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

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: 13.07.2025

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

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

4.1 Das Pflegepersonal: Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses

Die Sichtweise des Psychiatriepflegepersonals ist gegenüber derjenigen des ärztlichen Personals wesentlich schlechter dokumentiert. Nur über Pflegerapporte, anonym abgedruckte Beiträge in der Berufszeitschrift *Kranken- und Irrenpflege*[1] oder Befragungen im Zuge innerbetrieblicher administrativer Untersuchungen lässt sich eine Vorstellung davon gewinnen, wie das Pflegepersonal seine Rolle im Klinikalltag wahrnahm.[2] Die weitgehende «Unsichtbarkeit» des Pflegepersonals in der Historiografie spiegelt sich in seiner untergeordneten Rolle in der Anstaltshierarchie. Dass die schweizerische Psychiatriegeschichtsschreibung sich noch in den 1990er Jahren nur punktuell für die Pflege interessierte, ist wohl der spärlichen Quellenlage geschuldet.[3] Erst nach der Jahrtausendwende erschienen vermehrt Einzelstudien und eine Übersichtsdarstellung.[4] Die wissenschaftlichen Arbeiten machten darauf aufmerksam, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Abhängigkeit der Psychiater vom pflegerischen Beobachten, Berichten und Mitwirken bei Behandlungen unterbewertet wurde. Diese Aussage trifft auch auf die Bündner Psychiatrie zu (vgl. Kapitel 3.3).

Für die Darstellung der pflegerischen Perspektive bezogen wir uns zum einen auf schriftliche Quellen, zum andern auf Interviews mit fünf ehemaligen Pflegern und einer noch berufstätigen Pflegerin.[5] Zwei ehemalige Pfleger stammen aus der Klinik Waldhaus, die Pflegerin und die anderen Pfleger aus Beverin. Die Interviewten erlebten unterschiedliche berufliche Laufbahnen. Armin Pirovino wurde im Laufe seiner Karriere Pflegedienstleiter, Vitus Bass war über viele Jahre hinweg Stationsleiter der gerontopsychiatrischen Abteilungen, Antonius Havermans war am Aufbau der Suchtstation Danis auf dem Beverin-Klinikareal beteiligt, Walter Monstein und seine Frau übernahmen 1960 für zehn Jahre die Heimleitung des Altersheims Rothenbrunnen und Ursula Huwyler ist bis heute in einer der schweizweit einzigen Mutter-Kind-Stationen beschäftigt. Bemerkenswert ist die Länge der Berufslaufbahnen. Alle interviewten Pfleger arbeiteten über vierzig Jahre in der Psychiatrie und waren Zeugen diverser institutioneller und beruflicher Umbrüche. Christian Schaub beispielsweise erlebte als Psychiatriepfleger in der Klinik Beverin insgesamt vier unterschiedliche Chefärzte und entsprechend viele Führungsphilosophien. Zudem fielen die Lehrantritte von Pirovino, Monstein und Schaub in eine Phase, in der sich Schocktherapien im Psychiatriealltag etablierten und erste Kuren mit Psychopharmaka eingeführt wurden. Die Interviews decken die Zeit ab den 1950er Jahren ab. Einblicke in die Zeit davor ergeben sich aus den schriftlichen Quellen.

4.1.1 Die Irrenwartung bis ins frühe 20. Jahrhundert: Aufgaben, Vorschriften und Profil

Im Jahr 1992 wurden die Grundausbildungen der Krankenpflege und der Psychiatriepflege zusammengelegt. Damit wurden zwei Berufsbilder miteinander verbunden, zwischen denen es bis Mitte des 20. Jahrhunderts nur wenige Berührungspunkte gegeben hatte.[6] Die somatische Medizin feierte durch die naturwissenschaftliche Wende während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts prestigeträchtige Erfolge (Bakteriologie, Narkose, Desinfektion). Vor diesem Hintergrund genoss der Beruf der Krankenpflege, der mit Selbstlosigkeit und Aufopferung assoziiert wurde, eine hohe so-

---

1 Die Zeitschrift durchlief mehrere Namensänderungen: *Kranken- und Irrenpflege* (1922–1937), *Die Irrenpflege* (1938–1949), *Praktische Psychiatrie* (1949–1983) und *Integro* (1983–).

2 Im Verwaltungsarchiv Waldhaus sind die Personaldossiers und Pflegerapporthefte integral überliefert. Im vorliegenden Bericht konnten sie nur punktuell berücksichtigt werden.

3 Braunschweig (1991) und dies. (1994); Cantini/Pedroletti (2000). Bis zu diesem Zeitpunkt bemühten sich pflegerisch Berufstätige, vorrangig der Krankenpflege, um die Vermittlung der Entwicklung und Rollenverschiebung ihres Berufes.

4 Vgl. Braunschweig (2013), S. 17–19 und 269 (Forschungsüberblick).

5 Insgesamt wurden 13 Pflegerinnen und Pfleger angefragt, wobei sechs nicht antworteten und eine Person die Anfrage ablehnte.

6 Braunschweig (2004), S. 113.

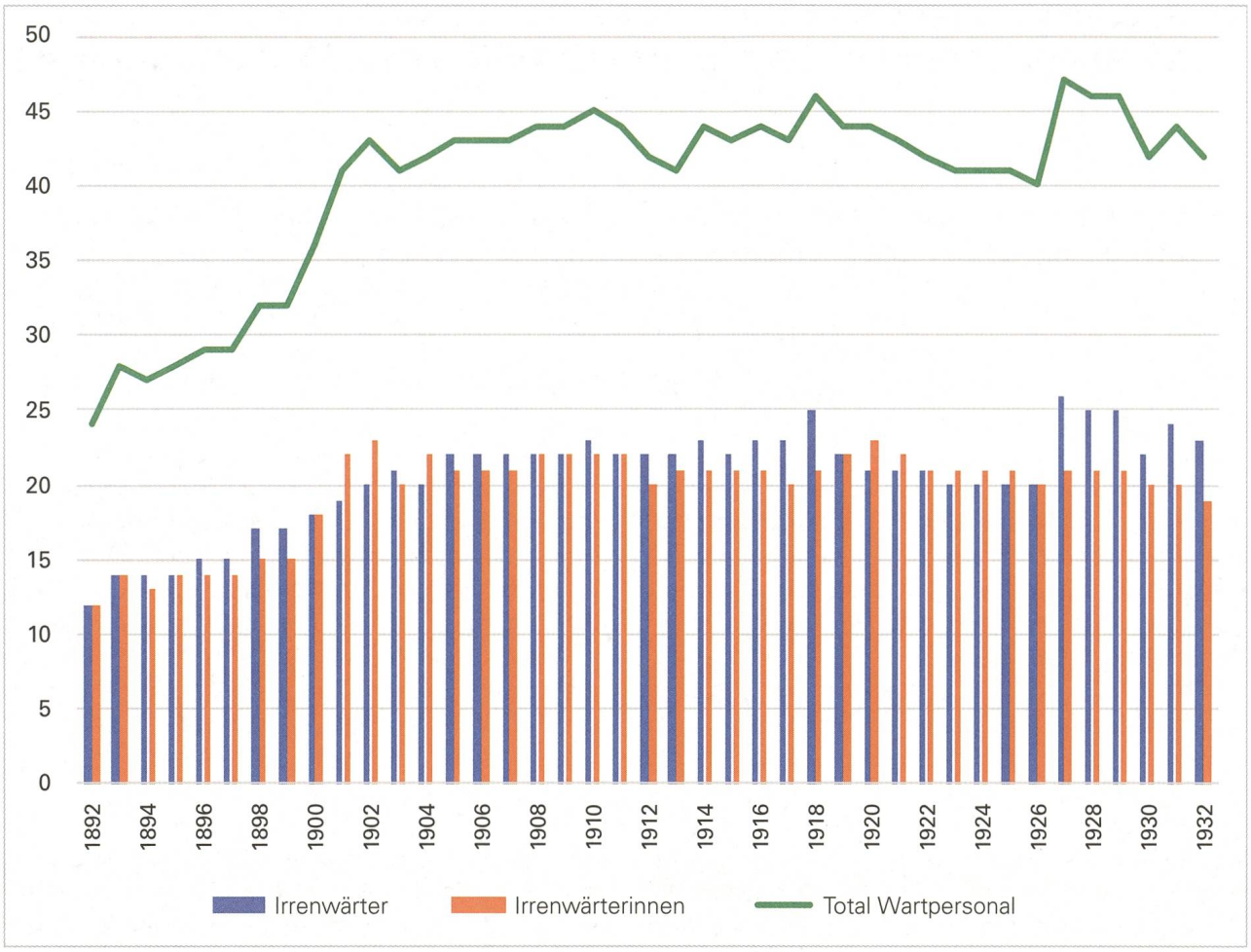

Diagramm 32: Geschlechterverteilung beim Wartpersonal, Klinik Waldhaus 1892–1932

Anmerkung: Vergleichbare Daten liegen für die Klinik Beverin nicht vor. Ab den späten 1920er Jahren nahm die Zahl der Wärter gegenüber jener der Wärterinnen zu. Diese Tendenz verschärfte sich in den kommenden Jahrzehnten und war vor allem auf Rekrutierungsschwierigkeiten beim weiblichen Pflegepersonal zurückzuführen (vgl. Kapitel 4.1.4).
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1932.

ziale Anerkennung. Die Krankenpflege der Jahrhundertwende war in erster Linie ein Frauenberuf, der seine Wurzeln in religiösen Orden und im bürgerlichen Rollenverständnis des 19. Jahrhunderts hatte. Er bot Frauen aus den Mittelschichten ein gesellschaftlich anerkanntes Berufsfeld mit Aufstiegsmöglichkeiten, zumindest bis zum Moment der Eheschliessung.[7]

Dagegen wurde die Pflegetätigkeit in der Psychiatrie im 19. und frühen 20. Jahrhundert unter dem Begriff der Irrenwartung zusammengefasst, ausgeführt von Irrenwärtern und Irrenwärterinnen. Der Begriff der «Wartung» verweist auf das zeitgenössische Verständnis der Tätigkeiten der Pflege, Reinhaltung, Betreuung, Kontrolle und Überwachung. Der Begriff findet sich deshalb in unterschiedlichen Zusammenhängen, vom Irrenwärter, über den Gefängniswärter bis zum Tierwärter.[8] Physische Kraft war gerade in der Psychiatrie eine wichtige Qualifikation. Die Irrenwartung des 19. Jahrhunderts setzte keine formale Berufsausbildung voraus. Üblicherweise eigneten sich die Wärter ihre Qualifikationen durch mehrjährige Praxiserfahrung an.

Das Wartpersonal war harten Arbeitsbedingungen ausgesetzt und strikten Dienstreglementen unterworfen.[9] Es erhielt einen vergleichsweise tiefen Lohn und stammte vorwiegend aus unteren gesellschaftlichen Schichten. Der Anstaltsbe-

7 Die Wurzeln des Ordensstands spiegeln sich auch in der Berufsbezeichnung «Krankenschwester». Zur Konstitution der Körperkrankenpflege als weiblicher Beruf, siehe Bischoff (1984), S. 54.

8 Braunschweig (2013), S. 20.

9 Dasselbe galt aber auch für die in Spitälern tätigen Krankenschwestern.

trieb war im Waldhaus und in Realta, wie in den meisten anderen Heil- und Pflegeanstalten auch, konsequent nach Geschlechtern getrennt. Das betraf sowohl die Patientinnen und Patienten als auch das Irrenwartpersonal. Auf der Frauenseite wurden Wärterinnen beschäftigt, auf der Männerseite Wärter.[10] So hielten sich die Geschlechterverhältnisse im Bereich der Pflege weitgehend die Waage, wie der Blick auf die frühen Belegschaftszahlen der Klinik Waldhaus verdeutlicht (vgl. Diagramm 32). Darin unterschied sich die Beschäftigung als Irrenwärterin oder Irrenwärter deutlich vom Beruf der Krankenpflegerin, einem an weiblichen Rollenbildern orientierten, helfenden und dienenden Beruf.[11] Für das Selbstverständnis des Wärterberufs spielte das Geschlecht jedenfalls keine zentrale Rolle. Die Betreuungs- und Behandlungsaufgaben waren grundsätzlich dieselben. Für viele Psychiater war es um 1900 aber angesichts der Körperkräfte einzelner männlicher Patienten undenkbar, Frauen auf der Männerseite einzusetzen. In einigen Schweizer Anstalten wurde die Geschlechtertrennung beim Irrenwartpersonal in der Zwischenkriegszeit aufgelöst – in Graubünden blieb sie aber bis in die 1970er Jahre bestehen (vgl. Kapitel 4.1.4).

Der Beruf der Irrenwartung war um 1900 stark von der Versorgungslogik der Psychiatrie geprägt. Therapeutische Qualifikationen spielten keine wesentliche Rolle.[12] Die Irrenwartung wurde mit der Gefängniswärterarbeit verglichen und hatte ein schlechtes gesellschaftliches Ansehen – ein Umstand, der die Entwicklung des Psychiatriepflegeberufs sowie dessen Selbstbild und Berufsethos bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts belastete. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in einer hohen Personalfluktuation. Viele Wärterinnen und Wärter betrachteten ihre Pflegetätigkeit nur als schlecht bezahlte Übergangslösung.[13] Bezeichnenderweise führte Waldhaus-Direktor J. J. Jörger die vielen Personalabgänge im ersten Berichtsjahr auf die stark reglementierten Rahmenbedingungen zurück, denen viele Irrenwärterinnen und -wärter nicht genügen würden:

> *«Dieser grosse Wechsel im Personal, der den meisten Anstalten eigen ist, findet seine Erklärung hauptsächlich darin, dass eine Irrenanstalt in Beachtung der Hausordnung und Reglemente grosse Anforderungen stellen muss, denen gar viele Angestellte nicht gerecht werden können oder gerecht werden wollen.»*[14]

Ein Blick auf die Personalmutationen der ersten Jahrzehnte der Klinik Waldhaus bestätigt diese Einschätzung Jörgers (vgl. Diagramm 33). Durchschnittlich trat jedes Jahr ungefähr die Hälfte des Personals aus und wurde durch neue Angestellte ersetzt – eine Problematik, die unter neuen Bedingungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu Rekrutierungsengpässen beim Pflegepersonal führte.[15]

Das Pflegepersonal war in der Zwischenkriegszeit verschiedentlich von Grippeepidemien oder Unfällen betroffen. Die harten Arbeitsbedingungen und langen Dienstzeiten (damals mit 60h/Woche) spiegeln sich in vielen krankheitsbedingten vorzeitigen Pensionierungen.[16] Die hohe Personalmutation soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es von Beginn an auch Wärterinnen und Wärter gab, die ähnlich wie unsere Interviewpartner viele Jahrzehnte oder gar ihre gesamte Berufslaufbahn in einer der Bündner Kliniken verbrachten.

