlreichen «hoffnungslosen Fälle» von «psychisch schwerst abnormen Straftätern» auch intensive Psychotherapien keine wesentliche Besserung zur Folge hätten (vgl. Kapitel 3.3.7). Er unterschied in seiner Argumentation zwischen «psychisch kranken» und «psychisch abnormen» Menschen. Letztere befänden sich in der Regel im Massnahmenvollzug und das «Leiden besteht vorwiegend darin, dass er [der Strafgefangene] im Gefängnis und nicht in Freiheit ist».[73] Bei diesen Menschen würden psychotherapeutische Ansätze, wie er sie für Patientinnen und Patienten in der Klinik Beverin propagierte, wenig bewirken, war der Chefarzt überzeugt. Überdies bezweifelte Weber deren Umsetzbarkeit. Bei 90 Insassen sei eine individuelle Betreuung nicht möglich, da die therapeutischen Interessen nicht in den Anstaltsalltag integrierbar seien. Schliesslich verwies Weber auf eine gruppendynamische Komponente. Ein individuelles Angebot würde «in der Subkultur der Anstalt» eine «negative Einstellung unter den Kameraden» begünstigen. Deshalb setzte der Chefarzt auf das Erlebnis in der Gruppe, auf die «Soziotherapie». Unter Berücksichtigung des Resozialisierungsgedanken schienen ihm gemeinsame Erfahrungen, etwa beim Bergsteigen oder in Fischerurlauben, zielführender. Damit sollten der «Teamgeist» und die «Zusammengehörigkeit» gefördert werden, da diese gemäss dem Referenten bei den Strafgefangenen «unterentwickelt» wären. Dazu würden «selbstverständlich» auch «entsprechende Arbeitseinsätze mit kreativen Arbeitsmöglichkeiten» gehören, so Weber weiter. Er setzte damit im Strafvollzug auf ein Erziehungskonzept, das sich im Kontext pädagogischer Kinder- und Jugendheime bereits seit längerem etabliert hatte, und verzichtete, auch aufgrund struktureller Bedingungen, weitgehend auf individuelle psychotherapeutische Angebote.[74]

5.1.3 Sozialarbeitende in den Kliniken – «Bindeglied zwischen Klinik und Patienten»

Neben dem Ausbau des stationären Angebots weiteten die Bündner Kliniken seit den späten 1950er Jahren ihren Einflussbereich mit dem Aufbau eines Nachbetreuungsangebots aus. Diese Erweiterung ging mit der Neueinstellung von Sozialarbeitenden einher. Die erste Fürsorgerin, wie die Sozialarbeitenden bis in die 1970er Jahre hinein genannt wurden, wurde 1956 von der Klinikleitung Beverin eingestellt.[75] Sie betreute in der «nachgehenden Fürsorge» ehemalige Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige ausserhalb der Klinik.[76] Darin widerspiegelt sich das Postulat der «Familienpflege», das heisst der Betreuung durch Angehörige, bei gleichzeitiger Betreuung durch externe Fachpersonen; eine Praxis, die an anderen Orten bereits institutionalisiert war.[77] Dieses Prozedere beruhte auf der Vorstellung, dass Menschen nach einem Klinikaufenthalt in vielerlei Hinsicht auf Unterstützung angewiesen seien, gerade auch bei schwierigen oder herausfordernden Familien- und Wohnverhältnissen. Der Chefarzt Emil Seiler, im Amt von 1952 bis 1957, erwähnte in diesem Zusammenhang besonders finanzielle Notlagen, eine Überforderung der Angehörigen, Suchtproblematiken in der Familie oder ungenügende hygienische Wohnverhältnisse. Die «Nachsorge» war aus seiner Sicht darüber hinaus für Menschen wichtig, die keine Angehörigen besassen, die ihnen nach einer Klinikentlassung Unterstützung leisten konnten. Der Kanton Graubünden verfügte mit den Bezirksfürsorgestellen bereits über Anlaufstellen für solche Situationen. Seiler rechtfertigte ein letztlich überschneidendes Angebot mit einer hohen Hemmschwelle klinikentlassener Personen, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen; vor allem in finanziell schwierigen Situationen oder bei starkem Alkoholkonsum, speziell bei Frauen.[78]

---

72 Weber (1982), S. 4. Alois Kappeler erlebte den Einsatz von Medikamenten in Beverin als weitaus umfangreicher als in der Klinik Waldhaus. Interview mit Alois Kappeler, 18.08–18.27.

73 Weber (1982), S. 6.

74 Ebd., S. 6–7.

75 StAGR V 13 f 10: Psychiatrie, Realta/Beverin, Seelsorge – Sozialdienste, Insassen A–Z, Beverin, Patienten, Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Dr. med. Seiler an Departementssekretär Caviezel (Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden) vom 23. Oktober 1956.

76 Ebd., S. 1.

77 In Zürich etwa waren, angesichts der konstanten Überbelegung der Kliniken, seit Beginn des 20. Jahrhunderts Frühentlassungen mit anschliessender Nachbetreuung durch Fürsorgerinnen vorgenommen worden. Maier et al. (2007), S. 71–72.

78 StAGRV 13 f 10: Psychiatrie, Realta/Beverin, Seelsorge – Sozialdienste, Insassen A–Z, Beverin, Patienten, Fami-

Der Aufgabenkatalog einer Fürsorgerin umfasste ein breites Spektrum, das von der Abklärung der künftigen Wohnsituation über die Begleitung am Tag der Entlassung bis hin zur «Nachsorge» reichte. Letztere sollte sicherstellen, dass die Patientinnen und Patienten «nicht ausgenützt» oder «schlecht gehalten» seien. Die Fürsorgerin hatte die Aufgabe, bei ihren Hausbesuchen jeweils mit «beiden Parteien allein und mit beiden gemeinsam» zu sprechen, also mit den ehemaligen Patientinnen und Patienten sowie den Familienmitgliedern im gemeinsamen Haushalt.[79] Nach Rücksprache mit den Ärzten entschied sie, wie auf einen allfälligen Missstand zu reagieren sei. Als geeignete Massnahmen wurden beispielsweise eine Rückversetzung in die Klinik oder Verhandlungen um Kostgeld oder Lohn betrachtet. Durch diese Art der Nachsorge erhoffte sich Seiler eine Reduktion der Rückfälle. Die Betreuung durch eine Fürsorgerin konnte je nach Bedarf zeitlich ausgedehnt oder schrittweise reduziert werden. «Die Fürsorgerin ist deshalb eigentlich das Bindeglied zwischen der Anstalt und dem ehemaligen Patienten und trägt dazu bei, dass in manchen Fällen rascher eine Entlassung gewagt werden kann», so der Chefarzt.[80] Interessant ist die Anmerkung, die Fürsorgerin helfe durch ihre Arbeit mit, die Vorurteile gegenüber Patientinnen und Patienten, gegenüber der Klinik und psychischen Krankheiten im Allgemeinen zu reduzieren.[81] Wie stark Patientinnen und Patienten bei ihrer Unterbringung oder bei der Auswahl einer Arbeitsstelle mitbestimmen konnten, wird aus diesen Ausführungen nicht ersichtlich.

Seilers Nachfolger, Ernst Weber, erweiterte die Kompetenzen der Sozialarbeitenden hinsichtlich der familiären Unterbringung.[82] Vor allem bei Menschen mit einer diagnostizierten chronischen Schizophrenie sah Weber Potential, die Familienpflege stärker auszubauen.[83] Ende der 1960er Jahre versuchte der Kanton, diese Unterbringungsform zu normieren, indem die Regierung 1968 die Ausarbeitung eines «Regulativs über die Familienpflege» durch die psychiatrischen Kliniken in Auftrag gab, dessen Fertigstellung sich jedoch bis 1979 hinzog.[84] Wohl auch deshalb verfassten die beiden Fürsorgerinnen der psychiatrischen Kliniken 1972 ein eigenes «Arbeitspapier über die Organisation des Fürsorgedienstes und die Zusammenarbeit mit den Ärzten».[85]

Gegen Ende der 1970er Jahre weitete Weber die Betreuungsmöglichkeiten, aber auch die Wohnformen für nachbetreute ehemalige Patientinnen und Patienten noch einmal aus. Als Wohnformen kamen neben Wohnheimen auch Zimmer, Pensionen oder eigene Wohnungen in Frage.[86] Ab 1972 stellte die Klinik Beverin eine zweite Sozialarbeiterin ein, was auf eine zunehmende Zahl an zu betreuenden Personen hinweist. 1977 wurde erstmals ein Mann mit dieser Aufgabe betraut.[87] 1985 betreute der Sozialdienst der Klinik Beverin «im Sinne des sozialpsychiatrischen Ansatzes» 100 Patientinnen und Patienten mit insgesamt 400 Hausbesuchen, nachdem es acht Jahre zuvor noch etwas mehr als 20 Personen gewesen waren. Wichtiger wurde die Vermittlung von Alters- und Pflegeheimplätzen, gerade auch angesichts der konstanten Überbelegung der gerontopsychiatrischen Abteilungen.[88] Um die Nachbetreuung besser gewährleisten zu können, nahmen die Sozialarbeitenden nun an der Chef- und Oberarztvisite teil.[89] In der Klink Waldhaus stand die Vermittlung und Beratung für eine rasche Arbeitsein-

lienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Dr. med. Seiler an Departementssekretär Caviezel (Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden) vom 23. Oktober 1956, S. 2.

79 Ebd., S. 2–5.

80 Ebd., S. 4–5. Das Prinzip der «Nachsorge» und dessen Ausbau findet sich zu diesem Zeitpunkt auch im Straf- und Fürsorgekontext. Vgl. dazu: Häsler (2019), S. 629–659 oder Rietmann (2011), S. 89–100.

81 StAGR V 13 f 10: Psychiatrie, Realta/Beverin, Seelsorge – Sozialdienste, Insassen A–Z, Beverin, Patienten, Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Dr. med. Seiler an Departementssekretär Caviezel (Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden) vom 23. Oktober 1956, S. 5.

82 Jahresbericht Realta/Beverin 1957, S. 66.

83 In seiner Argumentation folgte er dabei Eugen Bleulers Sichtweise auf die Rolle der Erziehung bei der Unterbringung in Familien und an Arbeitsstellen, wenn der Chefarzt aus Bleulers «Lehrbuch der Psychiatrie», 9. Auflage 1955, zitierte. StAGR V 13 f 10: Psychiatrie, Beverin, Patienten, Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Schreiben Ernst Weber an Otto Largiadèr vom 2. April 1979, S. 1–2.

84 Ebd., Schreiben des Regierungsratspräsidenten Otto Largiadèr an Ernst Weber vom 11. September 1979, (Beilage Aktennotiz).

85 Ebd., Schreiben Ernst Weber an Otto Largiadèr vom 2. April 1979, S. 3–4.

86 Jahresbericht Waldhaus 1977, S. 164.

87 StAGR V 13 f 9: Beverin, Sozialdienste, RB vom 17. April 1972.

88 Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194, 1977, S. 164.

89 Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, S. 15 und Verwaltungsarchiv Waldhaus: Interne Weisungen und Richtlinien, Teilnahme Sozialarbeiter an Oberarztvisite in der Klinik vom 16. August 1993.

gliederung zu diesem Zeitpunkt an erster Stelle und war begleitet von einem Anspruch der Selbstverantwortung und Eigeninitiative der betreuten Patientinnen und Patienten.[90] Zur Oberarztvisite wurden die Sozialarbeitenden in der Klinik Waldhaus erst ab 1993 zugelassen.[91]

5.1.4 Personalausbau und Diversifizierung der Berufsgruppen

Der Ausbau des medizinisch-therapeutischen Angebots führte zu einer Diversifizierung der involvierten Berufsgruppen, Veränderungen in der Ausbildung von Pflegenden und damit zu einer zunehmenden Professionalisierung (vgl. Kapitel 4.1). Durch diese Entwicklung erhöhte sich die Anzahl beteiligter Personen aus unterschiedlichen Fachgebieten im Klinikalltag. Die Ausdifferenzierung des Betreuungsangebots wurde in den beiden kantonalen Kliniken in den 1960er und 1970er Jahren unterschiedlich vorgenommen. Beverin besass durch den Neubau in den frühen 1970er Jahren einen infrastrukturellen Vorteil gegenüber der Klinik Waldhaus. Mit dem Aufbau von Fürsorge- oder Sozialhilfestellen im Umfeld der Kliniken wurde der Weg für Angebote ausserhalb der Einrichtungen geebnet. Die chefärztlichen Äusserungen in den Jahresberichten spiegelten den Wunsch nach Veränderung weg von geschlossenen hin zu offeneren Einrichtungen. Gleichzeitig priesen die Berichte den Ausbau verschiedener Therapieangebote als positive Veränderungen. Jahresberichte sind Rechenschaftsberichte zuhanden der Trägerschaft, in diesem Fall des Kantons Graubünden. Die Chefärzte waren deshalb bemüht, Fortschritte, aber auch Herausforderungen, vor allem jene, für deren Behebung finanzielle Mittel benötigt wurden, herauszustreichen. Die Jahresberichte geben aber auch Hinweise auf die Entwicklungen des Personalbestandes. Der Differenzierungsgrad bei den angestellten Fachkräften ermöglicht diesbezügliche Vergleiche der beiden Kliniken. Beispielsweise 1976 wies die Klinik Beverin zehn spezialisierte Stellen aus, während es in der Klinik Waldhaus deren sechs waren; trotz höherem Gesamtpersonalbestand (vgl. Tabelle 13 und 14).[92] Reformbereitschaft und therapeutische Schwerpunkte unterschieden sich dementsprechend, es herrschten aber auch unterschiedliche Vorstellungen über die Aufgabenbereiche und die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Pflegenden, Patientinnen und Patienten.

	Schweizer	Ausländer	Total
Ärzte	3	4	7
Pflegepersonal	92	13	105
Andere medizinische Fachbereiche	5	1	6
Ökonomie/ Verwaltung	32	26	58
Gutsbetrieb	7	1	8
Total*	141** (127)	45 (55)	186** (182)

Tabelle 13: Personalbestand Klinik Waldhaus (Ende 1976)

* inklusive Lehrlinge und Teilzeitbeschäftigte (36 Schweizer und 4 Ausländer)

** falsches Total in der Quelle

Anmerkung: Ende 1976 waren neun Stellen nicht besetzt.

Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 171.

	Schweizer	Ausländer	Total
Ärzte	5	3	8
Pflegepersonal	71	15	86
Andere medizinische Fachbereiche	10	–	10
Verwaltung/ Ökonomie	25	33	58
Handwerker	8		8
Total	119*	51	170

Tabelle 14: Personalbestand Klinik Beverin (Ende 1976)

* falsches Total in der Quelle

Anmerkung: Ende 1976 waren 24 Stellen nicht besetzt.[93]

Quelle: Jahresbericht Beverin 1976, S. 175.

Die Klinik Beverin stellte 1961 erstmals einen Psychologen ein. Nach einem Unterbruch wurde diese Stelle ab 1977 als Ersatz für eine Arztstelle neu besetzt. Eine entsprechende Position für einen Psychologen oder eine Psychologin wurde in der Klinik Waldhaus erst 1983 unter Fontana eingeführt, nachdem Pflugfelder die Schaffung einer

90 Jahresbericht Waldhaus 1986, S. 204.

91 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Interne Weisungen und Richtlinien, Teilnahme Sozialarbeiter an Oberarztvisite in der Klinik vom 16. August 1993.

92 Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 171 und Jahresbericht Realta/Beverin 1976, S. 175.

93 Jahresbericht Realta/Beverin 1976, S. 176.

solchen Stelle 1975 explizit abgelehnt hatte.[94] Die Anstellung von psychologisch geschultem Personal in den psychiatrischen Kliniken macht sichtbar, dass sich das Machtgefüge innerhalb der psychiatrischen und psychologischen Arbeit zu verändern begann. In der Übertragung von Verantwortung und nicht allein in der Delegation von Dienstleistungen manifestiert sich ein Wandel in den beiden Kliniken, der auf die stark hierarchisch geprägten Strukturen einwirkte. Auch wenn Weber seine Position als alleiniger Leiter der multifunktionalen Einrichtung in Cazis nicht aufgeben wollte, war er gleichwohl darum bemüht, zusätzliches professionell geschultes Personal einzustellen. Diese Entwicklung wurde im Waldhaus von Pflugfelder mit Skepsis betrachtet und bewusst nicht gefördert. Erst mit der Amtsübergabe an Benedikt Fontana setzte auch in der Klinik Waldhaus ein entsprechender Wandel ein.

Der Einsatz von Psychopharmaka veränderte auch das Berufsbild der Pflege und damit die Ausbildung von Pflegenden nachhaltig. Bewegung in die Bündner Psychiatrie kam deshalb nicht zuletzt durch die Eröffnung der Bündner Schule für Psychiatriepflege und die Professionalisierung der Pflege (vgl. Kapitel 3 und 4). Webers Rolle war auch in diesem Prozess von Bedeutung und er beeinflusste als Präsident der Schulkommission bis 1980 diese Entwicklung nachhaltig. Die Postulate der Antipsychiatrie-Bewegung prägten zudem vor allem junge Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte, aber auch Sozialarbeitende. Viele der im Rahmen dieser Studie interviewten Personen kamen mit einem kritischen Blick in die Kliniken. Eine verbesserte Ausbildung führte gleichzeitig zu vermehrten Auseinandersetzungen zwischen medizinischem und pflegerischem Personal, mitunter auch mit Patientinnen und Patienten. In der Folge mussten Aufgabenbereiche zunehmend neu definiert und Verantwortlichkeiten neu verhandelt werden.[95] Ein Ausdruck davon ist der Einbezug der Pflege in Leitungsfunktionen. 1980 wurde in Beverin die Funktion einer Pflegedienstleitung geschaffen.[96] Die leitende Funktion beinhaltete die Koordination des Pflegepersonals sowie ein Mitspracherecht bei Patientenverlegungen und bei der Anstellung von Pflegepersonal. Damit gewann der Pflegeberuf an Eigenständigkeit und innerhalb der Klinik an Ansehen.

In der Klinik Waldhaus geschah diese Umstellung zur selben Zeit, allerdings nicht ganz freiwillig. Fontanas Arbeitsweise wurde kurz nach seinem Amtsantritt bereits kritisiert, was dazu führte, dass die Bündner Regierung einen Untersuchungsbericht durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) in Auftrag gab (vgl. Kapitel 4.1). Der Bericht, der 1979 erschien, warf Fontana mangelhafte Führung und Kommunikation vor, was zur Verunsicherung und Demotivation des Personals führen und sich negativ auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten auswirken würde. Eine Folge des Berichtes war die Einsetzung einer Pflegedienstleitung. Andere organisatorische Veränderungen wurden in der Klinik Waldhaus als pragmatische Reaktion auf äussere Anforderungen vorgenommen. So etwa in der Frage nach der Geschlechterdurchmischung des Personals. 1966 wurde beispielsweise aufgrund des akuten Personalmangels ein Mann als Schwesternadjunkt aller Frauenabteilungen, zunächst nur versuchsweise, eingesetzt.[97]

Webers Neuerungen gingen dem Personal bisweilen zu schnell und konnten zu Überforderungen führen. Dies bestätigte ein Oberpfleger, der seit den späten 1940er Jahren in Beverin gearbeitet hatte:

> *«Anders als vorher war nun eher das Personal ob der vielen Neuerungen zurückhaltend und leistete mehr oder weniger versteckten Widerstand. […] Den Patienten wurden mehr Freiheiten zugesprochen. Dies führte zu einer grossen Unsicherheit mit vielen Missverständnissen. […] Erst mit der Zeit verspürte man, dass bei Ungereimtheiten nicht Sündenböcke gesucht wurden, sondern dass man gewillt war, die Verantwortung gemeinsam zu tragen.»*[98]

Pflugfelder hatte eine andere Sicht auf die «moderne Ausbildung». In einem Schreiben an das Sanitätsdepartement von 1977 bemängelte er

94 Vgl. ebd., 1961 und 1977; Jahresbericht Waldhaus 1983 und Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Geschichte vom Waldhaus, Planung des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons Graubünden. Fragebogen an die Experten betreffend Psychiatrie und Zusammenfassung der Vernehmlassung. Anhang zu: Schreiben Motor-Columbus, Ingenieurunternehmung AG, Baden an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, vom 3. Dezember 1975, S. 72.

95 Tornay (2012), S. 84.

96 Jahresbericht Beverin 1980, S. 35–36.

97 Jahresbericht Waldhaus 1966, S. 72. Aufgrund der guten Erfahrungen wurde diese Organisation beibehalten. Vgl. ebd., 1967, S. 163, 1968, S. 159, 1973, S. 191.

98 Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, 40 Jahre psychiatrische Krankenpflege Beverin aus der Sicht des Oberpflegers, S. 31.

die zu liberale Haltung des Personals gegenüber gewissen Patientinnen und Patienten und konstatierte eine bedenkliche neue «Mentalität» der jungen Generation von Pflegerinnen und Pflegern, die ein neues berufspolitisches und -ethisches Selbstbewusstsein entwickelt hätten.[99] Der ehemalige Pfleger Vitus Bass, der 1969 seine Lehre in der Klinik Waldhaus begann, erinnerte sich an ein System der Entmündigung von Pflege und Ärzten durch Pflugfelder:

> *«Der Chefarzt war alles bei uns. Bei Patienten auf der Akutaufnahmestation, wo ich damals arbeitete, bestimmte er, wann ein Patient aufstehen durfte, wann er auf die Akutstation kommt, wann er vom Wachsaal in die Stube darf, wann er in die Therapie darf, ob er in Begleitung oder alleine in den Ausgang darf. Alles bestimmte er. Auch Ärzte hatten nicht viele Kompetenzen. Und weil sie auch wenig zu entscheiden hatten, gab es nie Diskussionen zu Fachthemen.»*[100]

Bass war rückblickend erschrocken darüber, wie er den Führungsstil des Chefarztes letztlich mitgetragen und dadurch sein Berufsinteresse verloren habe. «Ich erledigte meine Aufgabe wie eine Maschine. Ich machte fast nur Hausfrauenarbeit, wie putzen, Kleider mit Namensetiketten versehen, Essen verteilen oder Geschirr abwaschen. Ebenso überwachte ich die Patienten, pflegte unselbständige Personen und verteilte die Medikamente. Patienten, die nicht in die Therapie gehen wollten, durften auf der Abteilung nicht unterhalten werden. […] Das ist eine furchtbare Pflege gewesen. Bis 1978 habe ich das Gefühl gehabt, das Waldhaus schläft und ist tot.»[101] Ein anderer Pfleger, Armin Pirovino, kam mit diesem Führungsstil besser klar. Er war seit 1953 im Waldhaus tätig gewesen und wusste mit den starren Hierarchiestrukturen umzugehen, wenngleich auch er die schroffe Art des Chefarztes kritisierte. Gleichzeitig berichtete er über ein bisweilen gutes Verhältnis der Pflegenden zum ärztlichen Personal.[102]

Zu ersten Umbrüchen kam es in der Klinik Waldhaus im Jahr 1977. Bereits vor der Pensionierung Pflugfelders erachtete es die Aufsichtskommission für notwendig, ein neues Pflegekonzept auszuarbeiten. Noch vor seinem Amtsantritt erhielt deshalb Pflugfelders Nachfolger, Benedikt Fontana, den Auftrag, sich zusammen mit dem Verwalter Gedanken über den künftigen Betrieb zu machen.[103] Pflugfelder stand betrieblichen Neuerungen auch zuletzt skeptisch gegenüber, da es aus seiner Sicht «während seiner Tätigkeit als Direktor» doch möglich gewesen sei, «eine klinische Psychiatrie zu führen, die sowohl von der wissenschaftlichen als auch von der medizinischen Seite betrachtet als erfolgreich angesehen werden müsse».[104]

Bereits kurz nach dem Amtsantritt Fontanas sah sich die Regierung erneut dazu veranlasst, einzugreifen und die Arbeits- und Betreuungssituation unter der neuen Leitung untersuchen zu lassen. Der bereits diskutierte Bericht einer Mitarbeiterin des SRK, der 1979 zur Schaffung einer Pflegedienstleitung geführt hatte, deckte weitere Mängel auf unterschiedlichen Ebenen auf. Der Bericht stellte allgemein fest, dass innerhalb der Klinik sehr unterschiedliche Qualitätsniveaus in der Pflegearbeit vorherrschten sowie grundlegende organisatorische Mängel bestanden, die eine qualitativ hochstehende Pflege und Behandlung der Patientinnen und Patienten nur bedingt möglich machten. Die baulichen Begrenzungen verschärften diese Mängel zusätzlich:

> *«Es fällt auf, wie unterschiedlich die Aktivität der Patienten unterstützt und gefördert wird, auf etlichen Abteilungen sind alle Patienten im Aufenthaltsraum irgendwie beschäftigt, andernorts sitzen sie gelangweilt den ganzen Tag herum. […] Teilweise hemmen Bau und Einrichtung eine entsprechende Entwicklung, doch ist die Aktivität auch von der Anzahl Pflegepersonen und deren Motivation und Befähigung abhängig. In diesem Sinne sind Qualitätsunterschiede in der Betreuung feststellbar.»*[105]

---

99 StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden vom 8. Juli 1977, S. 1.

100 Interview mit Vitus Bass, 35.50–36.54.

101 Ebd., 39.30–39.43 und 40.31–40.39.

102 Interview mit Armin Pirovino, 7.35–7.42 und 46.50–47.10.

103 Dieses Konzept konnte im Rahmen dieser Recherchen nicht ausfindig gemacht werden. Weshalb die Wahl für Pflugfelders Nachfolge auf Benedikt Fontana fiel, ist den Protokollen nicht zu entnehmen. Erstmals fand sich unter den vier diskutierten Bewerbungen eine Frau. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. März 1977, S. 2–3.

104 Ebd., Sitzung vom 18. August 1977, S. 8.

105 StAGR V 13 e 1: Psychiatrie, Klinik Waldhaus, Allgemeines, Beratungsbericht Waldhaus Chur vom 20. April 1979, S. 1.

Laut Bericht fehlten auf vielen Stationen Pflegepläne für die Behandlung und dem Pflegepersonal wurde die Einsicht in die Krankengeschichten verwehrt. Weiter stellte der Bericht fest, dass seitens der Pflegenden eine «Linie im ärztlichen Konzept vermisst» wurde. Der Bericht identifizierte deshalb eine «Lücke in der Kommunikation zwischen Pflegepersonal, Ärzten und Sozialarbeitenden».[106] Die mangelhafte Kommunikation gehe so weit, dass Pflegende nicht informiert wären, wer die Tagesverantwortung habe, oder dass neu eintretende Patienten auf zwei Abteilungen erwartet würden. Damit legte der Bericht Führungsdefizite offen, die zu Verunsicherungen beim Personal führen würden.

Der Bericht zeichnete weiter das Bild unterbesetzter Stationen. So waren eine diplomierte Fachkraft und eine Hilfskraft zusammen für 36 Patienten von 6.45 bis 20 Uhr zuständig. «In dieser Station kann dem Patienten nur das anstaltsmässig notwendigste gegeben werden», resümierte die Verfasserin.[107] Auf der Abteilung für Pflegebedürftige wurden ausserdem gravierende hygienische Mängel festgestellt, etwa grosse Mengen an offen herumliegender Schmutzwäsche, offene Toiletten oder fehlende Duschen. Neben baulichen Massnahmen empfahl der Bericht die Aufwertung des Pflegedienstes sowie die Institutionalisierung eines regelmässigen Austausches zwischen Pflege, Ärzteschaft und Sozialdienst.[108] In der Folge erhielten Pflegende und Ärzte mehr Kompetenzen.[109] 1980 wurde auch in der Klinik Waldhaus eine Pflegedienstleitung mit entsprechender Ausbildung eingesetzt.[110] Die Jahre nach dem Bericht des SRK beschrieb Bass als fachliches Aufblühen, in dem das Pflegepersonal mehr Verantwortung übernahm. Er bezeichnete Fontanas Führungsstil als «laissez faire», wodurch die Pflege auch auf konzeptioneller Ebene mehr Spielraum hatte. In dieser Zeit nahm das pflegerische Selbstbewusstsein zu, was sich unter anderem im Aufbau des *Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachpersonen* (SBK) und einer verstärkten nationalen Vernetzung manifestierte, an dem auch Bündner Psychiatriepflegende mitwirkten.[111]

Auch von aussen wurden die Chefärzte unterschiedlich wahrgenommen. In den Erinnerungen von Berufspersonen aus dem Sozialbereich, etwa dem Fürsorgeamt oder den regionalen Sozialdiensten, hinterliessen Weber, Pflugfelder und Fontana auf fachlicher und menschlicher Ebene unterschiedliche Eindrücke. Webers fachliche Offenheit wurde positiv hervorgehoben, etwa von Hans Joss, der 1969 als Leiter des regionalen Sozialdienstes ins Engadin gekommen war: «Doktor Weber war ein sehr weltoffener Mann, ein politischer Stratege und Beverin hat sich in diesen Jahren laufend verändert. Währenddem Doktor Pflugfelder so verinnerlicht war, dass das Waldhaus beinahe verlottert ist und erst später wieder Raum für Strategien da war.»[112] Andrea Ferroni, Adjunkt und späterer Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes (heute Sozialamt), kam zu einer ähnlichen Einschätzung. Mit einem kritischen Blick und sensibilisiert durch die Berichterstattung der Medien zur Heimkampagne, zum *Hilfswerk der Kinder der Landstrasse*, aber auch zu administrativen Einweisungen, trat er 1980 seine neue Stelle an. Er traf auf einen Chefarzt in Beverin, «der offen war gegenüber anderen Disziplinen, gegenüber den Sozialarbeitenden, gegenüber meinen Mitarbeitenden. Da existierte eine intensive Zusammenarbeit».[113] Als entgegengesetzt wurde die eher «traditionelle Form der Führung einer psychiatrischen Klinik» unter Benedikt Fontana empfunden.[114] Gian-Andrea Giovanoli, der trotz pädiatrischer und kinderpsychiatrischer Spezialisierung 1985 aufgrund des Ärztemangels in Beverin Oberarzt wurde, verglich die Erwachsenenpsychiatrie im Waldhaus Mitte der 1980er Jahre gar mit dem Spielfilm *Einer flog übers Kuckucksnest*:

> *«Als ich am ersten Tag dort hineinkam, hatte ich das Gefühl, genauso ist es. Die Betten auf den Stationen waren in einer grossen langen Wandelhalle aufgereiht, 20 oder 30 davon. […] Benedikt Fontana erlebte ich als handfesten Praktiker, der aber die Ausdrücke wie ‹Vaganten› und ähnlich noch verwendet und auch auf das Vorhandensein von Stammbäumen hingewiesen hat. […] Mit Worten hat er diese rassistischen Ausdrücke noch verwen-*

106 Ebd.
107 Ebd., S. 3.
108 Ebd., S. 5, 7–13.
109 Interview mit Vitus Bass, 37.24–37.40.
110 Interview mit Armin Pirovino, 12.00–12.34, 13.30–13.38 und 14.35–14.40.
111 Interview mit Vitus Bass, 17.26–19.14. Die Bündner Sektion des SBK wurde 1978 gegründet. http://www.sbk-gr.ch/sektion.html, Zugriff: 10.12.2019.
112 Interview mit Hans Joss, 8.30–9.12.
113 Interview mit Andrea Ferroni, 10.00–11.33.
114 Ebd., 15.06–15.41.

det, aber ich hatte das Gefühl, er mochte die Menschen und hatte einen guten Zugang zu den Jenischen.»[115]

5.1.5 Eugenische Einflüsse auf die Psychiatriereformen

In den Interviews, vor allem mit Sozialarbeitenden, aber auch mit Ärzten in unterschiedlichen Funktionen finden sich wiederholt Hinweise auf eine Vermischung erbbiologischen Denkens mit eugenischen Ansätzen, die einerseits Einfluss auf die Gutachten, andererseits auf das Bild von Patientinnen und Patienten in der Bündner Psychiatrie, hatten, und der Psychiatrie in Graubünden bis in die 1980er Jahre inhärent blieb. Davor fand in der Bündner Psychiatrie kein offenkundiger Bruch mit eugenischen Denkmustern innerhalb erbbiologischer Diskussionen statt (vgl. auch Kapitel 2.2.2, 3.3.6 und 5.2). So meinte etwa Hans Joss zu Pflugfelder:

«Bei ihm [Pflugfelder] müsste man eine Anmerkung anfügen, was seine Begutachtungen betrifft. Diese habe ich teilweise miterlebt. Er verwendete immer dieselben Wendungen. Dabei ging es vorwiegend um Jenische. Die Frauen waren sexuell haltlos und debil und die Männer waren debil und Alkoholiker. Er hatte ein Raster. […] Das hat uns entsetzt, wenn wir das Gefühl hatten, er schaut die Menschen überhaupt nicht an. […] Er hatte eine Vision bei einem Namen und er wusste bereits, wo er diesen einzuordnen habe und wo die entsprechenden Defizite lagen. Es ging ihm vor allem um Defizite und nicht um Stärken.»[116]

Damit thematisierte der ehemalige Sozialarbeiter Denkmuster, die auch Gian-Andrea Giovanoli als «rückständige» Ansichten in Graubünden bezeichnete: «Die Heredität war noch ein Thema, im Sinne von: Der Vater und der Grossvater waren schon Alkoholiker, oder Vaganten oder arbeitsscheue Elemente.»[117]

Besonders in den 1960er und 1970er Jahren wurden international, aber auch in der Schweiz, intensive Debatten über die Abgrenzung einer erstarkenden Humangenetik gegenüber früheren Erblichkeitsparadigmen und ihren eugenischen Erklärungsmustern geführt. Ein verbessertes Wissen um die Ursachen von Krankheiten und das Vorhandensein genetischer Testverfahren führten, vor allem im Bereich der pränatalen Diagnostik, zu neuen Möglichkeiten, erbbedingte Gesundheitsrisiken für geplanten Nachwuchs zu erkennen und gegebenenfalls zu verhindern.[118] Dabei gelang es auch prominenten Vertretern der Humangenetik, beispielsweise im Rahmen der in den Spitälern immer öfter angebotenen «genetischen Beratungen», nicht, sich vollständig von eugenischem Gedankengut zu lösen.[119] Eine ähnliche und explizite Auseinandersetzung sowie Versuche der Abgrenzung finden sich weder bei Pflugfelder und Fontana noch bei Weber. Im Gegenteil ist eine erstaunliche Kontinuität erbbiologischer Denkmuster in Verbindung mit eugenischen Postulaten und der Beurteilung von Patientinnen und Patienten feststellbar.

Die Kontinuität, mit der sich Aussenstehende vor allem auf Pflugfelders Äusserungen stützten, zeigte sich auch in der Fortführung der Erblichkeitsforschung, die bis zum Ende der 1970er Jahre Einfluss auf diagnostische Tätigkeiten und Gutachten hatte. So knüpfte Pflugfelder durch Stammbaumanalysen zur Berechnung individueller Vererbungsrisiken etwa an die Bestrebungen J. J. Jörgers aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts an (vgl. ausführlicher Kapitel 3.3.6). Pflugfelder legte laut eigenen Aussagen in den 1950er Jahren in seiner Zeit als Leiter der Klinik Waldhaus über eine Familie teilweise über 150 Stammbaum-Blätter an. Diese wurden parallel zu den Krankengeschichten geführt.[120] Während Jörger Pseudonyme für die betroffenen Personen verwendet hatte, löste Pflugfelder diese auf und erwähnte an Veranstal-

---

115 Interview mit Gian Andrea Giovanoli 8.05–8.29 und 9.45–10.50.

116 Interview mit Hans Joss, 10.24–11.02, 11.27–11 und 1.21.50–1.21.53.

117 Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 13.05–13.16.

118 Dabei ist unter anderem die Bedeutung von Zwillings- und Adoptionsstudien zu nennen. Argast (2011), S. 85 oder Schott/Tölle (2006), S. 218. In der Forschung wird in diesem Zusammenhang mit einer gewissen Radikalität von einer «neuen Eugenik» gesprochen, einer Verlagerung eugenisch motivierter Familienplanung, etwa in die pränatale Diagnostik oder die aktive Sterbehilfe. Gleichzeitig verweisen die beiden oben genannten Autorinnen und Autoren auf eine Verschiebung der Perspektive, die seine Berechtigung hat, wenn sich durch molekularbiologische Methoden neue Möglichkeiten in der Erbforschung eröffnen, unter anderem die Entschlüsselung des menschlichen Genoms. Ebd., S. 218.

119 Argast (2011), S. 87–89, 92. Für eine Zusammenfassung der Eugenik in der Schweiz vgl. beispielsweise Aliesch (2017), S. 111–112

120 Dazzi et al. (2008), S. 178.

tungen die Personen namentlich. Er begründete dies damit, dass eine Anonymisierung nicht nur hinderlich für seine Nachforschungen sei, sondern «vor allem gefährlich, wenn Vagantenmädchen in gute Familien einheiraten». Durch die «massive Inzucht» würden sich bei den «Bündner Vaganten» «Idiotie» und «Schizophrenie», aber auch körperliche «Missbildungen» häufen, so der Chefarzt der Klinik Waldhaus.[121]

Pflugfelder brachte erbbiologische Fragen verschiedentlich in die jährlichen Fortbildungskurse für das diplomierte Pflegepersonal ein und äusserte sich dazu auch an externen Weiterbildungskursen.[122] Dass durchaus unterschiedliche Sichtweisen über die Wirkungsweisen eugenisch motivierter Massnahmen bestanden, zeigte die 1960 geführte Debatte mit Josef Schelbert, dem Schutzaufsichtsbeamten des Kantons Schwyz, über den Erfolg von Fremdplatzierungen im Rahmen des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse.* Pflugfelder äusserte Zweifel am positiven Effekt des Projekts, denn «die ganz Schlimmen» würden sich «selbst zu Grunde» richten.[123] Schelbert hingegen war ein Verfechter von Familienauflösungen und Fremdplatzierungen von Kindern und Jugendlichen als fürsorgerische Massnahmen. Ein besonderes Augenmerk legte er dabei auf jenische Familien im Kanton Schwyz, wofür er eng mit dem Hilfswerk zusammenarbeitete. Er war es auch, der Ende der 1970er Jahre von der Klinikleitung in Beverin erfolglos die Kastration von Alois Kappler verlangte.[124] Auch Pflugfelder befürwortete Sterilisationen, grundsätzlich solange sie von den Betroffenen akzeptiert würden. In Gesprächen mit Angehörigen versuchte er, diese vom Nutzen des Eingriffs zu überzeugen, indem er etwa ausdrücklich auf den Erbfaktor psychischer Krankheiten hinwies (vgl. Kapitel 3.3.6 und 3.3.7).[125] Solche Beratungsgespräche können als eugenisch motiviert bezeichnet werden und sind von zeitgleichen Bestrebungen der «genetischen Beratung», beispielsweise in Zürich, zu unterscheiden.[126]

Stichproben aus den Patientenakten zeigen, dass Pflugfelder und später Fontana in ihren Diagnosen und Gutachten vom Sippenbegriff im Speziellen und von Vererbungstheorien im Allgemeinen wiederholt Gebrauch machten. Anhand eines vorgedruckten Formulars wurde beim Eintritt die Familiengeschichte detailliert erfragt, eine Praxis, die auch in anderen psychiatrischen Kliniken üblich war. Auffallend ist, wie viel Aufmerksamkeit diesen Abschnitten hier geschenkt wurde. Dazu wurden auch Angaben über die «Heredität» von Pathologien in ganz unterschiedlichen Verwandtschaftsgraden gesammelt: «Vater, Vatersvater, Vaters Geschwister, Mutter, Muttersvater (Blutsverwandtschaft mit Vater), Mutters Geschwister, Geschwister, Ehegatten, Nebenlinien».[127] Der systematischen Suche nach «degenerativen» Merkmalen in der Familiengeschichte wurde sowohl in der Anamnese als auch in den Gutachten oft mehr Platz eingeräumt als dem Zustand der Patientin oder des Patienten. In Fällen, wo Verwandte in der Vergangenheit ebenfalls in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht oder begutachtet worden waren, wurden jeweils die Nummern der entsprechenden Patientenakten vermerkt.[128] Die Stichproben zeigen weiter, dass nach aussen kommunizierte Einschätzungen, etwa Gutachten für Fürsorgebehörden, im Vergleich zu den internen Verlaufsberichten, eine Zuspitzung in den Zu-

121 So Pflugfelders Wortwahl in einem Artikel der *Terra Grischuna* von 1961. Galle (2016), S. 249–250. Zit. ebd., S. 251. In den letzten Amtsjahren gewann die hormonelle Verhütung bei Frauen zunehmend an Gewicht. Ob und wie sich diese Entwicklung auf die Arbeit in der Psychiatrie auswirkte, konnte im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden.

122 Vgl. beispielhaft Jahresbericht Waldhaus 1954, S. 48.

123 Galle (2016), S. 249–250.

124 Archiv Beverin: Patientenakte, Alois Kappeler, Brief J. Schelbert an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978. Schelbert wies in seinem Schreiben darauf hin, dass er bereits in 15 Fällen erfolgreich eine Kastration veranlasst habe. (Zu Josef Schelbert vgl. Häsler (2019) S. 62–660, 694.)

125 Archiv Beverin: Patientenakte, Alois Kappeler, Brief J. Schelbert an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978. Das Argument der Freiwilligkeit bezeichnen Maier et. al mit Blick auf Zürcher Verhältnisse in der Zwischenkriegszeit als «stille Eugenik schweizerischer Prägung», die einer gesetzlichen Grundlage (Sterilisationsgesetze) entbehrten. Eugenische Massnahmen und die Verbesserung von Therapieangeboten seien dabei nicht unversöhnlich nebeneinandergestanden, sondern seien als unterschiedliche Zugänge an den Anspruch der «sozialen Heilung» zu lesen. Maier et al. (2007), S. 67.

126 Argast (2011).

127 Laut J. J. Jörger setzten sich die degenerativen Eigenschaften über die Linie des Vaters fort, was diese Erfragungslogik erklärt. Pflugfelder blieb dieser Logik treu, das Vorhandensein von einzelnen «tüchtigen Leuten» in Familien erklärte er ausschliesslich mit einer Vererbung über die mütterliche Linie. Vgl. beispielsweise: Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 16712, Verlaufsblatt, 2.5.73.

128 Vgl. Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 9136, Verlaufsblatt, Eintrag vom 6. Mai 1955.

schreibungen aufweisen.[129] Während in den Pflegerapporten und ärztlichen Einschätzungen das Verhalten und der Gesundheitszustand einer Person als positiv oder verbessert bezeichnet wurde, wurden in den Gutachten die negativen Aspekte betont, die die empfohlenen Massnahmen, wie eine Internierung in einer Arbeitserziehungsanstalt oder eine Bevormundung, als gerechtfertigt erscheinen liessen.[130]

Weiter lässt sich in den Akten eine Fokussierung auf psychopathologische Erscheinungen feststellen.[131] So zum Beispiel bei Menschen, die aufgrund ihrer Alkoholsucht wiederholt in einer der Bündner Kliniken aufgenommen werden mussten. Auffallend häufig wurden bei diesen Personen kombinierte Diagnosen wie «Alkoholismus» und «Psychopathie» gestellt. Pflugfelders Einschätzungen sind dabei als Teil einer bündnerischen Tradition zu werten, die das kantonale Fürsorgegesetz von 1920 vor allem als Alkoholfürsorgegesetz deutete. Die Alkoholfrage wurde in diesem Sinne letztlich auf einen pathologisierten Lebenswandel zurückgeführt. Pflugfelder war in der Abstinenzbewegung tätig und Mitglied des Blauen Kreuzes. Er betrachtete die Alkoholfürsorge vor allem als eine pädagogische Aufgabe der Psychiatrie. Eine ausführliche Untersuchung der betroffenen Patientinnen und Patienten diente Pflugfelder auch als Mittel der Beweisführung, um den Alkoholkranken gegenüber die Schädigungen durch einen starken Alkoholkonsum beweisen zu können (vgl. Kapitel 3.3.4).[132] Für alkoholkranke Männer richtete er eine regelmässige Sprechstunde ein, die der Kontrolle der Alkoholabstinenz dienen sollte (vgl. Kapitel 3.3.4).

Pflugfelders Nachfolger, Benedikt Fontana, im Amt von 1977 bis 1991, blieb dieser Arbeitsweise treu, wobei er zur Erklärung psychischer Pathologien verstärkt auf Umwelteinflüsse verwies. Fontanas Vokabular unterschied sich hinsichtlich der Kombinationsdiagnosen und der Verwendung des Begriffs des «Psychopathen» nicht von jenem von Pflugfelder. Er benutzte darüber hinaus wiederholt unspezifische Qualifizierungen wie «eigensinnig», «arbeitsscheu», «infantil» oder «debil». Die Bedeutung des Erblichkeits- und Sippendenkens für die Psychiatrie spiegelt sich beispielhaft in einem Gutachten Fontanas, das er als Oberarzt in der psychiatrischen Klinik Münsingen im Kanton Bern nach einem Suizidversuch eines Bündners verfasst hatte. Der 40-jährige Mann war zuvor während 14 Monaten in der *Heilstätte Nüchtern für alkoholkranke Männer* in Kirchlindach nahe der Stadt Bern untergebracht gewesen. Die Heilstätte schrieb der Vormundschaftsbehörde des Kreises Ilanz, dass Fontana «sich des Landmannes ganz besonders» angenommen habe.[133] Fontanas Diagnose lautete: «Suizidversuch bei wenig intelligentem, verstimmbarem, weichem, selbstunsicherem, trunksüchtigem Psychopathen. Chronischer Alkoholismus».[134] Bei einer späteren Einweisung desselben Patienten in die Klinik Waldhaus hielt Pflugfelder fest: «Patient stammt aus einer mit Trunksucht, Epilepsie und Suicid belasteten Sippe; er ist der jüngste, hat 5 ältere Schwestern». Auf der Karteikarte findet sich die Diagnose: «chronischer Alkoholismus, bei schizoidem Psychopathen».[135] Pflugfelder übernahm damit kommentarlos die von Fontana gestellte Diagnose.

Dass diagnostische Festschreibungen auch auf die Chefärzte zurückfallen konnten, lässt sich anhand des Beispiels eines Mannes demonstrieren, der 1968 als knapp 20-Jähriger erstmals in der Kli-

---

129 Ein Blick in die Jahresberichte aus dem Jahr 1985 zeigt, dass die Zahl der getätigten Gutachten nicht zu unterschätzen ist: Die Klinik Waldhaus verfasste zu diesem Zeitpunkt 190 Gutachten in Zusammenarbeit mit dem ambulanten Dienst «zuhanden von Gerichten und anderen Behörden. Dazu kommen noch 40 Gutachten gemäss Art. 120 StGB.» Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 187. Aus Beverin kamen im selben Zeitraum 81, davon «43 strafrechtliche, 23 zivilrechtliche, 8 versicherungsrechtliche und 7 ärztliche». Das waren 12.5 Prozent mehr «zumeist stationäre Gutachten» als im Vorjahr. Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194. Meist wurden folgende Diagnosen gestellt: ICD 10: F43.22. Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und ICD 10: F32.11, mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gutachten Artikel 120 StGB, 22.05.1995–5.5.1998.

130 Vgl.: Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Beverin, Patientenakte 6027.

131 Vgl. Galle (2016), S. 224. Zur Pathologisierung sozialen Verhaltens vgl. auch Bühler et al. (2019), S. 333–360.

132 Aliesch (2017), S. 122.

133 Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 17093, Schreiben der Heilstätte Nüchtern für alkoholkranke Männer Kirchlindach an die Vormundschaftsbehörde Kreis Ilanz vom 29. März 1972. Dieses Schreiben ging in Kopie an mehrere psychiatrische Kliniken und Adressaten, was die Gefahr einer künftigen diagnostischen Festschreibung zusätzlich verschärfte.

134 Ebd., Resumé aus der Psychiatrischen Klinik Münsingen zu Josef Cabrin durch Benedikt Fontana vom 7. Februar 1972.

135 Ebd., Verlaufsblatt, Eintrag vom 1.4.1974. Zu Benedikt Fontanas Gutachtertätigkeit vgl. auch Galle (2016), S. 550–558.

nik Waldhaus für einen Heroinentzug eingewiesen worden war. Pflugfelder diagnostizierte damals: «Debiler, infantiler, arbeitsscheuer Psychopath».[136] Weitere Eintritte aufgrund der Suchtproblematik folgten, ebenso Verurteilungen und Gefängnisstrafen wegen des Verkaufs harter Drogen. 1984 kam der unterdessen 35-jährige Mann aus eigenen Stücken in die Klinik und meldete sich direkt bei Benedikt Fontana. Er gab an, aufgrund seiner Sucht und der kürzlich erfolgten Scheidung Suizidgedanken zu haben. Die Diagnose lautete diesmal: «Labiler unintelligenter Psychopath, Morphinabhängigkeit. (Rohypnol, Heroin, Politoxikomanie), Selbsteinweisung, Suizidal nach Scheidung».[137] Tags darauf stellte sich heraus, dass der Patient alles nur vorgespielt hatte, um einer jungen Patientin, in die er sich verliebt hatte, nahe zu sein. Dass er bei einer Selbsteinweisung kurzfristig verwahrt werden würde, hatte er nicht bedacht. «Wir lassen ihn noch einen Tag eingeschlossen und entlassen ihn erst am 12.6. Entzugserscheinungen sind keine aufgetreten», so der nüchterne Bericht des Chefarztes nach der Entdeckung der Täuschung.[138] Das Beispiel zeigt, dass der Psychiater in diesem Fall seine frühere Diagnose rasch bestätigt sah und sich auf eine frühere Einschätzung des Patienten stützte. Der ehemalige Patient, der mit den Mechanismen der Psychiatrie vertraut war, hatte es geschafft, auf diagnostischer Ebene einen erfahrenen Psychiater zu täuschen.

Etwas anders präsentierte sich zur selben Zeit die Diagnostik der Klinik Beverin. Auch bei Weber finden sich in den Gutachten und Diagnosen hereditäre Argumentationsweisen, unter anderem die auf sozial abweichendes Verhalten angewandte Diagnose des Psychopathen.[139] Anhand der Diagnostik in Beverin scheint sich ein Unterschied in der Differenzierung zwischen «psychisch kranken» und «psychisch abnormen» Menschen zu zeigen. Eine kursorische Durchsicht einzelner Patientenakten deutet darauf hin, dass Weber bei straffällig gewordenen Personen eher erbbiologisch argumentierte als bei Patientinnen und Patienten ohne einen strafrechtlichen Hintergrund. Diese These müsste allerdings noch genauer, als es im Rahmen dieses Berichts möglich war, untersucht werden. Auch öffentliche Aussagen Webers deuten in diese Richtung, wenn er etwa an der Jahresversammlung der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie* 1978 in einem Referat internationale Versuche der therapeutischen Arbeit in Strafanstalten kritisch kommentierte. Hinsichtlich mehrfach straffällig gewordener Menschen hielt er fest: «Dabei sind genetisch vorgegebene Strukturen, die zweifellos bei der Entwicklung zur Kriminalität eine grosse Rolle spielen, nicht einmal berücksichtigt.»[140]

Die Gutachten wurden zur Zeit Webers in seinem Einverständnis, aber nicht ausschliesslich von ihm selbst verfasst und unterscheiden sich in ihrer Begrifflichkeit und Sprache, beides mächtige Instrumente der Zuschreibung. Anhand einer direkten Gegenüberstellung innerhalb einer Patientengeschichte lassen sich diese Unterschiede illustrieren. Ein 26-jähriger lediger Mann kam 1955 erstmals in die Klinik Waldhaus. «Er trägt langes, krauses, gescheiteltes Haupthaar und gleicht in seinen Gesten und seiner Mimik und auch im Äusseren auffallend unserem Zarli Carigiet [Schweizer Schauspieler], wenn er den naiven Junggesellen spielt», so der Aufnahmebericht des Chefarztes Pflugfelder.[141] Die psychiatrische Diagnose lautete: «schleichende, paranoid-hebephrene Schizophrenie bei einem seit mindestens 5 Jahren psychisch auffälligen und seit 1950 geisteskranken homosexuellen Burschen, der aufgrund seiner Geisteskrankheit seit Jahren unstet und asozial geworden ist.» Der junge Mann sollte Pflugfelders Ansicht nach bevormundet und dann «in der Arbeitskolonie Realta oder einer ähnlichen Arbeitskolonie untergebracht werden. […] Wir machen darauf aufmerksam, dass der geisteskranke […] als eheunfähig zu betrachten ist».[142]

Nach einer Festnahme wegen Diebstahls wurde der Mann etwas später, 1958, in der Klinik Beverin begutachtet. Das Gutachten kam medizinisch zum selben Schluss wie jenes von Pflugfel-

---

136 Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, 21605, Diagnose auf Verlaufsblatt bei Eintritt 1968.

137 Ebd., Diagnose auf Verlaufsblatt, Eintrag vom 10.6.84.

138 Ebd., Eintrag vom 11.6.84.

139 Eine seiner Diagnosen machte diesbezüglich 1970 Schlagzeilen, als Weber den wegen Betrugs vor Gericht stehenden Erich von Däniken psychiatrisch begutachtete und unter anderem die Diagnose «Psychopath» stellte. v. Randow (1970).

140 Weber (1979b), S. 200. Darin wiederspiegelt sich auch der Diskurs von Weber um Straffälligkeit als Degenerationsmerkmal, der beispielsweise auch in Deutschland bereits seit dem 19. Jahrhundert geführt wurde. Für eine Diskussion der Vererbungs- und Degenerationslehre über die Zeit vgl. Schott/Tölle (2006), S. 106.

141 Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 9136, Verlaufsblatt, Aufnahmestatus vom 6. Mai 1955.

142 Ebd., Verlaufsblatt, psychiatrische Diagnose.

der. Während letzterer mit einer Eheunfähigkeitserklärung die Familiengründung unterbinden wollte und damit das Ziel eugenischer Sozialpolitik verfolgt hatte, verzichtete das Gutachten aus Beverin auf derartige Empfehlungen. Auch im allgemeinen Wortlaut unterschied es sich von Pflugfelders Gutachten: «Beim Expl. handelt es sich demnach um einen seit ungefähr 1950 deutlich geisteskranken (psychotischen) Mann. Die elementaren Halluzinationen, das ausführliche Verfolgungs-Wahn-System mit allen wahnhaften Erlebnissen samt der undifferenzierten Sexualität mit ihrem polymorphperversen Charakter lassen die (schon 1953 in Zürich und 1955 in Chur gestellte) Diagnose eines chronischen Paranoids vollumfänglich bestätigt erscheinen.»[143]

Ende der 1980er Jahre gerieten sowohl die Person Fontana als auch das Stammbaumarchiv Pflugfelders in die Kritik. Fontanas Dissertation zu «Nomadentum und Sesshaftigkeit» stützte sich auf Akten der *Pro Juventute* und Unterlagen, die ihm Pflugfelder zur Verfügung gestellt hatte. Eine erste Fassung der Schrift wurde 1958 von der Universität abgelehnt; erst mit der revidierten Ausgabe erlangte er 1967 die Promotion.[144] Mariella Mehr, jenischer Herkunft und in ihrer Kindheit vom *Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse* zwangsweise fremdplatziert, zweifelte die Fachlichkeit der Dissertation an und bezeichnete sie als «rufmörderisch, rassistisch und abgeschrieben».[145] Die Medizinische Fakultät der Universität Bern prüfte die Vorwürfe 1989 und kam zum Schluss, die Arbeit führe stellenweise Biografien aus, die in einer anderen Diplomarbeit bereits aufgearbeitet worden seien. Auch die wissenschaftlichen Mängel innerhalb der sehr kurzen, 26-seitigen Arbeit, wurden bestätigt. Die Kritik einer diskriminierenden Darstellung wurde zurückgewiesen; die Arbeit zeige einfach, «wie wir damals über Fahrende gedacht haben».[146] Fontana konnte seinen Doktortitel behalten.

Die Bündner Regierung nahm keine Stellung zu den gegen Fontana erhobenen Vorwürfen, denn die Anschuldigungen, seine Dissertation betreffend, lägen nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich. Fontana gewärtigte gleichzeitig weitere Vorwürfe, unter anderem die Mitschuld am Tod einer Insassin der Frauenstrafanstalt Hindelbank 1977 aufgrund einer falschen Medikation.[147] Auch dazu schwieg die Bündner Regierung, da keine Anschuldigungen gegen Fontana in seiner aktuellen Funktion vorlägen.[148] Der Chefarzt nahm gegenüber der Aufsichtskommission ausführlich Stellung und wies sämtliche Vorwürfe zurück.[149] Die Auseinandersetzungen um Fontana fanden grosse Beachtung, auch in der internationalen Presse.[150] Die Bündner Regierung beschloss, das «Sippenarchiv», das ebenfalls Gegenstand der Kritik geworden war, temporär ins Staatsarchiv zu überführen und dessen Inhalt durch den Kantonsarzt überprüfen zu lassen, unter anderem, um abschätzen zu können, ob darin systematisch jenische Familien erfasst worden seien.[151] Der Untersuchungsbericht kam zum Schluss, dass das Stammbaumarchiv sich nicht allein auf Jenische konzentriert habe. Er zeigte, dass Pflugfelders erbbiologische Untersuchungen der zwischen 1951 und 1977 angelegten – und bis 1983 vereinzelt nachgeführten – Stammbäume auch viele weitere Bündner Familien betrafen. Aliesch identifizierte später 42 von 502 Familiendossiers als ausschliessliche «Jenischenakten».[152] Der Umfang der darin enthaltenen Informationen sei «weit über den landläufig unter Stammbaum bekannten Begriff» hinausgegangen und habe eine «Fülle medizinischer, sozialer, forensischer und kultureller Daten, die in mühsamer Kleinarbeit zusammengetragen» worden seien, enthalten, so der Bericht des Kantonsarztes weiter. Deshalb sei die Sammlung eine «in ihrer Art einzigartige, durchaus wissenschaftlich wertvolle Dokumentation, […] die vor allem in sozial- und vererbungsmedizinischer Hinsicht Interesse erweckt». Aber: «Bei unvoreingenommener, kritischer Betrachtungsweise, erkennt man auch die Fülle intimer medizinischer, sozialer und auch strafrechtlich relevanter Daten, oft in Form negativ wertender Substantive und Adjektive […]. Dieses, in ungeeigneten Händen brisante Material, erfordert strengstes ärztliches Geheimnis und ver-

143 Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 6027.
144 Fontana (1967).
145 Galle (2016), S. 251.
146 Ebd.
147 Heiniger Kevin (2019a), S. 475–479.
148 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 16. März 1989, S. 4.
149 Ebd., Anhang I, Schreiben Benedikt Fontanas an Regierungsrat L. Bärtsch, 19. Dezember 1988.
150 Hans König distanzierte sich von J. J. Jörgers Ansichten und betonte gleichzeitig, dass Fontana ihm gegenüber die Anschuldigungen Mehrs zu widerlegen versucht habe. Interview mit Hans König, 2.14.00–2.14.27.
151 Vgl. dazu Aliesch (2011) und dies. (2017).
152 Ebd., S. 126. Sie fand gleichzeitig Unterschiede in Umfang und Aufbewahrung, z. B. Beschriftung von jenischen und nichtjenischen Familiendossiers. (Ebd. S. 127).

antwortungsvollsten Umgang seitens der Ärzte. Es ist völlig undenkbar, dass diese Unterlagen zu irgendwelchen Forschungszwecken herausgegeben oder gar an Historiker weitergeleitet werden könnten», so der Bericht abschliessend.[153]

In den Ausführungen des Kantonsarztes zeigte sich eine Ambivalenz gegenüber der jenischen Lebensweise, die auch bei ehemaligen Chefärzten beschrieben wurde.[154] Der Verfasser des Berichtes bemühte sich gleichzeitig um eine positive Darstellung jüngster Entwicklungen, in der Pflugfelder eine zentrale und gleichzeitig verklärte oder zumindest einseitig beleuchtete Rolle zugesprochen wurde:

> *«Die Jenische Lebensart hat schon seit jeher Volkskundige, Historiker, Sozialwissenschaftler und auch Ärzte beschäftigt. Man könnte dies durchaus als skeptisches bis wohlwollendes Interesse an ihrer Identität, Lebensführung, am ausgeprägten Familiensinne und vielleicht sogar als stille Zuneigung zu ihrem lebhaften, vitalen und unbürgerlichen Wesen deuten. Dr. med. G. Pflugfelder schlug seinerzeit die bereits erwähnte Bezeichnung Blüher-Syndrom vor, um die charakteristische Erscheinung Jenischer Patienten zu beschreiben, vor allem aber um die despektierlichen Bezeichnungen Vagant und Vagabundentum zu vermeiden. Er warnte vor Fehlern früherer Generationen, nämlich nur das negative beim Fahrenden Volk zu sehen, riet zu mehr Geduld und Verständnis und fand es erfreulich, dass einzelne Fahrende ein gewisses Selbstbewusstsein entwickeln, ihre Sondersprache pflegen und ihre Abkunft nicht mehr als Schande empfinden. Aus diesen Worten spricht gewiss keine abwertende, diffamierende Haltung und sie korrigieren auch etwas den deprimierenden Eindruck, der sich nach Durchsicht von vielen Dokumenten menschlichen, sozialen, medizinischen Elends einstellt.»*[155]

Der Bericht verweist auf das weiterhin bestehende wissenschaftliche Interesse am Thema «Unsesshaftigkeit» und auf die unterschiedlichen Sichtweisen Pflugfelders und Fontanas: «Dr. Pflugfelder kommt zum Schluss, dass die Erbmasse wesentlicher als die Umwelt für die Ausbildung des Blüher-Syndroms sei, Dr. Fontana spricht sich gegen reine Erbbedingtheit des Vagantentums aus und verneint ausdrücklich, dass es sich um eine Psychopathie handle.»[156] Die Aufsichtskommission schloss sich der Bewertung des Kantonsarztes an, das Stammbaumarchiv Pflugfelders wurde daher als nicht rassistisch bezeichnet und es gebe gemäss der Kommission keine Anhaltspunkte, «dass Jenische früher schlechter gegenüber andern Patienten oder gar diskriminierend behandelt wurden». Die aktuelle Situation entspräche darüber hinaus dem «üblichen Verlauf in einer psychiatri-

153 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokolle der Aufsichtskommission 1966–1990, Sitzung vom 16. März 1989, Anhang II, Untersuchungsbericht betreffend die Behandlung Jenischer durch die Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur und eines sogenannten Jenischen-Archivs, 22. August 1988, S. 6.

154 Hans König, 1985 bis 1993 Chefarzt der psychiatrischen Klinik Beverin und bis 1990 Leiter der Strafanstalt Realta, beschrieb einen «tiefen Graben zwischen der sesshaften und der fahrenden Bevölkerung», der nicht allein in der Psychiatrie sichtbar geworden sei. (Interview mit Hans König, 2.03.00–2.06.30.) Sowohl König als auch Markus Bünter, ab 1991 Nachfolger Benedikt Fontanas, nahmen Stellung zur hohen medialen Aufmerksamkeit, die sich auf die negativen Aspekte der Bündner Psychiatrie konzentriert habe. Fontanas Reaktion auf das Interesse der Medien befeuerte die negative Berichterstattung laut König und Bünter zusätzlich (Ebd. und Interview mit Markus Bünter, 42.00–42.40). In der Diskussion um die Umwandlung von Realta von einer «Massnahmenvollzugsanstalt» in ein Gefängnis für «Erstmalige» beschäftigte sich König mit den Lebensläufen der «Verwahrten», die teilweise über Jahrzehnte in Realta interniert gewesen waren. Er schickte seine Untersuchung nach Bern, um «zu beweisen», dass es in Realta, einer «Erstmaligenanstalt», Menschen gebe, die über Jahrzehnte eingesperrt gewesen seien. Hierbei handelte es sich laut König nicht um administrativ Eingewiesene, sondern um «Gelegenheitsverbrecher», die sich kleinerer Delikte schuldig gemacht hätten, darunter «viele Jenische». König wollte laut eigener Aussage erreichen, dass «Verwahrte», die er nicht als Schwerverbrecher, sondern als «gescheiterte Existenzen» bezeichnete, nicht mehr, aus seiner Sicht erfolglos, in Realta eingewiesen werden sollten. (Interview mit Hans König, 2.08.30–02.12.00) Durch diese Aussage eröffnet sich eine interessante Perspektive bei der Frage nach den Überlappungen administrativer und strafrechtlicher Verwahrungen, der im Rahmen der vorliegenden Studie nicht nachgegangen werden konnte.

155 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 16. März 1989, Anhang II, Untersuchungsbericht betreffend die Behandlung Jenischer durch die Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur und eines sogenannten Jenischen-Archivs, 22. August 1988, S. 9. Der Hinweis auf den Versuch einer begrifflichen Verschiebung (Blüher-Syndrom) wurde von der einschlägigen Forschungsliteratur bisher nicht aufgenommen.

156 Ebd., Anhang II, Untersuchungsbericht betreffend die Behandlung Jenischer durch die Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur und eines sogenannten Jenischen-Archivs, 22. August 1988, S. 9.

schen Klinik [und] besondere Forschungen, erbbiologische Studien und Spezialbehandlungen irgendwelcher Patientengruppen werden derzeit nicht durchgeführt». Die Kommission und die Kantonsregierung kamen einstimmig zum Schluss, dass «absolut kein Anlass» bestünde, um gegen Fontana weitere Schritte einzuleiten.[157] Damit war die Angelegenheit aus Sicht der Aufsichtskommission und der Regierung erledigt. Fontanas Position als Chefarzt war von Seiten seiner Vorgesetzten nicht in Frage gestellt worden und Fontana ging 1991 wie seit längerem geplant in Pension. Sein Nachfolger, Markus Bünter, wurde in einem aufwändigen Berufungsverfahren gewählt. Die Regierung liess dieses nicht wie zuvor durch die Aufsichtskommission durchführen, sondern setzte dafür eigens eine Berufungskommission ein, was als Indiz dafür gewertet werden kann, dass die vorangegangenen Ereignisse gleichwohl nachwirkten (vgl. Kapitel 6.1).

Vor allem bei den beiden Chefärzten der Klinik Waldhaus, Gottlob Pflugfelder und Benedikt Fontana, offenbart sich ein Menschenbild, das auf eugenischen Argumentationsweisen in Kombination mit einem erzieherischen Anspruch an die Psychiatrie beruhte. Dieses Denken galt bereits in den 1970er Jahren im Verständnis vieler im sozialen Bereich tätigen Personen mindestens als überholt. Im Kanton Graubünden fand auf chefärztlicher Ebene der psychiatrischen Klinik Waldhaus bis zur Pensionierung Benedikt Fontanas kein Umdenken statt. Auch im Bericht des Kantonsarztes findet sich keine kritische Auseinandersetzung dazu, ebenso wenig innerhalb der Aufsichtskommission. Gleichzeitig wurden gesellschaftspolitische Diskussionen über diese Themen geführt und beispielsweise die Geschehnisse rund um das *Hilfswerk der Kinder der Landstrasse* in einem gesamtschweizerischen Aufarbeitungsprozess untersucht.[158] Ein Bruch mit eugenischen Denkmustern in Gutachten manifestierte sich erst im Nachgang dieser wissenschaftlichen Studien, mitunter unter expliziten Hinweisen darauf.[159]

Bis heute ist die Familiengeschichte in der Anamnese eintretender Patientinnen und Patienten von Bedeutung, allerdings wird eine systematische Suche nach psychischen Krankheitsbildern mit dem Anspruch eines Nachweises vererbter, degenerativer Merkmale unterlassen. Erbfaktoren werden als Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren bei einer psychischen Erkrankung verstanden und nicht mehr als unausweichliches Schicksal betrachtet.[160]

5.1.6 Zunehmende Suizide in Beverin – Kehrseite der Öffnung?

1975 berichtete Weber dem Departementsvorsteher, dass eine «Suicidwelle» die Klinik Beverin erfasst habe. Innerhalb von zwei Monaten hatten sich drei Menschen das Leben genommen.

> *«Erfahrungsgemäss wirken solche Suicide leider ansteckend. Sie sind ausserordentlich bedauerlich und für uns immer wieder ein trauriges Erlebnis. Wir versuchen nachher jeweils kritisch unsere eigenen Massnahmen und Behandlungen zu durchleuchten. Ganz zu vermeiden sind Suicide in einer psychiatrischen Klinik leider nie. […] Man rechnet durchschnittlich pro Klinik pro Jahr 2 Suicide».*[161]

Aussergewöhnliche Todesfälle hatten die Chefärzte dem zuständigen Regierungsrat zur Kenntnis zu bringen. Gemäss dieser Berichte, die fast ausnahmslos Suizide zum Inhalt hatten, ereigneten sich zwischen 1961 und 1984 viele der Selbstmorde von Patientinnen und Patienten ausserhalb der Kliniken, vor allem auf den Gleisen am nahen, unüberwachten Bahnübergang und im Rhein.[162]

---

157 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 16. März 1989, S. 5.

158 Vgl. beispielsweise Galle (2014) oder Schürer (2009).

159 Archiv Beverin: Personendossier, Alois Kappeler, Bericht der psychiatrischen Klinik Beverin an die psychiatrische Klinik Wil vom 17. März 1983.

160 Schott/Tölle (2006), S. 218.

161 StAGR V 13 f 10: Beverin, Patienten-Suizide 1975, Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement vom 23. September 1975. Auch Hans König berichtete von Suiziden im Verlauf seiner Amtszeit und von vier Suiziden innerhalb eines Jahres, die «ansteckend» gewirkt hätten. Von Blumenthal veranlasste schliesslich, dass ein Zaun vor dem Bahngleis errichtet wurde. Interview mit Hans König, 41.52–42.10.

162 StAGR V 13 f 10: Suizide von Patienten von A–Z, 1961–1984, Bericht des Oberarztes an den Regierungsrat Otto Largiadèr vom 7. August 1981. In einem Fall wurde die Beteiligung einer Patientin am Tod einer anderen Patientin beschrieben, den der Klinikvorsteher zunächst nicht der Polizei gemeldet hatte. Dies mit dem Argument, dass zwar die Frau vor ihrem Tod von der anderen Person gewürgt worden sei, dass aber die Todesursache trotz zeitlicher Nähe nicht sicher damit in Verbindung gebracht werden könne. Vor allem aber, und dafür wurde der Chefarzt später auch gerügt, sei die Patientin nicht zurechnungsfähig, weshalb eine Anzeige nicht sinnvoll gewesen sei. Er setzte sich mit dieser Unterlassung letz-

In einer Untersuchung setzte sich der Assistenzarzt Christian Maier mit den Suiziden auseinander, die zwischen 1920 und 1979 in Beverin begangen wurden. Er stellte eine Häufung seit Mitte der 1970er Jahre fest. Eine Zunahme an Suiziden war aber auch in anderen Ländern feststellbar, wie aus ähnlichen Untersuchungen in Skandinavien, den USA oder den Niederlanden hervorging. Im Zentrum der Untersuchungen, auch jener zu Beverin, standen deshalb Fragen, die nach Zusammenhängen zwischen betrieblichen Neuerungen der 1960er und 1970er Jahre und dem Anstieg von Suiziden suchten.[163]

Die klinikinternen Berichte konstatierten in über 60 Prozent der Fälle einen überraschenden Suizid. Die Stimmung der Betroffenen sei am Todestag oder in den Tagen davor noch gut gewesen; sie seien teilweise kurz vor der Entlassung gestanden. Maier dagegen erkannte in den Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten vorgängige suizidale Absichten.[164] Er kam zum Schluss, dass mit dem Abbruch der Mauern und dem Verschwinden der meisten vergitterten Fenster Ende der 1950er Jahre zwar mehr Gelegenheiten für einen Suizid vorhanden seien und diese auch genutzt würden, dies allein jedoch als Erklärung nicht ausreiche. Maier verwies darüber hinaus darauf, dass aktivierende Psychopharmakotherapien bei Menschen mit depressiven Erkrankungen die Suizidalität erhöhen konnten, und erklärte damit ein Teil des Anstiegs. Schliesslich führte Maier einen erhöhten «Wiedereingliederungsdruck» durch verstärkte «Rehabilitationsmassnahmen» als weitere Begründung an. Dies habe zur Folge, dass sich Patientinnen und Patienten mit Psychosen teilweise überfordert fühlen würden.[165] Hinweise aus den klinikinternen Berichten stützen diese Annahme. So erwähnte die Klinikleitung, dass einige Personen zum Zeitpunkt ihres Freitodes kurz vor der Entlassung gestanden oder gar um einen Verbleib in der Klinik gebeten hätten.[166] Obwohl Maier Zusammenhänge zwischen einer erhöhten Suizidrate und institutionellen Neuerungen – konkret dem «Open-door-Regime», einem damit verbundenen «Frühentlassungsdruck» oder «Psychopharmakotherapien» – ausmachen konnte, nahm er gleichzeitig Abstand von einer grundsätzlichen Kritik an der Öffnung der Klinik. Er forderte vielmehr eine verstärkte «Suizidprävention», die «in einer Verhütung von Überforderungssituation und in Vermittlung von ‹Geborgenheit› gesucht werden [müsse], wobei besonders auf die Kranken mit Psychosen zu achten ist».[167]

5.2 Ausdifferenzierung des psychiatrischen Angebots im Kanton Graubünden seit den späten 1970er Jahren

1964 forderte eine politische Motion im Grossen Rat, das kantonale Gesundheitswesen und damit auch die psychiatrische Versorgung in Graubünden in eine übergeordnete Planung zu integrieren. Der Vorstoss bildete den Auftakt für Veränderungen, die über die Kliniken hinausging. Die Psychiatrie wurde in einen grösseren gesundheitspolitischen Kontext gestellt und die Politik stärker in die Verantwortung genommen.[168] Seit den 1970er Jahren wurde das psychiatrische Angebot sukzessive über die Kliniken hinaus erweitert.

5.2.1 Aufbau eines ambulanten Angebots – erste Weichenstellung für die spätere Gesundheitsplanung

Im Anschluss an den politischen Vorstoss von 1964 gab die Regierung einen Bericht in Auftrag, der bis 1970 vorlag, aber als wenig substantiell erachtet wurde, so dass drei Jahre später ein weiterer Versuch unternommen wurde, eine Übersicht

ten Endes über geltendes Recht hinweg. Ebd., B. F. 1907, Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement/RR vom 7. Juli 1970; Aktennotiz betreffend aussergewöhnlichen Todesfall von F. E., 1925, in der Psychiatrischen Klinik Beverin vom 10. Juli 1970 und Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Graubünden vom 20. Oktober 1970.

163 Maier (1981), S. 75–84, hier S. 75.

164 Vgl. beispielsweise StAGR V 13 f 10: Beverin, Suizide von Patienten von A–Z, 1961–1984, Bericht des Oberarztes das Departement des Innern vom 14. November 1966 und Nervenärztlicher Bericht über L. P. vom 23. Juli 1972.

165 Maier (1981), S. 81.

166 Ebd., S. 79–80.

167 Ebd., S. 82. Für eine aktuelle Auseinandersetzung mit Aspekten der Gewalt, auch gegen sich selbst, vgl. Sollberger / Lang (2014).

168 Die kantonale Gesundheitsplanung steht im Zusammenhang mit der Übernahme von Defizitgarantien des Kantons im Rahmen der Gesetzesrevision zum Krankenpflegegesetz 1964. Der Kanton wollte angesichts der steigenden Kosten für das Krankenwesen Mitsprache in deren Entwicklung erhalten. Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1978/79. Erlass eines Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) vom 6. November 1978, S. 387–388.

über die notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen zu erstellen.[169] Dabei ging es auch darum, die Kosten möglicher Reformen besser einschätzen zu können.

Der Bericht zur Gesundheitsplanung im Kanton Graubünden reiht sich in ähnliche Bestrebungen anderer Kantone und im nahen Ausland ein. Für die Bundesrepublik Deutschland wegweisend war die zwischen 1971 und 1975 erarbeitete «Psychiatrie-Enquete». In deren Erarbeitung waren über 200 Psychiater involviert, was den Einbezug unterschiedlicher Perspektiven, aber auch eine raschere Diffusion der dort gestellten Forderungen in die Praxis ermöglichte. Der Begriff der «gemeindenahen» Psychiatrie geht auf die deutsche «Psychiatrie Enquete» zurück und wurde vom Bündner Bericht übernommen.[170] Für die Erarbeitung des ersten Bündner Psychiatrie-Konzepts wurden ebenfalls «Experten-Hearings» durchgeführt. Den Auftrag zur Ausarbeitung erhielt ein Ingenieurbüro.[171]

Die beiden Chefärzte äusserten sich zunächst nicht zum Fragebogen, der ihnen im Rahmen der Untersuchung zugestellt wurde. Pflugfelder nicht, weil er nicht in den Erarbeitungsprozess einbezogen worden war. Die Befragungen ergaben verschiedene Bedürfnisse an die kantonale psychiatrische Versorgung, die die Verfasser als «Front» zwischen Weber auf der einen Seite und Pflugfelder, freipraktizierenden Ärzten und dem Vertreter des Ärztevereins auf der anderen Seite ausmachten.

Pflugfelder argumentierte für eine stationär ausgerichtete Psychiatrie, unter anderem mit dem Hinweis auf die hohe Suizidgefährdung, vor allem bei Menschen mit schizophrenen Krankheitsbildern, der durch stationäre Aufenthalte entgegengewirkt werden solle. Die «Morbidität» weise durch die «Häufung von Schwachsinn, endogenen Psychosen, Krankheiten, erbbiologisch bedingt (negative Auswahl wegen Auswanderung ins Unterland, Inzucht etc.)» in Graubünden «generell [eine] höhere Häufigkeit» auf, so Pflugfelder weiter. Darüber hinaus sei nicht mit einer Reduktion der Bettenzahl in den kommenden Jahren zu rechnen, sondern vielmehr mit einem Anstieg. Weber war anderer Meinung, insbesondere hinsichtlich des aus seiner Sicht dringend nötigen Ausbaus des ambulanten Angebots. Pflugfelder identifizierte in Bezug auf die «Nachbehandlung Alkoholkranker» ein bereits erreichtes «Optimum», und machte damit keinerlei Auf- oder Ausbaubedarf geltend.[172]

Die Debatte zeigte grundsätzliche fachliche Differenzen zwischen den beiden Chefärzten auf. Der Konflikt wurde auch öffentlich ausgetragen. Noch bevor der Bericht 1976 fertiggestellt wurde, nutzte Weber seine Rede anlässlich der Eröffnung der Neubauten in Beverin 1974 dazu, einen koordinierten Ausbau der psychiatrischen Versorgung jenseits der Kliniken zu fordern:

> *«Je vielfältiger die therapeutischen Angebote werden, umso weniger müssen psychisch kranke Patienten hospitalisiert werden und je vielschichtiger die Therapie in der psychiatrischen Klinik ist, umso besser und rascher ist eine Wiedereingliederung der Kranken in die Gemeinschaft zu erwarten.»*[173]

Damit argumentierte Weber im Sinne des für ihn übergeordneten Ziels einer Integration psychisch kranker Menschen und nahm gleichzeitig wichtige Anliegen des ersten Psychiatrie-Konzepts von 1976 vorweg. Dieses folgte in weiten Teilen dem Ansinnen Webers und enthielt teilweise bereits von ihm umgesetzte Aspekte. Es liess damit die Ansprüche Pflugfelders, aber auch diejenigen frei-

---

169 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 301–302. In der begleitenden Kommission waren der Vorsteher des Sanitätsdepartements, der Präsident des Bündnerischen Ärztevereins, ein Grossrat, der Präsident des Verbandes Bündner Spitäler, ein Architekt sowie ein Volkswirt vertreten, die von Beamten, vorwiegend aus dem Sanitätsdepartement, unterstützt wurden.

170 Schott/Tölle (2006), S. 304–305. Bereits 1968 wurden in der DDR mit dem «patientenfreundlichen» Psychiatriegesetz Ansätze zur ambulanten Betreuung übernommen, die sich wiederum am Vorbild der in der UdSSR bereits in den 1920er Jahren etablierten «Quartierpolikliniken» orientierten. In den DDR-Polikliniken arbeiteten interdisziplinäre Teams, bestehend aus Psychiatern, Psychologen, Fürsorgern, Arbeitstherapeuten, Physiotherapeuten und Schwestern. Ebd., S. 304–305.

171 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente: Geschichte vom Waldhaus, Protokoll, erstellt durch Motor-Columbus, Ingenieurunternehmung AG, Baden vom 3. Dezember 1975. Bei einer von insgesamt acht Fragen an die Experten wurde direkten Bezug auf die Situation in Deutschland genommen (Psychiatrie Enquete).

172 Ebd., Geschichte vom Waldhaus, Planung des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons Graubünden. Fragebogen an die Experten betreffend Psychiatrie und Zusammenfassung der Vernehmlassung. Anhang zu: Schreiben Motor-Columbus, Ingenieurunternehmung AG, Baden an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, vom 3. Dezember 1975, S. 64–65, 69.

173 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 9–10.

praktizierender Ärztinnen und Ärzte, aussen vor. Das Konzept hielt die Aufklärung der Bevölkerung, eine «gemeindenahe» Psychiatrie und ein differenziertes Angebot an ambulanten, halbambulanten und stationären Institutionen und Einrichtungen für die dringlichsten Anliegen im Rahmen der geplanten Reformen.[174] Dabei stand eine bessere Koordination zwischen den beteiligten Akteuren und Institutionen im Fokus, unter Einbezug von Allgemeinpraktikern, freischaffenden Psychiatern, Fürsorgestellen sowie Spitälern und Kliniken. Den Allgemeinmedizinern wurde eine zentrale Rolle als erste Anlaufstelle in den Regionen zugesprochen, gleichzeitig aber ein verbessertes psychiatrisches Wissen derselben gefordert, um psychische Krankheiten auch als solche zu erkennen und Betroffene möglichst rasch einer professionellen Behandlung zuführen zu können.[175] Der Ausbau der regionalen psychiatrischen Versorgung erforderte zwei Veränderungen. Zunächst sollte darauf hingearbeitet werden, dass sich in den etwas dichter besiedelten Regionen wie der Surselva, der Landschaft Davos und dem Oberengadin «sozialpsychiatrisch geschulte» frei praktizierende Psychiater niederliessen. An Orten, wo das nicht möglich sei, sollten die psychiatrischen Kliniken ein ambulantes Angebot aufbauen. Um die Zugangsschwelle zu den psychiatrischen Diensten gering zu halten – ein Aspekt, der bis heute in der ambulanten Betreuung wichtig ist – waren Standorte in Regionalspitälern und in Alters- und Pflegeheimen vorgesehen. So konnten Konsultationen erfolgen, ohne dass von aussen erkennbar war, dass eine Person psychiatrische Unterstützung in Anspruch nahm.[176]

Neben dem Ausbau des ambulanten Angebots standen auch Anpassungen im stationären Bereich im Fokus des Psychiatrie-Konzepts von 1976. Ein zentrales Anliegen war die Bettenreduktion, einerseits mit Blick auf eine Kostenreduktion, andererseits hinsichtlich der dadurch freiwerdenden Räumlichkeiten. Diese konnten für den Ausbau des therapeutischen Angebots genutzt werden. Damit verbunden war die Forderung nach einer Erweiterung des spezialisierten Personals durch die Anstellung von diplomiertem Pflegepersonal, Psychologen, Ergotherapeutinnen oder Sozialarbeitenden. Daneben wurde im Bericht der Wunsch nach einer Entflechtung und Differenzierung der Patientengruppen formuliert, wie etwa die Schaffung eines kinderpsychiatrischen Dienstes.[177] Auch ein «Heim für geistig schwerstbehinderte Erwachsene», ein «Wohnheim für psychisch Kranke» und eine «psychosomatische Station» wurden gefordert. Schliesslich sollte die Klinik Waldhaus baulich angepasst werden. Damit sah das Psychiatrie-Konzept von 1976 einen substantiellen und institutionellen Ausbau der psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden vor, der in seinen Grundzügen der heutigen Versorgungssituation entspricht. Es war gleichzeitig als Bedürfnisabklärung und als Wunschzettel mit Kostenfolge zuhanden der Politik gedacht.

Bedingt durch die erwarteten hohen Kosten konnten nicht alle Anliegen gleichzeitig umgesetzt werden, weshalb eine Priorisierung vorgenommen wurde. Besondere Dringlichkeit erhielt der Ausbau des ambulanten sowie des kinderpsychiatrischen Dienstes. Weit oben auf der Prioritätenliste rangierten zudem die Gleichstellung psychischer mit somatischen Krankheiten bei den Krankenkassen und die bauliche Sanierung der Klinik Waldhaus. Noch im selben Jahr schloss die Bündner Regierung einen neuen Vertrag mit dem *Verband der Bündnerischen Krankenkassen*, womit die Kostenübernahmen für Verpflegung, Unterkunft, ärztliche und medikamentöse Behandlung sowie medizinische Abklärungen für Personen, die in einer Verbandskrankenkasse versichert waren, geregelt wurden.[178] Entlang der Priorisierung wurden weiter Verhandlungen mit der 1969 gegründeten Stiftung «Bündner Beobachtungs- und Therapieheim» aufgenommen und 1980 wurde Thomas Hess als Leiter des kinderpsychiatrischen Dienstes mit dem Aufbau eines Ambulatoriums in Chur beauftragt (vgl. Kapitel 5.3).[179] Für den Umbau der Klinik Waldhaus wurde eine Studienkommission

174 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 328–329.

175 Zu deren Unterstützung wurden sogenannte «Balint-Gruppen» vorgeschlagen, Erfahrungsgruppen, in denen Allgemeinpraktiker und Psychiater «Probleme mit psychisch Kranken besprechen» konnten. Ebd., S. 329.

176 Ebd., S. 329–330.

177 Ebd., S. 332.

178 Verhandlungen des Grossen Rates vom 27. Mai 1977, S. 111. (Kleine Anfrage Dr. Melchior / Chur, betreffend Taxen der Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin. Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 170. Seit 1968 bestand ein Vertrag, der lediglich eine Pauschale für Arzt und Medikamente festlegte. Die Krankenkassen waren nicht verpflichtet, einen höheren Betrag als den gesetzlichen Mindestbeitrag an die weiteren Krankenpflegekosten zu leisten. Verhandlungen des Grossen Rates vom 27. Mai 1977, S. 111.

179 Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Beverin, Sitzung vom 14. Juni 1979, S. 5.

	Davos	Ilanz	Samedan	Grono	Chur	Total
Patienten	59	46	34	19	57	215
Konsultationen	164	96	91	26	140	517
Konsilien	32	22	13	–	113	180

Tabelle 15: Sprechstundentätigkeit nach Region (1979)

Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 172–173. (Das Angebot für das Moesano fiel bereits 1983 wieder weg. Weshalb dies der Fall war, ist den Jahresberichten nicht zu entnehmen. Jahresbericht Waldhaus1983, S. 188.)

eingesetzt. Ab 1979 wurden zudem erste ambulante Sprechstunden und Konsilien in Chur, Davos, Ilanz, Grono und Samedan angeboten.[180]

Für die Leitung der ambulanten Dienste in der Erwachsenenpsychiatrie zeichnete die Klinik Waldhaus verantwortlich. Gleich zu Beginn wurde Benedikt Fontana mit einem Problem konfrontiert, das bereits früher aufgetreten war. Er fand keinen Oberarzt, der diese Arbeit übernehmen wollte (vgl. Kapitel 4.2). Mit ein Grund dafür waren laut dem Chefarzt die weiten Wege und die Unberechenbarkeit des Wetters, vor allem während der Wintermonate.[181] In der Folge wurden die beiden Oberärzte der Klinik mit dieser Aufgabe betraut; auch Fontana übernahm ambulante Sprechstunden. Freipraktizierende Psychiater, die sich neu in Graubünden niederliessen, wurden vorerst nur in der Region Chur festgestellt. Ihre Anzahl stieg zwischen 1976 und 1985 von vier auf acht, inklusive der Ärzte der psychiatrischen Klinik mit eigener Praxis. Die «primäre ambulante Betreuung und Triage von Patienten mit psychischen Krankheiten» blieb weiterhin im Aufgabenbereich der Hausärzte.[182]

Bereits im ersten Halbjahr der seit Mitte 1979 stattfindenden Sprechstundentätigkeit durch die Psychiater der Klinik Waldhaus wurden mehrere hundert Konsultationen und Konsilien durchgeführt (vgl. Tabelle 15). Im Folgejahr stiegen die Zahlen leicht an. Gleichzeitig findet sich im Jahresbericht von 1980 eine erste Aufschlüsselung der Konsultationen nach Diagnosen (vgl. Tabelle 16).

Die Statistiken zur stationären Unterbringung bewegten sich parallel zur Ausweitung des ambulanten Angebots. Stationär behandelt wurden vor allem Menschen mit einem schizophrenen Krankheitsbild: «Währenddessen diese Geisteskranken das Gros der Klinikpatienten ausmachten, sind heute nur noch […] 33 % aller Kranken unter dieser Diagnose in der Klinik. Es ergibt sich daraus, dass diese Kranken durch moderne Therapien, durch die zahlreichen Psychopharmaka heute nach mehr oder weniger langem Aufenthalt rehabilitiert und wieder entlassen werden können, währenddem sie früher oft für ihr Leben in der Klinik verblieben sind», so Fontana 1980.[183]

Schizophrenie	16.7
Affektive Psychosen	23.4
Neurosen	11.2
Alkoholismus	7
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	3.6
Alterspsychosen	6.4
Schwachsinn	4
Epilepsie	2.1
Psychosen bei organischen Hirnstörungen	1.2
Reaktive Psychosen	0.6
Psychopathien	0.6
Krankhafte seelische Reaktionen bei Eheschwierigkeiten, sozialen Problemen usw.	13.35
Suizidversuche	9.4
Alkoholpsychosen	0.3

Tabelle 16: Konsultationen nach Diagnosen (in Prozent) 1980

Anmerkung: Total in der Quelle beträgt 99.85 Prozent.
Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1980, S. 170.

180 Ebd., S. 5; Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 332 und 1986, S. 413 sowie Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 173. Konsilien in den Akutspitälern nahmen dabei eine wichtige Rolle ein, denn es konnten «Patienten mit psychischen Störungen zur Abklärung oder Behandlung vermittelt werden, die sonst nicht ohne weiteres den Weg zum Psychiater gefunden hätten». Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1989, S. 5.

181 Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Beverin, Sitzung vom 14. Juni 1979, S. 5.

182 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 327–328 und 1986, S. 418. Im Jahresbericht der Klinik Waldhaus von 1985 wird zudem auf die selbständige Tätigkeit des Chefarztes in eigener Praxis hingewiesen. Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 189.

183 Jahresbericht Waldhaus 1980, S. 175.

		Oberarzt	Assistenzarzt
Sprechstunde Klinik Waldhaus (inkl. Konsilien am Kantons- und Kreuzspital)	Mo Mi Fr	½ Tag ½ Tag –	1 Tag 1 Tag 1 Tag
Kreisspital Oberengadin	Di	1 Tag	1 Tag
Spital Davos	Do	1 Tag	1 Tag
Regionalspital Surselva	Fr	1 Tag	–

Tabelle 17: Präsenz- und Arbeitszeiten des ambulanten psychiatrischen Dienstes (1985)
Anmerkung: Nicht mitgerechnet war die 24-stündige Erreichbarkeit für Notfälle, die ebenfalls von den Klinikärzten geleistet werden musste. (Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 423. In den Statistiken nicht erfasst wurde der zeitliche Aufwand des ambulanten Oberarztes für die Drogenberatungsstelle (Methadonkommission ab 1990). Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1990, S. 5.)
Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 423.

Die Zahl der einzelnen Konsultationen stieg in den folgenden Jahren kontinuierlich an. 1985 nahmen 599 Patientinnen und Patienten insgesamt 2'137 Termine wahr. Die Hälfte davon fanden in Chur statt. Darin eingeschlossen waren Konsiliaraufträge in den beiden Churer Spitälern sowie eine rege Gutachtertätigkeit straf- und zivilrechtlicher Art, insbesondere für das Militär und die Invalidenversicherung. 26-mal wurde die «Schwangerschaftserstehungsfähigkeit» bei geplanten Schwangerschaftsabbrüchen beurteilt (vgl. Kapitel 4.2).[184] Die systematische Auflistung der Konsultationen bestätigte laut Fontana das Bedürfnis für ambulante Dienstleistungen. Gleichzeitig forderte die wachsende Nachfrage zusätzliche personelle Ressourcen. Eine Auflistung aus dem Jahr 1985 zeigt den damaligen Zeitaufwand in den verschiedenen Regionen und Kliniken (vgl. Tabelle 17).

