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: 5: Aufbruch durch Reformen : Ausbau und Differenzierung zwischen 1960 und 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: 01.12.2025

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

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

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die psychiatriekritischen Stimmen, die einen grundlegenden Wandel der grossen «Verwahrungsanstalten» forderten, lauter. Der gesellschaftliche Aufbruch führte dazu, dass auf verschiedenen Ebenen bestehende Strukturen, auch in der Psychiatrie, hinterfragt wurden. Die Antipsychiatrie-Bewegung in Europa und Nordamerika zwischen 1965 und 1975 stellte die Legitimität der Psychiatrie grundsätzlich und medienwirksam in Frage. In Italien führte dies gar zur Aufhebung der geschlossenen psychiatrischen Kliniken.[1] Die radikalsten Anliegen der Reformbewegung konnten sich in der Folge nicht durchsetzen und die Bewegung löste sich innerhalb eines Jahrzehnts mehrheitlich auf. Dennoch finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass sie die selbstkritische Auseinandersetzung innerhalb der Bündner Psychiatrie verstärkte – gerade bei Berufsleuten, die ab den späten 1960er Jahren ausgebildet worden waren. Die ebenfalls verbreitete Kritik an den grossen Verwahrungsanstalten jedoch hatte unmittelbare Folgen. Der verstärkte Einsatz neuer Psychopharmaka – im Rahmen der psychopharmakologischen Wende – begünstigte neue therapeutische Ansätze und führte zu einer Verschiebung und Erweiterung derselben. Die medikamentöse Behandlung wurde aber weiterhin als widersprüchlich wahrgenommen, beispielsweise hinsichtlich der Nebenwirkungen (vgl. Kapitel 3).

Die psychiatrische Versorgung im Kanton Graubünden folgte seit den 1960er Jahren drei Entwicklungstendenzen. Erstens beschleunigte sich der bereits früher angestrebte Ausbau in der medizinisch-therapeutischen Behandlung (vgl. Kapitel 2), was zu einem verstärkten Einbezug neuer Therapieformen und einem kontinuierlichen Anstieg des spezialisierten Fachpersonals führte. Die Entscheidung, welches Angebot sie innerhalb der bestehenden Räumlichkeiten einrichten wollten, blieb den Chefärzten überlassen. Damit bestimmten diese letztlich das Tempo der Veränderungen massgeblich mit. Die entsprechenden strukturellen Anpassungen verliefen in den beiden Bündner Kliniken unterschiedlich, sowohl in baulicher Hinsicht als auf organisatorischer und therapeutischer Ebene.

Zweitens gewannen mit den neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten Konzepte der *Integration* und *Resozialisierung* an Bedeutung und wirkten sich direkt auf den Klinik- und Therapiealltag aus. Sie ermöglichten eine Öffnung der bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend geschlossenen Anstalten, erhöhten aber zugleich den Druck auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung, den Erwartungen für eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft gerecht zu werden.

Drittens interessierte sich der Kanton seit den 1970er Jahren zunehmend für eine koordinierte Gesundheitspolitik, zumindest teilweise unter dem Aspekt der Kostenkontrolle. Im Rahmen erster kantonaler Psychiatrie-Konzepte differenzierte sich seit den späten 1970er Jahren die institutionalisierte psychiatrische Versorgung weiter aus. Der Anspruch auf Integration und Resozialisierung psychisch kranker und behinderter Menschen wurde unterdessen höher gewertet, was diese Entwicklung unterstützte. Die stationäre Behandlung wurde vermehrt als ein Teil der psychiatrischen Behandlung verstanden. Vor- und Nachbetreuung wurden wichtiger und führten zum Aufbau erster ambulanter Strukturen Ende der 1970er Jahre; zunächst in der näheren Umgebung der Klinik, später auch in anderen Regionen des Kantons. Dies führte unter anderem zu einer markanten Reduktion der benötigten Betten und damit zur Frage, ob weiterhin zwei Kliniken im Kanton betrieben werden sollten. Die Beibehaltung beider Standorte mündete in einer Spezialisierung und später in einer Regionalisierung des Angebots.

Ein psychiatrisches Angebot für Kinder und Jugendliche war innerhalb der vom Kanton definierten Aufgaben zunächst nicht vorgesehen. In Graubünden gab es deshalb seit Ende der 1960er

[1] Zur Diskussion der Psychiatriereform in anderen Ländern, z. B. Grossbritannien, den USA, Frankreich oder Italien vgl. Schott/Tölle (2006), S. 306–311. Die Umwandlung Realtas von einer geschlossenen zu einer halboffenen Anstalt im Zuge der Einführung des StGBs kann als beispielhaft für die Öffnung institutioneller Unterbringung im Massnahmenvollzug betrachtet werden. Diese Entwicklung ist auch in der Kinder- und Jugendfürsorge nachvollziehbar. Zur Öffnung institutioneller Unterbringung vgl. Seglias et al. (2019).

Jahre Bestrebungen, ausserhalb der kantonalen Verwaltungsstrukturen ein institutionelles Angebot für Minderjährige zu schaffen. Zu diesem Zweck wurde 1969 die *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim* gegründet. Die institutionelle Ausgestaltung folgte im Grundsatz den drei beschriebenen Tendenzen. Gleichzeitig zeigt die Entwicklung des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots im Kanton individuelle Entwicklungslinien, die geprägt waren von finanziellen und organisatorischen Herausforderungen einer privaten Trägerschaft sowie dem Bestreben um Anerkennung der eigenen Fachrichtung und ihrer spezifischen Anforderungen. Seit 2019 ist das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot als eigenständige Fachrichtung Teil der *Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR)*.

5.1 Zwei Kliniken, zwei Sichtweisen: abweichende Entwicklungslinien in den Öffnungstendenzen

Die seit Ende der 1950er Jahre feststellbaren Veränderungen in den beiden psychiatrischen Kliniken wurden, wie bereits in den Jahrzehnten zuvor, massgeblich durch die jeweiligen Chefärzte mitgeprägt. In den 1960er, 1970er und 1980er Jahren offenbarten sich während der Amtszeiten von Gottlob Pflugfelder (1951–1977) und Benedikt Fontana (1977–1991) in der Klinik Waldhaus sowie von Ernst Weber (1957–1984) in der Klinik Beverin auf unterschiedlichen Ebenen gemeinsame, aber auch divergierende Entwicklungen. Sie hängen einerseits mit unterschiedlichen medizinisch-therapeutischen Schwerpunktsetzungen zusammen, andererseits mit individuellen Sichtweisen und Haltungen als Leiter einer psychiatrischen Klinik. Nicht zuletzt offenbaren sie eine sich rasch wandelnde Disziplin und die Reaktion der jeweiligen Chefärzte darauf.

Dass die Entwicklungen in beiden Kliniken nicht parallel verliefen, war nichts Neues. Auf der Suche nach neuen Behandlungsformen hatten Pflugfelders und Webers Vorgänger neben den somatischen Kuren zu unterschiedlichen Zeiten und teilweise unter anderen Vorzeichen auch psychotherapeutische, psychoanalytische, arbeits- und bewegungstherapeutische Angebote eingeführt (vgl. Kapitel 2 und 3). Die Entwicklungen der Psychopharmaka und die sich damit eröffnenden medizinischen und therapeutischen Perspektiven prägten die beiden Bündner Kliniken in unterschiedlicher Weise. Weber konnte sich als Vertreter einer modernen Sozialpsychiatrie und dynamischer Reformer profilieren, Pflugfelder und Fontana hingegen wurden als weniger dynamisch wahrgenommen, als verhaftet in überholten Denkmustern, nicht zuletzt in eugenischer Tradition. Dies, obwohl Pflugfelder 1951 als «Vertreter der modernen Psychiatrie» zum Chefarzt gewählt worden war.[2] Er initiierte anfangs therapeutische und organisatorische Neuerungen. Mit zunehmender Amtszeit ging er Veränderungen langsamer an als sein Kollege im Domleschg. Er betrieb bis zum Ende seiner Amtszeit intensive «Stammbaumforschungen» und setzte die von J. J. Jörger begonnene Arbeit an einem «Sippenarchiv», das sich unter anderem auf jenische Familien bezog, fort. Die eugenischen Modelle wirkten sich auch auf seine Diagnose- und Gutachtertätigkeit, etwa für Sozialbehörden, aus. Benedikt Fontana brach nicht mit eugenischen Denkmustern, was unter anderem zu medialer Kritik in den 1980er Jahren führte.[3] Auch Weber argumentierte bisweilen in einer hereditären Logik, allerdings weit weniger systematisch als seine beiden Kollegen aus der Klinik Waldhaus (vgl. Kapitel 5.1.5).

Anders als bei den somatischen Kuren fanden Psychopharmaka mit deren Markteinführung in beiden Kliniken rasch Verwendung. Weber und Pflugfelder betonten deren Chancen, auch mit Blick auf ein erweitertes therapeutisches Angebot für Menschen, für die bis dahin keine erfolgsversprechende Behandlung erkennbar war. Beide Chefärzte interessierten sich im Rahmen eigener Studien für die Wirkungsweisen einzelner Medikamente (vgl. Kapitel 3.3.5).

Bei Pflugfelder waren Psychopharmaka in erster Linie eine Ergänzung zu somatischen Kuren. Medikamentöse Behandlungen listete er in den Jahresberichten jeweils minutiös auf.[4] Unter ihm kamen somatische Kuren weiterhin zur Anwendung, nicht zuletzt auch als Disziplinierungsmittel. Im Fall der Insulinkuren kann das auch auf das persönliche Forschungsinteresse Pflugfelders zu-

---

2 Protokolle der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. Juni 1951. Auch Pflugfelder sah sich selbst als modernen Psychiater und die Klinik Waldhaus als eine moderne Psychiatrie: «Auf jeden Fall darf seit 1946 die Heilanstalt Waldhaus als modern geführtes psychiatrisches Spital betrachtet werden; der Vorwurf einer ‹Verwahrungsanstalt› ist völlig unbegründet geworden», schrieb er 1970. Vgl. Pflugfelder (1970), S. 372.

3 Vgl. dazu Aliesch (2011) und dies. (2017).

4 Protokolle der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. Juni 1951.

rückgeführt werden (vgl. Kapitel 3).[5] Bis Ende der 1970er Jahre fanden diese aufwendigen Kuren, die eine intensive Pflege verlangten, in der Klinik Waldhaus Anwendung. Damit war das Waldhaus eine der letzten Schweizer Kliniken, die Insulinkuren durchführte.[6] Auch Elektrokrampftherapien wurden weiterhin praktiziert. Alois Kappeler, der seit 1968 mehrfach in den Bündner Kliniken untergebracht gewesen war, berichtete von einer systematischen Anwendung von Elektrokrampftherapien und Bädern.[7] Er schilderte ein Abstufungssystem in der Klinik Waldhaus, in dem ein Patient oder eine Patientin durch angepasstes Verhalten von einer geschlossenen in eine offene Abteilung wechseln konnte, in der bisweilen auch Freigänge erlaubt waren. Bei einem Regelverstoss folgte jedoch die Rückversetzung in eine geschlossene Abteilung. Diese Regeln verstanden sich als disziplinarische und erzieherische und nicht als therapeutische Massnahmen. Auch Elektrokrampftherapien und Bäder wurden offenbar zur Bestrafung bei Regelverstössen verordnet.[8] In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass Kappeler die Wirkungen der verabreichten Medikamente in der Klinik Beverin aufgrund der massiven Nebenwirkungen für «schlimmer» hielt als die somatischen Kuren in der Klinik Waldhaus. «Dort war es schlimmer, noch viel schlimmer war es in Beverin, weil sie hier noch mehr mit starken Medikamenten, von denen du richtig abhängig, süchtig werden kannst, gearbeitet haben.»[9]

Weber verfolgte seit seinem Amtsantritt 1957 dezidiert das Ziel der Resozialisierung und Integration psychisch kranker Menschen. Er nutzte seinen Handlungsspielraum von Beginn an, um auf therapeutischer, medizinischer, personeller, infrastruktureller und politischer Ebene Veränderungen in Gang zu bringen. Der Anspruch auf Resozialisierung beinhaltete neben einer Öffnung und Differenzierung des psychiatrischen Angebots auch den Einbezug des sozialen Umfelds von Patientinnen und Patienten. Weber stellte sein Programm unter den Begriff der *Sozialpsychiatrie*:

> *«Immer mehr zeigt sich, dass die Sozialpsychiatrie ausgebaut werden muss. Nur ein kleiner Teil der eintretenden Patienten leidet an einer Geisteskrankheit im engeren Sinn. Bei den meisten Patienten sind soziale Hintergründe, die zu Fehlreaktionen, depressiven Verstimmungen, Erregungszuständen oder übermässigem Alkoholgenuss geführt haben. Hier hätte wiederum die ambulante Psychiatrie, die in den einzelnen Talschaften wirksam sein sollte, ihre wichtige Funktion und könnte viele Klinikeintritte, die leider nach wie vor mit einem Odium verbunden sind, verhindern.»*[10]

Der Chefarzt verstand die *Sozialpsychiatrie* als eine vernetzte psychiatrische Versorgung – jenseits einer reinen Anstaltspsychiatrie –, die das Ziel verfolgen sollte, einen sozialen Ausschluss der Betroffenen nach Möglichkeit zu verhindern. In diesem Sinne erweiterte der Kanton Graubünden seit den 1970er Jahren auch die psychiatrische Betreuung ausserhalb der beiden Kliniken. Sozialpsychiatrisch motiviert waren etwa die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, der Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste oder Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung, und schliesslich weitere Wiedereingliederungsmassnahmen und betreute Wohnformen. Weber veranlasste unter anderem einen Neubau zwischen 1973 und 1974 – ein sichtbares Zeichen des Aufbruchs, der von der Bündner Bevölkerung mit einem klaren Volksentscheid mitgetragen wurde.[11] Der Neubau stand sinnbildlich für eine als offener und wohnlicher propagierte stationäre Psychiatrie (vgl. Bildstrecke). Für Weber ermöglichte die psychopharmakologische Wende den «grossen Schritt vom Asyl zur psychiatrischen Klinik», deren Öffnung und den Ausbau sozialpsychiatrischer Angebote.[12]

5.1.1 Erste räumliche Anpassungen in der institutionellen Unterbringung psychisch kranker Menschen

Beide Kliniken setzten Ende der 1950er Jahre sichtbare Zeichen für eine an Integration und Resozialisierung orientierte Psychiatrie. Die meterhohen Zäune und Mauern wurden abgerissen,

5 Pflugfelder (1951).
6 Interview mit Vitus Bass, 1.36.55–1.39.05.
7 Interview mit Alois Kappeler, 17.11–17.59.
8 Ebd.
9 Ebd., 18.08–18.27.
10 Jahresbericht Beverin 1976, S. 174.
11 Ebd., 1972, S. 199 und Landesbericht 1972, S. 5.
12 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 5.

das Eisentor in Beverin gesprengt.[13] Die Mauern wurden nicht nur als Mittel zur Einschliessung betrachtet, sondern sollten laut Tuffli die Patientinnen und Patienten vor neugierigen Blicken der Aussenwelt schützen.[14] Sie verschwanden auch nicht vollständig. So wurden etwa in Beverin «symbolisch wirkende Zäune» mit der Neugestaltung der Gartenanlage errichtet.[15]

Auch bauliche Veränderungen wurden durchgeführt, nachdem während der vorangegangenen Jahrzehnte zwar immer wieder Renovationen, jedoch keine grundlegenden Neuerungen vorgenommen worden waren.[16] Weber begann kurz nach seinem Amtsantritt, geschlossene Männerabteilungen in offene Stationen umzuwandeln. Dabei wurden Schlafsäle, die bis zu diesem Zeitpunkt 16 bis 18 Betten umfasst hatten, in Zimmer mit drei bis vier Betten aufgeteilt und neu möbliert.[17] Die damit verbundenen positiven Erfahrungen ermutigten den Chefarzt laut Jahresbericht von 1960 dazu, «noch weitere Beweglichkeitseinschränkungen unserer Patienten abzuschaffen». Das Risiko zur Flucht würde damit zwar vergrössert, doch seien gemäss Weber die Chancen zur «Resozialisierung und Anpassung unserer Patienten an normale Verhältnisse» höher zu werten.[18] Diese Änderungen betrafen vor allem die Unterbringung von «ruhigen» Patientinnen und Patienten. Geschlossene Abteilungen bestanden weiterhin. Beibehalten wurde auch der Wachsaal mit seinen anliegenden Einzelzellen. «In diesem Saal werden die Patienten untergebracht, die Tag und Nacht hindurch unter Aufsicht gehalten werden müssen. In der Regel kommen auch die Aufnahmen zunächst in diesen Wachsaal, bis man ein klares Bild über den Patienten hat», so Weber. Er empfand diese Stationen damit nach wie vor als wichtig.[19] Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und Patienten der nachfolgenden Generation blieben die Wachsäle, die bis in die 1980er Jahre beibehalten wurden, als schockierende und düstere Orte in Erinnerung. Vor allem die permanente Beobachtung, aber auch die Unterbringung unterschiedlicher Patientengruppen unter engen Platzverhältnissen, wurde als stossend empfunden (vgl. Kapitel 3.5.4).[20]

Nicht nur für Patientinnen und Patienten, auch gegenüber Angestellten wurden Bestrebungen zu mehr Freiräumen erkennbar. Bereits seit den 1940er Jahren liess die Regierung in Kliniknähe, jedoch ausserhalb des Geländes, für die Mitarbeitenden und deren Familien genossenschaftlich organisierte Angestelltensiedlungen errichten – zuerst für das Waldhaus, anschliessend für die Anstalt Realta. Für die weiblichen Angestellten wurden Schwesternhäuser errichtet. Ein solcher Bau war 1960 eines der ersten Projekte Webers in Cazis. Die neuen Schwesternunterkünfte waren durch einen kleinen Wald von der Klinik Beverin getrennt und lagen «völlig ausserhalb des ‹Anstaltsmilieus›», so der Chefarzt. Davor war es üblich gewesen, die weiblichen Angestellten auf den Abteilungen unterzubringen. Die Trennung der Angestellten-Wohnräume von den Patientenunterkünften zeigt, dass dem Bedürfnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Privatsphäre und Freizeit zunehmend Rechnung getragen wurde. Rückblickend gab Weber 1974 zu bedenken: «Es ist uns heute kaum mehr vorstellbar, dass auch das nicht diensttuende Pflegepersonal abends mit den Patienten eingeschlossen wurde und dass z. B. für verheiratete Pfleger wöchentlich nur ein Ausgang zur Nachtzeit bewilligt wurde.»[21]

Ein «offenes Haus» für Beverin und Neubau des Altersheims Rothenbrunnen (1970–1974)

Seit den 1960er Jahren wurden in Cazis Projekte vorangetrieben für Erweiterungs- und Neubauten, die offenbar «wegen Überbelastung des Hochbauamtes» zunächst nicht durchgeführt werden konnten. Einzig der Bau einer Garage für die Autos des Personals war in Angriff genommen worden.[22] Von entscheidender Bedeutung für die Umsetzung

13 Weber (1969), S. 21. In der Klinik Waldhaus wurden 1963 im Rahmen der Instandstellung von Fassade und Dach über 300 Fenster ausgetauscht und die Gitter mit Sicherheitsglas ersetzt, Jahresbericht Waldhaus 1963, S. 65.

14 Tuffli (1932), S. 15.

15 Weber (1969), S. 21.

16 Teilweise wurden technische Neuerungen oder Anpassungen der sanitären Anlagen vorgenommen, so etwa die Installation elektrischer Beleuchtung, von fliessendem Wasser oder Heizungen in einzelnen Gebäuden in den 1920er Jahren. Protokolle der Sitzungen der Aufsichtskommission über die Anstalt Realta 1916–1937, Sitzung vom 29. Dezember 1923, 20. Februar 1924, 26. Juni 1924, 18. Juli 1924 oder 24. Mai 1928.

17 Weber (1969), S. 15, 21 sowie Jahresbericht Beverin 1965, S. 73.

18 Ebd., 1960, S. 65.

19 Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 17.

20 Interview mit Philipp Gurt, 20.22–24.16, Alois Kappeler, 18.08–18.27 oder Suzanne von Blumenthal, 0.12–0.21 sowie Radio Regionaljournal Graubünden SRF: Suzanne von Blumenthal blickt zurück, 7. September 2016, 0.12–0.37.

21 Weber (1969), S. 15.

22 Jahresbericht Beverin 1961, S. 71.

baulicher Massnahmen war die 1965 eingereichte Motion des Grossrats Gian Mohr. Er verlangte ein «offenes Haus» in der psychiatrischen Klinik Beverin, mit einer offenen geschlechtergemischten Abteilung für circa 25 Personen.[23] Gleichzeitig sollten die Arbeitsbedingungen der Angestellten verbessert und «zentral gelegene» Untersuchungszimmer, Büros für Sekretärinnen, Labor- und Therapieräume sowie eine Bibliothek geschaffen werden. Eine weitere Notwendigkeit stellte demnach eine neue Kücheneinrichtung und die Installation eines Personalrestaurants, das gleichzeitig als Kaffeestube für die Patientinnen und Patienten dienen sollte, dar.[24]

Kurz darauf forderte eine weitere Motion (Schett) den Um- beziehungsweise Neubau des Altersheims Rothenbrunnen, das seit 1923 im Besitz des Kantons war und ebenfalls im Verantwortungsbereich des Chefarztes lag. Aus akutem Platzmangel hatte der Kanton das ehemalige Kurbad, das nicht für einen Ganzjahresbetrieb ausgelegt gewesen war, damals gekauft und in den folgenden Jahrzehnten grosse Summen in dessen Unterhalt investiert. Bereits 1944 war die Baufälligkeit des Gebäudes diskutiert worden.[25] Der Motionär sprach 1966 von «unhaltbaren» Zuständen im gesamten Haus.[26] Auch der ehemalige Präsident der Aufsichtskommission und Mitglied des Grossen Rates beteiligte sich an der Diskussion. Er habe bei den Besuchen in Rothenbrunnen «immer ein schlechtes Gewissen» gehabt. Laut seiner Aussage sei der Bau von kommunalen Altersheimen an die Hoffnung geknüpft gewesen, dass das kantonale Heim geschlossen werden könnte und damit ein Neubau obsolet würde. Jedoch seien «erstaunlicherweise [...] viele ehemalige Insassen [nach Rothenbrunnen] zurückgekehrt», weshalb das Haus nie geschlossen wurde.[27] Die Mängelliste beinhaltete auch feuerpolizeiliche Bedenken. Möglicherweise war ein Brand in der Klinik Waldhaus von 1959 noch in den Köpfen der Politiker präsent.[28]

Trotz dieser und anderer Voten war die Dringlichkeit des Anliegens im Grossen Rat nicht unumstritten. Die Motion wurde aber letztlich überwiesen. Im Herbst 1972 hiess das Bündner Stimmvolk einen Rahmenkredit über 5'900'000 Franken für die Umsetzung beider Bauvorhaben mit grosser Mehrheit gut.[29] Im Hinblick auf diese Abstimmung liest sich die 1969 erschienene und von Weber verfasste Jubiläumsschrift zum 50-jährigen Bestehen der Klinik Beverin auch als aktive Lobbyarbeit für den Ausbau. Die Eröffnung der Aussenstation Rothenbrunnen, des Hauses «Salvorta», des Ärztetrakts, des Verwaltungsgebäudes, der Räumlichkeiten für die Arbeitstherapie sowie des Personalrestaurants konnte 1974 nach weniger als zwei Jahren Bauzeit gefeiert werden (vgl. Bildstrecke).[30] Zu den Neubauten gehörte auch eine Turnhalle, in der die von Pflegern seit 1965 angebotenen Turnstunden und heilgymnastischen Übungen nun in «geeigneten» Räumlichkeiten durchgeführt werden konnten.[31]

Weber war in die Gestaltung der Neubauten direkt involviert. Für das heute nicht mehr bestehende, sternförmig gebaute «Haus Salvorta» besuchte er im Auftrag der Studienkommission mehrere Kliniken in der Romandie. Jene in der Deutschschweiz waren ihm laut eigenen Angaben bereits vertraut und die französische Schweiz be-

---

23 Weber (1969), S. 21. Verhandlungen des Grossen Rates vom 28. November und 3. Dezember 1965, S. 266, 395–396.

24 Weber (1969), S. 22–23.

25 Verhandlungen des Grossen Rates vom 23. Mai 1967, S. 26 und 1. Juni 1967, S. 134–135. Unterhalt und Renovationen hatten den Kanton während 43 Jahren jährlich «rund 24 700 Franken» gekostet.

26 Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen vom Grossen Rat erlassen am 1. Dezember 1966, S. 532–534. Die «Kuranstalt Rothenbrunnen» (Baujahr 1888/9) war für 90'000 Franken vom Kanton übernommen worden. StAGR, VIII 5 d 4: Psychiatrische Klinik Beverin, Bauliches, Bauakten, 1969–1989, Eröffnungen der Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin, Begrüssungsansprache von Regierungsrat Tobias Kuoni, S. 2.

27 Verhandlungen des Grossen Rates vom 23. Mai 1967, S. 26 und 1. Juni 1967, S. 137–139, zit. S. 137.

28 Weber machte keinen Hehl daraus, dass er die Verantwortung für das Altersheim nicht per se als Aufgabe einer psychiatrischen Klinik verstand. Gleichzeitig hob er bei früherer Gelegenheit den Vorteil hervor, besonders ältere Menschen, die selbständig waren, dorthin verlegen zu können, und folgte damit der Argumentation der Regierung. Weber (1969), S. 14, 20 sowie Jahresbericht Beverin 1963, S. 76. Anders sah das die Regierung, welche die organisatorische und personelle Verknüpfung als grossen Vorteil für beide Häuser verteidigte. StAGR, VIII 5 d 4: Psychiatrische Klinik Beverin, Bauliches, Bauakten, 1969–1989, Eröffnungen der Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin, Begrüssungsansprache von Regierungsrat Tobias Kuoni, S. 3.

29 Weber (1969), S. 21 und Verhandlungen des Grossen Rates vom 28. November und 3. Dezember 1965, S. 266, 395–396 und Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1969/70.

30 Ebd., S. 1 und Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 23.

31 Ebd.

sässe ausserdem eine «andere Mentalität», von der er sich neue Möglichkeiten für den Neubau erhoffte.[32] Dieser war von entscheidender Bedeutung für die von Weber explizit geforderte Öffnung, in der ein stationärer Aufenthalt grundsätzlich von begrenzter Dauer sein sollte. Die neuen Räumlichkeiten sollten sowohl als offene Aufnahmestation als auch als Vorstufe für eine mögliche Entlassung nutzbar sein.[33]

Die als wichtige Neuerungen gefeierten Bauten konnten Webers Wunsch nach Anpassungen an zeitgenössische Ansprüche nur bedingt erfüllen. Im Jahresbericht von 1973 machte er auf die Erkenntnisse aus der seit 1970 erhobenen nationalen Spitalstatistik (VESKA) aufmerksam, die Ungleichheiten zwischen «Körperkranken» und psychisch kranken Menschen auf verschiedenen Ebenen, beispielsweise in der finanziellen Versorgung oder hinsichtlich der Betreuungsverhältnisse, aufzeigten.

> *«Aus der Veska-Statistik ergibt sich, in Kürze zusammengefasst, dass die Psychiatrie mit ihren Patienten, Einrichtungen und Betreuern lange Zeit vernachlässigt wurde und dass auch heute noch die Behandlungsmöglichkeiten infolge Aerzte- und Pflegepersonal-Mangel, Überbelegung der Abteilungen, mangelnden Interesses der Öffentlichkeit für psychiatrische Belange, nicht ausgeschöpft werden können.»*[34]

Anlässlich der Eröffnungsfeier 1974 doppelte er nach und nutzte seine Rede, um erneut darauf hinzuweisen, dass die eben fertiggestellten baulichen Anpassungen um neue therapeutische Instrumente und zusätzliche Stellenprozente qualifizierter Mitarbeitender erweitert werden sollten. Nur unter diesen Umständen konnte laut Weber eine zeitgenössische psychiatrisch Versorgung im Kanton Graubünden sichergestellt werden.[35]

Auch Pflugfelder äusserte zu dieser Zeit Wünsche für den Umbau der Klinik Waldhaus. Er forderte eine psychosomatische Station mit Arztwohnung, Personalzimmer und weitere Räumlichkeiten für die Arbeitstherapie sowie einen Gottesdienstraum und die Weiterführung von Renovationen auf den Pflegeabteilungen. Angesichts der hohen Kosten für die Neubauten in Cazis und Rothenbrunnen sprach die Regierung jedoch keine entsprechenden Gelder.[36] Die Modernisierung der Klinik Beverin schuf damit ein sichtbares Ungleichgewicht gegenüber den infrastrukturellen Voraussetzungen der Klinik Waldhaus. Bis dort ein umfassender Um- und Neubau in Angriff genommen werden konnte, vergingen rund weitere zwanzig Jahre. Das Projekt kam erst Ende der 1980er Jahre zustande. Das Warten auf bauliche Anpassungen hemmte darüber hinaus notwendige Sanierungsarbeiten, was den Kontrast zwischen den beiden Kliniken in architektonischer Hinsicht zusätzlich verstärkte (vgl. Kapitel 5.2).

5.1.2 Differenzierung des Therapieangebots seit den 1960er Jahren

Der Neubau in der Klinik Beverin bewährte sich aus Sicht des Chefarztes innerhalb kurzer Zeit. Ein Jahr nach dessen Fertigstellung schrieb Weber im Jahresbericht 1975, dass im Vergleich mit den Vorjahreszahlen bereits ein zusätzliches Drittel an Patientinnen und Patienten vom Therapieangebot profitieren könne. Genauere Zahlen wurden jedoch nicht genannt.[37] Trotz erster Öffnungstendenzen blieben die beiden psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus die zentralen, vom Kanton finanzierten psychiatrischen Angebote. Der weitere Ausbau des therapeutischen Angebots, einschliesslich baulicher Anpassungen der Patientenunterbringung, fand in den kommenden Jahren

---

32 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, Sitzung vom 11. Juli 1967, S. 2–5. Laut König hatte Weber die «Ypsilon»-Form erstmals in Paris bei einer geschlechterdurchmischten Abteilung gesehen und im Sinne eines milieu-therapeutischen Ansatzes für Beverin konzipiert. Unterstützung für sein Anliegen erhielt er von einem Grossrat, dessen Frau psychisch erkrankt war. Interview mit Hans König, 1.16.31–1.16.45, 1.17.35–1.17.56 und 1.18.00–1.18.13.

33 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, 1. Sitzung vom 19. April 1967, S. 2.

34 1970 wurde erstmals die Erhebung einer medizinischen Statistik VESKA durchgeführt. Siehe dazu ausführlicher: O. N. (2001), S. 218. Mit 142 Franken kostete ein Bett in einem Akutspital fast dreimal mehr als in einer psychiatrischen Klinik mit 42 Franken. Jahresbericht Realta/Beverin 1973, S. 197.

35 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 10.

36 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, 1. Sitzung vom 19. April 1967, S. 3–5.

37 Jahresbericht Realta/Beverin 1975.

zunächst auf dem Areal der Kliniken statt. Dabei blieb die räumliche Gliederung nach Krankheitszustand und Geschlecht grösstenteils bestehen. Vom wachsenden Therapieangebot und grösseren Bewegungsfreiraum profitierten zunächst meist ruhige und in ihrem Sozialverhalten angepasste Personen. Der verstärkte Einsatz von Medikamenten trug aber dazu bei, dass mehr Menschen diese Kriterien erfüllten als in den vorangegangenen Jahrzehnten.

Erhöhter Anspruch an eine gesellschaftliche Integration

Der Ausbau des therapeutischen Angebots knüpfte an bestehende Ansätze an und entwickelte diese weiter. So gewannen psychotherapeutische Ansätze genauso an Einfluss wie Konzepte der Arbeits-, Beschäftigungs- oder Bewegungstherapie.

Weber sah in den Psychopharmaka den Hauptgrund dafür, dass sich die psychiatrischen Kliniken weg vom «Asyl» hin zu einem «Spital» entwickeln konnten. Er relativierte gleichzeitig ihre Wirkung, solange nicht ein breites Therapieangebot zusätzlich zur Verfügung stand. Als therapeutischen Rahmen favorisierte er die Psychotherapie – in Ergänzung zur medikamentösen Behandlung (vgl. Nahaufnahme 5):

> *«Psychotherapie heisst im weitesten Sinne, dass der Patient in der Klinik nicht isoliert und nicht ‹abgestellt› ist, sondern vom Eintritt an das therapeutische Ziel dahin ausgerichtet ist, ihn wieder in das Leben ausserhalb der Klinik einzugliedern. Dies ist aber nur möglich, wenn nicht einseitig die Behandlung und der Erfolg einer Behandlung vom Einnehmen und Injizieren von Medikamenten erwartet wird, sondern wenn durch die täglichen Gespräche – seien es nun Gruppen- oder Einzelgespräche – der Patient sich wieder als anerkanntes Mitglied unserer Gesellschaft fühlt.»*[38]

In der Umsetzung des Resozialisierungs- und Integrationsanspruchs legten die Verantwortlichen besonderen Wert auf die Arbeits- und Beschäftigungstherapie, später auch auf die Ergotherapie (vgl. Kapitel 2.2.1). In den Bündner Kliniken waren ähnlich wie in ausserkantonalen Einrichtungen unterschiedliche Formen der Arbeit verbreitet: auf den eigenen Landwirtschaftsbetrieben, in der Haushaltung oder bei externen Arbeitgebern. In Cazis fiel es durch die anliegende Arbeitserziehungsanstalt besonders leicht, arbeitsorientierte Therapien anzubieten.[39]

Bereits 1933 fand die Arbeit unter einem therapeutischen Ansatz Eingang in die Instruktionen des Pflegepersonals der Klinik Waldhaus. Auf Antrag Pflugfelders wurde die Arbeitstherapie 1964 zusätzlich in den Pflichtenkatalog der Direktion beider Kliniken aufgenommen.[40] Interne Arbeitsmöglichkeiten wurden fortan als «Ateliers» bezeichnet. Die Zürcher Klinik Burghölzli hatte vergleichbare «Ateliers» bereits 1943 eingeführt. Dort standen sie ausschliesslich Männern offen, die nicht in der Landwirtschaft beschäftigt werden konnten. Für Frauen, so die Zürcher Position, stünden jenseits der Ateliers genügend Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung.[41] Ob diese Trennung in den beiden Bündner Kliniken ebenfalls praktiziert wurde, bleibt unklar, wenngleich auch hier Hinweise auf entsprechende geschlechterspezifische Unterschiede gegeben sind. Die während der Arbeitstherapie hergestellten Produkte wurden unter anderem an jährlich stattfindenden Märkten verkauft.[42] Geführt wurden die «Ateliers» zunächst vom Pflegepersonal, das auch die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten hatte.[43]

Während in den vorangegangenen Jahrzehnten die Grenzen zwischen Arbeit und therapeutischer Beschäftigung nicht immer klar zu ziehen gewesen waren, führte ein vermehrter Anspruch auf eine Resozialisierung oder Integration zu differenzierteren Einsätzen der Patientinnen und Pa-

---

38 Goerre (1985), S. 161–162.

39 Vgl. Heiniger Alix (2019a), S. 281–330 und Nahaufnahme 4.

40 StAGR, CB III 572 5: Neuerarbeitung der Verordnung über die Organisation der kantonalen Anstalten Waldhaus, Beverin, Realta und Rothenbrunnen (1964) Artikel 7, Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Beverin 1953–1974, Sitzung vom 8. Oktober 1964, S. 4–5. Weshalb Pflugfelder diese Aufnahme veranlasste, ist nicht überliefert. Möglicherweise stand sie in Zusammenhang mit der Einführung der Invalidenversicherung.

41 Germann (2007), S. 214–215.

42 Jahresbericht Waldhaus 1949, S. 28, 1950, S. 30 oder Jahresbericht Realta/Beverin 1986, S. 202.

43 Die damit einhergehende Erweiterung im Anforderungsprofil der Pflegenden wurde früh als Argument bei Forderungen für eine Anpassung der Ausbildung «an zeitgemässe Verhältnisse» benutzt, so beispielsweise durch den VPOD 1950; Germann (2007), S. 213. Im Burghölzli kam im Zuge des Wirtschaftsbooms (1969) auch die Forderung nach der Entlöhnung für die geleistete Arbeit der Patientinnen und Patienten auf, der aufgrund einer schwierigen Finanzlage der Klinik keine Folge geleistet wurde. Dies führte zu Konflikten zwischen Patientinnen und Patienten und der Klinikleitung. Vgl. ebd. S. 228–229.

tienten. Mit dem Aufkommen der Beschäftigungstherapie stellte die Klinik vermehrt spezialisiertes Personal ein. In Beverin wurde 1966 erstmals eine Beschäftigungstherapeutin eingestellt, die auch ergotherapeutische Arbeitsweisen einbrachte. Neu sollten die Patientinnen und Patienten ein auf ihr «Anforderungsniveau» zugeschnittenes Beschäftigungsprogramm innerhalb der individuellen Therapiepläne erhalten.[44] Die weitere Stärkung der Ergotherapie zeigte sich wenig später mit der Einstellung einer Fachtherapeutin 1975 in der Aussenstation Rothenbrunnen.[45] Im selben Jahr nahm auch eine Kunsttherapeutin in Beverin ihre Arbeit auf. Damit wurde der künstlerische und kreative Aspekt, der bereits durch die Beschäftigungs- und Ergotherapeutinnen Einzug in die Kliniken hielt, im therapeutischen Alltag zusätzlich betont.[46] Im Vergleich dazu wurde bereits in den 1950er Jahren in der Klinik Burghölzli eine Arbeitstherapeutin eingestellt, die ein neues Selbstverständnis ihrer Arbeit miteinbrachte. Sie grenzte sich von der Arbeitstherapie insofern ab, als dass sie auch die spielerischen Aspekte ihrer Arbeit betonte und die Kreativität fördern wollte, beispielsweise über Arbeiten wie Flechten, Weben oder Mosaiklegen. Im Burghölzli galt die Beschäftigungstherapie als Vorstufe der Arbeitstherapie und wurde als Ergänzung und weniger als Ersatz gesehen.[47]

Auch für die Klinik Waldhaus wurde in den 1970er Jahren ein Ausbau des therapeutischen Angebots diskutiert. Hier standen vor allem die Erweiterung der Arbeitstherapie mit zusätzlichen Räumen und Werkstätten innerhalb der Klinik, aber auch Arbeitseinsätze ausserhalb des Klinikareals zur Diskussion. Räumliche Umnutzungen mussten dabei innerhalb der bestehenden Infrastruktur durchgeführt werden, so dass auch über die Einrichtung von Therapieräumen im Keller diskutiert wurde.[48]

Während Weber in Beverin aktiv darauf hinarbeitete, die Aufenthaltszeit in den Kliniken, zunehmend auch für als chronisch krank eingestufte Patientinnen und Patienten, zu verkürzen (vgl. Kapitel 3), wurde über Pflugfelder gesagt, dass er einzelne Patientinnen und Patienten «in der Krankheit leben» liess – so formulierte es rückblickend der ehemalige Pfleger Armin Pirovino. Er bewertete dies durchaus positiv, solange Langzeitpatientinnen und -patienten spezifische Aufgaben erhielten, die gewisse Privilegien beinhalteten. Der ehemalige Pfleger nannte dafür drei Beispiele. Ein Mann, genannt «der Dichter», lebte in einer «Einzelzelle» und war für die Bibliothek zuständig. Einmal wöchentlich brachte er Bücher auf alle Stationen und sammelte die gelesenen wieder ein. Das zweite Beispiel betraf eine Frau, die als Haushaltshilfe in der Chefarztwohnung beschäftigt wurde. Schliesslich erwähnte Pirovino eine weitere Patientin, die ein Einzelzimmer bewohnte und jeweils in der Nacht Stammbäume für den Chefarzt zeichnete. Sie besass offenbar einen eigenen Schlüssel und verstand sich selber eher als Mitarbeiterin denn als Patientin. Bemerkenswert ist der nicht weiter ausgeführte Hinweis, dass diese Patientin als Mann auftrat, auf einer Männerstation untergebracht war und auch als solcher wahrgenommen wurde: «Er lebte in der Krankheit und erledigte wertvolle Arbeit», so Pirovino.[49] Wie systematisch diese Erteilung von Privilegien war und ob solche Arbeitsleistungen entlohnt wurden, ist nicht überliefert.

Die zunehmende Bedeutung der gesellschaftlichen Integration war nicht zuletzt eine Folge der Einführung der obligatorischen Invalidenversicherung (IV) 1960. Diese sah, anders als die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), neben Geldleistungen (Renten) auch Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung vor.[50] Das Postulat einer beruflichen und sozialen Integration verhalf der Idee der Resozialisierung in der Psy-

44 Jahresbericht Realta/Beverin 1966, S. 11, 1985, S. 194.

45 Jahresbericht Realta/Beverin 1975, S. 170.

46 Ebd., S. 167. Der künstlerische und kreative Ausdruck ist Teil des psychiatrischen Alltags. Vgl. Kraft (2005). Auch in Graubünden wurden deren Resultate teilweise in Ausstellungen veröffentlicht. Ein bekanntes Beispiel war der lettische Künstler Michael Pankoks (1894–1983) mit Ausstellung seiner geschnitzten Holzfiguren 1991, 2011 oder 2014 in Chur. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Hr. Pankoks: Holzfiguren 1993 und Bündner Kunstmuseum Chur (1991).

47 Germann (2007), S. 231–232.

48 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Studienkommission für ein «offenes Haus» in Beverin, Sitzung vom 19. Juni 1969, S. 10.

49 Interview mit Armin Pirovino, 47.45–48.55 und 49.59–52.10. Der privilegierte Arbeitseinsatz von Langzeitinsassinnen und -insassen ist auch aus dem Kontext administrativer Internierungen bekannt. Vgl. Seglias / Dissler (2019), S. 341.