Die Arbeitsbedingungen des Wartpersonals waren wenig attraktiv. Beim Eintritt in den Wartdienst erhielten die Angestellten ein Dienstreglement, eine Hausordnung und ein Instruktionsheft.[17] Gemäss Instruktionsheft und Dienstreglement durfte das Wartpersonal die Abteilung «ohne dienstlichen Grund» nicht verlassen. Für einen Gang aus der Anstalt hinaus war die Genehmigung des Direktors erforderlich.[18] Über Ausgänge und Urlaubstage bestimmte die Aufsichtskommission. Gesuche um Urlaub mussten während des Tagesrapports gestellt werden.[19] Die Wärterinnen

---

10 Das ärztliche Personal hingegen, das bis ins späte 20. Jahrhundert stark männerdominiert war, hielt seine Visiten auf beiden Seiten ab. Vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 24–40.

11 Braunschweig (2004), S. 114–117.

12 Vgl. Shorter (2003), S. 59–112.

13 Braunschweig (1991), S. 187–188.

14 Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 123.

15 Die Jahresberichte der Klinik Beverin deuten an, dass sie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts weniger stark von Personalmutationen betroffen war. Statistische Angaben dazu fehlen jedoch. Vgl. Jahresberichte Realta 1919, 1924, 1928, 1930, 1932.

16 Vgl. z. B. Jahresberichte Waldhaus 1921, 1922, 1937, 1944.

17 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 1.

18 Ebd., Art. 11; StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 3.

19 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 11.

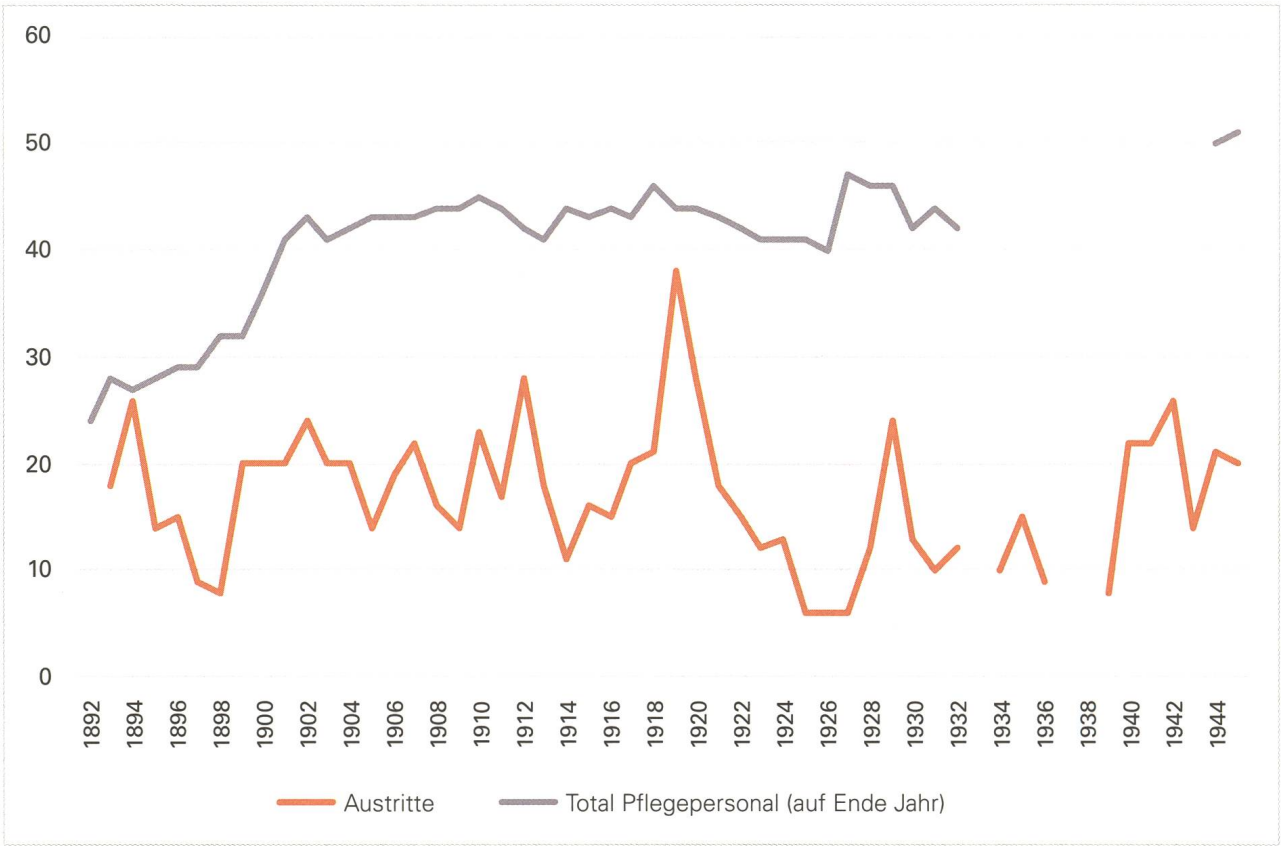

Diagramm 33: Fluktuationsrate beim Wart-/Pflegepersonal (in Anzahl Personen), Klinik Waldhaus 1892–1945
Anmerkung: Die stark steigende Zahl der Beschäftigten um 1900 lässt sich mit den damaligen An- und Neubauten erklären. Mit den erhöhten Kapazitäten verzeichnete die Anstalt eine deutliche Zunahme an Patienteneinweisungen. Im Jahr 1919 wechselten viele Wartpersonen ins neu gegründete Asyl Realta. Ab den 1930er Jahren wurden die Personalmutationen nur noch vereinzelt in den Jahresberichten erfasst. Nach 1945 ist nur noch die Belegschaftszahl dokumentiert.
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1892–1930.

und Wärter hatten die Verordnungen der Direktion und die vorgeschriebenen Tagesabläufe genau zu befolgen, bei Nichteinhalten drohten Disziplinarmassnahmen. Vergass das Wartpersonal beispielsweise Türen oder Fenster abzuschliessen, wurde es für eine allfällige Flucht von Kranken verantwortlich gemacht und bestraft. Im schlimmsten Fall drohte eine fristlose Entlassung.[20] Die Direktion konnte gemäss den Statuten das Wartpersonal auch mit Verwarnungen, Ordnungsbussen bis zu zehn Franken, dem Entzug des Ausgangs oder einer Suspendierung bestrafen.[21] Nicht nur der Direktor übte seine Aufsichtsfunktion über das Personal aus, auch Oberwärterinnen und -wärter hatten das Wartpersonal zu kontrollieren und gravierende Verstösse den Ärzten zu melden.[22]

Bis in die 1950er Jahre wohnten alle Wärterinnen und Wärter, auch die verheirateten, auf dem Anstaltsareal. Sie übernachteten in Estrich-, Ein- oder Zweierzimmern, die an die Schlafsäle der Patientinnen oder Patienten angeschlossen waren, und befanden sich auch ausserhalb ihrer Dienstzeit innerhalb der geschlossenen Anstaltsareale.[23] Solche Verhältnisse fanden auch die Pfleger Pirovino im Waldhaus und Monstein in Beverin bei ihren Lehrantritten anfangs der 1950er Jahre vor. Unter der Woche hatten sie nach Schichtende im-

20 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 5 und 6. Eine sofortige Entlassung wurde ausgesprochen bei a) gröblichem oder wiederholtem Ungehorsam, b) schwerer Trunkenheit, c) schlechter Behandlung von Kranken, insbesondere bei Tätlichkeiten gegen solche, d) Unsittlichkeit und e) Vergehen im Sinne des Strafgesetzes. Vgl. StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 5.

21 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, Art. 5; StAGR VA 10: Statuten Anstalt Waldhaus, 1892, Art. 5e, 12 und 18. Die Wahl und Entlassung des Oberwartpersonals stand der Aufsichtskommission, jene des Wartpersonals dem Direktor zu. Die Statuten wurden vom Kleinen Rat geprüft und genehmigt.

22 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 6 und 17.

23 Weber (1970), S. 383. Vgl. auch Jahresbericht Waldhaus 1934.

merhin Ausgang und konnten bis 22.00 Uhr das Anstaltsgelände verlassen.[24] Schaub erinnerte sich daran, dass er als Wärter bei Ausgängen die Hausschlüssel vorübergehend abgeben und sich bei seiner Rückkehr beim Portier wieder anmelden musste.[25] Für längere Absenzen benötigten die Mitarbeitenden eine Bewilligung. Damit bewegte sich das Wartpersonal praktisch rund um die Uhr im Kontrollbereich der Anstalt. Der ambivalente Doppelauftrag der Psychiatrie als Therapieinstitution und sozialstaatliche Ordnungsmacht zeigte also Parallelen zu den paradox anmutenden Arbeitsbedingungen zwischen Überwachungsauftrag und Überwachtwerden, denen die Angestellten unterlagen.[26]

Das Anforderungsprofil für Irrenwärterinnen und Irrenwärter war bis ins frühe 20. Jahrhundert an den limitierten Behandlungsmöglichkeiten der damaligen Zeit ausgerichtet. Die Anwendung mechanischer Zwangsvorrichtungen wie Ketten, Handschuhe oder Zwangsjacken, die Isolierung in Zellen zur Beruhigung und zum Schutz vor Verletzungen und die passiven Bäder- und Bettbehandlungen in Wachsälen verlangten vom Pflegepersonal vor allem körperlichen Einsatz und Disziplin. Voraussetzung war bei Männern die militärische Diensttauglichkeit und ein Mindestalter von 20 Jahren. Der Psychiater Walter Morgenthaler, der sich stark für die Professionalisierung des Psychiatriepflegepersonals eingesetzt hat, formulierte die Anforderungen in seinem Lehr- und Handbuch über die *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* in einprägsamer Weise. Im 19. und frühen 20. Jahrhundert seien «trotziges Aussehen, Courage und Geläufigkeit der Zunge» gefragt gewesen. Weiter erwähnt er Muskelkraft, Selbstdisziplin, Geduld sowie Belastungsresistenz und Selbstverleugnung.[27]

Das Instruktionsheft der Klinik Waldhaus von 1910 formulierte ähnliche Anforderungen und Pflichten an die Wärterinnen und Wärter. In der Tradition der «No-Restraint-Bewegung» rückte es den gewaltlosen Umgang mit den Patientinnen und Patienten ins Zentrum (vgl. Kapitel 2.2.1). Das Wartpersonal war danach verpflichtet, sich bei körperlichen Angriffen «auf Abwehr zu beschränken» und die unruhigen, aufgeregten Kranken «mit ruhigem Ernst zu beschwichtigen».[28] Körperstrafen waren unter keinen Umständen gestattet und konnten eine sofortige Entlassung nach sich ziehen. Auch stigmatisierende Zuschreibungen wie «Tollheit, Verrücktheit, Narr» waren streng verboten.[29] Beschimpfende und drohende Äusserungen der Kranken seien als «Ausfluss ihrer Krankheit» zu verstehen, derentwegen sich das Wartpersonal nicht verbal «in Zank» einlassen durfte. Das Wartpersonal sollte sich gemäss Instruktionsheft stets in Erinnerung rufen, dass es «nicht zu Vorgesetzten, sondern zur Pflege der Kranken bestellt» sei.[30]

In den revidierten Instruktionen von 1933, die nunmehr auch für Realta galten, rückte das christliche Gebot der Nächstenliebe noch stärker ins Zentrum der Pflegearbeit.[31] In Anlehnung an die biblische Grundregel (Matthäus 7,12) sollte die Pflegeperson den Patientinnen und Patienten «stets so [begegnen], wie man selbst wünschte behandelt zu werden, sollte einem das Unglück passieren, krank geworden zu sein».[32] Als Grundsatz hoben die Direktoren und Verfasser des Regelwerks unmissverständlich hervor: «Nicht die Kranken sind für dich da, sondern Du bist für die Kranken da.»[33] Zudem wiesen sie das Wartpersonal ausdrücklich darauf hin, dass es in einem «Spital für nervöse und gemütskranke Patienten» und nicht in einem «Gefängnis» oder einer «Strafanstalt» arbeiten würde.[34] Die neue Fassung von 1933 ersetzte den Begriff des Wart- durch jenen des Pflegepersonals. Auf sprachlicher Ebene wurde damit ein Wandel sichtbar, der sich auf alltagspraktischer Ebene erst Mitte des 20. Jahrhunderts etablierte. Denn die eigentliche Arbeit des Wartpersonals war bis Ende der 1930er Jahre auf die 1917 statutarisch festgelegten Tätigkeitsfelder der «näher[en] Beobachtung, Wartung und Pflege der Kranken nach ärztlichen Vorschriften» beschränkt. Die Wärterinnen und Wärter waren für einen reibungslosen Tagesablauf und die alltägliche Begleitung und Betreuung der Kranken zuständig. Dazu

24 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 9.10–9.32; Interview mit Walter Monstein, 54.25–54.47.

25 Interview mit Christian Schaub, 22.07–22.24.

26 Braunschweig (2013), S. 15.

27 Morgenthaler (1936), S. 253.

28 StAGR V 13 e 1: Instruktion für das Wartpersonal, 1910, Art. 1 und 2.

29 Ebd., Art. 1.

30 Ebd.

31 Im ersten Artikel der Instruktionen wird explizit auf die Aufgabe hingewiesen, die Pflege «im Geiste der Nächstenliebe und Humanität» auszuführen. Vgl. StAGR V 13 e 1: Instruktionen für das Pflegepersonal, 1933, Art. 1.

32 Ebd., Art. 2.

33 Ebd., Art. 3.

34 Diese Formulierung war speziell an das Personal der Multifunktionsanstalt Asyl Realta gerichtet, vgl. ebd.

gehörten auch die Bäderbehandlungen, die Medikamentenabgabe und eine dem Zustand und Verhalten der Patientinnen und Patienten angemessene Motivierung zur Beschäftigung, sei es in den Aufenthaltsräumen, im Gutsbetrieb oder im Zuge anderer interner arbeitstherapeutischer Beschäftigungsmöglichkeiten.[35] Doch auch Putzarbeiten, für die zu dieser Zeit keine personellen Ressourcen eingeplant oder vorhanden waren, bedeuteten einen grossen Arbeitsaufwand. Die Irrenwärterinnen und -wärter sollten dafür sorgen, dass in der Anstalt «Sittlichkeit, Anstand, Ruhe, Ordnung und Reinlichkeit herrsche».[36]

4.1.2 Nationale Weichenstellungen für die Professionalisierung der Psychiatriepflege

Strenge disziplinarische Ordnung, lange Dienstzeiten, tiefe Bezahlung und fehlende Ausbildungsmöglichkeiten waren Gründe dafür, dass sich die Irrenwärterinnen und -wärter anfangs des 20. Jahrhunderts nicht wie das allgemeine Krankenpflegepersonal in Berufsverbänden, sondern in Gewerkschaften organisierten.[37] Für die Bündner Psychiatrielandschaft waren zwei Gewerkschaften von Bedeutung: der sozialdemokratische *Verband des Personals öffentlicher Dienste* (VPOD) und der christlichdemokratische, katholisch begründete *Verband des christlichen Staats- und Gemeindepersonals* (VCHP).