Obwohl der kantonale Auftrag zur Bereitstellung ambulanter Sprechstunden in Chur und in den Regionen bei der Klinik Waldhaus lag, hatte Weber bereits im Vorfeld mit dem Ausbau eines eigenen Angebots begonnen, zunächst vor allem in der «Nachsorge» klinikentlassener Personen (vgl. Kapitel 5.1.3).[185] Als Weber und mit ihm ein Oberarzt 1984 die Klinik Beverin verliessen, entstand ein Vakuum, das von der neuen Belegschaft nicht gefüllt werden konnte. Gleichwohl hatten der angestellte Psychologe und die verbliebenen Ärzte insgesamt 769 Konsultationen durchgeführt.[186] Das Vakuum bedeutete nicht nur den Verlust von Kontinuität und Wissen in der ärztlichen Leitung, sondern veränderte die Möglichkeiten der ambulanten Betreuung. In den Jahren davor war Weber mit seinem Team ständig erreichbar gewesen. Er hatte damit eine Art Parallelangebot zum offiziellen Auftrag der Klinik Waldhaus aufgebaut, in das auch die Sozialarbeitenden der Klinik stark eingebunden gewesen waren. Mit dem fortschreitenden Ausbau des ambulanten Angebots und dem Antritt des neuen Chefarztes, Hans König, in Beverin drängte sich zunehmend eine Klärung der Zuständigkeiten in diesem Bereich auf. 1991 erhielt auch die Klinik Beverin, im Rahmen einer neuen Organisationsverordnung, einen offiziellen Auftrag zur ambulanten Betreuung. Dieser wurde entlang regionaler Zuständigkeitsbereiche definiert, die ein Jahr zuvor bereits für die stationäre Unterbringung festgelegt worden waren. Die Klinik Waldhaus zeichnete künftig für die ambulanten (sozial-)psychiatrischen Dienste der Stadt Chur und Umgebung (inkl. Sprechstunden in Davos) zuständig, die Klinik Beverin für die Region Mittelbünden,

184 Ebd., S. 189. Im Verwaltungsarchiv Waldhaus sind die Gutachten für die Jahre 1985 bis 1988 erhalten geblieben, die die Beurteilungen eines geplanten Schwangerschaftsabbruchs nach Artikel 120 StGB umfassen. Sie zeigen, dass die begutachtenden Psychiater in der überwältigen Mehrheit der Fälle dem Ansinnen der Frauen entsprachen. Von 140 Begutachtungen sahen die Psychiater lediglich in drei Fällen die Voraussetzungen für einen straffreien Abbruch als nicht gegeben an. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gutachten Artikel 120 StGB, 22.05.1995–5.5.1998.

185 Die Nachsorge im Massnahmenvollzug und im Fürsorgewesen findet sich bereits im 19. Jahrhundert in unterschiedlichen Ausprägungen, etwa als «Patronage» oder im Rahmen von Schutzaufsichten. Vgl. Häsler (2019), S. 629–659; Leuenberger / Seglias (2015), S. 97–119 und Studer / Matter (2011).

186 Jahresbericht Realta / Beverin 1985, S. 194 und Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, Bericht des Oberarztes, S. 13. Ein Oberarzt schied aus, weil er sich für die Stelle des Chefarztes interessiert hatte, jedoch nur nach einer Trennung von der Strafanstalt Realta. Ein zweiter Arzt ging in Pension und ein dritter schied krankheitsbedingt aus dem Dienst aus. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 17. April 1984, S. 2.

	Erste Dringlichkeit	Zweite Dringlichkeit	Dritte Dringlichkeit
Ambulante Einrichtungen	– Gesetzliche Regelung der Psychotherapie – Aussprache Bündner Stiftung Beobachtungs- und Therapieheim mit dem Sanitätsdepartement betr. KJP	– Ausbau und evtl. Umstrukturierungen des ambulanten psychiatrischen Dienstes	
Halbstationäre Einrichtungen		– Kinder- und Jugendpsychiatrische Therapiestation mit Tagesklinik	
Stationäre Einrichtungen	– Realisierung Projekt Waldhaus unter gleichzeitiger Anpassung der Klinik Beverin im Zusammenhang mit der Übernahme von Patienten aus der Psychiatrischen Klinik Waldhaus	– einheitliche ärztliche Leitung – Realisierung des Bettenbedarfes – Sanierung der Klinik Beverin – Wohnheim für Alkoholiker	- geschlossene Drogenstation (interkantonale Lösung)

Tabelle 18: Zusammenfassung der Vorschläge der Arbeitsgruppe nach Prioritäten für die Realisierung (1986)
Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 445.

die Surselva, die Region Engadin und die Südtäler (inkl. Sprechstunden in Ilanz und Samedan). Dafür wurde je eine neue Oberarztstelle geschaffen.[187]

5.2.2 Das «Psychiatrie-Konzept» von 1985 – auf dem Weg zur kantonalen Koordination

Angesichts der raschen Veränderungen in der psychiatrischen Betreuung sah sich die Regierung dazu veranlasst, die 1976 formulierten Ziele auch über die ambulante Versorgung hinaus umzusetzen. Sie gab deshalb ein zweites «Psychiatrie-Konzept» in Auftrag. Wie bereits 1976 sollten darin künftige Aufgaben definiert werden, diesmal aber mit dem alleinigen Fokus auf die psychiatrische Versorgung. Die Umbaupläne für die Klinik Waldhaus wurden zurückgestellt, bis das neue Psychiatrie-Konzept 1985 fertiggestellt wurde. Dies hatte zur Folge, dass so wenig wie möglich in den Unterhalt investiert wurde, was die ohnehin schon schwierige Betreuungs- und Arbeitssituation weiter verschärfte. Die für den Bericht verantwortliche Arbeitsgruppe formulierte hinsichtlich der künftigen psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden verschiedene Vorschläge und betonte vor allem den Handlungsbedarf in Bezug auf die vorgeschlagenen Massnahmen. Aufgrund der eingeschränkten finanziellen Mittel wurde, wie bereits 1976, eine Priorisierung vorgenommen und in drei Dringlichkeitsstufen eingeteilt (vgl. Tabelle 18).

Ein grosser Aufwand wurde zur Ermittlung der Bettenbelegungszahlen betrieben. Diese Zahlen waren nicht nur ein Faktor zur Bestimmung der zu erwartenden Kosten, sondern spielten auch eine Rolle bei der intensiv diskutierten Frage wie viele und welche stationären, aber auch teilstationären und ambulanten, Einrichtungen der Kanton künftig betreiben sollte. Der Rückgang der Bettenzahlen in den einzelnen Kliniken wurde als Indiz für eine Modernisierung psychiatrischer Institutionen gewertet (vgl. Tabelle 19). Innerhalb eines Jahrzehnts hatte sich diese Zahl in den beiden Bündner Kliniken nahezu halbiert.

	1975	1980	1985
Klinik Waldhaus	386	264	226
Klinik Beverin	324	241	183
Total Kliniken	710	505	409
Davon Zürcher Patienten	139	69	39
Wohnheim Rothenbrunnen	79	68	69

Tabelle 19: «Patientenbestand im Jahresdurchschnitt» (1975–1985)

Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 415.

[187] Der Oberarzt für Mittelbünden betreute zudem die Wohnheime Rothenbrunnen, Montalin, Paspels sowie die Anstalt Realta. Vgl. Pieren et al. (2017), S. 13–14; Jahresbericht Waldhaus 1988, S. 26, Regierungsratssitzung vom 14. Mai 1990, Protokoll Nr. 1237, S. 3–5 und Verordnung über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin / Wohnheim Rothenbrunnen 1990. Sie ersetzte die frühere Verordnung von 1987.

Zum Rückgang der Patientenbestände gab es bereits aus anderen Kantonen umfangreiche Daten, so dass die Bündner Arbeitsgruppe auch auf statistische Erhebungen der Kantone Basel-Landschaft, Thurgau oder Waadt zurückgreifen konnte. In diese Abschätzung flossen Überlegungen zur demografischen Bevölkerungsentwicklung ein. Generell nahm die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Kliniken in dieser Zeit ab. Zugleich aber stieg die Anzahl Patientinnen und Patienten auf den geriatrischen Abteilungen, die im Bereich der täglichen Verrichtungen mehr Pflege bedurften. 1966 waren 20 Prozent der 400 aufgenommenen Patientinnen und Patienten über 60 Jahre alt, 1979 waren bereits 46 Prozent über 65 und 1980 mehr als die Hälfte. Ein Drittel aller Patientinnen und Patienten war gar über 75 Jahre alt.[188] Es wurde weiter von einer Zunahme der über 85-Jährigen und damit von einem weiteren Anstieg des altersbedingt höheren Betreuungsaufwand ausgegangen.[189] Die Kliniken wurden durch diese Entwicklung zunehmend belastet. Entsprechend wurde seit Ende der 1970er Jahre versucht, nach Möglichkeit ältere Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen unterzubringen. Gleichzeitig wurden nun Psychiatrieaufenthalte von den Krankenkassen abgedeckt. Im Fall einer Bedürftigkeit mussten Fürsorgeämter und Angehörige die Alters- und Pflegeheimplatzierungen mitfinanzieren, was dazu führte, dass Chefärzte manchmal gebeten wurden, alte Menschen, die keiner psychiatrischen Betreuung mehr bedurften, etwas länger in der Klinik zu behalten, wenn seitens der Kostenpflichtigen wenig oder kein Vermögen vorhanden war.[190]

Das zweite Psychiatrie-Konzept von 1985 kam zum Schluss, dass die kantonalen Einrichtungen weiter Betten abzubauen hätten und gleichzeitig spezielle Angebote in der Altersbetreuung sowie für Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung zu schaffen seien. Auch dieses Anliegen wurde mit Zahlen unterlegt (vgl. Tabelle 20).

Damit nahm das Psychiatrie-Konzept von 1985 den 1976 formulierten Wunsch einer Entflechtung der unterschiedlichen Patientengruppen auf. Dieses Anliegen betraf auch die gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten; der entsprechende Prozess war Mitte der 1980er Jahre in den Kliniken bereits in vollem Gange.

	Waldhaus	Beverin
Akute und rehabilitative Patienten	51	44
Psychisch behinderte Patienten	94	43
Geistig behinderte Patienten	31	44
Psycho-geriatrische akut	24	13
Psycho-geriatrische chronisch	35	34
Total nach Geschlecht	119 Frauen 116 Männer	92 Frauen 86 Männer
Total»	235	178

Tabelle 20: Statistik der psychiatrischen Patientinnen und Patienten (1985)

Anmerkung: Um flexibel zu bleiben, wurde eine 90 prozentige Belegung angestrebt. Die Zürcher Patientinnen und Patienten wurden in dieser Rechnung nicht berücksichtigt, weil zu diesem Zeitpunkt keine Neuaufnahmen mehr erfolgten.
Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 429.

Zwei Kliniken? – Zwei Kliniken!

In der Reformphase der 1980er Jahre wurde im Auftrag der Kantonsregierung auch über die Existenzberechtigung der beiden Kliniken diskutiert. Im Rahmen einer Gesamtschau der Bedürfnisse der künftigen psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden fand eine intensive Auseinandersetzung darüber statt, ob angesichts des zu erwartenden Rückgangs von Betten im stationären Bereich beide psychiatrische Kliniken weiterhin durch den Kanton betrieben werden sollten. Drei Varianten standen zur Diskussion: erstens die Schliessung einer der beiden Kliniken, zweitens die Beschränkung auf eine Klinik mit Annexbetrieb in Südbünden (Bergell, Puschlav, Münstertal und Samnaun) und drittens die Weiterführung beider Kliniken. Gleichzeitig sollten sämtliche psychiatrischen Dienstleistungen des Kantons Graubünden «unter *eine* ärztliche Leitung» gestellt werden, um so einem «‹Konkurrenzdenken› zwischen ambulanten und stationären Institutionen und zwischen den stationären unter sich» vorzubeugen.[191]

188 Jahresberichte Realta/Beverin 1966, S. 11, 1979, S. 33, 1980, S. 37, 1983, S. 8.

189 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 430–433.

190 Interview mit Hans König, 2.42.00–2.42.45 und Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 171–172, 1983, S. 8.

191 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 435–437.

Die Entscheidung, ob künftig eine oder zwei Kliniken betrieben werden sollten, war in der Arbeitsgruppe nicht unumstritten. Bereits früh wurde die Möglichkeit eines Annexbetriebs für Südbünden aus Kostengründen abgeschrieben. Das finanzielle Argument wog schwerer als der Wunsch nach einer flächendeckenden psychiatrischen Versorgung. Damit reduzierte sich die Diskussion auf die Frage, ob es eine oder zwei psychiatrische Kliniken geben sollte – und welche der beiden allenfalls zu schliessen sei. Durch die Nähe zu den kantonalen Spitälern und die Lage im am dichtesten bevölkerten Teil des Kantons besass das Waldhaus klare Standortvorteile. Gleichzeitig stellte sich die Frage, wie bei einer allfälligen Schliessung von Beverin mit der Strafanstalt Realta und der Schule für Bündner Psychiatriepflege zu verfahren sei. Für Beverin wiederum sprach der moderne Ausbaustandard, was wohl letztlich dazu führte, dass beide Kliniken weiter betrieben werden sollten. Sie sollten aber besser zusammengeführt und deshalb unter eine ärztliche Leitung gestellt werden. Die Arbeitsgruppe sprach in ihrem Vorschlag an die Regierung von «einer Klinik an zwei Standorten».[192]

Auch der vor kurzem ins Amt gewählte neue Chefarzt der Klinik Beverin, Hans König, wies darauf hin, dass aus betriebswirtschaftlicher und finanzieller Perspektive eine einzige Klinik sinnvoller wäre. Die Idee der gemeinsamen Leitung unterstützte er.[193] In der Vernehmlassung gewann der Ärzteverein hingegen einem möglichen Konkurrenzdenken auch Positives ab und plädierte dafür, beide Leitungen beizubehalten. Die Frage einer einheitlichen Leitung wurde schliesslich auf die Zeit nach der Pensionierung von Fontana vertagt. Mit dem Beschluss, beide Kliniken beizubehalten, entschied sich die Politik letztlich für die kostspieligere Variante. Dieser Entscheid bedeutete auch, dass endlich der Neubau der Klinik Waldhaus in Angriff genommen werden konnte (vgl. Kapitel 6.1.1).[194] Gleichzeitig meldete auch Beverin erneuten Ausbaubedarf an. Dieser wurde, mit Blick auf die hohen Kosten für die Sanierung und den Ausbau der Klinik Waldhaus, zwar zurückgestellt, es wurde jedoch anerkannt, dass im Zuge der geplanten Bettenreduktion bauliche Anpassungen notwendig werden würden.

192 Ebd., S. 436–439.

193 Archiv König: Ausführlicher Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Beverin 1985, S. 10. In dieser Ausführlichkeit ist nur ein Jahresbericht erschienen.

194 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 449–450.

Alte und neue Herausforderungen im Suchtbereich

Parallel zu den Abklärungen für das Psychiatriekonzept prüften die Bündner Behörden zu Beginn der 1980er Jahre auch den künftigen Bedarf für ein «Heim für Alkoholiker und eine Drogenstation für schwer motivierbare Suchtabhängige».[195] Laut Regierung machten sich breite Kreise der Bündner Öffentlichkeit wegen des zunehmenden Konsums von Cannabis und harten Drogen Sorgen. Zudem galt Alkoholmissbrauch nach wie vor als drängendes fürsorgerisches und psychiatrisches Problem. Die Politik nahm beide Anliegen auf und liess zwei Gutachten erstellen: den 1982 veröffentlichten «Drogenbericht» und den «Alkoholbericht» von 1984. Im Zuge dieser Debatte wurde offensichtlich, dass die Psychiatrie immer noch häufig als ein probates Mittel betrachtet wurde, um gesellschaftliche Probleme anzugehen, solange diese in einen medizinisch-therapeutischen Bezugsrahmen gestellt werden konnten.

1982 nahm die Bündner Regierung Kenntnis vom ersten «Drogenbericht für den Kanton Graubünden». Er war im Rahmen der *Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel* in Auftrag gegeben worden. Als Ziel war die Erstellung eines «umfassenden Konzepts zur Drogenprophylaxe und zur Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen» im Kanton formuliert worden.[196]

Zu Beginn der 1980er Jahre wurde über den Konsum harter Drogen vermehrt öffentlich diskutiert. Seit den späten 1960er Jahren hatte die Zahl der Drogenkonsumierenden zugenommen. Das schweizerische Betäubungsmittelgesetz wurde 1975 verschärft und auch der Konsum von Cannabisprodukten oder von Halluzinogenen (z. B. LSD) wurde verboten, nachdem die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten dieser Substanzen während des gesellschaftlichen Aufbruchs Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre angestiegen war. Der Konsum von harten Drogen wie Heroin oder anderer Opiate forderte immer mehr Tote. Ungeachtet dessen stieg in den 1980er Jahren der Konsum weiter an, und damit auch die Anzahl der Todesopfer. In der Stadt Zürich, aber auch in Chur, entstanden zunächst kleinere offene Drogenszenen. Auf den grossen offenen Szenen am Platzspitz und später beim Bahnhof Letten verkehrten in Zürich zwischen 1986 und 1995 Dro-

195 Ebd., S. 441.

196 Drogenbericht 1982, S. 276.

genkonsumentinnen und Drogenkonsumenten aus der ganzen Schweiz und dem Ausland. Durch die mediale Berichterstattung wurde der breiteren Öffentlichkeit bewusst, dass die Drogenproblematik unterdessen Jugendliche und Erwachsene aus allen sozialen Schichten erfasst hatte.[197] Die damit einhergehenden neuen Herausforderungen fanden im Drogenbericht von 1982 erst bedingt Niederschlag und sollten auf kantonaler Ebene später auch politisch angegangen werden.

Die Bündner Polizei setzte sich seit 1969 eingehender mit Fragen des «auffälligen Betäubungsmittelkonsums durch Jugendliche» auseinander. Ab 1972 wurden Informationsbroschüren an Schulen abgegeben und seit 1981 verfügte die Polizei über eine Abteilung für «Drogenfälle». Das Polizeipersonal wurde dafür von fünf auf zehn Stellen aufgestockt. Neben ersten Aufklärungsversuchen setzten die Bündner Behörden zunächst vor allem auf polizeiliche Repression. Drogenabhängige, die laut den Behörden eines stationären Aufenthalts bedurften, wurden ausserkantonal untergebracht, beispielsweise in der Klinik Sonnenbühl in Brütten (ZH) oder dem Ulmenhof in Ottenbach (ZH).[198] «Das Unwissen über die Thematik war gross. Cannabis war ein Protest gegenüber dem Establishment, aber auch das hat eine grosse Unruhe ausgelöst», so der damalige Adjunkt des kantonalen Fürsorgeamtes, Andrea Ferroni. Die Politik musste auf die steigende Anzahl von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten reagieren und holte sich unter anderem Rat bei den Bündner Chefärzten. «Ich glaube, es war einmalig, dass im Bündner Parlament ein Fachexperte gesprochen hat. Doktor Weber referierte dort über Betäubungsmittel», so Ferroni weiter.[199] Für die jährlichen Landesberichte zuhanden der Politik wurde jeweils die Anzahl Drogentoter erhoben. «Vor allem im Misox war dies für einige Zeit eine brisante, schwierige und tragische Geschichte.»[200] 1981 starben im Kanton fünf Personen an einer Überdosis und vier weitere an den Folgen eines Unfalls oder Suizids unter Drogeneinfluss. Polizeilich gemeldet wurde in dieser Zeit vor allem der Konsum von Haschisch, gefolgt von Heroin und Opiaten.[201] Die Bündner Kliniken nahmen regelmässig Drogensüchtige zur Behandlung auf. So waren in der Klinik Waldhaus 1984 insgesamt 29 Drogenabhängige untergebracht.[202] Der Versuch, das Phänomen durch statistische Erhebungen besser fassbar zu machen, wird auch im Drogenbericht sichtbar, der gleichzeitig den Anstieg der Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten mit gesellschaftlichen Veränderungen zu erklären versuchte. Der Drogenkonsum wurde dabei auf den gesellschaftlichen Wandel und auf Orientierungsprobleme der Jugendlichen zurückgeführt. Genannt wurden familiäre Gründe und der «Mangel an Sicherheit und Geborgenheit in der Familie» sowie der «Einfluss einer wankelmütigen und orientierungslosen Erziehung in Familie und Schule», der zu mangelndem Selbstvertrauen und fehlender Selbstverantwortung führe. «Weil sie [die Jugendlichen] in Beruf und Gesellschaft versagen, suchen sie in der Flucht zur Droge einen Ersatz für ihre Selbstbestätigung und ihre Selbstsicherheit.»[203]

Der Bericht schlug ein koordiniertes Vorgehen vor, das von präventiven Massnahmen über die Behandlung und Therapie bis hin zu zwangsweisen Unterbringungen für jene Süchtigen reichte, die sich nicht freiwillig in eine Entzugsklinik begeben wollten.[204] Weber nahm als Chefarzt der Klinik Beverin in dieser Debatte eine Sonderrolle ein, weil er durch seine Leitungsfunktion in der Strafanstalt Realta auch mit der Inhaftierung von delinquenten Süchtigen konfrontiert war. Von den 90 Insassen der Strafanstalt waren laut Weber 15 bis 20 drogenabhängig; alle hatten einen Entzugsversuch hinter sich. Da Realta zu diesem Zeitpunkt bereits offen geführt war und die Türen nur nachts verriegelt wurden, war der Drogenschmuggel aus seiner Sicht nicht zu verhindern und auch nicht primäres Ziel. Auch Utensilien zum Drogenkonsum wurden in die Einrichtungen geschmuggelt oder innerhalb der Anstalt hergestellt. Davon zeugt eine Aussage Webers, dass ein Insasse dabei erwischt worden sei, als er sich in der Glasbläserei eine Wasserpfeife habe anfertigen wollen.[205] Weber setzte vielmehr auf eine «konsequente Führung».[206] Er liess unter anderem «konsequent Urinproben» durchführen. Fiel ein Test positiv aus, drohten dem

197 Koller (2017).
198 Drogenbericht 1982, S. 276–278.
199 Interview mit Andrea Ferroni 24.15–25.48.
200 Ebd., 25.48–27.06
201 1982 waren es laut Drogenbericht insgesamt 344, davon 208 Fälle von Haschischkonsum und 94 von Heroin- oder Opiatkonsum. Drogenbericht 1982, S. 278, 282.
202 Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 186.
203 Drogenbericht 1982, S. 274–275. Für eine historische Einordnung des sich verändernden gesellschaftlichen Blicks auf die Jugend vgl. Bühler (2019), hier besonders S. 276–277.
204 Ebd.
205 Weber (1982), S. 5.
206 Ebd., S. 4–5.

betroffenen Gefangenen mindestens drei und maximal sechs Monate Streichung des Urlaubs und Kürzung des Pekuliums. Weber betrachtete diese Massnahmen als genügend. Bei «massivem Drogenmissbrauch» bestand gleichzeitig die Möglichkeit zur Versetzung in eine geschlossene Anstalt, was als zusätzliches Druckmittel benutzt werden konnte.[207]

Die beiden Chefärzte verfolgten auch in der Bekämpfung der Drogenproblematik unterschiedliche Ansätze; dies zeigte sich beispielhaft in ihren Auftritten bei öffentlichen Veranstaltungen. Ernst Weber verfolgte in den Debatten einen progressiveren, aufklärenden Ansatz, während Benedikt Fontana eher Repressionen befürwortete. So vernetzte sich Weber mit Jugend- und Sozialarbeitenden und nahm etwa den jungen Adjunkt des kantonalen Fürsorgeamtes mit zu Veranstaltungen in den Regionen. Dieser erinnerte sich folgendermassen an diese Zeit: Weber als «gesetzter, gestandener Chefarzt, und ich als relativ Neuer und allein mit meinem universitären Wissen. Das war eine ausserordentliche Kooperation».[208] Benedikt Fontana dagegen sei «zusammen mit einem Polizisten im Land Graubünden unterwegs» gewesen und habe dargestellt, «wie schlimm der Konsum von Cannabis ist».[209]

Der Drogenbericht 1982 und das Psychiatrie-Konzept 1985 sahen die Aufgabe der Psychiatrie in der Beratung und Therapie sowie in der kurz- und langfristigen Betreuung der Patientinnen und Patienten, die an einer Suchtproblematik litten – während und nach einem Entzug. Die Zusammenarbeit mit «spezialisierten Institutionen, praktizierenden Ärzten, Spitälern, psychiatrischen Einrichtungen, Jugendanwaltschaft, Polizei und Drittpersonen» wurde darin hervorgehoben.[210] Eine systematische Zusammenführung aller Akteure erfolgte erst, als 1989 Regierungsrat Peter Aliesch die zuvor aus Verwaltungsangestellten bestehende Drogenkommission neu besetzte. In der bisherigen Besetzung brachen wiederholt «divergierende» drogentherapeutische Ansätze für die Psychiatrie auf.[211] Neu waren darin Fachpersonen aus Bereichen vertreten, die in der täglichen Arbeit einen direkten Bezug zur Thematik hatten und als beratendes Gremium für Politik und Verwaltung figurierten.[212] Dazu gehörten Staatsanwaltschaft, Drogenpolizei, Sozialdienste, Psychiatrie, der Kantonsarzt sowie ein Mitglied der Bildungsdirektion. Die ambulanten Angebote nahmen in diesem Bereich eine nicht zu unterschätzende Rolle ein. So hatten beispielsweise zehn Prozent aller Konsultationen in der Klinik Waldhaus einen Bezug zu Alkohol- und Medikamenten-, respektive Drogenabhängigkeiten.[213]

Nicht alle Anliegen des Regierungsrates wurden in dieser Zeit umgesetzt. Ursprünglich sollte auch die Idee einer «geschlossenen Drogenstation», beziehungsweise einer «Spezialanstalt zur Behandlung nicht-therapiewilliger Drogenabhängiger» geprüft werden. Mit Blick auf die Kosten wurde eine interkantonale Lösung vorgeschlagen, die aufgrund der Rückmeldungen in der Vernehmlassung nicht umsetzbar schien.[214] Beverin sollte daraufhin einen Schwerpunkt in der Suchttherapie erhalten. Für länger dauernde Behandlungen wollte der Kanton ein Abkommen mit dem Drogenheim in Lutzenberg (AR), später mit jenem in Littenheid (TG), aushandeln.[215] Es blieb damit bei einer ausserkantonalen Lösung für längere stationäre Aufenthalte. Ein Methadon-Programm, das andere Kantone bereits eingeführt hatten, lehnte der Kanton Graubünden zu Beginn der 1980er Jahre ab, denn das Programm stelle «letztlich den Verzicht auf Heilungsbemühungen dar», so die Meinung der Regierung.[216] Die Initialzündung für die spätere Einführung der Methadonabgabe im Kanton Graubünden kam, zunächst gegen den Willen von Staatsanwaltschaft und Polizei, von König, Chefarzt der psychiatrischen Klinik Beverin zusammen mit Mitarbeitenden der sich im Aufbau befindenden Jugend- und Drogenberatungsstelle.[217] 1998 wurde im Kanton Graubünden mit der kontrollierten Abgabe von Methadon an Schwersüchtige begonnen, fünf Jahre danach beschloss der Bundesrat eine dreijährige Versuchsphase, die

207 Weber (1982), S. 5.
208 Interview mit Andrea Ferroni, 12.55–13.24.
209 Ebd., 21.29–22.01.
210 Drogenbericht 1982, S. 288.
211 Interview Andrea Ferroni 27.00–28.33; Interview mit Hans König, 53.40–53.54 und Kübler et al. (2007), S. 111.
212 Reglement Drogenkommission 1997, Art. 4.
213 Jahresbericht Waldhaus 1986, S. 207.
214 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 442, 451.
215 Ebd., S. 451 und Interview mit Hans König, 51.40–55.09.
216 Drogenbericht 1982, S. 276, 288.
217 Interview mit Hans König, 49.40–51.40. Die Etablierung der neuen Dienste entbehrte zu Beginn einer gesetzlichen Grundlage. Laut dem ehemaligen Leiter des kantonalen Sozialamtes sei die politische Unterstützung für die Einführung der Dienste aber vorhanden gewesen. Interview mit Andrea Ferroni, 1.54.55–1.55.35.

die Abgabe von Opiaten beinhaltete.[218] Eine Folge des Drogenberichts von 1982 war unter anderem der 1986 initiierte Aufbau der Jugend- und Drogenberatungsstelle mit Hilfe der bestehenden regionalen Sozialdienste.[219]

Die Bemühungen der Stadt Zürich, die offene Drogenszene einzudämmen und neben der Repression neue Wege in der Drogenbekämpfung einzuschlagen, führten zum *Vier Säulen Modell*, das neben der Repression und Marktregulierung zusätzlich auf Prävention, Therapie und Überlebenshilfe/Schadensminderung setzte. Dieses Modell sollte auch im Kanton Graubünden zur Anwendung kommen.[220] Neben dem Vier Säulen Modell begannen der Kanton Zürich sowie andere Kantone Ende 1993 mit der «zwangsweisen Rückschaffung» auswärtiger Drogenabhängiger.[221] Dies stellte Graubünden vor neue Herausforderungen. In Chur vergrösserte sich die offene Drogenszene um circa 150 Personen, viele von ihnen waren obdachlos.[222] Die Zahl der polizeilichen Anzeigen, vor allem für den Besitz und Verkauf von harten Drogen stieg an.[223] Verschärfend kam in den kommenden Jahren die vermehrte Ansteckung mit dem Hepatitis-B- und dem HI-Virus hinzu, die in den Empfehlungen des ersten Drogenberichts 1982 noch keine Rolle gespielt hatten.[224]

Auch auf politischer Ebene wurde das Bedürfnis nach Antworten beziehungsweise nach politischen Signalen geäussert. Zwischen 1983 und 1991 waren elf parlamentarische Vorstösse in diesem Bereich eingereicht worden.[225] Der 1991 in Auftrag gegebene zweite Drogenbericht sollte deshalb die zahlreichen Veränderungen und Entwicklungen im Umgang mit dem Drogenkonsum aufzeigen und Empfehlungen für das weitere politische Handeln abgeben.[226] Der Bericht formulierte schliesslich fünf Ziele, in die die psychiatrischen Kliniken Graubündens nach wie vor auf therapeutischer Ebene eingebunden werden sollten: das Anstreben eines drogenfreien Lebens, das Verhindern des Einstiegs von jungen Menschen in die Sucht, die Erleichterung des Ausstiegs, die Minderung der sozialen und finanziellen Risiken und die Gesundheitsgefährdungen bei Drogenabhängigen sowie der Schutz der Bevölkerung vor negativen Auswirkungen der Drogenszene.[227] Diese Ziele sollten im Rahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik gesetzlich verankert und zur Koordination ein Drogendelegierter eingesetzt werden. Einige Empfehlungen standen in einem breiteren, familienpolitischen Kontext, in dem der Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen wurde, etwa im Aufbau einer Erziehungsberatungsstelle oder in der Stärkung der ausserfamiliären Kinderbetreuung als Aufgabe der Gemeinden.[228]

Weitere Empfehlungen des Drogenberichts waren die Schaffung einer kantonalen Drogenentzugsstation und die Umsetzung der gesetzlichen Handlungsspielräume, die es ermöglichten, auf Strafmassnahmen im Zusammenhang mit Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz zugunsten stationärer Massnahmen zu verzichten. Damit plädierte die Drogenkommission erneut für das Beschreiten eines liberalen Weges in der Drogenpolitik. Die von der Kommission beschriebene Drogenproblematik betraf vor allem Jugendliche und junge Erwachsene aus allen gesellschaftlichen Schichten. 1996 wurde in der Klinik Beverin eine Drogenentzugs- und Übergangsstation, die «Downtown»-Station, eingerichtet. Auch dieses Angebot war jedoch für kurze Aufenthaltsdauern von maximal drei Monate angelegt. Im Jahr 2000 wurde ausserdem ein Ambulatorium für heroingestützte Behandlungen in Chur eingerichtet und 2001 eines in der Strafanstalt Realta; alle Einrichtungen standen unter der Aufsicht der ärztlichen Leitung der psychiatrischen Klinik Beverin.[229]

Drei Jahre nach der Veröffentlichung des zweiten Drogenberichts stimmte das Bündner Stimm-

---

218 Kohler (2017) und Drogenbericht 1994, S. 52–53. Ein Grund dafür war die Hoffnung auf die Eindämmung der Beschaffungskriminalität gewesen.

219 Drogenbericht 1994, S. 49. Der Ausbau stützte sich auch auf bestehende private Angebote, wie etwa den «Fokus», der seit 1993 u. a. Familienplatzierungen bei Bauern anbot. Ein aus Sicht der Drogenkommission begrüssenswertes Projekt. Ebd., S. 72–73.

220 Drogenbericht 1994, S. 51.

221 Ebd. S. 52.

222 1993 wurde die offene Drogenszene auf Anraten der Drogenkommission aufgelöst. Drogenbericht 1994, S. 78. Auch in den folgenden Jahren waren jedoch halboffene Szenen Teil Churs. Bundesamt für Polizei (1996), S. 26.

223 Drogenbericht 1994, S. 54.

224 Ebd.

225 Ebd., S. 55–56.

226 Ebd., S. 50. Der Bericht stützte sich unter anderem auf Studien, die das Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben hatte. Er folgte damit einer gesamtschweizerischen Entwicklung.

227 Ebd., S. 60–61.

228 Dazu gehörten auch Krippen, Horte, Blockzeiten in der Schule, Mittagstische oder Freizeitangebote. Ebd., S. 66–68.

229 Ebd., S. 76 und Kübler et al. (2003), S. 108.

volk 1997 dem ersten kantonalen Suchthilfegesetz an der Urne zu. Der eingeschlagene Weg wurde so in eine gesetzliche Grundlage überführt und die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden geregelt.[230] Der Drogenbericht 1994 sowie das Suchthilfegesetz 1998 waren wichtige Meilensteine in der Bündner Drogenpolitik.

Alkoholproblematik – eine neue, alte Herausforderung

Zwei Jahre nach der Veröffentlichung des ersten Drogenberichts von 1982 gab der Kanton Graubünden einen «Alkoholbericht» in Auftrag. Möglicherweise waren die erhobenen Zahlen zur Suchtproblematik ausschlaggebend. Diese gingen von einem Prozent der Bevölkerung aus, die Betäubungsmittel konsumierten, aber doppelt so vielen mit einer Alkoholabhängigkeit.[231] Übermässiger Alkoholkonsum beschäftigte Gesellschaft und Politik schon im 19. Jahrhundert. Neben der philanthropisch motivierten Abstinenzbewegung, aus der unter anderem das «Blaue Kreuz» hervorgegangen war, fand die Problematisierung des Alkoholkonsums Eingang in zahlreiche kantonale Gesetzgebungen, die es Fürsorgebehörden ermöglichten, Menschen aufgrund übermässigem Alkoholkonsum einer behördlichen Kontrolle zu unterstellen oder sie in geschlossenen Anstalten administrativ zu internieren.[232] Alkoholismus wurde als soziales, aber auch als moralisch-sittliches Problem verstanden, dem es im Interesse der betroffenen Person und ihres Umfelds, vor allem aber im Interesse der Gesellschaft, entgegenzutreten galt. In der Begutachtung von diesbezüglichen Vormundschafts- oder Fürsorgegeschäften kam den Bündner Psychiatern eine wichtige Rolle zu. Mit den ersten Versuchen, Alkoholabhängigkeiten medikamentös zu therapieren – zum Beispiel mittels Antabus – wurde die Suchtbehandlung zu einer wichtigen Aufgabe der Psychiatrie. Dabei intensivierte sich die Zusammenarbeit zwischen Bündner Psychiatern, Fürsorgestellen, Behörden, Hausärzten und kantonaler Trinkerfürsorge (vgl. Kapitel 3.3.4).[233]

Die Verfasser des Alkoholberichts von 1984 waren sich dieser historischen Dimension bewusst. Sie nutzten sie, um zwei Konzepte einander gegenüberzustellen, die den neueren Wandel in der psychiatrischen Beurteilung des Alkoholkonsums illustrieren sollten: das «Lasterkonzept» und das «Krankheitskonzept».[234] Ersteres gründete auf der «Volksmeinung», die den Alkoholismus «auf moralische, charakterliche Defekte» reduzierte.[235] Auch die Gesetzgebung «visiere noch deutlich den chronischen Alkoholiker an, der sich in wirtschaftlich bedrängter Situation befindet und damit sozial schwach ist. Es ist unbestritten, dass krankmachender Alkoholkonsum in allen sozialen Schichten vorkommt, in finanziell starken Kreisen eher häufiger, da finanzielle Barrieren spät oder überhaupt nicht wirksam werden».[236]

Damit versuchten die Verfasser einerseits eine gesamtgesellschaftliche Dimension zu eröffnen, brachten aber gleichzeitig das «Krankheitskonzept» als Gegenentwurf zur geltenden gesellschaftlichen Sichtweise ins Spiel. Als Begründung für die neue Perspektive führten sie die erfolgreiche Durchführung medikamentöser Behandlungen (Apomorphinkuren, Antabus-Dipsanbehandlung) an. «Alkoholkranke» würden «nicht mehr wegen Liederlichkeit interniert, sondern wegen Erkrankung hospitalisiert», um so «Alkoholiker[n] vorurteilsloser begegnen» zu können.[237] Obwohl eine Abgrenzung gegenüber dem «Lasterkonzept» angestrebt wurde, so kamen beide Ansätze bei den vermuteten Krankheitsursachen zu einem ähnlichen Schluss. Als Auslöser für eine Alkoholabhängigkeit definierte der Bericht 1984 «ererbte

---

230 Suchthilfegesetz 1998.

231 Alkoholbericht 1984.

232 Vgl. Gumy (2019), Jenzer (2014) oder Rietmann (2017), S. 105–120.

233 Jahresbericht Waldhaus 1954, S. 49, 1955, S. 55, 1956, S. 57, 1957, S. 58, 1961, S. 63, 1964, S. 64, 1965, S. 72. Pflugfelder nannte Pfarrer und das Blaue Kreuz als weitere wichtige Vertrauenspersonen, denn nicht die Antabus-Tabletten «heilten» eine Alkoholsucht aus Sicht des Chefarztes, sondern vielmehr die zur Verfügung gestellte Infrastruktur, damit «während dieser langen Zeit eine Persönlichkeitswandlung und ein Umerziehungsprozess stattfinden kann.» Pflugfelder (1958a), S. 18.

234 Alkoholbericht 1984, S. 3. Ebenso zitiert der Bericht: ZGB Artikel 370: «Verschwendung, Trunksucht, lasterhafter Lebenswandel, Misswirtschaft.» Vgl. ebd., S. 4. Mit dem Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung fiel die Einweisungskompetenz administrativer Behörden bei «Liederlichen und Arbeitsscheuen» weg. Gleichzeitig konnten fürsorgerische Freiheitsentzüge (FFE) bei «Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung» weiterhin durchgeführt werden. Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1979, S. 323.

235 Alkoholbericht 1984, S. 3.

236 1984 galt noch immer das 1920 in Kraft getretene Fürsorgegesetz, demnach der Fürsorge «1. Personen, die sich dem Trunke ergeben oder sonst liederlichen Lebenswandel führen. 2. Vaganten» unterstellt werden konnten. Alkoholbericht 1984, S. 4.

237 Ebd., S. 5.

Faktoren und gestörte Familienverhältnisse in der Kindheit und Jugend», oder Eigenschaften wie «ausser der Ehe geboren, Ehe der Eltern geschieden, getrennt, gestört».[238] Ein signifikanter Unterschied im Gegensatz zu früheren Argumentationsweisen bestand in der «Kann»-Formulierung. Familiären Risikofaktoren konnte damit entgegengewirkt werden, beispielsweise durch Prävention: «Die Gesellschaft muss die Verantwortung zur generellen Vorsorge tragen.»[239] Besonderes Augenmerk legte der Bericht auf die negativen sozialen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen des übermässigen Alkoholkonsums und schlug Möglichkeiten zu deren Reduktion vor, die vor allem im Bereich der Prävention lagen. Dazu gehörten etwa die Einhaltung von Sperrstunden oder das Verbot von Alkoholwerbung auf öffentlichem Grund.[240] In Fällen, in denen eine gesellschaftliche Wiedereingliederung von Alkoholkranken möglich schien, würde in den beiden Kliniken bereits ein Angebot «zur Entgiftung, Entwöhnung und Wiedereinstellung von Antabus- und Dipsankuren» bestehen. Neben Gesprächen wurde der «täglichen Arbeit einen hohen Stellenwert» beigemessen. Das Behandlungsangebot wurde 1984 und 1985 ausgebaut, im Waldhaus mit einer Station für mittelfristige Behandlungen (drei bis sechs Monate) und in Beverin mit einer neuen Suchtstation.[241] In den meisten Fällen, so der Bericht weiter, würden die Hospitalisierungen auf freiwilliger Basis erfolgen, in Ausnahmefällen gemäss den Bestimmungen des fürsorgerischen Freiheitsentzuges (FFE).[242]

Der Umgang mit Menschen mit einer Alkoholsuchtproblematik weist frappante Ähnlichkeiten zu früheren Formen der Zwangsunterbringung auf. Das Psychiatrie-Konzept von 1985 forderte etwa ein Wohnheim für «charakterlich auffällige, in der Freiheit immer wieder rückfällige chronische Alkoholiker».[243] Das Wohnheim sollte 70 bis 90 Betten umfassen und unter psychiatrische Aufsicht gestellt werden:

> *«Unter Wohnheim für Alkoholiker wird ein nicht ärztlich geleiteter Betrieb verstanden, der sozial Schwierige ohne tragfähigen familiären Hintergrund, die der andauernden Betreuung, Führung und Überwachung bedürfen, jedoch arbeitsfähig sind, aufzunehmen und zu betreuen vermag.»*[244]

Die Pensionäre sollten «durch Arbeitsleistung weitgehend dazu beitragen, diese zum Sozialwesen gehörenden Institutionen zu finanzieren.»[245]

Das Modell des Wohnheims wies damit Parallelen zu den Arbeits- und Zwangsarbeitsanstalten für Alkoholiker auf, wie zum Beispiel zum früheren Asyl Realta.[246] Einen zentralen Aspekt dieser Anstalten stellte der Zwang zur Arbeit dar, der auch zur Finanzierung des Betriebs beigetragen hatte. Das gleichzeitig zentrale Konzept der «Nacherziehung» über den Arbeitszwang, die in kantonalen Versorgungsgesetzen wie dem Bündner Fürsorgegesetz von 1920 verankert worden war, blieb für das Wohnheim-Modell relevant. Die Diskussion über die Rolle der Psychiatrie im Umgang mit alkohol- und drogenabhängigen Menschen in den 1980er Jahren zeigt den ambivalenten Anspruch an die Psychiatrie, einerseits durch neue Angebote in der Prävention und Nachsorge das therapeutische Angebot auszubauen und die stationären Aufenthalte möglichst zu verringern, andererseits bei verfehlter Resozialisierung und Integration den gesellschaftlichen Ordnungs- und Sicherungsanspruch zu gewährleisten.

1985 wurde in Beverin die alte Direktorenwohnung – König lebte als erster Chefarzt mit seiner Familie nicht mehr auf dem Klinikareal – in eine Suchtabteilung, das heisst in eine Abteilung für alkoholkranke Menschen, umgewandelt. Die Leitung der Suchtabteilung oblag einem Psychologen, dem

238 Ebd., S. 7.
239 Ebd., S. 8.
240 Ebd., S. 1.
241 Ebd., S. 20 und Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194.
242 Alkoholbericht 1984, S. 17.
243 Ebd., S. 17.
244 Ebd., S. 12.
245 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 441.
246 Aus anderen Studien ist bekannt, dass in Arbeitsanstalten eine hohe Zahl von Menschen mit einer Alkoholkrankheit zur «Nacherziehung» administrativ eingewiesen worden ist. Vgl. beispielsweise Heiniger Alix (2019a), S. 281–330. 1968 waren in der Anstalt Realta, trotz Schliessung der Korrektionsanstalt 1964, noch mehr als die Hälfte aller Insassen auf vormundschaftlicher Basis interniert worden. Zehn Jahre später hatte sich das Verhältnis umgekehrt. 1983 listete der Jahresbericht noch zwei vormundschaftlich eingewiesene Männer auf. Rietmann (2017), S. 60, 67. Rietmann hat in ihrer Studie die quantitative Entwicklung für Realta aufgezeigt, ohne eine Aufteilung nach den unterschiedlichen Gruppen unter den administrativ oder vormundschaftlich Eingewiesenen vornehmen zu können. Deshalb ist ein direkter Bezug zur Anzahl von Alkoholsüchtigen «ohne Aussicht auf eine Rehabilitation» nicht möglich. Die Korrektionsanstalt führte eine Abteilung für «Trinker», die Rietmann jedoch nicht mit dieser Gruppe gleichsetzt. Vgl. ebd., S. 61.

die Assistenzärzte unterstellt waren.[247] Die Forderung nach einem «Männerheim» blieb bestehen und wurde im Rahmen des Konzepts «Begleitetes Wohnen» 1990 erneut von der Bündner Regierung diskutiert. Anders als im Psychiatrie-Konzept von 1985 wurde nun ein integrativer Ansatz verfolgt, in dem Arbeitsleistungen als alltägliche Mitarbeit der «Pensionäre» eingebunden waren, etwa beim Einkauf, Kochen oder bei anderen Haushaltsarbeiten. Der Anspruch, dass die Pensionäre durch ihre Arbeit zur Kostendeckung der Unterbringung beizutragen hatten, fiel weg. Die Finanzierung des neuen Konzepts wurde grösstenteils durch IV-Renten und weitere Leistungen aus Sozialversicherungen bestritten.[248] Im gleichen Jahr startete das kantonale Sozialamt das Pilotprojekt eines Wohnheims «Sunnastuba» in Paspels. 1993 wurde das Wohnheim an die Klinik Beverin angegliedert.[249] Damit akzentuierte sich die Spezialisierung der Klinik Beverin im Suchtbereich.

5.2.3 Ausbau des Klinikangebots und verstärkte Aussenbeziehungen

In den 1980er Jahren veränderte sich auch der stationäre Bereich. Mit dem Amtsantritt von Hans König kam 1984 erneut ein junger, 34-jähriger Chefarzt nach Beverin, der Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen anstrebte. König trat die Stelle als Chefarzt in der Überzeugung an, Neuerungen über strukturelle Anpassungen einführen zu können, «und um dies zu erreichen ist eine hohe Position notwendig».[250] Trotz der umfangreichen Reformbestrebungen Webers empfand König die Zustände in der stationären Psychiatrie bei seinem Amtsantritt als «himmeltraurig».[251] Hinzu kam, dass sein Vorgänger kurz nach der Regelung seiner Nachfolge und ein halbes Jahr vor der geplanten Amtsabgabe, verstorben war. Die anschliessende Vakanz in der Klinikleitung und der gleichzeitige Weggang eines Oberarztes hatte das Personal verunsichert.[252]

Königs Bewertung der psychiatrischen Versorgung, die er bei seinem Stellenantritt antraf, glich jener Webers bei dessen Amtsantritt und verdeutlicht die Dynamik, mit der sich die Verhältnisse seit den 1960er Jahren verändert hatten. König verwies im Rückblick auch auf die Politik, von der er sich mehr Veränderungswillen und Interesse gewünscht hätte. Doch obwohl Grossräte die Klinik besuchten, weigerten sie sich laut König, sich die von ihm bemängelten Unterbringungssituationen der Patientinnen und Patienten selbst anzusehen.[253]

Der Jahresbericht für Beverin von 1985, ein Jahr nach seinem Amtsantritt, fiel sehr umfassend aus. Er verweist auf zahlreiche Veränderungen, unter anderem auf die Umgestaltung einzelner Abteilungen zu «therapeutischen Gemeinschaften» unter einem «milieu-therapeutischer Ansatz».[254] Im Sinne einer Lebensgemeinschaft auf Zeit sollte das Zusammenleben auf den Abteilungen verstärkt in den therapeutischen Prozess miteingebunden werden. Mit der Einführung dieser neuen Ansätze erhielten die Pflegenden mehr Verantwortung. Ihre Arbeit wurde generell aufgewertet.[255] Erstmals wurde in einem Jahresbericht auch der Einbezug der Angehörigen erwähnt (vgl. Kapitel 6.2).[256]

Die Einrichtung spezialisierter Abteilungen wurde über die Suchtstation hinaus auch für weitere Patientengruppen in Angriff genommen. Geschlossene Abteilungen wurden getrennt und beispielsweise ruhigere Patientinnen und Patienten von «expansiven Kranken, Verwahrten oder gerichtlich zu Begutachtenden» separiert. Vor allem «schwer depressive» und «suizidgefährdete [Patientinnen und Patienten], die einen geschlossenen Rahmen benötigten», litten laut König unter der gemischten Unterbringung.[257] Zur Veranschaulichung verwies er auf eine Begebenheit im Wachsaal, bei der ein Patient wild um sich schlug und dabei das Inventar beschädigte. «Die Assistenzärztin hatte die Flucht ergriffen und das Personal

247 Interview mit Hans König, 43.30–45.58.
248 Regierungsprotokoll 1990, Sitzung vom 26. März 1990, 791.
249 Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194 Psychiatriebericht 1995, S. 6.
250 Interview mit Hans König 5.32–5.40.
251 Ebd., 39.20.
252 Jahresbericht Realta/Beverin 1984, S. 28, 34, 40.
253 Interview mit Hans König, 38.55–39.19 und 42.40–43.01.
254 Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, S. 14, 32. Zum milieu-therapeutischen Ansatz nach dem Vorbild von Professor Heim in der Klinik Schlössli in Oetwil am See (ZH), vgl. Heim (1978) und Archiv König: Hauszeitung der psychiatrischen Klinik Cazis Beverin, Nummer 1/1985, S. 4, 7–8, 24.
255 Ausführlicher Jahresbericht Realta/Beverin 1985, 40 Jahre psychiatrische Krankenpflege Beverin aus der Sicht des Oberpflegers, S. 32.
256 Ebd., S. 14.
257 Ebd., S. 17–18 und Interview mit Hans König 33.31–33.41.

sich im Stationszimmer verschanzt.»[258] In solchen Fällen konnte der Chefarzt auf junge, kräftige Pfleger zurückgreifen, die in den Personalwohnungen der Klinik wohnten. Sie mussten in Notfällen auch während ihrer Freizeit in die Klinik kommen. «Wir sind dann nach dem Notfallschema zu fünft, zu sechst rein und haben ihn ruhiggestellt.»[259] Solche Erlebnisse wollte er den ruhigeren Patientinnen und Patienten möglichst ersparen.

Wachsäle blieben weiterhin bestehen. «Diese Strukturen kann man sich fast nicht vorstellen. Es gab einzelne Zimmer («Kabausen»), alles war kahl und zu den Fenstern, vor denen Gitterstäbe waren, ging es schräg nach oben, ohne eigentliches Fenstersims. Von innen gab es keine Türklinke. Die Türen konnten nicht geöffnet werden.»[260] Es war besonders schwierig, für diese Abteilungen Personal zu finden. König führte diese deshalb zum Teil selbst und ermunterte zugleich die Pflegenden, es ihm gleichzutun, unter dem Hinweis, dass nur sie «mit den Menschen und der Situation in den Wachsälen umzugehen verstehen» würden. Seine Motivation war erfolgreich; er habe später «keine Personalprobleme mehr» gehabt.[261]

Der Rückgang von Patientinnen und Patienten auf den stationären Abteilungen begünstigte die Entwicklung spezialisierter Bereiche, weil vermehrt Raum zur Verfügung stand, um beispielsweise eine wohnliche Atmosphäre auf den Stationen zu schaffen. Gleichzeitig gab es auch Abteilungen, für die die Nachfrage kleiner wurde, so etwa für das «Haus Salvorta». 1974 als «unabhängige und offene Abteilung» konzipiert, in der nachts nur ein Pikettdienst vorhanden gewesen war, wurde es in den 1980er Jahren in eine «offene Aufnahme- und Therapiestation» umgewandelt, wodurch die Belegung deutlich verbessert werden konnte.[262]

Für 1985 ist ein detaillierter Tagesplan überliefert. Er illustriert beispielhaft die Umsetzung der neuen therapeutischen Ansätze:

> *07.00 h beginnt der Tag mit Gymnastik, es erfolgt autogenes Training, sofern keine Kontraindikation besteht. Um 07.45 h ist Morgenessen, um 08.15 h bis 09.00 h finden montags/mittwochs/freitags Abteilungsgespräche statt, geleitet vom Abteilungsarzt. Teilnehmer sind alle Patienten und das Betreuungsteam. Am Montag ist zudem der Oberarzt anwesend. Von 09.00 h bis 11.15 h und von 13.30 h bis 16.45 h ist Beschäftigungstherapiezeit, welche entweder im Atelier oder im grossen Beschäftigungszimmer auf der Abteilung verbracht wird. Je nach Indikation wird mehr Wert gelegt auf Arbeitstraining oder kreative Beschäftigung, bei welcher ungezwungene Beziehungen wachsen können, denen viele Patienten sonst ausweichen würden. Damit dieses Zusammensein oder auch das Arbeitstraining nicht dauernd gestört werden, haben wir die Besuchszeiten in der Regel auf ausserhalb der Beschäftigungszeit festgelegt (d. h. über Mittag oder Abends bis 20.00 h). Diese Einschränkung brachte – flexibel gehandhabt – erstaunlich wenig Widerstand, konnten doch Besuche meist telefonisch vereinbart werden. Am Dienstagabend hält jeweils ein Patient eine ‹Kulturstunde›, darin berichtet er über Reisen, Hobbies usw. Mehr von der körperlichen Seite her versucht man mit Gymnastiktherapie am Donnerstagnachmittag den Patienten zu helfen. Gleichentags führt wöchentlich abwechselnd der katholische und reformierte Seelsorger ein Gespräch mit den Patienten. Der Samstagmorgen ist für gemeinsame Unternehmungen reserviert. Am Mittwochabend besteht die Möglichkeit, im Hallenbad Rothenbrunnen zu baden.»*[263]

Spezialisierung der Klinik Beverin im Bereich geistiger Behinderungen – ein Bündner Spezifikum

Die Entwicklungen in der stationären Unterbringung ermöglichten es, Patientinnen und Patienten, die einer langfristigen Betreuung bedurften, vermehrt entsprechend ihrer Bedürfnisse auf unterschiedlichen, spezialisierten Stationen und in verschiedenen Institutionen zu betreuen. Sie führte zur Ausgestaltung von Wohn- und Arbeitsformen für Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung, die mit dem *Gesetz über die Förderung der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung* 1979 in Graubünden auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wurde. Damit erfolgte auch eine Definition, wer im Rahmen dieses Gesetzes bei Bedarf Anspruch auf eine staatliche Mitfinanzierung geltend machen konnte.[264]

258 Ebd., 31.20–31.54.
259 Ebd., 31.50–33.00.
260 Ebd., 38.14–38.48.
261 Ebd., 33.35–34.21.
262 Ausführlicher Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 15–16 und Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194.
263 Ausführlicher Jahresberich Realta/Beverin 1985, S. 15–16.
264 Psychiatriebericht 1995, S. 4 und Gesetz über die För-

Bereits davor fanden im Altersheim Rothenbrunnen organisatorische und infrastrukturelle Anpassungen statt, die einem Ausbau des Angebots für psychisch und geistig behinderte Menschen gleichkamen. Kurz nach der Sanierung von 1974 wurde Rothenbrunnen 1977 in ein Wohnheim im Sinne der IV- und AHV-Gesetzgebung umgewandelt, stand aber nach wie vor unter der Leitung der Klinikdirektion.[265] Dafür mussten Auflagen erfüllt werden, die aus der Integrationspolitik der Sozialwerke hervorgegangen waren, und die unter anderem die Einrichtung von geschützten Werkstätten verlangten. Auf dem Gelände des Wohnheims Rothenbrunnen wurden in den 1970er Jahren «Ateliers» errichtet und seit 1977 vermehrt auch jüngere psychisch und geistig behinderte Menschen» aufgenommen. Damit übernahm die Klinik eine Funktion, die nicht zu ihrer Kernaufgabe gehörte. Bereits mit der Übernahme von Rothenbrunnen, das seit 1923 zur «Staatsdomände Realta» gehörte, kam es immer wieder zu Diskussionen zwischen Chefärzten und Regierung, weil die Alterspflege aus Sicht der Klinikleitung ebenfalls keine Kernaufgabe der Psychiatrie darstellte. Gleichzeitig wurde die Aussenstation als provisorische Unterkunft genutzt, in der ältere Menschen vor oder nach einem stationären Aufenthalt in Beverin untergebracht werden konnten (vgl. Kapitel 2.1.2). Zwar wurde bereits in den 1920er Jahren betont, dass ältere Insassen von Realta am besten in Alters- und Pflegeheimen ihrer Herkunftsregion untergebracht werden sollten. Trotz des Ausbaus in den Regionen schien eine anhaltende Nachfrage für Plätze in Rothenbrunnen geherrscht zu haben, vor allem bei ehemaligen Patientinnen und Patienten der Klinik Beverin sowie Insassen aus Realta.[266]

Beverin baute das Angebot zur Unterbringung geistig und psychisch behinderter Menschen seit den 1970er Jahren und bis zum heutigen Tag weiter aus. Ende 1985 wohnten 72 Menschen im Wohnheim Rothenbrunnen.[267] Die Hälfte der Patientinnen und Patienten war in den angeschlossenen Beschäftigungswerkstätten tätig. Diese folgten in zunehmendem Masse einer Produktivitätslogik. Im Jahresbericht von 1985 steht dazu exemplarisch:

> *«Dass auch behinderte Menschen durchaus leistungsfähig sind, zeigt die gute Betriebsrechnung dieser Werkstätte. Allerdings gehört dazu ein grosser Einsatz des gesamten Betreuungsteams zur Akquirierung der geeigneten Arbeit und gleichzeitigem Suchen von Absatzmöglichkeiten.»*[268]

Mitte der 1980er Jahre wurde das lange gehegte Ziel, ältere Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheime in den Regionen zu verlegen, vermehrt umgesetzt, womit das Durchschnittsalter sukzessive gesenkt und eine Neuausrichtung des Wohnheims Rothenbrunnen eingeleitet wurde.[269] 1990 erhielt die Klinik den Auftrag, ein «Wohnheim für geistig Behinderte» zu schaffen. Das Wohnheim Rothenbrunnen wurde nun offiziell in den Leistungsauftrag der Klinik Beverin integriert und das Gruppensystem eingeführt sowie das Beschäftigungsangebot ausgedehnt, vor allem im Bereich der Garten- und Parkarbeit.[270] Dabei stand aus Sicht der Klinikleitung «weniger die Art der geistigen und psychischen Behinderung als vielmehr der Grad der Hilfsbedürftigkeit und der Gruppenfähigkeit der Patienten» im Vordergrund. Nicht aufgenommen wurden «stark verhaltensgestörte und völlig unbeeinflussbare Alkoholiker».[271] Die Verfasser des Psychiatrie-Konzepts von 1985 betonten erneut, dass die Aussenstation Rothenbrunnen eine «sinnvolle Ergänzung zur klinischen Psychiatrie» darstelle und «in diesem Sinne eine Möglichkeit einer kostengünstigen Unterbringung von Langzeitpatienten» sei.[272]

Trotz dieser Entwicklung hielt König das Angebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung, vor allem auch mit Mehrfachbehinderungen, weiterhin für unzureichend und forderte den weiteren Ausbau ausserhalb der psychiatrischen Kliniken.[273] Gleichzeitig wurde, so König, Menschen mit psy-

derung der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung 1979, insbesondere Artikel 1.

265 Das Hauptargument für die baulichen Anpassungen war finanzieller Natur: Rückwirkend konnte der Kanton so 800'000 Franken beim Bund einfordern, sowie jährlich 300'000 Franken an Einnahmen erwarten. Verhandlungen des Grossen Rates vom 31. Mai 1978, S. 118–121, 235.

266 Jahresbericht Realta/Beverin 1967, S. 26, S. 137–139, Zitat: S. 137.

267 Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 195.

268 Ebd.

269 1986 lag der Altersdurchschnitt der Wohnheimbewohnerinnen und -bewohner bereits unter 60 Jahren. Jahresbericht Beverin 1986, S. 48.

270 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 440; Jahresbericht Beverin 1990, S. 143 und Psychiatriebericht 1995, S. 4.

271 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 440.

272 Ebd., S. 441.

273 Interview mit Hans König, 25.40–28.40.

chischen und geistigen Behinderungen auch innerhalb der Klinik zu wenig Beachtung geschenkt, vor allem jenen, die aufgrund von «Aggressivität und destruktiven Verhaltensstörungen» ausserhalb der Kliniken nicht mehr als tragbar galten und somit auch nicht in Rothenbrunnen aufgenommen wurden.[274] Die Unterbringung in «gefängnisartigen Zellen» und grossen Schlafsälen bemängelte der Chefarzt ebenso wie die mangelnde Beschäftigung von Patientinnen und Patienten mit geistigen und psychischen Behinderungen tagsüber:[275]

> *«Sie sassen in Räumen mit 20 Personen, entlang der Wände, und wippten hin und her, den ganzen Tag lang. Die Stationen waren kahl, der Fernseher hing so hoch, dass niemand rankam. Die Aggression auf diesen Abteilungen war natürlich gewaltig. Einmal kam während einer Sitzung plötzlich ein Gullideckel vom Hof geflogen. Das ist ein Ausdruck dieser Aggression.»*[276]

Auch den niedrigen Personalschlüssel monierte König in diesem Zusammenhang als «ungenügend, wenn nicht gar unverantwortlich». In Zusammenarbeit mit seinen Mitarbeitenden sowie der *Schweizerischen Heilpädagogischen Gesellschaft (SHG*) erarbeitete er das «Konzept 88», das die Betreuung psychisch und körperlich behinderter Menschen klinikintern verbessern sollte. Die Entscheidung, auf dem Gelände der Klinik vier Abteilungen für die Langzeitbetreuung von Menschen mit einer geistigen und psychischen Behinderung zu schaffen, wurde aber auch aufgrund weiterer Überlegungen getroffen.[277] Aus Sicht des Chefarztes führte der Ausbau eines Netzes von Wohn-, Schulungs- und Arbeitsangeboten für behinderte Menschen dazu, dass die Psychiatrie vermehrt erst in Krisensituationen wichtig wurde. Die Rückkehr in klinikexterne Angebote wurde gleichzeitig aus «Angst vor Stigmatisierung des Wohnheims durch Psychiatriepatienten» als schwierig wahrgenommen.[278]

König erläuterte in einem Buchbeitrag mit seinem Koautor Alexander Vischer Details zur Umsetzung des «Konzept 88» in Beverin. Die vier neu geschaffenen Abteilungen, für die eines der insgesamt vier Patientenhäuser genutzt wurde, wurden als eigenständige Einheiten geführt. Sie umfassten 32 statt der im Psychiatrie Konzept 1985 vorgesehenen 15 Betten. Da laut König und Vischer das vormalige allgemeine Beschäftigungsangebot der Klinik viele psychisch und geistig behinderte Patientinnen und Patienten überforderte, blieben viele Betroffene «ohne spezifische Betreuung auf der Abteilung» zurück. Es fehlte an einer «angemessenen heilpädagogischen Förderung» für «Schwerstbehinderte». Dem sollte mit individuellen Förderplänen und heilpädagogisch geschulten Beschäftigungstherapeuten entgegengewirkt werden.[279] Diese Neuausrichtung hatte Einfluss auf den Betreuungsschlüssel sowie die Zusammensetzung der Teams auf diesen Abteilungen. Neu arbeiteten neben dem Pflegepersonal auch heilpädagogisch geschulte Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten und Heimerzieherinnen und -erzieher auf den Abteilungen. Die Anzahl an Betreuenden wurde beinahe verfünffacht. Ein vergleichbares Angebot gab es in der Schweiz zu diesem Zeitpunkt erst in Bern. Die Finanzierung dieses Ausbaus war laut König nur mit Bundesgeldern und im Rahmen der IV-Gesetzgebung möglich.[280]

5.2.4 Eine Skandalisierung wirkt beschleunigend – Entflechtung von Psychiatrie und Strafvollzug in Cazis 1989

Ende der 1980er Jahre kam es auch zu Veränderungen in der institutionellen Verschränkung zwischen der Strafanstalt Realta und der psychiatrischen Klinik Beverin. Ein skandalisierender Bericht des *Schweizerischen Beobachters* führte schliesslich zur organisatorisch-administrativen Abtrennung der beiden Einrichtungen, einer immer wieder geäusserten Forderung der Chefärzte. Auch König nahm seine Stelle im Wissen um die Multifunktionalität der Einrichtung an. Gleichzeitig versuchte er, wie bereits seine Vorgänger, eine organisatorisch-administrative Trennung zwischen der psychiatrischen Klinik Beverin und der Strafanstalt Realta zu erwirken (vgl. Kapitel 2.1.2). König argumentierte vor allem als Mediziner. Die Verbindung zwischen Klinik und Strafanstalt würde die medizinische Einrichtung als «Verwahrungsanstalt» stigmatisieren. Die Führung zweier An-

274 König/Vischer (1990), S. 61.
275 Ebd., S. 12, 57.
276 Interview mit Hans König 23.30–25.37.
277 Ebd., 23.30–25.37 und König/Vischer (1990), S. 57.
278 König/Vischer (1990), S. 58; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Mai 1990, S. 5.
279 König/Vischer (1990), S. 60.
280 Ebd., S. 63.

stalten mit unterschiedlichen Zielsetzungen sei zudem «zu komplex und zu vielschichtig».[281] Die Bestrebungen waren zunächst erfolglos. Nach seinem Stellenantritt überliess König das Tagesgeschäft in Realta dem dort eingesetzten Anstaltsleiter. «Ich war nicht sehr präsent», meinte er dazu rückblickend.[282]

Im Sommer 1989 erschien ein erster Artikel im *Beobachter*, der über unhaltbare Zustände in der Strafanstalt berichtete und mögliche gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen in den Werkstätten anprangerte. Kritisiert wurde, dass Bestandteile für die Herstellung von Thermometern in offenen Trichloräthan-Bädern – einem giftigen Lösungsmittel – geeicht wurden.[283] Die Arbeiten wurden im Auftrag einer Firma am Heinzenberg durchgeführt und waren gut bezahlt.[284] Im Artikel bezichtigte der Anstaltsleiter, Joachim Reich, den Chefarzt, trotz geäusserter Bedenken keine Anpassungen an den Sicherheitsvorkehrungen vorgenommen zu haben. König argumentierte hingegen, über ein mögliches Gesundheitsrisiko bei dieser Arbeit, die von seinem Vorgänger eingeführt worden war, nicht informiert gewesen zu sein. Der Artikel des *Beobachters* führte weiter aus, dass ein Experte der Suva die Eichbäder als «nur leicht giftig» und «weit unter den festgelegten Grenzwerten» beurteilt habe und deutete diese unterschiedlichen Einschätzungen als Beleg für «tiefgreifende Auseinandersetzungen im Leitungsteam» und für unklare Führungsstrukturen.[285] Ein weiterer Konfliktfall wurde ebenfalls vom *Beobachter* thematisiert. Er betraf eine Sozialarbeiterin, deren Arbeitsvertrag von König gekündigt worden war. Obwohl das Arbeitsverhältnis abgelaufen war, liess der Verwalter in Realta die Mitarbeiterin weiterarbeiten. König wertete dies als «klare Kompetenzüberschreitung».[286]

Zwei Monate nach der Veröffentlichung des ersten Artikels folgte ein zweiter Beitrag, in dem ein ehemaliger Insasse zu Wort kam. Er war an den Eichbädern eingesetzt worden und berichtete, ihm sei «oft so schwindlig» gewesen, als hätte er «zehn Becher Bier getrunken». Weiter habe er an «Kopfschmerzen, Unwohlsein, Hautreizungen, Ausschlägen und Atembeschwerden» gelitten, die ihn nach der Entlassung weiterhin geplagt hätten. Auf die Frage, ob Schadenersatzansprüche gegenüber dem Kanton geltend gemacht werden könnten, räumte der Journalist dem Betroffenen kaum Chancen ein, denn seine Alkoholabhängigkeit würde vermutlich als Ursache für die Symptome gewertet werden.[287]

Aufgrund der Berichterstattung leitete die Regierung eine Untersuchung sowie ein Disziplinarverfahren gegen den Anstaltsleiter und den Chefarzt ein, die beide vorübergehend von ihren Aufgaben in Realta suspendiert wurden. Die interimistische Leitung wurde dem Verwalter der Strafanstalt Sennhof, übertragen.[288] Die Untersuchung durch einen Kantonsrichter ergab, dass persönliche und fachliche Differenzen zwischen den beiden Männern bestanden, die sich auch in einer «mangelnden Erfüllung von Führungsaufgaben beider gegenüber den Angestellten» ausgedrückt hätten. Zudem sei die «Organisations- und Führungsstruktur» insgesamt fragwürdig.[289] Damit bestätigte der Bericht im Grunde die Problematik, die mit der Multifunktionalität der Einrichtung verbunden und seit langem von den Chefärzten kritisiert worden war.

In der Folge wurde der Verwalter in den vorzeitigen Ruhestand versetzt und seine Stelle neu

---

281 StAGR V 13 a 7: Verwaltung der Psychiatrischen Kliniken, Schreiben Hans Königs betreffend Führungsstrukturen der Betriebe Waldhaus / Beverin / Realta an L. Bärtsch, Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement GR vom 14.12. 1988.

282 Interview mit Hans König, 1.02.15–1.03.25 und 1.05.40–1.05.43.

283 Vgl. O. N. (1989a), S. 12–14. Der *schweizerische Beobachter* berichtete dabei von Trichlorethanbädern (C2H3Cl3), König von Toluolbädern (C7H8). Erstere sind seit 1996 gemäss Montrealer Protokoll in der industriellen Verarbeitung verboten. https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/chemikalien/schadstoffglossar/trichlorethan.html, Zugriff: 20.06.2019. Laut König betraf dieser Vorwurf drei bis vier von über 100 Arbeitsplätzen in über zehn Werkstätten. Nachtrag zur Autorisierung Hans König vom 1. Mai 2020.

284 Interview mit Hans König 1.06.50–1.07.44.

285 Vgl. O. N. (1989a), S. 12, 14. Der *schweizerische Beobachter* kritisierte Königs Aussagen als Verharmlosung mit dem Verweis auf mehrere zeitgenössische toxikologische Handbücher.

286 Ebd., S. 14 und O. N. (1989b), S. 21 und Regierungsprotokoll, Sitzung von 18. Dezember 1989, Nr. 3169, S. 5–6, 10–11. Ebenfalls Gegenstand der Kritik waren weiter Personalprobleme und der Versuch Königs, seine Position als Chefarzt gegenüber einer lokalen Firma zu nutzen, um Differenzen über einen Auftrag zu seinen Gunsten zu beenden. Ebd. und Regierungsprotokolle, Sitzung vom 14. August 1989, Nr. 2087, S. 1, 18. Dezember 1989, 3169, S. 15.

287 O. N. (1989b), S. 21. Laut König erhielt er von Insassen keine direkten Klagen. Nachtrag zur Autorisierung Hans König vom 1. Mai 2020.

288 Jahresbericht Realta / Beverin 1989, S. 21; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 20. November 1989, Nr. 2939.

289 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 14. August 1989, Nr. 2087, S. 1.

ausgeschrieben.[290] König blieb bis zu seiner Kündigung bis 1993 Chefarzt der psychiatrischen Klinik Beverin. Hinsichtlich der vom *Schweizerischen Beobachter* als gesundheitsgefährdend taxierten Arbeitsbedingungen an den Eichbädern konnte der Untersuchungsbericht keine Verletzung der Sorgfaltspflicht durch den Chefarzt erkennen, da dieser sich mehrfach, unter anderem von der Suva, hatte beraten lassen.[291]

König nutzte die Situation, um erneut die Trennung der beiden Einrichtungen zu fordern.[292] Auch der Bericht des Kantonsrichters kam zum Schluss, dass eine Trennung der beiden Einrichtungen begrüssenswert wäre.[293] Den Beteiligten war klar, dass diese Situation letztlich auch aufgrund des fehlenden politischen Willens zur Aufteilung der beiden Einrichtungen entstanden war. Die Trennung wurde 1989 beschlossen und 1991 vollzogen. In den zwei dazwischenliegenden Jahren wurde um die konkrete Ausgestaltung der neuen Regelung gerungen. Neben der Abtrennung der Strafanstalt fand auch eine solche des Gutsbetriebs von der psychiatrischen Klinik statt.[294] Die neue Regelung mündete in ein modernes Organisationsreglement, das 1990 alle medizinischen Belange in die Hände des Chefarztes, die administrativen in die Hände je eines Verwalters legte, sowohl in Beverin als auch im Waldhaus. Chefärzte und Verwalter wurden zur gegenseitigen Information «in allen Belangen» verpflichtet.[295]

5.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Graubünden seit 1969

In den 1960er Jahren wurden im Kanton Graubünden Stimmen lauter, die nach einem spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Angebot verlangten. Im Zuge der neuen Schulgesetzgebung und dem damit verbundenen Aufbau des Schulpsychologischen Dienstes wurde auch die Anstellung einer Fachärztin oder eines Facharztes diskutiert. Die Lücke im Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche sollte zunächst durch ein stationäres Angebot gefüllt werden. Auf Initiative der kantonalen Verwaltung gründeten Vertreterinnen und Vertreter aus vier gemeinnützigen Gesellschaften 1969 die *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim,* die spätere *Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden* (KJP) in Chur.[296] Zehn Jahre später erhielt die Stiftung vom Kanton den Auftrag zur Schaffung ambulanter Strukturen. Der bis dahin angestrebte Aufbau einer stationären Einrichtung wurde vorerst zurückgestellt. In den darauffolgenden Jahrzehnten wuchs das Angebot und damit der mit dem Kanton vereinbarte Leistungsauftrag im ambulanten, halbstationären und stationären Bereich, den die Stiftung bis zur Zusammenführung mit den PDGR 2019 als private Trägerschaft erfüllt hat. Neben fachlichen und organisatorischen Überlegungen in einem sich rasch verändernden gesellschaftlichen Umfeld waren dabei immer wieder finanzielle Überlegungen handlungsleitend.

Der Aufbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots im Kanton Graubünden reiht sich in eine nationale und in eine internationale Entwicklung ein. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus Ansätzen der Psychiatrie, Pädiatrie, Pädagogik, Psychologie, Philosophie und später der Heilpädagogik herausgebildet hatte, etablierte sich im 20. Jahrhundert als eigenständige Fachdisziplin. Seit 1953 konnte in der Schweiz der Fach-

290 Ebd., 18. Dezember 1989, Nr. 3170, S. 8–14; 10. Juli 1990, Nr. 1882. 1990 trat der Verwalter der Klinik Waldhaus auch die Stelle als Verwalter der Klinik Beverin an. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 26. März 1990, 787.

291 Jahresbericht Realta/Beverin 1989, S. 21; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Dezember 1989, Nr. 3169, S. 7–10.

292 Interview mit Hans König 1.10.30–1.11.55, 1.07.50–1.08.54 und Nachtrag zum Interview Hans König vom 17.07.2019.

293 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Dezember 1989, Nr. 3165, 10. Juli 1990, Nr. 1868; Jahresbericht Realta/Beverin 1989, 24, 1990, S. 30. Unterdessen wurde die Strafanstalt Realta 1986 durch eine vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement genehmigte Strafvollzugsverordnung von einer Verwahrungs- in eine «Erstmaligen-, Haft- und Anstalt für Rückfällige» umgewandelt. Die Neuordnung verpflichtete die Anstalt, innerhalb des «Insassenkollektivs» zur Separierung und Differenzierung Unterteilungen einzuführen (Abteilungen für Kurzstrafen, Halbgefangenschaft und Halbfreiheit). Es wurden aber weiterhin vormundschaftsbehördliche Verfügungen erlassen. Vgl. Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug im Kanton Graubünden (VSM), von der Regierung erlassen am 16. Dez. 1985, Art. 6, in: AGS III 1986, S. 1629–1644; Interview mit Hans König 1.09.25–1.10.00; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. Oktober 1986, S. 2–3, 5.

294 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Juli 1990, Nr. 1868; Jahresbericht Realta/Beverin 1990, S. 30.

295 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 5. November 1990, Nr. 2795.

296 Schröter (1981), S. 1. Basierend auf der Verordnung zum Schulpsychologischen Dienst. Ebd., S. 4.

arzttitel Kinder- und Jugendpsychiater erworben werden.[297] Aufgrund der föderalistischen Struktur der Schweiz erfolgte die Einrichtung kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote kantonal unterschiedlich, sowohl hinsichtlich ihrer Leistungen als auch der Trägerschaften. Entscheidende Impulse zur Ausgestaltung der Fachdisziplin und zur Schaffung entsprechender Angebote kamen aus Universitätsstädten wie Basel, Bern, Genf, Lausanne oder Zürich. Gleichzeitig wirkten international anerkannte Psychiater wie Moritz Tramer (1882–1963) oder Adolf Friedmann (1902–1981) an der Peripherie in Solothurn beziehungsweise in Biel.[298] Eine nationale und internationale Vernetzung erfolgte seit 1934 beziehungsweise 1937 unter anderem über das erste Fachblatt *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* (ab 1953 *Acta Paedopsychiatrica*), das mehrsprachig geführt wurde, und durch internationale Kongresse. An beiden Entwicklungen hatte Tramer einen entscheidenden Anteil.[299] Hinweise auf eine aktive Rolle der Bündner Psychiater gibt es in diesem Bereich nicht.[300] Hinzuweisen ist aber auf die Jahrestagung der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie*, die 1954 in Chur stattfand. Nach 1933 handelte es sich dabei erst um die zweite Versammlung dieser Vereinigung, die der Kinderpsychiatrie gewidmet wurde.[301] Die *Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie* diskutierte im Rahmen dieser Zusammenkunft erstmals ausführlich über kinder- und jugendpsychiatrische Ansätze, weshalb der Anlass heute als Geburtsstunde der Disziplin für die Schweiz gewertet wird.[302]

Die fachliche Auseinandersetzung war von Beginn an interdisziplinär ausgerichtet und förderte eine Zusammenarbeit über die Disziplinen hinaus. Sie führte gleichzeitig aber auch Bemühungen zur Abgrenzung gegenüber anderen Institutionen und Disziplinen, beispielsweise der Fürsorge, des Erziehungswesens, aber auch gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie.[303] Tramers Definitionsarbeit war für die junge Disziplin wegweisend. Er sah vor allem in den altersspezifisch unterschiedlichen Krankheitsbildern, die nach einer abweichenden Diagnostik und Behandlung verlangten, ein zentrales Merkmal der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem setzte er sich für eine stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Entwicklungsstufen vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz (biologisch abgrenzbare Lebensperioden) ein. Im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie sei die Kinder- und Jugendpsychiatrie weniger mit «eigentlichen Geisteskrankheiten» konfrontiert, sondern vor allem mit «nichtpsychotischen Störungen».[304]

Dadurch war die fachliche Ausdifferenzierung eng mit Vorstellungen aus dem Erziehungs- und Sozialwesen verbunden, die durch die Haltung geprägt waren, dass das Kindes- und Jugendalter besonders schützenswerte, aber auch besonders formbare Lebensabschnitte seien. Das Spannungsfeld zwischen der Wahrnehmung und Wahrung individueller Bedürfnisse auf der einen Seite und gesellschaftlichen, normierenden Ansprüchen auf der anderen war und ist auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie immanent. So beeinflussten beispielsweise eugenische Diskurse, vor allem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie andere Teilbereiche der Psychiatrie. Die Auswirkungen des gesellschaftlichen Auf- und Umbruchs, die sich in der 68er-Bewegung kristallisiert haben, leisteten zwar der Forderung nach vermehrter Mitsprache von Patientinnen und Patienten, aber auch Angehörigen und Mitarbeitenden, Vorschub. Diese Diskussionen verbleiben aber bis

297 Im Vergleich dazu wurde der Facharzttitel in der Bundesrepublik Deutschland erst 1968 anerkannt. Schweizer (2001), S. 256–259; Castell (2003), S. 15.

298 Moritz Tramer war unter anderem Direktor der solothurnischen Heil- und Pflegeanstalt Rosegg (1924–1945) sowie des kantonalen Pflegeheims Fridau in Egerkingen und Gründer und Leiter der Beobachtungsstation Gotthelf-Haus in Biberist (1937–1952). Adolf Friedmann leitete ab 1948 das Psychohygienische Institut Biel. Schaffner-Hänny (1997), S. 195–196; Schweizer (2001), S. 217–218, 232–236. Zu Moritz Tramer vgl. Schweizer (2001), S. 231; Jorisch-Wissink (1986); Graf-Nold (2012).

299 Der erste internationale Kongress für Kinderpsychiatrie fand 1937 in Paris statt, gleichzeitig mit der Weltausstellung und 13 Jahre vor dem ersten internationalen Kongress für Psychiatrie (1950 ebenfalls in Paris). Castell (2003), S. 49, 273. Vgl. auch Schaffner-Hänny (1997), S. 10, 15; Zürrer (1994), S. 105; Schweizer (2001), S. 232–236. Zur Entwicklung der internationalen Vernetzung vgl. Castell (2003); Schweizer (2001), S. 250; Schaffner-Hänny (1997), S. 22–35.

300 Auf den Teilnehmerlisten nationaler und internationaler Kongresse und Tagungen fehlen Namen von Bündner Psychiatern vollständig. Castell (2003), S. 162. Am *Symposium europäischer Pädopsychiater* 1954 in Magglingen/Biel war einer der geladenen, aber nicht teilnehmenden Psychiater Ernst Weber, späterer Chefarzt der Klinik Waldhaus, damals noch in Basel tätig. Ebd.

301 Schaffner-Hänny (1997), S. 16.

302 Zürrer-Simmen (1994), S. 84; Schweizer (2001), S. 217; Jorisch-Wissink (1986), S. 31.

303 Zürrer-Simmen (1994), S. 8, 11.

304 Castell (2003), S. 19, 272–273, 289–290.

heute in einem Spannungsfeld von individueller Behandlung und gesellschaftlichen Normierungsansprüchen.[305]

Mit dem Ausbau der fachlichen und universitären Anerkennung ging die Schaffung unterschiedlicher Einrichtungen einher. Seit den 1920er Jahren wurden in der Schweiz im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich neue Angebote innerhalb bestehender Klinikstrukturen, aber auch durch private und kirchliche Trägerschaften, wie etwa den *Seraphischen Liebeswerken* Solothurn oder St. Gallen, geschaffen.[306] Die schweizweit erste Beobachtungsstation für Kinder und Jugendliche, die «Stephansburg», wurde 1921 auf dem Gelände der psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich eröffnet. 1944 verlegte sie den Standort nach Männedorf ins ehemalige Waisenhaus unter dem neuen Namen «Kinderheim Brüschhalde». Vereinzelt wurden auch Bündnerinnen und Bündner in diese Einrichtung eingewiesen.[307] Der Ausbau eines solchen Angebots wurden meist von Psychiatern, Mitarbeitenden des Sozial- und Erziehungswesens und weiteren Fachgruppen gefordert und war damit von Anfang an interdisziplinärer Natur. Im Kanton Graubünden kam der Wunsch, ein kinder- und jugendpsychiatrisches Angebot zu entwickeln, in den frühen 1960er Jahren, und damit vergleichsweise spät auf. Die Initianten konnten deshalb auf andernorts bereits gemachte Erfahrungen zurückgreifen.

Die Entwicklung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots folgte Tendenzen, die auch die Erwachsenenpsychiatrie im Kanton prägten. Dies beinhaltete den Ausbau ambulanter, teilstationärer und regionaler Strukturen, eine vermehrte Reflexion der eigenen Profession und ihres Niederschlags auf den Arbeitsalltag sowie die vermehrte Ausrichtung des Gesundheitswesens an marktwirtschaftliche Logiken (vgl. Kapitel 6). Gleichzeitig wurde das Angebot bis 2019 durch eine private Stiftung ohne institutionelle Anbindung ausserhalb der kantonalen Verwaltungsstruktur organisiert. Dies führte, neben permanenten Finanzierungsengpässen, zu spezifischen Entwicklungslinien, die in vier Phasen unterteilt werden können. In einer ersten Phase stand die Suche nach einem passenden Standort für ein Beobachtungs- und Therapieheim im Vordergrund. Die verstärkte Diskussion um eine Koordination des kantonalen Gesundheitswesens, die im Nachgang zum ersten Psychiatrie-Konzept von 1976 geführt wurde, mündete in eine zweite Phase der Stiftung mit dem Aufbau einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung beauftragt und für die erstmals bezahlte Fachleute eingestellt wurden. Im Unterschied zu den beiden psychiatrischen Kliniken erhielt die Stiftung dafür aber keine vollumfängliche Restdefizitgarantie. Von Beginn weg gewärtigte sie deshalb Finanzierungsprobleme. In dieser Phase kämpfte die Stiftung um eine Anerkennung ihrer Dienstleistungen: Zum einen beinhaltete dies das Ringen um die Akzeptanz des eigenen Angebots bei Ärzteschaft und Politik. Zum andern wurden innerbetriebliche Meinungsverschiedenheiten ausgetragen, die auch auf einem Generationenkonflikt beruhten und sich an der Person des neuen Chefarztes akzentuierten.

In einer dritten Phase folgte seit den späten

---

305 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bewegt sich bis heute in einem medizinisch-sozial-pädagogischen Dreieck. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts standen Kinder und Jugendliche mit ihren altersspezifischen Entwicklungsphasen und Bedürfnissen zunehmend im Fokus gesellschaftspolitischer Diskussionen, in der auch psychiatrische Einrichtungen und Fachärztinnen und Fachärzte eine wichtige Rolle übernahmen. Präventive Massnahmen wurden zunehmend wichtig im Kampf gegen unerwünschte Entwicklungsverläufe. Mit der Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (1907/1912) erhielten kommunale und kantonale Behörden in der Schweiz erstmals die Möglichkeit zu einem präventiven Eingreifen in eine Familie. Unter anderem wurde damit auf gesamtschweizerischer Ebene der Anspruch auf ein «Kindeswohl» formuliert. Neben der Anerkennung einer besonderen Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen ermöglichten solche Gesetzgebungen gleichzeitig vormundschaftliche und ärztliche Eingriffe in das Leben derselben. Damit wohnte dieser Entwicklung auch die Gefahr eines (sozial-)disziplinierenden Elements inne. Vgl. dazu Bühler et al. (2019); Leuenberger / Seglias (2015); Leuenberger / Seglias (2008/2010); Steinhausen (1992), S. 20–21; Schweizer (2001), S. 219; Zürrer (1994), S. 108; Remschmidt (2018), S. 30. Zur Problematik erbbiologischer und eugenischer Diskurse in der Schweizer Kinderpsychiatrie vor und während des Zweiten Weltkrieges, auch hinsichtlich eigenständiger theoretischer Antithesen zur vorherrschenden Lehrmeinung, vgl. Schweizer (2001), S. 261; Castell (2003), 292.

306 Schweizer (2001), S. 230; Schaffner-Hänny (1997).

307 Zürrer-Simmen (1994), S. 44; Steinhausen (1992), S. 11, 20; Schaffner-Hänny (1997), S. 196; Doerfel (2016); Seglias (2019), S. 116–119. Zur Ausbildung ambulanter Angebote vgl. Schweizer (2001), S. 217; Zürrer (1994), S. 33–37, 45–51. Für eine internationale Einordnung vgl. Remschmidt (2018), S. 65. Zu Bündner Kindern in der Brüschhalde vgl. Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 1. Eine Feststellung, die Alphons Willi in einer ersten Bedürfnisabklärung bereits formuliert hatte. Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 2.

1980er Jahren eine Konsolidierung, die zudem eine Erweiterung des Leistungsauftrages umfasste. Analog zum Angebot in der Erwachsenenpsychiatrie wurde auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ausbau regionaler Angebote vorangetrieben. Während sich der erzieherische Anspruch in der Erwachsenenpsychiatrie seit den 1960er Jahren in einen Integrationsanspruch wandelte, blieb er der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis heute inhärent. Eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Diensten, wie etwa dem Schulpsychologischen Dienst, dem Heilpädagogischen Dienst, der Jugend- und Suchtberatungsstelle sowie mit Lehrpersonen und Angehörigen blieb für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zentral. Dabei arbeitete der erste Chefarzt mit einem dezidiert systemischen Ansatz. Der frühe Einbezug von Familienangehörigen spiegelt sich auch im sukzessiven Ausbau entsprechender Angebote, wie etwa den Eheberatungen. Die *Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden* (KJP), wie sie ab 1989 hiess, bemühte sich seit ihrer Gründung um die fachliche Eigenständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die lange mit einer organisatorischen Eigenständigkeit gleichgesetzt wurde. Der Zusammenschluss mit den PDGR leitete 2019 die vierte und aktuelle Phase ein, auf die hier lediglich verwiesen werden kann.

5.3.1 Eine Stiftung zur Schaffung eines Beobachtungs- und Therapieheims für Kinder und Jugendliche (1969)

Die Forderung nach einem stationären psychiatrischen Angebot für Kinder und Jugendliche wurde zu Beginn der 1960er Jahre erstmals formuliert. Bei der Einführung der neuen kantonalen Schulgesetzgebung von 1961, die die Schulverordnung von 1859 ersetzte, stand auch die Ausgestaltung eines schulpsychologischen Dienstes zur Debatte. Besonders Vertreterinnen und Vertreter der Lehrerschaft engagierten sich für das Anliegen, eine Facharztstelle für diese Dienste zu installieren. Dies nicht zuletzt zur eigenen Entlastung, da sich der Schul- und Sozialbereich immer mehr mit «schwierigen Kindern zu beschäftigen» habe.[308] Aufgrund des herrschenden Fachkräftemangels – entsprechende Rekrutierungsversuche in Zürich, St. Gallen, Basel und Bern blieben erfolglos – wurde zunächst auf die Anstellung eines Kinderpsychiaters verzichtet.[309] In Ergänzung zum Schulpsychologischen Dienst forderte die dafür eingesetzte Studienkommission ein davon unabhängig organisiertes, stationäres Angebot für Kinder und Jugendliche, die «einer längern Beobachtung bedürfen, damit die Ursache ihrer erzieherischen und schulischen Schwierigkeiten geklärt werden kann, und die eine psychotherapeutische und heilpädagogische Behandlung benötigen».[310] In dieser Absichtserklärung war bereits die Doppelaufgabe der geplanten Einrichtung angelegt. Das stationäre Angebot sollte letztlich Graubünden für eine Kinderpsychiaterin oder einen Kinderpsychiater attraktiver machen.[311] Da die Regierung sich nicht dazu in der Lage sah, ein entsprechendes Angebot aufzubauen, sollte eine private Trägerschaft diese Aufgabe übernehmen. Im Herbst 1969 wurde deshalb die Stiftung *Bündner Beobachtungs- und Therapieheim* gegründet. Gründungsorganisationen waren die *Gemeinnützige Gesellschaft Graubünden,* der *Kiwanis Club Chur,* die *Pro Juventute des Bezirks Chur* sowie das *Seraphische Liebeswerk Graubünden*.[312] Neben den Gründungsorganisationen nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Gemeinden und des Kantons Einsitz im Stiftungsrat, so beispielsweise der Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes, Alphons Willi. Mit dem Einbezug von Gemeinde- und Kantonsvertreterinnen und -vertretern sollten die eigenen Anliegen besser in Politik, Verwaltung und Gesellschaft diffundieren. Der öffentliche Auftritt war gerade im Hinblick auf die Generierung von Spendengeldern von zentraler Bedeutung. Weitere Mitglieder des Stiftungsrates hatten wichtige Verwaltungspositionen inne, so etwa der Sekretär des kantonalen Erziehungsdepartementes und erster Stiftungspräsident, Christian Schmid.[313] Ein-

308 Schröter (1981), S. 1.

309 Willi (1996), S. 11.

310 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Protokoll der Gründungssitzung, o. D.