50 Germann (2007), S. 231 und ders. (2008), S. 186. Der Gedanke der beruflichen Wiedereingliederung, der seit 1918 ein wichtiger Teil der Arbeit der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) war, wurde durch die IV übernommen. Vgl. Lengwiler (2006) oder https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/kassenwesen/schweizerische-unfallversicherungsanstalt-suva/, Zugriff: 05.09.2019.

chiatrie zum Durchbruch und kann als Argument für die Arbeitstherapie gelesen werden. Gleichzeitig erhöhte dies den Druck auf die Patientinnen und Patienten, die wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden sollten.[51] Zur Erreichung der gesetzten Ziele wurden Ärzte und Wiedereingliederungsexperten ermächtigt, nicht nur unterstützend, sondern auch steuernd zu wirken. Die Eingliederung wurde nicht nur als Option, sondern auch als «soziale Pflicht» für jede und jeden betrachtet.[52]

Innerhalb der Kliniken bildeten die Beschäftigungs- und Arbeitstherapien eine Vorstufe der späteren Arbeitsintegration. Um sich den zukünftigen Arbeitsfeldern ausserhalb der Klinik anzunähern, aber auch, um sinnvolle Tätigkeiten anbieten zu können, versuchte die Klinikleitung vermehrt, Aufträge aus Industrie und Gewerbe zu akquirieren. Das führte laut dem späteren Chefarzt von Beverin und Leiter der Strafanstalt Realta, Hans König, mitunter zu Diskussionen mit dem lokalen Gewerbe, das um einen Preisnachteil fürchtete.[53] Solche Aufträge waren darüber hinaus eine Möglichkeit für die Kliniken, zusätzliche Einnahmen zu generieren. Die Suche nach Arbeitsstellen für die Zeit nach der Klinikentlassung in Betrieben oder in Haushaltungen wurde zu einer wichtigen Aufgabe der Fürsorgerinnen und späteren Sozialarbeitenden der beiden Kliniken.[54]

Die Rezession Mitte der 1970er Jahre hatte nachteilige Auswirkungen auf die Integrationspolitik der IV. Die wirtschaftlich schlechte Lage auf dem Arbeitsmarkt machte Stellenvermittlungen direkt aus der Klinik schwieriger.[55] Anders als Deutschland und Grossbritannien kannte die Schweiz keine Pflicht der Unternehmen, Menschen mit einer Behinderung einzustellen. Der Bund gewährte immerhin Subventionen, wenn Firmen sich für ein entsprechendes Angebot entschieden.[56] Diese Subventionen ermöglichten später auch in Graubünden Neuerungen, die mit kantonalen Mitteln allein nicht umsetzbar gewesen wären (vgl. Kapitel 5.2.3). Ein systematischer Ausbau geschützter Arbeitsplätze innerhalb bestehender Firmen blieb in der Schweiz allerdings aus. Gleichzeitig entstanden spezialisierte Wiedereingliederungsinstitutionen und damit ein zweiter Arbeitsmarkt. Die Klinik Waldhaus nutzte 1975 erstmals ein solches Angebot für Patientinnen und Patienten.[57]

Diese Entwicklung kann auch als erneute Separation gelesen werden, die dem integrativen Anspruch auf einer gesellschaftlichen Ebene zuwiderlief. Seit den 1980er Jahren richteten die beiden psychiatrischen Kliniken zudem eigene Angebote für Patientinnen und Patienten ein, die an einer dauerhaften Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung litten. Diese beinhalteten ein spezifisches Arbeitsumfeld mit weniger komplexen Aufgaben und flexibleren Arbeitsbedingungen. In dieser Zeit stiegen die Anforderungen, die der Arbeitsmarkt an die Qualifikationen der Stellensuchenden stellte, laut Angaben der Kliniken deutlich an, was sich wiederum nachteilig auf die Integration von Menschen mit psychischen Herausforderungen auswirke: «Oft können die psychisch Kranken diesen Stresssituationen nicht standhalten und dadurch gibt es immer wieder Rückfälle», so die Einschätzung von Verantwortlichen der Klinik Waldhaus. Die Klinik führte deshalb anfangs der 1980er Jahre Arbeitstrainings für Patientinnen und Patienten vor ihrer Entlassung ein.[58]

Heute betreiben die *Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR)* an den Standorten Chur, Rothenbrunnen und Roveredo unter dem Namen ARBES eigene «geschützte Werkstätten».[59] Zugleich blieb die Arbeit ein wichtiger Gradmesser für die persönliche Leistungsfähigkeit. Gianreto Conrad, Bereichsleiter ARBES, meinte dazu: «Manche können vielleicht nur zwei Stunden arbeiten, andere fünf bis sechs Stunden. Es ärgert mich immer wieder, wenn die Gesellschaft das Gefühl hat, diese Menschen seien zu faul, um zu arbeiten [...]. Wir sehen jeden Tag, dass dies nicht stimmt.»[60] Heute wird den Mitarbeitenden der ARBES in Ergänzung zur IV-Rente ein Stundenlohn ausbezahlt.[61] Aktu-

51 IVG 1959, Artikel 10, zit. nach: Germann (2008), S. 197.
52 Ebd., S. 195, 197.
53 Interview mit Hans König, 2.27.55–2.39.55.
54 Ebd., 2.39.57–2.40.50.
55 Jahresbericht Beverin 1975, S. 170.
56 Ebd., S. 192, 196.
57 Jahresbericht Waldhaus 1975, S. 170 und Germann (2008), S. 189–190.
58 Jahresbericht Waldhaus 1983, S. 187.
59 Gianreto Conrad, Leiter ARBES: https://www.pdgr.ch/IV-Arbeitsplaetze.753.0.html, Zugriff: 30.06.2019.
60 Auszug aus Bündner Woche, 18.07.2012, S. 21, aufgeschaltet auf: https://www.pdgr.ch/Sinnvolle-Arbeit-fuer-psychisc.1483.0.html, Zugriff: 30.06.2019.
61 Informationen zu ARBES: https://www.pdgr.ch/FAQ-ARBES.1180.0.html und https://www.pdgr.ch/ARBES.531.0.html, Zugriff: 29.06.2019. Im Jahresbericht von 1985 stellte sich der Arbeits- und Beschäftigungstherapeut von Beverin die Frage, wo therapeutische Arbeit und Beschäftigung aufhöre und die Ausnutzung der Patientinnen und Patienten beginnen würde. Auch wenn er darauf keine Antwort gab, so ist dies doch als Indiz für

elle Arbeitsmarktstatistiken (2018) zeigen, dass über 47 Prozent der Menschen, die eine IV-Rente beziehen, an einer psychischen Krankheit oder Beeinträchtigung leiden.[62] Umso wichtiger wurden die Wiedereingliederungsangebote, geschützten Werkstätten und damit auch die «Ateliers» innerhalb und ausserhalb der Kliniken.

Neben dem Ausbau des arbeits- und beschäftigungsorientierten Therapieangebots gewann seit den 1960er Jahren die Bewegungstherapie, auch als Ausgleich zur Arbeit, an Bedeutung.[63] Nachdem in der Klinik Waldhaus bereits in den 1940er Jahren erste Versuche unternommen worden waren, ein regelmässiges Sportprogramm anzubieten, zeigte der Bau einer Turnhalle und die Anstellung einer Turnlehrerin in Beverin 1974, dass Bewegung Teil des regulären therapeutischen Programms geworden war.[64] In den drauffolgenden Jahren wurde das Bewegungsangebot auch über das Klinikareal hinaus erweitert. So finden sich seit Ende der 1970er Jahre vermehrt Hinweise auf externe Schwimmstunden, die Nutzung von Vita Parcours oder Spaziergänge als Angebote für Patientinnen und Patienten.[65] Im Rahmen der Freizeitorganisation wurden vermehrt Ausflüge durchgeführt. Diese konnten auch belohnenden Charakter haben, «als Lob und Dank für ihr emsiges Mitmachen [der Patientinnen und Patienten] in unseren therapeutischen Ateliers».[66]

Medizinische und therapeutische Betreuung der Insassen im Massnahmenvollzug Realta

An einem Seminar der Direktoren des Massnahmenvollzugs referierte Ernst Weber im Frühjahr 1982 über die therapeutischen Massnahmen in Realta.[67] Dabei kam er auf die medizinische und psychiatrische Betreuung von Strafgefangenen im Vergleich zu jener von Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Klinik Beverin zu sprechen. Sein Referat offenbart eine Unterscheidung zwischen «psychisch kranken» und «psychisch abnormen» Personen sowie verschiedene infrastrukturelle Voraussetzungen und gruppendynamische Argumente für eine unterschiedliche Praxis.

Zunächst beschrieb Weber die allgemeine medizinische Versorgung der Strafgefangenen, die grösstenteils durch die Ärzte der psychiatrischen Klinik durchgeführt werde. Wenn immer möglich wurden Strafgefangene für Konsultationen bei Fachärzten, aber auch für die Betreuung in Krankheitsfällen, die keinen stationären Aufenthalt im Regionalspital Thusis erforderten, in eine psychiatrische Abteilung verlegt.[68] Seit dem Ostschweizer Konkordat im Rahmen der Einführung des Schweizerischen Strafgesetzbuches 1956 war Realta auch zu einem Gefängnis für «vermindert Zurechnungsfähige» geworden (vgl. Kapitel 2.2.3). Ein aus Sicht Webers «nachvollziehbarer Entscheid», den er auf die «sicherlich weltweit einmalige» Konstellation der multifunktionalen Anstalt Realta-Beverin zurückführte.[69] In seinem Referat machte Weber weiter deutlich, dass die Versetzung von Insassen aus Realta nach Beverin auch als Disziplinierungsmassnahme angewandt wurde:

> *«Ebenso besteht die Möglichkeit, Simulanten und längere Zeit Arbeitsunwillige kurzfristig in die geschlossene Abteilung der Klinik zu übernehmen, was in der Regel für den Insassen sehr heilsam ist, indem er bald nach der Aufnahme in der Klinik wieder in die Anstalt zurück will und zurück drängt.»*[70]

Pharmazeutische Produkte, namentlich «Schlafmittel, Tranquilizer oder ähnliche Medikamente», wurden laut Weber in Realta weder verschrieben noch verabreicht.[71] Sie kamen generell nur bei «psychisch schwerst Kranken wie Schizophrenen, Epileptikern und eventuell Drogenabhängigen in

---

eine diesbezüglich wachsende Sensibilität zu werten. Ausführlicher Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Beverin 1985, S. 20.

62 IV-Statistik 2018, im Rahmen von: Statistiken zur sozialen Sicherheit Mai 2019: https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html, Zugriff: 30.06.2019.

63 Jahresbericht Beverin 1977, S. 164.

64 Psychiatrische Klinik Waldhaus (1992), S. 23.

65 Jahresbericht Waldhaus 1977, S. 164.

66 Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 187.

67 Die beiden Chefärzte führten offiziell keinen Direktorentitel, was Weber, mit Blick auf die Bezeichnungen der Anstaltsvorsteher im Massnahmenvollzug, als diskriminierend bezeichnete. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Juli 1990, Nr. 1868, S. 8.

68 Weber (1982), S. 3.

69 Ebd., S. 2.

70 Ebd., S. 3 und Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 14.10–14.18.

71 Anders gelagerte Befunde zeigen sich in Untersuchungen zu anderen Institutionen des Massnahmenvollzugs, beispielweise für das Frauengefängnis Hindelbank im Kanton Bern. Dort starb 1976 aufgrund eines falsch verabreichten Medikamentencocktails eine Gefangene, nachdem ihr der spätere Chefarzt der psychiatrischen Klinik Waldhaus, Benedikt Fontana, telefonisch und ohne Konsultation einen lytischen Cocktail verschrieben hatte. Heiniger Kevin (2019a), S. 475–479.

den ersten Tagen» zur Anwendung, «um ihnen den Entzug etwas zu erleichtern».[72]

Das Referat sollte vor allem die Frage erörtern, ob intensive Psychotherapien mit Einzelnen oder in Gruppen aus Sicht des Chefarztes zur «Rehabilitation» oder «Resozialisierung» Strafgefangener beitragen würden. Weber kam zum Schluss, dass wegen der zahlreichen «hoffnungslosen Fälle» von «psychisch schwerst abnormen Straftätern» auch intensive Psychotherapien keine wesentliche Besserung zur Folge hätten (vgl. Kapitel 3.3.7). Er unterschied in seiner Argumentation zwischen «psychisch kranken» und «psychisch abnormen» Menschen. Letztere befänden sich in der Regel im Massnahmenvollzug und das «Leiden besteht vorwiegend darin, dass er [der Strafgefangene] im Gefängnis und nicht in Freiheit ist».[73] Bei diesen Menschen würden psychotherapeutische Ansätze, wie er sie für Patientinnen und Patienten in der Klinik Beverin propagierte, wenig bewirken, war der Chefarzt überzeugt. Überdies bezweifelte Weber deren Umsetzbarkeit. Bei 90 Insassen sei eine individuelle Betreuung nicht möglich, da die therapeutischen Interessen nicht in den Anstaltsalltag integrierbar seien. Schliesslich verwies Weber auf eine gruppendynamische Komponente. Ein individuelles Angebot würde «in der Subkultur der Anstalt» eine «negative Einstellung unter den Kameraden» begünstigen. Deshalb setzte der Chefarzt auf das Erlebnis in der Gruppe, auf die «Soziotherapie». Unter Berücksichtigung des Resozialisierungsgedanken schienen ihm gemeinsame Erfahrungen, etwa beim Bergsteigen oder in Fischerurlauben, zielführender. Damit sollten der «Teamgeist» und die «Zusammengehörigkeit» gefördert werden, da diese gemäss dem Referenten bei den Strafgefangenen «unterentwickelt» wären. Dazu würden «selbstverständlich» auch «entsprechende Arbeitseinsätze mit kreativen Arbeitsmöglichkeiten» gehören, so Weber weiter. Er setzte damit im Strafvollzug auf ein Erziehungskonzept, das sich im Kontext pädagogischer Kinder- und Jugendheime bereits seit längerem etabliert hatte, und verzichtete, auch aufgrund struktureller Bedingungen, weitgehend auf individuelle psychotherapeutische Angebote.[74]

5.1.3 Sozialarbeitende in den Kliniken – «Bindeglied zwischen Klinik und Patienten»

Neben dem Ausbau des stationären Angebots weiteten die Bündner Kliniken seit den späten 1950er Jahren ihren Einflussbereich mit dem Aufbau eines Nachbetreuungsangebots aus. Diese Erweiterung ging mit der Neueinstellung von Sozialarbeitenden einher. Die erste Fürsorgerin, wie die Sozialarbeitenden bis in die 1970er Jahre hinein genannt wurden, wurde 1956 von der Klinikleitung Beverin eingestellt.[75] Sie betreute in der «nachgehenden Fürsorge» ehemalige Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige ausserhalb der Klinik.[76] Darin widerspiegelt sich das Postulat der «Familienpflege», das heisst der Betreuung durch Angehörige, bei gleichzeitiger Betreuung durch externe Fachpersonen; eine Praxis, die an anderen Orten bereits institutionalisiert war.[77] Dieses Prozedere beruhte auf der Vorstellung, dass Menschen nach einem Klinikaufenthalt in vielerlei Hinsicht auf Unterstützung angewiesen seien, gerade auch bei schwierigen oder herausfordernden Familien- und Wohnverhältnissen. Der Chefarzt Emil Seiler, im Amt von 1952 bis 1957, erwähnte in diesem Zusammenhang besonders finanzielle Notlagen, eine Überforderung der Angehörigen, Suchtproblematiken in der Familie oder ungenügende hygienische Wohnverhältnisse. Die «Nachsorge» war aus seiner Sicht darüber hinaus für Menschen wichtig, die keine Angehörigen besassen, die ihnen nach einer Klinikentlassung Unterstützung leisten konnten. Der Kanton Graubünden verfügte mit den Bezirksfürsorgestellen bereits über Anlaufstellen für solche Situationen. Seiler rechtfertigte ein letztlich überschneidendes Angebot mit einer hohen Hemmschwelle klinikentlassener Personen, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen; vor allem in finanziell schwierigen Situationen oder bei starkem Alkoholkonsum, speziell bei Frauen.[78]

---

72 Weber (1982), S. 4. Alois Kappeler erlebte den Einsatz von Medikamenten in Beverin als weitaus umfangreicher als in der Klinik Waldhaus. Interview mit Alois Kappeler, 18.08–18.27.

73 Weber (1982), S. 6.

74 Ebd., S. 6–7.

75 StAGR V 13 f 10: Psychiatrie, Realta/Beverin, Seelsorge – Sozialdienste, Insassen A–Z, Beverin, Patienten, Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Dr. med. Seiler an Departementssekretär Caviezel (Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden) vom 23. Oktober 1956.

76 Ebd., S. 1.

77 In Zürich etwa waren, angesichts der konstanten Überbelegung der Kliniken, seit Beginn des 20. Jahrhunderts Frühentlassungen mit anschliessender Nachbetreuung durch Fürsorgerinnen vorgenommen worden. Maier et al. (2007), S. 71–72.

78 StAGRV 13 f 10: Psychiatrie, Realta/Beverin, Seelsorge – Sozialdienste, Insassen A–Z, Beverin, Patienten, Fami-

Der Aufgabenkatalog einer Fürsorgerin umfasste ein breites Spektrum, das von der Abklärung der künftigen Wohnsituation über die Begleitung am Tag der Entlassung bis hin zur «Nachsorge» reichte. Letztere sollte sicherstellen, dass die Patientinnen und Patienten «nicht ausgenützt» oder «schlecht gehalten» seien. Die Fürsorgerin hatte die Aufgabe, bei ihren Hausbesuchen jeweils mit «beiden Parteien allein und mit beiden gemeinsam» zu sprechen, also mit den ehemaligen Patientinnen und Patienten sowie den Familienmitgliedern im gemeinsamen Haushalt.[79] Nach Rücksprache mit den Ärzten entschied sie, wie auf einen allfälligen Missstand zu reagieren sei. Als geeignete Massnahmen wurden beispielsweise eine Rückversetzung in die Klinik oder Verhandlungen um Kostgeld oder Lohn betrachtet. Durch diese Art der Nachsorge erhoffte sich Seiler eine Reduktion der Rückfälle. Die Betreuung durch eine Fürsorgerin konnte je nach Bedarf zeitlich ausgedehnt oder schrittweise reduziert werden. «Die Fürsorgerin ist deshalb eigentlich das Bindeglied zwischen der Anstalt und dem ehemaligen Patienten und trägt dazu bei, dass in manchen Fällen rascher eine Entlassung gewagt werden kann», so der Chefarzt.[80] Interessant ist die Anmerkung, die Fürsorgerin helfe durch ihre Arbeit mit, die Vorurteile gegenüber Patientinnen und Patienten, gegenüber der Klinik und psychischen Krankheiten im Allgemeinen zu reduzieren.[81] Wie stark Patientinnen und Patienten bei ihrer Unterbringung oder bei der Auswahl einer Arbeitsstelle mitbestimmen konnten, wird aus diesen Ausführungen nicht ersichtlich.

Seilers Nachfolger, Ernst Weber, erweiterte die Kompetenzen der Sozialarbeitenden hinsichtlich der familiären Unterbringung.[82] Vor allem bei Menschen mit einer diagnostizierten chronischen Schizophrenie sah Weber Potential, die Familienpflege stärker auszubauen.[83] Ende der 1960er Jahre versuchte der Kanton, diese Unterbringungsform zu normieren, indem die Regierung 1968 die Ausarbeitung eines «Regulativs über die Familienpflege» durch die psychiatrischen Kliniken in Auftrag gab, dessen Fertigstellung sich jedoch bis 1979 hinzog.[84] Wohl auch deshalb verfassten die beiden Fürsorgerinnen der psychiatrischen Kliniken 1972 ein eigenes «Arbeitspapier über die Organisation des Fürsorgedienstes und die Zusammenarbeit mit den Ärzten».[85]

Gegen Ende der 1970er Jahre weitete Weber die Betreuungsmöglichkeiten, aber auch die Wohnformen für nachbetreute ehemalige Patientinnen und Patienten noch einmal aus. Als Wohnformen kamen neben Wohnheimen auch Zimmer, Pensionen oder eigene Wohnungen in Frage.[86] Ab 1972 stellte die Klinik Beverin eine zweite Sozialarbeiterin ein, was auf eine zunehmende Zahl an zu betreuenden Personen hinweist. 1977 wurde erstmals ein Mann mit dieser Aufgabe betraut.[87] 1985 betreute der Sozialdienst der Klinik Beverin «im Sinne des sozialpsychiatrischen Ansatzes» 100 Patientinnen und Patienten mit insgesamt 400 Hausbesuchen, nachdem es acht Jahre zuvor noch etwas mehr als 20 Personen gewesen waren. Wichtiger wurde die Vermittlung von Alters- und Pflegeheimplätzen, gerade auch angesichts der konstanten Überbelegung der gerontopsychiatrischen Abteilungen.[88] Um die Nachbetreuung besser gewährleisten zu können, nahmen die Sozialarbeitenden nun an der Chef- und Oberarztvisite teil.[89] In der Klink Waldhaus stand die Vermittlung und Beratung für eine rasche Arbeitsein-

lienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Dr. med. Seiler an Departementssekretär Caviezel (Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden) vom 23. Oktober 1956, S. 2.

79 Ebd., S. 2–5.

80 Ebd., S. 4–5. Das Prinzip der «Nachsorge» und dessen Ausbau findet sich zu diesem Zeitpunkt auch im Straf- und Fürsorgekontext. Vgl. dazu: Häsler (2019), S. 629–659 oder Rietmann (2011), S. 89–100.

81 StAGR V 13 f 10: Psychiatrie, Realta/Beverin, Seelsorge – Sozialdienste, Insassen A–Z, Beverin, Patienten, Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Dr. med. Seiler an Departementssekretär Caviezel (Finanz- und Militärdepartement des Kantons Graubünden) vom 23. Oktober 1956, S. 5.

82 Jahresbericht Realta/Beverin 1957, S. 66.

83 In seiner Argumentation folgte er dabei Eugen Bleulers Sichtweise auf die Rolle der Erziehung bei der Unterbringung in Familien und an Arbeitsstellen, wenn der Chefarzt aus Bleulers «Lehrbuch der Psychiatrie», 9. Auflage 1955, zitierte. StAGR V 13 f 10: Psychiatrie, Beverin, Patienten, Familienpflege, Haftpflichtversicherung 1978–79, Schreiben Ernst Weber an Otto Largiadèr vom 2. April 1979, S. 1–2.

84 Ebd., Schreiben des Regierungsratspräsidenten Otto Largiadèr an Ernst Weber vom 11. September 1979, (Beilage Aktennotiz).

85 Ebd., Schreiben Ernst Weber an Otto Largiadèr vom 2. April 1979, S. 3–4.

86 Jahresbericht Waldhaus 1977, S. 164.

87 StAGR V 13 f 9: Beverin, Sozialdienste, RB vom 17. April 1972.

88 Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194, 1977, S. 164.

89 Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, S. 15 und Verwaltungsarchiv Waldhaus: Interne Weisungen und Richtlinien, Teilnahme Sozialarbeiter an Oberarztvisite in der Klinik vom 16. August 1993.

gliederung zu diesem Zeitpunkt an erster Stelle und war begleitet von einem Anspruch der Selbstverantwortung und Eigeninitiative der betreuten Patientinnen und Patienten.[90] Zur Oberarztvisite wurden die Sozialarbeitenden in der Klinik Waldhaus erst ab 1993 zugelassen.[91]

5.1.4 Personalausbau und Diversifizierung der Berufsgruppen

Der Ausbau des medizinisch-therapeutischen Angebots führte zu einer Diversifizierung der involvierten Berufsgruppen, Veränderungen in der Ausbildung von Pflegenden und damit zu einer zunehmenden Professionalisierung (vgl. Kapitel 4.1). Durch diese Entwicklung erhöhte sich die Anzahl beteiligter Personen aus unterschiedlichen Fachgebieten im Klinikalltag. Die Ausdifferenzierung des Betreuungsangebots wurde in den beiden kantonalen Kliniken in den 1960er und 1970er Jahren unterschiedlich vorgenommen. Beverin besass durch den Neubau in den frühen 1970er Jahren einen infrastrukturellen Vorteil gegenüber der Klinik Waldhaus. Mit dem Aufbau von Fürsorge- oder Sozialhilfestellen im Umfeld der Kliniken wurde der Weg für Angebote ausserhalb der Einrichtungen geebnet. Die chefärztlichen Äusserungen in den Jahresberichten spiegelten den Wunsch nach Veränderung weg von geschlossenen hin zu offeneren Einrichtungen. Gleichzeitig priesen die Berichte den Ausbau verschiedener Therapieangebote als positive Veränderungen. Jahresberichte sind Rechenschaftsberichte zuhanden der Trägerschaft, in diesem Fall des Kantons Graubünden. Die Chefärzte waren deshalb bemüht, Fortschritte, aber auch Herausforderungen, vor allem jene, für deren Behebung finanzielle Mittel benötigt wurden, herauszustreichen. Die Jahresberichte geben aber auch Hinweise auf die Entwicklungen des Personalbestandes. Der Differenzierungsgrad bei den angestellten Fachkräften ermöglicht diesbezügliche Vergleiche der beiden Kliniken. Beispielsweise 1976 wies die Klinik Beverin zehn spezialisierte Stellen aus, während es in der Klinik Waldhaus deren sechs waren; trotz höherem Gesamtpersonalbestand (vgl. Tabelle 13 und 14).[92] Reformbereitschaft und therapeutische Schwerpunkte unterschieden sich dementsprechend, es herrschten aber auch unterschiedliche Vorstellungen über die Aufgabenbereiche und die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Pflegenden, Patientinnen und Patienten.

	Schweizer	Ausländer	Total
Ärzte	3	4	7
Pflegepersonal	92	13	105
Andere medizinische Fachbereiche	5	1	6
Ökonomie/ Verwaltung	32	26	58
Gutsbetrieb	7	1	8
Total*	141** (127)	45 (55)	186** (182)

Tabelle 13: Personalbestand Klinik Waldhaus (Ende 1976)
* inklusive Lehrlinge und Teilzeitbeschäftigte (36 Schweizer und 4 Ausländer)
** falsches Total in der Quelle
Anmerkung: Ende 1976 waren neun Stellen nicht besetzt.
Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 171.

	Schweizer	Ausländer	Total
Ärzte	5	3	8
Pflegepersonal	71	15	86
Andere medizinische Fachbereiche	10	–	10
Verwaltung/ Ökonomie	25	33	58
Handwerker	8		8
Total	119*	51	170

Tabelle 14: Personalbestand Klinik Beverin (Ende 1976)
* falsches Total in der Quelle
Anmerkung: Ende 1976 waren 24 Stellen nicht besetzt.[93]
Quelle: Jahresbericht Beverin 1976, S. 175.

Die Klinik Beverin stellte 1961 erstmals einen Psychologen ein. Nach einem Unterbruch wurde diese Stelle ab 1977 als Ersatz für eine Arztstelle neu besetzt. Eine entsprechende Position für einen Psychologen oder eine Psychologin wurde in der Klinik Waldhaus erst 1983 unter Fontana eingeführt, nachdem Pflugfelder die Schaffung einer

90 Jahresbericht Waldhaus 1986, S. 204.
91 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Interne Weisungen und Richtlinien, Teilnahme Sozialarbeiter an Oberarztvisite in der Klinik vom 16. August 1993.
92 Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 171 und Jahresbericht Realta/Beverin 1976, S. 175.
93 Jahresbericht Realta/Beverin 1976, S. 176.

solchen Stelle 1975 explizit abgelehnt hatte.[94] Die Anstellung von psychologisch geschultem Personal in den psychiatrischen Kliniken macht sichtbar, dass sich das Machtgefüge innerhalb der psychiatrischen und psychologischen Arbeit zu verändern begann. In der Übertragung von Verantwortung und nicht allein in der Delegation von Dienstleistungen manifestiert sich ein Wandel in den beiden Kliniken, der auf die stark hierarchisch geprägten Strukturen einwirkte. Auch wenn Weber seine Position als alleiniger Leiter der multifunktionalen Einrichtung in Cazis nicht aufgeben wollte, war er gleichwohl darum bemüht, zusätzliches professionell geschultes Personal einzustellen. Diese Entwicklung wurde im Waldhaus von Pflugfelder mit Skepsis betrachtet und bewusst nicht gefördert. Erst mit der Amtsübergabe an Benedikt Fontana setzte auch in der Klinik Waldhaus ein entsprechender Wandel ein.

Der Einsatz von Psychopharmaka veränderte auch das Berufsbild der Pflege und damit die Ausbildung von Pflegenden nachhaltig. Bewegung in die Bündner Psychiatrie kam deshalb nicht zuletzt durch die Eröffnung der Bündner Schule für Psychiatriepflege und die Professionalisierung der Pflege (vgl. Kapitel 3 und 4). Webers Rolle war auch in diesem Prozess von Bedeutung und er beeinflusste als Präsident der Schulkommission bis 1980 diese Entwicklung nachhaltig. Die Postulate der Antipsychiatrie-Bewegung prägten zudem vor allem junge Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte, aber auch Sozialarbeitende. Viele der im Rahmen dieser Studie interviewten Personen kamen mit einem kritischen Blick in die Kliniken. Eine verbesserte Ausbildung führte gleichzeitig zu vermehrten Auseinandersetzungen zwischen medizinischem und pflegerischem Personal, mitunter auch mit Patientinnen und Patienten. In der Folge mussten Aufgabenbereiche zunehmend neu definiert und Verantwortlichkeiten neu verhandelt werden.[95] Ein Ausdruck davon ist der Einbezug der Pflege in Leitungsfunktionen. 1980 wurde in Beverin die Funktion einer Pflegedienstleitung geschaffen.[96] Die leitende Funktion beinhaltete die Koordination des Pflegepersonals sowie ein Mitspracherecht bei Patientenverlegungen und bei der Anstellung von Pflegepersonal. Damit gewann der Pflegeberuf an Eigenständigkeit und innerhalb der Klinik an Ansehen.

In der Klinik Waldhaus geschah diese Umstellung zur selben Zeit, allerdings nicht ganz freiwillig. Fontanas Arbeitsweise wurde kurz nach seinem Amtsantritt bereits kritisiert, was dazu führte, dass die Bündner Regierung einen Untersuchungsbericht durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) in Auftrag gab (vgl. Kapitel 4.1). Der Bericht, der 1979 erschien, warf Fontana mangelhafte Führung und Kommunikation vor, was zur Verunsicherung und Demotivation des Personals führen und sich negativ auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten auswirken würde. Eine Folge des Berichtes war die Einsetzung einer Pflegedienstleitung. Andere organisatorische Veränderungen wurden in der Klinik Waldhaus als pragmatische Reaktion auf äussere Anforderungen vorgenommen. So etwa in der Frage nach der Geschlechterdurchmischung des Personals. 1966 wurde beispielsweise aufgrund des akuten Personalmangels ein Mann als Schwesternadjunkt aller Frauenabteilungen, zunächst nur versuchsweise, eingesetzt.[97]

Webers Neuerungen gingen dem Personal bisweilen zu schnell und konnten zu Überforderungen führen. Dies bestätigte ein Oberpfleger, der seit den späten 1940er Jahren in Beverin gearbeitet hatte:

> *«Anders als vorher war nun eher das Personal ob der vielen Neuerungen zurückhaltend und leistete mehr oder weniger versteckten Widerstand. [...] Den Patienten wurden mehr Freiheiten zugesprochen. Dies führte zu einer grossen Unsicherheit mit vielen Missverständnissen. [...] Erst mit der Zeit verspürte man, dass bei Ungereimtheiten nicht Sündenböcke gesucht wurden, sondern dass man gewillt war, die Verantwortung gemeinsam zu tragen.»*[98]

Pflugfelder hatte eine andere Sicht auf die «moderne Ausbildung». In einem Schreiben an das Sanitätsdepartement von 1977 bemängelte er

94 Vgl. ebd., 1961 und 1977; Jahresbericht Waldhaus 1983 und Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente, Geschichte vom Waldhaus, Planung des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons Graubünden. Fragebogen an die Experten betreffend Psychiatrie und Zusammenfassung der Vernehmlassung. Anhang zu: Schreiben Motor-Columbus, Ingenieurunternehmung AG, Baden an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, vom 3. Dezember 1975, S. 72.

95 Tornay (2012), S. 84.

96 Jahresbericht Beverin 1980, S. 35–36.

97 Jahresbericht Waldhaus 1966, S. 72. Aufgrund der guten Erfahrungen wurde diese Organisation beibehalten. Vgl. ebd., 1967, S. 163, 1968, S. 159, 1973, S. 191.

98 Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, 40 Jahre psychiatrische Krankenpflege Beverin aus der Sicht des Oberpflegers, S. 31.

die zu liberale Haltung des Personals gegenüber gewissen Patientinnen und Patienten und konstatierte eine bedenkliche neue «Mentalität» der jungen Generation von Pflegerinnen und Pflegern, die ein neues berufspolitisches und -ethisches Selbstbewusstsein entwickelt hätten.[99] Der ehemalige Pfleger Vitus Bass, der 1969 seine Lehre in der Klinik Waldhaus begann, erinnerte sich an ein System der Entmündigung von Pflege und Ärzten durch Pflugfelder:

> *«Der Chefarzt war alles bei uns. Bei Patienten auf der Akutaufnahmestation, wo ich damals arbeitete, bestimmte er, wann ein Patient aufstehen durfte, wann er auf die Akutstation kommt, wann er vom Wachsaal in die Stube darf, wann er in die Therapie darf, ob er in Begleitung oder alleine in den Ausgang darf. Alles bestimmte er. Auch Ärzte hatten nicht viele Kompetenzen. Und weil sie auch wenig zu entscheiden hatten, gab es nie Diskussionen zu Fachthemen.»*[100]

Bass war rückblickend erschrocken darüber, wie er den Führungsstil des Chefarztes letztlich mitgetragen und dadurch sein Berufsinteresse verloren habe. «Ich erledigte meine Aufgabe wie eine Maschine. Ich machte fast nur Hausfrauenarbeit, wie putzen, Kleider mit Namensetiketten versehen, Essen verteilen oder Geschirr abwaschen. Ebenso überwachte ich die Patienten, pflegte unselbständige Personen und verteilte die Medikamente. Patienten, die nicht in die Therapie gehen wollten, durften auf der Abteilung nicht unterhalten werden. […] Das ist eine furchtbare Pflege gewesen. Bis 1978 habe ich das Gefühl gehabt, das Waldhaus schläft und ist tot.»[101] Ein anderer Pfleger, Armin Pirovino, kam mit diesem Führungsstil besser klar. Er war seit 1953 im Waldhaus tätig gewesen und wusste mit den starren Hierarchiestrukturen umzugehen, wenngleich auch er die schroffe Art des Chefarztes kritisierte. Gleichzeitig berichtete er über ein bisweilen gutes Verhältnis der Pflegenden zum ärztlichen Personal.[102]

Zu ersten Umbrüchen kam es in der Klinik Waldhaus im Jahr 1977. Bereits vor der Pensionierung Pflugfelders erachtete es die Aufsichtskommission für notwendig, ein neues Pflegekonzept auszuarbeiten. Noch vor seinem Amtsantritt erhielt deshalb Pflugfelders Nachfolger, Benedikt Fontana, den Auftrag, sich zusammen mit dem Verwalter Gedanken über den künftigen Betrieb zu machen.[103] Pflugfelder stand betrieblichen Neuerungen auch zuletzt skeptisch gegenüber, da es aus seiner Sicht «während seiner Tätigkeit als Direktor» doch möglich gewesen sei, «eine klinische Psychiatrie zu führen, die sowohl von der wissenschaftlichen als auch von der medizinischen Seite betrachtet als erfolgreich angesehen werden müsse».[104]

Bereits kurz nach dem Amtsantritt Fontanas sah sich die Regierung erneut dazu veranlasst, einzugreifen und die Arbeits- und Betreuungssituation unter der neuen Leitung untersuchen zu lassen. Der bereits diskutierte Bericht einer Mitarbeiterin des SRK, der 1979 zur Schaffung einer Pflegedienstleitung geführt hatte, deckte weitere Mängel auf unterschiedlichen Ebenen auf. Der Bericht stellte allgemein fest, dass innerhalb der Klinik sehr unterschiedliche Qualitätsniveaus in der Pflegearbeit vorherrschten sowie grundlegende organisatorische Mängel bestanden, die eine qualitativ hochstehende Pflege und Behandlung der Patientinnen und Patienten nur bedingt möglich machten. Die baulichen Begrenzungen verschärften diese Mängel zusätzlich:

> *«Es fällt auf, wie unterschiedlich die Aktivität der Patienten unterstützt und gefördert wird, auf etlichen Abteilungen sind alle Patienten im Aufenthaltsraum irgendwie beschäftigt, andernorts sitzen sie gelangweilt den ganzen Tag herum. […] Teilweise hemmen Bau und Einrichtung eine entsprechende Entwicklung, doch ist die Aktivität auch von der Anzahl Pflegepersonen und deren Motivation und Befähigung abhängig. In diesem Sinne sind Qualitätsunterschiede in der Betreuung feststellbar.»*[105]

---

99 StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden vom 8. Juli 1977, S. 1.

100 Interview mit Vitus Bass, 35.50–36.54.

101 Ebd., 39.30–39.43 und 40.31–40.39.

102 Interview mit Armin Pirovino, 7.35–7.42 und 46.50–47.10.

103 Dieses Konzept konnte im Rahmen dieser Recherchen nicht ausfindig gemacht werden. Weshalb die Wahl für Pflugfelders Nachfolge auf Benedikt Fontana fiel, ist den Protokollen nicht zu entnehmen. Erstmals fand sich unter den vier diskutierten Bewerbungen eine Frau. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. März 1977, S. 2–3.

104 Ebd., Sitzung vom 18. August 1977, S. 8.

105 StAGR V 13 e 1: Psychiatrie, Klinik Waldhaus, Allgemeines, Beratungsbericht Waldhaus Chur vom 20. April 1979, S. 1.

Laut Bericht fehlten auf vielen Stationen Pflegepläne für die Behandlung und dem Pflegepersonal wurde die Einsicht in die Krankengeschichten verwehrt. Weiter stellte der Bericht fest, dass seitens der Pflegenden eine «Linie im ärztlichen Konzept vermisst» wurde. Der Bericht identifizierte deshalb eine «Lücke in der Kommunikation zwischen Pflegepersonal, Ärzten und Sozialarbeitenden».[106] Die mangelhafte Kommunikation gehe so weit, dass Pflegende nicht informiert wären, wer die Tagesverantwortung habe, oder dass neu eintretende Patienten auf zwei Abteilungen erwartet würden. Damit legte der Bericht Führungsdefizite offen, die zu Verunsicherungen beim Personal führen würden.

Der Bericht zeichnete weiter das Bild unterbesetzter Stationen. So waren eine diplomierte Fachkraft und eine Hilfskraft zusammen für 36 Patienten von 6.45 bis 20 Uhr zuständig. «In dieser Station kann dem Patienten nur das anstaltsmässig notwendigste gegeben werden», resümierte die Verfasserin.[107] Auf der Abteilung für Pflegebedürftige wurden ausserdem gravierende hygienische Mängel festgestellt, etwa grosse Mengen an offen herumliegender Schmutzwäsche, offene Toiletten oder fehlende Duschen. Neben baulichen Massnahmen empfahl der Bericht die Aufwertung des Pflegedienstes sowie die Institutionalisierung eines regelmässigen Austausches zwischen Pflege, Ärzteschaft und Sozialdienst.[108] In der Folge erhielten Pflegende und Ärzte mehr Kompetenzen.[109] 1980 wurde auch in der Klinik Waldhaus eine Pflegedienstleitung mit entsprechender Ausbildung eingesetzt.[110] Die Jahre nach dem Bericht des SRK beschrieb Bass als fachliches Aufblühen, in dem das Pflegepersonal mehr Verantwortung übernahm. Er bezeichnete Fontanas Führungsstil als «laissez faire», wodurch die Pflege auch auf konzeptioneller Ebene mehr Spielraum hatte. In dieser Zeit nahm das pflegerische Selbstbewusstsein zu, was sich unter anderem im Aufbau des *Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachpersonen* (SBK) und einer verstärkten nationalen Vernetzung manifestierte, an dem auch Bündner Psychiatriepflegende mitwirkten.[111]

Auch von aussen wurden die Chefärzte unterschiedlich wahrgenommen. In den Erinnerungen von Berufspersonen aus dem Sozialbereich, etwa dem Fürsorgeamt oder den regionalen Sozialdiensten, hinterliessen Weber, Pflugfelder und Fontana auf fachlicher und menschlicher Ebene unterschiedliche Eindrücke. Webers fachliche Offenheit wurde positiv hervorgehoben, etwa von Hans Joss, der 1969 als Leiter des regionalen Sozialdienstes ins Engadin gekommen war: «Doktor Weber war ein sehr weltoffener Mann, ein politischer Stratege und Beverin hat sich in diesen Jahren laufend verändert. Währenddem Doktor Pflugfelder so verinnerlicht war, dass das Waldhaus beinahe verlottert ist und erst später wieder Raum für Strategien da war.»[112] Andrea Ferroni, Adjunkt und späterer Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes (heute Sozialamt), kam zu einer ähnlichen Einschätzung. Mit einem kritischen Blick und sensibilisiert durch die Berichterstattung der Medien zur Heimkampagne, zum *Hilfswerk der Kinder der Landstrasse*, aber auch zu administrativen Einweisungen, trat er 1980 seine neue Stelle an. Er traf auf einen Chefarzt in Beverin, «der offen war gegenüber anderen Disziplinen, gegenüber den Sozialarbeitenden, gegenüber meinen Mitarbeitenden. Da existierte eine intensive Zusammenarbeit».[113] Als entgegengesetzt wurde die eher «traditionelle Form der Führung einer psychiatrischen Klinik» unter Benedikt Fontana empfunden.[114] Gian-Andrea Giovanoli, der trotz pädiatrischer und kinderpsychiatrischer Spezialisierung 1985 aufgrund des Ärztemangels in Beverin Oberarzt wurde, verglich die Erwachsenenpsychiatrie im Waldhaus Mitte der 1980er Jahre gar mit dem Spielfilm *Einer flog übers Kuckucksnest*:

> *«Als ich am ersten Tag dort hineinkam, hatte ich das Gefühl, genauso ist es. Die Betten auf den Stationen waren in einer grossen langen Wandelhalle aufgereiht, 20 oder 30 davon. […] Benedikt Fontana erlebte ich als handfesten Praktiker, der aber die Ausdrücke wie ‹Vaganten› und ähnlich noch verwendet und auch auf das Vorhandensein von Stammbäumen hingewiesen hat. […] Mit Worten hat er diese rassistischen Ausdrücke noch verwen-*

106 Ebd.
107 Ebd., S. 3.
108 Ebd., S. 5, 7–13.
109 Interview mit Vitus Bass, 37.24–37.40.
110 Interview mit Armin Pirovino, 12.00–12.34, 13.30–13.38 und 14.35–14.40.
111 Interview mit Vitus Bass, 17.26–19.14. Die Bündner Sektion des SBK wurde 1978 gegründet. http://www.sbk-gr.ch/sektion.html, Zugriff: 10.12.2019.
112 Interview mit Hans Joss, 8.30–9.12.
113 Interview mit Andrea Ferroni, 10.00–11.33.
114 Ebd., 15.06–15.41.

det, aber ich hatte das Gefühl, er mochte die Menschen und hatte einen guten Zugang zu den Jenischen.»[115]

5.1.5 Eugenische Einflüsse auf die Psychiatriereformen

In den Interviews, vor allem mit Sozialarbeitenden, aber auch mit Ärzten in unterschiedlichen Funktionen finden sich wiederholt Hinweise auf eine Vermischung erbbiologischen Denkens mit eugenischen Ansätzen, die einerseits Einfluss auf die Gutachten, andererseits auf das Bild von Patientinnen und Patienten in der Bündner Psychiatrie, hatten, und der Psychiatrie in Graubünden bis in die 1980er Jahre inhärent blieb. Davor fand in der Bündner Psychiatrie kein offenkundiger Bruch mit eugenischen Denkmustern innerhalb erbbiologischer Diskussionen statt (vgl. auch Kapitel 2.2.2, 3.3.6 und 5.2). So meinte etwa Hans Joss zu Pflugfelder:

> *«Bei ihm [Pflugfelder] müsste man eine Anmerkung anfügen, was seine Begutachtungen betrifft. Diese habe ich teilweise miterlebt. Er verwendete immer dieselben Wendungen. Dabei ging es vorwiegend um Jenische. Die Frauen waren sexuell haltlos und debil und die Männer waren debil und Alkoholiker. Er hatte ein Raster. [...] Das hat uns entsetzt, wenn wir das Gefühl hatten, er schaut die Menschen überhaupt nicht an. [...] Er hatte eine Vision bei einem Namen und er wusste bereits, wo er diesen einzuordnen habe und wo die entsprechenden Defizite lagen. Es ging ihm vor allem um Defizite und nicht um Stärken.»*[116]

Damit thematisierte der ehemalige Sozialarbeiter Denkmuster, die auch Gian-Andrea Giovanoli als «rückständige» Ansichten in Graubünden bezeichnete: «Die Heredität war noch ein Thema, im Sinne von: Der Vater und der Grossvater waren schon Alkoholiker, oder Vaganten oder arbeitsscheue Elemente.»[117]

Besonders in den 1960er und 1970er Jahren wurden international, aber auch in der Schweiz, intensive Debatten über die Abgrenzung einer erstarkenden Humangenetik gegenüber früheren Erblichkeitsparadigmen und ihren eugenischen Erklärungsmustern geführt. Ein verbessertes Wissen um die Ursachen von Krankheiten und das Vorhandensein genetischer Testverfahren führten, vor allem im Bereich der pränatalen Diagnostik, zu neuen Möglichkeiten, erbbedingte Gesundheitsrisiken für geplanten Nachwuchs zu erkennen und gegebenenfalls zu verhindern.[118] Dabei gelang es auch prominenten Vertretern der Humangenetik, beispielsweise im Rahmen der in den Spitälern immer öfter angebotenen «genetischen Beratungen», nicht, sich vollständig von eugenischem Gedankengut zu lösen.[119] Eine ähnliche und explizite Auseinandersetzung sowie Versuche der Abgrenzung finden sich weder bei Pflugfelder und Fontana noch bei Weber. Im Gegenteil ist eine erstaunliche Kontinuität erbbiologischer Denkmuster in Verbindung mit eugenischen Postulaten und der Beurteilung von Patientinnen und Patienten feststellbar.