Welchem Verband die Beschäftigten beitraten, so Pirovino, der einige Jahre Präsident der Bündner Sektion des VCHP der beiden Kliniken war, hing vor allem damit zusammen, auf welcher Station sie tätig waren und wo ihre Stationsleitung «beheimatet» war.[38] Schaub betonte auch den Faktor der Religionszugehörigkeit, der zwei Pfleger in Beverin dazu bewegt habe, aus dem VPOD aus- und dem katholisch orientierten VCHP beizutreten.[39] Während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bildeten die beiden Gewerkschaftsverbände in den Bündner Kliniken einen gemeinsamen Personalausschuss. Dieser bestand aus den jeweiligen Gruppenpräsidenten und einem neutralen Personalvertreter. In regelmässigen Personalversammlungen konnten sie dem Direktor oder auf direktem Weg der Aufsichtskommission und dem übergeordneten Regierungsdepartement Anträge unterbreiten.[40] Die Bemühungen um Besserstellungen auf arbeitsrechtlicher Ebene sowie bei Besoldungs- und Ausbildungsfragen gingen von beiden Organen aus. Die Begehren des VPOD waren aber jeweils radikaler formuliert, damit sich die Mitglieder auch mit einem allfälligen Kompromiss noch zufrieden zeigen konnten. Der VPOD war mit seiner Strategie auch erfolgreicher als der VCHP.[41] Diejenigen Pflegenden, die keinem der beiden Verbände beitraten, habe man, so Pirovino, als «Trittbrettfahrer» bezeichnet, die von den erkämpften Verbesserungen profitierten.[42] Als sich in den 1970er Jahren die Zusammenführung der Grundausbildung der Pflegeberufe abzuzeichnen begann, übernahm der *Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer* (SBK) die leitende Rolle als Berufsverband der Pflegefachpersonen – eine Rolle, die er bis heute innehat.

Die Belange der Pflegeberufe rückten um die Jahrhundertwende erstmals in den Fokus des VPOD.[43] Zu Beginn richteten sich die Bemühungen der Gewerkschaft vor allem auf die Arbeitsrechte des Pflegepersonals. Mit der Gründung des VPOD-*Anstaltskartells* im Jahr 1921 wurden zudem verstärkt Forderungen nach einer «obligatorische[n] pflegerische[n] und pädagogische[n] Ausbildung» laut.[44] Der VPOD begründete die Neuausrichtung damit, dass sich erst durch die Anerkennung der Berufsausbildung der Psychiatriepflege auch die

35 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 33.

36 StAGR V 13 e 1: Dienstreglemente und Hausordnung, 1910, III. Hausordnung, Art. 1.

37 Braunschweig (1991), S. 188.

38 Schriftliche Ergänzungen Armin Pirovino, 16.12.2018.

39 Interview mit Christian Schaub, 50.55–52.36.

40 Vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 19, 77.

41 Die prägende Rolle des VPOD beschrieb auch Braunschweig, vgl. Braunschweig (2013). Pirovino als damaliger Vertreter des VCHP hingegen betonte, dass auch der VCHP vieles bewegte, da dessen Forderungen sich im Rahmen des «Machbaren» bewegten, vgl. Schriftliche Ergänzungen Armin Pirovino, 16.12.2018.

42 Vgl. Schriftliche Ergänzungen Armin Pirovino, 16.12.2018.

43 Aus Unzufriedenheit mit den gesetzlich geregelten Arbeitsbedingungen bemühten sich verschiedene Personalmetiers, die Beschäftigten auf lokaler Ebene zu organisieren. Daraus resultierte 1905 der Zusammenschluss des *Verbands der Gemeinde- und Staatsarbeiter der Schweiz* (ab 1924 VPOD). Im ersten Geschäftsbericht stellte der Verbandsvorsitz in Aussicht, sich auch dem Pflegepersonal kantonaler Heil- und Pflegeanstalten zuzuwenden, vgl. 1. Geschäftsbericht des Verbandsvorstandes für die Jahre 1906/1907, zit. nach Braunschweig (2013), S. 94–95.

44 Der Gemeinde- und Staatsarbeiter 41, 14.10.1921, zit. nach Braunschweig (2013), S. 104.

arbeitsrechtlichen Ziele angemessener umsetzen lassen würden.

Diese neue Hauptforderung verlangte eine enge Zusammenarbeit mit den Psychiatern, die sich seit 1864 im *Verein schweizerischer Irrenärzte* (VSI), ab 1895 *Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie* (SGP), für die Etablierung der Psychiatrie als Disziplin und Profession engagierten. Die Bestrebungen zur Kooperation verliefen jedoch nicht reibungslos. Die Zusammenarbeit einer Gewerkschaft mit einem Berufsverband war ungewöhnlich und konfliktbeladen. Der Psychiater Walter Morgenthaler spielte dabei eine entscheidende Rolle. Als Präsident der Anstaltskommission der SGP gelang es ihm, seine tendenziell misstrauischen Fachkollegen für eine Zusammenarbeit mit dem *Anstaltskartell* und für die gemeinsame Herausgabe der Berufszeitschrift *Kranken- und Irrenpflege* zu gewinnen. Den Psychiatern war bewusst, dass sie auf ihr Personal angewiesen waren. Gleichzeitig befürchteten sie eine Relativierung der traditionellen Hierarchien und der ärztlichen Handlungsspielräume. Der Entscheid zur Zusammenarbeit mit dem *Anstaltskartell* beruhte auch auf taktischem Kalkül, denn so blieb die Kontrolle über die Entwicklung des Psychiatriepflegeberufs zu einem grossen Teil in ärztlichen Händen. Die Zeitschrift *Kranken- und Irrenpflege*, die ab 1922 monatlich erschien, enthielt einen gewerkschaftlichen Teil, redigiert vom VPOD, und einen fachlichen Teil, für den Morgenthaler verantwortlich zeichnete. Zentrales Anliegen der Zeitschrift war die Förderung einer Berufsbildung des Psychiatriepflegepersonals, was sich in zahlreichen Publikationen von Psychiatern sowie von Pflegerinnen und Pflegern spiegelte.[45]

Morgenthaler beeinflusste auch die inhaltliche Ausrichtung der Psychiatriepflegeausbildung massgeblich.[46] So entwickelte er in den 1920er Jahren einen Lehrplan und Reglemente für Abschlussprüfungen.[47] Der Lehrplan umfasste ein mehrteiliges Kursprogramm, das noch im selben Jahrzehnt in ersten Anstalten zur Anwendung kam. Eine einheitliche Berufslehre existierte zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Die Prüfung konnte nach dem Unterrichtsbesuch von mindestens einem Jahr und zwei Jahren Anstaltserfahrung absolviert werden.[48] Nach Bestehen der Examina vergab die SGP ein Diplom als Fähigkeitsausweis zur «Nervenpflege». Damit war ein erster Schritt zugunsten einer Berufsausbildung und späteren Berufslehre in Psychiatriepflege gemacht. Um das Prüfungsverfahren zu systematisieren, richteten die SGP und der VPOD 1933 gemeinsam die *Schweizerische Zentralstelle des Pflegepersonals für Nerven- und Gemütskranke* ein. Ab diesem Zeitpunkt delegierte und kontrollierte die *Zentralstelle* die Ausbildung und Diplomvergabe für die ganze Schweiz.[49] Fast zeitgleich erschien 1930 unter dem Titel *Pflege der Gemüts- und Geisteskranken* das erste Schweizer Lehrbuch der Psychiatriepflege, bezeichnenderweise von Morgenthaler verfasst. Das Lehrbuch wurde ins Französische, Italienische und Spanische übersetzt und mehrfach neu aufgelegt. An der siebten Auflage von 1962 wirkte auch der frühere Waldhaus-Direktor Fred Singeisen mit.[50]

Die vielen Neuauflagen zeigen einerseits den grossen Einfluss des «Morgenthalers», wie man das Lehrbuch in der Ausbildung nannte.[51] Andererseits illustrieren sie ein sich rasch entwickelndes psychiatrisches Wissen. Der «Morgenthaler» bewegte sich stark im Einklang mit den SGP-Vorgaben für Lehrplan und Prüfung, was nicht zuletzt auf Morgenthalers vielschichtige Tätigkeiten zurückzuführen ist. Er war aber nicht das einzige verfügbare Lehrmittel. Der ehemalige Psychiatriepfleger Christian Schaub ergänzte, dass ihm als Lernender unter Beverin-Direktor Oskar Pfister erlaubt war, mit dessen unpubliziertem Lehrmittel «Repetition des Personalkurses in Psychiatrie» zu arbeiten.[52] Der «Morgenthaler» war ihm in der Beschreibung der Krankheiten zu detailliert, während die Repetitionsunterlagen Pfisters in schlanker Form alltagspraktisches Handwerk bereitstellten.

Wichtige Impulse zur weiteren Entwicklung des Psychiatriepflegeberufes stammten vom *Schwei-*

---

45 Braunschweig (2013), S. 105–107.

46 Morgenthaler orientierte sich dabei wesentlich an den Richtlinien und Prüfungsvorschriften der Krankenpflege, vgl. Braunschweig (2004), S. 118.

47 Inhaltlich umfasste die Prüfung einerseits theoretisches Wissen über die menschliche Anatomie, das Nervensystem, Elementarpsychologie, Gesundheitslehre, soziale Fürsorge sowie Krankheitslehre und Krankenpflege bei körperlich und psychisch Kranken. Andererseits wurde praktisches Wissen in der Pflege, der ersten Hilfe und im Rapportwesen gefordert. Zum Lehrplan siehe Morgenthaler (1926a) und (1926b) sowie Braunschweig (2013), S. 113–115

48 Braunschweig (2013), S. 114.

49 1955 wurde die Zentralstelle in *Zentralstelle für praktische Psychiatrie* umbenannt und 1982 aufgelöst.

50 Morgenthaler / Singeisen (1962).

51 Interview mit Walter Monstein, 1.27.15–1.27.58.

52 Pfister (1946/1947); vgl. Interview mit Christian Schaub, 9.30–10.46.

zerischen Roten Kreuz (SRK), das sich seit Mitte des 20. Jahrhunderts für diesen Berufsstand zu engagieren begann. Das SRK weitete schrittweise seine Kontrollaufgabe von der Krankenpflege- auf die Psychiatriepflegeausbildung aus. Zusammen mit der *Zentralstelle* verabschiedete das SRK 1968 Reglemente und Richtlinien für die Anerkennung klinikangeschlossener Schulen für Psychiatriepflege.[53] Mit der Berufsanerkennung durch das SRK wurde die Ausbildung der Psychiatriepflege fachlich mit jener der allgemeinen Krankenpflege gleichgestellt.[54] In den frühen 1990er Jahren folgte schliesslich die Zusammenführung der verschiedenen Pflegeausbildungen in den Diplomausbildungen Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomniveau I und II), nach wie vor reglementiert vom SRK. 2002 wurden die Zuständigkeiten für die Ausbildung der Gesundheitsberufe in die Kompetenz des Bundes überführt.[55]

4.1.3 Unter Professionalisierungsdruck: Entwicklungen in den 1940er Jahren

Die Vorgaben der Fachverbände zur Professionalisierung der Psychiatriepflege wurden von den psychiatrischen Anstalten sehr unterschiedlich umgesetzt. Je nach Anstalt und Führungsphilosophie des jeweiligen Direktors hatte das Pflegepersonal andere fachliche Kenntnisse und Kompetenzen. Einen eigentlichen Unterricht boten im frühen 20. Jahrhundert nur einzelne psychiatrische Einrichtungen an, beispielsweise die Zürcher Privatanstalt Hohenegg.[56] Obwohl sich die SGP und das VPOD-*Anstaltskartell* bereits in den 1920er Jahren um eine systematische Berufsausbildung der Psychiatriepflege bemühten, stiessen Professionalisierungsanliegen im Kanton Graubünden erst in den 1940er Jahren auf Resonanz. Zwei Direktorenwechsel und regierungsamtliche Anpassungen der Besoldung des diplomierten Pflegepersonals waren notwendig, damit auch in Graubünden eine geregelte Ausbildung nach SGP-Richtlinien eingeführt werden konnte.

Im Waldhaus wurden bis 1930 und in Beverin bis 1940 keine Ausbildungskurse abgehalten. Stattdessen verlieh der damalige Direktor J. J. Jörger seit 1909 vereinzelt jenem Wart- und Dienstpersonal, das über fünf Jahre ununterbrochen im Anstaltsdienst des Waldhauses tätig gewesen war, als Anerkennung an Weihnachten ein Wärterdiplom der SGP.[57] Ein erster Umbruch in Bezug auf das Arbeitsrecht und die Ausbildung erfolgte 1930. In diesem Jahr genehmigte der Kleine Rat des Kantons Graubünden zum einen eine umfassende Revision der Gehaltlisten und damit, so Jörger, die «langersehnte» Erhöhung der Löhne von kantonalen Angestellten.[58] Zum anderen richtete Jörger in seinem letzten Amtsjahr erstmals ein Lehr- und Probejahr für das Wartpersonal ein. Dieses Lehrjahr basierte auf mehrwöchigen Ausbildungskursen, die sein Sohn J. B. Jörger als Direktor in den Folgejahren unregelmässig durchführte und die gelegentlich mit kleineren, internen Examina abgeschlossen werden konnten. Die im schweizweiten Vergleich erst spät eingeführten Ausbildungskurse stiessen beim Pflegepersonal nur kurzfristig auf Interesse, denn sie entsprachen nicht den Vorschriften der SGP und bereiteten nur auf interne Examina, nicht aber auf die eidgenössische SGP-Diplomprüfung, vor.[59] Die beiden VPOD-Eingaben des Pflegepersonals von 1932 und 1934, die reguläre Kurse und Prüfungen nach Vorschriften der SGP forderten, blieben erfolglos.[60] Das ausbleibende Interesse veranlasste J. B. Jörger

53 Braunschweig (2013), S. 129, 131–132.

54 Dazu gehören die dreijährigen Ausbildungen Allgemeine Krankenpflege (AKP), Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP) und die zweijährige Lehre der Praktischen Krankenpflege (FA SRK).

55 SR 412.10, Bundesgesetz über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG) vom 13. Dezember 2002, in: AS 2003 4557.

56 Braunschweig (2013), S. 111–112.

57 Ob die SGP dafür Arbeitszeugnisse oder andere Leistungsnachweise einforderte, wird aus den Schilderungen in den Jahresberichten nicht ersichtlich. Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1909, S. 195, 1910, S. 193, 1934, S. 231.

58 Zudem erhielten fortan Verheiratete im Internat eine Wohnungszulage. 1939 hielt die Regierung an diesem Kurs fest: Freizeiterweiterungen, Wohnungszulagen für Verheiratete, Lohnmaximum nach acht statt zehn Jahren, Kostgeldvergütung für Urlaubstage und Recht auf eine Gartenparzelle, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1939, S. 135.

59 Den hausinternen Prüfungen, die sich gemäss J. B. Jörger an den SGP-Programmen und dem «Morgenthaler» orientierten, wohnten teils Heinrich Schiller (1864–1945), Direktor des Asyls Wil, und Morgenthaler als Experten bei. Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1931–1943.

60 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 22. Offenbar nahm J. B. Jörger diese Entwicklungen anders wahr. So schrieb er 1935, dass der Repetitionskurs für Irren- und Krankenpflege auf «reges Interesse beim Wartpersonal» gestossen sei, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1935, S. 233.