311 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 3.

312 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Gesuch um Baubeiträge. Prüfungsverfahren für Grundlagen gemäss Phase 1, zuhanden des Erziehungs- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden und des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 30. Oktober 1975.

313 Ebd., Kopie Stiftungsurkunde vom 28. Oktober 1969, S. 2; Schreiben des kantonalen Fürsorgeamtes Graubünden (Leiter: A. Willi) zuhanden Dr. med. vet. Ernst Kuoni vom 16. September 1969; Willi (1996), S. 11. Der Jurist Schmid arbeitete ab 1970 für die Bündner Kantonalbank und beriet den Stiftungsrat auch nach seinem Rücktritt als Präsident in rechtlichen Fragen. Ungedruckter Jahres-

zelne Stiftungsratsmitglieder bekleideten Ämter in anderen Vorständen und Aufsichtskommissionen mit Berührungspunkten zur Stiftung, wie etwa im Schulpsychologischen Dienst. Damit entstanden mehrfach personelle Überschneidungen, die die Informations- und Kommunikationswege zu Politik und Verwaltung verkürzten, mitunter aber auch zu Unklarheiten bei Interessensvertretungen führten.

Auf die Gründung folgten zehn Jahre, in denen vergeblich versucht wurde, ein stationäres Angebot für Kinder und Jugendliche zu realisieren. Die Bemühungen offenbaren die Herausforderung der Abgrenzung des eigenen Angebots gegenüber anderen Diensten bei gleichzeitiger Konkurrenz mit weiteren Organisationen, die sich im Aufbau befanden. Dies führte einerseits zu Finanzierungsproblemen, andererseits zu Schwierigkeiten bei der Standortsuche.

Für erste Bedarfs- und Finanzierungsabklärungen sowie Konzeptionierungen orientierte sich die Stiftung an bestehenden ausserkantonalen Angeboten. Richtungsweisend waren dabei die Einrichtungen in der Ostschweiz, besonders in Ganterschwil, sowie die Expertise des ersten Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, Robert J. Corboz (1919–1987).[314] Später sollte er auch an der Rekrutierung des ersten Bündner Kinderpsychiaters, Thomas Hess, massgeblich beteiligt sein.[315]

Eine 1972 fertiggestellte Bedarfs- und Finanzierungsabklärung betonte das fehlende Angebot im Kanton, aufgrund dessen Kinder und Jugendliche in ausserkantonale Einrichtungen, in die Beobachtungsstation Brüschhalde in Männedorf (ZH), vor allem aber in die Beobachtungs- und Therapiestation Sonnenhof in Ganterschwil (SG) sowie die Beobachtungsstation Oberziel in St. Gallen verbracht wurden.[316] Die ausserkantonale Platzierung stiess dabei sowohl auf konfessionelle als auch auf sprachliche Barrieren. So wurden etwa in Oberziel nur katholische Kinder aufgenommen, die nicht romanischer Muttersprache waren. Für Kinder aus den Südtälern fehlte ein entsprechendes Angebot fast gänzlich. War eine ausserkantonale Platzierung nicht möglich, blieb einzig eine stationäre Behandlung in den psychiatrischen Kliniken Waldhaus oder Beverin, also eine gemeinsame Unterbringung mit Erwachsenen, übrig.[317] Wie seinerzeit Tramer, argumentierten auch die Initiantinnen und Initianten des Bündner Beobachtungs- und Therapieheims mit den unterschiedlichen alters- und entwicklungsbedingten Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen und opponierten deshalb vehement gegen die letztgenannte Option.[318]

Für die Berechnung des künftigen finanziellen Aufwandes war, analog zu den späteren Berechnungen des Bettenbedarfs in der Erwachsenenpsychiatrie, die zu erwartende Anzahl der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen wichtig. Aus den Kalkulationen ging hervor, dass zu diesem Zeitpunkt 15 schulpflichtige Bündner Kinder pro Jahr von unterschiedlichen Stellen in stationäre psychiatrische Unterbringung eingewiesen wurden. Ergänzt wurden die eigenen Zahlen durch Erfahrungswerte aus Ganterschwil, die den von der Stiftung propagierten Bedarf noch einmal unterstreichen sollten (vgl. Tabelle 21).[319]

Aufgrund der Vorarbeiten wurde ein Beobachtungs- und Therapieheim mit 20 Plätzen geplant, organisiert in einem Gruppensystem, um jährlich 40 bis 50 Kinder und Jugendliche psychiatrisch abklären und behandeln zu können. Neben der ärztlichen Leitung waren psychologisch geschultes Personal sowie Hauseltern vorgesehen. Durch die Erfahrungen aus der Erwachsenenpsychiatrie wurde auf die absehbaren Herausforderungen in der Rekrutierung fachlich und sprachlich qualifizierter Mitarbeitender hingewiesen.[320] Die Einrichtung sollte an zentraler und doch ruhiger Lage

bericht Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim 1973/74, S. 5.

314 Robert J. Corboz (1919–1987) war u. a. von 1976 bis 1984 erster Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich und seit 1969 Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich. Zürrer-Simmen (1994), S. 84; Kind (1992), S. 27–288.

315 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben Otto Largiadèr an Prof. R. Corboz vom 12. Juli 1977; Schreiben des Departementssekretärs vom 13. Oktober 1977.

316 Ebd., Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 1.

317 Ebd. Eine Feststellung, die Alphons Willi in einer ersten Bedürfnisabklärung bereits formuliert hatte. Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 2.

318 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 1.

319 Ebd., Bericht zuhanden des Stiftungsrates betreffend Bau- und Betriebsfinanzierung vom 28. Juni 1972, S. 1 und ebd., Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 9. Erstmals wurde auch auf die steigende Anzahl drogensüchtiger Jugendlicher hingewiesen. Ebd., S. 10.

320 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 2.

	1955 (in Prozent)	1969 (in Prozent)
«Verwahrlosung»	55	4
«Kinderpsychiatrische Fälle»	34	68
«Schwerst kinderpsychiatrische Fälle»	0	16
«Gemischt kinderpsychiatrische Fälle»	11	12
«Reine Erziehungsschäden»	55	4

Tabelle 21: Jahresbericht Ganterschwil zu Anzahl betreuter Kinder und Jugendlicher (1955 und 1969)
Anmerkung: Aufgrund der Möglichkeit von Doppeleinträgen pro Kind/Jugendlicher, übersteigt die Summe 100 Prozent.
Quelle: Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente, 1968–1985: Besprechungsvorbereitung für die Konferenz mit Regierungsrat Tob. Kuoni vom 30. Oktober 1973, S. 5.

erstellt werden.[321] Aufgrund der Erfahrungen von Ganterschwil kam der Bericht zum Schluss, dass ein Grossteil der Bau- und Betriebskosten über Beiträge der IV und der Krankenkassen bestritten werden könnten. Gleichwohl wurde bereits zu diesem Zeitpunkt von einem jährlichen Betriebsdefizit ausgegangen, das, anders als bei den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, aufgrund einer Gesetzeslücke nicht vom Kanton übernommen werden würde. Das heisst, ein substantieller Teil der Betriebskosten musste aus dem Stiftungsvermögen bezahlt oder durch Spenden oder Elternbeiträge abgedeckt werden. Das Stiftungsvermögen wuchs seit der Gründung von 18'000 Franken auf 50'000 Franken 1975 und lag 1980 bei 220'000 Franken.[322] Diese Entwicklung war vier Jahre nach der Gründung noch nicht absehbar, so dass 1973, aufgrund der Schwierigkeiten in der Umsetzung, vorübergehend alle Bemühungen eingestellt wurden.[323]

Die Herausforderungen bei der Umsetzung lagen neben der Finanzierung in einer unklaren Abgrenzung des eigenen Angebots innerhalb einer zunehmenden Ausdifferenzierung im Bereich der stationären Jugendfürsorge, etwa gegenüber den Erziehungsheimen.[324] Von Anfang an wurde deshalb, trotz akutem Facharztmangel, nach einer medizinischen Leitung gesucht.[325] Die angestrebte Doppelfunktion als Beobachtungs- und Therapieheim, auf deren Notwendigkeit gerade auch Heilpädagoginnen und Heilpädagogen immer wieder hinwiesen, sollten einen spezifisch kinder- und jugendpsychiatrischen Ansatz sichtbar machen:

> *«Beobachtung: Darunter verstehen wir systematisches Feststellen, Interpretieren und Klassifizieren von Verhaltensweisen unter Einsatz aller notwendigen medizinischen, psychologischen und heilpädagogischen Mitteln mit dem Ziel, das Kind in seiner Gesamtheit zu verstehen, um daraus die angemessenen erzieherischen, schulischen und therapeutischen Massnahmen abzuleiten.*
> *Therapie: Darunter verstehen wir die gezielte Durchführung von erzieherischen, schulischen, medizinischen und pädagogisch-therapeutischen Massnahmen, mit dem Ziel, das Kind zu heilen oder seinen Zustand zu bessern.»*[326]

Gleichzeitig bestand im Kanton keine Einrichtung für «Verhaltensschwierige» und damit keine Möglichkeit, Kinder und Jugendliche, die aus Sicht der zuweisenden Behörden keiner psychiatrischen oder psychologischen Behandlung oder Abklärung bedürften, in einer spezialisierten und örtlich nahgelegenen Einrichtung unterzubringen. Das hiess

321 Ebd., «Kinderpsychiatrisches Beobachtungs- und Therapieheim», Entwurf vom 11. November 1969.
322 Ebd., Gesuch um Baubeiträge. Prüfungsverfahren für Grundlagen gemäss Phase 1, zuhanden des Erziehungs- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden und des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 30. Oktober 1975; ebd., Protokolle Betriebskommission KJD 1980–1986, Sitzung vom 13. August 1980.
323 Ebd., Bericht zuhanden des Stiftungsrates betreffend Bau- und Betriebsfinanzierung vom 28. Juni 1972, S. 4–5; ebd. Besprechungsvorbereitung für die Konferenz mit Regierungsrat Tob. Kuoni vom 30. Oktober 1973; ebd., Aktennotiz, Besprechung mit Regierungsrat T. Kuoni vom 30. Oktober 1973.
324 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 1.
325 Ebd., Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 5–7.
326 Ebd., S. 7–8.

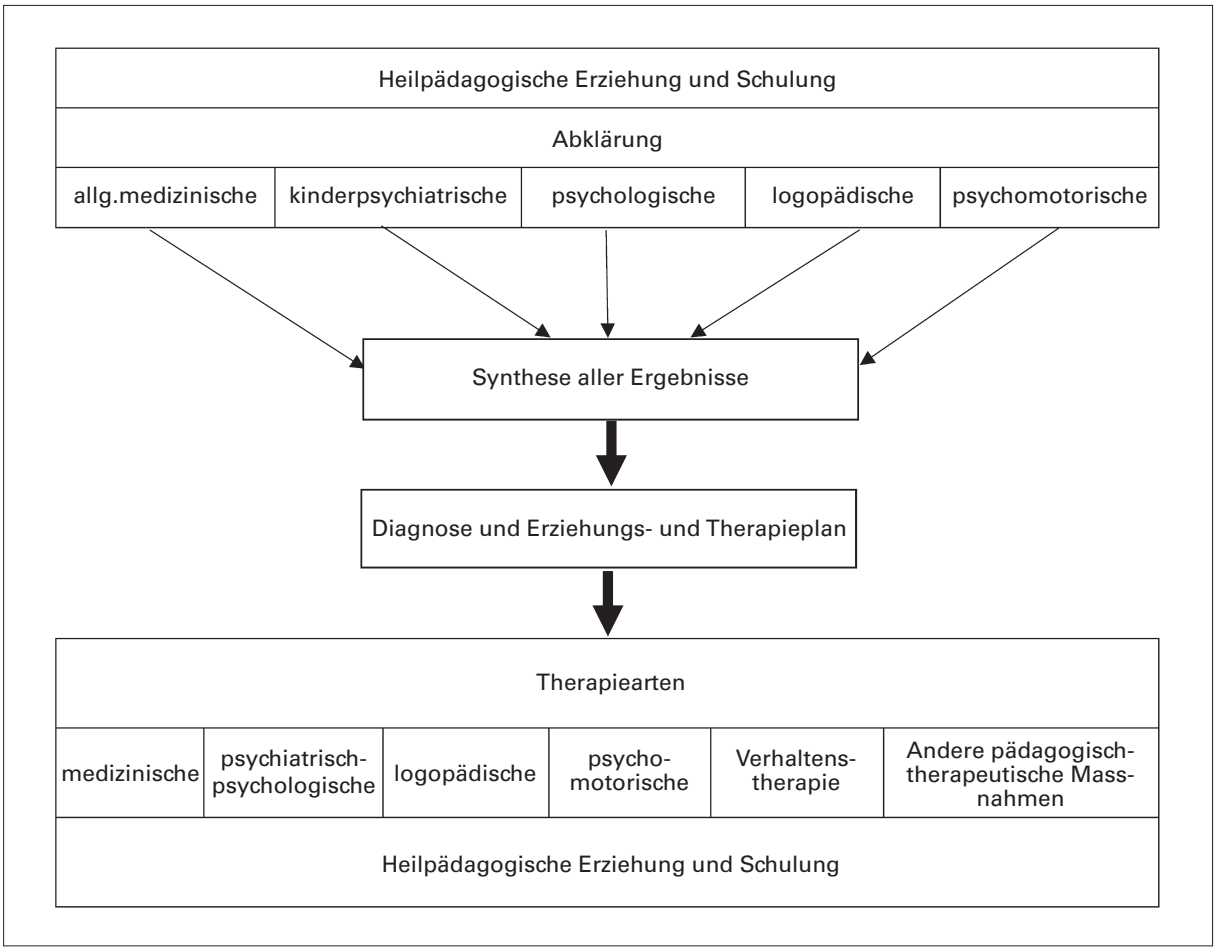


Diagramm 42: Konzept Beobachtungs- und Therapiestation: Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute (1973)

Quelle: Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente, 1968–1985: Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 10.

letztlich, dass trotz Betonung der medizinisch-therapeutischen Ausrichtung trotzdem über eine Mischform nachgedacht wurde.[327]

Unter Einbezug einer Vielzahl von Spezialistinnen und Spezialisten sowie des jeweiligen sozialen Umfelds strebte die Stiftung bereits 1972 eine möglichst «rasche und erfolgreiche Resozialisierung und Betreuung psychisch kranker [Kinder und Jugendlicher] aller Altersstufen» an.[328] Darin zeigen sich Parallelen zu Webers sozialpsychiatrischen Ansatz in der Erwachsenenpsychiatrie, der von Beginn an auch ein zentraler Anspruch der Stiftung war (vgl. Diagramm 42).

Seit 1970 standen unterschiedliche Standorte für das neue Beobachtungs- und Therapieheim zur Diskussion, die sich aus unterschiedlichen Gründen als ungeeignet erwiesen. Neben standortbedingten Ablehnungsgründen wie einer zu kleinen Parzelle in Malans oder der Nähe zu einem Schiessstand in Thusis waren auch Kooperationsversuche mit bestehenden Kinderheimen, etwa Giuvaulta in Rothenbrunnen, Gott hilft in Zizers oder Plankis in Chur, nicht von Erfolg gekrönt.[329] Zwar wurde ge-

327 Ebd., S. 6.

328 Ebd., Schreiben des kantonalen Fürsorgeamtes (A. Willi) an das Sanitätsdepartement (zust. Regierungsrat) vom 3. September 1973, S. 3; ebd., Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 8.

329 Ebd., Offerten für Standort des Beobachtungs- und Therapieheimes, o. D. (muss nach dem 3. Februar 1970 sein, da dann die Besichtigung in Thusis stattfand) und Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985, Schreiben Chr. Schmid an die Mitglieder des Stiftungsrates vom 3. Juli 1970; ebd., Protokoll der Betriebskom-

meinsam mit der Stiftung des Kinderheims Plankis eine Lösung gefunden. Die Umsetzung musste gemäss Vertrag jedoch innerhalb von drei Jahren erfolgen, was an der Finanzierung scheiterte.[330] Auch Möglichkeiten der ausserkantonalen Zusammenarbeit, etwa mit Liechtenstein oder St. Gallen, wurden wieder verworfen.[331] Nachdem Ernst Weber 1974 einen Antrag zuhanden der Verwaltung zur Beschäftigung einer Kinderpsychiaterin oder eines Kinderpsychiaters in Beverin gestellt hatte, zeigte sich die Stiftung über dieses unkoordinierte Vorgehen irritiert. In der Aussprache wurde auch über einen möglichen Standort auf dem Gelände der Klinik Beverin diskutiert. Von einer solchen Lösung wollte der Chefarzt indes nichts wissen. Wieso er diesen Antrag stellte, ist letztlich nicht überliefert.[332] Auch gegenüber anderen Organisationen musste sich die Stiftung behaupten und gewärtigte vermehrt Konkurrenzsituationen. Hier waren Standortfragen ausschlaggebend, wie beispielsweise bei Gründungsbestrebungen einer «Haushaltungsschule für geistesschwache Mädchen», einer «beruflichen Wiedereingliederungsstätte für Behinderte» oder eines «Schulheims für Sprachbehinderte».[333] Im Wissen um diese Entwicklung dachte der Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes kurzzeitig auch über die Schaffung eines «bündnerischen Heimzentrums» nach. Mit dieser Lösung und der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur wie Küche, Verwaltung, Schulanlagen, Schwimmbassin, Turnhalle oder Personalhaus hätten laut Willi auch Kosten eingespart werden können.[334] Mitte der 1970er Jahre tat sich erneut eine Option zur Kooperation auf, diesmal mit dem Sonderschulheim Masans.[335] Der Alleingang einzelner Regierungsvertreter in den verschiedenen Stiftungsräten verhinderte jedoch ein gemeinsames Projekt und die *Stiftung Schulheim für das cerebral gelähmte und körperbehinderte Kind* erhielt den Zuschlag.[336]

Rund eine Dekade intensiver Suche nach einem geeigneten Standort war damit verstrichen und die Realisierung eines Beobachtungs- und Therapieheims in Graubünden war noch immer nicht absehbar. Unterdessen hatte die Bündner Regierung erste Anstrengungen für eine kantonale Koordination im Gesundheitswesen unternommen. Aus dem 1976 fertiggestellten ersten Psychiatrie-Konzept ging der Aufbau kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsstrukturen als dringendes Desiderat hervor, allerdings in einer anderen Form, als es die Stiftung angestrebt hatte.

5.3.2 Ein neuer Stiftungszweck – Aufbau eines ambulanten Dienstes im Auftrag der Regierung

Das erste kantonale Psychiatrie-Konzept von 1976 empfahl den Ausbau der psychiatrischen Grundversorgung im ambulanten Bereich. Der regionale Ausbau des Angebots sollte möglichst durch freipraktizierende Fachärztinnen und Fachärzten und nichtstaatliche Trägerschaften erfolgen. Anders als in der Erwachsenenpsychiatrie waren am Aufbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots keine bereits bestehenden Verwaltungseinheiten beteiligt, die Aufgabe wurde von der *Stiftung*

mission, Sitzung vom 19. August 1974 und 24. Februar 1975.

330 Ebd., Entwurf Baurechtsvertrage zwischen der Stiftung Kinderheim Plankis und der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 25. September 1970; ebd., «Studie über das Heimzentrum in Plankis zuhanden des Stiftungsrates, der Behörden des Kantons, des Bundes und weiterer interessierter Kreise» vom 11. September 1970, S. 11.

331 Ebd., Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 19. August 1974.

332 Ebd., 21. und 28. März 1974.

333 Ebd., Wichtige Dokumente 1968–1985: «Studie über das Heimzentrum in Plankis zuhanden des Stiftungsrates, der Behörden des Kantons, des Bundes und weiterer interessierter Kreise» vom 11. September 1970, S. 1.

334 Ebd., «Studie über das Heimzentrum in Plankis zuhanden des Stiftungsrates, der Behörden des Kantons, des Bundes und weiterer interessierter Kreise» vom 11. September 1970, S. 2.

335 Ebd., Bereinigte Projektanmeldung für ein Bündner Beobachtungs- und Therapieheim in Chur vom 17. November 1976. Der *Verein Bündnerische Arbeitsgemeinschaft für das cerebral gelähmte Kind* wurde 1960 gegründet: http://www.bskjt.ch/geschichte, Zugriff: 19.11.2019. Daneben entstanden weitere Einrichtungen zur Sonderschulung im Kanton, wie das Schulheim Chur, das Zentrum für Sonderpädagogik Giuvaulta (ehemaliges Kinderheim Giuvaulta) in Rothenbrunnen und die Casa Depuoz (ehemals Casa d'affons Depuoz) in Trun. Castelmur et al. (2011), S. 7–9.

336 Ebd., Schreiben des Sanitätsdepartements an die Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 2. Juni 1977; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an Regierungsrat Otto Largiadèr vom 21. April 1977; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an den Präsidenten des Stiftungsrates Erziehungsheim Masans vom 28. Februar 1977; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an den Präsidenten des Stiftungsrates Sonderschulheime Masans vom 19. April 1977.

Bündner Beobachtungs- und Therapiestation übernommen. Dafür musste intern ein Umdenken in der Priorisierung des Angebots und letztlich eine Änderung des Stiftungszwecks vorausgehen. Dass dies geschah, hing auch mit dem ersten Schulpsychiater, Thomas Hess, zusammen, der später diesen Aufbau übernehmen sollte.

Die Freude, dass ein Kandidat für die seit den 1960er Jahren vakante Stelle des Schulpsychiaters gefunden worden war, war 1977 allgemein gross. Der Vorschlag kam vom Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich, Jules Corboz. Er war bereits früher beratend für den Kanton Graubünden tätig gewesen, zuletzt bei der Erarbeitung des ersten Psychiatrie-Konzeptes von 1976. Corboz schlug seinen Assistenzarzt, Thomas Hess, vor, der jedoch erst 1979 sein Amt würde antreten können. Die beiden Chefärzte der psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin wurden in die Berufung eingebunden. Weber befürwortete den Vorschlag mit Blick auf die familiäre Herkunft von Hess – sein Grossvater war ein Nobelpreisträger – und brachte dies in hereditärem Duktus zum Ausdruck: «Ich habe auch den Grossvater von Kollege Hess gekannt sowie den Vater, und ich glaube, dass von der ‹genetischen› Seite her ein vorzüglicher Arzt nach Graubünden kommen würde.»[337] Um eine finanzielle Absicherung zu gewährleisten – die erste Anstellung betrug lediglich 20 Prozent – schlug Weber vor, das Gehalt des neuen Schulpsychiaters im ersten Jahr über das Budget der Klinik Waldhaus laufen zu lassen. Darin widerspiegelt sich erneut der Fachärztemangel im Kanton.

Das Interesse an den Ideen des designierten Chefarztes war gross und fachübergreifend, entsprechend breit war das Einstellungskomitee 1977 zusammengestellt. Zu einem ersten Gespräch wurden der zuständige Regierungsrat, der Präsident des Schulpsychologischen Dienstes, die beiden Chefärzte der psychiatrischen Kliniken, die Chefärzte der Spitäler in Chur, der Departementssekretär, der Beauftragte für das Volksschulwesen, der Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes sowie der kantonale Schulpsychologe eingeladen.[338] Hess' Vorschlag zum Aufbau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots wurde zugestimmt:

> *«Eine stationäre Abklärung und Therapie hat nur einen Sinn, falls die dort untergebrachten Kinder nach Entlassung in adäquater Wese ambulant nachbehandelt werden können. Diese Aufgabe kann, zumindest nach einer gewissen Anfangsphase, aufwendiger werden für ärztliches und psychologisches Personal als die Versorgung der Station selber. Ausserdem bestehen unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Grösse einer solchen Station. Dies könnte während der ambulanten Arbeit abgeklärt werden. Die Eröffnung einer Beobachtungsstation vor der Sicherstellung der ambulanten Nachsorge scheint mir deshalb unzweckmässig.»*[339]

Einige Jahre später gab Hess 1982 zudem zu bedenken, dass im Zusammenhang mit der immer wieder aufkommenden Kritik an Heimeinweisungen, die auch Beobachtungsstationen betraf, ambulante und regionale Strukturen eine höhere Akzeptanz aufweisen würden.[340] Die Einrichtung eines stationären Angebots trat zugunsten eines ambulanten und regional ausgebauten Angebots in den Hintergrund.[341] Im Frühjahr 1979 begann Hess als Schulpsychiater zu arbeiten, während er sukzessive den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst aufbaute.[342]

Im Psychiatrie-Konzept von 1976 wurde festgehalten, dass staatliche Einrichtungen erst dann den Auf- und Ausbau der psychiatrischen Grundversorgung übernehmen sollten, wenn kein entsprechendes Angebot durch freipraktizierende Fachpersonen oder private Trägerschaften bestand. Die Anfrage der Kantonsregierung an die *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim* als Trägerin für diesen Ausbau zu amten, folgte dieser Logik und leistete gleichzeitig den Vorschlägen von Hess Folge. Damit stand letztlich

337 Ebd., Schreiben Ernst Webers an den Regierungsrat Largiadèr vom 20. Juni 1977.

338 Ebd., Schreiben Otto Largiadèr an Prof. R. Corboz vom 12. Juli 1977. (Kopie z. H. Fontana und Willi, aber nicht Stiftung, dennoch im Archiv der Stiftung) und Schreiben des Departementssekretärs vom 13. Oktober 1977.

339 Ebd., Thomas Hess: Stellungnahme zur Frage der kinderpsychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden, 1. November 1977 und Aktennotiz Erziehungsdepartement, Behindertenwesen vom 24. April 1979, S. 1. Bei der Erstellung des Konzeptes erhielt Hess Unterstützung von Corboz. Willi (1996), S. 12.

340 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1969–1985, Entwurf für ein Gesamtkonzept für Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung das Kantons Graubünden (Januar 1982), S. 2–3.

341 Willi (1996), S. 12.

342 Ebd. und Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben des Sanitätsdepartementes an den Präsidenten der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 15. Juni 1977.

die Anfrage im Raum, die Schaffung eines Beobachtungs- und Therapieheims – für dessen Erreichung in den vergangenen Jahren massive Anstrengungen unternommen worden waren – zugunsten des Aufbaus eines ambulanten Angebots zurückzustellen und gleichzeitig den Stiftungszweck dahingehend zu erweitern. Das Begehren sorgte innerhalb des Stiftungsrates für intensive Diskussionen, die sich weniger um die damit verbundene Neuorientierung drehten, als um eine erneute unsichere Finanzierungssituation, denn die Stiftung sollte einen beachtlichen Teil des finanziellen Risikos selbst tragen.[343] Als zweckdienlich erwies sich das neue kantonale *Gesetz über die Förderung der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung*, das 1979 vom Volk angenommen worden war. Dieses machte eine «gesicherte Finanzierung der Sonderschulung und [die] berufliche Eingliederung Behinderter» möglich. Eine Teilfinanzierung auf dieser Grundlage entschärfte das Problem einer fehlenden Restdefizitdeckung durch den Kanton. Auch wenn dies ein mögliches stationäres und nicht das ambulante Angebot betraf, so half diese gesetzliche Entwicklung den Stiftungsratsmitgliedern, sich im Sinne der Anfrage des Kantons zu entscheiden.[344] Trotz teilweise grosser Bedenken beantwortete der Stiftungsrat die Anfrage der Regierung positiv, der Stiftungszweck wurde entsprechend erweitert und der Aufbau eines ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes konnte eingeleitet werden.[345]

Der junge Chefarzt rechnete mit einer Aufbauphase von fünf bis zehn Jahren.[346] Die neu konstituierte Betriebskommission sollte den Chefarzt bei dieser Aufgabe unterstützen. Gleichzeitig wechselte das Stiftungspräsidium. 1979 übergab Ernst Kuoni sein Amt an Pfarrer Werner Fromm.[347] Im August 1980 wurden erste kinder- und jugendpsychiatrische Dienstleistungen «in der Casanna» in Chur angeboten. Gestartet wurde mit einer Sekretärin, einer Psychologin und dem Chefarzt. Wenige Wochen später kamen ein Assistenzarzt sowie eine Sozialarbeiterin und Familientherapeutin hinzu.[348] Neben Sprechstunden auf Anmeldung bestand zusätzlich einmal pro Woche das Angebot einer offenen Jugendsprechstunde.[349] Hess brachte bereits bei seinem Anstellungsgespräch den Wunsch an, das ambulante Angebot möglichst rasch regional auszudehnen. Neben dem Ambulatorium in Chur wurde 1983, auch mit Hilfe lokaler Initianten, eine erste Regionalstelle in Davos eröffnet.[350] Es folgten 1987 die Regionalstelle in Ilanz, ab 1989 Sprechstunden in Susch und 1999 die Errichtung einer Regionalstelle Mittelbünden in Thusis.[351] Im selben Jahr wurde auch die Re-

343 Ebd., Thomas Hess: Stellungnahme zur Frage der kinderpsychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden, 1. November 1977, S. 1; ebd., Schreiben des Erziehungsdepartementes an die Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 10. Mai 1979; ebd., Protokolle der Betriebskommission, Sitzungen vom 30. November 1979; 16. März 1978, 12. Oktober 1979 und vom 13. November 1979.

344 Für ambulante Dienstleistungen wurde das Defizit aufgeteilt zu je einem Drittel auf die Gemeinden, den Kanton und Elternbeiträge. Der Kanton erklärte sich nicht dazu bereit, die Einnahmen, die durch Elternbeiträge (20 Franken pro Konsultation) gedeckt werden sollten, zu übernehmen. Die für Eltern entstehende Kosten stellten laut KJPD eine zusätzliche Hemmschwelle dar, um das Angebot zu nutzen, aber auch ein Ungleichgewicht zu anderen Diensten. Ebd., Aktennotiz Erziehungsdepartement, Behindertenwesen vom 5. Mai; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an Regierungsrat Otto Largiadèr vom 26. April 1978, S. 3; Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 29. Oktober 1980; Willi (1996), S. 12.

345 Statuten der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim, Artikel 2, in: Protokoll des Stiftungsrates, Sitzungen vom 13. November 1979, 20. September 1979, 17. September 1980; ebd., Wichtige Dokumente 1968–1985: Antrag an den Stiftungsrat betr. Trägerschaft für das kinderpsychiatrische Ambulatorium vom 23. November 1979 und ebd., Aktennotiz. Trägerschaft für einen kinderpsychiatrischen Dienst (Ambulatorium) vom 25. Mai 1979.

346 Schröter (1981), S. 7; Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1969–1985: Entwurf für ein Gesamtkonzept für Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung das Kantons Graubünden (Januar 1982). Das im Auftrag der Regierung erstellte Konzept nannte Tageskliniken als Ziel im regionalen Angebotsausbau. Damit wurde diese Form der teilstationären Betreuung einige Jahre früher thematisiert als es in der Erwachsenenpsychiatrie der Fall war.

347 Ebd., KJD ab 1985, Antrag an den Stiftungsrat betreffend Trägerschaft für das kinderpsychiatrische Ambulatorium (Betriebskommission) vom 23. November 1979, insbesondere S. 5; Willi (1996), S. 12.

348 Ebd., Wichtige Dokumente 1968–1985: Resultat der Umfrage zur Abklärung des Bedürfnisses von Kinderpsychiatrie im Kanton Graubünden vom 11. Februar 1980.

349 Ebd., Informationsblatt zur Anmeldung, undatiert. Eine Auswertung des Zusammenspiels einzelner Dienste in der konkreten Betreuung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Angehörigen kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden und bleibt ein Forschungsdesiderat.

350 Ebd., Protokolle der Betriebskommission, Sitzungen vom 25. November 1981, 29. September 1982 und 17. November 1982; Jahresbericht KJPD-GR 1981, S. 1; Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 25.00–25.55 und 26.45–27.30.

351 Kontakt KJP: https://kjp-gr.ch/kontaktanmeldung/kontakt/, Zugriff: 17.01.2020.

gionalstelle Roveredo eingerichtet und ein Jahr später die Regionalstelle Engadin nach Samedan verlegt.[352] Damit wurde die seit Beginn der 1980er Jahre angestrebte regionale Präsenz erreicht. Seit der Eröffnung der Regionalstellen im Engadin und in den Südtälern finden sich in den Jahresberichten Beiträge in italienischer und romanischer Sprache.[353]

Der Aufbau einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung fiel im Kanton Graubünden mit entsprechenden Entwicklungen in der Erwachsenenpsychiatrie zusammen. Gleichzeitig sind Parallelen zu anderen Angeboten im Kinder- und Jugendbereich feststellbar. Laut dem ehemaligen Leiter des kantonalen Sozialamtes, Andrea Ferroni, manifestierte sich darin ein Problembewusstsein, das sich in der Diversifizierung von Berufen und damit auch entsprechender Strukturen widerspiegelt, wie etwa dem Aufbau des heilpädagogischen Dienstes, einer Jugend- und Drogenberatungsstelle, einer Familien- und Sexualberatung oder einem Frauenhaus. Die politischen Kräfte im Kanton zeigten dabei laut Ferroni immer wieder den Willen, neue gesetzliche Grundlagen dafür zu schaffen.

> *«In meiner Wahrnehmung entstand ein Problembewusstsein durch Studieninhalte, danach Professionen, und daraus hat der Kanton Graubünden relativ dynamisch neue Strukturen aufgebaut. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst war für uns immer ein wichtiger Partner bei allen Themen rund um Kindesmisshandlungen und -missbrauch oder Gewalt in der Familie, genauso wichtig wie die Erwachsenenpsychiatrie.»*[354]

Diese Zusammenarbeit wurde teilweise institutionalisiert. Seit 1982 boten Angestellte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) offene Sprechstunden in den Räumen des Jugendhauses an.[355] Gleichzeitig konnte die geleistete Arbeit in verschiedenen Gremien der Jugendfürsorge – und damit für wichtige Orte des fachlichen Austausches – bei den Kostenträgern nicht verrechnet werden. Ebenfalls nicht verrechnet werden konnten telefonische Beratungen von Drittpersonen, das heisst von Verwaltungen und anderen Institutionen und Einrichtungen, die sich an den KJPD für fachlichen Rat wandten. Diese Lücke in der Finanzierung und der Umgang damit sollte in den kommenden Jahren immer wieder zu internen Auseinandersetzungen führen, da sie einen nicht unbedeutenden Teil der Arbeitszeit ausmachten.

5.3.3 Finanzierungsprobleme in der Aufbauphase

Der Aufbau des neuen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes und die damit verbundenen organisatorischen Herausforderungen stellten die Stiftung im Laufe der 1980er Jahre häufig vor Probleme. Ausgangspunkt der Krisen waren finanzielle Engpässe. Seit Beginn des Aufbaus des ambulanten Dienstes verzeichnete die Stiftung jedes Jahr Defizite. Gleichzeitig traten im Lauf der Jahre unterschiedliche Vorstellungen in der personellen und organisatorischen Führung zu Tage. 1983 wurde von Seiten einzelner Stiftungsratsmitglieder inoffiziell gar die Entlassung des Chefarztes verlangt. 1986 demissionierte der Stiftungsratspräsident aufgrund von «Ermüdungserscheinungen».[356] Eine vorübergehende Entspannung brachten gesetzliche Anpassungen im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes und ein Wechsel in der operativen Leitung um 1990.

Zu einer ersten Eskalation kam es 1983, als starke Schwankungen in der Auslastung des neugeschaffenen Dienstes die Jahresrechnung zusätzlich belasteten. Der Chefarzt versuchte, die Situation zu entschärfen, indem er darauf verwies, dass auch in anderen Kantonen ein kostendeckender Betrieb nicht möglich sei, dort aber die Kantone für entstandene Restdefizite aufkämen.[357] Weiter führte er im schriftlichen Austausch gegenüber dem Stiftungsrat aus, dass die skeptische

---

352 Verwaltungsarchiv KJP Jubiläen 2005: Arnold Bachmann, Stiftungspräsident, Referat zum 15-Jahr-Jubiläum KJPD, 15. September 2005.

353 Jahresbericht KJPD-GR 1999, S. 6–9, 2000, S. 9–11.

354 Interview mit Andrea Ferroni, 1.52.55–1.55.35, Zitat: 1.53.55–1.54.12.

355 Protokolle der Betriebskommission, Sitzungen vom 17. November und 14. Dezember 1982.

356 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben T. Hess an die Mitglieder der Betriebskommission der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 7. Mai 1984; Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 27. Februar 1990; Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 17; Willi (1996), S. 12.

357 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1969–1985: Aufgabenbereiche und Betriebsformen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in der deutschen Schweiz (o. J., evtl. 1982), S. 5.

Haltung vieler freipraktizierender Allgemeinmediziner dem Ausbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots nicht förderlich wäre.[358] In der Retrospektive bewertete Hess seinen «puristisch zelebrierte[n]» systemischen Ansatz, den er als mitverantwortlich für diese Zurückhaltung erachtete, durchaus kritisch.[359] Der spätere Stiftungsratspräsident, Alphons Willi, mit dem Hess in den kommenden Jahren intensive, auch fachliche, Auseinandersetzungen haben sollte, spannte in der Jubiläumsschrift von 1996 einen gesamtgesellschaftlichen Konfliktbogen und unterstützte damit den ersten Chefarzt in seiner Einschätzung. Willi sah in den gesellschaftlichen Herausforderungen der 1980er Jahre, konkret in einer «sozialen Unrast» und einem immer klarer zu Tage tretenden «Generationenkonflikt», weitere Gründe für den Widerstand von Seiten der Ärzte und der Politik in der Anfangsphase.[360]

Innerhalb der Stiftung gab es kritische Stimmen, die den Chefarzt für das Defizit verantwortlich machten. Eine Haltung, die auch der Ärzteverband vertrat.[361] Ein zentraler Diskussionspunkt stellte die Verrechnung beziehungsweise die Verrechenbarkeit der erbrachten Leistungen dar. Therapeutische Dienstleistungen konnten zu diesem Zeitpunkt an die Versicherer weitergegeben werden. Beratungen von Drittpersonen – dazu gehörten auch kantonale Verwaltungen und angegliederte Dienste –, aber auch die Öffentlichkeitsarbeit und Mitarbeit in Organisationen der Jugendhilfe, konnten hingegen nicht verrechnet werden (vgl. Tabelle 22).[362] Die Verrechnungsquote lag in den ersten drei Betriebsjahren mit unter 40 Prozent sehr tief:

	Ärzte	Psychologen
1981	40 %	35.7 %
1982	31.8 %	30.3 %
1983	25.9 %	30.5 %

Tabelle 22: Verrechenbare Stunden (1981–1983)
Anmerkung: Die aufgelisteten Prozentsätze ergeben nicht 100 %.
Quelle: Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente, 1969–1985: Bezahlte Stunden/Arbeitsstunden/verrechenbare Stunden.

Hess verteidigte die schlechte Verrechnungsquote zusätzlich mit Blick auf freischaffende Fachärztinnen und Fachärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Im Gegensatz zu ihnen könne der KJPD keine Patientinnen und Patienten abweisen und sei deshalb nicht selten mit komplexen Situationen konfrontiert, die einen entsprechenden Aufwand bedeuten würden und laut Hess nicht immer korrekt verrechnet werden könnten.[363] Für den Chefarzt stand die Bereitstellung eines professionellen Angebots im Vordergrund, während der Stiftungsrat zusätzlich das Fortbestehen der Stiftung mit einer gesunden Finanzierung sicherzustellen hatte.[364] Erschwerend kam hinzu, dass der Beitrag, der den Eltern für jede Konsultation in Rechnung gestellt wurde, oft nicht bezahlt werden konnte, weil die Eltern der betroffenen Kinder in finanziellen Engpässen steckten. Die dadurch ausfallenden Mittel mussten daher ebenfalls durch das Stiftungsvermögen abgedeckt werden.[365]

Gleichzeitig bekundeten einige Mitglieder des Stiftungsrates Mühe mit dem wenig hierarchisch geprägten Führungsstil des Chefarztes, was sich unter anderem in Kritik an seinem «legeren» Kleidungsstil und einer (zu) starken Mitsprache der Mitarbeitenden zeigte.[366] Gemäss Willi handelte es sich dabei um einen Generationenkonflikt innerhalb der Stiftung.

Als Folge der finanziellen Schieflage wurde die vakant gewordene Stelle eines Psychologen nicht

358 Ebd., Schreiben eines Mitgliedes der Betriebskommission an den Präsidenten vom 20. März 1984 und 5. April 1984 (in Kopie an Hess); ebd., Schreiben T. Hess an den Präsidenten vom 6. April 1984.

359 Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 5; Willi (1996), S. 12. Später würdigte der Stiftungsrat Hess' Ansatz und verwies darauf, dass auch sein Nachfolger, Mario Wolf, «das systemorientiere Therapieren» fortsetzte. Protokolle des Stiftungsrates 1969–1995, Notizen des Präsidenten zur Sitzung vom 28. Mai 1991.

360 Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Beurteilung KJB durch Mitglied der Betriebskommission vom 24. September 1985; Willi (1996), S. 12.

361 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 17. Mai 1983.

362 Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 7. Juli 1983; Willi (1996), S. 12.

363 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1969–1985: Aufgabenbereiche und Betriebsformen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in der deutschen Schweiz (o. J., evtl. 1982), S. 4.

364 Willi (1996), S. 12; Jahresberichte KJPD-GR 1985–1989.

365 Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 22. April 1982. Zwischen 1980 und 1990 belief sich dieses auf 1.2 Millionen Franken. WQ (1996), S. 12.

366 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben T. Hess an die Mitglieder der Betriebskommission der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 7. Mai 1984; Willi (1996), S. 13.

neu besetzt und die Regionalstelle Davos wurde vorübergehend geschlossen. Der Chefarzt missbilligte diese Massnahme und dachte 1984 ein erstes Mal laut über eine Demission nach.[367] Im selben Jahr standen weiterreichende Kürzungen und gar die vollständige Schliessung des Dienstes zur Debatte. Sinnbildlich für die herrschende Unsicherheit über die Zukunft der Stiftung steht das Titelbild des Jahresberichtes von 1985, auf dem das «Schreckgespenst der Redimensionierung oder gar Schliessung des Dienstes» in Schwarz-Weiss abgebildet wurde.[368]

Zu diesem Zeitpunkt war auf kantonaler Ebene das neue Psychiatrie-Konzept bereits fertiggestellt worden. Die Hoffnung, dass damit eine Eingliederung des KJPD in «die übrige medizinische Versorgung des Kantons Graubünden» vorgenommen werden würde, erfüllte sich vorerst nicht.[369] Die Finanzierungssituation blieb damit weiterhin unsicher, eine nachhaltige Lösung war nicht in Sicht. Gleichzeitig nahmen die Behandlungszahlen zu, was auch mehr Arbeit für die Betriebskommission und den gesamten Stiftungsrat, der ehrenamtlich arbeitete, bedeutete.[370] Schliesslich demissionierte der Präsident, Werner Fromm, ohne eine Nachfolgeregelung abzuwarten. Interimistisch leitete Judith Durisch-Vieli die Stiftung.[371] Auch die Betriebskommission löste sich auf, wurde aber bald darauf durch den Stiftungsratsausschuss ersetzt. Nur mit neuen kantonalen gesetzlichen Grundlagen könne der Erhalt und Ausbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots in Zukunft angegangen werden, schrieb die Stiftungspräsidentin im Jahresbericht von 1986; ein wegweisender Hinweis für den neuen politischen Kurs der Stiftung.[372] Kurzfristig musste aber nach anderen Lösungen gesucht werden. So wurde die Spendensuche intensiviert und es konnten in der Folge einige grössere Einnahmen verzeichnet werden, wie etwa ein Beitrag über 100'000 Franken vom evangelischen Kirchenrat.[373] Eine systematischere Zeiterfassung, auch unter Zuhilfenahme der aufkommenden Computer, eine Neuregelung der Elternbeiträge und Verhandlungen mit den Krankenkassen sollten zudem die finanzielle Misere mittelfristig beenden.[374] Gleichzeitig wurde über eine Erweiterung des Angebots nachgedacht und von Seiten der Mitarbeitenden die Idee einer Eltern- und Erziehungsberatung geäussert. Damit sollten die immer wieder thematisierten Berührungsängste mit der Psychiatrie verringert werden. Aber auch eine bessere Auslastung war die Hoffnung hinter diesem Vorschlag, ebenso die Möglichkeit sich gegen geplante Konkurrenzdienste, etwa die katholische Eheberatung oder die Jugend- und Drogenberatungsstelle, behaupten zu können.[375]

1987 übernahm der damalige Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes und späteren Sozialamtes, Alphons Willi, das Präsidium der Stiftung.[376] Er war bereits in den 1970er Jahren Mitglied des Stiftungsrates gewesen und hatte 1972 in einer Doppelfunktion an der Erarbeitung eines Finanzierungs- und Betriebskonzeptes mitgearbeitet. Willi verfügte über jahrzehntelange Erfahrung in der Verwaltungsarbeit und im Sozialwesen und hatte klare Vorstellungen darüber, wie die Krise zu bewältigen

367 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben T. Hess an den Präsidenten vom 6. April 1984; ebd., Schreiben eines Stiftungsratsmitglieds an T. Hess vom 23. September 1984; Jahresbericht KJPD-GR 1985, o. S.

368 Ebd., Titelseite. Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Beschlüsse der Betriebskommission bezüglich Massnahmenkatalog vom 29. November 1984, S. 6–8.

369 Ebd., Schreiben T. Hess an die Mitglieder der Betriebskommission der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 7. Mai 1984.

370 Dies sollte auch in den Folgejahren immer wieder zu Diskussionen Anlass geben. Vgl. beispielsweise Protokoll des Stiftungsrates vom 28. Mai 1990.

371 Willi (1996), S. 13; Verwaltungsarchiv KJP KJD ab 1985: Schreiben eines Stiftungsratsmitgliedes an den Präsidenten vom 14. Mai 1985.

372 Jahresbericht KJPD-GR 1986. Durisch-Vieli wurde später Churer Gemeinderätin und war von 1994 bis 1997 Grossrätin für die CVP.

373 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an den Evangelischen Kirchenrat vom 26. März 1986. Jahresbericht KJPD-GR 1985, o. S.

374 Ebd., 11. September 1985 Verwaltungsarchiv; ebd., Vereinbarung über die Vergütung der Krankenkassen vom 3. September 1985. Darin wurde u. a. festgeschrieben, ab welchem Aufwand Kostengutsprachen durch die Ärzte und Psychologen einzuholen waren. Die KJP verhandelte ihre Tarife selbst.

375 Protokolle des Stiftungsratsausschusses (April 1993–), Arbeitsgruppe Erziehungsberatung, Arbeitspapier vom 16. Juni 1995 (Wolf); ebd., Beilage Erziehungsberatung 8. September 1995. Vgl. auch: Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Eltern- und Erziehungsberatung, Konzept vom 7. August 1983. Eine Zusammenarbeit mit der Drogenberatungsstelle wurde 1986 vereinbart (1.5 Tage oder 50 Prozent). Im selben Jahr übernahm der Dienst die psychologische Beratung im Kinderheim der Stadt Zürich in Flims. Jahresbericht KJPD-GR 1986, S. 2. Blick zurück und Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 16. Juni 1986.

376 Verwaltungsarchiv KPJ: KJD (ohne Jahr): Schreiben Alphons Willi an Durisch vom 4. Juli 1986.

sei. Durch seine Wahl verschärften sich die Differenzen mit dem Chefarzt. Nun wurde auch das Personal in den Konflikt involviert und forderte 1989 eine Aussprache mit dem Stiftungsrat, vor allem zur Kompetenzabgrenzung zwischen den einzelnen Gremien und zum herrschenden Kommunikationsstil. Es verlangte, zusammen mit seinen Vorgesetzten, mehr Mitsprache und Transparenz bei Entscheidungen, die das Tagesgeschäft tangierten.[377] Willi und Hess hatten, was die Mitsprache von Mitarbeitenden anging, unterschiedliche Vorstellungen. Noch vor einer angesetzten Aussprache mit dem Stiftungsrat kündigte Hess 1989 und nahm ein Forschungsangebot in Zürich an. Die zeitliche Nähe zum Konflikt mit Willi erweckte den Anschein, dass die Auseinandersetzung Auslöser für die Kündigung des Chefarztes gewesen war, was Hess gegenüber dem Stiftungsrat dementierte und berufliche sowie persönliche Überlegungen für den Entscheid anführte.[378] Im Jahr seines Rücktritts nutzte er den Jahresbericht der Stiftung, um in einem Beitrag die Zeit des Aufbaus kritisch zu bewerten. Seine Ausführungen zeigen individuelle Differenzen, aber auch eine sich manifestierende Veränderung in der professionellen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Sozial- und Gesundheitswesen, die nicht ohne Reibungen vonstattenging. So warb Hess beispielsweise noch einmal für mehr Eigenverantwortung seiner Mitarbeitenden oder den verstärkten Einbezug von Kindern und Eltern in therapeutische Abläufe.[379] Hess betonte, dass sein Anspruch an eine professionelle kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit nach einer vermehrten Mitsprache und gegenseitigem Respekt aller Beteiligten verlangen würde. Seine Zuspitzung auf die Anwendung von Gewalt in der Erziehung verdeutlicht dies ein weiteres Mal. Er verwies in seinem Bericht auf Vertreterinnen und Vertreter aus Politik und Ärzteschaft, die bei seinem Stellenantritt «der Ansicht waren, die Bündner Bevölkerung sei derart gesund, dass sie keinen Psychiater brauche oder aber, dass eins aufs Füdli ebenso oder besser wirke als der Psychiater».[380]

Mit seinem Nachfolger, Mario Wolf, kam 1990 ein Facharzt nach Graubünden, der zuvor in St. Gallen und Winterthur in bestehenden Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet hatte und dem systemischen Ansatz seines Vorgängers treu blieb.[381] Mit seinem Amtsantritt waren die Finanzierungsprobleme nicht vom Tisch, die KJPD war aber als Trägerschaft für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton bereits bestimmt worden. Wie Durisch-Vieli arbeitete auch Willi an der Anpassung der gesetzlichen Grundlagen. 1989 stellte die Stiftung den Antrag an das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement, die Subventionierung des ambulanten Dienstes, analog zu den psychiatrischen Kliniken und dem Sozialpsychiatrischen Dienst, in das Krankenpflegegesetz mitaufzunehmen. Diesem Anliegen wurde entsprochen, was laut Willi wesentlich zur Gesundung der Stiftungsfinanzen beigetragen habe.[382] Mit dieser Lösung blieb eine Restdefizitfinanzierung von zehn Prozent. Für andere Bereiche des Gesundheitswesens wurden zur Deckung dieser Lücke Gemeindeverbände gegründet, um allfällige fehlende Beiträge zu kompensieren. Für die Stiftung gab es keine entsprechende Einrichtung, so dass die Gemeinden einen freiwilligen Beitrag leisten konnten, was aber nicht alle taten.[383] Es ist deshalb im Sinne der Sichtbarmachung dieser Problematik zu deuten, wenn fortan in den Jahresberichten sämtliche Gemeinden und ihre Beiträge aufgelistet wurden.[384]

Trotz dieser Entwicklungen musste die Stiftung 1991 fast Konkurs anmelden. Dies aufgrund eines «enormen Wachstums» bei den Behandlungen und einer gleichzeitigen finanziellen «Durststrecke» bis zur neuen Subventionierung gemäss Krankenpflegegesetz.[385] Konkret verzögerten sich die Auszahlungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) an das 1990 eröffnete Therapie-

377 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 28. Mai 1990; ebd., Protokolle Mitarbeitertagungen, Sitzungen vom 16. Januar 1990; ebd., Schreiben des Chefarztes an die Mitglieder des Stiftungsratsausschusses vom 29. November 1989.

378 Ebd., Sitzung vom 27. Februar 1990; Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 17.

379 Ebd., S. 5.

380 Ebd., S. 8. Bereits im Jahresbericht von 1987 wies Hess darauf hin, dass der Wechsel der beiden zuständigen Regierungsräte aus seiner Sicht dazu geführt habe, dass die Stiftung und mit ihr das Angebot nicht mehr nur «geduldet» seien, sondern von politischer Seite unterstützt würden. Damit sprach er auch dort einen Generationenwechsel an. Ebd., 1987, S. 13.

381 Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 7.

382 Willi (1996), S. 14. Protokoll des Grossen Rates, Sitzung vom 2. Dezember 1990 und Psychiatriebericht 1995, S. 5.

383 Jahresbericht KJPD-GR 1997, S. 13.

384 Protokolle Mitarbeitertagungen, Notizen Stiftungsratspräsident, Sitzung vom 21. März 1991; Jahresbericht KJPD-GR, 1991, S. 2; Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 30. August 1993; Protokolle Mitarbeitertagungen, Notizen Stiftungsratspräsident, Sitzung vom 21. März 1991.

385 Ebd.

haus Fürstenwald, so dass 1991 über eine halbe Million an Subventionen ausstehend waren (vgl. Kapitel 5.3.4).[386]

Durch den Aufbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots war der Bau eines Beobachtungs- und Therapieheims zugunsten des ambulanten Angebots zurückgestellt worden. Mit dem neuen Psychiatrie-Konzept von 1985 rückten teilstationäre und stationäre Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder in den Fokus. Damit diese Erweiterung sichtbar gemacht werden konnte, änderte die Stiftung mit der Erteilung des kantonalen Versorgungsauftrages 1989 ihren Namen zu *Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden*.[387] Die Planung des Therapieheimes Fürstenwald als erstes teilstationäres und stationäres psychiatrisches Angebot für Kinder und Jugendliche in Graubünden war zu diesem Zeitpunkt bereits in Angriff genommen worden.

5.3.4 Das Therapiehaus Fürstenwald: ein teilstationäres und stationäres Angebot wird Realität – mit Einschränkungen

Zu Beginn des Schuljahres 1990 wurde das Therapiehaus Fürstenwald im ehemaligen Bürgerlichen Waisenhaus Chur eröffnet.[388] Damit wurde dem ursprünglichen Wunsch der Stiftung zumindest teilweise entsprochen. Im Anschluss an die Verabschiedung des Psychiatrie-Konzepts 1985 nahm Hess, zusammen mit dem Leiter des Schulpsychologischen Dienstes, 1987 die Planung des Therapieheims in Angriff.[389] Anders als noch in den 1970er Jahren konnten sich Vertreter der Erwachsenenpsychiatrie, namentlich die Aufsichtskommission der beiden psychiatrischen Kliniken, eine örtliche und organisatorische Angliederung an eine der beiden Kliniken vorstellen.[390] Damit wurde ein erstes Mal ein Interesse an einer Kooperation von dieser Seite sichtbar. Die Stiftung hoffte auf eine eigenständige Lösung und fand dafür zeitnah einen geeigneten Standort. Der ehemalige Stiftungspräsident und Bürgermeister der Stadt Chur, Ernst Kuoni, brachte das ehemalige und in der Zwischenzeit geschlossene Waisenhaus in die Standortdiskussion ein und konnte günstige Mietkonditionen aushandeln.[391]

Trotz der nun bestehenden gesetzlichen Grundlagen wurden bei der Ausarbeitung des Betriebskonzeptes erneut Bedenken finanzieller Natur geäussert. Zum einen waren diese Einwände auf fehlende Erfahrungswerte der künftigen Auslastung zurückzuführen, zum anderen auf Unsicherheiten bezüglich der Beiträge von Krankenkassen und IV. Daran war auch die Frage nach dem künftigen Status des Therapieheimes geknüpft. Der psychiatrisch-medizinischen Ausrichtung treu bleibend, strebte die Stiftung eine Anerkennung als Spitaleinrichtung an und plädierte für die Bezeichnung Therapieheim für «Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und Normalbegabung».[392] Das BSV zögerte mit einer entsprechenden Zusicherung und stufte das geplante Therapieheim schliesslich als Sonderschulheim ein, das den Anspruch auf die «Vermittlung medizinisch-therapeutischer Massnahmen» verfolge. Diese Einstufung beinhaltete eine Gewichtung, die die Stiftung in ihren Anfängen dezidiert hatte verhindern wollen. Von dieser Einschätzung war nicht allein Fürstenwald betroffen, sondern gesamtschweizerisch alle entsprechenden Einrichtungen.[393] Die Einstufung wirkte sich, entgegen früheren Annahmen, nicht so positiv auf den Finanzierungsgrad durch den Bund und damit auf die Finanzierungssituation aus. Durch mündliche Vereinbarungen mit dem Bund war die Stiftung von einem Deckungsgrad von 60 Prozent ausgegangen, die erste Auszahlung belief sich aber nur auf 25 Prozent. Hinzu

386 Ebd.

387 Protokolle des Stiftungsrates, Sitzung vom 11. Dezember 1989; ebd., Information zuhanden des Stiftungsrates durch A. Willi und Grossratsprotokoll, Sitzung vom 1. Dezember 1989.

388 Die Geschichte des Waisenhauses Chur ist bis heute noch nicht aufgearbeitet. Die autobiografischen Aufzeichnungen von Philipp Gurt, der ab 1974 dort untergebracht war, deuten auf problematische interne Zustände Mitte der 1970er Jahre hin. Gurt berichtet von einem «rauen Klima» unter den Knaben. Er erlebte im Waisenhaus Chur wiederholten sexuellen Missbrauch durch eine Erzieherin / Gruppenleiterin; eine Person, der er vertraute. Vgl. Gurt (2018), S. 99–100 und 106–115 sowie Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 18:34–19:55.

389 Protokolle des Stiftungsrates, Sitzungen vom 4. November 1987 und 20. Juni 1988. Die Arbeitsgruppe «Therapiestation» bestand seit 1982, Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 24. Oktober 1982

390 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 9. Juli 1985, S. 4–5.

391 Verwaltungsarchiv KJP: Jahresberichte, Informationsblatt Therapiehaus Fürstenwald (o. J.); Willi (1996), S. 15.

392 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Bedarfsberechnung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sitzung vom 3. Mai 1998, S. 2.

393 Willi (1996), S. 15.

kam, dass sich die Auszahlung um über ein Jahr verzögerte.[394]

Die Eröffnung des Therapieheimes fiel mit dem Stellenantritt von Mario Wolf zusammen. Der neue Chefarzt wich aus «konzeptionellen» Gründen vom ursprünglichen Konzept seines Vorgängers ab und beschränkte sich auf die Aufnahme von Kindern. Keine Aufnahmen fanden damit ältere Jugendliche, vor allem ausserhalb des schulpflichtigen Alters. Aus Sicht des neuen Chefarztes war die örtliche Nähe von Minderjährigen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen und damit verbundenen unterschiedlichen Bedürfnissen zu vermeiden.[395]

Die Aufnahme im Therapiehaus Fürstenwald wurde – auch mit dem Stauts einer Sonderschule für «verhaltensschwierige» schulpflichtige Kinder und Jugendliche – als letzte Massnahme innerhalb der kinderpsychiatrischen Betreuung deklariert und erst dann vollzogen, «wenn die Ressourcen der eigenen Familie zur Heilung nicht mehr genügen». Es bestand die Möglichkeit einer Tagesbetreuung (Externat) oder einer stationären Aufnahme (Internat). Die Zusammenarbeit mit der «Familie als Ganzes», was einem systemischen Ansatz entspricht, wie ihn bereits Hess dezidiert vertreten hatte, wurde weitergeführt. Zum therapeutischen Angebot kam nun ein pädagogisches mit der «Erziehung [und] Schulung in Kleinklassen» hinzu.[396] Eine solche Ausrichtung beinhaltete längere Aufenthalte von ein bis zwei Jahren. Diese wurden im Voraus geplant und mit den Familien und den Kindern vorbesprochen. Dazu gehörte neben einem Informationsgespräch auch die Möglichkeit für Schnuppertage.[397] Zum Betreuungsrahmen zählten teilweise auch Hausbesuche der Sozialarbeitenden.[398]

Durch die Eröffnung des Therapiehauses verdoppelte sich die Zahl der Angestellten der Stiftung. Bereits 1991 wurde, neben dem Chefarzt und einem Assistenzarzt, ein Psychologe für das Therapiehaus angestellt. Die Stiftung beschäftigte nun 33 Mitarbeitende inklusive Aushilfskräfte.[399]

Innerhalb des teilstationären und stationären Settings wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit bald auf die Probe gestellt. Zwar war die Interdisziplinarität bereits Teil des Selbstverständnisses der Mitarbeitenden des KJPD. In Verbindung mit einer Kleinklassenschulung wurden gleichwohl Verständigungs- und Annäherungsprozesse nötig, um «eine gemeinsame Sprache und ähnliche Vorstellungen über Ziele und Vorgehensweisen zu entwickeln», wie die erste Heimleiterin, Julia Züblin, es formulierte.[400] 1993 zeigte sich die unklare Trennung der Kompetenzen zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten und einem Teil des pädagogischen Personals erneut. Den Ausschlag gaben Unsicherheiten über die Aufgaben und die Aufgabenteilung im Therapiehaus, die Aussprachen mit dem Stiftungsratsausschuss und dem Schulinspektorat notwendig machten, teilweise auch unter Einbezug von Anwälten. Neben personellen Veränderungen resultierte aus dieser Auseinandersetzung eine Anpassung der Arbeitsverträge für die Lehrpersonen, bei denen die Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Personal künftig vertraglich festgehalten wurde.[401]

5.3.5 Eine Jugendstation als fortwährendes Desiderat – auch an der Schnittstelle zum Massnahmenvollzug

Bis in die 1990er Jahre war keine Lösung für das seit den 1970er Jahren geäusserte Bedürfnis nach einer stationären Unterbringung für Jugendliche, besonders nach Beendigung der Schulpflicht, gefunden worden. Im Therapiehaus Fürstenwald konnten aufgrund der Einstufung als Sonderschule für «Verhaltensschwierige» nur Kinder und Jugendliche aufgenommen, die noch schulpflichtig

394 Nachverhandlungen konnten den Deckungsgrad auf 50 bis 55 Prozent anheben. Vgl. beispielsweise: Jahresbericht KJPD-GR 1996, S. 6; Willi (1996), S. 15.

395 Ebd.

396 KJPD (1995), S. 19 und Verwaltungsarchiv KJP Jahresberichte: Informationsblatt Therapiehaus Fürstenwald (o. J.).

397 Protokoll, Sitzung des Stiftungsrates vom 28. Mai 1991; Verwaltungsarchiv KJP Jahresberichte: Informationsblatt Therapiehaus Fürstenwald (o. J.); ebd., Informationsblatt Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste Graubünden 1994.

398 Jahresbericht KJPD-GR 1994, S. 10.

399 Ebd., 1991, S. 3–5; Protokolle Mitarbeitertagungen, Notizen des Stiftungsratspräsidenten, Sitzung vom 14. November 1991.

400 Jahresbericht KJPD-GR 1990, S. 10; Protokolle Stiftungsrat 1969–1995, Notizen des Präsidenten zum Protokoll vom 27. November 1990.

401 Vgl. beispielsweise: Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzungen vom 7. Juli und 30. August 1993; ebd., Sitzungsprotokoll Therapiehaus Fürstenwald vom 22. Juni 1993; ebd., Protokolle Stiftungsrat, Bericht: Probleme Schule Therapiehaus Fürstenwald, Beilage zur Stiftungsratssitzung vom 19. Mai 1994 (Bericht unvollständig überliefert).

waren.[402] Die Diskussion um die Schaffung einer Jugendstation wurde 1993 wieder aufgenommen und im ersten Leistungsvertrag der Stiftung mit dem Kanton 1998 auch von politischer Seite als rasch zu erfüllendes Desiderat anerkannt. Ausgangspunkt für die erneute Forderung nach einer Jugendstation war ein rascher Anstieg der Belegungszahlen im Therapiehaus Fürstenwald, was in einer Warteliste und Abweisungen, besonders von Jugendlichen, resultierte. Die Eröffnung neuer kindertherapeutischer Gruppen, bereits ab dem zweiten Betriebsjahr, und eine Erhöhung des Angebots auf 24 Plätze im Herbst 2000 konnte aufgrund der Ausrichtung des Therapiehauses die Situation für schulentlassene Jugendliche nicht entschärfen.[403] Auch für ausserkantonale Einrichtungen bestanden Wartelisten, weshalb nach wie vor Jugendliche aus Graubünden in Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden mussten; eine Tatsache, die bereits zu Beginn der Stiftungsarbeit in den 1960er Jahren kritisiert worden war. Die 2006 errichtete Jugendstation konnte noch nicht alle Bedürfnisse abdecken. Vor allem eine permanent geöffnete Notfallstation blieb nach wie vor ein Desiderat.[404] Damit fehlte die Möglichkeit «akut selbst- oder fremdgefährdete Jugendliche zu betreuen».[405] Bis 2017 sollte daher die Unterbringung in der Erwachsenenpsychiatrie, die im Widerspruch zur Kinderrechtskonvention stand, trotz vielfach geäusserter Kritik, die auch von Seiten der Erwachsenenpsychiatrie geäussert wurde, eine Realität bleiben.[406]

Gleichzeitig fanden sicher bis in die 1980er Jahre jährlich einzelne Zwangseinweisungen von Jugendlichen durch die Jugendanwaltschaft statt, die sich einer ambulanten Begutachtung entzogen. Sie wurden laut Gian-Andrea Giovanoli «ohne medizinische Indikation» vorgenommen.[407] Eine nicht medizinisch indizierte Zwangseinweisung erlebte auch Philipp Gurt. Nach einer Odyssee durch zahlreiche Kinder- und Jugendheime – mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in diesen Einrichtungen – wurde er auf der Flucht und ohne straffällig geworden zu sein 1983 in Chur aufgegriffen (vgl. Kapitel 4.3). Der 15-Jährige wurde als Minderjähriger zunächst in der Strafanstalt Sennhof eingesperrt. Aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage konnte er dort nicht über längere Zeit festgehalten werden. Es war nicht sein erster Fluchtversuch aus einer Einrichtung, weshalb der Jugendliche ein weiteres Mal psychiatrisch abgeklärt werden sollte. Nach fünf Tagen brachten zwei Polizisten Gurt zur Begutachtung nach Beverin. Er verblieb während seines kurzen Aufenthaltes im Wachsaal, wohl auch aufgrund einer attestierten Fluchtgefahr. Bei der ersten Gelegenheit, eine Woche später, entwich der Jugendliche erneut.[408] Diese Schilderungen verweisen auf eine Erfahrung, in der die Psychiatrie nicht als unterstützend, sondern als repressiv und disziplinierend erlebt wurde. Die zahlreichen Fluchtversuche wurden von Fachleuten, auch von Vertretern der Bündner Psychiatrie, als Rebellion ausgelegt und entsprechend sanktioniert. Kinder- und jugendpsychiatrische Fachpersonen scheinen dabei nicht in einer aktiven Rolle auf.

Im Rahmen des Psychiatrieberichtes schlug die kantonale Psychiatriekommission 1995 zusätzlich eine Verbindung mit forensischen Abklärungen und einer Unterbringung in einem jugendstraf-

---

402 Nachtrag zur Autorisierung Gian-Andrea Giovanoli vom 27. April 2020.

403 Protokolle Mitarbeitertagungen, Sitzung vom 14. November 1991; Jahresbericht KJPD-GR 2000, S. 13–14, 2001, S. 10; Verwaltungsarchiv KJP Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Bedarfsberechnung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 3. Mai 1998, S. 1–2; ebd., KJPD Jubiläen 2005: Referat zum 25 Jahre-Jubiläum KJPD von Arnold Bachmann, 15. September 2005. Jahresbericht KJP 1994, S. 10 und Sitzung des Stiftungsratsausschusses vom 14. Dezember 1993. Der letzte Ausbau sowie die neue Möblierung war von der Besitzerin der Liegenschaft, der Bürgergemeinde Chur, finanziert worden.

404 Verwaltungsarchiv Waldhaus: KJP Machbarkeitsstudie Neubau 2018, S. 4.

405 Nachtrag zur Autorisierung Gian-Andrea Giovanoli vom 27. April 2020. Eine Praxis, die laut Giovanoli ausser im Kanton Bern bis zu seiner Pensionierung 2017 in der gesamten Schweiz Usus war.

406 Jahresbericht KJPD-GR 2000, S. 7, 2001, S. 6; Verwaltungsarchiv KJP KJPD Jubiläen 2005: Referat zum 25 Jahre-Jubiläum KJPD von Arnold Bachmann, 15. September 2005, S. 3; Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 4. Mai 1999 und Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 37:30–38:50. 2017 vereinbarte der Kanton einen Übergangsvertrag mit der Klinik Littenheid, so dass keine Jugendlichen mehr in der Erwachsenenpsychiatrie platziert werden mussten. Interview mit Heidi Eckrich, 28.50–29.14 und 29.50–30.04; https://kjp-gr.ch/ueber-uns/geschaeftsbereiche/jugendpsychiatrische-station/, Zugriff: 15.01.2020.

407 Nachtrag zur Autorisierung Gian-Andrea Giovanli vom 27. April 2020.

408 Interview mit Philipp Gurt, 20.22–24.16 und Gurt (2018), S. 315–334, Zitat: S. 319 (mit Auszügen aus den/seinen Akten). Offenbar bestand zu diesem Zeitpunkt bereits ein Gutachten des KJPD, das für diese Studie jedoch nicht vorlag.

rechtlichen Kontext vor.[409] Der Bericht offenbarte damit nach wie vor eine virulente Nähe der Psychiatrie zu sozialdisziplinierenden Massnahmen. Die Psychiatriekommission unterstützte die Schaffung eines solchen Angebots als Kriseninterventionsmöglichkeit bei «schwerwiegenden Adoleszenzkrisen». Zum einen sollten «psychisch schwerkranke Jugendliche» zur Behandlung aufgenommen, zum anderen Abklärungen und Behandlungen straffällig gewordener Jugendlicher durchgeführt werden. Wenn für letztere eine «jugendpsychiatrische Behandlung» nicht ausreiche, dann seien ausserkantonale Platzierungen in «einem Jugendheim oder in einer Arbeitserziehungsanstalt» in Betracht zu ziehen, so der Bericht weiter. Bei Selbst- und Fremdgefährdungen wurde nach wie vor die Unterbringung in stationären Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie vorgeschlagen.[410]

Der Jugendstation wurde zudem ein präventiver Charakter zugesprochen, wie aus den Aussagen des Stiftungspräsidenten im Jahresbericht von 1998 hervorgeht:

> *«Ziel der Jugendstation ist die Gewährleistung einer sofortigen Frühbehandlung Jugendlicher und somit Vorbeugung chronifizierender, invalidisierender und delinquenter Weiterentwicklung. […] Das therapeutische und pädagogische Konzept der Jugendstation ist ausgerichtet auf Jugendliche mit psychischen Erkrankungen wie schwere Adoleszenzkrisen, Borderline, Hyperaktivitätssyndrome, depressive oder suizidale Krisen sowie auf Jugendliche mit dissozialen Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen in Form von emotionaler und sozialer Verwahrlosung und mit schweren sozialen Integrationsproblemen.»*[411]

In beiden Aussagen wird der Anspruch an die Kinder- und Jugendpsychiatrie formuliert, sowohl präventiv als auch korrigierend zu wirken. Hier manifestiert sich an der Wende zum neuen Jahrtausend eine nicht reflektierte terminologische Nähe zu Formulierungen aus früheren Jahrzehnten, als den Begriffen «Prävention» und «Nacherziehung» ein massgebliches argumentatorisches Gewicht bei sozialdisziplinierenden Massnahmen im Sozial- und Erziehungswesen innegewohnt hatte. Diese Methoden hatten sich dabei weniger an individuellen Bedürfnissen, sondern am gesellschaftlichen Bedürfnis nach Sicherheit orientiert.[412] Dies ist umso bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass sich die Psychiatrie bereits seit den 1980er Jahren kritisch mit der eigenen Rolle auseinandergesetzt hat und eine zunehmende Sensibilisierung hinsichtlich der verwendeten Begrifflichkeit erkennbar wurde, so zum Beispiel angesichts der öffentlichen Problematisierung von Heimplatzierungen – auch in Beobachtungsstationen –, der Zurückweisung von Gewalt in der Erziehung oder dem Vorschlag im Stiftungsrat von 1988, künftig auf den Begriff der «Versorgung» im professionellen Sprachgebrauch zu verzichten.[413] Das Leitbild von 1990 setzte Prävention ebenfalls in einen individuellen Kontext, indem als zentrales Ziel, neben der «Förderung der Gesundheit», Folgendes formuliert wurde: «Unser Ziel ist die Früherfassung und Behandlung von seelischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen, um deren Auftreten in weiteren Lebensabschnitten zu verhindern.»[414] Gerade das Kindeswohl spielte dabei eine zentrale Rolle im Verständnis der eigenen Arbeit. Das Leitbild der Stiftung verwies explizit auf eine aktive Rolle seiner Fachleute, «wenn wir die Gefährdung des Kindswohls feststellen. Dabei hat der Schutz des Opfers Priorität.»[415] Darin widerspiegelt sich eine offene Parteinahme für die Bedürfnisse der betreuten Kinder und Jugendlichen.

Mit der Ratifizierung der UNO-Kinderrechtskonvention (KRK) legte die Schweiz 1997 einen ersten Grundstein für eine vermehrte Mitsprache von Kindern und Jugendlichen bei Entscheidungen, die ihr Leben betrafen. Die KRK verpflichtet die unterzeichnenden Staaten, Kinder und Jugend-

409 2009 wurde die Forensik ausgebaut und die Nachfrage nach entsprechenden Gutachten nahm «enorm» zu. Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzungen vom 6. Mai 2009, 11. Mai 2011 und 31. Januar 2012.

410 Psychiatriebericht 1995, S. 37–38.

411 KJPD (2000), S. 4.

412 Vgl. beispielsweise Heiniger Kevin (2019a).

413 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 22. August 1988; Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 8.

414 Leitbild 1990, S. 3.

415 Ebd., S. 6. 1984 stimmte das Schweizer Stimmvolk der Schaffung eines Opferhilfegesetzes mit grosser Mehrheit zu. Das 1993 in Kraft getretene Gesetz (Bundesgesetz vom 4. Oktober 1991 über die Hilfe an Opfer von Straftaten, Opferhilfegesetz, SR 312.5) schuf eine wichtige Grundlage für Rechtshilfe sowie moralische und materielle Hilfe für Menschen, die durch eine Straftat in ihrer körperlichen, sexuellen oder psychischen Integrität unmittelbar beeinträchtigt worden sind. Im Zuge einer Verbesserung des Opferschutzes und mit Blick auf Minderjährige eines Kindesschutzes, vor allem vor sexueller Ausbeutung, schuf der Kanton 2000 eine Fachstelle Kindesschutz und eine Kindesschutzkommission. Regierungsprotokoll vom 15. Februar 2000, Nr. 206.

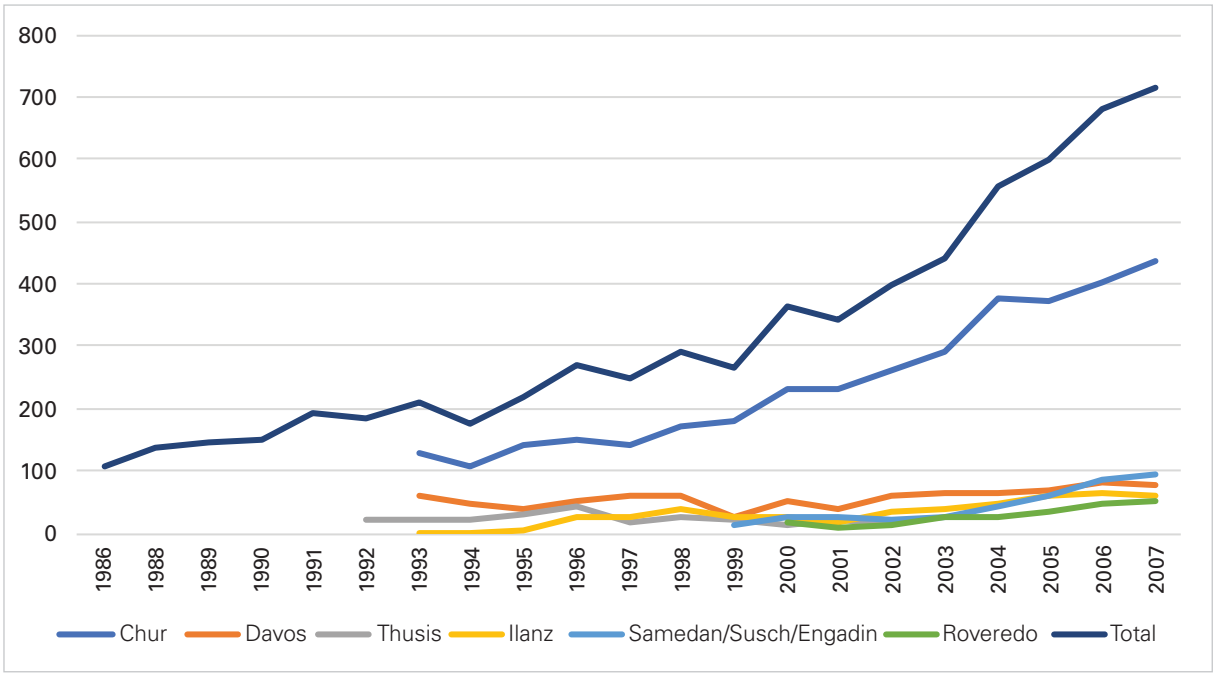


Diagramm 43: Jährliche Neubehandlungen (1986–2007)
Anmerkung: Nach 2007 endet die Auflistung statistischer Angaben zu den Neubehandlungen.
Quelle: Jahresberichte KJPD-GR1997–2002.

lichen in allen sie betreffenden Lebensentscheidungen Mitsprache zu gewähren.[416] Mitsprache und Partizipation sind Themen, die seit der Jahrtausendwende in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in allen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Erwachsenenpsychiatrie intensiv diskutiert wurden, so auch in Graubünden. Ein Beispiel für dieses Anliegen findet sich bei den «Fallbesprechungen» des KJP mit Jugendlichen. Heidi Eckrich passte bei ihrem Amtsantritt unter anderem die Abläufe diesbezüglich an. Fallbesprechungen mit Jugendlichen wurden fortan immer in Anwesenheit derselben geführt. Damit sollte verhindert werden, dass in einer abwertenden Art und defizitorientiert über die betroffenen Personen gesprochen werde. Eckrich ortet hier die Gefahr eines «Sogs der Abwertung», den sie als unprofessionell bezeichnet. Vor allem aber sah sie eine Chance für eine sich verbessernde Nachvollziehbarkeit und damit eine verbesserte Zusammenarbeit, wenn Jugendliche hören, dass «wertschätzend» über sie gesprochen wird und sie in den Prozess eingebunden werden. Dieses Vorgehen veränderte laut Eckrich die Sprache der Fachpersonen, auch bei schwierigen Themen. In der Folge wandelte sich laut der Chefärztin auch das Denken über und damit die Haltung gegenüber den betreuten Jugendlichen.[417]

5.3.6 Leistungsauftrag des Kantons (1998) – Stärkung der eigenen Position

Seit der frühen Ausbauphase des ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes anfang der 1980er Jahre bis zur Jahrtausendwende vervierfachte sich die Anzahl Erstkonsultationen und Neubehandlungen und stieg auch danach weiter an (vgl. Diagramm 43). Bereits Ende der 1980er Jahre, als der Kanton der Stiftung den Auftrag zur flächendeckenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Kanton erteilte, waren doppelt so viele Konsultationen verzeichnet worden als noch zu Beginn des Jahrzehnts. Die steigende Nachfrage hatte massgeblich dazu beigetragen.

Seit Beginn der Aufzeichnungen wurde auch die geografische Herkunft der Klientinnen und Klienten, wie die Patientinnen und Patienten nach der Jahrtausendwende bezeichnet wurden, ermittelt (vgl. Diagramm 44). Die Zahlen zeigen einen Anstieg regionaler Konsultationen je nachdem,

416 KRK 1997, Art. 1.

417 Interview mit Heidi Eckrich 1.05.15–1:08:00; Interview mit Andres Schneeberger, 1:21:25–1:21:50.

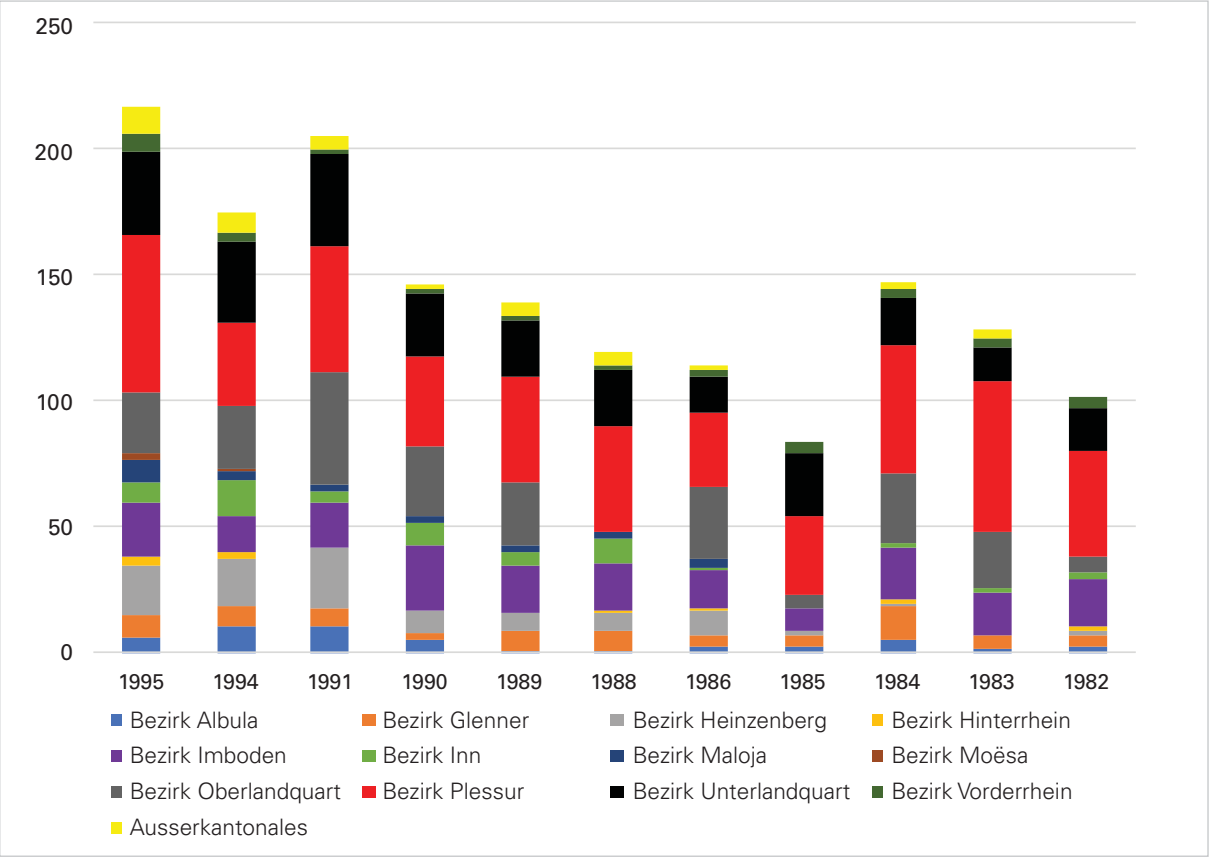


Diagramm 44: Herkunftsort nach Patientinnen und Patienten (1982–1995)

Anmerkung: Lücke in der Aufzeichnung 1987 und 1993. Der vorübergehende Rückgang 1994 wird mit der Neuansiedlung von Fachärztinnen und Fachärzten im Kanton begründet.
Quelle: Jahresberichte KJPD-GR 1985–1995.

wo ein entsprechendes Angebot installiert wurde, dazu auch eine analoge Entwicklung der Erwachsenenpsychiatrie im Grossraum Chur. Mit dem regionalen Angebot liessen sich offensichtlich die Hemmschwellen für eine Konsultation senken.

Mit der Anerkennung als kantonale Leistungserbringerin für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung hatte sich die Stiftung 1989 definitiv etabliert. Ihr Angebot wurde als Teil der Gesundheitsversorgung im Kanton anerkannt. Befürchtungen, dass durch die Arbeit der Stiftung die Niederlassung freipraktizierender Fachärztinnen und Fachärzte sowie von Allgemeinmedizinern gehemmt würde, bestätigten sich nicht (vgl. Tabelle 23). Auch in den kommenden Jahren stieg die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte kontinuierlich, aber überschaubar an.[418]

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Total	28	30	31	32	35	36

Tabelle 23: Entwicklung frei praktizierender Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiater

Quelle: Verwaltungsarchiv KJP Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Anhang: Bedarfsberechnung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 3. Mai 1998, S. 1–2.

Die Sicherstellung der Grundversorgung im Gesundheitswesen obliegt den Kantonen. Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) hatte der Bund 1996 den Kantonen die strategische Spitalplanung übertragen.[419] Diese konnten private Organisationen und Einrichtungen einen Leistungsauftrag erteilen. Der KJPD setzte sich zum Ziel, den 1989 vom Kanton erhaltenen Auftrag mittels individueller Leistungsvereinbarung zu erbringen und damit letztlich das eigene Fortbestehen zu sichern.

Gleichzeitig begegneten die Kantone einem rasch wachsenden Kostenanstieg im Gesundheitswesen verstärkt mit marktwirtschaftlichen

418 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 28. Mai 1990.
419 Degen (2008).

Logiken. Für den KJPD war das Spannungsfeld zwischen einem weiteren Ausbau des Angebots und einem steigenden Kostendruck, anders als etwa für die kantonalen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, keine neue Angelegenheit. Gerade weil die Finanzierung immer wieder ein existentielles Thema war, machte die Stiftung 1997 im Rahmen ihrer Arbeit keine Kostenexplosion trotz steigender Behandlungszahlen aus.[420]

Der Unterzeichnung des Leistungsauftrags von 1998 gingen Diskussionen mit dem zuständigen Departement voraus, die neben der Regelung der «miserablen» Finanzen eine Anpassung der Organisationsstruktur an die wachsenden Aufgaben sowie eine Klärung der Zusammenarbeit mit anderen Diensten, wie dem Heilpädagogischen Dienst, dem Schulpsychologischen Dienst, dem Sozialdienst sowie dem ambulanten Dienst der Erwachsenenpsychiatrie, verlangten.[421] Tatsächlich stand die Stiftung 1994 erneut vor der Zahlungsunfähigkeit, unter anderem durch die nach wie vor verzögerten Auszahlungen des BSV. Das Stiftungsvermögen war aufgebraucht, so dass erneut eine intensive Suche nach grösseren Spenden anstand. Für jene Gemeinden, die keinen freiwilligen Beitrag leisteten, erhöhte der Stiftungsratsausschuss die einkommensabhängigen Elternbeiträge.[422] Damit wurden die Eltern säumiger Gemeinden benachteiligt. Gleichzeitig kritisierte der Ärzteverband nach 1986 erneut, dass im Rahmen dieser Massnahmen Informationen über die Einkommensverhältnisse der betroffenen Eltern beim Erziehungsdepartement eingeholt würden. Aus Sicht der Ärzte war dies aufgrund des Datenschutzes eine problematische Praxis.[423]

Die Organisationsstrukturen wurden neu gegliedert und den Mitgliedern des Stiftungsratsausschusses je ein Ressort zugewiesen (Präsidium, Schule, Personal, Betrieb, Finanzen), um in der zunehmend komplexer werdenden Verhältnissen klar definierte Ansprechpersonen zu haben.[424] Bereits 1994 hatte Arnold Bachmann, späterer Präsident der Stiftung, Einsitz in den Stiftungsrat genommen.[425] Er war im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes und einer Reorganisation des Sanitätsdepartements als Fachbeauftragter für das Spitalwesen eingestellt worden. Als Direktor der kantonalen Kliniken und Spitäler war der Ökonom an der Umsetzung der Herauslösung der psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin sowie der Kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen in eine öffentlich-rechtliche Anstalt, den *Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR),* mitbeteiligt (vgl. Kapitel 6.3, insbesondere 6.3.1).[426]

Mit der Demission des Stiftungsratspräsidenten, Alphons Willi, fielen 1995 die Aushandlungen mit dem Kanton, die 1997 abgeschlossen wurden, in den Aufgabenbereich der neuen Stiftungsratspräsidentin, Chiarella Piana.[427] Nachdem die vorgebrachten Vorbehalte aus dem Weg geräumt waren, wurde Ende 1998 der Leistungsvertrag mit dem Kanton unterzeichnet. Darin wurden Zuständigkeiten, Geltungsbereich, Leistungskontrolle sowie allfällige Sanktionen bei Nichteinhalten der Vereinbarungen festgelegt.[428] Die Leistungsvereinbarung war letztlich die schriftliche Festsetzung des bereits 1989 erteilten Versorgungsauftrages. Nach wie vor galt es, einen Selbstfinanzierungsanteil zu leisten.[429]

---

420 Jahresbericht KJPD-GR 1997, S. 13.

421 DJSG: Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement, Departementsverfügung vom 20. September 1995. Mit der Spitalplanung des Kantons Graubünden (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, in Kraft: 1.1.1996) wurde das Therapieheim Fürstenwald nicht auf die Spitalliste aufgenommen, da es laut Gesetzgeber kein stationärmedizinisches Angebot besass. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 8. und 9. Dezember 1997, Nr. 2444 und 2456.

422 Auszug aus dem Protokoll der Teamsitzungen vom 5. und 12. April 1994. Das Team war mit dieser Regelung nicht einverstanden, v. a. auch über den Prozess der Entscheidungsfindung.

423 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 23. März 1994; Verwaltungsarchiv KJP KJD ab 1985: Schreiben des KJPD an die Eltern, ohne Datum. Bereits 1986 hatten die Ärzte in einer Umfrage die Weitergabe von Daten an das Sanitätsdepartement kritisiert. Jahresbericht KJPD-GR 1986, 2. Blick zurück.

424 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Aufgaben des Stiftungsratsausschusses vom 21. Oktober 1998.

425 Jahresbericht KJPD-GR 1994, S. 5.

426 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle des Stiftungsratsausschusses (April 1993–): Belage Schreiben an Dr. M. zur Vernehmlassung zur Schaffung des Logopädischen Dienstes Surselva vom 26.8.1994. Die zu diesem Zeitpunkt gestärkte kantonale Psychiatriekommission wurde 2011 aufgelöst. Aus Sicht der Regierung war eine ständige Kommission aufgrund der zunehmenden Professionalisierung der Leistungserbringer nicht mehr notwendig. DJSG: Departementsverfügung vom 18. Oktober 2011.

427 Jahresbericht KJPD.GR 1996, S. 4.

428 Leistungsvereinbarung 1998, S. 11.

429 Ebd. und Jubiläum 20 Jahre KJPD-GR, S. 1.

Die Leistungen schlossen junge Erwachsene nach dem vollendeten zwanzigsten Altersjahr aus, ebenso «schwer Süchtige» und die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Mehrfachbehinderungen.[430] Als Kontrollinstanz wurde die kantonale Psychiatriekommission bestimmt und Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren wurden zur Überprüfung aufgestellt, die auch mit anderen Kantonen vergleichbar sein sollten, und die auf ein zunehmendes Bedürfnis nach einem Instrumentarium der Qualitätssicherung hinweisen (vgl. Kapitel 6.2). Die Qualitätssicherung war seit Beginn des Ausbaus des ambulanten Dienstes thematisiert worden. Für die Etablierung kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote garantierte laut Hess in erster Linie ein hoher Professionalisierungsgrad der Mitarbeitenden. Regelmässige Fort- und Weiterbildungen waren Teil dieses Anspruchs. Seit den 1990er Jahren wurden auch von Seiten der Mitarbeitenden regelmässige Fort- und Weiterbildungen verlangt.[431] Um die erbrachte Leistung messen zu können, begann der KJPD früh mit Patienten- und Ärztebefragungen. Die erste belegte Befragung stammt von 1984. Daraus geht hevor, dass über drei Viertel der Befragten (78 Prozent) eine Verbesserung der Familiensituation seit Beratungsbeginn feststellten. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage nach der Verständlichkeit («Sprache») der erhaltenen Ratschläge und Anregungen.[432]

Ähnlich wie in früheren Jahren wiesen auch spätere Umfragen wie jene von 1998 – dem Jahr der Leistungsvereinbarung – mit 80 Prozent für den ambulanten Dienst und 70 Prozent für Fürstenwald eine hohe Zufriedenheitsquote aus.[433] Rund die Hälfte der neuen Klientinnen und Klienten waren aufgrund von Empfehlungen an den Dienst gelangt. Nicht abgebildet wurde in den vorgefundenen Quellen, ob darüber hinaus eine systematische Analyse der Gründe für die jeweiligen Rückmeldungen stattgefunden hat, und ob daraus Konsequenzen für die eigene Arbeit gezogen wurden.

