

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:	3: Einweisungsgründe und Behandlungsmethoden (bis um 1990)
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: 17.01.2026

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

3 Einweisungsgründe und Behandlungsmethoden (bis um 1990)

3.1 Psychiatrische Einweisungen: Instanzen und Begründungen

Die Pfade einer psychiatrischen Unterbringung haben sich seit dem 19. Jahrhundert stark gewandelt, sowohl auf nationaler Ebene als auch im bündnerischen Kontext, der im schweizerischen Föderalismus gesetzliche Eigenheiten entwickelte. Die *Psychiatrischen Dienste Graubündens* (PDGR) kennen heute generell drei stationäre Aufnahmeverfahren: der Eintritt auf Zuweisung von Psychiaterinnen und Psychiatern, Hausärztinnen und Hausärzten oder Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, daneben die fürsorgerische Unterbringung (FU) gegen den Willen einer betroffenen Person und gestützt auf das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB), schliesslich die Selbstzuweisung. Die Anordnung einer FU, etwa bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung, kann von zwei Instanzen verfügt werden: entweder von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder von bestimmten Ärztinnen und Ärzten im Kanton, die nicht der Einrichtung angehören, in die die betroffene Person eingeliefert werden soll. Die *behördlichen* und *ärztlichen* FU haben gesetzlich vorgeschriebene Rahmenbedingungen zu erfüllen und sind generell zeitlich begrenzt. Ein ärztlicher FU ist in Graubünden auf sechs Wochen beschränkt; eine behördliche Anordnung kann allerdings eine Verlängerung der Unterbringung erwirken. Die betroffene Person und ihre Angehörigen haben das Recht, schriftlich beim Kantonsgericht Beschwerde gegen den FU-Beschluss einzureichen und jederzeit ein Entlassungsgesuch zu stellen.¹ Dieser Status quo behördlicher und ärztlicher Zwangseinweisungen ist aus mehreren Gesetzesrevisionen historisch gewachsen, national wie kantonal. Die Entwicklung der rechtlichen

Rahmenbedingungen und der Wandel der Zuständigkeiten bei Einweisungen können dabei in sich überlagernde Phasen gegliedert werden.

3.1.1 Erste Rechtsgrundlagen für Entmündigungen und Anstaltseinweisungen: Armenordnung und Bündner Privatrecht

Die erste Phase umfasst die Jahre 1839 bis 1912, in der die Entmündigung und Anstaltseinweisung psychisch kranker Menschen erstmals auf kantonaler Ebene gesetzlich geregelt wurde. Die Bündner Armenordnungen von 1839, 1857 und 1907 bildeten die rechtliche Basis für Anstaltsunterbringungen. Auf der Grundlage des Bündner Privatrechts von 1862 wurden Entmündigungsverfahren durchgeführt. Diese Gesetzeslage blieb über Jahrzehnte bestehen. Erst mit dem 1907 verabschiedeten und 1912 in Kraft getretenen ZGB installierte die Schweiz ein übergeordnetes Gesetz, das bundesweit innerhalb des Familienrechts Entmündigungen und Anstaltsunterbringungen regelte.

Mit der ersten Armenordnung von 1839 und der Verordnung der kantonalen Armenkommission verfügte der Kanton Graubünden über ein gesetzliches Instrumentarium, um (strafende) Massnahmen der offenen und geschlossenen Fürsorge anzuordnen. Dieses Regelwerk bildete die rechtliche Grundlage für Einweisungen in die 1840 eröffnete Zwangsarbeitsanstalt Fürstenau.² Psychisch kranke Menschen im engeren Sinne wurden in der Gesetzgebung jedoch nicht miteingeschlossen. Die armenpolitischen und fürsorgerischen Zwangsmassnahmen zielten ursprünglich ausschliesslich auf Personen, die bedürftig waren oder aus behördlicher Sicht vorherrschende soziale Normen verletzten, etwa indem ihnen ein «arbeitsscheuer», «liederlicher» oder «herumziehender» Lebenswandel zugeschrieben wurde.³ Ob jemand durch sein Sozialverhalten von der Norm abwich oder unter einer psychischen Krankheit litt,

¹ Zu den rechtlichen Bestimmungen der fürsorgerischen Unterbringung (FU), die 2013 im Zuge der Totalrevision des Vormundschaftsrechts in Kraft traten und neu unter dem Titel «Kindes- und Erwachsenenschutzrecht» (KESR) liegen, siehe Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB, Stand 1. Januar 2013 (Art. 426–439). Zu den Ausführungen des kantonalen Einführungsgesetzes zur FU nach ZGB siehe EGzZGB GR (Art. 51–55), Stand 10. Januar 2019.

² Zu den Bündner Armenordnungen liegen bereits umfassende Studien vor, siehe etwa KAUFMANN (2008) und RIETMANN (2017), S. 37–49.

³ Vgl. Verordnung Armenkommission 1840, Art. 6 und Armenordnung 1839, Art. 11.

war für die Zeitgenossen keineswegs immer klar. Diese unscharfe Grenzziehung zeigte sich auch in der Einweisungspraxis: Die Gemeinden und die Armenkommission versorgten von Beginn an auch psychisch kranke Menschen in der Zwangsarbeitsanstalt. Als Reaktion darauf beschloss der Grosse Rat 1843, der Anstalt eine Abteilung für «unheilbare Irre» anzuschliessen, die 1855 nach Realta übergesiedelt wurde und bis zur Eröffnung des Asyls Realta 1919 Bestand hatte (vgl. Kapitel 1.2 und 1.3).

Seit 1844 war es möglich, psychisch kranke Menschen in die Anstalt Fürstenau einweisen zu lassen. Eine gesonderte Regelung der Versorgungsbestimmungen bei «armen und unheilbaren Irren» findet sich jedoch erst in der Armenordnung von 1857.⁴ Darin wurde festgehalten, dass nur psychisch kranke Personen aufgenommen werden sollten, die «unbemittelt und laut ärztlichem Zeugnis unheilbar sind».⁵ Armut und Unheilbarkeit waren die zentralen Kriterien für eine Versorgung in Realta. Eine ärztliche Expertise hatte zu bezeugen, dass die psychische Krankheit chronisch sei und vom medizinischen Standpunkt her keine Aussicht auf Besserung bestehen würde. Die Anstaltsunterbringung diente also primär der Verwahrung und weniger therapeutischen Anliegen. Gleichzeitig legte die Armenordnung explizit fest, dass die neue Abteilung als Provisorium zu verstehen sei, bis eine geeigneter Einrichtung für psychisch kranke Menschen errichtet werden könne.⁶

Die armenrechtlichen Versorgungsbestimmungen blieben bis ins frühe 20. Jahrhundert gültig. Der Kanton hob sie erst 1917 mit den Statuten des neuen Asyls Realta auf, dessen Gründung mit der Schliessung der ehemaligen Verwahrungsanstalt für «arme und unheilbare Irre» einherging. Die Aufnahmebestimmungen für die psychiatrischen Abteilungen der beiden Anstalten Waldhaus und Realta waren künftig durch identische Statuten reglementiert.⁷ Einige ehemalige armenrechtliche Regelungen der Anstaltsunterbringung fanden sich neu und in abgeänderter Form in den Aufnahmebestimmungen der Arbeiterkolonie und der Korrektionsanstalt von Realta.⁸

⁴ Siehe dazu den Abschnitt «Verwahrungsanstalt für arme unheilbare Irre», Art. 42–47, in: Armenordnung 1857.

⁵ Vgl. ebd., Art. 43.

⁶ Vgl. ebd., Art. 42.

⁷ Siehe dazu StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 35.

⁸ Vgl. ebd., Art. 81–84 (Arbeiterkolonie) und 85–96 (Korrektionsanstalt).

Die Vormundschaftsbehörden waren seit 1857 für den Beschluss und Vollzug fürsorgerischer Massnahmen gemäss Armenordnung verantwortlich. Sie traten damit an die Stelle der kantonalen Armenkommission, die der Kanton im selben Jahr aufgelöst hatte. Fünf Jahre später weitete die Regierung die Aufgabenbereiche der Vormundschaftsbehörden weiter aus. Mit der Inkraftsetzung des Bündner Privatrechts 1862 hatten sie künftig ein kantonales Zivilgesetzbuch zur Hand, durch das sie vormundschaftsrechtliche Massnahmen anordnen konnten.⁹ Das neue Gesetzeswerk regelte unter anderem die Bedingungen, die für eine Entmündigung – den Entzug der rechtlich-formalen Handlungsfähigkeit – oder eine zwangsweise Anstaltsunterbringung bevormundeter Personen gegeben sein mussten.

In Fragen der Bevormundung differenzierte das Bündner Privatrecht grundsätzlich zwischen einer umfassenden und einer eingeschränkten Form der «obrigkeitlichen Vormundschaft»: Die umfassende war die «Vogtei», bei der die Vormundschaft sowohl die Person als auch ihre Vermögensverwaltung betraf. Bei einer «Beistandschaft (Kuratell)» hingegen beschränkte sich die Aufsichtsfunktion auf die Vermögensverwaltung.¹⁰ Das Bündner Privatrecht listete die Bedingungen auf, die für eine «Bevogtigung» gegeben sein mussten. Volljährige Personen mit einer psychischen Krankheit fanden sich ebenfalls auf dieser Liste: «Unter Vogtei zu stellen sind [...] 2. Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Selbstberatung und Vermögensverwaltung unfähig sind».¹¹ Der Einleitung einer solchen Bevormundungsmassnahme musste zwingend eine ärztliche Untersuchung vorausgehen.¹² Generell war zudem eine persönliche Einvernahme der betroffenen Person durch die verantwortlichen Behörden gesetzlich vorgeschrieben. Doch nicht alle Menschen hatten die Möglichkeit, Stellung zur bevorstehenden Massnahme zu nehmen. Laut Gesetz mussten «unbekannt Abwesende oder Geisteskranke» nicht vorgängig einvernommen werden.¹³

Durch eine «Bevogtigung» wurde die «vogtbefohlene» Person, was ihre Handlungsfähigkeit betraf, mit einem Kind gleichgestellt.¹⁴ Damit

⁹ Die Vormundschaft über Menschen ist in den Artikeln 98–133 geregelt. Vgl. Bündnerisches Privatrecht 1862.

¹⁰ Vgl. ebd., Art. 98.

¹¹ Vgl. ebd., Art. 100, Abs. 2.

¹² Vgl. ebd., Art. 110.

¹³ Vgl. ebd.

¹⁴ Vgl. ebd., Art. 104 und 66.

konnte sie ohne Zustimmung des Vogtes künftig keine gültigen Vereinbarungen mehr eingehen oder Rechte abtreten. Wurde eine Bevormundung beschlossen, war der Vogt für folgende Aufgaben zuständig:

«Den wegen körperlicher oder geistiger Gebrüchen Bevogteten hat der Vogt, nach Massgabe der Vermögensverhältnisse desselben, angemessen zu versorgen und, so weit thunlich, einer heilenden Pflege theilhaft werden zu lassen.»¹⁵

Als angemessene Massnahme bei «Geisteskranken» bezeichnete das Gesetz unter anderem die Unterbringung in einer «Irrenanstalt».¹⁶ Diese Anordnung durften die Vögte aber nicht selbstständig treffen, sie mussten vorgängig die Genehmigung der jeweiligen Vormundschaftsbehörde einholen. Die 1851 konstituierten Bündner Vormundschaftsbehörden waren milizartig auf der Ebene der Kreise angesiedelt. Über 150 Jahre lang hatten sie die Entscheidungsgewalt über die Verfügung fürsorgerischer Zwangsmassnahmen. Die Gesetzesgrundlagen wurden über die Jahrzehnte hinweg mehrmals geändert, die Bündner Vormundschaftsbehörden blieben jedoch stets die Instanz, die für die Umsetzung der Artikel verantwortlich war; sei es nach der Armenordnung (1857–1917), dem Bündner Privatrecht (1862–1912), dem ZGB (1912–2013) oder dem Bündner Fürsorgegesetz (1920–1987). Erst 2013 wurden die Vormundschaftsbehörden – wie überall in der Schweiz – durch neue zivilrechtliche Bestimmungen von fünf regional organisierten Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden ersetzt.¹⁷

3.1.2 Neue Rahmenbedingungen: Das Schweizerische Zivilgesetzbuch (1912) und das Bündner Fürsorgegesetz (1920)

Das Bündner Privatrecht und seine vormundschaftsrechtlichen Bestimmungen waren bis ins frühe 20. Jahrhundert gültig. Dann aber wurde ein richtungsweisendes Gesetzeswerk auf nationaler Ebene eingeführt, das die kantonalen Privatrechte

¹⁵ Vgl. ebd., Art. 101.

¹⁶ Vgl. ebd.

¹⁷ Zum Bündner Vormundschaftswesen siehe RIETMANN (2017), S. 69–80, bes. S. 70. Der Kanton Graubünden löste 2016 das System der Bezirke und Kreise auf und ersetzt es durch elf Regionen.

ablöste: das 1907 verabschiedete und 1912 in Kraft getretene Zivilgesetzbuch (ZGB), das einheitliche zivilrechtliche Bestimmungen für die ganze Schweiz formulierte. Im Übergang vom Privatrecht zum ZGB stellte die historische Forschung einen Mentalitätswandel fest, der mit der Tendenz eines stärkeren Eingriffs der Behörden in den Privatbereich einherging. Die Familie, die als Fundament einer gesunden Gesellschaft angesehen wurde, wurde zum zentralen Gut, das gegebenenfalls auch mit zivilrechtlichen Massnahmen geschützt werden musste.¹⁸

Zudem definierte das neue Gesetzeswerk Begriffe wie Familie und Ehe verstärkt anhand von eugenischen Deutungsmustern. Exemplarisch lässt sich das am Beispiel des neuen Ehrechts festmachen. Das ehemalige Bündner Privatrecht setzte voraus, dass eine Ehe bei bevormundeten Personen nur mit der Erlaubnis ihres Vogtes geschlossen werden könne.¹⁹ Ein Vogt konnte also unter Umständen eine Eheschliessung verhindern. Die vormundschaftliche Einwilligung in die Eheschliessung blieb auch im ZGB als Voraussetzung bestehen.²⁰ Das neue Zivilgesetzbuch war radikaler. Die Schweiz war eines der ersten Länder mit einem Artikel, auf dessen Grundlage eugenisch motivierte Eheverbote ausgesprochen werden konnten.²¹ Laut Artikel 97 ZGB galten Menschen nur dann als «ehefähig», wenn sie mündig, «urteilsfähig» und geistig gesund waren, das heisst Sinn und Zweck einer Ehe verstanden. Im zweiten Satz des Artikels hiess es weiter, dass «Geisteskranke in keinem Falle ehefähig [sind]».²² Radikal ausgelegt, besagte dieser Passus, dass Menschen mit einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung grundsätzlich – unabhängig von der Urteilsfähigkeit – nicht ehefähig seien. In der Konsequenz verfügten die Vormundschaftsbehörden mit Artikel 97 ZGB über eine Massnahme,

¹⁸ Siehe beispielhaft LENGWILER et al. (2013), S. 24 und RIETMANN (2017), S. 81. Zu den Unterschieden zwischen dem Familienrecht im ZGB und im Bündner Privatrecht siehe MANATSCHAL (1918).

¹⁹ Vgl. Bündnerisches Privatrecht (Civilgesetzbuch), 1862, Art. 21, Abs. 4.

²⁰ ZGB 1907/1912, Art. 99.

²¹ Vgl. HUONKER (2003), S. 171. Zur psychiatrischen Begutachtung der «Ehefähigkeit» gemäss ZGB, Art. 97, gibt es einen breiten Forschungsstand, siehe RITTER (2009), S. 241–242; GALLE (2016), 585–590; GOEPFERT (1999); RITTER/IMBODEN (2013); WECKER (2011); HUONKER (2002); BÜHLER et al. (2019), S. 344.

²² ZGB 1907/1912, Art. 97. Dieser Gesetzesartikel wurde 1999 aufgehoben, vgl. RITTER (2009).

um auf Basis eines psychiatrischen Gutachtens eugenisch motivierte Eheunfähigkeitserklärungen auszusprechen.

Das ZGB bezog die Psychiatrie explizit in seine fürsorgerischen Bestimmungen mit ein, sowohl in institutioneller als auch in fachlich-wissenschaftlicher Hinsicht. Zentrale Bedeutung erhielt die psychiatrische Expertise bei den Begutachtungen und bei den Abklärungen zivilrechtlicher Massnahmen, die Psychiater auf Anfrage der Vormundschaftsbehörden durchführten. Durch die klinikärztliche Gutachtertätigkeit, die in Graubünden ab den 1940er Jahren beträchtlich zunahm (vgl. Kapitel 4.2), diffundierte psychiatrisches Wissen immer stärker in institutionelle Bereiche ausserhalb der psychiatrischen Einrichtungen. Dazu gehörten insbesondere die Fürsorge, die Vormundschaft, das Strafrecht und das Schulwesen. Die Studie von Rietmann zu fürsorgerischen Zwangsmassnahmen im Kanton Graubünden konnte unlängst aufzeigen, dass psychiatrische Gutachten stark auf die behördlichen Deutungen sozialen Fehlverhaltens einwirkten.²³ Psychiatrische Expertisen genossen eine hohe Legitimität und übten einen starken Einfluss auf die Entscheidungen der Vormundschaftsbehörden aus, unter anderem bei Entmündigungen oder Anstaltseinweisungen. Die Vormundschaftsbehörden wiederum konnten ihre Beschlüsse auf eine breitere, vermeintlich objektivere Basis abstützen.

In Artikel 369 definierte das ZGB die Voraussetzungen, die für die Entmündigung einer Person mit psychischer Krankheit oder geistiger Behinderung gegeben sein mussten. Die Bevormundung aufgrund von «Geistesschwäche» oder «Geisteskrankheit» setzte eine psychiatrische Abklärung voraus. Diese sollte festlegen, ob die Voraussetzungen für eine fürsorgerische Intervention gegeben waren. Die behördlichen Zuständigkeiten für Entmündigungen wurden durch die jeweiligen kantonalen Einführungsgesetze zum ZGB geregelt. In Graubünden fiel diese Verantwortung in den Kompetenzbereich der Vormundschaftsbehörden.

Art. 369 ZGB: «Unter Vormundschaft gehört jede mündige Person, die infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ihre An-

²³ Vgl. RIETMANN (2017), S. 17. Rietmann untersuchte in ihrer Studie die Biografien mehrerer Personen, die von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen betroffen waren. Die Einzelfälle machen deutlich, welche Wirkungsmacht die psychiatrischen Gutachten auf die zivilrechtlichen Massnahmen der Vormundschaftsbehörden hatten. Vgl. ebd., S. 89–92, 93–96, 109 und 111–114.

gelegenheiten nicht zu besorgen vermag, zu ihrem Schutze dauernd des Beistandes und der Fürsorge bedarf oder die Sicherheit Anderer gefährdet. Die Verwaltungsbehörden und Gerichte haben der zuständigen Behörde Anzeige zu machen, sobald sie in ihrer Amtstätigkeit von dem Eintritt eines solchen Bevormundungsfalles Kenntnis erhalten.»²⁴

«Geisteskrankheit» oder «Geistesschwäche» allein waren allerdings keine ausreichende Grundlage für eine Bevormundung. Diese war nur angezeigt, sofern das Verhalten oder der Zustand einer Person dazu führte, dass sie ihre Angelegenheiten nicht mehr «besorgen» könne, die Sicherheit Anderer gefährde oder zu ihrem Schutze eines dauerhaften Beistandes oder der Fürsorge bedürfe. Bei einer Entmündigung nach Artikel 369 ZGB erklärten die Psychiater die Patientin oder den Patienten häufig zugleich für «eheunfähig».²⁵ Waren die Gründe für eine Bevormundung aus behördlicher Sicht gegeben, konnte als vormundschaftliche Massnahme nach Artikel 406 ZGB eine Anstaltsunterbringung angeordnet werden. Dafür wurde zwingend die Zustimmung der Vormundschaftsbehörde vorausgesetzt, eine Regelung, die bereits im Bündner Privatrecht verankert gewesen war.²⁶ Der Beschluss einer Anstaltsunterbringung verlangte jedoch keinen gerichtlichen Entscheid. Ein Alleinstellungsmerkmal hatte das Bündner ZGB-Einführungsgesetz von 1911 im Bereich des Rechtsschutzes: Es war das einzige schweizweit, das bei Entmündigungsverfahren eine anwaltliche Vertretung verbot.²⁷

²⁴ ZGB 1907/1912, Art. 369.

²⁵ Vgl. dazu GALLE (2016), S. 585. Galle untersuchte die Patientenakten der Kinder und Jugendlichen, die vom «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Pro Juventute erfasst wurden. Einige davon wurden im Waldhaus oder in Beverin untergebracht. In deren Patientenakten fand Galle mehrere Gutachten, die neben einer Entmündigung auch eine Eheunfähigkeitserklärung empfahlen. Siehe dazu Patientenakte, Frauen stationär Waldhaus 6737 (12.4.1948); Männer stationär Waldhaus 8654 (12.1.1954); Männer stationär Waldhaus 8876 (30.10.1954); Frauen stationär Waldhaus 9224 (14.9.1956); Frauen stationär Waldhaus 15220 (20.8.1958).

²⁶ ZGB 1907/1912, Art. 421; Bündnerisches Privatrecht 1862, Art. 101.

²⁷ Vgl. RIETMANN (2017), S. 18, 75–76; KAUFMANN (1924), S. 124. Im Jahr 1944 wurde das Bündner Einführungsgesetz revidiert, unter anderem mit der Neuerung, dass eine anwaltliche Unterstützung im Vorverfahren, also während der Untersuchung eines Falles und bevor die Vormundschaftsbehörde einen Beschluss fasste, neu

Art. 406 ZGB: «Steht der Bevormundete im Mündigkeitsalter, so erstreckt sich die Fürsorge auf den Schutz und Beistand in allen persönlichen Angelegenheiten, sowie nötigenfalls auf die Unterbringung in einer Anstalt.»²⁸

Artikel 406 ZGB war sehr allgemein formuliert und definierte nicht explizit, welche Umstände gegeben sein mussten, damit eine bevormundete Person in einer Erziehungs-, Versorgungs- oder Heilanstalt untergebracht werden konnte.²⁹ Eine kurSORische Durchsicht der Patientenakten und Beschwerdedossiers machte allerdings deutlich, dass Entmündigungen und stationäre psychiatrische Unterbringungen nach Artikel 369 und 406 ZGB mehrfach dokumentiert wurden.³⁰ Ein exemplarisches Beispiel ist die Biografie eines pensionierten Waldarbeiters, für den die Vormundschaftsbehörde Chur im Juni 1951 ein psychiatrisches Gutachten beim Waldhaus einholte. Dafür liess sie den Patienten vom Kreuzspital Chur ins Waldhaus verlegen. Die Behörde wollte die Frage abklären,

erlaubt war. Diese beinhaltete die Möglichkeit, in die angelegten Akten Einsicht zu nehmen und schriftlich Stellung zu nehmen. Für den Anwalt und Politiker Gaudenz Canova (1887–1962), der sich in dieser Zeit intensiv für den Rechtsschutz betroffener Personen einsetzte, ermöglichte diese Neuregelung keineswegs eine angemessene Vertretung. Zu Canovas Bemühungen siehe die Nahaufnahme 2.

²⁸ ZGB 1907/1912, Art. 406.

²⁹ Diese drei Anstaltsformen werden so namentlich in Artikel 421 ZGB 1907/1912 genannt.

³⁰ Vgl. dazu z. B. Patientenakte, Männer stationär Beverin 8879; Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812; Beschwerde- und Insassendossiers im StAGR unter V 13 e 6 und V 13 f 12 bzw. V 13 e 8 und V 13 f 10. Der Vorschlag zur Entmündigung nach Artikel 369 ZGB wurde meistens im Rahmen einer stationären psychiatrischen Begutachtung ausgesprochen. Es lagen uns aber auch Patientenakten von Personen vor, die eigentlich zur Behandlung eingewiesen wurden, bei denen der Psychiater aber als Massnahme u. a. eine Bevormundung empfahl, obwohl kein Gutachterauftrag vorlag. 1965 etwa wurde eine 43-jährige Patientin «nach langem Hin und Her zwischen VB und Arzt unter Sträuben der Familie [in Beverin] eingewiesen». Direktor Weber diagnostizierte eine «Pfropf-Katatonie», eine akute Form der Schizophrenie mit einer geistigen Behinderung, und sah als Massnahmen eine «Langzeit-Behandlung» sowie eine «Bevormundung gemäss Art. 369 ZGB dringend indiziert», vgl. Patientenakte, Frauen stationär Beverin 9090, Résumé, 1. Aufnahme 1965–1978, S. 10. In den Patientenakten wurde jeweils aufgeführt, durch wen die betroffene Person eingewiesen wurde. Der explizite Hinweis darauf, dass ein Versorgungsbeschluss nach Artikel 406 ZGB erfolgte, liess sich in den Patientenakten jedoch nicht finden.

ob der 64-jährige Mann die Voraussetzungen für eine Bevormundung erfülle. Das psychiatrische Gutachten schlussfolgerte, dass der Patient «infolge seines chronischen Alkoholabusus und des im Jahre 1921 erlittenen Unfalls heute das Bild eines schwer dementen Alkoholikers [bietet], der nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten zu besorgen und der nach Artikel 369 ZGB entmündigt werden muss». Das Gutachten empfahl aber nicht nur eine Entmündigung, sondern ebenso eine längerfristige stationäre Behandlung: «Der Zustand des Kranken erfordert eine Internierung in einer Heil- und Pflegeanstalt für voraussichtlich längere, jetzt noch nicht bestimmbarer Zeit, möglicherweise für dauernd».³¹ Zwei Wochen später entmündigte ihn die Vormundschaftsbehörde nach Artikel 369 ZGB und stellte ihn unter Vormundschaft. Auf Empfehlung der Klinik und auf Beschluss von Vormund und Vormundschaftsbehörde Chur blieb er zudem auch nach der Begutachtung im Waldhaus hospitalisiert, bis er im August 1952 versuchsweise in eine Familienpflege entlassen wurde.

Die administrative Versorgung in einer psychiatrischen Anstalt nach dem ZGB beruhte aber nicht alleine auf einer systematischen Befolgung der Artikel 369 und 406 – das lässt sich aus mehreren konsultierten Patientenakten herauslesen. Artikel 406 war zwar der zentrale Gesetzesartikel, mit dem die Behörden die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt nach ZGB verfügten. Die vorausgegangene Bevormundung erfolgte aber nicht immer zwangsläufig nach Artikel 369. Für gewisse Vormundschaftsbehörden waren die Grenzen zwischen psychischer Erkrankung, geistiger Behinderung und einem von sozialen Normen abweichenden Verhalten nicht immer klar erkennbar. Nach Artikel 370 ZGB konnten auch Zuschreibungen wie «Verschwendungs», «Trunksucht» oder «lasterhafter Lebenswandel» ein Grund zur Bevormundung sein, falls die betreffende Person dadurch Gefahr laufe, sich oder ihre Familie in einen «Notstand» oder in eine «Verarmung» zu führen.³² Dass die Vormundschaftsbehörden

³¹ Pflugfelder rezitierte das Gutachten von 1951 in einem späteren Schreiben von 1955, als sich der Patient schriftlich über seine aktuelle ambulante Behandlung beschwerte. Vgl. StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Brief eines Patienten von 1953, Chur, 2. Juni 1955, S. 1.

³² Vgl. ZGB 1907/1912, Art. 370. Der Artikel lautete: «Unter Vormundschaft gehört jede mündige Person, die durch Verschwendungs, Trunksucht, lasterhaften Lebenswandel oder durch die Art und Weise ihrer Vermögensverwal-

nicht immer fähig waren, die Grenzen zwischen den Artikeln 369 und 370 ZGB zu definieren, lässt sich an einem Beispiel darlegen: 1966 holte die Vormundschaftsbehörde des Kreises Jenaz von der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Beverin ein psychiatrisches Gutachten für einen ihrer Mündel ein.³³ Da dessen Eltern verstorben waren und dadurch die rechtliche Verwaltungsbeistandschaft nach Artikel 374, Abs. 2 ZGB nicht mehr haltbar gewesen wäre, hatte sie «eine Bevormundung im Sinne von Art 370 ZGB im Auge». Der zuständige Arzt, vermutlich der Hausarzt des Betroffenen oder ein frei praktizierender Psychiater, «belehrte» die Vormundschaftsbehörde jedoch darüber, «dass diesfalls die Anwendung von Artikel 369 ZGB angezeigt sei», beziehungsweise eine «Geisteskrankheit» oder «Geistesschwäche» als Grund für eine Bevormundung vorliege. Ein Mitarbeiter der Vormundschaftsbehörde liess sich gerne eines Besseren belehren und wandte sich an die Klinik Beverin: «Da ich nicht Sachverständiger bin, möchte ich mich nicht aufs Eis hinaus wagen und bitte Sie, uns das gewünschte Gutachten umgehend zu besorgen.»³⁴ Das Gutachten der Klinik Beverin bestätigte den ärztlichen Eindruck, dass eine Bevormundung gemäss Artikel 369 angezeigt sei. Die Behörden folgten dem Vorschlag des Gutachtens.³⁵ Der Verlauf der Begutachtung illustriert, wie stark die Vormundschaftsbehörden auf psychiatrische Expertisen als Korrektiv für erwogene zivilrechtliche Massnahmen zurückgriffen.

Ein weiteres Beispiel wiederum veranschaulicht, dass psychiatrische Gutachten teilweise die Bedingungen für eine Bevormundung nach beiden Artikeln 369 und 370 ZGB gegeben sahen: Im September 1965 beauftragte die Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur die Klinik Beverin mit einem Gutachten.³⁶ Der zu begutachtende, 32-jährige Mann war zu diesem Zeitpunkt bereits nach Artikel 370 ZGB bevormundet und in der Heilanstalt Münsingen im Kanton Bern hospitali-

tung sich oder ihre Familie der Gefahr eines Notstandes oder der Verarmung aussetzt, zu ihrem Schutze dauernd des Beistandes und der Fürsorge bedarf oder die Sicherheit Anderer gefährdet.»

³³ Patientenakte, Männer stationär Beverin 9067: Schreiben der Vormundschaftsbehörde an die Heil- und Pflegeanstalt Beverin, Versam, 19.2.1966.

³⁴ Ebd.

³⁵ Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt Beverin von 1966.

³⁶ Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt Beverin an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur, 1.11.1965.

siert, da er «seit jeher grosse soziale und Einordnungsschwierigkeiten» gehabt habe und weder Heimerziehung noch andere vormundschaftliche Massnahmen langanhaltenden «Erfolg» gezeigt hätten. Im Zentrum der neuen Expertise stand die «Geistesverfassung» des Mannes, beziehungsweise die Frage, ob er auch nach Artikel 369 ZGB bevormundet werden müsste.³⁷ Bei seinem Eintritt in die Klinik Beverin hatte der zuständige Psychiater die Diagnose «Hysterischer und trunksüchtiger Psychopath» gestellt.³⁸ Im psychiatrischen Gutachten, das nach neunmonatiger Beobachtung des Patienten im Juni 1966 abgeschlossen wurde, wurde er als «debiler, trunksüchtiger, halt- und willensschwacher, zu Verwahrlosung und Erregungszuständen sowie heftigen Temperamentsumschlägen neigender Psychopath» bezeichnet.³⁹ Der begutachtende Psychiater empfahl der Vormundschaftsbehörde Chur die «Bevormundung des Expl[oranden] gemäss Artikel 370 oder 369 ZGB», da aus seiner Sicht die Bedingungen für eine Entmündigung nach beiden Artikeln «in vollem Masse gegeben» seien.⁴⁰ Der Vorschlag, jemanden nach einem der beiden Gesetzesartikel bevormunden zu lassen, schloss eine Entmündigung nach dem jeweils anderen Artikel nicht aus. Man konnte psychisch krank sein und gleichzeitig aus der Perspektive der Behörden einen «lasterhaften Lebenswandel» pflegen. Wie im geschilderten Beispiel war die «Psychopathie» eine der Diagnosen, die sowohl unter ZGB-Artikel 369 als auch unter Artikel 370 fallen konnte (vgl. Kapitel 3.3). Diese unscharfe Trennung zwischen psychischen Krankheiten und Lebensweisen, die etablierten sozialen Normen zuwiderliefen, spiegelte sich teilweise auch in der Unterbringung der Betroffenen in psychiatrischen Einrichtungen. Dabei war einerseits die Doppelfunktion der Psychiatrie als Therapieeinrichtung und sozialstaatliche Ordnungsmacht von Bedeutung, andererseits die Annahme, dass «Trunksucht» und andere «lasterhafte» Lebensweisen therapierbar seien und auf einer psychischen Störung beruhen würden. Das Asyl Realta erfüllte diese verschiedenen Funktionen der Therapie, Erziehung und Verwahrung allein schon durch seine multifunktionale Gestalt.

³⁷ Vgl. ebd., S. 1.

³⁸ Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Aufnahmevermerk, 2.9.1965.

³⁹ Patientenakte, Männer stationär Beverin 9051: Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt Beverin an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur, 1.11.1965, S. 7.

⁴⁰ Ebd., S. 8–9.

Wie in Kapitel 2 gezeigt, kann davon ausgegangen werden, dass zwischen den einzelnen Anstaltseinheiten, etwa den psychiatrischen Abteilungen und der Korrektions- und Arbeitserziehungsanstalt, Personen ohne grossen bürokratischen Aufwand verlegt werden konnten.⁴¹

Das ZGB von 1907/1912 blieb aber nicht das einzige zivilrechtliche Gesetzeswerk, auf dessen Grundlage Vormundschaftsbehörden Personen in Einrichtungen zwangseinwiesen. Auf kantonaler Ebene kam das Fürsorgegesetz von 1920 hinzu, das parallel zum ZGB existierte und ebenfalls fürsorgerechtliche Massnahmen regelte.⁴² Ursprünglich war es ausschliesslich als Gesetz gegen die «Trunksucht» geplant, in der Endfassung bezog es sich auch auf Menschen, denen «Vagantentum» oder ein «liederlicher Lebenswandel» zugeschrieben wurde.⁴³ Das Massnahmenspektrum reichte vom Alkoholverbot für Fürsorgeabhängige, über die Festlegung einer Besserungsfrist, die Anordnung, in einen «Abstinentenverein» einzutreten, bis zur Ernennung eines «Beschützers» oder gar einer Einweisung in eine «geeignete Anstalt».⁴⁴

⁴¹ Die Unterbringung in der AEA Realta konnte beispielsweise durch eine Entmündigung gemäss Art. 370 oder eine Einweisung nach Art. 421, Abs. 13 ZGB erfolgen. Siehe dazu etwa die Patientenakte Beverin, stationär Männer 8884, die von einer Person zeugt, die mehrmals wegen «chronischem Alkoholismus» durch die Vormundschaftsbehörde Chur in die AEA Realta eingewiesen wurde. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen in die Korrektionsanstalt, Arbeiterkolonie und AEA sowie strafrechtliche Versorgungsmassnahmen in die spätere Verwahrungsanstalt Realta seien hier nur am Rande erwähnt, da sie bereits Gegenstand einer gründlichen historischen Aufarbeitung waren, vgl. RIETMANN (2017), S. 37–49, 69–120, 141–145, bes. 105–120.

⁴² Zur Koexistenz der vormundschaftsrechtlichen Verfahrenswege nach ZGB und Fürsorgegesetz siehe die Grafik von RIETMANN (2017), S. 106. Zur Geschichte des Bündner Fürsorgegesetzes siehe ebd., S. 105–122.

⁴³ Fürsorgegesetz 1920, Art. 1.

⁴⁴ Ebd., Art. 8. Mit dem Fürsorgegesetz von 1920 führte der Kanton die Funktion des «Beschützers» ein. Sie weist Parallelen mit derjenigen des «Beistands» auf (eines von mehreren Obhutsverhältnissen nach ZGB), entspricht jedoch einer kantonalen Variante und stellt damit ein Beispiel für den Föderalismus im schweizerischen Vollzug des Vormundschafts- und Fürsorgerechts dar. Die Ernennung eines «Beschützers» durch die Vormundschaftsbehörden bedeutete keine Entmündigung der betroffenen Person. «Beschützerinnen» und «Beschützer» hatten aber «erzieherisch» Einfluss zu nehmen, den Kontakt der betroffenen Person mit ihren Angehörigen zu kontrollieren, regelmässige Berichte gegenüber den Behörden zu erstatten und im Notfall auf polizeiliche Massnahmen zurückzugreifen. Vgl. dazu Fürsorgegesetz 1920, Art. 9 und Wegleitung zur Handhabung des

Wie beim ZGB lag auch beim Fürsorgegesetz die Verfügungsgewalt bei den Vormundschaftsbehörden. Grundsätzlich konzentrierten sich beide Gesetzeswerke weitgehend auf dieselben Personengruppen; das Fürsorgegesetz umfasste jedoch keine fürsorgerischen Massnahmen bei psychisch kranken Menschen im engeren Sinne.

Zwischen 1920 und 1981 bildeten die beiden Gesetzeswerke unverändert das rechtliche Instrumentarium, mit dem Vormundschaftsbehörden Entmündigungen und administrative Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken verfügen konnten. Durch diese Regelwerke waren die Vormundschaftsbehörden mit einem zunehmend komplexen Aufgabenfeld konfrontiert, dem sie sich mit den vorhandenen Ressourcen im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer weniger gewachsen zeigten. Gleichzeitig etablierte der Kanton schrittweise ein gut organisiertes Fürsorgewesen. Durch das Fürsorgegesetz wurde eine Stelle für einen kantonalen Fürsorger geschaffen, dem 1943 elf Bezirksfürsorgestellen unterstanden, die verschiedene Betreuungsaufgaben zu übernehmen hatten und dazu befugt waren, Personen den Vormundschaftsbehörden zu melden und passende Interventionen vorzuschlagen. Obwohl die Bezirksfürsorgerinnen eine Ausbildung an sozialen Frauenschulen vorweisen konnten, waren sie nicht dazu befähigt, zivilrechtliche Massnahmen anzurufen. Die eigentliche Entscheidungsgewalt blieb vollständig bei den Vormundschaftsbehörden, die milizartig strukturiert waren und dadurch weder fachlich noch personell über vergleichbare professionelle Strukturen verfügten.⁴⁵ Zudem durften neben den Bezirksfürsorgerinnen auch Gemeinden, Amts- und Lehrpersonen, Schulbehörden, Personen, die mit einer Vormundschaft betraut waren, und Angehörige Anträge an die Vormundschaftsbehörden stellen.

kantonalen Fürsorgegesetzes vom 17. Nov. 1939, in: ABI GR 1939, S. 1162–1164. Da Beschützer wie Vormunde auf ehrenamtlicher Basis arbeiteten, stellte ihre Rekrutierung eine konstante Schwierigkeit dar. Ausführlich zu den geschilderten Rechtsinstituten siehe RIETMANN (2017), S. 107–108.

⁴⁵ Diese Konstellation barg Konfliktpotential. Die Bezirksfürsorgestellen klagten bereits in den 1940er Jahren, kurz nachdem sie ins Leben gerufen worden waren, über einen mangelhaften Kooperationswillen seitens der Vormundschaftsbehörden. Vgl. RIETMANN (2017), S. 17, 69, 117–119 und KÜNZLI (2019), S. 16–19.

3.1.3 Statuten der psychiatrischen Anstalten Graubündens: Regelung der Aufnahmeverfahren

Die vormundschaftsbehördliche Einweisung war nur eine der Möglichkeiten, die zu einem stationären psychiatrischen Aufenthalt führen konnten. In den Statuten des Waldhauses, der ersten psychiatrischen Anstalt Graubündens, legte der Grosse Rat die verschiedenen Aufnahmeverfahren und -bedingungen fest. Diese Regelungen galten nach einer Statutenrevision 1917 nahezu unverändert ebenso für die psychiatrischen Abteilungen des Asyls Realta.⁴⁶ Primär unterschieden sie zwischen drei Formen des Eintritts: dem freiwilligen Eintritt, der behördlichen Zwangseinweisung, die wie erwähnt durch verschiedene Stellen beantragt werden konnte, und der ärztlichen Einweisung, die je nach Situation auch unter Zwang erfolgen konnte und rückblickend an der Schnittstelle zwischen freiwilliger ärztlicher Überweisung und ärztlichem FU anzusiedeln ist (vgl. Kapitel 3.1.4). Unter die behördlichen Einweisungen fielen auch zivil- und strafrechtliche Begutachtungen im Auftrag von Vormundschaftsbehörden und gerichtlichen Behörden (vgl. Kapitel 4.2).

Grundsätzlich verlangten die Statuten bei allen Verfahren ein ärztliches Zeugnis eines Bezirks- oder Hausarztes über den Gesundheitszustand der eintretenden Person. Nur bei «Gefahr im Verzug», wenn von einer Person akute Selbst- oder Fremdgefahr ausging, durfte die Polizei sie aufgreifen und ohne ärztliches Zeugnis provisorisch in einer psychiatrischen Einrichtung unterbringen. Die Polizeibehörde hatte in diesen Fällen jedoch die gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter der Person umgehend zu informieren und innert acht Tagen den Rapport über die Gründe für ihr Einschreiten mit einem ärztlichen Zeugnis und

⁴⁶ Siehe vergleichend StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 39, und StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 35. Die nächste Statutenrevision erliess der Kanton erst 1964, vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ordner Gesetze und Verordnungen, Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen, 1964. Die Aufnahme- und Entlassungsverfahren sind in der neuen Verordnung nicht mehr explizit geregelt. Massgebend waren fortan nur noch die ZGB-Regelungen, das Bündner Einführungsgesetz zum ZGB und das Bündner Fürsorgegesetz, vgl. StAGR V 13 e 4: Schreiben des Sanitätsdepartements des Kantons Graubünden an Gottlob Pflugfelder, Klinik Waldhaus, Chur, 10.12.1974.

einem Nachweis, dass die Zahlung der Verpflegungskosten sichergestellt ist, nachzureichen.⁴⁷ Neben dem ärztlichen Zeugnis war bei allen Verfahren immer auch ein amtlicher Vermögens- und Einkommensausweis der erkrankten Person, der Eltern oder Unterstützungspflichtigen für die Festlegung der Verpflegungstaxe und eine schriftliche Bürgschaft für die anstehenden, vierteljährlich zu bezahlenden Verpflegungsgelder einzureichen.⁴⁸ Zudem wurde in den Statuten empfohlen, dass der Eintritt in Begleitung einer Person vorzunehmen sei, die mit den Verhältnissen der oder des Erkrankten vertraut sei und allfällige Fragen beantworten könnte.⁴⁹

Die verschiedenen Aufnahmeverfahren, die in Abbildung 10 quellennah wiedergegeben werden, blieben bis zur Statutenrevision von 1965 unverändert in Kraft. Die verantwortlichen Instanzen befolgten sie in der Praxis strikt, das zeigt etwa ein Schreiben der Vormundschaftsbehörde Chur an die Waldhaus-Direktion von 1952, in dem sie ausdrücklich darauf hinwies, dass «die Einweisung nach den Vorschriften des Anstaltsreglements erfolgte».⁵⁰

Die Direktion trug für das Aufnahme- und Entlassungsprozedere eine grosse Verantwortung. Sie besass die letzte Entscheidungsgewalt über einen Eintritt und über Besuche, Briefe oder Sendungen der Patientinnen und Patienten.⁵¹ Diese Verantwortung war mit einer unverzüglichen Meldepflicht gegenüber den Verwandten und Behörden verbunden. Grundsätzlich korrespondierte die Direktion direkt mit den einweisenden Instanzen, teilweise war aber auch das für die Kliniken zuständige Departement in die Briefwechsel involviert. Der Kleine Rat schaltete sich hingegen nur in bestimmten Fällen ein, zum Beispiel bei Rekurs- und Beschwerdefällen gegen vormundschaftliche

⁴⁷ StAGR VA 13, Statuten für die kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 36.

⁴⁸ Für die Aufstellung der Taxordnung der drei Klassen war der Kleine Rat zuständig, vgl. ebd., Art. 48.

⁴⁹ Vgl. ebd., Art. 40.

⁵⁰ StAGR V 13 e 6: Vormundschaftsbehörde des Kreises Chur, Auszug aus dem Protokoll der Sitzung vom 23. Juli 1952 zu einem Patienten (*1887). Die Formulierung, dass die Einweisung «nach den Vorschriften des Anstaltsreglements» erfolgt sei, findet sich in Korrespondenzen zwischen Direktoren und Vormundschaftsbehörden immer wieder. Vgl. beispielhaft StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Brief eines Patienten von 1953, Chur, 2. Juni 1955, S. 2.

⁵¹ StAGR VA 13, Statuten für die kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 39, Art. 45.

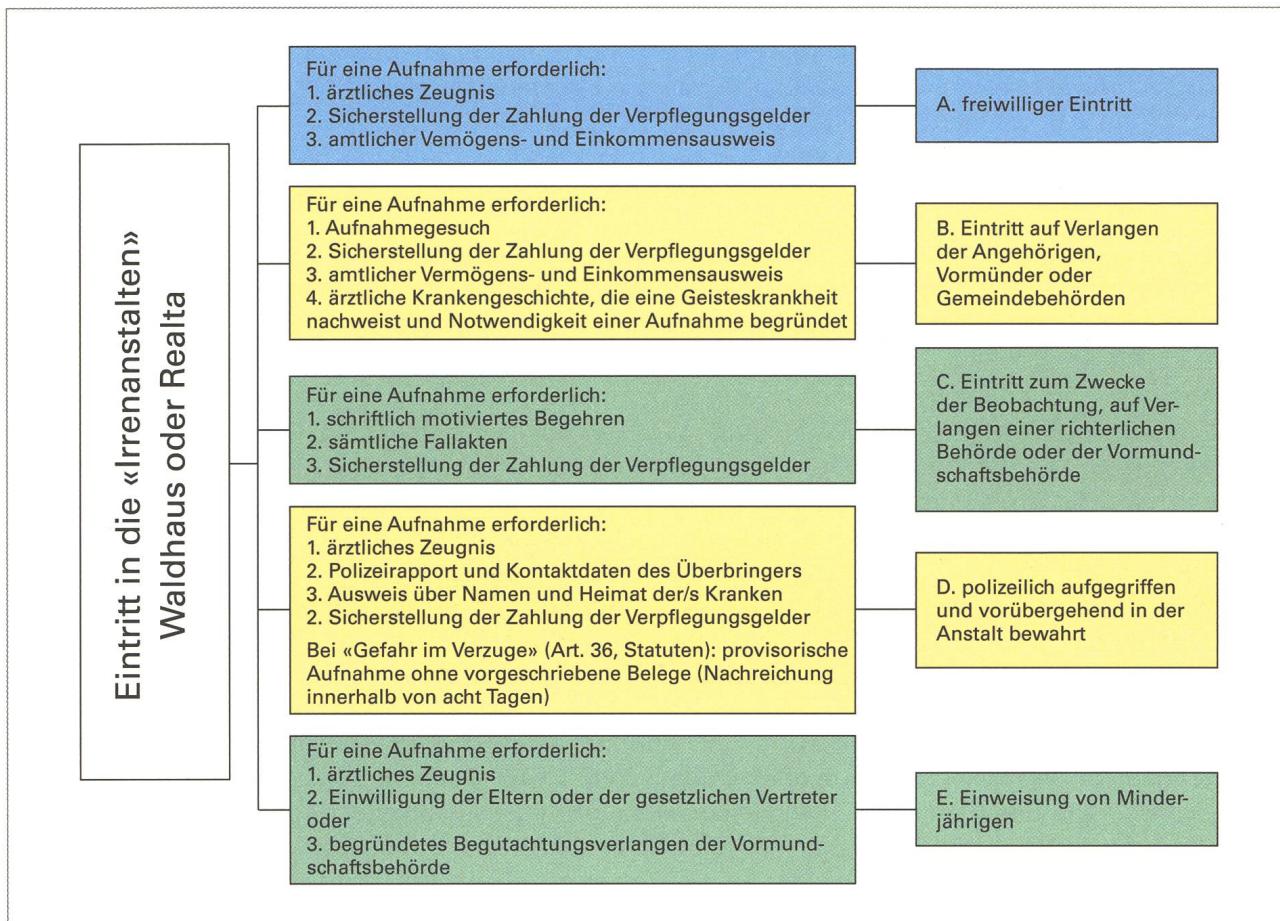


Abbildung 10: Statutarisch festgelegte Aufnahmeverfahren in die «Irrenanstalten» Waldhaus und Realta

A: Freiwilliger Eintritt, ärztliche Überweisung: mit freiwilliger Eintrittserklärung (blau)

B und D: behördliche oder ärztliche Zwangseinweisung, vorübergehende polizeiliche Aufnahme (orange)

C und E: Begutachtungen auf behördliches Verlangen (grün)

Anmerkung: Die hier abgebildeten Einweisungsverfahren sind den revidierten Statuten von 1917 entnommen, die für beide «Irrenanstalten» gelten. Sie unterscheiden sich kaum von den Statuten von 1892, hinzugekommen ist einzig die Regelung der Einweisung von Minderjährigen (E). Quelle: StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 35.