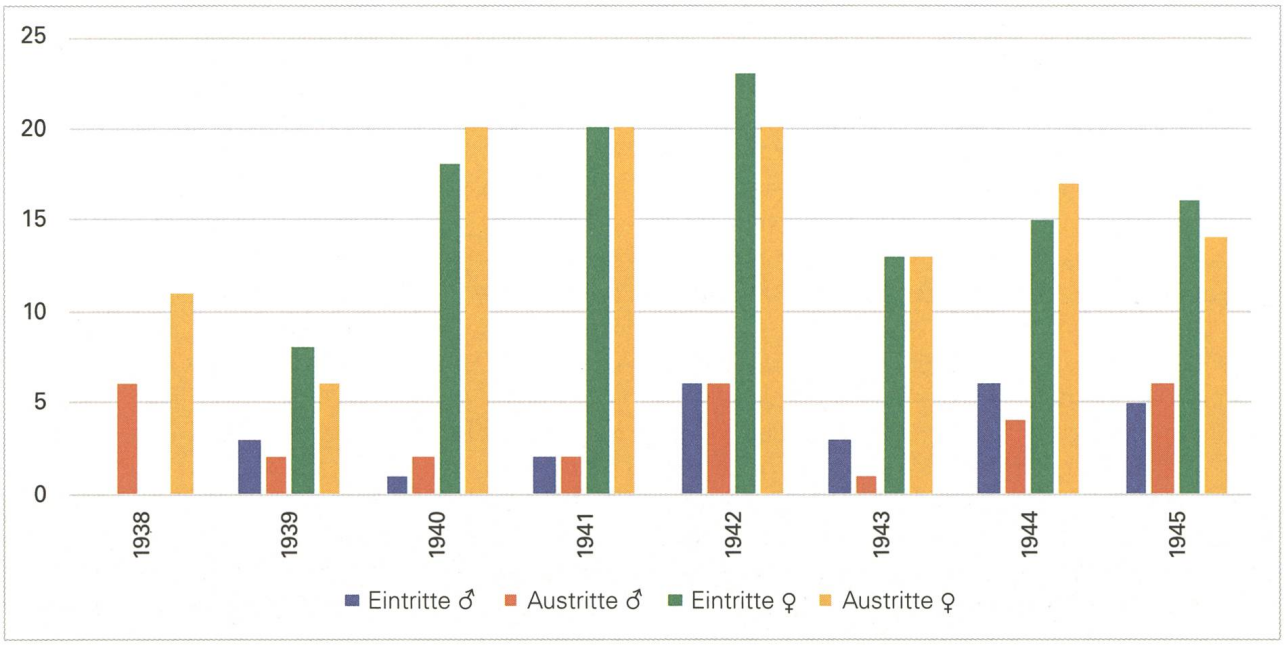

Diagramm 34: Ein- und Austritte von Pflegerinnen und Pflegern, Klinik Waldhaus 1938–1945
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1938–1945.

schliesslich dazu, nach 1937 nur noch 1939 und 1942 solche Kurse anzubieten.[61]

Als die Bündner Kliniken in den frühen 1940er Jahren verschiedentlich in die Kritik von Politik und Presse gerieten, sah sich der Kleine Rat in seiner Funktion als Aufsichtsorgan dazu veranlasst, zwei aufeinanderfolgende Expertengutachten zur Klärung der Kritik in Auftrag zu geben (vgl. Kapitel 2.2). In diesen Gutachten setzten sich die unabhängigen Untersuchungskommissionen (UK), bestehend aus prominenten Psychiatern anderer schweizerischer Kliniken, unter anderem mit der Ausbildungssituation des Psychiatriepflegepersonals in Graubünden auseinander. Dafür wurden auch Gespräche mit Angestellten geführt. In ihren Schlussfolgerungen bemängelten beide UKs eine unzureichende Ausbildung des Pflegepersonals. Die fehlenden Kurse und Diplomierungsmöglichkeiten hätten dazu geführt, dass die Fluktuationsrate beim Waldhaus-Pflegepersonal, speziell auf der Frauenseite, weit über dem schweizerischen Durchschnittswert liege (vgl. Diagramm 34). Direktor J. B. Jörger kehrte diese Argumentation um und begründete die fehlenden Diplomierungsmöglichkeiten mit der hohen Fluktuationsrate. Viele Pflegerinnen aus ärmlichen Verhältnissen hätten die Absicht, im Waldhaus nur eine Aussteuer für ihre Eheschliessung zu verdienen. Die Konsequenz daraus sei eine zu kleine jährliche Zahl an Pflegeschülerinnen, was wiederum keine Grundlage für umfassende Kurse bilden würde.[62] Die UK von 1945 bewertete Jörgers Argumentation als widersprüchlich, könnten doch durch Diplomprüfungen Anreize für eine längere Anstellung geschaffen werden.

Jörger wehrte sich dagegen, Ausbildungsanstalt zu sein und behauptete, der Unterrichtsstoff für das schweizerische Examen sei zu anspruchsvoll für die «primitive und wenig geschulte Mentalität des bündnerischen Pflegepersonals», das zudem sprachliche Schwierigkeiten bekunde.[63] Stattdessen hielt er es für angemessener, dass die Ausbildung berufsbegleitend «in den grossen Anstalten» und nicht im Waldhaus absolviert würde.[64] Da Jörger die mit über 250 Patientinnen und Patienten belegte Anstalt zusammen mit Ober-

61 Vgl. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 26. Oktober 1931, S. 297. Nur 1932 seien einige Pflegepersonen nach internen Kursen auch an das schweizerische Irrenpfleger-Examen gereist, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 207.

62 StAGR V 13 e 1: Gutachten über die Verhältnisse in der Anstalt Waldhaus, 6. Oktober 1943, S. 9–10; StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 18.

63 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 10, 16–23. Dass «um der sprachlichen Schwierigkeiten willen» das SGP-Ausbildungsschema kaum ins Waldhaus übertragen werden könne, betonte bereits sein Vater J. J. Jörger, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 207.

64 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 14. Oktober 1942, S. 5.

arzt Andrea Torriani alleine führte, verfügte er auch nicht über ausreichend zeitliche Ressourcen, um selber unterrichten zu können. Paradoxerweise hatte er sich lange gegen die Einstellung eines dritten Assistenzarztes gewehrt und erst 1943 auf Drängen der Aufsichtskommission und Regierung hin den formellen Antrag zur Schaffung einer dritten, externen Assistenzarztstelle eingereicht.[65]

Ein anderes Bild zeigte sich bei der Befragung des Oberpflegepersonals. Auch dieses nahm gegenüber der UK von 1945 Stellung zur Ausbildungssituation im Waldhaus. Die Oberschwester, die als diplomierte Pflegerin im Waldhaus angestellt worden war, schätzte den Ausbildungsstand als derart defizitär ein, dass sie sich in Eigenregie um eine Verbesserung der Ausbildungspraxis bemühte. So führte sie für ihre Pflegerinnen Anleitungen in der Krankenpflege ein.[66] Doch auch hier nahm das eigentlich «grosse Interesse», gemäss der Oberschwester, mangels Aussicht auf ein SGP-konformes Diplom stetig ab.[67] In ihren Bemühungen um Modernisierungen habe sie weder auf die Unterstützung der Ärzte zählen noch sich auf funktionierende interne Kommunikationsprozesse verlassen können. In der Konsequenz wirkten sich die Modernisierungsdesiderate direkt auf die pflegerische Arbeit aus, so die Oberschwester. Die Pflegerinnen hätten in «grobem Ton» mit den Patientinnen kommuniziert und statt Pflege- hauptsächlich Hausarbeiten geleistet.[68]

Die fehlende Ausbildung manifestierte sich zudem in den fragmentarisch geführten Pflegerapporten. Die moderne Psychiatrie, so die UK, betrachtete Pflegeberichte, die den Zustand und das Verhalten der Patientinnen und Patienten dokumentieren, spätestens seit den neuen somatischen Behandlungsmethoden der 1920er Jahre als wertvolle Dokumentation und als Ergänzung zu den ärztlichen Untersuchungsergebnissen:

> *«Gutgeführte Pflegeberichte sind dem Arzte unerlässlich, er selbst sieht ja die Patienten nur während eines Bruchteils des Tages, nämlich auf der Visite und wenn er sie zu eingehenden Besprechungen zu sich ruft, während das Personal sie dauernd und in den verschiedensten Situationen beobachten kann».*[69]

Den Rapporten wurde zudem ein «hoher erzieherischer Wert» zugesprochen, da sie das Pflegepersonal zur eingehenden Auseinandersetzung mit dem Zustand, Verhalten und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie zur Verschriftlichung des Beobachteten veranlassten. Die Stichprobenerfassung der UK in der Klinik Waldhaus zeichnete ein bedenkliches Bild – Tagesrapporte seien keine und Nachtrapporte «ausserordentlich dürftig» geführt worden.[70] Die Oberschwester vermutete sogar, dass J. B. Jörger ihrer Bitte um eine umfassende Einführung der Rapporte nicht entsprochen habe, um in Kriegszeiten wertvolles Papier zu sparen.

Der Untersuchungsbericht schilderte J. B. Jörger als Person, die sich mit eiserner Strenge um die Wahrung traditioneller Zustände bemühte. Diese Einstellung manifestierte sich zuweilen auch in der Ablehnung neuer therapeutischer Behandlungsmethoden (vgl. Kapitel 3.3.2). Sein Unbehagen gegenüber gewerkschaftlichen Organisationen des Pflegepersonals erstaunt unter diesen Voraussetzungen nicht.[71] Das gewerkschaftliche Berufsbild stand im Widerspruch zum überlieferten patriarchal-familiären Verhältnis zwischen Klinikleitung und Pflegepersonal. Die UK von 1945 lobte zwar Jörgers selbstlosen Einsatz als «Anstaltsvater», sah aber unter seiner Direktion keine Möglichkeiten für eine grundlegende Modernisierung des Waldhauses gegeben. Noch bevor die UK ihr Gutachten abschloss, veranlasste die Regierung Massnahmen zur Besserstellung des Pflegepersonals. Der Kleine Rat erhöhte 1944 die Anfangslöhne diplomierter Pflegerinnen und Pfleger und schuf damit Anreize für eine mögliche Diplomierung. Damit stand Jörger unter Zugzwang. Als Reaktion bot er regelmässige Kurse nach SGP-Vorschriften an und meldete das Personal für die Prüfungen an.[72] Nicht Jörger, sondern die Regierung war für diese Förderung des Ausbildungsstands verantwortlich. Andreas Gadient, Regierungsrat und Präsident der Aufsichtskommission, stellte sich hinter die Besserstellung, «um endlich auch

65 StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 37–38.
66 Jahresbericht Waldhaus 1937, S. 128.
67 Aussagen über das männliche Pflegepersonal seien laut UK von 1945 kaum möglich, da der damalige Oberpfleger schon seit 25 Jahren im Dienst sei und die hiesige Situation nicht mit anderen Anstalten vergleichen könne, vgl. StAGR V 13 e 1: Bericht über die Anstalten Waldhaus und Realta, 3. Oktober 1945, S. 9–10, 17, 128.
68 Ebd., S. 16–17.
69 Ebd., S. 17.
70 Ebd., S. 17–18.
71 Ebd., S. 19, 51–52, 58.
72 Jahresbericht Waldhaus 1945, S. 175.

in unsern bündnerischen Irrenanstalten zu einem qualifizierten, gelernten und geschulten Wärterpersonal zu kommen».[73] Jörgers Zurückhaltung der Pflegeausbildung gegenüber war einer der Gründe dafür, dass die UK von 1945 sich dazu veranlasst sah, der Regierung mittelfristig einen Wechsel der Direktion nahezulegen. Vor diesem Hintergrund ist Jörgers unfreiwilliger Rücktritt von 1946 zu sehen (vgl. Kapitel 2.2.2).

Auch in Beverin war die Professionalisierung der Psychiatriepflege auf äussere Impulse zurückzuführen. Unter Fritz Tufflis Direktion 1919 bis 1940 hatte Beverin mit einer starken Überbelegung zu kämpfen. Damit wurden auch die fehlenden Ausbildungskurse begründet. Tuffli änderte daran auch nichts, als ihm die Aufsichtskommission in den frühen 1930er Jahren nahelegte, analog zum Waldhaus Kurse anzubieten. Offenbar war er an einer solchen Initiative nicht interessiert.[74] Erst als die Regierung 1940 Hans Walther, einen erst 27-jährigen, praxisunerfahrenen, aber reformwilligen Psychiater aus der Klinik Waldau im Kanton Bern zum Chefarzt wählte, wurden das Berufsbild des Pflegepersonals zunehmend verbessert und die therapeutischen Angebote ausgeweitet. 1942 berichtete Walther der Aufsichtskommission konsterniert, dass das Personal zur Zeit seines Stellenantritts ein «kläglich[es]» Bild geboten habe. Das Pflegepersonal habe die Kranken «verprügelt» und «keine blasse Ahnung vom Krankheitsverlauf und noch weniger von der Behandlung der Patienten» gehabt.[75]

Walthers Berichte über das Verhalten des Pflegepersonals waren noch gravierender als jene der Waldhaus-Oberschwester. Er richtete sofort Ausbildungsangebote ein, denn ohne diese hätte er es laut eigenen Aussagen nicht verantworten können, die Klinik mit dem bisherigen Personal weiterzuführen. Er schuf zuerst Ausbildungskurse nach SGP-Vorschriften, später weitere Winterkurse und richtete zudem eine dritte ärztliche Stelle ein. Bis dahin hatte ein Arzt in Beverin, so Walther, fast doppelt so viele Patientinnen und Patienten zu betreuen, wie es im Durchschnitt der anderen schweizerischen Anstalten üblich war.[76]

Obwohl das Waldhaus bereits auf ein zehnjähriges Angebot an Kursen zurückblicken konnte, waren es die Pflegenden der Klinik Beverin, die als erste im Kanton Graubünden erfolgreich das schweizerische Pflegeexamen absolvierten und das Diplom der SGP erhielten – und das noch vor dem Beschluss des Grossrats über die Gehaltserhöhung des diplomierten Pflegepersonals. Aber auch Walther befürwortete die Lohnerhöhung des diplomierten Personals, da es für den Erwerb des Diploms «Geld, Zeit u. Mühen geopfert» habe.[77]

Beide Kliniken hatten damit in den 1940er Jahren eine geregelte Berufslehrzeit eingeführt, die eine Diplomprüfung nach SGP-Richtlinien ermöglichte. Die Besserstellung des Pflegepersonals wurde aber nicht nur durch Gehaltserhöhungen und verbesserte Ausbildungsangebote erwirkt. Von zentraler Bedeutung war auch die Anpassung der Wohnsituation – weg vom Wohnen in der Klinik hin zu externen Wohnungen. Der Grossratsbeschluss von 1944, beiden Kliniken je eine Siedlung mit zwölf Einfamilienhäusern anzugliedern, trug diesem Anliegen erstmals Rechnung.[78] So konnten 1946 viele verheiratete Angestellte in die bezugsbereiten Wohnungen umziehen, die ausserhalb, aber in der Nähe des Anstaltsgeländes lagen. Ein Postulat, das das Personal bis zu diesem Zeitpunkt regelmässig ohne Erfolg vorgebracht hatte, wurde damit teilweise erfüllt. Auch wenn Schaub, Pirovino und Monstein bei ihren Lehrantritten 1947 beziehungsweise 1953 als ledige Männer noch in den Klinikgebäuden logierten, war der Grossratsbeschluss als erster Schritt zur Auflösung des Internats zu werten.[79] Einige Jahre später liess die Regierung zudem sogenannte Schwesternhäuser bauen. Bedingt durch den Pensionsvertrag mit Zürich waren die Frauenstationen in den 1950er Jahren zunehmend überlastet (vgl. Kapitel 2.3.1). Um die Stationen und die Pflegerinnen zu entlasten, eröffneten das Waldhaus 1954 und Beverin 1960 jeweils ein externes Schwesternhaus für 20

---

73 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 14. Oktober 1942, S. 4. Ständerat Joseph Vieli, der ebenfalls Mitglied der Aufsichtskommission war, teilte diese Meinung.

