Zeitschrift: Quellen und Forschungen zur Bündner Geschichte

Herausgeber: Staatsarchiv Graubünden

Band: 38 (2021)

Artikel: Versorgen, behandeln, pflegen : Geschichte der Psychiatrie in Graubünden

Autor: Gusset, Silas / Seglias, Loretta / Lengwiler, Martin

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

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-953551

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

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.

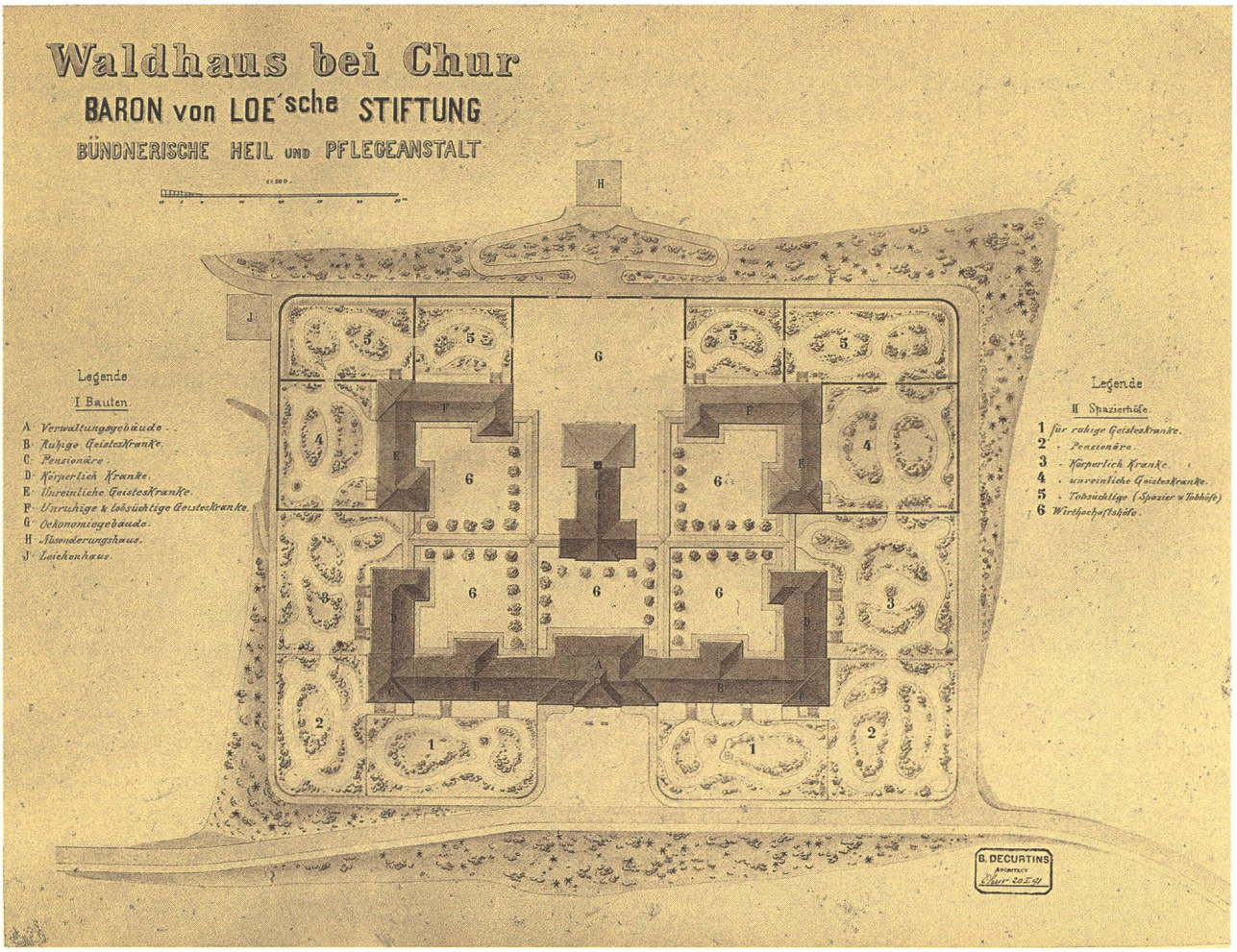

Abbildung 5: Situationsplan der Klinik Waldhaus von Balthasar Decurtins, Chur 1891
Quelle: StAGR P01.24.4.1.