5.3.7 Der Kampf um die Selbständigkeit und der Weg in die PDGR

In seiner Jubiläumsansprache von 2005 nutzte der Stiftungspräsident, Arnold Bachmann, die Gelegenheit, die Vorteile eines privaten Leistungserbringers im Gesundheitswesen herauszustreichen. Er thematisierte damit eine seit einigen Jahren geführte Diskussion über die Delegation öffentlicher Aufgaben an private Leistungserbringer. Bachman hatte die Herauslösung der psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und der kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen aus der kantonalen Verwaltung und die Überführung in die öffentlich-rechtliche Anstalt *Psychiatrische Dienste Graubünden* (PDGR) 2002 vor Augen und attestierte dem KJPD, der «administrativ schlankste Leistungserbringer im Gesundheitswesen» zu sein.[434] Damit erfülle er im Grunde seit seiner Gründung ein sehr aktuelles Postulat.

Trotz der positiven Beurteilung durch Bachmann und der Argumentation für die Selbständigkeit war zu diesem Zeitpunkt bereits über ein Zusammengehen mit den PDGR diskutiert worden. Die Mitglieder des Stiftungsrates stellten sich gegen ein solches Ansinnen. Mit der Gründung der PDGR 2002 sah sich die Stiftung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt gegenüber, die nach der Herauslösung der einzelnen Angebote aus der öffentlichen Verwaltung über mehr und schnellere Handlungsspielräume verfügte, auch in finanzieller Hinsicht (vgl. Kapitel 6.3).[435] Die PDGR konnten, anders als der KJPD, gleichzeitig auf einen Kantonsbeitrag setzen, der der früheren Übernahme des Defizitgarantie gleichkam (vgl. Nahaufnahme 4).[436] Nicht nur ein Zusammenschluss mit den PDGR wurde zur Jahrtausendwende diskutiert. Auch ein Zusammengang mit dem Schulpsychologischen Dienst stand im Raum. Ausschlaggebend dafürwar die geplante Einführung eines schweizweit einheitlichen Abrechnungstarifs für ambulante Leistungen in Arztpraxen und Ambulatorien in den Spitälern

430 Leistungsvereinbarung 1998, S. 5, 12; Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 11. Mai 2011.

431 Protokoll der Zusammenkunft von Stiftungsrat und Mitarbeitende, Sitzung vom 14. November 1991; Jahresbericht KJPD-GR 1998, S. 2–3.

432 Der Rücklauf betrug 1984 64.5 Prozent. Jahresberichte KJPD-GR 1984, S. 4; 1987, S. 7.

433 2002 wurde eine «Klientenzufriedenheit» von 9 aus 10 ausgewiesen. Ebd., 2002, S. 3.

434 Verwaltungsarchiv KJP: KJPD Jubiläen 2005: Referat zum 25 Jahre-Jubiläum KJPD von Arnold Bachmann, 15. September 2005, S. 4.

435 Jahresbericht KJPD-GR 2001, S. 9.

436 Eine Gleichstellung erfolgte erst 2018: Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen Krankenpflegegesetz 2018, I Allgemeine Bestimmungen, Art. 6 und 10. Schlussbestimmungen, Art. 5. Vgl. auch Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 22. August. 2011.

(TARMED) und eine mögliche Vereinfachung in der Abrechnung.[437] Der Vorschlag wurde jedoch nicht weiterverfolgt.

Nachdem 2009 Mario Wolf nach 19 Jahren pensioniert wurde, leitete Jörg Leeners den KJPD bis 2013.[438] Im Jahr seines Stellenantritts als Chefarzt und Geschäftsführer wurde erneut eine Kooperation mit den PDGR geprüft und erneut verworfen. Im selben Jahr stellte der Pflegeleiter der PDGR, Eduard Felber, einen Antrag auf Mitgliedschaft im Stiftungsrat, was ebenfalls abgelehnt wurde.[439] Um die Existenz des KJPD zu rechtfertigen, sah Leeners in unterschiedlichen Bereichen Bedarf für Umstrukturierungen. Als sichtbares Zeichen gegen aussen erhielt die Stiftung ein neues Erscheinungsbild mit neuem Logo, einer neuen Website und einem neuen Namen: *Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP Graubünden).* Die offizielle Stiftungsbezeichnung blieb unverändert.[440]

Gleichzeitig wurde klar, dass die KJP die noch immer pendente Notfallaufnahme ohne Kooperationspartner nicht umzusetzen vermochte. Im Rahmen des Neubaus der Kinderklinik schien zunächst eine Lösung gefunden.[441] Gleichzeitig wurde mit der Bürgergemeinde Chur über die Möglichkeit eines Ausbaus auf dem Gelände des Therapieheims Fürstenwald verhandelt.[442] 2011 verdichteten sich die Anzeichen, dass sich die Prioritäten der Kinderklinik zu Ungunsten einer jugendpsychiatrischen Station verändert hatten. Die Frage der Selbständigkeit wurde erneut virulent.[443] Zwar gab die Bürgergemeinde Chur kurz darauf ihr Einverständnis für einen Neubau auf dem Gelände des Therapiehauses Fürstenwald. Gleichzeitig verstärkten sich die politischen Bestrebungen für eine Fusion mit den PDGR.[444] Mit der Revision des Psychiatriegesetzes spitzten sich 2012 diese aus Sicht der KJP zu, als sie die Vorlage als auf die PDGR «zugeschnitten» bezeichnete.[445] Es stand die Befürchtung im Raum, dass die Regierung eine bewusste Schwächung der KJP vorantreibe, weshalb auch über die Kündigung des Leistungsvertrags nachgedacht wurde.[446] Trotz der Bemühungen um den Erhalt der Selbständigkeit arbeiteten die KJP und die PDGR auf fachlicher Ebene immer wieder und vermehrt zusammen.[447]

Schliesslich reichte Angela Casanova-Maron (FDP) 2013 in der Dezembersession des Grossen Rates einen Antrag zur Zusammenführung von PDGR und KJP ein. Der Vorstoss wurde überwiesen.[448] Das Projekt mit der Bürgergemeinde wurde aufgrund der politischen Ereignisse vorübergehend sistiert. Leeners kündigte noch vor einer Antwort der Regierung, da er sich dezidiert für eine Selbständigkeit der KJP aussprach.[449] Ein vom Kanton in Auftrag gegebener Expertenbericht stützte die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Fachdisziplin und empfahl eine Sistierung der Fusionspläne. Gleichzeitig fand er Lücken in der Einhaltung des Versorgungsauftrags. Massgebend für die weiteren Ereignisse, die letztlich doch zur Zusammenführung führen sollten, war

---

437 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Bericht zu den Leistungen und Schnittstellen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Graubünden (KJPD) sowie des Schulpsychologischen Dienstes Graubünden (SPD) im Spiegel des TarMed, 10. April 2000. Tarifsystem TARMED: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html, Zugriff: 10.10.2019. Das Krankenversicherungsgesetz von 2008 legte die Einführung für ein standardisiertes Vergütungssystem fest.

438 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 12. August 2009.

439 Protokoll des Stiftungsrats vom 6. Mai 2009; Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 23. September 2006.

440 Ebd., 6. Mai, 25. November 2009; ebd. 9. März 2010; Geschichte KJP: https://kjp-gr.ch/geschichte/geschichte-kjp-gr/, Zugriff: 10.01.2020.

441 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 28. Januar, 10. März, 24. Juni 2009 und 10. Mai 2010. Als Gegenleistung wurde mit von Blumenthal offenbar eine «Abtretung der 18 bis 19-Jährigen an die PDGR» diskutiert. Ebd., 24. Mai 2009. Die angestrebte Eigenständigkeit ist nicht gleichzusetzen mit einer Verweigerung der Zusammenarbeit mit den PDGR. Ebd., Sitzung vom 27. Januar 2010. Adoleszenzstation, zusammen mit PDGR im Gespräch. Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 22. August 2011.

442 Protokolle des Stiftungsratsausschusses vom 23. Juni 2010, 21. Januar 2011 und 6. Juli 2011; Verwaltungsarchiv Waldhaus: KJP Machbarkeitsstudie Neubau 2018, S. 4. Im Betriebskonzept wurde mit Kosten zwischen acht und zwölf Millionen Franken, ohne Tagesklinik, gerechnet. Ebd.

443 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Strategieworkshops vom 11. Mai und 6. Juli 2011; Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 13. März 2012.

444 Ebd., 21. Mai und 3. Juli 2012.

445 Protokoll des Stiftungsrates, Ausserordentliche Sitzung vom 22. Februar 2013.

446 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzungen vom 22. August, 21. November, 25. Oktober 2011, 22. August 2012 und 22. Februar 2013.

447 Vgl. beispielsweise Jahresbericht KJPD-GR 2001, S. 12.

448 Protokoll des Stiftungsrates, Ausserordentliche Sitzung vom 22. Februar 2013.

449 Ebd. und 25. März 2013.

jedoch die Empfehlung, «im Sinne der Gleichbehandlung» den PDGR zu gestatten, Kinder und Jugendliche nicht mehr nur subsidiär zu behandeln, der sich die Regierung anschloss.[450]

Mitten in diese Auseinandersetzung fiel eine mehrmonatige Vakanz der operativen Leitung der KJP, bis Heidi Eckrich, frühere leitende Ärztin der Klinik Littenheid (TG), im Dezember 2013 die Stelle als Chefärztin und Geschäftsführerin antrat.[451] Sie befürwortete anfänglich, die Selbständigkeit zu bewahren.[452] Der immer deutlicher zu Tage tretende politische Wille zugunsten einer Fusion sowie die nach wie vor nicht gelöste Situation der Jugendstation führten innerhalb der Stiftung zu einer grossen Unsicherheit.[453] Nach zwei Jahren war noch keine Lösung da.[454] Die intensiv geführte Debatte zwischen der KJP und dem zuständigen Departement gelangte zunehmend an die Öffentlichkeit. Die geplante Jugendstation blieb ein Streitpunkt in den Diskussionen um die mögliche Fusion. Während die KJP eine Mitfinanzierung durch den Kanton forderte, um den Leistungsauftrag vollständig einlösen zu können, stellte sich der zuständige Regierungsrat, Christian Rathgeb, gegen eine solche Auslegung und plädierte öffentlich für einen Zusammenschluss von KJP und PDGR.[455] Versuche der KJP, in dieser Zeit eine Übergangslösung mit der Klinik Littenheid zu finden, um die fehlende Notfallabdeckung gewährleisten zu können und damit zu verhindern, dass Jugendliche weiterhin auf Stationen für Erwachsene platziert werden mussten, fanden keine politische Unterstützung.[456]

Nachdem im Jubiläumsjahr 2015 die Selbständigkeit der KJP noch einmal sichtbar nach aussen getragen und gefeiert wurde, kam es 2017 zur Wende. In der zweiten Jahreshälfte leitete der Stiftungsratspräsident einen Richtungswechsel ein, der innerhalb des Prozesses nicht für alle Beteiligten nachvollziehbar war und im Anschluss zu intensiven internen Diskussionen führte.[457] Er befürwortete nun die Fusion. Im Jahresbericht von 2017 ist zu lesen, dass sich verändernde gesetzliche Rahmenbedingungen, die im nicht operativen Bereich nach mehr Personal verlangen würden, die Arbeit der Stiftung teurer werden liessen. Gleichzeitig wurden die hohen Kosten einer «psychiatrischen Vollversorgung» von Kindern und Jugendlichen als ausschlaggebend für diesen Entscheid angeführt.[458]

Die Kehrtwende des Stiftungsratspräsidenten fiel mit einer minimalen, aber signifikanten Umformulierung im *Gesetz über die Psychiatrischen Dienste* zusammen. Im August 2017 entschied der Grosse Rat, das Wort «subsidiär» in Artikel 3 zu streichen.[459] Künftig konnten auch die PDGR im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ihr Angebot ausbauen.

Auf Antrag des Stiftungsratspräsidenten erfolgte im Herbst 2017 schliesslich die Anfrage zur Prüfung eines Anschlusses an die PDGR. Der sowohl von politischer Seite als auch von den PDGR begrüsste Vorschlag wurde in der Folge in einem Vorvertrag festgehalten und danach sehr schnell umgesetzt.[460] Parallel zur Fusion konkretisierte sich die Umsetzung eines Neubaus für eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.[461]

Seit Januar 2019 ist die KJP als eigenständige Unternehmenseinheit Teil der PDGR. Damit hat die KJP eine fachliche Eigenständigkeit erreicht, die sich in den Organisationsstrukturen, aber auch

---

450 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. August 2015, Nr. 710; Bericht des DJSG: Auftrag Casanova-Maron vom 10. August 2015. Die Arbeitsgruppe wurde vom Departementssekretär, Claudio Candinas, geleitet. Interview mit Claudio Candinas, 22:30–25:00

451 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Ausserordentliche Sitzung vom 27. Mai 2013.

452 Ebd.,10. Dezember 2013 und 11. März 2014.

453 Ebd., 15. April und 2. Juli 2014.

454 Ebd., 26. Februar und 7. September 2016.

455 Vgl. beispielsweise: Kinder- und Jugendpsychiatrie – Es braucht Lösungen und nicht Diskussionen über Strukturen, in: Schweizer Radio und Fernsehen: Regionaljournal SRF, 24. Mai 2017; Interview mit Heidi Eckrich, 6.58–7.08, 23.10–24.00.

456 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 11. Mai 2016.

457 Ebd., 12. Dezember 2017 und Interview mit Heidi Eckrich, 21.50–21.59, 26.00–27.03.

458 Jahresbericht KJP 2017, S. 1.

459 Der entsprechende Artikel 3, Absatz 1 wurde am 30. August 2017 geändert. Gesetz über die Psychiatrischen Dienste 2012 (Stand 1.1.2018), Änderungstabelle; Grossratsprotokoll, Sitzung vom 30. August 2017, S. 74–80; Botschaft der Regierung an den Grossen Rat Rat 2017/2018 und Interview mit Heidi Eckrich, 34.11–35.00.

460 Sitzung des Stiftungsratsausschusses vom 12. Dezember 2017; Interview mit Heidi Eckrich, 5.15–7.00, 27.30–27.47 und Jahresbericht KJPD-GR 2018, S. 1.

461 Verwaltungsarchiv Waldhaus: KJP Machbarkeitsstudie Neubau 2018; Medienmitteilung: «Abklärungen für den Neubau KJP werden am Standort Waldhaus weitergeführt vom 11. Juni 2019, https://www.pdgr.ch/abklaerungen-fuer-den-neubau-der-klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-werden-am-standort-waldhaus-weitergefuehrt/, Zugriff: 20.12.2019; Ofi: Neue Klinik für 30 Millionen beim Waldhaus, in: Südostschweiz vom 11.06.2019, https://www.suedostschweiz.ch/aus-dem-leben/2019-06-11/neue-klinik-fuer-30-millionen-beim-waldhaus, Zugriff: 02.01.2020.

im Erhalt der bisherigen Räumlichkeiten abbildet.[462] Dass dieser Entscheid auch von der operativen Leitung der KJP letztlich mitgetragen wurde, zeigt sich unter anderem in der personellen Kontinuität. Von der 2014 unter Eckrich eingesetzten dreiköpfigen Geschäftsleitung liess sich Jürg Keller, Leiter Finanzen und Support, 2018 pensionieren. Die Geschäftsleiterin und Chefärztin, Heidi Eckrich, wurde Mitglied der Geschäftsleitung der PDGR, ebenso Reto Mischol, das vormals dritte Geschäftsleitungsmitglied der KJP und Chefpsychologe.[463] Gleichzeitig gab die Geschäftsleitung im Jahresbericht von 2017 ihrer Unsicherheit darüber Ausdruck, wie die Mitarbeitenden nach einer langen Phase der Selbständigkeit und dem daraus gewachsenen Selbstverständnis, auf die Fusion mit einer grossen öffentlich-rechtlichen Anstalt reagieren würden.[464] Eckrich bewertete die lange Phase des Widerstandes im Rückblick auch als Möglichkeit, die eigene Disziplin so zu positionieren, wie sie sich innerhalb der PDGR 2019 letztlich abbildete: «Damit sichergestellt wird, dass es sich um ein eigenes Fach und nicht allein um eine fachliche Spezifizierung handelt.»[465] Die 1969 gegründete *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapiestation* erhielt 2019 vorübergehend einen neuen Stiftungszweck und blieb unter dem neuen Namen *Stiftung Kind und Jugend Graubünden* strukturell von den PDGR unabhängig. Mittlerweile wurde die Stiftung aufgelöst.[466] Damit ging ein über Jahre währender Kampf um die Wahrung der Selbständigkeit der Stiftung zu Ende. Am Anfang stand 1969 der Wunsch nach einem stationären psychiatrischen Angebot für Kinder und Jugendliche und einer Etablierung der Fachdisziplin im Kanton Graubünden. Beides wurde erreicht, auch der Ausbau eines regionalen, ambulanten, teilstationären und stationären Angebots. Letztlich waren es aber vor allem finanzielle Überlegungen, bedingt durch die sich verändernden Rahmenbedingungen, die in der Geschichte der KJP immer wieder schwierige Situationen hervorbrachten und schliesslich in einer Zusammenführung mit den PDGR mündeten.

462 Jahresbericht KJPD-GR 2018, S. 1

463 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Ausserordentliche Sitzung vom 15. April 2014.

464 Jahresbericht KJP 2017, S. 17.

465 Interview mit Heidi Eckrich, 19.35–20.10.

466 Jahresbericht KJP 2018, S. 1; schriftliche Ergänzung Heidi Eckrich vom 29.01.2020.

Nahaufnahme 7: Ken Margreth (*1982) – Leben mit einer psychischen Krankheit

«Es kam mir vor, als wenn von Tag zu Tag ein Stück mehr meiner Persönlichkeit verloren ginge.»[467]

Bereits vor seinem Zusammenbruch ging es Ken Margreth schon einmal nicht gut. Obwohl die Symptome verschwanden, hatte er dennoch das Gefühl, dass etwas nicht stimmte.[468] Im Alter von 20 Jahren bemerkte der junge Mann, dass er mehr und mehr den Bezug zu seiner Umwelt verlor und dass ihm nichts mehr gelingen wollte, obwohl er sich ungemein anstrengte. «Es kam mir vor, als wenn von Tag zu Tag ein Stück mehr meiner Persönlichkeit verloren ginge, wie wenn sich meine Seele im Nichts auflösen würde.»[469] Seit diesem Moment leben er und sein Umfeld mit seiner Krankheit. Die Erfahrung mit Fachpersonen und therapeutischen Massnahmen während seiner akut psychotischen Phase und danach, wird durch die Sichtweise seiner Mutter, Brigitta Margreth, ergänzt. Diese beiden Perspektiven zeigen, wie eine psychische Krankheit das Leben auf den Kopf stellt, neue Wege gefunden werden müssen und wie einschneidend die gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Folgen für die Betroffenen, aber auch ihr familiäres Umfeld sein können. Ken Margreths Geschichte zeigt aber auch, wie er gelernt hat mit seiner Krankheit zu leben, sich erfolgreich einer sozialen Isolation verweigert und sich so viel Autonomie als möglich erhält.

Bei den ersten Symptomen gingen er und seine Eltern zunächst von einer pubertären Krise aus. «Man denkt ja nicht immer ans Schlimmste, und vor allem hatten wir keine Vergleichsmöglichkeit», resümieren Mutter und Sohn gemeinsam.[470] Gleichzeitig wollte dem Jugendlichen in der Schule nichts mehr gelingen. Die Noten des bis dahin sehr guten Kantonsschülers verschlechterten sich, egal wie sehr er sich anstrengte. Immer öfter schwänzte er den Unterricht, bis er schliesslich gar nicht mehr hinging.[471] In der Rastlosigkeit waren für den inzwischen Volljährigen lange Fahrten mit seinem Auto ein wichtiges Mittel, um sich zu beruhigen; eine Art geschützter Raum.[472] Zu Beginn versuchte Margreth seinem Umfeld möglichst nicht zu zeigen, dass es ihm immer schlechter ging, «aber in der Endphase war es mir egal».[473]

In ihrer Hilflosigkeit wandten sich die Eltern an einen erfahrenen älteren Psychiater. «Aber das klappte nicht», meint seine Mutter. Margreth präzisiert: «Das war jenseits von Gut und Böse. Jetzt, da ich ein alter Hase bin, muss ich sagen, diesem Arzt hätte die Zulassung entzogen werden müssen.»[474] Als Gründe dafür nennt er Fragen und Anspielungen sexueller Natur des Psychiaters, die der junge Mann als grenzüberschreitend und übergriffig empfand. Seine Mutter verweist zudem auf, aus heutiger Sicht, veraltete Therapieansätze. Der Jugendliche erhielt mit 16 Jahren Haldol verschrieben. Die Nebenwirkungen waren für ihn «die Hölle. Ich hatte das Gefühl, ich platze, nichts half und ich wurde noch unruhiger. Haldol gehört meines Erachtens ins Psychiatriemuseum.»[475] Über mögliche Nebenwirkungen wurde er vorgängig nicht aufgeklärt. Die erste Erfahrung mit der Psychiatrie war für die ganze Familie keine gute und zeigt, wie wichtig die persönliche Begegnung, das Vertrauensverhältnis sowie der Einbezug und die Information von Patienten und Angehörigen sind.[476] Ken und Brigitta Margreth raten Betroffenen, die sich neu mit einer psychischen Krankheit konfrontiert sehen, keine Hemmungen gegenüber Fachpersonen zu haben, bei Unsicherheiten nachzufragen und sich auf unterschiedlichen Kanälen zu informieren.[477]

Bevor Ken Margreth 2005 einen Zusammenbruch erlitt, der eine Einweisung in die psychiatrische Klinik unausweichlich machte, hatten sich

467 Interview mit Ken und Brigitta Margreth, Aufnahme 1, 2.41–2.48.
468 Ebd., Aufnahme 2, 21.10–3.20; ebd., Aufnahme 3, 0.10–2.16.
469 Ebd., 2.41–2.52.
470 Ebd., 3.45–3.53.
471 Ebd., 4.40–5.00.
472 Ebd., 5.10–5.50.
473 Ebd., 6.15–7.04, Zitat: 7.00–7.04.
474 Ebd., 6.15–7.04, Zitat: 7.35–7.55.
475 Ebd., 8.40–9.49, 10.20–10.50, Zitat: 9.10–9.21, 9.42–9.49.
476 Ebd., 9.35–9.45.
477 Ebd., Aufnahme 2, 33.50–34.34, Zitat: 34.28–34.34.

die Anzeichen, dass etwas nicht stimmte, über einen längeren Zeitraum verdichtet. Er nahm sein Umfeld zunehmend anders wahr. Angstgefühle und Verunsicherung verstärkten sich. Abends nach dem Lichterlöschen hörte er Stimmen und er hatte Wahnvorstellungen. «Ich hatte immer Angst, ich müsse sterben.» An Schlaf war nicht mehr zu denken.[478] Dieses Mal hatte er bereits erste Erfahrungen im Umgang mit den Fachärzten gemacht. Seine damalige Freundin litt ebenfalls an einer psychischen Krankheit und nahm sich später das Leben. Er begleitete sie zu einem Arzttermin und wurde von ihrer Psychiaterin direkt auf ihren Verdacht einer bestehenden akuten Psychose angesprochen. Margreth wechselte daraufhin den Psychiater. Er erhielt ein neues Medikament (Seroquel) – «aber es war bereits zu spät, der Klinikaufenthalt war nicht mehr zu verhindern.»[479] Nach zwei Wochen brach Margreth in der Nacht zusammen und seine Eltern fuhren ihn direkt in den Notfall der Klinik Beverin.[480] Sie wurden nach Hause geschickt und der junge Mann kam in ein Beobachtungszimmer. Der diensthabende Psychiater machte auf Margreth und seine Eltern einen professionellen Eindruck. «Einen Angehörigen in der Klinik zurücklassen zu müssen, das ist ganz schlimm. Das werde ich nie vergessen», meinte seine Mutter rückblickend.[481]

Die erste Zeit seines Klinikaufenthaltes verbrachte Margreth auf einer geschlossenen Abteilung. Weil das bis dahin verwendete Medikament auch in einer Maximaldosierung nicht die gewünschte Wirkung zeigte, wurde auf ein anderes gewechselt (Risperdal). Die Ärztinnen und Ärzte hätten jedoch ein alternatives Medikament vorgezogen. Da Margreth durch einen Mitpatienten vor massiven Nebenwirkungen gewarnt worden war, weigerte er sich zunächst, dem ärztlichen Rat zu folgen. Erst auf weiteres Drängen der Ärztinnen und Ärzte hin willigte er ein, «und ich darf sagen, ich habe es nie bereut».[482] Bis heute nimmt er Leponex ein, seit Jahren in unveränderter Dosierung. Rückblickend bezeichnet Margreth die Suche nach dem richtigen Medikament von vier bis fünf Monaten als «relativ rasch». Andere «haben richtige Odysseen, bis sie etwas finden, dass nur mehr oder weniger funktioniert».[483]

Während seines siebenmonatigen Aufenthaltes fühlte sich der junge Mann in der Klinik «geschützt». Nicht selten kehrte er aus Wochenendurlauben früher als abgemacht nach Beverin zurück.[484] Dort fühlte er sich nicht allein und beurteilte seine Ärztinnen und Ärzte als kompetent. Das Pflegepersonal fand er einfühlsam im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen. Auch mit den Patientinnen und Patienten war das Verhältnis laut Margreth «gut bis sehr gut».[485] Als es ihm besser ging, arbeitete er tagsüber in der internen Druckerei, eine für ihn «sinnvolle Tätigkeit», die ihm gut tat und bei der er die Betreuung durch seinen Vorgesetzten sehr schätzte.[486] Mutter und Sohn sind sich einig, dass sie in dieser Zeit mit allen Fachpersonen «Glück» hatten. Brigitta Margreth engagiert sich im Vorstand der *Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken* (VASK, vgl. Kapitel 6.2.1) und hat oft Kontakt mit Angehörigen, die mit der Betreuung in den Kliniken unzufrieden sind. Ein wichtiges Kriterium für ihre positive Einschätzung war die Möglichkeit, als Angehörige jederzeit auf der Station oder bei den Ärztinnen und Ärzten anrufen zu können. Besonders dann, als ihr Sohn ihnen zu Beginn der Behandlung keine Vollmacht erteilt hatte und die Eltern nicht über den Gesundheitszustand ihres Sohnes informiert wurden.[487]

In dieser Zeit ging es auch Brigitta Margreth immer schlechter. Vor dem Zusammenbruch ihres Sohnes hatte sie beide Elternteile verloren. Der Verlust beider Eltern und die Krankheit des Sohnes belasteten sie so stark, dass sie in der Folge mit Depressionen zu kämpfen hatte.[488] Dies war der Moment, in dem sie der VASK beitrat, um sich mit anderen Angehörigen auszutauschen. Kurze Zeit später wurde sie bereits für die Mitarbeit im Vorstand angefragt. Für Ken Margreth und seine Eltern war die Akzeptanz der Krankheit ein Prozess, den sie unterschiedlich bewältigten. Lange hoffte sein Vater, dass der Sohn sich wieder ganz erholen würde. Das gemeinsame Gespräch zwischen den beiden Eheleuten war schwierig. In dieser Zeit war die VASK für Brigitta Margreth eine wichtige Stütze. Sie kämpfte mit starken Schuldgefühlen, auch gegenüber ihrer Tochter, für deren Bedürfnisse wenig Platz war neben der Krankheit ihres Bruders. Ken Margreth akzeptierte seine Krankheit

478 Ebd., Aufnahme 1, 1.21–2.32, Zitat: 2.30–2.32
479 Ebd., 11.01–11.44, 12.01–12.09.
480 Ebd., 12.30–14.35.
481 Ebd., 14.39–15.50.
482 Ebd., 16.00–17.18, Zitat: 17.14–17.18.
483 Ebd., 17.20–18.13, Zitat: 18.05–18.13.
484 Ebd., 18.20–18.59 und 21.40–22.00.
485 Ebd., 19.10–20.15.
486 Ebd., 20.16–21.20.
487 Ebd., 22.02–22.13.
488 Ebd., 24.00–24.22.

schneller. Für ihn war rasch klar, dass er auch mit einer psychischen Krankheit ein für ihn «lebenswertes Leben» führen kann. Mutter und Sohn fanden früh das gemeinsame Gespräch.[489]

Nach sieben Monaten verliess Ken Margreth die Klinik. Einige Wochen zuvor thematisierte der Oberarzt gegenüber dem jungen Mann erstmals einen möglichen Austritt.[490] Im Anschluss an den stationären Aufenthalt besuchte Margreth die Tagesklinik, arbeitete tagsüber weiterhin in der Druckerei und ging abends nach Hause.[491] Nachdem ihm eineinhalb Jahre danach eine IV-Rente zugesprochen wurde, musste er sich nach einer anderen Arbeitsstelle umsehen. Nach einer Zwischenstation begann Margreth 2009 bei «Chur at Work», das neben Arbeitsplätzen auch arbeitsintegrative Unterstützung anbietet, als Festangestellter zu arbeiten. In seinen Aufgabenbereich fallen Kundenarbeiten, etwa im Postversand, in der Abschrift der Grossratsprotokolle und weitere Büroarbeiten.[492] Sein Arbeitstag kann Margreth seinen Möglichkeiten anpassen. So führen die Medikamente zu einer morgendlichen Müdigkeit, die einen Arbeitsbeginn vor halb zehn verunmöglichen.[493] Trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen führt Margreth ein in vielen Bereichen eigenständiges Leben und erledigt alltägliche Dinge wie die Medikamenteneinnahme oder administrative Arbeiten selbst. Dies ist ihm und seiner Mutter wichtig. Mit Blick auf die Zeit, wenn sie älter ist und ihrem Sohn nicht mehr als Ansprechpartnerin zur Verfügung stehen kann, möchte Brigitta Margreth möglichst wenige Abhängigkeiten schaffen.[494]

Zu Beginn seiner Erkrankung war für Ken Margreth das therapeutische Gespräch ein wichtiger Aspekt im Prozess der «Normalisierung». In der Zwischenzeit werden die Termine vor allem für die Übergabe des Rezeptes genutzt. Solange es Margreth gut geht, ist ein therapeutischer Kontakt für ihn nicht notwendig. Nach der ersten, schwierigen Erfahrung mit einem Psychiater fand er bereits beim zweiten Anlauf den für ihn passenden Arzt. Dass sich diese Suche mitunter schwierig gestalten kann, ist den beiden aus vielen Erzählungen bekannt. «Die guten Psychiater sind nicht umsonst immer ausgebucht», meint Ken Margreth.[495]

Die Einnahme der Medikamente empfindet er zwar gelegentlich als lästig, «dennoch bin ich froh, dass es sie gibt».[496] Seit seinem Austritt aus der Klinik hat er keinen Rückfall mehr erlitten.[497] Den Medikamenten spricht er dabei einen grossen Anteil an diesem «seltenen» Erfolg zu. Dafür ist er bereit, weitere Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen, wie Verdauungsprobleme und eine starke Gewichtszunahme. «Ich bewundere ihn, wie er das stoisch trägt», meint seine Mutter dazu, auch mit Blick auf mögliche Diskriminierungen deswegen.[498] Im familiären und sozialen Umfeld gab es wenig negative Reaktionen und aus dem Kreis der Familie zog sich niemand aufgrund der Erkrankung von Ken Margreth zurück. Und wieder bezeichnen die beiden dies als ein «Glück».[499] Ken Margreth geht offen mit seiner psychischen Erkrankung um. Sie zu verstecken, stellt er sich anstrengend vor. Spätestens wenn ein Gespräch auf die berufliche Tätigkeit fällt, wird auch seine psychische Erkrankung zum Thema.[500] Margreth geht gerne auf Menschen zu und isoliert sich nicht. Eine Eigenschaft, die seine Mutter bewundert: «Ich hätte nicht den Mut so auf Menschen zuzugehen, wie er es kann.»[501] Für ihn ist eine «gute Durchmischung» von Personen in seinem Umfeld wichtig, bei der die Gesundheit eines Menschen nicht im Vordergrund steht.[502]

Autofahren ist Ken Margreths grosses Hobby. Mit der Lastwagenprüfung wollte er es zum Beruf machen und Carchauffeur werden. Die Prüfung bestand er, mitten in der Psychose. Aufgrund der Erkrankung musste er den Fähigkeitsausweis zur beruflichen Ausübung jedoch wieder abgeben.[503] Auf langen Fahrten findet Margreth immer wieder Ruhe. Für diese Freiheit ist er bereit, auf eine eigene Wohnung zu verzichten, und wohnt bis heute bei seinen Eltern.[504] Mit einer IV-Rente und Ergänzungsleistungen ist nicht beides möglich.[505] Neben den gesundheitlichen und sozialen Ein-

489 Ebd., 24.30–29.24; ebd., Aufnahme 2, 8.50–9.20.
490 Ebd., 29.30–30.30.
491 Ebd., 29.45–30.58.
492 Ebd., 30.50–31.50; https://www.churatwork.ch/berufliche-perspektiven/, Zugriff: 03.01.2020 (ursprünglich Salabim).
493 Interview mit Ken und Brigitta Margreth, Aufnahme 1, 34.35–34.45.
494 Ebd., Aufnahme 2, 0.10–1.34; 8.25–8.30.21.10; 27.00–28.15; ebd., Aufnahme 1, 52.40–55.22.
495 Ebd., Aufnahme 2, 04.40–6.59.
496 Ebd., Aufnahme 1, 24.54–34.58.
497 Ebd., 35.05–35.27.
498 Ebd., 35.50–37.01, Zitat: 36.05–36.09.
499 Ebd., 36.50–37.45, Zitat: 37.48–38.30.
500 Ebd., 38.50–39.55.
501 Ebd., 50.23–50.28.
502 Ebd., 40.00–41.47.
503 Ebd., 44.30–45.33.
504 Ebd., 48.00–48.46.
505 Ebd., 43.00–44.13, Zitat: 44.00–44.13.

schränkungen bringt eine langfristige psychische Erkrankung gravierende Einschnitte in der finanziellen Selbständigkeit mit sich.

Für Ken und Brigitta Margreth haben sich die Grenzen von «Krankheit» und «Gesundheit» in den letzten Jahren verschoben. «Für mich ist vieles noch normal», meint Ken Margreth.[506] Und seine Mutter ergänzt: «Am Anfang sah ich die kranken Menschen. Je länger ich mich mit der Thematik befasse, je mehr sehe ich das Gesunde im Menschen. Es ist wichtig, das Gesunde zu betonen.»[507] Nicht nur im eigenen Empfinden, auch in der öffentlichen Debatte sehen Ken und Brigitta Margreth eine Veränderung in jüngster Zeit, die in diese Richtung weist. Gleichzeitig betont Brigitta Margreth, dass vor allem in den Talschaften Graubündens psychische Krankheiten noch immer tabuisiert und versteckt würden.[508] Neue, bildgebende Verfahren könnten einen Beitrag zur Entstigmatisierung leisten, weil sie bestimmte psychische Krankheitsbilder sichtbar machten. Für Ken Margreth jedoch änderte diese Möglichkeit wenig. Sein MRI (Magnetresonanztomographie) wollte er nicht sehen: «Es war ja lediglich eine Bestätigung dafür, was für mich bereits feststand.»[509]

506 Ebd., Aufnahme 2, 21.10–21.16, Zitat: 21.13–21.16.
507 Ebd., 22.38–22.53.
508 Ebd., 23.35–24.59.
509 Ebd., 11.00–13.05, Zitat: 12.50–13.05, 13.40–13.45.

6 Psychiatrie als Dienstleistung: Entwicklungen seit 1990

Am Ende der 1980er Jahre befanden sich die Psychiatrie und die Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen in Graubünden in Bewegung. Mit dem Aufbau ambulanter Strukturen, auch in einzelnen Regionen des Kantons, wurden die Kliniken durchlässiger und immer mehr zu einem möglichen Teil psychiatrischer Behandlung, aber bei weitem nicht dem einzigen. Sozialpsychiatrische Ansätze führten zur Erweiterung des therapeutischen Angebots, das sich auch in einer zunehmenden Spezialisierung niederschlug. Gleichzeitig zeichnete eine negative Medienberichterstattung rund um die Arbeitsbedingungen und Führungsstrukturen in der multifunktionalen Anstalt Realta-Beverin sowie über die erbbiologischen Studien und eugenischen Sichtweisen der Chefärzte in der Klinik Waldhaus das Bild einer stationären Psychiatrie, die in vielen Bereichen reformbedürftig war.

Mit der Pensionierung Benedikt Fontanas stellte sich 1990 erneut die Frage nach der künftigen Organisationsstruktur und einer möglichen Anpassung an aktuelle Herausforderungen. Die bis dahin verschobene Diskussion über eine mögliche Zusammenlegung der medizinischen Leitung beider Kliniken wurde wieder aufgenommen. Allerdings hielten die Akteure am Modell der getrennten Führungsstrukturen auf Chefarztebene fest. Nachdem seit 1973 ein gemeinsamer Verwalter amtete, wurden nach der Demission von Peider Ganzoni, der auf die Leitung der Strafanstalt Realta wechselte, unter Berücksichtigung der zunehmenden Verwaltungsaufgaben zwei Stellen geschaffen.[1] Bei den anstehenden Neubesetzungen umging die Regierung die dafür zuständige Aufsichtskommission und setzte stattdessen eine Wahlkommission für die Berufungsverfahren ein.[2] In diesem Vorgehen zeigt sich eine deutliche Schwächung dieses Aufsichtsgremiums, das 1997 schliesslich aufgelöst wurde.[3] Gleichzeitig signalisierte die Regierung damit eine Sensibilität auf die vorangegangenen Diskussionen und Untersuchungen. Die Wahl des neuen Chefarztes der Klinik Waldhaus sollte ein Zeichen des Aufbruchs darstellen. Auf Benedikt Fontana folgte 1991 der 37-jährige Markus Bünter.[4]

Ähnlich wie König 1984 fand auch Bünter laut eigenen Aussagen bei seinem Amtsantritt eine im Vergleich zu anderen Regionen der Schweiz schwach ausgebaute psychiatrische Grundversorgung vor. Er sah insbesondere Nachholbedarf bei den stationären Angeboten. Deshalb waren ihm deren Ausbau und deren Modernisierung ein grosses Anliegen. Er fand Unterstützung in einem «dynamischen» Pflegeteam, «mit dem viel Neues möglich war». Politik und Verwaltung standen ebenfalls hinter seinen angestrebten Neuerungen und forderten diese bisweilen sogar.[5] Mit den Neuwahlen beschloss die Bündner Regierung auch eine klare geografische Aufteilung der Zuständigkeiten, vor allem mit Blick auf den weiteren Ausbau des ambulanten Angebots.[6] Fortan zeichnete die Klinik Beverin für die Surselva, das Engadin und

1 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Organisation der Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, des Wohnheimes Rothenbrunnen und der Anstalt Realta; Bericht der Arbeitsgruppe Beverin/Waldhaus vom 19. April 1990, S. 10; ebd., Bericht der Arbeitsgruppe Beverin/Waldhaus zur Organisation der Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, des Wohnheimes Rothenbrunnen und der Anstalt Realta vom 19. April 1990 und Regierungsprotokoll, Sitzung vom 14. Mai 1990, Nr. 1237.

2 Auch wenn diese Aufgabe laut entsprechender Verordnung bei der Aufsichtskommission lag. Sitzungsprotokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Juli 1990, S. 3; VOPK vom 5. November 1990. Mitglieder der Wahlkommission waren der zuständige Regierungsrat, die beiden Chefärzte der psychiatrischen Kliniken, der Departementssekretär, der Verwalter sowie eine Vertretung des Personal- und Organisationsamtes. Protokolle der Aufsichtskommission, Sitzungen vom 14. Mai 1990, Nr. 1237, 3. Juli 1990, S. 3, 3. September 1973, Nr. 1939, 12. November 1974, S. 5.

3 Ebd., 6. Juni 1995, S. 3, 22. April 1996, S. 4; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 4. November 1996, Nr. 2489.

4 Mit Bünter wurde nach Singeisen und Pflugfelder erneut ein Chefarzt in die Klinik Waldhaus berufen, der seine ersten beruflichen Erfahrungen in Basel gesammelt hatte. Bünter behielt seine Kontakte nach Basel unter anderem durch regelmässige Inter- und Supervisionen mit seinem ehemaligen Vorgesetzten. Interview mit Markus Bünter, 2.20–2.30, 1.23.30–1.24.00, 1.25.35–1.25.55.

5 Ebd., 9.36–9.40; 40.50–43.30.

6 Verordnung über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin/Wohnheim Rothenbrunnen 1990.

die Südtäler verantwortlich, die Klinik Waldhaus für die Bezirke Plessur, Ober- und Unterlandquart. Bei entsprechender Kapazität hatten Patientinnen und Patienten weiterhin die Möglichkeit zu wählen, in welcher Klinik sie stationär behandelt werden sollten.

Die Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung verlief in den folgenden Jahrzehnten im Kanton Graubünden dynamisch. Dabei werden drei Tendenzen der Ausdifferenzierung sichtbar, die bis heute ihre Fortführung finden. Erstens beinhaltete die weitere Entwicklung die Fortsetzung des begonnenen Aufbaus einer psychiatrischen Grundversorgung in den Regionen und ergänzend dazu einen Ausbau im stationären und teilstationären Bereich. Sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Kliniken finden sich dynamische Ausdifferenzierungen, die sich an sozialpsychiatrischen Ansprüchen orientierten. Immer mehr Patientinnen und Patienten wurden in teilstationären und ambulanten Angeboten betreut, die als Brücken zwischen der stationären Unterbringung und der Wiedereingliederung in die Gesellschaft dienten. Dies hatte zur Folge, dass die Aufenthaltsdauern in den psychiatrischen Kliniken erneut kürzer wurden und die Bettenbelegung weiter schrumpfte. Die psychiatrischen Kliniken wurden immer stärker zu einem Ort der akuten Krisenintervention. Dies bedingte aber auch, dass Lösungen für jene Menschen zu finden waren, die durch eine psychische oder geistige Behinderung auf eine längerfristige klinikexterne Betreuung angewiesen waren.

In Zusammenarbeit mit der öffentlichen Verwaltung begleiteten die Chefärzte diese Entwicklung mit einer intensiveren und offensiven Öffentlichkeitsarbeit, in jüngster Zeit vermehrt unter Einbezug von Kommunikationsfachleuten. Sie sollte der Stigmatisierung der Psychiatrie, psychischer Krankheiten und psychisch kranker und behinderter Menschen entgegenwirken. Gleichzeitig wurde die Behandelbarkeit fast aller psychischen Erkrankungen suggeriert. Ausserdem erlaubten effizientere therapeutische Massnahmen eine stetige Reduktion der Behandlungsdauern.

Zweitens fand eine stärkere Reflexion der eigenen Arbeit auf ärztlicher und pflegerischer Ebene statt. Leitbilder und (Stations-)Konzepte formulierten Leitsätze zur Arbeitsphilosophie sowie zum täglichen Handeln und definierten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen der Mitarbeitenden. Sie wurden zu Orientierungshilfen im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung und waren gleichzeitig eine Reflexionsfolie hinsichtlich der Ziele einer Gesundheitsinstitution und ihrem Niederschlag in der Praxis. Die Messbarkeit und der Nachvollzug der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Betreuung wurden wichtiger und führten gesamtschweizerisch zum Ausbau komplexer Qualitätssicherungsverfahren mit entsprechender Dokumentation, die nicht zuletzt auch der juristischen Absicherung des Gesundheitspersonals diente.[7] In dieser Entwicklung nahmen Begleitung, Aufklärung und Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten einen zusehends grösseren Stellenwert ein. Zur Stärkung der Patientenrechte und einem verbesserten Einbezug von Angehörigen leisteten Betroffenenorganisationen wie die *Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und psychisch Kranken (VASK)* einen wesentlichen Beitrag. Diese Entwicklungen fanden zunehmend in einem überkantonalen, mitunter internationalen, organisierten Austausch aller beteiligten Berufsgruppen und Institutionen statt.

Drittens wurde das staatliche Gesundheitswesen in den 1990er und den 2000er Jahren verstärkt an einer marktwirtschaftlichen Logik ausgerichtet. Diese übergeordnete Entwicklung prägte auch die psychiatrische Versorgung im Kanton Graubünden. Messbarkeit, Dokumentation und Überprüfbarkeit erhielten nach dem 1996 eingeführten Krankenversicherungsobligatorium, auch mit Blick auf die steigenden Gesundheitskosten, ein stärkeres Gewicht und wirkten sich unmittelbar auf die Arbeit auf den Stationen aus. Die zunehmende Bedeutung ökonomischer Überlegungen wiederspiegelt sich zudem in der Organisationsstruktur der einzelnen Kliniken, indem etwa die Rolle des Verwaltungsverantwortlichen wichtiger wurde. Der Druck, die psychiatrische Versorgung schneller an dynamische Entwicklungen und Veränderungen medizinischer, pflegerischer und wirtschaftlicher Bedürfnisse und Rahmenbedingungen anzupassen, stieg. Die psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und die Kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen wurden 2002 schliesslich aus der kantonalen Verwaltung ausgelöst und in die zu diesem Zweck per Gesetz errichtete öffentlich-rechtliche Anstalt *Psychiatrische Dienste Graubünden* (PDGR) überführt. Seit 2019 gehört auch die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (KJP) als eigenständiges Fachgebiet den PDGR an (vgl. Kapitel 5.3.7).

7 Interview mit Andres Schneeberger, 2:16:40–2:18:38.

6.1 Von der Klinik zum psychiatrischen Zentrum – Weiterführung des Versorgungsausbaus

Die dynamische Entwicklung psychiatrischer Angebote für Erwachsene auf unterschiedlichen Ebenen führte zu einer heute umfangreichen Palette von Dienstleistungen, in die sowohl freipraktizierende Psychiaterinnen und Psychiater als auch Therapeutinnen und Therapeuten sowie private Organisationen – hier vor allem im Bereich geschützter Arbeitsstätten – eingebunden wurden. Die PDGR sind 2019 mit 1'213 Mitarbeitenden ein grosser Arbeitgeber im Kanton und darüber hinaus.[8] Darin zusammengeschlossen sind heute zwei psychiatrische Kliniken, eine Privatklinik auf dem Gelände der Klinik in Cazis, sieben Tageskliniken, davon eine ausserhalb des Kantons, zehn Standorte ambulanter Dienste, fünf Wohnheime oder Wohngruppen, drei geschützte Arbeitsstätten (ARBES) sowie einer opiatgestützte Behandlungsmöglichkeit in Chur (vgl. Karte 1).[9] Neben dem Angebot für psychisch kranke und behinderte Menschen ist darin auch ein Wohnheim mit vier Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung enthalten.

In den vergangenen dreissig Jahren erfuhren nicht nur das Angebot einen Wandel, sondern auch die Aufgaben, die durch gesellschaftliche Veränderungen an die Psychiatrie herangetragen wurden. Der von der Psychiatriekommission Graubünden erstellte Psychiatriebericht von 2009 nannte vor allem eine verlängerte Lebenserwartung, den Anstieg von Mehrfacherkrankungen im letzten Lebensabschnitt sowie eine «zunehmende Durchmischung mit Menschen aus anderen Sprach- und Kulturbereichen» als entscheidende Faktoren für Veränderungen im Behandlungsbedürfnis unterschiedlicher Patientengruppen.[10] Die Verfasser sahen im gesellschaftlichen Wandel, der viele Bereiche des Alltags sowie des familiären Zusammenlebens erfasste, weitere Gründe für zunehmende «Überforderungsreaktionen mit entsprechenden psychischen und psychosomatischen Störungen». Konkret erwähnte der Bericht den Anstieg der Ehescheidungen oder die Zunahme der Arbeitslosigkeit.[11] Damit wurden statistisch nachvollziehbare gesellschaftliche Veränderungen angesprochen, mit denen seit vielen Jahrzehnten im Kontext sozialer Herausforderungen argumentiert wurde. Der Psychiatriebericht von 2009 ortete zugleich Versorgungslücken im ambulanten und regionalen Bereich, die noch wenige Jahre zuvor nicht als Bedürfnis erkannt worden waren, darunter beispielsweise «gemeinde-integrierte Dienste zur Krisenintervention und Akutbehandlung» oder «mobile Equipen [und] Möglichkeiten für Behandlungen zu Hause».[12]

Vor diesem Hintergrund entwickelten die Verantwortlichen im Kanton Graubünden in den letzten beiden Jahrzehnten sowohl das stationäre wie das teilstationäre Angebot in der Psychiatrie weiter. Vier beispielhafte Felder werden im Folgenden genauer beleuchtet, um diesen Ausdifferenzierungsprozess vorzustellen. Eine gesamthafte Auflistung des heutigen Angebots würde den Rahmen dieser Studie sprengen. Die folgende Darstellung konzentriert sich deshalb auf die durch kantonale Institutionen erbrachten Leistungen und beleuchtet diese aus einer organisatorischen Perspektive.

6.1.1 Ein längst überfälliger Umbau der psychiatrischen Klinik Waldhaus

Im Rahmen der Diskussionen um eine Gesamtplanung des Gesundheitswesens und später der psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden war die längst fällige Sanierung der Klinik Waldhaus immer wieder hinausgeschoben worden.[13] Mitte der 1980er Jahre war dies nicht mehr möglich und die Aufsichtskommission fand in der Vernehmlassung zum Psychiatrie-Konzept 1985 deutliche Worte: «Auch die vorhandenen sanitären Einrichtungen liessen sich nicht mehr länger ver-

8 Portrait PDGR (2019), S. 5 (Onlineversion). Für eine Eigeneinschätzung der PDGR als Arbeitgeber vgl. PDGR (2017), S. 26–27.

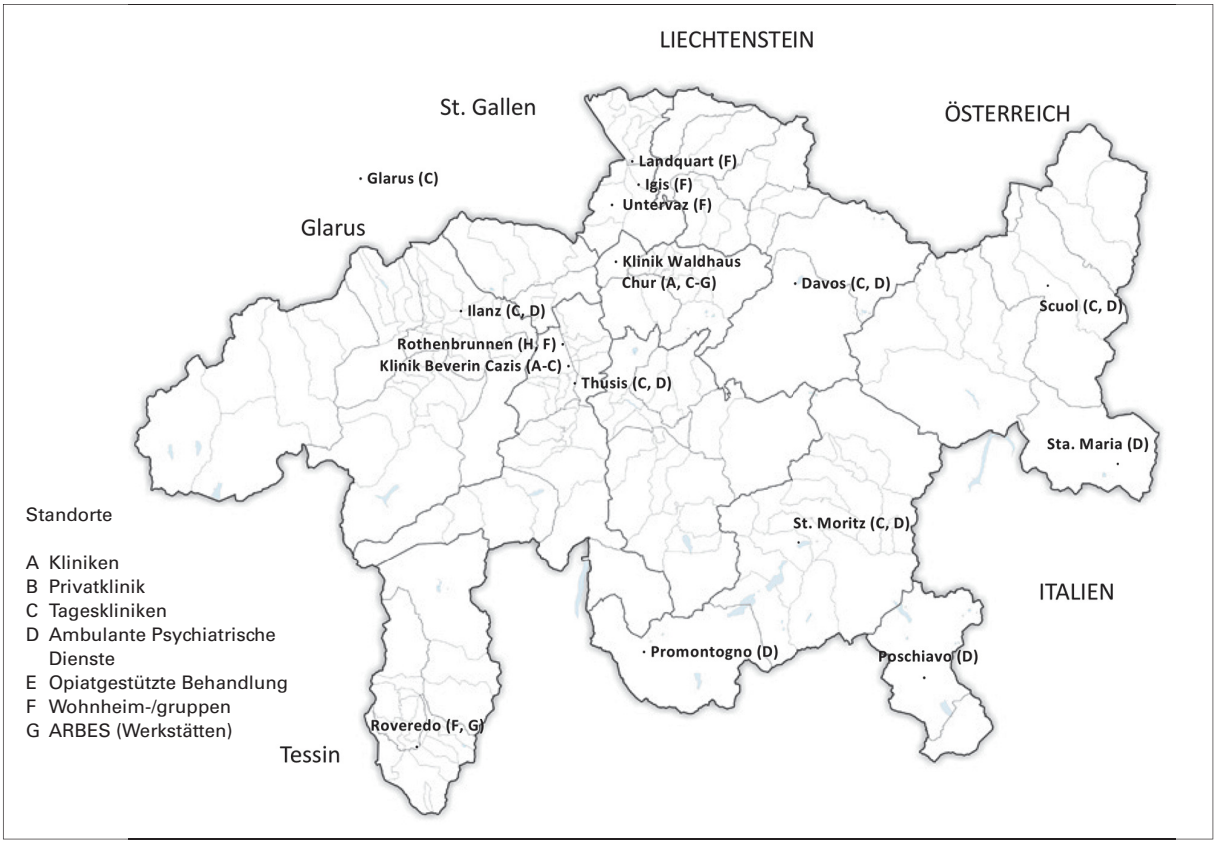
9 Jahresbericht PDGR 2017, S. 16.

10 Psychiatriebericht 2009, S. 21. Was diese Entwicklungen im Arbeitsalltag für die einzelnen Berufsgruppen und für betroffene Personen bedeutet, konnte im Rahmen dieser Studie nicht dargestellt werden.

11 Ebd.

12 Ebd.

13 Noch bevor der Bericht des Schweizerischen Roten Kreuzes neben Führungsschwächen auch infrastrukturelle Mängel bezeichnete, hatte das kantonale Bauamt bereits 1976 auf gravierende Mängel hingewiesen. Diese betrafen neben der Patientenunterbringung auch sanitäre Anlagen, Schutzräume oder Versorgungsräume wie die Küche. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gutsbetrieb Waldhaus: Studie über die Weiterentwicklung der Psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, durch das Hochbauamt, Oktober 1974, S. 5.



Karte 1: Geografische Verteilung Angebote PDGR (2017)
Quelle: Nach Jahresbericht PDGR 2017, S. 16.

antworten.»[14] Was dies konkret bedeutete, veranschaulicht folgende Passage:

> *«Die Patienten sind grösstenteils in Mehrbettzimmern untergebracht, und für persönliche Bedürfnisse steht wenig Raum zur Verfügung. Männer und Frauen bewohnen die Räume in getrennten Abteilungen. Die auf die heute bestehenden Raumverhältnisse ausgerichtete Behandlungsweise erschwert oder verunmöglicht zum Teil in hohem Masse eine Therapie nach den neuen Erkenntnissen der Psychiatrie. Die erforderliche wohnliche und familiäre Atmosphäre in Form kleinerer Abteilungen ist nur in wenigen Fällen möglich. Freizeiträume, Gemeinschafträume und die Gelegenheit, mit Angehörigen und Bekannten die Zeit zu verbringen, fehlen beinahe gänzlich. Die eintretenden Patienten erschrecken ab der räumlichen Atmosphäre und müssen meist zuerst durch intensive menschliche Nähe zur Mitarbeit motiviert und gewonnen werden. Die Klinik liegt wohl parkähnlich an ruhiger Lage, doch können gehbehinderte Patienten auf den meisten Abteilungen nur schwer in den Garten gelangen. Obere Stockwerke sind oft schlecht erschlossen. Auch die betriebliche und technische Infrastruktur der Klinik ist dringend sanierungsbedürftig. Die Heizungs-, Sanitär- und Elektroinstallationen der meisten Bauten sind veraltet und teilweise kaum mehr funktionstüchtig.»*[15]

Der Entscheid, weiterhin beide Kliniken als Vollkliniken zu betreiben, schloss gleichzeitige und umfangreiche Bauvorhaben an beiden Standorten aus. Die von König als notwendig erachtete Sanierung der Klinik Beverin musste warten. Damit ergab sich eine ähnliche, diesmal jedoch umgedrehte Situation wie zu Beginn der 1970er Jahre, als Pflugfelders Um- und Ausbaubegehren

14 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 451, 463.

15 Ebd., S. 469.

zugunsten des Neubaus in Beverin bis nach der Jahrtausendwende warten mussten.[16]

Bei der Erarbeitung des Bauvorhabens in Chur war zunächst Benedikt Fontana als Vertreter der Psychiatrie involviert, wurde aber 1984 durch König ersetzt. Fontana erklärte später, er könne sich mit dem Neubau nicht identifizieren und plädierte dafür, dass früher als geplant sein Nachfolger bestimmt werden sollte, um diesen in die Planung miteinzubeziehen.[17] König blieb sein Stellvertreter in der Baukommission und war massgeblich an der Neukonzeption der psychiatrischen Klinik Waldhaus beteiligt.[18] Für die Umsetzung, bei der ein Teil der alten Bausubstanz erhalten bleiben sollte, wurde 1988 ein Betriebs- und Betreuungskonzept erstellt. Darin wurden die infrastrukturellen Bedürfnisse für den künftigen Betrieb und die Betreuung der Patientinnen und Patienten eingehend abgeklärt. Dies wiederspiegelt die unterschiedlichen Ansprüche der einzelnen Abteilungen und therapeutischen Angebote, ebenso komplexer gewordene Anforderungen im Hotellerie- und Ökonomiebereich.[19] Erstmals wird ein vergrösserter Raum- und Personalanspruch der Verwaltung sichtbar. Nach dem Umbau waren keine Patientinnen und Patienten mehr im Hauptgebäude untergebracht. Ein Grossteil des Hauptgebäudes wurde mit Büros besetzt.

Das Betriebs- und Betreuungskonzept listete sämtliche betrieblichen Abläufe auf, die für die bauliche Umsetzung von Bedeutung waren. Es legte fest, wie eine Ware in die Klinik kommt, wie sie dort verarbeitet oder verteilt wird und wie sie die Klinik gegebenenfalls wieder verlässt. Das bedeutete beispielsweise für die geplante Cafeteria, dass neben den späteren Verkaufs- und Konsumationsräumlichkeiten auch Lagerräume vorhanden sein mussten. Jede Organisationseinheit erhielt ein entsprechendes Konzept, vom technischen Dienst über die Betriebsfeuerwehr bis hin zur Reinigung der Patientenwäsche und Dienstkleidung.[20] Bei der Planung wurde, anders als in Beverin, auf eine hausinterne Küche verzichtet. Das Essen wurde vom Frauenspital zugeliefert – ein Umstand, der in den folgenden Jahren verschiedentlich bemängelt wurde.[21] Hier manifestierte sich, trotz eines substantiellen Umbaukredits von über 30 Millionen Franken, die seit den 1970er Jahren angestrebte Gesamtkoordination der Ausgaben im Gesundheitswesen. Da das Frauenspital kurz zuvor eine neue Küche erhalten hatte, waren dem Kanton die Kosten für eine eigenständige Küche im Waldhaus zu hoch. Mit dem Bau wurden Abläufe, aber auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten neu gedacht und organisiert. Die Patientenzimmer wurden verkleinert und boten Raum für ein, zwei oder vier Betten. Neu besassen alle Zimmer eine Waschmöglichkeit mit Toilette. Mit besonderem Blick auf akute Krisensituationen, die unter anderem mit «Unruhe und Spannungen» einhergingen, gab der ehemalige Psychiatriepfleger Vitus Bass zu bedenken, dass die Patientensicht beim Bau zu wenig berücksichtigt wurde. Er hätte es bevorzugt, auf den Akutaufnahmestationen ausschliesslich Einzelzimmer einzurichten: «Patientinnen und Patienten, die sich in Krisen und Stresssituationen befinden, benötigen Räumlichkeiten, in denen sie nicht noch zusätzlich negativen Reizen ausgesetzt sind», so Bass.[22]

Zum bestehenden Hauptgebäude hinzu beinhaltete die Neugestaltung zweistöckige Wohnhäuser, die im Pavillonsystem errichtet wurden (vgl. Abbildungen 13 und 14). Die Gestaltung des Gartens, inklusive «Kunst am Bau»-Objekte, waren Teil des Gesamtkonzeptes (vgl. Bildstrecke).

Das Bündner Stimmvolk genehmigte die vom Grossen Rat gesprochenen Mittel und stützte damit den Entscheid der Regierung, an zwei Kliniken festzuhalten.[23] Trotz einzelner Vorbehalte war mit dem Um- und Neubau der Klinik Waldhaus eine längst fällige infrastrukturelle Anpassung vorgenommen worden, die dem Anspruch auf eine individuellere Betreuung besser Rechnung trug und in der Klinik Waldhaus neue Voraussetzungen für die Umsetzung der psychiatrischen Betreuung schuf. Dieser Meinung war auch der zuständige Regierungsrat, Peter Aliesch, der nach vierjähriger Bauzeit die «optimalen Voraussetzungen» zur sozialpsychiatrischen Versorgung nun ebenso im stationären Bereich für gegeben hielt. «Unsere Institution [hat sich] auch in diesem Bereich von

16 Die Sanierung der Klinik Beverin wurde 1996 vom Bündner Stimmvolk gutgeheissen und 2004 fertiggestellt.

17 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 9. Juni 1988, S. 4.

18 Ebd., 11. Juni 1993, S. 6–7.

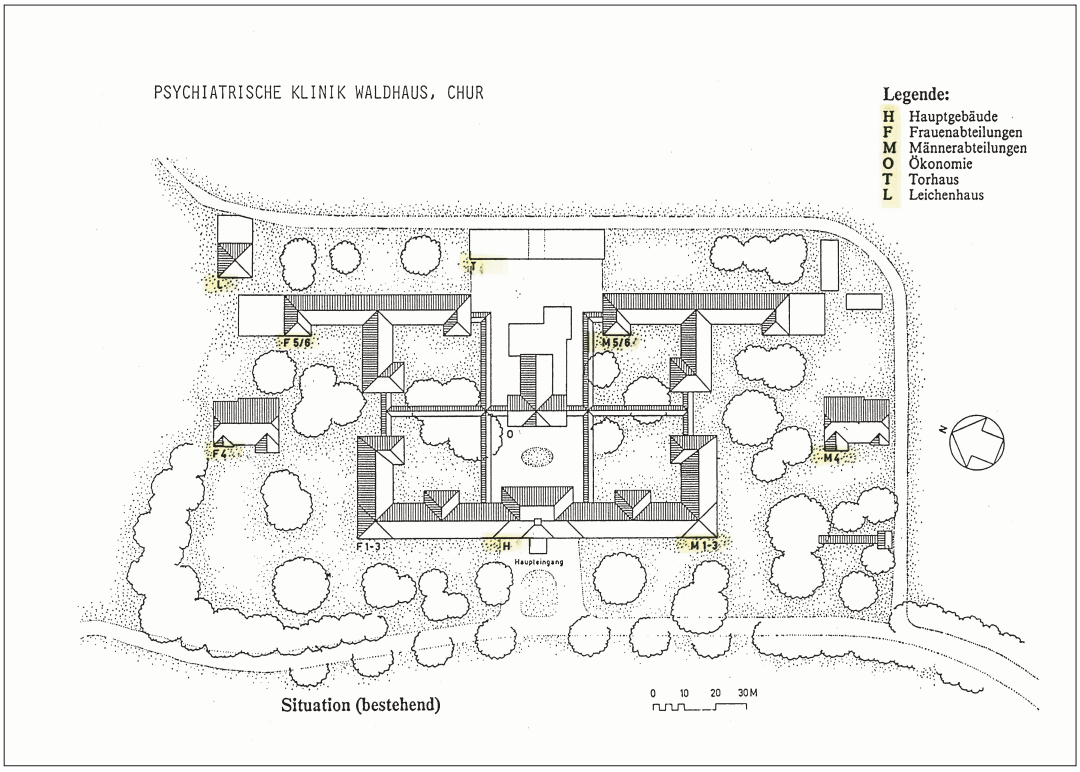
19 Betriebs- und Betreuungskonzept Waldhaus 1988, S. 7, 9, 13, 18–19, 22–24.

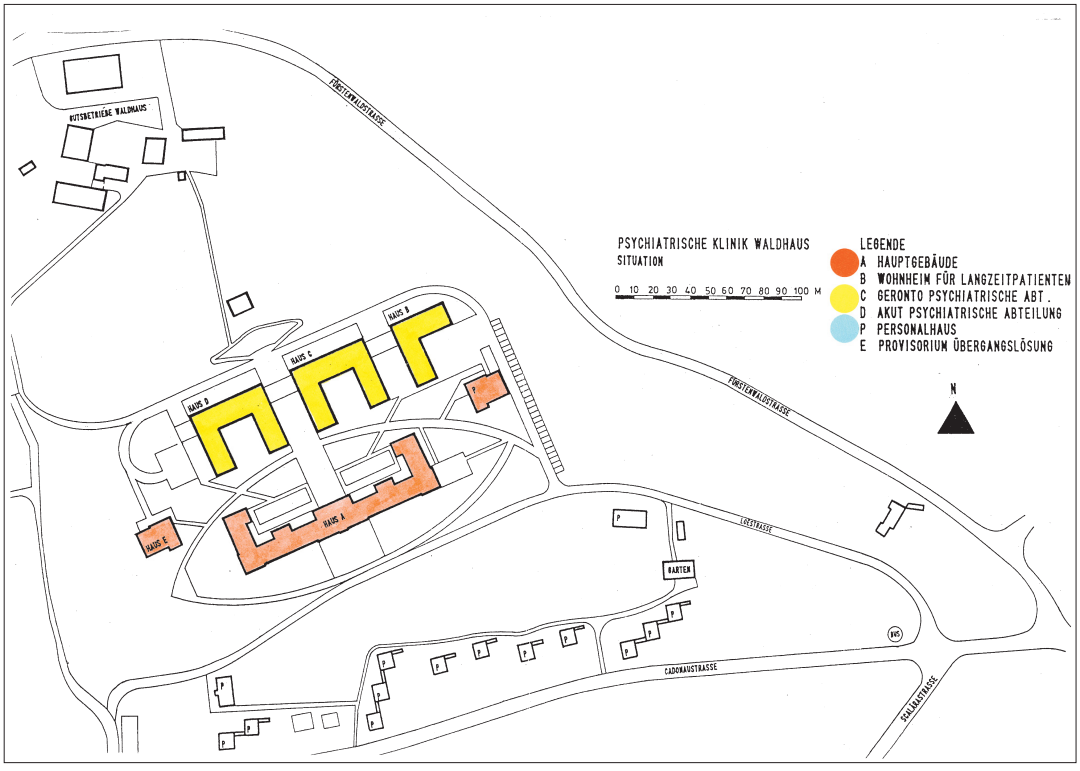
20 Ebd., S. 27–31, 38–39, 52–53.

21 Ebd., S. 471–473, 489.

22 Interview mit Vitus Bass, 2.10.30–2.11.13, 2.11.20–2.11.40; schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

23 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 485; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 3.





Abbildungen 13 und 14: Auszüge aus den Bauplänen (Situation bestehend 1986 und Situation nach dem Umbau 1994)

Quelle: Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 476 und Verwaltungsarchiv Waldhaus Kant. Psych. Klinik Waldhaus: Fotodokumentation, April 1994, Hochbauamt Graubünden1994. Fotograf: Fachatelier Reto Reinhardt.

der Psychiatrischen Klinik weg hin zu einem Sozialpsychiatrischen Zentrum entwickelt.»[24]

6.1.3 Externe Wohngruppe «Casanna» – Übernahme eines privat initiierten Wohnangebots

Die psychiatrischen Kliniken waren historisch bedingt an der Ausbildung einzelner Wohnheime für erwachsene Menschen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung mitbeteiligt (vgl. Kapitel 5.2). Daneben entstanden vor allem kleinere Einrichtungen aufgrund privater Initiativen. 1992 führten neue Richtlinien der Invalidenversicherung zur Übernahme privat oder kommunal geführter Wohnheime durch die beiden psychiatrischen Kliniken. Dies, weil erstere die Richtlinien aufgrund zu kleiner Einheiten nicht mehr erfüllen konnten. Dazu gehörten das Wohnheim Paspels, das bis dahin im Verantwortungsbereich des kantonalen Sozialamtes gelegen hatte, und die Wohngruppe an der Florastrasse in Chur, die seit 1990 vom *Hilfsverein für psychisch kranke Menschen* betrieben worden war (vgl. Nahaufnahme 1).[25]

Die neuen Richtlinien sahen vor, dass für den Erhalt weiterer finanzieller Mittel aus der Invalidenversicherung mindestens zwölf Plätze pro Organisation angeboten werden mussten, weshalb Kooperationen notwendig wurden.[26] Im Rahmen dieser Entwicklung übernahm die Klinik Waldhaus 1993 das Wohnheim an der Florastrasse. Ergänzend zum internen Wohnheim mit 30 Plätzen verfügte die Klinik Waldhaus nun auch über ein externes Angebot mit zusätzlich fünf Wohnplätzen.[27] Kurz nach dem Entscheid zur Zusammenführung wurde der Mietvertrag von Vermieterseite aufgelöst, so dass die Übernahme mit der Suche nach einem neuen Standort zusammenfiel.[28] Die Neuorganisation und die Eröffnung der *Wohngruppe Casanna* am neuen Standort nutzte der Chefarzt, um psychische Behinderungen und ihre Folgen ausführlich darzulegen. Er schrieb dazu im Jahresbericht von 1993:

> *«Psychische Krankheiten kann man zwar nicht immer heilen, aber man kann mit geeigneten Massnahmen die Symptome mildern und damit die Dauer des Klinikaufenthaltes abkürzen. Im Gegensatz zu früher muss der psychisch kranke Patient in den meisten Fällen nicht mehr auf Dauer in der psychiatrischen Klinik bleiben. Er kann beispielsweise unter beschützenden Bedingungen im Wohnheim, in der Wohngemeinschaft, bei Angehörigen, Freunden oder alleine leben. Daher sind heute zu den früher üblichen Behandlungsmethoden entweder im Spital oder beim Hausarzt zusätzlich beschützende Wohnheime und geschützte Arbeitsstätten getreten, wo die Behandlung durch Hausarzt oder Psychiater ergänzt wird durch psychiatrische Hauspflege und Sozialarbeit. Die Gruppe der psychisch Behinderten ist zu unterscheiden von den geistig Behinderten, bei denen hauptsächlich die Behinderung im Bereich der intellektuellen Fähigkeiten besteht.»*[29]

Die *Wohngruppe Casanna* richtete sich an psychisch behinderte Menschen, die an einer «phasenweise verlaufenden Erkrankung» und nicht primär an einer Suchtkrankheit litten, und die ein solches Angebot freiwillig in Anspruch nahmen. Anders als in der Tagesklinik waren alle Bewohnerinnen und Bewohner verpflichtet, einer geregelten Tagesstruktur und/oder einer Arbeit ausserhalb der Wohngruppe nachzugehen. Für die Arbeit und Beschäftigung konnten die geschützten Werkstätten der Klinik Waldhaus, aber auch andere Angebote, beispielsweise der Werkstätten Plankis, genutzt werden.[30] Zur Durchsetzung eines strukturierten Tagesablaufes diente eine definierte Anwesenheitspflicht und die Einhaltung der Hausordnung. Letztere regelte die Arbeitsteilung im Haushalt, die Teilnahme an gemeinsamen Essen und die Benutzung von Radio und Fernsehen. Die Strukturierung setzte sich bis hin zu gemeinsamen Freizeitaktivitäten fort.[31] Die Weiterführung sozia-

---

24 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 485; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 5.

25 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Schreiben an den Departmentssekretär vom 19. April 1993; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus, S. 3; Botschaft der Regierung 1996, S. 95.

26 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzungen vom 30. April 1992, S. 2, 31. August 1992, S. 2.

27 Immer öfter wurden auch jüngere Menschen im internen Wohnheim aufgenommen. Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 8–9.

28 Ebd., S. 9.

29 Ebd.

30 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Lose Dokumente: Pressetext Wohngruppe Casanna, Chur, am 21. Januar 1994; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 1–2, 10.

31 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG «Casanna»: Konzept der Wohngruppe Casanna Chur vom 19. Januar 1994, S. 2–3.

ler Kontakte war «sehr erwünscht». Besucher waren willkommen, «solange sie das Zusammenleben der Gemeinschaft nicht stör[t]en.»[32]

In den Wohngruppen stand nicht mehr die psychiatrische und therapeutische Betreuung im Vordergrund, sondern die Bewältigung des Alltags und sozialer Fragen. Betreut wurden die Bewohnerinnen und Bewohner von einem dreiköpfigen interdisziplinären Team aus sozialpädagogischen und psychiatrie-pflegerischen Berufspersonen. Auch dieses Angebot war als Übergang mit dem Ziel einer unabhängigen Lebensführung definiert und ordnete sich in eine vom Kanton angestrebte abgestufte Betreuungskette ein. Die Auflistung der Veränderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von 1995 zeigt, dass dieses Ziel nicht immer erreicht werden konnte. Von fünf Personen gelang einer Person innerhalb eines Jahres der Auszug in eine eigene Wohnung. Zwei mussten nach kurzer Zeit wieder in die Klinik, «weil sie den Anforderungen nicht gewachsen waren.» Eine Bewohnerin kehrte nach einem längeren Klinikaufenthalt wieder in die Wohngruppe zurück.[33]

Das Beispiel einer weiteren Bewohnerin verdeutlicht, dass das Leben mit einer psychischen Behinderung neuerliche akute Krankheitsphasen beinhalten konnte und wie dieser Einfluss auf das gesamte soziale Umfeld zeitigten. Es verdeutlicht auf institutioneller Ebene gleichzeitig, dass mit der Übernahme der Wohngruppe Casanna durch die Klinik Waldhaus Entscheidungsbefugnisse abgegeben werden mussten, was zu fachlichen Auseinandersetzungen führen konnte. Anna Casanova (Pseudonym) war mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung, zuletzt als sie bereits in der Wohngruppe ein Zimmer bewohnte. Sie war Mutter von drei Kindern. Alle waren aufgrund der gesundheitlichen Situation der Mutter und weiteren familiären Problemen bei Pflegeeltern untergebracht. Beide Elternteile hatten die elterliche Sorge verloren. Vor der Rückkehr Anna Casanovas in die Wohngruppe beriet eine «Helfer-Konferenz», das heisst ein Kreis unterschiedlicher Ansprechpersonen, über die Besuchsregelung nach dem stationären Aufenthalt. Das Zimmer in der Wohngruppe war für sie freigehalten worden und gross genug, um Besuch von ihren Kindern erhalten zu können. Alle Beteiligten zeigten sich trotz des Rückfalls optimistisch, dass die Frau in absehbarer Zeit wieder eine eigene Wohnung beziehen könne, vorausgesetzt sie finde wieder eine Arbeitsstelle und hielte sich an die Medikamenteneinnahme. Die Person selbst war an dieser Besprechung nicht anwesend.[34]

Ein Jahr später erging an die Leiterin der Wohngruppe die Weisung zur Mehrfachbelegung der Zimmer. Dies hatte innerhalb weniger Wochen zu geschehen. Auch das Zimmer von Casanova, die nach wie vor in der Wohngruppe lebte, war betroffen. Die Mitarbeitenden versuchten sich dagegen zu wehren und führten unterschiedliche Argumente ins Feld. Zum einen seien mit einer Mehrfachbelegung keine Besuche ihrer Kinder mehr möglich, was dem Ziel der sozialen Stabilisierung entgegenliefe. Weiter sei ihr vertraglich ein Einzelzimmer zugesprochen worden. Zudem wurde auf die Problematik schneller Veränderungen als destabilisierendes Moment hingewiesen. Ein Umzug stellte für psychisch behinderte Menschen eine «extreme Belastung» dar und müsse lange vorausgeplant werden.[35] Bei einem übereilten Vorgehen bestehe schliesslich die Gefahr, die Glaubwürdigkeit der Institution zu untergraben. Die Leiterin signalisierte Diskussionsbereitschaft und erbat um Aufschub bei der Umsetzung, einerseits aus obgenannten Gründen, andererseits für eine Diskussion über die Rolle der Wohngruppe: «Wird die WG zu einer Abteilung der Klinik gemacht, verliert sie ihren therapeutischen Charakter, ihre therapeutische Essenz.»[36] Das Beispiel offenbart, wie komplex und langwierig die «Resozialisierung» für Menschen mit einer psychischen Behinderung sowie ihres gesamten Umfelds ist. Es verweist auch auf unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und Realitäten der Fachpersonen verschiedener Disziplinen innerhalb der Behandlungsketten. Diese boten, vereint unter einem organisatorischen Dach, Reibungsflächen, die wiederum Aushandlungsprozesse und Abstimmungen zwischen den unterschiedlichen involvierten Berufsgruppen notwendig machten.

---

32 Ebd., S. 4.

33 Jahresbericht Kantonale Wohn- und Arbeitsstätten für behinderte Menschen 1996, S. 12–13.

34 Die «Helfer-Konferenz» bestand aus dem Leiter des ambulanten psychiatrischen Dienstes, dem Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, der zuständigen Amtsvormundschaft, der Schutzaufsicht des Kantons Graubünden, dem Leiter des regionalen Sozialamtes sowie einer Vertretung der Wohngemeinschaft Florastrasse. Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG «Casanna»: Helferkonferenz Frau A. C. vom 14. September 1993.

35 Ebd., Stellungnahme zum Auftrag: Einrichtung eines Zweierzimmers in der Wohngruppe Casanna des Oberpflegers an den Oberarzt vom 18. November 1993.

36 Die weitere Entwicklung ist in den gesichteten Akten nicht überliefert.

6.1.4 Regionale Initiativen für Verbesserungen im Gesundheitswesen – psychiatrische Versorgung im Misox

Mit der Regionalisierung der Zuständigkeiten wurde ab 1990 die Klinik Beverin offiziell in den Aufbau der regionalen psychiatrischen Grundversorgung eingebunden. Für diese Aufgabe erhielten die Kliniken zusätzliches ärztliches Personal.[37] Erstmals wurde eine Frau, Suzanne von Blumenthal, Oberärztin in der Klinik Beverin. Zusammen mit ihren zwei Kollegen war sie für den regionalen Aufbau zuständig. Dafür wurde das Einzugsgebiet der Klinik Beverin unter den drei Oberärzten noch einmal aufgeteilt. Gleichzeitig erhielten alle drei zusätzlich eine Station zugewiesen. Mit dieser Organisation erfüllte sich laut von Blumenthal der sozialpsychiatrische Anspruch, mit dem Eintritt einer Person in die Klinik deren Entlassung bereits mitzudenken und die Behandlung entsprechend auszurichten.[38]

In der regionalen Betreuung wurden zunächst dezentrale Sprechstunden- und Konsiliartätigkeiten durch stunden- und tageweise Besuche der Klinikärzte angeboten. Von Blumenthal bezeichnete die dort tätigen Psychiater deshalb als «Störpsychiater».[39] Andrea Ferroni, von 1988 bis 2016 Leiter des kantonalen Sozialamtes, betonte die enge Zusammenarbeit der regionalen Sozialarbeitenden seiner Behörde mit den Psychiaterinnen und Psychiatern, vor allem wenn wirtschaftliche oder soziale Herausforderungen nach einem Klinikaufenthalt hinzukamen. «Das war aus meiner damaligen Sicht eine erstaunlich intensive Kooperation zwischen den Anbietern.»[40]

Aus den Regionen wurden laut von Blumenthal die Stimmen lauter, die eine umfangreichere und vor allem ortsbezogene psychiatrische Versorgung forderten. Diese war grundsätzlich auch im Sinne der Regierung, die eine ambulante Sprechstundentätigkeit durch Klinikpsychiaterinnen und -psychiater solange unterstützen wollte, bis sich freipraktizierende Fachärztinnen und -ärzte vor Ort ansiedelten. Die Zahl jener, die dies ausserhalb der Region Chur taten, blieb indes gering. Zusätzlich scheiterten oder verzögerten sich Ausbauvorhaben, wie etwa in Disentis. Für die dünn besiedelten Regionen wurde die Nachfrage als zu gering bewertet. Weitere Probleme offenbarten sich bezüglich Sprache und Rekrutierung.[41] In einer zweiten Ausbauwelle schufen dann die *PDGR* ärztliche Stellen vor Ort. Andres Schneeberger, der heutige ärztliche Direktor der Erwachsenenpsychiatrie, kam so 2011 als leitender Arzt ins Engadin. Er stiess bei den Hausärzten trotz vorgängiger Sprechstundentätigkeit durch die Kliniken zunächst auf Zurückhaltung.[42] In dieser Phase fand eine Erweiterung des ambulanten und vor allem auch teilstationären Angebots in den Regionen statt, so beispielsweise mit einer Tagesklinik in St. Moritz, Scuol oder einem Ambulatorium in Poschiavo.[43]

---

37 VOPK 1990, Art. 1. Sie ersetzt jene vom 9. Juni 1987. Dabei bestand ein «Behandlungsversorgungsauftrag» und damit eine «Aufnahmepflicht». Interview mit Hans König, 1.03.00–1.03.10; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 14. Mai 1990, Nr. 1237, S. 1, 5–7; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Mai 1990, S. 4. Zwei Jahre später war die Erarbeitung eines Konzeptes für den sozialpsychiatrischen Dienst in vollem Gange. Ebd., Sitzung vom 30. April 1992, S. 2.

38 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 13.10–16.25.

39 Ebd., 22.40–23.25.

40 Interview mit Andrea Ferroni, 50.00–50.40, Zitat: 50.33–50.40.

41 Auch in Chur wurde 1996 von der Schaffung eines Ambulatoriums in der Stadt aus Kostengründen abgesehen. Interview Suzanne von Blumenthal, 21.30–24.30, 23.40–23.50; Regionaljournal (2016), 3.43–5.15; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1996, S. 3. Die Sprache war nicht nur beim Aufbau der psychiatrischen Grundversorgung in den Regionen eine zusätzliche Herausforderung, auch in den Kliniken selbst. Ärztinnen und Ärzte mit Romanisch Kenntnissen konnten kaum rekrutiert werden und auch für die italienischsprachigen Patientinnen und Patienten aus den Südtälern und unter den Saisoniers war die Möglichkeit zum Austausch in der Muttersprache nicht immer gegeben. Eine Lösung war, dass Ärztinnen, Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, vor allem aber Pflegende aus dem Südtirol rekrutiert und Deutschkurse für Oberärzte angeboten wurden. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 19.25–20.25; Interview mit Markus Bünter, 8.15–8.20; Interview mit Andres Schneeberger, 24:00–24:10; Nachtrag zur Autorisierung Andres Schneeberger vom 25. April 2020.

42 Interview mit Andres Schneeberger, 9.55–10.14; Verwaltungsarchiv Beverin Tagesklinik St. Moritz: Protokoll Kommunikation, Projektsitzung Leistungsausbau Engadin/Tagesklinik St. Moritz, Protokoll Nr. 1, Sitzung vom 3. Mai 2006, S. 1.

43 Ebd., Konzept Psychotherapeutische Tagesklinik vom 25. April 2006; Interview mit Andres Schneeberger, 9.20–10.40. Behandelt wurden hier: «Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Somatoforme Störungen (Somatisierungsstörungen, Konversionsstörungen, Hypochondrie), Chronische Schmerzerkrankungen (Kopfscherzen, Rückenschmerzen, Migräne), Psychosomatische Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Reizdarmsyndrom, Coliti ulcerosa, Morbus Crohn), Burnout Syndrom, Chronischer Tinitus». Ebd., S. 3.

Der Forderung nach einem regionalen Ausbau der psychiatrischen Grundversorgung kam der Kanton nicht in allen Regionen gleichermassen nach. Mitunter bedurfte es regionaler Initiativen, um die psychiatrische Grundversorgung dezentral auszubauen, so beispielsweise im Misox. Die frühen Forderungen für den Aufbau einer ambulanten psychiatrischen Grundversorgung reichen hier in die 1980er Jahre zurück. Wenn jemand psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen wollte oder musste, so standen freischaffende Psychiater nur im Kanton Tessin zur Verfügung. Für einen stationären Aufenthalt mussten Patientinnen und Patienten über oder durch den San Bernardino (Tunnel seit 1967) in die Klinik Beverin reisen. Die psychiatrische Klinik in Mendrisio war zu diesem Zeitpunkt aufgrund fehlender überkantonaler Vereinbarungen keine Alternative.[44]

Eine Scharnierfunktion in der Ausgestaltung der psychiatrischen Grundversorgung kam dem Regionalsekretär, Riccardo Tamoni, zu. Als Katalysator wirkten die Anstrengungen gegen den vermehrten Drogenkonsum und -handel sowie die relativ hohe Zahl von Drogentoten im Tal.[45] Das Misox stand zwischen dem Kanton Tessin, der mit starker polizeilicher Präsenz den Drogenhandel einzudämmen suchte, und der Kantonspolizei Graubünden, die für eine vergleichbare Aufgabe unterbesetzt war.[46] Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus dem Regionalsekretär, Vertretern des Sozialen Dienstes, aus Politik und Medizin forderte deshalb eine Verstärkung der Polizeipräsenz und die Schaffung einer Infrastruktur zur Betreuung der Drogenabhängigen.[47] Der Kanton Graubünden verstärkte daraufhin die Polizeipräsenz und liess die Polizisten im Tal entsprechend schulen, mit dem Resultat, dass Drogenkonsum und -handel deutlich zurückgingen. Die Polizei arbeitete dabei eng mit dem Sozialen Dienst zusammen.[48] Für stationäre Aufenthalte zur Suchtrehabilitation hatte der Kanton Graubünden Verträge mit ausserkantonalen Kliniken in der Deutschschweiz vereinbart, nicht aber für den Tessin. Für das Misox war es zunächst nicht die Bündner Regierung, die nach entsprechenden Lösungen suchte, sondern der Leiter des psychiatrischen Dienstes Sopraceneri, der in Zusammenarbeit mit dem Misoxer Sozialdienst 1995 schliesslich eine überkantonale Regelung fand.[49]

Ebenfalls auf eine regionale Initiative ging der Aufbau des ambulanten psychiatrischen Dienstes im Misox zurück. Seit 1963 bestand für somatische Erkrankungen mit dem Ospedale San Giovanni in Bellinzona eine Vereinbarung für die Spitalversorgung des Bezirks Moesa (Kreise Misox, Roveredo und Calanca). Diese ermöglichte Patientinnen und Patienten dieser Täler, Spitalleistungen in ihrer Sprachregion in Anspruch zu nehmen. 1990 wurde die Vereinbarung auf alle öffentlichen Spitäler des Kantons Tessin ausgeweitet, nicht aber auf die psychiatrische Klinik Mendrisio.[50] 1993 setzte die *Organizzazione Regionale del Moesano* (ORMO) eine Arbeitsgruppe ein, die in enger Zusammenarbeit mit den Sozialen Diensten zwei Forderungen bezüglich einer psychiatrischen Betreuung in den Süddtälern an die Regierung des Kantons Graubünden formulierte. Erstens sollten eine stundenweise psychiatrische Konsultationsmöglichkeit und zweitens die Möglichkeit für stationäre Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik Mendriso geschaffen werden.[51] «So wie wir sehr spät zur Spitex kamen, so wie wir sehr spät zu einem schulpsychologischen Dienst kamen, so kamen wir sehr spät zu einer kleinen Stelle für den psychiatrischen Dienst im Misox. […] Es gab nichts hier, auch keinen Psychiater. Das hat Jahre gedauert, bis es soweit war», erinnert sich Tamoni.[52] Anfang 1994 eröffnete das Ambulatorium in Roveredo, so dass einmal in der Woche ein Psychiater aus Beverin für zwei Stunden ins Misox kam.[53] Die Konsul-

44 Interview mit Riccardo Tamoni, 8.30–12.30.
45 Interview mit Andrea Ferroni, 25.48–27.06
46 Interview mit Riccardo Tamoni, 14.35–14.53.
47 Ebd., 24.20–24.30, 26.20–26.30.
48 Ebd., 28.50–29.18.
49 Archiv ORMO: Brief an T. C. über die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vom 25.10.1995; Interview mit Riccardo Tamoni, 34.50–35.00 und schriftliche Ergänzungen vom 16.01.2020.
50 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Dezember 1990, 3158, S. 1–2. Diesmal mit der «Ente ospidaliero cantonale», der Trägerin aller öffentlichen Spitäler des Kantons Tessin.
51 Archiv ORMO: Konzept zur regionalen Gesundheitsversorgung, Nr. 1 vom 18. September 1994.
52 Interview mit Riccardo Tamoni, 6.30–6.57, 10.15–10.24. Tamoni war während 30 Jahren Regionalsekretär im Misox und für die wirtschaftliche Entwicklung der Region zuständig. Er stand daneben unter anderem über mehrere Jahre der Kreisvormundschaftsbehörde Roveredo vor, präsidierte während zehn Jahren den kantonalen Vormundschaftsverband, war Präsident und Sekretär der Sekundarschule Roveredo, Präsident der kantonalen Spitex-Kommission, Gemeindepräsident von Cama und ist bis heute Stiftungsratspräsident des *Altersheims Opera Mater Christi* in Grono.
53 Archiv ORMO: Eröffnung Ambulatorium in Roveredo, 31. Januar 1994.

tationen waren zunächst nicht primär für Patientinnen und Patienten gedacht, sondern für Ärzte, den Sozialdienst und die Vormundschaftsbehörden. In den kommenden Jahren funktionierte dieses Angebot laut Tamoni jedoch nur bedingt. Das hing auch mit fehlenden Italienischkenntnissen der Psychiater zusammen. Als um die Jahrtausendwende ein neuer Psychiater mit italienischer Muttersprache diesen Dienst versah und er nicht nur für zwei Stunden, sondern für einen halben Tag in der Woche in das Südtal reiste, verbesserte sich laut Tamoni die Situation grundlegend zum Positiven. Eine steigende Zahl von Patientinnen und Patienten konnte von den Sprechstunden profitieren. Wenige Jahre später eröffnete eine Psychiaterin ihre Praxis in Roveredo und 2002 schuf der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst im selben Dorf eine Aussenstelle.[54] Diese Entwicklung zeigt, dass über die Jahre eine sukzessive Diversifizierung des Angebots, eine Erweiterung der Präsenzzeiten sowie eine Steigerung der sprachlichen Kompetenz stattgefunden hat.

Bis zur Umsetzung der zweiten Forderung nach einem stationären psychiatrischen Behandlungsangebot in der psychiatrischen Klinik Mendrisio sollten weitere Jahre vergehen. Zuerst mussten die Verträge zwischen dem Kanton Tessin und Graubünden für die akutsomatische Spitalversorgung angepasst werden. Die ORMO hatte ihrem Anliegen durch eine Petition mit 1'600 Unterschriften Nachdruck verliehen und die Regierung anerkannte die Notwendigkeit, diskutierte aber zuerst alternative Szenarien. Da die Regierung die Verbesserung der sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten als zentralen Aspekt des «Heilungsverfahrens» befürwortete und diese für italienischsprachige Patientinnen und Patienten nicht durchgehend gewährleistet war, prüfte sie die Schaffung einer italienischsprachigen Station in der Klinik Beverin. Die Idee wurde wieder verworfen, da die dafür der Bedarf als nicht gegeben erschien. Die Verhandlungen mit dem Kanton Tessin wurden danach intensiviert und 1999 ein entsprechender Vertrag für die Regionalspitäler in Bellinzona, Locarno, Lugano und auch für die psychiatrische Klinik Mendrisio von den beiden kantonalen Regierungen unterzeichnet.[55] Die Vereinbarung galt für Erwachsene mit Wohnsitz in den italienischsprachigen Regionen des Kantons, nicht aber für Kinder und Jugendliche.[56] Damit bestand künftig für die volljährige Misoxer Bevölkerung die Möglichkeit, für alle Belange im Gesundheitswesen auf die geografisch und sprachlich nahe liegenden Tessiner Angebote zuzugreifen, auch für die psychiatrische Betreuung.