74 Ebd., Sitzung vom 26. Oktober 1931, S. 297. Im Jahre 1933 nahm allerdings ein Teil des Realta-Personals am Wärterkurs im Waldhaus teil, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1933, S. 228.

75 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 14. Oktober 1942, S. 6.

76 Bei 278 untergebrachten Personen im Jahre 1943 waren es pro Arzt 139 Patientinnen und Patienten. Vgl. Kapitel 2.3.

77 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 1. Oktober 1941, S. 26.

78 Jahresberichte Realta 1944, S. 158, 1945, S. 172, 1946, S. 187, Jahresbericht Waldhaus 1946, S. 196.

79 Interview mit Christian Schaub, 20.10–23.50; Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 9.10–9.32; Interview mit Walter Monstein, 24.41–25.57.

beziehungsweise 35 Schwestern.[80] Damit wurde eine Phase eingeleitet, in der es parallel zur Beseitigung der Umzäunungen und Fenstergitter Usus wurde, die Angestellten in Personalhäusern und privaten Wohnungen ausserhalb des Klinikareals unterzubringen. Havermans beispielsweise bezog bei seinem Amtsantritt 1977 das Personalhaus, bis er mit seiner Freundin in eine eigene Wohnung abseits des Beverin-Klinikareals zog.[81]

4.1.4 Später Wandel im pflegerischen Selbstverständnis (1950er bis 1980er Jahre)

Trotz Ausbildung nur Hilfsfunktion: Das Pflegepersonal der 1950er und 1960er Jahre

In den 1940er Jahren erlebte die Bündner Psychiatrie einen folgenreichen personellen Umbruch. Mit den neuen Direktoren Hans Walther in Beverin und Fred Singeisen im Waldhaus, der gemeinsam mit Emil Seiler und Arnold Landolf ein komplett neues Ärzteteam bildete, setzte ein nachhaltiger Modernisierungsschub ein. Im Gefolge der systematischen Einführung somatischer Schocktherapien, die in anderen schweizerischen Kliniken bereits verbreitet waren, gewannen die pflegerischen Beobachtungs- und Rapportaufgaben für die Ärzte an Bedeutung (vgl. Kapitel 3.3.2). Diese Aufgaben wurden in der neuen dreijährigen Lehrzeit mit gestaffelten Ausbildungskursen, begleitet und unterrichtet von Chefarzt (Psychiatrie), Oberarzt (Anatomie), Schulschwester (Krankenpflege) und Oberpfleger (praktische Psychiatrie), verankert. Zusätzlich dazu waren im Verlauf der Ausbildung Einsätze auf allen Abteilungen vorgesehen. Die Diplomexamen wurden von Experten der SGP abgenommen und fanden in der Regel in einer der drei Kliniken Waldhaus, Beverin oder St. Pirminsberg (SG) statt. Die drei Einrichtungen verfügten über eigene Schulen, ihre Auszubildenden aber absolvierten gemeinsam die Prüfung (vgl. Abbildung 11).

Von den beruflichen Umbrüchen der 1940er Jahre war aus Sicht der interviewten Pfleger kaum etwas zu spüren – nicht zuletzt, weil sie die Zeit davor nicht miterlebt hatten. Zwar durchliefen sie alle die dreijährige Lehrzeit mit anschliessender Prüfung. Pirovino und Monstein erlebten die Ausbildung bei ihren Lehrantritten 1953 jedoch als beiläufiges Programm. Die Schule fand parallel zur Arbeit oder, entgegen den Empfehlungen der SGP und vermutlich bedingt durch den Personalmangel, am Abend nach dem eigentlichen Dienst von 19 bis 20 Uhr statt.[82] Nach einem harten, zehnstündigen Arbeitstag hatte Schaub aber oft nicht mehr die Energie, dem Unterrichtsstoff aufmerksam zu folgen. Zudem definierte er die eigene Arbeit in erster Linie über die Praxis und weniger über abstraktes Fachwissen.[83] Erst mit den Blockkursen der *Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege*, die 1970 vom SRK anerkannt wurde, fand die Lehre nicht mehr «tröpfchenweise», sondern systematisch statt, so Monstein.[84]

Neben der Lehre boten die Direktoren seit Mitte des 20. Jahrhunderts Abendvorträge, Filmveranstaltungen und jährlich einen zweitägigen Fortbildungskurs an, der gemeinsam mit der Klinik St. Pirminsberg durchgeführt wurde.[85] Neben praktischen Übungen griffen die Fortbildungskurse aktuelle Themen und neue Therapien auf, um das pflegerische Verständnis für psychiatrische Krankheiten zu fördern. Zudem sollten laut den Jahresberichten die Austauschmöglichkeiten mit den benachbarten Kliniken gefördert werden.[86] An einen solchen Austausch können sich die interviewten älteren Pfleger allerdings nicht entsinnen. Eher noch erinnern sie sich an eine Konkurrenzsituation zwischen dem Waldhaus und Beverin.

In den späten 1970er Jahren wurden die Fortbildungskurse durch die Einführung auswärtiger Weiterbildungsmöglichkeiten ergänzt.[87] Die Jah-

---

80 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1952–1954; Jahresbericht Realta/Beverin 1960, S. 64.

81 Interview mit Antonius Havermans, 1.08.25–1.08.55. Das Personalhaus, in dem Havermans wohnte, entstand im Rahmen des Umbaus der Klinik Beverin (1970–1974), vgl. Kapitel 5.1.1. Auch im Waldhaus logierten viele Pflegende in den 1970er Jahren noch im Verwalterhaus, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1976, S. 171. Als das Personal nicht mehr die Klinikareale bewohnte, dienten die ehemaligen Schwesternhäuser wieder als Patientenabteilungen.

82 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 15.15–16.54; Interview mit Walter Monstein, 1.01.10–1.02.03. Die Ausbildungskurse für das Lernpersonal fanden im Wintersemester während sieben Monaten statt, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1961, S. 62.

83 Interview mit Christian Schaub, 9.55–10.45.

84 Interview mit Walter Monstein, 1.02.02–1.02.07.

85 Ab Mitte der 1960er Jahre richteten die Direktionen mehrwöchige Pflichtpraktika für AKP-Lernschwestern aus umliegenden Spitälern (Spital Ilanz, Evangelische Krankenpflegeschule Chur, Frauenspital Fontana, Kreuzspital, letztere zwei ab 1975) und ab 1979 für Medizinstudierende ein.

86 Jahresbericht Waldhaus 1953, S. 57.

87 Jahresbericht Waldhaus 1979, S. 172.

Abbildung 11: Frisch diplomierte Psychiatriepflegerinnen und -pfleger der Kliniken St. Pirminsberg, Waldhaus und Beverin. Diplomfeier vom 7. Mai 1956

Quelle: Fotografie aus dem (Privat)Archiv von Armin Pirovino, 1956, Fotograf/in unbekannt.

resberichte stellen aus chefärztlicher Perspektive die verbesserte Schulung des Pflegepersonals als eine Erfolgsgeschichte dar. Die interviewten Pfleger zeichneten in ihrer Erinnerung ein anderes Bild. Trotz der Verankerung der Ausbildung betonten Schaub, Pirovino, Monstein und Bass, dass der Psychiatriealltag in den 1950er und 1960er Jahren nach wie vor stark hierarchisch geprägt war.[88] Laut Bass, der 1969 seine Lehre im Waldhaus antrat, habe das Pflegepersonal kaum Handlungsspielraum gehabt. Die Anweisungen der Ärzteschaft waren ohne Widerspruch auszuführen. Schaub, Pirovino und Monstein hingegen strichen das gute Verhältnis heraus, das zwischen Pflege und dem ärztlichen Personal geherrscht habe. Doch auch sie bestätigten, dass die Hierarchien starr waren und die Entscheidungsgewalt beim ärztlichen Personal, vorwiegend beim Chefarzt, lag. Ein ähnliches Bild zeichnete auch Havermans, der 1977 als diplomierter Pfleger nach Beverin kam. Pirovino erinnerte sich in diesem Zusammenhang an eine kuriose Forderung von Benedikt Fontana (*1926), der zwischen 1977 und 1991 Direktor der Klinik Waldhaus war. Fontana habe vorgeschlagen, die europaweite Einführung der Sommerzeit im Waldhaus nicht mitzutragen. Er konnte von diesem Gedanken aber wieder abgebracht werden. Trotzdem illustriert die Anekdote die potenzielle Machtfülle des Klinikdirektors.

Fontanas Vorgänger Gottlob Pflugfelder, der von 1951 bis 1977 das Waldhaus führte, hielt ebenfalls

88 Die folgenden Ausführungen bauen auf den Interviews mit Christian Schaub, 42.30–44.37, 1.07.00–1.07.45, Armin Pirovino, Aufnahme 1, 38.15–38.42, 46.43–47.37, Walter Monstein, 31.10–31.37, 34.15–35.07, und Vitus Bass, u. a. 34.55–35.30, auf.

an starren hierarchischen Strukturen fest. Pflugfelder betonte zwar mehrfach die zentrale Bedeutung pflegerischer Rapporte für ihn als Psychiater.[89] Gleichzeitig teilte er seine eigenen Informationen nur zurückhaltend mit den Pflegerinnen und Pflegern. So gehörte laut Pflugfelder die Krankengeschichte (KG) – immerhin ein zentrales Dokument mit Informationen zu «Vorgeschichte, Befund und Krankheitsverlauf» der Patientinnen und Patienten – in den Bereich des «ärztlichen Berufsgeheimnisses». Nur in Ausnahmefällen wurde Pflegerinnen oder Pflegern Einsicht in die KG gewährt.[90] Dies, obwohl es zu dieser Zeit durchaus Fachvertreter gab, die für einen liberaleren Umgang mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis argumentierten.[91] Auch in Beverin wurde gemäss Havermans der Pflege bis in die 1980er Jahre keine Einsicht in ärztliche und psychologische Berichte gewährt.[92]

Trotz der starren Hierarchien beschrieben die Pflegenden die Arbeitsatmosphäre in den 1950er und 1960er Jahren als sehr familiär.[93] Der Stationsbetrieb wurde situativ bewältigt; Erfahrungswissen war oft entscheidend. Die Interviewten erinnerten sich an zahlreiche Anekdoten über Extremsituationen, die gemeinsam durchlebt wurden. Schaub zum Beispiel erinnerte sich an einen Patienten, der im Isolierzimmer derart aggressiv geworden sei, dass man Angst bekam, er würde sich selber schwer verletzen. Schaub und drei andere Pfleger entschlossen sich, gemeinsam mit je einem grossen Kissen in der Hand das Isolierzimmer zu betreten und den Patienten ruhigzustellen. Um sich selber zu schützen, war es wichtig, so Schaub weiter, dass alle vier Pfleger rasch und geschlossen handelten.[94]

Auf pflegerischer, begleitender und arbeitstherapeutischer Ebene verfügten die Pflegenden im Umgang mit den Patientinnen und Patienten über viele Freiheiten – sofern deren Zustand und Verhalten sowie die Klinikbelegung dies zuliess. Durch das Internatsmodell war zudem kaum eine Distanzierung zwischen Privatleben und den Patientinnen und Patienten möglich. Der grossen Distanz zum Chefarzt stand im Alltag ein enger Kontakt zu den Betroffenen gegenüber. Die Pflegenden unternahmen mit «zugänglicheren» Patientinnen und Patienten, auch jenseits ihrer eigentlichen Dienstzeit, diverse Ausflüge und gemeinsame Arbeiten im Freien. Pirovino opferte mehrmals Freitage für Ausflüge mit Patienten und ging einmal mit einer kleineren Gruppe an den *Giro d'Italia*. «Wir waren eine richtige Familie», erinnerte er sich, was nicht zuletzt auch an den wesentlich längeren Aufenthaltszeiten vieler Patientinnen und Patienten gelegen hätte.[95] Manche Spaziergänge, die Schaub mit Patienten unternahm, endeten auch bei ihm zu Hause, wo sie sich mit Kuchen verpflegten, zusammen Schach spielten oder jassten. Das gemeinsame Schachspiel und Jassen gehörte, so Christian Schaub, zudem zum sonntäglichen Ritual während des Dienstes auf den Abteilungen.[96] Dieses familiäre Bewusstsein bewegte Schaub bisweilen sogar dazu, bestimmte Patienten um Rat zu fragen: «Als ich eine Krise hatte, ging ich halt zu einem Schwachsinnigen».[97] Er erinnerte sich zudem an einen kräftigen, grossen Patienten, der bei aufkommender Hektik dem Pflegepersonal dabei geholfen hatte, die Ruhe und Ordnung auf der Station aufrechtzuerhalten. Schaubs Erzählungen vermitteln den Eindruck, dass es zu vielseitigem und gegenseitigem Austausch mit Patientinnen und Patienten kam und die sozialen und funktionalen Rollenzuschreibungen im psychiatrischen Alltag nicht immer eindeutig waren.

Räumliche Herausforderungen und kollektive Konsternation beim Eintritt in den Pflegedienst

Das Verhältnis zur Ärzteschaft und zu den Patientinnen und Patienten widerspiegelt nur einen Ausschnitt des pflegerischen Alltags. Eine zentrale Aufgabe des Pflegepersonals war es auch, für Ordnung auf den Stationen zu sorgen. Aus medizinisch-therapeutischer Sicht sahen sich die Bündner Kliniken Mitte des 20. Jahrhunderts in einer Phase des Fortschritts und der Emanzipation vom vorangegangenen Versorgungsprinzip

89 Pflugfelder betonte die Bedeutung der Pflegerapporte in zwei Aufsätzen, die in der Berufszeitschrift *Praktische Psychiatrie* (ehemals *Kranken- und Irrenpflege*) publiziert wurden. Vgl. Pflugfelder (1958b) und ders. (1959).

90 Pflugfelder (1958b), S. 225–227.

91 Braunschweig (2013), S. 184–186.

92 Havermans betonte, dass es heute ein grosser Vorteil sei, die komplette Krankenakte mit Rapporten, ärztlichen und psychologischen Berichten und Ergebnissen der Testpsychologie einsehen zu können. Vgl. Interview mit Antonius Havermans, 18.55–20.25.