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.

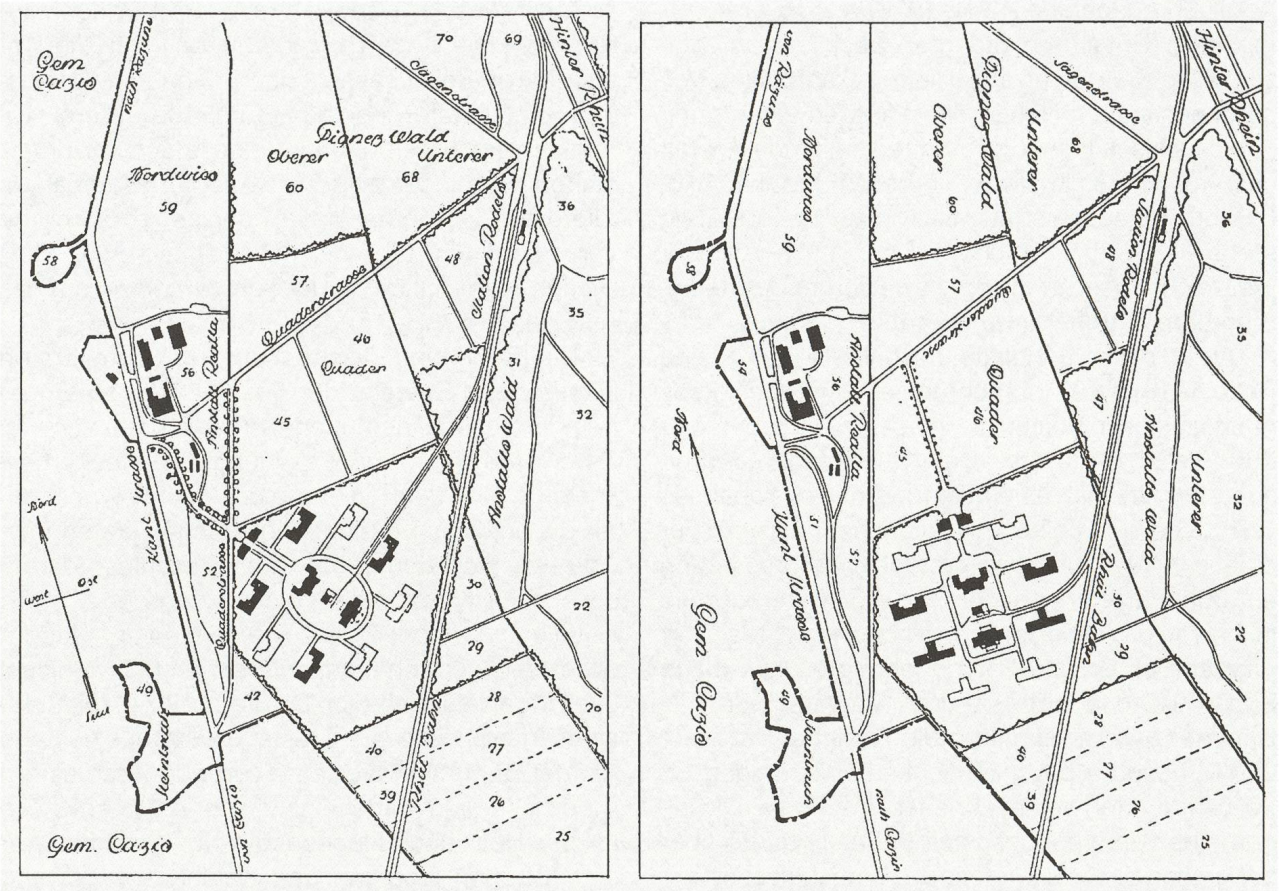

Abbildung 6: Wettbewerb Kantonale Bündner. Versorgungsanstalt Realta: IV. Rang, Entwurf Nr. 3, «Zweck und Form», Architekt Otto Manz in Chur. Vogelschaubild des Hauptprojekts von Süden
Anmerkung: Lageplan des Hauptprojekts (l.) und Lageplan der Variante (r.), 1:15'000.
Quelle: Schweizerische Bauzeitung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