6.1.2 Tagesklinik Waldhaus – ein therapeutisches Angebot des Übergangs

Für den Aufbau eines sozialpsychiatrischen Zentrums war die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken ein wichtiger Schritt. Neben dem Ausbau ambulanter Einrichtungen wurden vermehrt teilstationäre Übergangsstrukturen aufgebaut, die mithelfen sollten, eine stationäre Einweisung zu verhindern oder an eine solche anzuschliessen. Sie wurden als Teil eine Behandlungskette verstanden. Die durchschnittliche Zeit eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik konnte so weiter reduziert werden. Gleichzeitig waren die zu errichtenden Angebote für Erwachsene auf eine längere Betreuung ausgelegt und in einem integrativen Sinne gedacht. Die Bündner Regierung bewilligte entsprechende Vorhaben der beiden psychiatrischen Kliniken, beteiligte sich aber auch an privaten Initiativen oder übernahm diese gar. Das ausgebaute Angebot umfasste schliesslich Tages- und Nachtkliniken in Chur und in den Regionen sowie betreute Wohngruppen und -heime für Menschen mit einer psychischen und/oder kognitiven Behinderung (vgl. oben Karte 1, S. 404).

Den Anfang machten Tages- und Nachtkliniken auf dem Klinikareal, deren Bau die Bündner Regierung 1993 bewilligte.[57] Bereits vorher hatten beide Chefärzte auf dieses Ziel hingearbeitet, etwa mit

---

54 Interview mit Riccardo Tamoni, 12.30–17.18 und schriftliche Ergänzungen vom 16.01.2020.

55 Interview mit Riccardo Tamoni, 20.40–22.48; Interview mit Claudio Candinas, 35.49–37.00; Archiv ORMO Com. Stampa: Vereinbarung mit dem Kanton Tessin betr. Mendrisio vom 25. Februar 1999. Die anfallenden Mehrkosten wurden nicht den Patientinnen und Patienten verrechnet, sondern vom Kanton übernommen. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 23. Februar 1999, 286, S. 1.

56 Vereinbarung zwischen dem Kanton Tessin, vertreten durch die «Organizzazione sociopsichiatricia cantonale» (OSC) des «Dipartimento delle opere sociali» und dem Kanton Graubünden, vertreten durch die Direktion kantonale Kliniken und Spitäler des Sanitätsdepartementes betreffend die psychiatrische Spezialbehandlung von erwachsenen Italienisch sprechenden Patienten mit Wohnsitz in den italienischsprachigen Regionen des Kantons Graubünden in der «Clinica psichiatrica cantonale» (CPC) in Mendrisio vom 23. März 1999, abgedruckt in: Regierungsprotokoll, Sitzung vom 23. Februar 1999, 286.

57 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 16. November 1993, Nr. 2856, 22. März 1994, Nr. 644.

der Schaffung einer offenen Aufnahme- und Therapiestation auf dem Gelände der Klinik Beverin.[58] In der Klinik Waldhaus waren Tagespatientinnen und -patienten auf den Stationen aufgenommen worden. Ihre Zahl stieg zu Beginn der 1990er Jahre stetig an, was ein Bedürfnis teilstationärer Angebote zu bestätigen schien.[59]

Die Tagesklinik bot tagsüber ein strukturiertes Umfeld für Patientinnen und Patienten, die weiterhin zuhause übernachteten. Voraussetzung war, dass die Übernachtung in einem «tragfähigen sozialen Umfeld» stattfand das heisst, dass sie bei Bedarf auf familiäre oder private Unterstützung zurückgreifen konnten. Die Nachtklinik bot umgekehrt eine betreute Übernachtungsmöglichkeit bei gleichzeitigem Tagesaufenthalt ausserhalb der Klinik.[60] Die Meinungen, ob solche Angebote räumlich an die Kliniken angeschlossen sein sollten, waren gespalten. Die Nähe zu stationär untergebrachten Patientinnen und Patienten widersprach laut den Skeptikern dem Ziel der Resozialisierung beziehungsweise der Verhinderung einer stationären Unterbringung. Gleichzeitig wurde einem solchen Angebot nur eine kleine Nachfrage attestiert. Dafür eine neue Infrastruktur jenseits der bestehenden Kliniken zu schaffen, schien zu teuer, weshalb zunächst ein Angebot innerhalb der Kliniken ins Auge gefasst wurde. Das bedeutete, dass das Angebot nur Menschen zur Verfügung stand, die in kurzer Distanz zu den beiden Kliniken wohnten oder arbeiteten. Heute sind Tageskliniken und betreute Wohnangebote in verschiedenen Regionen des Kantons angesiedelt. Dieser Ausbau folgte erst in einem späteren Schritt, so beispielsweise 2006 in Scuol.[61]

Für den Regierungsentscheid legten beide Chefärzte 1993 je ein Konzept für den Aufbau einer internen Tagesklinik vor.[62] Dasjenige für die Tagesklinik Waldhaus zeigt deren Zielsetzung und geplante organisatorische Umsetzung. Die Tagesklinik Waldhaus wurde als Teil der ambulanten Nachsorge definiert, als kostengünstige Alternative zu einem stationären Aufenthalt gesehen und 1995 in einem eigenen Gebäude auf dem Klinikareal eröffnet.[63] Aufgrund des eben erst erfolgten Neubaus waren die finanziellen Mittel beschränkt, so dass die Regierung zwar einen Kredit für den Umbau, nicht aber für mehr Personal genehmigte.[64] Die Tagesklinik war für 15 bis 20 Personen konzipiert. Bereits im ersten Betriebsjahr wurde diese Belegung mit durchschnittlich 40 Personen ums Doppelte übertroffen.[65] Sie richtete sich an klinikentlassene Patientinnen und Patienten aus der Region Chur, die an einer «Schizophrenie, an einer endogenen Depression oder an schweren Persönlichkeitsstörungen» litten, die keiner geregelten Arbeit nachgehen konnten, und «einer weiteren medikamentösen, psychotherapeutischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Weiterbehandlung» bedurften.[66] Die Tagesklinik war unter der Woche von acht bis 16 Uhr geöffnet und bot eine geregelte Tagesstruktur (vgl. Tabelle 24).

Die Tagesklinik verfügte über therapeutische Angebote, Beschäftigungsmöglichkeiten auf der Station und in den therapeutischen Ateliers der Klinik sowie die Möglichkeit der kontrollierten Medikamentenabgabe oder -verabreichung.[67] Dazu gehörten Infusionskuren, Trinkkuren und in der Folge die Verabreichung von Antabus sowie Lichttherapien im Herbst.[68] Einmal pro Woche war eine Arztvisite vorgesehen.[69]

Innerhalb der Tagesklinik bestanden unterschiedliche Gruppen mit einem abgestuften Angebot. Der Gruppe «Rehabilitation» stand ein erweitertes Beschäftigungsangebot zur Verfügung, beispielsweise in der Schreibstube, in der auch administrative Arbeiten für die Klinik und einzelne Stationen erledigt wurden. Hinzu kam die Einübung von Abläufen, die auf eine selbständige Haushaltsführung hinarbeiteten, wie Bügeln der mitgebrachten Kleidung oder Planung von Mahlzeiten und sozialen Fertigkeiten.[70] Dazu zählten

58 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 5.

59 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung, Sitzung vom 18. Dezember 1992, S. 1; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 10.

60 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 427.

61 Verwaltungsarchiv Beverin: Tagesklinik St. Moritz: Protokoll der Geschäftsleitungssitzung Psychiatrische Dienste Graubünden Nr. 7/06, Sitzung vom 23. August 2006, S. 3.

62 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 26. November 1993, S. 5.

63 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Tagesklinik: Konzept Tagesklinik, März 1994, S. 3; Jahresbericht Waldhaus 1995, S. 4.

64 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 11. März 1993, S. 2.

65 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1995, S. 5.

66 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Tagesklinik Konzept Tagesklinik, März 1994, S. 8.

67 Ebd.

68 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1997, S. 19, 1999, S. 19.

69 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Tagesklinik Konzept Tagesklinik, März 1994, S. 4.

70 In den Ateliers wurde Werken mit unterschiedlichen Materialien angeboten, daneben Textilverarbeitung, Mo-

Zeit		Personal	Patienten
8.00–8.30		*Tageseinstieg:* Kaffee, Tee Gemeinsamer Austausch Tagesablauf besprechen	*Tageseinstieg:* Kaffee, Tee Gemeinsamer Austausch Tagesablauf besprechen
8.30–11.00 9.45		*Arbeitseinteilung:* Haushalt Schreibstube *Administration:* Arztvisite vorbereiten und durchführen Ein- und Austritte Therapieanmeldungen Dienstplanung Schülerbetreuung Botengänge (Apotheke, Post etc.) Rapporte Kaffeepause	*Arbeitsbeginn:* Externe Ateliers Hausarbeiten Schreibstube Arztvisite Gruppenstunde Kaffeepause
11.00		*Mittagessen:* Tee vorbereiten Essen regenerieren	*Mittagessen:* Tee vorbereiten Essen regenerieren
11.30		Mittagessen einnehmen	Mittagessen einnehmen
12.00–13.00		*Vorbereiten:* Für Nachmittagsbeschäftigung Forum (freitags)	Ruhepause Forum (freitags)
13.00		Patienten wecken	
13.15		*Patienten anleiten/unterstützen:* Hausarbeiten Schreibstube	*Arbeitsbeginn:* Externe Ateliers Hausarbeiten Schreibstube
16.00		Schliessung Tagesklinik	

Tabelle 24: Tagesplan Tagesklinik Waldhaus gemäss Konzept von 1994
Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus Tagesklinik: Konzept Tagesklinik, März 1994, S. 9.

Diskussionsrunden zur Besprechung persönlicher Anliegen sowie zur Planung gemeinsamer Freizeitaktivitäten.[71] Zudem bestand ein Angebot der ambulanten Medikamentenabgabe und -verabreichung für klinikentlassene Patientinnen und Patienten, die die Strukturen der Tagesklinik nicht oder nicht mehr in Anspruch nahmen.[72] Damit übernahm die Tagesklinik vergleichbare therapeutische, pflegerische und ärztliche Aufgaben wie bei einem stationären Aufenthalt, was sich auch in der Namensgebung widerspiegelt. Gleichzeitig wurde mit einer räumlichen Trennung, wenngleich zunächst innerhalb des Klinikgeländes, eine sichtbare Abgrenzung zu stationären Angeboten vollzogen. Die Tageskliniken förderten, zusammen mit der zunehmenden Öffnung weiterer Stationen, die Durchlässigkeit der Klinik.

Ein Blick in die Statistik bestätigt diese Entwicklung und weist auf einen generellen Anstieg in der Nutzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Angebote hin. Der Anstieg betrifft den Zeitraum, seit Regierungsrat Aliesch den Neubau der Klinik Waldhaus 1992 eröffnet und den Komplex zu einem sozialpsychiatrischen Zentrum erklärt hatte.

dellieren, Malen, Zeichnen. Des Weiteren Musik- oder Bewegungstherapie, Sport, Garten- oder Schreinerarbeit und Entspannungsübungen. Ebd., S. 4, 6.

71 Ebd., S. 5, 7.

72 Abgegeben wurden Depotneuroleptika, Antabus und Nemexin. Ebd., S. 8.

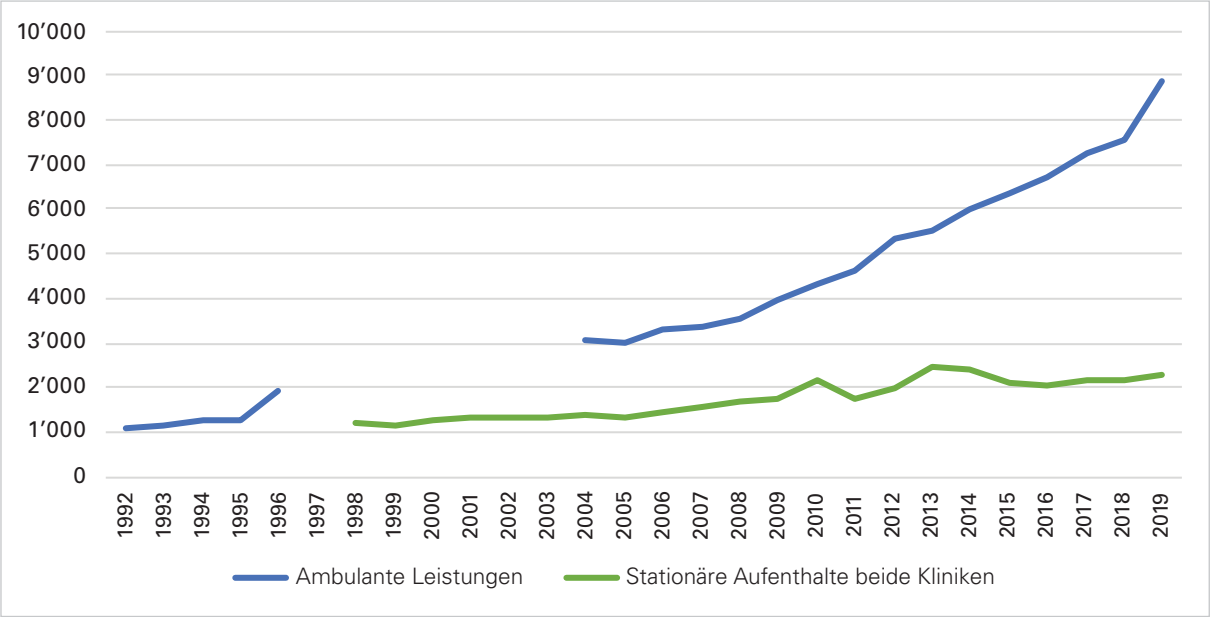


Diagramm 45: Entwicklung ambulante Leistungen und stationäre Aufenthalte beider Kliniken nach Personen (1992–2019)

Anmerkung: Bis 1996 bezogen sich die ambulanten Leistungen auf «Personen» und «Konsultationen». Danach bezieht sich die Zählung auf die Anzahl «Fälle». (Zu einer Person können mehrere «Fälle» bestehen.) Die Angaben zu 2019 umfassen auch 1494 ambulante und 46 stationäre «Fälle» der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Quellen: Jahresberichte Waldhaus und Beverin (1992–2001), Jahresberichte PDGR (2002–2015) und Angaben PDGR (2016–2019).

Die Zahlen zeigen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich starke Zunahmen zu verzeichnen sind. Ambulante Konsultationen versechsfachten sich innerhalb eines knappen Vierteljahrhunderts. Der stationäre Bereich erlebte eine Verdoppelung der Aufenthalte innerhalb weniger Jahre (vgl. Diagramm 45). Das Angebot an Plätzen in Tageskliniken und Ambulatorien, das zu den ambulanten Angeboten gezählt wurde, stieg seit 2001 ebenfalls markant an, von 42 (2001) auf 106 (2015) und war mitverantwortlich für den generellen Anstieg der Betreuungszahlen. Die Bettenzahl in den beiden Kliniken blieb zwischen 2002 (237) und 2015 (231) in etwa gleich. In Verbindung mit dem Anstieg stationärer Behandlungen bestätigen diese Zahlen die verkürzten Aufenthaltsdauern. Neu hinzu kamen Plätze in Wohnheimen, die 2015 für 132 Personen ausgelegt waren.[73]

6.2 Leitbilder und Konzepte zwischen Reflexion und Messbarkeit

Anlässlich der Eröffnung des Neubaus der Klinik Waldhaus lobte der zuständige Regierungsrat 1993 diesen als Sinnbild für den Einzug der modernen stationären Psychiatrie in den Kanton Graubünden. Patientinnen und Patienten seien nun nicht mehr «menschenunwürdig untergebracht».[74] Damit sollte ein definitiver Bruch mit veralteten Versorgungstraditionen hin zu einer modernen, durchlässigen und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepassten Psychiatrie Ausdruck verliehen werden. Aliesch verwies auf eine bestehende konzeptionelle Auseinandersetzung in diesem Bereich. Künftig müsse immer wieder die Frage gestellt werden «wie eigentlich aus Sicht Betroffener und deren Angehörigen eine bedürfnisgerechte Psychiatrie aussehen sollte. Hat sich der Patient nach dem Konzept zu richten oder hat sich das Konzept nach dem Patienten zu richten?»[75] Leitbilder und Stationskonzepte wurden

73 Jahresberichte Waldhaus und Beverin 1992–2001; Jahresberichte PDGR 2002–2015.

74 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 5.

75 Ebd., S. 5.

nicht nur für den Aufbau neuer Angebote zu einer wichtigen Entscheidungsgrundlage. Sie sollten die Rolle des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals reflektieren und regelmässiger Überprüfung unterliegen. Sie wurden gleichzeitig ein wichtiges Instrument zunehmender Qualitätskontrollen. Diese Tendenzen werden nicht allein für die Bündner Psychiatrie sichtbar, sondern sind eingebettet in eine gesamtschweizerische Entwicklung im Gesundheitswesen.

Leitbilder beschreiben Grundprinzipien und das Selbstverständnis einer Institution. Sie sollen nach innen eine handlungsleitende und motivierende Orientierung bieten und gegen aussen den Standpunkt einer Organisation, ihre Haltung und Aufgaben sichtbar machen. In Organisationen, in denen unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten, sind diese in der Regel sehr allgemein gehalten und werden durch (Stations-)Konzepte und Handlungsrichtlinien ergänzt, die auf die Bedürfnisse, beispielsweise einzelner Stationen und Tätigkeiten genauer eingehen. Ihre Festschreibung ist Ausdruck einer vermehrten beruflichen Reflexion. In diesem Sinne geben solche Verschriftlichungen wichtige Hinweise auf eine vermehrte Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von Patientinnen, Patienten und Personal.

Im Zuge der Regionalisierung erarbeiteten beide psychiatrischen Kliniken Leitbilder, die auch die ambulante psychiatrische Versorgung miteinbezogen.[76] Für die Klinik Waldhaus verfasste Markus Bünter bei seinem Amtsantritt 1991 ein zwanzig Seiten umfassendes, ausführliches *Leitbild für die Bezirke Plessur, Unter- und Oberlandquart*.[77] Ziel war es, «dem einzelnen Mitarbeiter eine möglichst hohe Identifikation mit dem Betrieb [zu] ermöglichen und ihn dazu [zu] motivieren, ein als gemeinsam wertvoll erkanntes Ziel im täglichen Handeln anzustreben». Als Rahmen setzte das Leitbild die gesetzlichen Vorgaben sowie die als «allgemein gültig erkannten» bezeichneten «Grundprinzipien menschlicher Ethik».[78] Dabei ging es von zwei Grundprinzipien aus: erstens die Ausrichtung des Handelns an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und zweitens die Professionalität der Betreuung. Um letztere erreichen zu können, wurde die Orientierung an wissenschaftlich anerkannten Standards sowie eine fortwährende Aus- und Weiterbildung des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personals als unabdingbar gesehen.[79] Dadurch verankerte dieses Leitbild einen wissenschaftlichen Anspruch und anerkannte die rasche Entwicklung in allen Bereichen der Psychiatrie, die ein fortwährendes Lernen bedingten. Gleichzeitig widerspiegelte sich im Leitbild auch der aktuelle Stand der psychiatrischen Versorgung. Die seit einigen Jahren fortschreitende Spezialisierung in den Therapiebedürfnissen unterschiedlicher psychischer Krankheitsbilder wurde ebenso angesprochen wie der Anspruch auf ein differenziertes Angebot für die unterschiedlichen Alterskategorien, im Suchtbereich sowie im Massnahmenvollzug.[80] Darüber hinaus bekräftigte das Leitbild ein abgestuftes sozialpsychiatrischen System, in dem die Klinik ein Teil der Behandlungskette aus stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten darstellte und die in ihrer Gesamtheit die Kontinuität der Behandlung psychisch kranker und behinderter Menschen gewährleisten sollte.[81] Damit widerspiegelte das Leitbild die aktuelle medizinisch-therapeutische Ausrichtung des Chefarztes und bestätigte gleichzeitig den politischen Willen der Regierung, die diese Stossrichtung im Psychiatrie-Konzept von 1985 formuliert hatte.

Für den Klinikbereich umschrieb das Leitbild von 1991 Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen des ärztlichen Dienstes auf der einen Seite und des Pflegedienstes auf der anderen.[82] Es nahm damit eine Abgrenzung der einzelnen Berufsgruppen vor, wobei Sozialarbeitende und therapeutische Mitarbeitende lediglich in Zusammenhang mit den ärztlich medizinischen Aufgaben genannt wurden. Durch den täglichen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten erhielt die Pflege im Leitbild eine wichtige, vertrauensbildende Funktion, die dazu beitragen sollte, die ärztliche Behandlung durch die «Motivation zu notwendigen Arztbesuchen, Patientenbeobachtungen, Injektionen, Kuren oder verbale Interventionen» zu unterstützen. Sie fungierte gleichzeitig als wich-

76 Ebd., 1991, S. 4; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 30. April 1992, S. 2, 4. Für die Klinik Waldhaus wurde im Rahmen des Aufbaus des ambulanten Dienstes bereits 1980 ein entsprechendes Leitbild verfasst. Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 422.

77 Leitbild Waldhaus 1991. Diese Grundsätze fanden 1996 Eingang in die Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 60–61.

78 Leitbild Waldhaus 1991, S. 3.

79 Ebd., S. 6.

80 Ebd., S. 19.

81 Ebd., S. 17–18.

82 Ebd., S. 8–9, 13–14.

tige Schnittstelle für die angestrebte Resozialisierung; auf der Station, aber auch im Austausch mit Angehörigen oder sozialen Diensten.[83] Die Verantwortung für den Therapieverlauf lag laut Leitbild allein bei den Ärztinnen und Ärzten.[84] Damit verblieb die Hierarchie zwischen dem ärztlichen Fachpersonal und der Pflege unangetastet, obwohl Diskussionen über eine Neuorganisation der Führungsstrukturen bereits im Gange waren (vgl. Kapitel 6.2.2).

Das Leitbild spiegelte schliesslich ein zunehmendes Bewusstsein dafür, dass die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten zu stärken sei. Dies beinhaltete auch die Freiheit, eine Behandlung abzulehnen, ausser im Falle einer vorangegangenen richterlichen Verfügung. In Ansätzen verweist das Leitbild hier erstmals auf bestehende Patientenrechte.

Auf der Basis dieses Leitbildes wurden in den folgenden Jahren auf den einzelnen Abteilungen Stationskonzepte verfasst, die den unterschiedlichen Bedürfnissen entsprechen sollten. Stationskonzepte hatten zum Ziel spezifische Aufgaben zu formulieren und zu konkretisieren. Sie beinhalteten Angaben über das vorausgesetzte Menschenbild, das spezifische Verständnis von Pflege, die Durchführung derselben, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen, die Pflegequalitätssicherung sowie die Weiterbildung.[85] Diese Aufgabe lag bei der Pflegedienst- sowie den Abteilungsleitungen, die diese teilweise zusammen und im Team erarbeiteten. Laut Jahresbericht war dies bis 1994 in fast allen Abteilungen der Klinik Waldhaus geschehen.[86] Für den Psychiatriepfleger und Stationsleiter Vitus Bass, der seit 1968 in der Klinik Waldhaus arbeitete, waren die Stationskonzepte ein wichtiger Schritt zur Reflexion der eigenen Arbeit, aber auch, um die Arbeit in der Pflege sichtbarer und damit messbarer zu machen.

> *«Als Dr. Fontana Chefarzt wurde, ordnete er eine interne Weiterbildung an, die durch Fachpersonen geführt wurde. Ziel war es, dem Pflegepersonal schriftlich definierte Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zu übertragen. Für mich begann damit ein neues Zeitalter in der Psychiatrie. […] Ich war der erste, der im Waldhaus ein Stationskonzept geschrieben hat, sehr schlecht (lacht), aber immerhin. […] Das beinhaltete grob, was wir mit den Menschen dort machen wollten und ein erstes Mal Kriterien setzten. Es war ein Anfang. Ich war begeistert davon, dass wir versucht haben zu strukturieren und zu definieren was eine gute Pflege und Betreuung beinhaltet und wie eine solche messbar gemacht werden kann. Das heisst zu definieren, wann beispielsweise ein Gespräch gut verlaufen ist. Das ist extrem schwierig und es gibt viele Grauzonen innerhalb derer nicht genau gesagt werden kann, was richtig und was falsch ist. Es war wichtig etwas gemeinsam zu definieren, dass gemeinsam getragen wurde.»*[87]

Damit sprach Vitus Bass die zentralen Punkte an, die Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung von Leitbildern und Stationskonzepten waren, etwa die Bewusstseinsbildung bei der Erarbeitung im Team oder die Unterstützung und Vorbildfunktion der Führungskräfte.[88] Evaluationen bildeten ein wichtiges Instrument, um die Umsetzung und Wirksamkeit solcher Leitbilder zu überprüfen. Sie spielten einerseits bei der Messung der Behandlungsqualität eine steigende Rolle und spiegelten andererseits, dass die Bewertung von Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten ein zunehmendes Qualitätsargument und damit letztlich auch ein Verkaufsargument für die eigene Arbeit darstellten. Ab 1996 führte die Klinik Waldhaus Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragungen durch, und ab 1997 Patientinnen- und Patientenbefragungen.[89] Im Vergleich dazu führte die KJP

---

83 Ebd., S. 12.

84 Ebd., S. 11.

85 Mager (o. J.), Kapitel 3.1.

86 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1991, S. 4. Als Grund für noch bestehende Lücken werden personelle Engpässe beschrieben, die eine vorübergehende Konzentration auf die «wichtigsten Behandlungsbedürfnisse» notwendig werden liess, vgl. Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1994, S. 3. Das Auffinden und die Lesbarkeit früher Stationsleitbilder erwiesen sich im Verlauf der Recherche als schwierig. Dies ist vor allem der seit Ende der 1980er Jahren aufkommenden Nutzung von Personal Computern geschuldet und einem sich verändernden Ablageverhalten. Nicht ausgedruckte und erkennbar abgelegte Dokumente liefen Gefahr mit neueren Programmen nicht mehr eingelesen werden zu können oder nicht über einen längeren Zeitraum archiviert zu werden und damit für die Forschung verloren zu gehen.

87 Interview mit Vitus Bass, 1.14.07–1.14.37 und 1.14.45–1.15.48 und Nachtrag zur Autorisierung Vitus Bass vom 25.04.2020.

88 Mager (o. J.), Kapitel 4.1.–4.1.3.

89 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1996, S. 2, 1997, S. 21.

bereits 1984 Klientinnen- und Klientenbefragungen durch (Kapitel 5.3.6).

Auch in der von Versicherern und Politik zunehmend eingeforderten Messbarkeit erbrachter Leistungen gewannen Leitbilder, Stationskonzepte und Evaluationen an Bedeutung. Seit den 1980er Jahren hielt im Gesundheitswesen allgemein eine ökonomische Sichtweise auf den Klinikbetrieb verstärkt Eingang. Die Entwicklung war Teil eines allgemeinen Trends, mit dem unter dem programmatischen Label des «New Public Managements» betriebswirtschaftliche Modelle auf staatliche Verwaltungen oder öffentlich-rechtliche Einrichtungen übertragen wurden. Medizinische Dienstleistungen sollten effizient erbracht werden. Die Qualität der erbrachten Leistungen wurde gemessen und an standardisierten Vorgaben ausgerichtet.

Die Klinik Waldhaus führte 1996 als eine der ersten in der Schweiz ein elektronisches «Klinikinformationssystem» (KIS) ein.[90] Der Ausbau des Dokumentationssystems ging mit dem Ausbau computergestützter Arbeiten im Klinikbetrieb einher. Im Zuge dieser Entwicklung erhielten auch Pflegende Einsicht in die Patientenakten.[91] Die Informatik wurde immer wichtiger und fand laut Jahresbericht bereits 1999 Einsatz für Abläufe und Prozesse «vom Medikament bis zum Dessert». Ziel war ein Zeitgewinn der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden für die Patientenbetreuung. Dem entgegen standen Aussagen derselben über einen Anstieg administrativer Arbeiten, die die Zeit vor dem Computer verlängerten und jene bei den Patientinnen und Patienten verkürzten.[92] Auch die Massnahmen zur Qualitätssicherung waren in den folgenden Jahren ein personal-, zeit- und kostenintensiver Prozess, der sich an gesamtschweizerischen Entwicklungen und damit an sich verändernden übergeordneten Rahmenbedingungen orientierte. 1997 erfolgte beispielsweise die Einführung der *Leistungserfassung in der Psychiatrie-Pflege (LEP-P)* und 2001 wurden die *PDGR* als erste psychiatrische Einrichtung der Schweiz einheitlich nach der global führenden Qualitätsmanagementnorm ISO zertifiziert.[93]

Wie noch zu zeigen sein wird (vgl. Kapitel 6.2.3) hatte die Reflexion ärztlichen und pflegerischen Handelns im Idealfall einen direkten Einfluss auf den Behandlungsalltag. Die Zunahme an entsprechenden Konzepten, die in kurzen Abständen immer wieder angepasst wurden, führte laut Vitus Bass gleichzeitig zu inflationären Tendenzen, «ohne dass sie auch diskutiert oder gemeinsam ausgewertet wurden». Dies manifestierte sich beispielsweise in einer starken Zunahme der Dokumentation und dem entsprechenden Aufwand für das ärztliche und medizinische Personal. Seine anfängliche Euphorie verschwand deshalb mit den Jahren und machte einer gewissen Frustration Platz. «Auf dem Papier stand, dass alle Aspekte evaluiert worden waren und alle Prozesse angepasst wurden, in der Praxis sah es etwas anders aus.»[94] Nicht nur eine fehlende Umsetzung, sondern auch den Aufwand, der dafür betrieben wurde, bewertete Vitus Bass im Nachhinein als zu gross.[95] König bestätigte diesen Eindruck noch aus einer anderen Perspektive. Er habe immer zu viele Konzepte verfasst und die Bündner Besonderheit, dass hier viele Neuerungen über kurze Kommunikationswege und persönliche Kontakte einfacher gewesen wären, übersehen. So wurde ihm beispielsweise immer wieder geraten, Mitglied einer Partei zu werden, was er stets ablehnte. Im Nachhinein aber meinte er, die «Einbindung in die ganzen Strukturen» wären wichtig gewesen. «Man kannte mich zu wenig, das wäre eigentlich ein wichtiger Teil meiner Arbeit gewesen.»[96]

6.2.1 Anpassung der Führungsstrukturen – ein Entscheid «von oben»

Die zunehmende berufliche Reflexion, ein erstarkendes Selbstverständnis der Pflege, aber auch ansteigende Verwaltungsaufgaben lösten Ende der 1980er Jahre eine intensive Diskussion zwischen Regierung, Verwaltung und Klinikleitungen über künftige Führungs- und Organisationsstrukturen aus. Im Nachgang zur kritischen Berichterstat-

90 Ebd., 1996, S. 2.

91 Ebd., S. 16. 1978 war in der Klinik Waldhaus erstmals die Einführung von «Buchungsautomaten» diskutiert worden, was aufgrund der hohen Störungsanfälligkeit bis 1981 jedoch zurückgestellt wurde. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 25. März 1980, S. 8; ebd. 7. April 1981, S. 9.

92 Mager (o. J.); Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1999, S. 29.

93 PDGR: Auftrag und Organisation (2019); Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1997, S. 3; Jahresbericht PDGR 2007, S. 7.

94 Interview mit Vitus Bass, 1.16.20–1.17.03; schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

95 Ebd., 1.14.07–1.14.37.

96 Interview mit Hans König, 10.57–12.10.

tung rund um die Arbeits- und Führungssituation in der Strafanstalt Realta verpflichtete die Regierung den Chefarzt und den Verwalter künftig zur gegenseitigen Information und engeren Zusammenarbeit. Sie stellte dafür die beiden Funktionen gleich und installierte ab 1990 eine duale Führungsstruktur («Zweibein-Struktur»). Dieser Entscheid wurde nicht von beiden Chefärzten vorbehaltlos begrüsst. Fontana hatte 1987 eine solche Gleichstellung auf Vorschlag seines Verwalters angeregt.[97] Grund dafür war die zunehmende Komplexität der Aufgaben in der Psychiatrie allgemein, vor allem aber auf Verwaltungsebene. König favorisierte die Fortführung der bestehenden Führungsstruktur, da der Chefarzt die volle Verantwortung für die Klinik trug und sich dies auch in der Organisation wiederspiegeln sollte.[98]

Die Regierung wollte noch einen Schritt weitergehen und prüfte den Einbezug der Pflegedienstleitungen in die Leitungsstrukturen. Fontana begrüsste auch diese Pläne, jedoch zu einem Zeitpunkt, als seine Pensionierung bevorstand und klar war, dass er bis zu einer allfälligen Reform nicht mehr im Amt sein würde. Die Verteilung der Führungsverantwortung auf mehrere Funktionen bedeutete eine Aufgabenteilung und damit Entlastung der einzelnen Funktionsträger. Sie bedeute aber auch einen Machtverlust der Chefärzte. Auch wenn König sich gegen Anpassungen in der Führungsstruktur aussprach, so anerkannte er die Bedeutung der Pflege und die Möglichkeit, sich durch die Pflegedienstleitung zu entlasten. Gegen Ende seiner Amtszeit fand er einen aus seiner Sicht «fähigen» Pflegedienstleiter, der einen guten Zugang zum Pflegepersonal hatte, die notwendige Ausbildung besass und den Chefarzt entlasten konnte.[99] Auch die Nachfolger Königs und Fontanas, Malanowski und Bünter, sprachen sich gegen einen Einbezug der Pflegedienstleitungen in die Klinikleitung aus.[100] Angesichts des Widerstandes der Chefärzte wurde die Idee vorerst nicht weiter verfolgt. Immerhin wurden ausserkantonale Kliniken mit einer entsprechenden Führungsstruktur zu ihren Erfahrungen diesbezüglich befragt.[101]

1995 passte die Bündner Regierung die Organisationsstrukturen an und setzte dabei ein «Dreibein-System» ein, nachdem auch Bünter – durch die Freistellung Malanowskis inzwischen interimistischer Leiter beider Kliniken – sich dafür ausgesprochen hatte. Chefarzt, Verwalter und Pflegedienstleitung bildeten in beiden psychiatrischen Kliniken fortan eine Dreierführung.[102] Neu geschaffen wurde darüber hinaus die Stelle eines Direktors der kantonalen Kliniken und Spitäler, die mit Arnold Bachmann besetzt wurde (vgl. Kapitel 5.4.5).[103] Die Einstellung des Ökonomen war Ausdruck einer langfristigen Planung im Bündner Gesundheitswesen und kann als Auftakt für die Annäherung der beiden Kliniken gewertet werden, aber auch für eine zunehmende Gewichtung ökonomischer Belange im Gesundheitswesen.[104] Mit diesen Anpassungen wurde zudem die Rolle der Pflege auch nach aussen hin sichtbar gestärkt und fand eine Fortsetzung auf Stationsebene.

In beiden Kliniken wurden duale Führungsstrukturen implementiert. Die Leitung der Stationen war neu einer Oberärztin oder einem Oberarzt und einer Stationsleitung unterstellt. Das sorgte laut Bünter bei den Ärzten nicht immer für Freude. Einige fürchteten auch hier einen Machtverlust.[105] Inwieweit gewerkschaftlich organisierte Mitarbeitende an diesen Entwicklungen einen Anteil hatten, konnte im Rahmen dieser Studie nicht ermittelt werden.

97 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Aktennotiz vom Rapport vom 19. März 1987, in Sachen Psychiatrische Klinik Waldhaus, S. 3.

98 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Mai 1990, S. 5. Bereits 1984 hatte der Verwalter mit Blick auf Realta vergeblich eine Gleichstellung mit dem Chefarzt von der Regierung verlangt. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 31. Oktober 1984, S. 10.

99 Interview mit Hans König, 1.47.31–1.51.20.

100 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 26. November 1993, S. 3.

101 Ebd., 19. April 1994, S. 2; ebd., Anhang, Psychiatrische Kliniken / Organisation der Klinikleitung, S. 1–3.

102 Interview mit Markus Bünter, 1.00.15–1.00.50; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung 3/1994, Sitzung vom 28. November 1994, S. 2. Jacek-Pierre Malanowski leitete die psychiatrische Klinik Beverin zwischen 1993 und 1995. Die Zusammenarbeit mit Ärzteschaft und Pflege war nicht von Erfolg gekrönt, weshalb die Zusammenarbeit nach knapp zwei Jahren beendet wurde. Interview mit Markus Bünter, 1.09.40–1.10.37; Interview mit Suzanne von Blumenthal, 30.12–33.09.

103 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1995, S. 2; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler 7/2000 vom 17. August 2000, Anhang Einführung Josef Müller, Direktor der Kantonalen Kliniken und Spitäler Graubünden.

104 Die 1996 neu gewählte Chefärztin der Klinik Beverin, Suzanne von Blumenthal, begrüsste die neue Organisationsform, da sie die Pflege als wichtiges Standbein der Psychiatrie sah und gleichzeitig eine Entlastung in personellen und organisatorischen Belangen damit einherging. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 35.50–36.30, 1.23.50–1.25.59.

105 Interview mit Markus Bünter, 56.00–58.00.

Bünter deutete jedoch an, dass die Einbindung der Pflegedienstleitenden in die Führungsstrukturen, die teilweise auch in anderen Kliniken Anwendung fand, sinnbildlich war für die Entwicklungen in der Bündner Psychiatrie, in der seines Erachtens eine grosse Kompromissbereitschaft herrschte.[106] Zur Stärkung des Personals bestand seit 1987 eine Personalkommission als «Bindeglied zwischen Klinikleitung und Klinikpersonal». Darin waren Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Dienstzweige (Ärzte, Pflegedienst, Sozialdienst, Labor, Verwaltung, Sekretariate, Hausdienst, Küche, Landwirtschaft, Gärtnerei, Handwerker) sowie Verbandsvertretungen von VPOD (Verband des Personals öffentlicher Dienste), VchP (Verband des christlichen Staats- und Gemeindepersonals), SBK (Schweizer Berufsverband für Pflegepersonal), VBAG (Verein der Beamten und Angestellten des Kantons Graubünden») eingebunden.[107] Nach der Einführung des «Dreibein-Systems» löste sich die Personalkommission 1998 auf, weil wichtige Aufgaben dieser Kommission in der Zwischenzeit durch andere Gremien und Arbeitsgruppen übernommen worden waren «und die Interessen des Personals […] direkter und effizienter eingebracht werden» konnten.[108]

6.2.2 Handlungsrichtlinien am Beispiel der Zwangsprotokolle der Klinik Waldhaus 1995–1999

Neben Leitbildern und Stationskonzepten waren sogenannte Handlungsrichtlinien neue schriftliche Instrumente, um Abläufe oder Kriterien für bestimmte Handlungen in der Klinik zu optimieren. Vitus Bass betonte, dass solche Standards lange Zeit fehlten, etwa wenn ein passendes Medikament für eine Patientin oder einen Patienten gesucht wurde. Er hätte sich klarere Kriterien gewünscht, die auch der Pflege ermöglichten, rascher und fachlich abgesichert die passenden Dosierungen zu finden.[109] Als ein positives Beispiel für die Wirkung von Handlungsrichtlinien können die «Zwangsprotokolle» der Klinik Waldhaus gelesen werden. Bünter führte diese kurz nach seinem Amtsantritt ein. Er hatte in seiner früheren Anstellung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel an deren Erarbeitung mitgewirkt.[110]

Bei jeder Anwendung von Zwang, das heisst bei einer Sperrung von Ausgang oder Urlaub, der Ankündigung von Zwangsanwendung sowie bei körperlichen Gewaltanwendungen, waren die ausführenden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet ein Zwangsprotokoll auszufüllen. Unter Zwang und körperlicher Gewalt wurde die Durchsuchung von Patientinnen und Patienten, die Androhung oder Verabreichung von Medikamenten unter Zwang, deren Isolierung sowie Fixierung verstanden. Das vorgefertigte Formular enthielt die Begründung, Art und Länge sowie den Ablauf der Zwangsanwendung. Es wurde im Anschluss der Patientenakte beigelegt und in Kopie an den Stationsarzt sowie die Pflegedienstleitung ausgehändigt.

Für die Jahre 1995 bis 1999 liegen Kopien der protokollierten Zwangsmassnahmen der psychiatrischen Klinik Waldhaus zuhanden der Pflegedienstleitung zusammengefasst in einem Ordner vor.[111] Sie bieten einen Einblick in die Anzahl und Art der durchgeführten Zwangsanwendungen und zeigen, dass sich diese im Verlauf dieser fünf Jahre verändert und insgesamt stark verringert haben (vgl. Tabelle 25).

Die überlieferten Zwangsprotokolle betrafen vor allem zwei Abteilungen, eine Akutabteilung und eine gerontopsychiatrische Langzeitabteilung.[112] Die Art des ausgeübten Zwangs variierte zwischen diesen beiden Abteilungen und weist auf Spezifika der dort untergebrachten Patientin-

106 Ebd., 56.00–58.20.

107 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente: Auflösung der internen Personalkommission, Schreiben des Verwaltungsdirektors Beda Meyer an Verteiler Info-Ordner (interne Korrespondenz) vom 2. April 1998.

108 Ebd., Reglement für die interne Personalkommission der psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, Januar 1987, S. 2.

109 Interview mit Vitus Bass, 1.16.20–1.16.48, 1.17.04–1.7.24; 1.18.00–1.18.22.

110 Seine damaligen Assistenzärzte sowie ein Oberarzt veröffentlichten 1993 eine Publikation zum Thema. Finzen et al. (1993). Schriftliche Information Markus Bünter an Silas Gusset vom 4. Januar 2019. Die unter von Blumenthal geführten Zwangsprotokolle wurden in den Patientenakten archiviert. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.09.00–1.09.40. Für Rekurse gegen fürsorgerische Freiheitsentzüge bestand eine enge Zusammenarbeit mit dem Departementsjuristen. Ebd., 1.10.00–1.10.22.

111 Laut Information von Markus Bünter bestand eine vollständige Dokumentation der Zwangsprotokolle seit deren Einführung. Mit der Gründung der PDGR wurden eigene Abläufe eingeführt und diese Dokumentation nach zehn Jahren vernichtet. Schriftliche Information Markus Bünter an Silas Gusset vom 4. Januar 2019.

112 Viele der Patientinnen und Patienten der gerontopsychiatrischen Station wurden als freiwillig eingetreten vermerkt, die meisten der Akutabteilung waren aufgrund eines fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE) in der Klinik.

nen und Patienten. Die Medikamentenverweigerung war auf den Akutabteilungen der häufigste Grund für eine Zwangsanwendung, vor allem während akuten psychotischen Episoden oder bei Aggressivität gegenüber Mitpatientinnen, Mitpatienten oder dem Personal. Die Verletzungsgefahr für sich und andere wurde in diesen Fällen von den diensthabenden Ärztinnen und Ärzten als hoch eingeschätzt. Bei Zwangsmedikationen wird deutlich, dass auch «verbaler Druck» aus ärztlicher Sicht als Zwang wahrgenommen wurde. Die Beschreibungen weisen darauf hin, dass manche Patientinnen und Patienten «überredet» werden konnten, in die Einnahme einzuwilligen. In anderen Fällen ist dokumentiert, dass bisweilen «mehrere Personen» beigezogen wurden, um bei Selbstverletzungen oder massiver Gegenwehr Medikamente oral oder per Injektion zu verabreichen. In diesen Fällen folgte meist eine zusätzliche «Fixierung» oder «Isolation» der betroffenen Person.

Jahr	Anzahl
1995	128
1996	107
1997	85
1998	79
1999	79
Total	478

Tabelle 25: Anzahl Protokolle Zwangsbehandlung (1995–1999)

Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokolle Zwangsbehandlung 1995–1999.

Auf der gerontopsychiatrischen Langzeitabteilung wurde die Anwendung von Zwang fast ausschliesslich durch Fixierungen und teilweise Isolationen sichtbar. Das Festbinden alter Menschen geschah 1995 meist als Reaktion auf Unruhe- und Verwirrtheitszustände, die auch mit Aggressivität und Grenzüberschreitungen einhergingen. Die Zwangsmassnahmen betrafen häufiger Frauen als Männer und wurden mitunter über Tage, teilweise auch Wochen angewandt. Nicht bekannt ist das Geschlechterverhältnis auf dieser Abteilung. Aufgrund demographischer Begebenheiten ist aber davon auszugehen, dass mehr Frauen als Männer auf der Station wohnten. Bei einer Frau, die als unruhig galt, sind in einem Monat bis zu 21 Fixierungen in Verbindung mit einer Isolation rapportiert. Die Fixierungen mit «Stoffgurten» wurden während der Nacht am Bett und tagsüber an den Rollstühlen vorgenommen. Auffällig ist, dass 1995 zusätzlich immer wieder die Hände von Patientinnen und Patienten während den Mahlzeiten an den Stühlen festgebunden wurden. Das heisst, sie wurden dadurch daran gehindert das Essen zu verweigern oder selbst einzunehmen, eine Praxis, die sich fünf Jahre später so nicht mehr findet. Auffallend ist weiter, dass es sich ausschliesslich um Patientinnen mit «seniler Demenz» handelte.

Innerhalb von fünf Jahren ist ein starker Rückgang protokollierter Zwangsanwendungen, vor allem der Fixierungen, zu verzeichnen. Er betraf besonders gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten. Der Rückgang dieser Zwangsmassnahmen fällt in eine Zeit, in der Demenz- und damit auch Alzheimererkrankungen vermehrt diskutiert und entsprechende Diagnostik-, Betreuungs- und Aufklärungsinstrumente geschaffen wurden. 1999 startete die Klinik Waldhaus, zusammen mit dem Gesundheitszentrum des Krankenversicherers ÖKK ein Präventions- und Aufklärungsprojekt und führte Informationsabende zu Demenz- beziehungsweise Alzheimererkrankungen durch. Ziel war es eine höhere Sensibilität für diese Erkrankungen zu erhalten, um sie so zu erkennen und durch gezielte Therapien ein Leben zuhause so lange als möglich zu ermöglichen. Im selben Jahr wurde in der Klinik Waldhaus eine Demenzabklärungsstelle geschaffen. Mit ihrer Nähe zu den Churer Spitälern war so eine umfassende Abklärung möglich.[113] Im Jahr darauf eröffnete die gerontopsychiatrische Tagesklinik als Schnittstelle zwischen einer stationären und ambulanten Betreuung, die vor allem für Alzheimerpatientinnen und -patienten sowie andere dementielle Krankheiten eingerichtet war.[114]

Mit der Einführung der Protokolle wurde auch der Ablauf der Zwangsanwendung neu geregelt. Für die Umsetzung musste die anordnende Ärztin oder der Arzt anwesend sein. Dies war eine Neuerung, die vom Psychiatriepfleger Vitus Bass als «sehr positiv und wirkungsvoll» bewertet wurde. Der Arzt «stand zwischen dem Patienten und den Pflegenden, sprach mit dem Patienten und übernahm so die Verantwortung. Bis dahin war der Zwang an die Pflege delegiert worden.»[115] Vitus Bass sah in diesem Vorgehen ein wichtiges Signal

113 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 51.40–51.50.

114 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Medienmappe Alzheimer vom 20. September 2000.

115 Interview mit Vitus Bass, 2.06.00–2.08.17; Nachtrag zur Autorisierung Vitus Bass vom 25. April 2020.

gegenüber den Pflegenden sowie den Patientinnen und Patienten. Neben der Reduktion der Anzahl angewendeter Zwangsmassnahmen verliefen diese laut dem Psychiatriepfleger fortan auch «viel humaner, und die Zahl der Zwangsmassnahmen nahm dadurch deutlich ab».[116]

Die Verpflichtung zur Protokollierung und Begründung von angewendetem Zwang zeigt eine angestrebte Reflexion des eigenen Handelns. Um ihre medizinische Verantwortung zu übernehmen mussten die Ärztinnen und Ärzte bei der Anwendung des angeordneten Zwangs anwesend sein. Der signifikante Rückgang der protokollierten Zwangsanwendungen in der psychiatrischen Klinik Waldhaus innerhalb von fünf Jahren legt den Schluss nahe, dass die in diesem Fall festgeschriebenen Handlungsrichtlinien und die damit verbundene Begründungsverpflichtung ihre Wirkung nicht verfehlten.

6.2.3 Anwendung von Zwang als Ausgangspunkt zur Stärkung der Patientenrechte

Zu Beginn seiner Amtszeit äusserte sich Bünter in einem Referat zum Spannungsfeld von Zwang und Hilfeleistung in der Psychiatrie, einem charakteristischen Aspekt der psychiatrischen Betreuung:

> *«Die Psychiatrie ist die einzige medizinische Disziplin, wo einzelne Kranke auch gegen ihren Willen behandelt werden. In keinem anderen Bereich menschlichen Handelns ist es im demokratischen Bundesstaat möglich, dass einem Mitbürger die Freiheit entzogen werden kann, ohne dass er sich strafbar gemacht hatte.»*[117]

Bünter anerkannte, dass Psychiater in manchen Fällen noch immer «ohne Not» Gewalt anwandten, verwies gleichzeitig auf eine bisweilen verminderte oder ganz wegfallende «Urteils- oder Geschäftsfähigkeit» vieler Patientinnen und Patienten, die eine vorgängige Aufklärung über eine medizinische Indikation schwierig mache und die Erfahrung des Zwangs auf der Seite der betroffenen Person verstärke. Er versuchte aber auch die Anwendung von Zwang bei einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik zu relativieren. Lediglich eineinhalb Prozent aller stationären Einweisungen geschähen gegen den Willen der Patientinnen und Patienten. Davon würden laut Bünter wiederum die Hälfte im Verlauf der Therapie von der «Notwendigkeit einer Behandlung mit Medikamenten» überzeugt. Nur wenn keine gemeinsame Lösung zwischen Therapeuten und Patienten gefunden werden könne, würden «Zwangsmedikationen durchgesetzt».[118]

Damit sprach sich Bünter für die Anwendung von Zwang in bestimmten Fällen aus. Laut Suzanne von Blumenthal handelte es sich bei der Durchführung fürsorgerischer Freiheitsentzüge (FFE, seit 2013 fürsorgerische Unterbringungen, FU) um ein zweischneidiges Schwert. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Zwangsaspekt der Psychiatrie sei wichtig. In manchen Fällen bestünde nur so die Möglichkeit, dass eine erstmalige Behandlung überhaupt zustande komme.[119] Das Repressionspotential der Psychiatrie war, gerade mit Blick auf die eigene Geschichte im Kanton, durchaus präsent. Bünter begründete den Zwangsaspekt der Behandlungen ausserdem mit dem Hinweis, die Psychiatrie erfülle eine «Ordnungs- und Schutzfunktion» gegenüber der Gesellschaft. «Die Aufgabe, die Kranken oder ihre Umgebung vor einer dringenden, unmittelbaren Gefährdung zu bewahren, rückt uns in die Nähe der Polizei, die neben ihren Ordnungsaufgaben auch helfende Funktionen hat.»[120] Er kritisierte dabei eine unklare Begrifflichkeit und Uneinheitlichkeit in der schweizerischen Gesetzgebung, insbesondere bei der Überprüfbarkeit und Umsetzung fürsorgerischer Freiheitsentziehungen, und sah die Politik in der Verantwortung. Ausser im Kanton Tessin waren zu Beginn der 1990er Jahre in keinem anderen Kanton klare Regelungen für eine

---

116 Ebd., 2.09.25–2.09.35; Nachtrag zur Autorisierung Vitus Bass vom 25. April 2020.

117 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 1. Der Zwangsaspekt in der Psychiatrie ist bis heute virulent und Gegenstand zahlreicher Studien. Vgl. Christen (2005), S. 14. Dabei wurden grosse, nicht erklärbare kantonale Unterschiede, insbesondere betreffend den rechtlichen Status der Betroffenen festgestellt. Ebd., S. 9.

118 Ebd., S. 2.

119 Interview Suzanne von Blumenthal, 1.02.00–1.04.40. Erst seit 2016 sind die schweizweit erhobenen Daten zur Fürsorgerischen Unterbringung differenziert genug, um detaillierte Aussagen über den Verlauf einer solchen Zwangsmassnahme machen zu können. Schuler / Tuch / Peter (2018), S. 1.

120 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 2.

Zwangsbehandlung vorhanden.[121] Bis zur einheitlichen Regelung durch das *Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz* ab 2013 waren im Kanton Graubünden Bezirksausschüsse für die Behandlung von Rekursen gegen Zwangsmassnahmen zuständig. Zwar wurden die Patientinnen und Patienten bei ihrem Eintritt über eine Rekursmöglichkeit innerhalb von zehn Tagen informiert, die Handhabung unterschied sich danach jedoch von Ausschuss zu Ausschuss.[122] Bünter plädierte dafür, dass immer eine kostenlose Rechtsberatung und ein richterliches Gehör erfolgen sollte, unabhängig ob das Rekursrecht aktiv genutzt wurde.[123]

> *«Zwangsbehandlung, sei es durch intensives verbales Insistieren, sei es durch konkrete Handlung, gehört, wenn auch selten, zur Behandlung psychisch kranker Menschen. Sie ist aber eigentlich nur dann verantwortbar, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen dazu, das heisst klare gesetzliche Regelungen der Rechte der Patienten vorhanden sind. Viel Unverständnis und Missbehagen zwischen Öffentlichkeit und Psychiatrie («in der Psychiatrie ist halt alles anders») könnte dadurch zum Wohle unserer Patienten vermieden werden.»*[124]

Darin spiegelt sich ein Bedürfnis des Psychiaters für klare rechtliche Rahmenbedingungen und Handlungsrichtlinien, die für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten die Rechtssicherheit vergrösserten. Vergleichbare Forderungen nach der Definition und dem Ausbau von Patientenrechten wurden durch Ärztevereinigungen, Pflegeorganisationen und Patientenvereinigungen gestellt und sind bis heute Inhalt einer anhaltenden politischen Debatte.[125] Wichtige Weichenstellungen hierzu gehen in die 1980er Jahre zurück, etwa die erste *Deklaration des Weltärztebundes zu den Rechten des Patienten*, die 1981 in Lissabon verabschiedet wurde, oder die *Erklärung zur Förderung der Patientenrechte in Europa* von 1994, ausgearbeitet unter der Federführung des europäischen WHO-Regionalbüros in Amsterdam. Diese Deklarationen stützten sich wiederum auf die *Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)* sowie die *Europäische Sozialcharta*.[126] Während in anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise Frankreich, Dänemark, Finnland, Spanien oder Belgien die Patientenrechte in speziellen Gesetzgebungen oder im Rahmen von Gesundheitsgesetzen rechtlich verankert sind, stösst eine Vereinheitlichung in der Schweiz an Grenzen. Die Regelung der Gesundheitsversorgung liegt hier im Kompetenzbereich der Kantone.[127]

Seit den 1990er Jahren wurde von politischer Seite immer wieder nach einer einheitlichen gesamtschweizerischen Regelung verlangt.[128] Auch in Graubünden gab es eine Auseinandersetzung, die sich unter anderem im Psychiatriebericht von 1995 abbildete, und in die Forderung nach einem Gesetz über Patientenrechte mündete.[129] Gleichzeitig stellte ein Bericht des Bundesamtes für Gesundheit 2013 fest, dass die Patientenrechte zwar kantonal unterschiedlich, aber bis auf wenige Ausnahmen gesetzlich garantiert seien. Der Bericht forderte unter anderem die Schaffung einer Dachorganisation, in der unterschiedliche Patienteninteressen gebündelt, in gesundheitspolitische Prozesse eingebracht und so die Partizipation aus Patientinnen- und Patientensicht gestärkt würde.[130]

Für die Klinik Waldhaus sind Informationsmaterialien zu Patientenrechten seit den 1990er Jahre belegt. Sie deuten auf einen Ausbau der Information zur aktuellen Rechtslage hin. Spätestens seit 1996 erhalten Patientinnen und Patienten eine

---

121 Ebd., S. 4. Dieses Anliegen unterstützten auch die Verfasser des Psychiatrieberichts von 2009. Ebd., S. 25–26. Vgl. auch Borghi (1980, 1991 und 1995).

122 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Patientenrechte, Formular Rechtsmittelbelehrung, Formular 206/A, 01/98 und Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.11.00–1.13.25.

123 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 5. Heute kann eine fürsorgerische Unterbringung durch einen Arzt für maximal sechs Wochen ausgesprochen werden. Eine Verlängerung kann nur die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) veranlassen. Vgl. Fürsorgerische Unterbringung, in: https://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/djsg/kesb/erwachsene/F%C3%BCrsorgerische%20Unterbringung/Seiten/default.aspx, Zugriff: 15.09.2019.

124 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 5.

125 Ausdruck davon ist unter anderem die 2012 in Auftrag gegebene Studie zu den Patientenrechten in der Schweiz, in der auch internationale Vergleiche gezogen werden. Bericht Patientenrechte in der Schweiz (2015).

126 Rütsche / D'Amico / Schläpfer (2018), S. 6–9.

127 Ebd., S. 10–25.

128 Beispielsweise: «Motion Jaquet-Berger (97.3525 Schutz der Patientenrechte in den Kantonen). Schweizerische Eidgenossenschaft (2015), S. 2.

129 Psychiatriebericht 1995, S. 40–41.

130 Schweizerische Eidgenossenschaft (2015), S. IV–VI.

schriftliche Rechtsmittelbelehrung.[131] Um diese bei einer zwangsweisen Einweisung sicherzustellen, werden die entsprechenden Informationen der betroffenen Person zur Unterschrift vorgelegt. 1994 wurde eine Informationsbroschüre verfasst und an die Patientinnen und Patienten abgegeben (heute ein «Patientenwegweiser» mit einem Überblick über die Patientenrechte). Neben der Information über den Ablauf einer psychiatrischen Behandlung sollte die Broschüre zu mehr Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit beitragen und auf unabhängige Anlaufstellen verweisen, an die sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige bei Bedarf wenden konnten.[132]

6.2.4 Eine Vertretung für Angehörige – die Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken (VASK)

Eine wichtige Triebfeder dieser Entwicklung, auch in Graubünden, waren Betroffenenorganisationen. Nicht nur Patientinnen und Patienten organisierten sich seit den 1980er Jahren, sondern auch Angehörige. Fehlende Informationen über eine psychische Krankheit ihrer Verwandten, den weiteren Krankheitsverlauf, aber auch das Bedürfnis nach einem Austausch mit anderen, führte in Graubünden unter anderem zur Gründung der *Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken* (VASK) 1989. Die Auswirkungen einer Erkrankung auf das soziale Umfeld schilderte die langjährige Präsidentin und Mitgründerin, Margrith Janggen, deren Ehemann 1976 an Schizophrenie erkrankte, eindrücklich:

> *«Die Krankheit meines Mannes nahm zu Beginn während Monaten einen schleichenden Verlauf. Bis es dann zu einer Einweisung in die Klinik kam, die leider gegen seinen Willen mit der Polizei erfolgen musste, machten wir viele hilflose und schmerzliche Erfahrungen. Was das heisst, wenn der Vater und Ehemann mit Handschellen abgeführt wird, diesen Schmerz kann man in Worten nicht ausdrücken. Auch für meinen Mann war das ein schreckliches und unvergessliches Erlebnis, auf das er in der Klinik nie angesprochen wurde. […] Und so stand ich hilflos da: denn eine seelische Erkrankung ist wie ein Wildbach, der wenn das Unwetter hereinbricht, er alles in seiner Umgebung mit sich reisst, nicht nur der Erkrankte wird mitgerissen, sondern die ganze Familie. Das riesige Gebäude und die Räumlichkeiten in dem mein Mann wieder gesund werde sollte, machten mir Angst. In unsagbarem Schmerz liess ich meinen Mann damals zurück - ich wusste aber: Daheim warteten die Kinder, die Tiere – und das Leben musste weitergehen.»*[133]

Es begann eine zehn Jahre dauernde Phase, in der sich Hospitalisierungen und Aufenthalte zuhause abwechselten. Erst dann waren die Medikamente von Janggens Ehemann richtig eingestellt und die ambulanten und teilstationären Angebote so ausgebaut, dass er zuhause leben konnte. Durch eine Beschäftigung in einer geschützten Werkstätte erhielt er eine externe Tagesstruktur, die seine Angehörigen entlastete.[134]

Das Leben der jungen Familie wurde zunächst aber komplett auf den Kopf gestellt. Freunde zogen sich zurück und Margrith Janggen kannte sich mit der Krankheit ihres Mannes kaum aus. Das Beispiel macht deutlich, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch ihr soziales und familiäres Umfeld Aufklärung über eine psychische Erkrankung, deren mögliche Verläufe und Behandlungsmöglichkeiten sowie Mitsprachemöglichkeiten benötigen. Auch das unmittelbare soziale Umfeld ist bei einer psychischen Erkrankung mit den direkten Folgen der Krankheit, mit den Unsicherheiten, Ängsten und Schuldgefühlen konfrontiert. Gleichzeitig geht der Alltag für alle Beteiligten weiter. Für Angehörige oder gar für Kinder war Ende der 1970er Jahre kein Platz in der Klinik vorgesehen.[135]

Janggen sah sich bei der Einlieferung ihres Ehemannes zum ersten Mal mit den Räumlichkeiten einer psychiatrischen Klinik konfrontiert. Sie besuchte ihren Mann im Wachsaal oder in der Isolationszelle. Deren Enge und Geruch nach abgestandenem Zigarettenrauch wirkten «abstossend» und verstärkten die Angst ihres Mannes zusätzlich. «Dies sind unvergessliche Bilder», meinte

131 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Interne Weisungen und Richtlinien: Schreiben des Chefarztes an alle Mitarbeitenden vom 24. Juni 1998. Für die Klinik Beverin fehlen die Quellen hierzu.

132 Ebd., Sinn und Zweck der Informationsbroschüre und des Fragebogens vom Juni 1994. Das Original dieser Broschüre konnte nicht aufgefunden werden.

133 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.

134 Interview mit Margrith Janggen, 27.30–31.15.

135 Casaluta (2014).

Janggen.[136] Über die Diagnose und die Krankheit beziehungsweise den Krankheitsverlauf wurde Janggen lange nicht genauer aufgeklärt.[137] Als die Diagnose, Schizophrenie, feststand, wurde zuerst ihr Bruder informiert. Erst durch eine Broschüre eines Berner Ärzte-Ehepaars, dessen Sohn an Schizophrenie erkrankt war und die darauf die erste Angehörigenvereinigung gründeten, kam Janggen an genauere Informationen. In Lexika recherchierte sie weitere Hinweise.[138] Auch bei der Aufklärung der Kinder über die Krankheit des Vaters erhielt Janggen keine Unterstützung, weder von ärztlicher noch von pflegerischer Seite. Über die durchgeführten Behandlungen erhielt sie ebenfalls kaum Informationen. Eine Insulinkur wurde nicht gemacht, weil «in der Verwandtschaft eine Person daran gestorben ist».[139] Sie wurde auch nicht über die Nebenwirkungen wie einem erhöhten Speichelfluss, Müdigkeit, einer eingeschränkten Zungentätigkeit oder Temperaturempfindlichkeit, aufgeklärt, was das Gefühl des Ausgeliefertseins, aber auch der Isolation zusätzlich verstärkte.[140] Einzig im Dorfpfarrer fand die Familie moralische Unterstützung. Daneben fand der Dorfarzt, der ihren Ehemann während den Zeiten zuhause betreute, einen Zugang zu ihm und war so aus fachlicher Perspektive eine Unterstützung.[141]

Erst nach zehn Jahren lernte Janggen eine betroffene Angehörige kennen und fand so aus der Isolation heraus. Während zwei Jahren traf sich fortan eine kleine Gruppe Angehöriger zum regelmässigen Austausch und gründete 1989 die VASK Graubünden. Die Bündner Sektion konnte von den Erfahrungen aus Zürich, der Ostschweiz und Bern profitieren, auch in finanzieller Hinsicht. Die Vereinigung suchte gezielt den Kontakt zu Hausärztinnen und Hausärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie zu Psychologinnen und Psychologen, sahen sich ihre Mitglieder doch als Selbsthilfegruppe aber auch als Netzwerkerinnen und Netzwerker.[142] Ein Jahr nach der Gründung ging die VASK erstmals mit einer Veranstaltung an die Öffentlichkeit. Am ersten Vortrag erschienen 200 Interessierte und die Initiantinnen sahen sich bestätigt, dass Aufklärung über psychische Erkrankungen einem Bedürfnis entsprach.[143] In den ärztlichen Leitungen der beiden psychiatrischen Kliniken, Bünter und von Blumenthal, fand die VASK Unterstützung, auch bei gemeinsamen Vorträgen in den Regionen. Gleichwohl waren die Perspektiven unterschiedlich, so dass es aus Sicht Janggens einige Zeit dauerte, bis Ärzte und Pflegende einen verstärkten Einbezug von Angehörigen akzeptierten.[144] Vier Jahre nach der Gründung der Vereinigung erhielt die VASK in der Klinik Waldhaus ein eigenes Büro, das sie bis heute nutzt. Die räumliche Nähe zur Klinik barg in der ersten Zeit ein Spannungspotential zwischen dem gegenseitigen Austausch und einer Annäherung auf der einen Seite und dem Wunsch so unabhängig als möglich zu bleiben auf der anderen. Rückblickend überwog aber der Zuwachs an gegenseitigem Verständnis. Gleichzeitig wuchs das Selbstvertrauen der Vereinigung und ihrer Angehörigen, nicht zuletzt durch die zunehmende gesellschaftliche Anerkennung. Ihre Tochter veröffentlichte 2004 ein Kinderbuch, das die Thematik beleuchtete.[145] Mit dem *Treffpunkt Atelier* in Chur, deren Trägerschaft die VASK Graubünden ist, wurde eine Begegnungsstätte für Psychiatrie-Erfahrene geschaffen, die 2008 den Sozialpreis von *AvenirSocial Graubünden,* der Bündner Sektion des Berufsverbandes Soziale Arbeit Schweiz, erhielt.[146] In jüngster Zeit wird neben dem gegenseitigen Austausch in Betroffenenorganisationen vermehrt auch der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen in die Behandlung psychisch kranker Menschen praktiziert, so auch durch die PDGR. Unter dem Begriff des *Recovery-Ansatzes* wird ein Genesungskonzept verstanden, das von den Wünschen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgeht und beispielsweise in den USA oder den nordischen Ländern Europas bereits eine längere Tradition hat. Sogenannte *Peers* erhalten darin die Aufgabe, nach entsprechender Schulung, ihr Erfahrungswissen in Patientensprechstunden oder Psychoedukationsgruppen einzubringen.[147]

136 Interview mit Margrith Janggen, 36.00–37.20.
137 Ebd., 35.00–36.00.
138 Ebd., 11.40–11.49, 36.20–36.30; Geiser (o. J.)
139 Nachtrag zur Autorisierung Margrith Janggen vom 2. Mai 2020.
140 Interview mit Margrith Janggen, 8.50–11.20, 1.05.55–1.06.10, 1.11.05–1.12.00.
141 Ebd., 1.04.00–1.06.05.
142 Ebd., 20.00–22.00.
143 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.
144 Interview mit Margrith Janggen, 23.50–24.10; Interview mit Andrea Ferroni 19.55–20.39; Interview mit Suzanne von Blumenthal 1.54.50–1.55.35.
145 Janggen (2004).
146 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.
147 Kammer-Spohn (2013); KHR (2017); Recovery und Peer Pro Mente Sana (2020). In Graubünden werden Psychi-

Der Ausbau des ambulanten, teilstationären und stationären Angebots, förderte eine höhere Durchlässigkeit der Kliniken mit immer kürzeren stationären Aufenthalten. Die Betreuung psychisch kranker und behinderter Menschen durch Familienangehörige blieb darin ein wichtiger Aspekt (vgl. Nahaufnahme 7). Zwar konnten die Anliegen der Angehörigen in den letzten Jahren gestärkt werden.[148] Belastungs- und Überlastungssituationen bleiben aber weit verbreitet. In diesem Zusammenhang nennt Janggen die 2018 eingerichtete *Ambulante Krisenintervention (Aki)* als wichtige Stütze für Angehörige und Betroffene, an die sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige auch an Wochenenden und Feiertagen wenden können und die in Notsituationen Hausbesuche übernimmt.[149] Janggen spricht, mit Blick auf die vergangenen vierzig Jahre Erfahrung als Angehörige eines psychisch kranken Menschen, von vielen positiven und wichtigen Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung und den gesellschaftlichen aber auch therapeutischen Blick auf Menschen mit einer psychischen Krankheit oder Behinderung. Gleichwohl hält sie die Arbeit der VASK und anderer Patienten- und Betroffenenorganisationen weiterhin für notwendig. Die Organisationen bieten eine niederschwellige Anlaufstelle für den Austausch, für die Information und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen, vor allem bei Ersterkrankungen. Das bestehende Bedürfnis drückt sich auch in Zahlen aus: Heute zählt die VASK Graubünden ungefähr 170 Mitglieder, dies sind mehrheitlich Frauen. Die Vereinsarbeit wird von den Vorstandsmitgliedern ehrenamtlich ausgeführt.[150]

6.3 Verstärkte Orientierung des staatlichen Gesundheitswesens an marktwirtschaftlichen Logiken – der Weg zur öffentlich-rechtlichen Anstalt

Im Verlauf der 1990er-Jahre wurden das Gesundheitswesen und andere Bereiche des Staatswesens von Bestrebungen zur Kosteneindämmung erfasst. Im Rahmen des kantonalen Regierungsprogramms und Finanzplans für die Jahre 1997–2000 stellte die Bündner Regierung 1996 fest, dass angesichts der «Knappheit der öffentlichen Mittel» die «Besinnung auf die Kernaufgaben des Staates» von zentraler Bedeutung sei.[151] Die Forderung nach kosteneinsparenden Lösungen wurden mit Rationalisierungsbestrebungen verknüpft und im Falle des Gesundheitswesens unter den Slogan «Effiziente Finanzierungssysteme, tragbare Gesundheitsversorgung» gestellt. Das Regierungsprogramm hielt fest, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen sowie der Wunsch nach mehr unternehmerischer Verantwortung und Kompetenzen «eine Systemänderung im Finanzierungsbereich» bedinge und dazu «marktähnliche Strukturen» geschaffen werden sollten.[152] Seit 1993 stellt das Regierungsprogramm ein wichtiges Instrument der politischen Steuerung im Kanton Graubünden dar. Es definiert für jeweils vier Jahre die wichtigsten Ziele.[153] Die Bestrebungen der Bündner Regierung, staatliche Dienstleistungen stärker an marktwirtschaftlichen Logiken zu orientieren, wurden im Grossen Rat unter dem Schlagwort «New Public Management» intensiv und kontrovers diskutiert.[154] Die Mehrheit des Parlamentes sprach sich für die Weiterverfolgung dieses Ansinnens aus und beauftragte die Regierung, die Möglichkeiten einer autonomeren Gestaltung im Gesundheitswesen zu prüfen.

atrieerfahrene für eine solche Aufgabe als Mitarbeitende der PDGR angestellt. Interview mit Andres Schneeberger, 1.19.00–1.22.17.

148 Im Psychiatriebericht von 1995 wurden Selbsthilfegruppen als wichtigen Teil der «Behandlungskette» bezeichnet und damit deren Bedeutung anerkannt. Psychiatriebericht 1995, S. 21.

149 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.

150 Interview mit Margrith Janggen, 40.00–41.00.

151 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 111–112. Der erste Bericht über das Regierungsprogramm und den Finanzplan wurde für 1993 bis 1996 erstellt.

152 Ebd., S. 128–129.

153 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2011/12, S. 1255.

154 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 22. Mai 1996, beispielsweise S. 124–127. Vorrangig stand zudem die Sanierung der psychiatrischen Klinik Beverin auf der politischen Agenda. Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 128–129.

6.3.1 Loslösung aus der kantonalen Verwaltung und Überführung in eine öffentlich-rechtliche Anstalt

Im Anschluss an die Grundsatzdiskussion im Grossen Rat von 1996 erarbeitete die Bündner Regierung einen Gesetzesentwurf, der eine neue Organisation der kantonalen psychiatrischen Versorgung vorsah und der Anfang 2001 im Parlament beraten wurde.[155] Damit wurde das von Regierungsrat Aliesch bereits 1990 im Rahmen einer Sitzung der Aufsichtskommission erstmals dokumentierte Ansinnen einer Organisationsreform immer konkreter.[156]

Sowohl die Leitungen der beiden Kliniken als auch Arnold Bachmann, der Direktor der kantonalen Kliniken und Spitäler, sprachen sich für eine Verselbständigung der psychiatrischen Kliniken aus. Im Jahresbericht der Klinik Waldhaus von 1999 findet sich dazu der Hinweis auf eine überkantonal geführte Diskussion. Besonders hervorgehoben wurde das Argument eines zunehmenden Wettbewerbs mit Privatspitälern, insbesondere im «lukrativen Segment der Privatversicherten».[157] Dieser Konkurrenzkampf wirkte sich laut dem Jahresbericht direkt auf die Rekrutierung von qualifiziertem Personal aus.[158] Der Bericht sprach damit das seit Jahrzehnten wiederkehrende Problem, gut ausgebildete Fachkräfte für die Bündner Kliniken zu rekrutieren, an. Schliesslich führte Bachmann die Grösse der beiden Kliniken und den ihnen angehängten Aufgaben als Begründung gegen den Status quo ins Feld. Eine Angliederung bei einem kantonalen Departement sei für die Führung eines Betriebes mit mehreren hundert Mitarbeitenden «hinderlich» sowie «ineffizient» und damit ein klarer Wettbewerbsnachteil.[159] Mit dem Argument der fehlenden Konkurrenzfähigkeit bei der Aufnahme von Privatversicherten öffnete Bachmann ein mögliches Betätigungsfeld, das im Leistungsauftrag der beiden Kliniken zu diesem Zeitpunkt nicht vorgesehen war. Der Ökonom argumentierte in einer vornehmlich marktwirtschaftlichen Logik, bemühte sich aber gleichzeitig zu betonen, dass die kantonalen Kliniken und Spitäler nicht nach dem «Shareholder-Value-Prinzip» geführt werden können.[160] Eine Privatisierung der Kliniken stand für Bachmann nicht zur Diskussion.

Wegleitend für den Gesetzesentwurf der Regierung waren grundlegend veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, denen mit den bestehenden Strukturen innerhalb der Kantonalen Verwaltung nicht mehr optimal begegnet werden konnte. Im Rahmen der Botschaft von 2000 verwies die Regierung auf die seit dem letzten Psychiatrie-Konzept von 1995 erfolgte «Differenzierung der Psychotherapiemethoden sowie den Einsatz innovativer Behandlungsmöglichkeiten mit neuen Medikamenten».[161] Wie die entsprechende Auflistung zeigt, war in den vorangegangenen fünf Jahren ein substantieller Ausbau der kantonalen psychiatrischen Versorgung erfolgt:

> *«Beverin: Drogenentzugs- und Übergangsstation, Ambulante Dienste Roveredo, Ilanz und Samedan (Ausbau), Neuer ambulanter Dienst in Scuol, Medizinisch therapeutische Dienste (Ausbau), Alkoholstation mit Angebot für Rehabilitationsbehandlung (Ausbau).*
> *Waldhaus: Ambulanter Dienst in Davos und Chur (Ausbau), Tagesklinik (Ausbau), Medizinisch therapeutischer Dienst (Ausbau), Sozialarbeit (Ausbau), Psychotherapiestation.*
> *Wohnheime: Arbeits- und Beschäftigungsstätten Rothenbrunnen, Arbeits- und Beschäftigungsstätten Montalin, Wohngemeinschaft Arcobaleno, Neue Wohngruppe in Chur, Dezentralisierung Wohnheim und Beschäftigungsstätte Arche Nova mit Wohngruppen in Igis, Untervaz, Schiers und Landquart sowie einer Beschäftigungsstätte in Landquart, Integration Tagesstätte El Butt im Misox, Interne Wohngemeinschaft in Rothenbrunnen für Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf.»*[162]

---

155 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01; Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2011, S. 597–623.

156 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 30. April 1992, S. 2; ebd., Beilage 1, Protokollauszug Planungskommission «Sanierung Klinik Beverin», Sitzung vom 13. Februar 1992, S. 5. Im entsprechenden Traktandum ging es zunächst um die Frage, ob die Aufsichtskommission der beiden Anstalten angesichts einer geschrumpften Entscheidungskompetenz noch weiterbestehen sollte.

157 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1999, S. 3.

158 Ebd.

159 Ebd.

160 Ebd., S. 5.

161 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 518–519; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokoll Nr. 8/99, Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Sitzung vom 18. Oktober 1999, S. 2.

162 Ebd.

Trotz diesem Ausbau fehlten gemäss der Botschaft altersspezifische Angebote wie beispielsweise eine Jugendstation. Weitere Defizite verorte der Bericht bei der Entlastung von Angehörigen, den Angeboten in Spitälern, einem verbesserten Bildungsangebot für psychisch behinderte Menschen oder der Präventionsarbeit.[163]

Den Anstieg der Konsultationszahlen wertete die Bündner Regierung als Hinweis auf ein bestehendes gesellschaftliches Bedürfnis für eine umfassende psychiatrische Versorgung (vgl. Diagramm 45). Gleichzeitig interpretierte sie diese Entwicklung mit einem zunehmenden und «schichtübergreifenden» Normalisierungsdruck, der dazu führte, dass immer mehr Menschen psychiatrische Angebote in Anspruch nahmen. Neben dem Ausbau des Angebots und dem Anstieg der Konsultationen erwähnte die Botschaft der Regierung zuhanden des Grossen Rates gestiegene Ansprüche der Patientinnen und Patienten, speziell im Bereich der Raumgestaltung und Verpflegung, als weitere kostentreibende Faktoren. Hinzu kam die steigende Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung, die das Gesundheitswesen insgesamt betraf. Besonders ins Gewicht fiel die Langzeitbetreuung einer steigenden Zahl an Demenz erkrankter Personen, die auch in der gerontopsychiatrischen Versorgung an Bedeutung gewann.[164] Die Debatten standen auch im Kontext des revidierten Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes von 1996, das verschiedene Instrumente zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen umfasste.[165] Die Bündner Regierung sah jedenfalls dringenden Handlungsbedarf. Das erklärte Ziel zur Jahrtausendwende war es, mit der Ausgliederung der kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie den kantonalen Heimzentren

> *«die Handlungsfähigkeit zu verschaffen, die zur Bewältigung der wachsenden Anforderungen an eine wirtschaftliche Leistungserbringung erforderlich ist. Sie werden dadurch insbesondere in die Lage versetzt, rasch auf Veränderungen der Nachfrage und der medizinischen Entwicklung zu reagieren, eigenständige Rechtsbeziehungen zu Patienten und Dritten einzugehen und nach unternehmerischen Grundsätzen zu handeln. Dazu gehört auch die Kooperation und Koordination mit anderen Leistungserbringern.»*[166]

Die Regierung betonte, dass die psychiatrischen Kliniken hinsichtlich der geforderten effizienten und effektiven Arbeitsweise nicht untätig gewesen waren. Sie sprach von einer «Vorreiterrolle» der Kliniken in unterschiedlichen Bereichen. Dazu zählte sie die Vereinheitlichung der Leitung für die stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuung, die schweizweit erstmalige Einführung eines Klinikinformationssystems sowie die Schaffung von Wohnheimen und Wohngruppen für psychisch und geistig behinderte Menschen ausserhalb der Kliniken.[167]

Der Vorschlag der Regierung sah eine Loslösung der beiden psychiatrischen Kliniken, einschliesslich der kantonalen Wohn- und Arbeitsstätten für körperlich und geistig behinderten Menschen, aus der kantonalen Verwaltung und deren Überführung in eine neu errichtete öffentlich-rechtliche Anstalt vor. Damit stand Graubünden nicht alleine. Auch andere Kantone suchten um die Jahrtausendwende nach neuen Lösungen im Gesundheitswesen.[168] Bei ihrem Entscheid über die Rechtsform konnte die Regierung deshalb auf Entwicklungen in den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt oder Thurgau Bezug nehmen. Eine betriebswirtschaftliche Reform innerhalb der Verwaltungsorganisation sah die Regierung als nicht zielführend an, da damit die angestrebte Flexibilisierung nicht erreicht werden könne.[169]

---

163 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 519; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokoll der Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Sitzung vom 18. Oktober 1999, Nr. 8/99, S. 2; Psychiatrie-Konzept 1995.

164 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 520.

165 Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes wurde 1994 vom Schweizer Stimmvolk angenommen, nachdem 1987 ein erster Versuch gescheitert war. Neu sah das Gesetz unter anderem ein allgemeines Obligatorium vor, sollte aber auch dazu beitragen, die rasant gestiegenen Kosten sowohl für Versicherungsleistungen als auch für Prämien einzudämmen. Mit der freien Versicherungswahl bei der Grundversicherung wurde auf nationaler Ebene die Konkurrenz unter den Krankenversicherern verschärft. Vgl. Ein Jahrhundertprojekt im Ziel: Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes, in: Geschichte der sozialen Sicherheit, https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/synthese/1994/, Zugriff: 10.10.2019.

166 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 523.

167 Ebd., S. 519–520.

168 Ebd., S. 521. Zur Diskussion stand auch eine Zusammenführung mit dem kantonalen Frauenspital Fontana, die allerdings als «nicht zweckmässig» wieder verworfen wurde. Ebd., S. 523–524.

169 Ebd., S. 526.

Die Bündner Regierung sprach sich für die Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt und gegen eine öffentlich-rechtliche Aktiengesellschaft aus, da «mittelfristig» keine Veräusserung einer Aktienmehrheit vorgesehen war. Gleichzeitig behielt sich die Regierung eine spätere Umwandlung der gewählten Rechtsform vor.[170] Mit diesem Vorschlag blieb der Kanton Eigentümer der neu zu gründenden Anstalt und war weiterhin in strategische Entscheidungen eingebunden. Die Regierung reagierte damit auf kritische Stimmen, die das Gesundheitswesen als staatliche Aufgabe betrachteten und eine stärker marktwirtschaftliche Orientierung ablehnten.

Neben dem Ziel, eine «hochstehende» psychiatrische Versorgung bei gleichzeitiger Kostenkontrolle zu realisieren, stand eine weitere Überlegung für die Loslösung der psychiatrischen Kliniken aus der kantonalen Verwaltung im Raum. Mit den Veränderungen im Krankenversicherungsgesetz hatte der Bund 1996 den Kantonen die strategische Spitalplanung übertragen. Laut der Bündner Regierung wurden so die Rollen zwischen Auftraggeber (Kanton) und Leistungserbringer (psychiatrische Kliniken, Wohnheime und Arbeitsstätten) vermischt Dies führte zu Interessenskonflikten wodurch «kleinste Sachprobleme […] sofort eine politische Dimension» erhielten.[171] Die Loslösung war deshalb aus Verwaltungs- und Regierungsperspektive auch ein Akt der Entpolitisierung.[172]

Im Grossen Rat wurde das Ansinnen der Regierung von allen Parteien unterstützt, wenngleich die künftigen Anstellungsbedingungen im Personalwesen, die Rechtsform sowie die Art der Revision Anlass zu Diskussionen gaben.[173] Dass für die Angestellten in der neuen Rechtsform nicht mehr die kantonale Personalgesetzgebung gelten sollte, wurde von gewerkschaftlicher Seite kritisiert. Eine Mehrheit des Rates sah indes die angestrebte Selbständigkeit gefährdet, sollten die Anstellungsbedingungen des kantonalen Personals zwingend übernommen werden müssen, da die Personalkosten achtzig Prozent des Gesamtaufwandes betrugen. Der entsprechende Absatz wurde nach einer Beschwerde vor Bundesgericht jedoch wieder aufgehoben, so dass sich die Arbeitsverhältnisse des Personals der PDGR nach den Bestimmungen der Kantonsmitarbeitenden richten.[174] Der Grosse Rat folgte in allen Punkten dem Vorschlag der Regierung und stimmte diesem mit 71 zu zwölf Stimmen klar zu.[175] Auch der Souverän nahm das neue Psychiatrie-Organisationsgesetz am 10. Juni 2001 mit über achtzig Prozent Ja-Stimmen an. Anfang 2002 trat das *Gesetz über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und Wohnheime für psychisch behinderte Menschen des Kantons Graubünden* (Psychiatrie-Organisationsgesetz) in Kraft.

6.3.2 Leistungsaufträge zur Sicherung des Versorgungsauftrags in prozessorientierter Unternehmenskultur

Als eigene Rechtsperson war es den PDGR erlaubt, Dienstleitungen für Dritte zu erbringen, Kooperationen einzugehen und sich mit Zustimmung der Regierung an anderen Unternehmen zu beteiligen.[176] Neben dem Auftrag zur Leistungserbringung in der Erwachsenenpsychiatrie wurden die bereits zu den psychiatrischen Kliniken gehörenden Wohnheime und Wohngruppen für psychisch und geistig behinderte Menschen in die PDGR integriert. Weiter zeichneten sie verantwortlich für Aus- und Weiterbildungsplätze für Ärztinnen und Ärzte, für Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, für andere Berufe des Gesundheitswesens sowie für angehende Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und sozialpädagogische Berufspersonen.[177]

Ein erster, wichtiger Schritt im Rahmen der Verselbständigung bestand darin, Leistungsaufträge festzulegen (vgl. Kapitel 5.4.5).[178] Die Kom-

170 Ebd., S. 521–526; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokolle, Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Nr. 1/00, Sitzung vom 20. Januar 2000, S. 2.

171 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 516–517.

172 Ebd., S. 523; Interview mit Claudio Candinas, 19.30–20.04 und 21.55–22.10.

173 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2001, S. 597–623.

174 O. N. (2001), S. 3 und Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2001, besonders S. 598, 607–625. Ergänzende Anmerkungen Claudio Candinas vom 18. November 2019.

175 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2001, S. 622; Willi (2001), S. 7.

176 Psychiatrie-Organisationsgesetz vom 10. Juni 2001, Art. 1–5.

177 Ebd., Art. 2; Leistungsauftrag: Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 11; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Dezember 2002, Nr. 1720; Bericht der Arbeitsgruppe zur Verselbständigung der Psychiatrischen Kliniken und der kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für behinderte Menschen / Regelung der finanziellen Aspekte vom 2. Dezember 2002.

178 Jahresbericht PDGR 2002, S. 3.

bination der psychiatrischen Versorgung mit der Führung von Heimen für psychisch und geistig behinderte Menschen verlangte nach unterschiedlichen Vereinbarungen, da deren Finanzierung aus verschiedenen Versicherungsleistungen erfolgte und auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen beruhte. Während der rechtliche Rahmen für die psychiatrische Versorgung von Erwachsenen durch die kantonale Krankengesetzgebung und das *Psychiatrie-Organisationsgesetz* vorgegeben war, unterstanden die Wohnheime und Beschäftigungsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen der eidgenössischen und kantonalen Behindertengesetzgebung.[179] Dies führte unter anderem zu unterschiedlichen Vorgaben in der Rechnungslegung (vgl. Nahaufnahme 4).[180]

In der Einleitung zu den Leistungsvereinbarungen von 2002 wurde das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach «Gesundung» als Ausgangspunkt für die psychiatrische Versorgung und damit den Leistungsauftrag an die PDGR festgehalten. Die «Lebensqualität» der Patientinnen und Patienten stand dabei im Vordergrund. Sie wurden als «Partner» bezeichnet; die Patientenrechte waren explizit gewährleistet. Ohne den Einbezug von Patientinnen und Patienten war eine Gesundheitspolitik zu Beginn des neuen Jahrtausends nicht mehr möglich.[181] Die Leistungsaufträge beinhalteten die Fortführung des bisherigen Angebots der allgemeinen Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtbehandlung, teilstationären Psychiatrie, ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie sowie der forensischen Psychiatrie. Hinzu kamen die Fachbereiche des medizinisch-therapeutischen Dienstes. Das heisst, Ausdruckstherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie und Arbeitstraining waren ebenso Teil des Leistungsauftrages wie der psychologische Dienst, der Sozialdienst, die Seelsorge sowie die Apotheke und das Labor.[182]

Der Auftrag beschränkte sich auf den stationären und teilstationären Bereich, und im ambulanten lediglich auf die Sicherstellung der psychiatrischen Grundversorgung, da die spezialisierte ambulante Versorgung «grundsätzlich von privater Seite» zu erfolgen habe.[183] Die Angebote verschiedener Wohnheime und Beschäftigungsstätten für psychisch behinderte Menschen kannten eine Altersbegrenzung zwischen 18 Jahren bis zum Pensionsalter und sollten in bestehender Weise fortgeführt werden. Dazu gehörten das *Wohnheim Montalin*, die *Wohngruppe Casanna*, beide in Chur, das *Wohnheim Rothenbrunnen*, die *Tagesstätte El Butt* in Roveredo und die *Wohngruppe Sunnastube* in Paspels sowie die Wohnheime mit integrierter Beschäftigung für geistig behinderte Menschen im *Heimzentrum Arche Nova* in Landquart und die Wohngruppen Igis, Untervaz und Schiers.[184] Explizit ausgeschlossen war bis 2017 die Behandlung von akut psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre. Dafür war 1998 eine Leistungsvereinbarung mit dem KJPD vereinbart worden (vgl. Kapitel 5.3.7).[185] Die Langzeitbehandlung von drogenabhängigen Menschen fiel ebenso aus dem Leistungskatalog der psychiatrischen Versorgung wie jene von straffällig psychisch kranken Menschen mit einem «hohen Sicherheitsrisiko». Auf der Liste der Ausschlüsse fanden sich weitere Behandlungsmethoden, wie die «Elektrobehandlung». Elektrokonvulsionstherapien (EKT) waren aufgrund ihrer historisch problematischen Anwendung Kritik ausgesetzt, weshalb von Blumenthal vermutete, dass dieser Ausschluss aus politischen Überlegungen vorgenommen wurde. 2014 führte sie diese Behandlung unter Berücksichtigung geltender Behandlungsstandards wieder ein.[186]

---

179 Kantonales Krankenpflegegesetz (KPG) 1979; Psychiatrie-Organisationsgesetz 2001; Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) 1959; Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) 1961; Gesetz über die Förderung Behinderter 1979 und Ausführungsbestimmungen zum Behindertengesetz 1993. Leistungsauftrag Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 6; Teil 2, S. 4, Teil 3, S. 3. Mit dem neuen Gesetz waren auch gesetzliche Anpassungen, zum Beispiel beim Gesetz über die Förderung der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) notwendig, z. B. der Kanton als Versorgungsträger (Art. 2).

180 Ausführungsbestimmungen zum Psychiatrie-Organisationsgesetz 2001.

181 Für eine kritische Auseinandersetzung mit einer zunehmend «personalisierten Medizin» bei gleichzeitigen Ökonomisierungstendenzen aus psychiatrischer Sicht, vgl. Böker (2014).

182 Leistungsauftrag Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 2.

183 Ebd., S. 3.

184 Ebd., Teil 2, S. 5, Teil 3, S. 4. Nach Erreichen dieser Altersgrenze bestand bei allen die Möglichkeit weiterhin im Wohnheim oder der Wohngruppe zu bleiben, sofern keine Pflegebedürftigkeit bestand. Ebd.

185 Wobei «im Einzelfall», und in Absprache mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, Abweichungen möglich waren.

186 Leistungsauftrag Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 17 und Anhänge, Anhang 2: Ausschlüsse für psychiatrische Kliniken, S. 4; Interview mit Suzanne von Blumenthal, 55.30–57.43.