Die Kontinuität, mit der sich Aussenstehende vor allem auf Pflugfelders Äusserungen stützten, zeigte sich auch in der Fortführung der Erblichkeitsforschung, die bis zum Ende der 1970er Jahre Einfluss auf diagnostische Tätigkeiten und Gutachten hatte. So knüpfte Pflugfelder durch Stammbaumanalysen zur Berechnung individueller Vererbungsrisiken etwa an die Bestrebungen J. J. Jörgers aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts an (vgl. ausführlicher Kapitel 3.3.6). Pflugfelder legte laut eigenen Aussagen in den 1950er Jahren in seiner Zeit als Leiter der Klinik Waldhaus über eine Familie teilweise über 150 Stammbaum-Blätter an. Diese wurden parallel zu den Krankengeschichten geführt.[120] Während Jörger Pseudonyme für die betroffenen Personen verwendet hatte, löste Pflugfelder diese auf und erwähnte an Veranstal-

---

115 Interview mit Gian Andrea Giovanoli 8.05–8.29 und 9.45–10.50.

116 Interview mit Hans Joss, 10.24–11.02, 11.27–11 und 1.21.50–1.21.53.

117 Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 13.05–13.16.

118 Dabei ist unter anderem die Bedeutung von Zwillings- und Adoptionsstudien zu nennen. Argast (2011), S. 85 oder Schott/Tölle (2006), S. 218. In der Forschung wird in diesem Zusammenhang mit einer gewissen Radikalität von einer «neuen Eugenik» gesprochen, einer Verlagerung eugenisch motivierter Familienplanung, etwa in die pränatale Diagnostik oder die aktive Sterbehilfe. Gleichzeitig verweisen die beiden oben genannten Autorinnen und Autoren auf eine Verschiebung der Perspektive, die seine Berechtigung hat, wenn sich durch molekularbiologische Methoden neue Möglichkeiten in der Erbforschung eröffnen, unter anderem die Entschlüsselung des menschlichen Genoms. Ebd., S. 218.

119 Argast (2011), S. 87–89, 92. Für eine Zusammenfassung der Eugenik in der Schweiz vgl. beispielsweise Aliesch (2017), S. 111–112

120 Dazzi et al. (2008), S. 178.

tungen die Personen namentlich. Er begründete dies damit, dass eine Anonymisierung nicht nur hinderlich für seine Nachforschungen sei, sondern «vor allem gefährlich, wenn Vagantenmädchen in gute Familien einheiraten». Durch die «massive Inzucht» würden sich bei den «Bündner Vaganten» «Idiotie» und «Schizophrenie», aber auch körperliche «Missbildungen» häufen, so der Chefarzt der Klinik Waldhaus.[121]

Pflugfelder brachte erbbiologische Fragen verschiedentlich in die jährlichen Fortbildungskurse für das diplomierte Pflegepersonal ein und äusserte sich dazu auch an externen Weiterbildungskursen.[122] Dass durchaus unterschiedliche Sichtweisen über die Wirkungsweisen eugenisch motivierter Massnahmen bestanden, zeigte die 1960 geführte Debatte mit Josef Schelbert, dem Schutzaufsichtsbeamten des Kantons Schwyz, über den Erfolg von Fremdplatzierungen im Rahmen des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse.* Pflugfelder äusserte Zweifel am positiven Effekt des Projekts, denn «die ganz Schlimmen» würden sich «selbst zu Grunde» richten.[123] Schelbert hingegen war ein Verfechter von Familienauflösungen und Fremdplatzierungen von Kindern und Jugendlichen als fürsorgerische Massnahmen. Ein besonderes Augenmerk legte er dabei auf jenische Familien im Kanton Schwyz, wofür er eng mit dem Hilfswerk zusammenarbeitete. Er war es auch, der Ende der 1970er Jahre von der Klinikleitung in Beverin erfolglos die Kastration von Alois Kappler verlangte.[124] Auch Pflugfelder befürwortete Sterilisationen, grundsätzlich solange sie von den Betroffenen akzeptiert würden. In Gesprächen mit Angehörigen versuchte er, diese vom Nutzen des Eingriffs zu überzeugen, indem er etwa ausdrücklich auf den Erbfaktor psychischer Krankheiten hinwies (vgl. Kapitel 3.3.6 und 3.3.7).[125] Solche Beratungsgespräche können als eugenisch motiviert bezeichnet werden und sind von zeitgleichen Bestrebungen der «genetischen Beratung», beispielsweise in Zürich, zu unterscheiden.[126]

Stichproben aus den Patientenakten zeigen, dass Pflugfelder und später Fontana in ihren Diagnosen und Gutachten vom Sippenbegriff im Speziellen und von Vererbungstheorien im Allgemeinen wiederholt Gebrauch machten. Anhand eines vorgedruckten Formulars wurde beim Eintritt die Familiengeschichte detailliert erfragt, eine Praxis, die auch in anderen psychiatrischen Kliniken üblich war. Auffallend ist, wie viel Aufmerksamkeit diesen Abschnitten hier geschenkt wurde. Dazu wurden auch Angaben über die «Heredität» von Pathologien in ganz unterschiedlichen Verwandtschaftsgraden gesammelt: «Vater, Vatersvater, Vaters Geschwister, Mutter, Muttersvater (Blutsverwandtschaft mit Vater), Mutters Geschwister, Geschwister, Ehegatten, Nebenlinien».[127] Der systematischen Suche nach «degenerativen» Merkmalen in der Familiengeschichte wurde sowohl in der Anamnese als auch in den Gutachten oft mehr Platz eingeräumt als dem Zustand der Patientin oder des Patienten. In Fällen, wo Verwandte in der Vergangenheit ebenfalls in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht oder begutachtet worden waren, wurden jeweils die Nummern der entsprechenden Patientenakten vermerkt.[128] Die Stichproben zeigen weiter, dass nach aussen kommunizierte Einschätzungen, etwa Gutachten für Fürsorgebehörden, im Vergleich zu den internen Verlaufsberichten, eine Zuspitzung in den Zu-

121 So Pflugfelders Wortwahl in einem Artikel der *Terra Grischuna* von 1961. Galle (2016), S. 249–250. Zit. ebd., S. 251. In den letzten Amtsjahren gewann die hormonelle Verhütung bei Frauen zunehmend an Gewicht. Ob und wie sich diese Entwicklung auf die Arbeit in der Psychiatrie auswirkte, konnte im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden.

122 Vgl. beispielhaft Jahresbericht Waldhaus 1954, S. 48.

123 Galle (2016), S. 249–250.

124 Archiv Beverin: Patientenakte, Alois Kappeler, Brief J. Schelbert an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978. Schelbert wies in seinem Schreiben darauf hin, dass er bereits in 15 Fällen erfolgreich eine Kastration veranlasst habe. (Zu Josef Schelbert vgl. Hässler (2019) S. 62–660, 694.)

125 Archiv Beverin: Patientenakte, Alois Kappeler, Brief J. Schelbert an die kantonale Psychiatrische Klinik St. Urban, 24. Juli 1978. Das Argument der Freiwilligkeit bezeichnen Maier et. al mit Blick auf Zürcher Verhältnisse in der Zwischenkriegszeit als «stille Eugenik schweizerischer Prägung», die einer gesetzlichen Grundlage (Sterilisationsgesetze) entbehrten. Eugenische Massnahmen und die Verbesserung von Therapieangeboten seien dabei nicht unversöhnlich nebeneinandergestanden, sondern seien als unterschiedliche Zugänge an den Anspruch der «sozialen Heilung» zu lesen. Maier et al. (2007), S. 67.

126 Argast (2011).

127 Laut J. J. Jörger setzten sich die degenerativen Eigenschaften über die Linie des Vaters fort, was diese Erfragungslogik erklärt. Pflugfelder blieb dieser Logik treu, das Vorhandensein von einzelnen «tüchtigen Leuten» in Familien erklärte er ausschliesslich mit einer Vererbung über die mütterliche Linie. Vgl. beispielsweise: Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 16712, Verlaufsblatt, 2.5.73.

128 Vgl. Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 9136, Verlaufsblatt, Eintrag vom 6. Mai 1955.

schreibungen aufweisen.[129] Während in den Pflegerapporten und ärztlichen Einschätzungen das Verhalten und der Gesundheitszustand einer Person als positiv oder verbessert bezeichnet wurde, wurden in den Gutachten die negativen Aspekte betont, die die empfohlenen Massnahmen, wie eine Internierung in einer Arbeitserziehungsanstalt oder eine Bevormundung, als gerechtfertigt erscheinen liessen.[130]

Weiter lässt sich in den Akten eine Fokussierung auf psychopathologische Erscheinungen feststellen.[131] So zum Beispiel bei Menschen, die aufgrund ihrer Alkoholsucht wiederholt in einer der Bündner Kliniken aufgenommen werden mussten. Auffallend häufig wurden bei diesen Personen kombinierte Diagnosen wie «Alkoholismus» und «Psychopathie» gestellt. Pflugfelders Einschätzungen sind dabei als Teil einer bündnerischen Tradition zu werten, die das kantonale Fürsorgegesetz von 1920 vor allem als Alkoholfürsorgegesetz deutete. Die Alkoholfrage wurde in diesem Sinne letztlich auf einen pathologisierten Lebenswandel zurückgeführt. Pflugfelder war in der Abstinenzbewegung tätig und Mitglied des Blauen Kreuzes. Er betrachtete die Alkoholfürsorge vor allem als eine pädagogische Aufgabe der Psychiatrie. Eine ausführliche Untersuchung der betroffenen Patientinnen und Patienten diente Pflugfelder auch als Mittel der Beweisführung, um den Alkoholkranken gegenüber die Schädigungen durch einen starken Alkoholkonsum beweisen zu können (vgl. Kapitel 3.3.4).[132] Für alkoholkranke Männer richtete er eine regelmässige Sprechstunde ein, die der Kontrolle der Alkoholabstinenz dienen sollte (vgl. Kapitel 3.3.4).

Pflugfelders Nachfolger, Benedikt Fontana, im Amt von 1977 bis 1991, blieb dieser Arbeitsweise treu, wobei er zur Erklärung psychischer Pathologien verstärkt auf Umwelteinflüsse verwies. Fontanas Vokabular unterschied sich hinsichtlich der Kombinationsdiagnosen und der Verwendung des Begriffs des «Psychopathen» nicht von jenem von Pflugfelder. Er benutzte darüber hinaus wiederholt unspezifische Qualifizierungen wie «eigensinnig», «arbeitsscheu», «infantil» oder «debil». Die Bedeutung des Erblichkeits- und Sippendenkens für die Psychiatrie spiegelt sich beispielhaft in einem Gutachten Fontanas, das er als Oberarzt in der psychiatrischen Klinik Münsingen im Kanton Bern nach einem Suizidversuch eines Bündners verfasst hatte. Der 40-jährige Mann war zuvor während 14 Monaten in der *Heilstätte Nüchtern für alkoholkranke Männer* in Kirchlindach nahe der Stadt Bern untergebracht gewesen. Die Heilstätte schrieb der Vormundschaftsbehörde des Kreises Ilanz, dass Fontana «sich des Landmannes ganz besonders» angenommen habe.[133] Fontanas Diagnose lautete: «Suizidversuch bei wenig intelligentem, verstimmbarem, weichem, selbstunsicherem, trunksüchtigem Psychopathen. Chronischer Alkoholismus».[134] Bei einer späteren Einweisung desselben Patienten in die Klinik Waldhaus hielt Pflugfelder fest: «Patient stammt aus einer mit Trunksucht, Epilepsie und Suicid belasteten Sippe; er ist der jüngste, hat 5 ältere Schwestern». Auf der Karteikarte findet sich die Diagnose: «chronischer Alkoholismus, bei schizoidem Psychopathen».[135] Pflugfelder übernahm damit kommentarlos die von Fontana gestellte Diagnose.

Dass diagnostische Festschreibungen auch auf die Chefärzte zurückfallen konnten, lässt sich anhand des Beispiels eines Mannes demonstrieren, der 1968 als knapp 20-Jähriger erstmals in der Kli-

129 Ein Blick in die Jahresberichte aus dem Jahr 1985 zeigt, dass die Zahl der getätigten Gutachten nicht zu unterschätzen ist: Die Klinik Waldhaus verfasste zu diesem Zeitpunkt 190 Gutachten in Zusammenarbeit mit dem ambulanten Dienst «zuhanden von Gerichten und anderen Behörden. Dazu kommen noch 40 Gutachten gemäss Art. 120 StGB.» Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 187. Aus Beverin kamen im selben Zeitraum 81, davon «43 strafrechtliche, 23 zivilrechtliche, 8 versicherungsrechtliche und 7 ärztliche». Das waren 12.5 Prozent mehr «zumeist stationäre Gutachten» als im Vorjahr. Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194. Meist wurden folgende Diagnosen gestellt: ICD 10: F43.22. Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und ICD 10: F32.11, mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gutachten Artikel 120 StGB, 22.05.1995–5.5.1998.

130 Vgl.: Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Beverin, Patientenakte 6027.

131 Vgl. Galle (2016), S. 224. Zur Pathologisierung sozialen Verhaltens vgl. auch Bühler et al. (2019), S. 333–360.

132 Aliesch (2017), S. 122.

133 Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 17093, Schreiben der Heilstätte Nüchtern für alkoholkranke Männer Kirchlindach an die Vormundschaftsbehörde Kreis Ilanz vom 29. März 1972. Dieses Schreiben ging in Kopie an mehrere psychiatrische Kliniken und Adressaten, was die Gefahr einer künftigen diagnostischen Festschreibung zusätzlich verschärfte.

134 Ebd., Resumé aus der Psychiatrischen Klinik Münsingen zu Josef Cabrin durch Benedikt Fontana vom 7. Februar 1972.

135 Ebd., Verlaufsblatt, Eintrag vom 1.4.1974. Zu Benedikt Fontanas Gutachtertätigkeit vgl. auch Galle (2016), S. 550–558.

nik Waldhaus für einen Heroinentzug eingewiesen worden war. Pflugfelder diagnostizierte damals: «Debiler, infantiler, arbeitsscheuer Psychopath».[136] Weitere Eintritte aufgrund der Suchtproblematik folgten, ebenso Verurteilungen und Gefängnisstrafen wegen des Verkaufs harter Drogen. 1984 kam der unterdessen 35-jährige Mann aus eigenen Stücken in die Klinik und meldete sich direkt bei Benedikt Fontana. Er gab an, aufgrund seiner Sucht und der kürzlich erfolgten Scheidung Suizidgedanken zu haben. Die Diagnose lautete diesmal: «Labiler unintelligenter Psychopath, Morphinabhängigkeit. (Rohypnol, Heroin, Politoxikomanie), Selbsteinweisung, Suizidal nach Scheidung».[137] Tags darauf stellte sich heraus, dass der Patient alles nur vorgespielt hatte, um einer jungen Patientin, in die er sich verliebt hatte, nahe zu sein. Dass er bei einer Selbsteinweisung kurzfristig verwahrt werden würde, hatte er nicht bedacht. «Wir lassen ihn noch einen Tag eingeschlossen und entlassen ihn erst am 12.6. Entzugserscheinungen sind keine aufgetreten», so der nüchterne Bericht des Chefarztes nach der Entdeckung der Täuschung.[138] Das Beispiel zeigt, dass der Psychiater in diesem Fall seine frühere Diagnose rasch bestätigt sah und sich auf eine frühere Einschätzung des Patienten stützte. Der ehemalige Patient, der mit den Mechanismen der Psychiatrie vertraut war, hatte es geschafft, auf diagnostischer Ebene einen erfahrenen Psychiater zu täuschen.

Etwas anders präsentierte sich zur selben Zeit die Diagnostik der Klinik Beverin. Auch bei Weber finden sich in den Gutachten und Diagnosen hereditäre Argumentationsweisen, unter anderem die auf sozial abweichendes Verhalten angewandte Diagnose des Psychopathen.[139] Anhand der Diagnostik in Beverin scheint sich ein Unterschied in der Differenzierung zwischen «psychisch kranken» und «psychisch abnormen» Menschen zu zeigen. Eine kursorische Durchsicht einzelner Patientenakten deutet darauf hin, dass Weber bei straffällig gewordenen Personen eher erbbiologisch argumentierte als bei Patientinnen und Patienten ohne einen strafrechtlichen Hintergrund. Diese These müsste allerdings noch genauer, als es im Rahmen dieses Berichts möglich war, untersucht werden. Auch öffentliche Aussagen Webers deuten in diese Richtung, wenn er etwa an der Jahresversammlung der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie* 1978 in einem Referat internationale Versuche der therapeutischen Arbeit in Strafanstalten kritisch kommentierte. Hinsichtlich mehrfach straffällig gewordener Menschen hielt er fest: «Dabei sind genetisch vorgegebene Strukturen, die zweifellos bei der Entwicklung zur Kriminalität eine grosse Rolle spielen, nicht einmal berücksichtigt.»[140]

Die Gutachten wurden zur Zeit Webers in seinem Einverständnis, aber nicht ausschliesslich von ihm selbst verfasst und unterscheiden sich in ihrer Begrifflichkeit und Sprache, beides mächtige Instrumente der Zuschreibung. Anhand einer direkten Gegenüberstellung innerhalb einer Patientengeschichte lassen sich diese Unterschiede illustrieren. Ein 26-jähriger lediger Mann kam 1955 erstmals in die Klinik Waldhaus. «Er trägt langes, krauses, gescheiteltes Haupthaar und gleicht in seinen Gesten und seiner Mimik und auch im Äusseren auffallend unserem Zarli Carigiet [Schweizer Schauspieler], wenn er den naiven Junggesellen spielt», so der Aufnahmebericht des Chefarztes Pflugfelder.[141] Die psychiatrische Diagnose lautete: «schleichende, paranoid-hebephrene Schizophrenie bei einem seit mindestens 5 Jahren psychisch auffälligen und seit 1950 geisteskranken homosexuellen Burschen, der aufgrund seiner Geisteskrankheit seit Jahren unstet und asozial geworden ist.» Der junge Mann sollte Pflugfelders Ansicht nach bevormundet und dann «in der Arbeitskolonie Realta oder einer ähnlichen Arbeitskolonie untergebracht werden. [...] Wir machen darauf aufmerksam, dass der geisteskranke [...] als eheunfähig zu betrachten ist».[142]

Nach einer Festnahme wegen Diebstahls wurde der Mann etwas später, 1958, in der Klinik Beverin begutachtet. Das Gutachten kam medizinisch zum selben Schluss wie jenes von Pflugfel-

136 Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, 21605, Diagnose auf Verlaufsblatt bei Eintritt 1968.

137 Ebd., Diagnose auf Verlaufsblatt, Eintrag vom 10.6.84.

138 Ebd., Eintrag vom 11.6.84.

139 Eine seiner Diagnosen machte diesbezüglich 1970 Schlagzeilen, als Weber den wegen Betrugs vor Gericht stehenden Erich von Däniken psychiatrisch begutachtete und unter anderem die Diagnose «Psychopath» stellte. v. Randow (1970).

140 Weber (1979b), S. 200. Darin wiederspiegelt sich auch der Diskurs von Weber um Straffälligkeit als Degenerationsmerkmal, der beispielsweise auch in Deutschland bereits seit dem 19. Jahrhundert geführt wurde. Für eine Diskussion der Vererbungs- und Degenerationslehre über die Zeit vgl. Schott/Tölle (2006), S. 106.

141 Archiv Beverin: Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 9136, Verlaufsblatt, Aufnahmestatus vom 6. Mai 1955.

142 Ebd., Verlaufsblatt, psychiatrische Diagnose.

der. Während letzterer mit einer Eheunfähigkeitserklärung die Familiengründung unterbinden wollte und damit das Ziel eugenischer Sozialpolitik verfolgt hatte, verzichtete das Gutachten aus Beverin auf derartige Empfehlungen. Auch im allgemeinen Wortlaut unterschied es sich von Pflugfelders Gutachten: «Beim Expl. handelt es sich demnach um einen seit ungefähr 1950 deutlich geisteskranken (psychotischen) Mann. Die elementaren Halluzinationen, das ausführliche Verfolgungs-Wahn-System mit allen wahnhaften Erlebnissen samt der undifferenzierten Sexualität mit ihrem polymorph-perversen Charakter lassen die (schon 1953 in Zürich und 1955 in Chur gestellte) Diagnose eines chronischen Paranoids vollumfänglich bestätigt erscheinen.»[143]

Ende der 1980er Jahre gerieten sowohl die Person Fontana als auch das Stammbaumarchiv Pflugfelders in die Kritik. Fontanas Dissertation zu «Nomadentum und Sesshaftigkeit» stützte sich auf Akten der *Pro Juventute* und Unterlagen, die ihm Pflugfelder zur Verfügung gestellt hatte. Eine erste Fassung der Schrift wurde 1958 von der Universität abgelehnt; erst mit der revidierten Ausgabe erlangte er 1967 die Promotion.[144] Mariella Mehr, jenischer Herkunft und in ihrer Kindheit vom *Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse* zwangsweise fremdplatziert, zweifelte die Fachlichkeit der Dissertation an und bezeichnete sie als «rufmörderisch, rassistisch und abgeschrieben».[145] Die Medizinische Fakultät der Universität Bern prüfte die Vorwürfe 1989 und kam zum Schluss, die Arbeit führe stellenweise Biografien aus, die in einer anderen Diplomarbeit bereits aufgearbeitet worden seien. Auch die wissenschaftlichen Mängel innerhalb der sehr kurzen, 26-seitigen Arbeit, wurden bestätigt. Die Kritik einer diskriminierenden Darstellung wurde zurückgewiesen; die Arbeit zeige einfach, «wie wir damals über Fahrende gedacht haben».[146] Fontana konnte seinen Doktortitel behalten.

Die Bündner Regierung nahm keine Stellung zu den gegen Fontana erhobenen Vorwürfen, denn die Anschuldigungen, seine Dissertation betreffend, lägen nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich. Fontana gewärtigte gleichzeitig weitere Vorwürfe, unter anderem die Mitschuld am Tod einer Insassin der Frauenstrafanstalt Hindelbank 1977 aufgrund einer falschen Medikation.[147] Auch dazu schwieg die Bündner Regierung, da keine Anschuldigungen gegen Fontana in seiner aktuellen Funktion vorlägen.[148] Der Chefarzt nahm gegenüber der Aufsichtskommission ausführlich Stellung und wies sämtliche Vorwürfe zurück.[149] Die Auseinandersetzungen um Fontana fanden grosse Beachtung, auch in der internationalen Presse.[150] Die Bündner Regierung beschloss, das «Sippenarchiv», das ebenfalls Gegenstand der Kritik geworden war, temporär ins Staatsarchiv zu überführen und dessen Inhalt durch den Kantonsarzt überprüfen zu lassen, unter anderem, um abschätzen zu können, ob darin systematisch jenische Familien erfasst worden seien.[151] Der Untersuchungsbericht kam zum Schluss, dass das Stammbaumarchiv sich nicht allein auf Jenische konzentriert habe. Er zeigte, dass Pflugfelders erbbiologische Untersuchungen der zwischen 1951 und 1977 angelegten – und bis 1983 vereinzelt nachgeführten – Stammbäume auch viele weitere Bündner Familien betrafen. Aliesch identifizierte später 42 von 502 Familiendossiers als ausschliessliche «Jenischenakten».[152] Der Umfang der darin enthaltenen Informationen sei «weit über den landläufig unter Stammbaum bekannten Begriff» hinausgegangen und habe eine «Fülle medizinischer, sozialer, forensischer und kultureller Daten, die in mühsamer Kleinarbeit zusammengetragen» worden seien, enthalten, so der Bericht des Kantonsarztes weiter. Deshalb sei die Sammlung eine «in ihrer Art einzigartige, durchaus wissenschaftlich wertvolle Dokumentation, [...] die vor allem in sozial- und vererbungsmedizinischer Hinsicht Interesse erweckt». Aber: «Bei unvoreingenommener, kritischer Betrachtungsweise, erkennt man auch die Fülle intimer medizinischer, sozialer und auch strafrechtlich relevanter Daten, oft in Form negativ wertender Substantive und Adjektive [...]. Dieses, in ungeeigneten Händen brisante Material, erfordert strengstes ärztliches Geheimnis und ver-

143 Patientenakte Männer stationär Waldhaus, Patientenakte 6027.

144 Fontana (1967).

145 Galle (2016), S. 251.

146 Ebd.

147 Heiniger Kevin (2019a), S. 475–479.

148 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 16. März 1989, S. 4.

149 Ebd., Anhang I, Schreiben Benedikt Fontanas an Regierungsrat L. Bärtsch, 19. Dezember 1988.

150 Hans König distanzierte sich von J. J. Jörgers Ansichten und betonte gleichzeitig, dass Fontana ihm gegenüber die Anschuldigungen Mehrs zu widerlegen versucht habe. Interview mit Hans König, 2.14.00–2.14.27.

151 Vgl. dazu Aliesch (2011) und dies. (2017).

152 Ebd., S. 126. Sie fand gleichzeitig Unterschiede in Umfang und Aufbewahrung, z. B. Beschriftung von jenischen und nichtjenischen Familiendossiers. (Ebd. S. 127).

antwortungsvollsten Umgang seitens der Ärzte. Es ist völlig undenkbar, dass diese Unterlagen zu irgendwelchen Forschungszwecken herausgegeben oder gar an Historiker weitergeleitet werden könnten», so der Bericht abschliessend.[153]

In den Ausführungen des Kantonsarztes zeigte sich eine Ambivalenz gegenüber der jenischen Lebensweise, die auch bei ehemaligen Chefärzten beschrieben wurde.[154] Der Verfasser des Berichtes bemühte sich gleichzeitig um eine positive Darstellung jüngster Entwicklungen, in der Pflugfelder eine zentrale und gleichzeitig verklärte oder zumindest einseitig beleuchtete Rolle zugesprochen wurde:

> *«Die Jenische Lebensart hat schon seit jeher Volkskundige, Historiker, Sozialwissenschaftler und auch Ärzte beschäftigt. Man könnte dies durchaus als skeptisches bis wohlwollendes Interesse an ihrer Identität, Lebensführung, am ausgeprägten Familiensinne und vielleicht sogar als stille Zuneigung zu ihrem lebhaften, vitalen und unbürgerlichen Wesen deuten. Dr. med. G. Pflugfelder schlug seinerzeit die bereits erwähnte Bezeichnung Blüher-Syndrom vor, um die charakteristische Erscheinung Jenischer Patienten zu beschreiben, vor allem aber um die despektierlichen Bezeichnungen Vagant und Vagabundentum zu vermeiden. Er warnte vor Fehlern früherer Generationen, nämlich nur das negative beim Fahrenden Volk zu sehen, riet zu mehr Geduld und Verständnis und fand es erfreulich, dass einzelne Fahrende ein gewisses Selbstbewusstsein entwickeln, ihre Sondersprache pflegen und ihre Abkunft nicht mehr als Schande empfinden. Aus diesen Worten spricht gewiss keine abwertende, diffamierende Haltung und sie korrigieren auch etwas den deprimierenden Eindruck, der sich nach Durchsicht von vielen Dokumenten menschlichen, sozialen, medizinischen Elends einstellt.»*[155]

Der Bericht verweist auf das weiterhin bestehende wissenschaftliche Interesse am Thema «Unsesshaftigkeit» und auf die unterschiedlichen Sichtweisen Pflugfelders und Fontanas: «Dr. Pflugfelder kommt zum Schluss, dass die Erbmasse wesentlicher als die Umwelt für die Ausbildung des Blüher-Syndroms sei, Dr. Fontana spricht sich gegen reine Erbbedingtheit des Vagantentums aus und verneint ausdrücklich, dass es sich um eine Psychopathie handle.»[156] Die Aufsichtskommission schloss sich der Bewertung des Kantonsarztes an, das Stammbaumarchiv Pflugfelders wurde daher als nicht rassistisch bezeichnet und es gebe gemäss der Kommission keine Anhaltspunkte, «dass Jenische früher schlechter gegenüber andern Patienten oder gar diskriminierend behandelt wurden». Die aktuelle Situation entspräche darüber hinaus dem «üblichen Verlauf in einer psychiatri-

153 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokolle der Aufsichtskommission 1966–1990, Sitzung vom 16. März 1989, Anhang II, Untersuchungsbericht betreffend die Behandlung Jenischer durch die Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur und eines sogenannten Jenischen-Archivs, 22. August 1988, S. 6.

154 Hans König, 1985 bis 1993 Chefarzt der psychiatrischen Klinik Beverin und bis 1990 Leiter der Strafanstalt Realta, beschrieb einen «tiefen Graben zwischen der sesshaften und der fahrenden Bevölkerung», der nicht allein in der Psychiatrie sichtbar geworden sei. (Interview mit Hans König, 2.03.00–2.06.30.) Sowohl König als auch Markus Bünter, ab 1991 Nachfolger Benedikt Fontanas, nahmen Stellung zur hohen medialen Aufmerksamkeit, die sich auf die negativen Aspekte der Bündner Psychiatrie konzentriert habe. Fontanas Reaktion auf das Interesse der Medien befeuerte die negative Berichterstattung laut König und Bünter zusätzlich (Ebd. und Interview mit Markus Bünter, 42.00–42.40). In der Diskussion um die Umwandlung von Realta von einer «Massnahmenvollzugsanstalt» in ein Gefängnis für «Erstmalige» beschäftigte sich König mit den Lebensläufen der «Verwahrten», die teilweise über Jahrzehnte in Realta interniert gewesen waren. Er schickte seine Untersuchung nach Bern, um «zu beweisen», dass es in Realta, einer «Erstmaligenanstalt», Menschen gebe, die über Jahrzehnte eingesperrt gewesen seien. Hierbei handelte es sich laut König nicht um administrativ Eingewiesene, sondern um «Gelegenheitsverbrecher», die sich kleinerer Delikte schuldig gemacht hätten, darunter «viele Jenische». König wollte laut eigener Aussage erreichen, dass «Verwahrte», die er nicht als Schwerverbrecher, sondern als «gescheiterte Existenzen» bezeichnete, nicht mehr, aus seiner Sicht erfolglos, in Realta eingewiesen werden sollten. (Interview mit Hans König, 2.08.30–02.12.00) Durch diese Aussage eröffnet sich eine interessante Perspektive bei der Frage nach den Überlappungen administrativer und strafrechtlicher Verwahrungen, der im Rahmen der vorliegenden Studie nicht nachgegangen werden konnte.

155 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 16. März 1989, Anhang II, Untersuchungsbericht betreffend die Behandlung Jenischer durch die Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur und eines sogenannten Jenischen-Archivs, 22. August 1988, S. 9. Der Hinweis auf den Versuch einer begrifflichen Verschiebung (Blüher-Syndrom) wurde von der einschlägigen Forschungsliteratur bisher nicht aufgenommen.

156 Ebd., Anhang II, Untersuchungsbericht betreffend die Behandlung Jenischer durch die Psychiatrische Klinik Waldhaus Chur und eines sogenannten Jenischen-Archivs, 22. August 1988, S. 9.

schen Klinik [und] besondere Forschungen, erbbiologische Studien und Spezialbehandlungen irgendwelcher Patientengruppen werden derzeit nicht durchgeführt». Die Kommission und die Kantonsregierung kamen einstimmig zum Schluss, dass «absolut kein Anlass» bestünde, um gegen Fontana weitere Schritte einzuleiten.[157] Damit war die Angelegenheit aus Sicht der Aufsichtskommission und der Regierung erledigt. Fontanas Position als Chefarzt war von Seiten seiner Vorgesetzten nicht in Frage gestellt worden und Fontana ging 1991 wie seit längerem geplant in Pension. Sein Nachfolger, Markus Bünter, wurde in einem aufwändigen Berufungsverfahren gewählt. Die Regierung liess dieses nicht wie zuvor durch die Aufsichtskommission durchführen, sondern setzte dafür eigens eine Berufungskommission ein, was als Indiz dafür gewertet werden kann, dass die vorangegangenen Ereignisse gleichwohl nachwirkten (vgl. Kapitel 6.1).

Vor allem bei den beiden Chefärzten der Klinik Waldhaus, Gottlob Pflugfelder und Benedikt Fontana, offenbart sich ein Menschenbild, das auf eugenischen Argumentationsweisen in Kombination mit einem erzieherischen Anspruch an die Psychiatrie beruhte. Dieses Denken galt bereits in den 1970er Jahren im Verständnis vieler im sozialen Bereich tätigen Personen mindestens als überholt. Im Kanton Graubünden fand auf chefärztlicher Ebene der psychiatrischen Klinik Waldhaus bis zur Pensionierung Benedikt Fontanas kein Umdenken statt. Auch im Bericht des Kantonsarztes findet sich keine kritische Auseinandersetzung dazu, ebenso wenig innerhalb der Aufsichtskommission. Gleichzeitig wurden gesellschaftspolitische Diskussionen über diese Themen geführt und beispielsweise die Geschehnisse rund um das *Hilfswerk der Kinder der Landstrasse* in einem gesamtschweizerischen Aufarbeitungsprozess untersucht.[158] Ein Bruch mit eugenischen Denkmustern in Gutachten manifestierte sich erst im Nachgang dieser wissenschaftlichen Studien, mitunter unter expliziten Hinweisen darauf.[159]

Bis heute ist die Familiengeschichte in der Anamnese eintretender Patientinnen und Patienten von Bedeutung, allerdings wird eine systematische Suche nach psychischen Krankheitsbildern mit dem Anspruch eines Nachweises vererbter, degenerativer Merkmale unterlassen. Erbfaktoren werden als Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren bei einer psychischen Erkrankung verstanden und nicht mehr als unausweichliches Schicksal betrachtet.[160]

5.1.6 Zunehmende Suizide in Beverin – Kehrseite der Öffnung?

1975 berichtete Weber dem Departementsvorsteher, dass eine «Suicidwelle» die Klinik Beverin erfasst habe. Innerhalb von zwei Monaten hatten sich drei Menschen das Leben genommen.

> *«Erfahrungsgemäss wirken solche Suicide leider ansteckend. Sie sind ausserordentlich bedauerlich und für uns immer wieder ein trauriges Erlebnis. Wir versuchen nachher jeweils kritisch unsere eigenen Massnahmen und Behandlungen zu durchleuchten. Ganz zu vermeiden sind Suicide in einer psychiatrischen Klinik leider nie. […] Man rechnet durchschnittlich pro Klinik pro Jahr 2 Suicide».*[161]

Aussergewöhnliche Todesfälle hatten die Chefärzte dem zuständigen Regierungsrat zur Kenntnis zu bringen. Gemäss dieser Berichte, die fast ausnahmslos Suizide zum Inhalt hatten, ereigneten sich zwischen 1961 und 1984 viele der Selbstmorde von Patientinnen und Patienten ausserhalb der Kliniken, vor allem auf den Gleisen am nahen, unüberwachten Bahnübergang und im Rhein.[162]

---

157 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 16. März 1989, S. 5.

158 Vgl. beispielsweise Galle (2014) oder Schürer (2009).

159 Archiv Beverin: Personendossier, Alois Kappeler, Bericht der psychiatrischen Klinik Beverin an die psychiatrische Klinik Wil vom 17. März 1983.

160 Schott/Tölle (2006), S. 218.

161 StAGR V 13 f 10: Beverin, Patienten-Suizide 1975, Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement vom 23. September 1975. Auch Hans König berichtete von Suiziden im Verlauf seiner Amtszeit und von vier Suiziden innerhalb eines Jahres, die «ansteckend» gewirkt hätten. Von Blumenthal veranlasste schliesslich, dass ein Zaun vor dem Bahngleis errichtet wurde. Interview mit Hans König, 41.52–42.10.

162 StAGR V 13 f 10: Suizide von Patienten von A–Z, 1961–1984, Bericht des Oberarztes an den Regierungsrat Otto Largiadèr vom 7. August 1981. In einem Fall wurde die Beteiligung einer Patientin am Tod einer anderen Patientin beschrieben, den der Klinikvorsteher zunächst nicht der Polizei gemeldet hatte. Dies mit dem Argument, dass zwar die Frau vor ihrem Tod von der anderen Person gewürgt worden sei, dass aber die Todesursache trotz zeitlicher Nähe nicht sicher damit in Verbindung gebracht werden könne. Vor allem aber, und dafür wurde der Chefarzt später auch gerügt, sei die Patientin nicht zurechnungsfähig, weshalb eine Anzeige nicht sinnvoll gewesen sei. Er setzte sich mit dieser Unterlassung letz-

In einer Untersuchung setzte sich der Assistenzarzt Christian Maier mit den Suiziden auseinander, die zwischen 1920 und 1979 in Beverin begangen wurden. Er stellte eine Häufung seit Mitte der 1970er Jahre fest. Eine Zunahme an Suiziden war aber auch in anderen Ländern feststellbar, wie aus ähnlichen Untersuchungen in Skandinavien, den USA oder den Niederlanden hervorging. Im Zentrum der Untersuchungen, auch jener zu Beverin, standen deshalb Fragen, die nach Zusammenhängen zwischen betrieblichen Neuerungen der 1960er und 1970er Jahre und dem Anstieg von Suiziden suchten.[163]

Die klinikinternen Berichte konstatierten in über 60 Prozent der Fälle einen überraschenden Suizid. Die Stimmung der Betroffenen sei am Todestag oder in den Tagen davor noch gut gewesen; sie seien teilweise kurz vor der Entlassung gestanden. Maier dagegen erkannte in den Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten vorgängige suizidale Absichten.[164] Er kam zum Schluss, dass mit dem Abbruch der Mauern und dem Verschwinden der meisten vergitterten Fenster Ende der 1950er Jahre zwar mehr Gelegenheiten für einen Suizid vorhanden seien und diese auch genutzt würden, dies allein jedoch als Erklärung nicht ausreiche. Maier verwies darüber hinaus darauf, dass aktivierende Psychopharmakotherapien bei Menschen mit depressiven Erkrankungen die Suizidalität erhöhen konnten, und erklärte damit ein Teil des Anstiegs. Schliesslich führte Maier einen erhöhten «Wiedereingliederungsdruck» durch verstärkte «Rehabilitationsmassnahmen» als weitere Begründung an. Dies habe zur Folge, dass sich Patientinnen und Patienten mit Psychosen teilweise überfordert fühlen würden.[165] Hinweise aus den klinikinternen Berichten stützen diese Annahme. So erwähnte die Klinikleitung, dass einige Personen zum Zeitpunkt ihres Freitodes kurz vor der Entlassung gestanden oder gar um einen Verbleib in der Klinik gebeten hätten.[166] Obwohl Maier Zusammenhänge zwischen einer erhöhten Suizidrate und institutionellen Neuerungen – konkret dem «Open-door-Regime», einem damit verbundenen «Frühentlassungsdruck» oder «Psychopharmakotherapien» – ausmachen konnte, nahm er gleichzeitig Abstand von einer grundsätzlichen Kritik an der Öffnung der Klinik. Er forderte vielmehr eine verstärkte «Suizidprävention», die «in einer Verhütung von Überforderungssituation und in Vermittlung von ‹Geborgenheit› gesucht werden [müsse], wobei besonders auf die Kranken mit Psychosen zu achten ist».[167]

5.2 Ausdifferenzierung des psychiatrischen Angebots im Kanton Graubünden seit den späten 1970er Jahren

1964 forderte eine politische Motion im Grossen Rat, das kantonale Gesundheitswesen und damit auch die psychiatrische Versorgung in Graubünden in eine übergeordnete Planung zu integrieren. Der Vorstoss bildete den Auftakt für Veränderungen, die über die Kliniken hinausging. Die Psychiatrie wurde in einen grösseren gesundheitspolitischen Kontext gestellt und die Politik stärker in die Verantwortung genommen.[168] Seit den 1970er Jahren wurde das psychiatrische Angebot sukzessive über die Kliniken hinaus erweitert.

5.2.1 Aufbau eines ambulanten Angebots – erste Weichenstellung für die spätere Gesundheitsplanung

Im Anschluss an den politischen Vorstoss von 1964 gab die Regierung einen Bericht in Auftrag, der bis 1970 vorlag, aber als wenig substantiell erachtet wurde, so dass drei Jahre später ein weiterer Versuch unternommen wurde, eine Übersicht

ten Endes über geltendes Recht hinweg. Ebd., B. F. 1907, Schreiben Ernst Webers an das Sanitätsdepartement/RR vom 7. Juli 1970; Aktennotiz betreffend aussergewöhnlichen Todesfall von F. E., 1925, in der Psychiatrischen Klinik Beverin vom 10. Juli 1970 und Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Graubünden vom 20. Oktober 1970.

163 Maier (1981), S. 75–84, hier S. 75.

164 Vgl. beispielsweise StAGR V 13 f 10: Beverin, Suizide von Patienten von A–Z, 1961–1984, Bericht des Oberarztes das Departement des Innern vom 14. November 1966 und Nervenärztlicher Bericht über L. P. vom 23. Juli 1972.

165 Maier (1981), S. 81.

166 Ebd., S. 79–80.

167 Ebd., S. 82. Für eine aktuelle Auseinandersetzung mit Aspekten der Gewalt, auch gegen sich selbst, vgl. Sollberger / Lang (2014).

168 Die kantonale Gesundheitsplanung steht im Zusammenhang mit der Übernahme von Defizitgarantien des Kantons im Rahmen der Gesetzesrevision zum Krankenpflegegesetz 1964. Der Kanton wollte angesichts der steigenden Kosten für das Krankenwesen Mitsprache in deren Entwicklung erhalten. Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1978/79. Erlass eines Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) vom 6. November 1978, S. 387–388.

über die notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen zu erstellen.[169] Dabei ging es auch darum, die Kosten möglicher Reformen besser einschätzen zu können.

Der Bericht zur Gesundheitsplanung im Kanton Graubünden reiht sich in ähnliche Bestrebungen anderer Kantone und im nahen Ausland ein. Für die Bundesrepublik Deutschland wegweisend war die zwischen 1971 und 1975 erarbeitete «Psychiatrie-Enquete». In deren Erarbeitung waren über 200 Psychiater involviert, was den Einbezug unterschiedlicher Perspektiven, aber auch eine raschere Diffusion der dort gestellten Forderungen in die Praxis ermöglichte. Der Begriff der «gemeindenahen» Psychiatrie geht auf die deutsche «Psychiatrie Enquete» zurück und wurde vom Bündner Bericht übernommen.[170] Für die Erarbeitung des ersten Bündner Psychiatrie-Konzepts wurden ebenfalls «Experten-Hearings» durchgeführt. Den Auftrag zur Ausarbeitung erhielt ein Ingenieurbüro.[171]

Die beiden Chefärzte äusserten sich zunächst nicht zum Fragebogen, der ihnen im Rahmen der Untersuchung zugestellt wurde. Pflugfelder nicht, weil er nicht in den Erarbeitungsprozess einbezogen worden war. Die Befragungen ergaben verschiedene Bedürfnisse an die kantonale psychiatrische Versorgung, die die Verfasser als «Front» zwischen Weber auf der einen Seite und Pflugfelder, freipraktizierenden Ärzten und dem Vertreter des Ärztevereins auf der anderen Seite ausmachten.