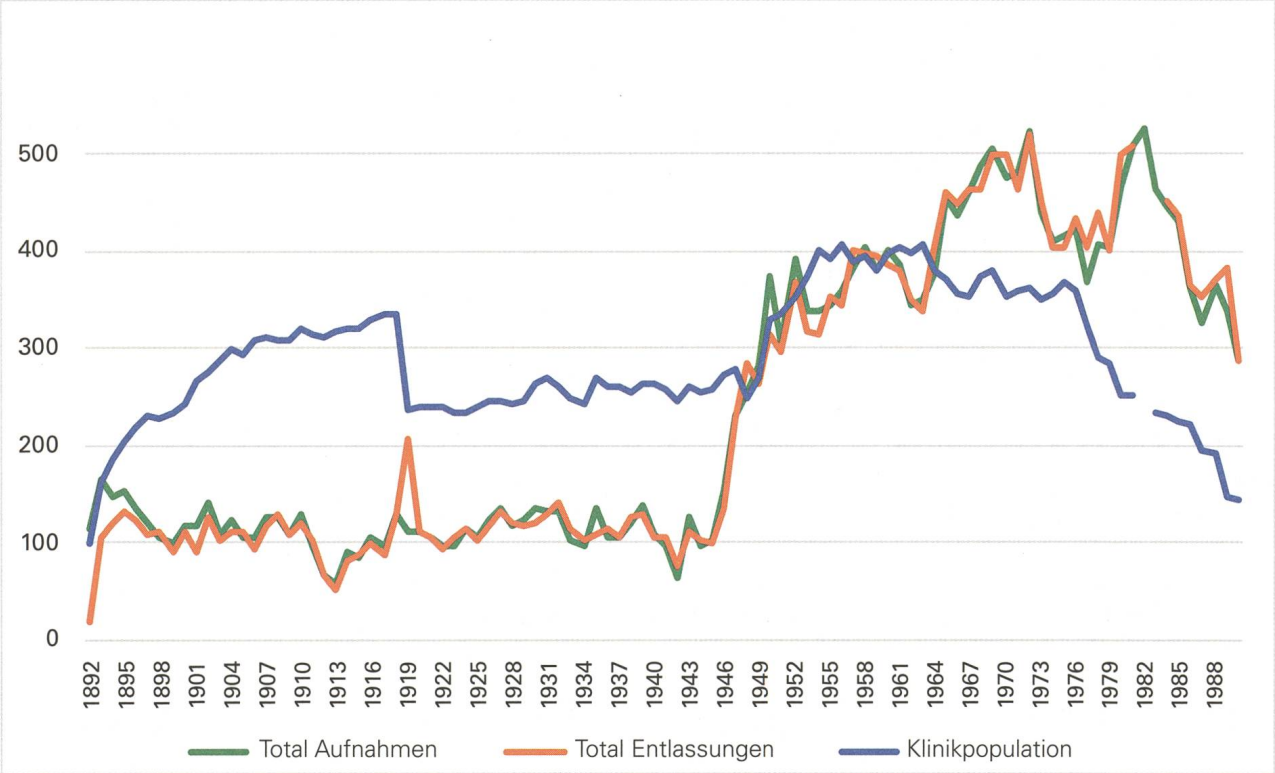

Diagramm 6: Entwicklung der Aufnahmen, der Entlassungen und der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten der Klinik Waldhaus, 1892–1990