Die Leistungsvereinbarungen widerspiegeln die Beibehaltung eines historisch gewachsenen Angebots in Graubünden. Der Vergleich mit anderen Kantonen zeigt zugleich, dass die föderalistischen Strukturen unterschiedliche Reaktionen in den Kantonen auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen hervorriefen. Der Kanton Thurgau beispielsweise, der zwei Jahre zuvor eine Reorganisation der kantonalen Anstalten im Gesundheitswesen vorgenommen hatte, überführte seine Spitäler und Kliniken in eine privatrechtliche Aktiengesellschaft und die Heime für psychisch behinderte Menschen in eine Stiftung.[187]

Die Überführung in die rechtliche und wirtschaftliche Selbständigkeit wurde aufgrund der erwarteten materiellen und rechtlichen Komplexität sowie unterschiedlich gewachsener Betriebskulturen auf vier bis fünf Jahre angelegt.[188] Zu Beginn steuerte eine fünfköpfige Verwaltungskommission den Veränderungsprozess und übernahm damit, nach kürzerem Unterbruch, die Nachfolge der Aufsichtskommission. Letztere hatte bereits seit den 1980er Jahren zusehends an Kompetenzen verloren, sodass 1993 beschlossen wurde, sie durch die Psychiatriekommission zu ersetzen.[189] Aufgrund der sich anbahnenden Reorganisation bestanden die beiden Gremien bis 1997 nebeneinander, bevor die Aufsichtskommission aufgelöst wurde.[190]

Die Zusammensetzung der Verwaltungskommission widerspiegelte den Aufbruch in eine marktwirtschaftlich orientierte Unternehmensstruktur. Sie wurde von Mario Cavigelli, Rechtsanwalt und Grossratsmitglied, präsidiert. Darüber hinaus befanden sich zwei privatwirtschaftlich erfahrene Personen in der Kommission.[191] Der Jahresbericht von 2002 berichtete sehr positiv über den Anlauf der «Autonomisierung». Gleichzeitig wurden Reibungsflächen etwa bei der Regelung der Rechtsgrundlagen für die Angestelltenverhältnisse (vgl. Kapitel 6.3.2) sowie der infrastrukturellen Nutzung sichtbar. Ein zentrales Argument für die Verselbständigung war die so erreichte Flexibilität der öffentlich-rechtlichen Anstalt. Aus Sicht der PDGR zählte dazu auch die infrastrukturelle Flexibilität. Während mobiles Inventar im Zuge der Reorganisation in den Besitz der PDGR überging, verblieben die kantonalen Gebäude in der Zuständigkeit des Hochbauamtes. Daraus ergaben sich aus Sicht der PDGR Einschränkungen im Handlungsspielraum, die erst 2013 mit der Übergabe der kantonalen Bauten im Baurecht aufgelöst wurden.[192]

In die Zeit der Zusammenführung fiel zudem die Fertigstellung der umfassenden und 2004 fertiggestellten Sanierung der Klinik Beverin. Dafür war 1987 eine Planungskommission eingesetzt und 1994 ein Architekturwettbewerb ausgeschrieben worden.[193] Bereits im Rahmen der Sanierung der Klinik Waldhaus hatte der damalige Chefarzt, König, auf den Bedarf für weitere Um- und Sanierungsbauten in Beverin hingewiesen. Der Ausbau des sozialpsychiatrischen Angebots hatte in den vorangegangenen Jahren unter anderem zu einer Stagnation beim Bettenbedarf geführt. Das Bündner Stimmvolk folgte dem Vorschlag der Regierung zur Sanierung Ende 1996 und hiess einen Rahmenkredit von knapp 50 Millionen Franken deutlich gut.[194] Im Rahmen der Sanierung wurde nach Möglichkeit die alte Bausubstanz genutzt und dem neuen Raumprogramm angepasst. Einem Neubau weichen musste das Ökonomiegebäude mit Küche. Das Haus Salvorta wurde «aufgrund einer schlechten Bausubstanz» abgerissen.[195]

Mit der Zusammenführung der Leitungsstrukturen standen auch personelle Veränderungen an, da sowohl auf der Ebene der Chefärzte und der

187 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 522–523.

188 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 2001, S. 3; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Juni 2001, Nr. 1013.

189 Die neue Kommission sollte aus 9–11 Mitgliedern bestehen. Protokoll, Sitzungen der Aufsichtskommission vom 19. April 1994, S. 2, 26. November 1993, S. 3.

190 Ebd., 6. Juni 1995, S. 3, 22. April 1996, S. 4; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 4. November 1996, Nr. 2489.

191 Jahresbericht PDGR 2002, S. 2.

192 Gesetz über die Psychiatrischen Dienste Graubünden 2012, Art. 17; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Dezember 2002, Nr. 1720; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Fusion PDGR Protokolle: Schreiben der Direktion der PDGR, Josef Müller an das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement betreffend Stellungnahme zum Konzept Gebäudebewirtschaftung der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR), Sitzung vom 18. Januar 2002; Jahresbericht PDGR 2005, S. 3; ebd., PDGR Psychiatrie-Organisationsgesetz, Hochbauamt Graubünden an die Stiftung Kantonsspital vom 20. Februar 2013.

193 In die Botschaft der Regierung wurden zudem die Ergebnisse des Psychiatrieberichtes 1995 aufgenommen, der die Sanierung der Klinik Beverin als dringlich erachtete. Psychiatriebericht 1995, S. 29–30.

194 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 57–96; Psychiatrische Klinik Beverin (1994), Geleitwort Klinikleitung und Geleitwort Departementsvorsteher.

195 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 84.

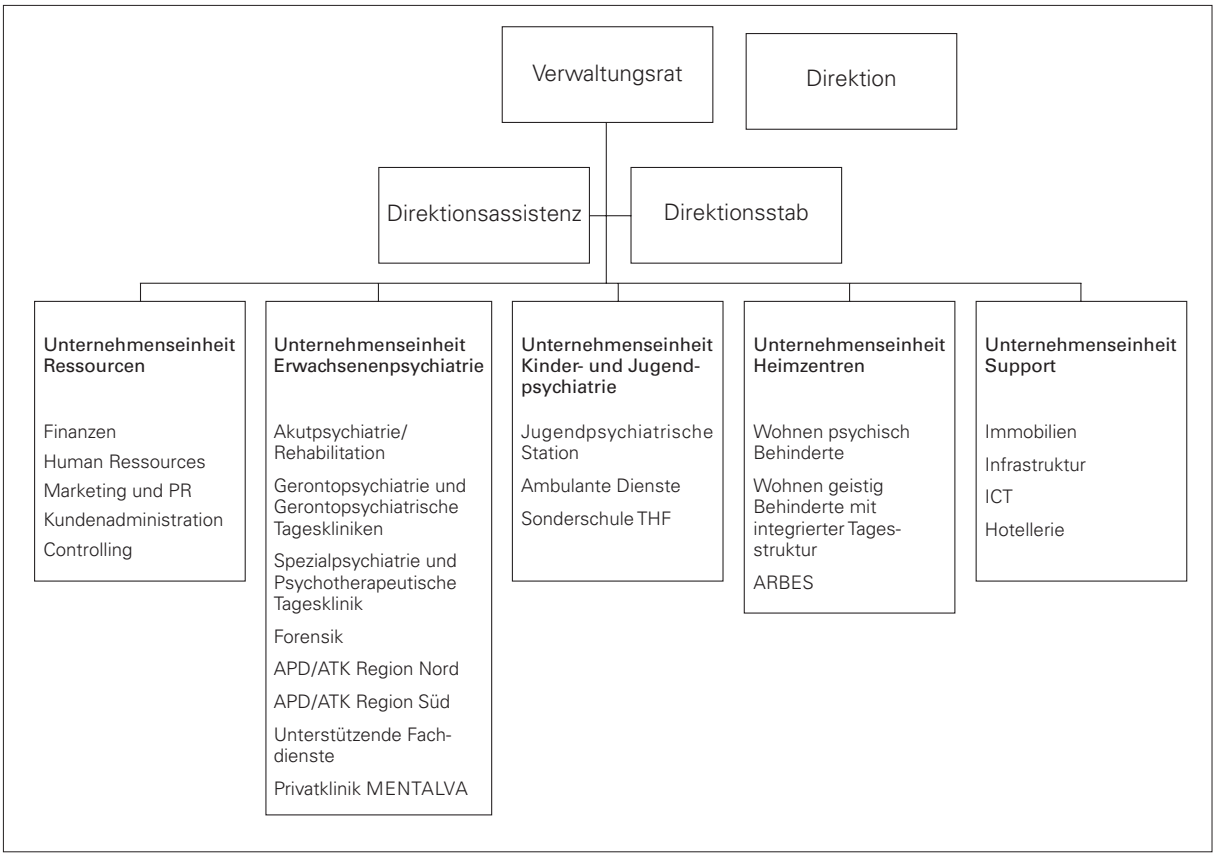


Abbildung 15: Organigramm Psychiatrische Dienste Graubünden (2019)
Anmerkung: Ambulanter Psychiatrischer Dienst (APD), Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik (ATK)
Quelle: https://www.pdgr.ch/wp-content/uploads/2019/01/2018-11-Organigramm.pdf.

Pflegedienstleitung als auch der Verwaltung die Stellen doppelt besetzt waren. Die Position des Vorsitzenden der Geschäftsleitung (CEO) übernahm der Ökonom und bisherige Direktor der kantonalen Spitäler und Kliniken, Josef Müller. Bis zur Pensionierung eines Verwalters verblieben beide Stelleninhaber in der Geschäftsleitung. Bei den Pflegdienstleitenden erfolgte eine Kündigung zur beruflichen Neuorientierung. Offen blieb zunächst die Frage nach der Zukunft der Chefärztin und des Chefarztes. Der Verwaltungsrat liess sich von Bünter und von Blumenthal ihre Vorstellungen für die künftige medizinische Organisation darlegen. Von Blumenthal blieb in der Folge in der Geschäftsleitung und übernahm ab 2005 die Akutpsychiatrie, Bünter die Alterspsychiatrie. Er wechselte später in die Leitung der Forensik, wo er bis zu seiner Pensionierung 2018 wirkte.[196] Auf von Blumenthal folgte 2016 Andres Schneeberger, der frühere leitende Arzt der Regionalen Dienste Engadin und Südtäler, als ärztlicher Direktor der Erwachsenenpsychiatrie.[197]

Die PDGR präsentiert sich heute als selbständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit Sitz in Chur. Sie ist unterteilt in fünf Unternehmenseinheiten: Ressourcen, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heimzentren und Support, die sich seit 2007 an einer prozessorientierten Unternehmensorganisation orientieren (vgl. Abbildung 15).

Die Leiterinnen und Leiter der einzelnen Unternehmenseinheiten bilden, zusammen mit dem Vorsitzenden (CEO), die Geschäftsleitung. Ihr steht der maximal siebenköpfige Verwaltungsrat vor. Die Bündner Regierung nimmt ihre Kontroll- und Aufsichtsfunktion durch die Wahl des Verwaltungsrates sowie dessen Präsidium und Vizepräsidium wahr. Sie bestimmt weiter die Revisionsstelle und genehmigt die Jahresberichte und Jahresrechnungen, die anschliessend zur Kennt-

196 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 36.30–37.42.

197 Interview mit Andres Schneeberger, 2.50–3.05.

nis an den Grossen Rat weitergegeben werden.[198] Seit 2011 sind in der *Verordnung zur Umsetzung der Public Corporate Governance für den Kanton Graubünden* Grundsätze über «Strategie, Einsitz- und Einflussnahme sowie Berichts- und Kontrollwesen bei Beteiligungen des Kantons, selbstständigen Institutionen und weiteren Organisationen mit öffentlichen Aufgaben» festgeschrieben.[199]

6.3.3 Jüngste Reformen und ihre Herausforderungen aus personeller Sicht

Die vorangegangene Darstellung der Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden reicht bis in die jüngste Zeit. Sie beschreibt die strukturellen und organisatorischen Anpassungen eines Unternehmens, das sich vermehrt marktwirtschaftlich ausrichtete. Eine historische Bewertung dieser institutionellen Entwicklung ist nur bedingt möglich. Es kann an dieser Stelle aber auf Tendenzen hingewiesen werden, die vor allem in den Interviews problematisiert wurden.

Eine kritische Auseinandersetzung von Seiten der ärztlichen Leitungen findet mit den Veränderungen der Finanzierungsstrukturen für psychiatrische Behandlungen statt, speziell im Zusammenhang mit den Gefahren einer «Drehtür-Psychiatrie» sowie einer fehlenden Flexibilität bei der überregionalen Zuweisung von Patientinnen und Patienten. Von Blumenthal kritisierte dabei vor allem die fehlende Kostendeckung für ausserkantonale Angebote. Etwa wenn die Unterbringung «sehr gefährlicher Patienten» aufgrund dieser Regelung nicht in spezialisierten Einrichtungen geschehen konnte, sondern in der darauf nicht ausgerichteten Klinik Beverin.[200] Vor allem aber verstärkte der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen die Forderung nach effizienteren Behandlungsmethoden und kürzeren Behandlungszeiträumen, die die Gefahr einer verfrühten Entlassungen und einem Anstieg der Rückfallquote mit sich brachten.[201]

Seit 2012 werden stationäre Behandlungen in akutsomatischen Spitälern mit einem Fallpauschalen-System anhand vorbestimmter Kriterien einer Fallgruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen.[202] Dieses Vergütungsmodell wurde für die Psychiatrie nicht als zielführend angesehen. 2018 wurde deshalb eine spezialisierte Tarifstruktur für stationäre psychiatrische Behandlungen von Erwachsenen eingeführt (TARPSY). Dieses beruht nicht auf Fallpauschalen, sondern weiterhin auf diagnoseabhängigen Tagespauschalen, da erstere bei psychischen Erkrankungen als nicht umsetzbar bewertet wurden. Bei einem längeren stationären Aufenthalt sinken die Tagespauschalen. Um verfrühte Entlassungen aus Kostengründen und einem darauf drohenden Anstieg von Wiedereinweisungen zu vermeiden, wurde eine Karenzfrist von 18 Tagen eingeführt. Das heisst, zwischen einer Entlassung und einer erneuten stationären Einweisung oder einem Eintritt muss diese Zeit vergehen, bevor ein neuer «Fall» eröffnet werden kann.[203] Die Verfeinerung der Tarifstrukturen verlangten von den Leistungs-

---

198 Psychiatrie-Organisationsgesetz 2001, Art. 7, 8, 13, 14; ebd., 2012, Art. 7.

199 Bereits vor dem Entscheid zur Schaffung der PDGR hatte die Geschäftsprüfungskommission des Grossen Rates die Regierung dazu aufgefordert, solche Grundsätze zu formulieren. Die Umsetzung dauerte bis 2010 (Grossratsprotokoll, Sitzung vom 8. Dezember 2010, S. 433.). Diese orientieren sich an allgemeinen Entwicklungen transparenterer Unternehmensführungen in Aktiengesellschaften. Die Auslagerung staatlicher Aufträge an private Dienstleister führte auch in diesem Bereich zum Anspruch nach einem «ausgewogenen Verhältnis von Führung und Kontrolle bei den Beteiligungen des Kantons Graubünden» und betraf nicht nur die PDGR, sondern beispielsweise auch das Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS), die Kantonale Pensionskasse Graubünden (KPG) und die Pädagogische Hochschule Graubünden (PHGR). Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 431. Die grundlegenden Bestimmungen widerspiegeln sich bereits im Psychiatrie-Organisationsgesetz von 2001 sowie den Leistungsauftrag von 2002. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der *Public Corporate Governance*, vgl. Lienhard (2008).

200 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 46.50–49.59, Zitat: 48.20–48.40.

201 Interview mit Andres Schneeberger, 1.05.37–1.09.00, 1.10.20–1.13.30; Interview mit Vitus Bass, 1.12.25–1.13.04; Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.00.30–1.01.40.

202 Tarifsystem TARMED: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html, Zugriff: 10. Oktober 2019. Das Krankenversicherungsgesetz von 2008 legte die Einführung für ein standardisiertes Vergütungssystem fest.

203 Unger-Köppel (2016), S. 1403; Swiss DRG (2016); Schneeberger (2018) und ergänzende mündliche Bemerkungen von Claudio Candinas, Claudio Camiu und Joseph Müller vom 25. November 2019. Trotz dieser Vereinheitlichung bestehen Unterschiede zwischen den Kantonen. Die Basisrate verhandelt die PDGR direkt mit den Krankenkassen. Schneeberger et al. (2019), S. 37.

erbringern umfangreiche Datenerhebungen. Der damit verbundene Anstieg des administrativen Aufwandes und die zeitliche Mehrbelastung, aber auch ein Gefühl der Kontrolle, führten zu einer anhaltenden Skepsis, vor allem von Seiten jener Fachpersonen, die direkt in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten standen.[204]

Als weitere problematische Folge der Veränderung der Finanzstrukturen nannte von Blumenthal eine ebenfalls gesamtschweizerische Entwicklung: die Zweitbegutachtung für IV-Ansprüche bei Menschen mit einer psychischen Behinderung. Zwar würden heute chronisch psychische Krankheitsbilder als Behinderung im Sinne der IV-Gesetzgebung anerkannt. Die Zweitgutachten stünden jedoch oft im Widerspruch zur Einschätzung der behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater und stellten eine Arbeitsfähigkeit fest.[205] Die ehemalige Chefärztin sah dabei die Gefahr einer erhöhten wirtschaftlichen Prekarisierung psychisch behinderter Menschen, verbunden mit einem verstärkten Wiedereingliederungsdruck innerhalb kürzerer Zeiträume.

Durch die Verselbständigung wurde den PDGR ein grösserer betrieblicher Handlungsspielraum zugesprochen. Die PDGR können heute neue Bereiche erschliessen, die vor der Überführung in eine öffentlich-rechtliche Anstalt nicht umsetzbar waren. Aus Sicht der öffentlich-rechtlichen Anstalt besteht die Möglichkeit kostendeckende Angebote zu integrieren, so beispielsweise für Privatpatientinnen und -patienten sowie Selbstzahlende. Im Leitbild von 2005 hielt der Verwaltungsrat fest: «Soweit sinnvoll und möglich, ergänzen wir dieses Angebot mit mindestens vollkostendeckenden Spezialitäten und/oder Nischenangeboten.»[206] Dies bezog sich insbesondere auf Angebote im Bereich der privat und halbprivat versicherten Patientinnen und Patienten.[207]

Damit wurde eine Diskussion neu lanciert, der die Politik in den 1990er Jahren noch zurückhaltend begegnet war. 1994 hatte ein Bericht zuhanden der Aufsichtskommission festgestellt, dass halbprivat und privat versicherte Patientinnen und Patienten nicht jene Leistungen erhielten, für die sie bezahlt hätten. Das bedeutete für die Kliniken, dass bei der Abrechnung der Leistungen gegenüber den Versicherern Erklärungsbedarf bestand. Während die Behandlung allgemein versicherter Patientinnen und Patienten nicht kostendeckend geführt werden konnte, war dies für halbprivat versicherte der Fall. Für Privatpatientinnen und Privatpatienten lagen die Einnahmen gar zehn Prozent über der Kostendeckung.[208] In der Folge wurde über die Einrichtung einer Privatstation diskutiert, dieses Ansinnen aber wieder verworfen. Gleichwohl sollten auf den Stationen Einzel- und Zweibettzimmer zur Verfügung gestellt werden, die über zusätzlichen Komfort wie den Zugang zu einem eigenen Fernseher oder Telefon verfügten. Die ärztliche Betreuung war direkt durch den Chefarzt oder Oberarzt gewährleistet.[209] Unter der Leitung von Blumenthals eröffneten die PDGR im Auftrag des Verwaltungsrates die erste Privatabteilung. Neben dem Argument der Kostendeckung konnten so Klinikbereiche, die wegen der sinkenden Bettenbelegung nicht ausgelastet waren, besser genutzt werden. Ein wichtiges Argument für die Wahl der Klinik Beverin war dabei die eigenständige Küche, die für ihr hohes kulinarisches Niveau bekannt war.[210]

Da die bereits bestehende Privatklinik *Clinica Holistica* in Susch sich auf die Behandlung von Burnout-Erkrankungen spezialisiert hatte, war eine andere Ausrichtung für die Klinikleitung wichtig.[211] Deshalb legte die medizinische Leitung neben dem psychotherapeutischen und psychiatrischen Angebot einen weiteren Schwerpunkt auf ein komplementärmedizinisches Angebot.[212] 2011 wurde auf dem Gelände der psychiatrischen Klinik Beverin die *Privatklinik MENTALVA Resort & Spa* für halbprivat und privat versicherte sowie selbstbezahlende Patientinnen und Patienten eröffnet. Sie steht auch ausserkantonalen und ausländischen Patientinnen und Patienten offen.

Die Aufnahme selbstzahlender ausländischer Personen führte zur Frage, ob der Ausbau eines

204 Für eine erste Bewertung ein Jahr nach der Einführung des TARPSY, vgl. Schneeberger et al. (2019), S. 37.
205 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 58.30–1.00.10.
206 Jahresbericht PDGR 2005, S. 7.
207 Ebd.
208 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 19. April 1994, Anhang Konzept für Privatpatienten in den Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, Entwurf, Februar 1994, S. 1–2.
209 Ebd., Sitzung vom 26. November 1993, S. 5; ebd., 19. April 1994, Anhang Konzept für Privatpatienten in den Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, Entwurf, Februar 1994, S. 2; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung, Sitzung vom 7. Oktober 1992, S. 2–3.
210 «Wir hatten immer einen guten Küchenchef. Das ist ein wichtiger Punkt.» Interview mit Suzanne von Blumenthal 26.13–27.49
211 Ebd., 1.34.46–1.36.40.
212 Ebd., 57.57–58.30, 1.31.15–1.34.45.

solchen Angebots Teil des Auftrages einer öffentlich-rechtlichen Anstalt sei.[213] Mit dieser Ausweitung, deren deklariertes Unternehmensziel es ist, wirtschaftlichen Gewinn zu erzielen, ging die Überlegung einher, «andere Angebote der PDGR teilweise quersubventionieren zu können».[214] Schneeberger präzisierte diese Quersubventionierung anhand des Beispiels der *Ambulanten Krisenintervention (Aki),* die seit 2018 Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen eine mobile Anlaufstelle an Wochenenden und Feiertagen bietet, und die ansonsten nicht finanzierbar wäre.[215] Damit verteidigten die PDGR den Ausbau im Luxussegment mit der Möglichkeit nicht kostendeckende, aber aus ihrer Sicht wichtige Angebote aufzubauen.

Andrea Ferroni, bis 2016 Leiter des kantonalen Sozialamtes, blickte kritischer auf die jüngsten Entwicklungen, insbesondere im Bereich der historisch gewachsenen Zusammenarbeit von Psychiatrie und sozialen Diensten im Kanton Graubünden. Er konstatierte ein zunehmendes Eindringen der PDGR in Aufgabenbereiche, die zuvor durch andere Dienstleister übernommen worden waren. So etwa im ambulanten Bereich, wo die PDGR im Zuge des Angebotsausbaus eigene Sozialarbeitende einstellten und deren Aufgabenbereich teilweise in jenen der regionalen Sozialdienste hineinfiel. Diesen Prozess beobachtete Ferroni auch für die Dienstleistungen des heilpädagogischen Dienstes oder der Jugend- und Drogenberatungsstellen.[216] Eine solche Entwicklung führte laut Ferroni zu einer weniger intensiven und mitunter schwierigeren Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Anbietern, als noch vor der Verselbständigung der PDGR.[217] «Früher war die Zusammenarbeit zwischen den regionalen sozialen Diensten und den psychiatrischen Kliniken klar und verlässlich. Diese Kooperation besteht bis heute, aber nicht mehr in dieser Intensität.»[218] Die Diskussionen rund um die Zusammenführung mit der KJP zeigen ebenfalls entsprechende Parallelen (vgl. Kapitel 5.3.7).

Das Bewusstsein für die historisch gewachsenen Verhältnisse, durch die sich Graubünden von anderen Kantonen und dem benachbarten Ausland unterschied, war laut Ferroni nicht bei allen Ärztinnen und Ärzten vorhanden. Immer mehr psychiatrisches Fachpersonal stammte aus anderen Regionen der Schweiz und dem Ausland.[219] Eine marktorientierte und flexiblere Unternehmens- und Organisationsstruktur, die spätestens seit der neuen Strategie 2005 einen Wachstumsanspruch in sich trug, lenkte diese Entwicklung.[220] Das führte laut Ferroni zu unterschiedlichen Handlungsgeschwindigkeiten und Handlungslogiken gegenüber dem kantonalen Sozialamt, das nach wie vor Teil der kantonalen Verwaltung, und damit an kantonale Strukturen gebunden ist, die eine Zusammenarbeit zusätzlich erschwerten.[221]

6.4 Öffentlichkeitsarbeit im Zeichen der Entstigmatisierung

«Wenn ich hier kurz ein Bild aus der Geschichte der Psychiatrie einblende, so einmal, weil auch heute noch in unserem sogenannten aufgeklärten Jahrhundert, im Zeitalter der Inbesitznahme des Mondes, psychisch Kranke leider noch immer häufig «Ausgestossene und Ausgesetzte» unserer Gesellschaft sind. Auch ist es trotz vielen Referaten und Aufsätzen kompetenter Fachleute bis heute nicht gelungen, die psychiatrische Klinik in unserer Bevölkerung als Spital einzuführen. Noch immer geistern Worte mit den abschätzigen Begriffen wie «Irrenanstalt», «Asyl» oder auch vereinfacht «Anstalt» im Gespräch, in den Zeitungen, im Radio und Fernsehen herum. Noch immer hat die psychiatrische Klinik etwas Magisches, etwas Verdächtiges, etwas nicht Messbares, etwas Irrationales an sich und noch immer wird vom Grossteil der Bevölkerung der Spital-Charakter einer modernen psychiatrischen Klinik nicht akzeptiert.»[222]

213 Interview mit Andres Schneeberger, 2.01.25–2.02.20.
214 School of Management and Law (2013), S. 41.
215 Interview mit Andres Schneeberger, 2.02.25–2.02.34.
216 Interview mit Andrea Ferroni, 51.09–52.05, 52.52–53.50.
217 Ebd., 50.45–51.07.
218 Ebd., 1.00.35–1.01.28.
219 Ebd., 54.32–54.40.
220 Die PDGR strebte eine «führende Rolle in der psychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden» mit einem «hohen Marktanteil» an. Dazu sollten in Zukunft «verstärkte Kooperationen und Vernetzungen mit somatischen Akutspitälern, Heimen, Spitex und anderen Leistungsbringern im Kanton Graubünden und soweit möglich in den angrenzenden in- und ausländischen Regionen» eingegangen werden. Vgl. Jahresbericht PDGR 2005, S. 7; Interview mit Andrea Ferroni, 52.52–55.03.
221 Ebd., 55.04–55.29, 56.30–57.48.
222 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 3.

In seiner Rede zur Eröffnung des Neubaus in der Klinik Beverin sah der Chefarzt, Ernst Weber, 1974 eine Diskrepanz zwischen den jüngeren Entwicklungen in der psychiatrischen Behandlung und der öffentlichen Wahrnehmung. Mit der Umschreibung des «Magischen» oder «Verdächtigen» und letztlich «nicht Messbaren» versuchte er auf eine Grundproblematik psychiatrischer Arbeit hinzuweisen. Diese erklärt letztlich mit, weshalb psychische Krankheiten, die Arbeit des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals sowie psychisch kranke und behinderte Menschen bis heute auf unterschiedlichen Ebenen Vorurteilen gegenüberstehen und damit Stigmatisierungen erfahren. Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte berichten über Vorurteile gegenüber der Psychiatrie und ihrem Berufsfeld, im Kontakt mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens, aber auch im persönlichen Umfeld. Diese Vorbehalte führten nicht zuletzt zu Herausforderungen bei der Rekrutierung von Personal sowie bei der Nachwuchsförderung (vgl. Kapitel 4). Die Gefahr sozialer Ausgrenzung lag nicht nur in den spezifischen Symptomen psychisch kranker Menschen. Auch eine gesellschaftliche Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten barg dieses Risiko. Weber umschrieb diese Unsicherheit als das «Verdächtige».[223]

Webers Andeutung eines mangelhaften gesellschaftlichen Wissens um den fortwährenden Wandel in den Möglichkeiten der Behandlung psychischer Krankheiten wurde von seinen Nachfolgern sowie von Betroffenenorganisationen, beispielsweise der VASK, aufgenommen. Die Öffentlichkeitsarbeit nahm im Verlauf der 1980er Jahren zu. Neben Vorträgen nutzte König beispielsweise den Jahresbericht, um 1985 ausführlich auf vollzogene und angestrebte Veränderungen in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Betreuung hinzuweisen.[224] Zeitgleich wurden Versuche unternommen, die Kliniken nicht allein für Angehörige allmählich zu öffnen, sondern auch Einwohnerinnen und Einwohner aus den Regionen auf das Klinikareal zu bringen, beispielsweise mit jährlich stattfindenden Märkten, an denen Artikel aus eigener Produktion verkauft wurden (vgl. Kapitel 2).[225]

Seit Beginn der 1990er Jahre betrieben die Bündner Chefärzte zusammen mit Patienten- und Angehörigenorganisationen vermehrt und systematisch Öffentlichkeitsarbeit. Die Politik und Verwaltung beteiligten sich ebenfalls in zunehmendem Mass. Das Ziel war es, psychische Krankheiten und Behinderungen sowie die Arbeit in der Psychiatrie sichtbarer zu machen, in der Hoffnung entstigmatisierend und präventiv zu wirken. Die VASK konzentrierte sich dabei auf die Aufklärung zu unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern und ihren Auswirkungen für direktbetroffene Personen sowie ihre Familien und ihr Umfeld. Dazu gehörte auch die Stärkung ihrer Position im Kontakt mit dem medizinischen Fachpersonal.[226] Aus Sicht der Chefärzte sollte darüber hinaus das Ansehen der Psychiatrie als Ganzes verbessert, gleichzeitig aber auch die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychologischer Unterstützung gesenkt werden.

Exemplarisch für diese Bemühungen steht die Arbeit von Markus Bünter, der ab 1991 als Chefarzt der Klinik Waldhaus wirkte. Neben dem Ausbau der regionalen psychiatrischen Grundversorgung und dem klinikinternen Behandlungsangebot sah er in der Öffentlichkeitsarbeit einen zentralen Aspekt seiner Arbeit. Für Bünter war dies ein wichtiger Schritt zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten, psychisch kranker und behinderter Menschen sowie der Disziplin und der Berufe in der Psychiatrie.[227] Diese Schwerpunktsetzung war kein Zufall. Kurz vor seinem Amtsantritt war die Bündner Psychiatrie, etwa im Zuge der Aufarbeitung der Praxis des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse* der *Pro Juventute*, der Diskussionen um Pflugfelders *Sippenarchiv* und die Arbeitsbedingungen und Führungsstrukturen der kantonalen Einrichtung in Cazis in die Kritik geraten. Laut Bünter hatte dies dazu geführt, dass «eher das Negative an der Psychiatrie» wahrgenommen wurde. Gerade deshalb war ihm die Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Aufklärung aber auch der Adressierung problematischer Aspekte wichtig.[228] Er nutzte dafür unterschiedliche Kanäle. Zum einen wurden die Medien und damit die Öffentlichkeit regelmässig über Erweiterungen des Angebots informiert, an Tage der offenen Türen, Einweihungen

223 Schott/Tölle (2006), S. 496–497.

224 Vgl. Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985.

225 Vgl. Jahresbericht Realta/Beverin 1986, S. 202. In späteren Jahren wurden die Cafeterien explizit für Besucherinnen und Besucher geöffnet. Die Klinik Waldhaus erhielt dabei nicht so viel Zuspruch wie gewünscht. Hier fehlte die Möglichkeit in einer eigenen Küche Essen zuzubereiten. Interview mit Armin Pirovino, 1.23.00–1.24.55.

226 Interview mit Margrith Janggen, 40.00–41.00.

227 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1994, S. 3.

228 Interview mit Markus Bünter, 1.16.50–1.17.20.

und weitere Veranstaltungen eingeladen.[229] Auch die Jahresberichte, die bis dahin vor allem Rechenschaftsberichte zuhanden der kantonalen Trägerschaft gewesen waren, wurden in diesem Sinne erweitert und durch bebilderte Beiträge zu einzelnen Krankheitsbildern oder Angeboten ergänzt. Zum anderen suchte der Chefarzt aktiv die Zusammenarbeit mit Print- und audiovisuellen Medien.[230]

So beispielsweise in einer Artikelserie, die zusammen mit der Bündner Woche 1996 realisiert wurde. In der später zu einer Broschüre zusammengefassten Artikelserie kamen ehemalige Patientinnen und Patienten, Pflegende und Ärztinnen und Ärzte zu Wort, die sich alle mit Namen und Bild zu erkennen gaben. Bünter meinte dazu: «In dieser Artikelserie ist etwas bisher Einmaliges und Erstaunliches geschehen. Fünf vorübergehend an Schizophrenie erkrankte, vier depressivkranke und zwei alkoholkranke Menschen haben grossen Mut bewiesen. Sie sind mit Wort und Bild öffentlich zu ihrer Krankheit gestanden.»[231] Die Patientengeschichten schilderten psychische Krisen in unterschiedlichen Lebensabschnitten und versuchten eine Einordnung durch die mitunter schwierigen Erfahrungen und Lebensumstände der betroffenen Personen. Depressionen, Suchtabhängigkeiten, aber auch schizophrene Krankheitsbilder wurden in einer Behandlungskette aufgezeigt, in der der stationäre Aufenthalt lediglich einen Teil des Weges in ein gesundes und unabhängiges oder betreutes Leben bildete. Die bereits von Weber monierte Verzögerung in der öffentlichen Wahrnehmung nahm auch Bünter auf und transportierte gleichzeitig zwei Hauptbotschaften: Psychische Krankheiten sind gut behandelbar und Behandlungsmöglichkeiten werden nicht oder ungenügend genützt. Darin widerspiegelte sich ein Anspruch an die psychiatrische Versorgung, der sich klar von früheren Verwahrungstendenzen abgrenzte. In dieser Abgrenzung offenbaren sich nicht allein verbesserte medizinische, pflegerische, therapeutische und infrastrukturelle Rahmenbedingungen, sondern auch eine Stärkung der Patientenrechte. Bünter nahm hier auf eine veränderte Rolle der Patientinnen und Patienten Bezug, die sich vom «früheren internierten Insassen zum heutigen psychisch kranken, behinderten mündigen Bürger, welcher über seine Krankheit informiert ist und deren Gestaltung mitbestimmt», gewandelt habe.[232]

Die Öffentlichkeitsarbeit wurde in den folgenden Jahren fortgesetzt. Vermehrt wurden dazu die Möglichkeiten der neuen Medien genutzt. So dient die eigene Homepage der PDGR als Informationsplattform und erleichtert den Zugang zu Informationen für Patientinnen und Patienten, Angehörige aber auch zuweisende Stellen. Sie ist gleichzeitig Teil einer systematisch geführten Imagepflege, deren Inhalt durch ein professionelles Kommunikationsteam bearbeitet wird.[233]

Präventionsanliegen spielten in der neueren Gesundheitspolitik eine zunehmende Rolle, nicht zuletzt, weil man sich auch einen kostendämpfenden Effekt von Aufklärungs- und Präventionskampagnen erhoffte. Dies gilt auch für die Bündner Gesundheitspolitik. Die Regierung beschoss beispielsweise 2006, Aufklärungs- und Präventionskampagnen spezifisch für Depressionen oder Demenzerkrankungen zu fördern, was unter anderem 2009 zur Gründung des *Bündner Bündnis gegen Depression (BgD)* führte.[234] Die Verantwortlichen hielten Depressionen für eine «Volkskrankheit». Immerhin betrafen 20 Prozent der stationären Behandlungen und 25 Prozent im ambulanten Bereich Menschen mit einer depressiven Erkrankung.[235] Graubünden folgte damit na-

---

229 Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung, Sitzung vom 7. Oktober 1992, S. 2; ebd., Einladung zur Besichtigung der WG Casanna nach ihrer Neueröffnung Anfang 1994.

230 Allemann (1997), Zusammenarbeit mit dem Romanischen Fernsehen und Radio für eine Sendereihe vom 11.–15. September 2000 bzw. 24. September 2000; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Br. 7/00 vom 17. August 2000, S. 5. Ab 1995 wurden die Jahresberichte in ihrem Format auf DIN A4 verdoppelt.

231 Allemann (1997), S. 2.

232 Ebd., S. 2–3. Auch die zu Wort kommende Stationsleiterin sprach explizit von Transparenz in der Patientenbetreuung für Patienten, Ärzte, Therapeuten (gesamtes Betreuungsteam). Ebd., S. 5.

233 www.pdgr.ch. Zugriff: 03.06.2019 und 20.10.2019. Anfang Oktober schaltete die PDGR eine vollständig überarbeitete Homepage auf. Für das Angebot der Privatklinik besteht eine eigene Homepage, die unter anderem mit einem «Imagefilm» für dieses Angebot wirbt. www.mentalva.ch, Zugriff: 20.10.2019.

234 Regierungsprotokolle, Sitzungen vom 26. April 2006, 397, 28. April 2009, Nr. 386, 15. Mai 2009, Nr. 468; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Lose Dokumente: Schlussbericht (Juni 2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 9; DJSG BgD: Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft, vertreten durch das Bundesamt für Gesundheit und dem Bündner Bündnis gegen Depression vom 1. Juli 2009; ebd., Bündner Bündnis gegen Depression: Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 1.

235 Der Anteil psychischer Erkrankungen bei den IV-Renten stieg von 20 Prozent 1986 auf 39 Prozent 2007. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Lose Akten: Schlussbericht (Juni

tionalen und internationalen Entwicklungen. Das auf vier Jahre angelegte Pilotprojekt war zuvor bereits in Deutschland und anderen Kantonen umgesetzt worden.[236] Neben der öffentlichen Aufklärungs- und Informationsarbeit – vermehrt auch über das Internet – wurden Fortbildungsangebote für medizinisches und therapeutisches Personal gefördert.[237] Neu war die systematische Kooperation mit Verbänden, freischaffenden und institutionell angebundenen Fachpersonen sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren, um – im Sinne eines «Multiplikatoreffektes» – eine breite gesellschaftliche Abstützung und Akzeptanz zu erreichen.[238]

In dieser Zeit wurden schweizweit verstärkt Forderung laut, die Präventivmedizin nicht nur als Krankheitsvermeidung, sondern auch als Gesundheitsförderung zu verstehen.[239] In Graubünden fanden solche Forderung gegen Ende des BgD-Pilotprojekts 2012 zunehmend Resonanz. Die Förderung der öffentlichen Gesundheit wurde als «kostbarbares menschliches Gut» und «wichtiger Wirtschaftsfaktor» betont.[240] Analog zu anderen Kantonen überführte Graubünden das *BgD* in das *Aktionsprogramm für psychische Gesundheit*. Nachdem 2009 die Umsetzung des *BgD* an die PDGR delegiert worden war, erhielt das kantonale Gesundheitsamt die entsprechende Zuständigkeit.[241]

Margrith Janggen, deren Ehemann in den 1970er Jahren an Schizophrenie erkrankt war, und die sich bis heute in der VASK engagiert, anerkennt eine aufklärerische und entstigmatisierende Wirkung der Öffentlichkeitsarbeit, gibt gleichzeitig aber zu bedenken, dass die Angst vor dem Unberechenbaren psychischer Krankheiten bis heute virulent geblieben ist. Verschiedene Diagnosen stiessen auf unterschiedliche Akzeptanz in der Gesellschaft. Daher spricht sie von einer Hierarchie psychischer Erkrankungen Während die gesellschaftliche Anerkennung von Depressionen, und hier vor allem von Burnout-Symptomen, zugenommen habe, wirke die Diagnose Schizophrenie nach wie vor stigmatisierend, «denn auch heute noch sind besonders gegenüber der Krankheit Schizophrenie viele Vorurteile vorhanden.»[242] Margrith Janggen meinte, der Grad der Stigmatisierung hänge von den Heilungschancen, der Behandelbarkeit, aber auch der Auffälligkeit einer Krankheit ab.[243]

Neue und effektivere Behandlungsmethoden sowie eine verfeinerte Diagnostik, auch durch bildgebende Verfahren, führten nicht zuletzt zu einer verbesserten Messbarkeit beziehungsweise Sichtbarmachung psychischer Erkrankungen. Dies konnte für Patientinnen und Patienten, aber auch für Angehörige eine Entlastung darstellen. Erhält ein psychisches Leiden einen Namen wird es greifbarer. Eine Diagnose kann aber auch eine stigmatisierende Zuschreibung bedeuten und sich, zusammen mit der einhergehenden sozialen Isolation, wie eine zweite Krankheit verhalten.[244] Umgekehrt

---

2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 10–11; DJSG BgD: Bündner Bündnis gegen Depression, S. 11; ebd., Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 2–3.; ebd., Medienorientierung, Kickoff Bündner Bündnis gegen Depression vom 4. Februar 2010. Dies bestätigte eine vom Kanton in Auftrag gegebene Erhebung der Fachhochschule Chur (HTW): DJSG BgD: Dahinden (2010), S. 2. Vgl. Verwaltungsarchiv Graubünden lose Dokumente: Schlussbericht (Juni 2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 12.

236 Unter anderem in den Kantonen Zug (2003), Appenzell Ausserrhoden, Bern, Genf, Luzern, Thurgau. DJSG BgD: Schreiben Franz Wyss, Zentralsekretär GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) an die Kantone vom 28. November 2006; ebd., Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 8–9.; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 28. April 2009, Nr. 385. Herzlichen Dank an Gion Claudio Candinas für die Unterstützung bei der Recherche departementsinterner Unterlagen.

237 Verwaltungsarchiv Graubünden: Lose Akten, Schlussbericht (Juni 2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 12–13.

238 Bündnispartner waren: Bündner Ärzteverein, Bündner Vereinigung für Psychotherapie, Bündnerischer Apothekerverein, Bündner Spital- und Heimverband, Spitex Verband Graubünden, Handelskammer und Arbeitgeberverband, Verband Lehrpersonen Gaubünden, Bündner Gewerbeverband, Pro Senectute, VASK Graubünden, Selbsthilfegruppe Equilibrium, Team Selbsthilfe Graubünden, Hausärzte Graubünden, hotelleriesuisse Graubünden und santéesuisse Graubünden. DJSG BgD: Zusagen von Bündnispartnern, o. D.; ebd., Protokoll, Sitzung vom 14. September 2009, Ausschuss Steuerungsgruppe Bündner Bündnis gegen Depression.

239 DJSG BgD; Schibli et al. (2010), S. 3, 17–18, 24–30.

240 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2011/12, S. 1302; DJSG BdG: Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 2–3.

241 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 15. Mai 2012, Nr. 468; Regierungsmitteilungen vom 16. Mai und 24. August 2012. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 26. April 2016, Nr. 397 mit einem detaillierten Bericht zur seit 2013 durchgeführten Massnahmen. S. 2–3; DJSG BgD: Rudin / Ciocco (2006).

242 Nachtrag zur Autorisierung von Margrith Janggen vom 2. Mai 2020.

243 Nachtrag zur Autorisierung von Margrith Janggen vom 2. Mai 2020.

244 Schott / Tölle (2006), S. 499. Für eine historische Einordnung siehe ebd., S. 497–500. In der Fachdiskussion

wirken sich soziale Stigmatisierungen und damit verbundene komplexe Traumatisierungen immer wieder auf die psychische Gesundheit aus. Diesen Bezügen wurde in der Therapie in jüngster Zeit versucht Rechnung zu tragen, beispielsweise mit der Einrichtung spezialisierter Sprechstunden mit Blick auf Orte der sozialen Stigmatisierung. Dazu gehört auch die Sprechstunde für Geschlechtervielfalt.[245]

Die Entstigmatisierung stösst bisweilen an Grenzen. Offensichtlich wird dies im Bereich der forensischen Psychiatrie. Hier hat in den letzten Jahren der gesellschaftliche Druck auf die Psychiatrie eher zugenommen. Auch wenn die Gutachterinnen und Gutachter letztlich keine Entscheidungsgewalt besitzen, so stützen sich die urteilenden Instanzen doch massgeblich auf Gutachten, auch im Umgang mit straffällig gewordenen Personen, bei denen aufgrund der Schwere des Deliktes die Frage nach einer «Verwahrung» zu beurteilen ist.[246] Es sind solche Fälle, bei denen eine Lockerung der Strafmassnahme zu einem erneuten schweren Verbrechen führten, die medial eine hohe Aufmerksamkeit erhalten und die Rolle der involvierten Psychiaterinnen und Psychiater, aber auch der gesamten Disziplin in die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit bringen.[247] Hier offenbart sich in besonderem Mass ein Spannungsfeld zwischen unterstützungsbedürftigen Individuen und dem Sicherheitsempfinden einer Gesellschaft, das die Psychiatrie bis heute prägt.

wird momentan intensiv über neue Klassifizierungsmethoden diskutiert, die vermehrt von einem Krankheitsspektrum mit fliessenden Übergängen ausgeht, was einer klaren Diagnostik entgegenläuft. Daraus resultieren nicht zuletzt Abgrenzungsfragen, etwa gegenüber den Neurowissenschaften, und damit Fragen nach der eigenen Berufsidentität. Vgl. DGPPN (2019).

245 Interview Andres Schneeberger, 13:50–14:14; 38.20–50.

246 Helmchen (2017), S. 73.

247 Ebd., 73–74. Der sexuelle Missbrauch und die anschliessende Ermordung einer Zürcher Pfadfinderleiterin im Kanton Zürich Ende 1993 durch einen wegen mehrfachen sexuellen Missbrauchs und zweifachen Mords verurteilten Straftäter führte unter anderem zu einer Zunahme der Verwahrungen. Nach einem weiteren Mord durch einen Wiederholungstäter wurde die Volksinitiative: «Lebenslange Verwahrung für nicht therapierbare, extrem gefährliche Sexual- und Gewaltstraftäter» lanciert und 2004 vom Schweizer Stimmvolk angenommen. StGB Artikel 123a, https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#a123a, Zugriff: 01.10.2019.

Dank

Der Kanton Graubünden hat in den letzten Jahren verschiedene Beiträge zur Aufarbeitung der Geschichte fürsorgerischer Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen initiiert. Die Regierung liess Anstaltsversorgungen, Fremdplatzierungen und Entmündigungen seit dem 19. Jahrhundert durch Tanja Rietmann (Universität Bern) in einer Studie aufarbeiten. Für die Opfer fürsorgerischer Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen wurde im Herbst 2017 ein offizieller Gedenkanlass durchgeführt und ein Jahr später in Chur ein künstlerisch gestalteter Ort der Erinnerung eingeweiht. Und 2017 entschied sich die Bündner Regierung, auch die Psychiatriegeschichte Graubündens untersuchen zu lassen. Dies nicht zuletzt, weil psychiatrische Kliniken wie das Waldhaus oder Beverin (früher Realta) in der Geschichte administrativer Versorgungen und anderer fürsorgerischer Zwangsmassnahmen eine wichtige Rolle spielten. Nach einer Ausschreibung wurden die Autorin und die Autoren dieser Studie beauftragt, die Bündner Psychiatriegeschichte aufzuarbeiten, mit besonderer Berücksichtigung der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen sowie deren Bedeutung für die kantonalen Heil- und Pflegeanstalten. Die Erkenntnisse unserer Forschungen präsentieren wir in Form dieses Buchs.

Als Autorin und Autoren möchten wir allen Projektbeteiligten ganz herzlich danken. Der erste Dank geht an die Regierung des Kantons Graubünden sowie ans Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit, die als Auftraggeber diese Studie überhaupt erst ermöglichten. Sie überliessen uns in unseren Forschungen die volle inhaltliche Freiheit. Weiter danken wir den Mitgliedern der Steuerungsgruppe, die im Auftrag des Kantons unsere Arbeit fachlich und organisatorisch begleitete. Der Gruppe gehörten an: Andres R. Schneeberger, Ärztlicher Direktor Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR); Heidi Eckrich, Ärztliche Direktorin Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden; Reto Weiss, Leiter Staatsarchiv Graubünden; Cordula Seger, Leiterin des Instituts für Kulturforschung Graubünden; Nicola Katharina Kull, Departementssekretärin Gesundheit, und Gion Claudio Candinas, ehemaliger Departementssekretär Gesundheit. Wichtige fachliche Hinweise erhielten wir zudem von Paul Hoff, Professor und stellvertretender Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, sowie von Urs Germann, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Medizingeschichte der Universität Bern. Bei unseren Recherchen wurden wir unterstützt durch zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PDGR, insbesondere durch Myriam Keller, Beda Meyer, Corin Cagienard, Claudia Näff, Anita Hunger, Selina Giger, Lydia Stricker und Jürg Keller, sowie Sandra Nay und Franziska Gredig-Steinmann vom Staatsarchiv Graubünden. Herzlich danken möchten wir zudem all unseren Interviewpartnerinnen und -partnern. Wir konnten mit ehemaligen Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie mit Vertreterinnen und Vertretern der psychiatrischen Einrichtungen – sowohl auf ärztlicher wie pflegerischer Ebene – sowie mit ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der sozialen Dienste und des kantonalen Sozialamtes sprechen: Vitus Bass, Suzanne von Blumenthal, Markus Bünter, Gion Claudio Candinas, Heidi Eckrich, Andrea Ferroni, Andrin Flütsch (Pseudonym), Gian-Andrea Giovanoli, Philipp Gurt, Antonius Havermans, Ursula Huwyler, Margrith Janggen, Hans Joss, Alois Kappeler, Hans König, Ken und Brigitta Margreth, Walter Monstein, Armin Pirovino, Christian Schaub, Andres Schneeberger, Georges Stucki und Riccardo Tamoni. Schliesslich sind wir Lukas Künzli (Universität Basel), der im Rahmen des Projekts seine Masterarbeit verfasste, Laura Lämmli (Universität Zürich), die uns bei statistischen Erhebungen und Bildrecherchen half, und Barbara Häne sowie Anna Wolf (beide Universität Basel), die fürs Schlusslektorat besorgt waren, zu Dank verpflichtet.

Abkürzungen

ABl GR	Amtsblatt des Kantons Graubünden
AEA	Arbeitserziehungsanstalt
AGS	Amtliche Gesetzessammlung des Kantons Graubünden
AK	Aufsichtskommission
AS	Amtliche Sammlung des Bundesrechts
BM	Bündnerisches Monatsblatt
BR	Bündner Rechtsbuch
CHF	Schweizer Franken
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DJSG	Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit
EG	Einführungsgesetz
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
FFE	Fürsorgerische Freiheitsentziehung
FU	Fürsorgerische Unterbringung
HBG	Handbuch der Bündner Geschichte
HBLS	Historisch-Biographisches Lexikon der Schweiz
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IMG	Institut für Medizingeschichte, Universität Bern
IV	Invalidenversicherung
JHGG	Jahrbuch der Historischen Gesellschaft (von) Graubünden
JVA	Justizvollzugsanstalt
KBG	Kantonsbibliothek Graubünden
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KESR	Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
LSD	Lysergsäurediethylamid
MeWo	Schweizerische Medizinische Wochenschrift
PDGR	Psychiatrische Dienste Graubünden
QBG	Quellen und Forschungen zur Bündner Geschichte
ORMO	Organizzazione Regionale del Moesano
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SGG	Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie
SNG	Schweizerische Naturforschende Gesellschaft
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
StAGR	Staatsarchiv Graubünden
StGB	Strafgesetzbuch
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UK	Untersuchungskommission
VB	Vormundschaftsbehörde
VESKA	Verband schweizerischer Krankenanstalten
VGR	Verhandlungen des Grossen Rates des Kantons Graubünden
VSI	Verein schweizerischer Irrenärzte
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Quellen- und Literaturverzeichnis

Interviews: Quellenkritische Anmerkungen

Für den vorliegenden Bericht führten wir diverse Interviews. 23 Personen erklärten sich dazu bereit, von ihren Erfahrungen mit und in der Psychiatrie zu berichten. Vermittelt wurden diese Kontakte durch die PDGR, das Staatsarchiv Graubünden und offizielle Stellen und Vereinigungen, an die sich Betroffene oder Angehörige für Beratungen wenden können. Wir haben auch Personen kontaktiert, die nicht erreichbar waren oder sich aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr an die damalige Zeit in der Psychiatrie erinnern konnten oder wollten. Der Kreis interviewter Personen hat deshalb keinen repräsentativen Charakter und bildet lediglich einzelne Ausschnitte eines umfangreicheren Kaleidoskops ab.

Grundsätzlich führten wir leitfadengestützte, narrative Interviews. Die interviewten Personen bestimmten die Gesprächsinhalte und Schwerpunkte in einer ersten Phase weitgehend selbst. In einer zweiten Phase des Interviews wurden die Fragen nach dem Interview-Leitfaden gestellt, entsprechend den zentralen Themen dieser Studie. Dabei kamen bei Psychiatrieerfahrenen nicht allein die Berührungspunkte mit der Psychiatrie zur Sprache, sondern deren Einfluss auf die gesamte Biografie.

In den Interviews mit Personen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich lenkten wir den Fokus auch auf Problemfelder, Umbruchsphasen und Entscheidungssituationen in der institutionellen Entwicklung, soweit diese für die beruflichen Funktionen der Befragten relevant waren.[1]

Mit der sozialgeschichtlichen Methode der *Oral History* zu arbeiten, setzt eine kritische Auseinandersetzung mit dem Prozess des Erinnerns voraus. Erinnerungen formen sich in der Vergegenwärtigung und Reproduktion von erlebter Vergangenheit. Dabei sind die erinnerten Gegenstände keine authentischen, objektiven Rekonstruktionen historischer Realitäten, sondern Elemente eines Erinnerungsprozesses. Erlebtes wird durch die individuelle Erinnerung, die gegenwärtige Lebenssituation und Werteraster gefiltert und unter Umständen verformt und neu gewichtet. Das hat auch Konsequenzen für die Auswertung der erhobenen Gesprächsdaten, die in transkribierter Form grundsätzlich wie andere schriftliche Quellen einer hermeneutischen Quellenkritik unterzogen werden können. Bei Mundart-Interviews findet während der Transkription ein doppelter Übersetzungsprozess statt. Zum einen wird vom Dialekt in Schriftsprache und zum anderen vom gesprochenen – das einer anderen Kommunikationssituation entspringt und deshalb oft unvollständige Sätze oder (nicht)intendierte Wiederholungen bildet – in das geschriebene Wort übersetzt. Bei den Zitaten achteten wir deshalb einerseits auf eine möglichst originalgetreue Wiedergabe, in der sich das individuelle Sprechverhalten wiederspiegelt, andererseits auf eine in schriftlicher Form gut lesbare Darstellung: die Auswertung bedingt dazu einen bewusst geführten Paraphrasier- und Übersetzungsprozess.

Interviews

Interview mit Alois Kappeler vom 28.03.2019, geführt von Lukas Künzli und Loretta Seglias.

Interview mit Andrea Ferroni vom 18.03.2019, geführt von Loretta Seglias und Lukas Künzli.

Interview mit Andres Schneeberger vom 13.06.2019, geführt von Silas Gusset und Loretta Seglias.

Nachtrag zu Autorisierung Andres Schneeberger vom 25.04.2020.

1 Helfferich (2019), S. 671, 680–681.

Interview mit Andrin Flütsch (Pseudonym) vom 08.04.2019, geführt von Lukas Künzli und Loretta Seglias.
Interview mit Antonius Havermans vom 02.10.2018, geführt von Silas Gusset.
Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans vom 16.11.2018.
Interview mit Armin Pirovino vom 09.11.2018, geführt von Silas Gusset.
Schriftliche Ergänzungen Armin Pirovino vom 16.12.2018.
Interview mit Christian Schaub vom 18.01.2019, geführt von Silas Gusset.
Nachtrag zur Autorisierung Christian Schaub vom 28.04.2020.
Interview mit Claudio Candinas vom 10.12.2018, geführt von Silas Gusset, Martin Lengwiler und Loretta Seglias.
Ergänzende elektronische Bemerkungen Claudio Candinas vom 18.11.2019.
Ergänzende mündliche Bemerkungen Claudio Candinas, Joseph Müller und Claudio Camiu vom 25.11. 2019.
Interview mit Georges Stucki vom 25.04.2019, geführt von Lukas Künzli.
Interview mit Gian-Andrea Giovanoli vom 04.06.2019, geführt von Silas Gusset und Loretta Seglias.
Nachtrag zur Autorisierung Gian-Andrea Giovanoli vom 27.04.2020.
Interview mit Hans Joss vom 12.03.2019, geführt von Loretta Seglias und Lukas Künzli.
Nachtrag zur Autorisierung Hans Joss vom 24.05.2020.
Interview mit Hans König vom 20.05.2019, geführt von Silas Gusset, Lukas Künzli und Loretta Seglias.
Nachtrag zum Interview Hans König vom 17.07.2019.
Nachtrag zur Autorisierung Hans König vom 01.05.2020.
Interview mit Heidi Eckrich vom 24.06.2019, geführt von Silas Gusset und Loretta Seglias.
Interview mit Ken und Brigitta Margreth vom 17.06.2019, geführt von Loretta Seglias.
Interview mit Margrith Janggen vom 11.04.2019, geführt von Lukas Künzli und Loretta Seglias.
Nachtrag zur Autorisierung Margrith Janggen vom 02.05.2020.
Interview mit Markus Bünter vom 01.10.2018, geführt von Silas Gusset.
Schriftliche Information Markus Bünter an Silas Gusset vom 04.01.2019.
Interview mit Philipp Gurt vom 19.03.2019, geführt von Lukas Künzli und Loretta Seglias.
Interview mit Riccardo Tamoni vom 21.03.2019, geführt von Lukas Künzli und Loretta Seglias.
Briefliche Ergänzungen Riccardo Tamoni vom 16.01.2020.
Interview mit Suzanne von Blumenthal vom 05.02.2019, geführt von Silas Gusset und Martin Lengwiler.
Suzanne von Blumenthal blickt zurück, 07.09.2016, Radio SRF1 Regionaljournal Graubünden.
Interview mit Ursula Huwyler vom 02.10.2018, geführt von Silas Gusset.
Interview mit Vitus Bass vom 18.10.2018, geführt von Silas Gusset.
Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass vom 05.12.2018.
Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass vom 01.05.2020.
Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass vom 12.07.2020.
Nachtrag zur Autorisierung Vitus Bass vom 25.04.2020.
Interview mit Walter Monstein vom 09.10.2018, geführt von Silas Gusset.

Schriftliche Quellen: Quellenkritische Anmerkungen

Für die vorliegende Studie wurde eine grosse Vielfalt an schriftlichen und mündlichen Quellen berücksichtigt, um die Geschichte der Bündner Psychiatrie möglichst aus allen relevanten Perspektiven nachzuzeichnen. Die untersuchten Quellen umfassen das gesamte zugängliche Schriftgut der beiden psychiatrischen Kliniken, des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, der PDGR sowie der kantonalen Verwaltung und politischer Gremien. Weiter dienten verschiedene Privatarchive sowie Interviews mit Zeitzeuginnen und Zeitzeugen als Grundlage für die vorliegende Studie.

Die verarbeiteten schriftlichen Quellen setzten sich aus unterschiedlichen Dokumentarten zusammen, die aus unterschiedlichen Gründen und mit verschiedenen Absichten angefertigt wurden. Diese galt es bei der Bearbeitung zu berücksichtigen und kritisch zu befragen.

Zu den untersuchten schriftlichen Quellen gehörten solche, die sich an eine breite Öffentlichkeit richteten, wie beispielsweise Jahresberichte. Sie dienten als Rechenschaftsberichte gegenüber den Trägerschaften und Geldgebern zur geleisteten Arbeit und erhielten damit politischen Charakter. Die Protokolle des Grossen Rates als politisches Aufsichtsgremium waren ebenfalls für einen breiteren Personenkreis bestimmt. Weitere Protokolle, etwa der Aufsichtskommissionen oder des Regierungsrates, waren nicht öffentlich zugänglich. Heute ermöglichen diese Quellen den Historikerinnen und Historikern einen Einblick in die damaligen internen Debatten. Das sogenannte Verwaltungsschriftgut schliesslich war für den internen Gebrauch gedacht und nur einem kleinen Personenkreis zugänglich. Darin werden Abläufe innerhalb der untersuchten Institutionen sichtbar sowie der Austausch mit externen Ansprechpartnerinnen und -partnern wie kantonale Verwaltungen, Fürsorgebehörden, Vormünder, Polizeistellen oder Familienangehörigen. Patientenakten sind ein wichtiger Teil der Verwaltungsakten. Für beide psychiatrischen Kliniken sowie für die KJP sind diese vollständig überliefert. Sie beinhalten persönliche und vor allem auch gesundheitliche Informationen. Deshalb werden sie stärker noch als andere Akten mit personenbezogenen Informationen vor der Einsichtnahme durch Unberechtigte geschützt. Im Rahmen dieser Studie durfte eine Auswahl unter Auflagen in anonymisierter Form verwendet werden.

Anmerkung zu den Jahresberichten: Im Text werden die Jahresberichte mit der zeitgenössisch gültigen Bezeichnung wiedergegeben:
- Jahresberichte Waldhaus (1892 bis 2001)
- Jahresberichte Realta (1919 bis 1950)
- Jahresberichte Realta/Beverin (1951 bis 1990)
- Jahresberichte Beverin (1991 bis 2001)
- Jahresberichte PDGR (ab 2002)

Ungedruckte Quellen

Staatsarchiv Graubünden, Chur (StAGR)

CB, Amtsbücher

CB II 1887/56: Briefkopien 1884–1886.
CB II 1887/57: Briefkopien 1886–1887.
CB III 334: Protokolle des Grossen Rates, 1821–1823.
CB III 335: Protokolle des Grossen Rates, 1824–1825.
CB III 336: Protokolle des Grossen Rates, 1826–1828.
CB III 337: Protokolle des Grossen Rates, 1829–1831.
CB III 339: Protokolle der Standeskommission, 1822–1825.
CB III 572/01: Protokolle der Aufsichtskommission der Anstalt Waldhaus, 1892–1937.
CB III 572/02: Protokolle der Sitzungen der Aufsichtskommission über die Anstalt Realta, 1916–1937.
CB III 572/03: Protokolle der Sitzungen der Aufsichtskommission über die Anstalten Waldhaus und Realta, 1938–1945.
CB III 572/04: Protokolle der Sitzungen der Aufsichtskommission über die Anstalten Waldhaus und Realta, Nr. 1–46, 1946–1952.

CB III 572/05: Protokolle der Aufsichtskommission der Anstalten Waldhaus, Beverin und Realta, 1953–1974.
CB III 572/06: Protokolle der Aufsichtskommission der Anstalten Waldhaus, Beverin und Realta, 1975–1986.
CB V 3: Regierungs- bzw. Kleinratsprotokolle 1901–1999.
CB V 3a/098-197: Register Kleinratsprotokoll bzw. Regierungsprotokoll, 1901–1999.

C, III 15 Vormundschaftswesen

StAGR C III 15 i: Vormundschaftswesen, Rekurse und Beschwerden A–Z, 1928–1957.

C, IV 4 Fremdenpolizei

IV 4 d: Vaganten, Jenische, Fahrende, 1813–2005
IV 4 d 1: Allgemeines
IV 4 d 1: Richtlinien für die Vagantenfürsorge in Graubünden, 17. Oktober 1947.

C, IV 10 Polizei, Korrektionsanstalten

IV 10 a: Fürstenau, 1840–1856
IV 10 a 1: Gründung, Organisation, Verlegung
IV 10 a 1: Reglement für die Administration des Zwangsarbeitshauses in Fürstenau, o. J.
IV 10 a 1: Bewerbungsschreiben Scherrers an den Präsidenten der Kantonalen Armenkommission, 24. Mai 1840.
IV 10 a 1: Schreiben der Kantonalen Armenkommission an den Kleinen Rat, 6. Juni 1840.
IV 10 a 1: Pachtvertrag, 2. Juli 1840.
IV 10 a 1: Brief des Kleinen Rates an die Armenkommission vom 27. Juli 1843.
IV 10 a 1: «Fragen und Anmerkungen bezüglich der Einrichtung zur Aufnahme von Irren in der Anstalt zu Fürstenau», 25. Januar 1844.
IV 10 a 1: Regulativ für die Irren in der Zwangsarbeits-Anstalt zu Fürstenau, Chur, 8. Februar 1844.
IV 10 a 1: Rundschreiben der Kantonalen Armenkommission an die Räte und Gemeinden, 18. März 1844.
IV 10 a 1: Schreiben der Kantonalen Armenkommission an den Kleinen Rat, 1852.

IV 10 a 2: Finanzielles, Betrieb
IV 10 a 2: Arbeitskontrollhefte, 1840–1856.

IV 10 a 3: Jahresberichte und Berichte der Direktion an die kantonale Armenkommission
IV 10 a 3: Schreiben des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 16. März 1841.
IV 10 a 3: Quartalsberichte des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 1841–1844.
IV 10 a 3: Bericht des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission über das Innere der Anstalt, 15. Mai 1845.
IV 10 a 3: Jahresberichte des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 1845–1854.
IV 10 a 3: Schreiben des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 1. April 1847
IV 10 a 3: Jahresberichte, Über die Irrenanstalt Fürstenau, Februar 1847 und Notification über die Genossen Irren, 1848.
IV 10 a 3: Schreiben des Anstaltsdirektors an die Kantonale Armenkommission, 15. Februar 1849.

IV 10 a 4: Insassen A–Z
IV 10 a 4: «Mutationen», Dezember 1840 bis Januar 1855.
IV 10 a 4: Insassen, Tagebücher, 1840–1856.

IV 10 a 4: Protokoll über die täglichen Ereignisse, 1843–1855.
IV 10 a 4: Jahresstatistik von 1848.

IV 10 a 5: Aufsicht
IV 10 a 5: «Pflichtenheft für Landjäger und Angestellte», o. J.
IV 10 a 5: Instruktion für den Irrenwärter in Fürstenau, 1844.

IV 10 a 6: Korrespondenz
IV 10 a 6: Schreiben des Pfarrers der Gemeinde Felsberg an den Anstaltsdirektor, 19. April 1842.
IV 10 a 6: Kopie eines Schreibens Hans-Ulrich Zehnders, Bürgermeister und Regierungsrat des Standes Zürich, an den Kleinen Rat des Standes Graubünden, 12. Mai 1849.
IV 10 a 6: Schreiben des Vorstands der Gemeinde Santa Maria an den Anstaltsdirektor, 4. Dezember 1849.

IV 10 b: Realta, 1854–1983
IV 10 b 1: Allgemeines, Korrespondenz
IV 10 b 1: Protokoll über den Stand der Kantonalen Zwangsarbeits- und Irrenanstalt in Realta. Etat der Genossenschaft in der Irrenabteilung, Ende September 1857.
IV 10 b 1: Gutachten betr. künft. bessre Versorgung der Irren. Brief des Sanitätsrathes des Kantons Graubünden an den Kleinen Rath vom 1. Mai 1864.
IV 10 b 1: Fragebogen über eine «Zwangsarbeitsanstalt» von 1885.
IV 10 b 1: Schreiben Ernst Webers an Justizdepartement des Kantons Graubünden, betreffend Artikel «Kastrations-Tragödie» im «Beobachter» vom 31.05.1976, Cazis, 26. Mai 1976.

IV 10 b 13: Insassen A–Z
IV 10 b 13: Arztzeugnisse der Patienten für die Aufnahme in Realta.
IV 10 b 13: Schreiben J. B. Jörgers an das Tit. Justizdepartement Graubünden, Masans, 15. Juli 1928.
IV 10 b 13: Schreiben der Aufsichtskommission der Anstalten Waldhaus und Realta an das Tit. Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Chur, 12. Dezember 1928.

C, V 3 Bezirksphysikate, Gerichtliche Medizin

V 3 b: Physikatsbezirke 1–14, 1845–1983
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, Chur, 26. November 1962.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantospolizei Chur, Chur, 28. Januar 1964.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 13. März 1963.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 11. Mai 1963.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Stadtpolizei Chur, Chur, 05. Juli 1963.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 25. September 1963.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 21. Oktober 1963.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 30. Januar 1964.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Ernst Weber, Direktor der Heilanstalt Beverin, Chur, 4. März 1964.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 28. April 1964.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, 28. April 1964.

V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 26. März 1965.
V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantonspolizei, Chur, 21. Juli 1965.
V 3 b: Schreiben des Polizeikommandos des Kantons Graubünden an Dr. med. […], Bezirksphysikat Plessur, 23. Juli 1965.

C, V 13 Sanitätswesen, Psychiatriewesen

V 13 a: Grundsätzliches, 1863–1994
V 13 a 2: Ärzte
V 13 a 2: Der Kleine Rat des Kantons Graubünden, Protokoll Nr. 1536. Regierungsbeschluss zur Honorierung von psychiatrischen Gutachten, Chur, 25. Juli 1966.
V 13 a 2: Stellungnahme Gottlob Pflugfelders zum Kleinratsbeschluss vom 27. Juni 1966, Chur 27. Juli 1966.

V 13 a 3: Vereine für Irrenfürsorge
V 13 a 3: Statuten des Bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke, 1877.
V 13 a 3: 1. Jahresbericht des Bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke 1878.
V 13 a 3: Jahresberichte des Hülfsvereins für Geisteskranke von 1878 und 1880.

V 13 a 4: Beziehungen zu anderen Kantonen und zum Ausland
V 13 a 4: Handschriftliche Anfragen an die Kantone St. Gallen und Thurgau im Jahre 1863.
V 13 a 4: Auszug aus Bericht und Auftrag des Regierungsrates Zürich an den Kantonsrat vom 30. März 1950.

V 13 a 6: Psychiatriekonzept
V 13 a 6: Psychiatriewesen, Grundsätzliches, 1863–1984, Psychiatriekonzept, 1976–1994, 2005 und 2009.

V 13 a 7: Verwaltung der Psychiatrischen Kliniken
V 13 a 7: Verwaltung der Psychiatrischen Kliniken, 1978–1988.

V 13 b: Irrenversorgung vor dem Waldhausbau, 1825–1892
V 13 b: Manuskript, gekürzt als «Entwurf von Ulrich v. Planta».
V 13 b: Manuskript, gekürzt als «Bericht einer Zusammenkunft der Comission zur Ermittlung einer Localität zur Errichtung einer Irrenanstalt für den Canton» vom 24. Juni 1829.
V 13 b: Brief der Armenkommission an den Kl. Rath, das Irrenwesen betreffend, 29. Januar 1851.
V 13 b: Reglement für die Korrektions- und Irren-Anstalt des Kantons Graubünden vom 20. Juli 1858.

V 13 c: Irrenstatistik, 1841–1908
V 13 c: Irrenstatistik 1851.
V 13 c: Irrenstatistik 1874.
V 13 c: Irrenstatistik 1888.
V 13 c: Zählung der Versorgungsbedürftigen in Graubünden vom Frühling 1908: Jörger an das Tit. Finanzdepartement, Chur, den 25. Juni 1908.

V 13 d: Legate und Schenkungen an psychiatrische Kliniken, 1880–1987
V 13 d 2: Schenkungen und Vermächtnisse A–Z.
V 13 d 2: Testament vom 21. Juli 1897.

V 13 e: Psychiatrische Klinik Waldhaus, 1855–1987

V 13 e 1: Allgemeines (Aufsichtskommission, Statuten, etc.)

V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung der Irren- und Krankenanstalt Waldhaus, vom Kleinen Rate genehmigt den 01. Januar 1910.

V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal der Irren- und Krankenanstalt Waldhaus, vom Kleinen Rate genehmigt den 01. Juli 1910.

V 13 e 1: Instruktionen für das Pflegepersonal der Kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, vom Kleinen Rate genehmigt 1933.

V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus an das Finanzdepartement des Kantons Graubünden, Prof. Dr. J. Klaesi, Prof. Dr. J. E. Staehelin, Bern, Basel, 6. Oktober 1943.

V 13 e 1: Schreiben der Finanzkontrolle des Kantons Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement Graubünden, Chur, 28. Juni 1944.

V 13 e 1: Schreiben der Staatsanwaltschaft Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement, Chur, 4. September 1945.

V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta an den Kleinen Rat des Kantons Graubünden, Prof. Dr. E. Delaquis, Prof. Dr. M. Müller, Dir. Dr. G. Stutz, Dir. J. C., Bern, Münsingen, Liestal und Zürich, 3. Oktober 1945. 130 Seiten.

V 13 e 1: Schreiben Oskar Pfisters an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission, betr. Einweisung körperlich Kranker in die Anstalt Realta, Chur 16. Juni 1947.

V 13 e 1: Schreiben Fred Singeisens an das Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden, Chur, 6. September 1947.

V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Abteilung M. 5», Nr. 8, 30.04.1959, S. 493–497.

V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Allgemeine Bemerkungen über die Tuberkulosestation des Waldhauses (Abteilung Männer V). Kurze Orientierung über Zweck, Aufbau und Geschichte dieser Tuberkulose-Abteilung, im Zusammenhang mit dem tendenziösen Artikel des Schweiz. Beobachters vom 30.4.1959, Chur, 26. April 1959.

V 13 e 1: Gottlob Pflugfelder: Beobachter – Kritik, «Dichtung oder Wahrheit», 8. Juni 1959.

V 13 e 1: Schreiben Felix Suters an Regierungsrat Brosi, Vorsteher des Departements des Innern des Kantons Graubünden, Davos-Platz, 15. Juni 1959.

V 13 e 1: O. N.: Antwort an den «Beobachter», 26. September 1959.

V 13 e 1: Resolution des Pflegepersonals der Kant. Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 28. September 1959.

V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Ist im Waldhaus wirklich nichts zu beanstanden?», Nr. 18, 30.09.1959, S. 1173–1176.

V 13 e 1: Vergleich, Basel, 10. Dezember 1959, für Dr. G. Pflugfelder, gez. Dr. W. Hermann, für die Redaktion des Schweiz. Beobachter, gez. Rippmann.

V 13 e 1: Der Schweizerische Beobachter: «Das Waldhaus hat geantwortet», Nr. 1, 15.01.1960, S. 8–10.

V 13 e 1: Schreiben Gottlob Pflugfelders an Wolf Seiler, Präsident der Aufsichtskommission für die kant. Anstalten Beverin und Waldhaus, betr. Beobachter-Affäre, Chur, 16. Januar 1960.

V 13 e 1: Schreiben Gottlob Pflugfelders an einen der beiden Oberärzte der Psychiatrischen Klinik Beverin, Chur, 10. Oktober 1973.

V 13 e 1: Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden an die Direktion der Psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur, 11. November 1974.

V 13 e 1: Schellenberg, Margrit: Beratungsbericht Waldhaus Chur vom SRK, Zürich, 20. April 1979.

V 13 e 1: Silvio Margadant (Staatsarchivar): Historisches über die Psychiatrische Klinik Waldhaus, Chur 1983.

V 13 e 3: Personelles (Allgemeines, Direktor, Assistenzarzt, Angestellte, Verwalter, Verwaltungsgehilfe)

V 13 e 3: Gottlob Pflugfelders Bewerbungsschreiben für die Direktionsstelle am Waldhaus, Münsterlingen, 7. April 1951.

V 13 e 4: Aufnahmen

V 13 e 4: Schreiben der Anstaltsdirektion an den hochlöblichen Kleinen Rath Graubünden in Chur vom 11. Dezember 1892.

V 13 a 4: Schreiben J. J. Jörgers an das Finanzdepartement vom 14. Februar 1913.

V 13 e 4: Vertrag zwischen dem Departement des Innern des Kantons Graubünden einerseits und der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich andererseits betreffend die Aufnahme von Geisteskranken aus dem Kanton Zürich in die Heil- u. Pflegeanstalten Waldhaus und Beverin, Cazis, Antrag vom 7. Februar 1952.

V 13 e 4: Schreiben des Sanitätsdepartements des Kantons Graubünden an Gottlob Pflugfelder, Klinik Waldhaus, Chur, 10. Dezember 1974.

V 13 e 4: Richtlinien für die Aufnahme bzw. Entlassung von Patienten der kantonalen psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin, Sanitätsdepartement Graubünden, 20. November 1981.

V 13 e 6: Beschwerden, 1896–1986

V 13 e 6: Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur, Auszug aus dem Protokoll vom 23. Juli 1952 zu einem Patienten (*1887).

V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Brief eines Patienten von 1953, Chur, 2. Juni 1955.

V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an den Vormund eines Patienten, Chur, 7. April 1959.

V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Chur, 8. Juli 1977.

V 13 e 6: Schreiben Benedikt Fontanas an das Sanitätsdepartement, Chur, 28. April 1980.

V 13 e 8: Insassen A–Z

V 13 e 8: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, betr. aussergewöhnlicher Todesfall, Chur, 24. Juli 1969.

V 13 e 8: Psychiatrische Klinik Waldhaus an das Anwaltsbüro Dr. iur. […] betreffend Frau […], geb. 1942, Chur, 1974.

V 13 e 8: Statistik nach Jahresberichten Waldhaus, 7. Dezember 1979.

V 13 f: Heilanstalt und Pflegeanstalt Realta / Beverin, 1855–1987

V 13 f 1: Allgemeines, Gesetzliches, Gründung

V 13 f 1: Schreiben J. J. Jörgers an das Finanzdepartement vom 27. Januar 1894.

V 13 f 8: Pflegepersonal und medizinisches Hilfspersonal A–Z

V 13 f 8: Bericht über die Ergänzungsuntersuchung i. S. Anstalt Beverin, 1953.

V 13 f 9: Seelsorge, Sozialdienste

V 13 f 9: Realta / Beverin, katholische Seelsorge, Beschluss des Kleinen Rates vom 15. Januar 1919.

V 13 f 10: Insassen A–Z

V 13 f 10: Schreiben Franz Josts an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Cazis, 19. Oktober 1965.

V 13 f 10: Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Schreiben Ernst Webers an Otto Largiadèr vom 2. April 1979.

V 13 f 12: Beschwerden, 1944–1985

V 13 f 12: Aerztliche Zusammenfassung der Krankengeschichte von Patient […], geb. 1952, Kantonsspital Chur, o. J.

V 13 f 12: Schreiben Wolf Seilers an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Chur, 19. Dezember 1949.

V 13 f 12: Schreiben eines Rechtsanwalts an Beverin-Direktor Ernst Weber, Chur, 22. April 1965.

V 13 f 12: Beschwerdeschreiben des Patienten […] an das Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Lenzburg, 24. Januar 1966.
V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Patient […], Cazis, 8. März 1966.
V 13 f 12: Einweisungszeugnis des Bezirksphysikats Heinzenberg, Rietberg, 11. Oktober 1973.
V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Cazis, 17. Oktober 1973.
V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Direktion der Psychiatrischen Klinik Beverin, 6. Februar 1976.
V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Hans Caprez, Redaktor des Schweizerischen Beobachters, Cazis, 9. Februar 1976.
V 13 f 12: Gutachten von Oberarzt […] an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Untertasna, z. H. des Präsidenten M. Roner, Cazis, 21. November 1977.
V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Direktion der Psychiatrischen Klinik Beverin, 27. Dezember 1978.
V 13 f 12: Oberarzt […], Beantwortung der Fragen im Brief von Redaktor Caprez des Schweizerischen Beobachters, betr. Frau […], vom 27. Dezember 1978.
V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Frauenspital Fontana, Glattbrug, 25. Januar 1979.
V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, betreffend Publikation im Beobachter: Erzwungene Kinderlosigkeit, Cazis, 27. Dezember 1982.
V 13 f 12: Beobachter Nr. 24, 31. Dezember 1982.

C, VIII 5 Staatsgebäude und Domänen

VIII 5 d: Spitalgebäulichkeiten und Anstaltsgebäulichkeiten, 1841–2008
VIII 5 d 3, Heilanstalt und Pflegeanstalt Waldhaus (Psychiatrische Klinik):
VIII 5 d 3: Aerztliches Experten-Gutachten über die Anstalt Realta von Dr. Hugo Henne, Direktor in St. Pirminsberg. Manuskript von 1875.
VIII 5 d 3: Gutachten vom 20. April 1876.
VIII 5 d 3: Brief des Hülfsvereins für Geisteskranke an den Grossen Rath vom 16. November 1877.
VIII 5 d 3: Brief des Grossen Rathes an Dr. Kaiser vom 29. Dezember 1877.
VIII 5 d 3: Brief des Grossen Rates an den Vorstand des Hülfsvereins für Geisteskranke vom 22. Juni 1882.
VIII 5 d 3: Vorarbeiten, Briefe des Kleinen Rathes vom 29. Januar 1885 an den Oberingenieur, den Hülfsverein für Geisteskranke und an Dr. Nett.
VIII 5 d 3: Baurechnung von Architekt Balthasar Decurtins vom 13. Januar 1893.
VIII 5 d 3: Protokollauszug des Kleinen Rathes an das Finanzdepartement, Chur, 28. März und 2. April 1894.

VIII 5 d 4, Heilanstalt und Pflegeanstalt Beverin (Psychiatrische Klinik inklusive Aussenstation Rothenbrunnen):
VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979.
VIII 5 d 4: Heilanstalt und Pflegeanstalt Beverin (Psychiatrische Klinik inklusive Aussenstation Rothenbrunnen), 1942–1989, Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979.
VIII 5 d 4: Heilanstalt und Pflegeanstalt Beverin (Psychiatrische Klinik inklusive Aussenstation Rothenbrunnen), 1942–1989, Psychiatrische Klinik Beverin, Bauliches, Bauakten, 1969–1989.

D V/10, Dauerdepositum Bündnerischer Ärzteverein

D V/10, Nr. 01a: Protokoll des Bündnerischen Ärztevereins von 1877.
D V/10, Nr. 01a: Protokoll des Bündnerischen Ärztevereins von 1878.

D V/10, Nr. 01a: Protokoll des Bündnerischen Ärztevereins von 1882.
D V/10, Nr. 01a: Protokoll des Bündnerischen Ärztevereins 1892.
D V/10, Nr. 02a: Sitzungsprotokoll des Bündnerischen Ärztevereins vom 01. Oktober 1877.
D V/10, Nr. 02a: Aufruf durch den Vorstand des bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke, Chur 1889.
D V/10, Nr. 02a: Protokoll der Frühjahrsversammlung des Bündner Ärztevereins, Chur, 26. März 1944: Nekrolog Dr. med. Fritz Tuffli.

Verwaltungsarchiv Waldhaus (ohne Signatur)

Ausgerissener Zeitungsartikel, O. N.: «Seltsame Zustände in einer Bündner Versorgungsanstalt. Fussketten und Zwangsjacken als Erziehungsmittel?», in: Gedruckte Zeitung (Titel unbekannt), Ressort «Stadt und Kanton Zürich», 21. Januar 1932.
Nachruf Dr. med. Fred Singeisen, Lebenslauf nach einer Aufzeichnung des Verstorbenen, o. J.
Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977.
Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 115, Dossier Patient, geb. 1910, Insulin-E.S.-Blätter vom 22.12.1948–24.05.1949.
Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 116, Dossier Patient, geb. 1910, Insulin-E.S.-Blätter vom 22.12.1948–24.05.1949.
Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 81, Dossier Patient, geb. 1930, Insulinkuren vom 31.1.1954–08.05.1954.
Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 37, Dossier Patientin, geb. 1913, Insulinkuren vom 11.04.1956–01.06.1956.
Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 68, Dossier Patient, geb. 1910, Insulinkuren vom 04.01.1960–26.03.1960.
Vertrag zwischen dem Departement des Innern des Kantons Graubünden (in der Folge kurz «Graubünden» genannt) einerseits und der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (in der Folge kurz «Zürich» genannt) andererseits betreffend die Aufnahme von Geisteskranken aus dem Kanton Zürich in die Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus, Chur, und Beverin, Cazis. Zürich und Chur, 26. Januar 1952.
Verwalter Willy Mohr: Mitteilung an das gesamte Personal der Anstalt Waldhaus, 5. Januar 1952.
Botschaft des Kleinen Rates an den Grossen Rat, 28. Neubau eines Schwesternhauses für die Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Heft 5/1952, Chur, 31. Oktober 1952.
Ordner Gesetze und Verordnungen, Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen, vom Grossen Rat erlassen am 23. November 1964.
Protokolle der Aufsichtskommission (1966–1990).
Protokolle der Aufsichtskommission (1966–1990 und 1991–1996).
Gottlob Pflugfelder: Aus der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, 1970.
Gutsbetrieb Waldhaus, Studie über die Weiterentwicklung der Psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, durch das Hochbauamt, Oktober 1974.
Verschiedene historische Dokumente (1975–).
M. Brodmann: Arbeitskonzept für die Aufnahme- und Akutstation 4 der psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur. Praktikumsbericht unter Mithilfe der Patienten und des Pflegepersonals, Chur, 10. Oktober 1983 (77 Seiten).
Benedikt Fontana: Bündner Hilfsverein für Nervenkranke, in: Bündner Kirchenbote Nr. 12, Dezember 1984, S. 3.
Verwalter Peider Ganzoni: Neu- und Umbau Psychiatrische Klinik Waldhaus, Übersichts-Statistik/Verlust bzw. Ertragsentwicklung, Chur, 24. April 1987.
Aktennotizen (1987)
Bauliches Sanierung 1988.
Bericht und Rechnungen (1989–1999).
Aufsichtskommission für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und das Wohnheim Rothen-

brunnen, Protokoll der 140. Sitzung, 30. April 1992, Beilage Regierungsprotokoll 3195, Sitzung vom 19. Dezember1988, mitgeteilt den 05. Januar 1989.
Aufsichtskommission für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und das Wohnheim Rothenbrunnen, Protokoll der 140. Sitzung, 30. April 1992, inklusive Reglement für die Verwendung des Patientenfonds der Psychiatrischen Klinik Beverin, von der Regierung erlassen am 19. Dezember 1988.
Bericht der Arbeitsgruppe Beverin / Waldhaus zur Organisation der Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, des Wohnheimes Rothenbrunnen und der Anstalt Realta vom 19. April 1990.
Organisation der Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, des Wohnheimes Rothenbrunnen und der Anstalt Realta. Bericht der Arbeitsgruppe Beverin / Waldhaus vom 19. April 1990.
Leitbild des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Graubünden (1990).
Leitbild der allgemein-psychiatrischen Versorgung der Region (Bezirke Plessur, Unter- und Oberlandquart, Juni 1991, Markus Bünter. (Leitbild Waldhaus 1991).
Interne Weisungen und Richtlinien (1991–2002).
Interne Weisungen und Richtlinien (1994–1998).
Ambulanter Psychiatrischer Dienst, Protokolle Verwaltung (1992–1994)
Ambulanter Psychiatrischer Dienst (1994)
Ausführlicher Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Waldhaus 1993.
Hr. Pankoks: Holzfiguren 1993.
Tagesklinik, Konzept Tagesklinik (März 1994).
Bünter Markus: Studie bei Patienten mit schwerer Depression: Fluvoxamin versus Clomipramin, Forschungsunterlagen, Psychiatrische Klinik Waldhaus 1994.
Klinikzitig, Redaktor Peter Donatsch: Interview mit Armin Pirovino und Andres Monstein, März 1994 (2. Jahrgang), Nr. 1.
Lose Dokumente (1994).
Protokolle Zwangsbehandlung (1995–1999).
Gutachten Artikel 120 StGB (22.05.1995–05.05.1998).
Gion Camenisch: Aufsichtskommission Psychiatrische Kliniken / Geschichte, an Regierungsrat Dr. P. Aliesch, 19. September 1997.
Protokolle Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler (1999–2002).
PDGR Psychiatrie-Organisationsgesetz (2001).
Fusion PDGR Protokolle (2002).
Leistungsauftrag: Psychiatrische Dienste Graubünden (2002).
KJP Machbarkeitsstudie Neubau 2018.
Patientenrechte.
WG Casanna.

Verwaltungsarchiv Beverin, Cazis (ohne Signatur)

Schreiben Oskar Pfisters an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Aufnahme ausserkantonaler Patienten, 2. März 1950.
Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes Graubünden vom 04.06.1951 in Chur, Referat von Dr. O. Pfister, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Cazis 1951.
Schreiben Departement des Innern und der Volkswirtschaft des Kantons Graubünden an die Gesundheits- und Armendirektion des Kantons Zürich, Regierungsrat J. Heusser, Chur 21. Juni 1951.
Bleuler, Kantonale Heilanstalt Burghölzli Zürich an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. Betr. Ausführung des Vertrages vom 26. Januar 1952 zwischen dem Departement des Innern des Kantons Graubünden und der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich betreffend die Aufnahme von Geisteskranken aus dem Kanton Zürich in die Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus in Chur und Beverin in Cazis, 9. Januar 1953.
Bleuler, Kantonale Heilanstalt Burghölzli Zürich an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich zuhanden von Herrn Dr. Roth, betr. Auslegungsfrage des Vertrages zwischen dem Departement des Innern des Kantons Graubünden und der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons

Zürich betreffend die Aufnahme von Geisteskranken aus dem Kanton Zürich in die Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus, Chur, und Beverin, Cazis, 11. Februar 1955.
Schreiben Emil Seilers an die Direktion der kantonalen Heilanstalt Burghölzli, betr. Burghölzli-Patienten in Graubünden, 30. September 1953.
Schreiben Emil Seilers an die Direktion der kantonalen Heilanstalt Burghölzli, betr. Burghölzli-Patienten in Graubünden, 1. Oktober 1953.
Verwalter Fritz Spielmann: Die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik Beverin, in: Hospitalis 45/8 (August 1975), S. 428–430.
Schreiben des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons Graubünden an die kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Anstalt Realta, betreffend das neue Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die Teilrevision des EG zum ZGB, Chur, 19. Dezember 1980.
Weber Ernst: Organisation und Aufgabe des medizinischen Dienstes, Zusammenfassung des Referats am Direktorenseminar, 29. und 30. April 1982.
Neu- und Umbau der kantonalen psychiatrischen Klinik Waldhaus, Bauherrschaft Kanton Graubünden Sanitätsdepartement, vertreten durch das kantonale Hochbauamt, Beilage zur «Bündner Zeitung» und «Oberländer Tagblatt» Nr. 252 vom 28. Oktober 1993.
Projekt Tagesklinik (2006–).
Tagesklinik St. Moritz (2006–2011).

Verwaltungsarchiv Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), Chur (ohne Signatur)

Stiftung (ohne Jahr).
Wichtige Dokumente 1969–1985.
Schröter P.: Historie des KJP. Mündliche Stellungahme von Herrn Schröter zur Entstehung und Historie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Graubünden (protokolliert von Charlotte Aebersold), Mai 1981. (Abgelegt in: Wichtige Dokumente 1969–1985). – Zit.: Schröter (1981).
Jahresbericht 1973/74 (KJP) (ohne Jahr).
Jahresberichte Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) 1980–1986.
KJD (ohne Jahr).
KJD ab 1985.
KJPD Jubiläen 2005.
Protokolle des Stiftungsrates 1969–1995 (inkl. Protokolle der Betriebskommission 1974–1986).
Protokolle des Stiftungsratsausschusses (April 1993–).
Protokolle Mitarbeitertagungen (1991).
Protokolle Stiftungsrat 1969–1995.
Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–).
Protokolle ab 2009.
Individueller Leistungsvertrag, Version vom 19. August 1998.

Archiv Beverin, Cazis (ohne Signatur)

Karteikartenregister Männer stationär Waldhaus und Beverin, Frauen stationär Waldhaus und Beverin, C

Patientenakte, Frauen stationär Waldhaus 6737.
Patientenakte, Frauen stationär Waldhaus 9224.
Patientenakte, Frauen stationär Waldhaus 9491.
Patientenakte, Frauen stationär Waldhaus 15220.

Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8654.
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8677.
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8718.
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8876.
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 9136.
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 12706
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 16712.
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 17093.
Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 21605.

Patientenakte, Frauen stationär Beverin 3474.
Patientenakte, Frauen stationär Beverin 3506.
Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812.
Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8988.
Patientenakte, Frauen stationär Beverin 9090.

Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 3387.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 6027.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 8879.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 8962.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 8974.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 8976.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 9008.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 9031.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051.
Patientenakte, Männer stationär Beverin 9067.

Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler).

Staatsarchiv des Kantons Zürich (StAZH)

99.232: «Leukotomien», Schreiben Fred Singeisens an Manfred Bleuler, 24. Oktober 1947.

Archiv Organizzazione Regionale del Moesano (ORMO) (ohne Signatur)

Eröffnung Ambulatorium in Roveredo, 31. Januar 1994.
Konzept zur regionalen Gesundheitsversorgung, Nr. 1 vom 18. September 1994.
Brief an Tazio Carlevaro über die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vom 25. Oktober 1995.
Com. stampa, Vereinbarung mit dem Kanton Tessin betr. Mendrisio, 25. Februar 1999.

Privatarchiv Hans König (ohne Signatur)

Hauszeitung der psychiatrischen Klinik Cazis Beverin, Nummer 1/1985.
Ausführlicher Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Beverin 1985.
«Aus der Sicht des Patienten. Eindrücke von meinem Aufenthalt in der Klinik Beverin», in: Beverin, Hauszeitung der Psychiatrischen Klinik Cazis, Nr. 1, Mai 1988.