93 Das betrifft vor allem die Erinnerungen der älteren Jahrgänge, vgl. Interviews mit Christian Schaub, 1.07.00–1.07.45, 1.32.03–1.33.05, Armin Pirovino, Aufnahme 2, 1.50.24–1.50.34, und Walter Monstein, 31.10–31.37.

94 Interview mit Christian Schaub, 1.04.10–1.04.59.

95 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 2, 17.09–17.57, 1.50.24–1.50.34.

96 Nachtrag zur Autorisierung Christian Schaub vom 28.04.2020.

97 Interview mit Christian Schaub, 1.33.04–1.33.40.

(vgl. Kapitel 3.3 und Kapitel 5). Das interviewte Pflegepersonal hingegen hatte die Zeit der 1950er bis 1970er Jahre nicht als fortschrittlich in Erinnerung. Die starke Belegung, die grossen Schlafsäle mit je zwölf Betten[98] sowie die von den 1930er bis 1980er Jahre intensiv genutzten Wachsäle mit je sieben bis neun Betten schockierten viele Pflegerinnen und Pfleger bei ihrem Stellenantritt. So erwogen Pirovino, Monstein, Havermans und Huwyler bei ihren Lehrantritten für einen kurzen Moment, die Klinik sofort wieder zu verlassen.[99] Aus ihrer Perspektive trug diese Unterbringungsform weder den Bedürfnissen der Eingewiesenen noch ihrem pflegerischen Selbstverständnis Rechnung. Monstein erlebte insbesondere die Leitung der Wachsäle mit «Unruhigen», die «rund um die Uhr» betreut werden mussten, als enorm anspruchsvoll.[100]

Zudem wurden in den Wachsälen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Bedürfnissen zusammen untergebracht, so Menschen mit einer geistigen Behinderung, mit Epilepsie oder Schizophrenie sowie Personen mit intensiven manischen Episoden.[101] Zwar verfügten die Kliniken auch über Einzel- bis Viererzimmer, deren Anzahl im Laufe des 20. Jahrhunderts erhöht wurde.[102] Gleichwohl wurden Patientinnen und Patienten, die als stark betreuungsbedürftig, unruhig, gefährlich oder gefährdet galten, entweder in geschlossenen Abteilungen, im dauernd unter Beobachtung stehenden Wachsaal oder, bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, in Isolierzimmern untergebracht. Diese grossräumige, geschlechtergetrennte Versorgungslogik blieb lange Zeit massgebende Unterbringungsmaxime. Die Ideen der Geschlechterdurchmischung, der systematischen Entflechtung der Patientenkategorien und Unterbringung gemäss psychischem Zustand, Verhalten und Pflegebedürftigkeit etablierten sich erst in den frühen 1980er Jahren (vgl. Kapitel 5).[103] 1983 schrieb Beverin-Direktor Hans König schliesslich:

> *«Die historisch bedingte strenge Trennung von Männern und Frauen wurde aufgehoben und die Patienten entsprechend ihrem Verhalten oder ihrer Pflegebedürftigkeit in die neu organisierten Abteilungen verlegt.»*[104]

Auch Havermans äusserte sich ambivalent zu den Wachsälen. Auf der einen Seite hatten sie ein isoliertes, soziales Eigenleben, sozusagen eine «Station in der Station» geformt. Dadurch konnten Pfleger die Patienten näher kennenlernen und gezielter mit ihnen arbeiten. Dass sie stets in Sichtweite waren, erleichterte die Pflegearbeit. Auf der anderen Seite war Havermans bei seinem Amtsantritt im Jahr 1977 erstaunt darüber, dass in der Bündner Psychiatrie nach wie vor Patienten gemeinsam in Sälen untergebracht und betreut wurden. In den Niederlanden, wo er seine Lehrausbildung absolviert hatte, gab es höchstens Viererzimmer.[105]

Bemerkenswert ist, wie ähnlich die Pflegepersonen ihren Amtsantritt als erschreckendes Erlebnis und Sprung ins kalte Wasser schilderten. Havermans kam sich bei seinem Amtsantritt 1977 in Beverin wie in einem «Entwicklungsland» vor. Er war nicht unglücklich darüber, von Beginn an in einer Frauen- und nicht in den Männerabteilungen eingesetzt worden zu sein. Denn im Hinterhaus der Männer hatten die Pfleger – in Schürze und «mit dem Stumpen im Mund» – die Patienten im Untergeschoss mit Spritzschläuchen abgespritzt und so gewaschen.[106] Speziell auf den «unruhigen», lauten Stationen wurden die Patienten, so Monstein über seinen ersten Eindruck der Klinik Beverin, unter «furchtbaren Zuständen» in «Herden» zusammengepfercht.[107] Selbst Huwyler, die 1981 die Lehre als Psychiatriepflegerin in Beverin antrat, sprach von «arbeitslagerähnlichen» Zuständen.[108] Die interviewten Pflegenden lebten sich aber nach einer Weile ein und fanden Gefallen an

98 Beverin-Direktor Ernst Weber sprach 1969 sogar von 16–18 Betten, vgl. Weber/Winklehner (1969), S. 15, 21.

99 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 8.30–8.48; Interview mit Walter Monstein, 21.20–23.58; Interview mit Antonius Havermans, 3.33–4.55; Interview mit Ursula Huwyler, 13.54–14.22.

100 Interview mit Walter Monstein, 42.02–42.54.

101 Ebd., 21.15–22.34.

102 Im Waldhaus wurden die grossen Schlafsäle, abgesehen von den Wachsälen, im Zuge des wirtschaftlichen Aufschwungs in den 1960er Jahren in Dreier- und Viererzimmer umgebaut. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1965, S. 73. In der Klinik Beverin erfolgten grössere Um- und Neubauten, bei denen unter anderem grössere Schlafsäle in kleinere Zimmer unterteilt und wohnlicher möbliert wurden, in den Jahren 1970 bis 1974, vgl. Jahresberichte Realta/Beverin 1970–1974.

103 Mit dem neuen «offenen Haus» Salvorta, das im Zuge der Umbauten von 1970–1974 entstanden war, wurden erste Schritte zur Durchmischung der Geschlechter eingeleitet. Vgl. Kapitel 5.1.1.

104 Jahresbericht Realta/Beverin 1983, S. 193.

105 Interview mit Antonius Havermans, 32.16–32.50.

106 Ebd., 4.11–4.36.

107 Interview mit Walter Monstein, 21.18–21.58.

108 Interview mit Ursula Huwyler, 14.51–15.34.

ihrer Arbeit, vermutlich nicht zuletzt auch deshalb, weil ihre Berufslaufbahn in eine Zeit fiel, in der sich die Psychiatrie auf verschiedenen Ebenen zu öffnen und zu verändern begann (vgl. Kapitel 5).

Ein «unbeschreiblicher Wandel» – die Bedeutung der Psychopharmaka aus pflegerischer Sicht

Viele Interviewte betonten, dass die psychopharmakologische Wende zu Differenzen zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal geführt hat. Mit der Etablierung der ersten Psychopharmaka in den frühen 1950er Jahren wandelte sich das Klinikbild und die pflegerische Tätigkeit grundlegend. Nach Pirovino, dessen Lehrantritt direkt in diese Phase der pharmakologischen Wende fiel, vollzog sich dieser Umbruch im Waldhaus keineswegs reibungslos.[109] Da es sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Ebene an Erfahrungen im Umgang mit dem ersten Neuroleptikum Largactil mangelte, wurde anfänglich unbeholfen und unhygienisch bei der Verabreichung vorgegangen.

Dabei wurde das Pflegepersonal mit verschiedenen Nebenwirkungen konfrontiert. Viele Behandelte hatten Ausschläge zu beklagen, die bei der intramuskulären Injektion von Largactil auftraten.[110] Zudem erinnerte sich Schaub an Pflegende, die den Wirkstoff am falschen Ort gespritzt hätten, was zu Entzündungen geführt habe.[111] Deshalb habe das ärztliche Personal, so Pirovino, bald auf Drainagen umgestellt.[112] Bei frühen Serpasilkuren waren die körperlichen Reaktionen besonders auffällig. Pirovino berichtete von Patienten im Waldhaus, die durch die Kur steif wurden, an Genickstarre und unter starkem Speichelfluss litten. In seiner Wahrnehmung waren diese Nebenwirkungen der Grund, weshalb die medizinische Direktion im Laufe der 1970er Jahre zunehmend auf Serpasilkuren verzichtet habe (vgl. Kapitel 3.3.5). Ähnliche körperliche Störungen beobachtete auch Monstein in Beverin und ergänzte, dass viele während der Kurz zu «zittern» angefangen hätten.[113]

Pirovino empfand die ersten Largactil-Verabreichungen als riskant und zu wenig sorgfältig abgeklärt. Gemäss seiner Darstellung war noch kein medizinisches Bewusstsein für die korrekte Dosierung vorhanden.[114] Monstein berichtete sogar von Patientinnen und Patienten in der Klinik Beverin, die im Anschluss an eine ärztlich verordnete Largactilspritze «nicht mehr laufen konnten». Das ärztliche Personal habe zuerst erprobt, ob die betroffene Person überhaupt auf die Medikamentenwirkung ansprechen würde und habe sich dann in der ersten Kurwoche an eine passende Dosierung herangetastet.[115]

Aus der Perspektive von Bass besass das ärztliche Personal noch um 1970 nur geringe Erfahrungen in der Anwendung von Psychopharmaka. Er charakterisierte die Verordnungs- und Dosierungslogik vieler Ärzte als oberflächlich und strategielos. Gleichzeitig seien Psychopharmaka aus seiner Sicht oft das einzig mögliche Mittel zur Linderung von Leiden, Spannungen, Unruhen und Halluzinationen; durch die teils starken Nebenwirkungen der Medikamente füge man den Patientinnen und Patienten allerdings oft anderes, neues Leid zu.[116] Ähnliche Bedenken äusserten auch Havermans und Huwyler, wobei Havermans ferner auf die Gefahren der körperlichen Abhängigkeit hinwies.[117]

Aus der Sicht von Bass begleitete das ärztliche Personal zudem die medikamentösen Kuren nur ungenügend. Bass entwickelte deshalb auf eigene Faust in den 1980er Jahren Tabellen, auf denen die Patientinnen und Patienten über mehrere Wochen hinweg die Veränderungen ihrer Symptome auf Skalen festhielten und anschliessend gemeinsam mit ihm auswerteten. Damit versuchte er, die Wirksamkeit der Medikamente messbar zu machen und anschaulich zu dokumentieren, um je nach Ergebnis beim ärztlichen Personal eine Absetzung oder Änderung der Medikation erzielen zu können. Strategie, Kontrolle und Mitsprache sind Begriffe, die seine Schilderungen prägten und seiner Ansicht nach im Psychiatriealltag zu kurz gekommen sind. Denn Psychopharmaka, das betonte Bass ausdrücklich, konnten sowohl bei Personen mit ähnlichen psychischen Krankheitsbildern als auch im spezifischen Krankheitsverlauf

---

109 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 42.53–43.17. Zur psychopharmakologischen Wende siehe Kapitel 3.3.5.

110 Ebd.; Interview mit Christian Schaub, 1.28.20–1.29.55.

111 Interview mit Christian Schaub, 1.28.31–1.28.59.

112 Monstein berichtete für die Klinik Beverin ebenfalls von anfänglich intramuskulär verabreichten Largactilkuren. Vgl. Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 42.56–43.10; Interview mit Walter Monstein, 33.59–34.09.

113 Waldhaus-Direktor Pflugfelder bezeichnete diese medikamentös bedingte Reaktion im Fachjargon als «Parkinson-Syndrom». Vgl. Pflugfelder / Huchtemann (1955).

114 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 42.56–43.10.

115 Interview mit Walter Monstein, 39.12–39.38.

116 Interview mit Vitus Bass, 52.25–59.45; Schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 01.05.2020.

117 Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11. 2018; Interview mit Ursula Huwyler, 53.32–54.13.

einer einzelnen Person unterschiedlich wirken.[118] Monstein ergänzte in diesem Zusammenhang, dass die Palette an Medikamenten zwar kontinuierlich breiter und Nebenwirkungen seltener wurden, Ärzte aber zuweilen nicht genau wussten, welches Medikament am besten wirkte.[119] Bei der Medikamentenverabreichung hatte sich das Pflegepersonal von Beginn weg strikt an die Verordnungen zu halten, die vom ärztlichen Personal gelegentlich aktualisiert wurden.[120] Beobachtete das Pflegepersonal Veränderungen, die sich ungünstig auf den Zustand einer Patientin oder eines Patienten auswirkten, konnten sie eine Anpassung der Dosierung vorschlagen. Diese Vorschläge wurden anschliessend im Ärzterapport besprochen.[121] Havermans bestätigte dieses Mitspracherecht auch für die späten 1970er und 1980er Jahre. Er fügte aber an, dass seinen Modifikationsvorschlägen mit zunehmendem Alter und Erfahrung von ärztlicher Seite vermehrt entsprochen werde.[122]

Neben der eigentlichen Medikamentenverabreichung war das Pflegepersonal für intensive Rapportarbeiten, Kontrollen und Beobachtungen der Körperfunktionen zuständig.[123] Auf diese «verantwortungsvolle Aufgabe» des Beobachtens und Dokumentierens, die das Pflegepersonal «bei den oft jahrelang dauernden Kuren» auszuführen gehabt habe, wies auch Pflugfelder mehrfach hin.[124] Da der Pflege allerdings kein Einblick in die ärztlichen Krankengeschichten gewährt wurde, konnte sie ihre Eindrücke nur gelegentlich mündlich mit dem ärztlichen Personal abgleichen.