Pflugfelder argumentierte für eine stationär ausgerichtete Psychiatrie, unter anderem mit dem Hinweis auf die hohe Suizidgefährdung, vor allem bei Menschen mit schizophrenen Krankheitsbildern, der durch stationäre Aufenthalte entgegengewirkt werden solle. Die «Morbidität» weise durch die «Häufung von Schwachsinn, endogenen Psychosen, Krankheiten, erbbiologisch bedingt (negative Auswahl wegen Auswanderung ins Unterland, Inzucht etc.)» in Graubünden «generell [eine] höhere Häufigkeit» auf, so Pflugfelder weiter. Darüber hinaus sei nicht mit einer Reduktion der Bettenzahl in den kommenden Jahren zu rechnen, sondern vielmehr mit einem Anstieg. Weber war anderer Meinung, insbesondere hinsichtlich des aus seiner Sicht dringend nötigen Ausbaus des ambulanten Angebots. Pflugfelder identifizierte in Bezug auf die «Nachbehandlung Alkoholkranker» ein bereits erreichtes «Optimum», und machte damit keinerlei Auf- oder Ausbaubedarf geltend.[172]

Die Debatte zeigte grundsätzliche fachliche Differenzen zwischen den beiden Chefärzten auf. Der Konflikt wurde auch öffentlich ausgetragen. Noch bevor der Bericht 1976 fertiggestellt wurde, nutzte Weber seine Rede anlässlich der Eröffnung der Neubauten in Beverin 1974 dazu, einen koordinierten Ausbau der psychiatrischen Versorgung jenseits der Kliniken zu fordern:

> *«Je vielfältiger die therapeutischen Angebote werden, umso weniger müssen psychisch kranke Patienten hospitalisiert werden und je vielschichtiger die Therapie in der psychiatrischen Klinik ist, umso besser und rascher ist eine Wiedereingliederung der Kranken in die Gemeinschaft zu erwarten.»*[173]

Damit argumentierte Weber im Sinne des für ihn übergeordneten Ziels einer Integration psychisch kranker Menschen und nahm gleichzeitig wichtige Anliegen des ersten Psychiatrie-Konzepts von 1976 vorweg. Dieses folgte in weiten Teilen dem Ansinnen Webers und enthielt teilweise bereits von ihm umgesetzte Aspekte. Es liess damit die Ansprüche Pflugfelders, aber auch diejenigen frei-

---

169 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 301–302. In der begleitenden Kommission waren der Vorsteher des Sanitätsdepartements, der Präsident des Bündnerischen Ärztevereins, ein Grossrat, der Präsident des Verbandes Bündner Spitäler, ein Architekt sowie ein Volkswirt vertreten, die von Beamten, vorwiegend aus dem Sanitätsdepartement, unterstützt wurden.

170 Schott/Tölle (2006), S. 304–305. Bereits 1968 wurden in der DDR mit dem «patientenfreundlichen» Psychiatriegesetz Ansätze zur ambulanten Betreuung übernommen, die sich wiederum am Vorbild der in der UdSSR bereits in den 1920er Jahren etablierten «Quartierpolikliniken» orientierten. In den DDR-Polikliniken arbeiteten interdisziplinäre Teams, bestehend aus Psychiatern, Psychologen, Fürsorgern, Arbeitstherapeuten, Physiotherapeuten und Schwestern. Ebd., S. 304–305.

171 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente: Geschichte vom Waldhaus, Protokoll, erstellt durch Motor-Columbus, Ingenieurunternehmung AG, Baden vom 3. Dezember 1975. Bei einer von insgesamt acht Fragen an die Experten wurde direkten Bezug auf die Situation in Deutschland genommen (Psychiatrie Enquete).

172 Ebd., Geschichte vom Waldhaus, Planung des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons Graubünden. Fragebogen an die Experten betreffend Psychiatrie und Zusammenfassung der Vernehmlassung. Anhang zu: Schreiben Motor-Columbus, Ingenieurunternehmung AG, Baden an das Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, vom 3. Dezember 1975, S. 64–65, 69.

173 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 9–10.

praktizierender Ärztinnen und Ärzte, aussen vor. Das Konzept hielt die Aufklärung der Bevölkerung, eine «gemeindenahe» Psychiatrie und ein differenziertes Angebot an ambulanten, halbambulanten und stationären Institutionen und Einrichtungen für die dringlichsten Anliegen im Rahmen der geplanten Reformen.[174] Dabei stand eine bessere Koordination zwischen den beteiligten Akteuren und Institutionen im Fokus, unter Einbezug von Allgemeinpraktikern, freischaffenden Psychiatern, Fürsorgestellen sowie Spitälern und Kliniken. Den Allgemeinmedizinern wurde eine zentrale Rolle als erste Anlaufstelle in den Regionen zugesprochen, gleichzeitig aber ein verbessertes psychiatrisches Wissen derselben gefordert, um psychische Krankheiten auch als solche zu erkennen und Betroffene möglichst rasch einer professionellen Behandlung zuführen zu können.[175] Der Ausbau der regionalen psychiatrischen Versorgung erforderte zwei Veränderungen. Zunächst sollte darauf hingearbeitet werden, dass sich in den etwas dichter besiedelten Regionen wie der Surselva, der Landschaft Davos und dem Oberengadin «sozialpsychiatrisch geschulte» frei praktizierende Psychiater niederliessen. An Orten, wo das nicht möglich sei, sollten die psychiatrischen Kliniken ein ambulantes Angebot aufbauen. Um die Zugangsschwelle zu den psychiatrischen Diensten gering zu halten – ein Aspekt, der bis heute in der ambulanten Betreuung wichtig ist – waren Standorte in Regionalspitälern und in Alters- und Pflegeheimen vorgesehen. So konnten Konsultationen erfolgen, ohne dass von aussen erkennbar war, dass eine Person psychiatrische Unterstützung in Anspruch nahm.[176]

Neben dem Ausbau des ambulanten Angebots standen auch Anpassungen im stationären Bereich im Fokus des Psychiatrie-Konzepts von 1976. Ein zentrales Anliegen war die Bettenreduktion, einerseits mit Blick auf eine Kostenreduktion, andererseits hinsichtlich der dadurch freiwerdenden Räumlichkeiten. Diese konnten für den Ausbau des therapeutischen Angebots genutzt werden. Damit verbunden war die Forderung nach einer Erweiterung des spezialisierten Personals durch die Anstellung von diplomiertem Pflegepersonal, Psychologen, Ergotherapeutinnen oder Sozialarbeitenden. Daneben wurde im Bericht der Wunsch nach einer Entflechtung und Differenzierung der Patientengruppen formuliert, wie etwa die Schaffung eines kinderpsychiatrischen Dienstes.[177] Auch ein «Heim für geistig schwerstbehinderte Erwachsene», ein «Wohnheim für psychisch Kranke» und eine «psychosomatische Station» wurden gefordert. Schliesslich sollte die Klinik Waldhaus baulich angepasst werden. Damit sah das Psychiatrie-Konzept von 1976 einen substantiellen und institutionellen Ausbau der psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden vor, der in seinen Grundzügen der heutigen Versorgungssituation entspricht. Es war gleichzeitig als Bedürfnisabklärung und als Wunschzettel mit Kostenfolge zuhanden der Politik gedacht.

Bedingt durch die erwarteten hohen Kosten konnten nicht alle Anliegen gleichzeitig umgesetzt werden, weshalb eine Priorisierung vorgenommen wurde. Besondere Dringlichkeit erhielt der Ausbau des ambulanten sowie des kinderpsychiatrischen Dienstes. Weit oben auf der Prioritätenliste rangierten zudem die Gleichstellung psychischer mit somatischen Krankheiten bei den Krankenkassen und die bauliche Sanierung der Klinik Waldhaus. Noch im selben Jahr schloss die Bündner Regierung einen neuen Vertrag mit dem *Verband der Bündnerischen Krankenkassen*, womit die Kostenübernahmen für Verpflegung, Unterkunft, ärztliche und medikamentöse Behandlung sowie medizinische Abklärungen für Personen, die in einer Verbandskrankenkasse versichert waren, geregelt wurden.[178] Entlang der Priorisierung wurden weiter Verhandlungen mit der 1969 gegründeten Stiftung «Bündner Beobachtungs- und Therapieheim» aufgenommen und 1980 wurde Thomas Hess als Leiter des kinderpsychiatrischen Dienstes mit dem Aufbau eines Ambulatoriums in Chur beauftragt (vgl. Kapitel 5.3).[179] Für den Umbau der Klinik Waldhaus wurde eine Studienkommission

174 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 328–329.

175 Zu deren Unterstützung wurden sogenannte «Balint-Gruppen» vorgeschlagen, Erfahrungsgruppen, in denen Allgemeinpraktiker und Psychiater «Probleme mit psychisch Kranken besprechen» konnten. Ebd., S. 329.

176 Ebd., S. 329–330.

177 Ebd., S. 332.

178 Verhandlungen des Grossen Rates vom 27. Mai 1977, S. 111. (Kleine Anfrage Dr. Melchior/Chur, betreffend Taxen der Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin. Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 170. Seit 1968 bestand ein Vertrag, der lediglich eine Pauschale für Arzt und Medikamente festlegte. Die Krankenkassen waren nicht verpflichtet, einen höheren Betrag als den gesetzlichen Mindestbeitrag an die weiteren Krankenpflegekosten zu leisten. Verhandlungen des Grossen Rates vom 27. Mai 1977, S. 111.

179 Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Beverin, Sitzung vom 14. Juni 1979, S. 5.

	Davos	Ilanz	Samedan	Grono	Chur	Total
Patienten	59	46	34	19	57	215
Konsultationen	164	96	91	26	140	517
Konsilien	32	22	13	–	113	180

Tabelle 15: Sprechstundentätigkeit nach Region (1979)

Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 172–173. (Das Angebot für das Moesano fiel bereits 1983 wieder weg. Weshalb dies der Fall war, ist den Jahresberichten nicht zu entnehmen. Jahresbericht Waldhaus 1983, S. 188.)

eingesetzt. Ab 1979 wurden zudem erste ambulante Sprechstunden und Konsilien in Chur, Davos, Ilanz, Grono und Samedan angeboten.[180]

Für die Leitung der ambulanten Dienste in der Erwachsenenpsychiatrie zeichnete die Klinik Waldhaus verantwortlich. Gleich zu Beginn wurde Benedikt Fontana mit einem Problem konfrontiert, das bereits früher aufgetreten war. Er fand keinen Oberarzt, der diese Arbeit übernehmen wollte (vgl. Kapitel 4.2). Mit ein Grund dafür waren laut dem Chefarzt die weiten Wege und die Unberechenbarkeit des Wetters, vor allem während der Wintermonate.[181] In der Folge wurden die beiden Oberärzte der Klinik mit dieser Aufgabe betraut; auch Fontana übernahm ambulante Sprechstunden. Freipraktizierende Psychiater, die sich neu in Graubünden niederliessen, wurden vorerst nur in der Region Chur festgestellt. Ihre Anzahl stieg zwischen 1976 und 1985 von vier auf acht, inklusive der Ärzte der psychiatrischen Klinik mit eigener Praxis. Die «primäre ambulante Betreuung und Triage von Patienten mit psychischen Krankheiten» blieb weiterhin im Aufgabenbereich der Hausärzte.[182]

Bereits im ersten Halbjahr der seit Mitte 1979 stattfindenden Sprechstundentätigkeit durch die Psychiater der Klinik Waldhaus wurden mehrere hundert Konsultationen und Konsilien durchgeführt (vgl. Tabelle 15). Im Folgejahr stiegen die Zahlen leicht an. Gleichzeitig findet sich im Jahresbericht von 1980 eine erste Aufschlüsselung der Konsultationen nach Diagnosen (vgl. Tabelle 16).

Die Statistiken zur stationären Unterbringung bewegten sich parallel zur Ausweitung des ambulanten Angebots. Stationär behandelt wurden vor allem Menschen mit einem schizophrenen Krankheitsbild: «Währenddessen diese Geisteskranken das Gros der Klinikpatienten ausmachten, sind heute nur noch [...] 33 % aller Kranken unter dieser Diagnose in der Klinik. Es ergibt sich daraus, dass diese Kranken durch moderne Therapien, durch die zahlreichen Psychopharmaka heute nach mehr oder weniger langem Aufenthalt rehabilitiert und wieder entlassen werden können, währenddem sie früher oft für ihr Leben in der Klinik verblieben sind», so Fontana 1980.[183]

Schizophrenie	16.7
Affektive Psychosen	23.4
Neurosen	11.2
Alkoholismus	7
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	3.6
Alterspsychosen	6.4
Schwachsinn	4
Epilepsie	2.1
Psychosen bei organischen Hirnstörungen	1.2
Reaktive Psychosen	0.6
Psychopathien	0.6
Krankhafte seelische Reaktionen bei Eheschwierigkeiten, sozialen Problemen usw.	13.35
Suizidversuche	9.4
Alkoholpsychosen	0.3

Tabelle 16: Konsultationen nach Diagnosen (in Prozent) 1980

Anmerkung: Total in der Quelle beträgt 99.85 Prozent.
Quelle: Jahresbericht Waldhaus 1980, S. 170.

180 Ebd., S. 5; Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 332 und 1986, S. 413 sowie Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 173. Konsilien in den Akutspitälern nahmen dabei eine wichtige Rolle ein, denn es konnten «Patienten mit psychischen Störungen zur Abklärung oder Behandlung vermittelt werden, die sonst nicht ohne weiteres den Weg zum Psychiater gefunden hätten». Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1989, S. 5.

181 Protokoll der Aufsichtskommission Waldhaus, Beverin, Sitzung vom 14. Juni 1979, S. 5.

182 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1976, S. 327–328 und 1986, S. 418. Im Jahresbericht der Klinik Waldhaus von 1985 wird zudem auf die selbständige Tätigkeit des Chefarztes in eigener Praxis hingewiesen. Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 189.

183 Jahresbericht Waldhaus 1980, S. 175.

		Oberarzt	Assistenzarzt
Sprechstunde Klinik Waldhaus (inkl. Konsilien am Kantons- und Kreuzspital)	Mo Mi Fr	½ Tag ½ Tag –	1 Tag 1 Tag 1 Tag
Kreisspital Oberengadin	Di	1 Tag	1 Tag
Spital Davos	Do	1 Tag	1 Tag
Regionalspital Surselva	Fr	1 Tag	–

Tabelle 17: Präsenz- und Arbeitszeiten des ambulanten psychiatrischen Dienstes (1985)
Anmerkung: Nicht mitgerechnet war die 24-stündige Erreichbarkeit für Notfälle, die ebenfalls von den Klinikärzten geleistet werden musste. (Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 423. In den Statistiken nicht erfasst wurde der zeitliche Aufwand des ambulanten Oberarztes für die Drogenberatungsstelle (Methadonkommission ab 1990). Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1990, S. 5.)
Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 423.

Die Zahl der einzelnen Konsultationen stieg in den folgenden Jahren kontinuierlich an. 1985 nahmen 599 Patientinnen und Patienten insgesamt 2'137 Termine wahr. Die Hälfte davon fanden in Chur statt. Darin eingeschlossen waren Konsiliaraufträge in den beiden Churer Spitälern sowie eine rege Gutachtertätigkeit straf- und zivilrechtlicher Art, insbesondere für das Militär und die Invalidenversicherung. 26-mal wurde die «Schwangerschaftserstehungsfähigkeit» bei geplanten Schwangerschaftsabbrüchen beurteilt (vgl. Kapitel 4.2).[184] Die systematische Auflistung der Konsultationen bestätigte laut Fontana das Bedürfnis für ambulante Dienstleistungen. Gleichzeitig forderte die wachsende Nachfrage zusätzliche personelle Ressourcen. Eine Auflistung aus dem Jahr 1985 zeigt den damaligen Zeitaufwand in den verschiedenen Regionen und Kliniken (vgl. Tabelle 17).

Obwohl der kantonale Auftrag zur Bereitstellung ambulanter Sprechstunden in Chur und in den Regionen bei der Klinik Waldhaus lag, hatte Weber bereits im Vorfeld mit dem Ausbau eines eigenen Angebots begonnen, zunächst vor allem in der «Nachsorge» klinikentlassener Personen (vgl. Kapitel 5.1.3).[185] Als Weber und mit ihm ein Oberarzt 1984 die Klinik Beverin verliessen, entstand ein Vakuum, das von der neuen Belegschaft nicht gefüllt werden konnte. Gleichwohl hatten der angestellte Psychologe und die verbliebenen Ärzte insgesamt 769 Konsultationen durchgeführt.[186] Das Vakuum bedeutete nicht nur den Verlust von Kontinuität und Wissen in der ärztlichen Leitung, sondern veränderte die Möglichkeiten der ambulanten Betreuung. In den Jahren davor war Weber mit seinem Team ständig erreichbar gewesen. Er hatte damit eine Art Parallelangebot zum offiziellen Auftrag der Klinik Waldhaus aufgebaut, in das auch die Sozialarbeitenden der Klinik stark eingebunden gewesen waren. Mit dem fortschreitenden Ausbau des ambulanten Angebots und dem Antritt des neuen Chefarztes, Hans König, in Beverin drängte sich zunehmend eine Klärung der Zuständigkeiten in diesem Bereich auf. 1991 erhielt auch die Klinik Beverin, im Rahmen einer neuen Organisationsverordnung, einen offiziellen Auftrag zur ambulanten Betreuung. Dieser wurde entlang regionaler Zuständigkeitsbereiche definiert, die ein Jahr zuvor bereits für die stationäre Unterbringung festgelegt worden waren. Die Klinik Waldhaus zeichnete künftig für die ambulanten (sozial-) psychiatrischen Dienste der Stadt Chur und Umgebung (inkl. Sprechstunden in Davos) zuständig, die Klinik Beverin für die Region Mittelbünden,

184 Ebd., S. 189. Im Verwaltungsarchiv Waldhaus sind die Gutachten für die Jahre 1985 bis 1988 erhalten geblieben, die die Beurteilungen eines geplanten Schwangerschaftsabbruchs nach Artikel 120 StGB umfassen. Sie zeigen, dass die begutachtenden Psychiater in der überwältigen Mehrheit der Fälle dem Ansinnen der Frauen entsprachen. Von 140 Begutachtungen sahen die Psychiater lediglich in drei Fällen die Voraussetzungen für einen straffreien Abbruch als nicht gegeben an. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gutachten Artikel 120 StGB, 22.05.1995–5.5.1998.

185 Die Nachsorge im Massnahmenvollzug und im Fürsorgewesen findet sich bereits im 19. Jahrhundert in unterschiedlichen Ausprägungen, etwa als «Patronage» oder im Rahmen von Schutzaufsichten. Vgl. Häsler (2019), S. 629–659; Leuenberger / Seglias (2015), S. 97–119 und Studer / Matter (2011).

186 Jahresbericht Realta / Beverin 1985, S. 194 und Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, Bericht des Oberarztes, S. 13. Ein Oberarzt schied aus, weil er sich für die Stelle des Chefarztes interessiert hatte, jedoch nur nach einer Trennung von der Strafanstalt Realta. Ein zweiter Arzt ging in Pension und ein dritter schied krankheitsbedingt aus dem Dienst aus. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 17. April 1984, S. 2.

	Erste Dringlichkeit	Zweite Dringlichkeit	Dritte Dringlichkeit
Ambulante Einrichtungen	– Gesetzliche Regelung der Psychotherapie – Aussprache Bündner Stiftung Beobachtungs- und Therapieheim mit dem Sanitätsdepartement betr. KJP	– Ausbau und evtl. Umstrukturierungen des ambulanten psychiatrischen Dienstes	
Halbstationäre Einrichtungen		– Kinder- und Jugendpsychiatrische Therapiestation mit Tagesklinik	
Stationäre Einrichtungen	– Realisierung Projekt Waldhaus unter gleichzeitiger Anpassung der Klinik Beverin im Zusammenhang mit der Übernahme von Patienten aus der Psychiatrischen Klinik Waldhaus	– einheitliche ärztliche Leitung – Realisierung des Bettenbedarfes – Sanierung der Klinik Beverin – Wohnheim für Alkoholiker	- geschlossene Drogenstation (interkantonale Lösung)

Tabelle 18: Zusammenfassung der Vorschläge der Arbeitsgruppe nach Prioritäten für die Realisierung (1986)
Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 445.

die Surselva, die Region Engadin und die Südtäler (inkl. Sprechstunden in Ilanz und Samedan). Dafür wurde je eine neue Oberarztstelle geschaffen.[187]

5.2.2 Das «Psychiatrie-Konzept» von 1985 – auf dem Weg zur kantonalen Koordination

Angesichts der raschen Veränderungen in der psychiatrischen Betreuung sah sich die Regierung dazu veranlasst, die 1976 formulierten Ziele auch über die ambulante Versorgung hinaus umzusetzen. Sie gab deshalb ein zweites «Psychiatrie-Konzept» in Auftrag. Wie bereits 1976 sollten darin künftige Aufgaben definiert werden, diesmal aber mit dem alleinigen Fokus auf die psychiatrische Versorgung. Die Umbaupläne für die Klinik Waldhaus wurden zurückgestellt, bis das neue Psychiatrie-Konzept 1985 fertiggestellt wurde. Dies hatte zur Folge, dass so wenig wie möglich in den Unterhalt investiert wurde, was die ohnehin schon schwierige Betreuungs- und Arbeitssituation weiter verschärfte. Die für den Bericht verantwortliche Arbeitsgruppe formulierte hinsichtlich der künftigen psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden verschiedene Vorschläge und betonte vor allem den Handlungsbedarf in Bezug auf die vorgeschlagenen Massnahmen. Aufgrund der eingeschränkten finanziellen Mittel wurde, wie bereits 1976, eine Priorisierung vorgenommen und in drei Dringlichkeitsstufen eingeteilt (vgl. Tabelle 18).

Ein grosser Aufwand wurde zur Ermittlung der Bettenbelegungszahlen betrieben. Diese Zahlen waren nicht nur ein Faktor zur Bestimmung der zu erwartenden Kosten, sondern spielten auch eine Rolle bei der intensiv diskutierten Frage wie viele und welche stationären, aber auch teilstationären und ambulanten, Einrichtungen der Kanton künftig betreiben sollte. Der Rückgang der Bettenzahlen in den einzelnen Kliniken wurde als Indiz für eine Modernisierung psychiatrischer Institutionen gewertet (vgl. Tabelle 19). Innerhalb eines Jahrzehnts hatte sich diese Zahl in den beiden Bündner Kliniken nahezu halbiert.

	1975	1980	1985
Klinik Waldhaus	386	264	226
Klinik Beverin	324	241	183
Total Kliniken	710	505	409
Davon Zürcher Patienten	139	69	39
Wohnheim Rothenbrunnen	79	68	69

Tabelle 19: «Patientenbestand im Jahresdurchschnitt» (1975–1985)
Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 415.

187 Der Oberarzt für Mittelbünden betreute zudem die Wohnheime Rothenbrunnen, Montalin, Paspels sowie die Anstalt Realta. Vgl. Pieren et al. (2017), S. 13–14; Jahresbericht Waldhaus 1988, S. 26, Regierungsratssitzung vom 14. Mai 1990, Protokoll Nr. 1237, S. 3–5 und Verordnung über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin / Wohnheim Rothenbrunnen 1990. Sie ersetzte die frühere Verordnung von 1987.

Zum Rückgang der Patientenbestände gab es bereits aus anderen Kantonen umfangreiche Daten, so dass die Bündner Arbeitsgruppe auch auf statistische Erhebungen der Kantone Basel-Landschaft, Thurgau oder Waadt zurückgreifen konnte. In diese Abschätzung flossen Überlegungen zur demografischen Bevölkerungsentwicklung ein. Generell nahm die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Kliniken in dieser Zeit ab. Zugleich aber stieg die Anzahl Patientinnen und Patienten auf den geriatrischen Abteilungen, die im Bereich der täglichen Verrichtungen mehr Pflege bedurften. 1966 waren 20 Prozent der 400 aufgenommenen Patientinnen und Patienten über 60 Jahre alt, 1979 waren bereits 46 Prozent über 65 und 1980 mehr als die Hälfte. Ein Drittel aller Patientinnen und Patienten war gar über 75 Jahre alt.[188] Es wurde weiter von einer Zunahme der über 85-Jährigen und damit von einem weiteren Anstieg des altersbedingt höheren Betreuungsaufwand ausgegangen.[189] Die Kliniken wurden durch diese Entwicklung zunehmend belastet. Entsprechend wurde seit Ende der 1970er Jahre versucht, nach Möglichkeit ältere Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen unterzubringen. Gleichzeitig wurden nun Psychiatrieaufenthalte von den Krankenkassen abgedeckt. Im Fall einer Bedürftigkeit mussten Fürsorgeämter und Angehörige die Alters- und Pflegeheimplatzierungen mitfinanzieren, was dazu führte, dass Chefärzte manchmal gebeten wurden, alte Menschen, die keiner psychiatrischen Betreuung mehr bedurften, etwas länger in der Klinik zu behalten, wenn seitens der Kostenpflichtigen wenig oder kein Vermögen vorhanden war.[190]

Das zweite Psychiatrie-Konzept von 1985 kam zum Schluss, dass die kantonalen Einrichtungen weiter Betten abzubauen hätten und gleichzeitig spezielle Angebote in der Altersbetreuung sowie für Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung zu schaffen seien. Auch dieses Anliegen wurde mit Zahlen unterlegt (vgl. Tabelle 20).

Damit nahm das Psychiatrie-Konzept von 1985 den 1976 formulierten Wunsch einer Entflechtung der unterschiedlichen Patientengruppen auf. Dieses Anliegen betraf auch die gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten; der entsprechende Prozess war Mitte der 1980er Jahre in den Kliniken bereits in vollem Gange.

	Waldhaus	Beverin
Akute und rehabilitative Patienten	51	44
Psychisch behinderte Patienten	94	43
Geistig behinderte Patienten	31	44
Psycho-geriatrische akut	24	13
Psycho-geriatrische chronisch	35	34
Total nach Geschlecht	119 Frauen 116 Männer	92 Frauen 86 Männer
Total»	235	178

Tabelle 20: Statistik der psychiatrischen Patientinnen und Patienten (1985)

Anmerkung: Um flexibel zu bleiben, wurde eine 90 prozentige Belegung angestrebt. Die Zürcher Patientinnen und Patienten wurden in dieser Rechnung nicht berücksichtigt, weil zu diesem Zeitpunkt keine Neuaufnahmen mehr erfolgten.
Quelle: Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 429.

Zwei Kliniken? – Zwei Kliniken!

In der Reformphase der 1980er Jahre wurde im Auftrag der Kantonsregierung auch über die Existenzberechtigung der beiden Kliniken diskutiert. Im Rahmen einer Gesamtschau der Bedürfnisse der künftigen psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden fand eine intensive Auseinandersetzung darüber statt, ob angesichts des zu erwartenden Rückgangs von Betten im stationären Bereich beide psychiatrische Kliniken weiterhin durch den Kanton betrieben werden sollten. Drei Varianten standen zur Diskussion: erstens die Schliessung einer der beiden Kliniken, zweitens die Beschränkung auf eine Klinik mit Annexbetrieb in Südbünden (Bergell, Puschlav, Münstertal und Samnaun) und drittens die Weiterführung beider Kliniken. Gleichzeitig sollten sämtliche psychiatrischen Dienstleistungen des Kantons Graubünden «unter *eine* ärztliche Leitung» gestellt werden, um so einem «‹Konkurrenzdenken› zwischen ambulanten und stationären Institutionen und zwischen den stationären unter sich» vorzubeugen.[191]

188 Jahresberichte Realta/Beverin 1966, S. 11, 1979, S. 33, 1980, S. 37, 1983, S. 8.

189 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 430–433.

190 Interview mit Hans König, 2.42.00–2.42.45 und Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 171–172, 1983, S. 8.

191 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 435–437.

Die Entscheidung, ob künftig eine oder zwei Kliniken betrieben werden sollten, war in der Arbeitsgruppe nicht unumstritten. Bereits früh wurde die Möglichkeit eines Annexbetriebs für Südbünden aus Kostengründen abgeschrieben. Das finanzielle Argument wog schwerer als der Wunsch nach einer flächendeckenden psychiatrischen Versorgung. Damit reduzierte sich die Diskussion auf die Frage, ob es eine oder zwei psychiatrische Kliniken geben sollte – und welche der beiden allenfalls zu schliessen sei. Durch die Nähe zu den kantonalen Spitälern und die Lage im am dichtesten bevölkerten Teil des Kantons besass das Waldhaus klare Standortvorteile. Gleichzeitig stellte sich die Frage, wie bei einer allfälligen Schliessung von Beverin mit der Strafanstalt Realta und der Schule für Bündner Psychiatriepflege zu verfahren sei. Für Beverin wiederum sprach der moderne Ausbaustandard, was wohl letztlich dazu führte, dass beide Kliniken weiter betrieben werden sollten. Sie sollten aber besser zusammengeführt und deshalb unter eine ärztliche Leitung gestellt werden. Die Arbeitsgruppe sprach in ihrem Vorschlag an die Regierung von «einer Klinik an zwei Standorten».[192]

Auch der vor kurzem ins Amt gewählte neue Chefarzt der Klinik Beverin, Hans König, wies darauf hin, dass aus betriebswirtschaftlicher und finanzieller Perspektive eine einzige Klinik sinnvoller wäre. Die Idee der gemeinsamen Leitung unterstützte er.[193] In der Vernehmlassung gewann der Ärzteverein hingegen einem möglichen Konkurrenzdenken auch Positives ab und plädierte dafür, beide Leitungen beizubehalten. Die Frage einer einheitlichen Leitung wurde schliesslich auf die Zeit nach der Pensionierung von Fontana vertagt. Mit dem Beschluss, beide Kliniken beizubehalten, entschied sich die Politik letztlich für die kostspieligere Variante. Dieser Entscheid bedeutete auch, dass endlich der Neubau der Klinik Waldhaus in Angriff genommen werden konnte (vgl. Kapitel 6.1.1).[194] Gleichzeitig meldete auch Beverin erneuten Ausbaubedarf an. Dieser wurde, mit Blick auf die hohen Kosten für die Sanierung und den Ausbau der Klinik Waldhaus, zwar zurückgestellt, es wurde jedoch anerkannt, dass im Zuge der geplanten Bettenreduktion bauliche Anpassungen notwendig werden würden.

192 Ebd., S. 436–439.

193 Archiv König: Ausführlicher Jahresbericht der psychiatrischen Klinik Beverin 1985, S. 10. In dieser Ausführlichkeit ist nur ein Jahresbericht erschienen.

194 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 449–450.

Alte und neue Herausforderungen im Suchtbereich

Parallel zu den Abklärungen für das Psychiatriekonzept prüften die Bündner Behörden zu Beginn der 1980er Jahre auch den künftigen Bedarf für ein «Heim für Alkoholiker und eine Drogenstation für schwer motivierbare Suchtabhängige».[195] Laut Regierung machten sich breite Kreise der Bündner Öffentlichkeit wegen des zunehmenden Konsums von Cannabis und harten Drogen Sorgen. Zudem galt Alkoholmissbrauch nach wie vor als drängendes fürsorgerisches und psychiatrisches Problem. Die Politik nahm beide Anliegen auf und liess zwei Gutachten erstellen: den 1982 veröffentlichten «Drogenbericht» und den «Alkoholbericht» von 1984. Im Zuge dieser Debatte wurde offensichtlich, dass die Psychiatrie immer noch häufig als ein probates Mittel betrachtet wurde, um gesellschaftliche Probleme anzugehen, solange diese in einen medizinisch-therapeutischen Bezugsrahmen gestellt werden konnten.

1982 nahm die Bündner Regierung Kenntnis vom ersten «Drogenbericht für den Kanton Graubünden». Er war im Rahmen der *Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel* in Auftrag gegeben worden. Als Ziel war die Erstellung eines «umfassenden Konzepts zur Drogenprophylaxe und zur Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen» im Kanton formuliert worden.[196]

Zu Beginn der 1980er Jahre wurde über den Konsum harter Drogen vermehrt öffentlich diskutiert. Seit den späten 1960er Jahren hatte die Zahl der Drogenkonsumierenden zugenommen. Das schweizerische Betäubungsmittelgesetz wurde 1975 verschärft und auch der Konsum von Cannabisprodukten oder von Halluzinogenen (z. B. LSD) wurde verboten, nachdem die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten dieser Substanzen während des gesellschaftlichen Aufbruchs Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre angestiegen war. Der Konsum von harten Drogen wie Heroin oder anderer Opiate forderte immer mehr Tote. Ungeachtet dessen stieg in den 1980er Jahren der Konsum weiter an, und damit auch die Anzahl der Todesopfer. In der Stadt Zürich, aber auch in Chur, entstanden zunächst kleinere offene Drogenszenen. Auf den grossen offenen Szenen am Platzspitz und später beim Bahnhof Letten verkehrten in Zürich zwischen 1986 und 1995 Dro-

195 Ebd., S. 441.

196 Drogenbericht 1982, S. 276.

genkonsumentinnen und Drogenkonsumenten aus der ganzen Schweiz und dem Ausland. Durch die mediale Berichterstattung wurde der breiteren Öffentlichkeit bewusst, dass die Drogenproblematik unterdessen Jugendliche und Erwachsene aus allen sozialen Schichten erfasst hatte.[197] Die damit einhergehenden neuen Herausforderungen fanden im Drogenbericht von 1982 erst bedingt Niederschlag und sollten auf kantonaler Ebene später auch politisch angegangen werden.

Die Bündner Polizei setzte sich seit 1969 eingehender mit Fragen des «auffälligen Betäubungsmittelkonsums durch Jugendliche» auseinander. Ab 1972 wurden Informationsbroschüren an Schulen abgegeben und seit 1981 verfügte die Polizei über eine Abteilung für «Drogenfälle». Das Polizeipersonal wurde dafür von fünf auf zehn Stellen aufgestockt. Neben ersten Aufklärungsversuchen setzten die Bündner Behörden zunächst vor allem auf polizeiliche Repression. Drogenabhängige, die laut den Behörden eines stationären Aufenthalts bedurften, wurden ausserkantonal untergebracht, beispielsweise in der Klinik Sonnenbühl in Brütten (ZH) oder dem Ulmenhof in Ottenbach (ZH).[198] «Das Unwissen über die Thematik war gross. Cannabis war ein Protest gegenüber dem Establishment, aber auch das hat eine grosse Unruhe ausgelöst», so der damalige Adjunkt des kantonalen Fürsorgeamtes, Andrea Ferroni. Die Politik musste auf die steigende Anzahl von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten reagieren und holte sich unter anderem Rat bei den Bündner Chefärzten. «Ich glaube, es war einmalig, dass im Bündner Parlament ein Fachexperte gesprochen hat. Doktor Weber referierte dort über Betäubungsmittel», so Ferroni weiter.[199] Für die jährlichen Landesberichte zuhanden der Politik wurde jeweils die Anzahl Drogentoter erhoben. «Vor allem im Misox war dies für einige Zeit eine brisante, schwierige und tragische Geschichte.»[200] 1981 starben im Kanton fünf Personen an einer Überdosis und vier weitere an den Folgen eines Unfalls oder Suizids unter Drogeneinfluss. Polizeilich gemeldet wurde in dieser Zeit vor allem der Konsum von Haschisch, gefolgt von Heroin und Opiaten.[201] Die Bündner Kliniken nahmen regelmässig Drogensüchtige zur Behandlung auf. So waren in der Klinik Waldhaus 1984 insgesamt 29 Drogenabhängige untergebracht.[202] Der Versuch, das Phänomen durch statistische Erhebungen besser fassbar zu machen, wird auch im Drogenbericht sichtbar, der gleichzeitig den Anstieg der Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten mit gesellschaftlichen Veränderungen zu erklären versuchte. Der Drogenkonsum wurde dabei auf den gesellschaftlichen Wandel und auf Orientierungsprobleme der Jugendlichen zurückgeführt. Genannt wurden familiäre Gründe und der «Mangel an Sicherheit und Geborgenheit in der Familie» sowie der «Einfluss einer wankelmütigen und orientierungslosen Erziehung in Familie und Schule», der zu mangelndem Selbstvertrauen und fehlender Selbstverantwortung führe. «Weil sie [die Jugendlichen] in Beruf und Gesellschaft versagen, suchen sie in der Flucht zur Droge einen Ersatz für ihre Selbstbestätigung und ihre Selbstsicherheit.»[203]

Der Bericht schlug ein koordiniertes Vorgehen vor, das von präventiven Massnahmen über die Behandlung und Therapie bis hin zu zwangsweisen Unterbringungen für jene Süchtigen reichte, die sich nicht freiwillig in eine Entzugsklinik begeben wollten.[204] Weber nahm als Chefarzt der Klinik Beverin in dieser Debatte eine Sonderrolle ein, weil er durch seine Leitungsfunktion in der Strafanstalt Realta auch mit der Inhaftierung von delinquenten Süchtigen konfrontiert war. Von den 90 Insassen der Strafanstalt waren laut Weber 15 bis 20 drogenabhängig; alle hatten einen Entzugsversuch hinter sich. Da Realta zu diesem Zeitpunkt bereits offen geführt war und die Türen nur nachts verriegelt wurden, war der Drogenschmuggel aus seiner Sicht nicht zu verhindern und auch nicht primäres Ziel. Auch Utensilien zum Drogenkonsum wurden in die Einrichtungen geschmuggelt oder innerhalb der Anstalt hergestellt. Davon zeugt eine Aussage Webers, dass ein Insasse dabei erwischt worden sei, als er sich in der Glasbläserei eine Wasserpfeife habe anfertigen wollen.[205] Weber setzte vielmehr auf eine «konsequente Führung».[206] Er liess unter anderem «konsequent Urinproben» durchführen. Fiel ein Test positiv aus, drohten dem

197 Koller (2017).
198 Drogenbericht 1982, S. 276–278.
199 Interview mit Andrea Ferroni 24.15–25.48.
200 Ebd., 25.48–27.06
201 1982 waren es laut Drogenbericht insgesamt 344, davon 208 Fälle von Haschischkonsum und 94 von Heroin- oder Opiatkonsum. Drogenbericht 1982, S. 278, 282.
202 Jahresbericht Waldhaus 1985, S. 186.
203 Drogenbericht 1982, S. 274–275. Für eine historische Einordnung des sich verändernden gesellschaftlichen Blicks auf die Jugend vgl. Bühler (2019), hier besonders S. 276–277.
204 Ebd.
205 Weber (1982), S. 5.
206 Ebd., S. 4–5.

betroffenen Gefangenen mindestens drei und maximal sechs Monate Streichung des Urlaubs und Kürzung des Pekuliums. Weber betrachtete diese Massnahmen als genügend. Bei «massivem Drogenmissbrauch» bestand gleichzeitig die Möglichkeit zur Versetzung in eine geschlossene Anstalt, was als zusätzliches Druckmittel benutzt werden konnte.[207]

Die beiden Chefärzte verfolgten auch in der Bekämpfung der Drogenproblematik unterschiedliche Ansätze; dies zeigte sich beispielhaft in ihren Auftritten bei öffentlichen Veranstaltungen. Ernst Weber verfolgte in den Debatten einen progressiveren, aufklärenden Ansatz, während Benedikt Fontana eher Repressionen befürwortete. So vernetzte sich Weber mit Jugend- und Sozialarbeitenden und nahm etwa den jungen Adjunkt des kantonalen Fürsorgeamtes mit zu Veranstaltungen in den Regionen. Dieser erinnerte sich folgendermassen an diese Zeit: Weber als «gesetzter, gestandener Chefarzt, und ich als relativ Neuer und allein mit meinem universitären Wissen. Das war eine ausserordentliche Kooperation».[208] Benedikt Fontana dagegen sei «zusammen mit einem Polizisten im Land Graubünden unterwegs» gewesen und habe dargestellt, «wie schlimm der Konsum von Cannabis ist».[209]

Der Drogenbericht 1982 und das Psychiatrie-Konzept 1985 sahen die Aufgabe der Psychiatrie in der Beratung und Therapie sowie in der kurz- und langfristigen Betreuung der Patientinnen und Patienten, die an einer Suchtproblematik litten – während und nach einem Entzug. Die Zusammenarbeit mit «spezialisierten Institutionen, praktizierenden Ärzten, Spitälern, psychiatrischen Einrichtungen, Jugendanwaltschaft, Polizei und Drittpersonen» wurde darin hervorgehoben.[210] Eine systematische Zusammenführung aller Akteure erfolgte erst, als 1989 Regierungsrat Peter Aliesch die zuvor aus Verwaltungsangestellten bestehende Drogenkommission neu besetzte. In der bisherigen Besetzung brachen wiederholt «divergierende» drogentherapeutische Ansätze für die Psychiatrie auf.[211] Neu waren darin Fachpersonen aus Bereichen vertreten, die in der täglichen Arbeit einen direkten Bezug zur Thematik hatten und als beratendes Gremium für Politik und Verwaltung figurierten.[212] Dazu gehörten Staatsanwaltschaft, Drogenpolizei, Sozialdienste, Psychiatrie, der Kantonsarzt sowie ein Mitglied der Bildungsdirektion. Die ambulanten Angebote nahmen in diesem Bereich eine nicht zu unterschätzende Rolle ein. So hatten beispielsweise zehn Prozent aller Konsultationen in der Klinik Waldhaus einen Bezug zu Alkohol- und Medikamenten-, respektive Drogenabhängigkeiten.[213]

Nicht alle Anliegen des Regierungsrates wurden in dieser Zeit umgesetzt. Ursprünglich sollte auch die Idee einer «geschlossenen Drogenstation», beziehungsweise einer «Spezialanstalt zur Behandlung nicht-therapiewilliger Drogenabhängiger» geprüft werden. Mit Blick auf die Kosten wurde eine interkantonale Lösung vorgeschlagen, die aufgrund der Rückmeldungen in der Vernehmlassung nicht umsetzbar schien.[214] Beverin sollte daraufhin einen Schwerpunkt in der Suchttherapie erhalten. Für länger dauernde Behandlungen wollte der Kanton ein Abkommen mit dem Drogenheim in Lutzenberg (AR), später mit jenem in Littenheid (TG), aushandeln.[215] Es blieb damit bei einer ausserkantonalen Lösung für längere stationäre Aufenthalte. Ein Methadon-Programm, das andere Kantone bereits eingeführt hatten, lehnte der Kanton Graubünden zu Beginn der 1980er Jahre ab, denn das Programm stelle «letztlich den Verzicht auf Heilungsbemühungen dar», so die Meinung der Regierung.[216] Die Initialzündung für die spätere Einführung der Methadonabgabe im Kanton Graubünden kam, zunächst gegen den Willen von Staatsanwaltschaft und Polizei, von König, Chefarzt der psychiatrischen Klinik Beverin zusammen mit Mitarbeitenden der sich im Aufbau befindenden Jugend- und Drogenberatungsstelle.[217] 1998 wurde im Kanton Graubünden mit der kontrollierten Abgabe von Methadon an Schwersüchtige begonnen, fünf Jahre danach beschloss der Bundesrat eine dreijährige Versuchsphase, die

207 Weber (1982), S. 5.
208 Interview mit Andrea Ferroni, 12.55–13.24.
209 Ebd., 21.29–22.01.
210 Drogenbericht 1982, S. 288.
211 Interview Andrea Ferroni 27.00–28.33; Interview mit Hans König, 53.40–53.54 und Kübler et al. (2007), S. 111.
212 Reglement Drogenkommission 1997, Art. 4.
213 Jahresbericht Waldhaus 1986, S. 207.
214 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 442, 451.
215 Ebd., S. 451 und Interview mit Hans König, 51.40–55.09.
216 Drogenbericht 1982, S. 276, 288.
217 Interview mit Hans König, 49.40–51.40. Die Etablierung der neuen Dienste entbehrte zu Beginn einer gesetzlichen Grundlage. Laut dem ehemaligen Leiter des kantonalen Sozialamtes sei die politische Unterstützung für die Einführung der Dienste aber vorhanden gewesen. Interview mit Andrea Ferroni, 1.54.55–1.55.35.

die Abgabe von Opiaten beinhaltete.[218] Eine Folge des Drogenberichts von 1982 war unter anderem der 1986 initiierte Aufbau der Jugend- und Drogenberatungsstelle mit Hilfe der bestehenden regionalen Sozialdienste.[219]

Die Bemühungen der Stadt Zürich, die offene Drogenszene einzudämmen und neben der Repression neue Wege in der Drogenbekämpfung einzuschlagen, führten zum *Vier Säulen Modell*, das neben der Repression und Marktregulierung zusätzlich auf Prävention, Therapie und Überlebenshilfe/Schadensminderung setzte. Dieses Modell sollte auch im Kanton Graubünden zur Anwendung kommen.[220] Neben dem Vier Säulen Modell begannen der Kanton Zürich sowie andere Kantone Ende 1993 mit der «zwangsweisen Rückschaffung» auswärtiger Drogenabhängiger.[221] Dies stellte Graubünden vor neue Herausforderungen. In Chur vergrösserte sich die offene Drogenszene um circa 150 Personen, viele von ihnen waren obdachlos.[222] Die Zahl der polizeilichen Anzeigen, vor allem für den Besitz und Verkauf von harten Drogen stieg an.[223] Verschärfend kam in den kommenden Jahren die vermehrte Ansteckung mit dem Hepatitis-B- und dem HI-Virus hinzu, die in den Empfehlungen des ersten Drogenberichts 1982 noch keine Rolle gespielt hatten.[224]

Auch auf politischer Ebene wurde das Bedürfnis nach Antworten beziehungsweise nach politischen Signalen geäussert. Zwischen 1983 und 1991 waren elf parlamentarische Vorstösse in diesem Bereich eingereicht worden.[225] Der 1991 in Auftrag gegebene zweite Drogenbericht sollte deshalb die zahlreichen Veränderungen und Entwicklungen im Umgang mit dem Drogenkonsum aufzeigen und Empfehlungen für das weitere politische Handeln abgeben.[226] Der Bericht formulierte schliesslich fünf Ziele, in die die psychiatrischen Kliniken Graubündens nach wie vor auf therapeutischer Ebene eingebunden werden sollten: das Anstreben eines drogenfreien Lebens, das Verhindern des Einstiegs von jungen Menschen in die Sucht, die Erleichterung des Ausstiegs, die Minderung der sozialen und finanziellen Risiken und die Gesundheitsgefährdungen bei Drogenabhängigen sowie der Schutz der Bevölkerung vor negativen Auswirkungen der Drogenszene.[227] Diese Ziele sollten im Rahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik gesetzlich verankert und zur Koordination ein Drogendelegierter eingesetzt werden. Einige Empfehlungen standen in einem breiteren, familienpolitischen Kontext, in dem der Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen wurde, etwa im Aufbau einer Erziehungsberatungsstelle oder in der Stärkung der ausserfamiliären Kinderbetreuung als Aufgabe der Gemeinden.[228]

Weitere Empfehlungen des Drogenberichts waren die Schaffung einer kantonalen Drogenentzugsstation und die Umsetzung der gesetzlichen Handlungsspielräume, die es ermöglichten, auf Strafmassnahmen im Zusammenhang mit Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz zugunsten stationärer Massnahmen zu verzichten. Damit plädierte die Drogenkommission erneut für das Beschreiten eines liberalen Weges in der Drogenpolitik. Die von der Kommission beschriebene Drogenproblematik betraf vor allem Jugendliche und junge Erwachsene aus allen gesellschaftlichen Schichten. 1996 wurde in der Klinik Beverin eine Drogenentzugs- und Übergangsstation, die «Downtown»-Station, eingerichtet. Auch dieses Angebot war jedoch für kurze Aufenthaltsdauern von maximal drei Monate angelegt. Im Jahr 2000 wurde ausserdem ein Ambulatorium für heroingestützte Behandlungen in Chur eingerichtet und 2001 eines in der Strafanstalt Realta; alle Einrichtungen standen unter der Aufsicht der ärztlichen Leitung der psychiatrischen Klinik Beverin.[229]

Drei Jahre nach der Veröffentlichung des zweiten Drogenberichts stimmte das Bündner Stimm-

---

218 Kohler (2017) und Drogenbericht 1994, S. 52–53. Ein Grund dafür war die Hoffnung auf die Eindämmung der Beschaffungskriminalität gewesen.