Massnahmen, die an die Regierung weitergezogen worden waren, nachdem sie das Bezirksgericht erstinstanzlich abgewiesen hatte.⁵²

Die Entlassung von Patientinnen und Patienten fiel ebenfalls generell in den Verantwortungsbereich der Direktion. Austritte konnten unter sehr

unterschiedlichen, situationsspezifischen Umständen erfolgen. Personen, die freiwillig in eine psychiatrische Klinik eingetreten waren, durften diese jederzeit wieder verlassen, sofern inzwischen nicht eine akute Selbst- oder Fremdgefahr von ihnen ausging.⁵³ Es ist schwer zu beurteilen, wie konsequent die Direktion diese Regelungen umgesetzt hat. Die Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Patientinnen und Patienten aus Selbst- oder Fremdschutz ist jedenfalls heute noch gesetzlich möglich, allerdings auf maximal drei Tage beschränkt. Nur wenn zwischenzeitlich die Voraussetzungen für eine FU eingetreten sind und ein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid vorliegt,

⁵² Solche Beschwerden und Rekurse, die erstinstanzlich vom Bezirksgericht abgewiesen worden waren und anschliessend zweitinstanzlich an den Kleinen Rat (ab 1971 Regierungsrat) getragen wurden, sind in einem umfangreichen Aktenkorpus im Staatsarchiv Graubünden archiviert, vgl. StAGR C III 15 i: Vormundschaftswesen, Rekurse und Beschwerden A-Z, 1928-1957. In den Registern der Kleinratsbeschlussprotokolle wurden die Beschlüsse und allfällige Anträge auf psychiatrische Gutachten dokumentiert, vgl. StAGR CB V3 (Kleinratsprotokolle) und StAGR CB V3a (Register zu den Protokollen). Zu den Rekursen siehe RIETMANN (2017), S. 106 und KÜNZLI (2019), S. 6 und 62-63.

⁵³ StAGR VA 13, Statuten für die kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 55.

kann jemand länger zurück behalten werden.⁵⁴ Darüber hinaus ist der Begriff der Freiwilligkeit auch bei den Eintrittsverfahren nicht als absolut zu verstehen. In den Beschwerdedossiers zuhanden des Kleinen Rates finden sich Hinweise darauf, dass gewisse Patientinnen und Patienten dazu gedrängt wurden, eine Erklärung, dass sie freiwillig eingetreten seien, zu unterschreiben.⁵⁵

Dass die Situation bisweilen unübersichtlich war, zeigt das Beispiel eines 34-jährigen Patienten, der 1973 notfallmäßig in die Klinik Beverin gebracht wurde, da er laut ärztlicher Überweisung an einer manischen Psychose litt. Beim Eintritt unterschrieb der Patient offenbar eine freiwillige Eintrittserklärung, die Umstände bleiben aber unklar. Laut Direktor Weber habe der Patient daraufhin nachdrücklich auf eine Klinikentlassung gedrängt, für Weber war aber klar, dass der Patient «völlig krankheitsunsichtig» sei und für sich und andere «eine Gefahr» bedeute.⁵⁶ Deshalb kontaktierte er das Bezirksphysikat Heinzenberg, um ein Einweisungszeugnis erstellen zu lassen.⁵⁷

Das folgende Beispiel von 1974 zeigt exemplarisch, dass gerade fürsorgerische Zwangseinweisungen häufig zu Konflikten Anlass gaben. Nachdem ein Anwalt der Waldhaus-Direktion vorwarf, dass sie seine Mandantin unrechtmäßig in der Klinik zurück behalte, antwortete die Direktion mit folgenden Ausführungen:

«Die Tatsache, dass die Patientin gegen die Einweisung opponierte, entspricht durchaus einer allgemeinen Erfahrung in solchen Fällen. Es liegt nämlich in der Natur solcher akuter Erkrankungen, dass die Betroffenen gerade infolge ihres krankhaften Zustandes nicht fähig sind, die Notwendigkeit einer Einweisung zur klinischen Behandlung einzusehen. Es geht

⁵⁴ Vgl. Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB, Stand 1. Januar 2013, Art. 427. Im Umkehrschluss ist eine Person zwingend zu entlassen, sobald die Voraussetzungen für die FU nicht mehr erfüllt sind, vgl. ebd., Art. 426, Abs. 3.

⁵⁵ 1965 etwa schrieb ein Rechtsanwalt an die Direktion der Klinik Beverin, dass sein Klient «wohl auf Drängen» des Fürsorgers bei seinem Eintritt die «Erklärung unterzeichnet» habe, «dass er freiwillig in die Anstalt eintrete». Der Rechtsanwalt äusserte Zweifel darüber, ob sein Klient damit im eigenen Interesse gehandelt habe. Vgl. StAGR V 13 f 12: Schreiben eines Rechtsanwalts an Beverin-Direktor Ernst Weber, Chur, 22.4.1965.

⁵⁶ StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Cazis, 17.10.1973.

⁵⁷ Vgl. StAGR V 13 f 12: Einweisungszeugnis des Bezirksphysikats Heinzenberg, Rietberg, 11.10.1973.

also im Zusammenhang mit der Klinik-Einweisung der Patientin nicht an, sie mit einem Menschen mit intakter, gesunder Urteilsfähigkeit zu vergleichen. Es liegt ferner in der Natur dieser Erkrankung, dass immer mit einer gewissen Unberechenbarkeit der Betroffenen zu rechnen ist, die ihnen u. U. selber zum Schaden gereichen könnte. Es ist deshalb unsere ärztl. Pflicht, Solches zu verhüten.»⁵⁸

Hinter den fürsorgerischen Zwangsmassnahmen standen diametral unterschiedliche Deutungen der Auseinandersetzung. Die Betroffenen erkann-ten sich nicht als psychiatrische Patienten und interpretierten das Verhalten von Behörden und Ärzten als unbegründet und willkürlich. Die Behörden und Ärzte dagegen deuteten den Widerstand der Betroffenen als pathologische Zeichen.

In den Statuten von 1917 listete der Große Rat die Umstände auf, unter denen der Direktor eine Entlassung veranlassen konnte. Am häufigsten traten demgemäß Patientinnen und Patienten aus, wenn sie «genesen» wären, ihr Befinden sich «wesentlich gebessert» habe, oder ihr Zustand es erlaube, trotz «unheilbarer» Krankheit privat versorgt zu werden.⁵⁹ Die Direktoren unterschieden in diesem Zusammenhang zwischen zwei Behandlungsergebnissen: Als «medizinisch geheilt» galten jene Patientinnen und Patienten, bei denen «von den krankhaften, zur Einweisung führenden Erscheinungen gar nichts mehr festzustellen» sei. Als «sozial geheilt» hingegen galten jene, die «bei genauerer Untersuchung noch gewisse Restsymptome ihrer Krankheit» aufweisen würden, aus medizinischer Sicht allerdings «arbeitsfähig und angepasst in ihr früheres Milieu zurückkehren können».⁶⁰

Erfolgte die Einweisung einer Person auf Veranlassung von Behörden oder Verwandten, so waren diese grundsätzlich befugt, unabhängig vom Behandlungserfolg eine Entlassung zu verlangen. Durch die Abgabe eines Erklärungsschreibens verpflichteten sie sich jedoch dazu, die Verantwortung für «etwaige üble Folgen der verfrühten Entlassung» zu übernehmen.⁶¹ Dieser Vorgang

⁵⁸ StAGR V 13 e 8: Psychiatrische Klinik Waldhaus an das Anwaltsbüro Dr. iur. [...] betreffend Frau [...], geb. 1942, Chur, 1974, S. 2.

⁵⁹ StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 56, Abs. 1 und 2.

⁶⁰ Jahresbericht Realta/Beverin 1955, S. 62.

⁶¹ StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 56, Abs. 3.

konnte aber nur dann eingeleitet werden, wenn die betreffende Person nicht als «gemeingefährlich» galt, denn in diesem Fall hatte die Direktion eine Anzeige bei der Heimatbehörde sowie beim Kleinen Rat zu erstatten und auf entsprechende Weisungen zu warten.⁶²

3.1.4 Die ärztliche Einweisung: zwischen freiwilligem Eintritt und zwangsweiser Einweisung

In den Jahresberichten des Waldhauses sind zwischen 1949 und 1990 fragmentarisch die gesamten Aufnahmen nach den einweisenden Instanzen aufgegliedert (vgl. Diagramm 11). Die Auflistung unterscheidet zwischen dem freiwilligen Eintritt, der behördlichen und der ärztlichen Einweisung. Die Bedingungen für freiwillige Eintritte und behördliche Einweisungen nach ZGB, Fürsorgegesetz oder auf der Grundlage eines Begutachtungsauftrags waren in den entsprechenden Gesetzeswerken und Statuten klar geregelt. Was aber unter einer ärztlichen Einweisung zu verstehen ist und inwiefern sie von den anderen beiden Kategorien zu unterscheiden ist, die ebenfalls ein ärztliches Zeugnis verlangten, ist nicht selbsterklärend. Ärztliche Einweisungen bedeuteten primär, dass der Eintritt aufgrund einer ärztlichen Überweisung erfolgt war, beispielsweise durch die eines Bezirksphysikats, eines Spitals, einer Privatpraxis oder eines Spezialisten. Unklar bleibt hingegen, ob Ärztinnen und Ärzte diese Überweisungen auch gegen den Willen ihrer Patientinnen und Patienten angeordnet haben.

Stichproben aus Patientenakten der 1950er Jahre und aus einem Dossier des Bezirksphysikats Plessur, das Korrespondenzen über die Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken zwischen 1963 und 1965 enthält, machen deutlich, dass ärztliche Einweisungen aufgrund eines breiten Spektrums an möglichen Gründen erfolgen konnten. Ein grundlegendes Merkmal, das sie von freiwilligen Eintritten unterschied, ist die Tatsache, dass bei einer ärztlichen Überweisung keine freiwillige Eintrittserklärung von den Patientinnen und Patienten unterzeichnet werden musste. Der Entscheid für einen Eintritt wurde aufgrund ärztlicher Expertise

⁶² Ebd., Art. 56, Abs. 3 und 4. Dasselbe galt für Patientinnen und Patienten, die die Direktion eigentlich entlassen wollte, weil die Zahlungspflichtigen trotz Mahnung den vierteljährlichen Betrag für die Verpflegungskosten nicht beglichen hatten.

gefährdet. In vielen Akten werden ärztliche Überweisungen relativ neutral wiedergegeben, als eine Massnahme, die im Interesse der betroffenen Person erfolgt und von dieser akzeptiert worden sei. So heisst es in den Akten beispielsweise: «Notfallmässige Einweisung durch Dr. [...]» oder: «Ich überweise Ihnen nach tel. Anmeldung Fr. [...], die entsprechenden Akten sind bereits auf der Direktion». ⁶³ Derartige Überweisungen gelangten in der Regel mit einem Einweisungszeugnis an die Direktion der entsprechenden psychiatrischen Klinik. Nachfolgend wird das Beispiel des weiter oben erwähnten 34-jährigen Patienten wiedergegeben, der zuerst eine freiwillige Eintrittserklärung unterschrieben hatte, nachträglich aber noch ärztlich überwiesen wurde. Mit der ärztlichen Überweisung waren die Bedingungen des freiwilligen Eintritts (jederzeitiges Austrittsrechts) nicht mehr gegeben.

«Patient, 1939, Elektromonteur, von [...], wohnhaft in [...], zurzeit in der psychiatrischen Klinik Beverin, Cazis, benötigt wegen erethisch-maniformer Psychose (Fehlen jeglicher Krankheitseinsicht und Selbstkritik) weiterhin stationäre Behandlung und Ueberwachung in dieser Klinik.»⁶⁴

Dass auch ärztliche Einweisungen einen Zwangsscharakter aufweisen konnten, lässt sich an folgendem Beispiel belegen. Im Juli 1965 griff die Kantonspolizei um Mitternacht eine Frau auf und brachte sie gegen ihren Willen im Waldhaus unter.⁶⁵ Die Polizei berichtete, die Frau sei von einem Autofahrer auf der Strasse als «Autostopperin» mitgenommen worden. Da sie auf den Autofahrer einen «geistestestörten Eindruck» gemacht habe, habe er sie direkt der Stadtpolizei übergeben.⁶⁶ Die betroffene Frau war zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal im Waldhaus untergebracht worden. Bei der zweiten, polizeilichen Einweisung lag allerdings kein vormundschafts- oder strafrechtlicher Beschluss vor.⁶⁷ Die Polizei war darauf angewie-

⁶³ Erstes Zitat Patientenakte, Männer stationär Beverin 8962; zweites Zitat Patientenakte, Frauen stationär Beverin 9090.

⁶⁴ StAGR V 13 f 12: Einweisungszeugnis des Bezirksphysikats Heinzenberg, Rietberg, 11.10.1973.

⁶⁵ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantonspolizei, Chur, 21. Juli 1965.

⁶⁶ StAGR V 3 b: Schreiben des Polizeikommandos des Kantons Graubünden an Dr. med. [...], Bezirksphysikat Plessur, 23. Juli 1965.

⁶⁷ Ebd.

sen, dass sich die Patientin im Nachhinein – nach der Zwangseinweisung – dazu bereit erklärte, freiwillig in die Klinik eingetreten zu sein.⁶⁸ Sie weigerte sich jedoch, den Freiwilligenschein zu unterzeichnen. Nachdem der Bezirksarzt von ihrer Unterbringung erfuhr, besuchte er sie vor Ort, um die Frage zu klären, ob eine Zwangsinternierung notwendig gewesen sei. Aus den überlieferten Akten wird nicht ersichtlich, wer den Bezirksarzt eingeschaltet hatte. Dieser bestätigte zwar die Notwendigkeit der Zwangseinweisung und gab nachträglich die ärztliche Einwilligung zur polizeilichen Einweisung. Anschliessend beschwerte er sich aber gegenüber der Kantonspolizei über deren Vorgehen:

«Bisher war die Polizei nicht kompetent zur Zwangseinweisung ins Waldhaus. Es bedurfte eines ärztlichen Zeugnisses und der bezirksärztlichen Einwilligung hiezu. Mit allem Nachdruck möchte ich festhalten, dass auch in Zukunft niemand gegen seinen Willen einfach durch die Polizei ins Waldhaus gebracht werden darf ohne ärztliches Zeugnis und bezirksärztliche Einwilligung.»⁶⁹

Das kantonale Polizeikommando bestätigte, dass ihnen eine Dienstweisung vorliege, die vorschreibt, dass Einweisungen in psychiatrische Kliniken auf Anordnung des Bezirksarztes oder, bei dessen Abwesenheit, eines anderen Arztes zu erfolgen haben.⁷⁰ Polizeilich eingebrachte Personen, für die keine Einwilligung eines Arztes vorliegt, würden die Kliniken generell nicht annehmen. Die Polizei gestand den Fehler ein, sprach jedoch von einem Einzelfall:

«Dass kein Arzt zugezogen wurde, ist ein Fehler des dienstuenden Beamten. Ich möchte aber bemerken, dass wir schon seit Jahren derartige Einweisungen machen, dabei immer die Einwilligung eines Arztes einholen und nie Reklamationen entgegennehmen mussten. Es handelt sich also um einen Fall einmaligen Versagens. Ich gestatte mir, eine Durchschrift dieses Schreibens jenen Amtsstellen zukom-

⁶⁸ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantonspolizei, Chur, 21. Juli 1965.

⁶⁹ Ebd.

⁷⁰ StAGR V 3 b: Schreiben des Polizeikommandos des Kantons Graubünden an Dr. med. [...], Bezirksphysikat Plessur, 23. Juli 1965.

men zu lassen, die über den Vorfall orientiert haben.»⁷¹

Das Beispiel zeigt, dass ein Arzt durchaus eine Zwangseinweisung aussprechen konnte. Wesentlich expliziter kommt der Zwangsspekt bei der Einlieferung einer 28-jährigen Frau zum Ausdruck, die nach einem mehrmonatigen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik Wil erneut mit «zur Aggression» neigenden «Wahnideen» aufgefallen sei.⁷² Der Bezirksarzt gab der Polizei die Anweisung, die Patientin zwangsmässig ins Waldhaus einzuliefern:

«Sehr geehrte Herren, Ich sehe mich als Bezirksarzt veranlasst, Sie zu bitten, obige Patientin zwangsmässig in die Heilanstalt Waldhaus zu verbringen.»⁷³

Die «Selbstgefährdung» und «Gefährdung der Umgebung» waren die zentralen Grössen, die den Bezirksarzt dazu veranlassten, in die zwangsweise polizeiliche Einweisung in eine psychiatrische Klinik einzuwilligen.⁷⁴ Ein solches Verhalten habe er auch bei einem 36-jährigen Mann 1963 in Chur festgestellt. Der junge Mann verweigerte jedoch den freiwilligen Eintritt und musste polizeilich eingeliefert werden: «Da der Patient nicht zum freiwilligen Eintritt zu bewegen war, wurde die Stadtpolizei mit dem Transport beauftragt».⁷⁵

Arzt und Polizei waren auch nicht immer der selben Meinung. Als die Stadtpolizei 1962 den Bezirksarzt ersuchte, eine 57-jährige Frau einzulegen, die «in einem Erregungszustand» sei und «furchtbar schreie, dass man es im ganzen Wohnblock höre», lehnte dieser ab. Denn als der Bezirksarzt bei der Klinik Waldhaus nachfragte, antwortete der zuständige Oberarzt, dass die betroffene Person schon drei Mal interniert gewesen sei und das letzte Mal nur «gegen ärztlichen Rat mit Verzichtschein durch ihren Bruder aus der Heil-

⁷¹ Ebd.

⁷² StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 28. April 1964.

⁷³ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, Chur, 28. April 1964.

⁷⁴ Vgl. z. B. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 30. Januar 1964; Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Ernst Weber, Direktor der Heilanstalt Beverin, Chur, 4.3.1964.

⁷⁵ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 11. Mai 1963.

anstalt herausgeholt wurde, bereits nach kaum einer Woche Behandlung».⁷⁶ In dieser Situation griff Artikel 56, Abs. 3 der Statuten, demzufolge die Verwandten, von denen das Einweisungsgesuch einging, unabhängig vom Behandlungserfolg eine Entlassung ihres Angehörigen verlangen konnten. Dafür mussten sie allerdings ein Schreiben unterzeichnen, in dem sie sich bereit erklärtten, die Verantwortung für «etwaige üble Folgen der verfrühten Entlassung» zu übernehmen. Dieses Vorgehen war nur möglich, sofern keine Selbst- oder Fremdgefährdung von der betroffenen Person ausging.⁷⁷ Da die 57-jährige Frau, die auf Wunsch ihres Bruders frühzeitig aus der Klinik entlassen wurde, aus der Sicht der medizinischen Fachperson weder für sich selbst noch für andere eine Gefahr dargestellt habe, habe er auch keinen Grund zur Zwangseinweisung gehabt:

«Meine Untersuchungen ergaben keinen Grund zur Zwangsinternierung, keine Anhaltpunkte für Selbstgefährdung oder Gefährdung der Umgebung. Freiwillig wollte [Patientin] nicht ins Waldhaus. Zu anderen Massnahmen war ich als Bezirksarzt in diesem Falle nicht befugt.»⁷⁸

In den Korrespondenzen des Bezirksphysikats Plessur mit den Klinikdirektoren und der Polizei wird die Sichtweise der betroffenen Person kaum greifbar. Entsprechend schwer fällt es zu klären, ob und wie oft zwangsweise psychiatrische Unterbringungen durch einen Arzt als Zwang erlebt wurden. Denn nicht jede Zwangseinweisung stiess auf Widerstand seitens der Patientinnen und Patienten (vgl. auch Kapitel 4.2). Auffällig an den Ausführungen des Bezirksarztes Plessur ist allerdings, dass er oft explizit betonte, die zwangsweise Einlieferung sei eine Massnahme im Interesse der betroffenen Person und würde von den Angehörigen mitgetragen. Bei der oben erwähnten Einlieferung der 28-jährigen Frau hielt der Bezirksarzt fest, dass «eine Anstaltsbehandlung auch im Interesse der Patientin [liegt]».⁷⁹ In einem anderen Beispiel von

1965 wies der Bezirksarzt einen Mann wegen akuter Selbstgefährdung ein, nachdem dieser einen Suizidversuch unternommen hatte. Der 52-jährige Mann sei seit knapp einem halben Jahr «[zusehends] der Trunksucht verfallen» und als ihm sein Sohn deswegen Vorwürfe gemacht habe, sei es zum Suizidversuch gekommen.⁸⁰ Der Bezirksarzt gab nicht nur die Einwilligung zur Überweisung in die Klinik Waldhaus, sondern ergänzte, dass er sich «umsomehr» dafür ausgesprochen habe, «nachdem die Polizei ausfindig gemacht hatte, dass die Angehörigen einverstanden seien».⁸¹ Das Einverständnis der Betroffenen oder Angehörigen mit der Massnahme konnte in Einzelfällen die Entscheidung des Bezirksarztes beeinflussen, oder ihn zumindest in seinem Entschluss bestärken.⁸² Der Bezirksarzt war bei seinen Entscheidungen zudem nicht auf sich alleine gestellt. Er konnte mit den Fachärzten der Kliniken Rücksprache halten – eine Möglichkeit, die er insbesondere bei Personen wahrnahm, die eine klinische Vorgeschichte hatten.⁸³

In den Dossiers des Bezirksphysikats Plessur fanden sich zudem zwei Fälle, in denen die Betroffenen laut Bezirksarzt selber um eine ärztliche Einweisung in die Klinik Waldhaus gebeten hatten. Der eine Fall handelt von einem 51-jährigen Mann, der diesen «dringenden Wunsch» 1963 auf dem Polizeiposten geäussert habe und daraufhin von der Stadtpolizei in die Praxis des Bezirksarztes gebracht wurde.⁸⁴ Der Bezirksarzt stellte

⁷⁶ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 26. März 1965.

⁷⁷ Ebd.

⁷⁸ Diese Feststellung gilt zumindest für die Entscheidungen des Bezirksarztes Plessur zwischen 1963–1965.

⁷⁹ Vgl. z. B. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Kantonspolizei Chur, Chur, 28. Januar 1964.

⁸⁰ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 21. Oktober 1963. Ein Bezirksarzt hatte mobil zu sein, nicht jede Situation erlaubte es, dass die betroffene Person seine Praxis aufsuchen konnte: Starke Alkoholeinfluss etwa war nicht selten Grund für eine Intervention durch den Bezirksarzt. In solchen Situationen musste der Arzt die betroffene Person gegebenenfalls auf dem Polizeiposten in einer Zelle aufsuchen, wie das Beispiel einer 62-jährigen Frau zeigt, vgl. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 13. März 1963. Bei Suizidversuchen war der Bezirksarzt unter Umständen mit der Polizei vor Ort, um einerseits die medizinische Versorgung sicherzustellen und andererseits über das weitere Vorgehen zu ent-

⁷⁶ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, Chur, 26.11.1962, S. 1–2.

⁷⁷ StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 56, Abs. 3.

⁷⁸ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an das Polizeiamt der Stadt Chur, Chur, 26.11.1962, S. 1–2.

⁷⁹ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 28. April 1964.

bei der Untersuchung fest, dass der Mann nicht nur «blass» und «in einem krankhaften Angstzustand» gewesen sei, sondern ihn auch «zitternd [bat], ihm zu helfen, indem ich ihn ins Waldhaus bringen lasse».⁸⁵ Da aus Sicht des Bezirksarztes ein «psychotische[r] Zustand» vorgelegen sei, erteilte er die bezirksärztliche Einwilligung zur «Einweisung in Polizeibegleitung». Ähnlich liegt der andere Fall eines 32-jährigen Mannes, der sich ebenfalls 1963 eines Abends in Chur freiwillig auf den Polizeiposten begeben hatte. Er verlangte von der Polizei, ins Waldhaus eingeliefert zu werden. Da die Polizei dafür keinen Anlass sah, verliess der junge Mann den Polizeiposten wieder – mit üblichen Folgen. Einige Stunden später musste ihn die Polizei auf der Strasse «auflesen». Er sei «benommen» und «verwirrt» gewesen, habe «wirr» gesprochen, nach Alkohol gerochen und Störungen in der Bewegungskoordination aufgewiesen. Für den Bezirksarzt war unzweideutig, dass der Mann «wegen Selbstgefährdung und Gefährdung der Umgebung» durch die Stadtpolizei ins Waldhaus einzuweisen war.⁸⁶

3.1.5 Fürsorgerische Zwangsmassnahmen zwischen 1949–1990: Ein Mengengerüst

Zwischen 1949 und 1990 dokumentierte die Klinik Waldhaus in ihren Jahresberichten, wie viele der jährlichen Aufnahmen auf welche einweisenden Instanzen fielen. Auch wenn die Angaben zu einigen Jahren fehlen – insbesondere bei den Jahren nach 1967 – lassen sich auf dieser Grundlage Aussagen über die Häufigkeit fürsorgerischer Zwangsmassnahmen treffen (vgl. Diagramm 11). Diese Statistiken sind ein Glücksfall – vergleichbare Angaben sind rar. Weder das Staatsarchiv Graubünden noch die Verwaltungsarchive der beiden Kliniken verfügen über präzise analoge Statistiken. Nur eine umfassende Studie der Patientenakten, die in Cazis physisch archiviert sind, würde ähnlich präzise Angaben zu Tage fördern.⁸⁷ Eine solche

scheiden. Das war etwa der Fall, als sich eine 29-jährige Frau «bei offenem Gashahn des Kochherdes» in der Küche einschloss, vgl. StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an die Stadtpolizei Chur, Chur, 5. Juli 1963.

⁸⁵ StAGR V 3 b: Schreiben des Bezirksphysikats Plessur an Gottlob Pflugfelder, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldhaus, Chur, 21. Oktober 1963.

⁸⁶ Ebd.

⁸⁷ Zur Aktenablage und Findmittelkartei im Detail siehe BORRELLI (2016), S. 276–277 (Beverin), 284 (Waldhaus).

Erhebung hätte aber den Rahmen dieser Studie gesprengt. Für eine qualitative Analyse haben wir zwar fünf Stichjahre (stationäre Fälle 1945, 1955, 1965, 1975, 1985) analysiert und darin die jeweiligen Behandlungstrends, die therapeutischen Ausrichtungen und Versuche der Direktoren und Ärzte, den Umgang mit Zwangsmassnahmen und die Kommunikation zwischen Klinik, Angehörigen, Vormundschaftsbehörden und Gerichten erhoben.⁸⁸ Die Stichjahre eigneten sich jedoch nicht für statistische Erhebungen, da die Patientenakten in einer Logik archiviert sind, die primär der raschen Auffindbarkeit durch die Klinikangestellten und nicht Forschungszwecken dient. Die Akten lassen sich kaum statistisch auswerten, da Mehrfacheintritte nicht von erstmaligen Eintritten sauber unterschieden werden können. Bei den physisch abgelegten Patientenakten liessen sich zwar die Stichjahre abstecken. So umfassen beispielsweise die Beverin-Dossiers mit den Nummern 5'021–5'306 alle Patientenakten von Personen, die mit Gewissheit 1955 in der Klinik Beverin hospitalisiert waren. Unklar bleibt jedoch, wie viele dieser 285 Patientinnen und Patienten 1955 auch wirklich zum ersten Mal in die Klinik eintraten und wie viele davon erneut hospitalisiert wurden. Hochrechnungen sind auf dieser Grundlage nicht zuverlässig.⁸⁹

Zwischen 1954 und 1967 machten die behördlichen Zwangseinweisungen in das Waldhaus durchschnittlich 21.5 Prozent aller Einweisungen aus. Zudem nahmen sie im Laufe dieser 14 Jahre tendenziell zu. Betrachtet man nur die Jahre 1960–1967, so erfolgten im Durchschnitt sogar ein Viertel der Einweisungen durch behördliche Entscheide. Man kann davon ausgehen, dass es sich in diesen Fällen vorwiegend um Einweisungen durch Vormundschaftsbehörden, aber auch durch

⁸⁸ In Kapitel 3.3 über die Behandlungsmethoden wird auf dieser mittleren Flughöhe verfahren. Aus mehreren Jahren werden einzelne Krankengeschichten anonymisiert vorgestellt, um auf deren Grundlage den Umgang mit Behandlungsmethoden und Eingriffen über einen bestimmten Zeitraum hinweg historisch zu verorten.

⁸⁹ Abgesehen davon wird in den Patientenakten auch nicht immer klar ersichtlich, ob es sich bei der jeweiligen Einweisung um eine fürsorgerische Zwangsmassnahme gehandelt hat. Auch Rietmann fiel es bei ihrer Arbeit mit den vormundschaftsbehördlichen Akten schwer, die fürsorgerischen Zwangsmassnahmen in Graubünden zu quantifizieren. Sie führte die Schwierigkeiten auf definitorische Graubereiche und eine spärliche empirische Grundlage zurück. Massnahmen wie Bevormundungen und Fremdplatzierungen hätten auf kantonaler Ebene «statistisch offenbar nicht sehr interessiert», vgl. RIETMANN (2017), S. 7–8.

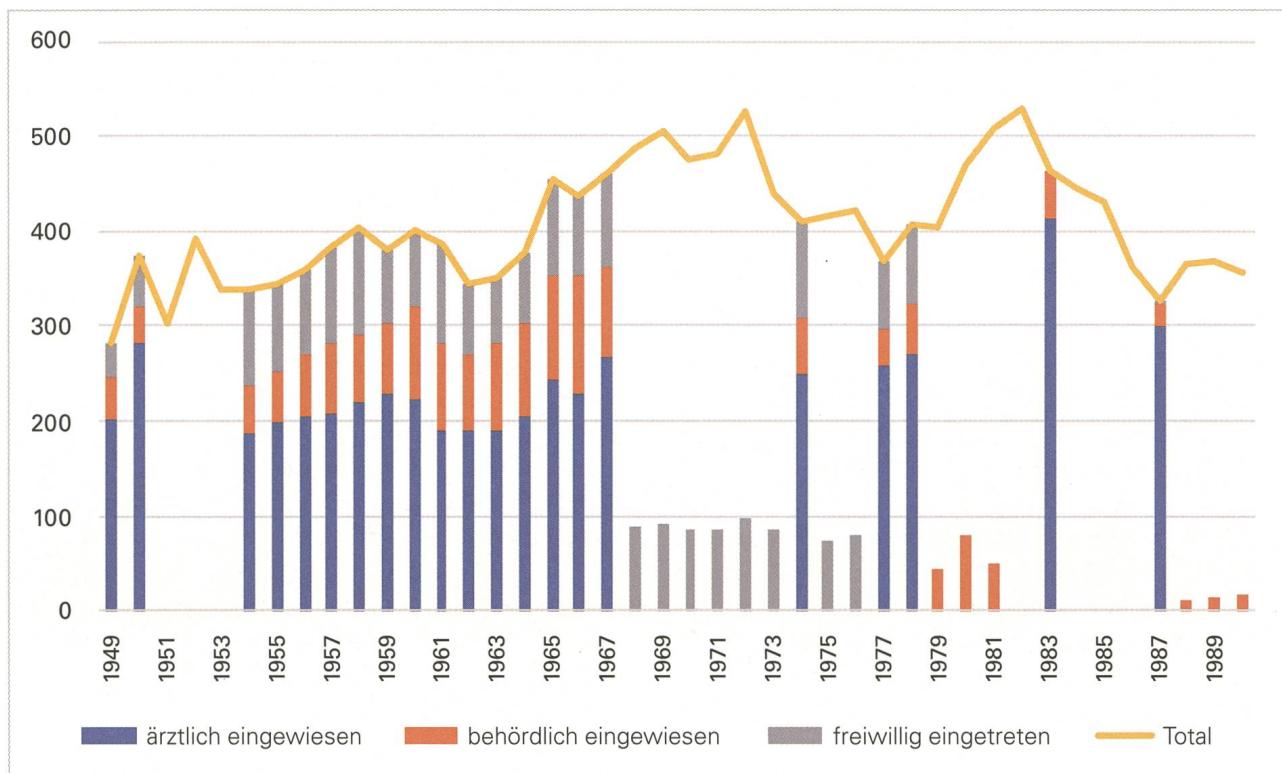


Diagramm 11: Einweisende Instanzen, Klinik Waldhaus 1949–1990

Anmerkung: Unter den Aufnahmen durch Behörden summierte das Waldhaus primär vormundschaftsrechtlich (ZGB) und strafrechtlich (StGB) eingeleitete Einweisungsverfügungen. Dazu gehören sehr wahrscheinlich auch stationäre Begutachtungsaufträge, da sie in den Ausführungen nicht explizit ausgeschlossen werden. Wie dem Diagramm zu entnehmen ist, wurde die Statistik nicht in jedem Jahr vollständig erhoben. Die Phase zwischen 1954 und 1967 lässt sich am zuverlässigsten bewerten. 1981 wandelte sich das Verständnis der ärztlichen Einweisung. Das Sanitätsdepartement fasste Eintritte auf ärztliche Empfehlung ausschliesslich unter dem Aspekt der Freiwilligkeit – damit könnte der starke Anstieg der ärztlichen Einweisungen und das Abflachen der freiwilligen Eintritte ab 1981 erklärt werden.

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1949–1990; StAGR V 13 e 4: Richtlinien für die Aufnahme bzw. Entlassung von Patienten der kantonalen psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin, Sanitätsdepartement Graubünden, 20.11.1981.

Gerichte handelte. Wie in Kapitel 3.1.4 dargelegt, lassen sich die ärztlichen Einweisungen nicht pauschalieren, weder als Zwangsmassnahmen noch als freiwillige Eintritte auf ärztliche Überweisung. Zudem gibt es keine klare Trennlinie zwischen Einweisungen mit und ohne Zwang.⁹⁰ Zwischen 1954 und 1967 wurden im Durchschnitt jährlich 55 Prozent der Patientinnen und Patienten durch medizinische Fachpersonen eingewiesen. Wenn keine

⁹⁰ In den Akten des Bezirksphysikats Plessur finden sich mehrere Stellen, an denen der Bezirksarzt explizit den Zwangsspektrum einer Verfügung benannt hat (Quellenbegriff). Die Studie über die Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie (1870–1970) hat sich ausführlich mit analytischen Zugängen zum Begriff «Zwang» in der Psychiatrie auseinandergesetzt und dafür Definitionen aus unterschiedlichen Perspektiven und Wissenschaftsbereichen zusammengetragen, vgl. MEIER et al. (2002), S. 12–47. Der vorliegende Bericht arbeitet mit dem Verständnis von Zwangsmassnahmen, das in Kapitel 2.2.1 besprochen wird.

der ärztlichen Einweisungen unter Zwang erfolgt wäre, wären also 21.5 Prozent aller Fälle Zwangseinweisungen gewesen. Wenn alle ärztlichen Einweisungen zwangsbasiert gewesen wären, läge der Anteil zwangswise Aufnahmen bei 76.5 Prozent. Das tatsächliche Ausmass von Zwangseinweisungen liegt irgendwo zwischen diesen beiden Radikalwerten.

Auch wenn die Angaben zu den Jahren nach 1967 nur bruchstückhaft überliefert sind, legen die Akten zudem nahe, dass ärztlich erfolgte Einweisungen im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stark zunahmen. Dagegen nahm die Zahl der behördlichen Zwangseinweisungen ab.⁹¹ Das dürfte einerseits auf eine Zunahme an gemeindenahen, ambulanten Untersuchungs- und Betreuungseinrichtungen, unter anderem auch von freipraktizierenden Psychiaterinnen und Psy-

⁹¹ Jahresbericht Waldhaus 1987, S. 136.

chiatern, einer verbesserten Organisation der Bezirks- und hausärztlichen Tätigkeit und nicht zuletzt auf ein sich wandelndes gesellschaftliches Bild der Psychiatrie zurückzuführen sein.⁹² Andererseits wurden die behördlichen Einweisungen strenger geregelt, spätestens mit der Einführung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs 1981, eines neuen Absatzes im Vormundschaftsrecht des ZGB (Art. 397a–f).⁹³

3.1.6 Stärkung des Rechtsschutzes? Die Einführung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs

Die Einführung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) 1981 bedeutete zugleich die Abschaffung administrativer Versorgungen. Mit den neuen Bestimmungen zum FFE wurde das ZGB konform mit der 1974 vom Bund ratifizierten Europäischen Menschenrechtskonvention. Das Jahr 1981 bildet deshalb in der Geschichte fürsorgerischer Zwangsmassnahmen einen wichtigen Moment. Die rechtlichen Neuerungen sollten aber den Blick auf die historischen Kontinuitäten zwischen der Zeit vor und nach 1981 nicht verstellen. Die Unabhängige Expertenkommission (UEK) Administrative Versorgungen spricht im Zusammenhang mit der FFE deshalb von einer Ablösung und Neugestaltung des Versorgungsrechts, nicht aber von einer scharfen Zäsur.⁹⁴ Auch Philipp Gurt (*1968), der 1983 zur Begutachtung in die psychiatrische Klinik Beverin eingewiesen wurde, hält das Jahr 1981 nicht für einen Wendepunkt in der Versorgungspraxis.⁹⁵ Zwar wurde der Rechtsschutz der Betroffenen durch die Bestimmungen des FFE gestärkt. Die stigmatisierende Terminologie des Vormundschaftsrechts wurde aber nur geringfügig geändert.⁹⁶ Auch der hohe gesellschaftli-

che Konformitätsdruck blieb nach Ansicht der UEK bestehen. Die Ablösung des Versorgungsrechts 1981 war primär aussen- und imagepolitischen Überlegungen zuzurechnen, so die UEK, und weniger der Einsicht in den Unrechtscharakter der vorangegangenen Gesetzgebungen.⁹⁷

Der Bund überliess den Kantonen bei der Regelung der Verfahren nach FFE, von einigen Kernprinzipien abgesehen, weiterhin bestimmte Freiheiten. Diese betrafen beispielsweise die Übertragung von Einweisungsbefugnissen. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung war zulässig, wenn der betroffenen Person «die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden» konnte.⁹⁸ Dabei war nicht nur der «Selbstschutz», sondern auch die «Belastung» zu beachten, die die betroffene Person für ihre Umgebung darstellte.⁹⁹ Für die Einweisungsbeschlüsse waren grundsätzlich die Vormundschaftsbehörden verantwortlich, bei psychisch kranken Menschen konnten die Kantone die Zuständigkeit aber auch «andern geeigneten Stellen einräumen», zum Beispiel Hausärztinnen und Hausärzten und frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiatern.¹⁰⁰

Der Kanton Graubünden griff diese offene Formulierung im teilrevidierten Einführungsgesetz zum ZGB auf und legte fest, dass die ärztliche Einweisungsbefugnis sowohl für psychisch kranke als auch betäubungsmittelabhängige Personen galt.¹⁰¹ Die Entscheidung über eine Entlassung dieser Personen lag hingegen wiederum im Verantwortungsbereich der Kliniken selbst. Das war ein entscheidender Unterschied zur vormundschaftsbehördlichen Versorgung, bei der die Vormundschaftsbehörden auch für die Entlassung

terminologische Überarbeitungen wurden erst im neuen Erwachsenenschutzrecht von 2013 umgesetzt, vgl. GERMANN / ODIER (2019), S. 81–83.

⁹⁷ Ebd., S. 84.

⁹⁸ Adressiert waren mündige oder entmündigte Personen mit «Geisteskrankheit», «Geistesschwäche», «Trunksucht», anderen «Suchterkrankungen» oder «schwerer Verwahrlosung», vgl. Art. 397a, in: Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Fürsorgerische Freiheitsentziehung), Änderung vom 6. Oktober 1978, in: AS 1980 31.

⁹⁹ Art. 397a, in: Ebd. Die Voraussetzungen für FFE bei minderjährigen sind in Ergänzung dazu in Art. 310 geregelt.

¹⁰⁰ Art. 397b, in: ebd.

¹⁰¹ Vgl. Art 85 EG/ZGB, zitiert in: Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons Graubünden an die kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Anstalt Realta, betreffend das neue Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die Teilrevision des EG zum ZGB, Chur, 19. Dezember 1980, S. 3.

Einweisungskompetenz	Dauer / Fälle	Entlassungskompetenz
Vormundschaftsbehörde	Auf Dauer Alle Fälle	Vormundschaftsbehörde Anstalt (bei Delegation)
Vormundschaftspräsident	Längstens 20 Tage Dringende Fälle	Vormundschaftsbehörde Vormundschaftspräsident Anstalt (bei Delegation)
Vormund	Längstens 20 Tage Dringende Fälle bei seinen Mündeln	Anstalt
Arzt	Auf Dauer Nur: Betäubungsmittelabhängige und psychisch Kranke	Anstalt

Tabelle 9: Verteilung der Kompetenzen bei der fürsorgerischen Freiheitsentziehung in Graubünden

Quelle: Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons Graubünden an die kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Anstalt Realta, betreffend das neue Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die Teilrevision des EG zum ZGB, Chur, 19. Dezember 1980, S. 4.

zuständig waren – obgleich es im Gesetz hiess, dass die betroffene Person «entlassen werden muss», sobald sich ihr Zustand verbessert hatte. Die Kliniken wurden in diesen Fällen auch dazu angehalten, den Vormundschaftsbehörden eine Entlassung nahezulegen, sobald sie aus ihrer Perspektive gerechtfertigt war.¹⁰² Teilweise überliessen die Vormundschaftsbehörden den Kliniken die Entlassungskompetenz, unter der Bedingung, dass sie über Versetzungen oder Entlassungen unverzüglich informiert wurden. Durch diese Bedingungen brach der Kanton explizit mit der früheren Stufenlogik im Versorgungsprozess. Flexible, unbürokratische Versetzungen von Patientinnen und Patienten zwischen den verschiedenen Einrichtungen Beverin, Realta und Rothenbrunnen waren unter diesen Umständen nicht mehr möglich. Wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist, war die Präsidialverfügung ebenfalls ein Spezifikum des Bündner Einführungsgesetzes zum ZGB. In dringenden Fällen war es auch dem Vormundschaftspräsidenten erlaubt, Personen einzuweisen. Nach 20 Tagen verlor die Anstaltsversorgung jedoch ihre Wirkung, ausser sie wurde durch den Beschluss der Vormundschaftsbehörde bestätigt.¹⁰³ Die Aussagen von Philipp Gurt deuten aber darauf hin, dass Theorie und Praxis auseinanderfallen konnten. Er sei in diesem Verfahren «im Unwissen gelassen» und nicht «über seine Rechte» informiert worden.¹⁰⁴ Bei seiner Überweisung in die Klinik Beverin – er war damals 15 Jahre alt – wurde er nicht darüber aufgeklärt, auf welcher rechtlichen Grundlage er

nach Beverin verlegt wurde. Rückblickend weiss er, dass es damals Rekursmöglichkeiten gegeben hätte. Da aber keine Rechtsmittelbelehrung stattfand, war ihm dies zum Zeitpunkt der Einweisung nicht bekannt.¹⁰⁵

Zentral an den neuen Bestimmungen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung war zudem, dass die psychiatrische Expertise im Versorgungsprozess von psychisch kranken Menschen ausdrücklich einbezogen werden musste. Das betraf auch die Klinikeinweisungen durch Vormundschaftsbehörden.

Art. 397e, Abs. 5 ZGB: «Bei psychisch Kranke darf nur unter Bezug von Sachverständigen entschieden werden; ist dies in einem gerichtlichen Verfahren bereits einmal erfolgt; so können obere Gerichte darauf verzichten.»¹⁰⁶

Gemäss Botschaft des Bundesrates waren unter «Sachverständigen» Psychiaterinnen und Psychiater zu verstehen. Doch nicht in allen Situationen mussten diese konsultiert werden: Da bei dringenden Einweisungen (durch Vormundschaftspräsident, Vormundin und Vormund oder Ärztin und Arzt) selten genügend Zeit blieb, um vor dem Vollzug einen Psychiater beizuziehen, war es auch den Kliniken erlaubt, in einem Aufnahmearrest die Voraussetzungen für eine Versorgung nach Artikel 397a ZGB zu verifizieren. Fehlten die Voraussetzungen, musste die betroffene Person sofort

¹⁰² Vgl. Art. 397a, Abs. 3, und Art. 397b, Abs. 3 ZGB, zitiert in: ebd., S. 3–4.

¹⁰³ Vgl. Art 61 EG/ZGB, zitiert in: ebd., S. 4.

¹⁰⁴ Interview mit Philipp Gurt, 38.00–47.00.

¹⁰⁵ Ebd., 39.05–42.25.

¹⁰⁶ vgl. Art. 397e, in: Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Fürsorgerische Freiheitsentziehung), Änderung vom 6. Oktober 1978, in: AS 1980 31.

wieder entlassen werden.¹⁰⁷ Das Sanitätsdepartement wies in internen Richtlinien ausdrücklich darauf hin, dass eine Einweisung ohne zwingenden Grund nicht vertretbar sei.

«Eine psychiatrische Klinik darf nicht als «Versorgungsstation» für Leute werden, die sonst nirgendwo untergebracht werden können.»¹⁰⁸

Doch auch hier stimmten Theorie und Praxis nicht immer überein, so Suzanne von Blumenthal, die von 1994 bis 2002 Direktorin der Klinik Beverin und von 2002 bis 2017 Chefärztin der PDGR war. Sie berichtete, dass die Polizei während ihrer Amtszeit teilweise Alkoholiker ohne formelle Übergabe vor der Türe der Klinik ablieferte.¹⁰⁹

Die Bestimmungen des Fürsorgerischen Freiheitsentzugs wurden 2013, im Rahmen des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts, durch jene der Fürsorgerischen Unterbringung (FU) abgelöst. Damit ging eine weitere Stärkung der Verfahrensrechte betroffener Personen einher. Die FU wurde in den Kompetenzbereich der neuen, kantonal organisierten KESB übertragen. Der Rechtsschutz wurde in den letzten Jahrzehnten weiter verstärkt, Eingriffe in die persönliche Freiheit und Administratieeinweisungen bleiben aber vor allem in Bezug auf die Psychiatrie ein virulentes Thema.¹¹⁰

3.2 Diagnostik in den Bündner Kliniken: Brüche und Kontinuitäten

Diagnosen und Klassifikationen von psychischen Krankheiten unterlagen in den letzten 200 Jahren immer wieder starken Veränderungen. Die Zusammenfassung, Bestimmung und Bewertung von Symptomen, aus denen eine zugrundeliegende Krankheit diagnostiziert wird, ist ein komplexer ideengeschichtlicher Prozess. Psychiatrische Begrifflichkeiten sind das Ergebnis solcher analyti-

¹⁰⁷ Vgl. Verwaltungsarchiv Beverin: Schreiben des Justiz- und Polizeidepartements des Kantons Graubünden an die kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie die Anstalt Realta, betreffend das neue Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und die Teilrevision des EG zum ZGB, Chur, 19. Dezember 1980, S. 4.

¹⁰⁸ Vgl. ebd., S. 4.

¹⁰⁹ Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.05.58–1.06.49.

¹¹⁰ An den neuen Regelungen der FU problematisierte Gurt, dass betroffene Personen keine aufschiebende Wirkung erzielen können. Vgl. Interview mit Philipp Gurt, 1.43.00–1.44.25.

schen Schlussfolgerungen.¹¹¹ Die methodischen Herangehensweisen an die Erklärung psychischer Krankheiten waren und sind sehr heterogen; die Bandbreite reicht von naturalistisch-biologischen Ansätzen, die sich im Laufe des 20. Jahrhunderts in neurowissenschaftliche Richtung entwickelten, über hermeneutische, die die individuelle Biografie und die Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen berücksichtigen, bis hin zur entschieden deskriptiv verfahrenden Psychopathologie.¹¹² Darüber hinaus wurde die psychiatrische Diagnostik, im Gegensatz zur somatischen, wesentlich von gesellschaftlich-normativen Gesichtspunkten geprägt. Die Psychiatrie war immer auch ein Abbild gesellschaftlicher Ordnungsvorstellungen und damit letztlich ein «Ort», an den Menschen verbracht wurden, mit denen die Gesellschaft überfordert war. Diese Heterogenität der Erklärungsmuster psychischer Erkrankungen erschwerte es der Psychiatrie immer wieder, ihren eigentlichen Gegenstand und ihre Identität festzulegen, und bot zugleich Angriffsfläche für Kritik, wie sie etwa die antipsychiatrische Bewegung der 1960er und 1970er Jahre ausübte. So stellte sich die Antipsychiatrie vehement gegen die Medikalisierung der «biologischen Psychiatrie», die soziale und psychologische Aspekte der Erkrankung vernachlässigen würde.¹¹³

3.2.1 Vielfalt in der Diagnostik und Dokumentationsweise in den Bündner Kliniken

Psychiatrische Diagnosen und die dahinterliegenden Krankheitsvorstellungen sind nicht als absolut zu verstehen. Diese Variabilität psychiatrischer Begriffe spiegelte sich auch in der Diagnostik der psychiatrischen Kliniken Graubündens. Die Ärzteschaft der beiden Kliniken Waldhaus und Beverin hat über viele Jahrzehnte hinweg die Diagnosen, die sie bei Neuaufnahmen stellte, in ihren Jahresberichten dokumentiert (vgl. Tabelle 10).