Trotz skeptischer Äusserungen hoben alle Interviewten auch die positiven Auswirkungen der neuen Medikamente hervor. Speziell die älteren Jahrgänge Schaub, Pirovino und Monstein beurteilten die Etablierung der Psychopharmaka, die sie von Beginn an miterlebten, als Wende, die zu einer massgeblichen Verbesserung der Klinikatmosphäre geführt habe.[125] Damit stimmen auch sie der ärztlichen Erzählweise einer psychopharmakologischen Wende in diesem Sinne zu. Pirovino erwähnte einen chronisch schizophrenen Patienten, der aufgrund seiner Aggressionen jahrelang im Bett fixiert worden war, unter Psychopharmaka aber problemlos mit anderen Patienten zusammen sein und im Garten arbeiten konnte.[126] Generell unternahmen die Betreuenden nun vermehrt Ausflüge mit den Patientinnen und Patienten oder arbeiteten mit ihnen im Freien. Mit den Neuroleptika, die Pirovino auch als «Gnade» bezeichnete, vollzog sich «ein unbeschreiblicher Wandel» im Waldhaus. Die Zahl der Langzeitpatientinnen und -patienten ging zurück; einige geschlossene Stationen wurden aufgehoben.[127] Als Monstein seine Pflegearbeit aufnahm, verglich er die Klinik mit ihren 400 Patientinnen und Patienten mit einer «Sardinendose». Rückblickend war er deshalb froh, in dieser Umbruchsphase gearbeitet zu haben.[128]

Im Zusammenhang mit Psychopharmaka kamen die interviewten Pflegepersonen auch auf den Aspekt des Zwangs zu sprechen. Pirovino und Bass beschrieben, wie die Pflegenden viele Patientinnen und Patienten auch gegen ihren Willen zur Einnahme von Medikamenten zwangen. Mit Blick in die Gegenwart ergänzte Huwyler, dass die Betroffenen früher bei der Medikamentenwahl und -dosierung «nicht mitreden» konnten, heute die Abgabe aber in den meisten Fällen mit ihrem Einverständnis ablaufe.[129] Bass verwies dabei auf das grosse Dilemma der Psychiatrie, zum Wohl der Patientin oder des Patienten immer wieder Massnahmen auch gegen deren beziehungsweise dessen Willen ergreifen zu müssen. Denn bei schwer schizophrenen Patienten, deren Denken von Wahnideen geprägt sei, sei die Zurechnungs- und Urteilsfähigkeit oft eingeschränkt.[130] Die Anwendung von Zwangsmassnahmen ist auch in

118 Interview mit Vitus Bass, 58.10–59.07.

119 Interview mit Walter Monstein, 40.22–40.36.

120 Die Existenz dieser Verordnungstabellen lässt sich aus einem Vorfall schliessen, bei dem ein Stellvertreter des Abteilungspflegers eine falsche Angabe auf der medizinischen Verordnungstabelle festhielt und in der Folge an einem Patienten die irrtümliche Dosis des Schlafmittels Isamin appliziert wurde. Vgl. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 13. Oktober 1959, S. 3.

121 Interview mit Walter Monstein, 34.31–35.06.

122 Schriftliche Ergänzungen Antonius Havermans, 16.11.2018.

123 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 43.50–44.03.

124 Jahresbericht Waldhaus 1959, S. 55; Pflugfelder (1959).

125 Interview mit Christian Schaub, 1.30.03–1.30.55; Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 43.20–44.20; Interview mit Walter Monstein, 40.53–41.45.

126 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 44.20–44.31.

127 Pirovino bedauerte an diesen Entwicklungen nur, dass gewisse Patientinnen und Patienten durch die Medikamente einen Teil ihrer Persönlichkeit verloren hätten. Vgl. Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 21.00–21.57.

128 Interview mit Walter Monstein, 41.15–41.30.

129 Interview mit Ursula Huwyler, 58.32–59.44.

130 Vitus Bass akzentuierte hier jene spezifisch psychiatrische Problematisierung von individueller Autonomie und Zwang, die es in dieser Intensität in anderen Teilen der klinischen Medizin nicht gibt. Vgl. Interview mit Vitus Bass, 1.50.28–1.51.10.

Verbindung mit dem traditionellen psychiatrischen Doppelauftrag als therapeutische Einrichtung und gesellschaftliche Ordnungsmacht zu sehen (vgl. Kapitel 6.2.2).[131]

Neues Selbstverständnis und verändertes Menschenbild: Das Pflegepersonal der 1970er und 1980er Jahre

In den 1970er Jahren folgten zwei Entwicklungen, die der Psychiatriepflege zu einem neuen beruflichen Selbstverständnis verhalfen: erstens die Anerkennung der in Beverin domizilierten *Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege* durch das *Schweizerische Rote Kreuz* (SRK) und zweitens die Einrichtung einer Pflegedienstleitung, die für die Organisation und Planung des Pflegepersonals verantwortlich war.[132]

Nach zweijährigen Bemühungen gelang es den bündnerischen Kliniken 1970, das SRK für die Anerkennung der *Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege* zu gewinnen. Die neue, nach SRK-Richtlinien ausgerichtete Schule erhielt eine Schulleitung und eine Schulkommission. Beverin-Direktor Ernst Weber, der im Anerkennungsprozess federführend gewesen war, fungierte bis 1980 als Präsident der Schulkommission, die für Schulordnung, Stoffplan, Praktikumsziele und Qualitätsmanagement zuständig zeichnete. Damit wurde ein weiterer wichtiger Schritt hin zu einer Systematisierung der Psychiatriepflegeausbildung gemacht, die bis zu diesem Zeitpunkt in der Verantwortung der einzelnen Kliniken gelegen hatte. 1970 wurde ein erster sechswöchiger Einführungskurs durchgeführt, im Folgejahr erste gestaffelte Ausbildungskurse für psychiatrische Lernschwestern und -pfleger beider Kliniken. Nach dreijähriger Ausbildung und bestandener Prüfung erhielten die Pflegenden ein SRK-Diplom in psychiatrischer Krankenpflege.[133] Aus Sicht der Lehrlinge hatte die Anerkennung der Schule durch das SRK auch alltagspraktische Bedeutung. Künftig waren sie nicht mehr im normalen Dienstplan eingeteilt, sondern wurden zusätzlich zum regulären Personal eingesetzt und so in ihrer Rolle als Lernende anerkannt.

Mit der Einführung der Pflegedienstleitung 1980 wurden in beiden Kliniken den Anliegen der Pflege, ihren Kompetenzen und Qualifikationen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Vertretung in den Leitungsstrukturen der Kliniken blieb der Pflege aber vorerst verwehrt. Die Bündner Regierung führte das «Dreibein-System» mit Verwaltungs-, ärztlicher und Pflegedirektion erst 1995 ein (vgl. Kapitel 6.2.1).[134] Die Pflegedienstleitung war für die Anstellung des Pflegepersonals, die Koordination der Oberpfleger und -schwestern und die Schule zuständig.[135] Auch bei Patientenverlegungen erhielt sie vermehrt Verfügungsbefugnisse. Zudem wurde die Pflege auf der Ebene der einzelnen Stationen autonomer organisiert. Die zentrale Diensteinteilung durch das Oberpflegepersonal wurde durch dezentral erstellte Arbeitspläne ersetzt, die künftig von Stationsleiterinnen und -leitern zusammengestellt wurden. In diesem Umfeld entstanden schliesslich richtungsweisende, frühe wissenschaftliche Pflegetheorien über die zwischenmenschliche Beziehung in der alltäglichen psychiatrischen Pflege.

Das Beispiel einer Patientin mit einer «ausgesprochenen Manie» von 1977 illustriert, wie skeptisch der damalige Waldhaus-Direktor Pflugfelder der Entwicklung eines neuen pflegerischen Berufsethos gegenüberstand.[136] Die Patientin wurde 1965 zum ersten Mal und nach mehrfachen Entweichungen 1977 zum vierten Mal ins Waldhaus eingewiesen. Pflugfelder betonte, dass die Behandlung von Menschen mit einer «floriden Manie ausgesprochen anspruchsvoll und mühsam» sei. Seinen Instruktionen der strengen Beobachtung und allfälligen Isolation hätten die betreuenden Pflegerinnen, bedingt durch ihre «moderne Ausbildung», jedoch nicht genügend Folge geleistet. Pflugfelder zeigte sich dieser neuen «Mentalität»

---

131 Rietmann / Germann / Condrau (2018), S. 202.

132 Jahresbericht Realta / Beverin 1970, S. 185, 192; 1980, S. 35–36; Interview mit Armin Pirovino, 12.00–12.34, 13.30–13.38 und 14.35–14.40.

133 Ausbildungskurse wurden nach wie vor auch in der Schulklinik Waldhaus unterrichtet, die trotz Anerkennung der *Bündner Schule für Psychiatrische Krankenpflege* nicht aufgelöst wurde. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1970.

134 Die heutige Pflegedienstleitung übernimmt häufiger Organisations- und Leadershipfunktionen und setzt sich für die Theorie und praktische Umsetzung des Beziehungsprozesses ein.

135 Webers Übergabe des Präsidentenstabs der Schulkommission an Ruth Kuhn, die damalige Pflegedienstleiterin der Klinik Beverin, stand symbolisch für diese Aufwertung der Rolle der Pflege. Kuhn demissionierte bereits 1982 als Schulkommissionspräsidentin und mit Pierluigi Schaad übernahm ein Rechtsanwalt und Grossrat ihren Sitz.

136 StAGR V 13 e 6: Schreiben Gottlob Pflugfelders an Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Chur, 8. 7. 1977, S. 1.

der jungen Generation an Pflegerinnen und Pflegern sehr kritisch gegenüber.[137]

> *«Das Pflegepersonal auf Station F VI war durchaus informiert, dass Frau G. D. immer wieder durchbrennen wollte; trotz aller Mahnungen und Besprechungen mit dem Pflegepersonal waren aber die jungen Schwestern auf F VI beim Behüten dieser schwierigen Patienten allzu liberal. Ich darf hier beifügen, dass die sogenannte moderne Ausbildung für psychiatrische Krankenpflege die Schüler immer ermahnt, zu den Patienten möglichst rücksichtsvoll zu sein, wobei diese jungen Pfleger und Schwestern der Meinung sind, sie hätten keineswegs mehr die Pflicht: Aufzupassen und zu beaufsichtigen! Es ist schön und gut, wenn die Schwestern und Pfleger angeleitet werden, die Patienten liberal zu behandeln; in solchen krassen Fällen einer floriden Manie ist aber die Instruktion eindeutig ungenügend. Es wird immer wieder vorkommen, dass wir in der psychiatrischen Klinik unruhige und lebhafte Patienten betreuen müssen, die in ihren maniformen Phasen immer wieder durchbrennen wollen.»*[138]

Das Beispiel zeigt, dass von ärztlicher Seite her ein autoritäres und stark kontrollierendes Betätigungsfeld der Pflege auch in den späten 1970er Jahren noch virulent war.

Gemäss den Jahresberichten stellte die Klinik Beverin 1977, das Waldhaus sogar erst 1983 erstmals einen Psychologen ein.[139] Psychologische Testverfahren, etwa zur Intelligenzmessung, waren in der Psychiatrie schon länger verbreitet und wurden auf chefärztliche Anweisung von der Pflege durchgeführt. Auch unter dem Pflegepersonal gewannen psychologische Zugänge in den 1970er Jahren stärker an Beachtung. Vitus Bass beispielsweise absolvierte in dieser Zeit Kurse über Transaktions- und Schriftanalyse, über Gesprächsführung und Supervision, um die eigenständige Arbeit mit psychisch erkrankten Personen, insbesondere auch dementen Menschen, zu reflektieren. Sein Ziel war es, ihre Körpersprache zu lernen, mögliche Rückschlüsse auf ihr inneres Erleben ziehen zu können sowie simple visuelle oder optische Instrumente anzubieten – z. B. Farben –, mit denen sie die Veränderungen ihrer Symptome selbst dokumentieren und mit Pflegerinnen und Pflegern besprechen konnten. Um diese Techniken wirksam einzusetzen, sei eine intensive Begleitung und Führung der Kranken notwendig gewesen. Mit diesem neuen Verständnis der eigenen Arbeit wandelte sich auch das Bild, das die Pflege von ihren Patientinnen und Patienten hatte. Bass begann, Stationskonzepte mit Zielformulierungen und Kriterien einer «guten Pflege» und Gesprächsführung zu entwerfen (vgl. Kapitel 6.2). Dies wurde laut Bass bis dahin stark vernachlässigt, vielleicht auch, weil eine gute Pflege so schwer messbar sei. Er verstand die eigene Tätigkeit nicht mehr nur als ausführenden, sondern «suchenden Beruf», mit dem Anspruch, auf die Entwicklung der Krankheitssymptome bewusst einwirken zu können.[140]

Bass sah im Rückblick seine Bemühungen in der Tradition der 68er Bewegung. Er verfolgte damals interessiert die zeitgenössischen Debatten um die Psychiatrie in Europa. Die Psychiatriekritik in Italien, insbesondere von Franco Basaglia (1924–1980), aber auch die Jugendbewegungen waren wichtige Inspirationen für Bass, der sich zunehmend politisch engagierte. Er war Gründungsmitglied der Bündner Sektion des SBK, betrieb darin intensiv Berufspolitik, belegte Weiterbildungen und förderte nationale Kooperationen. Rückblickend empfand er die 1970er, 1980er und 1990er Jahre als besonders konstruktive Zeit. Gleichzeitig äusserte er sich kritisch über die Bürokratisierung der Gesundheitsberufe nach der Jahrtausendwende (vgl. Kapitel 6.3).[141]

In der Klinik Beverin war es Direktor Hans König, der die Bestrebungen zur verstärkten Autonomie des Pflegepersonals unterstützte. Laut Havermans und Huwyler bezog er die Pflegenden in den späten 1980er Jahren vermehrt ein, nahm Vorschläge entgegen und berücksichtigte diese gegebenenfalls auch.[142] Dass der pflegerische Aufbruch erst in die 1980er Jahre fiel, zeigt auch ein Beratungsbericht des SRK, der 1978 von der

137 Ebd., S. 2.
138 Ebd., S. 1.
139 Die Klinik Beverin stellte bereits in den frühen 1960er Jahren versuchsweise einen Psychologen für die Durchführung von Testaufgaben und Therapien ein; das Projekt scheiterte und die Klinik verzichtete bis 1977 auf Stellenprozente für einen Psychologen. 1977 aber besetzte sie eine Arztstelle mit einem Psychologen, vgl. Jahresberichte Realta/Beverin 1961, 1977.
140 Interview mit Vitus Bass, 1.17.10–1.17.25.
141 Ebd., 1.27.00–1.32.25.
142 Interview mit Antonius Havermans, 54.42–55.10; Interview mit Ursula Huwyler, 1.11.04–1.12.45.

Regierung in Auftrag gegeben wurde.[143] Der Bericht bemängelte die unterschiedliche Qualität der Pflege, wobei auf vielen Abteilungen einheitliche Zielformulierungen und Pflegepläne für die Behandlung, Betreuung, psychotherapeutischen Gruppengespräche und Lebensplanungen gänzlich fehlten. Patientinnen und Patienten wurden, so der SRK-Bericht, «irgendwie beschäftigt» und sassen oft «gelangweilt den ganzen Tag herum».[144] Von ärztlicher Seite her fehlte ein klares Konzept und eine strukturierte Kommunikation. Der SRK-Bericht wies dezidiert auf die Problematik hin, dass dem Pflegepersonal kein Einblick in die Krankengeschichten gewährt wurde. Der Bericht kritisierte, dass die Klinik Waldhaus in vielerlei Hinsicht nicht (mehr) den Vorstellungen einer modernen stationären Psychiatrie entsprach. Die Kritik hatte Signalwirkung – die Kompetenzen des Pflegepersonals wurden in den darauffolgenden Jahren spürbar ausgeweitet (vgl. Kapitel 5.1.4).