219 Drogenbericht 1994, S. 49. Der Ausbau stützte sich auch auf bestehende private Angebote, wie etwa den «Fokus», der seit 1993 u. a. Familienplatzierungen bei Bauern anbot. Ein aus Sicht der Drogenkommission begrüssenswertes Projekt. Ebd., S. 72–73.

220 Drogenbericht 1994, S. 51.

221 Ebd. S. 52.

222 1993 wurde die offene Drogenszene auf Anraten der Drogenkommission aufgelöst. Drogenbericht 1994, S. 78. Auch in den folgenden Jahren waren jedoch halboffene Szenen Teil Churs. Bundesamt für Polizei (1996), S. 26.

223 Drogenbericht 1994, S. 54.

224 Ebd.

225 Ebd., S. 55–56.

226 Ebd., S. 50. Der Bericht stützte sich unter anderem auf Studien, die das Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben hatte. Er folgte damit einer gesamtschweizerischen Entwicklung.

227 Ebd., S. 60–61.

228 Dazu gehörten auch Krippen, Horte, Blockzeiten in der Schule, Mittagstische oder Freizeitangebote. Ebd., S. 66–68.

229 Ebd., S. 76 und Kübler et al. (2003), S. 108.

volk 1997 dem ersten kantonalen Suchthilfegesetz an der Urne zu. Der eingeschlagene Weg wurde so in eine gesetzliche Grundlage überführt und die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden geregelt.[230] Der Drogenbericht 1994 sowie das Suchthilfegesetz 1998 waren wichtige Meilensteine in der Bündner Drogenpolitik.

Alkoholproblematik – eine neue, alte Herausforderung

Zwei Jahre nach der Veröffentlichung des ersten Drogenberichts von 1982 gab der Kanton Graubünden einen «Alkoholbericht» in Auftrag. Möglicherweise waren die erhobenen Zahlen zur Suchtproblematik ausschlaggebend. Diese gingen von einem Prozent der Bevölkerung aus, die Betäubungsmittel konsumierten, aber doppelt so vielen mit einer Alkoholabhängigkeit.[231] Übermässiger Alkoholkonsum beschäftigte Gesellschaft und Politik schon im 19. Jahrhundert. Neben der philanthropisch motivierten Abstinenzbewegung, aus der unter anderem das «Blaue Kreuz» hervorgegangen war, fand die Problematisierung des Alkoholkonsums Eingang in zahlreiche kantonale Gesetzgebungen, die es Fürsorgebehörden ermöglichten, Menschen aufgrund übermässigem Alkoholkonsum einer behördlichen Kontrolle zu unterstellen oder sie in geschlossenen Anstalten administrativ zu internieren.[232] Alkoholismus wurde als soziales, aber auch als moralisch-sittliches Problem verstanden, dem es im Interesse der betroffenen Person und ihres Umfelds, vor allem aber im Interesse der Gesellschaft, entgegenzutreten galt. In der Begutachtung von diesbezüglichen Vormundschafts- oder Fürsorgegeschäften kam den Bündner Psychiatern eine wichtige Rolle zu. Mit den ersten Versuchen, Alkoholabhängigkeiten medikamentös zu therapieren – zum Beispiel mittels Antabus – wurde die Suchtbehandlung zu einer wichtigen Aufgabe der Psychiatrie. Dabei intensivierte sich die Zusammenarbeit zwischen Bündner Psychiatern, Fürsorgestellen, Behörden, Hausärzten und kantonaler Trinkerfürsorge (vgl. Kapitel 3.3.4).[233]

Die Verfasser des Alkoholberichts von 1984 waren sich dieser historischen Dimension bewusst. Sie nutzten sie, um zwei Konzepte einander gegenüberzustellen, die den neueren Wandel in der psychiatrischen Beurteilung des Alkoholkonsums illustrieren sollten: das «Lasterkonzept» und das «Krankheitskonzept».[234] Ersteres gründete auf der «Volksmeinung», die den Alkoholismus «auf moralische, charakterliche Defekte» reduzierte.[235] Auch die Gesetzgebung «visiere noch deutlich den chronischen Alkoholiker an, der sich in wirtschaftlich bedrängter Situation befindet und damit sozial schwach ist. Es ist unbestritten, dass krankmachender Alkoholkonsum in allen sozialen Schichten vorkommt, in finanziell starken Kreisen eher häufiger, da finanzielle Barrieren spät oder überhaupt nicht wirksam werden».[236]

Damit versuchten die Verfasser einerseits eine gesamtgesellschaftliche Dimension zu eröffnen, brachten aber gleichzeitig das «Krankheitskonzept» als Gegenentwurf zur geltenden gesellschaftlichen Sichtweise ins Spiel. Als Begründung für die neue Perspektive führten sie die erfolgreiche Durchführung medikamentöser Behandlungen (Apomorphinkuren, Antabus-Dipsanbehandlung) an. «Alkoholkranke» würden «nicht mehr wegen Liederlichkeit interniert, sondern wegen Erkrankung hospitalisiert», um so «Alkoholiker[n] vorurteilsloser begegnen» zu können.[237] Obwohl eine Abgrenzung gegenüber dem «Lasterkonzept» angestrebt wurde, so kamen beide Ansätze bei den vermuteten Krankheitsursachen zu einem ähnlichen Schluss. Als Auslöser für eine Alkoholabhängigkeit definierte der Bericht 1984 «ererbte

---

230 Suchthilfegesetz 1998.

231 Alkoholbericht 1984.

232 Vgl. Gumy (2019), Jenzer (2014) oder Rietmann (2017), S. 105–120.

233 Jahresbericht Waldhaus 1954, S. 49, 1955, S. 55, 1956, S. 57, 1957, S. 58, 1961, S. 63, 1964, S. 64, 1965, S. 72. Pflugfelder nannte Pfarrer und das Blaue Kreuz als weitere wichtige Vertrauenspersonen, denn nicht die Antabus-Tabletten «heilten» eine Alkoholsucht aus Sicht des Chefarztes, sondern vielmehr die zur Verfügung gestellte Infrastruktur, damit «während dieser langen Zeit eine Persönlichkeitswandlung und ein Umerziehungsprozess stattfinden kann.» Pflugfelder (1958a), S. 18.

234 Alkoholbericht 1984, S. 3. Ebenso zitiert der Bericht: ZGB Artikel 370: «Verschwendung, Trunksucht, lasterhafter Lebenswandel, Misswirtschaft.» Vgl. ebd., S. 4. Mit dem Bundesgesetz über die fürsorgerische Freiheitsentziehung fiel die Einweisungskompetenz administrativer Behörden bei «Liederlichen und Arbeitsscheuen» weg. Gleichzeitig konnten fürsorgerische Freiheitsentzüge (FFE) bei «Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung» weiterhin durchgeführt werden. Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1979, S. 323.

235 Alkoholbericht 1984, S. 3.

236 1984 galt noch immer das 1920 in Kraft getretene Fürsorgegesetz, demnach der Fürsorge «1. Personen, die sich dem Trunke ergeben oder sonst liederlichen Lebenswandel führen. 2. Vaganten» unterstellt werden konnten. Alkoholbericht 1984, S. 4.

237 Ebd., S. 5.

Faktoren und gestörte Familienverhältnisse in der Kindheit und Jugend», oder Eigenschaften wie «ausser der Ehe geboren, Ehe der Eltern geschieden, getrennt, gestört».[238] Ein signifikanter Unterschied im Gegensatz zu früheren Argumentationsweisen bestand in der «Kann»-Formulierung. Familiären Risikofaktoren konnte damit entgegengewirkt werden, beispielsweise durch Prävention: «Die Gesellschaft muss die Verantwortung zur generellen Vorsorge tragen.»[239] Besonderes Augenmerk legte der Bericht auf die negativen sozialen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen des übermässigen Alkoholkonsums und schlug Möglichkeiten zu deren Reduktion vor, die vor allem im Bereich der Prävention lagen. Dazu gehörten etwa die Einhaltung von Sperrstunden oder das Verbot von Alkoholwerbung auf öffentlichem Grund.[240] In Fällen, in denen eine gesellschaftliche Wiedereingliederung von Alkoholkranken möglich schien, würde in den beiden Kliniken bereits ein Angebot «zur Entgiftung, Entwöhnung und Wiedereinstellung von Antabus- und Dipsankuren» bestehen. Neben Gesprächen wurde der «täglichen Arbeit einen hohen Stellenwert» beigemessen. Das Behandlungsangebot wurde 1984 und 1985 ausgebaut, im Waldhaus mit einer Station für mittelfristige Behandlungen (drei bis sechs Monate) und in Beverin mit einer neuen Suchtstation.[241] In den meisten Fällen, so der Bericht weiter, würden die Hospitalisierungen auf freiwilliger Basis erfolgen, in Ausnahmefällen gemäss den Bestimmungen des fürsorgerischen Freiheitsentzuges (FFE).[242]

Der Umgang mit Menschen mit einer Alkoholsuchtproblematik weist frappante Ähnlichkeiten zu früheren Formen der Zwangsunterbringung auf. Das Psychiatrie-Konzept von 1985 forderte etwa ein Wohnheim für «charakterlich auffällige, in der Freiheit immer wieder rückfällige chronische Alkoholiker».[243] Das Wohnheim sollte 70 bis 90 Betten umfassen und unter psychiatrische Aufsicht gestellt werden:

> *«Unter Wohnheim für Alkoholiker wird ein nicht ärztlich geleiteter Betrieb verstanden, der sozial Schwierige ohne tragfähigen familiären Hintergrund, die der andauernden Betreuung, Führung und Überwachung bedürfen, jedoch arbeitsfähig sind, aufzunehmen und zu betreuen vermag.»*[244]

Die Pensionäre sollten «durch Arbeitsleistung weitgehend dazu beitragen, diese zum Sozialwesen gehörenden Institutionen zu finanzieren.»[245]

Das Modell des Wohnheims wies damit Parallelen zu den Arbeits- und Zwangsarbeitsanstalten für Alkoholiker auf, wie zum Beispiel zum früheren Asyl Realta.[246] Einen zentralen Aspekt dieser Anstalten stellte der Zwang zur Arbeit dar, der auch zur Finanzierung des Betriebs beigetragen hatte. Das gleichzeitig zentrale Konzept der «Nacherziehung» über den Arbeitszwang, die in kantonalen Versorgungsgesetzen wie dem Bündner Fürsorgegesetz von 1920 verankert worden war, blieb für das Wohnheim-Modell relevant. Die Diskussion über die Rolle der Psychiatrie im Umgang mit alkohol- und drogenabhängigen Menschen in den 1980er Jahren zeigt den ambivalenten Anspruch an die Psychiatrie, einerseits durch neue Angebote in der Prävention und Nachsorge das therapeutische Angebot auszubauen und die stationären Aufenthalte möglichst zu verringern, andererseits bei verfehlter Resozialisierung und Integration den gesellschaftlichen Ordnungs- und Sicherungsanspruch zu gewährleisten.

1985 wurde in Beverin die alte Direktorenwohnung – König lebte als erster Chefarzt mit seiner Familie nicht mehr auf dem Klinikareal – in eine Suchtabteilung, das heisst in eine Abteilung für alkoholkranke Menschen, umgewandelt. Die Leitung der Suchtabteilung oblag einem Psychologen, dem

238 Ebd., S. 7.
239 Ebd., S. 8.
240 Ebd., S. 1.
241 Ebd., S. 20 und Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194.
242 Alkoholbericht 1984, S. 17.
243 Ebd., S. 17.
244 Ebd., S. 12.
245 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 441.
246 Aus anderen Studien ist bekannt, dass in Arbeitsanstalten eine hohe Zahl von Menschen mit einer Alkoholkrankheit zur «Nacherziehung» administrativ eingewiesen worden ist. Vgl. beispielsweise Heiniger Alix (2019a), S. 281–330. 1968 waren in der Anstalt Realta, trotz Schliessung der Korrektionsanstalt 1964, noch mehr als die Hälfte aller Insassen auf vormundschaftlicher Basis interniert worden. Zehn Jahre später hatte sich das Verhältnis umgekehrt. 1983 listete der Jahresbericht noch zwei vormundschaftlich eingewiesene Männer auf. Rietmann (2017), S. 60, 67. Rietmann hat in ihrer Studie die quantitative Entwicklung für Realta aufgezeigt, ohne eine Aufteilung nach den unterschiedlichen Gruppen unter den administrativ oder vormundschaftlich Eingewiesenen vornehmen zu können. Deshalb ist ein direkter Bezug zur Anzahl von Alkoholsüchtigen «ohne Aussicht auf eine Rehabilitation» nicht möglich. Die Korrektionsanstalt führte eine Abteilung für «Trinker», die Rietmann jedoch nicht mit dieser Gruppe gleichsetzt. Vgl. ebd., S. 61.

die Assistenzärzte unterstellt waren.[247] Die Forderung nach einem «Männerheim» blieb bestehen und wurde im Rahmen des Konzepts «Begleitetes Wohnen» 1990 erneut von der Bündner Regierung diskutiert. Anders als im Psychiatrie-Konzept von 1985 wurde nun ein integrativer Ansatz verfolgt, in dem Arbeitsleistungen als alltägliche Mitarbeit der «Pensionäre» eingebunden waren, etwa beim Einkauf, Kochen oder bei anderen Haushaltsarbeiten. Der Anspruch, dass die Pensionäre durch ihre Arbeit zur Kostendeckung der Unterbringung beizutragen hatten, fiel weg. Die Finanzierung des neuen Konzepts wurde grösstenteils durch IV-Renten und weitere Leistungen aus Sozialversicherungen bestritten.[248] Im gleichen Jahr startete das kantonale Sozialamt das Pilotprojekt eines Wohnheims «Sunnastuba» in Paspels. 1993 wurde das Wohnheim an die Klinik Beverin angegliedert.[249] Damit akzentuierte sich die Spezialisierung der Klinik Beverin im Suchtbereich.

5.2.3 Ausbau des Klinikangebots und verstärkte Aussenbeziehungen

In den 1980er Jahren veränderte sich auch der stationäre Bereich. Mit dem Amtsantritt von Hans König kam 1984 erneut ein junger, 34-jähriger Chefarzt nach Beverin, der Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen anstrebte. König trat die Stelle als Chefarzt in der Überzeugung an, Neuerungen über strukturelle Anpassungen einführen zu können, «und um dies zu erreichen ist eine hohe Position notwendig».[250] Trotz der umfangreichen Reformbestrebungen Webers empfand König die Zustände in der stationären Psychiatrie bei seinem Amtsantritt als «himmeltraurig».[251] Hinzu kam, dass sein Vorgänger kurz nach der Regelung seiner Nachfolge und ein halbes Jahr vor der geplanten Amtsabgabe, verstorben war. Die anschliessende Vakanz in der Klinikleitung und der gleichzeitige Weggang eines Oberarztes hatte das Personal verunsichert.[252]

Königs Bewertung der psychiatrischen Versorgung, die er bei seinem Stellenantritt antraf, glich jener Webers bei dessen Amtsantritt und verdeutlicht die Dynamik, mit der sich die Verhältnisse seit den 1960er Jahren verändert hatten. König verwies im Rückblick auch auf die Politik, von der er sich mehr Veränderungswillen und Interesse gewünscht hätte. Doch obwohl Grossräte die Klinik besuchten, weigerten sie sich laut König, sich die von ihm bemängelten Unterbringungssituationen der Patientinnen und Patienten selbst anzusehen.[253]

Der Jahresbericht für Beverin von 1985, ein Jahr nach seinem Amtsantritt, fiel sehr umfassend aus. Er verweist auf zahlreiche Veränderungen, unter anderem auf die Umgestaltung einzelner Abteilungen zu «therapeutischen Gemeinschaften» unter einem «milieu-therapeutischer Ansatz».[254] Im Sinne einer Lebensgemeinschaft auf Zeit sollte das Zusammenleben auf den Abteilungen verstärkt in den therapeutischen Prozess miteingebunden werden. Mit der Einführung dieser neuen Ansätze erhielten die Pflegenden mehr Verantwortung. Ihre Arbeit wurde generell aufgewertet.[255] Erstmals wurde in einem Jahresbericht auch der Einbezug der Angehörigen erwähnt (vgl. Kapitel 6.2).[256]

Die Einrichtung spezialisierter Abteilungen wurde über die Suchtstation hinaus auch für weitere Patientengruppen in Angriff genommen. Geschlossene Abteilungen wurden getrennt und beispielsweise ruhigere Patientinnen und Patienten von «expansiven Kranken, Verwahrten oder gerichtlich zu Begutachtenden» separiert. Vor allem «schwer depressive» und «suizidgefährdete [Patientinnen und Patienten], die einen geschlossenen Rahmen benötigten», litten laut König unter der gemischten Unterbringung.[257] Zur Veranschaulichung verwies er auf eine Begebenheit im Wachsaal, bei der ein Patient wild um sich schlug und dabei das Inventar beschädigte. «Die Assistenzärztin hatte die Flucht ergriffen und das Personal

---

247 Interview mit Hans König, 43.30–45.58.

248 Regierungsprotokoll 1990, Sitzung vom 26. März 1990, 791.

249 Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194 Psychiatriebericht 1995, S. 6.

250 Interview mit Hans König 5.32–5.40.

251 Ebd., 39.20.

252 Jahresbericht Realta/Beverin 1984, S. 28, 34, 40.

253 Interview mit Hans König, 38.55–39.19 und 42.40–43.01.

254 Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985, S. 14, 32. Zum milieu-therapeutischen Ansatz nach dem Vorbild von Professor Heim in der Klinik Schlössli in Oetwil am See (ZH), vgl. Heim (1978) und Archiv König: Hauszeitung der psychiatrischen Klinik Cazis Beverin, Nummer 1/1985, S. 4, 7–8, 24.

255 Ausführlicher Jahresbericht Realta/Beverin 1985, 40 Jahre psychiatrische Krankenpflege Beverin aus der Sicht des Oberpflegers, S. 32.

256 Ebd., S. 14.

257 Ebd., S. 17–18 und Interview mit Hans König 33.31–33.41.

sich im Stationszimmer verschanzt.»[258] In solchen Fällen konnte der Chefarzt auf junge, kräftige Pfleger zurückgreifen, die in den Personalwohnungen der Klinik wohnten. Sie mussten in Notfällen auch während ihrer Freizeit in die Klinik kommen. «Wir sind dann nach dem Notfallschema zu fünft, zu sechst rein und haben ihn ruhiggestellt.»[259] Solche Erlebnisse wollte er den ruhigeren Patientinnen und Patienten möglichst ersparen.

Wachsäle blieben weiterhin bestehen. «Diese Strukturen kann man sich fast nicht vorstellen. Es gab einzelne Zimmer («Kabausen»), alles war kahl und zu den Fenstern, vor denen Gitterstäbe waren, ging es schräg nach oben, ohne eigentliches Fenstersims. Von innen gab es keine Türklinke. Die Türen konnten nicht geöffnet werden.»[260] Es war besonders schwierig, für diese Abteilungen Personal zu finden. König führte diese deshalb zum Teil selbst und ermunterte zugleich die Pflegenden, es ihm gleichzutun, unter dem Hinweis, dass nur sie «mit den Menschen und der Situation in den Wachsälen umzugehen verstehen» würden. Seine Motivation war erfolgreich; er habe später «keine Personalprobleme mehr» gehabt.[261]

Der Rückgang von Patientinnen und Patienten auf den stationären Abteilungen begünstigte die Entwicklung spezialisierter Bereiche, weil vermehrt Raum zur Verfügung stand, um beispielsweise eine wohnliche Atmosphäre auf den Stationen zu schaffen. Gleichzeitig gab es auch Abteilungen, für die die Nachfrage kleiner wurde, so etwa für das «Haus Salvorta». 1974 als «unabhängige und offene Abteilung» konzipiert, in der nachts nur ein Pikettdienst vorhanden gewesen war, wurde es in den 1980er Jahren in eine «offene Aufnahme- und Therapiestation» umgewandelt, wodurch die Belegung deutlich verbessert werden konnte.[262]

Für 1985 ist ein detaillierter Tagesplan überliefert. Er illustriert beispielhaft die Umsetzung der neuen therapeutischen Ansätze:

> *07.00 h beginnt der Tag mit Gymnastik, es erfolgt autogenes Training, sofern keine Kontraindikation besteht. Um 07.45 h ist Morgenessen, um 08.15 h bis 09.00 h finden montags/mittwochs/freitags Abteilungsgespräche statt, geleitet vom Abteilungsarzt. Teilnehmer sind alle Patienten und das Betreuungsteam. Am Montag ist zudem der Oberarzt anwesend. Von 09.00 h bis 11.15 h und von 13.30 h bis 16.45 h ist Beschäftigungstherapiezeit, welche entweder im Atelier oder im grossen Beschäftigungszimmer auf der Abteilung verbracht wird. Je nach Indikation wird mehr Wert gelegt auf Arbeitstraining oder kreative Beschäftigung, bei welcher ungezwungene Beziehungen wachsen können, denen viele Patienten sonst ausweichen würden. Damit dieses Zusammensein oder auch das Arbeitstraining nicht dauernd gestört werden, haben wir die Besuchszeiten in der Regel auf ausserhalb der Beschäftigungszeit festgelegt (d. h. über Mittag oder Abends bis 20.00 h). Diese Einschränkung brachte – flexibel gehandhabt – erstaunlich wenig Widerstand, konnten doch Besuche meist telefonisch vereinbart werden. Am Dienstagabend hält jeweils ein Patient eine ‹Kulturstunde›, darin berichtet er über Reisen, Hobbies usw. Mehr von der körperlichen Seite her versucht man mit Gymnastiktherapie am Donnerstagnachmittag den Patienten zu helfen. Gleichentags führt wöchentlich abwechselnd der katholische und reformierte Seelsorger ein Gespräch mit den Patienten. Der Samstagmorgen ist für gemeinsame Unternehmungen reserviert. Am Mittwochabend besteht die Möglichkeit, im Hallenbad Rothenbrunnen zu baden.»*[263]

Spezialisierung der Klinik Beverin im Bereich geistiger Behinderungen – ein Bündner Spezifikum

Die Entwicklungen in der stationären Unterbringung ermöglichten es, Patientinnen und Patienten, die einer langfristigen Betreuung bedurften, vermehrt entsprechend ihrer Bedürfnisse auf unterschiedlichen, spezialisierten Stationen und in verschiedenen Institutionen zu betreuen. Sie führte zur Ausgestaltung von Wohn- und Arbeitsformen für Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung, die mit dem *Gesetz über die Förderung der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung* 1979 in Graubünden auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wurde. Damit erfolgte auch eine Definition, wer im Rahmen dieses Gesetzes bei Bedarf Anspruch auf eine staatliche Mitfinanzierung geltend machen konnte.[264]

---

258 Ebd., 31.20–31.54.
259 Ebd., 31.50–33.00.
260 Ebd., 38.14–38.48.
261 Ebd., 33.35–34.21.
262 Ausführlicher Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 15–16 und Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 194.
263 Ausführlicher Jahresberich Realta/Beverin 1985, S. 15–16.
264 Psychiatriebericht 1995, S. 4 und Gesetz über die För-

Bereits davor fanden im Altersheim Rothenbrunnen organisatorische und infrastrukturelle Anpassungen statt, die einem Ausbau des Angebots für psychisch und geistig behinderte Menschen gleichkamen. Kurz nach der Sanierung von 1974 wurde Rothenbrunnen 1977 in ein Wohnheim im Sinne der IV- und AHV-Gesetzgebung umgewandelt, stand aber nach wie vor unter der Leitung der Klinikdirektion.[265] Dafür mussten Auflagen erfüllt werden, die aus der Integrationspolitik der Sozialwerke hervorgegangen waren, und die unter anderem die Einrichtung von geschützten Werkstätten verlangten. Auf dem Gelände des Wohnheims Rothenbrunnen wurden in den 1970er Jahren «Ateliers» errichtet und seit 1977 vermehrt auch jüngere psychisch und geistig behinderte Menschen» aufgenommen. Damit übernahm die Klinik eine Funktion, die nicht zu ihrer Kernaufgabe gehörte. Bereits mit der Übernahme von Rothenbrunnen, das seit 1923 zur «Staatsdomände Realta» gehörte, kam es immer wieder zu Diskussionen zwischen Chefärzten und Regierung, weil die Alterspflege aus Sicht der Klinikleitung ebenfalls keine Kernaufgabe der Psychiatrie darstellte. Gleichzeitig wurde die Aussenstation als provisorische Unterkunft genutzt, in der ältere Menschen vor oder nach einem stationären Aufenthalt in Beverin untergebracht werden konnten (vgl. Kapitel 2.1.2). Zwar wurde bereits in den 1920er Jahren betont, dass ältere Insassen von Realta am besten in Alters- und Pflegeheimen ihrer Herkunftsregion untergebracht werden sollten. Trotz des Ausbaus in den Regionen schien eine anhaltende Nachfrage für Plätze in Rothenbrunnen geherrscht zu haben, vor allem bei ehemaligen Patientinnen und Patienten der Klinik Beverin sowie Insassen aus Realta.[266]

Beverin baute das Angebot zur Unterbringung geistig und psychisch behinderter Menschen seit den 1970er Jahren und bis zum heutigen Tag weiter aus. Ende 1985 wohnten 72 Menschen im Wohnheim Rothenbrunnen.[267] Die Hälfte der Patientinnen und Patienten war in den angeschlossenen Beschäftigungswerkstätten tätig. Diese folgten in zunehmendem Masse einer Produktivitätslogik. Im Jahresbericht von 1985 steht dazu exemplarisch:

> *«Dass auch behinderte Menschen durchaus leistungsfähig sind, zeigt die gute Betriebsrechnung dieser Werkstätte. Allerdings gehört dazu ein grosser Einsatz des gesamten Betreuungsteams zur Akquirierung der geeigneten Arbeit und gleichzeitigem Suchen von Absatzmöglichkeiten.»*[268]

Mitte der 1980er Jahre wurde das lange gehegte Ziel, ältere Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheime in den Regionen zu verlegen, vermehrt umgesetzt, womit das Durchschnittsalter sukzessive gesenkt und eine Neuausrichtung des Wohnheims Rothenbrunnen eingeleitet wurde.[269] 1990 erhielt die Klinik den Auftrag, ein «Wohnheim für geistig Behinderte» zu schaffen. Das Wohnheim Rothenbrunnen wurde nun offiziell in den Leistungsauftrag der Klinik Beverin integriert und das Gruppensystem eingeführt sowie das Beschäftigungsangebot ausgedehnt, vor allem im Bereich der Garten- und Parkarbeit.[270] Dabei stand aus Sicht der Klinikleitung «weniger die Art der geistigen und psychischen Behinderung als vielmehr der Grad der Hilfsbedürftigkeit und der Gruppenfähigkeit der Patienten» im Vordergrund. Nicht aufgenommen wurden «stark verhaltensgestörte und völlig unbeeinflussbare Alkoholiker».[271] Die Verfasser des Psychiatrie-Konzepts von 1985 betonten erneut, dass die Aussenstation Rothenbrunnen eine «sinnvolle Ergänzung zur klinischen Psychiatrie» darstelle und «in diesem Sinne eine Möglichkeit einer kostengünstigen Unterbringung von Langzeitpatienten» sei.[272]

Trotz dieser Entwicklung hielt König das Angebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung, vor allem auch mit Mehrfachbehinderungen, weiterhin für unzureichend und forderte den weiteren Ausbau ausserhalb der psychiatrischen Kliniken.[273] Gleichzeitig wurde, so König, Menschen mit psy-

---

derung der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung 1979, insbesondere Artikel 1.

265 Das Hauptargument für die baulichen Anpassungen war finanzieller Natur: Rückwirkend konnte der Kanton so 800'000 Franken beim Bund einfordern, sowie jährlich 300'000 Franken an Einnahmen erwarten. Verhandlungen des Grossen Rates vom 31. Mai 1978, S. 118–121, 235.

266 Jahresbericht Realta/Beverin 1967, S. 26, S. 137–139, Zitat: S. 137.

267 Jahresbericht Realta/Beverin 1985, S. 195.

268 Ebd.

269 1986 lag der Altersdurchschnitt der Wohnheimbewohnerinnen und -bewohner bereits unter 60 Jahren. Jahresbericht Beverin 1986, S. 48.

270 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 440; Jahresbericht Beverin 1990, S. 143 und Psychiatriebericht 1995, S. 4.

271 Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 440.

272 Ebd., S. 441.

273 Interview mit Hans König, 25.40–28.40.

chischen und geistigen Behinderungen auch innerhalb der Klinik zu wenig Beachtung geschenkt, vor allem jenen, die aufgrund von «Aggressivität und destruktiven Verhaltensstörungen» ausserhalb der Kliniken nicht mehr als tragbar galten und somit auch nicht in Rothenbrunnen aufgenommen wurden.[274] Die Unterbringung in «gefängnisartigen Zellen» und grossen Schlafsälen bemängelte der Chefarzt ebenso wie die mangelnde Beschäftigung von Patientinnen und Patienten mit geistigen und psychischen Behinderungen tagsüber:[275]

> *«Sie sassen in Räumen mit 20 Personen, entlang der Wände, und wippten hin und her, den ganzen Tag lang. Die Stationen waren kahl, der Fernseher hing so hoch, dass niemand rankam. Die Aggression auf diesen Abteilungen war natürlich gewaltig. Einmal kam während einer Sitzung plötzlich ein Gullideckel vom Hof geflogen. Das ist ein Ausdruck dieser Aggression.»*[276]

Auch den niedrigen Personalschlüssel monierte König in diesem Zusammenhang als «ungenügend, wenn nicht gar unverantwortlich». In Zusammenarbeit mit seinen Mitarbeitenden sowie der *Schweizerischen Heilpädagogischen Gesellschaft (SHG)* erarbeitete er das «Konzept 88», das die Betreuung psychisch und körperlich behinderter Menschen klinikintern verbessern sollte. Die Entscheidung, auf dem Gelände der Klinik vier Abteilungen für die Langzeitbetreuung von Menschen mit einer geistigen und psychischen Behinderung zu schaffen, wurde aber auch aufgrund weiterer Überlegungen getroffen.[277] Aus Sicht des Chefarztes führte der Ausbau eines Netzes von Wohn-, Schulungs- und Arbeitsangeboten für behinderte Menschen dazu, dass die Psychiatrie vermehrt erst in Krisensituationen wichtig wurde. Die Rückkehr in klinikexterne Angebote wurde gleichzeitig aus «Angst vor Stigmatisierung des Wohnheims durch Psychiatriepatienten» als schwierig wahrgenommen.[278]

König erläuterte in einem Buchbeitrag mit seinem Koautor Alexander Vischer Details zur Umsetzung des «Konzept 88» in Beverin. Die vier neu geschaffenen Abteilungen, für die eines der insgesamt vier Patientenhäuser genutzt wurde, wurden als eigenständige Einheiten geführt. Sie umfassten 32 statt der im Psychiatrie Konzept 1985 vorgesehenen 15 Betten. Da laut König und Vischer das vormalige allgemeine Beschäftigungsangebot der Klinik viele psychisch und geistig behinderte Patientinnen und Patienten überforderte, blieben viele Betroffene «ohne spezifische Betreuung auf der Abteilung» zurück. Es fehlte an einer «angemessenen heilpädagogischen Förderung» für «Schwerstbehinderte». Dem sollte mit individuellen Förderplänen und heilpädagogisch geschulten Beschäftigungstherapeuten entgegengewirkt werden.[279] Diese Neuausrichtung hatte Einfluss auf den Betreuungsschlüssel sowie die Zusammensetzung der Teams auf diesen Abteilungen. Neu arbeiteten neben dem Pflegepersonal auch heilpädagogisch geschulte Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten und Heimerzieherinnen und -erzieher auf den Abteilungen. Die Anzahl an Betreuenden wurde beinahe verfünffacht. Ein vergleichbares Angebot gab es in der Schweiz zu diesem Zeitpunkt erst in Bern. Die Finanzierung dieses Ausbaus war laut König nur mit Bundesgeldern und im Rahmen der IV-Gesetzgebung möglich.[280]

5.2.4 Eine Skandalisierung wirkt beschleunigend – Entflechtung von Psychiatrie und Strafvollzug in Cazis 1989

Ende der 1980er Jahre kam es auch zu Veränderungen in der institutionellen Verschränkung zwischen der Strafanstalt Realta und der psychiatrischen Klinik Beverin. Ein skandalisierender Bericht des *Schweizerischen Beobachters* führte schliesslich zur organisatorisch-administrativen Abtrennung der beiden Einrichtungen, einer immer wieder geäusserten Forderung der Chefärzte. Auch König nahm seine Stelle im Wissen um die Multifunktionalität der Einrichtung an. Gleichzeitig versuchte er, wie bereits seine Vorgänger, eine organisatorisch-administrative Trennung zwischen der psychiatrischen Klinik Beverin und der Strafanstalt Realta zu erwirken (vgl. Kapitel 2.1.2). König argumentierte vor allem als Mediziner. Die Verbindung zwischen Klinik und Strafanstalt würde die medizinische Einrichtung als «Verwahrungsanstalt» stigmatisieren. Die Führung zweier An-

274 König/Vischer (1990), S. 61.
275 Ebd., S. 12, 57.
276 Interview mit Hans König 23.30–25.37.
277 Ebd., 23.30–25.37 und König/Vischer (1990), S. 57.
278 König/Vischer (1990), S. 58; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Mai 1990, S. 5.
279 König/Vischer (1990), S. 60.
280 Ebd., S. 63.

stalten mit unterschiedlichen Zielsetzungen sei zudem «zu komplex und zu vielschichtig».[281] Die Bestrebungen waren zunächst erfolglos. Nach seinem Stellenantritt überliess König das Tagesgeschäft in Realta dem dort eingesetzten Anstaltsleiter. «Ich war nicht sehr präsent», meinte er dazu rückblickend.[282]

Im Sommer 1989 erschien ein erster Artikel im *Beobachter*, der über unhaltbare Zustände in der Strafanstalt berichtete und mögliche gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen in den Werkstätten anprangerte. Kritisiert wurde, dass Bestandteile für die Herstellung von Thermometern in offenen Trichloräthan-Bädern – einem giftigen Lösungsmittel – geeicht wurden.[283] Die Arbeiten wurden im Auftrag einer Firma am Heinzenberg durchgeführt und waren gut bezahlt.[284] Im Artikel bezichtigte der Anstaltsleiter, Joachim Reich, den Chefarzt, trotz geäusserter Bedenken keine Anpassungen an den Sicherheitsvorkehrungen vorgenommen zu haben. König argumentierte hingegen, über ein mögliches Gesundheitsrisiko bei dieser Arbeit, die von seinem Vorgänger eingeführt worden war, nicht informiert gewesen zu sein. Der Artikel des *Beobachters* führte weiter aus, dass ein Experte der Suva die Eichbäder als «nur leicht giftig» und «weit unter den festgelegten Grenzwerten» beurteilt habe und deutete diese unterschiedlichen Einschätzungen als Beleg für «tiefgreifende Auseinandersetzungen im Leitungsteam» und für unklare Führungsstrukturen.[285] Ein weiterer Konfliktfall wurde ebenfalls vom *Beobachter* thematisiert. Er betraf eine Sozialarbeiterin, deren Arbeitsvertrag von König gekündigt worden war. Obwohl das Arbeitsverhältnis abgelaufen war, liess der Verwalter in Realta die Mitarbeiterin weiterarbeiten. König wertete dies als «klare Kompetenzüberschreitung».[286]

Zwei Monate nach der Veröffentlichung des ersten Artikels folgte ein zweiter Beitrag, in dem ein ehemaliger Insasse zu Wort kam. Er war an den Eichbädern eingesetzt worden und berichtete, ihm sei «oft so schwindlig» gewesen, als hätte er «zehn Becher Bier getrunken». Weiter habe er an «Kopfschmerzen, Unwohlsein, Hautreizungen, Ausschlägen und Atembeschwerden» gelitten, die ihn nach der Entlassung weiterhin geplagt hätten. Auf die Frage, ob Schadenersatzansprüche gegenüber dem Kanton geltend gemacht werden könnten, räumte der Journalist dem Betroffenen kaum Chancen ein, denn seine Alkoholabhängigkeit würde vermutlich als Ursache für die Symptome gewertet werden.[287]

Aufgrund der Berichterstattung leitete die Regierung eine Untersuchung sowie ein Disziplinarverfahren gegen den Anstaltsleiter und den Chefarzt ein, die beide vorübergehend von ihren Aufgaben in Realta suspendiert wurden. Die interimistische Leitung wurde dem Verwalter der Strafanstalt Sennhof, übertragen.[288] Die Untersuchung durch einen Kantonsrichter ergab, dass persönliche und fachliche Differenzen zwischen den beiden Männern bestanden, die sich auch in einer «mangelnden Erfüllung von Führungsaufgaben beider gegenüber den Angestellten» ausgedrückt hätten. Zudem sei die «Organisations- und Führungsstruktur» insgesamt fragwürdig.[289] Damit bestätigte der Bericht im Grunde die Problematik, die mit der Multifunktionalität der Einrichtung verbunden und seit langem von den Chefärzten kritisiert worden war.

In der Folge wurde der Verwalter in den vorzeitigen Ruhestand versetzt und seine Stelle neu

---

281 StAGR V 13 a 7: Verwaltung der Psychiatrischen Kliniken, Schreiben Hans Königs betreffend Führungsstrukturen der Betriebe Waldhaus / Beverin / Realta an L. Bärtsch, Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement GR vom 14.12. 1988.

282 Interview mit Hans König, 1.02.15–1.03.25 und 1.05.40–1.05.43.

283 Vgl. O. N. (1989a), S. 12–14. Der *schweizerische Beobachter* berichtete dabei von Trichlorethanbädern (C2H3Cl3), König von Toluolbädern (C7H8). Erstere sind seit 1996 gemäss Montrealer Protokoll in der industriellen Verarbeitung verboten. https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/chemikalien/schadstoffglossar/trichlorethan.html, Zugriff: 20.06.2019. Laut König betraf dieser Vorwurf drei bis vier von über 100 Arbeitsplätzen in über zehn Werkstätten. Nachtrag zur Autorisierung Hans König vom 1. Mai 2020.

284 Interview mit Hans König 1.06.50–1.07.44.

285 Vgl. O. N. (1989a), S. 12, 14. Der *schweizerische Beobachter* kritisierte Königs Aussagen als Verharmlosung mit dem Verweis auf mehrere zeitgenössische toxikologische Handbücher.

286 Ebd., S. 14 und O. N. (1989b), S. 21 und Regierungsprotokoll, Sitzung von 18. Dezember 1989, Nr. 3169, S. 5–6, 10–11. Ebenfalls Gegenstand der Kritik waren weiter Personalprobleme und der Versuch Königs, seine Position als Chefarzt gegenüber einer lokalen Firma zu nutzen, um Differenzen über einen Auftrag zu seinen Gunsten zu beenden. Ebd. und Regierungsprotokolle, Sitzung vom 14. August 1989, Nr. 2087, S. 1, 18. Dezember 1989, 3169, S. 15.

287 O. N. (1989b), S. 21. Laut König erhielt er von Insassen keine direkten Klagen. Nachtrag zur Autorisierung Hans König vom 1. Mai 2020.

288 Jahresbericht Realta / Beverin 1989, S. 21; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 20. November 1989, Nr. 2939.