Die Einteilungen in zeitgenössische Diagnosekategorien wie beispielsweise in den «manisch-depressiven Kreis» oder in «organische Psychose», wie es in den Bündner Kliniken der 1950er Jahre üblich war, lassen sich heute nicht in analoge Begriffe übersetzen. So wie die Krankheitsbilder historisch wandelbar sind, hat sich auch die

¹¹¹ Vgl. HOFF (2008), S. 339 und DERS. (2016).

¹¹² HOFF (2016), S. 1.

¹¹³ HOFF (2018), S. 1595–1597.

Krankheitsformen der Aufgenommenen	Männer	Frauen	Total
1. Oligophrenien:			
Idiotie	1	0	1
Imbezillität	6	2	8
Debilität	0	2	2
2. Konstitutionelle Störungen:			
Psychopathie	9	18	27
3. Neurosen	9	8	17
4. Abnorme seelische Reaktionen	10	17	27
5. Manisch-depressiver Kreis:			
Manie	1	0	1
Endogene Depression	5	9	14
6. Schizophrener Kreis:			
Hebephrenie	9	4	13
Katatonie	27	25	52
Paranoid	17	25	42
Schizophrenia simplex	2	2	4
7. Organische Psychosen:			
Senile und arteriosclerotische Störungen	7	3	10
Progressive Paralyse	2	0	2
Andere organische Störungen	18	11	29
8. Epilepsie:			
Genuine	1	2	3
Symptomatische	1	1	2
9. Alkoholismus:			
Chronischer Alkoholismus	36	3	39
Delirium tremens	2	0	2
Pathologischer Rausch	1	0	1
10. Andere Sünden	2	1	3
11. Vergiftungen	1	2	3
12. Keine Geisteskrankheit	1	1	2

Tabelle 10: Krankheitsformen der Aufgenommenen, Klinik Waldhaus 1951

Anmerkung: Patientinnen und Patienten sahen sich oft mit Mehrfachdiagnosen konfrontiert (z. B. «chronische Schizophrenie bei Debilität»). Die Angaben in den Jahresberichten geben nur die Hauptdiagnose wieder.

Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1951, S. 49–50.

Bedeutung der diagnostischen Begriffe verändert. Heute stützt sich die psychiatrische Diagnostik vorwiegend auf das von der WHO herausgegebene und weltweit anerkannte ICD-Klassifikationssystem.¹¹⁴ Auch das Waldhaus griff bei der Diagnosestellung ab 1977 auf die ICD-Klassifikationen zurück. Bei der Klinik Beverin hingegen brach die schematisierte Erfassung der Eintrittsdiagnosen in den Jahresberichten nach 1972 ab; ungeachtet dessen stieg aber auch sie in den Folgejahren auf die ICD um.¹¹⁵

Tabelle 11 gibt eine Vorstellung davon, wie sich die Begrifflichkeiten wandelten. Sie erfasst alle historischen Diagnosen, die seit Bestehen der Kliniken Waldhaus und Beverin bis zur Umstellung auf die ICD-Klassifikationen mindestens 20 Mal gestellt wurden und sich daher weitgehend etabliert hatten. Die aufgelisteten Oberkategorien (1–8) wie auch die spezifischen Diagnosen sind Quellenbegriffe und wurden unverändert aus den Jahresberichten übernommen.

Die aufgeführten Diagnosebegriffe sind weder im Waldhaus noch in Beverin entstanden. Die Bündner Ärzteschaft orientierte sich an international anerkannten psychiatrischen Terminen. Für die historische Aufarbeitung der psychiatrischen Praxis können die spezifischen diagnostischen Entwicklungen in Graubünden jedoch in zweierlei Hinsicht aufschlussreich sein. Auf der einen Seite kann der Zeitpunkt der Anwendung neuer diagnostischer Begriffe Ausdruck einer institutionellen oder ärztlichen Neuausrichtung sein. Auf der anderen Seite indizierten viele Diagnosen – vor allem Mitte des 20. Jahrhunderts – eine bestimmte medizinische Behandlung; die Häufung bestimmter Diagnosen kann also auch als Indiz dafür gelesen werden, welche Behandlungsmethode zu einem bestimmten Zeitpunkt besonders häufig angewandt wurde.¹¹⁶ Zwar stellten die zu einem bestimmten Zeitpunkt praktizierenden Psychiater

¹¹⁴ Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) liegt derzeit in der zehnten Fassung vor, eine elfte Version wird voraussichtlich 2022 in Kraft treten. Vgl. MEYER/HILLIENHOF (2018). Ein weiteres Standardwerk zur Diagnose psychischer Erkrankungen ist das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», kurz DSM, der American Psychiatric Association. Es liegt derzeit in der 5. Auflage vor.

¹¹⁵ Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1892–1988 und Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1988.

¹¹⁶ Vor diesem Hintergrund sind speziell jene Zeitabschnitte aufschlussreich, in denen Diagnosen stark variierten, plötzlich auftraten oder verschwanden. Zu dieser Auffassung siehe MEIER et al. (2002), S. 69.

1 Schizophrener Kreis	2 Manisch-depressiver Kreis	3 Organische Psychosen	4 Oligophrenien
Amentia (akute Verwirrtheit)* (W 1899/1916; B 1921)	Andere abnorme seelische Reaktionen (W 1946/1974; B 1947/1971)	(Post)Encephalitische Erkrankung (W 1920/1974; B 1920/1966)	Debilität (W 1919/1974; B 1927/1970)
Dementia praecox*** (W 1899/1905)	Circuläres Irresein*** (W 1893/1945)	(Progressive) Paralyse (W 1892/1953; B 1919/1951)	Idiotie (W 1892/1974; B 1919/1971)
Hebephrenie (W 1898/1974; B 1919/1971)	Cyclothymie*** (B 1927/1936)	Apoplexie / (post)apoplektische Psychose (W 1899/1932; B 1922/1950)	Imbezillität (W 1899/1974; B 1919/1971)
Katatonie (W 1898/1974; B 1919/1971)	Endogene Depression (W 1949/1974; B 1951/1971)	Dementia paralytica (W 1899/1925; B 1919/1937)	Kretinismus (W 1952/1974; B 1919/1966)
Paranoia / Paranoid (W 1892/1974; B 1919/1971)	Erschöpfungs- und involutive Depression (W 1962/1974; B 1947/1971)	Demenz / Dementia senilis und oder arterioscler. / Hirnarteriosklerose (W 1892/1974; B 1919/1971)	Schwachsinn (W 1892/1925; B 1919/1926)
Schizophrenia simplex (W 1919/1974; B 1941/1971)	Manie (W 1892/1974; B 1919/1971)	Gehirnverletzung durch Unfall* (W 1963/1974; B 1967)	
Wahnsinn*** (W 1892/1898)	MDK Manisch-depressive Krankheit (W 1899/1974; B 1919/1971)	Lues cerebri (Hirnsyphilis)* (W 1900/1972; B 1950/1958)	
	Melancholie (W 1892/1961; B 1919/1963)	Präsenile und involutive Erkrankung (W 1899/1974; B 1936/1966)	
	Neurotische Depression** (W 1966/1968; B 1965/1967)	Tumor cerebri (Gehirntumor)* (W 1898/1974; B 1931/1965)	
	Reaktive Depression und Erregungszustände (W 1948/1974; B 1942/1971)		
	Suizidversuch** (W 1963/1968; B 1947/1968)		

Tabelle 11: Diagnose-Kategorien der Kliniken Waldhaus (1892–1974) und Beverin (1919–1971)

Anmerkungen:

- * Diese Krankheiten/Symptome wurden vorwiegend in der Klinik Waldhaus diagnostiziert.
- ** Diese Krankheiten/Symptome wurden vorwiegend in der Klinik Beverin diagnostiziert.
- *** Diese Krankheiten/Symptome wurden nur in der in Klammern angegebenen Klinik diagnostiziert.
- 4 Der Begriff «Oligophrenie» wurde im ICD-10 durch unterschiedliche Grade der «Intelligenzminderung» (ICD-10 F70–F90) ersetzt.

Die Jahresangaben in Klammern zeigen an, wann die Diagnose zum ersten und letzten Mal in der jeweiligen Klinik gestellt wurde. Die Angaben reichen nur bis 1974 (Waldhaus) beziehungsweise 1971 (Beverin). Der Grossteil der Diagnosen, bei denen diese Enddaten angegeben sind, wurde auch danach weiterhin gestellt.

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1976, Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1971.

keine einheitlichen Diagnosen, generell war aber bekannt, bei welchen Diagnosen sie welche Behandlungsmethoden als indiziert betrachteten. Abgesehen davon vermittelten die Diagnosen auch einen Eindruck davon, wie sich der Bestand an Patientinnen und Patienten über die Jahre hinweg entwickelte.

Nicht alle Chefärzte waren davon überzeugt, dass die Statistiken der Diagnosen auf gesamtschweizerischer Ebene aussagekräftig zusammengeführt wurden. Gottlob Pflugfelder, von 1951 bis 1977 Direktor der Klinik Waldhaus, war der Meinung, dass die Statistik «nur eine larvierte Form der wissenschaftlichen Lüge» sei. Als Chef-

arzt habe er über Jahrzehnte hinweg die kantonsübergreifenden Statistiken psychiatrischer Kliniken als «Leidensgeschichte» wahrgenommen. Zwar seien mit den statistischen Formularen des Neuenburger Psychiaters Henri Bersot (1896–1955) bis in die 1950er Jahre «brauchbare» Erhebungen möglich gewesen, doch «die späteren Formulare, die z.T. ganz spezifisch auf diagnostische Modeströmungen der Klinik Burghölzli [ausgerichtet]» gewesen seien, erschienen Pflugfelder «wenig tauglich».117 Internationale Klassifikationsinstru-

117 StAGR V 13 e 1: Schreiben Gottlob Pflugfelders an einen

5 Epilepsie	6 Neurosen	7 Konstitutionelle Störungen	8 Alkoholismus u. a. Süchte
Dementia epileptica (W 1898/1925; B 1919/1940)	(Psycho)Neurosen (W 1942/1974; B 1941/1971)	(konstitutionelle) Psychopathie (W 1919/1974; B 1919/1971)	Alkoholismus (W 1892/1974; B 1919/1971)
Epilepsie (W 1918/1974; B 1919/1971)	Charakter-Neurosen*** (B 1950/1966)	Pubertätskrise / Entwicklungsstörungen*** (B 1950/1971)	Alkoholpsychose (W 1940/1945; B 1941/1946)
Genuine Epilepsie (W 1946/1974; B 1941/1971)	Hypochondrie (W 1894/1965; B 1929/1971)	Sexual-Delinquenz*** (B 1967/1971)	Betäubungsmittel (Haschisch, LSD)** (W 1959/1973; B 1969/1971)
Symptomatische Epilepsie (W 1950/1971; B 1957/1966)	Hysterie / Hysterische Neurose (W 1892/1948; B 1919/1971)	Verwahrlosung / Milieuschäden** (W 1948; B 1946/1971)	Delirium tremens (W 1894/1974; B 1947/1971)
	Sexual-Neurose** (W 1948; B 1954/1966)		Halluzinose* (W 1950/1974; B 1950/1968)
			Korsakow (W 1933/1974; B 1919/1970)
			Medikamentenabhängigkeit (Schlafmittelsucht usw.) (W 1965/1974; B 1944/1970)
			Morphinismus (W 1892/1958; B 1932/1958)
			Pathologischer Rausch (W 1917/1974; B 1932/1965)
			Trunksucht** (W 1949/1973; B 1948/1969)

mente hingegen befürwortete er, so etwa die neueren Auflagen der ICD.

Pflugfelder war insbesondere gegenüber der aufkommenden Computerstatistik skeptisch eingestellt. Ein Oberarzt der Klinik Beverin erkundigte sich bereits 1973 bei Pflugfelder, ob er Interesse an einer klinikübergreifenden Kooperation auf diesem Feld hätte. Pflugfelder, der die Diagnosestatistik bisher immer persönlich geführt hatte, stieg darauf nicht ein. Er erwäge eine solche Lösung erst, sobald der *Verband schweizerischer Krankenanstalten (VESKA)* ein Formular dafür bereitstelle.¹¹⁸

«Es scheint mir wichtig, dass zumindest die medizinische Statistik im Jahresbericht zuverlässig durchgeführt wird, vor allem in einer Form, die mit früheren Jahresberichten zu vergleichen ist. In diesem Sinne werden wir die

Aufnahmestatistik selbstverständlich weiterführen».¹¹⁹

In seinen Augen hatten Aussagen über die statistische Entwicklung der Klinik Waldhaus Priorität. Übergeordneten Datenerhebungen schrieb er eine untergeordnete Rolle zu. Das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden war anderer Überzeugung, zumindest in Bezug auf das Bündner Gesundheitssystem. Es bemängelte 1974 den Umstand, dass die beiden Kliniken nicht über einheitliche medizinische Statistikunterlagen verfügten.¹²⁰ Dadurch seien rückwirkende Datenerhebungen erschwert, die gerade jetzt bei der laufenden Planung des kantonalen Gesundheitswesens wichtig gewesen wären (vgl. Kapitel 5.2). In den Folgejahren stiegen beide Bündner Kliniken auf die medizinische Datenerhebung nach VESKA-Richtlinien um.

der beiden Oberärzte der Psychiatrischen Klinik Beverin, Chur, 10.1.1973.

¹¹⁸ Der VESKA (heute H+) ist der Dachverband aller öffentlichen und privaten Kliniken, Spitäler und Pflegeinstitutionen der Schweiz.

¹¹⁹ StAGR V 13 e 1: Schreiben Gottlob Pflugfelders an einen der beiden Oberärzte der Psychiatrischen Klinik Beverin, Chur, 10.1.1973.

¹²⁰ StAGR V 13 e 1: Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden an die Direktion der Psychiatrischen Klinik Waldhaus, Chur, 11.11.1974.

3.2.2 Diagnostische Oberkategorien im Wandel der Zeit (1892–1976)

Am Beispiel dreier diagnostischer Entwicklungen in den Bündner Kliniken lässt sich der Ausdifferenzierungsprozess, den die psychiatrische Diagnostik durchlief, exemplarisch illustrieren. Ausserdem zeigen die ersten zwei dieser drei Beispiele, welche Grundlagen in Graubünden gegeben sein mussten, damit dieser diagnostische Wandel stattfinden konnte.

Erstens subsumierte die Klinik Waldhaus bis 1925 alle schizophrenen, manisch-depressiven und neurotischen Krankheiten unter der übergeordneten Kategorie «idiopathische (erworbenen und konstitutionelle) Psychosen». Der Begriff «idiopathisch» bezeichnete Krankheiten unbekannter Ursache, die anhand der Symptome eingeordnet wurden. Dass die drei Krankheitsbilder gemeinsam unter «idiopathisch» kategorisiert wurden, ist bezeichnend für die damalige Ratlosigkeit gegenüber vielen Krankheitsursachen. Ab 1926 unterschied das Waldhaus zumindest zwischen «konstitutionellen» und «einfachen/erworbenen Psychosen». Damit zog die Bündner Diagnostik eine Trennlinie zwischen konstitutionellen psychischen Störungen wie Psychopathien, bei denen man damals hereditäre Ursachen vermutete, und erworbenen Psychosen, die schizophrene und manisch-depressive Krankheiten beinhalteten.¹²¹ Erst ab 1946 wurde systematisch zwischen den Oberkategorien «manisch-depressiver Kreis» (heute affektive Psychosen) und «schizophrener Kreis» differenziert.¹²²

In der Klinik Beverin wurde eine Ausdifferenzierung der endogenen Psychosen in die Kategorien «schizophrener Kreis» und «manisch-depressiver Kreis» seit 1940 vorgenommen.¹²³ In diesem Jahr übernahm der junge, initiative Psychiater Hans Walther die Direktion. Die Spezifizierung dürfte auf

die differenziertere therapeutische Haltung des neuen Chefarztes zurückzuführen sein. Zudem wurde unter seiner Federführung die «reaktive Depression» (heute Anpassungsstörung) als eigene Kategorie eingeführt; diese Veränderung könnte damit zusammenhängen, dass die Multifunktionsanstalt Realta während des Zweiten Weltkriegs den Auftrag vom Kanton erhielt, Internierungslager für ausländische Soldaten und Zivilflüchtlinge zu betreiben (vgl. Kapitel 2.3.2). Die Kriegsereignisse und die wirtschaftliche Rezession könnten Grund für diese zwischenzeitlich eingeführte diagnostische Oberkategorie sein. Das heisst aber nicht, dass reaktive Depressionen nach 1946 nicht mehr diagnostiziert worden wären. Sie wurden vielmehr unter einer neuen Kategorie, der «abnormen seelischen Reaktion», subsumiert.

Damit soll auf die zweite auffällige diagnostische Entwicklung hingewiesen werden: sogenannte «andere abnorme seelische Reaktionen», die in den beiden Kliniken ab Mitte der 1940er Jahre auftauchen und über Jahre hinweg keiner klaren Kategorie zugeteilt werden konnten. Während das Waldhaus diese Diagnose grundsätzlich nicht in Unterkategorien aufgliederte, sammelten sich in Beverin im Laufe der Jahre immer mehr und vor allem sehr unterschiedliche Subkategorien darunter. Die Diagnosen reichten von «Erregungszuständen», «reaktiven Depressionen» und «Suizidversuchen» über «Hypochondrie» bis zu «psychopathischen Entwicklungen», «Milieuschäden», «Pubertätskrisen», «Verwahrlosung» oder «Sexual-Delinquenz» – letztlich also eine schwer einzuordnende Summe aus affektiven Psychosen, Neurosen und moralischen Wertungen normabweichenden Verhaltens.

Drittens ist die Entwicklung des Verständnisses der Schizophrenie – ein Begriff, der auch in die heutige Alltagssprache Eingang gefunden hat – in Erinnerung zu rufen. Der eigentliche Schizophrenie-Begriff wurde erstmals 1908 von Eugen Bleuler (1857–1939), Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Burghölzli), der wissenschaftlichen Fachwelt als Abgrenzung und Erweiterung des *Dementia praecox*-Begriffs von Emil Kraepelin (1856–1926), dem führenden deutschen Psychiater, präsentiert. Da der Schizophrenie-Begriff von Bleuler Psychosen auch eine soziale Bedeutung beimass, eröffneten sich durch die Möglichkeit zur sozialen Heilung und Reintegration neue ärztliche Perspektiven für die Behandlung der Schizophrenie. Obschon die Schizophrenie-Diagnose sich in der Schweiz rasch verbreitete, widerspricht die

¹²¹ Jahresberichte Waldhaus 1892–1945.

¹²² Jahresberichte Waldhaus 1892–1976.

¹²³ Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1971. Als endogene Psychosen verstand die Psychiatrie, obschon im Detail nach Autoren zu differenzieren wäre, psychische Erkrankungen, bei deren Entstehung keine schwerwiegenden organischen Veränderungen von Körper oder Gehirn und somit keine äusseren (exogenen) Ursachen diagnostiziert werden konnten. Versuche, die krankheitsverursachenden endogenen Faktoren zu fassen, führten seit dem 19. Jahrhundert zu diversen Auseinandersetzungen zwischen Psychikern, Somatikern, Degenerationstheoretikern und den Vertretern der psychosozialen Erklärungsmuster.

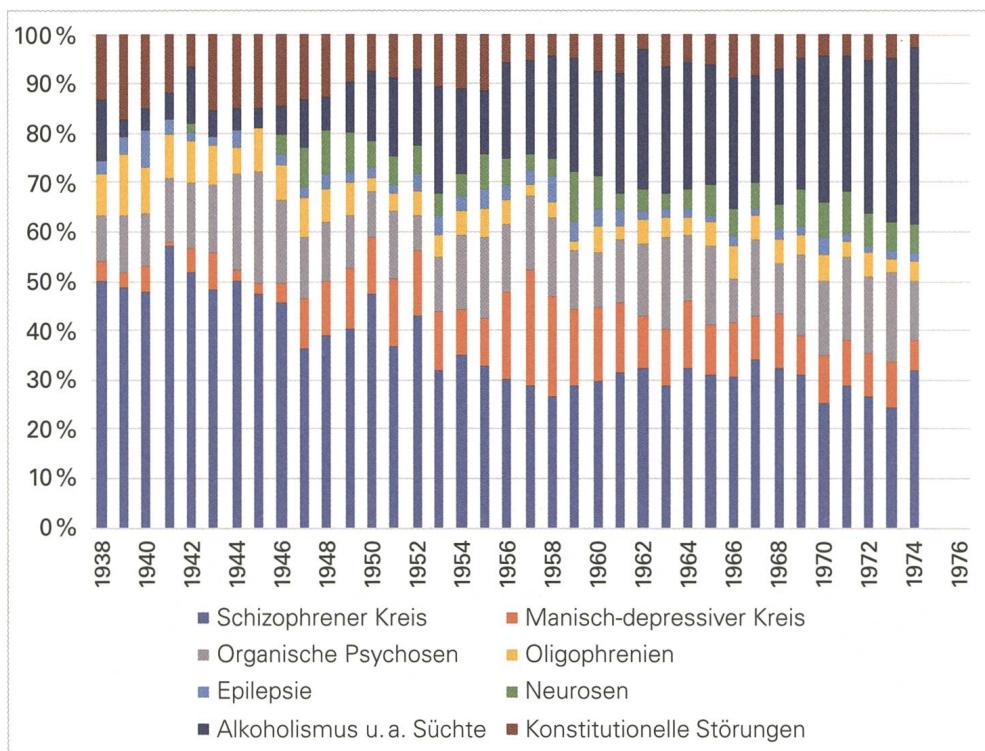


Diagramm 12: Diagnosen bei stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976

Anmerkung: Die farbigen Streifen geben nur das Verhältnis zwischen den einzelnen diagnostizierten Krankheiten wieder, nicht aber absolute Zahlen. Die wenigen Eintritte, die in den Jahresberichten als «zur Begutachtung» oder «nicht geisteskrank» gekennzeichnet sind, wurden im Diagramm nicht berücksichtigt. Für die Jahre 1975 und 1976 fehlen Angaben. Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1976.

historische Forschung der Vorstellung, der Schizophrenie-Begriff hätte eine ungebrochene Erfolgsgeschichte erlebt. Vielmehr war der Begriff, der beispielsweise in der Zwischenkriegszeit in Deutschland von seinen psychoanalytischen Bestandteilen getrennt wurde, ein Kind seiner Zeit. Die Hoffnung der 1930er Jahre, mittels somatischer Schockkuren Schizophrenie behandeln zu können (verbunden mit biologistischen Konzepten der Schizophrenie), zeigt, wie die Beschreibung und Behandlung eines Krankheitsbildes durch wissenschaftliche und auch gesellschaftliche Diskurse mitgeformt werden konnte.¹²⁴ Versuche, die ab 1908 unter dem Begriff Schizophrenie subsumierten Krankheitsformen zusammenzutragen und voneinander abzugrenzen, reichen bis in das 18. Jahrhundert zurück und sind nach wie vor Gegenstand reger Debatten. Die kategorisierten Veränderungen, Erlebnisse und Zustände lassen einerseits, gerade bei paranoiden und halluzinatorischen Symptomen, zweifelsohne Züge einer Krankheit beobachten. Andererseits gelingt es bis heute nicht, verbindliche Grenzen für dieses Krankheitsbild abzustecken.¹²⁵ So konnte es vorkommen, dass je nach behandelndem Psychiater nicht eindeutige Symptome der Schizophrenie, den manisch-depressiven Krankheiten oder auch

Mischformen (heute schizoaffektive Psychosen) zugeordnet wurden. Die Schizophrenie-Diagnose war einem Differenzierungsprozess ausgesetzt und wurde gleichzeitig teilweise von neuen Diagnosen verdrängt.

3.2.3 Längsschnitt der Diagnostik in der stationären Psychiatrie: Bündner Charakteristika

Da die Diagnosekategorien zwischen 1940 und den frühen 1970er Jahren vergleichsweise stabil blieben, lässt sich auf Kosten kleinerer Abstraktionen ein aufschlussreicher Längsschnitt durch die Bündner Diagnostik ziehen. In diesem Zeitraum fanden auf der Ebene der medizinischen Behandlungsmethoden viele Entwicklungen statt – von den körperbezogenen Schockkuren der späten 1930er über psychochirurgische Eingriffe Ende der 1940er Jahre bis hin zur psychopharmakologischen Wende ab den frühen 1950er Jahren.

Bei den Eintrittsdiagnosen der Klinik Waldhaus fällt auf, dass die Gruppe der Schizophrenen bis Mitte der 1940er Jahre knapp 50 Prozent, ab den 1970er Jahren aber nur noch 25–30 Prozent der Aufnahmen ausmachte (vgl. Diagramm 12). Der leichte Anstieg um 1950 dürfte auf die kurzfristige Übernahme chronisch kranker Friedmatt-Patientinnen und -Patienten, derjenige von 1952 auf den

¹²⁴ Vgl. BERNET (2013).

¹²⁵ Vgl. BAER (1998), S. 41.

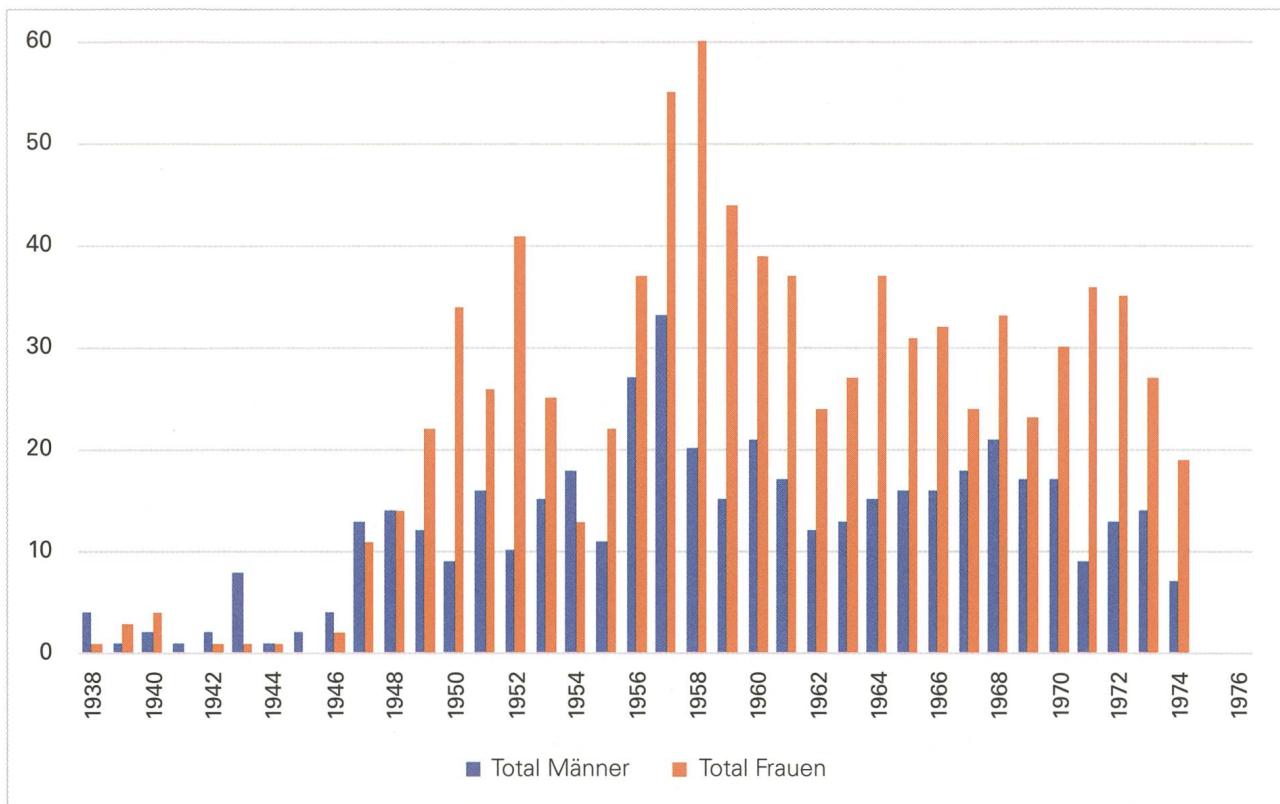


Diagramm 13: Diagnosen aus dem Manisch-depressiven Kreis bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1976.

langfristigen Pensionsvertrag mit dem Burghölzli zurückzuführen sein. Die kontinuierliche Abnahme ab Mitte der 1950er Jahre hat wohl verschiedene Gründe, etwa die Entwicklung neuer Neuroleptika, die schrittweise Etablierung eines Sozialdienstes, der in Verbindung mit der Medikamentenabgabe wiederholte Klinikeinweisungen verringerte, und nicht zuletzt die Ausdifferenzierung des Krankheitsbildes der Schizophrenie. Noch zur Zeit Eugen Bleulers beklagten sich viele Psychiater darüber, dass Krankheiten, die nicht wissenschaftlich klassifiziert werden konnten, in den «Topf» der Diagnose Schizophrenie geworfen würden.¹²⁶

Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis wurden ab 1947 häufiger gestellt, was womöglich auf den Rückgang der Schizophrenie-Diagnose im Zuge ihrer diagnostischen Ausdifferenzierung zurückzuführen ist.¹²⁷ Auffälliger ist jedoch der starke Anstieg ab 1957, der im Zusammenhang mit der

Entdeckung des ersten Antidepressivums Imipramin und dessen Markteinführung 1958 unter dem Handelsnamen Tofranil stehen dürfte. Dieser kurzfristige Anstieg deutet darauf hin, dass einerseits die Diagnose populärer und das Krankheitsbild mit dem ersten Antidepressivum greifbarer wurden. Andererseits könnte die Ärzteschaft mit dem neuen Medikament stationären Aufenthalten und einer langfristigen Symptommilderung grössere Erfolgschancen eingeräumt haben. Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis waren dezidiert geschlechtsspezifisch geprägt und wurden bei Frauen wesentlich häufiger gestellt. Jenseits medizinischer Konzepte stellten Psychiater Diagnosen auch im Zusammenhang mit dem Geschlecht und den damit verbundenen biologischen Annahmen, Norm- und Wertvorstellungen (vgl. Diagramm 13).¹²⁸

¹²⁶ MEIER et al. (2002), S. 71. Zur Geschichte der Diagnose Schizophrenie siehe HOENIG (1995), S. 336–348 und BERNET (2013).

¹²⁷ Aus dem manisch-depressiven Kreis wurden die «Melancholie» oder die «endogene Depression» wesentlich häufiger diagnostiziert als die «Manie». Zur Ablösung des Melancholie-Konzepts durch die endogene Depres-

sion in den 1950er Jahren siehe SCHOTT/TÖLLE (2006), S. 412.

¹²⁸ Eine weitere geschlechtsspezifische Prägung lässt sich bei den neurotischen Krankheiten feststellen. Diagnosen wie «hysterische Neurose» wurden vorwiegend bei Frauen gestellt. Zur sozialen Ungleichheit in Diagnostik und Psychiatrie siehe MEIER et al. (2002), S. 71–74; GERMAN (1999); HOLLINGSHEAD / REDLICH (1958).

Diagnosen aus dem Bereich der Oligophrenien, im heutigen Verständnis Formen angeborener oder erworbener Intelligenzminderung, waren im Waldhaus ab 1950 stark rückläufig (vgl. Diagramm 12). Ende der 1980er Jahre beschloss die Regierung, die Betreuung der geistig behinderten Menschen, bei denen oft auch psychische Krankheiten diagnostiziert wurden, ausschliesslich der Klinik Beverin zuzuteilen.¹²⁹ Vieles deutet darauf hin, dass auch schon davor ein Grossteil der Patientinnen und Patienten mit einer Intelligenzminderung in der Klinik Beverin untergebracht worden war. Das zeigt etwa ein Blick auf die Eintrittsdiagnosen der Klinik Beverin. Aber auch die Voten von Antonius Havermans, der von 1977 bis 2019 in der Klinik als Pfleger arbeitete, legen das nahe. Er sprach davon, dass zur Zeit seines Stellenantritts 1977 die ihm zugeteilte Frauenabteilung zu rund 60 Prozent aus geistig schwer behinderten Patientinnen bestanden hätte; dazu aber näheres im Abschnitt zur Diagnosestatistik der Klinik Beverin.¹³⁰

Die wohl auffälligste diagnostische Entwicklung betraf Alkoholmissbräuche und andere Suchtproblematiken. Die damit verbundenen Diagnosen nahmen seit den 1950er Jahren nachhaltig zu und machten in den 1970er Jahren einen Drittels der gesamten Eintrittsdiagnosen aus. Der «chronische Alkoholismus» war dabei die mit Abstand häufigste Diagnose (> 80 Prozent). Sie wurde vorwiegend bei Männern gestellt. Ab den 1960er Jahren finden sich vereinzelt auch Fälle von Drogen- und Medikamentensucht, wobei erst Ende der 1970er Jahre eine leichte Zunahme dieser Diagnosen festzustellen ist. Unter den Personen, die zwischen 1938 und 1976 wegen Suchproblematiken in die Klinik Waldhaus eingewiesen wurden, waren ebenfalls knapp 80 Prozent Männer (vgl. Diagramm 14).

Die Zunahme an Alkoholismus-Diagnosen erklärt sich teilweise mit einer erhöhten gesellschaftlichen Sensibilität gegenüber dem Alkoholkonsum.¹³¹ Pharmakologische Innovationen trugen ebenfalls zu diesem Trend bei. In den 1950er und 1960er Jahren breiteten sich insbesondere Apomorphin- und Antabus-Kuren als neue und vielversprechende Entzugsmethoden aus (vgl. Kapitel 5.2.2).¹³² Schliesslich wurde die Diagnose «Al-

koholismus» auch oft in Verbindung mit anderen Diagnosen gestellt. Auf diese Entwicklung wies auch der Pfleger Havermans hin, der ab 1988 am Aufbau der Suchtstation Danis bei Beverin beteiligt war.¹³³ Einen ähnlichen Eindruck gewinnt man zudem anhand des ärztlichen Jahresberichts von 1993 zu den Diagnosen bei ambulanten Patientinnen und Patienten der Klinik Waldhaus:

*«Die Anzahl der Diagnosen stimmt mit der Anzahl der Patientenaufnahmen in die Klinik nicht überein, weil viele Patienten Komorbidität, d. h. gleichzeitig mehrere psychiatrische Krankheiten aufweisen. Beispielsweise leiden die meisten uns zugewiesenen suchtkranken Menschen gleichzeitig an Persönlichkeitsstörungen. Bekannt ist ja auch, dass schizophrene erkrankte Menschen im Rahmen eines untauglichen Selbstheilungsversuchs zu Suchtmittel greifen.»*¹³⁴

An dieser Stelle lässt sich die Brücke zu den Diagnosen konstitutioneller Störungen schlagen, die im zeitgenössischen Psychiatriediskurs im weitesten Sinne gesellschaftlich nicht konforme Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstörungen bei genereller Zurechnungsfähigkeit bezeichneten. Bei dieser Kategorie handelte es sich hauptsächlich um die Diagnose «Psychopathie», die bei Männern bedeutend häufiger gestellt wurde. Zwischen den 1950er und 1970er Jahren prägten biolistische Vererbungstheorien konstitutioneller Störungen den Diskurs. Erst danach etablierten sich vermehrt Konzepte, die den Ausbruch von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf soziale Erfahrungen und individuelle Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter zurückführten.¹³⁵ Diagnosen konstitutioneller Störungen gingen seit den 1950er Jahren in der Klinik Waldhaus schrittweise zurück. Im Zusammenhang mit Havermans' These der Doppel-diagnose stellt sich die Frage, ob nicht die Psychopathie-Diagnose deshalb zurückging, weil die Alkoholismus-Diagnose – in Verbindung mit der Psychopathie-Diagnose – häufiger gestellt wurde (vgl. Kapitel 5.2.2).

¹²⁹ Vgl. KÖNIG (1990), S. 158.

¹³⁰ Interview mit Antonius Havermans, 05.25–05.43.

¹³¹ Vgl. TANNER (2002).

¹³² Zur vermehrten Umdeutung des Alkoholismus vom «Laster» zur «Krankheit» siehe BIGNASCA (2019) und HÄSLER (2019).

¹³³ Interview mit Antonius Havermans, 41.33–41.58.

¹³⁴ Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 32.

¹³⁵ Das ICD-10 fasst die Zustandsbilder und Verhaltensmuster, die davor unter konstitutionellen Störungen oder Psychopathien gefasst wurden, als «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» zusammen (F60–F69), vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F60-F69.html>, Zugriff: 30.12.2018.

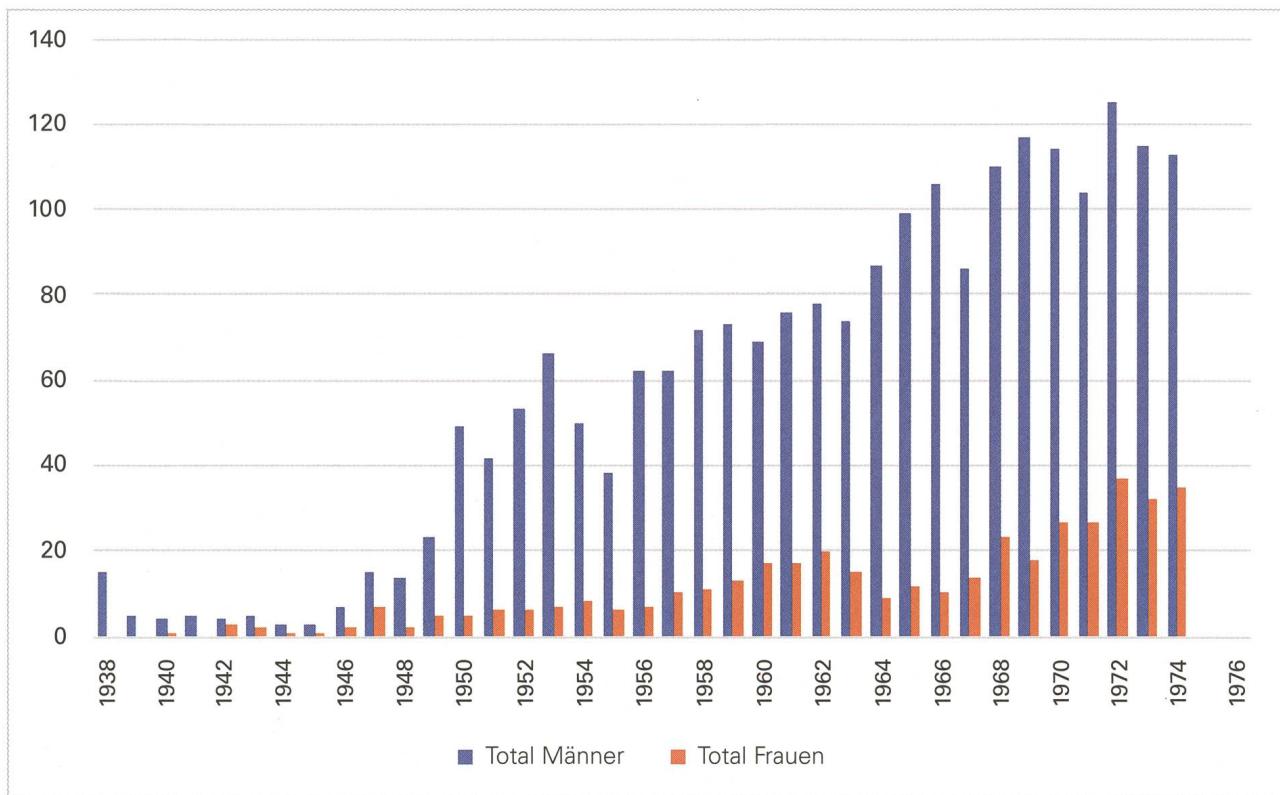


Diagramm 14: Diagnosen aus dem Kreis der Alkoholmissbräuche und anderer Suchtproblematiken bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Waldhaus, 1938–1976

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1976.

Gewisse Entwicklungen der Diagnosetätigkeit in der Klinik Beverin verliefen parallel zum Waldhaus. Die Diagnose Schizophrenie betraf in den 1940er Jahren zwischen 30–40 Prozent der erfassten Personen, ab den 1960er Jahren jedoch nur noch rund 20 Prozent der gesamten Aufnahmen. Diesem Trend dürften ähnliche Gründen wie im Waldhaus zugrunde liegen. Der Anstieg der Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis, wovon Frauen stärker betroffen waren (vgl. Diagramm 16), ist vergleichsweise weniger auffällig als in der Klinik Waldhaus und deshalb schwierig zu beurteilen. Der spätere Anstieg ab 1960 dürfte aber ebenso im Zusammenhang mit dem neu eingeführten Antidepressivum Tofranil stehen.

Wesentlich auffälliger ist die Tatsache, dass die Klinik Beverin über eine lange Zeitspanne eine sehr hohe Aufnahmeziffer an Personen mit Oligophrenien hatte (> 10 Prozent). Für Menschen mit einer geistigen Behinderung gab es im Kanton Graubünden bis in die 1990er Jahre keine ausreichenden Wohn- und Pflegeheimplätze. Einmal in einer psychiatrischen Klinik platziert, wurden sie häufig lange nicht entlassen, auch weil im zeitgenössischen Verständnis eine angeborene geistige

Behinderung keine psychiatrisch-medizinische Therapieaussichten hatte (vgl. Kapitel 5.2.2). Antonius Havermans und Ursula Huwyler, die seit den späten 1970er beziehungsweise frühen 1980er Jahren in der Psychiatriepflege der Klinik Beverin tätig waren, blieb der grosse Anteil an geistig behinderten Menschen, die sie an ihrem Arbeitsort für fehlplatziert hielten, als prägend in Erinnerung. Die Einrichtung des Wohnheims für geistig Behinderte im Jahr 1991 habe in dieser Hinsicht zu einer sichtbaren Entlastung aller Beteiligten (der Ärzteschaft, des Pflegepersonals und der Patientinnen und Patienten) geführt.¹³⁶

Auch in Beverin dominierte die stark männergeprägte Diagnose «chronischer Alkoholkonsum» die Diagnosestatistik des Alkoholismus und anderen Suchtproblematiken (vgl. Diagramm 17). Zudem ist ab 1969 ein Anstieg an Konsumenten von Betäubungsmitteln wie Haschisch oder dem Halluzinogen LSD festzustellen. Die Zunahme fiel wesentlich stärker aus als im Waldhaus, was vermutlich daran lag, dass die Regierung der Klinik

¹³⁶ Interview mit Antonius Havermans, 05.25–05.43; Interview mit Ursula Huwyler, 33.45–34.12.

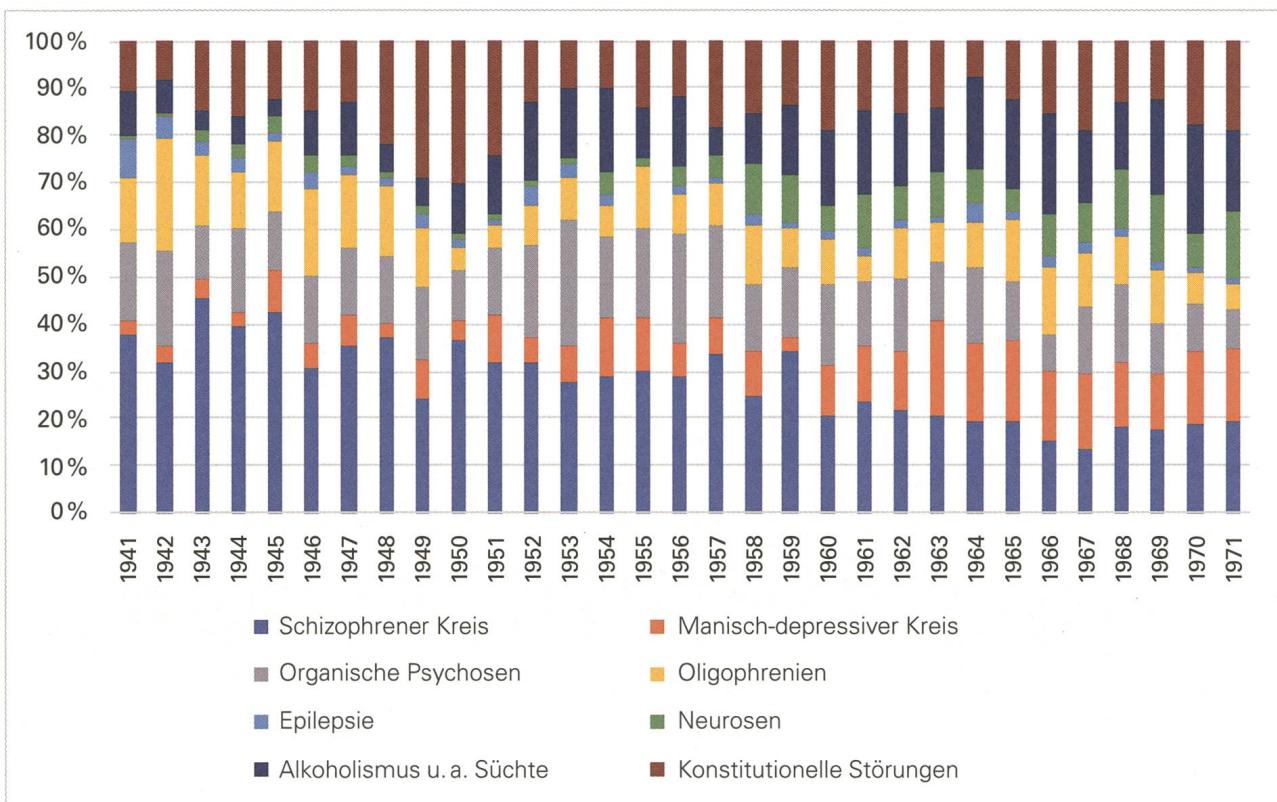


Diagramm 15: Diagnosen bei stationären Aufnahmen in die Klinik Realta/Beverin, 1941–1976

Anmerkung: Die farbigen Streifen widerspiegeln nur das Verhältnis zwischen den einzelnen diagnostizierten Krankheiten, nicht aber absolute Zahlen. Die wenigen Eintritte, die in den Jahresberichten als «zur Begutachtung» oder «nicht geisteskrank» gekennzeichnet sind, wurden im Diagramm nicht berücksichtigt. Auf eine Aufzeichnung der Jahre vor 1941 wurde verzichtet, da in den Jahresberichten davor nur die erstmals eingetretenen Patientinnen und Patienten aufgeführt wurden, was die Statistik verzerrt hätte. Nach 1971 bricht die Diagnoseerfassung der stationären Aufnahmen in den Jahresberichten ab. Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1941–1971.

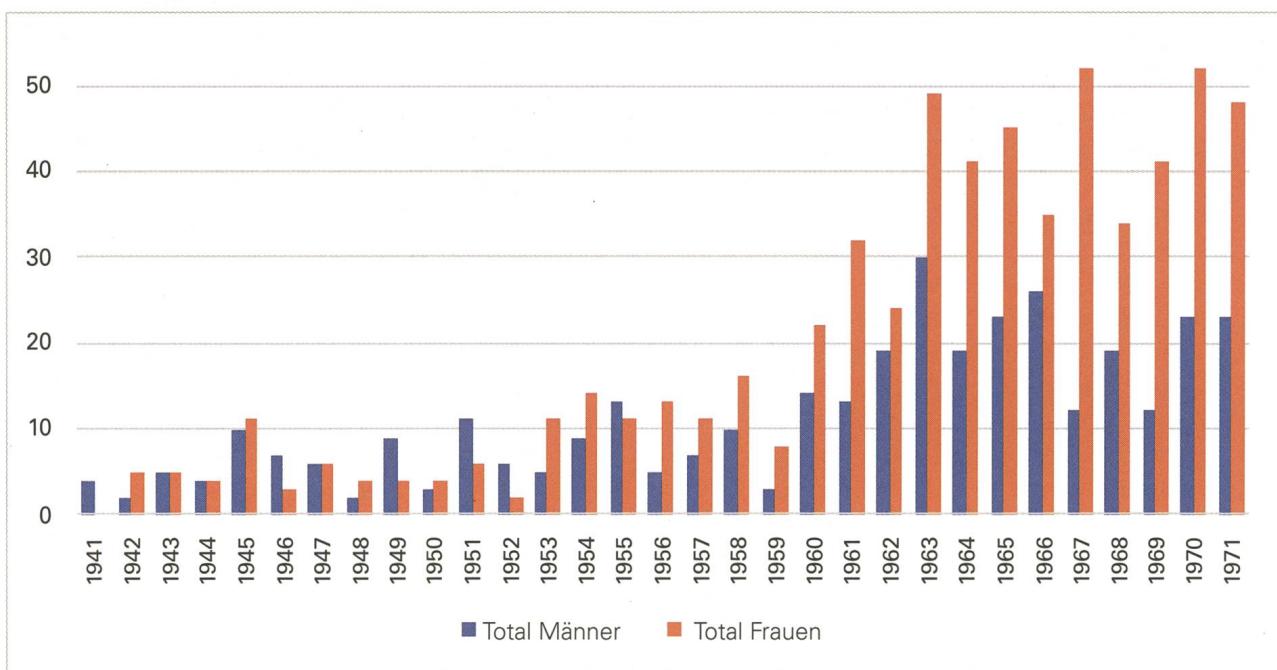


Diagramm 16: Diagnosen aus dem Manisch-depressiven Kreis bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Realta/Beverin, 1941–1976

Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1941–1971.