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-

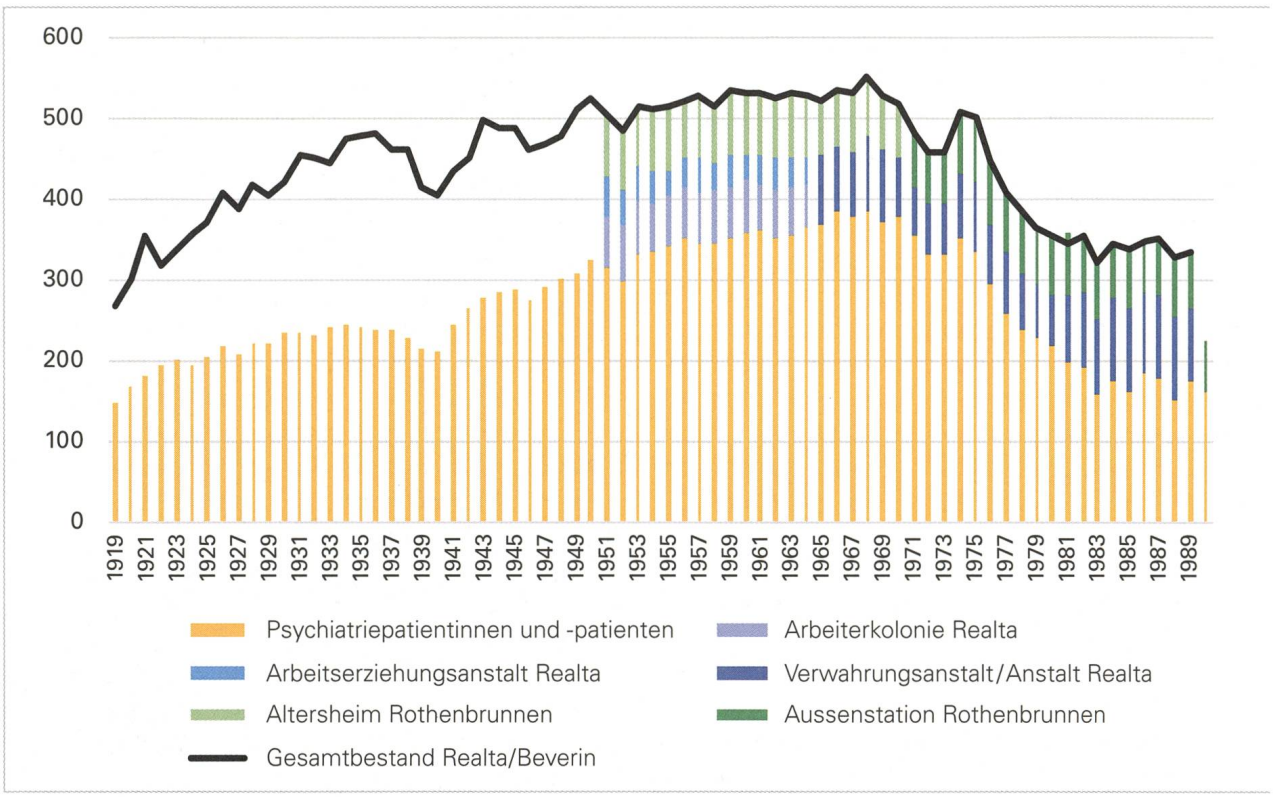

Diagramm 7: Entwicklung der Gesamtpopulation der Multifunktionsanstalt Realta/Beverin, 1919–1990

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.