289 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 14. August 1989, Nr. 2087, S. 1.

ausgeschrieben.[290] König blieb bis zu seiner Kündigung bis 1993 Chefarzt der psychiatrischen Klinik Beverin. Hinsichtlich der vom *Schweizerischen Beobachter* als gesundheitsgefährdend taxierten Arbeitsbedingungen an den Eichbädern konnte der Untersuchungsbericht keine Verletzung der Sorgfaltspflicht durch den Chefarzt erkennen, da dieser sich mehrfach, unter anderem von der Suva, hatte beraten lassen.[291]

König nutzte die Situation, um erneut die Trennung der beiden Einrichtungen zu fordern.[292] Auch der Bericht des Kantonsrichters kam zum Schluss, dass eine Trennung der beiden Einrichtungen begrüssenswert wäre.[293] Den Beteiligten war klar, dass diese Situation letztlich auch aufgrund des fehlenden politischen Willens zur Aufteilung der beiden Einrichtungen entstanden war. Die Trennung wurde 1989 beschlossen und 1991 vollzogen. In den zwei dazwischenliegenden Jahren wurde um die konkrete Ausgestaltung der neuen Regelung gerungen. Neben der Abtrennung der Strafanstalt fand auch eine solche des Gutsbetriebs von der psychiatrischen Klinik statt.[294] Die neue Regelung mündete in ein modernes Organisationsreglement, das 1990 alle medizinischen Belange in die Hände des Chefarztes, die administrativen in die Hände je eines Verwalters legte, sowohl in Beverin als auch im Waldhaus. Chefärzte und Verwalter wurden zur gegenseitigen Information «in allen Belangen» verpflichtet.[295]

5.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Graubünden seit 1969

In den 1960er Jahren wurden im Kanton Graubünden Stimmen lauter, die nach einem spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Angebot verlangten. Im Zuge der neuen Schulgesetzgebung und dem damit verbundenen Aufbau des Schulpsychologischen Dienstes wurde auch die Anstellung einer Fachärztin oder eines Facharztes diskutiert. Die Lücke im Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche sollte zunächst durch ein stationäres Angebot gefüllt werden. Auf Initiative der kantonalen Verwaltung gründeten Vertreterinnen und Vertreter aus vier gemeinnützigen Gesellschaften 1969 die *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim,* die spätere *Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden* (KJP) in Chur.[296] Zehn Jahre später erhielt die Stiftung vom Kanton den Auftrag zur Schaffung ambulanter Strukturen. Der bis dahin angestrebte Aufbau einer stationären Einrichtung wurde vorerst zurückgestellt. In den darauffolgenden Jahrzehnten wuchs das Angebot und damit der mit dem Kanton vereinbarte Leistungsauftrag im ambulanten, halbstationären und stationären Bereich, den die Stiftung bis zur Zusammenführung mit den PDGR 2019 als private Trägerschaft erfüllt hat. Neben fachlichen und organisatorischen Überlegungen in einem sich rasch verändernden gesellschaftlichen Umfeld waren dabei immer wieder finanzielle Überlegungen handlungsleitend.

Der Aufbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots im Kanton Graubünden reiht sich in eine nationale und in eine internationale Entwicklung ein. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus Ansätzen der Psychiatrie, Pädiatrie, Pädagogik, Psychologie, Philosophie und später der Heilpädagogik herausgebildet hatte, etablierte sich im 20. Jahrhundert als eigenständige Fachdisziplin. Seit 1953 konnte in der Schweiz der Fach-

290 Ebd., 18. Dezember 1989, Nr. 3170, S. 8–14; 10. Juli 1990, Nr. 1882. 1990 trat der Verwalter der Klinik Waldhaus auch die Stelle als Verwalter der Klinik Beverin an. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 26. März 1990, 787.

291 Jahresbericht Realta/Beverin 1989, S. 21; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Dezember 1989, Nr. 3169, S. 7–10.

292 Interview mit Hans König 1.10.30–1.11.55, 1.07.50–1.08.54 und Nachtrag zum Interview Hans König vom 17.07.2019.

293 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Dezember 1989, Nr. 3165, 10. Juli 1990, Nr. 1868; Jahresbericht Realta/Beverin 1989, 24, 1990, S. 30. Unterdessen wurde die Strafanstalt Realta 1986 durch eine vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement genehmigte Strafvollzugsverordnung von einer Verwahrungs- in eine «Erstmaligen-, Haft- und Anstalt für Rückfällige» umgewandelt. Die Neuordnung verpflichtete die Anstalt, innerhalb des «Insassenkollektivs» zur Separierung und Differenzierung Unterteilungen einzuführen (Abteilungen für Kurzstrafen, Halbgefangenschaft und Halbfreiheit). Es wurden aber weiterhin vormundschaftsbehördliche Verfügungen erlassen. Vgl. Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug im Kanton Graubünden (VSM), von der Regierung erlassen am 16. Dez. 1985, Art. 6, in: AGS III 1986, S. 1629–1644; Interview mit Hans König 1.09.25–1.10.00; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 10. Oktober 1986, S. 2–3, 5.

294 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Juli 1990, Nr. 1868; Jahresbericht Realta/Beverin 1990, S. 30.

295 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 5. November 1990, Nr. 2795.

296 Schröter (1981), S. 1. Basierend auf der Verordnung zum Schulpsychologischen Dienst. Ebd., S. 4.

arzttitel Kinder- und Jugendpsychiater erworben werden.[297] Aufgrund der föderalistischen Struktur der Schweiz erfolgte die Einrichtung kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote kantonal unterschiedlich, sowohl hinsichtlich ihrer Leistungen als auch der Trägerschaften. Entscheidende Impulse zur Ausgestaltung der Fachdisziplin und zur Schaffung entsprechender Angebote kamen aus Universitätsstädten wie Basel, Bern, Genf, Lausanne oder Zürich. Gleichzeitig wirkten international anerkannte Psychiater wie Moritz Tramer (1882–1963) oder Adolf Friedmann (1902–1981) an der Peripherie in Solothurn beziehungsweise in Biel.[298] Eine nationale und internationale Vernetzung erfolgte seit 1934 beziehungsweise 1937 unter anderem über das erste Fachblatt *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* (ab 1953 *Acta Paedopsychiatrica*), das mehrsprachig geführt wurde, und durch internationale Kongresse. An beiden Entwicklungen hatte Tramer einen entscheidenden Anteil.[299] Hinweise auf eine aktive Rolle der Bündner Psychiater gibt es in diesem Bereich nicht.[300] Hinzuweisen ist aber auf die Jahrestagung der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie*, die 1954 in Chur stattfand. Nach 1933 handelte es sich dabei erst um die zweite Versammlung dieser Vereinigung, die der Kinderpsychiatrie gewidmet wurde.[301] Die *Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie* diskutierte im Rahmen dieser Zusammenkunft erstmals ausführlich über kinder- und jugendpsychiatrische Ansätze, weshalb der Anlass heute als Geburtsstunde der Disziplin für die Schweiz gewertet wird.[302]

Die fachliche Auseinandersetzung war von Beginn an interdisziplinär ausgerichtet und förderte eine Zusammenarbeit über die Disziplinen hinaus. Sie führte gleichzeitig aber auch Bemühungen zur Abgrenzung gegenüber anderen Institutionen und Disziplinen, beispielsweise der Fürsorge, des Erziehungswesens, aber auch gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie.[303] Tramers Definitionsarbeit war für die junge Disziplin wegweisend. Er sah vor allem in den altersspezifisch unterschiedlichen Krankheitsbildern, die nach einer abweichenden Diagnostik und Behandlung verlangten, ein zentrales Merkmal der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem setzte er sich für eine stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Entwicklungsstufen vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz (biologisch abgrenzbare Lebensperioden) ein. Im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie sei die Kinder- und Jugendpsychiatrie weniger mit «eigentlichen Geisteskrankheiten» konfrontiert, sondern vor allem mit «nichtpsychotischen Störungen».[304]

Dadurch war die fachliche Ausdifferenzierung eng mit Vorstellungen aus dem Erziehungs- und Sozialwesen verbunden, die durch die Haltung geprägt waren, dass das Kindes- und Jugendalter besonders schützenswerte, aber auch besonders formbare Lebensabschnitte seien. Das Spannungsfeld zwischen der Wahrnehmung und Wahrung individueller Bedürfnisse auf der einen Seite und gesellschaftlichen, normierenden Ansprüchen auf der anderen war und ist auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie immanent. So beeinflussten beispielsweise eugenische Diskurse, vor allem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie andere Teilbereiche der Psychiatrie. Die Auswirkungen des gesellschaftlichen Auf- und Umbruchs, die sich in der 68er-Bewegung kristallisiert haben, leisteten zwar der Forderung nach vermehrter Mitsprache von Patientinnen und Patienten, aber auch Angehörigen und Mitarbeitenden, Vorschub. Diese Diskussionen verbleiben aber bis

297 Im Vergleich dazu wurde der Facharzttitel in der Bundesrepublik Deutschland erst 1968 anerkannt. Schweizer (2001), S. 256–259; Castell (2003), S. 15.

298 Moritz Tramer war unter anderem Direktor der solothurnischen Heil- und Pflegeanstalt Rosegg (1924–1945) sowie des kantonalen Pflegeheims Fridau in Egerkingen und Gründer und Leiter der Beobachtungsstation Gotthelf-Haus in Biberist (1937–1952). Adolf Friedmann leitete ab 1948 das Psychohygienische Institut Biel. Schaffner-Hänny (1997), S. 195–196; Schweizer (2001), S. 217–218, 232–236. Zu Moritz Tramer vgl. Schweizer (2001), S. 231; Jorisch-Wissink (1986); Graf-Nold (2012).

299 Der erste internationale Kongress für Kinderpsychiatrie fand 1937 in Paris statt, gleichzeitig mit der Weltausstellung und 13 Jahre vor dem ersten internationalen Kongress für Psychiatrie (1950 ebenfalls in Paris). Castell (2003), S. 49, 273. Vgl. auch Schaffner-Hänny (1997), S. 10, 15; Zürrer (1994), S. 105; Schweizer (2001), S. 232–236. Zur Entwicklung der internationalen Vernetzung vgl. Castell (2003); Schweizer (2001), S. 250; Schaffner-Hänny (1997), S. 22–35.

300 Auf den Teilnehmerlisten nationaler und internationaler Kongresse und Tagungen fehlen Namen von Bündner Psychiatern vollständig. Castell (2003), S. 162. Am *Symposium europäischer Pädopsychiater* 1954 in Magglingen/Biel war einer der geladenen, aber nicht teilnehmenden Psychiater Ernst Weber, späterer Chefarzt der Klinik Waldhaus, damals noch in Basel tätig. Ebd.

301 Schaffner-Hänny (1997), S. 16.

302 Zürrer-Simmen (1994), S. 84; Schweizer (2001), S. 217; Jorisch-Wissink (1986), S. 31.

303 Zürrer-Simmen (1994), S. 8, 11.

304 Castell (2003), S. 19, 272–273, 289–290.

heute in einem Spannungsfeld von individueller Behandlung und gesellschaftlichen Normierungsansprüchen.[305]

Mit dem Ausbau der fachlichen und universitären Anerkennung ging die Schaffung unterschiedlicher Einrichtungen einher. Seit den 1920er Jahren wurden in der Schweiz im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich neue Angebote innerhalb bestehender Klinikstrukturen, aber auch durch private und kirchliche Trägerschaften, wie etwa den *Seraphischen Liebeswerken* Solothurn oder St. Gallen, geschaffen.[306] Die schweizweit erste Beobachtungsstation für Kinder und Jugendliche, die «Stephansburg», wurde 1921 auf dem Gelände der psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich eröffnet. 1944 verlegte sie den Standort nach Männedorf ins ehemalige Waisenhaus unter dem neuen Namen «Kinderheim Brüschhalde». Vereinzelt wurden auch Bündnerinnen und Bündner in diese Einrichtung eingewiesen.[307] Der Ausbau eines solchen Angebots wurden meist von Psychiatern, Mitarbeitenden des Sozial- und Erziehungswesens und weiteren Fachgruppen gefordert und war damit von Anfang an interdisziplinärer Natur. Im Kanton Graubünden kam der Wunsch, ein kinder- und jugendpsychiatrisches Angebot zu entwickeln, in den frühen 1960er Jahren, und damit vergleichsweise spät auf. Die Initianten konnten deshalb auf andernorts bereits gemachte Erfahrungen zurückgreifen.

Die Entwicklung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots folgte Tendenzen, die auch die Erwachsenenpsychiatrie im Kanton prägten. Dies beinhaltete den Ausbau ambulanter, teilstationärer und regionaler Strukturen, eine vermehrte Reflexion der eigenen Profession und ihres Niederschlags auf den Arbeitsalltag sowie die vermehrte Ausrichtung des Gesundheitswesens an marktwirtschaftliche Logiken (vgl. Kapitel 6). Gleichzeitig wurde das Angebot bis 2019 durch eine private Stiftung ohne institutionelle Anbindung ausserhalb der kantonalen Verwaltungsstruktur organisiert. Dies führte, neben permanenten Finanzierungsengpässen, zu spezifischen Entwicklungslinien, die in vier Phasen unterteilt werden können. In einer ersten Phase stand die Suche nach einem passenden Standort für ein Beobachtungs- und Therapieheim im Vordergrund. Die verstärkte Diskussion um eine Koordination des kantonalen Gesundheitswesens, die im Nachgang zum ersten Psychiatrie-Konzept von 1976 geführt wurde, mündete in eine zweite Phase der Stiftung mit dem Aufbau einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung beauftragt und für die erstmals bezahlte Fachleute eingestellt wurden. Im Unterschied zu den beiden psychiatrischen Kliniken erhielt die Stiftung dafür aber keine vollumfängliche Restdefizitgarantie. Von Beginn weg gewärtigte sie deshalb Finanzierungsprobleme. In dieser Phase kämpfte die Stiftung um eine Anerkennung ihrer Dienstleistungen: Zum einen beinhaltete dies das Ringen um die Akzeptanz des eigenen Angebots bei Ärzteschaft und Politik. Zum andern wurden innerbetriebliche Meinungsverschiedenheiten ausgetragen, die auch auf einem Generationenkonflikt beruhten und sich an der Person des neuen Chefarztes akzentuierten.

In einer dritten Phase folgte seit den späten

---

305 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bewegt sich bis heute in einem medizinisch-sozial-pädagogischen Dreieck. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts standen Kinder und Jugendliche mit ihren altersspezifischen Entwicklungsphasen und Bedürfnissen zunehmend im Fokus gesellschaftspolitischer Diskussionen, in der auch psychiatrische Einrichtungen und Fachärztinnen und Fachärzte eine wichtige Rolle übernahmen. Präventive Massnahmen wurden zunehmend wichtig im Kampf gegen unerwünschte Entwicklungsverläufe. Mit der Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (1907/1912) erhielten kommunale und kantonale Behörden in der Schweiz erstmals die Möglichkeit zu einem präventiven Eingreifen in eine Familie. Unter anderem wurde damit auf gesamtschweizerischer Ebene der Anspruch auf ein «Kindeswohl» formuliert. Neben der Anerkennung einer besonderen Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen ermöglichten solche Gesetzgebungen gleichzeitig vormundschaftliche und ärztliche Eingriffe in das Leben derselben. Damit wohnte dieser Entwicklung auch die Gefahr eines (sozial-)disziplinierenden Elements inne. Vgl. dazu Bühler et al. (2019); Leuenberger / Seglias (2015); Leuenberger / Seglias (2008/2010); Steinhausen (1992), S. 20–21; Schweizer (2001), S. 219; Zürrer (1994), S. 108; Remschmidt (2018), S. 30. Zur Problematik erbbiologischer und eugenischer Diskurse in der Schweizer Kinderpsychiatrie vor und während des Zweiten Weltkrieges, auch hinsichtlich eigenständiger theoretischer Antithesen zur vorherrschenden Lehrmeinung, vgl. Schweizer (2001), S. 261; Castell (2003), 292.

306 Schweizer (2001), S. 230; Schaffner-Hänny (1997).

307 Zürrer-Simmen (1994), S. 44; Steinhausen (1992), S. 11, 20; Schaffner-Hänny (1997), S. 196; Doerfel (2016); Seglias (2019), S. 116–119. Zur Ausbildung ambulanter Angebote vgl. Schweizer (2001), S. 217; Zürrer (1994), S. 33–37, 45–51. Für eine internationale Einordnung vgl. Remschmidt (2018), S. 65. Zu Bündner Kindern in der Brüschhalde vgl. Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 1. Eine Feststellung, die Alphons Willi in einer ersten Bedürfnisabklärung bereits formuliert hatte. Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 2.

1980er Jahren eine Konsolidierung, die zudem eine Erweiterung des Leistungsauftrages umfasste. Analog zum Angebot in der Erwachsenenpsychiatrie wurde auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ausbau regionaler Angebote vorangetrieben. Während sich der erzieherische Anspruch in der Erwachsenenpsychiatrie seit den 1960er Jahren in einen Integrationsanspruch wandelte, blieb er der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis heute inhärent. Eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Diensten, wie etwa dem Schulpsychologischen Dienst, dem Heilpädagogischen Dienst, der Jugend- und Suchtberatungsstelle sowie mit Lehrpersonen und Angehörigen blieb für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zentral. Dabei arbeitete der erste Chefarzt mit einem dezidiert systemischen Ansatz. Der frühe Einbezug von Familienangehörigen spiegelt sich auch im sukzessiven Ausbau entsprechender Angebote, wie etwa den Eheberatungen. Die *Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden* (KJP), wie sie ab 1989 hiess, bemühte sich seit ihrer Gründung um die fachliche Eigenständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die lange mit einer organisatorischen Eigenständigkeit gleichgesetzt wurde. Der Zusammenschluss mit den PDGR leitete 2019 die vierte und aktuelle Phase ein, auf die hier lediglich verwiesen werden kann.

5.3.1 Eine Stiftung zur Schaffung eines Beobachtungs- und Therapieheims für Kinder und Jugendliche (1969)

Die Forderung nach einem stationären psychiatrischen Angebot für Kinder und Jugendliche wurde zu Beginn der 1960er Jahre erstmals formuliert. Bei der Einführung der neuen kantonalen Schulgesetzgebung von 1961, die die Schulverordnung von 1859 ersetzte, stand auch die Ausgestaltung eines schulpsychologischen Dienstes zur Debatte. Besonders Vertreterinnen und Vertreter der Lehrerschaft engagierten sich für das Anliegen, eine Facharztstelle für diese Dienste zu installieren. Dies nicht zuletzt zur eigenen Entlastung, da sich der Schul- und Sozialbereich immer mehr mit «schwierigen Kindern zu beschäftigen» habe.[308] Aufgrund des herrschenden Fachkräftemangels – entsprechende Rekrutierungsversuche in Zürich, St. Gallen, Basel und Bern blieben erfolglos – wurde zunächst auf die Anstellung eines Kinderpsychiaters verzichtet.[309] In Ergänzung zum Schulpsychologischen Dienst forderte die dafür eingesetzte Studienkommission ein davon unabhängig organisiertes, stationäres Angebot für Kinder und Jugendliche, die «einer längern Beobachtung bedürfen, damit die Ursache ihrer erzieherischen und schulischen Schwierigkeiten geklärt werden kann, und die eine psychotherapeutische und heilpädagogische Behandlung benötigen».[310] In dieser Absichtserklärung war bereits die Doppelaufgabe der geplanten Einrichtung angelegt. Das stationäre Angebot sollte letztlich Graubünden für eine Kinderpsychiaterin oder einen Kinderpsychiater attraktiver machen.[311] Da die Regierung sich nicht dazu in der Lage sah, ein entsprechendes Angebot aufzubauen, sollte eine private Trägerschaft diese Aufgabe übernehmen. Im Herbst 1969 wurde deshalb die Stiftung *Bündner Beobachtungs- und Therapieheim* gegründet. Gründungsorganisationen waren die *Gemeinnützige Gesellschaft Graubünden,* der *Kiwanis Club Chur,* die *Pro Juventute des Bezirks Chur* sowie das *Seraphische Liebeswerk Graubünden.*[312] Neben den Gründungsorganisationen nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Gemeinden und des Kantons Einsitz im Stiftungsrat, so beispielsweise der Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes, Alphons Willi. Mit dem Einbezug von Gemeinde- und Kantonsvertreterinnen und -vertretern sollten die eigenen Anliegen besser in Politik, Verwaltung und Gesellschaft diffundieren. Der öffentliche Auftritt war gerade im Hinblick auf die Generierung von Spendengeldern von zentraler Bedeutung. Weitere Mitglieder des Stiftungsrates hatten wichtige Verwaltungspositionen inne, so etwa der Sekretär des kantonalen Erziehungsdepartementes und erster Stiftungspräsident, Christian Schmid.[313] Ein-

308 Schröter (1981), S. 1.

309 Willi (1996), S. 11.

310 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Protokoll der Gründungssitzung, o. D.

311 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 3.

312 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Gesuch um Baubeiträge. Prüfungsverfahren für Grundlagen gemäss Phase 1, zuhanden des Erziehungs- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden und des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 30. Oktober 1975.

313 Ebd., Kopie Stiftungsurkunde vom 28. Oktober 1969, S. 2; Schreiben des kantonalen Fürsorgeamtes Graubünden (Leiter: A. Willi) zuhanden Dr. med. vet. Ernst Kuoni vom 16. September 1969; Willi (1996), S. 11. Der Jurist Schmid arbeitete ab 1970 für die Bündner Kantonalbank und beriet den Stiftungsrat auch nach seinem Rücktritt als Präsident in rechtlichen Fragen. Ungedruckter Jahres-

zelne Stiftungsratsmitglieder bekleideten Ämter in anderen Vorständen und Aufsichtskommissionen mit Berührungspunkten zur Stiftung, wie etwa im Schulpsychologischen Dienst. Damit entstanden mehrfach personelle Überschneidungen, die die Informations- und Kommunikationswege zu Politik und Verwaltung verkürzten, mitunter aber auch zu Unklarheiten bei Interessensvertretungen führten.

Auf die Gründung folgten zehn Jahre, in denen vergeblich versucht wurde, ein stationäres Angebot für Kinder und Jugendliche zu realisieren. Die Bemühungen offenbaren die Herausforderung der Abgrenzung des eigenen Angebots gegenüber anderen Diensten bei gleichzeitiger Konkurrenz mit weiteren Organisationen, die sich im Aufbau befanden. Dies führte einerseits zu Finanzierungsproblemen, andererseits zu Schwierigkeiten bei der Standortsuche.

Für erste Bedarfs- und Finanzierungsabklärungen sowie Konzeptionierungen orientierte sich die Stiftung an bestehenden ausserkantonalen Angeboten. Richtungsweisend waren dabei die Einrichtungen in der Ostschweiz, besonders in Ganterschwil, sowie die Expertise des ersten Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, Robert J. Corboz (1919–1987).[314] Später sollte er auch an der Rekrutierung des ersten Bündner Kinderpsychiaters, Thomas Hess, massgeblich beteiligt sein.[315]

Eine 1972 fertiggestellte Bedarfs- und Finanzierungsabklärung betonte das fehlende Angebot im Kanton, aufgrund dessen Kinder und Jugendliche in ausserkantonale Einrichtungen, in die Beobachtungsstation Brüschhalde in Männedorf (ZH), vor allem aber in die Beobachtungs- und Therapiestation Sonnenhof in Ganterschwil (SG) sowie die Beobachtungsstation Oberziel in St. Gallen verbracht wurden.[316] Die ausserkantonale Platzierung stiess dabei sowohl auf konfessionelle als auch auf sprachliche Barrieren. So wurden etwa in Oberziel nur katholische Kinder aufgenommen, die nicht romanischer Muttersprache waren. Für Kinder aus den Südtälern fehlte ein entsprechendes Angebot fast gänzlich. War eine ausserkantonale Platzierung nicht möglich, blieb einzig eine stationäre Behandlung in den psychiatrischen Kliniken Waldhaus oder Beverin, also eine gemeinsame Unterbringung mit Erwachsenen, übrig.[317] Wie seinerzeit Tramer, argumentierten auch die Initiantinnen und Initianten des Bündner Beobachtungs- und Therapieheims mit den unterschiedlichen alters- und entwicklungsbedingten Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen und opponierten deshalb vehement gegen die letztgenannte Option.[318]

Für die Berechnung des künftigen finanziellen Aufwandes war, analog zu den späteren Berechnungen des Bettenbedarfs in der Erwachsenenpsychiatrie, die zu erwartende Anzahl der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen wichtig. Aus den Kalkulationen ging hervor, dass zu diesem Zeitpunkt 15 schulpflichtige Bündner Kinder pro Jahr von unterschiedlichen Stellen in stationäre psychiatrische Unterbringung eingewiesen wurden. Ergänzt wurden die eigenen Zahlen durch Erfahrungswerte aus Ganterschwil, die den von der Stiftung propagierten Bedarf noch einmal unterstreichen sollten (vgl. Tabelle 21).[319]

Aufgrund der Vorarbeiten wurde ein Beobachtungs- und Therapieheim mit 20 Plätzen geplant, organisiert in einem Gruppensystem, um jährlich 40 bis 50 Kinder und Jugendliche psychiatrisch abklären und behandeln zu können. Neben der ärztlichen Leitung waren psychologisch geschultes Personal sowie Hauseltern vorgesehen. Durch die Erfahrungen aus der Erwachsenenpsychiatrie wurde auf die absehbaren Herausforderungen in der Rekrutierung fachlich und sprachlich qualifizierter Mitarbeitender hingewiesen.[320] Die Einrichtung sollte an zentraler und doch ruhiger Lage

bericht Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim 1973/74, S. 5.

314 Robert J. Corboz (1919–1987) war u. a. von 1976 bis 1984 erster Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich und seit 1969 Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich. Zürrer-Simmen (1994), S. 84; Kind (1992), S. 27–288.

315 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben Otto Largiadèr an Prof. R. Corboz vom 12. Juli 1977; Schreiben des Departementssekretärs vom 13. Oktober 1977.

316 Ebd., Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 1.

317 Ebd. Eine Feststellung, die Alphons Willi in einer ersten Bedürfnisabklärung bereits formuliert hatte. Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 2.

318 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 1.

319 Ebd., Bericht zuhanden des Stiftungsrates betreffend Bau- und Betriebsfinanzierung vom 28. Juni 1972, S. 1 und ebd., Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 9. Erstmals wurde auch auf die steigende Anzahl drogensüchtiger Jugendlicher hingewiesen. Ebd., S. 10.

320 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 2.

	1955 (in Prozent)	1969 (in Prozent)
«Verwahrlosung»	55	4
«Kinderpsychiatrische Fälle»	34	68
«Schwerst kinderpsychiatrische Fälle»	0	16
«Gemischt kinderpsychiatrische Fälle»	11	12
«Reine Erziehungsschäden»	55	4

Tabelle 21: Jahresbericht Ganterschwil zu Anzahl betreuter Kinder und Jugendlicher (1955 und 1969)
Anmerkung: Aufgrund der Möglichkeit von Doppeleinträgen pro Kind/Jugendlicher, übersteigt die Summe 100 Prozent.
Quelle: Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente, 1968–1985: Besprechungsvorbereitung für die Konferenz mit Regierungsrat Tob. Kuoni vom 30. Oktober 1973, S. 5.

erstellt werden.[321] Aufgrund der Erfahrungen von Ganterschwil kam der Bericht zum Schluss, dass ein Grossteil der Bau- und Betriebskosten über Beiträge der IV und der Krankenkassen bestritten werden könnten. Gleichwohl wurde bereits zu diesem Zeitpunkt von einem jährlichen Betriebsdefizit ausgegangen, das, anders als bei den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, aufgrund einer Gesetzeslücke nicht vom Kanton übernommen werden würde. Das heisst, ein substantieller Teil der Betriebskosten musste aus dem Stiftungsvermögen bezahlt oder durch Spenden oder Elternbeiträge abgedeckt werden. Das Stiftungsvermögen wuchs seit der Gründung von 18'000 Franken auf 50'000 Franken 1975 und lag 1980 bei 220'000 Franken.[322] Diese Entwicklung war vier Jahre nach der Gründung noch nicht absehbar, so dass 1973, aufgrund der Schwierigkeiten in der Umsetzung, vorübergehend alle Bemühungen eingestellt wurden.[323]

Die Herausforderungen bei der Umsetzung lagen neben der Finanzierung in einer unklaren Abgrenzung des eigenen Angebots innerhalb einer zunehmenden Ausdifferenzierung im Bereich der stationären Jugendfürsorge, etwa gegenüber den Erziehungsheimen.[324] Von Anfang an wurde deshalb, trotz akutem Facharztmangel, nach einer medizinischen Leitung gesucht.[325] Die angestrebte Doppelfunktion als Beobachtungs- und Therapieheim, auf deren Notwendigkeit gerade auch Heilpädagoginnen und Heilpädagogen immer wieder hinwiesen, sollten einen spezifisch kinder- und jugendpsychiatrischen Ansatz sichtbar machen:

> *«Beobachtung: Darunter verstehen wir systematisches Feststellen, Interpretieren und Klassifizieren von Verhaltensweisen unter Einsatz aller notwendigen medizinischen, psychologischen und heilpädagogischen Mitteln mit dem Ziel, das Kind in seiner Gesamtheit zu verstehen, um daraus die angemessenen erzieherischen, schulischen und therapeutischen Massnahmen abzuleiten.*
> *Therapie: Darunter verstehen wir die gezielte Durchführung von erzieherischen, schulischen, medizinischen und pädagogisch-therapeutischen Massnahmen, mit dem Ziel, das Kind zu heilen oder seinen Zustand zu bessern.»*[326]

Gleichzeitig bestand im Kanton keine Einrichtung für «Verhaltensschwierige» und damit keine Möglichkeit, Kinder und Jugendliche, die aus Sicht der zuweisenden Behörden keiner psychiatrischen oder psychologischen Behandlung oder Abklärung bedürften, in einer spezialisierten und örtlich nahgelegenen Einrichtung unterzubringen. Das hiess

321 Ebd., «Kinderpsychiatrisches Beobachtungs- und Therapieheim», Entwurf vom 11. November 1969.

322 Ebd., Gesuch um Baubeiträge. Prüfungsverfahren für Grundlagen gemäss Phase 1, zuhanden des Erziehungs- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden und des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 30. Oktober 1975; ebd., Protokolle Betriebskommission KJD 1980–1986, Sitzung vom 13. August 1980.

323 Ebd., Bericht zuhanden des Stiftungsrates betreffend Bau- und Betriebsfinanzierung vom 28. Juni 1972, S. 4–5; ebd. Besprechungsvorbereitung für die Konferenz mit Regierungsrat Tob. Kuoni vom 30. Oktober 1973; ebd., Aktennotiz, Besprechung mit Regierungsrat T. Kuoni vom 30. Oktober 1973.

324 Ebd., Bedürfnisabklärung vom 15. April 1969, A. Willi, S. 1.

325 Ebd., Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 5–7.

326 Ebd., S. 7–8.

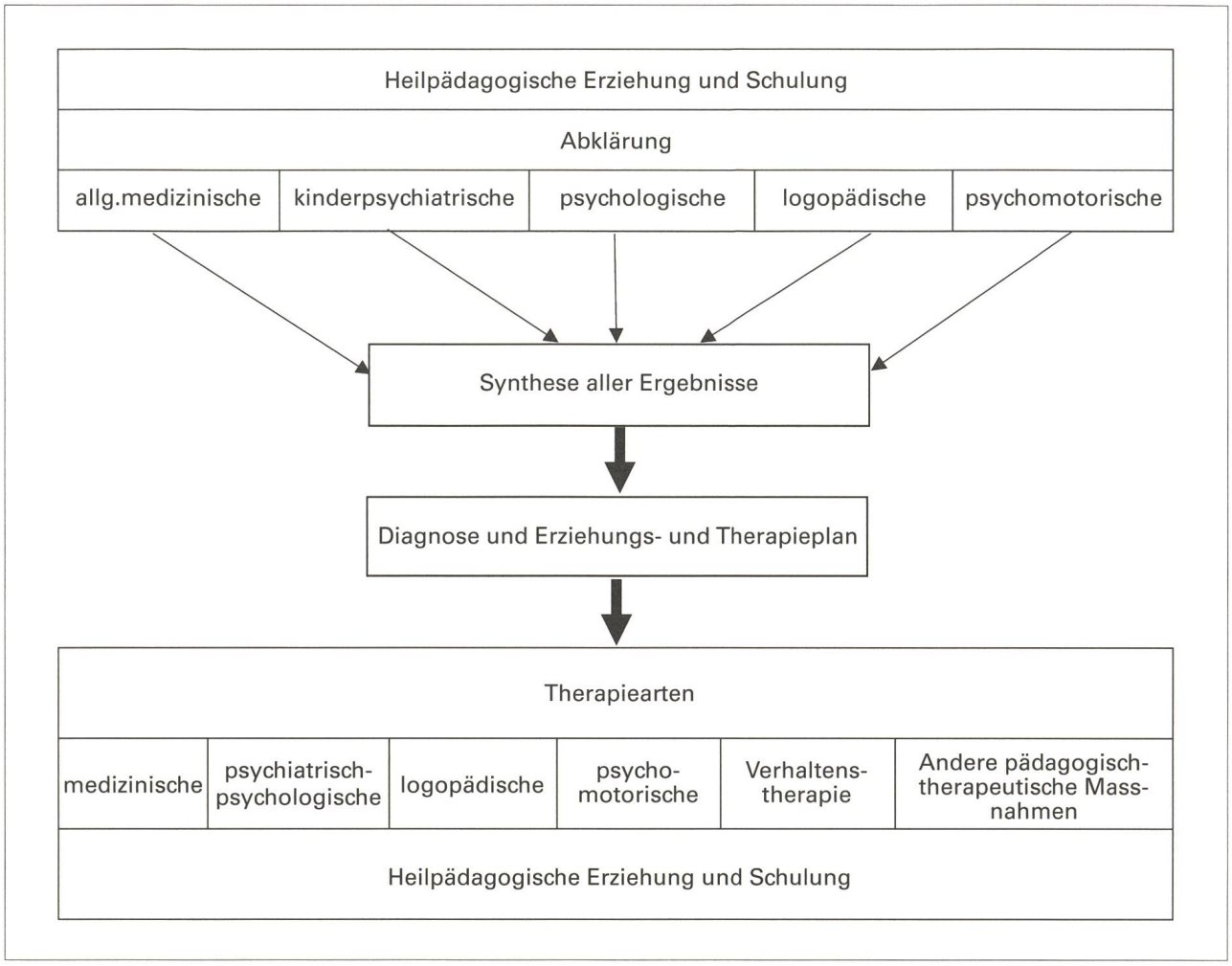

Diagramm 42: Konzept Beobachtungs- und Therapiestation: Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute (1973)

Quelle: Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente, 1968–1985: Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 10.

letztlich, dass trotz Betonung der medizinisch-therapeutischen Ausrichtung trotzdem über eine Mischform nachgedacht wurde.[327]

Unter Einbezug einer Vielzahl von Spezialistinnen und Spezialisten sowie des jeweiligen sozialen Umfelds strebte die Stiftung bereits 1972 eine möglichst «rasche und erfolgreiche Resozialisierung und Betreuung psychisch kranker [Kinder und Jugendlicher] aller Altersstufen» an.[328] Darin zeigen sich Parallelen zu Webers sozialpsychiatrischen Ansatz in der Erwachsenenpsychiatrie, der von Beginn an auch ein zentraler Anspruch der Stiftung war (vgl. Diagramm 42).

Seit 1970 standen unterschiedliche Standorte für das neue Beobachtungs- und Therapieheim zur Diskussion, die sich aus unterschiedlichen Gründen als ungeeignet erwiesen. Neben standortbedingten Ablehnungsgründen wie einer zu kleinen Parzelle in Malans oder der Nähe zu einem Schiessstand in Thusis waren auch Kooperationsversuche mit bestehenden Kinderheimen, etwa Giuvaulta in Rothenbrunnen, Gott hilft in Zizers oder Plankis in Chur, nicht von Erfolg gekrönt.[329] Zwar wurde ge-

327 Ebd., S. 6.

328 Ebd., Schreiben des kantonalen Fürsorgeamtes (A. Willi) an das Sanitätsdepartement (zust. Regierungsrat) vom 3. September 1973, S. 3; ebd., Bericht der Subkommission (P. Schröter): Zur Konzeption eines Beobachtungs- und Therapieheimes für Graubünden vom 5. Januar 1973, S. 8.

329 Ebd., Offerten für Standort des Beobachtungs- und Therapieheimes, o. D. (muss nach dem 3. Februar 1970 sein, da dann die Besichtigung in Thusis stattfand) und Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985, Schreiben Chr. Schmid an die Mitglieder des Stiftungsrates vom 3. Juli 1970; ebd., Protokoll der Betriebskom-

meinsam mit der Stiftung des Kinderheims Plankis eine Lösung gefunden. Die Umsetzung musste gemäss Vertrag jedoch innerhalb von drei Jahren erfolgen, was an der Finanzierung scheiterte.[330] Auch Möglichkeiten der ausserkantonalen Zusammenarbeit, etwa mit Liechtenstein oder St. Gallen, wurden wieder verworfen.[331] Nachdem Ernst Weber 1974 einen Antrag zuhanden der Verwaltung zur Beschäftigung einer Kinderpsychiaterin oder eines Kinderpsychiaters in Beverin gestellt hatte, zeigte sich die Stiftung über dieses unkoordinierte Vorgehen irritiert. In der Aussprache wurde auch über einen möglichen Standort auf dem Gelände der Klinik Beverin diskutiert. Von einer solchen Lösung wollte der Chefarzt indes nichts wissen. Wieso er diesen Antrag stellte, ist letztlich nicht überliefert.[332] Auch gegenüber anderen Organisationen musste sich die Stiftung behaupten und gewärtigte vermehrt Konkurrenzsituationen. Hier waren Standortfragen ausschlaggebend, wie beispielsweise bei Gründungsbestrebungen einer «Haushaltungsschule für geistesschwache Mädchen», einer «beruflichen Wiedereingliederungsstätte für Behinderte» oder eines «Schulheims für Sprachbehinderte».[333] Im Wissen um diese Entwicklung dachte der Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes kurzzeitig auch über die Schaffung eines «bündnerischen Heimzentrums» nach. Mit dieser Lösung und der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur wie Küche, Verwaltung, Schulanlagen, Schwimmbassin, Turnhalle oder Personalhaus hätten laut Willi auch Kosten eingespart werden können.[334] Mitte der 1970er Jahre tat sich erneut eine Option zur Kooperation auf, diesmal mit dem Sonderschulheim Masans.[335] Der Alleingang einzelner Regierungsvertreter in den verschiedenen Stiftungsräten verhinderte jedoch ein gemeinsames Projekt und die *Stiftung Schulheim für das cerebral gelähmte und körperbehinderte Kind* erhielt den Zuschlag.[336]

Rund eine Dekade intensiver Suche nach einem geeigneten Standort war damit verstrichen und die Realisierung eines Beobachtungs- und Therapieheims in Graubünden war noch immer nicht absehbar. Unterdessen hatte die Bündner Regierung erste Anstrengungen für eine kantonale Koordination im Gesundheitswesen unternommen. Aus dem 1976 fertiggestellten ersten Psychiatrie-Konzept ging der Aufbau kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsstrukturen als dringendes Desiderat hervor, allerdings in einer anderen Form, als es die Stiftung angestrebt hatte.

5.3.2 Ein neuer Stiftungszweck – Aufbau eines ambulanten Dienstes im Auftrag der Regierung

Das erste kantonale Psychiatrie-Konzept von 1976 empfahl den Ausbau der psychiatrischen Grundversorgung im ambulanten Bereich. Der regionale Ausbau des Angebots sollte möglichst durch freipraktizierende Fachärztinnen und Fachärzten und nichtstaatliche Trägerschaften erfolgen. Anders als in der Erwachsenenpsychiatrie waren am Aufbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots keine bereits bestehenden Verwaltungseinheiten beteiligt, die Aufgabe wurde von der *Stiftung*

mission, Sitzung vom 19. August 1974 und 24. Februar 1975.

330 Ebd., Entwurf Baurechtsvertrage zwischen der Stiftung Kinderheim Plankis und der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 25. September 1970; ebd., «Studie über das Heimzentrum in Plankis zuhanden des Stiftungsrates, der Behörden des Kantons, des Bundes und weiterer interessierter Kreise» vom 11. September 1970, S. 11.

331 Ebd., Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 19. August 1974.

332 Ebd., 21. und 28. März 1974.

333 Ebd., Wichtige Dokumente 1968–1985: «Studie über das Heimzentrum in Plankis zuhanden des Stiftungsrates, der Behörden des Kantons, des Bundes und weiterer interessierter Kreise» vom 11. September 1970, S. 1.

334 Ebd., «Studie über das Heimzentrum in Plankis zuhanden des Stiftungsrates, der Behörden des Kantons, des Bundes und weiterer interessierter Kreise» vom 11. September 1970, S. 2.

335 Ebd., Bereinigte Projektanmeldung für ein Bündner Beobachtungs- und Therapieheim in Chur vom 17. November 1976. Der *Verein Bündnerische Arbeitsgemeinschaft für das cerebral gelähmte Kind* wurde 1960 gegründet: http://www.bskjt.ch/geschichte, Zugriff: 19.11.2019. Daneben entstanden weitere Einrichtungen zur Sonderschulung im Kanton, wie das Schulheim Chur, das Zentrum für Sonderpädagogik Giuvaulta (ehemaliges Kinderheim Giuvaulta) in Rothenbrunnen und die Casa Depuoz (ehemals Casa d'affons Depuoz) in Trun. Castelmur et al. (2011), S. 7–9.

336 Ebd., Schreiben des Sanitätsdepartements an die Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 2. Juni 1977; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an Regierungsrat Otto Largiadèr vom 21. April 1977; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an den Präsidenten des Stiftungsrates Erziehungsheim Masans vom 28. Februar 1977; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an den Präsidenten des Stiftungsrates Sonderschulheime Masans vom 19. April 1977.

Bündner Beobachtungs- und Therapiestation übernommen. Dafür musste intern ein Umdenken in der Priorisierung des Angebots und letztlich eine Änderung des Stiftungszwecks vorausgehen. Dass dies geschah, hing auch mit dem ersten Schulpsychiater, Thomas Hess, zusammen, der später diesen Aufbau übernehmen sollte.

Die Freude, dass ein Kandidat für die seit den 1960er Jahren vakante Stelle des Schulpsychiaters gefunden worden war, war 1977 allgemein gross. Der Vorschlag kam vom Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich, Jules Corboz. Er war bereits früher beratend für den Kanton Graubünden tätig gewesen, zuletzt bei der Erarbeitung des ersten Psychiatrie-Konzeptes von 1976. Corboz schlug seinen Assistenzarzt, Thomas Hess, vor, der jedoch erst 1979 sein Amt würde antreten können. Die beiden Chefärzte der psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin wurden in die Berufung eingebunden. Weber befürwortete den Vorschlag mit Blick auf die familiäre Herkunft von Hess – sein Grossvater war ein Nobelpreisträger – und brachte dies in hereditärem Duktus zum Ausdruck: «Ich habe auch den Grossvater von Kollege Hess gekannt sowie den Vater, und ich glaube, dass von der ‹genetischen› Seite her ein vorzüglicher Arzt nach Graubünden kommen würde.»[337] Um eine finanzielle Absicherung zu gewährleisten – die erste Anstellung betrug lediglich 20 Prozent – schlug Weber vor, das Gehalt des neuen Schulpsychiaters im ersten Jahr über das Budget der Klinik Waldhaus laufen zu lassen. Darin widerspiegelt sich erneut der Fachärztemangel im Kanton.