Archiv Institut für Medizingeschichte (IMG), Universität Bern

N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Bezzola (1868–1936), in: Sonderdruck aus «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie» 38/2 (1936).
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 4: Dr. med. Dumeng Rudolf Bezzola (1868–1936), verfasst von Dr. med. Rud. Campell, Uebersetzung aus dem Chalender Ladin, 27. Jahrgang 1937.
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Dumeng Bezzola: «Alkohol und Vererbung». Öffentlicher Vortrag, gehalten am 17. Dezember 1899, Separatabdruck aus dem Freien Rätier, Chur 1902.
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Dumeng Bezzola: «Statistische Untersuchungen über die Rolle des Alkohols bei der Entstehung des originären Schwachsinns», Sonderabdruck aus den «Verhandlungen des VIII. Internationalen Congresses gegen den Alkoholismus Wien 1901», Wien 1902.
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Sanatorium Schloss Hard A.-G. Ermatingen, Frauenfeld 1905.
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Bericht des Verwaltungsrates der A.-G. Sanatorium Schloss Hard an die Generalversammlung vom 26. April 1906 über die Geschäftsführung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1905.
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Dumeng Bezzola: «Zur Analyse psychotraumatischer Symptome», Vortrag gehalten in Tübingen 1906.
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: «La Synthèse mentale dans le traitement des Névroses», Vortrag gehalten in Amsterdam 1907.
N Bezzola, Dumeng, Schachtel 5: Dumeng Bezzola: «Über Traumhypnose», Vortrag gehalten in Marsens 1908.

Privatarchiv Margrith Janggen

Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.

Elektronisches Archiv Departementssekretariat DJSG

BdG: Unterlagen zum Bündner Bündnis gegen Depression (2009–2012).
Dahinden Urs: Kampagnen-Evaluation: Bündner Bündnis gegen Depression. Ergebnisses Umfrage Welle 1, Schlussversion vom 16. August 2010. (Fachhochschule Chur, HTW).
Psychiatriekommission Graubünden: Psychiatriebericht vom 25. September 2019 (unveröffentlicht).
Rudin Denise / Ciocco Valeria: Bündner Programm Psychische Gesundheit 2017–2020, Konzept 2. Phase, Chur 29.03.2016.
Schibli Daniela / Huber Kathrin / Wyss Franz: Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung oder der Gesundheit allgemein, im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit, Schlussbericht Version B vom 14. Mai 2010 (Auftraggeber: BAG und GDK).

Gedruckte Quellen

Gedruckte amtliche Quellen, Berichte und Verhandlungsprotokolle

Botschaft des Kleinen Rates, Kreisschreiben, Bahnfragen, 1804–1907. (StAGR II 5 a 8).

Verordnung der Armenkommission des Kantons Graubünden vom 31. Aug. 1840, in: Armenkommission des Kantons Graubünden, Bekanntmachung, Chur 1840.

Kantonale Armenkommission, Bericht über ihre amtlichen Verrichtungen und den Zustand des Armenwesens im Kanton Graubünden während der Jahre 1840 bis 1846, Chur 1846.

Verhandlungen des Grossen Rates, Kanton Graubünden (1846–). (Bibliothek StAGR GV).

Landesbericht Kanton Graubünden (1849–). (Bibliothek StAGR GL).

Verhandlungen der Standeskommission, 1849–1904. (StAGR II 5 a 7).

Staatsrechnung des Kantons Graubünden (1856–). (Bibliothek StAGR GF).

Übersicht der Gehalte der Beamten und Angestellten des Kantons, wie solche vom diesjährigen Grossen Rath festgestellt wurden und mit 1. Januar 1859 in Wirksamkeit treten, in: Verhandlungen des ordentlichen Grossen Rathes im Jahr 1858, Chur, S. 145–149.

Sanitätsräthliche Bekanntmachung, in: ABl GR, Nr. 3 vom 16. Januar 1874.

Schenkungsurkunde von Clemens von Loë, 29. November 1884, in: ABl GR Nr. 49 vom 5. Dezember 1884, S. 423–424.

Botschaft des Kleinen Rathes an die Wohllöbliche Standeskommission (u. Hochlbl. Grossen Rath) betreffend die Irrenversorgungsfrage und von Loësche Schenkung, Chur, 26. November 1888. (StAGR VIII 5 d 3, Heilanstalt und Pflegeanstalt Waldhaus (Psychiatrische Klinik), Vorarbeiten 1864–1889).

Botschaft des Grossen Raths des Kantons Graubünden an die ehrs. Kreise und Gemeinden vom 6. März 1889 zur Abstimmungsvorlage Irrenhauskredit. (StAGR VIII 5 d 3, Heilanstalt und Pflegeanstalt Waldhaus (Psychiatrische Klinik), Vorarbeiten 1864–1889).

Revidierte Statuten des bündnerischen Hülfsvereins für Geisteskranke, angenommen am 21. November 1892. (KBG Bm 70.25).

Abschied des Grossen Rates des Kantons Graubünden an die ehrsamen Gemeinden desselben betreffend die Errichtung einer kantonalen Versorgungsanstalt vom 30. November 1912.

Bündner Hilfsverein für Geisteskranke, Bericht über das Jahr 1951, von Präsident Gottlob Pflugfelder, enthalten in: Jahresbericht der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Graubünden von 1951. (KBG Bm 7).

Bündner Hilfsverein für Geisteskranke, Bericht über das Jahr 1953, von Präsident Gottlob Pflugfelder, enthalten in: Jahresbericht der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Graubünden von 1954. (KBG Bm 7).

Bündner Hilfsverein für Geisteskranke, Bericht über das Jahr 1955, von Präsident Gottlob Pflugfelder, enthalten in: Jahresbericht der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Graubünden von 1955. (KBG Bm 7).

Bündner Hilfsverein für Geisteskranke, Bericht über das Jahr 1957, von Präsident Gottlob Pflugfelder, enthalten in: Jahresbericht der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Graubünden von 1957. (KBG Bm 7).

Bündner Hilfsverein für Geisteskranke, Bericht über das Jahr 1960, von Präsident Gottlob Pflugfelder, enthalten in: Jahresbericht der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Graubünden von 1960. (KBG Bm 7).

Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1969/1970, Ausbau der psychiatrischen Klinik Beverin vom 22. September 1969, S. 297–314.

Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976/77, Planung des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons Graubünden, S. 299–401.

Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1979/80, Teilrevision des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 03.12.1979, S. 323–336.

Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1982/1983, Bericht über das Drogenproblem im Kanton Graubünden und Vorschlag für weitere Massnahmen zur Bekämpfung des Betäubungsmittelmissbrauchs vom 06. September 1982, S. 273–296.

Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986/1987, Bericht über das Psychiatrie-Konzept für den Kanton Graubünden und über die bauliche Sanierung der Psychiatrischen Klinik Waldhaus in Chur vom 01. September 1986, S. 413–493.

Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1994/1995, Drogenbericht 1994 der Regierung vom 14. März 1994, S. 49–91.
Bericht 1995 zur Situation und zum Entwicklungsbedarf der Psychiatrie in Graubünden (Psychiatriebericht 1995).
Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1996/1997, Bauliche Sanierung der Psychiatrischen Klinik Beverin in Cazis vom 20. Februar 1996, S. 57–96.
Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1996/1997, Bericht über das Regierungsprogramm und den Finanzplan für die Jahre 1997–2000 vom 20. Februar 1996, S. 111–212.
Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 2000/2001, Bericht betreffend Umsetzung der Public Corporate Governance für den Kanton Graubünden, 7. September 2000, S. 421–562.
Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 2000/2001, Erlass eines Gesetzes über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste im Kanton Graubünden, S. 515–547.
Vorwort des Regierungsrats Martin Schmid, in: Jahresbericht Bündner Hilfsverein für psychisch kranke Menschen 2002, S. 4.
Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 2011/2012, Bericht über das Regierungsprogramm und den Finanzplan für die Jahre 2013–2016, S. 1255–1350.
Bericht des DJSG (Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit): Auftrag Casanova-Maron betreffend Zusammenführung Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR) und Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP-GR) vom 10. August 2015.
Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 2017/2018, Totalrevision des Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) vom 16. Mai 2017, S. 5–76.

Kantonale und nationale Gesetze, Verordnungen und Reglemente

«Der Kleine Rath des Kantons Graubünden an sämtliche L. L. Obrigkeiten und Gemeinden desselben. Chur 14. Juli 1803», in: Salis-Marschlins (1806), S. 220–223.
Amtliche (chronologische) Gesetzessammlung Graubünden (1805–). (Bibliothek StAGR VA).
Grossratsabschied vom 20.07.1833 und Beschluss des Grossen Raths vom 23.07.1835, in: AGS II 1839.
Verordnung über das Armenwesen des Grossen Raths vom 22. Juni 1839, in: VGR 22. Juni 1839, S. 42–49. – Zit.: Armenordnung 1839.
Armenordnung des Kantons Graubünden von 1857, in: AGS I 1860, S. 394–409. (Bibliothek StAGR VA 4). – Zit.: Armenordnung 1857:
Armenordnung des Kantons Graubünden von 1857. Mit Zusätzen und Abänderungen bis 1. Jan. 1896, in: AGS VI 1911, S. 196–211. (Bibliothek StAGR VA 4). – Zit.: Armenordnung 1857.
Beschluss des Grossen Raths vom 23. Juni 1858.
Bündnerisches Privatrecht (Civilgesetzbuch), in Kraft getreten am 1. September 1862, Chur 1862.
Armenordnung des Kantons Graubünden mit Zusätzen und Abänderungen bis 1. Dezember 1867, in: AGS II 1867. (Bibliothek StAGR VA 5).
Statuten für die Graubündnerische Irren- und Krankenanstalt Waldhaus bei Chur, angenommen vom Grossen Rate am 24. Mai 1892, S. 336–352. (Bibliothek StAGR VA 10).
Statuten der Irrenanstalt. Verpflegungskosten für Kantonsbürger, Grossratsbeschluss vom 19. Mai 1908, S. 652. (Bibliothek StAGR VA 12).
Statuten für die kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, angenommen vom Grossen Rate am 29.11.1917, S. 489–517. (Bibliothek StAGR VA 13).
Fürsorgegesetz vom 11. April 1920, in: BR 1957, S. 1415–1417.
Wegleitung zur Handhabung des kantonalen Fürsorgegesetzes vom 17. November 1939, in: ABl GR 1939, S. 1162–1164.
Entschädigung der Direktoren der Anstalten Waldhaus und Realta für amtliche Gutachten, Kleinratsbeschluss vom 5. November 1945, S. 898. (Bibliothek StAGR VA 15).
Verordnung über die Verpflegungskosten und Extraleistungen in den kantonalen Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus und Realta und im Altersheim Rothenbrunnen, vom Kleinen Rat erlassen am 5. Dezember 1947. (Bibliothek StAGR VA 16).
Verordnung über die Invalidenversicherung (IV) vom 17. Januar 1961.
Taxordnung für die Heilanstalten Waldhaus und Beverin und für das Altersheim Rothenbrunnen. Gestützt auf Art. 9 der Verordnung über die Organisation der kant. Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen, vom Kleinen Rat erlassen am 5. April 1965. (Bibliothek StAGR VA 21).

Verordnung über den Schulpsychologischen Dienst vom 28. November 1968.
Taxordnung für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und für die Aussenstation Rothenbrunnen. Gestützt auf Art. 10 der Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen, von der Regierung erlassen am 27. Dezember 1972. (Bibliothek StAGR VA 23).
Gesetz über die Förderung Behinderter vom 18. Februar 1979.
Gesetz über die Förderung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengesetz) vom 18. Februar 1979, in Kraft per 1. Januar 1980.
Taxordnung für die Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin sowie für das Wohnheim Rothenbrunnen. Gestützt auf Art. 12 der Verordnug über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin/Rothenbrunnen sowie der Anstalt Realta vom 14. März 1977, von der Regierung erlassen am 14. Juni 1982. (Bibliothek StAGR VA 24).
Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug im Kanton Graubünden (VSM), von der Regierung erlassen am 16. Dezember 1985, Art. 6, in: AGS III 1986, S. 1629–1644.
Verordnung über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin/Wohnheim Rothenbrunnen sowie der Anstalt Realta vom 9. Juni 1987.
Verordnung über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin/Wohnheim Rothenbrunnen (VOPK) vom 5. November 1990, in Kraft am 1. Januar 1991, in: AGS III 1990.
Ausführungsbestimmungen zum Behindertengesetz vom 16. November 1993.
Reglement für die Drogenkommission von der Regierung erlassen am 4. Februar 1997. https://www.gr-lex.gr.ch/app/de/texts_of_law/500.060, Zugriff: 10.02.2020.
Richtlinien zur Verhütung von Zwang und Durchführung unvermeidbarer Medikamentenbehandlung gegen den Willen von psychisch kranken Patienten in der KPK Chur (Zwangsmedikation). Chur 1991.
Gesetz über die Suchthilfe im Kanton Graubünden (Suchthilfegesetz) vom 02.03.1997, in Kraft per 1. Januar 1998. https://www.gr-lex.gr.ch/app/de/texts_of_law/500.800/versions/263, Zugriff: 10.10.2019.
Gesetz über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und Wohnheime für psychisch behinderte Menschen des Kantons Graubünden (Psychiatrie-Organisationsgesetz) vom 10. Juni 2001, in Kraft per 1. Januar 2002.
Ausführungsbestimmungen zum Psychiatrie-Organisationsgesetz vom 10. Dezember 2002, rückwirkend in Kraft per 1. Januar 2002.
Gesetz über die Psychiatrischen Dienste Graubünden vom 23. Oktober 2012, in Kraft per 1. Januar 2013.
Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, KPF) vom 13. September 2017, in Kraft per 1. Januar 2018.
Vereinbarung der Kantone Zürich, Glarus, Schaffhausen, Appenzell I.-Rh., Appenzell A.-Rh., St. Gallen, Graubünden und Thurgau betreffend den Vollzug der Zuchthaus- und Gefängnisstrafen, der Massnahmen gemäss Schweizerischem Strafgesetzbuch und der Versorgung gemäss kantonalem Recht vom 27. Januar 1956, in: BR 1957, S. 482–487.
Richtlinien der IKS betreffend Anforderungen an Belege für neue Wirkstoffe vom 7. Januar 1963, Monatsberichte der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel 63/1 (1963), S. 2–7.
Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG), in: AS 1952 241.
Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959.
Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, in Kraft per 1. Januar 1996.
Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000, in: AS 2001 2790.
Bundesgesetz über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG) vom 13. Dezember 2002, in: AS 2003 4557.
Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB), in: AS 54 757, vgl. auch https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:00000000-1d98-62cb-ffff-ffffa671a95e/35_Referendumsvorlage_StGB_1941_BBl_1937_S_625.pdf, Zugriff: 11.05.2020.
Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210), in Kraft seit dem 1. Januar 1912; 1907/1912, https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/20040701 0000/210.pdf, S. 97. – Zit.: ZGB 1907/1912.
Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Fürsorgerische Freiheitsentziehung), Änderung vom 6. Oktober 1978, in: AS 1980 31.

Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB, Stand 1. Januar 2013 (Art. 426–439).
Kantonales Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch EGzZGB GR (Art. 51–55), Stand 1. April 2019, https://www.gr-lex.gr.ch/app/de/texts_of_law/210.100, Zugriff: 10.01.2020.

Gedruckte Berichte und Erklärungen psychiatrischer Einrichtungen

Ausführliche Jahresberichte Psychiatrische Klinik Waldhaus (1993–2001).
Ausführlicher Jahresbericht Psychiatrische Klinik Beverin (1985).
Jahresberichte KJPD und KJP (1987–2018).
Jahresbericht Kantonale Wohn- und Arbeitsstätten für behinderte Menschen (1996).
Jahresberichte PDGR (2002–2018).
KJPD Informationsblatt Therapiehaus Fürstenwald (o. J.).

Literatur mit Quellencharakter

Binswanger Ludwig: Bericht über das Irrenwesen in der Schweiz; der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft zu Glarus erstattet, in: Verhandlungen der schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft 36 (1851), S. 111–117.
Bresler Johannes: Bäderbehandlung in den Irrenanstalten, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 33/34 (1921), S. 202–208.
Bünter Markus: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991.
Cantieni Jean-Claude A.: Baron Clément de Loë, 1836–1892. Von und zur Churer «Schönhöhe», dem Waldhaus, «wo auch die liebe Natur zur Vernunft komme», Chur 2000.
Caprez-Roffler Greti: Aus dem Tagebuch einer Anstaltspfarrerin, in: Reformierte Schweiz 1944, S. 25–30.
Caprez-Roffler Greti: Lebenserinnerungen der ersten Bündner Theologin. Die Pfarrerin, I. Folge, in: Bündner Jahrbuch, Neue Folge, 22 (1980), S. 110–133.
Caprez-Roffler Greti: Lebenserinnerungen der ersten Bündner Theologin. Die Pfarrerin, II. Folge und Schluss, in: Bündner Jahrbuch 23 (1981), S. 94–112.
Conolly John: The Treatment of the Insane Without Mechanical Restraints, London 1856.
Cox Joseph Mason: Praktische Bemerkungen über Geisteszerrüttung. Aus dem Englischen übersetzt, Halle 1811.
Eblin Paul: Verfassung der Gesellschaft der Aerzte des Kantons Graubünden. Nebst dem Vortrage bei der ersten vollständigen Versammlung derselben am 18ten Christmonat 1820, Chur 1821.
Ernst Klaus: Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Klinik. Statistisch registriert und vom Kranken beurteilt, in: Schweizerische Ärztezeitung 63/6 (1982), S. 298–302.
Finzen Asmus et al.: Hilfe wider Willen: Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag, Bonn 1993.
Fontana Benedikt: «Nomadentum und Sesshaftigkeit als psychologische und psychopathologische Verhaltensradikale: Psychisches Erbgut oder Umweltprägung. Ein Beitrag zur Frage der Psychopathie», Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, Bern 1967.
Freeman Walter / Watts James W.: Psychosurgery. Intelligence, emotion and social behaviour following prefrontal lobotomy for mental disorders, Springfield 1942.
Furger Aloys: Unter wandelnden Leichen: Beschwerdeschrift. «Ueber die im Waldhaus bei Chur herrschenden Zustände», hg. von Carl Rammelmeyer, jr., Moskau 1911.
Geiser Max: Was ist Schizophrenie? Eine Informationsbroschüre für Angehörige von Schizophreniekranken, Bern o. J.
Graf Annatina: Zur Entwicklung der psychiatrischen Heil- und Behandlungsmethoden in der Zeitspanne von 1892–1984, aufgezeigt anhand der Geschichte der psychiatrischen Klinik Waldhaus in Chur, Chur 1986.
Gurt Philipp: Schattenkind. Wie ich als Kind überlebt habe, Chur 2016.
Gurt Philipp: Schattenkind. Wie ich als Kind überlebt habe, Haldenstein 2017.
Gurt Philipp: Schattenkind. Wie ich als Kind überlebt habe, München 2018.
Hald Jens / Jacobsen Erik: A drug sensitizing the organism to ethyl alcohol, in: Lancet 2 (1948), S. 1001–1004.
Hare Francis: Alcoholism. Its clinical aspects and treatment, London 1912.
Heim Edgar: Milieu-Therapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik, Bern 1978.
Hugentobler Jakob: Schloss Hard bei Ermatingen, in: Appenzeller Kalender 243 (1964).

Hungerbühler Johann Matthias: Ueber das öffentliche Irrenwesen in der Schweiz, St. Gallen 1846.

Janggen Lina: Fufu und der grüne Mantel, Zug 2004.

Janggen Margrith: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.

Jörger Johann Benedikt: 50 Jahre Anstalt Waldhaus: 1892–1942, in: Rätia: Bündnerische Zeitschrift für Kultur 6/4 (1942), S. 1–48.

Jörger Johann Joseph: Über die Gründung einer neuen bündnerischen Versorgungsanstalt, Vortrag gehalten in der Gemeinnützigen Gesellschaft, Chur 1905. – Zit.: Jörger (1905a).

Jörger Johann Joseph: Die Familie Zero, in: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 2 (1905), S. 494–559. – Zit.: Jörger (1905b).

Jörger Johann Joseph: «Gestaltung und Betrieb der künftigen Versorgungsanstalt Realta», bei der Gemeinnützigen Gesellschaft, 28. Oktober 1915.

Jörger Johann Joseph: Die Familie Markus, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 43 (1918), S. 76–116.

Jörger Johann Joseph: Psychiatrische Familiengeschichten (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie 18), Berlin 1919.

Jörger Johann Joseph: Die Vagantenfrage, in: Der Armenpfleger 2, 3, 4 (1925).

Jörger Johann Joseph: Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus Masans bei Chur Graubünden, Zürich 1932.

Jost Franz: Zur Behandlung und Resozialisierung von Sexualdelinquenten mit Antiandrogenen und Psychotherapie. Aus der psychiatrischen Klinik Beverin in Cazis GR, in: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 14/2 (1979), S. 243–253.

Jost Franz / Zmorski T.: Mesoridazin (TPS 23 Sandoz) bei akuten Zuständen. Aus der kantonalen psychiatrischen Klinik Beverin (Cazis) und aus der medizinisch-biologischen Forschung der Sandoz AG (Basel), in: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 112 (1973), S. 131–142.

Kaiser Friedrich: Die kantonale Irren- und Krankenanstalt Waldhaus bei Chur, in: Conrad, Paul / Florin, Andreas: Lesebuch für die deutschen Primarschulen des Kantons Graubünden, 8. Schuljahr, hg. vom Kleinen Rat, Chur 1898, S. 406–413.

Kaiser Johann Friedrich: Handschriftlicher Nachlass. (StAGR B 1127)

Kaiser Johann Friedrich: Ueber bündnerisches Armenwesen, insbesondere über die Zwangsarbeitsanstalt in Fürstenau I (Referat, vorgetragen in der gemeinnützigen Kantonalgesellschaft den 8. Apr. 1851), in: BM 2/5 (1851), S. 97–106.

Kaiser Johann Friedrich: Ueber bündnerisches Armenwesen, insbesondere über die Zwangsarbeitsanstalt in Fürstenau II (Referat, vorgetragen in der gemeinnützigen Kantonalgesellschaft den 8. Apr. 1851), in: BM 2/6 (1851), S. 135–140.

Kaiser Johann Friedrich: Ueber das Irrenwesen im Kanton Graubünden, in: BM 3/5 (1852), S. 81–93.

Kaiser Johann Friedrich: Reorganisation des kantonalen Armenwesens mit besonderer Rücksicht auf Kranke. Bericht einer 1870 vom Kleinen Rat eingesetzten Kommission, verfasst von Dr. med. Joh. Friedr. Kaiser, Chur, 12. April 1871, in: BM 1947, S. 144–156.

Kaiser Johann Friedrich: Statistik des Irrenwesens im Kanton Graubünden (Bericht des Sanitätsrathes an die Regierung, vorgelesen in der medicinischen Section der allgemeinen Schweizerischen naturforschenden Gesellschaft in Chur am 12. September 1874), in: Jahresbericht der Naturforschenden Gesellschaft Graubünden 20 (1875–1876).

Kaiser Johann Friedrich: Zur Frage der Irrenversorgung in Graubünden (Referat, vorgelegt dem bündnerischen ärztlichen Verein und gedruckt auf Beschluss desselben), Chur 1. Oktober 1877.

Kaiser Josef Anton: Die Heilquelle zu Pfäfers. Ein historisch-topographischer und heilkundiger Versuch, Chur 1822. [weitere Ausgaben: 1833, 1843, 1859]

Kaiser Josef Anton: Die Mineralquelle zu Tarasp im Unter-Engadin, Chur 1847.

Kaiser Josef Anton: Die Heilquelle zu Pfäfers und Hof Ragaz sammt Umgebungen. Historisch-topographisch, phisikalisch und medicinisch dargestellt, St. Gallen 1859.

Kaiser Josef Anton / Capeller Georg W.: Die vorzüglichen Sauerquellen in Graubünden. Die Mineralquellen zu St. Moritz, Schuls, Tarasp, Fideris, St. Bernhardin, Peiden, Vals und Belvedere. Chemisch untersucht von G.W. Capeller, Apotheker, historisch-topographisch und therapeutisch dargestellt von Dr. J. A. Kaiser, Chur 1826.

Kaufmann Joseph: Kommentar zum schweizerischen Zivilgesetzbuch. Familienrecht, 3. Abteilung: Die Vormundschaft (Art. 360–456), Bern 1924.
KHR: Mit Recovery ein erfülltes Leben führen, in: Bündner Woche vom 19. April 2017, S. 35.
KJPD (Hg.): 15 Jahre KJPD, Chur 1995.
KJPD (Hg.): Jubiläum 20 Jahre KJPD-GR, Chur 2000.
Kline Nathan Schellenberg: Use of Rauwolfia serpentina Benth in neuropsychiatric conditions, in: Annals of the New York Academy of Sciences 59 (1954), S. 107–132.
König Hans / Vischer Alexander: Psychiatrische Klinik Beverin, Cazis (Kanton Graubünden), in: Böker, Wolfang / Brenner, Hans-Dieter (Hg.): Geistig Behinderte in Psychiatrischen Kliniken. Neue Tendenzen und Konzepte, Bern 1990, S. 56–64.
Kraepelin Emil: Lehrbuch der Psychiatrie, 2. Auflage, Leipzig 1893
Lemmens Lily: Der Pflegedienst, in: Bünter, Markus et al. (Hg.): 100 Jahre Psychiatrie. Erleben, Verstehen, Verhalten, Chur 1992, S. 19.
Lorenz Paul: Dr. med. Joh. Friedrich Kaiser, in: Jahresbericht der Naturforschenden Gesellschaft Graubünden 43 (1899–1900), S. 32–39.
Maier Christian: Die Suizide in der Klinik Beverin 1920–1979. Ein Beitrag zur Diskussion über die Zunahme von Suiziden in psychiatrischen Kliniken, in: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 128 (1981), S. 75–84.
Manatschal Friedrich: Erinnerungen, Chur 1919.
Martensen-Larsen Oluf: Treatment of alcoholism with a sensitizing drug, in: Lancet 2 (1948), S. 1004.
Morgenthaler Walter: Entwurf der Vorschriften für die Prüfungen von schweizer. Irrenpflegepersonal, in: Kranken und Irrenpflege 9 (1926), S. 49–50. – Zit.: Morgenthaler (1926a).
Morgenthaler Walter: Erläuterungen zum Prüfungsreglement, in: Kranken- und Irrenpflege 12 (1926), S. 67–68. – Zit.: Morgenthaler (1926b).
Morgenthaler Walter: Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Lehr- und Handbuch für das Pflegepersonal. Im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, 3. Aufl., Bern 1936.
Morgenthaler Walter / Singeisen Fred: Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. 7. vermehrte und verb. Aufl., Bern 1962.
Müller Max: Die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 66 (1936), S. 929–937.
Müller Max: Die körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie, Bd. 1: Die Insulinbehandlung, Stuttgart 1952.
Müller Max: Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte, 1920–1960, Berlin, Heidelberg, New York 1982, S. 244–249.
Neue Bündner Zeitung vom 22.01.1947.
O. N.: Einweihung der bündnerischen Irrenanstalt, in: Der freie Rhätier Nr. 127 vom 31. Mai 1892, S. 1–2.
O. N.: Die Eröffnung des Waldhauses bei Chur, in: Bündner Nachrichten Nr. 126 vom 31. Mai 1892.
O. N.: Nachruf Decurtins, Balthasar, in: Die Schweizerische Baukunst 6/3 (1914), S. 70.
O. N.: Gefährdet Bündner Chefarzt Strafgefangene? In Realta tickt eine Zeitbombe: «Da warte ich nur noch auf den grossen Chlapf!», in: Der schweizerische Beobachter 15 (1989), S. 12–14. – Zit.: O. N. (1989a).
O. N. Strafanstalt: Die Gefangenen als Ankläger: «Geschwankt wie nach zehn Bechern Bier!», in: Der schweizerische Beobachter 19 (1989), S. 21. – Zit.: O. N. (1989b).
O. N.: VPOD kämpft für das Pflegepersonal, in: Bündner Tagblatt vom 4. Januar 2001, S. 3.
Oesterlen Friedrich: Handbuch der medicinischen Statistik, Tübingen 1865.
Pfister Oskar: Repetition des Personalkurses in Psychiatrie. N. N. 1946/1947.
Pfister Oskar: Referat an der Generalversammlung des Vormundschaftsverbandes Graubünden vom 04.06.1951 in Chur, Chur 1951
Pflugfelder Gottlob: Psychologische Untersuchungen über Bewusstseinsveränderungen in der Insulinkur. Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (Leiter: Prof. J. E. Staehelin), Basel 1951.
Pflugfelder Gottlob: Sind Geisteskrankheiten heilbar?, in: Bündner Hilfsverein für Geisteskranke 1952.
Pflugfelder Gottlob: Alkohol und Süchtigkeit, in: Bovet, Theodor et al. (Hg.): Die Süchtigkeit, Zürich 1958, S. 11–24. – Zit.: Pflugfelder (1958a).
Pflugfelder Gottlob: Dokumentierung der Krankengeschichte, in: Praktische Psychiatrie / Psychiatrie pratique 12 (1958), S. 225–229. – Zit.: Pflugfelder (1958b).

Pflugfelder Gottlob: Der Pflegerrapport, in: Praktische Psychiatrie/Psychiatrie pratique 1 (1959), S. 2–5.
Pflugfelder Gottlob: Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur, in: Bündnerischer Ärzteverein (Hg.): Äskulap in Graubünden. Beiträge zur Geschichte der Medizin und des Ärztestandes, Chur 1970, S. 376–387.
Pflugfelder Gottlob/Huchtemann Klaus: Serpasilkuren in der Psychiatrie. Aus der kantonalen Heilanstalt Waldhaus, Chur, in: Schweizerische medizinische Wochenschrift 85/26 (1955), S. 627–630.
Planta Peter von: Oberst Joh. Jakob Scherrer, in: BM 1930, S. 78–80.
Psychiatrische Klinik Beverin: 75 Jahre Psychiatrische Klinik Beverin, 7408 Cazis, Beverin 1994.
Sakel Manfred: Schizophreniebehandlung mittels Insulin-Hypoglykämie sowie hypoglykämischen Schocks, in: Wieder Medizinische Wochenschrift 84 (1934).
Sakel Manfred: Neue Behandlungsmethoden der Schizophrenie, Wien 1935.
Salis Georg von: Die Ausnahmestellung der Anstalt Realta-Rothenbrunnen, dargestellt für die erste schweizerische Ausstellung für Gesundheitspflege und Sport 1931, Chur 1931.
Salis-Marschlins Carl Ulysses von: Ueber das Armenwesen in Bünden und von den Mitteln es zweckmässiger einzurichten, in: Der Neue Sammler 2/3–4 (1806), S. 193–224.
Schiller Heinrich: Dr. med. Johann Josef Jörger 1860–1933. Erster Direktor der Anstalt Waldhaus bei Chur, in: Rätia 5 (1941/42), S. 190–196.
Schroetter Hellfried von: Über die psychischen Auswirkungen hochdosierter und langdauernder Serpasil-Medikation, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 132 (1956), S. 335–346.
Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie (SANP) 39 (Ergänzungsheft), 1937.
Steinhauser Alois: Die Einrichtung einer kantonalen Versorgungs-Anstalt in Realta, Chur 1913 (Referat, gehalten an der Delegiertenversammlung der konservativ-demokratischen Partei am 23. Februar 1913 in Bonaduz).
Thiele-Dohrmann Klaus: Wenn die Uhr abgelaufen ist. In der Schweiz hat eine Debatte um Sterbehilfe begonnen, in: Die Zeit, Nr. 6/1975.
Tuffli Fritz: Asyle Realta und Rothenbrunnen Graubünden, Zürich 1932.
Walser Hans H.: Historische Grundlagen der heutigen Psychiatrie in Graubünden. Die Schweizer Psychiatrie im 19. Jahrhundert und der Kanton Graubünden, in: Bündnerischer Ärzteverein (Hg.): Äskulap in Graubünden. Beiträge zur Geschichte der Medizin und des Ärztestandes, Chur 1970, S. 363–368.
Walser Hans: Schweizer Psychiatrie im 19. Jahrhundert, in: Gesnerus: Swiss Journal of the history of medicine and sciences 29/3–4 (1972), S. 183–195.
Weber Ernst: Ein Rauwolfiaalkaloid in der Psychiatrie: seine Wirkungsähnlichkeit mit Chlorpromazin, in: Schweizerische medizinische Wochenschrift 84 (1954), S. 968–970.
Weber Ernst: Psychiatrische Klinik Beverin. 50 Jahre – 1919–1969, Cazis 1969.
Weber Ernst: Psychiatrische Klinik Beverin, in: Bündnerischer Ärzteverein (Hg.): Äskulap in Graubünden. Beiträge zur Geschichte der Medizin und des Ärztestandes, Chur 1970, S. 376–387.
Weber Ernst: Die Geschichte und die besondere Situation der Psychiatrie in der Medizin, anlässlich der Einweihung der Psychiatrischen Klinik Beverin und der Aussenstation Rothenbrunnen, in: Hospitalis 45/8 (1975), S. 438–440.
Weber Ernst: Die historische Entwicklung der Anstalt Realta, in: Schweizer Archiv für Neurologe, Neurochirurgie und Psychiatrie 124/2 (1979), S. 239–242. – Zit.: Weber (1979a).
Weber Ernst: Sozialtherapeutische Anstalt. Illusion oder Realität? Referat an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie 1978, veröffentlicht im Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 124 (1979), S. 197–204. – Zit.: Weber (1979b).
Weber Ernst/Jost Franz: Kurz- und Langzeitbehandlungen der depressiven Syndrome mit «Laroxyl» (Amitriptylin). Aus der Heilanstalt Beverin in Cazis, Graubünden, in: Schweizerische Rundschau für Medizin 25 (1962), S. 650–656.
Weber Ernst/Winklehner Hans: Psychiatrische Klinik Beverin. 50 Jahre: 1919–1969. Mit einem Vorwort von Herrn Regierungsrat Hans Stiffler, Cazis 1969.
Willi Alphons: Zur Geschichte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, in: KJP (1996), S. 11–16.
Willi Claudio: Psychiatrie in die Freiheit entlassen, in: Bündner Tagblatt vom 30. Januar 2001, S. 7.
Williams E. E.: Effects of alcohol on workers with carbon disulfide, in: Journal of the American Medical Association 109 (1937), S. 1472–1473.

Sekundärliteratur

Abderhalden Christoph / Needham Ian: Management von Aggression und Gewalt in Akutstationen der stationären Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer Umfrage (Typographiertes Manuskript), Zürich und Wil 2001.

Ackerknecht E. H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 2. Aufl., Stuttgart 1967.

Aerne Peter: «In hundert Jahren wird man es nicht verstehen, dass unsere Zeit so zurückhaltend war». Greti Caprez-Roffler als Pfarrerin in Furna 1931–1934 und der Weg zum Frauenpfarramt in der reformierten Bündner Kirche, in: Bündner Monatsblatt. Zeitschrift für Bündner Geschichte, Landeskunde und Baukultur 2003, S. 411–447.

Aliesch Carmen: Das Sippenarchiv der Psychiatrischen Klinik Waldhaus in Chur. Risikofaktoren, welche bei Bündner Jenischen zwischen 1951 und 1977 zu eugenisch motivierten Massnahmen führten. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Chur 2011.

Aliesch Carmen: Beschreibung des Suboptimalen. Merkmale des Redens über Patienten der psychiatrischen Kliniken Waldhaus in Chur in den 1920er und 1950er Jahren. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Bern 2013.

Aliesch Carmen: Das Waldhaus, die Eugenik und die Jenischen im 20. Jahrhundert. Eine Untersuchung des sogenannten «Sippenarchivs» der Psychiatrischen Klinik Waldhaus, in: JHGG 147 (2017), S. 101–144

Allemann Heidi: Öffnung der Psychiatrie. Artikelserie der Bündner Woche, hg. von der Psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur 1997.

Argast Regula: Eine arglose Eugenik? Hans Moser und die Neupositionierung der genetischen Beratung in der Schweiz, 1974–1980, in: Traverse 18 (2011), S. 85–104.

Baer Rolf: Themen der Psychiatriegeschichte, Stuttgart 1998.

Bähler Anna / Moser Katharina: Die Geschichte der Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee 2010.

Baumgarten Heinz Hermann: Ambulante und stationäre Interventions- und Sozialisationshilfen nach schweizerischem Jugendstrafrecht. Unter besonderer Berücksichtigung der stationären Erziehung männlicher Jugendlicher, Luzern 1978.

Bernet Brigitta: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900, Zürich 2013.

Berrios German E. / Porter Roy: A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders, London 1995.

Berther Ivo: Peter Anton de Latour: Aus Bünden. Geschichtliche Notizen über den Krieg u. Landstürme von 1799. Aus eigener Erfahrung oder aus zuverlässigen Quellen zusammengetragen im Mai des Jahres 1849, in: JHGG 132 (2002), S. 73–127.

Bietenhader Sabine: «Schule der Ordnung, der Reinlichkeit, des Gehorsams und der Arbeitsamkeit». Die Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau, 1840–1855, in: JHGG 145 (2015), S. 77–140.

Bignasca Vanessa: Dal «vizio» alla «malattia»: l'evoluzione dell'approccio all'alcolismo e i suoi effetti sugli istituti La Valletta e La Sapinière, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 8, Zürich 2019, S. 474–485.

Bignasca Vanessa / Heiniger Kevin: Arbeitsbedingungen und Handlungsmuster des Personals, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, hg. von der Unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 8, Zürich 2019, S. 461–530. – Zit.: Bignasca / Heiniger (2019a).

Bignasca Vanessa / Heiniger Kevin: Les besoins élémentaires en enfermeMent / Grundbedürfnisse in Gefangenschaft, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, hg. von der Unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 8, Zürich 2019, S. 371–407. – Zit.: Bignasca / Heiniger (2019b).

Bischoff Claudia: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M., New York 1984.

Blumenthal Suzanne von et al.: Rückblick 125 Jahre Bündner Hilfsverein, in: Jahresbericht Bündner Hilfsverein für psychisch kranke Menschen (2002), S. 8–15.

Böker Heinz / Hoff Paul / Seifritz Erich (Hg.): «Personalisierte» Psychiatrie. Paradigmenwechsel oder Etikettenschwindel?, Bern 2014.

Bollier Peter: Der Bevölkerungswandel, in: HBG 3 (2000), S. 115–146.

Borghi Marco: Premesse interdisciplinari al pro-

getto ticinese (ovvero le ruote dell'utopia), in: Diritti dei pazienti e psichiatria, Lugano/Agno 1980.

Borghi Marco: Evaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de liberté à des fins d'assistance. Pro Mente Sana, o. O. 1991.

Borghi Marco: Plädoyer für eine psychiatrische Versorgung, die ethischen Prinzipien gehorcht, in: Pro Mente Sana Aktuell 4/1995, S. 21–25.

Borrelli Graziella: Fürsorgerische Zwangsmassnahmen in Graubünden: Die Aktenlage. Unter Mitarbeit von Tanja Rietmann und Sandro Buchli, Bern und Chur 2016, online siehe: https://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/ekud/afk/sag/projekte/Seiten/zwangsmassnahmen.aspx.

Brandenberger Katharina: Psychiatrie und Psychopharmaka. Therapien und klinische Forschung mit Psychopharmaka in zwei psychiatrischen Kliniken der Schweiz, 1950–1980, Zürich 2012.

Brändli Sibylle/Lüthi Barbara/Spuhler Gregor (Hg.): Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt a. M. 2009.

Braslow Joel: Mental ills and bodily cures. Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century, Berkeley (Calif.) 1997.

Braunschweig Sabine: «Wir waren wie eine Familie». Das Psychiatriepflegepersonal der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt in Basel in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in: Othenin-Girard, Mireille/Grossenreiter, Anna/Trautweiler, Sabine (Hg.): Frauen und Öffentlichkeit, Zürich 1991, S. 185–196.

Braunschweig Sabine: Wundermittel Largactil. Wissenschaftlicher Fortschritt und Arbeitsalltag aus der Sicht ehemaliger Schwestern und Pfleger der psychiatrischen Klinik «Friedmatt», in: Spuhler, Gregor et al. (Hg.): Vielstimmiges Gedächtnis. Beiträge zu Oral History, Zürich 1994, S. 127–140.

Braunschweig Sabine: Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz, in: Walter, Ilsemarie/Seidl, Elisabeth/Kozon, Vlastimil (Hg.): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien 2004, S. 113–122.

Braunschweig Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886–1960, Zürich 2013.

Brühlmann-Jecklin Erica: Alois Kappeler, in: Weite Wege nach Daheim. Verding- und Heimkinder erzählen, Zürich 2018, S. 163–175.

Buchmann Alfred: Ein steiniger Weg: 75 Jahre Sozialdemokratische Partei Graubünden, in: Rote Revue 60 (1981), S. 1–6.

Bühler Rahel et al.: Ordnung, Moral und Zwang. Administrative Versorgungen und Behördenpraxis. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 7, Zürich 2019.

Bühler Rahel: Jugend beobachten. Debatten in Öffentlichkeit, Politik und Wissenschaft in der Schweiz, 1945–1979, Zürich 2019.

Bundi Martin: Grauer Bund, Oberer Bund, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 14.01. 2010, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/017158/2010-01-14/, Zugriff: 19.10.2019.

Bündner Kunstmuseum Chur (Hg.): Pankoks Michael. Ausstellungskatalog, Chur 1991.

Bünter Markus: Stigmatisierung, in: Psychiatrische Dienste Graubünden (Hg.): 125 Jahre Klinik Waldhaus (1892–2017). Jubiläumspublikation, Chur 2017, S. 22–23.

Burghartz Susanna: Im Angesicht der Armut. Ordnung, Regulierung und Fürsorge im 16. und 17. Jahrhundert, in: Mooser, Josef/Wenger, Simon (Hg.): Armut und Fürsorge in Basel. Armutspolitik vom 13. Jahrhundert bis heute, Basel 2011, S. 49–72.

Camenisch Martín: «Hoch Geachter Her Verhörrichter …»: Polizeialltag im Bündner Landjägerkorps 1818–1848, Baden 2016.

Cantini Claude/Pedrolletti Jérôme: Histoires infirmières. Hôpital de Cery sur Lausanne. 1940–1990, Lausanne 2000.

Caprez Christina: Die erste Bündner Pfarrerin. Greti Caprez-Roffler, Kämpferin für die Gleichberechtigung, in: Kulturforschung Graubünden, Mitteilungen, 16 (2016), S. 28–31.

Caprez Christina: Greti Caprez – die illegale Pfarrerin, Zürich 2019.

Casaulta Juscha: «Wir lassen nicht locker», in: Bünder Zeitung vom 23.05.2014.

Castell Rolf et al.: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961, Göttingen 2003.

Castelmur Ivo/Felix Tscharner Sandra/Fürst Yvonne/Herzog Manuela: Integrative Sonderschulung im Kanton Graubünden. Einleitende Massnahmen und deren Wirkung, Masterarbeit an der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich, Zürich 2011.

Christen Lisanne / Christen Stephan: Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz, Zollikofen 2005.

Condrau Flurin / Lienhard Marina: Psychopharmakologische Versuche in der Psychiatrie Baselland zwischen 1950 und 1980. Bericht zuhanden der Psychiatrie Baselland, Liestal 2019.

Cooper Christine / Heinzle Bernd / Reitmaier Thomas: Evidence of infectious disease, trauma, disability and deficiency in skeletons from the 19th/20th century correctional facility and asylum «Realta» in Cazis, Switzerland, in: PLoS ONE 14 (5) 2019, e0216483.

Cort Francesca: Tuberkulose, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 07.12.2012, http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D14365.php, Zugriff: 30.09.2019.

Dazzi Guadench et al.: Puur und Kessler: Sesshafte und Fahrende in Graubünden, Baden 2008.

Dazzi Guadench: «Puur» oder «Kessler». Die Konstruktion von Selbst- und Fremdbildern, in: Dazzi, Guadench et al.: Puur und Kessler. Sesshafte und Fahrende in Graubünden, Baden 2008, S. 67–101.

Degen Bernhard: Krankenversicherung, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 31.10.2008. https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016608/2008-10-30/, Zugriff: 10.01.2020.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): Zur Identität der Psychiatrie. Positionspapier einer DGPPN-Task-Force zum Thema Identität, November 2019.

Doerfel Guy: Wandel der Behandlungs- und Diagnosekonzepte. Die Beobachtungsstation Sunnehüsli in Basel, 1945–1961, Masterarbeit Universität Basel, 2016.

Dosch Leza: Zur städtebaulichen und architektonischen Entwicklung der Stadt Chur im 19. und 20. Jahrhundert, in: Churer Stadtgeschichte, Bd. 2, Chur 1993, S. 208–291.

Dosch Leza: Kunst und Landschaft in Graubünden. Bilder und Bauten seit 1780, hg. vom Verein für Bündner Kulturforschung und von der Gesellschaft für Schweizerische Kunstgeschichte, Zürich 2001.

Dosch Leza: Entwurf im Wettbewerb. Zur Architekturgeschichte Graubündens 1850–1930, hg. vom Institut für Kulturforschung Graubünden ikg mit Unterstützung des Bündner Heimatschutzes, Zürich 2019.

Dosch Leza / Ragettli Jürg: Das Bündner Bautenverzeichnis 1800–1970, in: Bündner Monatsblatt. Zeitschrift für Bündner Geschichte, Landeskunde und Baukultur 2004, S. 405–414.

Dubach Roswitha: Die Sterilisation als Mittel zur Verhütung «minderwertiger» Nachkommen, in: Schweizerische Ärztezeitung 82/3 (2001), S. 81–85.

Dubach Roswitha: Verhütungspolitik. Sterilisationen im Spannungsfeld von Psychiatrie, Gesellschaft und individuellen Interessen in Zürich (1890–1970), Zürich 2013.

Epple Ruedi / Schär Eva: Stifter, Städte, Staaten. Zur Geschichte der Armut, Selbsthilfe und Unterstützung in der Schweiz 1200–1900, Zürich 2010.

Ernst Klaus: Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Klinik. Statistisch registriert und vom Kranken beurteilt, in: Schweizerische Ärztezeitung 63/6 (1982), S. 298–302.

Federli Ursina: Zur Geschichte der Klinik Waldhaus, unveröffentlichte Heimatkundearbeit, Chur 1982.

Felder Rupert: Totentafel, Alt Nationalrat Dr. Gaudenz Canova, in: Bündner Jahrbuch 5 (1963), S. 147–148.

Fischer Anton M.: Sigmund Freuds erstes Land. Eine Kulturgeschichte der Psychotherapie in der Schweiz, Giessen 2013.

Fischer Thomas: Städtische Armut und Armenfürsorge im 15. und 16. Jahrhundert. Sozialgeschichtliche Untersuchungen am Beispiel der Städte Basel, Freiburg i. Br. und Strassburg, Göttingen 1979.

Fritzsche Bruno / Romer Sandra: Graubünden seit 1945, in: HBG 3 (2005), S. 330–391.

Furter Reto: 100 Jahre Sozialdemokratische Partei Graubünden. 1906–2006, Chur 2006.

Galle Sara: Bündner «Vagantenfamilien» im Fokus der Pro Juventute. Die Zusammenarbeit der privaten Stiftung mit den Behörden und der psychiatrischen Klinik Waldhaus, in: Dazzi, Guadench et al. (Hg.): Puur und Kessler. Sesshafte und Fahrende in Graubünden, Baden 2008, S. 170–218.

Galle Sara: Wie mit vergangenem Unrecht umgehen? Das Beispiel des «Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute, in: Furrer, Markus et al. (Hg.): Fürsorge und Zwang. Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz 1850–1980, Basel 2014, S. 385–397.

Galle Sara: Kindswegnahmen. Das «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute im Kontext der schweizerischen Jugendfürsorge, Zürich 2016.

Galle Sara / Meier Thomas: Von Menschen und Akten. Die Aktion «Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute, Zürich 2009.

Galloway Alison / Wedel Vicki L.: Bones of the skull, the dentition, and osseus structures of the throat, in: Dies. (Hg.): Broken Bones – Anthropological Analysis of Blunt Force Trauma. 2nd ed., Springfield 2014, S. 133–160.

Gartmann Johannes: Josef Anton Andreas Kaiser, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 26.08.2008, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/014427/2008-08-26/, Zugriff: 09.10.2019.

Gasser Jacques / Heller Geneviève / Jeanmonod Gilles: Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme, pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle, Genève 2002.

Gasser Jacques / Jeanmonod Gilles: Eugenik, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 27.03.2006, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/017429/2006-03-27/, Zugriff: 02.02.2019.

Geisthövel Alexa / Hess Volker: Handelndes Wissen. Die Praxis des Gutachtens, in: Geisthövel, Alexa / Hess, Volker (Hg.): Medizinisches Gutachten. Geschichte einer neuzeitlichen Praxis, Göttingen 2017, S. 9–39.

Germann Urs: «Psychopathen» und «Hysterikerinnen»: Methodische und praktische Überlegungen zur Wirkungsweise der Kategorie Geschlecht bei der Entwicklung und Praxis der forensischen Psychiatrie im Kanton Bern 1890–1910, in: Aegerter, Veronika et al. (Hg.): Geschlecht hat Methode: Ansätze und Perspektiven in der Frauen- und Geschlechtergeschichte (Beiträge der 9. Schweizerischen Historikerinnentagung 1998), Zürich 1999, S. 117–128.

Germann Urs: Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950, Bern 2002.

Germann Urs: Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie am Beispiel der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950, Zürich 2004.

Germann Urs: Regulation statt Repression? Überlegungen zur Geschichte der schweizerischen Kriminalpolitik im 19. und 20. Jahrhundert, in: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte 21 (2006), S. 195–209.

Germann Urs: Arbeit als Medizin: Die «aktivere Krankenbehandlung 1930–1960, in: Meier, Marietta / Bernet, Brigitta / Dubach, Roswitha / Germann, Urs: Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 195–233.

Germann Urs: «Eingliederung vor Rente». Behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 58 (2008), S. 178–197.

Germann Urs: Ein Insulinzentrum auf dem Land. Die Insulinkur und der therapeutische Aufbruch in der Schweizer Psychiatrie der Zwischenkriegszeit, in: Schmuhl, Hans Walter / Roelcke, Volker (Hg.): «Heroische Therapien». Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, Göttingen 2013, S. 149–167.

Germann Urs: «Entmannung» oder dauerhafte Verwahrung? Die Kastration von Sexualstraftätern in der Schweiz zwischen 1930 und 1970. Zum Stand der historischen Forschung, in: Fink, Daniel et al. (Hg.): Sexualität, Devianz, Delinquenz, Bern 2014, S. 119–135.

Germann Urs: Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel 1953–1980. Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen, Bern 2017.

Germann Urs / Odier Lorraine: Organisierte Willkür. Administrative Versorgungen in der Schweiz 1930–1981: Schlussbericht. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 10 A, Zürich 2019.

Gerstlauer Valerio: Die Churer Armenanstalt. Die Reform des Armenwesens im Geiste der Aufklärung, Zürich 2009.

Gillardon Paul: Die Bestrebungen zur Schaffung einer bündnerischen Landespolizei und zur Errichtung eines Zuchthauses im 18. Jahrhundert, in: BM 1944, S. 197–224.

Gilomen Hans-Jörg: Eine neue Wahrnehmung arbeitsloser Armut in der spätmittelalterlichen Eidgenossenschaft, in: Traverse 3/2 (1996), S. 117–128.

Goepfert Susanne: «Eheunfähig»: Eheverbote nach Artikel 97 ZGB, in: Itinera 21 (1999), S. 259–271.

Goerre Jos: Dr. med. Ernst Weber, Totentafel, in: Bündner Jahrbuch 27 (1985), S. 161–162.

Graf-Nold Angela: Moritz Tramer (1882–1963), in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 01.11.2012. https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/014669/2012-11-01/, Zugriff: 02.01.2020.

Gruhle Hans W. et al. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band II: Klinische Psychiatrie, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960.

Gstach Johannes: Kretinismus und Blödsinn. Zur fachlich-wissenschaftlichen Entdeckung und Konstruktion von Phänomenen der geistigmentalen Auffälligkeit zwischen 1780 und 1900 und deren Bedeutung für Fragen der Erziehung und Behandlung, Bad Heilbrunn 2014.

Guggisberg Ernst / Molin Marco Dal: «Zehntausende». Zahlen zur administrativen Versorgung und zur Anstaltslandschaft. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 6, Zürich 2019.

Gumy Christel et al.: Des lois d'exception? Légitimation et délégitimation de l'internement administratif, hg. von der Unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 3, Zürich 2019.

Handbuch der Bündner Geschichte, hg. vom Verein für Bündner Kulturforschung im Auftrag der Regierung des Kantons Graubünden, 4 Bände, Chur 2000 (2. Aufl. 2005). – Zit.: HBG.

Häsler Kristmann Mirjam: Über die Anstaltsmauern hinweg – Schutzaufsicht im Kanton Schwyz, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) administrative Versorgungen 8, Zürich 2019, S, 629–659.

Häsler Kristmann Mirjam: «Massnahmen im Kampf gegen den Alkoholmissbrauch» – im Klammergriff von Fürsorgestellen, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 8, Zürich 2019, S. 574–580.

Häsler Kristmann Mirjam: «Sans feu ni lieu». Entlassene und «Freiwillige» in Bellechasse, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 8, Zürich 2019, S. 595–628.

Hauss Gisela et al.: Eingriffe ins Leben. Fürsorge und Eugenik in zwei Schweizer Städten (1920–1950), Zürich 2012.

Hautzinger M.: Entwicklung und Geschichte der Psychotherapie, in: Reimer C. / Eckert J. / Hautzinger M. / Wilke E. (Hg.): Psychotherapie, Berlin, Heidelberg 2007.

Head-König Anne-Lise: Fürsorge, Armenwesen, 2. Ancien Régime, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 22.05.2014, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/025809/2014-05-22/#HAncienRE9gime, Zugriff: 25.11.2019.

Head-König Anne-Lise / Schnegg Brigitte (Hg.): Armut in der Schweiz (17.–20. Jh.) (Schweizerisches Jahrbuch für Wirtschafts- und Sozialgeschichte 7), Zürich 1989.

Heim Edgar: Milieu-Therapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik, Bern 1978.

Heiniger Alix: Des entreprises de «rééducation», les aspects économiques de la mise au travail, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, hg. von der Unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 8, Zürich 2019, S. 281–330. – Zit.: Heiniger Alix (2019a).

Heiniger Alix: Façonner la déviance: les interné-e-s vu-e-s par le prisme des registres d'entrée des établissements, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, hg. von der Unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 8, Zürich 2019, S. 165–193. – Zit.: Heiniger Alix (2019b).

Heiniger Kevin: Exkurs, Rasmieh Hussein – Ein einsamer Tod wirft Fragen auf (1976), in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, hg. von der Unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 8, Zürich 2019, S. 475–479. – Zit.: Heiniger Kevin (2019a).

Heiniger Kevin: Praktiken der «Nacherziehung», in: Seglia, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 8, Zürich 2019, S. 331–369. – Zit.: Heiniger Kevin (2019b).

Heiniger Kevin / Bignasca Vanessa: Bellechasse, un établissement aux multiples facettes et en constante évolution (1915–1970), in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 8, Zürich 2019, S. 71–83.

Helfferich Cornelia: Leitfaden- und Experteninterviews, in: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden 2019, S. 669–686.

Helmchen Hanfried: Das Janusgesicht der Psychi-

atrie: Nutzen und Risiken psychiatrischen Handelns, Stuttgart 2017.
Historisch-biographisches Lexikon der Schweiz (HBLS), hg. von der Allgemeinen Geschichtsforschenden Gesellschaft der Schweiz, 8 Bände, Neuenburg 1921–1934; Bd. 4, 1934.
Hitz Florian: Graubünden, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 11.01.2018, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/007391/2018-01-11/, Zugriff: 19.11.2019.
Hoenig John: Schizophrenia: Clinical Section, in: Berrios German E. / Porter Roy (Hg.): A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders, London 1995, S. 336–348.
Hoff Paul: Geschichte der Psychiatrie, in: Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2/5 (2008), S. 337–352.
Hoff Paul: «Psychische Krankheit». Ein Begriff aus der Medizin, unverständlich ohne die Philosophie, Bern 2016, posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich, https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/129216/1/Blog%20Philosophie%20Psychische%20Krankheiten%20Paul%20Hoff.pdf, Zugriff: 09.01.2020.
Hoff Paul: Psychiatrische Diagnosen – ein Auslaufmodell? Zwei Rezensionen und ein Blick auf die Psychiatrie, in: Schweizerische Ärztezeitung 99/45 (2018), S. 1595–1597.
Hollingshead August B. / Redlich Frederick C.: Social Class and Mental Illness, New York 1958.
Huonker Thomas: Fahrendes Volk – verfolgt und verfemt. Jenische Lebensläufe. Dokumentiert von Thomas Huonker, hg. von der Radgenossenschaft der Landstrasse, 2. Aufl., Zürich 1990.
Huonker Thomas: Anstaltseinweisungen, Kindswegnahmen, Eheverbote, Sterilisationen, Kastrationen. Fürsorge, Zwangsmassnahmen, «Eugenik» und Psychiatrie in Zürich zwischen 1890 und 1970, hg. vom Sozialdepartement der Stadt Zürich (Edition Sozialpolitik 7), Zürich 2002.
Huonker Thomas: Diagnose: «moralisch defekt». Kastrationen, Sterilisationen und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie 1890–1970, Zürich 2003.
Imboden Gabriela et al.: Abtreibung und Sterilisation – Psychiatrie und Geburtenkontrolle. Zur Entwicklung im Kanton Basel-Stadt, 1920–1960, in: Mottier, Véronique et al. (Hg.): Pflege, Stigmatisierung und Eugenik. Integration und Ausschluss in Medizin, Psychiatrie und Sozialhilfe, Zürich 2007, S. 38–50.
Jäger Georg / Dazzi Guadench / Kaufmann Andréa: Die Jenischen in den Bündner Gemeinden: 19. und 20. Jahrhundert, in: Bündner Monatsblatt. Zeitschrift für Bündner Geschichte, Landeskunde und Baukultur 2004, S. 309–317.
Jäggi Stefan: Das Luzerner Armenwesen in der frühen Neuzeit, in: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte 18 (2002), S. 105–115.
Jäggi Stefan: Pauperismus, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 24.11.2009, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016091/2009-11-24/, Zugriff: 03.06.2019.
James F. E.: Insulin Treatment in Psychiatry, in: History of Psychiatry 3 (1992), S. 221–235.
Jaspers Karl: Kausale und «verständliche» Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie), in: Ders. (Hg.): Gesammelte Schriften zur Psychopathologie, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963, S. 329–412.
Jecklin Ursula: Fürsorge und Schulen, in: Churer Stadtgeschichte, hg. von der Stadt Chur, Band 2: Von der Mitte des 17. Jahrhunderts bis zur Gegenwart, Chur 1993, S. 173–205.
Jecklin Ursula: Das Frauenstimmrecht in der protestantischen Kirche, in: Hoffmann Silvia und Wecker Regina (Hg.): FrauenRecht, Beiträge zur Frauen- und Geschlechtergeschichte Graubündens im 19. und 20. Jahrhundert, Zürich 2003, S. 157–172.
Jenzer Sabine: Die «Dirne», der Bürger und der Staat: Private Erziehungsheime und die Anfänge des Sozialstaates in der Deutschschweiz, 1870er bis 1930er Jahre, Köln 2014.
Jorisch-Wissink Ellen: Der Kinderpsychiater Moritz Tramer (1882–1963), Zürich 1986.
Joss Hans / Vögeli André: Organisationsform des Kantonalen Sozialamtes Graubünden und seiner Regionalen Sozialdienste, unveröffentlichte Projektarbeit FSO-Kurs, Schule für Soziale Arbeit Zürich, Zürich 1988.
Jütte Robert: Arme, Bettler, Beutelschneider. Eine Sozialgeschichte der Armut in der Frühen Neuzeit (aus dem Englischen von Rainer von Savigny), Weimar 2000.
Kammer-Spohn Michael: Recovery als «State of the art», in: Schweizerische Ärztezeitung 94 (2013), S. 1450–1453.
Kaufmann Andréa: Die Entwicklung der Armenfürsorge in Graubünden, in: Dazzi Guadench et al. (Hg.): Puur und Kessler: Sesshafte und Fahrende in Graubünden, hg. vom Institut für Kulturforschung Graubünden, Baden 2008, S. 102–142.

Kind Hans: Nekrolog auf Professor Dr. Jules Robert Corboz, in: Steinhauser, Hans-Christoph (Hg.): 70 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich (1921–1991). Festschrift, Zürich 1992, S. 27–28.

Knecht Sybille: Zwangsversorgungen. Administrative Anstaltseinweisungen im Kanton St. Gallen 1872–1971, St. Gallen 2015.

Koelbing-Waldis Vera: Auguste Forel, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 08.12.2005, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/014365/2005-12-08/, Zugriff: 30.11.2018.

König Hans: Wohnheim für geistig Behinderte auf Klinikareal. Psychiatrische Klinik Beverin, in: Egli, Jakob / Hüssy, Käthi: Geistig behinderte Menschen in psychiatrischen Kliniken – eine Herausforderung, Luzern 1990, S. 158–160.

Kraft Hartmut: Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie, Köln 2005.

Küchenhoff Barbara Handwerker / Lier Doris (Hg.): Stadt der Seelenkunde, Basel 2012.

Künzli Lukas: Nach bestem Wissen. Eine multiperspektivische Oral History-Untersuchung der Schnittstellen von psychiatrischen, vormundschaftlichen und sozialen Diensten im Kanton Graubünden 1943–2002, unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Basel 2019.

Kuster Matthias: 200 Jahre Bündner Strafvollzug, Glarus 2017. – Zit.: Kuster (2017a).

Kuster Matthias: Freiheitsentzug in Graubünden. Der bündnerische Freiheitsentzug im 19. Jahrhundert – Strafvollzug und armenrechtlicher Freiheitsentzug, Dissertation Universität St. Gallen, Zürich 2017. – Zit.: Kuster (2017b).

Küsters Ivonne: Narratives Interview, in: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden 2019, 687–693.

Leimgruber Walter / Meier Thomas / Sablonier Roger: Das Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse. Historische Studie aufgrund der Akten der Stiftung Pro Juventute im Schweizerischen Bundesarchiv. Bundesarchiv Dossier 9, Bern 1998.

Lengwiler Martin: Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung (1870–1970), Köln 2006.

Lengwiler Martin et al.: Bestandsaufnahme der bestehenden Forschungsprojekte in Sachen Verding- und Heimkinder. Bericht zuhanden des Bundesamts für Justiz EJPD, Eidgenössisches Polizei- und Justizdepartement EJPD, Basel 02.04.2013.

Leuenberger Marco / Seglias Loretta (Hg.): Versorgt und vergessen. Ehemalige Verdingkinder erzählen, Zürich 2008, 4. Aufl. 2010.

Leuenberger Marco / Seglias Loretta: Geprägt fürs Leben. Lebenswelten fremdplatzierter Kinder in der Schweiz im 20. Jahrhundert, Zürich 2015.

Lienhard Andreas: Grundlagen der Public Corporate Governance. Ergänzte Fassung der Grundlagen für das Referat anlässlich der 3. Wissenschaftlichen Tagung der Schweizerischen Vereinigung für Verwaltungsorganisationsrecht (SVVOR) vom 31. Oktober 2008, http://www.sgvw.ch/wp-content/uploads/100215_PCG_Lienhard.pdf, Zugriff: 10.10.2019.

Lippuner Sabine: Bessern und Verwahren. Die Praxis der administrativen Versorgung von «Liederlichen» und «Arbeitsscheuen» in der thurgauischen Zwangsarbeitsanstalt Kalchrain (19. und frühes 20. Jahrhundert), Frauenfeld 2005.

Lönnroth K. et al.: Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants, in: Social Science & Medicine 68/12 (2009), S. 2240–2246.

Lopez-Munoz Francisco et al.: History of the Discovery and Clinical Introduction of Chlorpromazine, in: Annals of Clinical Psychiatry 17/3 (2005), S. 113–135.

Manatschal F.: Vom bündnerischen Vormundschaftswesen und dessen Verbesserung. Referat, gehalten in der Gemeinnützigen Gesellschaft Graubündens von a. Reg.-Rat F. Manatschal. Separatabdruck aus dem Jahresbericht der Gemeinnützigen Gesellschaft Graubündens, Chur 1918.

Margadant Silvio: Confisca, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 18.02.2004, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/030187/2004-02-18/, Zugriff: 06.06.2019.

Markoff-Gräflin Nicola: Dr. med. Johann Plazidus Friedrich Kaiser (1823–1899): Arzt, Geisteswissenschafter, Politiker und Ehrenbürger von Chur: Ein biographischer Beitrag, Chur 1984.

Mayer Roger: «La psychiatrie enfin admise comme branche d'examen du final de médecine», in: Revue médicale de la Suisse romande 108 (1988), S. 899–905.

Meier Marietta et al.: Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970, Zürich 2002.

Meier Marietta: Zwangssterilisationen in der Schweiz. Zum Stand der Forschungsdebatte, in: Traverse 1 (2004), S. 130–146.

Meier Marietta: Eingriffe ins Gehirn «schwieriger» Patientinnen und Patienten. Psychochirurgie

im Kanton Graubünden, in: Jecklin, Ursula / Redolfi, Silke / Hofmann, Silvia (Hg.): frauenKörper. Beiträge zur Frauen- und Geschlechtergeschichte Graubündens im 19. und 20. Jahrhundert. Bd. 2, Zürich 2005, S. 229–268.

Meier Marietta et al.: Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007.

Meier Marietta: Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015.

Meier Marietta / König Mario / Tornay Magaly: Testfall Münsterlingen. Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940–1980, Zürich 2019.

Metz Peter: 100 Jahre psychiatrische Anstalt Waldhaus, in: Bündner Jahrbuch 34 (1992), S. 62–72.

Metz Peter: Geschichte des Kantons Graubünden, Bd. 1: 1798–1848, Chur 1989.

Meyer Rüdiger / Hillienhof Arne: ICD-10: WHO stellt neuen Diagnoseschlüssel vor, in: Deutsches Ärzteblatt 115/26 (2018), https://www.aerzteblatt.de/archiv/198859/ICD-10-WHO-stellt-neuen-Diagnoseschluessel-vor, Zugriff: 19.11.2019.

Mirer Eduard: Das Armenwesen des Kantons Graubünden, Diss. iur., Erlangen 1922.

Morat Deborah: Kritik ohne Folgen? Aufsicht und Direktion in Bellechasse, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 8, Zürich 2019, S. 221–233.

Mornaghini-Zweidler Liliana: Der Psychiater Johann Joseph Jörger (Zürcher medizingeschichtliche Abhandlungen 104), Zürich 1975.

Müller Christian (Hg.): Lexikon der Psychiatrie. Gesammelte Abhandlungen der gebräuchlichsten psychopathologischen Begriffe, Berlin, Heidelberg, New York 1973.

Müller Christian: Die Drehmaschinen in der Geschichte der Psychiatrie, in: Gesnerus: Swiss Journal of the history of medicine and sciences 55/1–2 (1998), S. 17–32.

Müller Sandra / Wiesbeck Gerhard: Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit, in: Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie 1 (2014), S. 23–26.

Nutz Thomas: Strafanstalt als Besserungsmaschine. Reformdiskurs und Gefängniswissenschaft 1775–1848, München 2001.

Nydegger Jolanda: «Und die ist auch schuld gewesen, dass wir dann schon Skihosen gehabt haben», in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 57 (2007), S. 457–464.

O. N.: Das erste bündnerische Irrenhaus-Projekt I, in: BM 8/3 (1903), S. 59–69.

O. N.: Das erste bündnerische Irrenhaus-Projekt II, in: BM 8/4 (1903), S. 83–91.

O. N.: Die neuen Spital- und Heimstatistiken: Erste Ergebnisse und zukünftiger Nutzen, in: Soziale Sicherheit CHSS 4/2001, S. 218.

Pal Arghya et al.: Tracing the journey of disulfiram: From an unintended discovery to a treatment for alcoholism, in: Journal of Mental health and Human Behaviour 20/1 (2015), S. 41–43.

Pieth Friedrich: Bündnergeschichte, Chur 1945.

Pieth Friedrich: Hundert Jahre Gemeinnützige Gesellschaft des Kantons Graubünden: 1847–1947, Chur 1947.

Pieth Friedrich: Dr. med. Johann Friedrich Kaiser (1823–1899): zur Erinnerung an seinen 50. Todestag, in: BM 12 (1949), S. 365–378.

Porter Roy: Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte. Aus dem Englischen von Christian Detoux, Zürich 2005.

Praz Anne-Françoise: Améliorer les conditions du travail forcé. Le rapport au travail des interné·e·s de Bellechasse (1919–1979), in: Huonker, Thomas et al.: «… Je vous fais une lettre». Die Stimmen der internierten Personen in den Archiven. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 4, Zürich 2019, S. 169–202.

Pressman Jack D.: Last resort. Psychosurgery and the limits of medicine, Cambridge UK 2002.

Psychiatrische Klinik Waldhaus: Psychiatrie im Wandel der Zeit: eine dokumentarische Ausstellung zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden, Chur 1992.

Raffensteiner Thomas: Die Schwabenkinder aus Vorarlberg, Tirol und Graubünden. Die Geschichte eines soziohistorischen Phänomens im Blickwinkel der Sozialarbeit. Diplomarbeit im Fachbereich Sozialwesen an der Fachhochschule Ravensburg-Weingarten, Weingarten 1990.

Rageth Flurin: «… eine solche Menge Faulenzer und Liederliche und Unverschämte, dass es ein Jammer ist.» Die Berichterstattung der Bündner Bezirksarmenkommissare und ihr Schreiben über Armut und ‹Armenwesen› im Kanton Graubünden (1839–1857), unpubl. Lizentiatsarbeit, Zürich 2012.

Rathgeb Christian: Die Verfassungsentwicklung Graubündens im 19. Jahrhundert (Schriften zur Verfassungsgeschichte Bd. 1), Zürich 2003.

Reitmaier Thomas et al.: Administrativ versorgt. Der Friedhof der Korrektionsanstalt Cazis Re-

alta, Graubünden. In: Forum / Totenkult und Kulturgüterschutz 28 (2017), S. 54–57.

Remschmidt Helmut: Kontinuität und Innovation. Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg, Göttingen 2018.

Richli Paul: Bericht über den Umgang mit Arzneimittelversuchen in der Luzerner Psychiatrie in den Jahren 1950–1980 aus rechtlicher Sicht. Im Auftrag des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Luzern, Luzern 2018.

Riedel Mark et al.: Die Stellung der Depot-Neuroleptika aus heutiger Sicht, in: Möller, Hans-Jürgen / Müller, Norbert (Hg.): Schizophrenie. Langzeitverlauf und Langzeittherapie, Wien 2004.

Rietmann Tanja: «‹Hier haben wir eine andere Kategorie von Menschen vor uns›. Die Schutzaufsicht über administrativ Versorgte», in: Studer, Brigitte / Matter, Sonja (Hg.): Zwischen Aufsicht und Fürsorge. Die Geschichte der Bewährungshilfe im Kanton Bern, Bern 2011, S. 89–100.

Rietmann Tanja: Fürsorgerische Zwangsmassnahmen: Anstaltsversorgungen, Fremdplatzierungen und Entmündigungen in Graubünden im 19. und 20. Jahrhundert (QBG Bd. 34), Chur 2017.

Rietmann Tanja / Germann Urs / Condrau Flurin: «Wenn Ihr Medikament eine Nummer statt eines Markennamens trägt». Medikamentenversuche in der Zürcher Psychiatrie 1950–1980, in: Gnädinger, Beat / Rothenbühler, Verena (Hg.): Menschen korrigieren. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen im Kanton Zürich bis 1981, Zürich 2018, S. 201–254.

Rippmann Dorothee / Baumann Werner: Taglöhner, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 27.07.2012, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/007936/2012-07-27/, Zugriff: 23.11.2019.

Ritter Hans Jakob: Von den Irrenstatistiken zur «erblichen Belastung» der Bevölkerung: Die Entwicklung der schweizerischen Irrenstatistiken zwischen 1850 und 1914, in: Traverse. Zeitschrift für Geschichte 10/1 (2003), S. 59–70.

Ritter Hans Jakob: Psychiatrie und Eugenik. Zur Ausprägung eugenischer Denk- und Handlungsmuster in der schweizerischen Psychiatrie, 1850–1950, Zürich 2009.

Ritter Hans Jakob / Imboden Gabriela: «Die medizinische Indikation wird durch eugenische Überlegungen sehr wesentlich unterstützt». Zur Psychiatrischen Begutachtung von Abtreibung und Sterilisation im Kanton Basel-Stadt, in: Wecker, Regina et al. (Hg.): Eugenik und Sexualität: Die Regulierung reproduktiven Verhaltens in der Schweiz 1900–1960, Zürich 2013, S. 49–76.

Roberts Charlotte / Manchester Keith: The Archaeology of Disease. Ithaca 2007.

Röhmer Jan: Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit: Analyse von 1037 Einsätzen, in: Schweiz Med Forum 12/36 (2012), S. 685–690.

Rohnert-Koch Friedgard: Hydrotherapie in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts, Giessen 2009.

Saenger Johanna Elisabeth Doris: Die Ätiologie und Therapie von Unterkieferfrakturen in der Universitätsklinik Aachen von 1995 bis 2007 – eine retrospektive Analyse, Dissertation Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule, Aachen 2009.

Sager Josef: Vom Reichsgulden zum Schweizerfranken: zum hundertjährigen Jubiläum des Frankens, in: Thurgauische Beiträge zur vaterländischen Geschichte 89 (1952), S. 47–59.

Schaffner-Hänny Elisabeth: Wo Europas Kinderpsychiatrie zu Welt kam. Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss (Aargau, Solothurn, Bern, Freiburg, Neuenburg). Zürcher Medizinhistorische Abhandlungen Nr. 273, Dietikon 1997.

Scharplatz Alfred: Vergangenheit und Zukunft der Bündner Ärzteschaft, in: Äskulap in Graubünden, Chur 1971, S. 3–28.

Schlegel Leonhard: Handwörterbuch der Transaktionsanalyse. Sämtliche Begriffe der TA praxisnah erklärt, 2. Aufl., Basel, Freiburg, 2002.

Schmidlin Antonia: Eine andere Schweiz. Helferinnen, Kriegskinder und humanitäre Politik 1933–1942, Zürich 1999.

Schneeberger Andres et al.: TARPSY: A New System of Remuneration for Psychiatric Hospitalization in Switzerland, Onlinepublikation PSychiatry online, 3. August 2018, https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201800233, Zugriff: 29.11.2019.

Schneeberger Andres / Heuss Sabina: Tarifsystem TARPSY. Ein Jahr nach der Einführung: Ein Stimmungsbild, in: InFO Neurologie & Psychiatrie 17/2 (2019), S. 37–39.

School of Management and Law (Hg.): Sammlung Bachelorarbeiten 2013. Vom Ehrgeiz zur Ehre. Crossing Borders, Winterthur 2013.

Schott Heinz / Tölle Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006.

Schrofer Christian: Bündner Psychiatriegeschichte des 19. Jahrhunderts, Zürich 1999.
Schürer Stefan: Die Verfassung im Zeichen historischer Gerechtigkeit. Schweizer Vergangenheitsbewältigung zwischen Wiedergutmachung und Politik mit der Geschichte, Zürich 2009.
Schweizer Magdalena: Die psychiatrische Eugenik in Deutschland und in der Schweiz zur Zeit des Nationalsozialismus. Ein Beitrag zur geschichtlichen Aufarbeitung mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz, Bern 2001.
Seglias Loretta: Die Schwabengänger aus Graubünden. Saisonale Kinderemigration nach Oberschwaben (QBG Bd. 13), Chur 2004.
Seglias Loretta: Heimerziehung – eine historische Perspektive, in: Ries, Markus / Beck, Valentin (Hg.): Hinter Mauern. Fürsorge und Gewalt in kirchlich geführten Erziehungsanstalten im Kanton Luzern, Zürich 2013, S. 19–80.
Seglias Loretta: Ausbau des pädagogischen Angebots. Das Waisenhaus während der Krisen-, Kriegs- und Nachkriegsjahre, in: Bürgergemeinde Basel (Hg.): Zuhause auf Zeit. 350 Jahre Bürgerliches Waisenhaus Basel, Basel 2019, S. 103–149.
Seglias Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, Veröffentlichungen der unabhängigen Expertenkommission administrative Versorgungen, Band 8, Zürich 2019.
Seglias Loretta / Dissler Noemi: Arbeitsalltag zwischen «Nacherziehung» und «Arbeitsgewöhnung» in den Anstalten von Bellechasse, in: Seglias, Loretta et al.: Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung. Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen 8, Zürich 2019, S. 335–338.
Seiler Hansjörg: Gewaltenteilung, Allgemeine Grundlagen und schweizerische Ausgestaltung, Bern 1994.
Shepherd Michael: Sozialpsychiatrie: die Geschichte eines Begriffs, in: Gesnerus: Journal of the history of medicine and sciences 42 (1985), S. 425–431.
Shorter Edward: Doctor-Patient-Relationship, New York 1985.
Shorter Edward: Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999.
Shorter Edward: Geschichte der Psychiatrie, Berlin 2003.
Simonett Jürg: Gaudenz Canova (1887–1962), in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 15.02.2005, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/006241/2005-02-15/, Zugriff: 13.05.2019.
Soliva Corina: Zur Geschichte des Armen- und Fürsorgewesens in Graubünden, Zürich 1950.
Sollberger D. / Lang U. E.: Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK, Basel, Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie, in: Nervenarzt 85 (2014), S. 312–318.
Soyka Michael et al.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart u. a. 2008.
Sprecher Thomas: Das Unbewusste in Zürich. Literatur und Tiefenpsychologie um 1900: Sigmund Freud, Thomas Mann und C. G. Jung, Zürich 2000.
Spuhler Gregor: Josef Jäger. Strassenbahner und «Geduldspatient». Bemerkungen zum Sinn einer Krankengeschichte, in: Spuhler, Gregor / Blumer, Florian (Hg.): Vielstimmiges Gedächtnis: Beiträge zur Oral History, Zürich 1994, S. 109–124.
Spuhler Gregor: Gerettet – zerbrochen. Das Leben des jüdischen Flüchtlings Rolf Merzbacher zwischen Verfolgung, Psychiatrie und Wiedergutmachung, Zürich 2011.
Steck Hans: Insulinwirkung bei psychotischen Erregungszuständen, in: Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft 113 (1932).
Steidl Siegfrid / Nigg Bernhard: Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 4. überarb. Aufl., Wien 2014.
Steinhausen Hans-Christoph (Hg.): 70 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich (1921–1991). Festschrift, Zürich 1992.
Stirnimann Cornelia: Die Jenischen in Graubünden, Zürich 1979.
Stücheli Christina: Soziale Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung: Eine historisch-soziologische Untersuchung zur Ausformung und zu den Segregationsmechanismen des psychosozialen Versorgungssystems. Lizentiatsarbeit am Soziologischen Institut, Zürich 1996.
Studer Brigitte / Matter Sonja: Zwischen Aufsicht und Fürsorge. Die Geschichte der Bewährungshilfe im Kanton Bern, Bern 2011.
Tanner Jakob: Die «Alkoholfrage» in der Schweiz des 19. und 20. Jahrhunderts, in: Drogalkohol 10 (1986), S. 147–168.

Tanner Jakob: Alkoholismus, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 04.06.2002, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016558/2002-06-04/, Zugriff: 09.01.2020.
Tarnuzzer Chr.: Dr. med. Paul Lorenz. 1835–1915, in: Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft 97 (1915), S. 100–106.
Tornay Magaly: Psychopharmaka in der psychiatrischen Pflege. Neue Berufsbilder und der Status praktischen Wissens, in: Traverse 19 (2012), S. 83–96.
Unger-Köppel Jürg: Psychiatrie – degressive Tagespauschalen statt Fallpauschalen, in: Schweizerische Ärztezeitung 97/41 (2016), S. 1403.
Walser Hans H.: Historische Grundlagen der heutigen Psychiatrie in Graubünden, in: Bündnerischer Ärzteverein (Hg.): Äskulap in Graubünden. Beiträge zur Geschichte der Medizin und des Ärztestandes, Chur 1970, S. 363–368.
Walser Hans H.: Schweizer Psychiatrie im 19. Jahrhundert, in: Gesnerus 29 (1972), S. 183–195.
Wanner Kurt: Caprez-Roffler, Greti, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 29.07.2003, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/042401/2003-07-29/, Zugriff: 24.06.2019.
Wecker Regina: «Erbkrankheit Armut». Eheverbote und eugenische Konzepte im Umgang mit Armen im 19. und 20. Jahrhundert, in: Mooser, Josef / Wenger, Simon (Hg.): Armut und Fürsorge in Basel: Armutspolitik vom 13. Jahrhundert bis heute, Basel 2011, S. 205–215.
Wecker Regina: Eugenik und Sexualität. Die Regulierung reproduktiven Verhaltens in der Schweiz 1900–1960, Zürich 2013.
Weishaupt Achilles: Standeskommission, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), 23.12.2010, https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/027470/2010-12-23/, Zugriff: 11.07.2019.
Wieser Annatina: Zur frühen Psychoanalyse in Zürich, 1900–1914, Zürich 2001.
Wilhelm Hans Rudolf: Irrenzählungen im Kanton Bern des 19. Jahrhunderts und deren Bezüge zu anderen Schweizer Kantonen, Dissertation Medizinhistorische Fakultät der Universität Bern, Bern 1989.
Wolfisberg Carlo: Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800–1950), Zürich 2002.
Wollschläger Martin (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 2001.
Zoellner Silke / Tromm Peter: 125 Jahre Klinik Waldhaus Chur, Chur 2017.
Zürrer-Simmen Susanna: Wege zu einer Kinderpsychiatrie in Zürich, Zürich 1994.

Internet

Administrative Versorgung – Weggesperrt ohne Urteil, in: Schweizer Radio und Fernsehen (SRF): Schweiz Aktuell, 01.07.2019. https://www.srf.ch/news/schweiz/administrative-versorgung-weggesperrt-ohne-urteil, Zugriff: 15.07.2019.
Bericht Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz (2015), in: Bundesamt für Gesundheit: Medizin und Forschung. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/patientenrechte-schweiz.html, Zugriff: 01.10.2019.
Büchi Andreas: Eine Frage der Gerechtigkeit, in: Schweizerischer Beobachter, 5. September 2017. https://www.beobachter.ch/gesetze-recht/opferhilfe-eine-frage-der-gerechtigkeit.
Bühring Petra: Psychiatrie-Geschichte – Wendepunkt 1968, in: Deutsches Ärzteblatt 51/52 (2001), S. A 3435–3436. https://www.aerzteblatt.de/archiv/29920/Psychiatrie-Geschichte-Wendepunkt-1968, Zugriff: 29.06.2019.
Bundesamt für Polizei: Drogen, Falschgeld, Menschenhandel, organisierte Kriminalität. Szene Schweiz, Lagebericht 1996, S. 26. https://www.fedpol.admin.ch/dam/data/fedpol/publiservice/publikationen/berichte/lagebericht/lage99dt.pdf, Zugriff: 10.10.2019.
Bundesgesetz über die Hilfe an Ofper von Straftaten (Opferhilfegesetz, OHG) vom 23. März 2007 (Stand am 1. Januar 2019). https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/opferhilfe/publikationen/opferhilfetagung/buechi-d.pdf, Zugriff: 20.01.2020.
Der Bundesrat genehmigt neue Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie (TARPSY). https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/

medienmitteilungen.msg-id-68524.html, Zugriff: 10.10.2019.

Bündner Hilfsverein für psychisch kranke Menschen: https://hilfsverein-gr.ch, Zugriff: 20.01.2020.

Bündner Woche, 18.07.2012, S. 21 (Auszug), in: PDGR. https://www.pdgr.ch/Sinnvolle-Arbeit-fuer-psychisc.1483.0.html, Zugriff: 30.06.2019.

Caprez Christina: Greti Caprez-Roffler, die erste Pfarrerin, in: Radio SRF 2 Kultur, Passage, 20. November 2015. https://www.srf.ch/sendungen/passage/greti-caprez-roffler-die-erste-pfarrerin, Zugriff: 24.06.2019.

Caprez Christina: Greti Caprez – die illegale Pfarrerin, Dokumentarfilm 2019, Sternstunde Religion, 15.12.2019. https://www.srf.ch/play/tv/sternstunde-religion/video/greti-caprez---die-illegale-pfarrerin?id=be3c41f0-70ac-407c-933a-cd69f604029f, Zugriff: 15.12.2019.

Chur at Work: https://www.churatwork.ch/berufliche-perspektiven/, Zugriff: 03.01.2020.

Fürsorgerische Unterbringung, in: DJSG: KESB. https://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/djsg/kesb/erwachsene/F%C3%BCrsorgerische%20Unterbringung/Seiten/default.aspx, Zugriff: 15.09.2019.

ICD-10-GM-2019, Kapitel V, F00–F99, Psychische und Verhaltensstörungen. https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html, Zugriff: 20.11.2019.

Informationen zu ARBES, in: PDGR: FAQ-ARBES. https://www.pdgr.ch/FAQ-ARBES.1180.0.html und https://www.pdgr.ch/ARBES.531.0.html, Zugriff: 29.06.2019.

Informationen zu Trichlorethan, in: Bundesamt für Umwelt (BAFU): Themen. https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/chemikalien/schadstoffglossar/trichlorethan.html, Zugriff: 20.06.2019.

Interview mit Gianreto Conrad, Leiter ARBES, in: PDGR: Arbeitsplätze. https://www.pdgr.ch/IV-Arbeitsplaetze.753.0.html, Zugriff: 30.06.2019.

IV-Statistik 2018. https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html, Zugriff: 30.06.2019. IV-Statistik 2018, im Rahmen von: Statistiken zur sozialen Sicherheit, Mai 2019.

Ein Jahrhundertprojekt im Ziel: Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes, in: Geschichte der sozialen Sicherheit. https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/synthese/1994/, Zugriff: 10.10.2019.

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Es braucht Lösungen und nicht Diskussionen über Strukturen, in: Schweizer Radio und Fernsehen (SRF): Regionaljournal SRF, 24. Mai 2017. https://www.srf.ch/news/regional/graubuenden/es-braucht-loesungen-und-nicht-diskussionen-ueber-strukturen, Zugriff: 20.12.2019.

KJP: Geschichte. https://kjp-gr.ch/geschichte/geschichte-kjp-gr/, Zugriff: 10.01.2020.

KJP: Standorte und Kontakt. https://kjp-gr.ch/kontaktanmeldung/kontakt/, Zugriff: 17.01.2020.

KJP: Über uns. https://kjp-gr.ch/ueber-uns/geschaeftsbereiche/jugendpsychiatrische-station/, Zugriff: 15.01.2020.

Koller Christian: Vor 25 Jahren: Die Schliessung des «Needle Park», 27. Oktober 2017. https://www.sozialarchiv.ch/2017/10/27/vor-25-jahren-die-schliessung-des-needle-park, Zugriff: 01.07.2019.

Krankenkassen, in: Geschichte der sozialen Sicherheit. https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/kassenwesen/krankenkassen/, Zugriff 10.10.2019.

Kübler Daniel / Neuenschwander Peter / Frey Kathrin / Stamm Sybille: Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung Fallstudien, Zürich 2007, S. 111. https://www.ipz.uzh.ch/dam/jcr:00000000-76f5-e1f8-ffff-ffffc9ff72ec/evalstudAnhang_MaPaDro.pdf, Zugriff: 01.12.2019.

Mager Friedberg: Das Pflegeleitbild. Ausgangspunkt gemeinsamen Handelns, Pfitztal o. J. http://www.friedbert-mager.de/Pflegeleitbilder#_Toc24094098, Zugriff: 01.10.2019.

Nationale Informationsstelle zum Kulturerbe NIKE: Denkmaltage 2016, Programm. https://www.nike-kulturerbe.ch/it/outdated-sites/denkmaltage/2016/programm-2016/detail/vd/25255/, Zugriff: 05.12.2019.

Ofi: Neue Klinik für 30 Millionen beim Waldhaus, in: Südostschweiz vom 11.06.2019. https://www.suedostschweiz.ch/aus-dem-leben/2019-06-11/neue-klinik-fuer-30-millionen-beim-waldhaus, Zugriff: 2.01.2020.

PDGR: Auftrag und Organisation. https://www.pdgr.ch/unternehmen/organisation/ und https://www.kmu.admin.ch/kmu/de/home/praktisches-wissen/kmu-betreiben/zertifizierung-und-normierung/normierung/qualitaetsmanagement.html, Zugriff: 09.10.2019.

PDGR: Merkblatt Elektrokonvulsionstheapie. https://www.pdgr.ch/wp-content/uploads/2019/08/Elektrokonvulsionstherapie.pdf, Zugriff: 10.12.2019.

PDGR: Portrait. https://www.pdgr.ch/wp-content/uploads/2019/01/Portrait_Web.pdf, Zugriff: 12.10.2019.

Randow Thomas v.: Bestseller-Autor Däniken vor Gericht: Dem Seelenarzt ist er ein Greuel, in: Die Zeit, 13. Februar 1970. https://www.zeit.de/1970/07/dem-seelenarzt-ist-er-ein-greuel, Zugriff: 10.06.2019.

Recovery und Peer, in: Pro Mente Sana: Angebote. https://www.promentesana.ch/de/angebote/recovery-und-peer.html, Zugriff: 12.01.2020.

Rütsche Bernhard / D'Amico Nadja / Schläpfer Lea: Studie: Stärkung der Patientenrechte: internationales Soft Law und nationale Gesetze im Vergleich, Luzern 2018,

SBK Sektion Graubünden: http://www.sbk-gr.ch/sektion.html, Zugriff: 10.12.2019.

Schuler Daniela / Tuch Alexandre / Peter Claudio: Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien, in: Obsan Bulletin 2/2018. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2019/obsan_bulletin_2018-02_d.pdf, Zugriff: 10.01.2020.

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie: Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung, Bern 2012. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/tl_files/firstTheme/PDF%20Dateien%20ab%202015/4%20Fachwissen%20nachschlagen/Medizinische%20Gutachten/SIM%20Qualitaetsleitlinien%20IV%20Gutachten.pdf, Zugriff: 21.04.2020.

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), in: Geschichte der sozialen Sicherheit. https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/kassenwesen/schweizerische-unfallversicherungsanstalt-suva, Zugriff: 05.09.2019.

Statuten des Bündner Hilfsvereins für psychisch kranke Menschen, Teilrevision, von der Mitgliederversammlung beschlossen am 17. Mai 2005. https://hilfsverein-gr.ch/content/4-verein/1-leitbild/3-zusammenarbeit/vereinsstatuten.pdf, Zugriff: 20.01.2020.

Strafgesetzbuch Artikel 123a. https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#a123a, Zugriff: 01.10.2019.

Strafgesetzbuch, Eidgenössisches, 1937/1942: SR 311.0. https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:00000000-1d98-62cb-ffff-ffffa671a95e/35_Referendumsvorlage_StGB_1941_BBl_1937_S_625.pdf, Zugriff: 23.07.2020.

Swiss DRG: Das Wichtigste zu TARPSY auf einen Blick (Mai 2016). https://www.swissdrg.org/application/files/2114/8104/2944/Die_wichtigsten_Ziele_von_TARPSY-d.pdf, Zugriff: 10.10.2019.

Tarifsystem TARMED, in: Bundesamt für Gesundheit: Versicherungen. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html, Zugriff: 10.10.2019.

Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes, in: Geschichte der sozialen Sicherheit. https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/synthese/1994, Zugriff: 10.10.2019.

Unabhängigke Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen: Anstaltslandschweiz Schweiz zwischen 1933–1980. https://www.uek-administrative-versorgungen.ch/interactivereport/de/#geographies, Zugriff: 11.07.2019.

Was bedeutet Palliative Care?, in: Palliative CH: Palliative Care. https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/, Zugriff: 18.02.2019.