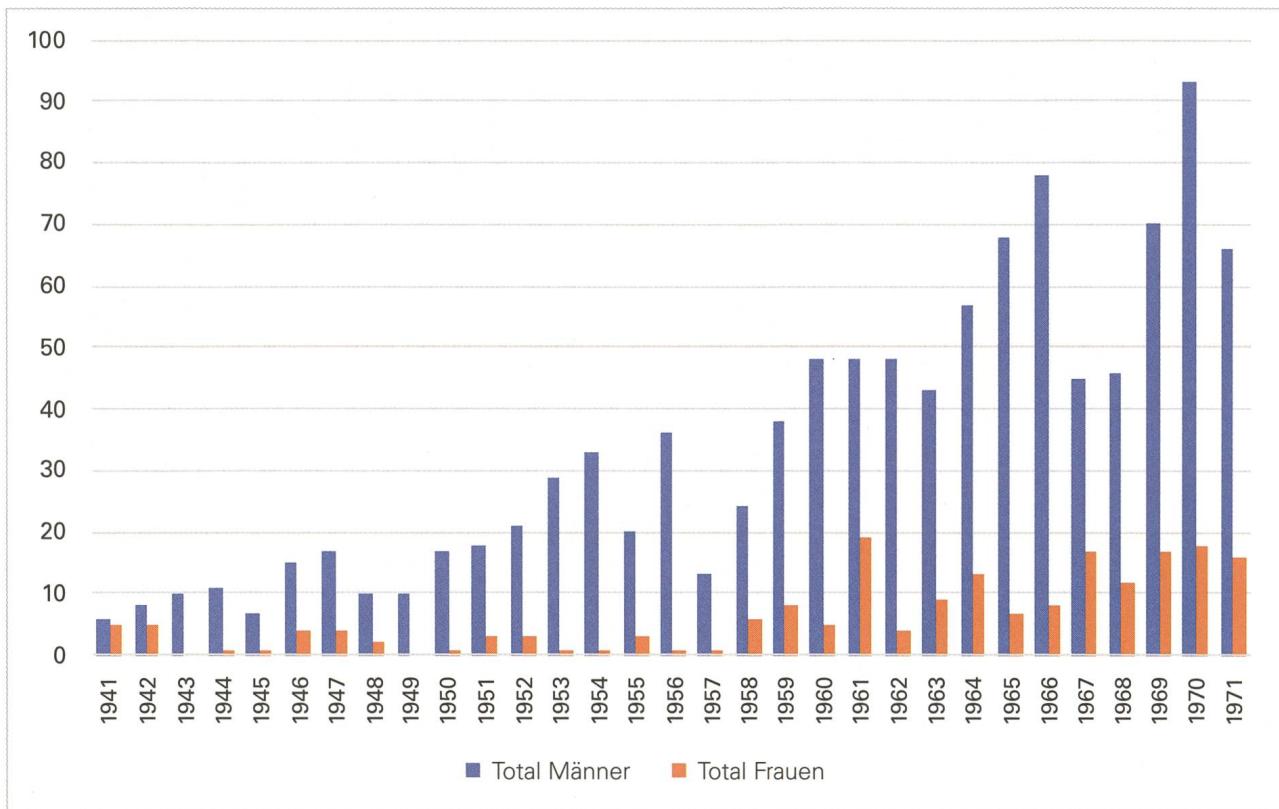


Diagramm 17: Diagnosen aus dem Kreis der Alkoholmissbräuche und anderer Suchtproblematiken bei den stationären Aufnahmen in die Klinik Realta/Beverin, 1938–1976

Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1941–1971.

Beverin wegen ihrer ländlichen Lage und der Verbindung zur Straf- und Verwahrungsanstalt Realta verstärkt Betäubungsmittelsüchtige zuteilte. Um die Entzüge nicht weiter auf den Akutstationen oder in Einzelzimmern durchführen zu müssen, wo sie zuweilen kaum stabilisierend wirkten und nur in geringem Masse therapeutisch begleitet werden konnten, nahm die Regierung 1988 mit der Station Danis auf dem Klinikareal Beverin ein erstes Bündner Suchtzentrum in Betrieb. Mit dem neuen Zentrum entlastete man nicht nur die Akutstationen, sondern schaffte ein therapeutisches Rahmengerüst und zweckdienliches Umfeld für Suchtpatientinnen und -patienten. Da das Suchtzentrum anfänglich nur der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen diente, richtete die Regierung mit der «Downtown»-Station 1996 ein entsprechendes Angebot für Suchtkranke illegaler Drogen ein. Im Rahmen eines Sparprojekts des Grossen Rats wurden die Suchtstationen Danis und Downtown 2004 zum neuen «Suchtzentrum Danis» zusammengelegt.¹³⁷ Das 1952 in Kraft getretene Bundesgesetz über die

Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe, das unter anderem die Förderung der Abstinenz beinhaltete, legte die Basis für die Substitutionstherapie von Opioidabhängigen, wie sie auch heute noch von den PDGR angeboten wird (Methadon- und Diaphin-Ambulatorium).¹³⁸

Diagnosen konstitutioneller Störungen prägten die Klinik Beverin sowohl durch ihre Häufigkeit als auch durch ihre diagnostische Vielfalt. Hinter der Hauptdiagnose «Psychopathie», die vor allem bei Männern gestellt wurde, standen Diagnosen wie «Pubertätskrisen», «Verwahrlosung» oder «Milieuschäden». Im Vergleich der beiden Kliniken (Diagramme 12 und 15) wird deutlich, dass vornehmlich die Klinik Beverin für die Aufnahme jener Personen zuständig war, die sich nach geltenden sozialen Wertvorstellungen nicht gesellschaftskonform verhielten oder bei denen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert worden waren. Diese Funktion beruhte wohl einerseits auf der ländlichen Abgeschiedenheit der Klinik Beverin,

¹³⁷ Jahresbericht PDGR 2004, S. 14.

¹³⁸ SR 812.21, Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG), in: AS 1952 241.

andererseits auf ihrer Verbindung mit den angegliederten Anstaltsformen, namentlich der Korrektions- und Arbeitserziehungsanstalt und ab 1965 der Verwahrungsanstalt Realta.¹³⁹ Die unbürokratischen internen Versetzungsmöglichkeiten und die vielseitigen Arbeitsangebote könnten weitere begünstigende Faktoren gewesen sein.

3.3 Behandlungsmethoden und therapeutische Ansätze

Mit der rasanten Einführung immer neuer, zuweilen experimenteller Methoden hat die Psychiatrie spätestens in den 1930er Jahren eine Phase intensiver Ausdifferenzierung des Therapieangebots auch jenseits arbeits- und psychotherapeutischer Ansätze eingeleitet.¹⁴⁰ Auf erste somatische Schockkuren folgten psychochirurgische Eingriffe, «Alkoholvergällungskuren» und schliesslich in den 1950er Jahren die psychopharmakologische Wende. Das Selbstbild der Psychiatrie emanzipierte sich in dieser Phase vom ehemaligen Versorgungsprinzip. Doch die Bündner Psychiatrie ist ein exemplarisches Beispiel dafür, dass die Intensität und das Tempo, mit der neue therapeutische Ansätze Eingang in den Psychiatriealltag fanden, stark vom jeweiligen Chefarzt abhängig waren. J. B. Jörger etwa führte im Waldhaus vergleichsweise spät, eher widerwillig und dadurch auch mangelhaft 1938 die Insulin- und Elektroschockkuren ein. Sein Nachfolger Gottlob Pflugfelder wiederum sah speziell in den Insulinkuren, zu deren Wirksamkeit er auch forschte, eine erfolgsversprechende Behandlungsmethode der Schizophrenie. Das Waldhaus war eine der letzten Schweizer Kliniken, die noch in den späten 1970er Jahren Insulinkuren anboten. In Beverin wiederum wurde mit Ernst Weber 1957 ein Arzt zum Direktor berufen, der wenige Jahre zuvor im Burghölzli die schweizweit erste klinische Studie zur Wirkung des Medi-

kaments Serpasil an schizophrenen Patientinnen und Patienten durchgeführt hatte. 1955 nahm Pflugfelder mit ebendiesem Neuroleptikum, hergestellt von der Ciba, Medikamententests an 100 Patientinnen und Patienten des Waldhauses vor. Das Medikament Serpasil konnte zu dieser Zeit günstig erworben werden, auch weil es starke Nebenwirkungen zeigte und schon von Zeitgenossen kritisch betrachtet wurde. Unter Weber und Pflugfelder wurde das Medikament in grossem Stil verabreicht und gehörte bis Anfang der 1960er Jahre nach Largactil zu den am häufigsten eingesetzten Medikamenten.

3.3.1 Therapeutische Versuche in der Zwischenkriegszeit: Malariatherapie und Schlafkur

Bereits in der Zwischenkriegszeit wurden in den beiden Bündner Kliniken neue therapeutische Ansätze aufgegriffen und versuchsweise verwendet. Diese betreffen insbesondere die Malariatherapie und die Schlafkur. Die Malariatherapie ging auf den Wiener Psychiater Julius Wagner-Jauregg (1857–1940) zurück. Er setzte die Methode an Patientinnen und Patienten mit progressiver Paralyse ein, eine fortschreitende Lähmung, die als Spätfolge der Infektionskrankheit Syphilis ausbricht.¹⁴¹ Wagner-Jaureggs Ansatz verfolgte das Ziel, durch künstlich herbeigeführtes Fieber die körpereigenen Abwehrkräfte der Patientinnen und Patienten gegen die syphilitische Infektion zu stimulieren. Dafür injizierte er ihnen Blut, das mit Malariaerreger infiziert war und entsprechend hohes Fieber auslöste. Die Malariakur, für deren Entwicklung Wagner-Jauregg 1927 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet wurde, fand rasch Eingang in die psychiatrischen Kliniken. Die Methode wird gemeinhin als eine der ersten körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie bezeichnet.¹⁴² Auch die Bündner Kliniken griffen Wagner-Jaureggs Malariatherapie auf.¹⁴³ Doch systematisch eingesetzt wurde die Behandlung nicht. Weder in den Verwaltungsakten noch in den Krankengeschichten finden sich Hinweise auf einen systematischen Einsatz der Malariatherapie.

Dasselbe gilt für die sogenannte Dauerschlaftherapie, ein weiteres körperliches Behandlungs-

¹³⁹ Urs Germann beschäftigte sich in seiner Dissertation mit der Kriminalitätsbewältigung durch Psychiatrie und Strafjustiz am Beispiel der Begutachtungspraxis im Kanton Bern (1850–1950), eine Auseinandersetzung, die sich angesichts der institutionellen Verschränkung der Klinik Beverin mit der Verwahrungsanstalt Realta auch für den Kontext Graubünden anbieten würde. Vgl. GERMANN (2004), S. 428–431; DERS. (2006), S. 205–206.

¹⁴⁰ Die Arbeits-, Beschäftigungs- und Psychotherapie blieben jedoch, das wird in den Jahresberichten immer wieder betont, zentrale therapeutische Pfeiler der beiden psychiatrischen Einrichtungen. Siehe dazu die Kapitel 2.2 und 5.1 sowie die Nahaufnahme 5.

¹⁴¹ PORTER (2005), S. 193.

¹⁴² Vgl. BÄHLER/MOSER (2010), S. 29–30.

¹⁴³ Im Jahresbericht der Klinik Waldhaus von 1926 wird die erfolgreiche Durchführung einer Malariakur erwähnt, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1926, S. 199.

verfahren, das in den 1920er Jahren vom Schweizer Psychiater Jakob Klaesi entwickelt wurde. Bei dieser Methode wurden die Patientinnen und Patienten durch die Verabreichung von Morphium-Scopolamin in eine Narkose versetzt, die durch wiederholte Injektionen des Schlafmittels Somnifen bis zu zehn Tage aufrechterhalten wurde. Hinter der Methode stand die Überlegung, dass schizophrene Patientinnen und Patienten durch eine Dauernarkose ruhiger und ansprechbarer würden. Die Versetzung in eine Dauernarkose war teilweise mit erheblichen Komplikationsrisiken, zum Beispiel Lungenentzündungen oder schwer zu kontrollierenden Infekten, verbunden.¹⁴⁴ Klaesius Methode fand auch in den Bündner Kliniken Verwendung.¹⁴⁵ Die ehemaligen Pfleger Christian Schaub und Walter Monstein, die die Anwendung von Schlafkuren noch miterlebt haben, verweisen darauf, dass die Methode bis in die 1950er Jahre im Behandlungsalltag eine Rolle gespielt habe.¹⁴⁶ Die schriftliche Überlieferung dazu ist allerdings schmal. Weder in den Verwaltungsakten noch in den Krankengeschichten finden sich Hinweise auf einen häufigen Einsatz von Schlafkuren in den Bündner Kliniken.

3.3.2 Körper unter Schock: Insulinkuren und Elektroschocktherapie

Anders präsentierte sich die Anwendung von Insulinkuren und Elektroschocktherapien. Ab Mitte der 1930er Jahre entwickelte die Psychiatrie mit der Insulinkur und dem Elektroschock neue Behandlungsmethoden, die auf eine körperliche Ruhigstellung zielten und dabei unterschiedliche technische Hilfsmittel einsetzten. Beide Schockkuren, die zu diesem Zeitpunkt als wissenschaftlich fundiert und damit als therapeutisch wirkungsvoll galten, kamen unter der Annahme einer biologischen Mitverursachung psychischer Krankheiten zum Einsatz. An die zwei neuen Behandlungsmethoden wurde die Hoffnung geknüpft, die bisherige Verwahrungspsychiatrie auflösen zu können.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Vgl. BÄHLER/MOSER (2010), S. 30.

¹⁴⁵ Vgl. Jahresberichte Realta 1941, 1943. Auch in den Patientenakten fanden sich vereinzelt Hinweise auf durchgeführt Schlafkuren, vgl. z. B. Patientenakte, Männer stationär Beverin 3387; Patientenakte, Frauen stationär Beverin 3506.

¹⁴⁶ Interview mit Christian Schaub, 1.09.33–1.09.40; Interview mit Walter Monstein, 31.58–32.19.

¹⁴⁷ GERMANN (2013), S. 167.

Die verspätete, aber langanhaltende Ära der Insulinkur im Waldhaus

Das Hormon Insulin, das 1922 extrahiert und kommerzialisiert wurde, fand erst 1933 durch Manfred Sakels Versuche in der Wiener Universitätsklinik Einzug in die Psychiatrie.¹⁴⁸ Ursprünglich verwendete Sakel (1900–1957) den biochemischen Wirkstoff zur Sedierung von Morphinsüchtigen, Personen in Alkoholdelirien oder katatonen Zuständen sowie zur Anregung der Nahrungsaufnahme bei Patientinnen und Patienten, die unter Appetitlosigkeit litten.¹⁴⁹ Bald aber begann er bei Schizophrenen, sofern sie nicht an Diabetes litten, durch präzise Abgaben von Insulindosen einen sogenannten hypoglykämischen Schock – eine starke Unterzuckerung – auszulösen. Durch die Erhöhung der Insulindosis über Stunden hinweg wurden die Kranken schrittweise in einen komatösen Zustand versetzt und schliesslich durch die Abgabe von Traubenzucker per Sonde aus ihrem Koma geweckt. Seinen Beobachtungen zufolge verschwanden in vielen Fällen nach dem Wiedererwachen schrittweise die psychotischen Krankheitssymptome.¹⁵⁰ Dieses Prozedere sei für einen Behandlungserfolg gemäss Sakel während mehrerer Wochen unter konstanter ärztlicher Dosisanpassung durchzuführen. Trotz verschiedener Nebenwirkungen während (epileptische Krämpfe, Schweißausbrüche, akute psychotische Symptome, starkes Hungergefühl) und nach der Therapie (starke Gewichtszunahme) sprach er sich für eine breite Anwendung der neuen Methode aus.

Die flächendeckende Ausbreitung der Insulinkur in der Schweiz ging von der Jahrestagung der SGP von 1937 aus, die in der Heil- und Pflegeanstalt Münsingen stattgefunden hatte. Max Müller (1894–1980), dortiger Oberarzt, organisierte die Versammlung, an der auch Waldhaus-Direktor J. B. Jörger teilgenommen hatte.¹⁵¹ Die Tagung widmete sich der «Therapie der Schizophrenie» und umfasste 44 Vorträge. Unter den Referenten waren bedeutende Vertreter neuer Behandlungsformen zugegen wie Manfred Sakel und Ladis-

¹⁴⁸ Ebd., S. 151; siehe auch SHORTER (2003), S. 313–326.

¹⁴⁹ GERMANN (2013), S. 151.

¹⁵⁰ Vgl. SAKEL (1935).

¹⁵¹ Zur Tagung, die laut Germann eine internationale «Initialzündung» der neuen Ära somatischer Kuren einläutete, siehe GERMANN (2013), S. 149–151. J. B. Jörger bestätigte der UK von 1945, Sakels Schriften gelesen und daraufhin die Insulinkur eingeführt zu haben, vgl. STAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 36.

las Joseph Meduna (1896–1964), Begründer der Krampftherapien. Da bereits 1936 sieben Schweizer Heil- und Pflegeanstalten Versuche mit der neuen Insulinbehandlung unternommen hatten, konnten an der Tagung einige Ärzte, darunter auch Max Müller, von ersten Erfahrungen berichten.¹⁵² Die Veranstaltung war von der grossen Erwartungshaltung geprägt, die bisher unzulängliche Schizophrenie-Behandlung einer therapeutischen Revolution zu unterziehen und dadurch die überbelegten Kliniken von ihren chronischen Patientinnen und Patienten zu entlasten.¹⁵³

Von dieser allgemein verbreiteten Aufgeschlossenheit gegenüber der neuen Insulinkur war in der Klinik Waldhaus anfänglich nichts zu spüren. Erst mit etwas Verspätung im Jahr 1938 und mit reichlich Widerwillen seitens des Direktors J. B. Jörger wurden die «vielgenannten» Insulinkuren auch im Waldhaus eingeführt (vgl. Kapitel 2.2.2).¹⁵⁴ Seine Skepsis manifestierte sich jedoch in einer mangelhaften Umsetzung der Kuren. Zwar verpflichtete die Direktion eine Spezialistin aus Chur. Aus dem oben erwähnten Expertengutachten von 1943 lässt sich aber schliessen, dass die Hilfsärztin nicht regelmässig anwesend war und für jede Kur speziell entschädigt wurde (vgl. Kapitel 2.2.2). Sie kam wenn nötig täglich in die Klinik und war während der Durchführung der Kuren anwesend:

*«Sie bleibt aber bei den Kranken nicht den ganzen Tag und nicht einmal einen halben, sondern geht bei Cardiazolkuren nach dem Anfall und bei Insulinkuren nach dem Erwachen wieder nach Hause. Sie macht Einträge in die Krankengeschichte bezüglich der gespritzten Dosen, aber nicht mehr. Sie gibt etwa Anweisungen, dass die Kranken zu beschäftigen seien, aber sie ist nicht dabei, und Psychotherapie wird keine angewendet. Die Beziehungen zu Herrn Dr. Torriani [Oberarzt, Anm. d. Verf.] sind ihrerseits so armselig als möglich.»*¹⁵⁵

Im Fahrwasser der Insulinkuren erfuhr auch die Psychotherapie ein erhöhtes Interesse. Morgen-

thaler hob in seinem Standardwerk für die *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* dezidiert die zentrale Bedeutung der Psychotherapie bei den Schockkuren hervor. Akute psychotische Bilder und Verwirrtheitszustände würden, so liess Morgenthaler bereits 1936 verlauten, insbesondere im Anschluss an das Erwachen aus dem Benommenheitszustand auftreten und in dieser Phase seien psychische Einwirkungen besonders fruchtbar.¹⁵⁶ Das erwähnte Expertengutachten sah diese fruchtbaren Momente der therapeutischen Einflussnahme in der Klinik Waldhaus versäumt, da die Hilfsärztin «nach dem überstandenen Anfall» nach Hause gehe und den eigentlich «wichtigsten Teil der ganzen Kur» nicht selbst durchföhre oder massgebend anleite.

*«So ist das ungefähr dasselbe, wie wenn ein Chirurg den Schnitt machen würde und dann alles andere dem Hülfspersonal überliesse.»*¹⁵⁷

Da erst unter Singeisens Direktion 1946 eine eigene Insulinstation in der ehemaligen Loë-Abteilung auf der Frauenseite eingerichtet wurde, hatte das Pflegepersonal neben der Durchführung der Kur auch die Ordnung auf der Abteilung aufrechtzuerhalten.¹⁵⁸ Zudem verfügte es nicht über dieselben medizinischen Kenntnisse wie die kurleitende Ärztin. Das räumliche Setting, die mangelhafte ärztliche Betreuung und die bis 1944 fehlende Pflegeausbildung nach SGP-Richtlinien vermittelten den Eindruck, dass das Pflegepersonal Aufgaben übernehmen musste, die über seine Kompetenzen hinausgingen. Folglich schlossen die Gutachter, dass diese «überaus mangelhafte Handhabung» der modernen Schockkuren einen «negativen erzieherischen Effekt» auf das Personal habe.¹⁵⁹

Nachdem die Umstände, unter denen das Gutachten angefertigt worden war, kritisiert worden waren, folgte zwei Jahre später ein weiteres, noch umfänglicheres Gutachten, das auch eine Untersuchung der damaligen Anstalt Realta miteinschloss

¹⁵² MÜLLER (1936), S. 932.

¹⁵³ Vgl. Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie (SANP) 39 (Ergänzungsheft), 1937, S. 8, 31.

¹⁵⁴ Jahresbericht Waldhaus 1938, S. 127, siehe dazu auch Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus und Realta, Sitzung vom 19. Februar 1938.

¹⁵⁵ StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 7.

¹⁵⁶ MORGENTHALER (1936), S. 211.

¹⁵⁷ StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 8.

¹⁵⁸ Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 195.

¹⁵⁹ Die Experten, namentlich John E. Staehelin und Jakob Klaesi, zweifelten ohnehin an den «Heileffekten» der «Spritzzerei». Sie sprachen der Psychotherapie und «geduldigen Aussprachen und Anregungen zur Arbeit und Unterhaltung» grössere Heilungschancen zu. Vgl. StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 8.

(vgl. Kapitel 2.2). In diesem zweiten Gutachten von 1945 wird J. B. Jörgers Perspektive auf die neuen Schockkuren ersichtlich. In seiner Stellungnahme bestätigte er, den neuen Methoden anfänglich zurückhaltend gegenübergestanden zu sein. Laut Gutachten kursierte außerdem das Gerücht, J. B. Jörger habe sich erst zur Einführung der Methode entschieden, nachdem die «Öffentlichkeit» sich darüber beklagt habe, dass die neue Kur nicht eingesetzt würde; was das Gutachten konkret unter «Öffentlichkeit» verstand, bleibt letztlich unklar.¹⁶⁰ Offensichtlich gab es aber gesellschaftliche und sozialpolitische Stimmen, die ein Interesse an den neuen Behandlungsmethoden geäussert hatten. Die Gutachter des Berichts beschuldigten aber nicht mehr die kurleitende Hilfsärztin, sondern nahmen Jörger in seiner Funktion als Direktor in die Pflicht, insbesondere was die Vernachlässigung der wichtigen psychotherapeutischen Betreuung im Anschluss an die Behandlung mit Insulin oder Elektroschock betraf. Ungeachtet der fachlichen Entwicklungen habe sich Jörger, so die Expertenkommission, aus Pietätsgründen der Jörger'schen Tradition zu konservativer Haltung verpflichtet gefühlt. Alarmiert stellte das Gutachten fest, dass das Waldhaus zur Pflegeanstalt zu verkommen und von der Klinik Beverin überholt zu werden drohe.¹⁶¹

Nachdem J. B. Jörger 1946 unfreiwillig zurücktrat, reformierte und modernisierte sein Nachfolger Singeisen das Waldhaus grundlegend (vgl. Kapitel 2.2.2). Er unterstrich die Vorteile der Klinik in Chur gegenüber jener in Cazis: Zentralität und Stadtnähe, unmittelbare Nähe zum Kantonsspital sowie, im Gegensatz zur Klinik Beverin, keine als problematisch erachtete Verbindungen zu einer Strafanstalt. So wurden in den Folgejahren, abgesehen von den ausserkantonalen Burghölzli-Aufnahmen, die «therapeutisch aussichtsreichen frischen» Fälle wieder vermehrt dem Waldhaus zugewiesen.¹⁶² Im Umkehrschluss erhöhte sich damit in der Klinik Beverin der Prozentsatz chronisch kranker Personen, die einer aktiven Therapie weniger zugänglich zu sein schienen. Diese Entwicklung wird anhand der Schizophrenie-Diagnosen sichtbar, die 1947 im Waldhaus stark sanken, in Beverin hingegen zunahmen (vgl. Diagramme

¹⁶⁰ StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 36.

¹⁶¹ Ebd., S. 52.

¹⁶² StAGR V 13 f 12: Schreiben Wolf Seilers an das Department des Innern des Kantons Graubünden, Chur, 19. Dezember 1949, S. 2.

12 und 15). Zudem fällt die rasch ansteigende Zahl der Ein- und Austritte des Waldhauses genau in diese Frühphase der Ära Singeisens, während zeitgleich in der Klinik Beverin unter Direktor Pfister die Aufenthaltsdauer wieder anstieg und die Ein- und Austritte abnahmen (vgl. Kapitel 2.3, Diagramme 6 und 8).

Dass sich die Insulinkur trotz sukzessiver Einführung der modernen Psychopharmaka in den 1950er Jahren langfristig in der Klinik etablieren konnte, lag insbesondere an der chefärztlichen Tätigkeit Pflugfelders. Nach der Promotion, einer längeren Anstellung an der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Basel sowie einem kürzeren Einsatz in der Heil- und Pflegeanstalt Münsterlingen im Kanton Thurgau übernahm Pflugfelder 1951 das Direktorenamt im Waldhaus.¹⁶³ Ein Jahr vor seinem Stellenwechsel verfasste er unter der Leitung von John Eugen Staehelin-Iselin (1891–1969), seinem damaligen Vorgesetzten an den Psychiatrischen Universitätskliniken (PUK) Basel, eine ausführliche empirische Arbeit über die Bewusstseinsveränderung durch die Insulinkur.¹⁶⁴ Unterstützt wurde die Forschungsarbeit von der *Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften*, einer noch jungen Stiftung, die Stipendien für biologisch-medizinische Forschungsarbeiten vergab. Die empirische Grundlage der Arbeit von Pflugfelder bildeten ein Selbstversuch und Untersuchungen an 52 ausgewählten Patientinnen und Patienten der PUK Basel zwischen 1942 und 1950, bei denen er eine Insulinkur als angezeigt sah.¹⁶⁵ Mittels psychischer Explorationen, Dialogen mit den Kranken über Erlebnisse und Probleme, Orientierungsfragen, psychologischen Testaufgaben sowie Körpermessungen und motorischen wie sprachlichen Aufgaben versuchte er, den schrittweisen Verlauf hin zur starken Benommenheit, den Abbau intellektueller Funktionen und deren Wiederaufbau nach Erwachen aus dem komatösen Zustand zu untersuchen. Dafür begleitete und beobachtete er die Probanden und formulierte seine Erkenntnisse entlang der hypoglykämischen Stadien.¹⁶⁶

¹⁶³ StAGR V 13 e 3: Gottlob Pflugfelders Bewerbungsschreiben für die Direktionsstelle am Waldhaus, Münsterlingen, 7.4.1951.

¹⁶⁴ Vgl. PFLUGFELDER (1951).

¹⁶⁵ Es handelte sich um 40 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenien, sieben mit manisch-depressiven Krankheiten und fünf mit Neurosen, vgl. ebd., S. 2, 76.

¹⁶⁶ Ebd., S. 76.

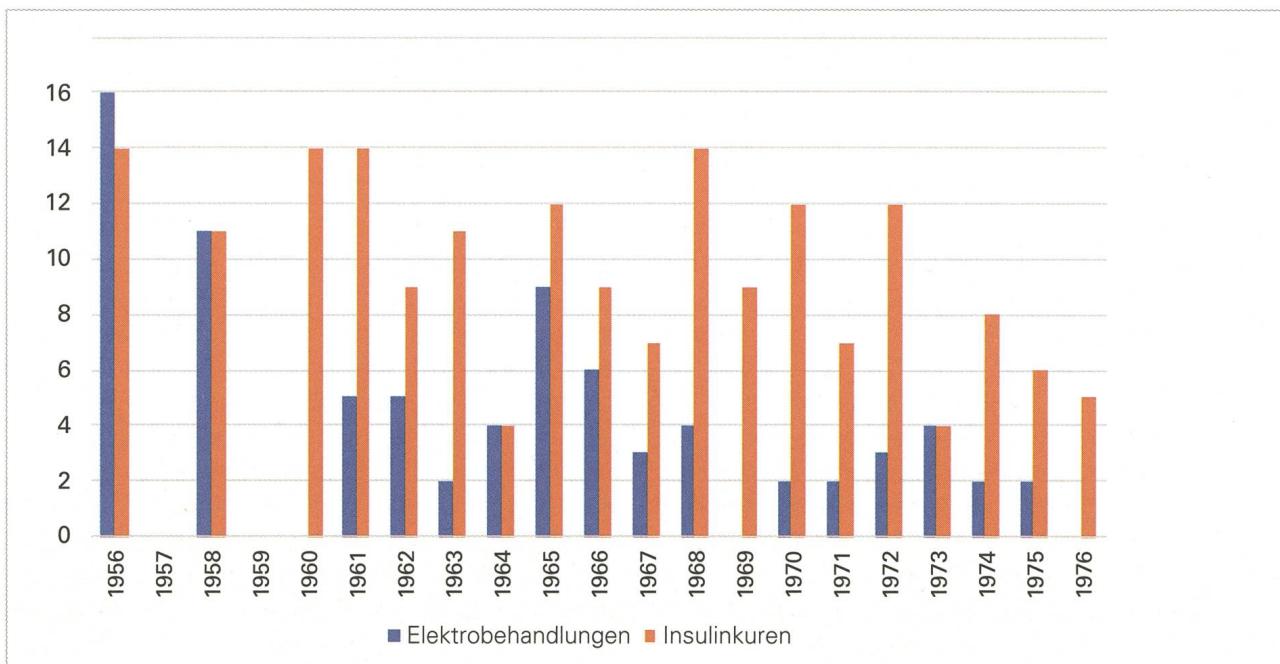


Diagramm 18: Anzahl Elektrobehandlungen und Insulinkuren an ausgewählten Stichtagen, Klinik Waldhaus 1956–1976

Anmerkung: Die Angaben stammen aus den Jahresberichten. Es ist also davon auszugehen, dass Pflugfelder diese Stichproben dokumentierte oder seinem ärztlichen oder pflegerischen Personal zur Erfassung in Auftrag stellte.

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1956–1976.

Sein grosses Interesse an der Erforschung von Bewusstseinsveränderungen hatte einen praktischen Bezugspunkt. Da in Fällen negativer Bewusstseinsveränderungen eine rasche Therapieeinleitung zentral sei, räumte er der Früherkennung solcher Störungen in der klinischen Psychiatrie einen sehr hohen Stellenwert ein. In den damals rund 15-jährigen Erfahrungen mit somatischen Behandlungsmethoden (Schlaf-, Insulin-, Krampf- und Elektrotherapie) sah er «geradezu Modellversuche [...] für experimentell herbeigeführte Bewusstseinsveränderungen».¹⁶⁷ Denn zum einen durchlaufe der Kranke während Stunden einen langsamten Funktionsabbau, bleibe aber zugleich lange ansprechbar. Zum anderen werde eine solche Kur für gewöhnlich über mehrere Wochen hinweg durchgeführt. Daher betrachtete Pflugfelder die Insulinkur als ein probates Experimentierfeld zur Untersuchung menschlicher Bewusstseinsveränderungen. Pflugfelder bewertete die Ergebnisse seiner Studie positiv, da bei tiefen, aber unkompliziert verlaufenden Insulinkuren keine langanhaltenden intellektuellen Störungen zu verzeichnen gewesen seien. Zudem räumte er der Kur, insbesondere bei «frischen» Krankheitsfällen wie aku-

ten «Schizophrenien», die einer Heilung oder wesentlichen Besserung noch zugänglich gewesen seien, eine grosse Erfolgschance ein. So sah er die Insulinkur bei jenen Personen als zweckdienlich, bei denen die Krankheit noch nicht «zu einem Abbau oder gar zu einer Zerstörung der Persönlichkeit» geführt habe.¹⁶⁸ Pflugfelders Studienerkenntnisse scheinen eine plausible Erklärung dafür zu sein, wieso die Insulinkur im Waldhaus bis in die späten 1970er Jahre weit häufiger als die Elektrobehandlung Anwendung fand (vgl. Diagramm 18).

Phasenweise Einschränkungen der Kuren beruhten nach deren Etablierung selten auf ärztlichen Bedenken gegenüber der Methode oder ihrem therapeutischen Potenzial, sondern auf finanziellen Schwierigkeiten und anstaltsbedingten Personalengpässen. So musste das Waldhaus beispielsweise ab 1940 wegen der wirtschafts- und kriegsbedingten Insulinrationierung zwischenzeitlich die Insulinbehandlungen aufgeben und durch die Elektroschocktherapie ersetzen.¹⁶⁹ Da die Insulintherapien sehr personalintensiv waren, hatte die

¹⁶⁷ PFLUGFELDER (1952).

¹⁶⁸ StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 36. Die Schweiz bezog das Insulin generell aus dem Ausland. Vgl. GERMANN (2013), S. 153.

¹⁶⁹ Ebd., S. 76.

Direktion zudem 1962 mangels diplomierte Pflegerinnen und Pfleger die Kuren einzuschränken.¹⁷⁰

Aufgrund der Jahresberichte und Patientenakten lassen sich keine gesicherten Aussagen darüber machen, wie viele Insulinkuren im Waldhaus jährlich durchgeführt wurden.¹⁷¹ Aus dem Diagramm 18 geht aber hervor, dass der Methode im Behandlungsalltag eine grosse Bedeutung zugemessen wurde, vor allem unter dem Chefarzt Pflugfelder. Diesen Eindruck bestätigt ein bemerkenswerter Bestand an «Insulindossiers», der im Verwaltungsarchiv Waldhaus überliefert ist.¹⁷² Es handelt sich um 1'030 Personendossiers, die insgesamt 1'120 Insulinkuren zwischen 1946 und 1977 dokumentieren. Die Dossiers setzen zeitlich mit dem Amtsantritt von Direktor Fred Singeisen ein und enden mit dem Abgang von Gottlob Pflugfelder. Der Hauptteil der Dossiers fällt in die Amtszeit von Pflugfelder, der vermutlich die systematische Dokumentation von Singeisen weitergeführt hatte. Die Dossiers sind höchst aufschlussreich. Sie ermöglichen zum einen Einschätzungen über das Ausmass der Insulinkuren unter Pflugfelder. Zum andern illustrieren sie den täglichen Ablauf der Kuren, von den Insulin-Injektionen bis zu den teils heftigen körperlichen Reaktionen, die während der Kur und nach dem Erwachen aus dem komatösen Zustand auftraten. Zu diesen Reaktionen gehören spontane epileptische Anfälle, Erbrechen, Müdigkeit oder Kopfschmerzen. Zudem zeigen die Fälle, dass 20 Prozent der Insulinkuren mit einer Elektrobehandlung kombiniert wurden. Dabei fanden die beiden Behandlungsmethoden meistens nicht nacheinander, sondern parallel statt. Rund einem Fünftel aller Patientinnen und Patienten wurde im komatösen Zustand der Unterzuckerung ein Elektroschock verabreicht. Dass einige Patientinnen und Patienten laut Pflegerapport nach der Insulinkur an starken Kopfschmerzen litten, war oft eine Folge des zusätzlichen Elektroschocks.

Die Ablage durfte vollständig sein. Danach erfolgten im Waldhaus zwischen 1946 und 1977 durchschnittlich 35 Insulinkuren pro Jahr. Die dokumentierten Kuren dauerten in der Regel 60 bis 90 Tage, also deutlich länger als ein paar Wochen.¹⁷³

¹⁷⁰ Jahresbericht Waldhaus 1962, S. 61.

¹⁷¹ Siehe dazu Kapitel 3.1.5, in dem die Schwierigkeiten besprochen werden, die im Zusammenhang mit der Auswertung der Krankenakten aufgetreten sind.

¹⁷² Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus 1946–1977.

¹⁷³ Von den insgesamt 1'120 Insulinkuren dauerten 42 weniger als 30 Tage, 145 ca. 30 Tage, 481 ca. 60 Tage, 316 ca.

136 der 1'120 Insulinkuren wurden sogar über drei Monate lang aufrechterhalten. Die längste aller überlieferten Kuren dauerte insgesamt 227 Tage, also rund 7 Monate, und wurde einem 16-jährigen Mädchen appliziert. Die jüngste Person, die zwischen 1946 und 1977 behandelt wurde, war ein 13-jähriger Junge. Er wurde 1956 über drei Monate lang Insulinbehandlungen unterzogen.¹⁷⁴ Insgesamt 46 Personen waren zum Behandlungszeitpunkt minderjährig, beziehungsweise jünger als 20 Jahre; das Mündigkeitsalter wurde in der Schweiz erst 1996 auf 18 Jahre gesenkt.

Aus den Dossiers wird nicht ersichtlich, ob die Patientinnen und Patienten oder ihre gesetzlichen Vertreter im Voraus in die Insulinkur eingewilligt hatten. Die «Insulinblätter» enthalten kein vorgedrucktes Feld für eine schriftliche Einverständniserklärung. Entweder wurde das Einverständnis anderweitig schriftlich festgehalten, mündlich vereinbart oder gar nicht eingeholt.

Aus einzelnen «Insulindossiers» geht jedoch klar hervor, dass verschiedene Patientinnen und Patienten gegen ihren expliziten Willen einer Insulinkur unterzogen wurden. Am drastischsten sichtbar wird der Zwangsspekt bei Todesfällen. Zwei Männer der insgesamt 1'030 Personen starben während der Kur. Einer der beiden verstarb 1949 an einem Herzinfarkt während des 116. Kurtags. Der 39-jährige Patient wurde bereits zuvor im Nervensanatorium Wyss Münchenbuchsee im Kanton Bern mit Insulin behandelt. Nach der Verlegung ins Waldhaus entschieden die Ärzte in Chur, ihn erneut einer grossen Kur zu unterziehen. Aus den Rapporten, die die Pflegenden auf der Rückseite der «Insulinblätter» aufgezeichnet hatten, wird deutlich, dass sich der Patient ausdrücklich gegen die Behandlung gewehrt hatte. Er unterstellte den behandelnden Ärzten und Pflegern, sie würden ihm willentlich eine zu hohe Dosis Insulin verabreichen, die aus seiner Sicht in Kombination mit einem Elektroschock tödlich enden könnte. Im Pflegerapport des 115. Kurtags, einen Tag vor dem Tod des Patienten, heisst es:

90 Tage und 136 über 90 Tage. Die statistische Auswertung hat ergeben, dass 55 Prozent der 1'030 Personendossiers Frauen betreffen. Die gestellten Diagnosen sind auf den Insulindossiers nicht vermerkt worden, vgl. ebd.

¹⁷⁴ Da nicht auf allen Personendossiers das Alter angegeben wurde, könnte die Anzahl Minderjähriger noch höher liegen. Aufschluss darüber gäbe ein Quervergleich aller Dossiers mit den entsprechenden Krankenakten anhand der Patientennummern.

«Pat. war leicht deprimiert und kam nur ungern zur Kur. Auch bei der Einspritzung sagte er sofort, man wolle ihn mit einer so grossen Dosis nur töten. Pat. bat auch, man möge ihm ja keinen Schock machen, er habe so grosse Angst davor. Nach dem E. S. erwachte er nur langsam, später trank er den Tee recht gut. Als Pat. auf die Abtlg. zurück kam sagte er, er habe ganz steife Arme, überhaupt der ganze Körper sei ganz steif.»¹⁷⁵

Die Behandelnden gingen nicht auf die Bitte des Patienten ein, und kombinierten die Insulinkur an diesem Tag mit einem Elektroschock. Am folgenden Tag gab der Patient an, er habe Angst eine weitere Behandlung nicht zu überleben. Die Behandlung wurde ungeachtet dessen fortgeführt, mit fatalen Folgen für den Patienten:

«Mit schlechter Laune kommt Pat. mit zur Kur, dabei sagte er, dass es heute das letzte Mal sei, überhaupt könne man ihn mittags als Leiche forttragen so grosse Spritzen bekomme er. Bei Benommenheit musste Pat. fixiert werden, da er sehr stark aktiviert war, auch urinierte er ins Bett. Um 10.30 war Pat. vorgesehen zum Abbruch der Kur, um 10.40 hatte Pat. einen Herzschlag und verschied.»¹⁷⁶

Dass Patientinnen und Patienten während der Kur von Pflegenden fixiert wurden, war nicht unüblich.¹⁷⁷ Die zweite Person, die während der Insulinkur verstarb, war ein 50-jähriger Mann. Am 68. Kurtag kombinierten die Behandelnden die Insulinkur mit der Abgabe von Cardiazol, einer chemischen Verbindung, die bei Betroffenen künstlich einen starken epileptischen Krampfanfall auslöste. Krampftherapien mit Cardiazol galten spätestens

¹⁷⁵ Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 115, Dossier Patient, geb. 1910, Insulin-E.S.-Blätter vom 22.12.1948–24.5.1949.

¹⁷⁶ Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 116, Dossier Patient, geb. 1910, Insulin-E.S.-Blätter vom 22.12.1948–24.5.1949.

¹⁷⁷ Ein 24-jähriger Patient, der sich gegen die Injektion wehrte, «musste» laut Pflegerapport «durch drei Pfleger gezwungen werden». Nach der Kur habe er «bei jeder Gelegenheit» versucht, «zur Tür hinaus zu kommen»; er sei «oft ziemlich laut» geworden, «weil er nicht gehen durfte». Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 81, Dossier Patient, geb. 1930, Insulinkuren vom 31.1.1954–8.5.1954.

seit den 1940er Jahren als zu gefährlich und überholt. Schrittweise wurden sie durch die weniger invasiven Elektroschocktherapien ersetzt – nicht aber bei diesem Patienten, der 1960 nach wie vor mit Cardiazol behandelt wurde. Rund zwei Stunden nach Beginn der Insulinkur verabreichte ein Arzt dem Patienten den Stoff, auch hier mit tödlichen Folgen:

«Patient kam ungern zur Kur, führte auf dem ganzen Weg und im Bett Selbstgespräche. [...] Um 9.15h. wurde durch Hr. Dr. [...] Cardiazol-Behandlung durchgeführt, [...] worauf ein starker Anfall, mit starken Schockkrämpfen und starken Zuckungen [folgte]. Sein Gesicht verfärbte sich nun leicht zyanotisch. Nach dem Anfall blieb die Atmung aus. Es wurde sofort mit künstlicher Atmung begonnen und Sauerstoff zugeführt. [...] Hr. Dr. Pflugfelder wurde gerufen, Exitus 9.20 Uhr.»¹⁷⁸

Es gab auch aber Patientinnen und Patienten, die sich erfolgreich gegen die Durchführung von Insulinkuren wehrten. Das verdeutlicht das Beispiel einer 43-jährigen Patientin, die am 37. Kurtag gemäss Pflegerapport «strikte die Insulin Injektion verweigert[e]». Dabei stellte sie sich ausdrücklich auf den Standpunkt, «dass sie die Kur mit Einverständnis ihres Gatten beendet habe».¹⁷⁹ Die Behandlung wurde daraufhin abgebrochen.

Nach Pflugfelders Ära kamen Insulinkuren nur noch in Ausnahmefällen zur Anwendung.¹⁸⁰ Das Waldhaus war eine der letzten Schweizer Kliniken, die Insulinkuren anwendeten, obwohl sie in der Fachwelt seit den 1950er Jahren kritisiert und andernorts durch Psychopharmaka ersetzt worden waren. Pfleger Vitus Bass, der im Waldhaus den zuständigen Insulinpfleger bei ferienbedingten Abwesenheiten vertrat, erinnerte sich sogar an Anfragen von Angehörigen aus Deutschland, Österreich und Italien, die in der Insulinkur die letzte Hoffnung für eine erfolgreiche Behandlung ihrer stark leidenden, unheilbar kranken Kinder sahen – einzelne seien daraufhin auch aufgenommen und behandelt worden.¹⁸¹

¹⁷⁸ Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 68, Dossier Patient, geb. 1910, Insulinkuren vom 4.1.1960–26.3.1960.

¹⁷⁹ Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977: Pflegerapport, Ins. Tag 37, Dossier Patientin, geb. 1913, Insulinkuren vom 11.4.1956–1.6.1956.

¹⁸⁰ GRAF (1986), S. 12.

¹⁸¹ Interview mit Vitus Bass, 01.38.46–01.39.19.

Therapeutische Reformen unter Walther, strukturelle Massnahmen unter Seiler: Die Insulinkuren in Beverin

Die Einführung somatischer Kuren stand auch in der Klinik Beverin in direktem Zusammenhang mit dem Wechsel des Chefarztes im Jahr 1940.

«Mit Dir. Walther kam ein ganz neuer Geist in das Haus. Er verstand es, durch medizinische und organisatorische Reformen Realta [ab 1951 Beverin, Anm. d. Verf.] innerhalb kurzer Zeit zu einer modernen Anstalt zu machen, während das Waldhaus in der alten Weise weiterbetrieben und damit in den zweiten Rang zurückversetzt wurde.»¹⁸²

Walther's «ausgesprochene Vorliebe» für die neuen somatischen Behandlungsmethoden sei, so Aufsichtskommissionspräsident Wolf Seiler, von seiner Fähigkeit begleitet gewesen, das Personal für seine Arbeit «zu begeistern».¹⁸³ Sein Enthusiasmus, die Behandlung dem zeitgenössischen medizinischen Wissensstand anzupassen, wurde durch die in der Klinik vorgefundene Ausgangslage jedoch arg getrübt. Für die neuen somatischen Methoden, die vor allem bei «frischen» Krankheitsfällen angezeigt waren, sah er angesichts der grossen Zahl dauerversorger chronischer Pflegefälle kaum Erfolgssäusichten. Obwohl die Klinik Beverin in dieser Phase im Begriff war, dem Jörger'schen Waldhaus den Rang als Heilanstalt abzulaufen, befanden sich in der Klinik nach wie vor vor allem chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Zudem folgte mit Direktor Pfister 1946 ein Chefarzt, der sich wiederum skeptisch gegenüber den somatischen Methoden zeigte und Ansätze der Psycho- und Arbeitstherapie stärker unterstützte. Im Rahmen einer Untersuchung von 1953 über die Rechtsgültigkeit der fristlosen Entlassung der damaligen Ober- und Vize-Oberschwester bestätigte der neue Direktor Emil Seiler, dass unter Pfister «weniger aktive Therapie getrieben worden sei als unter Dr. Walthers und unter seiner [...] Direktion».¹⁸⁴ Das Zwischentief der Aufnahme- und

Entlassungsziffern während Pfisters Ära scheint diese Einschätzung zu bestätigen (vgl. Kapitel 2, Diagramm 8). Seiler präzisierte aber, dass zur Zeit Pfisters «sehr wenige Akutkranke in die Anstalt gekommen seien». Denn mit dem 1946 initiierten Direktionswechsel in der Klinik Waldhaus – von J. B. Jörger zu Singeisen – seien «die akuten Fälle wieder vorwiegend in diese Anstalt eingewiesen worden». Dadurch habe die Klinik Beverin «wieder mehr ihren ursprünglichen Charakter als Pflegeanstalt» angenommen. Insofern dementierte Seiler, dass Pfister eine pessimistische therapeutische Haltung eingenommen habe. Vielmehr habe Pfister mit der Situation gekämpft, dass angesichts der grossen Zahl an chronisch kranken Patientinnen und Patienten «aktive therapeutische Massnahmen in der Regel nutzlos» gewesen seien.¹⁸⁵

Gleichwohl versuchte Seiler den Kurs von Walther wieder aufzunehmen und liess 1952 eine Insulinstation mit modernster Innenausstattung einrichten.¹⁸⁶ Mit der Reorganisation wurde die Methode in ein klar geregeltes, medizinisch-wissenschaftliches Setting mit neusten Instrumenten (zur Messung von Puls, Atmung und Temperatur) versetzt. Damit wurde die Grundlage für eine gründliche ärztliche und pflegerische Beobachtung gelegt. Für die wochenlangen Insulinkuren wurde eine ruhige Atmosphäre als sehr wichtig erachtet – mit der neuen Insulinstation konnte insofern eine klare Absonderung von den anderen Stationen gewährleistet werden. Dass die Insulintherapie auch in Beverin bis 1970 zum Behandlungsalltag gehörte, lag unter anderem daran, dass die neuen Psychopharmaka Largactil und Serpasil für die Klinik anfänglich sehr teuer waren.¹⁸⁷ Vor dem Hintergrund dieser ökonomischen Überlegungen begann sich eine Behandlungstendenz nach Krankheitsstatus zu etablieren; bei chronischen Erkrankungen griff man zu den neuen Psychopharmaka und bei «frischen Fällen» kamen weiterhin die «alt bewährten klassischen Insulin- und Elektrobehandlungen» zur Anwendung.¹⁸⁸ Ob die als Extraleistungen separat abgerechneten Insulin-

¹⁸² Ebd., S. 10–11.