Das Interesse an den Ideen des designierten Chefarztes war gross und fachübergreifend, entsprechend breit war das Einstellungskomitee 1977 zusammengestellt. Zu einem ersten Gespräch wurden der zuständige Regierungsrat, der Präsident des Schulpsychologischen Dienstes, die beiden Chefärzte der psychiatrischen Kliniken, die Chefärzte der Spitäler in Chur, der Departementssekretär, der Beauftragte für das Volksschulwesen, der Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes sowie der kantonale Schulpsychologe eingeladen.[338] Hess' Vorschlag zum Aufbau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots wurde zugestimmt:

> *«Eine stationäre Abklärung und Therapie hat nur einen Sinn, falls die dort untergebrachten Kinder nach Entlassung in adäquater Wese ambulant nachbehandelt werden können. Diese Aufgabe kann, zumindest nach einer gewissen Anfangsphase, aufwendiger werden für ärztliches und psychologisches Personal als die Versorgung der Station selber. Ausserdem bestehen unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Grösse einer solchen Station. Dies könnte während der ambulanten Arbeit abgeklärt werden. Die Eröffnung einer Beobachtungsstation vor der Sicherstellung der ambulanten Nachsorge scheint mir deshalb unzweckmässig.»*[339]

Einige Jahre später gab Hess 1982 zudem zu bedenken, dass im Zusammenhang mit der immer wieder aufkommenden Kritik an Heimeinweisungen, die auch Beobachtungsstationen betraf, ambulante und regionale Strukturen eine höhere Akzeptanz aufweisen würden.[340] Die Einrichtung eines stationären Angebots trat zugunsten eines ambulanten und regional ausgebauten Angebots in den Hintergrund.[341] Im Frühjahr 1979 begann Hess als Schulpsychiater zu arbeiten, während er sukzessive den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst aufbaute.[342]

Im Psychiatrie-Konzept von 1976 wurde festgehalten, dass staatliche Einrichtungen erst dann den Auf- und Ausbau der psychiatrischen Grundversorgung übernehmen sollten, wenn kein entsprechendes Angebot durch freipraktizierende Fachpersonen oder private Trägerschaften bestand. Die Anfrage der Kantonsregierung an die *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim* als Trägerin für diesen Ausbau zu amten, folgte dieser Logik und leistete gleichzeitig den Vorschlägen von Hess Folge. Damit stand letztlich

---

337 Ebd., Schreiben Ernst Webers an den Regierungsrat Largiadèr vom 20. Juni 1977.

338 Ebd., Schreiben Otto Largiadèr an Prof. R. Corboz vom 12. Juli 1977. (Kopie z. H. Fontana und Willi, aber nicht Stiftung, dennoch im Archiv der Stiftung) und Schreiben des Departementssekretärs vom 13. Oktober 1977.

339 Ebd., Thomas Hess: Stellungnahme zur Frage der kinderpsychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden, 1. November 1977 und Aktennotiz Erziehungsdepartement, Behindertenwesen vom 24. April 1979, S. 1. Bei der Erstellung des Konzeptes erhielt Hess Unterstützung von Corboz. Willi (1996), S. 12.

340 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1969–1985, Entwurf für ein Gesamtkonzept für Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung das Kantons Graubünden (Januar 1982), S. 2–3.

341 Willi (1996), S. 12.

342 Ebd. und Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben des Sanitätsdepartementes an den Präsidenten der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 15. Juni 1977.

die Anfrage im Raum, die Schaffung eines Beobachtungs- und Therapieheims – für dessen Erreichung in den vergangenen Jahren massive Anstrengungen unternommen worden waren – zugunsten des Aufbaus eines ambulanten Angebots zurückzustellen und gleichzeitig den Stiftungszweck dahingehend zu erweitern. Das Begehren sorgte innerhalb des Stiftungsrates für intensive Diskussionen, die sich weniger um die damit verbundene Neuorientierung drehten, als um eine erneute unsichere Finanzierungssituation, denn die Stiftung sollte einen beachtlichen Teil des finanziellen Risikos selbst tragen.[343] Als zweckdienlich erwies sich das neue kantonale *Gesetz über die Förderung der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung*, das 1979 vom Volk angenommen worden war. Dieses machte eine «gesicherte Finanzierung der Sonderschulung und [die] berufliche Eingliederung Behinderter» möglich. Eine Teilfinanzierung auf dieser Grundlage entschärfte das Problem einer fehlenden Restdefizitdeckung durch den Kanton. Auch wenn dies ein mögliches stationäres und nicht das ambulante Angebot betraf, so half diese gesetzliche Entwicklung den Stiftungsratsmitgliedern, sich im Sinne der Anfrage des Kantons zu entscheiden.[344] Trotz teilweise grosser Bedenken beantwortete der Stiftungsrat die Anfrage der Regierung positiv, der Stiftungszweck wurde entsprechend erweitert und der Aufbau eines ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes konnte eingeleitet werden.[345]

Der junge Chefarzt rechnete mit einer Aufbauphase von fünf bis zehn Jahren.[346] Die neu konstituierte Betriebskommission sollte den Chefarzt bei dieser Aufgabe unterstützen. Gleichzeitig wechselte das Stiftungspräsidium. 1979 übergab Ernst Kuoni sein Amt an Pfarrer Werner Fromm.[347] Im August 1980 wurden erste kinder- und jugendpsychiatrische Dienstleistungen «in der Casanna» in Chur angeboten. Gestartet wurde mit einer Sekretärin, einer Psychologin und dem Chefarzt. Wenige Wochen später kamen ein Assistenzarzt sowie eine Sozialarbeiterin und Familientherapeutin hinzu.[348] Neben Sprechstunden auf Anmeldung bestand zusätzlich einmal pro Woche das Angebot einer offenen Jugendsprechstunde.[349] Hess brachte bereits bei seinem Anstellungsgespräch den Wunsch an, das ambulante Angebot möglichst rasch regional auszudehnen. Neben dem Ambulatorium in Chur wurde 1983, auch mit Hilfe lokaler Initianten, eine erste Regionalstelle in Davos eröffnet.[350] Es folgten 1987 die Regionalstelle in Ilanz, ab 1989 Sprechstunden in Susch und 1999 die Errichtung einer Regionalstelle Mittelbünden in Thusis.[351] Im selben Jahr wurde auch die Re-

---

343 Ebd., Thomas Hess: Stellungnahme zur Frage der kinderpsychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden, 1. November 1977, S. 1; ebd., Schreiben des Erziehungsdepartementes an die Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 10. Mai 1979; ebd., Protokolle der Betriebskommission, Sitzungen vom 30. November 1979; 16. März 1978, 12. Oktober 1979 und vom 13. November 1979.

344 Für ambulante Dienstleistungen wurde das Defizit aufgeteilt zu je einem Drittel auf die Gemeinden, den Kanton und Elternbeiträge. Der Kanton erklärte sich nicht dazu bereit, die Einnahmen, die durch Elternbeiträge (20 Franken pro Konsultation) gedeckt werden sollten, zu übernehmen. Die für Eltern entstehende Kosten stellten laut KJPD eine zusätzliche Hemmschwelle dar, um das Angebot zu nutzen, aber auch ein Ungleichgewicht zu anderen Diensten. Ebd., Aktennotiz Erziehungsdepartement, Behindertenwesen vom 5. Mai; ebd., Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an Regierungsrat Otto Largiadèr vom 26. April 1978, S. 3; Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 29. Oktober 1980; Willi (1996), S. 12.

345 Statuten der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim, Artikel 2, in: Protokoll des Stiftungsrates, Sitzungen vom 13. November 1979, 20. September 1979, 17. September 1980; ebd., Wichtige Dokumente 1968–1985: Antrag an den Stiftungsrat betr. Trägerschaft für das kinderpsychiatrische Ambulatorium vom 23. November 1979 und ebd., Aktennotiz. Trägerschaft für einen kinderpsychiatrischen Dienst (Ambulatorium) vom 25. Mai 1979.

346 Schröter (1981), S. 7; Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1969–1985: Entwurf für ein Gesamtkonzept für Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung das Kantons Graubünden (Januar 1982). Das im Auftrag der Regierung erstellte Konzept nannte Tageskliniken als Ziel im regionalen Angebotsausbau. Damit wurde diese Form der teilstationären Betreuung einige Jahre früher thematisiert als es in der Erwachsenenpsychiatrie der Fall war.

347 Ebd., KJD ab 1985, Antrag an den Stiftungsrat betreffend Trägerschaft für das kinderpsychiatrische Ambulatorium (Betriebskommission) vom 23. November 1979, insbesondere S. 5; Willi (1996), S. 12.

348 Ebd., Wichtige Dokumente 1968–1985: Resultat der Umfrage zur Abklärung des Bedürfnisses von Kinderpsychiatrie im Kanton Graubünden vom 11. Februar 1980.

349 Ebd., Informationsblatt zur Anmeldung, undatiert. Eine Auswertung des Zusammenspiels einzelner Dienste in der konkreten Betreuung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Angehörigen kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden und bleibt ein Forschungsdesiderat.

350 Ebd., Protokolle der Betriebskommission, Sitzungen vom 25. November 1981, 29. September 1982 und 17. November 1982; Jahresbericht KJPD-GR 1981, S. 1; Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 25.00–25.55 und 26.45–27.30.

351 Kontakt KJP: https://kjp-gr.ch/kontaktanmeldung/kontakt/, Zugriff: 17.01.2020.

gionalstelle Roveredo eingerichtet und ein Jahr später die Regionalstelle Engadin nach Samedan verlegt.[352] Damit wurde die seit Beginn der 1980er Jahre angestrebte regionale Präsenz erreicht. Seit der Eröffnung der Regionalstellen im Engadin und in den Südtälern finden sich in den Jahresberichten Beiträge in italienischer und romanischer Sprache.[353]

Der Aufbau einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung fiel im Kanton Graubünden mit entsprechenden Entwicklungen in der Erwachsenenpsychiatrie zusammen. Gleichzeitig sind Parallelen zu anderen Angeboten im Kinder- und Jugendbereich feststellbar. Laut dem ehemaligen Leiter des kantonalen Sozialamtes, Andrea Ferroni, manifestierte sich darin ein Problembewusstsein, das sich in der Diversifizierung von Berufen und damit auch entsprechender Strukturen widerspiegelt, wie etwa dem Aufbau des heilpädagogischen Dienstes, einer Jugend- und Drogenberatungsstelle, einer Familien- und Sexualberatung oder einem Frauenhaus. Die politischen Kräfte im Kanton zeigten dabei laut Ferroni immer wieder den Willen, neue gesetzliche Grundlagen dafür zu schaffen.

> *«In meiner Wahrnehmung entstand ein Problembewusstsein durch Studieninhalte, danach Professionen, und daraus hat der Kanton Graubünden relativ dynamisch neue Strukturen aufgebaut. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst war für uns immer ein wichtiger Partner bei allen Themen rund um Kindesmisshandlungen und -missbrauch oder Gewalt in der Familie, genauso wichtig wie die Erwachsenenpsychiatrie.»*[354]

Diese Zusammenarbeit wurde teilweise institutionalisiert. Seit 1982 boten Angestellte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) offene Sprechstunden in den Räumen des Jugendhauses an.[355] Gleichzeitig konnte die geleistete Arbeit in verschiedenen Gremien der Jugendfürsorge – und damit für wichtige Orte des fachlichen Austausches – bei den Kostenträgern nicht verrechnet werden. Ebenfalls nicht verrechnet werden konnten telefonische Beratungen von Drittpersonen, das heisst von Verwaltungen und anderen Institutionen und Einrichtungen, die sich an den KJPD für fachlichen Rat wandten. Diese Lücke in der Finanzierung und der Umgang damit sollte in den kommenden Jahren immer wieder zu internen Auseinandersetzungen führen, da sie einen nicht unbedeutenden Teil der Arbeitszeit ausmachten.

5.3.3 Finanzierungsprobleme in der Aufbauphase

Der Aufbau des neuen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes und die damit verbundenen organisatorischen Herausforderungen stellten die Stiftung im Laufe der 1980er Jahre häufig vor Probleme. Ausgangspunkt der Krisen waren finanzielle Engpässe. Seit Beginn des Aufbaus des ambulanten Dienstes verzeichnete die Stiftung jedes Jahr Defizite. Gleichzeitig traten im Lauf der Jahre unterschiedliche Vorstellungen in der personellen und organisatorischen Führung zu Tage. 1983 wurde von Seiten einzelner Stiftungsratsmitglieder inoffiziell gar die Entlassung des Chefarztes verlangt. 1986 demissionierte der Stiftungsratspräsident aufgrund von «Ermüdungserscheinungen».[356] Eine vorübergehende Entspannung brachten gesetzliche Anpassungen im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes und ein Wechsel in der operativen Leitung um 1990.

Zu einer ersten Eskalation kam es 1983, als starke Schwankungen in der Auslastung des neugeschaffenen Dienstes die Jahresrechnung zusätzlich belasteten. Der Chefarzt versuchte, die Situation zu entschärfen, indem er darauf verwies, dass auch in anderen Kantonen ein kostendeckender Betrieb nicht möglich sei, dort aber die Kantone für entstandene Restdefizite aufkämen.[357] Weiter führte er im schriftlichen Austausch gegenüber dem Stiftungsrat aus, dass die skeptische

---

352 Verwaltungsarchiv KJP Jubiläen 2005: Arnold Bachmann, Stiftungspräsident, Referat zum 15-Jahr-Jubiläum KJPD, 15. September 2005.

353 Jahresbericht KJPD-GR 1999, S. 6–9, 2000, S. 9–11.

354 Interview mit Andrea Ferroni, 1.52.55–1.55.35, Zitat: 1.53.55–1.54.12.

355 Protokolle der Betriebskommission, Sitzungen vom 17. November und 14. Dezember 1982.

356 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben T. Hess an die Mitglieder der Betriebskommission der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 7. Mai 1984; Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 27. Februar 1990; Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 17; Willi (1996), S. 12.

357 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1969–1985: Aufgabenbereiche und Betriebsformen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in der deutschen Schweiz (o. J., evtl. 1982), S. 5.

Haltung vieler freipraktizierender Allgemeinmediziner dem Ausbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots nicht förderlich wäre.[358] In der Retrospektive bewertete Hess seinen «puristisch zelebrierte[n]» systemischen Ansatz, den er als mitverantwortlich für diese Zurückhaltung erachtete, durchaus kritisch.[359] Der spätere Stiftungsratspräsident, Alphons Willi, mit dem Hess in den kommenden Jahren intensive, auch fachliche, Auseinandersetzungen haben sollte, spannte in der Jubiläumsschrift von 1996 einen gesamtgesellschaftlichen Konfliktbogen und unterstützte damit den ersten Chefarzt in seiner Einschätzung. Willi sah in den gesellschaftlichen Herausforderungen der 1980er Jahre, konkret in einer «sozialen Unrast» und einem immer klarer zu Tage tretenden «Generationenkonflikt», weitere Gründe für den Widerstand von Seiten der Ärzte und der Politik in der Anfangsphase.[360]

Innerhalb der Stiftung gab es kritische Stimmen, die den Chefarzt für das Defizit verantwortlich machten. Eine Haltung, die auch der Ärzteverband vertrat.[361] Ein zentraler Diskussionspunkt stellte die Verrechnung beziehungsweise die Verrechenbarkeit der erbrachten Leistungen dar. Therapeutische Dienstleistungen konnten zu diesem Zeitpunkt an die Versicherer weitergegeben werden. Beratungen von Drittpersonen – dazu gehörten auch kantonale Verwaltungen und angegliederte Dienste –, aber auch die Öffentlichkeitsarbeit und Mitarbeit in Organisationen der Jugendhilfe, konnten hingegen nicht verrechnet werden (vgl. Tabelle 22).[362] Die Verrechnungsquote lag in den ersten drei Betriebsjahren mit unter 40 Prozent sehr tief:

	Ärzte	Psychologen
1981	40 %	35.7 %
1982	31.8 %	30.3 %
1983	25.9 %	30.5 %

Tabelle 22: Verrechenbare Stunden (1981–1983)
Anmerkung: Die aufgelisteten Prozentsätze ergeben nicht 100 %.
Quelle: Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente, 1969–1985: Bezahlte Stunden/Arbeitsstunden/verrechenbare Stunden.

Hess verteidigte die schlechte Verrechnungsquote zusätzlich mit Blick auf freischaffende Fachärztinnen und Fachärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Im Gegensatz zu ihnen könne der KJPD keine Patientinnen und Patienten abweisen und sei deshalb nicht selten mit komplexen Situationen konfrontiert, die einen entsprechenden Aufwand bedeuten würden und laut Hess nicht immer korrekt verrechnet werden könnten.[363] Für den Chefarzt stand die Bereitstellung eines professionellen Angebots im Vordergrund, während der Stiftungsrat zusätzlich das Fortbestehen der Stiftung mit einer gesunden Finanzierung sicherzustellen hatte.[364] Erschwerend kam hinzu, dass der Beitrag, der den Eltern für jede Konsultation in Rechnung gestellt wurde, oft nicht bezahlt werden konnte, weil die Eltern der betroffenen Kinder in finanziellen Engpässen steckten. Die dadurch ausfallenden Mittel mussten daher ebenfalls durch das Stiftungsvermögen abgedeckt werden.[365]

Gleichzeitig bekundeten einige Mitglieder des Stiftungsrates Mühe mit dem wenig hierarchisch geprägten Führungsstil des Chefarztes, was sich unter anderem in Kritik an seinem «legeren» Kleidungsstil und einer (zu) starken Mitsprache der Mitarbeitenden zeigte.[366] Gemäss Willi handelte es sich dabei um einen Generationenkonflikt innerhalb der Stiftung.

Als Folge der finanziellen Schieflage wurde die vakant gewordene Stelle eines Psychologen nicht

358 Ebd., Schreiben eines Mitgliedes der Betriebskommission an den Präsidenten vom 20. März 1984 und 5. April 1984 (in Kopie an Hess); ebd., Schreiben T. Hess an den Präsidenten vom 6. April 1984.

359 Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 5; Willi (1996), S. 12. Später würdigte der Stiftungsrat Hess' Ansatz und verwies darauf, dass auch sein Nachfolger, Mario Wolf, «das systemorientiere Therapieren» fortsetzte. Protokolle des Stiftungsrates 1969–1995, Notizen des Präsidenten zur Sitzung vom 28. Mai 1991.

360 Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Beurteilung KJB durch Mitglied der Betriebskommission vom 24. September 1985; Willi (1996), S. 12.

361 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 17. Mai 1983.

362 Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 7. Juli 1983; Willi (1996), S. 12.

363 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1969–1985: Aufgabenbereiche und Betriebsformen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in der deutschen Schweiz (o. J., evtl. 1982), S. 4.

364 Willi (1996), S. 12; Jahresberichte KJPD-GR 1985–1989.

365 Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 22. April 1982. Zwischen 1980 und 1990 belief sich dieses auf 1.2 Millionen Franken. WQ (1996), S. 12.

366 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben T. Hess an die Mitglieder der Betriebskommission der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 7. Mai 1984; Willi (1996), S. 13.

neu besetzt und die Regionalstelle Davos wurde vorübergehend geschlossen. Der Chefarzt missbilligte diese Massnahme und dachte 1984 ein erstes Mal laut über eine Demission nach.[367] Im selben Jahr standen weiterreichende Kürzungen und gar die vollständige Schliessung des Dienstes zur Debatte. Sinnbildlich für die herrschende Unsicherheit über die Zukunft der Stiftung steht das Titelbild des Jahresberichtes von 1985, auf dem das «Schreckgespenst der Redimensionierung oder gar Schliessung des Dienstes» in Schwarz-Weiss abgebildet wurde.[368]

Zu diesem Zeitpunkt war auf kantonaler Ebene das neue Psychiatrie-Konzept bereits fertiggestellt worden. Die Hoffnung, dass damit eine Eingliederung des KJPD in «die übrige medizinische Versorgung des Kantons Graubünden» vorgenommen werden würde, erfüllte sich vorerst nicht.[369] Die Finanzierungssituation blieb damit weiterhin unsicher, eine nachhaltige Lösung war nicht in Sicht. Gleichzeitig nahmen die Behandlungszahlen zu, was auch mehr Arbeit für die Betriebskommission und den gesamten Stiftungsrat, der ehrenamtlich arbeitete, bedeutete.[370] Schliesslich demissionierte der Präsident, Werner Fromm, ohne eine Nachfolgeregelung abzuwarten. Interimistisch leitete Judith Durisch-Vieli die Stiftung.[371] Auch die Betriebskommission löste sich auf, wurde aber bald darauf durch den Stiftungsratsausschuss ersetzt. Nur mit neuen kantonalen gesetzlichen Grundlagen könne der Erhalt und Ausbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots in Zukunft angegangen werden, schrieb die Stiftungspräsidentin im Jahresbericht von 1986; ein wegweisender Hinweis für den neuen politischen Kurs der Stiftung.[372] Kurzfristig musste aber nach anderen Lösungen gesucht werden. So wurde die Spendensuche intensiviert und es konnten in der Folge einige grössere Einnahmen verzeichnet werden, wie etwa ein Beitrag über 100'000 Franken vom evangelischen Kirchenrat.[373] Eine systematischere Zeiterfassung, auch unter Zuhilfenahme der aufkommenden Computer, eine Neuregelung der Elternbeiträge und Verhandlungen mit den Krankenkassen sollten zudem die finanzielle Misere mittelfristig beenden.[374] Gleichzeitig wurde über eine Erweiterung des Angebots nachgedacht und von Seiten der Mitarbeitenden die Idee einer Eltern- und Erziehungsberatung geäussert. Damit sollten die immer wieder thematisierten Berührungsängste mit der Psychiatrie verringert werden. Aber auch eine bessere Auslastung war die Hoffnung hinter diesem Vorschlag, ebenso die Möglichkeit sich gegen geplante Konkurrenzdienste, etwa die katholische Eheberatung oder die Jugend- und Drogenberatungsstelle, behaupten zu können.[375]

1987 übernahm der damalige Leiter des kantonalen Fürsorgeamtes und späteren Sozialamtes, Alphons Willi, das Präsidium der Stiftung.[376] Er war bereits in den 1970er Jahren Mitglied des Stiftungsrates gewesen und hatte 1972 in einer Doppelfunktion an der Erarbeitung eines Finanzierungs- und Betriebskonzeptes mitgearbeitet. Willi verfügte über jahrzehntelange Erfahrung in der Verwaltungsarbeit und im Sozialwesen und hatte klare Vorstellungen darüber, wie die Krise zu bewältigen

367 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben T. Hess an den Präsidenten vom 6. April 1984; ebd., Schreiben eines Stiftungsratsmitglieds an T. Hess vom 23. September 1984; Jahresbericht KJPD-GR 1985, o. S.

368 Ebd., Titelseite. Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Beschlüsse der Betriebskommission bezüglich Massnahmenkatalog vom 29. November 1984, S. 6–8.

369 Ebd., Schreiben T. Hess an die Mitglieder der Betriebskommission der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim vom 7. Mai 1984.

370 Dies sollte auch in den Folgejahren immer wieder zu Diskussionen Anlass geben. Vgl. beispielsweise Protokoll des Stiftungsrates vom 28. Mai 1990.

371 Willi (1996), S. 13; Verwaltungsarchiv KJP KJD ab 1985: Schreiben eines Stiftungsratsmitgliedes an den Präsidenten vom 14. Mai 1985.

372 Jahresbericht KJPD-GR 1986. Durisch-Vieli wurde später Churer Gemeinderätin und war von 1994 bis 1997 Grossrätin für die CVP.

373 Verwaltungsarchiv KJP: Wichtige Dokumente 1968–1985: Schreiben der Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapieheim an den Evangelischen Kirchenrat vom 26. März 1986. Jahresbericht KJPD-GR 1985, o. S.

374 Ebd., 11. September 1985 Verwaltungsarchiv; ebd., Vereinbarung über die Vergütung der Krankenkassen vom 3. September 1985. Darin wurde u. a. festgeschrieben, ab welchem Aufwand Kostengutsprachen durch die Ärzte und Psychologen einzuholen waren. Die KJP verhandelte ihre Tarife selbst.

375 Protokolle des Stiftungsratsausschusses (April 1993–), Arbeitsgruppe Erziehungsberatung, Arbeitspapier vom 16. Juni 1995 (Wolf); ebd., Beilage Erziehungsberatung 8. September 1995. Vgl. auch: Verwaltungsarchiv KJP Wichtige Dokumente 1968–1985: Eltern- und Erziehungsberatung, Konzept vom 7. August 1983. Eine Zusammenarbeit mit der Drogenberatungsstelle wurde 1986 vereinbart (1.5 Tage oder 50 Prozent). Im selben Jahr übernahm der Dienst die psychologische Beratung im Kinderheim der Stadt Zürich in Flims. Jahresbericht KJPD-GR 1986, S. 2. Blick zurück und Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 16. Juni 1986.

376 Verwaltungsarchiv KPJ: KJD (ohne Jahr): Schreiben Alphons Willi an Durisch vom 4. Juli 1986.

sei. Durch seine Wahl verschärften sich die Differenzen mit dem Chefarzt. Nun wurde auch das Personal in den Konflikt involviert und forderte 1989 eine Aussprache mit dem Stiftungsrat, vor allem zur Kompetenzabgrenzung zwischen den einzelnen Gremien und zum herrschenden Kommunikationsstil. Es verlangte, zusammen mit seinen Vorgesetzten, mehr Mitsprache und Transparenz bei Entscheidungen, die das Tagesgeschäft tangierten.[377] Willi und Hess hatten, was die Mitsprache von Mitarbeitenden anging, unterschiedliche Vorstellungen. Noch vor einer angesetzten Aussprache mit dem Stiftungsrat kündigte Hess 1989 und nahm ein Forschungsangebot in Zürich an. Die zeitliche Nähe zum Konflikt mit Willi erweckte den Anschein, dass die Auseinandersetzung Auslöser für die Kündigung des Chefarztes gewesen war, was Hess gegenüber dem Stiftungsrat dementierte und berufliche sowie persönliche Überlegungen für den Entscheid anführte.[378] Im Jahr seines Rücktritts nutzte er den Jahresbericht der Stiftung, um in einem Beitrag die Zeit des Aufbaus kritisch zu bewerten. Seine Ausführungen zeigen individuelle Differenzen, aber auch eine sich manifestierende Veränderung in der professionellen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Sozial- und Gesundheitswesen, die nicht ohne Reibungen vonstattenging. So warb Hess beispielsweise noch einmal für mehr Eigenverantwortung seiner Mitarbeitenden oder den verstärkten Einbezug von Kindern und Eltern in therapeutische Abläufe.[379] Hess betonte, dass sein Anspruch an eine professionelle kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit nach einer vermehrten Mitsprache und gegenseitigem Respekt aller Beteiligten verlangen würde. Seine Zuspitzung auf die Anwendung von Gewalt in der Erziehung verdeutlicht dies ein weiteres Mal. Er verwies in seinem Bericht auf Vertreterinnen und Vertreter aus Politik und Ärzteschaft, die bei seinem Stellenantritt «der Ansicht waren, die Bündner Bevölkerung sei derart gesund, dass sie keinen Psychiater brauche oder aber, dass eins aufs Füdli ebenso oder besser wirke als der Psychiater».[380]

Mit seinem Nachfolger, Mario Wolf, kam 1990 ein Facharzt nach Graubünden, der zuvor in St. Gallen und Winterthur in bestehenden Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet hatte und dem systemischen Ansatz seines Vorgängers treu blieb.[381] Mit seinem Amtsantritt waren die Finanzierungsprobleme nicht vom Tisch, die KJPD war aber als Trägerschaft für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton bereits bestimmt worden. Wie Durisch-Vieli arbeitete auch Willi an der Anpassung der gesetzlichen Grundlagen. 1989 stellte die Stiftung den Antrag an das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement, die Subventionierung des ambulanten Dienstes, analog zu den psychiatrischen Kliniken und dem Sozialpsychiatrischen Dienst, in das Krankenpflegegesetz mitaufzunehmen. Diesem Anliegen wurde entsprochen, was laut Willi wesentlich zur Gesundung der Stiftungsfinanzen beigetragen habe.[382] Mit dieser Lösung blieb eine Restdefizitfinanzierung von zehn Prozent. Für andere Bereiche des Gesundheitswesens wurden zur Deckung dieser Lücke Gemeindeverbände gegründet, um allfällige fehlende Beiträge zu kompensieren. Für die Stiftung gab es keine entsprechende Einrichtung, so dass die Gemeinden einen freiwilligen Beitrag leisten konnten, was aber nicht alle taten.[383] Es ist deshalb im Sinne der Sichtbarmachung dieser Problematik zu deuten, wenn fortan in den Jahresberichten sämtliche Gemeinden und ihre Beiträge aufgelistet wurden.[384]

Trotz dieser Entwicklungen musste die Stiftung 1991 fast Konkurs anmelden. Dies aufgrund eines «enormen Wachstums» bei den Behandlungen und einer gleichzeitigen finanziellen «Durststrecke» bis zur neuen Subventionierung gemäss Krankenpflegegesetz.[385] Konkret verzögerten sich die Auszahlungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) an das 1990 eröffnete Therapie-

377 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 28. Mai 1990; ebd., Protokolle Mitarbeitertagungen, Sitzungen vom 16. Januar 1990; ebd., Schreiben des Chefarztes an die Mitglieder des Stiftungsratsausschusses vom 29. November 1989.

378 Ebd., Sitzung vom 27. Februar 1990; Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 17.

379 Ebd., S. 5.

380 Ebd., S. 8. Bereits im Jahresbericht von 1987 wies Hess darauf hin, dass der Wechsel der beiden zuständigen Regierungsräte aus seiner Sicht dazu geführt habe, dass die Stiftung und mit ihr das Angebot nicht mehr nur «geduldet» seien, sondern von politischer Seite unterstützt würden. Damit sprach er auch dort einen Generationenwechsel an. Ebd., 1987, S. 13.

381 Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 7.

382 Willi (1996), S. 14. Protokoll des Grossen Rates, Sitzung vom 2. Dezember 1990 und Psychiatriebericht 1995, S. 5.

383 Jahresbericht KJPD-GR 1997, S. 13.

384 Protokolle Mitarbeitertagungen, Notizen Stiftungsratspräsident, Sitzung vom 21. März 1991; Jahresbericht KJPD-GR, 1991, S. 2; Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 30. August 1993; Protokolle Mitarbeitertagungen, Notizen Stiftungsratspräsident, Sitzung vom 21. März 1991.

385 Ebd.

haus Fürstenwald, so dass 1991 über eine halbe Million an Subventionen ausstehend waren (vgl. Kapitel 5.3.4).[386]

Durch den Aufbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots war der Bau eines Beobachtungs- und Therapieheims zugunsten des ambulanten Angebots zurückgestellt worden. Mit dem neuen Psychiatrie-Konzept von 1985 rückten teilstationäre und stationäre Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder in den Fokus. Damit diese Erweiterung sichtbar gemacht werden konnte, änderte die Stiftung mit der Erteilung des kantonalen Versorgungsauftrages 1989 ihren Namen zu *Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden*.[387] Die Planung des Therapieheimes Fürstenwald als erstes teilstationäres und stationäres psychiatrisches Angebot für Kinder und Jugendliche in Graubünden war zu diesem Zeitpunkt bereits in Angriff genommen worden.

5.3.4 Das Therapiehaus Fürstenwald: ein teilstationäres und stationäres Angebot wird Realität – mit Einschränkungen

Zu Beginn des Schuljahres 1990 wurde das Therapiehaus Fürstenwald im ehemaligen Bürgerlichen Waisenhaus Chur eröffnet.[388] Damit wurde dem ursprünglichen Wunsch der Stiftung zumindest teilweise entsprochen. Im Anschluss an die Verabschiedung des Psychiatrie-Konzepts 1985 nahm Hess, zusammen mit dem Leiter des Schulpsychologischen Dienstes, 1987 die Planung des Therapieheims in Angriff.[389] Anders als noch in den 1970er Jahren konnten sich Vertreter der Erwachsenenpsychiatrie, namentlich die Aufsichtskommission der beiden psychiatrischen Kliniken, eine örtliche und organisatorische Angliederung an eine der beiden Kliniken vorstellen.[390] Damit wurde ein erstes Mal ein Interesse an einer Kooperation von dieser Seite sichtbar. Die Stiftung hoffte auf eine eigenständige Lösung und fand dafür zeitnah einen geeigneten Standort. Der ehemalige Stiftungspräsident und Bürgermeister der Stadt Chur, Ernst Kuoni, brachte das ehemalige und in der Zwischenzeit geschlossene Waisenhaus in die Standortdiskussion ein und konnte günstige Mietkonditionen aushandeln.[391]

Trotz der nun bestehenden gesetzlichen Grundlagen wurden bei der Ausarbeitung des Betriebskonzeptes erneut Bedenken finanzieller Natur geäussert. Zum einen waren diese Einwände auf fehlende Erfahrungswerte der künftigen Auslastung zurückzuführen, zum anderen auf Unsicherheiten bezüglich der Beiträge von Krankenkassen und IV. Daran war auch die Frage nach dem künftigen Status des Therapieheimes geknüpft. Der psychiatrisch-medizinischen Ausrichtung treu bleibend, strebte die Stiftung eine Anerkennung als Spitaleinrichtung an und plädierte für die Bezeichnung Therapieheim für «Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und Normalbegabung».[392] Das BSV zögerte mit einer entsprechenden Zusicherung und stufte das geplante Therapieheim schliesslich als Sonderschulheim ein, das den Anspruch auf die «Vermittlung medizinisch-therapeutischer Massnahmen» verfolge. Diese Einstufung beinhaltete eine Gewichtung, die die Stiftung in ihren Anfängen dezidiert hatte verhindern wollen. Von dieser Einschätzung war nicht allein Fürstenwald betroffen, sondern gesamtschweizerisch alle entsprechenden Einrichtungen.[393] Die Einstufung wirkte sich, entgegen früheren Annahmen, nicht so positiv auf den Finanzierungsgrad durch den Bund und damit auf die Finanzierungssituation aus. Durch mündliche Vereinbarungen mit dem Bund war die Stiftung von einem Deckungsgrad von 60 Prozent ausgegangen, die erste Auszahlung belief sich aber nur auf 25 Prozent. Hinzu

386 Ebd.

387 Protokolle des Stiftungsrates, Sitzung vom 11. Dezember 1989; ebd., Information zuhanden des Stiftungsrates durch A. Willi und Grossratsprotokoll, Sitzung vom 1. Dezember 1989.

388 Die Geschichte des Waisenhauses Chur ist bis heute noch nicht aufgearbeitet. Die autobiografischen Aufzeichnungen von Philipp Gurt, der ab 1974 dort untergebracht war, deuten auf problematische interne Zustände Mitte der 1970er Jahre hin. Gurt berichtet von einem «rauen Klima» unter den Knaben. Er erlebte im Waisenhaus Chur wiederholten sexuellen Missbrauch durch eine Erzieherin/Gruppenleiterin; eine Person, der er vertraute. Vgl. Gurt (2018), S. 99–100 und 106–115 sowie Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 18:34–19:55.

389 Protokolle des Stiftungsrates, Sitzungen vom 4. November 1987 und 20. Juni 1988. Die Arbeitsgruppe «Therapiestation» bestand seit 1982, Protokoll der Betriebskommission, Sitzung vom 24. Oktober 1982

390 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 9. Juli 1985, S. 4–5.

391 Verwaltungsarchiv KJP: Jahresberichte, Informationsblatt Therapiehaus Fürstenwald (o. J.); Willi (1996), S. 15.

392 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Bedarfsberechnung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sitzung vom 3. Mai 1998, S. 2.

393 Willi (1996), S. 15.

kam, dass sich die Auszahlung um über ein Jahr verzögerte.[394]

Die Eröffnung des Therapieheimes fiel mit dem Stellenantritt von Mario Wolf zusammen. Der neue Chefarzt wich aus «konzeptionellen» Gründen vom ursprünglichen Konzept seines Vorgängers ab und beschränkte sich auf die Aufnahme von Kindern. Keine Aufnahmen fanden damit ältere Jugendliche, vor allem ausserhalb des schulpflichtigen Alters. Aus Sicht des neuen Chefarztes war die örtliche Nähe von Minderjährigen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen und damit verbundenen unterschiedlichen Bedürfnissen zu vermeiden.[395]

Die Aufnahme im Therapiehaus Fürstenwald wurde – auch mit dem Stauts einer Sonderschule für «verhaltensschwierige» schulpflichtige Kinder und Jugendliche – als letzte Massnahme innerhalb der kinderpsychiatrischen Betreuung deklariert und erst dann vollzogen, «wenn die Ressourcen der eigenen Familie zur Heilung nicht mehr genügen». Es bestand die Möglichkeit einer Tagesbetreuung (Externat) oder einer stationären Aufnahme (Internat). Die Zusammenarbeit mit der «Familie als Ganzes», was einem systemischen Ansatz entspricht, wie ihn bereits Hess dezidiert vertreten hatte, wurde weitergeführt. Zum therapeutischen Angebot kam nun ein pädagogisches mit der «Erziehung [und] Schulung in Kleinklassen» hinzu.[396] Eine solche Ausrichtung beinhaltete längere Aufenthalte von ein bis zwei Jahren. Diese wurden im Voraus geplant und mit den Familien und den Kindern vorbesprochen. Dazu gehörte neben einem Informationsgespräch auch die Möglichkeit für Schnuppertage.[397] Zum Betreuungsrahmen zählten teilweise auch Hausbesuche der Sozialarbeitenden.[398]

Durch die Eröffnung des Therapiehauses verdoppelte sich die Zahl der Angestellten der Stiftung. Bereits 1991 wurde, neben dem Chefarzt und einem Assistenzarzt, ein Psychologe für das Therapiehaus angestellt. Die Stiftung beschäftigte nun 33 Mitarbeitende inklusive Aushilfskräfte.[399]

Innerhalb des teilstationären und stationären Settings wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit bald auf die Probe gestellt. Zwar war die Interdisziplinarität bereits Teil des Selbstverständnisses der Mitarbeitenden des KJPD. In Verbindung mit einer Kleinklassenschulung wurden gleichwohl Verständigungs- und Annäherungsprozesse nötig, um «eine gemeinsame Sprache und ähnliche Vorstellungen über Ziele und Vorgehensweisen zu entwickeln», wie die erste Heimleiterin, Julia Züblin, es formulierte.[400] 1993 zeigte sich die unklare Trennung der Kompetenzen zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten und einem Teil des pädagogischen Personals erneut. Den Ausschlag gaben Unsicherheiten über die Aufgaben und die Aufgabenteilung im Therapiehaus, die Aussprachen mit dem Stiftungsratsausschuss und dem Schulinspektorat notwendig machten, teilweise auch unter Einbezug von Anwälten. Neben personellen Veränderungen resultierte aus dieser Auseinandersetzung eine Anpassung der Arbeitsverträge für die Lehrpersonen, bei denen die Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Personal künftig vertraglich festgehalten wurde.[401]

5.3.5 Eine Jugendstation als fortwährendes Desiderat – auch an der Schnittstelle zum Massnahmenvollzug

Bis in die 1990er Jahre war keine Lösung für das seit den 1970er Jahren geäusserte Bedürfnis nach einer stationären Unterbringung für Jugendliche, besonders nach Beendigung der Schulpflicht, gefunden worden. Im Therapiehaus Fürstenwald konnten aufgrund der Einstufung als Sonderschule für «Verhaltensschwierige» nur Kinder und Jugendliche aufgenommen, die noch schulpflichtig

394 Nachverhandlungen konnten den Deckungsgrad auf 50 bis 55 Prozent anheben. Vgl. beispielsweise: Jahresbericht KJPD-GR 1996, S. 6; Willi (1996), S. 15.

395 Ebd.

396 KJPD (1995), S. 19 und Verwaltungsarchiv KJP Jahresberichte: Informationsblatt Therapiehaus Fürstenwald (o. J.).

397 Protokoll, Sitzung des Stiftungsrates vom 28. Mai 1991; Verwaltungsarchiv KJP Jahresberichte: Informationsblatt Therapiehaus Fürstenwald (o. J.); ebd., Informationsblatt Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste Graubünden 1994.

398 Jahresbericht KJPD-GR 1994, S. 10.

399 Ebd., 1991, S. 3–5; Protokolle Mitarbeitertagungen, Notizen des Stiftungsratspräsidenten, Sitzung vom 14. November 1991.

400 Jahresbericht KJPD-GR 1990, S. 10; Protokolle Stiftungsrat 1969–1995, Notizen des Präsidenten zum Protokoll vom 27. November 1990.

401 Vgl. beispielsweise: Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzungen vom 7. Juli und 30. August 1993; ebd., Sitzungsprotokoll Therapiehaus Fürstenwald vom 22. Juni 1993; ebd., Protokolle Stiftungsrat, Bericht: Probleme Schule Therapiehaus Fürstenwald, Beilage zur Stiftungsratssitzung vom 19. Mai 1994 (Bericht unvollständig überliefert).

waren.[402] Die Diskussion um die Schaffung einer Jugendstation wurde 1993 wieder aufgenommen und im ersten Leistungsvertrag der Stiftung mit dem Kanton 1998 auch von politischer Seite als rasch zu erfüllendes Desiderat anerkannt. Ausgangspunkt für die erneute Forderung nach einer Jugendstation war ein rascher Anstieg der Belegungszahlen im Therapiehaus Fürstenwald, was in einer Warteliste und Abweisungen, besonders von Jugendlichen, resultierte. Die Eröffnung neuer kindertherapeutischer Gruppen, bereits ab dem zweiten Betriebsjahr, und eine Erhöhung des Angebots auf 24 Plätze im Herbst 2000 konnte aufgrund der Ausrichtung des Therapiehauses die Situation für schulentlassene Jugendliche nicht entschärfen.[403] Auch für ausserkantonale Einrichtungen bestanden Wartelisten, weshalb nach wie vor Jugendliche aus Graubünden in Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden mussten; eine Tatsache, die bereits zu Beginn der Stiftungsarbeit in den 1960er Jahren kritisiert worden war. Die 2006 errichtete Jugendstation konnte noch nicht alle Bedürfnisse abdecken. Vor allem eine permanent geöffnete Notfallstation blieb nach wie vor ein Desiderat.[404] Damit fehlte die Möglichkeit «akut selbst- oder fremdgefährdete Jugendliche zu betreuen».[405] Bis 2017 sollte daher die Unterbringung in der Erwachsenenpsychiatrie, die im Widerspruch zur Kinderrechtskonvention stand, trotz vielfach geäusserter Kritik, die auch von Seiten der Erwachsenenpsychiatrie geäussert wurde, eine Realität bleiben.[406]

Gleichzeitig fanden sicher bis in die 1980er Jahre jährlich einzelne Zwangseinweisungen von Jugendlichen durch die Jugendanwaltschaft statt, die sich einer ambulanten Begutachtung entzogen. Sie wurden laut Gian-Andrea Giovanoli «ohne medizinische Indikation» vorgenommen.[407] Eine nicht medizinisch indizierte Zwangseinweisung erlebte auch Philipp Gurt. Nach einer Odyssee durch zahlreiche Kinder- und Jugendheime – mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in diesen Einrichtungen – wurde er auf der Flucht und ohne straffällig geworden zu sein 1983 in Chur aufgegriffen (vgl. Kapitel 4.3). Der 15-Jährige wurde als Minderjähriger zunächst in der Strafanstalt Sennhof eingesperrt. Aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage konnte er dort nicht über längere Zeit festgehalten werden. Es war nicht sein erster Fluchtversuch aus einer Einrichtung, weshalb der Jugendliche ein weiteres Mal psychiatrisch abgeklärt werden sollte. Nach fünf Tagen brachten zwei Polizisten Gurt zur Begutachtung nach Beverin. Er verblieb während seines kurzen Aufenthaltes im Wachsaal, wohl auch aufgrund einer attestierten Fluchtgefahr. Bei der ersten Gelegenheit, eine Woche später, entwich der Jugendliche erneut.[408] Diese Schilderungen verweisen auf eine Erfahrung, in der die Psychiatrie nicht als unterstützend, sondern als repressiv und disziplinierend erlebt wurde. Die zahlreichen Fluchtversuche wurden von Fachleuten, auch von Vertretern der Bündner Psychiatrie, als Rebellion ausgelegt und entsprechend sanktioniert. Kinder- und jugendpsychiatrische Fachpersonen scheinen dabei nicht in einer aktiven Rolle auf.

Im Rahmen des Psychiatrieberichtes schlug die kantonale Psychiatriekommission 1995 zusätzlich eine Verbindung mit forensischen Abklärungen und einer Unterbringung in einem jugendstraf-

402 Nachtrag zur Autorisierung Gian-Andrea Giovanoli vom 27. April 2020.

403 Protokolle Mitarbeitertagungen, Sitzung vom 14. November 1991; Jahresbericht KJPD-GR 2000, S. 13–14, 2001, S. 10; Verwaltungsarchiv KJP Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Bedarfsberechnung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 3. Mai 1998, S. 1–2; ebd., KJPD Jubiläen 2005: Referat zum 25 Jahre-Jubiläum KJPD von Arnold Bachmann, 15. September 2005. Jahresbericht KJP 1994, S. 10 und Sitzung des Stiftungsratsausschusses vom 14. Dezember 1993. Der letzte Ausbau sowie die neue Möblierung war von der Besitzerin der Liegenschaft, der Bürgergemeinde Chur, finanziert worden.