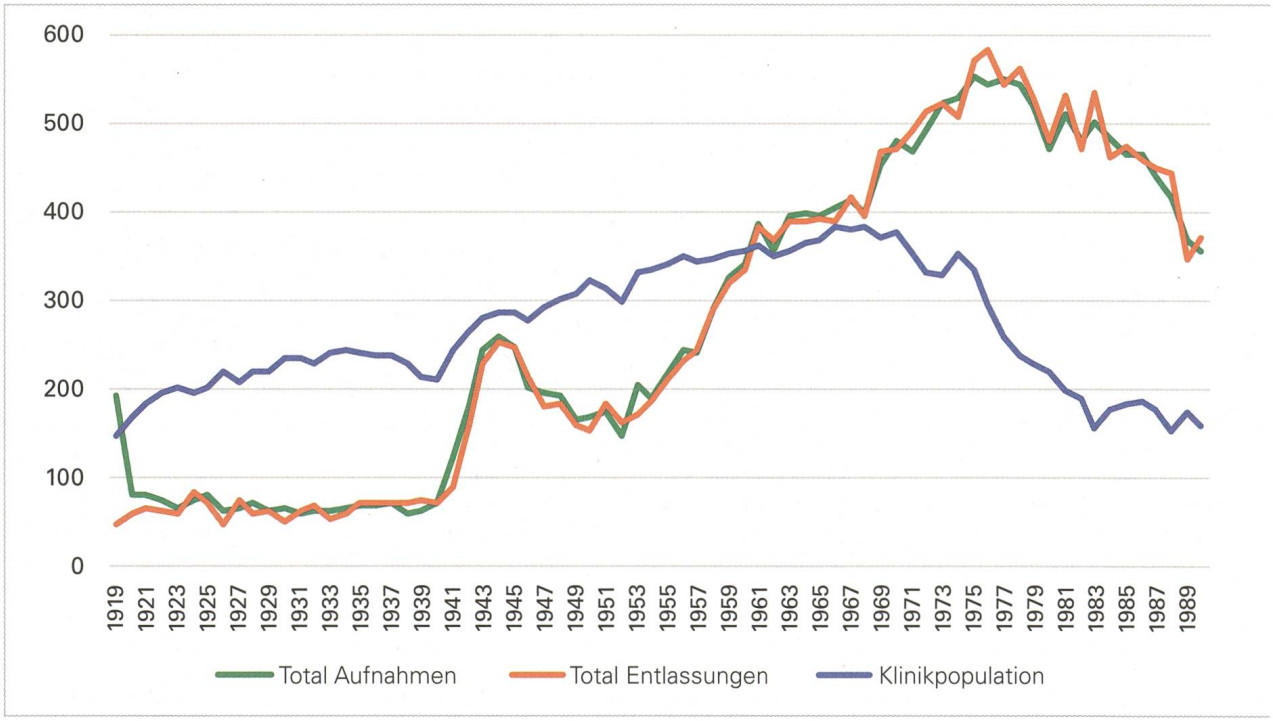

Diagramm 8: Entwicklung der Aufnahmen, der Entlassungen und der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten der Klinik Realta/Beverin, 1919–1990

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.