Anhang

Leitungspersonen und institutionelle Bezeichnungen

Leitungspositionen der Psychiatrischen Klinik Waldhaus

Ärztlicher Bereich

Johann Joseph Jörger	1892–1930
Johann Benedikt Jörger	1930–1946
Fred Singeisen	1946–1951
Gottlob Pflugfelder	1951–1977
Benedikt Fontana	1977–1991
Markus Bünter	1991–2001

Pflegebereich

Armin Pirovino	1979–1995
Myrtha Breiter	1995–2001

Verwaltungsbereich

J. Meiler	1892–1910
J. Caflisch	1910–1937
Willy Mohr	1937–1973
Fritz Spielmann	1973–1980
Peider Ganzoni	1981–1991
Beda Meyer	1991–2001

Leitungspositionen der Psychiatrischen Klinik Beverin

Ärztlicher Bereich

Fritz Tuffli	1919–1940
Hans Walther	1940–1946
Oskar Pfister	1946–1952
Emil Seiler	1952–1957
Ernst Weber	1957–1984
Hans König	1984–1992
Jacek-Pierre Malanowski	1993–1994
Suzanne von Blumenthal	1994–2001

Pflegebereich

Ruth Kuhn	1980–1980
Ernst Seiler	1981–1991
Ruedi Näf	1991–2001

Verwaltungsbereich

E. Henni	1919–1952
Joh. E. Winklehner	1952–1972
Hans Brügger	1973–1973
Fritz Spielmann	1973–1980
Peider Ganzoni	1981–1991
Andrea Zinsli	1991–1992
Peider Ganzoni	1993–2001

Kantonale Kliniken und Spitäler

Direktor

Arnold Bachmann	1996–1999
Josef Müller	2000–2001

Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR)

Direktion

Josef Müller (CEO)	2002–

Mitglieder der Geschäftsleitung

Ärztlicher Bereich

Suzanne von Blumenthal, Chefärztin	2002–2017
Andres Ricardo Schneeberger, Ärztlicher Direktor Erwachsenenpsychiatrie	2017–
Heidi Eckrich, Ärztliche Direktorin Kinder- und Jugendpsychiatrie	2019–

Pflege- und therapeutischer Bereich

Myrtha Breiter, Leitung Pflegedienst	2002–2010
Eduard Felber, Leitung Pflegedienst	2010–
Reto Mischol, Chefpsychologe Kinder- und Jugendpsychiatrie	2019–

Verwaltungsbereich

Beda Meyer, Verwaltungsdirektor	2002–2019
Domenika Schnider Neuweiler, Leitung UE Management	2010–2017
Marc Kollegger, Leitung Direktionsstab	2018–2019

Myriam Keller, Leitung UE Ressourcen	2018–
Curdin König, Leitung Direktionsstab	2019–
Marc Kollegger, Leitung UE Support	2019–
Heimbereich	
Emerita Engel, Leitung Unternehmenseinheit Heimzentren	2002–

Zuständiges Departement (Kliniken Waldhaus und Beverin, bis 2001)

Finanzdepartement	1892–1943
Finanz- und Militärdepartement	1943–1948
Departement des Innern und der Volkswirtschaft	1948–1966
Erziehungs- und Sanitätsdepartement	1966–1986
Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement	1987–2001

Zuständiges Departement (PDGR, ab 2002)

Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement (Aufsicht, Gesundheits- und Behindertenbereich)	2002–2006
Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (Aufsicht, Gesundheitsbereich)	seit 2007
Departement für Volkswirtschaft und Soziales (Behindertenbereich)	seit 2007
Erziehungs-, Kultur- und Umweltschutzdepartement (Sonderschule)	seit 2019

Namensänderungen Waldhaus

Kantonale Irren- und Krankenanstalt Waldhaus	1892–1932
Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus	1932–1966
Psychiatrische Klinik Waldhaus	1967–2002
Psychiatrische Dienste Graubünden Klinik Waldhaus	2002–

Namensänderungen Beverin

Asyl Realta	1919–1941
Heil- und Pflegeanstalt Realta	1941–1951
Heil- und Pflegeanstalt Beverin	1951–1967
Psychiatrische Klinik Beverin	1967–2002
Psychiatrische Dienste Graubünden Klinik Beverin	2002–

Chefärztinnen und Chefärzte Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Thomas Hess	1979–1990
Mario Wolf	1990–2009
Jörg Leeners	2009–2013
Heidi Eckrich	2013–2018

Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege

Schulleitungen	
Ernst Seiler	1977–1983
Margreth Wehrli	1984–1985
Peter Lehmann	1986–1994

Statistiken und Grunddaten der Diagramme

Diagramm 1: Irrenstatistik von 1851, aufgegliedert nach Aufenthaltsorten

zu Hause oder frei herumgehend	57
in Fürstenau	15
in St. Pirminsberg	6
an verschiedenen Orten	15
Total	93

Diagramm 2: Irrenstatistik von 1874, aufgegliedert nach Aufenthaltsorten

zu Hause oder frei herumgehend	139
in kant. Verwahrungsanstalt Realta	30
in St. Pirminsberg	16
in vers. ausserkant. Institutionen	15
Total	200

Diagramm 3: Irrenstatistik 1874, aufgegliedert nach Krankheitsdauer

mehr als 5 Jahre	127
seit 1–5 Jahren	46
weniger als 1 Jahr	12
unbekannt	15
Total	200

Diagramm 4: Irrenstatistik 1874, aufgegliedert nach beruflicher Tätigkeit

Bauern (rund 70 % davon Feldarbeiter)	118
Handwerker	19
Kauf- und Geschäftsleute	9
Gelehrte	5
Rentiers (=Rentner)	6
weibliche Beschäftigung	27
Berufslosigkeit	16
Total	200

Diagramm 5: Zahl der psychisch kranken Menschen auf 1'000 Personen der Bündner Gesamtbevölkerung

1851	1.034
1874	2.183
1888	2.857

Diagramm 6: Entwicklung der Aufnahmen, der Entlassungen und der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten der Klinik Waldhaus, 1892–1990

	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902
Total Aufnahmen	113	165	147	152	135	121	105	99	118	116	141
Total Entlassungen	19	104	120	133	123	107	112	91	112	90	127
Klinikpopulation	100	163	185	205	220	231	229	235	243	266	277

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Total Aufnahmen	108	123	105	106	125	125	107	129	97	65	58
Total Entlassungen	102	110	112	94	118	129	109	120	101	66	52
Klinikpopulation	288	300	293	309	310	308	308	320	313	310	317

	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924
Total Aufnahmen	89	84	104	96	128	112	111	105	97	97	115
Total Entlassungen	81	88	98	88	128	207	110	106	93	105	113
Klinikpopulation	321	321	328	335	334	238	239	239	241	233	235

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Total Aufnahmen	106	124	135	116	122	135	132	132	103	95	136
Total Entlassungen	102	118	133	120	118	119	129	142	113	102	109
Klinikpopulation	241	245	246	242	247	264	270	260	250	242	269

	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Total Aufnahmen	106	104	121	139	107	97	63	127	97	103	152
Total Entlassungen	113	106	127	129	106	105	75	112	102	100	136
Klinikpopulation	262	260	254	264	265	257	245	260	255	258	274

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Total Aufnahmen	231	256	282	375	304	391	338	338	344	360	382
Total Entlassungen	227	286	263	315	297	368	316	313	352	345	401
Klinikpopulation	279	250	269	328	335	354	375	400	392	407	388

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Total Aufnahmen	405	380	402	385	345	349	376	454	438	460	487
Total Entlassungen	398	394	386	379	350	339	404	461	448	464	465
Klinikpopulation	395	381	397	403	398	407	379	372	356	352	374

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Total Aufnahmen	505	476	481	525	441	410	417	423	369	407	404
Total Entlassungen	500	501	465	521	451	405	404	434	404	440	402
Klinikpopulation	379	354	358	361	351	356	369	358	323	290	284

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Total Aufnahmen	468	508	526	464	445	432	361	326	366	338	287
Total Entlassungen	500	509			451	437	364	352	370	384	289
Klinikpopulation	252	251		234	230	225	222	196	192	146	144

Diagramm 7: Entwicklung der Gesamtpopulation der Multifunktionsanstalt Realta/Beverin, 1919–1990

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Gesamtbestand Realta/Beverin	268	301	352	317	336	357	370	406
Psychiatriepatientinnen und-patienten	146	167	181	194	201	194	202	218
Arbeiterkolonie Realta								
Arbeitserziehungsanstalt Realta								
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta								
Altersheim Rothenbrunnen								
Aussenstation Rothenbrunnen								

	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Gesamtbestand Realta/Beverin	387	417	405	419	455	449	445	475
Psychiatriepatientinnen und-patienten	208	219	220	235	234	229	239	244
Arbeiterkolonie Realta								
Arbeitserziehungsanstalt Realta								
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta								
Altersheim Rothenbrunnen								
Aussenstation Rothenbrunnen								

	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Gesamtbestand Realta/Beverin	476	481	461	460	415	404	433	451
Psychiatriepatientinnen und-patienten	240	237	238	227	214	209	242	263
Arbeiterkolonie Realta								
Arbeitserziehungsanstalt Realta								
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta								
Altersheim Rothenbrunnen								
Aussenstation Rothenbrunnen								

	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Gesamtbestand Realta/Beverin	497	486	488	459	468	478	511	522
Psychiatriepatientinnen und-patienten	278	284	286	275	291	301	306	322
Arbeiterkolonie Realta								
Arbeitserziehungsanstalt Realta								
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta								
Altersheim Rothenbrunnen								
Aussenstation Rothenbrunnen								

	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Gesamtbestand Realta/Beverin	502	485	515	509	515	521	527	513
Psychiatriepatientinnen und-patienten	312	298	331	334	339	349	344	345
Arbeiterkolonie Realta	66	68	67	59	64	64	64	65
Arbeitserziehungsanstalt Realta	48	43	42	41	32	38	41	32
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta								
Altersheim Rothenbrunnen	76	76	75	75	80	70	78	71
Aussenstation Rothenbrunnen								

	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Gesamtbestand Realta/Beverin	534	529	531	523	530	526	520	535
Psychiatriepatientinnen und-patienten	351	356	361	350	355	364	367	382
Arbeiterkolonie Realta	62	66	56	61	59	54		
Arbeitserziehungsanstalt Realta	42	31	37	39	37	31		
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta							85	82
Altersheim Rothenbrunnen	79	76	77	73	79	77	68	71
Aussenstation Rothenbrunnen								

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Gesamtbestand Realta/Beverin	531	550	526	516	480	457	457	507
Psychiatriepatientinnen und-patienten	378	383	369	377	352	330	329	351
Arbeiterkolonie Realta								
Arbeitserziehungsanstalt Realta								
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta	79	94	91	73	62	64	63	78
Altersheim Rothenbrunnen	74	73	66	66				
Aussenstation Rothenbrunnen					66	63	65	78

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Gesamtbestand Realta/Beverin	500	447	408	382	363	355	342	355
Psychiatriepatientinnen und-patienten	334	295	257	236	228	218	198	189
Arbeiterkolonie Realta								
Arbeitserziehungsanstalt Realta								
Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta	87	71	76	70	67	61	83	96
Altersheim Rothenbrunnen								
Aussenstation Rothenbrunnen	79	81	75	76	68	76	77	70

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Gesamtbestand Realta/Beverin	321	343	337	346	350	327	334	
Psychiatriepatientinnen und-patienten	156	175	159	185	177	151	173	159
Arbeiterkolonie Realta								
Arbeitserziehungsanstalt Realta								

Verwahrungsanstalt/Anstalt Realta	94	101	106	98	103	103	89	
Altersheim Rothenbrunnen								
Aussenstation Rothenbrunnen	71	67	72	63	70	73	72	65

Diagramm 8: Entwicklung der Aufnahmen, der Entlassungen und der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten der Klinik Beverin, 1919–1990

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Total Aufnahmen	192	80	79	74	65	75	79	61	65	70	62	64
Total Entlassungen	46	59	65	61	58	82	71	45	75	59	61	49
Klinikpopulation	146	167	181	194	201	194	202	218	208	219	220	235

	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Total Aufnahmen	59	61	61	63	68	67	71	58	60	71	122	178
Total Entlassungen	60	66	51	58	72	70	70	69	73	70	89	157
Klinikpopulation	234	229	239	244	240	237	238	227	214	209	242	263

	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954
Total Aufnahmen	243	259	247	202	196	192	163	167	172	146	204	189
Total Entlassungen	228	253	245	213	180	182	158	151	182	160	171	186
Klinikpopulation	278	284	286	275	291	301	306	322	312	298	331	334

	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Total Aufnahmen	215	242	239	289	325	339	386	355	394	398	393	402
Total Entlassungen	210	232	244	288	319	334	381	366	389	389	390	387
Klinikpopulation	339	349	344	345	351	356	361	350	355	364	367	382

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Total Aufnahmen	411	398	452	478	467	490	521	528	553	544	549	541
Total Entlassungen	415	393	466	470	492	512	522	506	570	583	544	562
Klinikpopulation	378	383	369	377	352	330	329	351	334	295	257	236

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Total Aufnahmen	518	470	508	480	499	481	464	463	441	415	367	355
Total Entlassungen	527	480	531	469	533	462	474	459	448	442	345	370
Klinikpopulation	228	218	198	190	156	175	181	185	177	**151**	173	159

Diagramm 9: Austrittsgründe Klinik Waldhaus, 1892–1976

	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902
Geheilt oder Gebessert	12	54	78	74	62	54	49	39	61	51	78
Ungebessert/Unverändert	4	33	23	29	35	35	31	27	29	25	21
Gestorben	3	17	18	30	22	17	31	25	22	14	28

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Geheilt oder Gebessert	59	60	60	43	68	65	60	62	52	31	25
Ungebessert/Unverändert	25	28	18	17	22	32	13	26	29	14	13
Gestorben	18	22	34	34	28	32	36	32	20	20	12

	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924
Geheilt oder Gebessert	42	37	45	36	42	67	65	57	63	71	68
Ungebessert/Unverändert	13	8	18	20	33	105	28	27	18	18	16
Gestorben	21	37	29	27	46	30	17	21	12	16	22

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Geheilt oder Gebessert	63	71	77	72	74	79	81	69	72	61	64
Ungebessert/Unverändert	24	28	28	30	22	20	27	39	23	23	17
Gestorben	10	18	28	15	19	19	17	26	13	18	19

	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Geheilt oder Gebessert	79	57	74	84	67	69	43	72	53	59	66
Ungebessert/Unverändert	20	25	33	26	21	17	13	12	17	9	41
Gestorben	11	21	20	19	18	19	19	28	32	32	29

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Geheilt oder Gebessert	144	169	169	209	200	236	227	236	262	284	324
Ungebessert/Unverändert	59	93	45	53	41	86	28	28	32	15	27
Gestorben	24	24	30	38	36	26	29	32	38	32	35

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Geheilt oder Gebessert	326	329	313	306	290	261	299	347	353	375	406
Ungebessert/Unverändert	23	15	25	19	13	16	13	19	41	37	15
Gestorben	41	31	33	41	38	49	66	68	54	52	44

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Geheilt oder Gebessert	414	420	390	441	356	335	343	381
Ungebessert/Unverändert	19	17	13	24	26	20	16	12
Gestorben	67	64	62	56	69	50	45	41

Diagramm 10: Austrittsgründe Klinik Beverin, 1919–1969

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929
Geheilt oder Gebessert	14	28	36	21	23	34	34	20	34	27	33
Ungebessert/Unverändert	10	17	13	21	15	18	22	13	20	15	9
Gestorben	22	14	13	19	15	19	15	12	21	17	19

	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940
Geheilt oder Gebessert	14	37	22	16	27	25	21	24	20	30	31
Ungebessert/Unverändert	21	11	15	13	10	18	9	21	14	22	16
Gestorben	14	12	19	13	10	13	20	11	19	12	19

	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951
Geheilt oder Gebessert	36	54	87	107	93	115	100	83	80	87	111
Ungebessert/Unverändert	22	47	57	63	81	94	45	72	61	44	40
Gestorben	18	29	26	38	27	24	35	27	17	20	31

	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Geheilt oder Gebessert	105	90	114	129	124	141	206	208	223	253	230
Ungebessert/Unverändert	34	55	39	32	33	33	22	50	41	43	55
Gestorben	21	26	29	35	51	41	22	31	32	42	57

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Geheilt oder Gebessert	240	227	250		261	278	308
Ungebessert/Unverändert	49	41	47		62	71	101
Gestorben	46	38	39		49	44	44

Diagramm 11: Einweisende Instanzen, Klinik Waldhaus 1949–1990

Einweisende Stellen	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
ärztlich eingewiesen	201	283				187	199	204	209	221
behördlich eingewiesen	46	38				49	54	66	73	70
freiwillig eingetreten	35	54				102	91	90	100	114
Total	282	375	304	391	338	338	344	360	382	405

Einweisende Stellen	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
ärztlich eingewiesen	230	224	191	189	189	206	243	228	267	
behördlich eingewiesen	74	97	90	81	92	96	110	124	95	
freiwillig eingetreten	76	81	104	75	68	74	101	86	98	90
Total	380	402	385	345	349	376	454	438	460	487

Einweisende Stellen	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
ärztlich eingewiesen						250			257	269
behördlich eingewiesen						58			40	55
freiwillig eingetreten	92	87	85	98	87	102	75	81	72	83
Total	505	476	481	525	441	410	417	423	369	407

Einweisende Stellen	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
ärztlich eingewiesen					412				299	
behördlich eingewiesen	44	79	50		52				24	12
freiwillig eingetreten					0				3	
Total	404	468	508	530	464	445	432	361	326	366

Einweisende Stellen	1988	1989	1990
ärztlich eingewiesen			
behördlich eingewiesen	12	15	16
freiwillig eingetreten			
Total	366	367	355

Diagramm 12: Diagnosen bei stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947
Schizophrener Kreis	60	68	51	53	31	60	46	48	69	82
Manisch-depressiver Kreis	5	4	6	1	3	9	2	2	6	24
Organische Psychosen	11	16	11	12	8	17	18	23	25	28
Oligophrenien	10	17	10	8	5	10	5	9	11	18
Epilepsie	3	5	8	3	1	2	3	0	3	5
Neurosen	0	0	0	0	1	0	0	0	6	18
Alkoholismus und andere Süchte	15	5	5	5	7	7	4	4	9	22
Konstitutionelle Störungen	16	24	16	11	4	19	14	15	22	30
nicht geisteskrank od. zur Untersuchung	0	0	0	3	3	3	5	2	1	4
Total Aufnahmen	121	139	107	97	63	127	97	103	152	231

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Schizophrener Kreis	99	112	177	111	167	109	119	113	108	108
Manisch-depressiver Kreis	28	34	43	42	51	40	31	33	64	88
Organische Psychosen	30	30	35	41	27	38	50	56	48	57
Oligophrenien	17	18	11	11	19	15	17	20	18	8
Epilepsie	8	6	8	5	15	13	10	14	11	12
Neurosen	23	23	19	17	22	16	16	24	19	11
Alkoholismus und andere Süchte	16	28	54	48	59	73	58	44	69	72
Konstitutionelle Störungen	33	27	28	27	28	36	37	40	21	20
nicht geisteskrank od. zur Untersuchung	2	3	0	2	2	0	0	0	2	6
Total Aufnahmen	256	281	375	304	391	340	338	344	360	382

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Schizophrener Kreis	107	110	119	122	112	101	122	141	134	156
Manisch-depressiver Kreis	80	59	60	54	36	40	52	47	48	42
Organische Psychosen	63	44	45	49	50	65	49	71	40	71
Oligophrenien	13	8	21	10	17	13	13	23	28	22
Epilepsie	21	15	15	14	7	7	7	5	9	7
Neurosen	15	39	26	12	14	11	15	28	24	24
Alkoholismus und andere Süchte	83	86	86	93	98	89	96	111	116	100
Konstitutionelle Störungen	17	19	30	31	11	23	22	28	39	38
nicht geisteskrank od. zur Untersuchung	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Aufnahmen	405	380	402	385	345	349	376	454	438	460

	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Schizophrener Kreis	157	157	120	139	139	108	130		
Manisch-depressiver Kreis	54	40	47	45	48	41	26		
Organische Psychosen	49	83	71	80	80	79	48		
Oligophrenien	23	20	26	16	27	13	17		
Epilepsie	11	9	16	7	7	7	8		
Neurosen	23	38	33	41	34	25	22		
Alkoholismus und andere Süchte	133	135	141	131	162	147	148		
Konstitutionelle Störungen	35	24	22	22	28	21	10		
nicht geisteskrank od. zur Untersuchung	0	0	0	0	0	0	0		
Total Aufnahmen	485	506	476	481	525	441	409	417	423

Diagramm 13: Diagnosen aus dem Manisch-depressiven Kreis bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Total Männer	4	1	2	1	2	8	1	2	4	13	14	12	9
Total Frauen	1	3	4	0	1	1	1	0	2	11	14	22	34
Total Aufnahmen	5	4	6	1	3	9	2	2	6	24	28	34	43

	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Total Männer	16	10	15	18	11	27	33	20	15	21	17	12	13
Total Frauen	26	41	25	13	22	37	55	60	44	39	37	24	27
Total Aufnahmen	42	51	40	31	33	64	88	80	59	60	54	36	40

	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Total Männer	15	16	16	18	21	17	17	9	13	14	7		
Total Frauen	37	31	32	24	33	23	30	36	35	27	19		
Total Aufnahmen	52	47	48	42	54	40	47	45	48	41	26		

Diagramm 14: Diagnosen aus dem Kreis der Alkoholmissbräuche und anderen Suchtproblematiken bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Total Männer	15	5	4	5	4	5	3	3	7	15	14	23	49
Total Frauen	0	0	1	0	3	2	1	1	2	7	2	5	5
Total Aufnahmen	15	5	5	5	7	7	4	4	9	22	16	28	54

	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Total Männer	42	53	66	50	38	62	62	72	73	69	76	78	74
Total Frauen	6	6	7	8	6	7	10	11	13	17	17	20	15
Total Aufnahmen	48	59	73	58	44	69	72	83	86	86	93	98	89

	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Total Männer	87	99	106	86	110	117	114	104	125	115	113		
Total Frauen	9	12	10	14	23	18	27	27	37	32	35		
Total Aufnahmen	96	111	116	100	133	135	141	131	162	147	148		

Diagramm 15: Diagnosen bei stationären Aufnahmen in die Klinik Beverin, 1941–1976

	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Schizophrener Kreis	45	55	109	100	100	61	67	70	39	60
Manisch-depressiver Kreis	4	7	10	8	21	10	12	6	13	7
Organische Psychosen	20	35	27	45	30	28	27	27	25	18
Oligophrenien	16	41	35	30	35	37	29	28	21	8
Epilepsie	10	8	8	7	4	7	3	3	4	3
Neurosen	1	1	6	8	8	7	4	2	3	1
Alkoholismus und andere Süchte	11	13	10	15	8	19	21	12	10	18
Konstitutionelle Störungen	13	14	35	41	30	29	25	41	47	50
nicht geisteskrank / zur Begutachtung	2	4	3	5	5	4	8	3	1	2
Total Aufnahmen	122	178	243	259	241	202	196	192	163	167

	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Schizophrener Kreis	54	46	56	55	65	69	79	70	108	69
Manisch-depressiver Kreis	17	8	16	23	24	18	18	26	11	36
Organische Psychosen	24	29	54	32	41	55	47	41	47	56
Oligophrenien	8	12	19	13	27	21	20	35	25	32
Epilepsie	2	6	6	4	1	4	4	7	5	6
Neurosen	2	2	2	9	4	9	11	29	32	19
Alkoholismus und andere Süchte	21	24	30	34	23	37	14	30	46	53
Konstitutionelle Störungen	41	19	21	19	30	28	43	44	44	63
nicht geisteskrank / zur Begutachtung	3	0	0	0	0	1	3	7	7	4
Total Aufnahmen	172	146	204	189	215	242	239	289	325	338

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Schizophrener Kreis	90	75	78	68	75	60	55	73	76	89	91
Manisch-depressiver Kreis	45	43	79	60	68	61	64	53	53	75	71
Organische Psychosen	51	52	48	57	50	31	59	65	47	48	38
Oligophrenien	21	36	31	34	51	58	46	40	47	32	27
Epilepsie	5	6	6	14	6	8	10	9	8	5	5
Neurosen	44	26	36	25	19	36	34	48	64	32	65
Alkoholismus und andere Süchte	67	52	52	70	75	86	62	58	87	111	82
Konstitutionelle Störungen	56	53	55	28	49	62	78	51	54	86	88
nicht geisteskrank / zur Begutachtung	7	12	9	42	0	0	3	1	1	0	0
Total Aufnahmen	386	355	394	398	393	402	411	398	437	478	467

Diagramm 16: Diagnosen aus dem Manisch-depressiven Kreis bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Beverin, 1941–1976

	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951
Total Männer	0	4	2	5	4	10	7	6	2	9	3	11
Total Frauen	1	0	5	5	4	11	3	6	4	4	4	6
Total Aufnahmen	1	4	7	10	8	21	10	12	6	13	7	17

	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Total Männer	6	5	9	13	5	7	10	3	14	13	19	30
Total Frauen	2	11	14	11	13	11	16	8	22	32	24	49
Total Aufnahmen	8	16	23	24	18	18	26	11	36	45	43	79

	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Total Männer	19	23	26	12	19	12	23	23
Total Frauen	41	45	35	52	34	41	52	48
Total Aufnahmen	60	68	61	64	53	53	75	71

Diagramm 17: Diagnosen aus dem Kreis der Alkoholmissbräuche und anderen Suchtproblematiken bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Beverin, 1938–1976

	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951
Total Männer	3	6	8	10	11	7	15	17	10	10	17	18
Total Frauen	0	5	5	0	1	1	4	4	2	0	1	3
Total Aufnahmen	3	11	13	10	12	8	19	21	12	10	18	21

	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Total Männer	21	29	33	20	36	13	24	38	48	48	48	43
Total Frauen	3	1	1	3	1	1	6	8	5	19	4	9
Total Aufnahmen	24	30	34	23	37	14	30	46	53	67	52	52

	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Total Männer	57	68	78	45	46	70	93	66
Total Frauen	13	7	8	17	12	17	18	16
Total Aufnahmen	70	75	86	62	58	87	111	82

Diagramm 18: Anzahl Elektrobehandlungen und Insulinkuren an ausgewählten Stichtagen, Klinik Waldhaus 1956–1976

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Elektrobehandlungen	16		11			5	5	2	4	9	6
Insulinkuren	14		11		14	14	9	11	4	12	9

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Elektrobehandlungen	3	4		2	2	3	4	2	2	
Insulinkuren	7	14	9	12	7	12	4	8	6	5

Diagramm 19: Anzahl Psychopharmaka-Kuren an ausgewählten Stichtagen, Klinik Waldhaus 1956–1976

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Largactil	124		156		187		148	142	156	139	108
Serpasil	86				63		40	33	37	23	24
Melleril					22		73	100	109	97	47
Andere Neuroleptika							35	31	73	85	70
Antidepressiva/Thymoleptika			5		19		25	46	32	41	121
Tranquilizer											
Opiumkuren			2					5	10	9	8
Total	210		163		291	307	321	357	417	394	378

	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Largactil	107	101	110	111	104	93	67	53	47	33
Serpasil	21	21	23	17	16	16	10	10		
Melleril	133	163	186	185	187	218	212	159	227	182
Andere Neuroleptika	84	92	107	115	110	131	106	128	151	166
Antidepressiva/Thymoleptika	38	39	29	49	42	53	48	35	48	49
Tranquilizer	17						43	26		
Opiumkuren			6							
Total	400	416	461	477	459	511	486	411	473	430

Diagramm 20: Entwicklung der Anzahl Personen, die innerhalb eines Jahres in den Kliniken Waldhaus und Beverin verpflegt wurden

	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	100	163	185	205	220	231	229	235	243	266	277
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	121	280	318	345	352	353	351	319	362	359	417
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)											
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden											

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	288	300	293	309	310	308	308	320	313	310	317
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	392	422	410	392	441	440	432	448	428	385	370
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)											
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden											

	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	321	321	328	335	334	238	239	239	241	233	235
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	405	415	430	415	465	449	349	347	337	339	348
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)						146	167	181	194	201	194
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden						192	226	246	255	259	276

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	241	245	246	242	247	264	270	260	250	242	269
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	346	367	380	362	366	383	399	402	363	344	378
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)	202	218	208	219	220	235	234	229	239	244	240
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	273	263	283	278	281	284	294	295	290	302	312

	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	262	260	254	264	265	257	245	260	255	258	274
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	375	366	381	393	371	362	320	372	357	358	410
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)	237	238	227	214	209	242	263	278	284	286	275
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	307	308	296	287	279	331	420	506	537	531	488

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	279	250	269	328	335	354	375	400	392	407	388
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	506	536	532	644	632	726	692	715	744	752	789
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)	291	301	306	322	312	298	331	334	339	349	344
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	471	483	464	473	494	458	502	520	549	581	588

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	395	381	397	403	398	407	379	372	356	352	374
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	793	775	783	782	748	746	783	833	804	816	839
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)	345	351	356	361	350	355	364	367	382	378	383
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	634	670	690	742	716	744	753	757	769	793	776

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	379	354	358	361	351	356	369	358	323	290	284
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	879	855	823	882	802	761	773	792	727	730	686
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)	369	377	352	330	329	351	334	262	257	237	228
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	835	847	844	842	851	857	904	878	811	798	755

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)	252	251									
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	752	760									
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)	221	199	190	156	175	181	184	177	151	173	159
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	698	729	679	689	637	639	644	625	592	518	528

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)											
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden					630	641	518	632	598	563	649
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)	148	121	133	101							
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	481	447	451	502	376	511	581	561	556	713	703

	2002	2003
PatientInnenbestand Klinik Waldhaus (Ende Jahr)		
Anzahl Personen, die in der Klinik Waldhaus verpflegt wurden	608	764
PatientInnenbestand Klinik Beverin (Ende Jahr)		
Anzahl Personen, die in der Klinik Beverin verpflegt wurden	739	1024

Diagramm 21: Entwicklung des Gesamtvolumens an Einnahmen und Ausgaben für die Stichjahre 1922, 1963 und 2004 (in CHF)

	1922 Waldhaus	1922 Realta	1963 Waldhaus	1963 Beverin, Rothenbrunnen und AEA Realta	2004 PDGR
Betriebseinnahmen	290'125	279'211	1'997'062	2'531'034	33'107'265
Betriebsausgaben	388'422	453'367	3'083'790	3'806'157	48'697'557
Total Betriebsdefizit (ohne gesetzl. Beiträge)	98'297	174'156	1'086'729	1'275'122	15'590'292
gesetzl. Zuwendungen / ab 2002 Kantonsbeitrag	73'746	158'932	54'000	106'000	15'590'292

Diagramm 22: Ausgaben Klinik Waldhaus 1922 (in CHF)

Ausgaben Gebäude und Bauschuld	30'920
Gehälter und Löhne	124'126
Medikamente	928
Lebensmittel	140'024
Brennmaterial	55'880
Wäsche und Reinigungsmaterial	9'229
Mobiliar	15'892
Verschiedenes	11'242
Total	388'241

Diagramm 23: Ausgaben Klinik Realta / Beverin 1922

Ausgaben Gebäude und Bauschuld	64'474
Gehälter und Löhne	130'297
Medikamente	824
Lebensmittel	164'218
Brennmaterial und Beleuchtung	49'919
Wäsche und Reinigungsmaterial	5'832
Mobiliar	10'483
Arbeitsentschädigung	5'813
Verschiedenes	21'508
Total	453'368

Diagramm 24: Ausgaben Klinik Waldhaus 1963

Ausgaben Gebäude und Bauschuld	779’511
Gehälter und Löhne	1’320’488
Versicherungsleistungen an Personal	143’253
Medizinische Bedürfnisse	100’748
Lebensmittel	414’331
Heizmaterial	48’538
Licht-, Kraft-, Wärmestrom & Wasser	33’429
Wäsche und Reinigungsmaterial	2’997
Mobiliar	26’827
Verschiedenes	65’704
Total	2’935’826

Diagramm 25: Ausgaben Klinik Realta/Beverin 1963

Ausgaben Gebäude und Bauschuld	611’308
Gehälter und Löhne	1’652’020
Versicherungsleistungen an Personal	173’595
Medizinische Bedürfnisse	73’235
Lebensmittel	459’865
Heizmaterial	100’989
Licht-, Kraft-, Wärmestrom & Wasser	57’569
Wäscherei und Reinigungsmaterial	19’173
Mobiliar	45’746
Arbeitsentschädigung PatientInnen	2’916
Arbeitsentschädigung Insassen	25’319
Verschiedenes	150’885
Total	3’372’620

Diagramm 26: Ausgaben PDGR 2004

Besoldung Personal	33’567’764
Sozialleistungen Personal	4’702’007
Medizinischer Bedarf	1’103’292
Lebensmittel	2’693’119
Ausgaben Unterhalt und Anlagennutzung	3’083’380
Energie und Wasser	622’762
Büro- und Verwaltungsaufwand	1’890’355
Verschiedener Sachaufwand	1’034’879
Total	48’697’558

Diagramm 27: Einnahmen Klinik Waldhaus 1922, ohne gesetzliche Beiträge

Verpflegungsgelder	257’665
Loëstiftung	14’160
Gutsbetrieb	17’235
Verschiedenes	1’065
Total	290’125

Diagramm 28: Einnahmen Klinik Realta/Beverin 1922, ohne gesetzliche Beiträge

Verpflegungsgelder	252’530
Gutsbetrieb	22’054
Verschiedenes	4’627
Total	279’211

Diagramm 29: Einnahmen Klinik Waldhaus 1963, ohne gesetzliche Beiträge

Verpflegungsgelder	1’455’095
Ertrag der Handwerksbetriebe	32’376
Vergütungen für besondere Behandlungen	162’430
Kost- und Logisvergütung des Personals	123’997
Gutsbetrieb	45’092
Verschiedenes	30’105
Total	1’849’095

Diagramm 30: Einnahmen Klinik Realta/Beverin 1963, ohne gesetzliche Beiträge

Verpflegungsgelder	1’446’950
Ertrag der Handwerksbetriebe	125’468
Vergütungen für besondere Behandlungen	109’870
Kost- und Logisvergütung des Personals	101’558
Gutsbetrieb	85’734
Verschiedenes	238’854
Total	2’108’434

Diagramm 31: Einnahmen PDGR 2004, ohne gesetzliche Beiträge

Ertrag aus Pflege-, Behandlungs- und Aufenthaltstaxen	15'051'437
Selbstzahler WH, ARBES	5'403'664
Erträge aus Poli-, Tages- und Nachtklinik	1'855'869
Erträge aus Leistungen an Pers. und Dritte	1'139'262
Beiträge und Subventionen (BSV)	5'862'328
Erträge aus Arzthonoraren	1'388'517
Übrige Erträge	2'383'689
Nebenbetriebe (Cafeteria und Gutsbetrieb)	22'499
Total	33'107'265

Diagramm 32: Geschlechterverteilung beim Wartpersonal, Klinik Waldhaus 1892–1932

	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903
Irrenwärter	12	14	14	14	15	15	17	17	18	19	20	21
Irrenwärterinnen	12	14	13	14	14	14	15	15	18	22	23	20
Total Wartpersonal	24	28	27	28	29	29	32	32	36	41	43	41

	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915
Irrenwärter	20	22	22	22	22	22	23	22	22	22	23	22
Irrenwärterinnen	22	21	21	21	22	22	22	22	20	21	21	21
Total Wartpersonal	42	43	43	43	44	44	45	44	42	41	44	43

	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Irrenwärter	23	23	25	22	21	21	21	20	20	20	20	26
Irrenwärterinnen	21	20	21	22	23	22	21	21	21	21	20	21
Total Wartpersonal	44	43	46	44	44	43	42	41	41	41	40	47

	1928	1929	1930	1931	1932
Irrenwärter	25	25	22	24	23
Irrenwärterinnen	21	21	20	20	19
Total Wartpersonal	46	46	42	44	42

Diagramm 33: Fluktuationsrate beim Wart-/Pflegepersonal (in Anzahl Personen), Klinik Waldhaus 1892–1945

	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902
Austritte		18	26	14	15	9	8	20	20	20	24
Total Pflegepersonal (auf Ende Jahr)	24	28	27	28	29	29	32	32	36	41	43

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Austritte	20	20	14	19	22	16	14	23	17	28	18
Total Pflegepersonal (auf Ende Jahr)	41	42	43	43	43	44	44	45	44	42	41

	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924
Austritte	11	16	15	20	21	38	28	18	15	12	13
Total Pflegepersonal (auf Ende Jahr)	44	43	44	43	46	44	44	43	42	41	41

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Austritte	6	6	6	12	24	13	10	12		10	15
Total Pflegepersonal (auf Ende Jahr)	41	40	47	46	46	42	44	42			

	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Austritte	9			8	22	22	26	14	21	20
Total Pflegepersonal (auf Ende Jahr)									50	51

Diagramm 34: Ein- und Austritte von Pflegerinnen und Pflegern, Klinik Waldhaus 1938–1945

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Eintritte M		3	1	2	6	3	6	5
Austritte M	6	2	2	2	6	1	4	6
Eintritte F		8	18	20	23	13	15	16
Austritte F	11	6	20	20	20	13	17	14

Diagramm 35: Herkunft Pfleger, Klinik Waldhaus 1946–1950

	1946	1947	1948	1949	1950
Bündner	25	25	24	24	24
Ausserkantonale	16	17	18	19	18
Ausländer	0	0	0	0	0

Diagramm 36: Herkunft Pflegerinnen, Klinik Waldhaus 1946–1950

	1946	1947	1948	1949	1950
Bündnerinnen	5	5	5	5	9
Ausserkantonale	23	19	17	17	14
Ausländerinnen	2	8	16	12	18

Diagramm 37: Herkunft Pfleger,
Klinik Beverin 1946–1950

	1946	1947	1948	1949	1950
Bündner	39	35	33	34	34
Ausserkantonale	2	5	6	6	6
Ausländer	1	1	1	1	1

Diagramm 38: Herkunft Pflegerinnen,
Klinik Beverin 1946–1950

	1946	1947	1948	1949	1950
Bündnerinnen	18	17	14	17	19
Ausserkantonale	11	13	13	10	11
Ausländerinnen	2	1	1	1	0

Diagramm 39: Ausbildungsstand Pfleger, Klinik Waldhaus 1963–1977

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Dipl. Pfleger	34	32	35	36	33	31	33	
Lernpfleger	7	6	9	8	11	12	9	
Hilfspfleger	2	2	2	2	1	1	2	
Pflegergehilfen								
Pfleger ohne Diplom								

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Dipl. Pfleger	31	31	29	30	33	30	26
Lernpfleger	5	7	9	6	4	7	9
Hilfspfleger	3	5	4	4	4	5	4
Pflegergehilfen	2	1	2	1			1
Pfleger ohne Diplom			1				1

Diagramm 40: Ausbildungsstand Pflegerinnen, Klinik Waldhaus 1963–1977

	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Dipl. Schwestern	20	15	22	27	20	23	17	
Lernschwestern	8	7	7	7	8	12	13	
Hilfsschwestern	8	11	12	8	5	4	11	
Schwesternhilfen								

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Dipl. Schwestern	15	15	18	22	22	16	16
Lernschwestern	13	16	15	20	14	15	16
Hilfsschwestern	11	7	5		12	12	2
Schwesternhilfen		1	4	13			4

Diagramm 41: Gutachtertätigkeit der Klinik Beverin 1919–1990

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
strafrechtliche Gutachten										
zivilrechtliche Gutachten										
Gutachten für Ärzte										
Gutachten für Vormundschaftsbehörden										
Gutachten für Versicherungen										
Gutachten an andere Behörden										
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)	2	5	5	3				2	2	1
Total Gutachten	2	5	5	3	0	0	0	2	2	1

	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
strafrechtliche Gutachten										
zivilrechtliche Gutachten										
Gutachten für Ärzte										
Gutachten für Vormundschaftsbehörden										
Gutachten für Versicherungen										
Gutachten an andere Behörden										
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)	1		1	3	1		3	2	1	
Total Gutachten	1	0	1	3	1	0	3	2	1	0

	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
strafrechtliche Gutachten		3	5	15	9	14	20	15	18	26
zivilrechtliche Gutachten		1	10	19	27	28	26	34	15	23
Gutachten für Ärzte										
Gutachten für Vormundschaftsbehörden										
Gutachten für Versicherungen					14					
Gutachten an andere Behörden										
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)	1									
Total Gutachten	1	4	15	34	50	42	46	49	33	49

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
strafrechtliche Gutachten	31	27	20	16	6	12	23	26	27	39
zivilrechtliche Gutachten	10	25	24	12	13					
Gutachten für Ärzte			3							
Gutachten für Vormundschaftsbehörden						10	19	17	19	26
Gutachten für Versicherungen			2		2	2	2	1	2	1
Gutachten an andere Behörden					3	4	6	6	1	2
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)										
Total Gutachten	41	52	49	28	24	28	50	50	49	68

	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
strafrechtliche Gutachten	35	45	38	4	32	32	28	30	34	30
zivilrechtliche Gutachten									46	42
Gutachten für Ärzte				23	8	5	15	13	10	9
Gutachten für Vormundschaftsbehörden	23	36	27	23	28	47	34	60		
Gutachten für Versicherungen	2		1		2	4				
Gutachten an andere Behörden	2	4	5		7	11	9	6		
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)										
Total Gutachten	62	85	71	50	77	99	86	109	90	81

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
strafrechtliche Gutachten	54		51	44	41	40	44	37	53	40
zivilrechtliche Gutachten	42		43	38	33	36	32	34	26	40
Gutachten für Ärzte	16		24	35	25	22	19	22	20	20
Gutachten für Vormundschaftsbehörden										
Gutachten für Versicherungen										
Gutachten an andere Behörden										
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)										
Total Gutachten	112		118	117	99	98	95	93	99	100

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
strafrechtliche Gutachten	31	31	50	33	26	43	43	45	41	43
zivilrechtliche Gutachten	24	29	23	11	12	10	23	37	19	23
Gutachten für Ärzte	20	27		11	23	9	7	8	5	5
Gutachten für Vormundschaftsbehörden										
Gutachten für Versicherungen				7	10	10	8	5	10	4
Gutachten an andere Behörden										
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)										
Total Gutachten	75	87	73	62	71	72	81	95	75	75

	1989	1990
strafrechtliche Gutachten	38	21
zivilrechtliche Gutachten	13	20
Gutachten für Ärzte		2
Gutachten für Vormundschaftsbehörden		
Gutachten für Versicherungen	3	2
Gutachten an andere Behörden		
Gutachten (Auftraggeber nicht aufgeführt)		
Total Gutachten	54	45

Diagramm 43: Jährliche Neubehandlungen (1986–2007)

	Chur	Davos	Thusis	Ilanz	Samedan/Susch/Engadin	Roveredo	Total
1986							105
1988							138
1989							144
1990							148
1991							191
1992			22				185
1993	130	58	21	0			209
1994	105	49	21	0			175
1995	141	39	31	6			217
1996	151	50	44	26			271
1997	143	60	19	25			247
1998	170	62	24	37			293
1999	181	24	20	27	13		265
2000	231	53	13	26	24	17	364
2001	233	38	20	18	26	9	344
2002	261	60	11	33	23	12	400
2003	290	63		40	25	24	442
2004	376	66		46	44	24	556
2005	372	70		61	60	35	598
2006	401	82		63	85	49	680
2007	435	76		58	93	52	401

Diagramm 44: Herkunftsort nach Patientinnen und Patienten (1982–1995)

	1995	1994	1991	1990	1989	1988	1986	1985	1984	1983	1982
Bezirk Albula	6	11	11	5	1	1	3	3	5	2	3
Bezirk Glenner	9	8	7	3	8	8	4	4	14	5	4
Bezirk Heinzenberg	20	18	24	9	7	7	10	2	1		2
Bezirk Hinterrhein	3	3				1	1		1		2
Bezirk Imboden	22	14	18	26	19	19	15	9	21	17	18
Bezirk Inn	8	15	4	9	5	9	1		2	2	3
Bezirk Maloja	9	3	3	2	3	3	3				
Bezik Moësa	2	1									
Bezirk Oberlandquart	24	25	44	28	25		29	5	27	22	6
Bezirk Plessur	63	33	50	36	42	42	29	31	51	60	42
Bezirk Unterlandquart	33	32	37	25	22	22	15	25	19	13	17
Bezirk Vorderrhein	7	4	2	1	2	2	2	5	3	4	5
Ausserkantonales	11	8	5	2	5	5	2		3	3	
Total											

Diagramm 45: Entwicklung ambulante Leistungen und stationäre Aufenthalte beide Kliniken nach Personen (1992–2015)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ambulante Leistungen	1074	1175	1306	1293	1916			
Stationäre Aufenthalte beide Kliniken							1193	1154

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ambulante Leistungen					3090	2993	3281	3376
Stationäre Aufenthalte beide Kliniken	1276	1351	1347	1341	1420	1367	1449	1604

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ambulante Leistungen	3528	3987	4306	4604	5335	5496	6023	6376
Stationäre Aufenthalte beide Kliniken	1697	1726	2146	1782	1969	2448	2432	2098

	2016	2017	2018	2019
Ambulante Leistungen	6688	7227	7541	8889
Stationäre Aufenthalte beide Kliniken	2075	2190	2192	2266

Chronik der Bündner Psychiatriegeschichte

Phase vor Gründung der ersten psychiatrischen Klinik (1800–1890)			
Daten der Bündner Psychiatriegeschichte		Daten auf nationaler oder übergeordneter Ebene	
1817	Gründung der Strafanstalt Zuchthaus Sennhof	1803	Graubünden wird ein Kanton der Schweizerischen Eidgenossenschaft
1835	Resolution des Grossen Rates gegen Aufnahme «wahnsinniger» Individuen in das Zuchthaus		
1839/1840	Erste Bündner Armenordnung und Verordnung der Armenkommission; Rechtsgrundlage für Anstaltsunterbringungen		
1840	Gründung der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau, in der auch psychisch kranke Menschen untergebracht werden		
1840-1855	Amtszeit von Jakob Scherrer als Direktor der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau		
1843	Eröffnung der «Irrenabteilung» in der Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau		
1851	Erste Bündner Irrenstatistik	1851	Erste nationale Irrenstatistik
1855	Gründung der kantonalen «Korrektions- und Irrenanstalt Realta» mit «Verwahrungsanstalt» für «unheilbare Irre»	1870	Eröffnung der *Landesirrenanstalt Valduna* (Vorarlberg)
1874	Zweite Bündner Irrenstatistik		
1875	Ärztliches Expertengutachten über die Anstalt Realta (über Eignung als Irrenanstalt)		
1877	Gründung des *Bündner Hilfsvereins für Geisteskranke* in Thusis		
1888	Dritte Bündner Irrenstatistik		

Aufbau- und Ausbauphase der Bündner Psychiatrie (1890–1950)			
Daten der Bündner Psychiatriegeschichte		Daten auf nationaler oder übergeordneter Ebene	
1892	Eröffnung der psychiatrischen Anstalt Waldhaus in Chur		
1892–1930	Amtszeit von Johann Joseph Jörger als Direktor der Klinik Waldhaus	1894	Entwurf für ein schweizerisches Irrengesetz von Auguste Forel
1919	Eröffnung des Asyls Realta als Multifunktionsanstalt in Verbindung mit der ehemaligen Korrektionsanstalt	1912	*Schweizerisches Zivilgesetzbuch* (ZGB)
1919–1940	Amtszeit von Fritz Tuffli als Direktor der Anstalt Asyl Realta	1921	Gründung des «Anstaltskartells» des Verbands des Personals öffentlicher Dienste (VPOD); Einsatz des VPOD für pflegerische Belange
1920–1987	Bündner Fürsorgegesetz; Rechtsgrundlage für fürsorgerechtliche Massnahmen		
1924	Anbau des «Kolonistenhauses» an die bestehende Korrektionsanstalt («Alt-Realta»); Altersheim Rothenbrunnen wird Teil des Anstaltskomplexes		
1930–1946	Amtszeit von Johann Benedikt Jörger als Direktor der Klinik Waldhaus	1921	Eröffnung der ersten psychiatrischen Station für Kinder und Jugendliche (Stephansburg, Burghölzli, Zürich)

1934	Fertigstellung des Kinderheims «Giuvaulta»; Einstellung des Kur- und Kinderheimbetriebs im Altersheim Rothenbrunnen	1928	Eugenisch begründetes Sterilisationsgesetz des Kantons Waadt
1935	Bau des «Torhauses» in der Klinik Waldhaus; Nutzung als Werkstätte und für Personalwohnungen	1933	Erste Insulinkuren in der Psychiatrie
1938	Einführung von Insulin- und Elektroschockkuren in der Klinik Waldhaus durch J. B. Jörger	1934	Entwicklung der Leukotomie; ab 1942 erste Operationen in der Schweiz
1940–1946	Amtszeit von Hans Walther als Leiter der Anstalt Asyl Realta		
1941	Umbenennung der «Korrektionsanstalt» zur «Arbeitserziehungsanstalt» Realta (AEA); die Abteilungen für «Geistes- und Gemütskranke» werden zur «Heil- und Pflegeanstalt Realta»		
1943	Expertengutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus (Konflikt zwischen Direktor und Assistenzarzt)		
1945	Expertengutachten über die Anstalten Waldhaus und Realta (Prüfung der Organisation beider Anstalten)		
1946-1951	Amtszeit von Fred Singeisen als Direktor des Waldhauses	1942	*Schweizerisches Strafgesetzbuch* (StGB)
1946-1952	Amtszeit von Oskar Pfister als Direktor der Anstalt Asyl Realta		
1948	Erste Leukotomie-Operationen an Patientinnen und Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Realta		

Öffnung der Bündner Kliniken und Ausdifferenzierung der Dienste (1950–1990)

Daten der Bündner Psychiatriegeschichte		Daten auf nationaler oder übergeordneter Ebene	
1951	Umbenennung des Asyls Realta in «Heil- und Pflegeanstalt Beverin»		
1951-1977	Amtszeit von Gottlob Pflugfelder als Direktor der Klinik Waldhaus		
1952–1957	Amtszeit von Emil Seiler als Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin		
1953	Erster Einsatz von Neuroleptika (Kuren mit Largactil und Serpasil) in den Bündner Kliniken; ab 1954 systematische Verabreichungen	1953	Anerkennung des Eidg. Facharzttitels für Kinder- und Jugendpsychiatrie
1954	Errichtung eines ausgelagerten Schwesternhauses mit 20 Einzelzimmern für die Klinik Waldhaus	1954	Jahrestagung der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie* in Chur, u. a. zur Kinderpsychiatrie
1956	Einstellung der ersten Sozialarbeiterin («Fürsorgerin») in der Klinik Beverin		
1957-1984	Amtszeit von Ernst Weber als Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Beverin		
1958	Erste Kuren mit Antidepressiva (Tofranil) in den Bündner Kliniken		
1960	Eröffnung eines externen Schwesternhauses für 35 Schwestern in Cazis	1960	Einführung der nationalen Invalidenversicherung (IV)
1961	Einstellung des ersten Psychologen in der Klinik Beverin	1964	*Deklaration von Helsiniki* des Weltärztebundes zu ethischen Grundsätzen in der medizinischen Forschung
1965	Abriss der Anstalt «Alt-Realta» und Eröffnung der «Verwahrungsanstalt Realta» in Neubau		
1966	Einstellung der ersten Beschäftigungstherapeutin in der Klinik Beverin		

1969	Gründung der *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim* für Kinder und Jugendliche	1965–1975	Internationale Ausbreitung der Antipsychiatrie-Bewegung
1970	Anerkennung der *Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege* durch das Schwerizerische Rote Kreuz		
1972	Die Verwahrungsanstalt Realta führt die «beschränkte Entlassung» ein; nach einer Bewährungszeit können Insassen ausserhalb der Anstalt arbeiten und wohnen	1971	*Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* veröffentlicht Richtlinien für Forschung am Menschen (mit stärkeren Patientenrechten)
1974	Neubau der Klinik Beverin eröffnet; Anstellung einer Turnlehrerin für Bewegungstherapie		
1975	Klinik Beverin stärkt Ergotherapie und stellt Kunsttherapeutin ein	1974	Bund ratifiziert Europäische Menschenrechtskonvention
1976	Veröffentlichung des Schlussberichts «Planung des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons» (u. a. zur psychiatrischen Versorgung; erstes Psychiatrie-Konzept)	1975	Verschärfung des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes
1977–1990	Amtszeit von Benedikt Fontana als Direktor der Klinik Waldhaus		
1977	Umwandlung des Altersheims Rothenbrunnen in ein Wohn- und Pflegeheim für psychisch kranke Menschen		
1979	Beratungsbericht Waldhaus Chur des Schweizerischen Roten Kreuzes (zur Pflege in beiden Anstalten)		
1979	*Gesetz über die Förderung der Eingliederung von Menschen mit Behinderung* in Graubünden; Förderung von Wohn- und Arbeitsformen für Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung		
1979	Erste ambulante psychiatrische Sprechstunden und Konsilien in Chur, Davos, Ilanz, Grono und Samedan		
Ab 1979	Aufbau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes		
1980	Einführung der Funktion einer Pflegedienstleitung in den Kliniken Waldhaus und Beverin		
1980–1995	Amtszeit von Armin Pirovino als Leiter des Pflegedienstes im Waldhaus		
1980–1989	Amtszeit von Thomas Hess als Leiter des kinderpsychiatrischen Dienstes		
1980	Erste Angebote kinder- und jugendpsychiatrischer Dienstleistungen in der Wohngruppe Casanna, Chur		
1981–1999	Amtszeit von Vitus Bass als Leiter der gerontopsychiatrischen Station der Klinik Waldhaus	1981	*Neuregelung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung* (FFE)
1982/1984	Veröffentlichung des kantonalen «Drogenberichts» (1982) und des kantonalen «Alkoholberichts» (1984)		
1983	Einstellung des ersten Psychologen in der Klinik Waldhaus		
1983	Eröffnung des psychiatrischen Ambulatoriums in Chur und einer ersten Regionalstelle in Davos		
1984–1993	Amtszeit von Hans König als Chefarzt der Einrichtungen Beverin und Realta		

1986	Verabschiedung der Botschaft mit dem Bericht über das neue Psychiatrie-Konzept 1985 des Kantons Graubünden (u. a. zur Frage, ob Erwachsenenpsychiatrie in einer oder zwei Kliniken organisiert sein soll)		
1988	Untersuchung des als eugenisch und rassistisch kritisierten «Sippenarchivs» der Klinik Waldhaus		
1989	Gründung der *Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken* (VASK)		

Psychiatrie als Dienstleistung: Entwicklungen seit 1990

Daten der Bündner Psychiatriegeschichte		Daten auf nationaler oder übergeordneter Ebene	
1990	Eröffnung des Therapiehauses Fürstenwald		
1990–2009	Amtszeit von Mario Wolf als Leiter des kinderpsychiatrischen Dienstes		
1991–2001	Amtszeit von Markus Bünter als Chefarzt der Klinik Waldhaus		
1991	Organisatorische Trennung der Strafanstalt Realta von der psychiatrischen Klinik Beverin		
1992	Übernahme privat oder kommunal geführter Wohnheime durch die psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin		
1992	Neubau der Klinik Waldhaus (sozialpsychiatrisches Zentrum) eröffnet		
1993	Eröffnung der psychiatrisch betreuten Wohngruppe *Casanna*		
1994-2001	Amtszeit von Suzanne von Blumenthal als Direktorin der Klinik Beverin		
1994	Eröffnung des Ambulatoriums in Roveredo	1994	Erklärung der WHO zur Förderung der Patientenrechte in Europa
1995	Einführung des «Dreibein-Systems» für Kliniken Waldhaus und Beverin (Chefarzt, Verwalter und Pflegedienstleitung bilden Leitungsgremium)		
1995	Eröffnung der Tagesklinik Waldhaus		
1996	Einrichtung einer Drogenentzugs- und Übergangsstation («Downtown»-Station) unter Aufsicht der ärztlichen Leitung der Klinik Beverin	1996	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) mit Einführung des Obligatoriums
1999	Vertrag zwischen den Kantonen Graubünden und Tessin zur Kooperation im Gesundheitswesen; Misoxer Bevölkerung erhält umfassenden Zugang zum Tessiner Gesundheitswesen	1997	Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention durch die Schweiz
1999	Verabschiedung der Botschaft für die bauliche Sanierung der Psychiatrischen Klinik Beverin mit Leitlinien für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung		
2002	Amtsantritt von Josef Müller als Direktor der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR)		
2002–2017	Amtszeit von Suzanne von Blumenthal als Chefärztin der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR)		
2001	Zertifizierung der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) nach ISO-Norm 9001 (Qualitätsmanagement)		

2002	*Gesetz über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und Wohnheime für psychisch behinderte Menschen des Kantons Graubünden* (Psychiatrie-Organisationsgesetz); Auslösung der Kliniken Waldhaus und Beverin aus der kantonalen Verwaltung und Überführung in die öffentlich-rechtliche Anstalt *Psychiatrische Dienste Graubünden* (PDGR)	2002	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz)
2006	Eröffnung der Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
2009	Start des *Bündner Bündnisses gegen Depression* (BgD); Umsetzung durch die PDGR		
2009–2013	Amtszeit von Jörg Leeners als Chefarzt und Geschäftsführer des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes	2010/ 2013	Bundesrat entschuldigt sich bei Opfern von administrativen Versorgungen (2010) und von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen (2013)
2013	Amtsantritt von Heidi Eckrich als Chefärztin und Geschäftsleiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
2017	Amtsantritt von Andres Ricardo Schneeberger als ärztlicher Direktor der Erwachsenenpsychiatrie der PDGR		
2017	Gedenkanlass des Kantons Graubünden für die Opfer fürsorgerischer Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen		
2017	Revision des Psychiatrie-Organisationsgesetzes und Umbennenung in *Gesetz über die Psychiatrischen Dienste*; Ausbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots der PDGR		
2018	Einrichtung der *Ambulanten Krisenintervention (Aki)*	2018	Einführung des neuen Tarifsystems TARPSY
2019	Zusammenschluss der *Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden* (KJP) mit den PDGR		

Personenregister

Baechi, Walter Albert (1909–1989) 207
Basaglia, Franco (1924–1980) 249
Becker, Fritz (1901–1956) 180
Bersot, Henri (1896–1955) 156
Bini, Lucio (1908–1964) 175
Bleuler, Eugen (1857–1939) 72, 74, 94, 98, 158, 160, 197, 265, 268, 284
Buol, Johann Anton (1805–1889) 42

Cerletti, Ugo (1877–1963) 175
Cox, Joseph Mason (1763–1818) 23

Decurtins, Balthasar (1853–1914) 63–65, 81

Eblin, Paul (1791–1843) 22
Ehrensperger, Adolf (1861–1933) 73

Forel, Auguste (1848–1931) 93, 98, 196, 197, 266, 443
Frank, Ludwig (1863–1935) 266, 268
Freeman, Walter (1895–1972) 179
Freud, Sigmund (1856–1939) 268

Gohl, Theodor (1844–1910) 63

Hämmerli, Urs Peter (1926–2012) 206, 207
Henne, Hugo (1833–1891) 40, 41
Hungerbühler, Johann Matthias (1805–1884) 37, 38, 46

Jung, C. G. (1875–1961) 265, 268

Kaiser, Johann Friedrich (1826–1899) 13, 21, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 44, 55, 56, 57, 58, 59, 66
Kaiser, Josef Anton (1792–1853) 23, 24, 35, 57
Kraepelin, Emil (1856–1926) 51, 158
Krayenbühl, Hugo (1902–1985) 179, 180
Kübler-Ross, Elisabeth (1926–2004) 206
Kuhn, Roland (1912–2005) 17, 187, 189, 190, 193

Latour, Peter Anton (1778–1864) 21
Loë, Clemens Freiherr von (1836–1892) 21, 55, 56
Lorenz, Paul (1835–1915) 57, 66

Manatschal, Friedrich (1845–1919) 55
Manz, Otto (1871–1953) 74
Markoff-Gräflin, Nicola (1906–1988) 57
Meduna, Ladislas Joseph (1896–1964) 167, 175
Moniz, Egas (1874–1955) 179
Morgenthaler, Walter (1882–1965) 167, 181, 235, 237, 238
Müller, Max (1894–1980) 103, 166, 167, 175, 179

Oesterlen, Friedrich (1812–1877) 51

Pawlow, Iwan Petrowitsch (1849–1936) 182, 185
Pestalozzi, Regula (1921–2000) 206, 207
Planta, Ulrich von (1791–1875) 23

Reust, Clara (1916–2000) 261
Ribbert, Hugo (1855–1920) 265
Ris, Friedrich (1867–1931) 72
Rittmeyer, Robert (1868–1960) 74
Rosen, Abraham (1914–1988) 204, 205

Sakel, Manfred (1900–1957) 166
Salis-Marschlins, Carl Ulysses von (1760–1818) 25
Schaufelbüel, Edmund (1831–1902) 63
Scherrer, Joh. Jakob (1792–1860) 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 42
Schiller, Heinrich (1864–1945) 238
Schmid, Martin (*1969) 60
Siegfried, Alfred (1890–1972) 260
Staehelin-Iselin, John Eugen (1891–1969) 100, 101, 102, 103, 106, 167, 168,
Steiner, Peter (1907–1986) 180, 200,201, 202
Steinhauser, Alois (1871–1918) 72

Veraguth, Franz Thomas (1812–1891) 40

Wagner-Jauregg, Julius (1857–1940) 165
Walser, Andreas (1840–1894) 65
Watts, James W. (1904–1994) 179

Zehnder, Hans-Ulrich (1798–1877) 38

Ortsregister

(ohne Cazis, Chur, Fürstenau, Graubünden, Realta, Rothenbrunnen, Schweiz)

Aargau 49, 64, 190, 198
Ägypten 267
Albula (Bezirk) 333, 440
Almens 34
Amerika, Vereinigte Staaten von *s. USA*
Appenzell Ausserrhoden 38, 95, 68, 69, 73, 118, 379
Appenzell Innerrhoden 38, 118, 120
Avers-Cresta 73

Bad Ragaz 57
Baden (AG) 64, 286, 297
Basel 13, 16, 17, 73, 112, 122, 125, 129, 131, 168, 187, 189–191, 194, 196, 315, 317, 343, 361, 381; *s. auch Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Universitätsklinik Friedmatt*
Basel-Landschaft (Kanton) 38, 302, 369
Basel-Stadt (Kanton) 43, 63, 100, 122, 198, 369
Belgien 53, 125, 364
Bellechasse *s. Sachregister (Organisationen usw.): Anstalten von Bellechasse*
Bellinzona 352, 353
Bergell 302
Berlin 265
Bern 103, 115, 116, 134, 190, 166, 291, 312, 315, 317, 294, 312, 315, 317, 366; *s. auch Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Universitätsklinik Waldau*
Bern (Kanton) 27, 73, 49, 59, 100, 103, 142, 165, 170, 181, 198, 241, 272, 282, 291, 293, 330, 379
Bernina (Bezirk) 47
Biberist 315
Biel 315
Bremgarten 260, 261
Brütten 304
Burghölzli, Zürich *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Universitätsklinik Burghölzli*

Calanca (Kreis) 352
Cama 352
Celerina 268
Churer Rheintal 18

Dänemark 364
Davos 111, 298, 299, 300, 323, 326, 332, 368, 440, 445
DDR 297
Deutschland 54, 57, 86, 159, 171, 196, 266, 268, 281, 292, 297, 315, 379; *s. auch DDR*
Domleschg 13, 18, 28, 42, 53, 85, 274

Egerkingen 315
Engadin 18, 268, 188, 301, 324, 332, 343, 351, 373, 440
Ermatingen 266–268

Felsberg 29, 30
Finnland 364
Fischingen 260
Flims 326
Frankreich 25, 273, 364
Freiburg (Kanton) 33, 36, 38, 73, 92, 261
Fribourg (Kanton) *s. Freiburg*
Friedmatt *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Universitätsklinik Friedmatt*
Furna 133

Ganterschwil 318, 319
Geel (Belgien) 53, 54
Genf 56, 265, 315
Genf (Kanton) 38, 43, 379
Glarus (Kanton) 38, 49, 65, 69, 118
Glenner (Bezirk) 333, 440
Grono 299, 352, 445
Grossbritannien 273, 281

Haldenstein 134
Hard, Schloss *s. Sachregister (Organisationen usw.): Heilanstalt Schloss Hard*
Heidelberg 57, 265
Heinzenberg (auch Bezirk) 146, 147, 313
Helsiniki 192
Herisau 73, 74
Hindelbank 73, 261, 282, 293
Hinterrhein (Bezirk) 333, 440
Hinterrhein (Fluss) *s. Rhein*

Igis 346, 368, 371
Ilanz 242, 299, 301, 323, 332, 346, 368, 440, 445
Ilanz (Kreis) 261, 291
Imboden (Bezirk) 333, 440
Inn (Bezirk) 333, 440
Italien 25, 171, 249, 273, 346

Jenaz (Kreis) 142

Kilchberg 51, 136
Kirchlindach 291
Königsfelden *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik Königsfelden*

Landquart 346, 368, 371
Lausanne 16, 315
Liechtenstein 346
Liestal 103, 190
Littenheid 305, 330, 337
Locarno 353
Lugano 353
Lutzenberg 305
Luzern 190
Luzern (Kanton) 38, 202, 379

Malans 320
Maloja (Bezirk) 52, 333, 440
Männedorf 51, 316, 318
Mendrisio 37, 352, 353
Misox (auch Kreis) 37, 304, 351, 352, 353, 368, 446
Mittelbünden (Region) 300, 301, 323
Moësa (Bezirk) 229, 299, 333, 352, 440
Münchenbuchsee 170
Münsingen *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik Münsingen*
Münsterlingen *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik Münsterlingen*
Münstertal 302

Neu St. Johann 260
Neuenburg (Kanton) 38, 49, 156
Nidwalden (Kanton) 49

Niederlande 245, 250, 296
Nolla (Fluss) 28

Oberengadin (Kreis) 54, 298, 300
Oberlandquart (Bezirk) 333, 344, 357, 440
Oetwil am See 309
Oregon (US-Bundesstaat) 178
Österreich 125
Ostschweiz 118, 282, 318, 366
Ottenbach 304

Paris 57, 278, 315
Paspels 301, 309, 349, 371
Pfäfers *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik St. Pirminsberg*
Plessur (Bezirk) 18, 47, 147–151, 333, 344, 357, 440
Poschiavo 346, 351
Prag 57
Promontogno 346
Puschlav 34, 302

Ragaz *s. Bad Ragaz*
Rankweil (Vorarlberg) *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik Valduna*
Rhein 28, 33, 37, 38, 42, 53, 70, 295
Rheinau (ZH) *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik Rheinau*
Rheintal, Churer *s. Churer Rheintal*
Rietberg (Domleschg) 146, 147
Rodels 35
Roveredo 281, 324, 332, 352, 353, 346, 368, 371, 440
Roveredo (Kreis) 352
Russland *s. UdSSR*

Samedan 299, 301, 324, 332, 368, 440, 445
Samnaun 302
San Bernardino (Tunnel) 352
Schaffhausen (Kanton) 27, 38, 118, 136
Schams (Kreis) 201, 202
Schiers 368, 371
Schwyz (Kanton) 38, 49, 203, 261, 290
Scuol 199, 346, 351, 354, 368
Skandinavien 296
Solothurn 315
Solothurn (Kanton) 38, 49, 316
Sopraceneri 352
Spanien 364
St. Gallen 59, 73, 317, 318, 327
St. Gallen (Kanton) 27, 36–38, 41, 45, 49, 57, 59, 63, 118, 198, 316, 321
St. Moritz 117, 268, 346, 351, 354
St. Pirminsberg *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik St. Pirminsberg*
St. Urban *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik St. Urban*
Sta. Maria Val Müstair 346
Südbünden (Südtäler, bündnerische) 18, 301, 303, 318, 324, 344, 351, 373
Südtirol 351
Surselva 18, 298, 300, 301, 334, 343
Susch 323, 332, 375, 440

Taminaschlucht 57
Tamins 56
Tessin 18, 37, 38, 352, 353, 363, 446
Thurgau 27, 37, 49, 118, 168, 267, 302, 369, 372, 379
Thusis 13, 55, 61, 108, 177, 180, 181, 198, 200–202, 282, 320, 323, 332, 346, 440, 443
Tinizong 35

UdSSR 297
Umbrail-Pass 261
Unterlandquart (Bezirk) 18, 47, 333, 344, 357, 440
Untervaz 346, 368, 371
Unterwalden 38; *s. auch Nidwalden*
Uri 38, 49
USA 179, 206, 267, 273, 296, 366

Valduna *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik Valduna*
Vereinigte Staaten von Amerika *s. USA*
Vorarlberg 37, 443
Vorderrhein (Bezirk) 47, 333, 440

Waadt 16, 27, 49, 86, 98, 197, 302, 444
Waldau *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Universitätsklinik Waldau*
Wallis 38, 120
Westschweiz 36, 198
Wien 57, 165, 166
Wil (SG) *s. Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Klinik Wil*

Zernez 265
Zizers 320
Zug (Kanton) 38, 49, 379
Zuoz 268
Zürich 13, 16–18, 51, 72, 86, 98, 102, 109, 115, 116, 122–124, 158, 179, 180, 190, 191, 194, 196, 197, 206, 238, 265, 266, 268, 269, 271, 279, 283, 290, 293, 303, 306, 315–318, 322, 326, 327, 366, 381; *s. auch Sachregister (Organisationen usw.): Psych. Universitätsklinik Burghölzli*
Zürich (Kanton) 17, 38, 49, 59, 86, 115, 118, 122–124, 133, 179, 198, 241, 301, 302, 380, 388

Sachregister

Zentralbegriffe – Wahrnehmungs- und Wissensparadigmen

Degenerationslehre *s. Eugenik*
Entstigmatisierung 10, 19, 20, 342, 376–380
Erbbiologisches Gedankengut *s. Eugenik*
Eugenik, Vererbungslehre 9, 15, 16, 54, 71, 93–98, 158, 161, 184, 196–200, 266, 289–293, 295, 297, 316, 322, 343
Föderalismus 137, 143, 315, 372
Gerontopsychiatrie 19, 205–207, 231, 252, 254, 270, 284, 302, 361, 362, 369, 371, 373
Kinder- und Jugendpsychiatrie 9, 13, 18, 274, 301, 314–338, 356, 373, 417, 445, 447
Mitsprache(recht) des Pflegepersonals 246, 247, 286, 325, 327 / der Patient*innen 13, 315, 331, 332, 365
Psychopharmakologische Wende 10, 17, 18, 92, 165, 179, 187, 246, 275
Vererbungslehre s. *Eugenik*

Organisationen, Vereine, Behörden; öffentliche Einrichtungen
(ohne psychiatrische Anstalten bzw. Kliniken Waldhaus, Realta, Beverin)

Alkoholentwöhnungskur,-vergällungskur 86, 107, 165, 182, 183, 186, 187, 265
Alkoholfürsorge *s. Trinkerfürsorge*
Altersheim 14, 15, 63, 76, 77, 79, 83, 84, 89, 118, 126, 172, 208, 222, 231, 276, 277, 311, 352, 421, 422, 443, 444, 445
Anstalten von Bellechasse 33, 36, 73, 92, 261
Apothekerverein, Bündnerischer 379
Arbeitsanstalt, Arbeitserziehungsanstalt 12, 14, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 63, 73–80, 82, 84, 114–117, 125, 126, 132, 135, 138, 137, 143, 165, 215, 220, 227, 279, 291, 308, 331, 421, 422, 443, 444
Armen- und Fürsorgewesen 24–29, 38, 39 143, 300
Armenfürsorge *s. Armen- und Fürsorgewesen*
Armenhaus 29, 72
Armenwesen *s. Armen- und Fürsorgewesen*
Ärzteverein, Bündner 22, 41, 59, 73, 99, 112, 297, 303
Beobachtungsstation 315, 316, 318, 322, 331
Bezirksarzt 46, 48, 50, 52, 54, 68, 148, 149, 150, 151
Bezirksfürsorgerin, Bezirksfürsorgestelle 26, 143, 151, 283
Bündnis, Bündner, gegen Depression 378, 379
Departement des Innern und der Volkswirtschaft Graubünden 112, 114, 122–125, 141, 144, 168, 172, 184, 189, 211, 296, 418
Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden 381, 418; *s. auch Erziehungs- und Sanitätsdepartemen; Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement*
Entwöhnungskur *s. Alkoholentwöhnungskur*
Erziehungs- und Sanitätsdepartement Graubünden 317, 319, 418; *s. auch: Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit; Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement*
Fürsorgeamt 132, 200, 288, 302, 304, 305, 317, 320, 321, 322, 326
Fürsorgewesen *s. Armen- und Fürsorgewesen*
Gefängnis 11, 21, 22, 23, 27, 44, 58, 71, 96, 110, 113, 115, 118, 130, 199, 206, 232, 233, 235, 255, 263, 282, 283, 292, 294, 312; *s. auch Strafanstalt Sennhof*
Heilanstalt Schloss Hard bei Ermatingen 266–268
Hilfsverein, Bündner, für Geisteskranke / für Nervenkranke / für psychisch kranke Menschen 13, 41, 42, 55, 52, 56–62, 81, 443
Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse (der Pro Juventute) 16, 94, 140, 197, 260, 261, 288, 290, 293, 295, 377
Hülfsverein, Bündnerischer, für Geisteskranke *s. Hilfsverein, Bündner, für Geisteskranke*
Irrenverwahrungsanstalt *s. Verwahrungsanstalt*
Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement Graubünden 204, 327, 334, 372; *s. auch Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit; Erziehungs- und Sanitätsdepartement*
Justiz- und Polizeidepartement Graubünden 119, 152–154, 202, 256, 257, 314
Justizvollzugsanstalt *s. Gefängnis*
Kinder- und Jugendfürsorge 273, 283, 319, 330
Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP) 314, 317, 336, 344, 417, 447
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Graubünden (KJPD) 322–324, 329, 331, 336, 350, 371, 385, 418, 445
Kinderheim 77, 114, 199, 214, 260, 261, 316, 320, 321, 326, 444
Korrektionsanstalt *s. Arbeitsanstalt*
Multifunktionale Anstalt 9, 13–15, 27, 36, 38, 70, 73, 114, 117, 142, 282, 286, 343
Pro Juventute 77, 317; *s. auch Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse*
Pro Senectute 379
Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR) 9, 13, 18, 19, 83, 132, 137, 274, 281, 334, 335, 344, 354, 370–372, 381, 417, 418, 447
Psychiatrische Klinik Königsfelden 51, 63, 64, 73, 109, 190, 204
Psychiatrische Klinik Münsingen bei Bern 103, 104, 107, 142, 166 268, 271, 291
Psychiatrische Klinik Münsterlingen 16, 17, 37, 168, 187, 189, 190–193, 196, 266
Psychiatrische Klinik Rheinau (ZH) 72, 86, 109, 122

Psychiatrische Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers 36, 37, 40, 41, 48–51, 59, 72, 242, 243, 271, 419
Psychiatrische Klinik St. Urban, Pfaffnau 190, 191, 202–204, 290
Psychiatrische Klinik Valduna bei Rankweil (Vorarlberg) 37, 51, 443
Psychiatrische Klinik Wil (SG) 148, 204, 238, 295
Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli, Zürich 17, 51, 72, 86, 93, 98, 100, 116, 122, 123–125, 127, 156, 158, 160, 165, 168, 183, 191, 193, 194, 196, 197, 261, 265, 268, 279, 280, 316, 443
Psychiatrische Universitätsklinik Friedmatt, Basel, 100, 107, 122, 123, 159, 253
Psychiatrische Universitätsklinik Waldau, Bern 100, 107, 115, 116, 241
Sanitätsdepartement Graubünden 66, 90, 119, 144, 146, 151, 157, 180, 199, 202, 248, 271, 286, 287, 296, 297, 320, 321, 322, 334, 353; *s. auch Erziehungs- und Sanitätsdepartement; Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement; Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit*
Seraphisches Liebeswerk 316, 317
Sozialamt, kantonales 27, 268, 305, 309, 351, 376
Sozialdienste, regionale 18, 26, 305, 306, 376
Spital- und Heimverband, Bündner 379
Spitex, Spitex Verband Graubünden 352, 376, 379
Strafanstalt Sennhof, Chur 21, 22, 27, 28, 32, 43, 115, 131, 132, 135, 262, 313, 330, 443
Trinkerfürsorge(r) 185, 307
Trinkerheilanstalt,-heilstätte 15, 73, 78, 117, 255
Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken (VASK) Graubünden 340, 344, 365–367, 372, 377, 379, 446
Vereinigung für Psychotherapie, Bündner 379
Vergällungskur *s. Alkoholentwöhnungskur, -vergällungskur*
Versorgungsanstalt 13, 14, 42, 63, 70, 27, 73–75, 80, 114, 115, 132
Verwahrungsanstalt 32, 38–40, 44, 51, 53, 70, 74, 84, 112, 118, 119, 126, 138, 143, 164, 165, 199, 201, 202, 261, 273, 274, 312, 419, 421, 422, 423, 443–445
Vormundschaftsbehörde 14, 28, 35, 39, 40, 96, 117, 130, 138–145, 150, 152, 153, 181, 199, 201–203, 205, 256–262, 291, 353, 438, 439
Vormundschaftsrecht 119, 138, 139, 143, 152
Zuchthaus 21–24, 27, 43, 111, 115, 118, 443; *s. auch Gefängnis*
Zwangsarbeitsanstalt *s. Arbeitsanstalt*

Krankheiten / Diagnosen, Behandlungsmethoden / Therapien (inkl. Namen pharmazeutischer Produkte), Betroffenengruppen

Alkoholismus, Alkoholkrankheit, -missbrauch,-sucht 28, 34, 78, 79, 82, 93–95, 98, 107, 108, 111, 138, 141–143, 149, 152, 155, 157, 159, 161–164, 182–186, 196, 198, 203, 255, 266, 275, 283, 291, 297, 299, 303, 307, 308, 378, 426–429
Alterspsychose 205, 206, 299
Anafranil 189
Antabuskur, Antabustablette 161, 182–188, 307, 308, 354, 355
Antidepressiva 17, 92, 127, 160, 162, 176, 177, 189, 190, 430, 444; *s. auch Largactil, Serpasil, Tofranil*
Apomorphin 161, 182, 183, 185, 186, 307
Arbeitsscheu 26–28, 34, 35, 137, 152, 289, 291, 292, 307
Arbeitstherapie 85, 87–91, 93, 99, 103, 104, 172, 180, 188, 189, 227, 236, 244, 251, 277–281, 297, 371, 430
Arbeitstraining 71, 310
Armut *s. Pauperismus*
Ausdruckstherapie 371
Bäderbehandlung 71, 75, 85, 91, 92, 176, 235, 236, 263, 275
Balneologische Therapie *s. Bäderbehandlung*
Bipolare Störung *s. Manisch-depressive Störung*
Blödsinn 22, 23, 46, 48, 50, 71, 96, 97
Cardiazol 85, 171, 175, 176,
Chlorpromazin 17, 187
Dauerbad, Deckelbad *s. Bäderbehandlung*
Dauernarkose *s. Schlafkur*
Debilität 23, 48, 142, 155, 203, 289, 291, 292
Depression, depressive Störung 127, 156, 158, 160, 176, 178, 189, 275, 291, 296, 309, 340, 354, 378, 379, 447; *s. auch Manisch-depressive Störung*
Disziplinarische Massnahme, Disziplinierung 27, 29, 33, 34, 44, 71, 80, 111, 119, 176, 183, 202, 234–236, 261, 274, 275, 282, 330, 331
Drehmaschine, Coxische 23
Ehefähigkeit 9, 16, 97, 139
Eheverbot 15, 23, 97, 139, 196, 197
Elektrokonvulsionstherapie, Elektrokrampftherapie, Elektroschock 9, 17, 85, 99, 101, 105, 107, 165–172, 175, 176–178, 188, 194, 263, 275, 371, 430, 474
Epilepsie 95, 155, 157, 159, 170, 171, 175, 176, 245, 261, 282, 291, 299, 426–429
Ergotherapie 225, 279, 280, 298, 371, 445
Fahrende 15, 93, 94, 130, 143, 197, 198, 262, 263, 274, 288–290, 293, 294, 307
Fesselung *s. Fixation*
Fixation, Fixierung 33, 58, 86, 91, 171, 173–175, 177, 247, 263, 361, 362
Fluanxol 189
Geistesschwäche 73, 93, 140, 142, 152, 199, 254, 307, 321
Gewalt, körperliche 296, 324, 327, 330, 331, 361, 363
Haldol 189, 264, 339
Halluzination 187, 246, 293
Haltlosigkeit, sexuelle 199, 200, 203, 289
Halluzination 187, 246, 293
Hebephrenie 155, 156, 292
Homosexualität 200, 203, 292

Hypochondrie, hypochondrische Störung 157, 158, 351
Hysterie 95, 142, 157, 160, 176, 195
Idiotie, Idiotismus 23, 48–54, 155, 156, 290
Imbezillität 155, 156, 199
Insulin, Insulinkur 9, 17, 85, 99, 101, 107, 108, 135, 165–178, 188, 194, 195, 252, 274, 275, 366, 430, 444
Jenische *s. Fahrende*
Kastration 9, 12, 15, 16, 196, 197, 200–205, 261, 290
Katatonie 141, 155, 156, 178
Kretinismus 23, 46, 156
Kriminalität 116, 165, 203, 292, 306
Largactil 17, 165, 172, 187, 188–190, 193, 195, 196, 246, 430, 444
Laroxyl 189
Leponex 189, 340
Leukotomie 86, 179–182, 186, 444
Lichttherapie 354
Liederlichkeit 27, 28, 33, 138, 143, 307
Lobotomie *s. Leukotomie*
Manisch-depressive Störung 154, 155, 156, 158–160, 162, 163, 168, 175, 194, 198, 426–429
Medikamententest,-versuch an Patient*innen 9, 10, 11, 16, 17, 165, 187, 189–194, 196, 430
Melleril 189, 190, 196, 430
Morphium 95, 166, 187
Neuroleptika 17, 92, 127, 160, 165, 177, 180, 187–191, 355, 430, 444; *s. auch Anafranil, Chlorpromazin, Fluanxol, Haldol, Largactil, Leponex, Melleril, Reserpin, Serpasil, Taractan, Tofranil, Trilafon, Tryptizol, Vesitan*
Neurose, neurotische Störung 155–160, 163, 168, 176, 189, 190, 201, 299, 426–429
Oligophrenie 155, 156, 159, 161–163, 203, 426–429
Opium 190, 430
Pädophilie 203
Palliativpflege 205, 206, 207
Paranoia, paranoide Störung 50, 155, 156, 159, 187, 292, 293
Pauperismus 25, 93
Psychopathie, psychopathische Störung 12, 15, 108, 109, 111, 142, 154, 155, 157, 158, 161, 164, 184, 198, 255, 291, 292, 294, 299
Psychose, psychotische Störung 70, 78, 95, 146, 147, 154–159, 163, 188, 189, 196, 205, 206, 260, 296, 297, 299, 340, 341, 426–429
Reserpin 17, 188
Risperdal 340
Schizophrenie, schizophrene Störung 17, 87, 125, 127, 141, 155, 156, 158–163, 165–169, 173, 175, 176, 178, 180, 181, 187–189, 193–196, 245, 247, 282, 284, 290, 292, 297, 299, 340, 344, 354, 365, 366, 378, 379, 426–429, 446
Schlafkur, Dauernarkose 135, 165, 166
Schlafmittel 85, 92, 100, 101, 157, 166, 187, 192, 195, 247
Schwachsinn 12, 23, 93, 94, 96, 97, 111, 156, 198, 199, 203, 244, 297, 299
Sedativa *s. Tranquilizer*
Senilität, senile psych. Störung 76, 95, 155, 156, 362
Serpasil 17, 76, 165, 172, 187–191, 193–196, 245, 246, 430, 444
Sexual-Delinquenz, Sexualstraftäter 9, 16, 157, 158, 184, 200–202, 204, 380
Sterilisation 9, 10, 12, 15, 16, 86, 196–200, 290, 444; *s. auch Zwangssterilisation*
Suizid(versuch), suizidale Tendenz 108, 149, 156, 158, 180, 198, 291, 292, 295–297, 299, 304, 309, 331
Syphilis 95, 156, 165, 196
Taractan 189
Thymoleptika *s. Antidepressiva*
Tobsucht 23, 31, 32, 50, 64, 95
Tofranil 160, 162, 189, 444
Tranquilizer 91, 189, 190, 282, 430
Triebhaftigkeit, sexuelle *s. Haltlosigkeit*
Trilafon 189
Tryptizol 189
Trunksucht *s. Alkoholismus*
Unsittlichkeit *s. Haltlosigkeit*
Vagabundismus 95, 294
Vaganten *s. Fahrende*
Verbrecherische Neigung *s. Kriminalität*
Verwahrlosung 28, 32, 116, 152, 157, 158, 164, 203, 263, 307, 319, 331
Vesitan 189
Wahnsinn 22, 23, 31, 110, 156, 443
Wahnvorstellung 87, 187, 340
Züchtigung *s. Gewalt, körperliche*
Zwangsanwendungen in der Behandlung *s. Fesselung bzw. Fixation; Zwangsjacke; Zwangsmedikation*
Zwangsjacke 32, 33, 71, 85, 91, 115, 235, 263
Zwangsmedikation 91, 361–363
Zwangssterilisation 98, 197

Behördliche Massnahmen

Administrative Versorgung *s. Einweisung, behördliche*
Anstaltseinweisung,-versorgung *s. Einweisung*
Beistandschaft, Verbeiständung 138, 140–143, 199, 261
Fürsorgerische Unterbringung (FU) 137, 154, 264, 363, 364
Fürsorgerische Zwangsmassnahme 9, 10, 11, 13–15, 20, 137, 139, 140, 143, 146, 150, 152, 260, 381, 447
Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) 15, 119, 152–154, 307, 308, 361, 363, 445
Einweisung
ärztliche 12, 14, 15, 42, 127, 129, 137, 144, 145, 147–153, 160, 263, 288, 291, 322, 330, 339, 353, 374
behördliche 14, 15, 28, 39, 40, 42, 50, 61, 77, 79, 86, 88, 94, 116, 117, 119, 129, 130, 137, 138, 140, 143–147, 150–154, 183, 260, 307, 330, 363, 365
Entmündigung 35, 71, 96, 130, 137, 138, 140–143, 152, 181, 199, 381
Verbeiständung *s. Beistandschaft*
Zwangseinweisung *s. Einweisung, behördliche*
Zwangsmassnahme *s. Fürsorgerische Zwangsmassnahme, Zwangseinweisung*

Anstaltsarchitektur, bauliche Einrichtungen

Abort *s. Toilette*
Akutstation 164, 287
Apotheke 92, 101, 225, 355, 371
Arbeitsstätte (geschützte) 19, 334, 344, 345, 349, 369–371
Arztwohnung 278, 280
Aufenthaltsraum 70, 118, 222, 223, 236, 287
Baderaum, -zimmer 23, 92, 103, 108, 254, 347
Beobachtungszimmer 340
Beschäftigungszimmer 310
Bibliothek 277, 280
Büro 223, 224, 277, 347, 366
Chefarztwohnung *s. Arztwohnung; Direktorenwohnung*
Direktorenwohnung 105
Einzelzelle, -zimmer s. *Patientenzimmer: Einzelzelle*
Festsaal 90, 134, 270
Keller 280
Küche 87, 89, 90, 277, 321, 345, 347, 361, 372, 375, 377
Labor 277, 361, 371
Medikamentenzimmer *s. Apotheke*
Nasszelle s. *Baderaum*
Patientenzimmer 33, 65, 75, 229, 230, 284
– Einzelzimmer 70, 75, 109, 164, 209, 263, 276, 280, 347, 350, 444
– Isolierzelle, -zimmer 43, 68, 70, 86, 109, 125, 136, 182, 188, 195, 235, 244, 245, 263, 279, 361
– Mehrbettzimmer 75, 185, 229, 245, 276, 346, 347, 350, 375; *s. auch Schlafsaal*
Personalzimmer, Wärterzimmer 68, 98, 124, 234, 270, 278
Schlafsaal 34, 75, 103, 118, 216, 230, 234, 245, 276, 312
Schlafzimmer s. *Patientenzimmer*
Stationszimmer 310
Therapieraum 99, 226, 277, 280
Toilette 68, 75, 98, 103, 108, 110, 229, 288, 347
Unterhaltungssaal 127
Untersuchungszimmer 108, 225, 277
Wachsaal 75, 98, 103, 104, 125, 188, 245, 262, 276, 287, 303, 310, 330, 365
Wärterzimmer *s. Personalzimmer*
Waschgelegenheit, -möglichkeit *s. Baderaum*
Werkstätte 90, 98, 103, 104, 114, 228, 229, 275, 280, 281, 282, 311, 313, 346, 349, 365, 444
Wohngemeinschaft, Wohngruppe (betreute) 19, 61, 345, 349, 350, 353, 368–371, 445, 446
Wohnheim 19, 162, 209, 216, 284, 298, 301, 308, 309, 311, 312, 334, 335, 343–346, 349, 356, 368–371, 446, 447

Berufsgruppen

Facharzt, -ärztin Psychiatrie (frei praktizierend) 149, 199, 257, 264, 282, 314, 316, 317, 319, 321, 322, 325, 327, 333, 340, 351, 444
Facharzt, -ärztin anderer Richtung 109, 110
Hausarzt, -ärztin 18, 137, 142, 144, 152, 185, 189, 299, 307, 349, 351, 366, 379
Pflege-, Wartpersonal 9–11, 13, 14, 18–20, 25, 32, 44, 53, 67, 68, 70, 87, 98, 100, 101, 105, 106, 111–113, 122–124, 127, 128, 131, 135, 136, 161, 166, 169–175, 177, 178, 180, 183, 185, 186, 190, 193, 200, 205, 207, 208, 231–254, 260, 262–264, 270, 271, 276, 277, 279, 280, 285–288, 291, 297, 309, 310, 344, 350, 351, 354, 355, 357–359, 362, 363, 366, 377, 378, 381, 383, 435–437, 443, 444
Sozialarbeiter/in 19, 61, 134, 284, 285, 289, 313, 323, 354, 444
Verwaltungsmitarbeitende 10, 102, 305, 287, 283, 284, 317, 318, 322, 323, 337, 343, 349, 352, 361, 379, 381



Das Signet des Schwabe Verlags ist die Druckermarke der 1488 in Basel gegründeten Offizin Petri, des Ursprungs des heutigen Verlagshauses. Das Signet verweist auf die Anfänge des Buchdrucks und stammt aus dem Umkreis von Hans Holbein. Es illustriert die Bibelstelle Jeremia 23,29: «Ist mein Wort nicht wie Feuer, spricht der Herr, und wie ein Hammer, der Felsen zerschmeisst?»

QUELLEN UND FORSCHUNGEN ZUR
BÜNDNER GESCHICHTE

Herausgegeben vom Staatsarchiv Graubünden

Versorgen, behandeln, pflegen

Diese Studie bietet den ersten umfassenden und kritischen Überblick über die Bündner Psychiatriegeschichte von den Anfängen im 19. Jahrhundert bis heute. Was hat sich über die Zeit verändert, wo gibt es Kontinuitäten? Welche Rolle spielten fürsorgerische Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen? Wie sind Medikamententests an Patientinnen und Patienten vor Einführung der heutigen Prüfverfahren einzuschätzen? Die Untersuchung schliesst an aktuelle Debatten der jüngsten Psychiatriegeschichte an und stellt diese ausführlich dar, da gerade die Zeit von den 1960er Jahren bis in die Gegenwart noch kaum untersucht wurde.

Zu Wort kommen unterschiedliche Perspektiven, auch die des Pflegepersonals sowie der Patientinnen und Patienten. Ausgewählte Nahaufnahmen auf Personen und Anstaltsökonomie eröffnen einen vertieften Einblick ins Innenleben psychiatrischer Anstalten und Kliniken.

Silas Gusset ist als Historiker am Departement Geschichte der Universität Basel tätig und Mitarbeiter des Projekts Stadt.Geschichte.Basel.

Loretta Seglias ist Forschungsbeauftragte am Liechtenstein-Institut und freischaffende Historikerin.

Martin Lengwiler ist Professor für Neuere Allgemeine Geschichte am Departement Geschichte der Universität Basel.

SCHWABE VERLAG
www.schwabe.ch

ISBN 978-3-7965-4333-3