¹⁸³ Vgl. dazu Jahresbericht Realta/Beverin 1952, S. 62, und StAGR V 13 f 12: Schreiben Wolf Seilers an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, Chur, 19. Dezember 1949, S. 2.

¹⁸⁴ Vgl. ebd. Diese Einschätzung dürfte auch im Zusammenhang mit Walther's Einführung systematischer Ausbildungskurse nach den SGP-Vorgaben stehen (vgl. Kapitel 4.1).

¹⁸⁵ Vgl. StAGR V 13 f 8: Bericht über die Ergänzungsuntersuchung i.S. Anstalt Beverin, 1953, S. 10.

¹⁸⁶ Jahresberichte Realta/Beverin 1955, S. 62, 1957, S. 10.

kuren auch ökonomisch attraktiv waren, kann aufgrund der ausgewerteten Quellenbestände nicht abschliessend geklärt werden.

Verantwortung und Hierarchie im Widerspruch: Gefahren in den Händen des Pflegepersonals

Die ehemaligen Pfleger der Klinik Waldhaus, Armin Pirovino und Vitus Bass sowie Christian Schaub und Walter Monstein, Pfleger der Klinik Beverin, gaben Einblicke in ihre eigenen Erfahrungen mit Insulinkuren. Mit Pirovino, Schaub und Monstein blicken wir in die Praxis der 1950er und 1960er Jahre zurück, mit Bass in die Spätanwendungen der 1970er Jahre. Zudem führte Annatina Graf in ihrer Diplomarbeit von 1986 ein Interview mit Alfred Egli (*1923, Pseudonym), der von 1954 bis 1977 leitender Pfleger der Insulinstation in der Klinik Waldhaus und damit ein Spezialist für Insulinkuren war; man bezeichnete seine Position zeitgenössisch auch als «Insulinpfleger». Durch Egli lässt sich eine Verbindung zu Bass herstellen, der den Insulinpfleger in den 1970er Jahren bei krankheits- oder urlaubsbedingten Ausfällen in der leitenden Funktion vertrat.¹⁹⁰

Die 1946 eingerichtete Insulinstation im Waldhaus bestand laut Egli aus 14 Betten, die auf verschiedene Zimmer verteilt und bis zur Einführung der Psychopharmaka sehr gut belegt waren.¹⁹¹ Die Station selbst war in zwei geschlechtergetrennte Abteilungen aufgeteilt, wobei Pirovino festhielt, dass es hier zu frühen Formen des Austauschs und der Zusammenarbeit zwischen dem weiblichen und männlichen Pflegepersonal gekommen ist (vgl. Kapitel 4.1.4).¹⁹² Gemäss Egli gestaltete sich der Ablauf der Insulinkur so, dass die Pflegeperson frühmorgens die zu behandelnde, zwingend nüchterne Person – grösstenteils Personen mit akuter Schizophrenie – von der jeweiligen Abteilung auf die Insulinstation begleitete. Darauf folgten Abklärungen von Herzfunktionen und Kreislauf. Anschliessend legte sich die Person ins Bett und erhielt zwischen 6.30 und 7.00 Uhr die täglich von ärztlicher Seite neu dosierte Insulinspritze durch das spezialisierte Pflegepersonal. Pirovino ergänzte hierzu, dass er die Insulinkur oft bereits auf der eigenen Station mit der Einspritzung einer Insulineinheit eingeleitet hatte und die

¹⁸⁹ Interview mit Alfred Egli vom 2.1.1986, in: GRAF (1986).

¹⁹⁰ Bass nannte Egli nicht explizit im Interview, die Konstellation legt diesen Schluss aber nahe.

¹⁹¹ Alfred Egli, in: GRAF (1986), S. 12.

¹⁹² Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 24.30–24.55.

Patientinnen und Patienten danach innerhalb eines bestimmten Zeitfensters auf die Insulinstation brachte.¹⁹³ Dass damit dem Pflegepersonal eine hohe Verantwortung zukam, zeigt ein Beispiel, das Pirovino besonders in Erinnerung blieb. Trotz der Begleitung durch zwei Pfleger flüchtete ein junger, schlanker Patient auf dem Weg zur Insulinstation durch den Zaun aus dem Klinikgelände. Da dem Patienten bereits eine erste Injektion Insulin appliziert worden war, befürchtete Pirovino, dass er an einer Unterzuckerung sterben würde und alarmierte deswegen dessen Tante. Glücklicherweise wusste der Patient genau, was gegen die Unterzuckerung zu unternehmen war, und fand sich kurze Zeit später bei seiner Tante zum Frühstück ein.

Die eigentliche Kur auf der Insulinstation dauerte je nach Krankheitsschwere 30, 60 oder 90 Tage. Die überlieferten «Insulindossiers» im Waldhaus zeigen, dass die Kur in einigen Fällen auch weit länger dauerte.¹⁹⁴ Bei der Durchführung hatte das spezialisierte Pflegepersonal, so Bass, die Behandlung ständig zu überwachen, den Bewusstseins- und Benommenheitszustand zu messen und auftretende Schläfrigkeit sowie Einschränkungen der Reaktions- und Denkfähigkeit genau zu beobachten, zu testen, zu messen und in einer Tabelle zu dokumentieren.¹⁹⁵

Der Übergang von der leichten zur starken Benommenheit war eine Phase der Aktivität.¹⁹⁶ Die Patientinnen und Patienten waren, so Pirovino, motorisch aktiv und laut geworden und wurden deshalb häufig fixiert.¹⁹⁷ Laut Pirovino erfolgten die zwangsweisen Fixierungen zum Schutz vor Selbst- und Fremdverletzungen, aber auch zur Aufrechterhaltung der Stationsordnung und Durchführung der Kur. Die Betroffenen waren in dieser Übergangsphase teilweise auch euphorisch und redeten «wie Bücher» ohne Unterbruch. Viele hatten zudem starke Schweißausbrüche.¹⁹⁸

Sobald der prekäre Zustand starker Benommenheit erreicht war, unterbrach die Pflegeperson die Kur mit einem mit Traubenzucker gesüsssten

¹⁹³ Ebd., 23.47–25.25.

¹⁹⁴ Von Zeit zu Zeit wurde während den Insulinkuren ein sogenannter «Schontag» eingelegt, der bisweilen auch mit Urlaubs- oder Feiertagen zusammenfiel. Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977.

¹⁹⁵ Interview mit Vitus Bass, 1.41.30–1.44.10.

¹⁹⁶ Bei einer «starken Benommenheit» waren laut Bass Babinski- und Pupillenreflex noch vorhanden. Vgl. Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020.

¹⁹⁷ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 25.10–25.25.

¹⁹⁸ Interview mit Vitus Bass, 1.45.09–1.45.17.

Tee, der über eine Nasensonde verabreicht wurde. Einige Kranke mussten sich laut Pirovino unmittelbar danach übergeben. Dadurch fiel die Glucose-Wirkung aus, woraufhin der Arzt, der erst beim Kurabbruch zugegen gewesen war, eine intravenöse Spritze verabreichte.¹⁹⁹ Die Beurteilung des richtigen Zeitpunkts für den Abbruch der Kur setzte ein medizinisches Wissen voraus, das durch die nach wie vor primär praktisch orientierte Pflegeausbildung der 1950er Jahre nicht gewährleistet wurde (vgl. Kapitel 4.1). Der «richtige Zeitpunkt» für den Abbruch der Behandlung war überdies von Mensch zu Mensch verschieden. Dementsprechend bezeichneten die vier interviewten Pfleger diese akute Phase, die eine schnelle Handlungsfähigkeit verlangte, als äußerst kritisch und gefährlich. Denn häufig befanden sich die Patientinnen und Patienten in der Aufwachphase, bis sie wieder volles Bewusstsein erlangten. Sie waren unruhig bis euphorisch und mussten gemäss Bass gut im Auge behalten werden.²⁰⁰ Im Wissen um diese psychisch intensive Aufwachphase fixierte das Pflegepersonal vorbeugend unruhige Personen teilweise schon vor der Kur. Bass und Pirovino sahen die Phase des Kurabbruchs – entgegen der gängigen Lehre – kaum als günstigen Zeitpunkt zur psychischen Einflussnahme.

Aus pflegerischer Perspektive war nach dem Verlassen der Insulinstation weder die Kur beendet noch waren allfällige Gefahren behoben, wie man es infolge des Umgangs der Hilfsärztin mit der Kur hätte annehmen können. Sobald die Betroffenen zurück auf der Station waren, hatten sie unverzüglich unter pflegerischer Aufsicht ein ordentliches Frühstück einzunehmen, um nicht wieder in den komatösen Zustand zurückzufallen. Selbst die Nachtwache war aufgefordert, auf Nachfolgemaßnahmen wie starkes Schwitzen zu achten.²⁰¹ Die Patientinnen und Patienten waren nach der Kur oft müde und schweißgebadet. Nach einem Bad oder dem Waschen war es ihnen, im Gegensatz zu anderen Patientengruppen, erlaubt, einen Mittagsschlaf zu halten. Bass bewertete die spezielle Betreuung im Anschluss an die Insulinkur als eine Art Belohnung für die schwere Behandlung.²⁰² Am Nachmittag folgte ein längerer Spaziergang mit der Pflegeperson, die auf der Insulinstation die Kur durchgeführt hatte, um eine starke Gewichts-

zunahme der Behandelten zu verhindern und die aufgebaute Bindung mit der kurführenden Pflegeperson für psychotherapeutische Zwecke nützen zu können. Erstes gelang aber nur vereinzelt, Pirovino und Bass beobachteten vor allem bei Frauen häufig eine starke Gewichtszunahme.²⁰³

Die Insulinkuren der Klinik Beverin waren ähnlich strukturiert, scheinen aber seltener zur Anwendung gekommen zu sein. Walter Monstein berichtete von etwa vier Personen, die jeweils am gleichen Tag behandelt wurden.²⁰⁴ Analog zum Waldhaus scheinen auch in Beverin über das ganze Jahr hinweg ein Pfleger und eine Schwester für die Kuren eingeteilt gewesen zu sein. Da Schaub und Monstein aber kaum auf der Insulinstation gearbeitet haben, sind ausführliche Angaben über die Kurpraxis in Beverin nicht möglich.²⁰⁵

Kaum eine andere Behandlung war für das Pflegepersonal derart anspruchsvoll wie die Insulinkur. Erschwerend kam hinzu, dass jeweils mehrere Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreut und überwacht werden mussten. Den Pflegenden war durchaus bewusst, dass die Behandlungsmethode in Fachkreisen kritisch diskutiert wurde. Bass beispielsweise bezeichnete die zeitintensive Insulinkur als «Risikobehandlung».²⁰⁶ Angesichts der diversen Gefahren der Kur – das Risiko einer Flucht vor oder nach der Behandlung mit Insulin, die gesteigerten motorischen und halluzinatorischen Aktivitäten während der Therapie und das schwierige Abschätzen des richtigen Zeitpunkts für den Kurabbruch – hatte das Pflegepersonal eine sehr grosse Verantwortung zu tragen. Die Direktoren schienen sich auf dieses Verantwortungsbewusstsein der Pflege verlassen zu haben, denn die Arbeit auf der Insulinstation war laut Pirovino fester Bestandteil der dreijährigen Lehrzeit.²⁰⁷ Abgesehen davon führten die «Insulinpfleger» die Kuren in der Regel alleine und ohne ärztliche Auf-

¹⁹⁹ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 26.40–27.15.
²⁰⁰ Interview mit Vitus Bass, 1.44.50–1.45.10.
²⁰¹ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 29.08–29.45.
²⁰² Interview mit Vitus Bass, 1.44.47–1.44.51.

²⁰³ Interview mit Walter Monstein, 1.33.10–1.34.20.

²⁰⁴ Gemäss Monstein hatte bei ihren Insulinkuren stets ein Arzt zugegen zu sein; quellenbedingt ist es schwierig zu beurteilen, ob eine ärztliche Begleitung in Beverin konsequenter als im Waldhaus gewährleistet wurde. Vgl. ebd., 32.48–33.25.

²⁰⁵ Interview mit Vitus Bass, 1.40.54–1.41.59.

²⁰⁶ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 26.23–26.37.

sicht durch. In Anbetracht der enormen Belastung und des ungleichen medizinischen Wissensstands des Personals siedelte Bass diesen Umstand rückblickend in einer rechtlichen Grauzone an.²⁰⁸ Insfern schien die «gewissenhafte Überwachung und sorgfältige Betreuung» durch Arzt und Pflegepersonal, die Pflugfelder bei der Insulinkur als besonders wichtig erachtete, in der Praxis nur einseitig gewährleistet zu sein.²⁰⁹ Da Pflugfelder dem Pflegepersonal zudem die Einsicht in die Patientenakten verwehrte (vgl. Kapitel 4.1), war sein Wissen über die zu behandelnde Person auf die schriftlichen und mündlichen Rapporte beschränkt. Die starren Hierarchieverhältnisse zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal schienen dieses Missverhältnis strukturell legitimiert zu haben. Denn nur so lässt sich erklären, dass Pirovino und Bass im Rückblick erstaunt waren, diese Verantwortungsübertragung bei den Insulinkuren überhaupt akzeptiert zu haben.²¹⁰

Trotz starker Bedenken über die damalige Pflichtenverteilung zeigten die interviewten Pfleger ein ausgesprochen präzises Expertenwissen; sie waren nicht nur begleitendes Hilfspersonal, sondern führten die Kuren selbst und pflichtbewusst durch. Daraus resultierte in der Konsequenz eine Diskrepanz zwischen der ärztlichen Autorität und der tragenden Rolle des Pflegepersonals. Vielleicht gerade wegen der entscheidenden Rolle des Pflegepersonals und der Nähe zu den Patientinnen und Patienten glaubte Bass an einen möglichen Therapieerfolg durch die Insulinkur und hoffte, damit speziell Patientinnen und Patienten mit schweren und chronischen Krankheitsverläufen von ihren Leiden befreien zu können. In seinen Beschreibungen dieser schwerwiegenden Fälle, denen er «mit leeren Händen» gegenüberstand, betonte er primär den Leidensdruck der Betroffenen und die grossen Schwierigkeiten, die sie mit ihrer Krankheit ihrem sozialen Umfeld bereiteten. Bezeichnenderweise berichtete er, dass Insulinkuren nicht nur bei Schizophrenien, sondern auch bei Mischdiagnosen aus dem schizophrenen und manisch-depressiven Kreis zur Anwendung gekommen sind. Diese Anmerkung verweist zum einen auf die grosse – und oft auch letzte – Hoffnung, die man in die neue Kur gesetzt hatte. Zum anderen scheint sie Ausdruck jener Schwierigkeit

zu sein, eindeutige Grenzen zwischen den Krankheitsbildern ziehen zu können (vgl. Kapitel 3.2).

Affektive Aktivierung: Von der Cardiazol- zur Elektrokrampftherapie

Seit 1938 applizierten viele Schweizer Heil- und Pflegeanstalten sogenannte Cardiazolkrampftherapien, die wenige Jahre davor vom Budapester Psychiater Ladislas Joseph Meduna (1896–1964) entwickelt worden waren. Im Gegensatz zu den Insulinkuren diente das Cardiazol, ein kreislaufstimulierendes Tetrazol-Derivat, vorwiegend zur Behandlung von manisch-depressiven Erkrankungen.²¹¹ Durch die Injektion einer bestimmten Dosis lösten Psychiater bei der betroffenen Person einen epileptischen Krampfanfall aus.²¹² Da diese stark invasive Form der Krampftherapie schwer zu kontrollieren war und ohne Fixierungsvorrichtungen grössere (Selbst-)Verletzungen nach sich ziehen konnte, wurde sie bereits 1939 weitgehend durch die konvulsive Elektrotherapie ersetzt.²¹³ Die Elektrokrampftherapie oder auch Elektrobehandlung wurde ursprünglich vom italienischen Psychiater Lucio Bini (1908–1964) entwickelt. Bini berichtete erstmals am Münsinger Kongress von 1937 von der elektrischen Herbeiführung epileptischer Anfälle bei Schweinen. In Zusammenarbeit mit Ugo Cerletti (1877–1963) konstruierte er den ersten Elektroschockapparat, den sie 1938 in die psychiatrische Behandlung integrierten. In der Schweizer Psychiatrie war Max Müller der erste Psychiater, der die neue Methode als bessere Alternative zur Cardiazolbehandlung einführte.

«Es war der Elektroschock, der die entscheidende Wendung brachte, entscheidend nicht nur für den äusseren Ablauf des Anfallen, der gleich blieb und auch, wie sich bald zeigte, entgegen den Erwartungen dieselben Risiken barg, sondern, das entschieden wichtigste, entscheidend für das subjektive Erleben der Kranken. Mit dem Anfall auslösenden Stromstoss trat unmittelbar Bewusstlosigkeit ein, vielleicht noch vorhandene Reste von Missempfindungen wurden durch die nachher bestehende Erinnerungslücke zugedeckt. Nun war es keine Quälerei mehr, die Patienten

²⁰⁸ GERMANN (2013), S. 153.

²⁰⁹ Laut Medizinhistoriker Porter konnte diese Form der Schocktherapie derart heftige Krämpfe auslösen, dass Betroffene Knochenbrüche erlitten, vgl. PORTER (2005), S. 193.

²¹⁰ MEIER et al. (2002), S. 93.

hatten nichts mehr gegen eine Wiederholung der Behandlung, [...] und es wurde nun möglich, auch sensible, leicht kranke Menschen der Therapie zu unterziehen.»²¹⁴

Durch die gezielte Applikation elektrischer Stromstöße verfolgte die Elektrokrampftherapie grundsätzlich das traditionelle Prinzip des Erschütterns einer «Ver-rücktheit», um so die psychisch kranke Person aus ihrer Krisensituation zu befreien.²¹⁵ Abgesehen von den neuen modernen Vorrichtungen unterschieden sich die Elektrobehandlungen aber nicht wesentlich von früheren körperbezogenen Methoden wie Sturzbädern. Durch den Einsatz muskelerschlaffender narkotischer Medikamente war die Methode jedoch im Vergleich zur Cardiazolkrampftherapie weniger invasiv. Nach einer zwischenzeitlichen Zäsur ab den 1980er Jahren findet die Elektrobehandlung inzwischen, unter stark veränderten Voraussetzungen und in technisch grundlegend verfeinerter Ausführung, wieder Anwendung. Auch die PDGR erhielt im Jahr 2014 die bundesamtliche Lizenz zur Durchführung der Elektrokonvulsionstherapie, allerdings nur unter Vollnarkose und in somatischen Spitätern.²¹⁶

Die Klinik Waldhaus griff gemäss Jahresberichten bis 1943 zu Kuren mit Cardiazol, ersetzte diese anschliessend aber gänzlich durch die Elektrokrampftherapie.²¹⁷ Wie den «Insulindossiers» zu entnehmen ist, stimmt das nicht – die Cardiazolkrampftherapie fand mindestens bis 1960 weiterhin Anwendung. Im Vorfeld zu Singeisens Einrichtung der Insulinstation 1946 erfolgten die Schockkuren ausschliesslich auf den einzelnen Abteilungen, was speziell bei mehrfach belegten Räumen zu Unruhen führen konnte. Im Jahr 1951 erlebte die Elektrokrampftherapie jedoch eine massgebliche Verbesserung. Durch die Anwendung von Curare und Pentothal, die eine anästhetische Wirkung hatten, wurde die Behandlungsprozedur für die Patientinnen und Patienten wesentlich erträglicher gemacht.²¹⁸ Bei Curare handelt es sich um eine Gruppe von Alkaloiden, die aus südamerikanischen Pflanzenarten gewonnen wurden und der Ruhigstellung der Muskulatur und damit der Vorbeugung von allfälligen Organverletzungen

diente. Pentothal hingegen ist ein Hypnotikum aus der Wirkstoffklasse der Barbiturate, das über eine sedierende und narkotische Wirkung verfügt. Die Behandlungsmodifikationen durch die beiden Wirkstoffe erlaubten es, so Pflugfelder, die Patientinnen und Patienten «schonend und ohne seelische Belastung» durch die Elektrobehandlung zu führen.²¹⁹ Pflugfelder hatte eine relativ klare Vorstellung davon, bei wem eine Elektrokrampftherapie in Frage kam. Er sah die Applikation bei «Gemütsleidenden» mit Selbstmordgedanken angezeigt. Diese sollten einer raschen speziellärztlichen Behandlung unterzogen werden, damit ihre «schwerbedrückte, verzweifelte Stimmung» mittels Elektrobehandlung einer «Zuversicht und Ausgeglichenheit» Platz machen könne.²²⁰ Folgt man der Symptombeschreibung, führten die Waldhaus-Chefarzte Elektro-, wie auch zuvor Cardiazolanwendungen, hauptsächlich zur Behandlung von Depressionen durch. Mehrere Fallbeispiele aus den Beschwerde- und Insassenakten legen jedoch nahe, dass häufig auch bei Schizophrenien, neurotischen Platzängsten, epileptoiden Zügen oder auch «hysterischen» Reaktionen, also sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern, aus ärztlicher Perspektive eine Elektroschocktherapie angezeigt schien.²²¹ Alois Kappeler, der in den 1970er Jahren in beiden Bündner Kliniken untergebracht wurde, bezeichnete die Elektrokrampftherapie zudem ausdrücklich als Disziplinierungsmassnahme (vgl. Kapitel 5.1). Im Laufe der 1970er Jahre wurden die Elektrobehandlungen im Waldhaus sukzessive durch den Einsatz von Antidepressiva (Thymoleptika) ersetzt. Zudem berichtete Pirovino, dass im Waldhaus unter Fontana, der 1977 die Chefarztstelle übernahm, nur noch in Ausnahmefällen somatische Kuren durchgeführt wurden.²²²

In den oben erwähnten «Insulindossiers» (1946–1977) sind, sofern die Insulinkur mit einer Elektroschocktherapie kombiniert wurde, auch die «Elektrokurblätter» abgelegt.²²³ Diese beinhalteten eine Spalte «Bewilligung», vermutlich der Ort für die schriftliche Einverständniserklärung durch eine Unterschrift. Diese Spalte blieb in vielen Fällen leer. Nur vereinzelt ist darin eine Jahreszahl eingezzeichnet – vermutlich das Datum der abge-

²¹⁴ MÜLLER (1982), S. 244–249.

²¹⁵ MEIER et al. (2002), S. 94.

²¹⁶ Zur Elektrokonvulsionstherapie bei den PDGR siehe <https://www.pdgr.ch/wp-content/uploads/2019/08/Elektrokonvulsionstherapie.pdf>, Zugriff: 07.11.2019.

²¹⁷ Jahresbericht Waldhaus 1943, S. 155.

²¹⁸ Jahresbericht Waldhaus 1951, S. 48.

²¹⁹ PFLUGFELDER (1952).

²²⁰ Ebd.

²²¹ Vgl. StAGR V 13 e 6 und V 13 f 12 (Beschwerden) sowie V 13 e 8 und V 13 f 10 (Insassen A–Z).

²²² Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 44.00–44.10.

²²³ Die Kurblätter der Elektrokrampftherapien und Insulin-kuren wurden auch in den Krankenakten abgelegt.

gebenen Einwilligung – oder eine Unterschrift, etwa des Ehepartners, des Bruders, der Schwester oder des Vormundes. Man muss davon ausgehen, dass einige Elektrokrampftherapien ohne explizite Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreter stattfanden, obwohl eine solche vorgesehen war.²²⁴

In der Klinik Beverin geht die erste Reihe Elektrobehandlungen auf die Jahre 1941 und 1942 zurück.²²⁵ Obwohl die Klinik die neue Elektrokrampftherapie im schweizweiten Vergleich eher spät aufgriff, tat sie dies umso entschlossener. Walther galt als dezidierter Förderer der Elektrobehandlung und besorgte der Klinik bereits 1942 einen «Elektroschockapparat eigener Konstruktion». Dessen Behandlungsergebnisse bezeichnete er als «günstig».²²⁶ Mit der Etablierung der neuen Mittel Curare und Pentothal sowie der Einrichtung einer modernen Insulinstation im Jahr 1952, auf der auch die Elektrobehandlungen durchgeführt werden sollten, stellte Seiler die Elektrobehandlung auch in Cazis auf eine neue Stufe.²²⁷ Damit hatte die Klinik Beverin entscheidende Schritte zur Modernisierung der Therapien vollzogen und konnte fortan die gleichen Leistungen anbieten wie das Waldhaus. Durch den vermehrten Einsatz von Antidepressiva und Neuroleptika nahm die Zahl der Elektrokrampftherapien in den folgenden Jahrzehnten jedoch stark ab. Letztmals erwähnt werden sie im Jahresbericht von 1957.²²⁸ Es ist aber davon auszugehen, dass Elektrobehandlungen bis in die 1970er Jahre angewendet wurden. Die Pflegerin Ursula Huwyler machte darauf aufmerksam, dass Elektrokrampftherapien in ausserordentlichen Fällen auch noch in den frühen 1980er Jahren eingesetzt wurden.²²⁹ Auch Hans König, 1984 bis 1993 Chefarzt der Einrichtungen Beverin und Realta, bestätigte, dass unter seiner Führung noch Elektrotherapien durchgeführt wurden.²³⁰

Schrittweise Entlastung: die Elektrobehandlung aus pflegerischer Perspektive

Egli berichtete, dass im Waldhaus grundsätzlich die Regel galt, bei einer Person max. zwei Elektroschocks in einer Woche und im Rahmen eines Behandlungszyklus höchstens 15 Kuren durchzuführen. Ansonsten wären die Gefahren von Herz-, Hirn- oder Kreislaufschädigungen zu gross gewesen. Die Behandlung lief so ab, dass ein Arzt die Narkosemittel und Muskelrelaxantien (sofern bereits erhältlich) injizierte, anschliessend die Schläfen der Patientinnen und Patienten mit stromleitenden Salben einrieb, zwei Elektroden beidseitig ansetzte und durch einen Knopfdruck den Elektroschock auslöste. Die Anzahl der abzugebenden Schocks war von der Krankheitsdiagnose abhängig und wurde vom Arzt festgelegt.²³¹

Als prägendes Erlebnis blieb den Pflegern Pirovino (Waldhaus) und Schaub (Beverin) die Einführung von Narkosemitteln in Erinnerung. Deren Einsatz kam sowohl für das Personal als auch für die Behandelten einer entscheidenden Verbesserung gleich. Vor dieser einschneidenden Veränderung hatte das Pflegepersonal erstens wesentlich intensivere Kontrollaufgaben (Blutdruck, Bereithaltung allfälliger Herzmittel und Sauerstoffmasken) zu erfüllen. Zweitens war es für die Fixierung der Patientinnen und Patienten zuständig. Denn die unberechenbaren Bewegungen, so Pirovino, hätten während der Schocks zu Frakturen oder Fremdverletzungen führen können.²³² Mit den Fortschritten in der Elektrotherapie nahm die Bedeutung des Pflegepersonals bei der Ausführung ab. Die Aufgabe der Pflege lag nun verstärkt in der Beobachtung der Patientinnen und Patienten und in der Vor- und Nachbetreuung. Die eigentliche Durchführung der Elektrokrampftherapie fand neu unter Vollnarkose und durch einen Oberarzt aus den somatischen Spitäler in Thusis beziehungsweise Chur statt.²³³ Bezeichnenderweise betonte Pirovino, dass die Insulinbehandlung wesentlich aufwendiger gewesen sei als die Elektrobehandlung. Diese Ansicht teilte auch Beverin-Direktor Pfister, der sich 1948 über die Richtlinien für die Berechnung der Extraleistungen beschwerte – er forderte für die bedeutend aufwendigeren Insulin-Kuren höhere Kostenbeteiligungen.²³⁴

²²⁴ Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Insulindossiers Klinik Waldhaus, 1946–1977.

²²⁵ Jahresberichte Realta 1941, S. 160, 1942, S. 135.

²²⁶ Zitat aus Jahresbericht Realta 1942, S. 135. Siehe weiter WEBER/WINKLEHNER (1969), S. 17.

²²⁷ Jahresbericht Realta/Beverin 1952, S. 62.

²²⁸ Jahresbericht Realta/Beverin 1957, S. 66.

²²⁹ Interview mit Ursula Huwyler, 49.12–50.03.

²³⁰ Interview mit Hans König, 1.28.00–1.28.15.

²³¹ Alfred Egli, in: GRAF (1986), S. 14–15.

²³² Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 30.25–30.31.

²³³ Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11. 2018.

²³⁴ Waldhaus-Direktor Singeisen teilte die Meinung von Pfister bezüglich des Aufwands für die Elektrokrampf-

Die Elektrokrampftherapie wurde zwischen den 1950er und den 1970er Jahren zu einem zentralen Gegenstand der antipsychiatrischen Kritik. Literarische und kinematografische Werke, die die Elektroschocktherapie als rabiate Methode darstellten, hinterliessen einen nachhaltigen Eindruck in der Gesellschaft.²³⁵ Pirovino betonte für die frühe Applikationsphase der Methode im Waldhaus, dass sich einige Betroffene gegen die Elektrobehandlung gewehrt, andere hingegen explizit nach einer solchen verlangt hatten.²³⁶ Für die Bündner Kliniken der 1970er Jahre allerdings entkräfteten Bass und Havermans das Bild, das man gewöhnlich von der Invasivität der Elektrokrampftherapie hatte.²³⁷ Freilich betreffen ihre Einschätzungen eine Elektrobehandlung aus einer späteren Entwicklungsphase, die von wesentlich besseren Rahmenbedingungen und modernen narkotischen Möglichkeiten geprägt war. Dennoch war es Havermans mit Blick auf seinen Psychiatriekontakt ein Anliegen, die brutalen Darstellungen in Film und Fernseher zu korrigieren.²³⁸ Bass wiederum berichtete, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Elektroschock zwar Schwindelgefühle gezeigt hätten, sich aber nie bei ihm über die Behandlung beklagt hätten. Vielmehr erinnerte er sich sogar an eine depressive Person, die einmal im Jahr für eine Elektrobehandlung in die Klinik gekommen sei und sich daraufhin «das ganze Jahr gesund gefühlt habe».²³⁹

therapie nicht, vgl. Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus und Realta, Sitzung vom 8. Juli 1948, S. 3–4. Aufgrund der Quellenlage ist es schwer zu sagen, ob Pfisters Anliegen entsprochen wurde.

²³⁵ Siehe beispielsweise den 1962 erschienenen Roman *One Flew Over the Cuckoo's Nest* von Ken Kesey, der auf Gesprächen mit Patientinnen und Patienten einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung im US-Bundesstaat Oregon basiert und sich kritisch mit dem Alltag in psychiatrischen Kliniken auseinandersetzt. Er trägt Züge von Goffmans Konzept der «totalen Institution» und wurde 1975 mit Jack Nicholson in der Hauptrolle verfilmt. Ein weiteres bezeichnendes Beispiel ist der Film *The Snake Pit*, der 1950 mit dem Titel «Die Schlangengrube» in die deutschen Kinos kam und dessen Darstellung der Elektrokrampftherapie von der Presse als Symbol der inhumanen Psychiatrie aufgegriffen wurde.

²³⁶ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 30.40–31.15.

²³⁷ Interview mit Vitus Bass, 1.39.36–1.40.55; Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11.2018.

²³⁸ Er nannte nicht explizit einen Film, sondern sprach vom Bild der Elektrokrampftherapie, das man aus dem «Fernseher» kannte. Vgl. Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11.2018.

²³⁹ Interview mit Vitus Bass, 1.38.57–1.40.18.

Die Einschätzungen von Pirovino, Bass und Havermans sind nicht als Plädoyer für die Elektrokrampftherapie zu verstehen, sondern geben vielmehr einen Eindruck davon, für welche Patientinnen und Patienten sie eine Elektrobehandlung indiziert sahen. Sie unterschieden weniger zwischen «frischen» und «chronischen» Krankheitsfällen, wie es beispielsweise Pflugfelder zu tun pflegte, sondern argumentierten mit der Schwere einer psychischen Krankheit. Das ärztliche Personal fällte seine Entscheidung für oder gegen eine Elektrokrampftherapie ausgehend vom Zustand der betroffenen Person im Krankheitsverlauf – «frische» Krankheitsfälle galten als zugänglicher für die somatischen Behandlungsmethoden. In der pflegerischen Wahrnehmung hingegen wurde die Elektrobehandlung aus einer heuristischen Haltung heraus, gewissermassen aus einem therapeutischen Notstand, eingeleitet. Dementsprechend sah Bass in den zuweilen auch kombiniert applizierten Insulin- und Elektrobehandlungen Methoden, die dann eingesetzt worden seien, wenn mit Psychopharmaka keine Erfolge zu verzeichnen gewesen seien. Bezeichnenderweise führte er als Beispiele solcher Krankheitsfälle schwere «endogene Depressionen» und schwere Formen von Schizophrenien wie die «febrile Katatonie» an.²⁴⁰ Schaub ging einen Schritt weiter und führte die Praxis der Elektrokrampftherapie auf den Legitimationsdruck zurück, dem die Psychiatrie im gesundheitspolitischen Diskurs ausgesetzt gewesen war: «Die Psychiatrie muss sich wehren und muss Erfolg haben.»²⁴¹

Trotz symptomatischer Wirkungserfolge bei schweren psychischen Krankheitsverläufen demonstrierten Pirovino und Bass, dass die Anwendungen mit Insulin und Elektroschocks zu einer fundamentalen Verbesserung des Alltags auf den Stationen oder zu erhöhten Heilungschancen geführt haben. Dieser Eindruck korrespondiert mit den statistischen Angaben aus den Jahresberichten. Zwar stiegen die Aufnahme- und Entlassungsziffern genau in jener Phase, als die Direktoren Singeisen und Walther die beiden Schockkuren systematisch etablierten (vgl. Kapitel 2, Diagramme 6 und 8); eine Entwicklung, die nahe legt, dass die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten aufgrund der erfolgreichen Kuren zurückging. Die Statistik der Austrittsgründe jedoch widerspricht diesem konstruierten

²⁴⁰ Ebd.

²⁴¹ Interview mit Christian Schaub, 1.11.02–1.11.12.

Bild einer Erfolgsgeschichte der Körperkuren. Bis in die frühen 1950er Jahre blieb das durchschnittliche Verhältnis zwischen den «gebessert» und «ungebessert» entlassenen Personen weitgehend gleich (vgl. Kapitel 2, Diagramme 9 und 10).

3.3.3 Spannungsfeld Leukotomie: Betriebssamkeit oder Leiden «abgestellt»?

Die sogenannte Leukotomie bezeichnet einen irreversiblen chirurgischen Eingriff am Gehirn, der sich in der Schweizer Psychiatrie im Laufe der 1940er Jahre etabliert hat. Die Methode fand hauptsächlich bei schweren psychischen Störungen Anwendung, die nach damaliger Auffassung kaum Aussicht auf Besserung zeigten.²⁴² Bei der Operation durchtrennte der Chirurg mit einem stilettartigen Messer Nervenbahnen zwischen Thalamus (grösster Teil des Zwischenhirns) und Frontallappen (vorderer Bereich des Grosshirns). Mit dem Eingriff war die Hoffnung verbunden, die Chronizität von Krankheitsverläufen zu beenden, die Erregungszustände von Patientinnen und Patienten zu vermindern und sie von als unheilbar geltenden Schmerzzuständen zu befreien. Entwickelt wurde die Leukotomie 1935 vom portugiesischen Neurologen und späteren Nobelpreisträger Egas Moniz (1874–1955). Die neue Behandlungsmethode erntete anfänglich in den meisten Teilen Europas, so auch der Schweiz, starke Kritik.²⁴³ Über die USA, wo das Verfahren laut Max Müller unter der Federführung des Psychiaters Walter Freeman (1895–1972) und des Neurochirurgen James W. Watts (1904–1994) «in grossem Stil» aufgenommen und statistisch mit «frappante[n] Behandlungserfolge[n]» verbunden wurde, gelangte die Leukotomie in der Nachkriegszeit unter neuen Voraussetzungen nach Europa zurück.²⁴⁴ Im Oktober 1946 erfolgten die ersten beiden Operationen in der Schweiz, durchgeführt von Hugo Krayenbühl (1902–1985), dem damaligen Leiter der neurochirurgischen Abteilung des Kantonsspitals Zürich. In den darauffolgenden Jahren breitete sich das neue Verfahren sukzessive von den

urbanen in die ländlichen Regionen aus. Psychiatrische Einrichtungen diverser Kantone brachten Patientinnen und Patienten für den operativen Eingriff nach Zürich – man geht von schweizweit 100 Leukotomien zwischen 1948 und 1950 und rund 1000 Operationen bis in die 1970er Jahre aus.²⁴⁵ Aufkommende Zweifel an der Wirkung, Bedenken über die Irreversibilität der Methode und die psychopharmakologische Wende führten jedoch zunehmend zum Verzicht auf psychochirurgische Eingriffe.²⁴⁶ Obschon die Hochphase der Psychochirurgie im Laufe der frühen 1950er Jahre ein Ende nahm, sind für die Bündner Kliniken bis ins Jahr 1971 Leukotomien dokumentiert.²⁴⁷

Der Diskurs über die Leukotomie war während ihrer Konjunktur von zwei gegensätzlichen Argumentationslinien geprägt. Die Methodenkritiker, darunter besonders Vertreter der antipsychiatrischen Bewegung, verurteilten das Verfahren als Massnahme zur Kontrolle der Patientinnen und Patienten und zur Aufrechterhaltung der Anstaltsordnung. Da die irreversible Methode einen unmittelbaren Eingriff in die physische Integrität bedeutete, wurden grundlegende Fragen nach Persönlichkeitsrechten aufgeworfen, insbesondere bei Patientinnen und Patienten, denen eine Zurechnungsfähigkeit abgesprochen wurde. So stilisierte die antipsychiatrische Rhetorik die Leukotomie, die aus Menschen kontrollierbare Individuen fabriziere, als Chiffre für die Wehrlosigkeit psychisch erkrankter Menschen. Zudem kritisierten zeitgenössische Psychiater das Verfahren als Eingriff in ein eigentlich «gesundes» Gehirn – Moniz nämlich führte die psychotischen Symptome der Patientinnen und Patienten nur auf dysfunktionale Synapsen (Kontaktstellen zwischen Nervenzellen) zurück und nicht auf eine nachweisbare biologische Schädigung des Gehirns.²⁴⁸ Die methodenbefürwortenden Psychiater hoben in der Debatte hervor, dass der Eingriff selbst bei chronischen, gravierenden psychischen Störungen Erfolge zeigen würde. Besonders in den USA wurde die Hoffnung an die Leukotomie geknüpft, lagerhallenähnliche Asyle in moderne Krankenhäuser umwandeln zu können und damit die Psychiatrie als Spezialdisziplin der Medizin zu stärken.²⁴⁹ Im Übrigen betonten die Befürworter die Position der Psychochirurgie zwischen Therapie und Wissen-

²⁴² MEIER (2015), S. 9–12. In zeitgenössischen Publikationen werden die Begriffe Lobotomie und Leukotomie meist synonym verwendet. Nachfolgend wird der Begriff Leukotomie verwendet, da er in dieser Form auch in den Jahresberichten auftauchte.

²⁴³ Zur Kritik siehe MÜLLER (1982), S. 395.

²⁴⁴ Vgl. ebd. Zum Methodenplädoyer von Freeman und Watts siehe FREEMAN/WATTS (1942).

²⁴⁵ Vgl. MEIER (2005), S. 239–240.

²⁴⁶ PORTER (2005), S. 195–197.

²⁴⁷ MEIER (2015), S. 239–240.

²⁴⁸ Ebd., S. 237.

²⁴⁹ PORTER (2005), S. 192–197.

schaft. Obwohl primär therapeutische Motive hinter den Eingriffen standen, wurden sie zugleich als Möglichkeit betrachtet, wissenschaftliche Pionierarbeit zu leisten. So konnten durch die Leukotomie erstmals Auswirkungen von Hirnoperationen auf die psychische und physische Verfassung des Menschen beobachtet werden.

Die Spitäler Graubündens als Zentren der Leukotomie

Waldhaus-Direktor Fred Singeisen war der erste Bündner Chefarzt, der Interesse an der neuen Methode bekundete. Im Herbst 1947 liess er in Begleitung von Pflegerinnen und Pflegern zwei Männer und eine Frau für eine Leukotomie nach Zürich zu Hugo Krayenbühl bringen.²⁵⁰ Aus einem Schreiben von Singeisen geht hervor, dass Krayenbühl kurz darauf für zwei weitere Leukotomien nach Chur ins Kantonsspital reiste, um die Operationen vor Ort gemeinsam mit dem Chefarzt Fritz Becker (1901–1956) durchzuführen. Die Einführung der Methode in Graubünden war nur möglich, weil das Verfahren selbst keine allzu hohen technischen Anforderungen stellte und die notwendigen Instrumente günstig zu erwerben waren. So führte Becker, im Anschluss an die zwei erwähnten Operationen in Krayenbühl's Anwesenheit, fortan Leukotomien eigenständig im Kantonsspital Chur durch. Die Historikerin Marietta Meier konnte durch die von ihr konsultierten Quellen plausibel darlegen, dass Becker seinen Fachkollegen Peter Steiner (1907–1986) vom Krankenhaus Thusis in das Verfahren einführte, sodass dieser schliesslich im Januar 1948 erste Operationen an Patientinnen und Patienten der Klinik Beverin durchführte.²⁵¹ Aus koordinativen Gründen war die geografische Verschiebung nach Graubünden für die Direktoren begrüssenswert. Die weiten Wege der unter Umständen sehr aufgeregten Patientinnen und Patienten war sehr umständlich, kostspielig und vor allem personalintensiv.

«Wir sind natürlich sehr froh, dass sich für die Zukunft diese Lösung ergeben hat, durch

²⁵⁰ Marietta Meier hat die Geschichte der Leukotomien im Kontext Graubündens mit Berücksichtigung der Krankenakten gründlich aufgearbeitet. Wenn nicht anders vermerkt, stammen die folgenden Angaben zum Mengerüst der Leukotomien aus ihrer Arbeit, siehe MEIER (2005), S. 246–258.

²⁵¹ Jahresbericht Realta 1948, S. 31; Jahresbericht Spital Thusis 1948, S. 14.

die sich die umständlichen Hin- und Hertransporte der Patienten nach Zürich erübrigen.»²⁵²

Für das Krankenhaus Thusis lassen sich anhand der Jahresberichte zwischen 1948 und 1965 insgesamt 34 Leukotomierte feststellen, die in der Klinik Beverin hospitalisiert waren; nur sechs davon wurden nach 1953 vorgenommen. Das Kantonsspital Chur hingegen verzeichnete ein Total von über 70 Leukotomien an Patientinnen und Patienten des Waldhauses. Meier gelang es, 46 Eingriffe in den Patientenakten nachzuverfolgen und nach Kriterien wie Schichtzugehörigkeit, Familienstand, Mündigkeit und Motiv aufzuschlüsseln. Aus ihren Untersuchungen geht hervor, dass bei 44 der 46 Betroffenen eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt worden war und dass alle Betroffenen schon länger hospitalisiert gewesen waren. Bei vielen dieser «chronischen» Patientinnen und Patienten, so Meier weiter, waren es Erregungszustände, die zu anstaltsbetrieblichen Schwierigkeiten geführt und deshalb aus ärztlicher Sicht eine Leukotomie angezeigt hätten. Vielfach war also nicht eine Verminderung von Leid das Motiv für den Eingriff, sondern die Befreiung des Umfelds von den untragbaren Zuständen und Verhaltensmustern, die angeblich von der erkrankten Person ausgingen. Es gab aber auch Fälle, bei denen – zumindest vordergründig – eine Leukotomie im Zeichen der Linderung grossen psychischen Leidens stand. Pflugfelder schilderte dem Sanitätsdepartement 1969 den Fall einer Patientin, die «durch katatone Phasen oft stark gequält war». Zur Befreiung dieser Schübe leitete Pflugfelder den psychochirurgischen Eingriff ein.²⁵³ Wie sehr die Leukotomie letztlich aber Ausdruck einer medizinischen Ratlosigkeit war, verdeutlicht das Ergebnis nach der Operation – trotz des Eingriffs litt die Patientin wiederholt an «schizoiden» Schüben und «stuporösen» Phasen (vollständiger Aktivitätsverlust bei wachem Bewusstsein). Nur durch die Behandlung mit Neuroleptika seien die Zustände einigermassen erträglich und ein Einsatz in der Arbeitstherapie möglich gewesen. Ein Jahr nach dem Eingriff beging die Patientin nach einer Flucht aus der Klinik Suizid.²⁵⁴ Die Linderung war

²⁵² StAZH 99.232: «Leukotomien», Schreiben Fred Singeisen an Manfred Bleuler, 24.10.1947, zit. nach MEIER (2005), S. 240.

²⁵³ StAGR V 13 e 8: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, betr. aussergewöhnlicher Todesfall, Chur, 24.7.1969, S. 1–2.

²⁵⁴ Ebd.

für die Patientin offenbar weniger real als für den behandelnden Arzt.

Ein weiteres, jedoch schweizweites Charakteristikum der Leukotomie ist das ungleichmässige Geschlechterverhältnis bei der Durchführung der Behandlung. In Graubünden wurde das Verfahren bei weit mehr Frauen als Männern angewendet (Verhältnis 3:2).²⁵⁵ Dieses ungleiche Verhältnis lässt sich nicht auf heterogene Geschlechterverteilungen in den Kliniken zurückführen, denn zwischen 1945 und 1965 lebten in beiden Kliniken zusammengenommen durchschnittlich 49 Prozent Frauen. Da Leukotomien am häufigsten bei Schizophrenien zur Anwendung kamen, merkte Meier berechtigterweise an, dass ein hoher Frauenanteil bei Eintritten, bei denen eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert wurde, einen höheren Frauenanteil bei den Behandlungen relativieren würde. Anhand der Statistik der Eintrittsdiagnosen lässt sich jedoch kein systematischer Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen. Während das Waldhaus über die Jahre 1945 bis 1965 etwas mehr Frauen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis aufnahm, waren es in Bevinin durchschnittlich etwas mehr Männer.

Eine ärztliche Domäne abseits der Pflegepraxis? Die Leukotomie aus Sicht der Pflege

Das Psychiatriepflegepersonal hatte bei Leukotomien meist nur eine Begleitfunktion inne, vereinzelt war es während und nach dem Eingriff in den somatischen Spitäler zugegen. Medizinische Kenntnisse über den eigentlichen Eingriff waren nur oberflächlich vorhanden, obwohl die Leukotomie im Lehrmittel *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* des Berner Psychiaters Walter Morgenthaler dargestellt wurde. Auch das Lernpflegepersonal in den Bündner Kliniken arbeitete mit dem Lehrbuch von Morgenthaler. Zudem bestätigte Pirovino, dass die Leukotomie in der Ausbildung behandelt wurde.²⁵⁶ Man wusste also zumindest, dass mittels eines Skalpells durch kleine Löcher auf beiden Seiten des Schädels Nervenbahnen im Gehirn durchtrennt wurden. Pirovino beispielsweise beschrieb den Eingriff als eine Unterbrechung der «Antriebsstellen» im Gehirn.²⁵⁷

²⁵⁵ MEIER (2005), S. 249. Siehe auch PRESSMAN (2002), S. 303–304; BRASLOW (1997), S. 152–213.

²⁵⁶ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 23.43–24.08. Die spätere Generation rund um Ursula Huwyler und Antonius Havermans kann sich nur noch an Erzählungen von Vorgängerinnen und Vorgängern erinnern.

²⁵⁷ Ebd., 23.58–24.08.