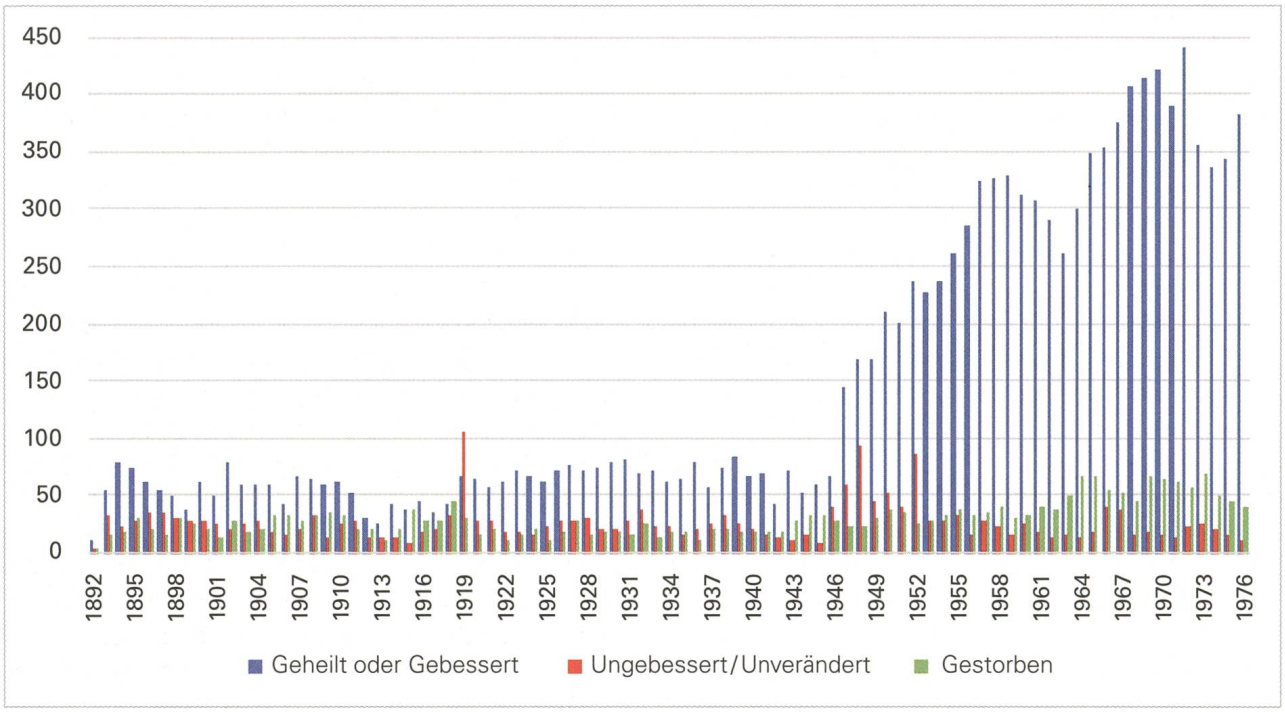

Diagramm 9: Austrittsgründe Klinik Waldhaus, 1892–1976

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.

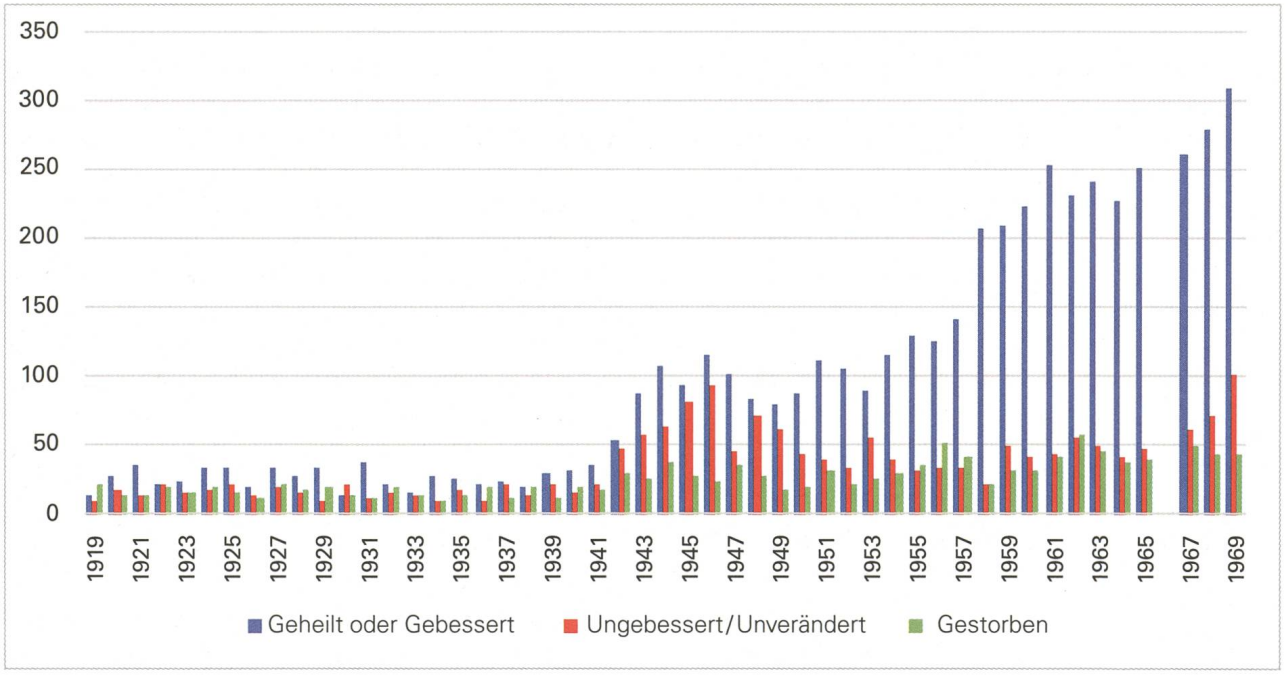

Diagramm 10: Austrittsgründe Klinik Beverin, 1919–1969

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.