404 Verwaltungsarchiv Waldhaus: KJP Machbarkeitsstudie Neubau 2018, S. 4.

405 Nachtrag zur Autorisierung Gian-Andrea Giovanoli vom 27. April 2020. Eine Praxis, die laut Giovanoli ausser im Kanton Bern bis zu seiner Pensionierung 2017 in der gesamten Schweiz Usus war.

406 Jahresbericht KJPD-GR 2000, S. 7, 2001, S. 6; Verwaltungsarchiv KJP KJPD Jubiläen 2005: Referat zum 25 Jahre-Jubiläum KJPD von Arnold Bachmann, 15. September 2005, S. 3; Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 4. Mai 1999 und Interview mit Gian-Andrea Giovanoli, 37:30–38:50. 2017 vereinbarte der Kanton einen Übergangsvertrag mit der Klinik Littenheid, so dass keine Jugendlichen mehr in der Erwachsenenpsychiatrie platziert werden mussten. Interview mit Heidi Eckrich, 28.50–29.14 und 29.50–30.04; https://kjp-gr.ch/ueber-uns/geschaeftsbereiche/jugendpsychiatrische-station/, Zugriff: 15.01.2020.

407 Nachtrag zur Autorisierung Gian-Andrea Giovanli vom 27. April 2020.

408 Interview mit Philipp Gurt, 20.22–24.16 und Gurt (2018), S. 315–334, Zitat: S. 319 (mit Auszügen aus den/seinen Akten). Offenbar bestand zu diesem Zeitpunkt bereits ein Gutachten des KJPD, das für diese Studie jedoch nicht vorlag.

rechtlichen Kontext vor.[409] Der Bericht offenbarte damit nach wie vor eine virulente Nähe der Psychiatrie zu sozialdisziplinierenden Massnahmen. Die Psychiatriekommission unterstützte die Schaffung eines solchen Angebots als Kriseninterventionsmöglichkeit bei «schwerwiegenden Adoleszenzkrisen». Zum einen sollten «psychisch schwerkranke Jugendliche» zur Behandlung aufgenommen, zum anderen Abklärungen und Behandlungen straffällig gewordener Jugendlicher durchgeführt werden. Wenn für letztere eine «jugendpsychiatrische Behandlung» nicht ausreiche, dann seien ausserkantonale Platzierungen in «einem Jugendheim oder in einer Arbeitserziehungsanstalt» in Betracht zu ziehen, so der Bericht weiter. Bei Selbst- und Fremdgefährdungen wurde nach wie vor die Unterbringung in stationären Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie vorgeschlagen.[410]

Der Jugendstation wurde zudem ein präventiver Charakter zugesprochen, wie aus den Aussagen des Stiftungspräsidenten im Jahresbericht von 1998 hervorgeht:

> *«Ziel der Jugendstation ist die Gewährleistung einer sofortigen Frühbehandlung Jugendlicher und somit Vorbeugung chronifizierender, invalidisierender und delinquenter Weiterentwicklung. [...] Das therapeutische und pädagogische Konzept der Jugendstation ist ausgerichtet auf Jugendliche mit psychischen Erkrankungen wie schwere Adoleszenzkrisen, Borderline, Hyperaktivitätssyndrome, depressive oder suizidale Krisen sowie auf Jugendliche mit dissozialen Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen in Form von emotionaler und sozialer Verwahrlosung und mit schweren sozialen Integrationsproblemen.»*[411]

In beiden Aussagen wird der Anspruch an die Kinder- und Jugendpsychiatrie formuliert, sowohl präventiv als auch korrigierend zu wirken. Hier manifestiert sich an der Wende zum neuen Jahrtausend eine nicht reflektierte terminologische Nähe zu Formulierungen aus früheren Jahrzehnten, als den Begriffen «Prävention» und «Nacherziehung» ein massgebliches argumentatorisches Gewicht bei sozialdisziplinierenden Massnahmen im Sozial- und Erziehungswesen innegewohnt hatte. Diese Methoden hatten sich dabei weniger an individuellen Bedürfnissen, sondern am gesellschaftlichen Bedürfnis nach Sicherheit orientiert.[412] Dies ist umso bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass sich die Psychiatrie bereits seit den 1980er Jahren kritisch mit der eigenen Rolle auseinandergesetzt hat und eine zunehmende Sensibilisierung hinsichtlich der verwendeten Begrifflichkeit erkennbar wurde, so zum Beispiel angesichts der öffentlichen Problematisierung von Heimplatzierungen – auch in Beobachtungsstationen –, der Zurückweisung von Gewalt in der Erziehung oder dem Vorschlag im Stiftungsrat von 1988, künftig auf den Begriff der «Versorgung» im professionellen Sprachgebrauch zu verzichten.[413] Das Leitbild von 1990 setzte Prävention ebenfalls in einen individuellen Kontext, indem als zentrales Ziel, neben der «Förderung der Gesundheit», Folgendes formuliert wurde: «Unser Ziel ist die Früherfassung und Behandlung von seelischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen, um deren Auftreten in weiteren Lebensabschnitten zu verhindern.»[414] Gerade das Kindeswohl spielte dabei eine zentrale Rolle im Verständnis der eigenen Arbeit. Das Leitbild der Stiftung verwies explizit auf eine aktive Rolle seiner Fachleute, «wenn wir die Gefährdung des Kindswohls feststellen. Dabei hat der Schutz des Opfers Priorität.»[415] Darin widerspiegelt sich eine offene Parteinahme für die Bedürfnisse der betreuten Kinder und Jugendlichen.

Mit der Ratifizierung der UNO-Kinderrechtskonvention (KRK) legte die Schweiz 1997 einen ersten Grundstein für eine vermehrte Mitsprache von Kindern und Jugendlichen bei Entscheidungen, die ihr Leben betrafen. Die KRK verpflichtet die unterzeichnenden Staaten, Kinder und Jugend-

---

409 2009 wurde die Forensik ausgebaut und die Nachfrage nach entsprechenden Gutachten nahm «enorm» zu. Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzungen vom 6. Mai 2009, 11. Mai 2011 und 31. Januar 2012.

410 Psychiatriebericht 1995, S. 37–38.

411 KJPD (2000), S. 4.

412 Vgl. beispielsweise Heiniger Kevin (2019a).

413 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 22. August 1988; Jahresbericht KJPD-GR 1989, S. 8.

414 Leitbild 1990, S. 3.

415 Ebd., S. 6. 1984 stimmte das Schweizer Stimmvolk der Schaffung eines Opferhilfegesetzes mit grosser Mehrheit zu. Das 1993 in Kraft getretene Gesetz (Bundesgesetz vom 4. Oktober 1991 über die Hilfe an Opfer von Straftaten, Opferhilfegesetz, SR 312.5) schuf eine wichtige Grundlage für Rechtshilfe sowie moralische und materielle Hilfe für Menschen, die durch eine Straftat in ihrer körperlichen, sexuellen oder psychischen Integrität unmittelbar beeinträchtigt worden sind. Im Zuge einer Verbesserung des Opferschutzes und mit Blick auf Minderjährige eines Kindesschutzes, vor allem vor sexueller Ausbeutung, schuf der Kanton 2000 eine Fachstelle Kindesschutz und eine Kindesschutzkommission. Regierungsprotokoll vom 15. Februar 2000, Nr. 206.

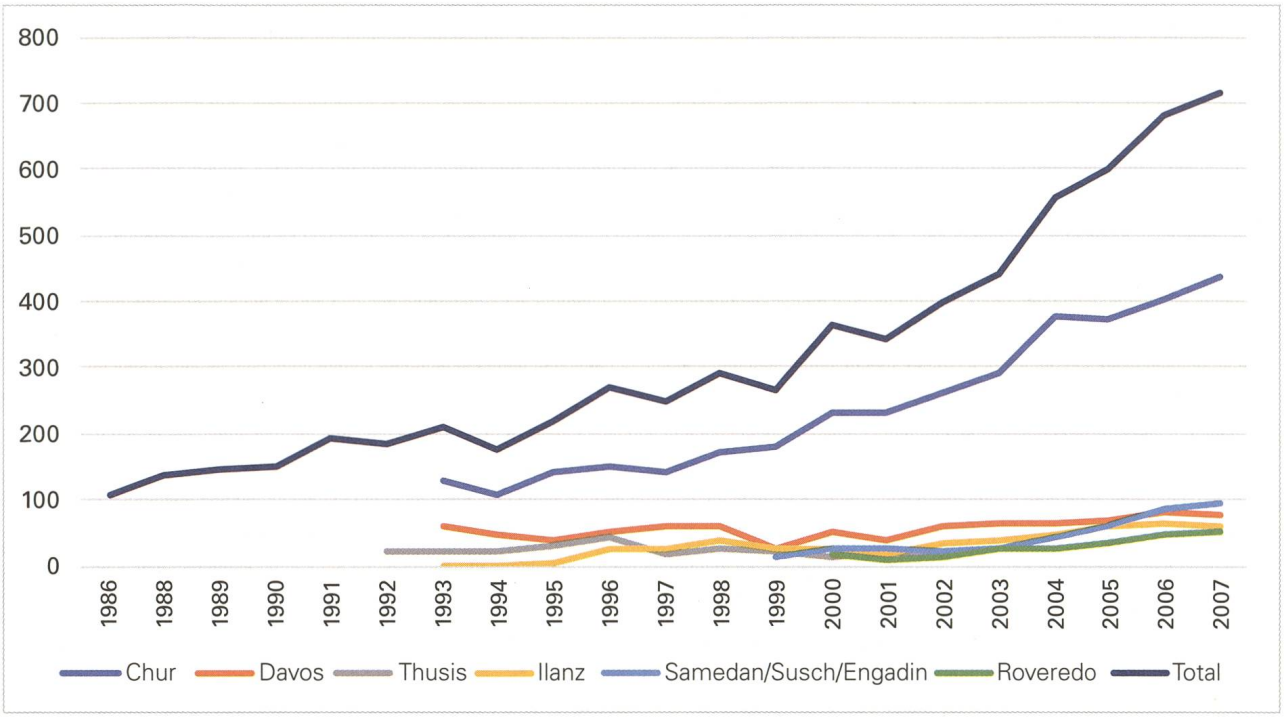

Diagramm 43: Jährliche Neubehandlungen (1986–2007)
Anmerkung: Nach 2007 endet die Auflistung statistischer Angaben zu den Neubehandlungen.
Quelle: Jahresberichte KJPD-GR1997–2002.

lichen in allen sie betreffenden Lebensentscheidungen Mitsprache zu gewähren.[416] Mitsprache und Partizipation sind Themen, die seit der Jahrtausendwende in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in allen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Erwachsenenpsychiatrie intensiv diskutiert wurden, so auch in Graubünden. Ein Beispiel für dieses Anliegen findet sich bei den «Fallbesprechungen» des KJP mit Jugendlichen. Heidi Eckrich passte bei ihrem Amtsantritt unter anderem die Abläufe diesbezüglich an. Fallbesprechungen mit Jugendlichen wurden fortan immer in Anwesenheit derselben geführt. Damit sollte verhindert werden, dass in einer abwertenden Art und defizitorientiert über die betroffenen Personen gesprochen werde. Eckrich ortet hier die Gefahr eines «Sogs der Abwertung», den sie als unprofessionell bezeichnet. Vor allem aber sah sie eine Chance für eine sich verbessernde Nachvollziehbarkeit und damit eine verbesserte Zusammenarbeit, wenn Jugendliche hören, dass «wertschätzend» über sie gesprochen wird und sie in den Prozess eingebunden werden. Dieses Vorgehen veränderte laut Eckrich die Sprache der Fachpersonen, auch bei schwierigen Themen. In der Folge wandelte sich laut der Chefärztin auch das Denken über und damit die Haltung gegenüber den betreuten Jugendlichen.[417]

5.3.6 Leistungsauftrag des Kantons (1998) – Stärkung der eigenen Position

Seit der frühen Ausbauphase des ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes anfang der 1980er Jahre bis zur Jahrtausendwende vervierfachte sich die Anzahl Erstkonsultationen und Neubehandlungen und stieg auch danach weiter an (vgl. Diagramm 43). Bereits Ende der 1980er Jahre, als der Kanton der Stiftung den Auftrag zur flächendeckenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Kanton erteilte, waren doppelt so viele Konsultationen verzeichnet worden als noch zu Beginn des Jahrzehnts. Die steigende Nachfrage hatte massgeblich dazu beigetragen.

Seit Beginn der Aufzeichnungen wurde auch die geografische Herkunft der Klientinnen und Klienten, wie die Patientinnen und Patienten nach der Jahrtausendwende bezeichnet wurden, ermittelt (vgl. Diagramm 44). Die Zahlen zeigen einen Anstieg regionaler Konsultationen je nachdem,

416 KRK 1997, Art. 1.

417 Interview mit Heidi Eckrich 1.05.15–1:08:00; Interview mit Andres Schneeberger, 1:21:25–1:21:50.

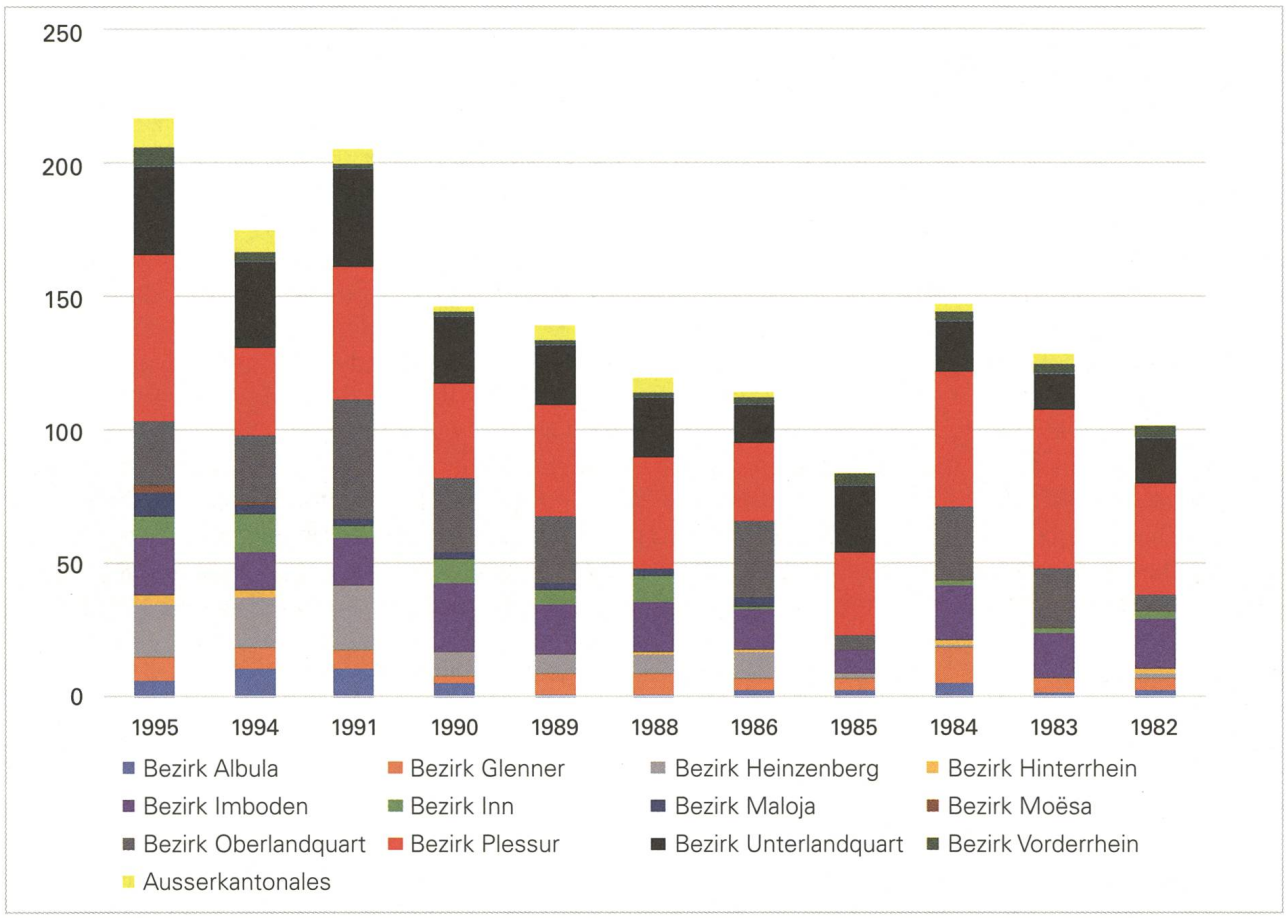

Diagramm 44: Herkunftsort nach Patientinnen und Patienten (1982–1995)
Anmerkung: Lücke in der Aufzeichnung 1987 und 1993. Der vorübergehende Rückgang 1994 wird mit der Neuansiedlung von Fachärztinnen und Fachärzten im Kanton begründet.
Quelle: Jahresberichte KJPD-GR 1985–1995.

wo ein entsprechendes Angebot installiert wurde, dazu auch eine analoge Entwicklung der Erwachsenenpsychiatrie im Grossraum Chur. Mit dem regionalen Angebot liessen sich offensichtlich die Hemmschwellen für eine Konsultation senken.

Mit der Anerkennung als kantonale Leistungserbringerin für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung hatte sich die Stiftung 1989 definitiv etabliert. Ihr Angebot wurde als Teil der Gesundheitsversorgung im Kanton anerkannt. Befürchtungen, dass durch die Arbeit der Stiftung die Niederlassung freipraktizierender Fachärztinnen und Fachärzte sowie von Allgemeinmedizinern gehemmt würde, bestätigten sich nicht (vgl. Tabelle 23). Auch in den kommenden Jahren stieg die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte kontinuierlich, aber überschaubar an.[418]

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Total	28	30	31	32	35	36

Tabelle 23: Entwicklung frei praktizierender Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiater
Quelle: Verwaltungsarchiv KJP Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Anhang: Bedarfsberechnung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 3. Mai 1998, S. 1–2.

Die Sicherstellung der Grundversorgung im Gesundheitswesen obliegt den Kantonen. Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) hatte der Bund 1996 den Kantonen die strategische Spitalplanung übertragen.[419] Diese konnten private Organisationen und Einrichtungen einen Leistungsauftrag erteilen. Der KJPD setzte sich zum Ziel, den 1989 vom Kanton erhaltenen Auftrag mittels individueller Leistungsvereinbarung zu erbringen und damit letztlich das eigene Fortbestehen zu sichern.

Gleichzeitig begegneten die Kantone einem rasch wachsenden Kostenanstieg im Gesundheitswesen verstärkt mit marktwirtschaftlichen

418 Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 28. Mai 1990.
419 Degen (2008).

Logiken. Für den KJPD war das Spannungsfeld zwischen einem weiteren Ausbau des Angebots und einem steigenden Kostendruck, anders als etwa für die kantonalen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, keine neue Angelegenheit. Gerade weil die Finanzierung immer wieder ein existentielles Thema war, machte die Stiftung 1997 im Rahmen ihrer Arbeit keine Kostenexplosion trotz steigender Behandlungszahlen aus.[420]

Der Unterzeichnung des Leistungsauftrags von 1998 gingen Diskussionen mit dem zuständigen Departement voraus, die neben der Regelung der «miserablen» Finanzen eine Anpassung der Organisationsstruktur an die wachsenden Aufgaben sowie eine Klärung der Zusammenarbeit mit anderen Diensten, wie dem Heilpädagogischen Dienst, dem Schulpsychologischen Dienst, dem Sozialdienst sowie dem ambulanten Dienst der Erwachsenenpsychiatrie, verlangten.[421] Tatsächlich stand die Stiftung 1994 erneut vor der Zahlungsunfähigkeit, unter anderem durch die nach wie vor verzögerten Auszahlungen des BSV. Das Stiftungsvermögen war aufgebraucht, so dass erneut eine intensive Suche nach grösseren Spenden anstand. Für jene Gemeinden, die keinen freiwilligen Beitrag leisteten, erhöhte der Stiftungsratsausschuss die einkommensabhängigen Elternbeiträge.[422] Damit wurden die Eltern säumiger Gemeinden benachteiligt. Gleichzeitig kritisierte der Ärzteverband nach 1986 erneut, dass im Rahmen dieser Massnahmen Informationen über die Einkommensverhältnisse der betroffenen Eltern beim Erziehungsdepartement eingeholt würden. Aus Sicht der Ärzte war dies aufgrund des Datenschutzes eine problematische Praxis.[423]

Die Organisationsstrukturen wurden neu gegliedert und den Mitgliedern des Stiftungsratsausschusses je ein Ressort zugewiesen (Präsidium, Schule, Personal, Betrieb, Finanzen), um in der zunehmend komplexer werdenden Verhältnissen klar definierte Ansprechpersonen zu haben.[424] Bereits 1994 hatte Arnold Bachmann, späterer Präsident der Stiftung, Einsitz in den Stiftungsrat genommen.[425] Er war im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes und einer Reorganisation des Sanitätsdepartements als Fachbeauftragter für das Spitalwesen eingestellt worden. Als Direktor der kantonalen Kliniken und Spitäler war der Ökonom an der Umsetzung der Herauslösung der psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin sowie der Kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen in eine öffentlich-rechtliche Anstalt, den *Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR),* mitbeteiligt (vgl. Kapitel 6.3, insbesondere 6.3.1).[426]

Mit der Demission des Stiftungsratspräsidenten, Alphons Willi, fielen 1995 die Aushandlungen mit dem Kanton, die 1997 abgeschlossen wurden, in den Aufgabenbereich der neuen Stiftungsratspräsidentin, Chiarella Piana.[427] Nachdem die vorgebrachten Vorbehalte aus dem Weg geräumt waren, wurde Ende 1998 der Leistungsvertrag mit dem Kanton unterzeichnet. Darin wurden Zuständigkeiten, Geltungsbereich, Leistungskontrolle sowie allfällige Sanktionen bei Nichteinhalten der Vereinbarungen festgelegt.[428] Die Leistungsvereinbarung war letztlich die schriftliche Festsetzung des bereits 1989 erteilten Versorgungsauftrages. Nach wie vor galt es, einen Selbstfinanzierungsanteil zu leisten.[429]

---

420 Jahresbericht KJPD-GR 1997, S. 13.

421 DJSG: Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement, Departementsverfügung vom 20. September 1995. Mit der Spitalplanung des Kantons Graubünden (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, in Kraft: 1.1.1996) wurde das Therapieheim Fürstenwald nicht auf die Spitalliste aufgenommen, da es laut Gesetzgeber kein stationärmedizinisches Angebot besass. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 8. und 9. Dezember 1997, Nr. 2444 und 2456.

422 Auszug aus dem Protokoll der Teamsitzungen vom 5. und 12. April 1994. Das Team war mit dieser Regelung nicht einverstanden, v. a. auch über den Prozess der Entscheidungsfindung.

423 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 23. März 1994; Verwaltungsarchiv KJP KJD ab 1985: Schreiben des KJPD an die Eltern, ohne Datum. Bereits 1986 hatten die Ärzte in einer Umfrage die Weitergabe von Daten an das Sanitätsdepartement kritisiert. Jahresbericht KJPD-GR 1986, 2. Blick zurück.

424 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Aufgaben des Stiftungsratsausschusses vom 21. Oktober 1998.

425 Jahresbericht KJPD-GR 1994, S. 5.

426 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle des Stiftungsratsausschusses (April 1993–): Belage Schreiben an Dr. M. zur Vernehmlassung zur Schaffung des Logopädischen Dienstes Surselva vom 26.8.1994. Die zu diesem Zeitpunkt gestärkte kantonale Psychiatriekommission wurde 2011 aufgelöst. Aus Sicht der Regierung war eine ständige Kommission aufgrund der zunehmenden Professionalisierung der Leistungserbringer nicht mehr notwendig. DJSG: Departementsverfügung vom 18. Oktober 2011.

427 Jahresbericht KJPD.GR 1996, S. 4.

428 Leistungsvereinbarung 1998, S. 11.

429 Ebd. und Jubiläum 20 Jahre KJPD-GR, S. 1.

Die Leistungen schlossen junge Erwachsene nach dem vollendeten zwanzigsten Altersjahr aus, ebenso «schwer Süchtige» und die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Mehrfachbehinderungen.[430] Als Kontrollinstanz wurde die kantonale Psychiatriekommission bestimmt und Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren wurden zur Überprüfung aufgestellt, die auch mit anderen Kantonen vergleichbar sein sollten, und die auf ein zunehmendes Bedürfnis nach einem Instrumentarium der Qualitätssicherung hinweisen (vgl. Kapitel 6.2). Die Qualitätssicherung war seit Beginn des Ausbaus des ambulanten Dienstes thematisiert worden. Für die Etablierung kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote garantierte laut Hess in erster Linie ein hoher Professionalisierungsgrad der Mitarbeitenden. Regelmässige Fort- und Weiterbildungen waren Teil dieses Anspruchs. Seit den 1990er Jahren wurden auch von Seiten der Mitarbeitenden regelmässige Fort- und Weiterbildungen verlangt.[431] Um die erbrachte Leistung messen zu können, begann der KJPD früh mit Patienten- und Ärztebefragungen. Die erste belegte Befragung stammt von 1984. Daraus geht hevor, dass über drei Viertel der Befragten (78 Prozent) eine Verbesserung der Familiensituation seit Beratungsbeginn feststellten. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage nach der Verständlichkeit («Sprache») der erhaltenen Ratschläge und Anregungen.[432]

Ähnlich wie in früheren Jahren wiesen auch spätere Umfragen wie jene von 1998 – dem Jahr der Leistungsvereinbarung – mit 80 Prozent für den ambulanten Dienst und 70 Prozent für Fürstenwald eine hohe Zufriedenheitsquote aus.[433] Rund die Hälfte der neuen Klientinnen und Klienten waren aufgrund von Empfehlungen an den Dienst gelangt. Nicht abgebildet wurde in den vorgefundenen Quellen, ob darüber hinaus eine systematische Analyse der Gründe für die jeweiligen Rückmeldungen stattgefunden hat, und ob daraus Konsequenzen für die eigene Arbeit gezogen wurden.

5.3.7 Der Kampf um die Selbständigkeit und der Weg in die PDGR

In seiner Jubiläumsansprache von 2005 nutzte der Stiftungspräsident, Arnold Bachmann, die Gelegenheit, die Vorteile eines privaten Leistungserbringers im Gesundheitswesen herauszustreichen. Er thematisierte damit eine seit einigen Jahren geführte Diskussion über die Delegation öffentlicher Aufgaben an private Leistungserbringer. Bachman hatte die Herauslösung der psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und der kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen aus der kantonalen Verwaltung und die Überführung in die öffentlich-rechtliche Anstalt *Psychiatrische Dienste Graubünden* (PDGR) 2002 vor Augen und attestierte dem KJPD, der «administrativ schlankste Leistungserbringer im Gesundheitswesen» zu sein.[434] Damit erfülle er im Grunde seit seiner Gründung ein sehr aktuelles Postulat.

Trotz der positiven Beurteilung durch Bachmann und der Argumentation für die Selbständigkeit war zu diesem Zeitpunkt bereits über ein Zusammengehen mit den PDGR diskutiert worden. Die Mitglieder des Stiftungsrates stellten sich gegen ein solches Ansinnen. Mit der Gründung der PDGR 2002 sah sich die Stiftung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt gegenüber, die nach der Herauslösung der einzelnen Angebote aus der öffentlichen Verwaltung über mehr und schnellere Handlungsspielräume verfügte, auch in finanzieller Hinsicht (vgl. Kapitel 6.3).[435] Die PDGR konnten, anders als der KJPD, gleichzeitig auf einen Kantonsbeitrag setzen, der der früheren Übernahme des Defizitgarantie gleichkam (vgl. Nahaufnahme 4).[436] Nicht nur ein Zusammenschluss mit den PDGR wurde zur Jahrtausendwende diskutiert. Auch ein Zusammengang mit dem Schulpsychologischen Dienst stand im Raum. Ausschlaggebend dafürwar die geplante Einführung eines schweizweit einheitlichen Abrechnungstarifs für ambulante Leistungen in Arztpraxen und Ambulatorien in den Spitälern

430 Leistungsvereinbarung 1998, S. 5, 12; Protokoll des Stiftungsrates, Sitzung vom 11. Mai 2011.

431 Protokoll der Zusammenkunft von Stiftungsrat und Mitarbeitende, Sitzung vom 14. November 1991; Jahresbericht KJPD-GR 1998, S. 2–3.

432 Der Rücklauf betrug 1984 64.5 Prozent. Jahresberichte KJPD-GR 1984, S. 4; 1987, S. 7.

433 2002 wurde eine «Klientenzufriedenheit» von 9 aus 10 ausgewiesen. Ebd., 2002, S. 3.

434 Verwaltungsarchiv KJP: KJPD Jubiläen 2005: Referat zum 25 Jahre-Jubiläum KJPD von Arnold Bachmann, 15. September 2005, S. 4.

435 Jahresbericht KJPD-GR 2001, S. 9.

436 Eine Gleichstellung erfolgte erst 2018: Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen Krankenpflegegesetz 2018, I Allgemeine Bestimmungen, Art. 6 und 10. Schlussbestimmungen, Art. 5. Vgl. auch Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 22. August. 2011.

(TARMED) und eine mögliche Vereinfachung in der Abrechnung.[437] Der Vorschlag wurde jedoch nicht weiterverfolgt.

Nachdem 2009 Mario Wolf nach 19 Jahren pensioniert wurde, leitete Jörg Leeners den KJPD bis 2013.[438] Im Jahr seines Stellenantritts als Chefarzt und Geschäftsführer wurde erneut eine Kooperation mit den PDGR geprüft und erneut verworfen. Im selben Jahr stellte der Pflegeleiter der PDGR, Eduard Felber, einen Antrag auf Mitgliedschaft im Stiftungsrat, was ebenfalls abgelehnt wurde.[439] Um die Existenz des KJPD zu rechtfertigen, sah Leeners in unterschiedlichen Bereichen Bedarf für Umstrukturierungen. Als sichtbares Zeichen gegen aussen erhielt die Stiftung ein neues Erscheinungsbild mit neuem Logo, einer neuen Website und einem neuen Namen: *Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP Graubünden).* Die offizielle Stiftungsbezeichnung blieb unverändert.[440]

Gleichzeitig wurde klar, dass die KJP die noch immer pendente Notfallaufnahme ohne Kooperationspartner nicht umzusetzen vermochte. Im Rahmen des Neubaus der Kinderklinik schien zunächst eine Lösung gefunden.[441] Gleichzeitig wurde mit der Bürgergemeinde Chur über die Möglichkeit eines Ausbaus auf dem Gelände des Therapieheims Fürstenwald verhandelt.[442] 2011 verdichteten sich die Anzeichen, dass sich die Prioritäten der Kinderklinik zu Ungunsten einer jugendpsychiatrischen Station verändert hatten. Die Frage der Selbständigkeit wurde erneut virulent.[443] Zwar gab die Bürgergemeinde Chur kurz darauf ihr Einverständnis für einen Neubau auf dem Gelände des Therapiehauses Fürstenwald. Gleichzeitig verstärkten sich die politischen Bestrebungen für eine Fusion mit den PDGR.[444] Mit der Revision des Psychiatriegesetzes spitzten sich 2012 diese aus Sicht der KJP zu, als sie die Vorlage als auf die PDGR «zugeschnitten» bezeichnete.[445] Es stand die Befürchtung im Raum, dass die Regierung eine bewusste Schwächung der KJP vorantreibe, weshalb auch über die Kündigung des Leistungsvertrags nachgedacht wurde.[446] Trotz der Bemühungen um den Erhalt der Selbständigkeit arbeiteten die KJP und die PDGR auf fachlicher Ebene immer wieder und vermehrt zusammen.[447]

Schliesslich reichte Angela Casanova-Maron (FDP) 2013 in der Dezembersession des Grossen Rates einen Antrag zur Zusammenführung von PDGR und KJP ein. Der Vorstoss wurde überwiesen.[448] Das Projekt mit der Bürgergemeinde wurde aufgrund der politischen Ereignisse vorübergehend sistiert. Leeners kündigte noch vor einer Antwort der Regierung, da er sich dezidiert für eine Selbständigkeit der KJP aussprach.[449] Ein vom Kanton in Auftrag gegebener Expertenbericht stützte die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Fachdisziplin und empfahl eine Sistierung der Fusionspläne. Gleichzeitig fand er Lücken in der Einhaltung des Versorgungsauftrags. Massgebend für die weiteren Ereignisse, die letztlich doch zur Zusammenführung führen sollten, war

437 Verwaltungsarchiv KJP: Protokolle, Stiftungsrat, Ausschuss, Bereichssitzung, Planungssitzung, Teamsitzung, (1999–): Bericht zu den Leistungen und Schnittstellen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Graubünden (KJPD) sowie des Schulpsychologischen Dienstes Graubünden (SPD) im Spiegel des TarMed, 10. April 2000. Tarifsystem TARMED: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html, Zugriff: 10.10.2019. Das Krankenversicherungsgesetz von 2008 legte die Einführung für ein standardisiertes Vergütungssystem fest.

438 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 12. August 2009.

439 Protokoll des Stiftungsrats vom 6. Mai 2009; Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 23. September 2006.

440 Ebd., 6. Mai, 25. November 2009; ebd. 9. März 2010; Geschichte KJP: https://kjp-gr.ch/geschichte/geschichte-kjp-gr/, Zugriff: 10.01.2020.

441 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 28. Januar, 10. März, 24. Juni 2009 und 10. Mai 2010. Als Gegenleistung wurde mit von Blumenthal offenbar eine «Abtretung der 18 bis 19-Jährigen an die PDGR» diskutiert. Ebd., 24. Mai 2009. Die angestrebte Eigenständigkeit ist nicht gleichzusetzen mit einer Verweigerung der Zusammenarbeit mit den PDGR. Ebd., Sitzung vom 27. Januar 2010. Adoleszenzstation, zusammen mit PDGR im Gespräch. Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 22. August 2011.

442 Protokolle des Stiftungsratsausschusses vom 23. Juni 2010, 21. Januar 2011 und 6. Juli 2011; Verwaltungsarchiv Waldhaus: KJP Machbarkeitsstudie Neubau 2018, S. 4. Im Betriebskonzept wurde mit Kosten zwischen acht und zwölf Millionen Franken, ohne Tagesklinik, gerechnet. Ebd.

443 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Strategieworkshops vom 11. Mai und 6. Juli 2011; Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 13. März 2012.

444 Ebd., 21. Mai und 3. Juli 2012.

445 Protokoll des Stiftungsrates, Ausserordentliche Sitzung vom 22. Februar 2013.

446 Protokolle des Stiftungsratsausschusses, Sitzungen vom 22. August, 21. November, 25. Oktober 2011, 22. August 2012 und 22. Februar 2013.

447 Vgl. beispielsweise Jahresbericht KJPD-GR 2001, S. 12.

448 Protokoll des Stiftungsrates, Ausserordentliche Sitzung vom 22. Februar 2013.

449 Ebd. und 25. März 2013.

jedoch die Empfehlung, «im Sinne der Gleichbehandlung» den PDGR zu gestatten, Kinder und Jugendliche nicht mehr nur subsidiär zu behandeln, der sich die Regierung anschloss.[450]

Mitten in diese Auseinandersetzung fiel eine mehrmonatige Vakanz der operativen Leitung der KJP, bis Heidi Eckrich, frühere leitende Ärztin der Klinik Littenheid (TG), im Dezember 2013 die Stelle als Chefärztin und Geschäftsführerin antrat.[451] Sie befürwortete anfänglich, die Selbständigkeit zu bewahren.[452] Der immer deutlicher zu Tage tretende politische Wille zugunsten einer Fusion sowie die nach wie vor nicht gelöste Situation der Jugendstation führten innerhalb der Stiftung zu einer grossen Unsicherheit.[453] Nach zwei Jahren war noch keine Lösung da.[454] Die intensiv geführte Debatte zwischen der KJP und dem zuständigen Departement gelangte zunehmend an die Öffentlichkeit. Die geplante Jugendstation blieb ein Streitpunkt in den Diskussionen um die mögliche Fusion. Während die KJP eine Mitfinanzierung durch den Kanton forderte, um den Leistungsauftrag vollständig einlösen zu können, stellte sich der zuständige Regierungsrat, Christian Rathgeb, gegen eine solche Auslegung und plädierte öffentlich für einen Zusammenschluss von KJP und PDGR.[455] Versuche der KJP, in dieser Zeit eine Übergangslösung mit der Klinik Littenheid zu finden, um die fehlende Notfallabdeckung gewährleisten zu können und damit zu verhindern, dass Jugendliche weiterhin auf Stationen für Erwachsene platziert werden mussten, fanden keine politische Unterstützung.[456]

Nachdem im Jubiläumsjahr 2015 die Selbständigkeit der KJP noch einmal sichtbar nach aussen getragen und gefeiert wurde, kam es 2017 zur Wende. In der zweiten Jahreshälfte leitete der Stiftungsratspräsident einen Richtungswechsel ein, der innerhalb des Prozesses nicht für alle Beteiligten nachvollziehbar war und im Anschluss zu intensiven internen Diskussionen führte.[457] Er befürwortete nun die Fusion. Im Jahresbericht von 2017 ist zu lesen, dass sich verändernde gesetzliche Rahmenbedingungen, die im nicht operativen Bereich nach mehr Personal verlangen würden, die Arbeit der Stiftung teurer werden liessen. Gleichzeitig wurden die hohen Kosten einer «psychiatrischen Vollversorgung» von Kindern und Jugendlichen als ausschlaggebend für diesen Entscheid angeführt.[458]

Die Kehrtwende des Stiftungsratspräsidenten fiel mit einer minimalen, aber signifikanten Umformulierung im *Gesetz über die Psychiatrischen Dienste* zusammen. Im August 2017 entschied der Grosse Rat, das Wort «subsidiär» in Artikel 3 zu streichen.[459] Künftig konnten auch die PDGR im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ihr Angebot ausbauen.

Auf Antrag des Stiftungsratspräsidenten erfolgte im Herbst 2017 schliesslich die Anfrage zur Prüfung eines Anschlusses an die PDGR. Der sowohl von politischer Seite als auch von den PDGR begrüsste Vorschlag wurde in der Folge in einem Vorvertrag festgehalten und danach sehr schnell umgesetzt.[460] Parallel zur Fusion konkretisierte sich die Umsetzung eines Neubaus für eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.[461]

Seit Januar 2019 ist die KJP als eigenständige Unternehmenseinheit Teil der PDGR. Damit hat die KJP eine fachliche Eigenständigkeit erreicht, die sich in den Organisationsstrukturen, aber auch

---

450 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. August 2015, Nr. 710; Bericht des DJSG: Auftrag Casanova-Maron vom 10. August 2015. Die Arbeitsgruppe wurde vom Departementssekretär, Claudio Candinas, geleitet. Interview mit Claudio Candinas, 22:30–25:00

451 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Ausserordentliche Sitzung vom 27. Mai 2013.

452 Ebd.,10. Dezember 2013 und 11. März 2014.

453 Ebd., 15. April und 2. Juli 2014.

454 Ebd., 26. Februar und 7. September 2016.

455 Vgl. beispielsweise: Kinder- und Jugendpsychiatrie – Es braucht Lösungen und nicht Diskussionen über Strukturen, in: Schweizer Radio und Fernsehen: Regionaljournal SRF, 24. Mai 2017; Interview mit Heidi Eckrich, 6.58–7.08, 23.10–24.00.

456 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Sitzung vom 11. Mai 2016.

457 Ebd., 12. Dezember 2017 und Interview mit Heidi Eckrich, 21.50–21.59, 26.00–27.03.

458 Jahresbericht KJP 2017, S. 1.

459 Der entsprechende Artikel 3, Absatz 1 wurde am 30. August 2017 geändert. Gesetz über die Psychiatrischen Dienste 2012 (Stand 1.1.2018), Änderungstabelle; Grossratsprotokoll, Sitzung vom 30. August 2017, S. 74–80; Botschaft der Regierung an den Grossen Rat Rat 2017/2018 und Interview mit Heidi Eckrich, 34.11–35.00.

460 Sitzung des Stiftungsratsausschusses vom 12. Dezember 2017; Interview mit Heidi Eckrich, 5.15–7.00, 27.30–27.47 und Jahresbericht KJPD-GR 2018, S. 1.

461 Verwaltungsarchiv Waldhaus: KJP Machbarkeitsstudie Neubau 2018; Medienmitteilung: «Abklärungen für den Neubau KJP werden am Standort Waldhaus weitergeführt vom 11. Juni 2019, https://www.pdgr.ch/abklaerungen-fuer-den-neubau-der-klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-werden-am-standort-waldhaus-weitergefuehrt/, Zugriff: 20.12.2019; Ofi: Neue Klinik für 30 Millionen beim Waldhaus, in: Südostschweiz vom 11.06.2019, https://www.suedostschweiz.ch/aus-dem-leben/2019-06-11/neue-klinik-fuer-30-millionen-beim-waldhaus, Zugriff: 02.01.2020.

im Erhalt der bisherigen Räumlichkeiten abbildet.[462] Dass dieser Entscheid auch von der operativen Leitung der KJP letztlich mitgetragen wurde, zeigt sich unter anderem in der personellen Kontinuität. Von der 2014 unter Eckrich eingesetzten dreiköpfigen Geschäftsleitung liess sich Jürg Keller, Leiter Finanzen und Support, 2018 pensionieren. Die Geschäftsleiterin und Chefärztin, Heidi Eckrich, wurde Mitglied der Geschäftsleitung der PDGR, ebenso Reto Mischol, das vormals dritte Geschäftsleitungsmitglied der KJP und Chefpsychologe.[463] Gleichzeitig gab die Geschäftsleitung im Jahresbericht von 2017 ihrer Unsicherheit darüber Ausdruck, wie die Mitarbeitenden nach einer langen Phase der Selbständigkeit und dem daraus gewachsenen Selbstverständnis, auf die Fusion mit einer grossen öffentlich-rechtlichen Anstalt reagieren würden.[464] Eckrich bewertete die lange Phase des Widerstandes im Rückblick auch als Möglichkeit, die eigene Disziplin so zu positionieren, wie sie sich innerhalb der PDGR 2019 letztlich abbildete: «Damit sichergestellt wird, dass es sich um ein eigenes Fach und nicht allein um eine fachliche Spezifizierung handelt.»[465] Die 1969 gegründete *Stiftung Bündner Beobachtungs- und Therapiestation* erhielt 2019 vorübergehend einen neuen Stiftungszweck und blieb unter dem neuen Namen *Stiftung Kind und Jugend Graubünden* strukturell von den PDGR unabhängig. Mittlerweile wurde die Stiftung aufgelöst.[466] Damit ging ein über Jahre währender Kampf um die Wahrung der Selbständigkeit der Stiftung zu Ende. Am Anfang stand 1969 der Wunsch nach einem stationären psychiatrischen Angebot für Kinder und Jugendliche und einer Etablierung der Fachdisziplin im Kanton Graubünden. Beides wurde erreicht, auch der Ausbau eines regionalen, ambulanten, teilstationären und stationären Angebots. Letztlich waren es aber vor allem finanzielle Überlegungen, bedingt durch die sich verändernden Rahmenbedingungen, die in der Geschichte der KJP immer wieder schwierige Situationen hervorbrachten und schliesslich in einer Zusammenführung mit den PDGR mündeten.

462 Jahresbericht KJPD-GR 2018, S. 1

463 Protokoll des Stiftungsratsausschusses, Ausserordentliche Sitzung vom 15. April 2014.

464 Jahresbericht KJP 2017, S. 17.

465 Interview mit Heidi Eckrich, 19.35–20.10.

466 Jahresbericht KJP 2018, S. 1; schriftliche Ergänzung Heidi Eckrich vom 29.01.2020.