Dank der täglichen Betreuungsarbeit entwickelte das Pflegepersonal eine erhöhte Sensibilität gegenüber den Wesensveränderungen der Leukotomierten. Es herrschte durchaus eine Vorstellung darüber, bei welchen Krankheitsbildern Ärzte eine Leukotomie als indiziert sahen und weshalb man gewisse Patientinnen und Patienten gerade dieser Behandlung unterzog. Wohl auch deshalb fielen Pirovino Erinnerungen über die Ergebnisse der Leukotomie im Waldhaus sehr differenziert aus: Er erinnerte sich an Patienten, die zuvor «sehr auffällig» oder «bösaig» waren. Seine Schilderung eines spezifischen Fallbeispiels – durch die Leukotomie habe man die Symptome eines zuvor «sehr sexuell erregte[n]» Patienten «abgestellt» – illustrierte sinnbildlich, welche medizinischen Indikationen das Pflegepersonal hinter der ärztlichen Verordnung vermutete.²⁵⁸ In ähnlicher Weise berichtete Monstein von einem Patienten, der nach der Leukotomie aus der Klinik entlassen wurde und danach wie ein «stummer Mensch» in Thusis lebte. Aus seiner Sicht empfahlen die Ärzte den Eingriff, um die Unruhe der «betriebsamen» Kranken zu bekämpfen, nicht aber um zu heilen. Interessant an Monsteins Ausführungen war, wie er die Verhandlungen beschrieb, die dem Entscheid, eine Leukotomie durchzuführen, vorausgingen. In der Regel legte der betreuende Arzt den Angehörigen der psychisch kranken Person oder der Vormundschaftsbehörde die Leukotomie als Möglichkeit zur Beruhigung nahe. Monstein nahm also implizit eine Eingrenzung der betroffenen Personen vor, indem er von einer erhöhten Anwendung des Verfahrens auf für unzurechnungsfähig Erklärte und Entmündigte ausging.²⁵⁹

Vor diesem Hintergrund wird der Versuch des «Abschaltens» selbst-, fremd- oder ordnungsgefährdender Verhaltensweisen und Zustände aus der alltagspraktischen Perspektive entsprechend kritisch beurteilt. Denn «vielmals», so Pirovino, sei der Eingriff «wirkungslos» gewesen.²⁶⁰ Auch Egli nahm die Behandlung als letzte Möglichkeit bei jenen «hoffnungslose[n]» Fällen wahr, die auf andere Behandlungen nicht ansprachen; zugleich

²⁵⁸ Pirovino erinnerte sich an mindestens drei Patienten der «unruhigen Station», die leukotomiert wurden. Bedingt durch die langjährig geschlechtergetrennt geführten Abteilungen konnte er nur über Eingriffe auf der Männerseite berichten. Vgl. ebd., 23.04–23.19.

²⁵⁹ Interview mit Walter Monstein, 1.43.30–1.47.30.

²⁶⁰ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 22.57–23.04.

registrierte auch er häufig keine Erfolge.²⁶¹ Bass betreute einen Patienten, der vor seiner Amtszeit leukotomiert worden war und dessen Symptome trotz des Eingriffs nicht besser geworden waren. Dieser Patient wurde weiterhin dauerhaft isoliert. Da «er alles zerriss, was ihm in die Hände kam», verfügte er in seinem Zimmer nur über eine Matratze. Erst in fortgeschrittenem Alter konnte er sich zunehmend unter anderen Mitpatienten aufhalten oder ins Freie begleitet werden.²⁶² Diese weitgehend kritischen Voten erklären womöglich, wieso die Leukotomien in den chefärztlichen Jahresberichten der beiden Kliniken eher selten Erwähnung fanden. Pirovino, Bass und Monstein fügten hinzu, dass Patientinnen und Patienten durch den Eingriff bestenfalls von der «geschlossenen unruhigen» auf eine «halboffene» Station verlegt oder einer sinnvolleren Beschäftigungstherapie zugeführt werden konnten. Das interviewte Pflegepersonal nahm die Leukotomie als letztes Mittel zur Bekämpfung schwerwiegender Krankheitssymptome wahr, bescheinigte ihr aber keine medizinisch nachweisbare Heilwirkung auf psychische Störungen.

3.3.4 «Alkoholvergällungskuren» mit Apomorphin und Antabus

Ende der 1950er Jahre verzeichneten die psychiatrischen Anstalten Graubündens einen starken Anstieg eintretender Patientinnen und Patienten mit «chronischem Alkoholismus» (vgl. Diagramme 12 und 15). Zur selben Zeit, und vermutlich auch befeuert durch die vermehrten Alkoholismus-Diagnosen, erlebten die sogenannten «Vergällungskuren» einen Aufschwung in der Psychiatrie. Bei den «Vergällungskuren» handelte es sich um medikamentöse Alkoholentzöhnungskuren mit den chemischen Mitteln «Apomorphin», ein starkes Brechmittel, und «Antabus», ein Arzneimittel zur Abstinenzunterstützung. Mit den neuen Medikamenten gegen Alkoholkonsum erlebte die ganze Diskussion um Alkoholismus in der Psychiatrie seit den 1950er Jahren einen erneuten Aufschwung.

Erste Versuchsanordnungen mit Apomorphin, das durch Erhitzen von Morphin mit konzentrierter Salzsäure hergestellt wird, gehen auf den englischen Arzt Francis Hare zurück.²⁶³ Doch erst unter

der Federführung russischer Forscher, die die Erkenntnisse des Physiologen Iwan Petrowitsch Pawlow (1849–1936) zum sogenannten «bedingten Reflex» in ihre Überlegungen integrierten, wurde die Apomorphinbehandlung zu einer eigentlichen «Alkoholvergällungskur» ausgearbeitet. Nach Pawlow resultiert ein bedingter, also erfahrungsbedingter Reflex aus der Assoziation eines neutralen Reizes mit einem angeborenen, unbedingten Reflex. In der klinischen Psychiatriepraxis erkannte man darin die Möglichkeit, die mit Apomorphin medikamentös provozierte Ekel- und Brechreaktion (angeborener, unbedingter Reflex) langanhaltend mit dem Alkoholkonsum (neutraler Reiz) zu koppeln (bedingter Reflex).²⁶⁴ Die Folge war eine ausgeprägte Gleichschaltung von Alkoholgenuss mit Übelkeit und Brechreiz. Durch diese rigorose Behandlungsmethode verspürten die Betroffenen oft schon nach vier bis fünf Tagen beim Anblick oder beim Riechen alkoholischer Getränke einen Brechreiz. Damit war ihnen der Alkoholgenuss vergällt worden.

Die Geburtsstunde des Medikaments Antabus fällt auf das Jahr 1937. Der amerikanische Arzt E. E. Williams stellte bei Fabrikarbeitern, die bei der Gummiherstellung (Vulkanisierung von Kautschuk) dem Wirkstoff Disulfiram ausgesetzt waren, körperliche Alkoholunverträglichkeiten fest. Dieser Reaktionsverlauf zeigte nach Williams großes Potential für einen therapeutischen Einsatz.²⁶⁵ Seine Erkenntnisse nahmen die dänischen Ärzte und Pharmaforscher Erik Jacobsen und Jens Hald auf und wiesen im Laufe der 1940er Jahre mittels klinischer (Selbst-) Versuche nach, dass der Wirkstoff bei gleichzeitigem Alkoholkonsum schwere vegetative Beschwerden auslöste.²⁶⁶ Durch den dänischen Arzt Oluf Martensen-Larsen wurde das vielversprechende Potential des Wirkstoffs im Zuge klinischer Studien optimiert und als Alkoholentzugsmittel popularisiert.²⁶⁷ Auf diese Weise kam das Medikament auch in die Schweiz, wo es 1949 als Arzneimittel zugelassen wurde. Die Patentierung folgte 1952 unter dem dänischen Namen Antabus, der mit dem englischen Ausdruck «Antabuse» der erwünschten Wirkung des Medikaments explizit Rechnung trug – die Hinderung am Alkoholmissbrauch.²⁶⁸ Da Antabus ein alkoholabbauendes Enzym hemmt und damit eine künst-

²⁶⁴ MÜLLER (1973), S. 22; GRUHLE et al. (1960), S. 314.

²⁶⁵ WILLIAMS (1937), S. 1472–1473.

²⁶⁶ HALD / JACOBSEN (1948), S. 1001–1004.

²⁶⁷ MARTENSEN-LARSEN (1948), S. 1004.

²⁶⁸ PAL et al. (2015), S. 41–43.

²⁶¹ Alfred Egli, in: GRAF (1986), S. 17.

²⁶² Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 5.12.2018.

²⁶³ Vgl. HARE (1912).

liche Alkoholintoleranz bewirkt, löst es bei Alkoholkonsum Unverträglichkeitsreaktionen (Kopfrötung, Atembeschwerden, Übelkeit) aus, die bei grossem Verbrauch sogar tödliche Konsequenzen nach sich ziehen können.²⁶⁹ Bei sogenannten Antabus-Probetrunken lösten Psychiater diesen Mechanismus bewusst zur Abschreckung aus. Dabei erfolgte jeweils zuerst eine mehrwöchige körperliche Entgiftungskur, bis der Körper keine Entzugserscheinungen mehr aufwies. Danach begann das ärztliche Personal mit der Verabreichung von Antabustabletten. Nach einigen Kurtagen gab die ärztliche Aufsicht dem Betroffenen sein präferiertes alkoholisches Getränk ab, um die Unverträglichkeiten auszulösen und ihm etwaige Folgen eines erneuten Alkoholkonsums vor Augen zu führen. Anschliessend stellte man die betroffene Person auf Antabustabletten ein («Antabusschutz») und entliess sie im Regelfall aus der Klinik.²⁷⁰

Apomorphin bei starkem Alkoholmissbrauch, Antabus zur Resozialisierung: Bündner Verordnungslogiken

Die Bündner Kliniken begannen bereits 1949, während einer Phase vermehrter Aufnahmen von vorwiegend männlichen Alkoholsüchtigen, mit der Applikation der beiden «Vergällungskuren».²⁷¹ Die Direktoren Singeisen (Waldhaus) und Pfister (Beverin) führten die Tatsache, dass mehr Alkoholiker aufgenommen wurden, nicht auf eine allgemeine gesellschaftliche Zunahme der Alkoholsucht, sondern auf die «Sogkraft» der neuen Entwöhnungskuren zurück. Denn abgesehen von einzelnen behördlichen Einweisungen, so die Direktoren, habe sich ein grosser Teil der eintretenden Alkoholkranken freiwillig für die «Entziehungskuren» hospitalisieren lassen.²⁷² Dafür spricht auch, dass der Alkoholkonsum vor dem Zweiten Weltkrieg statistisch höher war als nach 1945.²⁷³ Seit der Aufnahme dieser Therapien wiesen die Chefärzte

²⁶⁹ MÜLLER (1973), S. 22.

²⁷⁰ Alfred Egli, in: GRAF (1986), S. 18–19. Siehe dazu auch Pflugfelders Ausführungen über 300 Antabuskuren, die sie im Waldhaus zwischen 1952 und 1957 durchgeführt hatten, PFLUGFELDER (1958a), S. 11–24.

²⁷¹ Jahresbericht Waldhaus 1949; Jahresbericht Realta 1949.

²⁷² Vgl. beispielhaft Jahresbericht Realta/Beverin 1952, S. 62; Jahresberichte Waldhaus 1949, S. 27, 1950, S. 30.

²⁷³ Schätzungen des Verbrauchs von alkoholischen Getränken 1880–1884 und 1893–1984 (Mittel mehrerer Jahre) und Gesamtausgaben 1933–1980, in: Historische Statistik der Schweiz, <https://hss.ch/de/2012/t/9a>, Zugriff: 26.06.2020.

wiederholt darauf hin, dass die Alkoholkuren ein strenges Begleitprogramm verlangten. Sie betrachteten Apomorphin und Antabus nur als «sehr gutes Hilfsmittel» in der Behandlung der Alkoholsucht und bezeichneten fürsorgerische Betreuung und begleitende (gruppen-)psychotherapeutische Massnahmen als grundlegende Voraussetzungen für einen Kurerfolg.²⁷⁴ Aus diesen ärztlichen Darstellungen sind frühe systemische Ansätze der Alkoholkur herauszulesen, die bei der Alkoholsucht diverse, auch soziale Faktoren als ursächlich betrachteten.²⁷⁵

Es zeichnete sich früh eine Trennung der Anwendungsbereiche der beiden Medikamente Apomorphin und Antabus ab. «Vergällungskuren» mit Apomorphin dienten ausschliesslich der internen «Entziehungskur» bei chronisch Alkoholsüchtigen und hatten eine nur kurzzeitige Hochphase. Bereits in den frühen 1950er Jahren zeigte man sich kritisch gegenüber der rabiaten Konditionierungsmethode und entfernte sie daraufhin in beiden Kliniken aus dem Behandlungsangebot.²⁷⁶ Ersetzt wurde das Apomorphin durch eine Intensivierung der Antabuskuren, deren Abläufe im Laufe der folgenden Jahrzehnte einen Wandel durchliefen. Obwohl das ärztliche Personal in den 1950er Jahren nach wie vor die Antabuskuren mittels «Trinkversuchen» klinisch einleitete, begann es, das Hauptgewicht stärker auf die intensive fürsorgerische Nachbehandlung und ambulante Weiterbetreuung für mindestens zwei Jahre zu legen. Das ärztliche Personal verfolgte damit einen neuen Ansatz, bei dem die Tabletten weniger für abschreckende Entwöhnungskuren, sondern mehr als «Schützlinge» im Resozialisierungsprozess eingesetzt wurden.²⁷⁷ Mit dieser Umorientierung ging der gleichzeitige Aufbau eines ambulanten Angebots einher. Die

²⁷⁴ Jahresbericht Realta 1949, S. 27 (Zitat). Für das Waldhaus siehe etwa Jahresbericht Waldhaus 1949, S. 27.

²⁷⁵ Siehe dazu speziell PFLUGFELDER (1958a), S. 11.

²⁷⁶ Für das Waldhaus siehe ebd., S. 16, für die Klinik Beverin siehe die Untersuchung über die Entlassung der Ober- und Vizeschwester von 1953. In der Vernehmung merkte eine Pflegeschwester an, dass Pfister «sehr wenige Apomorphinspritzen verordnet» habe, da er sie für einen «Sadismus» hielt und «unter keinen Umständen unterstützen» wollte, vgl. StAGR V 13 f 8: Bericht über die Ergänzungsuntersuchung i. S. Anstalt Beverin, 1953, S. 9. Die Studie über Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie konnte zudem aufzeigen, dass Apomorphin im Burghölzli auch explizit als Disziplinierungsmittel Anwendung fand. Vgl. MEIER et al. (2002), S. 118.

²⁷⁷ Vgl. beispielhaft Jahresberichte Waldhaus 1951, S. 48, 1953, S. 57, 1954, S. 49, 1957, S. 58, Zitat aus Jahresbericht Waldhaus 1959, S. 56.

ambulante Beratung und Behandlung der ehemaligen Alkoholiker galt zum einen als eine zentrale, wenn auch intensive und finanziell lange kaum dotierte und unklar reglementierte Arbeit.²⁷⁸ Zum anderen verlangte sie eine hohe Verbindlichkeit seitens der Entlassenen sowohl bei der Einnahme der Tabletten, die bestenfalls unter Aufsicht einer Vertrauensperson erfolgte, als auch bezüglich der totalen Abstinenz.

Pflugfelder hob wiederholt die Notwendigkeit eines sicheren sozialen Rahmens hervor. Denn nur damit sei eine «Heilung» von der Alkoholsucht möglich:

«Ich möchte auch betonen, dass nicht etwa die Antabustabletten die Alkoholsucht heilen, sondern die Antabustabletten eine Voraussetzung dafür schaffen, dass der Schützling abstinent lebt und dass während dieser langen Zeit eine Persönlichkeitswandlung und ein Umerziehungsprozess stattfinden kann.»²⁷⁹

Pflugfelder verstand die Alkoholsucht dezidiert als soziales Problem, hinter dem sich eine ernsthafte psychopathische Störung verbarg. Er war davon überzeugt, dass Alkoholsucht keineswegs nur ein medizinisches, sondern auch ein sittliches, soziales und politisches Problem darstelle. Deshalb sah er einen systemischen Umgang mit der Alkoholproblematik angezeigt. Diverse Faktoren konnten nach Pflugfelder eine Alkoholabhängigkeit bewirken und stünden gemäss seinen Darstellungen meist mit einer pathologischen Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen im Zusammenhang. Konsultiert man vor diesem Hintergrund nochmals die Diagnosetabelle der Klinik Waldhaus (vgl. Diagramm 12), scheint sich ab Mitte der 1950er Jahre Havermans These der Doppeldiagnose zu bestätigen: Formen konstitutioneller Störungen – hauptsächlich Psychopathien – wurden mit der Diagnose «Alkoholismus» verbunden.

«Eine bewusst süchtige Einstellung auf den Rausch, also auf die eigentliche pharmakolo-

gische Wirkung des Alkohols, ist eher selten; es sind ausgesprochen psychopathische Persönlichkeiten, die das Rauscherlebnis als solches, und das Vergessen im Rausch bewusst suchen.»²⁸⁰

Es ist interessant, wie Pflugfelders Verständnis des Alkoholismus die Diagnostik bei Eintritten beeinflusst hat. In Beverin ist eine ähnliche Bewegung nicht erkennbar (vgl. Diagramm 15). Pflugfelders Verständnis der Alkoholsucht führte darüber hinaus zu einer verstärkt eugenischen Deutung sozialer Verhaltensweisen. Denn die Diagnose der «Psychopathie» wurde Mitte des 20. Jahrhunderts noch stark erbbiologisch begründet. Die Verknüpfung der Alkoholsucht mit psychopathischen Zügen hatte somit entscheidenden Einfluss auf die eugenisch grundierte Pathologisierung sozialer Milieus (vgl. Kapitel 5.1.5 und 5.2.2).

Als exklusive Unterstützungsmassnahme richtete Direktor Pflugfelder sogenannte ambulante «Antabussprechstunden» ein; Pflugfelder war ein vehementer Abstinentzbefürworter, der den chronischen Alkoholismus als eine heimtückische, «weit verbreitete Volkskrankheit» betrachtete.²⁸¹ Seine Sprechstunden fanden jeweils samstags im Waldhaus statt und boten ihm die Möglichkeit, zusätzlich psychotherapeutisch zu wirken. Dafür liess er die Entlassenen in regelmässigen Abständen durch die regionalen Suchtberater nach Chur bringen, denn:

«Wir begrüssen es, wenn Alkoholkranke selber die Heilstätte aufsuchen; wir wissen aber, dass es bei der Nachbehandlung nicht immer ohne Mahnen und Kontrollieren geht. Ein heilsamer Druck und eine konsequente Kontrolle sind immer besser als die Gebundenheit an die Trunksucht!»²⁸²

Von den Suchtberatern wurden diese Sprechstunden als «Gruppenarbeit auf Rädern» bezeichnet, weil jeweils mehrere Personen zusammen in Autos in die Klinik Waldhaus gefahren wurden, und sich

²⁷⁸ Dass sich die ambulante Betreuung lange in einem Graubereich bewegte und nur teilweise vergütet wurde, zeigt ein Schreiben von Pflugfelder an die Regierung bezüglich einer ambulanten Betreuung, die er «ohne jedes Entgelt auf freiwilliger Basis durchgeführt» habe, vgl StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Departement des Innern des Kantons Graubünden, betr. Brief eines Patienten von 1953, Chur, 2. Juni 1955, S. 2.

²⁷⁹ PFLUGFELDER (1958a), S. 18.

²⁸⁰ Im Umkehrschluss sah er im chronischen Alkoholismus zudem die Gefahrenquelle eines schweren Persönlichkeitsabbaus, aus dem mitunter Straftaten, etwa Sexualdelikte, resultieren könnten. Vgl. ebd., S. 11–12.

²⁸¹ Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1955, S. 55, 1956, S. 57. Alle vier bis sechs Wochen hatten die «Schützlinge» in Pflugfelders Sprechstunde zu erscheinen, vgl. PFLUGFELDER (1958a), S. 12.

²⁸² PFLUGFELDER (1958a), S. 22–23.

bei diesen Fahrten auch «Diskussionen mit und unter der Klientengruppe» ergaben. «Pflugfelder vermittelte ihnen dabei innerhalb weniger Minuten das Gefühl, sofort zu wissen, ob jemand getrunken hatte oder nicht», so Hans Joss. Für ihn trug dieses Vorgehen etwas «Komisches» aber auch etwas «Magisches» in sich.²⁸³ Vor den Kontrollen mussten die «Schützlinge» eine Antabustablette einnehmen, damit man bei der medizinischen Untersuchung besser nachweisen konnte, ob sie einen Rückfall hatten. Pflugfelder räumte dieser ambulanten Betreuungsarbeit hohe Priorität ein. Bereits in den frühen 1960er Jahren verzeichnete das Waldhaus rund 200 ambulant betreute ehemalige Alkoholiker unter «Antabusschutz». Die Ergebnisse der Resozialisierung erfüllten jedoch Pflugfelders Erwartungen nicht. In seinem 1958 publizierten Aufsatz zu «Alkohol und Süchtigkeit» stellte er kritisch fest, dass die Rückfallquote nach den zwei Kontrolljahren nach wie vor bei etwa 50 Prozent liege. Das ist möglicherweise eine plausible, alternative Erklärung für die starke Zunahme eintretender Patientinnen und Patienten mit «chronischem Alkoholismus», die ab Mitte der 1950er Jahre einsetzte (vgl. Diagramm 12).²⁸⁴

Die Umsetzung des Resozialisierungsanliegens war kein einfaches Unterfangen. Es verlangte die Mitarbeit verschiedener Akteure, die aus dem Umfeld des Betroffenen stammten. Pflugfelder appellierte an die Angehörigen, im Umgang mit den Betroffenen Verständnis zu zeigen und eine der Abstinenz Rechnung tragende Umgebung bereitzustellen. Nur dann würden die Antabuskuren Erfolge zeigen. Zudem war die Psychiatrie auf eine intensive Zusammenarbeit mit Fürsorgestellen, Behörden, Hausärzten und kantonalen Trinkerfürsorgern angewiesen.²⁸⁵ Pflugfelder zählte zu diesen unterstützenden Stellen auch Pfarrer und das Blaue Kreuz, die er als wichtige Vertrauenspersonen und «Beschützer» betrachtete. Aber auch das Pflegepersonal wurde in die Pflicht genommen. Pirovino vom Waldhaus nahm die Direktoren Pflugfelder und Fontana nicht nur als vehementen Vorkämpfer der Abstinenz wahr, sondern registrierte auch eine Anti-Alkohol-Politik, die das Personal miteinschloss. Pflugfelder habe einmal im Anschluss an ein Bewerbungsgespräch mit einem

potentiellen neuen Pfleger, der kurz zuvor noch in Chur ein kleines alkoholisches Getränk zu sich genommen habe, Pirovino gebeten, diesen wegen seines Trinkverhaltens «im Auge zu behalten».²⁸⁶ Pflugfelder schien grossen Wert darauf gelegt zu haben, dass das Pflegepersonal den Patientinnen und Patienten einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol vorlebte. Monstein von der Klinik Beverin wiederum musste immer wieder Patientinnen und Patienten nach Alkoholexzessen aus dem Ausgang «zusammensammeln», was auf die von Pflugfelder beklagte hohe Rückfallquote hinweist.

Zwischen Aufsicht und Teilnahme: die Rolle des Pflegepersonals bei stationären Apomorphinkuren

Gemäss Alfred Egli wurden für eine Apomorphinkur mehrere Patienten, vereinzelt auch Patientinnen, während acht bis zehn Tagen gemeinsam mit einem spezialisierten Pfleger in einem Zimmer der Männerabteilung untergebracht.²⁸⁷ Die Wahl der Männerseite dürfte auf der Tatsache beruhen, dass es sich fast ausschliesslich um männliche Alkoholsüchtige handelte. In besagtem Zimmer erhielten die Patienten alle zwei Stunden ein von ihnen präferiertes alkoholisches Getränk, kombiniert mit einer Injektion Apomorphin. Die gewählten Räumlichkeiten sollten eine Gastwirtschaft suggerieren und damit bewusst positive Assoziationen hervorrufen – jeder erhielt sein individuelles Getränk in Gesellschaft und in vertrauter Umgebung. Damit ging die Versuchsanordnung über das eigentliche «Vergällen» der Alkoholsucht hinaus. Denn als es wenige Minuten später den Betroffenen übel wurde und sie sich übergeben, zuweilen auch urinieren oder stuhlen mussten, liess man die Kessel mit dem Erbrochenen im Raum stehen. Der sich verbreitende Geruch beschleunigte nicht nur die Aversion gegen Alkohol, sondern sollte dafür sorgen, dass die Wahrnehmung des Wirtshauses, begripen als Quelle der Alkoholkrankheit, in Zukunft ebenfalls negativ konnotiert wurde. Erfolgreich abgeschlossen war die Pawlow'sche Konditionierung dann, wenn bereits der Geruch oder der Anblick von Alkohol bei den Betroffenen Brechreize aus-

²⁸³ Interview mit Hans Joss, 12.10–13.34 und ders. Nachtrag zur Autorisierung vom 25. April 2020.

²⁸⁴ PFLUGFELDER (1958a), S. 18.

²⁸⁵ Vgl. dazu die Jahresberichte Waldhaus 1954, S. 49, 1955, S. 55, 1956, S. 57, 1957, S. 58, 1961, S. 63, 1964, S. 64, 1965, S. 72.

²⁸⁶ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 1.12.30–1.13.30.

²⁸⁷ Alfred Egli, in: GRAF (1986), S. 18. Pirovino behauptete, dass die Kur in der Endphase anfangs 1950er Jahre nur noch an drei bis vier Alkoholikern während vier bis fünf Tagen angewandt wurde. Vgl. Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 32.47–33.50.

löste. Das zur Aufsicht beauftragte Pflegepersonal war «diesem Elend», wie es Pirovino bezeichnete, dauernd mitausgesetzt.²⁸⁸ Schaub ergänzte aus eigener Erfahrung in Beverin, dass sich die zwei zuständigen Aufsichtspfleger zwar von Zeit zu Zeit abwechseln konnten. Die Situation sei für ihn aber derart unerträglich gewesen, dass er während seiner Schicht zeitweise das Fenster leicht geöffnet habe. Denn «ganz verderben lasse» er sich «[s] eine Gesundheit nicht». Bei der Ablösung wurde er gelegentlich für diese Handlung getadelt, da sie aus psychiatrischer Sicht den Kurerfolg gefährdet habe. Schaub ignorierte diese Zurechtweisungen aber. Ohnehin zeigte er eine grosse Abneigung gegenüber dieser «Kotz-Kur».²⁸⁹ Bis auf die Tatsache, dass sie als Pfleger die eigentliche Apomorphinkur nicht miterleben mussten, waren sie demselben räumlichen Behandlungssetting ausgesetzt wie die Patienten.

Pirovino leitete selbst nie eine Apomorphinkur, konnte aber einmal ein dafür vorgesehenes Zimmer besichtigen. Einerseits war er konsterniert über die Umstände, denen die betroffenen Patienten ausgesetzt wurden. Andererseits bescheinigte er der Methode, im Gegensatz zu anderen Verfahren wie der Leukotomie, die sich stärker in einem Graubereich abspielte, ein klares Behandlungsziel ohne Experimentalcharakter – Pirovino sprach vom «Abschrecken» und «Verleiden» der Trunksucht. Obwohl er die als «grauenvoll» chiffrierte Behandlungsmethode klar ablehnte, schien er sich der Tatsache bewusst, dass die Methode den zeitgenössischen Wissenszenit abbildete; für eine kurze Zeit wurde sie von der Psychiatrie für effizient im Umgang mit chronischem Alkoholismus gehalten.²⁹⁰ Nach wenigen Jahren wurde die ethisch fragwürdige Methode aber aufgegeben.

Ein Druckmittel? Antabus und die Mechanismen des Zuredens

Als Stationsleiter war Pirovino oft bei Antabuskuren zugegen, da zwingend ein diplomierte Pfleger anwesend sein musste. Im Anschluss an die Abgabe von Antabustabletten und alkoholischem Getränk stieg der Blutdruck der Patientinnen und Patienten zuerst stark an. In dieser Phase begann der Arzt auf sie einzureden. Kurze Zeit später kam es zu einem starken Blutdruckabfall. Viele Patientinnen und Patienten hatten in dieser Phase Hitze-

wallungen, Rötungen, starkes Schwitzen, Herzprobleme und Angstzustände; ein Zeitpunkt, den das ärztliche Personal dazu nutzte, den Betroffenen den Spiegel vorzuhalten, um ihnen zu zeigen, was für Konsequenzen ein erneuter Alkoholkonsum unter «Antabusschutz» für sie hat. Daraufhin versprachen die meisten Patienten, fortan nicht mehr zu trinken. Kurze Zeit später wurden sie mit Tabletten zur psychischen Entwöhnung der Alkoholsucht entlassen.²⁹¹

Speziell während des ärztlichen Zuredens beim «Trinkversuch» zeigten viele Patienten Widerwillen. Für die Durchführung mussten die Patienten oder deren gesetzliche Vertreter zwingend vorgängig in die Kur einwilligen. Wie auch bei der Apomorphinkur stellte sich hier aber die Frage, ob die Patienten während der Behandlung noch die Möglichkeit hatten, einen Kurabbruch zu verlangen. Bei der Apomorphinkur musste Schaub zuweilen Patienten behandeln, die nach ein paar Tagen nicht mehr «mitmachen» wollten. Diesen Patienten wurde eingeredet, dass sie im Behandlungssetting verweilen mussten, da ansonsten kein Kurerfolg erzielt werde.²⁹² Bei den Antabuskuren hingegen erinnerten sich die interviewten Pfleger an keine analogen Fälle. In einem Nebensatz erwähnte Bass jedoch, dass die Kur manchmal mit einem «Handel und Druck» verbunden gewesen ist.²⁹³ Das betraf insbesondere Alkoholkranken, die bei ihren Eintritten in die Klinik wiederholt versprachen, auf den Alkoholkonsum zu verzichten, ihr Versprechen aber nicht einhielten. Das Zusammenleben und -arbeiten mit Alkoholkranken war für das ganze Umfeld belastend, so Bass. Oft sei der Alkoholrausch in Verzweiflung, Aggressionen und Gewalt umgeschlagen. In einigen Fällen übten deshalb Angehörige, Vormünder oder Arbeitgeber Druck aus. Sie drängten den alkoholkranken Patienten, in die Antabuskur einzwilligen, um einer möglichen Scheidung oder der Kündigung des Arbeitsplatzes vorzubeugen. Diese Ausgangslage, so Bass, war für alle Beteiligte sehr unangenehm.²⁹⁴ Seitens der Klinik wiederum konnte der Patient, falls dieser die Antabuskur weiterführte, mit einer frühzeitigen Entlassung, freiem Ausgang oder neuen Anschlussmöglichkeiten ausserhalb der Klinik rechnen. Formal erfolgte die Einwilligung zur Kur auf freiwilliger Basis. Die

²⁸⁸ Ebd., Aufnahme 1, 34.25–36.30.

²⁸⁹ Interview mit Christian Schaub, 1.11.15–1.16.00.

²⁹⁰ Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 05.12.2018.

²⁹¹ Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020 und 12.7.2020.

Rahmenbedingungen, über die das soziale Umfeld und das ärztliche Personal auf die Entscheidung einwirken konnte, sind jedoch geprägt von informellen Zwangsmomenten.

Noch heute werde, so Havermans, in der Klinik Beverin auf freiwilliger Basis Antabus verordnet. «Trinkversuche» hingegen würden seit etwa 2010 keine mehr durchgeführt. In heutigen Fachkreisen gilt das traditionelle «Vergällungsmedikament» Antabus nur noch als Mittel zweiter Wahl. Stattdessen werden die modernen, verträglicheren «Anticraving-Substanzen» Naltrexon, Nalmefen und Acamprosat als medikamentöse Rückfallprophylaxe vorgezogen.²⁹⁵

3.3.5 Die psychopharmakologische Wende der 1950er Jahre

Die Psychiatrie der Nachkriegszeit war stark vom Aufschwung moderner Psychopharmaka geprägt. Solche Medikamente hatten vor diesem Durchbruch bereits eine längere Geschichte. Die Geschichte der Medikamentenverabreichung zur Sedierung psychisch kranker Menschen reicht bis in die Anfänge der modernen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts zurück. Wie somatische Ärzte bei Operationen nutzten auch Psychiater zur Beruhigung ihrer «erregten» und «tobenden» Patientinnen und Patienten Narkotika und Schlafmittel. Da die Betroffenen unter stark variierenden Krankheitsformen litten, reagierten sie oft sehr unterschiedlich auf die Medikamente und zeigten teils gravierende Nebenwirkungen. Medikamente wie Morphin wiesen zudem ein hohes Suchtpotential auf, andere wie Chloralhydrat und die Barbiturate Veronal und Luminal wirkten bei stark «Erregten» zu wenig rasch und nur kurzfristig. Wieder andere wie Sulfonal hatten starke Nebenwirkungen.

Die pharmazeutische Industrie widmete sich in den 1930er Jahren intensiv der Entwicklung neuer Psychopharmaka. Die pharmazeutischen Unternehmen waren dabei auf eine enge Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken, vorwiegend forschungsnahen Universitätskliniken, angewiesen. Die jüngste Aufarbeitung der Medikamentenversuche, die in der Klinik Münsterlingen unter der Federführung von Roland Kuhn (1912–2005) durchgeführt wurden, zeigt aber, dass auch nichtuniversitäre Einrichtungen mit Pharmafirmen kooperier-

ten.²⁹⁶ In den psychiatrischen Kliniken konnten neue Präparate an Patientinnen und Patienten getestet und an bestehenden Medikamenten weitergeforscht werden. Therapie und Forschung gingen dabei oft Hand in Hand. Vorläufiger Höhepunkt der psychopharmakologischen Forschungsindustrie war die Entdeckung und Einführung der ersten Neuroleptika in den frühen 1950er Jahren. Mit ihnen setzte die pharmakologische Wende in der Psychiatrie ein.²⁹⁷ Die neuen Medikamente stärkten die Position der Psychiatrie als Zweig der Allgemeinmedizin, entfachten neue Hoffnungen in der Behandlung psychischer Krankheiten und halfen vielen überfüllten Kliniken dabei, sich zunehmend zu verkleinern. Die zwei Neuroleptika Largactil und Serpasil standen am Anfang dieser Revolution der Psychiatrie, die der Psychiatriehistoriker Shorter von ihrer Bedeutung her auf eine Ebene mit der Einführung des Penicillins in der Allgemeinen Medizin gesetzt hat.²⁹⁸

Die «psychopharmakologische Wende» in den Bündner Kliniken

1950 entdeckte eine Forschungsgruppe des französischen Pharma- und Chemieunternehmens Rhône-Poulenc, heute Teil von Sanofi, das chemisch synthetisierte Molekül Chlorpromazin. Dieses sogenannte Phenothiazin-Derivat, das ursprünglich für anästhetische Zwecke gedacht war, zeigte bei Versuchen mit Ratten eine deutlich sedierende Wirkung. Die französischen Psychiater Jean Delay und Pierre Deniker nahmen diese Erkenntnisse auf und testeten das Arzneimittel zwei Jahre später erstmals an Patientinnen und Patienten des Sainte-Anne Hospital Center, bei denen eine manische oder schizophrene Grundkrankung diagnostiziert worden war. Nach beachtlichen klinischen Erfolgen, insbesondere bei der Unterdrückung von Halluzinationen und Wahnvorstellungen bei Personen mit paranoiden Schizophrenien, kommerzialisierte das Rhône-Poulenc 1952 das Chlorpromazin unter dem Handelsnamen Largactil.²⁹⁹ Dem Medikament wurde im engeren Sinne keine heilende Wirkung psychischer Krankheiten zugesprochen, sondern eine Unterdrückung der Hauptsymptome. Speziell chronisch

²⁹⁶ Zu den intensiven Partnerschaften zwischen den Basler Pharmafirmen und Roland Kuhn, Direktor der Klinik Münsterlingen, siehe MEIER / KÖNIG / TORNAY (2019), S. 276–279.

²⁹⁷ BRANDENBERGER (2012), S. 26–27, 95.

²⁹⁸ SHORTER (2003), S. 383.

²⁹⁹ LOPEZ-MUNOZ (2005), S. 118.

²⁹⁵ MÜLLER / WIESBECK (2014), S. 25–26.

schizophren erkrankte Personen sollten unter der Einnahme von Largactil ein verhältnismässig normales Leben führen können.³⁰⁰ Diese Hoffnung setzte auch Beverin-Direktor Weber in die frühen Neuroleptika. Er distanzierte sich explizit vom biologistischen Glauben der Psychiater früherer Generationen, die in den somatischen Schocktherapien ein Mittel sahen, psychische Krankheiten erfolgreich zu heilen; das erwartete er auch nicht durch die Verabreichung von Medikamenten. Vielmehr war er davon überzeugt, dass betroffene Personen mithilfe der Neuroleptika einer Psychotherapie und einer schrittweisen Resozialisierung zugänglicher gemacht werden könnten.

«Wir erwarten heute nicht mehr, dass eine medikamentöse Beeinflussung von Psychosen eine kausale Behandlung darstelle, wie man das bei der Einführung der Insulinkur gehofft hatte. Es ist von vornherein zu vermuten, dass Kuren mit Serpasil ähnlich wie jene mit allen andern bekannten somatischen unspezifischen Behandlungen in der Psychiatrie kaum direkt heilen, wohl aber beruhigen, sozialisieren und psychischen Einflüssen zugänglich machen können. Bei Psychosen mit spontanen Heilungstendenzen kann eine dauerhafte Besserung oder Heilung durch solche Kuren beschleunigt und vertieft werden.»³⁰¹

Ebenfalls im Jahr 1952 gelang es den Schweizer Ärzten Emil Schlittler, Johannes Müller und Hansjörg Bein, in den Laboratorien der Ciba das sogenannte Alkaloid Reserpin aus der Wurzel des indischen Krauts «Rauwolfia serpentina» zu isolieren. Die neue chemische Verbindung zeigte blutdrucksenkende und sedierende Wirkung. Vorerst kam das neue Arzneimittel, das die Ciba 1953 als Serpasil in den Markt einführte, in der Behandlung von Bluthochdruck zur Anwendung.³⁰² Doch schon ein Jahr später setzte der US-Psychiater Nathan Schellenberg Kline den Arzneistoff zum ersten Mal zur klinischen Behandlung von Psychosen ein.³⁰³ Dieser Verwendungsweise schlossen sich in den Folgejahren auch schweizerische psychiatrische Einrichtungen an.

³⁰⁰ Das Medikament Largactil verhindert mittels Rezeptorblockaden zwischen Nervenzellen im Gehirn die Wirksamkeit der Überträgersubstanz Dopamin. Vgl. SHORTER (2003), S. 383.

³⁰¹ WEBER (1954), S. 969.

³⁰² Siehe auch MEIER / KÖNIG / TORNAY (2019), S. 63.

³⁰³ Vgl. KLINE (1954), S. 107–132.

Im Gegensatz zur vergleichsweise späten Einführung der somatischen Kuren bewegten sich die Bündner Kliniken in Sachen Psychopharmaka am Puls der Zeit. Bereits 1953 erfolgten erste Kuren mit Largactil und nur ein Jahr später systematische Verabreichungen von Serpasil. Die chefärztlichen Haltungen gegenüber den neuen Medikamenten waren äusserst positiv. Durchbrüche waren insbesondere bei chronisch schizophrenen Patientinnen und Patienten zu verzeichnen, die schon langjährig hospitalisiert waren und bei denen andere Kuren versagt hatten.³⁰⁴ Die geschilderten Erfolge seien laut Weber noch verblüffender, führe man sich vor Augen, dass Neuroleptika in den 1950er Jahren, als Graubünden in einer Wirtschaftskrise steckte, noch sehr teuer waren und daher keine «Anwendung in grösserem Ausmass» möglich war.³⁰⁵ Die Verordnungen von Neuroleptika beschränkten sich deshalb auf die chronisch psychisch kranken Personen, während akute Fälle weiterhin mit Insulinkuren und Elektrokrampftherapien behandelt wurden.

Gleichwohl konnten durch die neuen Neuroleptika zuvor stark «erregte» Patientinnen und Patienten zunehmend von den «unruhigen» Abteilungen, Wachsälen oder Isolierzellen auf «ruhige» Stationen verlegt, der Arbeitstherapie zugeführt und bei langfristig erfolgreicher Anwendung schrittweise in ihr familiäres Umfeld oder in eine Familienpflege entlassen werden (vgl. Kapitel 2, Diagramme 9 und 10). Ähnlich wie bei den Behandlungen mit Antabustabletten waren auch bei den Neuroleptika Sozialdienst und ambulante Nachbetreuung von entscheidender Bedeutung.³⁰⁶ Dabei stieg aber auch die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung. Aus ärztlicher Sicht erforderte die medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen ein hohes Mass an Mitarbeit und Kooperation seitens der betroffenen Personen – ein Leitgedanke, der seitdem nichts an Aktualität eingebüßt hat. Die konsequente Einhaltung der Verordnungsvorschriften wird heute unter dem Begriff der «Patientencompliance» gefasst. Der deutliche Anstieg an Aufnahmen in den 1950er Jahren könnte daher auch Ausdruck von vermehrten Rückfällen und damit verbundenen Wiederaufnahmen sein (vgl. Kapitel 2,

³⁰⁴ Vgl. beispielhaft Jahresberichte Realta/Beverin 1953, S. 65–66, 1954, S. 55, 1955, S. 62; Jahresbericht Waldhaus 1956, S. 56.

³⁰⁵ Jahresberichte Realta/Beverin 1953, S. 66, 1955, S. 62.

³⁰⁶ Jahresberichte Waldhaus 1957, S. 58, 1958, S. 58, 1959, S. 55.

Diagramme 6 und 8). Das betraf unter anderem Personen, bei denen schizophrene Schübe aufgrund einer (nicht vorgesehenen) Absetzung der Neuroleptika oder eines individuellen Wirkungsverlusts des verordneten Medikaments wieder auftraten. Dieses Risikos schien sich das ärztliche Personal durchaus bewusst zu sein. Deshalb sah es, wie das folgende Beispiel von 1959 illustriert, gegebenenfalls von Entlassungen ab.

«Wir können uns nicht vorstellen, dass Pat. länger als 2–3 Wochen sich in Familienpflege halten lässt; er würde dann sicherlich die Largactil-T. nicht einnehmen und dann würden die schweren Spannungen und Drohungen gegen die Umgebung sofort wieder auftreten.»³⁰⁷

Die Einführung von Depotneuroleptika um 1970 verbesserte die Reintegrationsmöglichkeiten massgeblich. Erste Depot-Präparate wurden in den frühen 1960er Jahren entwickelt. Gegenüber der oralen Tabletteneinnahme ermöglichten sie eine wesentliche Verbesserung der Langzeitbehandlung bei Schizophrenien, da die intramuskulär injizierte Konzentration unter kontinuierlicher Freisetzung die therapeutische Wirkung im Blut bis zu sechs Wochen aufrechterhalten kann.³⁰⁸ Die 23 Patienten, die in Beverin 1973 erstmals Depotneuroleptika erhielten und entlassen wurden, mussten sich nur noch alle drei Wochen zur Kontrolle in der Klinik oder bei ihrem Hausarzt einfinden. Je nach Befund wurde ihnen eine weitere Injektion für drei Wochen verabreicht.³⁰⁹ Auf diese Weise verlängerten sich die Zeitintervalle zwischen den einzelnen Behandlungen. Die Depotneuroleptika brachten auch andere Vorteile mit sich. Zum einen minimierten sie die Risiken des Medikamentenmissbrauchs. Zum andern wurden die betroffenen Personen durch die Medikamenteneinnahme nicht mehr ständig mit der eigenen Krankheit konfrontiert.

Zu diesem Zeitpunkt konnten die Bündner Psychiater bereits auf eine Vielzahl von Psychopharmaka zurückgreifen. Durch die Einführung der ersten Neuroleptika erlebte die Forschung nach psychoaktiven Wirkstoffen einen starken Aufschwung, der neurobiologischen Konzepten der

Schizophrenie und anderen Psychosen den Weg bereitete.³¹⁰

Das Diagramm 19 zeigt, wie Largactil und Serpasil im Waldhaus sukzessive durch neue Neuroleptika, insbesondere das Medikament Melleril von Sandoz, ersetzt wurden. 1958 erfolgten in den Bündner Kliniken zudem die ersten Kuren mit dem Antidepressivum Tofranil. Roland Kuhn «entdeckte» die Wirkung des zugrundeliegenden Arzneistoffs Imipramin zufällig bei Medikamententests, die er 1957 in der Klinik Münsterlingen durchgeführt hatte. Ein Jahr später brachte der Basler Pharmakonzern Geigy das Medikament unter dem Namen Tofranil in den Handel – die Anwendungen des Antidepressivums in Graubünden erfolgten also erst nach der Markteinführung.³¹¹ Mit den Antidepressiva und Tranquillizern konnten zur Behandlung von Krankheitsdiagnosen wie Depressionen oder neurotischen Angstzuständen, die bis anhin kaum gezielt medikamentös behandelt werden konnten, adäquatere Psychopharmaka eingesetzt werden. Während das Medikamentenangebot in den 1950ern noch klein war, ist ab den 1960ern eine starke Zunahme zu verzeichnen.³¹² Die neuen Medikamente ersetzten aber häufig nicht die vorgängige medikamentöse Therapie. Vielmehr wurden sie zur bereits bestehenden Medikamentierung hinzugefügt. So erhielt ein Patient der Klinik Beverin, bei dem die Diagnose «chronische Schizophrenie» gestellt worden war, 1965 eine «Dauerbehandlung» mit den Psychopharmaka Vesitan, Largactil, Melleril und Taractan. Der Oberarzt stellte daraufhin fest, dass sich die chronisch schizophrene Störung «etwas gebessert» habe, liess den Patienten auf die «ruhige» Abteilung verlegen und in die Arbeitstherapie integrieren.³¹³ Die Medikamentenkombinationen wurden zudem nicht analog zu den diagnostischen Oberkategorien verordnet. Betroffene mit Mischdiagnosen erhielten unter Umständen abends Neuroleptika und tagsüber Tofranil gegen ihre depressiven Schübe.

³¹⁰ LOPEZ-MUNOZ (2005), S. 132.

³¹¹ RIETMANN / GERMANN / CONDRAU (2018), S. 206.

³¹² Die Kategorie «Andere Neuroleptika» in Diagramm 19 umfasst ab 1963 Haldol und Trilafon, ab 1964 Taractan, ab 1965 Vesitan, ab 1973 Leponex und ab 1974 Fluanol retard. Unter die Kategorie Antidepressiva/Thymoleptika fiel bis 1961 nur Tofranil, hinzu kamen ab 1962 Tryptizol und ab 1977 Anafranil und Laroxyl. Tranquillizer wurden in diesen Statistiken nur fragmentarisch erfasst.

³¹³ StAGR V 13 f 10: Schreiben Franz Josts an das Department des Innern des Kantons Graubünden, Cazis, 19.10.1965.

³⁰⁷ StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an den Vormund eines Patienten, Chur, 7.4.1959.

³⁰⁸ RIEDEL (2004), S. 217.

³⁰⁹ Jahresbericht Realta/Beverin 1973, S. 199.

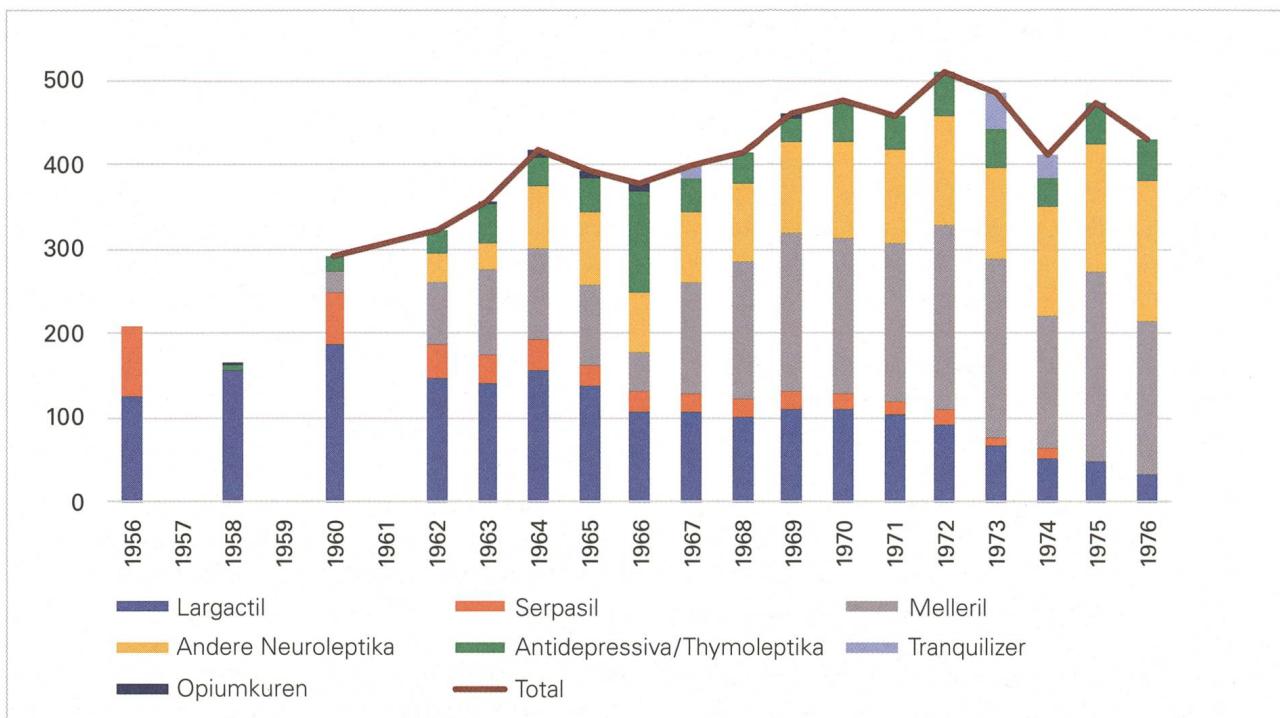


Diagramm 19: Anzahl Psychopharmaka-Kuren an ausgewählten Stichtagen, Klinik Waldhaus 1956–1976

Anmerkung: Die Angaben stammen aus den Jahresberichten. Es ist davon auszugehen, dass Pflugfelder diese Stichproben dokumentierte oder seinem ärztlichen oder pflegerischen Personal zur Erfassung in Auftrag gab.

Für die Jahre 1957, 1959 und 1961 fehlen genauere Angaben. Die hier aufgeführten Medikamente dürfen lediglich die Spitze des Eisbergs darstellen. Nur eine vertiefte Studie der Patientenakten, die im Rahmen dieser Studie nicht möglich war, könnte zu einem differenzierteren Bild führen.

Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1956–1976.

Medikamentenversuche in den Bündner Kliniken

In den letzten Jahren wuchs das Interesse von Medien und Politik an der Frage, unter welchen wissenschaftlichen, rechtlichen und ethischen Bedingungen Patientinnen und Patienten seit dem Zweiten Weltkrieg mit Psychopharmaka behandelt wurden. Insbesondere interessierte, wie weit es zu fragwürdigen Medikamentenversuchen gekommen ist, das heißt, in welchem Ausmass Psychiater zwischen 1950 und 1980 ungeprüfte Präparate ohne Wissen und ohne Einverständnis der Betroffenen zu Forschungszwecken verabreicht hatten.³¹⁴ Mehrere Kantone und psychiatrische Kliniken gaben Forschungsprojekte in Auftrag, die diese Fragen für ihre Einrichtungen untersuchen

sollten. Inzwischen bestätigen Studien zu Basel, Luzern, Zürich, Liestal und Münsterlingen, dass in den entsprechenden psychiatrischen Kliniken Medikamentenversuche an Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden.³¹⁵

Auch an den psychiatrischen Kliniken des Kantons Graubünden fanden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts Medikamententests statt. Die Bündner Psychiatrie spielte für die Erforschung neuer Psychopharmaka jedoch im nationalen Vergleich keine bedeutende Rolle. Weder das Waldhaus noch die Klinik Beverin verfügten über eine Forschungsabteilung. In den untersuchten Quel-

³¹⁴ Am Ursprung der Debatte über Medikamentenversuche in der Schweiz stand der Vorwurf an den Münsterlinger Psychiater Roland Kuhn, dass er mit nicht zugelassenen Präparaten an Heimkindern experimentiert habe. Vgl. RIETMANN / GERMANN / CONDRAU (2018), S. 201.

³¹⁵ Vgl. GERMANN (2017) zur PUK Basel; RICHLI (2018) zur Klinik St. Urban; RIETMANN / GERMANN / CONDRAU (2018) zur PUK Zürich; CONDRAU / LIENHARD (2019) zur Psychiatrie Baselland; MEIER / KÖNIG / TORNAY (2019) zur Klinik Münsterlingen. Ende 2019 beauftragte der Aargauer Regierungsrat zudem das Institut für Medizingeschichte der Universität Bern, allfällige Medikamentenversuche in der Psychiatrischen Klinik Königsfelden aufzuarbeiten. Die Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2020 vorliegen.

lenbeständen waren zudem keinerlei Korrespondenzen mit Pharmakonzernen zu finden, die auf eine besonders enge Partnerschaft mit der Pharmaindustrie hingewiesen hätten. Auch Dokumentationen umfangreicher Medikamentenprüfungen sucht man in den beiden Verwaltungsarchiven vergeblich. Eine Einsichtnahme in die Akten der Basler Pharmakonzerne hätte den Rahmen dieser Studie gesprengt. Ob sich dort Hinweise auf Medikamententests finden lassen, ist zu bezweifeln. Die Forschenden der Studie zu den Medikamententests in Münsterlingen, die Zugang zum Archiv der Novartis hatten, listeten auf, zu welchen weiteren psychiatrischen Kliniken der Schweiz sie Studienmaterialien vorfanden – die beiden Bündner Kliniken finden darin keine Erwähnung.³¹⁶

Die magere Quellenlage sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in den Bündner Kliniken ein Interesse an Medikamentenversuchen bestand. Sowohl unter Pflugfelder als auch unter Weber, deren Amtszeiten in die Zeit der psychopharmakologischen Wende fielen, wurden klinische Studien mit psychoaktiven Stoffen durchgeführt. Im Rahmen unserer Recherchen stiessen wir auf vier Studien, zwei davon wurden im Waldhaus (1955 und 1994), zwei in der Klinik Beverin (1962 und 1973) realisiert.³¹⁷ Den Studien gemeinsam ist, dass sie die Wirkungsmechanismen eines Psychopharmakons ins Zentrum rückten, das zum jeweiligen Untersuchungszeitraum bereits im Handel war. Eine rudimentäre Durchsicht zufällig ausgewählter Patientenakten zwischen 1950 und 1970 hat aber gezeigt, dass auch ungeprüfte Präparate in der Bündner Psychiatrie zur Anwendung kamen. Diese wurden in der Regel mit Industriekürzeln angegeben – die bei uns vorgefundenen lauteten «Präp. Ciba 39209» (Ciba)³¹⁸, «IB 503» (Sandoz)³¹⁹,

³¹⁶ Vgl. MEIER / KÖNIG / TORNAY (2019), S. 273, Fussnote 16.

³¹⁷ Vgl. PFLUGFELDER / HUCHTEMANN (1955); BÜNTER (1994); WEBER / JOST (1962); JOST / ZMORSKI (1973). Es ist gut möglich, dass noch weitere Medikamentenstudien in den Bündner Kliniken durchgeführt wurden. Da die publizierten Studien der Klinikärzte nicht in einer Sammlung vor Ort archiviert oder in den Jahresberichten erwähnt wurden, ist die Suche nach weiteren Studien sehr aufwändig. Dafür müssten die Inhaltsverzeichnisse der einschlägigen Zeitschriften für Psychiatrie auf die Namen bekannter Psychiater in Graubünden durchgesehen werden. Eine Aufgabe, der sich zukünftige Forschungsarbeiten annehmen könnten.

³¹⁸ Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8677 (1966).

³¹⁹ Das Sandoz-Versuchspräparat «IB 503» tauchte am häufigsten in den Krankenakten auf. Vgl. Patientenakte, Männer stationär Beverin 8974 (1965); Patientenakte, Männer stationär Beverin 8976 (1965); Patientenakte,

«Ro 6-2728» (Hoffmann-La Roche)³²⁰, «Ro-4 1575/4» (Hoffmann-La Roche)³²¹ und «Präparat 900» (Sandoz)³²². In den Patientenakten sind sie, wie andere verabreichte Medikamente, in der Regel kommentarlos aufgezeichnet worden. Nur in einer Patientenakte konnte festgestellt werden, dass die Verabreichung des noch nicht zugelassenen Präparates explizit Teil einer «Versuchsserie» war:

*«Versuchsserie mit Präparat Ro 6-2728 (Hoffmann-La Roche), Versuchsdauer: 17.6.66 – 21.7.66 (Total 35 Kurtagen). [...] Appetit, Schlaf, BD [Blutdruck, Anm. d. Verf.] sowie die übrigen Laboruntersuchungen zeigten keine Besonderheiten. Eine Tendenz zur Blutdrucksenkung konnte bei Pat. nicht beobachtet werden. Eine objektive Beurteilung des psychopharmakologischen Effektes ist hier kaum möglich, im Vordergrund steht eine misstrauische Ablehnung des Versuchspräparates; immerhin war während der Versuchsserie der Effekt eher negativ.»*³²³

Die Medikamentenstudien lassen sich mit Blick auf die Komplexität der Geschichte der Medikamentenversuche nicht einfach in solche mit nicht zugelassenen Präparaten und solche mit handelsüblichen Medikamenten unterteilen. Am Beispiel der ersten Medikamentenstudie in der Bündner Psychiatrie, die Serpasil-Studie von Pflugfelder 1955, soll dies nachfolgend illustriert werden. Dafür ist aber zuerst ein Blick zurück auf die ersten Versuche mit dem Neuroleptikum Serpasil zu werfen.

Mit Direktor Ernst Weber verfügte die Klinik Beverin über den ersten Psychiater, der in der Schweiz klinische Erfahrungen mit Serpasil machte.³²⁴ Seine Studie von 1954, die in der *Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift (MeWo)* veröffentlicht wurde, fiel jedoch in seine Assistenzzeit in der Zürcher Klinik Burghölzli. Die daraus ge-

Frauen stationär Beverin 8988 (1965); Patientenakte, Männer stationär Beverin 9008 (1965); Patientenakte, Männer stationär Beverin 9067 (1965). Auch in Münsterlingen und St. Urban wurde die Substanz «IB 503» zu Prüfungszwecken verabreicht, vgl. MEIER / KÖNIG / TORNAY (2019), S. 102–103; RICHLI (2018), S. 25, 31.

³²⁰ Patientenakte, Männer stationär Waldhaus 8718 (1966).

³²¹ Ebd., stationär Beverin 9031 (1961).

³²² Ebd., stationär Waldhaus 12706 (1966).

³²³ Ebd., stationär Waldhaus 8718, Eintrag von Gottlob Pflugfelder im Verlaufsblatt, 28.7.1966.

³²⁴ Vgl. WEBER (1954). Für einen Überblick über die Serpasil-Erforschung siehe SCHROETTER (1956), S. 335.

wonnenen Einsichten dürfte Weber aber für seine chefärztliche Tätigkeit in Beverin übernommen haben. Dass es sich bei seinen Untersuchungen um klinische Versuche handelte, wird erst vor dem Hintergrund der zeitgenössisch kaum regulierten Zulassungsverfahren von Heilmitteln verständlich. Bis das erste eidgenössische Gesetz über Heilmittel und Medizinprodukte im Jahr 2002 in Kraft trat, fiel die Medikamentenzulassung generell in den Verantwortungsbereich der Kantone.³²⁵ Zudem war die Rechtslage unübersichtlich. Da eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene fehlte, bewegten sich Medikamentenversuche an Menschen lange Zeit in einem Graubereich zwischen Arzneimittel-, Straf- und Patientenrecht.³²⁶

Die Bemühungen um eine gemeinsame Regelung unter den Kantonen reichen bis ins späte 19. Jahrhundert zurück. 1900 vereinbarten fünf Schweizer Kantone, eine gemeinsame *Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel* (IKS) zur Überprüfung neuer Medikamente einzurichten – diesem Konkordat schlossen sich in den Folgejahrzehnten immer mehr Kantone, unter anderem auch der Kanton Graubünden, an. Der Zuständigkeitsbereich der IKS beschränkte sich aber bis in die 1940er Jahre auf das Aussprechen von Empfehlungen. Erst als die Kantone 1942/43 die IKS-Vereinbarung revidierten, gewann die Kontrollstelle an Kompetenzen und war künftig für die Prüfung und Registrierung neuer Arzneien zuständig.³²⁷ Allerdings definierten ihre Zulassungsrichtlinien nur, in welchen Dimensionen Pharmakonzerne ihre Präparate vorab an Probandinnen und Probanden zu testen hatten, um eine Markteinführung zu rechtfertigen. Die IKS sanktionierte also nicht den Einsatz nicht registrierter Präparate, sondern gestaltete lediglich indirekt die Standards der klinischen Forschung mit. Mit der Registrierung erhaltenen Präparate in der Regel einen Handelsnamen. War ein Präparat noch nicht registriert, erschien es in den Patientenakten mit einem Industriekürzel (z. B. «Ro 6-2728»). Hierbei handelte es sich also explizit um «Versuchspräparate» für klinische Medikamententests. In der Anfangsphase der Psychopharmaka-Forschung in den 1950er Jahren

wurden die klinischen Versuche und die Registrierung verabreichter Präparate zeitnah abgewickelt. So konnte in einer Patientenakte unter Umständen bereits ein Handelsname verwendet werden, obwohl das Präparat selbst noch nicht registriert war. In diesen Fällen war der Übergang zwischen Versuchspräparaten und standardisierten Medikamenten flüssig; so konnte unter Umständen eine Experimentierphase nahtlos in eine Standardbehandlung übergehen.³²⁸

Erst im Anschluss an den Contergan-Skandal von 1961/62, als ein rezeptfreies Schlafmittel bei Tausenden von Neugeborenen schwere körperliche Fehlbildungen verursachte, verschärfte das IKS die Zulassungsregelungen. Neu forderte sie von den Produzenten genaue Berichte über das Wirkungsbild und die Nebenwirkungen von neuen Präparaten.³²⁹ 1977 folgte eine weitere Verschärfung der IKS-Registrierungsrichtlinien. Klinische Studien an Menschen waren seither nur noch als kontrollierte Studien erlaubt, bei denen neue Substanzen zwingend gegen ein Placebo oder ein bereits zugelassenes Präparat zu prüfen sind.

Die neuen Richtlinien konstituierten neue Zulassungshürden, sie reglementierten aber nicht den Interessenschutz der Probandinnen und Probanden. Das Strafgesetzbuch von 1942 sanktionierte zwar gesetzeswidrige Eingriffe in die körperliche Integrität und individuelle Freiheit. Zudem war es allgemein umstritten, dass bei medizinischen Eingriffen eine Einverständniserklärung der betroffenen Person oder ihren gesetzlichen Vertretern einzuholen sei. Bei Medikamentenprüfungen blieben in der Praxis aber viele Fragen im Graubereich, da eine explizite rechtliche Regelung nicht vorhanden war. Das Prinzip des «informed consent» (informierte Einwilligung), das sich über den Nürnberger Kodex (1947) und die Deklaration des Weltärztekongresses von Helsinki (1964) in der Medizinethik schrittweise etabliert hatte, kam in der Schweiz anfänglich kaum zur Anwendung. Erst die 1971 in Kraft getretenen Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen, veröffentlicht von der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, stärkten die Pati-

³²⁵ SR 812.21, Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG), in: AS 2001 2790.

³²⁶ RIETMANN / GERMANN / CONDRAU (2018), S. 217.

³²⁷ Ebd. In den Aufsichtskommissionssitzungen der beiden Bündner Kliniken sind keine Rücksprachen mit der IKS, Thematisierungen von Medikamentenversuchen oder Stellungnahmen einer etwaigen Ethikkommission dokumentiert.

³²⁸ Ebd., S. 203, 219. Die Geschichte der Regulierung der Arzneimittel wird in der jüngst erschienenen Studie «Testfall Münsterlingen» umfassend dargestellt, vgl. MEIER / KÖNIG / TORNAY (2019), S. 196–202.

³²⁹ Richtlinien der IKS betreffend Anforderungen an Belege für neue Wirkstoffe vom 7.1.1963, Monatsberichte der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel 63/1 (1963), S. 2–7.

entenrechte gegenüber der klinischen Forschung. Letztere hatte zu diesem Zeitpunkt aber bereits eine umfassende Institutionalisierung durchlaufen. In der Medizinforschung wird die Phase ab Mitte der 1960er Jahre als Paradigmenwechsel weg vom Grundrechtsverständnis des fürsorgepflichtigen Arztes hin zur Stärkung der Selbstbestimmung der Probandinnen und Probanden verstanden.³³⁰

Obwohl Serpasil bereits ab 1953 kommerzialisiert wurde, handelte es sich bei Webers Anwendungen im Burghölzli um klinische Medikamentenversuche.³³¹ Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Vermarktung von Serpasil anfänglich auf den Anwendungsbereich der Behandlung von Bluthochdruck reduziert war. Dementsprechend berichtete Weber in seiner Studie, dass die «indische Medizin» erst in jüngerer Zeit bei Serpasil auch eine «therapeutische Wirkung bei Geisteskranken, besonders bei erregten oder ängstlichen Patienten» festgestellt habe.³³² Ansonsten berief er sich lediglich auf Erkenntnisse aus Tierversuchen (Katzen, Kaninchen, Hunden und Affen), die auch heute noch ersten klinischen Tests an Menschen vorausgehen. Die experimentellen Befunde der indischen Forscher seien hingegen einziger psychiatrischer Referenzpunkt.

«Die indischen psychiatrischen Erfahrungen würden an sich schon eine Erprobung des Serpasils in unseren Kliniken nahelegen, obwohl die Berichte, die darüber zu uns gelangt sind, nur summarisch sind.»³³³

Die Durchführung und Ergebnisse von Webers klinischen Versuchen mit Serpasil, von dem er sich eine mögliche Alternative zu Largactil versprach, zeugten von einer eher unkontrollierten Versuchsanordnung und Unerfahrenheit im psychiatrischen Umgang mit neuen Medikamenten. In seinem Forschungsbericht in der *MeWo* wurden weder Spezialrapporte, laufende Datenerfassungen (Körpermessungen) noch Gegenkontrollen mit Placebo erwähnt. Als «Untersuchungsgut» wählte er 33 Patientinnen und Patienten, die an «starren Erregungs-, Unruhe- und Spannungszuständen» litten. Die Diagnose der zugrundeliegenden Krank-

³³⁰ RIETMANN / GERMANN / CONDRAU (2018), S. 219–220.

³³¹ Näher zu den Unterlagen, die seinem wissenschaftlichen Artikel vorausgingen, siehe ebd.

³³² WEBER (1954), S. 968.

³³³ Ebd.

heit habe bei der Auswahl «keine wesentliche Rolle» gespielt.³³⁴ Abgesehen von den Nebenwirkungen fiel sein Fazit über die medikamentöse Behandlung mit Serpasil weitgehend positiv aus. Er berichtete von 24 Fällen, bei denen die «Erregung gelöst» oder gar eine «praktisch völlige Ruhigstellung» eingetreten sei, woraufhin mehrere Abteilungsversetzungen und bei vier akuten Fällen eine Entlassung erfolgt sei. Die «Inaktivierung, Verlangsamung oder Schlafverbesserung» habe zudem einen «pflegerisch[en] [Vorteil]» mit sich gebracht. Neun Patientinnen und Patienten hätten hingegen nur eine geringe Beruhigung gezeigt, bei ihnen sei aber zumindest kurbegleitend das Absetzen der «Mo-Scop»-Einnahmen möglich gewesen.³³⁵

Ein Jahr nach Webers Publikation veröffentlichte Waldhaus-Direktor Pflugfelder, gemeinsam mit seinem Assistenarzt Klaus Huchtemann, der von 1954 bis 1957 am Waldhaus tätig war, klinische Studienergebnisse über das Serpasil-Wirkungsbild bei 100 Patientinnen und Patienten der Klinik Waldhaus.³³⁶ In der Zwischenzeit lagen bereits viele Arbeiten über internistische Anwendungen von Serpasil vor, die eine grundsätzliche Verwandtschaft des Wirkungsbildes zu Largactil nachweisen konnten. Die Untersuchung von Pflugfelder und Huchtemann sollte der Klärung der Frage dienen, ob Serpasil ähnliche Behandlungsergebnisse wie Largactil, aber weniger unangenehme Nebenwirkungen zeige. Zu den unerwünschten Nebenwirkungen zählten sie allergische Hautreaktionen, Leberschädigungen, parkinsonähnliche Begleitsymptome bei hohen Dosen und Gewöhnung. Sie betrachteten das Waldhaus als geeigneten Ort für Medikamententests mit Serpasil, auch weil sie zu diesem Zeitpunkt bereits über viel Erfahrung mit Largactilkuren verfügten.

Bemerkenswert an ihrer Studie ist, dass sie von den ersten 100 Serpasilkuren in der Klinik Waldhaus zeugt. Insofern scheint es ihnen weniger um die Erforschung des Wirkungsbilds, als vielmehr um den praktischen Gewinn von Erfahrungen «über Technik und Dosierung» der Kuren gegangen zu sein. Ziel war es, präzise individuelle Indikationsstellungen definieren zu können.³³⁷ Die

³³⁴ Von den 33 Personen litten laut ärztlicher Diagnose 22 an schizophrenen Erkrankungen, vgl. ebd., S. 969.

³³⁵ Ebd.

³³⁶ Vgl. PFLUGFELDER / HUCHTEMANN (1955). Pflugfelders Forschungsinteresse könnte durchaus während seiner Tätigkeit unter Roland Kuhn an der Klinik Münsterlingen entstanden sein.

³³⁷ Ebd., S. 627.

Rahmenbedingungen der Untersuchung waren im Vergleich zu Webers Arbeit exakter abgesteckt. Eine Serpasilkur wurde bis auf wenige Ausnahmen bei Patientinnen und Patienten mit chronischen oder «exazerbierenden» Schizophrenien mit Verstimmungs- und Erregungsphasen eingeleitet.³³⁸ Unter den 100 Probandinnen und Probanden befanden sich insgesamt 72 Prozent an Personen, die an einer chronischen und 7 Prozent, die an einer «exazerbierenden» Schizophrenie litten.³³⁹ Auffällig ist zudem, dass von den behandelten Personen zwei Drittel Probandinnen waren. Dass Frauen bedeutend häufiger Medikamententests oder klinischer Forschung unterzogen wurden als Männer, konnte die Forschung kürzlich auch für die PUK Basel und das Zürcher Burghölzli nachweisen.³⁴⁰ Bei den Tests im Burghölzli lag die Erklärung nahe, die Genderasymmetrie auf den deutlich höheren weiblichen Anteil an diagnostizierter schizophrener und manisch-depressiver Krankheiten zurückzuführen; diese Krankheitsbilder standen im Zentrum der Psychopharmaka-Forschung. Obwohl in den Bündner Kliniken Diagnosen aus dem manisch-depressiven Kreis wesentlich häufiger bei Frauen als bei Männern gestellt wurden (vgl. Kapitel 3.2), ist diese Tendenz bei Schizophrenie-Diagnosen nicht zu erkennen. In Pflugfelders Studie handelte es sich bei rund 80 Prozent der Testpersonen um Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie-Diagnose. Da diese Diagnose im Waldhaus bei etwa gleich vielen Männern wie Frauen gestellt worden war, wirkt es bezeichnend, dass Pflugfelder für seine Untersuchungen zwei Drittel Frauen wählte. Anhand der überlieferten Quellen lässt sich bezüglich dieser Auffälligkeit kein abschliessendes Urteil fällen. Ohnehin ist die Überlieferung zu dieser Studie erstaunlich gering.³⁴¹ Abgesehen von den veröffentlichten Ergebnissen

nissen in der MeWo liegen keine Unterlagen vor. Nicht einmal in den Patientenakten werden diese Medikamententests explizit als solche bezeichnet – das wiederum wirft die Frage auf, inwiefern bei der Studie die Einwilligung der Probandinnen und Probanden, beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreter, eingeholt worden war. Eine Frage, die sich nicht abschliessend klären lässt.

Für die Durchführung der Serpasilkuren setzten Pflugfelder und Huchtemann ein dafür geschultes Pflegepersonal ein. Dieses hatte «vor, während und nach der Kur» einen sogenannten Spezialrapport mit Angaben zu Puls, Temperatur, Blutdruck und Körpergewicht zu führen. Darüber hinaus kontrollierte es Blutbild und Urin sowie bei längeren Kuren auch Leberfunktion und Bilirubinwerte im Serum. Die Rapporte über Nebenwirkungen des Medikaments hatten Ärzte und Pflegepersonal unabhängig voneinander zu notieren, um ein möglichst umfassendes Bild der Wirkung zu gewinnen. Zudem hatten die Ärzte in den ersten sechs Monaten zur Gegenkontrolle und ohne Wissen der Patientinnen und Patienten sowie des Personals alternierend für ein bis zwei Wochen Placebo zu verabreichen (heute als Doppelblindstudie bezeichnet). Bei der Indikationsstellung wurde kein genaues «Kurschema» aufgestellt, da Dosierungen individuell und deshalb innerhalb der ersten sechs Tage auf die «vermutliche Optimaldosis» gesteigert werden mussten. Sofern keine auffälligen Dämpfungen oder störenden Nebenwirkungen eintraten, wurde die Tagesdosis auf dieser Höhe aufrechterhalten und schrittweise auf die sogenannte «Erhaltungsdosis» – eine möglichst niedrige Dosis, die aber noch die erwünschte psychische Wirkung garantiert – reduziert. Im Gegensatz zu Webers maximal 59-tägigen Serpasilkuren führten Pflugfelder und Huchtemann speziell bei chronisch schizophrenen Patientinnen und Patienten die Kuren über mehrere Monate hinweg durch, vereinzelt sogar bis zu einem Jahr. Ein Kurabbruch erfolgte frühestens nach 30 Tagen. Insofern erfüllte sich die ärztliche Hoffnung, psychische Krankheiten mittels Psychopharmaka rasch unter Kontrolle zu bringen, offenbar nur teilweise. Während der Behandlung hatten die Kurpatientinnen und -patienten die Möglichkeit, beim kurführenden ärztlichen Personal «Rat und Aussprache» zu suchen; ein Moment der «spontanen Zuwendung», den Pflugfelder und Huchtemann, kombiniert mit der affektiven Aufhellung, als «günstige Voraussetzung für Psychotherapie» definierten. Vorwiegend konnten sie dadurch aber eine Einglie-

³³⁸ Unter einer «Exazerbation» versteht man in der Medizin eine drastische Verschlechterung des Krankheitsbildes bei Patientinnen und Patienten, die eine chronisch verlaufende Erkrankung aufweisen.

³³⁹ Bei diesen eher schwerwiegenden, vorwiegend chronischen Krankheitsbildern versprachen sich die Ärzte durch Serpasilkuren Erfolge, um die Zahl der Elektro- und Dämmerkuren auf den «unruhigen» Pflegestationen reduzieren zu können. Bei akuten schizophrenen Schüben zogen sie aber nach wie vor die klassische Insulinkur vor. Vgl. ebd.

³⁴⁰ Siehe dazu GERMANN (2017), S. 45–33, 60, sowie RIETMANN / GERMANN / CONDRAU (2018), S. 213.

³⁴¹ Dasselbe gilt auch für die zwei Studien, die in der Klinik Beverin durchgeführt wurden, vgl. WEBER / JOST (1962); JOST / ZMORSKI (1973).

derung in der Arbeits- und Freizeittherapie möglich machen.³⁴²

Obwohl oder vielleicht gerade weil es sich um die ersten 100 Serpasilkuren im Waldhaus überhaupt handelte, lief ihre Durchführung für die damalige Zeit vergleichsweise kontrolliert ab. Nicht nur wurde gezielt definiert, welches Medikament in welcher Dosis abgegeben werden sollte, sondern es wurden auch laufend Spezialrapporte und Daten erfasst. Diese unmittelbaren Beobachtungen ermöglichten es, die Kuren ständig zu kontrollieren und den Wirkungsverlauf nachzuzeichnen – damit reduzierten die Ärzte ihre Studienergebnisse nicht, wie es bei Weber der Fall gewesen war, auf retrospektive Schlüsse. Ein ähnlich präzises Vorgehen wandte Pflugfelder bereits bei seiner Studie über die Bewusstseinsveränderungen bei Insulinkuren an.³⁴³ Rein formell schien es sich hier also um klinische Forschung mit dem bereits zugelassenen Serpasilpräparat zu handeln – ein Beispiel, das aufzeigt, dass klinische Forschung nicht ausschliesslich mit «neuen», sondern auch mit bereits handelsüblichen Präparaten betrieben wurde.

In ihren Auswertungen berichteten Pflugfelder und Huchtemann, dass Serpasil psychisch sediere und die affektive Ansprechbarkeit steigere. Speziell Kranke mit «schizophrene[n] Endzustände[n]» und «versandete Pflegefälle» hätten nach jahrelanger Isolierung wieder Kontakt mit Angehörigen aufgenommen, Leidenschaften entwickelt und sich neuerdings für ihre Verlegung oder Entlassung interessiert.³⁴⁴ Serpasil schien sich also nicht nur als beruhigend auf Psyche und Motorik zu erweisen, sondern auch zu einer affektiven Aufhellung der Grundstimmung zu führen. Diese Beruhigung und Stimmungsaufhellung sei nicht nur den Patientinnen und Patienten zugutegekommen, sondern habe auch der Pflege «günstigere Pflegebedingungen» geboten.³⁴⁵ Bei 22 Personen trat jedoch keine Beruhigung und Entspannung ein. Trotz symptomatischer Kurerfolge konnten bei ihnen keine Heilerfolge erzielt werden, die auch nach der Absetzung des Medikaments anhielten.³⁴⁶ Darüber hinaus konstatierten Pflugfelder und Huchtemann auch Kontraindikationen, etwa bei Personen mit schweren Herz- und Stoffwechselkrankheiten, bei

denen sie von einer Serpasilkur abrieten. Ferner war die gesteigerte «Kollapsgefahr» wegen der stark blutdrucksenkenden Wirkung des Medikaments «in pflegetechnischer Beziehung [...] im Auge zu behalten».³⁴⁷ Die Autoren rieten explizit dazu, Serpasilkuren nur unter klinischen Bedingungen einzuleiten.

Den Kurerfolgen standen auch diverse Nebenwirkungen gegenüber. Das Auftreten von Gesichtsanschwellung und Blässe, gelegentlichen Lidödemen und Müdigkeit bezeichneten die Autoren als harmlose Nebenwirkungen, da sie nach Absetzung des Medikaments wieder verschwinden würden. Starke Gewichtszunahmen, die aus dem gesteigerten Appetit bei gleichzeitiger motorischer Antriebsverarmung resultierten, oder auch verstärkter Speichelfluss («Salivation») wurden hingegen zu den unerwünschten Nebenwirkungen gezählt.³⁴⁸ Diese bekämpften die beiden Ärzte mit weiteren Medikamenten. Gegen den starken Speichelfluss etwa verabreichten Pflugfelder und Huchtemann bei einem Drittel der Personen zusätzlich Atropintropfen.

Die wohl auffälligste Nebenwirkung war aber das sogenannte «Parkinson-Syndrom», das sich in Bewegungsstörungen und Zittern manifestierte. Vergeblich hofften die Ärzte, dass der Tremor – den sie bereits bei Largactilkuren beobachtet hatten – bei Serpasil nicht auftreten würde. Obwohl bei allen Probandinnen und Probanden kein vorzeitiger Kurabbruch notwendig gewesen sei und sich die Symptome nach dem Kurende wieder zurückgebildet hätten, reduzierte das ärztliche Personal zuweilen die Serpasildosis. Ferner kollabierten einige Patientinnen und Patienten aufgrund der blutdrucksenkenden Wirkung des Medikaments. Deshalb verabreichten die Ärzte bei 54 Prozent der Probandinnen und Probanden, die bei der «Erhaltungsdosis» über Mattigkeit und Schwindel geklagt hatten, zusätzlich regelmässig das neue Ciba-Stimulans Ritalin.³⁴⁹ Bei Kurpatientinnen und -patienten mit starken Erregungszuständen und motorischen Unruhen setzten sie hingegen zusätzlich Schlafmittel wie beispielsweise Isamin ein.

Offensichtlich war das ärztliche Personal bei der Bekämpfung allfälliger Nebenwirkungen auf

³⁴² PFLUGFELDER / HUCHTEMANN (1955), S. 627–628.

³⁴³ Vgl. dazu die Studie zu Insulinkuren: PFLUGFELDER (1951).

³⁴⁴ PFLUGFELDER / HUCHTEMANN (1955), S. 627.

³⁴⁵ Ebd., S. 629.

³⁴⁶ Zu den Behandlungserfolgen siehe Tabelle 6 und 7, zit. in: ebd., S. 628–629.

³⁴⁷ Ebd., S. 628.

³⁴⁸ Ebd., S. 628–629.

³⁴⁹ In 16 Prozent der Fälle verabreichten die Ärzte zusätzlich Largactil, womit die Kollapsneigung und der starke Speichelfluss angeblich vermindert werden konnten. Vgl. dazu ebd., S. 630.

eine grosse Anzahl weiterer Arzneimittel angewiesen. Deren Nebenwirkungen wiederum wurde in der Studie kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Ohnehin schienen Pflugfelder und Huchtemann die beobachteten unerwünschten Wirkungen als Nachteile der Serpasilkuren zu akzeptieren. Trotz der relativ langen Liste an Nebenwirkungen fiel ihr Fazit weitgehend positiv aus. Denn bei den Kuren seien zumindest die für das Largactil beobachteten allergischen Hautreaktionen und Leberschädigungen nicht aufgetreten.

«Nach unseren Beobachtungen wird dem Neuro-venarzt durch Serpasil ein höchst wirksames, in seiner Wirkung auf Psyche und Motorik des Menschen neuartiges und verheissungsvolles Medikament in die Hand gegeben, das gerade bei chronischen Psychosen und schizophrenen Endzuständen in einem beachtlichen Prozentsatz erstaunliche Besserung herbeizuführen vermag und früher als hoffnungslos betrachtete Krankheitszustände durch lange Kuren günstig beeinflussen kann.»³⁵⁰

Es ist bemerkenswert, dass Serpasil in der Klinik Waldhaus in den 1950er und 1960er Jahren vergleichsweise häufig verschrieben wurde (vgl. Diagramm 19). Das Präparat erfreute sich zu dieser Zeit in der Schweiz vor allem in Zürich einer regen Nachfrage. Das Burghölzli war eine der wenigen Schweizer Kliniken, die Serpasil, das tendenziell stärkere Nebenwirkungen zeigte, Largactil vorzog. Damit stand das Burghölzli unter Legitimationsdruck, den es anhand von Symposiumen und Publikationen wie jenen von Weber empirisch zu entschärfen versuchte. Die Bevorzugung des Neuroleptikums Serpasil beruhte im Burghölzli zum grossen Teil auf wirtschaftlichen Überlegungen. Bleuler konnte Serpasil zu relativ günstigen Konditionen bei der Ciba beziehen, da die Firma ein grosses Interesse an dessen Vermarktung hatte.³⁵¹ Dieses Förderungsanliegen war offensichtlich auch im Kanton Graubünden bekannt, der in den frühen 1950er Jahren in einer wirtschaftlichen Krise steckte. Vielleicht war es diese Verschränkung des Vermarktungsanliegens der Ciba mit den wirtschaftlichen Engpässen der Bündner Kliniken, die zu einer umfangreichen Anwendung des Medikaments führte. Zudem kamen die langjährigen Direktoren Weber und Pflugfelder schon vor ihrer

Amtszeit in Graubünden in Kontakt mit der Basler Pharmaindustrie: Weber während seiner Amtszeit und im Zusammenhang mit seiner Studie im Burghölzli, Pflugfelder durch seine Berufstätigkeiten in Basel und Münsterlingen. Nachdem Serpasil auch in den Bündner Kliniken aus dem Behandlungsaltag entfernt worden war, setzte ein breitflächiger Gebrauch des Neuroleptikums Melleril ein – auch dieses Medikament stammte von einem Basler Pharmaunternehmen, namentlich der Firma Sandoz, die 1996 mit der Ciba-Geigy zur Novartis fusioniert hat.

3.3.6 Eugenik in der Bündner Psychiatrie (Sippenforschung, Sterilisationen u. a.)

Die Eugenik setzte sich seit ihrer Begründung im 19. Jahrhundert mit der Frage auseinander, mit welchen Mitteln «hochwertiges» Erbgut gefördert und «minderwertiges» Erbgut ausgeschlossen werden könnte, um den geistigen, körperlichen und sittlichen Zustand des «Volkskörpers» zu optimieren.³⁵² Ansätze zur Förderung von positiven Erbfaktoren verstanden sich als «positive Eugenik», solche zur Verhinderung schädlicher Faktoren als «negative Eugenik». Eugenische Bewegungen waren ein internationales Phänomen und kombinierten wissenschaftliche Vererbungstheorien – oft eher krude, pauschale Degenerationsmodelle – mit konkreten sozialpolitischen Forderungen. Die Verbindung zwischen Vererbungstheorien und sozialpolitischen Forderungen ist kennzeichnend für die Eugenik. Anhänger der «negativen» Eugenik forderten beispielsweise Anstaltseinweisungen, Eheverbote oder Sterilisationen, vor allem von Frauen.³⁵³ Im nationalsozialistischen Deutschland wurden über 70'000 Menschen mit körperlichen und psychischen Behinderungen aus eugenischen Motiven als «lebensunwertes Leben» bezeichnet und ermordet.

Psychiatrische Kliniken waren im 19. und frühen 20. Jahrhundert Zentren der eugenisch orientierten Erbforschung. Sie galten als Wohnstätte von Menschen mit vermeintlich degenerativen Eigenschaften. Der Zürcher Psychiater Auguste Forel (1848–1931), der von einer Erblichkeit von Alkoholismus und Syphilis ausging, veranlasste die

³⁵⁰ GASSER / JEANMONOD (2006).

³⁵³ Während bei der Sterilisation die Samenleiter entfernt (Vasektomie) oder die Eileiter unterbunden werden (Tubenligatur), werden bei der Kastration zusätzlich die Keimdrüsen (Hoden, Eierstöcke) entfernt.

³⁵¹ Ebd.

³⁵¹ RIETMANN / GERMANN / CONDRAU (2018), S. 207–211.

europaweit ersten Zwangssterilisationen.³⁵⁴ Auf seinen eugenischen Überlegungen, allfällige Degenerationen verhindern zu wollen, wurzelte 1894 der Entwurf eines schweizerischen Irrengesetzes, das zwar abgelehnt wurde, jedoch massgeblichen Einfluss auf das Psychiatriegesetz des Kantons Waadt von 1928 hatte. Die Waadt war schweizweit der einzige Kanton, der darin Zwangssterilisationen von psychisch kranken und geistig behinderten Menschen gesetzlich verankerte.³⁵⁵ Das Schweizerische Zivilgesetzbuch von 1907/1912 sah Massnahmen wie Sterilisationen und Kastrationen nicht explizit vor. Sterilisationen wurden in vielen Kantonen durchgeführt, auch ohne spezifische gesetzliche Regelungen. Sie erfolgten meist aufgrund ärztlicher Anordnungen und im Einvernehmen mit den Betroffenen oder – bei Bevormundeten – ihren Rechtsvertretern. In vielen Fällen stimmten Betroffene in Zwangssituationen zu, etwa wenn eine Entlassung aus einer Anstalt an die vorgängige Sterilisation geknüpft war.³⁵⁶

Die Eugenik wurde auch in der Bündner Psychiatrie aufgenommen, insbesondere auf der Ebene der Forschung und der Diagnostik. Das Waldhaus blickt auf eine lange Tradition der Erbforschung zurück, die von J. J. Jörger über Fred Singeisen und Gottlob Pflugfelder bis zu Benedikt Fontana reichte. Pflugfelder legte während seiner Amtszeit (1951–1977) im Waldhaus ein sogenanntes «Sippenarchiv» an, in dem er parallel zu den herkömmlichen Patientenakten nach Grossfamilien geordnete Stammbäume und psychiatrische Patientengutachten zu einzelnen Familienmitgliedern archivierte.³⁵⁷ Zum einen erstellte er auf Basis dieser Dokumente neue Patientengutachten. Zum anderen nutzte er die Akten als Forschungs- und Studienunterlagen zur Beschreibung erbbiologischer Zusammenhänge von Heredität, Milieu, psychischer Krankheit und Verhaltenssüchten. Dabei ging er auch seiner selbst auferlegten Pflicht nach, im Interesse der Gesellschaft die Reproduktion erbkranker Menschen zu verhindern.³⁵⁸

Sterilisationen bildeten neben Eheverboten die wohl häufigste Massnahme, mittels der eugen-

sche Ansätze in die medizinische Praxis eingingen. Auch in den Bündner Kliniken wurden Frauen sterilisiert, teils aus eugenischen Motiven. Die Historikerinnen Galle und Aliesch konnten im Zusammenhang mit Bündner Jenischen aufzeigen, dass im Waldhaus Sterilisationen aus eugenischen Motiven nicht nur diskutiert, sondern vereinzelt auch praktiziert wurden. Aliesch untersuchte die Akten der im «Sippenarchiv» begutachteten Jenischen, die als degenerationsgefährdete Gruppe galten und die verschiedentlich von eugenischen Massnahmen, darunter auch zwei Sterilisationen, betroffen waren.³⁵⁹ Galle wertete die eugenischen Massnahmen bei Kindern aus, die durch das *Hilfswerk der Kinder der Landstrasse* fremdplatziert wurden. Einige davon wurden in den Kliniken Waldhaus und Beverin versorgt.³⁶⁰ Spätestens seit der Einführung des Fürsorgegesetzes 1920 standen «Vaganten» im Fokus eugenischer Massnahmen. Mit den 1947 erlassenen «Richtlinien für die Vagantenfürsorge in Graubünden» wurde der eingeschlagene Weg fortgesetzt und das Massnahmenspektrum konkretisiert. Die Sterilisation galt nach diesen Richtlinien als das «schnellste, einfachste und sicherste Mittel zur Geburtenverhinderung».³⁶¹ Insofern erstaunt es nicht, dass auch in Graubünden einzelne ehemalige Mündel der Pro Juventute eugenisch motivierten Sterilisationen unterzogen wurden.³⁶² Die Patientenakten zeigen, dass in der Praxis vorwiegend junge Frauen, oft bereits Mütter, vom irreversiblen Eingriff betroffen waren. Gemäss Galle wurde bei fünf von 13 begutachteten Patientinnen eine Sterilisation erwogen, bei drei Patientinnen auch durchgeführt. Zwei Sterilisationen wurden von Pflugfelder indiziert und in der Frauenklinik Fontana in Chur durchgeführt.³⁶³ Ein Mündel wurde auf Anweisung der Klinik Beverin sterilisiert. Umfassende quantitative Erhebungen zur Sterilisationspraxis, wie sie in den Kanto-

³⁵⁴ Zum Zürcher Burghölzli, der Hochburg des Schweizer Eugenikdiskurses unter Auguste Forel und Eugen Bleuler, siehe MEIER (2004), S. 130–146.

³⁵⁵ Dieses europaweit erste Gesetz wurde 1985 wieder aufgehoben, vgl. KEOLBING-WALDIS (2005).

³⁵⁶ GASSER / HELLER / JEANMONOD (2002).

³⁵⁷ Ausführlich zum «Sippenarchiv» siehe ALIESCH (2017) und DIES. (2011).

³⁵⁸ GALLE (2008), S. 182.

³⁶⁰ Vgl. GALLE (2016), S. 561–628.

³⁶¹ StAGR IV 4 d 1: Richtlinien für die Vagantenfürsorge in Graubünden, 17.10.1947.

³⁶² Vgl. GALLE (2016), S. 592.

³⁶³ Bei einer der beiden Patientinnen habe bereits Fred Singeisen, Pflugfelders Vorgänger, eine Sterilisation als «eigentlich [...] indiziert» angesehen. Vgl. GALLE (2016), S. 589–591.

nen Bern, St. Gallen, Aargau, Basel-Stadt, Zürich und der Westschweiz auf der Grundlage von Patientenakten realisiert wurden, fehlen jedoch nach wie vor für den Kanton Graubünden.³⁶⁴

Die Vormundschafts- und Fürsorgebehörden sowie die Vertreter der Psychiatrie begründeten die Forderung nach einer Sterilisation sehr unterschiedlich. Nicht immer standen eugenische Motive im Vordergrund. Sie verbanden sich häufig mit sozialen und medizinischen Argumenten. Bei sozial begründeten Sterilisationen wurde beispielsweise argumentiert, dass die betroffene Person nicht in der Lage sei, für ihre Nachkommen zu sorgen und dann auf finanzielle Unterstützung der Fürsorgebehörden angewiesen sein werde.

Solche Argumentationen wurden, wie Aliesch nachweisen konnte, zuweilen mit eugenischen Begründungen vermengt. Auf diese Weise rückten nicht nur psychisch kranke Menschen, sondern auch Menschen der sozialen Unterschicht oder bestimmte ethnische Gruppen ins Visier. In ähnlicher Weise wurde auch eine verstärkte Neigung zum Alkoholismus auf die erblichen Anlagen einer sozialen Gruppe zurückgeführt.³⁶⁵ So begründete etwa Pflugfelder im «Sippenarchiv» vereinzelt Alkoholismus, «mangelnde Intelligenz» oder «Vagantenmentalität» mit jenischer Abstammung.³⁶⁶ Diese Vermischung von eugenischen, sozialen und psychischen Faktoren manifestierte sich auch in Pflugfelders Sprache. Bei der Diagnosestellung setzte er Begriffe wie «Vagantenmentalität» mit psychischen Krankheiten und konstitutionellen Störungen wie «Schwachsinn» und «Psychopathie» gleich.³⁶⁷ Auf diese Weise wurde der soziale Hintergrund auf dieselbe begriffliche Ebene wie die diagnostizierten Krankheitssymptome gestellt. Das führte zu einer unkritischen Reproduktion von Vorurteilen und Stereotypen.³⁶⁸

Diese Einschätzung wird von einzelnen Interviewpartnern bestätigt. So erinnerte sich beispielsweise Armin Pirovino, dass Pflugfelder bei besonders schweren Krankheitsfällen in Gesprächen mit

Angehörigen auf den Erbfaktor psychischer Krankheiten hingewiesen habe. Pirovino erwähnte das Beispiel eines verheirateten Waldhaus-Patienten, der unter einer starken manisch-depressiven Erkrankung litt.

«Er hatte manisch-depressive Phasen, klassischer geht es nicht mehr. Im Manischen drin war er aggressiv, auch sexuell erregt und in der Depression musste man aufpassen, dass er nicht Suizid begeht. [...] In seiner manischen Phase konnte er mit dem Auto fahren, drei, vier Tage, Tag und Nacht mit dem Auto fahren, einfach planlos fahren, auftanken und wieder fahren, einfach in dieser Manie drin. Nicht, das ist – das begreift man nicht.»³⁶⁹

Bei diesem Patienten habe Pflugfelder der Frau des Patienten nahegelegt, auf eigene Kinder zu verzichten, da eine nahezu hundertprozentige Sicherheit der Vererbung bestehe. Sie habe den Ratschlag von Pflugfelder, der offenbar erfolgreiche Überzeugungsarbeit geleistet hatte, befolgt.

Zu den typischen Zwangssituationen, in denen es in den Bündner Kliniken zu Sterilisationen kam, gehörten Schwangerschaftsunterbrechungen. In den Akten fanden sich Hinweise auf Fälle, in denen Ärzte vorschlugen, eine Schwangerschaftsunterbrechung in Kombination mit einer Sterilisation durchzuführen. Die Abtreibung entsprach dabei oft dem Anliegen der betroffenen Frauen, die Idee der Sterilisation hingegen wurde auf ärztliches Betreiben eingebbracht.³⁷⁰ Zur Illustration solcher vielschichtigen Zwangssituationen seien drei Bündner Fallbeispiele von Sterilisationen erwähnt. Sie betreffen Patientinnen der psychiatrischen Anstalten, auch wenn die Eingriffe in der Regel in den somatischen Spitäler von Chur, Thusis oder im Frauenspital Fontana stattfanden.³⁷¹ Das erste Beispiel betrifft eine Patientin, die 1978 nach einem Kurzaufenthalt in der Klinik Beverin wegen angeblicher Erziehungsunfähigkeit im Frauenspital Fontana unterbunden wurde.³⁷² Die 27-jährige Patientin

³⁶⁴ Für Zürich siehe DUBACH (2013), für Bern und St. Gallen siehe HAUSS (2012), für Basel-Stadt siehe IMBODEN et al. (2007), für den Aargau siehe DUBACH (2001) und für die Westschweiz siehe GASSER / HELLER / JEANMONOD (2002). Für einen allgemeinen Überblick über die Geschichte der Eugenik in der Schweiz siehe WECKER (2013), RITTER (2009) und WOLFISBERG (2002).

³⁶⁵ Vgl. unter anderem RIETMANN (2017), S. 104; DUBACH (2013), S. 12; MEIER (2004).

³⁶⁶ Siehe dazu ALIESCH (2017), S. 132–135.

³⁶⁷ Ebd., S. 127–128.

³⁶⁸ GALLE (2008), S. 185.

³⁶⁹ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 1.49.10–15.2.06.

³⁷⁰ Vgl. z. B. Patientenakte, Frauen stationär Beverin 3474, Schreiben der Klinik Beverin an das Kantonale Frauenspital Fontana, 26. Juni 1945.

³⁷¹ Vgl. StAGR V 13 e 6: Beschwerden Waldhaus; StAGR V 13 f 12: Beschwerden Beverin.

³⁷² StAGR V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Frauenspital Fontana, Glattbrug, 25.1.1979.

erlebte zuvor diverse Fremdplatzierungen, selbst nachdem sie im Alter von neun Jahren von einer Kinderheimleiterin adoptiert wurde. Zudem litt sie in ihrer Jugend unter starken Lernschwächen; bis Mitte der 1970er Jahre konnte sie weder lesen noch schreiben. Der Aufenthalt in der Klinik Beverin war ursprünglich nur für eine psychiatrische Begutachtung vorgesehen. Die Vormundschaftsbehörde in Scuol wollte abklären lassen, ob die Patientin aus fachärztlicher Sicht zu bevormunden sei. Dass es zu einer Sterilisation kam, hing unter anderem mit einer vermuteten Schwangerschaft zusammen. Die Adoptivmutter stellte gemäss Akten bei ihrer Adoptivtochter in den Monaten vor der Abklärung eine «gesteigerte sexuelle Triebhaftigkeit» fest.³⁷³ Sie vermutete, dass die Tochter schwanger geworden sei. Die Tochter schloss sich dieser Befürchtung an. Die 27-jährige Patientin erzählte gemäss Akten dem begutachtenden Psychiater von der vermuteten Schwangerschaft und fügte bei, dass sie sich nicht im Stande fühle, ein Kind aufzuziehen. Schliesslich stellte sich heraus, dass die Tochter gar nicht schwanger war. Trotzdem wurde sie sterilisiert.³⁷⁴

Nachdem die Patientin den Eingriff ein Jahr später bereute, wandte sich der *Schweizerische Beobachter* in ihrem Namen und somit, so Ernst Weber, Direktor der Klinik Beverin, «unter dem Mäntelchen der Fürsorge» kritisch an die Direktion der Klinik Beverin.³⁷⁵ Hans Caprez (*1940), Redaktor des *Schweizerischen Beobachters*, warf der Klinik vor, die Patientin nicht über alternative Methoden der Empfängnisverhütung (3-Monats-spritze) aufgeklärt und sie paradoixerweise trotz des Befunds eines «ausgesprochene[n] Schwachsinn» für die Entscheidung zur Unterbindung als zurechnungsfähig erklärt zu haben.³⁷⁶ Das Gutachten des zuständigen Oberarztes wies nämlich explizit darauf hin, dass die Patientin «zufolge ihrer Geistesschwäche nicht imstand» sei, «ihre Angelegenheiten zu besorgen», dauerndem Schutz und Beistand bedürfe und deshalb die Voraussetzung für eine Entmündigung nach Artikel 369 ZGB ge-

geben sei. Mit der Bevormundung wäre die Entscheidungsgewalt auf den Vormund übertragen worden.³⁷⁷ So wurde zum einen auf die Entmündigung verzichtet, zum anderen der Patientin angesichts der diagnostizierten erblichen Belastung («Erbschwachsinn») die Erziehungsfähigkeit abgesprochen. Trotz dieser zweifelhaften Umstände richteten sich die ärztlichen Verantwortlichen direkt an die Patientin und empfahlen ihr eine Sterilisation.³⁷⁸ Die durch das Gutachten für unzurechnungsfähig erklärte Frau wurde für den Entscheid zur Unterbindung für mündig erklärt. Erst nach dem Eingriff wurde sie unter Vormundschaft gestellt. In diesem Fallbeispiel wird ausdrücklich eugenisches Gedankengut greifbar. Als Motiv für die Sterilisation führte das oberärztliche Gutachten explizit die unerwünschte Vererbung des belasteten Erbguts an.

Im zweiten Fall übten Ärzte ebenfalls einen informellen Druck auf die betroffene Patientin (*1937) aus. Diese wurde zwischen 1954 und 1974 mehrfach in die Klinik Beverin eingewiesen. Als sie 28 Jahre alt war, wurde ihr in einer Strafuntersuchung Unzucht mit einem 14-jährigen Knaben vorgeworfen. Das von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebene ärztliche Gutachten stellte sich jedoch auf den Standpunkt, dass die Patientin wegen ihrer «Imbezillität, Haltlosigkeit und Triebhaftigkeit» für das Delikt nur «im mittleren Grade vermindert zurechnungsfähig» sei.³⁷⁹ Ihr damaliger Ehemann war bereits bevormundet, weshalb ihr nach Artikel 369 ZGB der kantonale Fürsorger als Vormund bestellt wurde. Das Kantonsgericht setzte den Strafvollzug (sechs Monate Gefängnis) aus und verurteilte die Frau zu einer Verwahrung nach Artikel 14 StGB. Dafür kamen die Klinik Beverin und die Verwahrungsanstalt Realta in Frage. Die Angeklagte wurde schliesslich in Beverin untergebracht. Zudem wurde sie nach Artikel 97 ZGB für eheunfähig erklärt.³⁸⁰ Nach Ablauf der Verwah-

³⁷³ StAGR V 13 f 12: Gutachten von Oberarzt [...] an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Untertasna, z. H. des Präsidenten M. Roner, Cazis, 21.11.1977, S. 3.

³⁷⁴ Ebd.

³⁷⁵ StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Stellungnahme zum Fall [...], Cazis, 5.1.1979, S. 1–2.

³⁷⁶ StAGR V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Direktion der Psychiatrischen Klinik Beverin, 27.12.1978, S. 3.

³⁷⁷ StAGR V 13 f 12: Gutachten von Oberarzt [...] an die Vormundschaftsbehörde des Kreises Untertasna, z. H. des Präsidenten M. Roner, Cazis, 21.11.1977, S. 6.

³⁷⁸ In der Stellungnahme gegenüber Hans Caprez schrieb der Oberarzt: «Beim beschriebenen Erbschwachsinn ist die Frage der Gefahr einer erblichen Belastung zu bejahen», vgl. StAGR V 13 f 12: Oberarzt [...], Beantwortung der Fragen im Brief von Redaktor Caprez des Schweizerischen Beobachters, betr. Frau [...], vom 27.12.1978, S. 4.

³⁷⁹ Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812, Gutachten der Klinik Beverin (1965); Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden (12.5.1965).

³⁸⁰ Man muss davon ausgehen, dass die Frau in der Zwischenzeit geschieden wurde oder sich scheiden liess. Aus den

rungsfrist wurde sie aus der Klinik entlassen. 1972 kam das Fürsorgeamt erneut auf die Klinik Beverin zu, da die Patientin einen Mann heiraten wollte, bei dem sie schon knapp zwei Jahre wohnte. Beverin-Direktor Ernst Weber zeigte sich kritisch und schlug vor, die Ehe nur unter Bedingungen zuzulassen.

«Es stellt sich die Frage der Sterilisation. Ich bin der Meinung, dass hier ein gewisser Druck ausgeübt werden soll: Verpflichtung auf Sterilisation vor der Heirat, obwohl die Gefahr einer erneuten Gravidität als gering eingeschätzt werden muss, nachdem sie seit 8 Jahren kein Kind mehr ausgetragen hat, trotz dauernder und wechselnder Männer-Beziehungen.»³⁸¹

Weil Weber seine Empfehlung nicht explizit begründete, bleibt unklar, wieweit eugenische Motive mitspielten. Sie lassen sich allerdings auch nicht ausschliessen. Ähnlich vielschichtig ist das dritte Beispiel, von dem der ehemalige Beverin-Pfleger Walter Monstein berichtet. Der Fall betrifft die Sterilisation einer Patientin, die bis zu ihrem Tod insgesamt 62 Jahre hospitalisiert gewesen war – zuerst im Waldhaus und ab 1919 in Beverin. Als Grund für die Sterilisation in den 1920er Jahren sei in der Patientenakte vermerkt gewesen, dass es sich bei der damals noch jungen Patientin um ein «zügelloses, triebhaftes Mädchen» gehandelt habe, das «den Männern nachging». Durchgeführt wurde die Sterilisation im Spital Thusis durch Chefarzt Peter Steiner.³⁸² Pflugfelder begründete «Triebhaftigkeit» als normwidriges Verhalten nicht primär geschlechtsspezifisch, sondern vor allem genetisch.³⁸³ Zuschreibungen wie «triebhaft» oder «sexuell haltlos» standen in der damaligen psychiatrischen Logik für ein vererbtes Verhaltensmuster, das sich in häufigen Wechseln von Sexualpartnern oder in Formen der Prostitution manifestierte.

Akten wird das allerdings nicht ersichtlich. Vgl. Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812, Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden (12.5.1965).

³⁸¹ Patientenakte, Frauen stationär Beverin 8812, Eintrag von Ernst Weber im Verlaufsblatt, 1.11.1972.

³⁸² Interview mit Walter Monstein, 55.58–57.25.

³⁸³ Als unsittlich qualifiziertes Verhalten erfuhr dadurch eine Verschmelzung mit biologischen Konzepten. Vgl. ALIESCH (2017), S. 135.

3.3.7 Präventivmassnahme bei Sexualstraftätern: die Kastration

Neben den Sterilisationen weiblicher Patientinnen wurden auch Kastrationen männlicher Patienten vorgenommen, diese primär in den Einrichtungen Beverin und Realta.³⁸⁴ Mit diesem schwerwiegenden und irreversiblen Eingriff wurde beabsichtigt, den «übermässigen Sexualtrieb» von Sexualstraftätern zu beschränken und damit weitere solche Vergehen präventiv zu verhindern.³⁸⁵ Kastrationen zur Verbrechensprophylaxe wurden in der Schweiz bereits im frühen 20. Jahrhundert an männlichen Sexualstraftätern ausgeübt. Betroffen waren vor allem Männer, die durch sexuelle Missbräuche von Kindern, Übergriffe gegenüber Frauen oder Exhibitionismus straffällig geworden waren. Auch Homosexuelle, die wegen ihrer Sexualität im Strafvollzug landeten, wurden häufig kastriert. Medizin und Psychiatrie erhofften sich durch den Eingriff eine Veränderung der Persönlichkeit, durch die Sexualstraftäter wieder gesellschaftsfähig würden. Bis um 1970 wurden Kastrationen primär chirurgisch durchgeführt durch die operative Entfernung der Keimdrüsen beziehungsweise der Hoden. Danach gelangten erste Antiandrogene auf den Markt. Die wesentlich weniger invasive «chemische Kastration» durch Medikamente löste in den nachfolgenden Jahrzehnten schrittweise den operativen Eingriff ab.³⁸⁶ Vereinzelte chemische Kastrationen von Verurteilten finden auch heute noch statt, allerdings nur unter Zustimmung der Betroffenen. Wieweit der Eingriff die Betroffenen überhaupt von weiteren Straftaten abbringt, ist umstritten.³⁸⁷

Die Schweiz kannte lange Zeit keine rechtliche Normierung der «Zwangskastration». Wie bei den Sterilisationen waren Kastrationen offiziell nur erlaubt, wenn die Betroffenen in den Eingriff einwilligten. Auch hier waren Zwangssituationen häufig. Die betroffenen Männer wurden oft vor die Wahl gesetzt: Kastration oder Verwahrung. In diesen Situationen entschieden sich viele Sexualstraftäter für eine «freiwillige» Kastration als das geringere Übel. Im Gegenzug winkte eine Milderung des Strafmasses. Dasselbe galt für Insassen einer

³⁸⁴ Die Eingriffe selbst wurden ebenfalls in den somatischen Spitäler vorgenommen.

³⁸⁵ Zum Stand der historischen Forschung über die Kastrationspraxis in der Schweiz, siehe GERMANN (2014).

³⁸⁶ GERMANN (2014), S. 123, 125–127, 132–133.

³⁸⁷ Mitteilung von Dr. Irina Franke, Chefärztin Forensik, PDGR, 02.07.2020.

Verwahrungsanstalt. Bei einer Kastration erhielten sie die Chance, vorzeitig aus der Anstalt entlassen oder in eine ambulante Behandlung überführt zu werden. Die meisten Eingriffe erfolgten nach einer Verständigung zwischen Richtern, Psychiatern und Angeklagten.³⁸⁸

Vergleichbare Umstände finden sich auch in Graubünden. So war ein Austritt aus Realta bei Sexualstraftätern oft an die Bedingung einer Kastration gebunden. Direktor Weber zweifelte stark an den Möglichkeiten der Psychotherapie bei Sexualstraftätern.³⁸⁹ Einen bedingten Strafvollzug unterstützte er oft nur, wenn zugleich eine Kastration erfolgte. Die Verbindung von Verwahrungsanstalt und Psychiatrie in Realta und Beverin führte zu einer sehr hohen Anzahl von Kastrationen. In der Klinik Beverin dürften in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weit über hundert Insassen kastriert worden sein. Weber schrieb in einer Korrespondenz mit dem *Schweizerischen Beobachter* 1976: «Wir haben in der Klinik Beverin eine Erfahrung von über 20 Jahren und von ca. 60–70 Kastrationen».³⁹⁰ 1979 wurde in der Klinik Beverin zudem eine Studie über die Antiandrogenbehandlung von Sexualstraftätern durchgeführt.³⁹¹ Im Rahmen der Studie wurden allein zwischen 1970 und 1978 insgesamt 84 «sexuell Abnorme» medikamentös behandelt; davon 78 Männer und sechs Frauen. 40 der betroffenen Sexualstraftäter befanden sich während der Untersuchung in Realta.³⁹² Die Antiandrogenbehandlung etablierte sich auch längerfristig in Realta. Unter Webers Nachfolger Hans König war es ab 1984 üblich, dass Sexualstraftäter nur unter der Bedingung der Medikamenteneinnahme in Realta aufgenommen wurden.³⁹³ Zu diesem Zeitpunkt hatte die Antiandrogenbehandlung die operative Kastration längst abgelöst.

Zur Illustration dieser Kastrationspraxis seien einige Fallbeispiele angeführt. In den Beveriner Krankengeschichten der Stichjahre 1945 und 1965 stiessen wir auf zehn Akten, in denen eine operative Kastration besprochen oder realisiert wurde.

³⁸⁸ GERMANN (2014), S. 127–130.

³⁸⁹ Vgl. Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Schreiben Ernst Webers an das Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Chur, 4.3.1960; StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Patient [...], Cazis, 8.3.1966.

³⁹⁰ Vgl. StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Hans Caprez, Redaktor des Schweizerischen Beobachters, Cazis, 9.2.1976, S. 3.

³⁹¹ Vgl. JOST (1979).

³⁹² Vgl. ebd., S. 244.

³⁹³ Interview mit Hans König, 1.26.30–1.27.10.

Bemerkenswert an diesen zehn Fallgeschichten ist, dass die psychiatrische Expertise und die Behörden es für selbstverständlich hielten, den Entscheidungsspielraum der Betroffenen auf die Optionen «Verwahrung» oder «Kastration» einzuschränken. Aus Sicht der Experten war der Eingriff nur schon durch die Möglichkeit wiederholter Straftaten legitimiert. Die operative Kastration etablierte sich als prophylaktische Massnahme. Die Verantwortlichen scheuten auch nicht vor Druckmitteln zurück. 1945 beispielsweise wurde ein 33-jähriger Mann wegen eines Sittlichkeitsdelikts, unter anderem «unsittliche Handlungen» mit einem 11-jährigen Knaben, angeklagt und zur Begutachtung in die Klinik Beverin eingewiesen. Das Gutachten bezeichnete den jungen Mann als «schweren Sexualneurotiker mit sex. Minderwertigkeitsgefühl» und erklärte ihn für «vermindert zurechnungsfähig». Die abschliessende Empfehlung an die Staatsanwaltschaft lautete: «Dauernd gemeingefährlich. Kastration oder dauernde Verwahrung».³⁹⁴ Die Vormundschaftsbehörde des Kreises Schams drängte im Anschluss an die Einsichtnahme in das Gutachten ausdrücklich auf die Kastration. Sie bat die Klinik Beverin, subtil Druck auf den Patienten auszuüben, damit er in den Eingriff einwillige.

«Den Patienten zu kastrieren würden wir begrüssen. Man solle ihm diese Idee nach und nach beibringen, bis er selbst einwilligt.»³⁹⁵

In der Klinik Beverin teilten die Verantwortlichen diese Ansicht. Kurze Zeit später steht im klinikinternen Rapport, dass sich der Patient «endlich für die Operation entschlossen [hat]», auch wenn er «immer noch ängstlich und unsicher [ist]» und sich «deutlich wegen des Eingriffes [fürchtet]».³⁹⁶ Offenbar willigte der Patient nur sehr zögerlich in den Eingriff ein. Dieser wurde 1946 von Peter Steiner, Chefarzt des Spitals Thusis, vorgenommen. Später stellte sich heraus, dass der Vormund des Patienten über diesen Eingriff nicht informiert worden war. Er beklagte sich 1960 darüber, dass «zwangsweise eine Kastration durchgeführt worden sei, veranlasst durch die Vormundschaftsbe-

³⁹⁴ Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Gutachten der Klinik Beverin an die Staatsanwaltschaft Graubünden, 27.8.1945.

³⁹⁵ Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Schreiben der Vormundschaftsbehörde des Kreises Schams an die Klinik Beverin, 21.10.1946.

³⁹⁶ Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Eintrag im Verlaufsblatt, Rapport, 13.11.1946.

hörde Schams».³⁹⁷ Weber musste gegenüber dem Justizdepartement Stellung beziehen, obwohl er 1946 noch gar nicht in der Klinik Beverin beschäftigt war. Er zitierte aus dem damaligen Gutachten an die Staatsanwaltschaft, um die Rechtmässigkeit des Eingriffs und die Unabhängigkeit der psychiatrischen Expertise zu untermauern:

«Es ist selbstverständlich, dass ein so schwerer Eingriff in die körperliche Integrität nie ohne die Zustimmung des Patienten erfolgt. Weder der Operateur, d. h. in unserem Falle Herrn Dr. Steiner in Thusis, noch wir selbst zwingen je einen Patienten oder Zögling zu einem solchen Eingriff. Selbst wenn eine Vormundschaftsbehörde uns den Vorschlag machen würde, einen Patienten zwangsmässig zu operieren oder gar eine gerichtliche Behörde zu diesem Beschluss käme, würden wir uns weigern diesen Eingriff ohne Einverständnis des Patienten durchzuführen. Ich bin überzeugt, dass auch bei [Patient] seinerzeit eine schriftliche Einwilligung durch diesen unterschrieben wurde, wie wir dies heute vor der Operation uns geben lassen, um eben solche nachträglichen Querelen zu verhindern. Leider finde ich dieses Aktenstück nicht in unserer Krankengeschichte. Es ist anzunehmen, dass sich diese Erklärung im Spital Thusis befindet.»³⁹⁸

Weber betonte, dass solche Eingriffe generell nur mit dem Einverständnis der Betroffenen stattfinden würden. Gleichzeitig hob er im Schreiben an das Justizdepartement hervor, dass es seine Pflicht sei, die Sexualstraftäter darauf aufmerksam zu machen, dass sie ohne operativen Eingriff mit einer dauernden Verwahrung zu rechnen hätten. Dass darin ein Zwang gesehen werden könnte, gestand Weber ein. «Je nach Interpretation kann man natürlich diese Formulierung als Zwang auslegen.»³⁹⁹

Auch in den Beschwerdeakten der beiden Kliniken finden sich Hinweise auf Kastrationen: von insgesamt 137 Beschwerdefällen betreffen zwei Kastrationen. Beide Fälle stammen aus der Klinik Beverin. Das erste Beispiel betrifft einen Sexualstraftäter im Massnahmenvollzug nach Artikel

³⁹⁷ Patientenakte, Männer stationär Beverin 3422, Schreiben Ernst Webers an das Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Chur, 4.3.1960.

³⁹⁸ Ebd.

³⁹⁹ Ebd.

14/15 StGB, der 1966 von der Verwahrungsanstalt Realta zur Begutachtung nach Beverin übermittelt wurde. Direktor Weber knüpfte in diesem Fall einen allfälligen Anstaltsaustritt an die Bedingung, dass der Betroffene sich einer Kastration unterziehen lasse. Er schrieb dem Patienten, dass «wir Ihnen die Kastration [...] ausdrücklich in Ihrem eigenen Interesse [vorgeschlagen hatten,] damit Sie möglichst bald wieder in der Freiheit sein können».⁴⁰⁰ Der Betroffene hingegen unterstellt Weber, ihn mit Druck zu einem Tauschhandel bewegt zu haben, den er als rechtlich zweifelhaft empfand.

«Hr. Dir. Weber hat mir seinen Entschluss, mir keine Behandlung in BEVERIN zu geben, folgendermassen eröffnet: «Hier gibt es keine Behandlung, wenn Sie sich nicht zur Kastration entschliessen, so garantiert meine Person, dass Sie zeitlebens interniert sein werden, andernfalls, Sie entschliessen sich, so garantiert auch meine Person, dass Sie in drei Monaten frei sein werden, eine schöne Stelle haben, – aber mit Wochen lässt es sich mit mir nicht markten!!» [...] Ich beschwere mich gegen solche Redensarten und Druckmittel, die nicht eine wirkliche Rechtsgrundlage besitzen [...] Ich frage Sie, – wo ist da die 100 % Garantie der Entscheidungsfreiheit, gibt es diese etwa im Kt. GR nicht?»⁴⁰¹

Auch bei Alois Kappeler (*1953), der zwischen 1969 und 1998 mehrmals in die Einrichtungen Waldhaus, Beverin und Realta eingeliefert worden war, stand eine operative Kastration zur Diskussion.⁴⁰² Kappeler hatte in den Institutionen mehrfach mit physischer Gewalt auf verhängte Massnahmen und Disziplinierungen reagiert. Sein Vormund drängte deshalb Ende der 1970er Jahre auf eine Kastration. Zu diesem Zeitpunkt hatte Kappeler bereits eine medikamentöse Anti-androgenbehandlung hinter sich, die ihm 1976 bei einem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik St. Urban im Kanton Luzern verschrieben worden war. Die damalige Diagnose lautete: «verstimmba-

⁴⁰⁰ StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an Patient [...], Cazis, 8.3.1966, S. 3.

⁴⁰¹ StAGR V 13 f 12: Beschwerdeschreiben des Patienten [...]. an das Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Lenzburg, 24.1.1966, S. 2.

⁴⁰² Zu Alois Kappelers Erfahrungen in der Bündner Psychiatrie siehe Kapitel 4.3.1. Kappeler hat uns schriftlich die Erlaubnis erteilt, im Rahmen der vorliegenden Studie in seine Krankenakte Einsicht zu nehmen.

rer und triebhafter Schwachsinniger (unter Grenze der Debilität) mit pädophilen, z.T. homosexuellen Tendenzen bei schwerster Belastung mit Oligophrenie, Trunksucht, Haltlosigkeit und Kriminalität. Frühkindliche Verwahrlosung.»⁴⁰³ Mit dem Beginn der «Androcur» wurde Kappeler aus der Klinik entlassen und in einer Bauernfamilie platziert.⁴⁰⁴ Der Schutzaufsichtsbeamte des Kantons Schwyz, Josef Schelbert, der als Vormund von Kappeler fungierte, berichtete der Klinik St. Urban von Zeit zu Zeit über Kappelers Verhalten.⁴⁰⁵ Einmal habe er ihn beobachtet, wie er nach der Einnahme der Antiandrogene versucht habe, zu erbrechen. Grund dafür sei ein Ereignis gewesen, bei dem er sexuellen Kontakt mit einer jungen Frau hatte, aber durch die «Andro-Kur» nicht zum Geschlechtsakt fähig gewesen sei. Schelbert warf in einem Schreiben von 1978 erstmals den Gedanken einer operativen Kastration auf – obwohl Kappeler nie straffällig geworden war.

«Überdies dreht sich bei Alois Kappeler viel ums Sexuelle. [...] Es kommt monatlich zu Verhaltensstörungen mit heftigen Drohungen gegen den Meister oder sich selbst, oder mich. Er kann auch mit den Tieren im Stall grob werden und sie verletzen. Seine Phantasie ist stark vom Sexuellen durchsetzt. [...] Wir fürchten, dass Alois Kappeler einmal straffällig werden könnte. [...] Alois Kappeler ist seines Triebelbens nicht mächtig. [...] Wir erwarten von der Kastration eine Beruhigung im gesamten Verhalten, wie wir dies bei einer Mehrzahl der Mündel, die sich im Laufe der Jahre diesem Eingriff unterzogen haben, erleben konnten. Keiner von 15 ist je wieder straffällig geworden. Die meisten haben sich dankbar für die Empfehlung gezeigt.»⁴⁰⁶

Das Schreiben zeigt, dass Schelbert zuvor schon mehrere Male eine operative Kastration bei einem seiner Mündel vorgeschlagen hatte und diese

auch umgesetzt wurde. Psychiatrische Gutachten waren in der Praxis zwar für die Entscheidung zur Kastration oft ausschlaggebend. Das Schreiben von Schelbert zeigt aber, dass Kastrationsanliegen auch – und stärker als bisher in der Forschung angenommen – von Vormundschafts- und Fürsorgerinstanzen ausgingen. Auch Kappeler schildert rückblickend, dass der Vorschlag allein von Schelbert geäussert worden sei. Er habe gesagt, dass die Kastration «das einzige ist, was wir machen können, damit er wieder normal wird».⁴⁰⁷ Kappeler hatte sich damals explizit gegen eine Kastration ausgesprochen.⁴⁰⁸ Schelbert hingegen berichtete der Klinik St. Urban, dass sich Kappeler mit dem Gedanken einer Kastration anfreunden könne. Zu bedenken ist, dass Kappeler zu diesem Zeitpunkt erst 25 Jahre alt war.

«Alois Kappeler ist bereit, diese Frage mit Ihnen zu besprechen und sich der Operation zu unterziehen. Er weiss oder ahnt die Gefahr, die für ihn von seiner Triebhaftigkeit her besteht und dass er sie kaum zu meistern versteht.»⁴⁰⁹

Der Direktor der Klinik St. Urban, der den Patienten «nicht persönlich kenne», lehnte es ab, dazu Stellung zu nehmen.⁴¹⁰ Bereits ein Jahr später stellte Schelbert die Kastration erneut zur Diskussion, als Kappeler durch die Vormundschaftsbehörde Küssnacht erneut in die Klinik Beverin eingewiesen worden war. Direktor Weber gab dem Drängen des Schutzaufsichtsbeamten allerdings nicht nach. Er sprach sich explizit gegen eine operative Kastration aus, die zu dieser Zeit in der Fachwelt verstärkt kritisch betrachtet wurde. Stattdessen verschrieb er Kappeler weiterhin eine Behandlung mit Antiandrogentabletten. Mehrere Antiandrogene waren bereits auf dem Markt und Kappeler konnte bisher kein straffälliges Delikt vorgeworfen werden. Der Bericht der Klinik macht deutlich, dass sich Weber der gewandelten Verhältnisse durchaus bewusst war. Nur noch unter strengen Auflagen kam eine operative Kastration in Frage –

⁴⁰³ Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Kurze Zusammenfassung sämtlicher bisheriger Klinikaufenthalte, 20.9.1978, S. 7–8.

⁴⁰⁴ Alois Kappeler habe laut Verlaufsblatt 1½ Jahre Antiandrogene eingenommen. Vgl. Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Verlaufsblatt, 4. Oktober 1982, S. 7.

⁴⁰⁵ Zum Schutzaufsichtsbeamten Josef Schelbert siehe auch HÄSLER (2019), S. 630–646.

⁴⁰⁶ Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben J. Schelberts an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978.

⁴⁰⁷ Interview mit Alois Kappeler, 18.50–19.40.

⁴⁰⁸ Ebd., 18.45–19.10.

⁴⁰⁹ Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben J. Schelberts an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978.

⁴¹⁰ Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben des Direktors der Psychiatrischen Klinik St. Urban an einen Assistenzarzt der Klinik Beverin, 14.09.1978.

bei Kappeler waren die Bedingungen, so Weber, für diesen schwerer wiegenden Eingriff nicht gegeben.

«Da der Pat. bisher keine Delikte aufgrund seiner Fixierung auf die Sexualität begangen hat, sehen wir von einer Empfehlung der Kastration ab. Hingegen ist die Fortführung der Antiandrogen-Therapie angezeigt. Da Pat. versucht hat, die Antiandrogentabletten wieder zu erbrechen, um die sexualität-dämpfende Wirkung aufzuheben, ist die Injektionstherapie angezeigt. [...] Da zur Zeit die öffentliche Meinung sehr empfindlich gegenüber falschen Indikationen zur Kastration ist, wäre mit einer solchen weder dem Pat., noch dem Vormund, noch der Institution geholfen.»⁴¹¹

Insbesondere der *Schweizerische Beobachter* äusserte in den 1970er Jahren verstärkte Kritik an der operativen Kastration, vor allem der prophylaktischen Anwendung bei Personen, die noch nicht straffällig geworden waren. 1976 publizierte die Zeitschrift die «Kastrations-Tragödie», ein Artikel über einen Patienten (*1952), der im Kantonsspital Chur kastriert worden war. Es handelte sich dabei um einen der beiden Kastrationsfälle, die in den Beschwerdeakten auftauchen. Der *Beobachter* warf den verantwortlichen Ärzten Körperverletzung vor. Ein Strafverfahren wurde eingeleitet, schliesslich aber wieder eingestellt. Die Klinik stand im öffentlichen Kreuzfeuer der Kritik, worauf sich Weber mit einer Stellungnahme an das Justiz- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden wandte. Er versuchte klarzustellen, dass der Patient «aus therapeutischen Gründen» nach Realta verlegt worden war. Die Kastration habe aber nicht auf Grundlage seiner Empfehlung stattgefunden – im Gegenteil:

«Er [der junge Mann] wurde im Kantonsspital entgegen unserem Rat operativ kastriert. Dass dies nachträglich einen grossen Wirbel geben wird, war vorauszusehen.»⁴¹²

⁴¹¹ Patientenakte, Männer stationär Waldhaus und Beverin 14649 (Alois Kappeler), Schreiben Ernst Webers an die psychiatrische Klinik St. Urban, psychiatrische Klinik Königsfelden, psychiatrische Klinik Wil, 25.9.1978.

⁴¹² StAGR IV 10 b 1: Schreiben Ernst Webers an Justizdepartement des Kantons Graubünden, betreffend Artikel «Kastrations-Tragödie» im «Beobachter» vom 31.5.1976, Cazis, 26. Mai 1976. Offenbar erhielt Weber noch vor der Veröffentlichung Einblick in den Artikel. Später stellte der

Weber hoffte vergeblich auf eine öffentliche Stellungnahme der Regierung, nicht wegen seiner eigenen Reputation, sondern wegen derjenigen der Klinik Beverin.⁴¹³ Eine medizinische Indikation für die Kastration habe es seitens der Psychiatrie nicht gegeben, so Weber. Einige Jahre später nahm die Staatsanwaltschaft den Fall erneut auf. Der *Beobachter* veröffentlichte wiederum einen Artikel über die wieder aufgenommenen Untersuchungen. Durch die neuen Einsichten hielt die Zeitschrift Weber grundsätzlich für entlastet. Dafür geriet die Gutachtertätigkeit des ehemaligen Oberarztes Abraham Rosen (1914–1988) ins Visier. Die Verantwortlichen des Kantonsspitals hätten den Eingriff aufgrund seines Gutachtens begründet.⁴¹⁴ Im 20-zeiligen Gutachten hiess es, so der *Beobachter*, dass der Patient «sexuelle Erregungszustände» verspüre und dem Gutachter gegenüber «mit seinen Frauenbekanntschaften geprahlt» habe. Mit der Kastration würde nach Ansicht Rosen «für die Zukunft der Gefahr eines sexuellen Vergehens begegnet». Aus Sicht des *Beobachters* habe Rosen die letztjährigen Entwicklungen in der Sexualmedizin verpasst – eine Kastration sei in den 1970er Jahren unter Fachkreisen nur noch als «letztmögliche ‹Lösung›» in Betracht gekommen, und auf keinen Fall bei jungen Menschen, die noch kein Sexualdelikt begangen hätten.⁴¹⁵ Der *Beobachter* zitierte Rosen mit den Worten:

«Ich habe bereits viele psychiatrische Gutachten zuhanden der Strafbehörden erstattet. Diese Tätigkeit erstreckt sich insgesamt über eine Zeit von vielleicht 20 Jahren. Es waren zirka 40 bis 50 Gutachten pro Jahr, die ich vor allem der Staatsanwaltschaft Graubünden erstellt habe. Bei der Hälfte bis zwei Dritteln der Fälle handelte es sich schätzungsweise um eigentliche Sexualdelikte. Dabei wurde mehrfach meinerseits auch zur Kastration geraten, welche schliesslich auch durchgeführt wurde.»⁴¹⁶

Beobachter richtig, dass die Klinik Beverin den Eingriff abgelehnt hatte, vgl. StAGR V 13 f 12: Beobachter Nr. 24, 31.12.1982, S. 9.

⁴¹³ StAGR V 13 f 12: Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, betreffend Publikation im Beobachter: Erzwungene Kinderlosigkeit, Cazis, 27.12.1982.

⁴¹⁴ Rosen war 1982, als der Artikel des *Beobachters* erschien, nicht mehr in den Kliniken Waldhaus oder Beverin tätig.

⁴¹⁵ StAGR V 13 f 12: Beobachter Nr. 24, 31.12.1982, S. 10.

⁴¹⁶ Ebd.

Eine allfällige Entgegnung seitens Rosens ist in den verfügbaren Akten nicht vorhanden. Dafür nahm das Kantonsspital Chur Stellung zu den Anschuldigungen. Die verantwortlichen Ärzte betonten, dass der Patient bereits in der Klinik Waldhaus eine «Androkur-Behandlung» begonnen hatte. Da der Patient sowohl mit den täglichen Tabletten als auch den dreiwöchentlichen Injektionen Mühe bekundet habe, hätten ihm die Ärzte des Kantonsspitals von der Möglichkeit einer Kastration erzählt. Daraufhin habe der Patient gewünscht, «dringend kastriert zu werden», auch nachdem sie ihn «eingehend über die Irreversibilität und die möglichen negativen Auswirkungen aufgeklärt» hätten. Nach Rücksprache mit den behandelnden Psychiatern der Klinik Beverin und Rosen habe man schliesslich den Eingriff durchgeführt.⁴¹⁷ Eine entgegengesetzte Ansicht äusserte der Betroffene nach dem Eingriff. Er selbst habe erklärt, so der *Beobachter*, dass «er zur Abgabe der Einwilligung für diesen Eingriff überredet und *verpresst* worden sei, indem man ihm versprochen habe, nach dem Eingriff werde sein Zustand so bessern, dass er nie mehr in eine Klinik oder Anstalt müsse».⁴¹⁸ Der Fall illustriert beispielhaft, wie stark bei der umstrittenen Kastrationsthematik die Ansichten zwischen Behörden, medizinischer Expertise und Betroffenen auseinandergehen konnten. Selbst unter medizinischen Experten herrschte keine Einigkeit. Hinzu kamen die Anliegen von Vormundschaftsbehörden, Strafverfolgungsbehörden und den Betroffenen selbst.

3.3.8 Zwangsernährung bei Alterskranken: Pflegerischer Einsatz für die Palliativpflege

Dieses Unterkapitel behandelt Aspekte der Palliativpflege bei Alterskranken, exemplarisch illustriert an der Tätigkeit des ehemaligen Psychiaterpflgers Vitus Bass in seiner Leitungsfunktion der gerontopsychiatrischen Station der Klinik Waldhaus zwischen 1981 und 1999.⁴¹⁹ Als Bass das Amt des

⁴¹⁷ STAGR V 13 f 12: Aerztliche Zusammenfassung der Krankengeschichte von Patient [...], geb. 1952, Kantonsspital Chur, o. J.

⁴¹⁸ STAGR V 13 f 12: Schreiben Hans Caprez', Redaktor des Schweizerischen Beobachters, an Direktion der Psychiatrischen Klinik Beverin, 6.2.1976, S. 2.

⁴¹⁹ Da kaum Quellenmaterial zur Geschichte der Palliativpflege in der Bündner Psychiatrie überliefert ist, beziehen sich die nachfolgenden Abschnitte hauptsächlich auf die Ausführungen des Pflegers Vitus Bass und geben damit eine pflegerische Sichtweise auf die Thematik wie-

Stationsleiters antrat, wiesen die Bündner Kliniken bereits seit Jahren eine sehr hohe Langzeitbelegung von Patientinnen und Patienten mit Alterspsychosen auf; zudem wurden zu seiner Zeit viele im Sterben liegende Menschen von den somatischen Spitäler in das Waldhaus überwiesen. Die anspruchsvolle Pflege dieser Menschen rückte damit immer mehr in den Mittelpunkt der Kliniktätigkeit. Auf den stark belasteten gerontopsychiatrischen Abteilungen wurden besonders viele Pflegeschülerinnen und -schüler eingesetzt.⁴²⁰ Denn die Patientinnen und Patienten mit Altersdefiziten, Alterspsychosen und anderen hirnorganischen Störungen, verursacht durch Kopfunfälle oder Gehirninfektionen, wiesen gemäss Bass schwerwiegende körperliche Symptome auf, waren unselbstständig, desorientiert und teilweise kaum mehr in der Lage, verbal zu kommunizieren.⁴²¹

Die pflegerische Perspektive auf die Behandlung alterspsychotischer Krankheiten, so wie sie von Bass formuliert wird, steht in scharfem Kontrast zur ärztlichen Perspektive. Vor allem beim Verständnis des Patientenwohls und der Bewertung von Leben und Tod zeigt sich eine deutliche Meinungsdifferenz. Bass identifizierte bei der Ärzteschaft die – an den Hippokratischen Eid angelehnte – ethische Haltung, für das Leben und nicht den Tod zuständig zu sein und deshalb zur Genesung der Patientinnen und Patienten, die dem Tod nahestanden, auch gegen deren Willen systematisch künstliche Ernährung zu verschreiben. Die künstliche (Zwang-) Ernährung mittels Sonden und Infusionen bei zuweilen kaum mehr ansprechbaren «Nahrungsverweiger[ern]», wie es der frühere Direktor J. J. Jörger ausdrückte, geht bis in die Gründungsjahre der beiden Kliniken zurück.⁴²² Denjenigen Personen, die noch kommu-

der. Die ärztliche Perspektive fehlt entsprechend. Bass hob im Interview positive wie negative Entwicklungen der Bündner Psychiatrie hervor. Der vorliegende Bericht nimmt hauptsächlich seine kritischen Ansichten, unter anderem zur Ärzteschaft, auf. Bass legt Wert darauf zu betonen, dass das Personal und die Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie lange mit «bescheidenen bis miserablen» Behandlungsmitteln auskommen und in prekären Wohnverhältnissen leben mussten. Die Psychiatrie habe als Gesamtes zu wenig Unterstützung von Gesellschaft und Politik erfahren. Dies habe sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Die Entwicklung der Psychiatrie zu einem normalen Spitalbetrieb sei, so Bass, für viele Beteiligte ein steiniger Weg gewesen. Vgl. Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

⁴²⁰ Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 22.46–22.57.

⁴²¹ Interview mit Vitus Bass, 1.53.10–1.54.02.

⁴²² Zitat aus Jahresbericht Waldhaus 1901, S. 173.

nikationsfähig waren und Nahrung einigermassen gut schlucken konnten, versuchten Bass und seine Belegschaft die Zwangsernährung zu ersparen.⁴²³ Bass sah sich durch seine Beobachtungen in seinen Vorbehalten bestätigt. Viele Personen mit schweren Alterspsychosen reagierten mit körperlichen Symptomen auf die Magensonden und die Medikamente, die sie einnehmen mussten – beispielsweise mit Durchfall, Erbrechen oder Ödemen (Wassereinlagerungen) im Bauch oder in den Gliedmassen. Dadurch war die Bildung eines Dekubitus (Wundliegen bei bettlägerigen Patientinnen und Patienten) oft nur schwer aufzuhalten. Bass beobachtete diese Prozesse und erlebte die künstliche Ernährung bei Personen, die dem Tod nahestanden und ihn auch wünschten, als «schrecklich» – einmal stand er kurz davor, die Kündigung einzureichen.⁴²⁴ Das ärztliche Personal sei auf die Signale, die darauf hindeuteten, dass die Betroffenen den Tod der künstlichen Lebenserhaltung vorzogen, nicht eingegangen.⁴²⁵ Laut Bass sei die Angst der Ärzte, den Hippokratischen Eid zu verletzen oder mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, deutlich spürbar gewesen.

Bedingt durch seine Sozialisierung in einer selbstversorgenden ländlichen Familie wies Bass eine Nähe zur Natur und ihren Gesetzen auf, die er auch in seinen Argumentationen zum Thema machte. Ernüchtert stellte er im Interview allerdings fest: «Der Tod hatte keinen Wert».⁴²⁶ So gab es Patientinnen und Patienten, die ihm Geld anboten, falls er sie sterben lasse. Ein Wunsch, dem er nicht entsprach, drohte ihm doch bei der Unterlassung der künstlichen Ernährung eine Gefängnisstrafe. Er versprach ihnen jedoch, sich für eine palliative Pflege einzusetzen, die ihren Wünschen und ihrem Recht auf persönliche Freiheit Rechnung trage – ganz nach dem Credo: «Im Zweifelsfalle im Sinne des Patienten».⁴²⁷ Mit anderen Worten: «das Leben erleichtern und nicht mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen und pflegetechnischen Mitteln künstlich verlängern».⁴²⁸

Bass war sich durchaus bewusst, welchen Schwierigkeiten sich die palliative Pflege gegenüberstah. Vielen Patientinnen und Patienten mit schweren Alterspsychosen, die dem Tod nahestan-

den, sei es nur eingeschränkt möglich gewesen, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu kommunizieren. Bass musste für sie «denken und fühlen».⁴²⁹ Dieses gewissenhafte Ablesen der Bedürfnisse empfand er, insbesondere bei unruhigen, ängstlichen Patienten, die nicht mehr kommunikations- oder zurechnungsfähig waren oder spastische Lähmungen hatten, als enorm schwierig – denn eine körperliche Blockade bedeutete nicht zwangsläufig auch eine geistige. Diese grossen Herausforderungen auf den gerontopsychiatrischen Abteilungen boten der Pflege aber auch die Möglichkeit, sich eigenes Methoden- und Expertenwissen anzueignen. Aus Eigeninitiative begann Bass, Kurse in der Schriftanalyse, Physiognomie (Lesen des Körpers), patientenzentrierten Gesprächsführung (Spezialisierung auf Konfliktbearbeitung) und Transaktionsanalyse zu besuchen. Speziell durch die Transaktionsanalyse, ein psychologisches Modell, das dem Verständnis menschlicher Persönlichkeitsstrukturen und Interaktionen dient, schärfe er sein Bewusstsein für die Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Altersdefiziten und -krankheiten.⁴³⁰ Rückblickend hielt Bass fest, dass es viel Überzeugungsarbeit brauchte, bis das ganze Pflegepersonal und besonders die Ärzte die Palliativpflege anerkannt haben.⁴³¹

Zu diesem Zeitpunkt engagierten sich bereits mehrere Akteure für die Palliativpflege. Die US-amerikanisch-schweizerische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) stand mit ihren breitenwirksamen Vortragsreisen zur Sterbebegleitung in der Deutschschweiz der 1970er Jahre am Ursprung der modernen Sterbeforschung. Eine umfassende öffentliche Debatte löste aber erst die «Affäre Hämmerli» am Zürcher Stadtspital Triemli in den Jahren 1974/75 aus. Bedingt durch die Überbelegung des Spitals gelangte der Chefarzt Urs Peter Hämmerli (1926–2012) an die ihm vorgesetzte Stadträtin Regula Pestalozzi (1921–2000) mit dem Antrag, bewusstlose, unheilbar kranke Menschen nicht mehr künstlich zu

⁴²³ Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

⁴²⁴ Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020.

⁴²⁵ Interview mit Vitus Bass, 47.58–51.10.

⁴²⁶ Ebd., 45.10–45.14.

⁴²⁷ Ebd., 46.47–46.57.

⁴²⁸ Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020; Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

⁴²⁹ Interview mit Vitus Bass, 1.51.46–1.51.54.

⁴³⁰ Ebd., 1.54.03–1.54.48. Zur Transaktionsanalyse vgl. auch SCHLEGEL (2002), S. 15.

⁴³¹ Interview mit Vitus Bass, 44.23–44.35, 1.55.50–1.56.12. Unter Palliativpflege versteht man bedürfnisorientierte Massnahmen zur Früherkennung und Linderung der Leiden von Menschen mit lebensbedrohlichen, unheilbaren oder terminalen Krankheiten sowie die Wahrung von Würde, Autonomie und bestmöglicher Lebensqualität auch in der Sterbephase. Vgl. dazu <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>, Zugriff: 18.02.2019.

ernähren, sondern nur noch mit Wasser zu versorgen (heute als passive Sterbehilfe bezeichnet).⁴³² Pestalozzi reichte bei der Zürcher Staatsanwaltschaft Strafanzeige wegen vorsätzlicher Tötung ein, worauf Hämmerli vorübergehend suspendiert wurde. Das Gerichtsverfahren – in dem Walter Albert Baechi (1909–1989), der Begründer der Sterbehilfeorganisation *Exit*, als Verteidiger Hämmerlis auftrat – wurde aber mangels Beweise eingestellt. Vor diesem Hintergrund gewann die Palliativpflege an öffentlichem Interesse.

Auch Bass leistete politische Arbeit. Bei seinen Aktivitäten im *Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner* (SBK) setzte er sich gemeinsam mit verschiedenen Fachpersonen für die Palliativpflege ein. In der Praxis liess sich laut Bass die Idee von der Wahrung der Autonomie und Lebensqualität der Menschen, die dem Tod nahestanden, allmählich umsetzen. Er führte dazu ein illustratives Beispiel an: Während seiner Amtszeit als Stationsleiter, als die Palliativpflege zunehmend Anerkennung fand, hatte das Pflegepersonal den schwer Alterskranken, die kaum mehr im Stande waren, ihre Bedürfnisse zu verbalisieren, Wasser, Tee und Kaffee auf den Tisch neben den Betten gestellt. Schrittweise über Tage oder Wochen hinweg gingen sie vom Kaffee zum Tee und zuletzt zum Wasser über, bis sie eines natürlichen Todes starben. Damit gaben sie zum einen den Patientinnen und Patienten in ihrem Sterbeprozess mehr Eigenverantwortung. Zum anderen habe das Pflegepersonal durch das Begleiten eines solchen Sterbeprozesses adäquatere Betreuungsarbeit leisten können. Ein Blick in die Jahresberichte der Klinik Waldhaus zeigt, dass Bass' Anliegen der Sterbegleitung zunehmend bei den höheren Hierarchiestufen Gehör fanden. So erteilte das Waldhaus 1987 dem diplomierten Pflegepersonal «Unterricht in der Begleitung von Sterbenden».⁴³³ Ein Jahr darauf vermerkte die Direktion, dass die Methoden der «Transaktionsanalyse, themenzentrierte[n] Interaktion und Gesprächsführung» Teil der «erstmals nach vielen Jahren» durchgeführten Weiterbildungstagen mit der Klinik Beverin waren.⁴³⁴ Dieser Wandel hin zu einer begleitenden Pflege, die der Autonomie der Patientinnen und Patienten Rechnung trägt, wird im Beitrag der diplomierten Psychiatrieober-

schwester in der 100-jährigen Waldhaus-Jubiläumsschrift sinnbildlich greifbar:

«Heutzutage dominieren existenzialistische Ideale, die dem Patienten Entscheidungsfreiheit zusprechen. Für das Pflegepersonal hat dies zur Folge, dass es sich heute mehr und mehr in einer begleitenden und gesundheitsfördernden Rolle sieht.»⁴³⁵

Die berufliche Tätigkeit von Vitus Bass bewegte sich stets in einer kritischen Auseinandersetzung mit der ärztlich-therapeutischen Haltung. So blieb ihm seine Zeit als Stationsleiter der gerontopsychiatrischen Abteilungen, gerade weil sie so identitäts- und sinnstiftend war, als prägender, zuweilen emotionaler und affektbezogener Bezugspunkt seiner Biografie in Erinnerung. Erst aus dieser konfliktreichen Auseinandersetzung mit dem klinikinternen sozialen Umfeld konstituierte er ein Selbstbild als Mensch und Pfleger. Sein Kampf um eine Palliativpflege bewegte sich genau an jenem Scharnier zwischen Individuum (seine Vorstellung einer guten Pflege) und Gesellschaft (die allgemeine zeitgenössische Erwartungshaltung an die Pflege). In diesem, von ihm als «Kampf» bezeichneten, Wechselspiel habe er viel Herzblut verloren.⁴³⁶ Dass er bei seinen Anstrengungen nicht auf sich alleine gestellt war, wird durch seinen ausschliesslichen Gebrauch des Personalpronomens «wir» ersichtlich – seine berufsethischen Bemühungen verortete er in einem kollektiven pflegerischen Ringen um die eigene Profession.

⁴³² THIELE-DOHRMANN (1975).

⁴³³ Jahresbericht Waldhaus 1987, S. 137.

⁴³⁴ Jahresbericht Waldhaus 1988, S. 132.

⁴³⁵ LEMMENS (1992), S. 19.

⁴³⁶ Interview mit Vitus Bass, 44.23–44.28.