Chronische Rekrutierungsschwierigkeiten und die Einführung der Geschlechterdurchmischung

Sowohl Beverin als auch das Waldhaus bekundeten, insbesondere seit den 1940er Jahren, anhaltende Probleme bei der Rekrutierung neuer Lernschwestern und -pfleger. Zugleich verzeichneten sie zahlreiche Abgänge beim diplomierten Pflegepersonal. Die langjährigen Direktoren Weber und Pflugfelder begründeten diese Umstände einerseits mit einem fehlenden Interesse am Pflegeberuf und der gesellschaftlich nach wie vor tief verwurzelten Stigmatisierung der Psychiatrie und ihrer Angestellten.[145] Eine Ansicht, die Schaub, Pirovino, Monstein und Bass im Rückblick und aus eigener Erfahrung teilten.[146] Weber und Pflugfelder bemühten sich um die Aufklärung über den Pflegeberuf und die Psychiatrie. Intensive Werbung, Werbefahrten in Bündner Täler sowie zahlreiche orientierende Veranstaltungen blieben allerdings weitgehend wirkungslos. Der Fachkräftemangel führte sogar dazu, dass Stellen international ausgeschrieben wurden. Havermans, der in den Niederlanden aufwuchs, stolperte im Jahr 1976 zufällig in einer holländischen Tageszeitung über eine Ausschreibung der Klinik Beverin für die Stelle eines diplomierten Pflegers. Obwohl er sich auf Holländisch beworben habe und damals kaum Deutsch gesprochen habe, sei er sogleich eingestellt worden.[147]

Andererseits führten Weber und Pflugfelder die anhaltenden Rekrutierungsschwierigkeiten auf die Arbeitszeitverkürzungen für das Pflegepersonal zurück (vgl. Tabelle 12). Das Problem lag ihrer Ansicht nach darin, dass die Arbeitszeitverkürzungen auf der einen Seite zwar neue Anreize für den Beruf schufen, auf der anderen Seite aber Personalaufstockungen bedingten. Dadurch blieb der Mangel an Pflegepersonal, vor allem Pflegerinnen auf den Frauenabteilungen, weiterhin bestehen.

1946	60-Stundenwoche	10-Stundentag
1956	54-Stundenwoche	
1960	52-Stundenwoche	
1962	50-Stundenwoche	
1972	45-Stundenwoche	
1973	45-Stundenwoche	5-Tagewoche
1976	44-Stundenwoche	
1988	42-Stundenwoche	

Tabelle 12: Arbeitszeitverkürzungen Pflegepersonal 1946–1988

Quelle: Jahresberichte Waldhaus und Realta/Beverin 1946–1990.

Wegen der Vorbehalte der Direktoren war das Waldhaus erst im Jahr 1948 bereit, die 1946 von der Regierung beschlossene Einführung des 10-Stundentags und der 60-Stundenwoche für die Pflegerinnen zu realisieren – und das nur dank der Vermittlung deutscher Krankenschwestern durch das SRK.[148] Ausserkantonales und ausländisches Pflegepersonal bildeten einen substantiellen Anteil des pflegerischen Personalbestands, vor allem auf der Frauenseite (vgl. Diagramme 35 und 36). In der Klinik Beverin war der Personalmangel in der frühen Nachkriegszeit weniger gravierend, daher setzte sich das Personal in Beverin aus weniger ausländischen oder ausserkantonalen Pflegenden

143 StAGR V 13 e 1: Schellenberg, Beratungsbericht Waldhaus Chur vom SRK, 20.04.1979; Jahresbericht Waldhaus 1979.

144 Ebd., S. 1–4.

145 Weber beklagte die nach wie vor kursierenden Vorurteile gegenüber «Heilanstalten» und Pflugfelder summierte 1967, dass der «Tag der offenen Tür» in der Öffentlichkeit nur auf geringes Echo gestossen sei. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1967; Jahresbericht Realta/Beverin 1964, S. 12.

146 Interviews mit Christian Schaub, 1.08.20–1.08.50, Armin Pirovino, Aufnahme 1, 3.10–3.24, Walter Monstein, 1.25.24–1.25.58, und Vitus Bass, 28.15–30.00.

147 Interview mit Antonius Havermans, 1.55–2.50.

148 Jahresbericht Waldhaus 1948, S. 30.

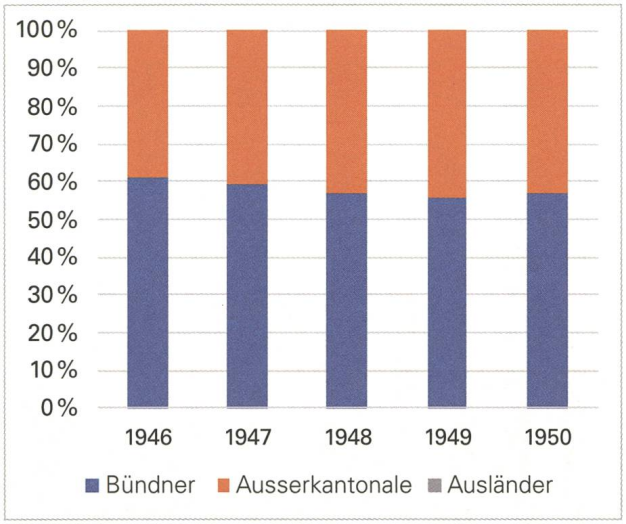

Diagramm 35: Herkunft Pfleger, Klinik Waldhaus 1946–1950
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1946–1950.

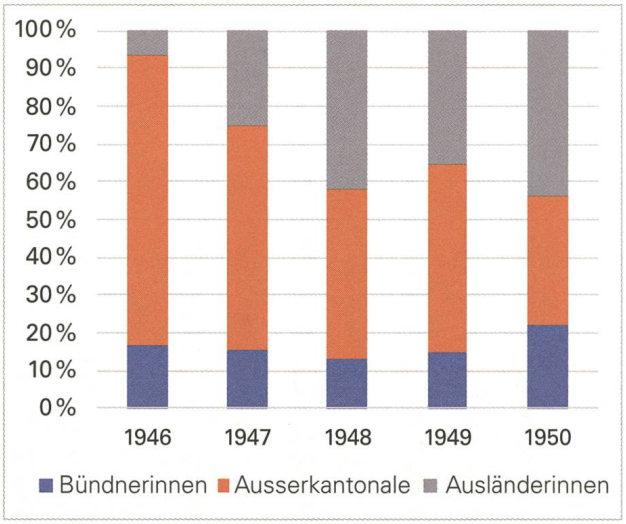

Diagramm 36: Herkunft Pflegerinnen, Klinik Waldhaus 1946–1950
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1946–1950.

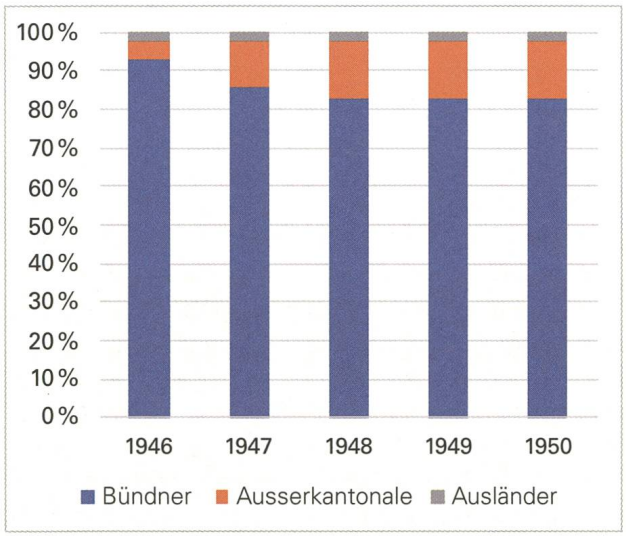

Diagramm 37: Herkunft Pfleger, Klinik Realta/Beverin 1946–1950
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1946–1950.

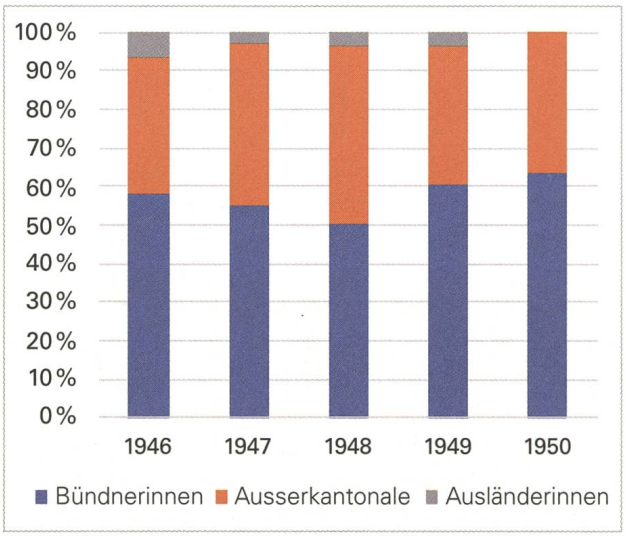

Diagramm 38: Herkunft Pflegerinnen, Klinik Realta/Beverin 1946–1950
Anmerkung: In den Jahresberichten beider Kliniken sind die Angaben zur Herkunft der Pflegepersonen nur für die Jahre 1946–1950 dokumentiert.
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1946–1950.

zusammen (vgl. Diagramme 37 und 38). Beverin-Direktor Pfister sprach 1950 gar davon, dass die Klinik Beverin «als einzige Heil- und Pflegeanstalt des Landes ohne Anstellung ausländischer Pflegerinnen» auskomme.[149] Spätestens ab den 1950er Jahren wurde jedoch auch Beverin von der Personalnot erfasst.

Verschärft wurden die Rekrutierungsprobleme mit der Einführung der 52-Stundenwoche durch den Kleinen Rat. Pflugfelder sah sich für die weibliche Belegschaft sogar zu zeitweiligen Einschränkungen in der Arbeitstherapie und Gartengruppe, der Freizeitgestaltung (Spaziergänge, Heilgymnastik, Turnstunden) und den Pflegearbeiten gezwungen. Die Zahl der neu eintretenden Lernschwestern war zu tief.[150] Die Leidtragenden waren nach Pflugfelder letztlich die Patientinnen und Patien-

149 Jahresbericht Realta 1950.

150 Jahresbericht Waldhaus 1960, S. 57.

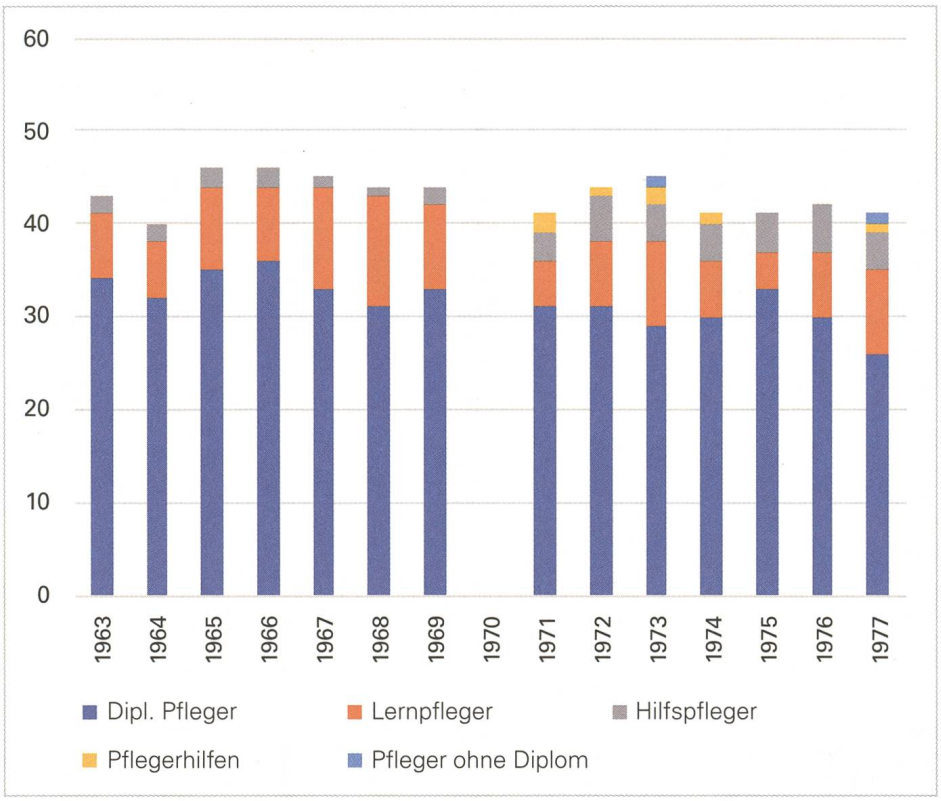

Diagramm 39: Ausbildungsstand Pfleger, Klinik Waldhaus 1963–1977
Quelle: Jahresberichte Waldhaus 1963–1977.

ten.[151] Offenbar wurde es trotz intensiver Werbung, besserer Besoldungsansätze und Arbeitszeitverkürzungen immer schwieriger, junge Frauen für den Beruf der Psychiatriepflege zu gewinnen. Ein solcher Arbeitskräftemangel war in der Zeit der frühen Hochkonjunktur ein allgemeines Problem. Doch Spitalbetriebe waren davon besonders betroffen, weil Pflegearbeiten nicht rationalisiert und die 5-Tagewoche kaum umgesetzt werden konnten. Ausserdem verlangten Spitalberufe – insbesondere im Pflegebereich – eine qualifizierte Ausbildung und sprachliche Kompetenzen (Kenntnis einer Landessprache). Sie konnten nicht unmittelbar von neu zugezogenen Migrantinnen und Migranten, etwa aus südeuropäischen Ländern, übernommen werden.

Die wenigen Lernschwestern und die hohen Fluktuationsraten beim diplomierten weiblichen Pflegepersonal zwangen die Kliniken, nach alternativen Lösungen bei der Personalbeschaffung zu suchen. So begannen sie in den 1960er Jahren zunehmend, provisorisch Hilfsschwestern und Schwesternhilfen anzustellen, die weniger gut ausgebildet waren. Diese kamen oft nur tageweise, halbtägig oder stundenweise zum Einsatz. Besonders im Waldhaus stellten sie einen nicht unwesentlichen Teil des weiblichen Pflegepersonals (vgl. Diagramme 39 und 40); ungelerntes Personal kam im Waldhaus wesentlich zahlreicher als in Beverin zum Einsatz.[152] Auch mit der Einstellung von «Putzburschen» und «Putzmädchen» versuchte die Waldhaus-Direktion, das ausgebildete Personal von pflegefremden Verrichtungen zu entlasten.[153]

Die sich verringernde Qualität der Pflege hatte aus Sicht der Chefärzte unmittelbare Folgen für Patientinnen und Patienten. Pflugfelder führte die vermehrten Unfälle, vor allem Schenkelhalsfrakturen, auf die Reduktion des Pflegebestands zurück und sah sich künftig «zu grösster Zurückhaltung bei nicht dringlichen Aufnahmen» genötigt.[154] Das betraf vor allem gerontopsychiatrische Abteilungen. Sturzverletzungen sind bis heute in der Gerontopsychiatrie ein qualitatives Messkriterium.[155] Selbst bei den personalintensiven Insulinkuren habe das Waldhaus wegen des Personalmangels Einschränkungen in Kauf nehmen müssen, so Pflugfelder. Das Fazit seines Direktorenkollegen Weber fiel ähnlich negativ aus.

151 Jahresbericht Realta/Beverin 1962, S. 12.

152 Im Sommer kamen in den 1970er Jahren auch Gruppen des *Christlichen Friedensdienstes* aus verschiedenen europäischen Ländern als freiwillige Helfer, u. a. bei Spaziergängen und Ausflügen, zum Einsatz. Jahresbericht Waldhaus 1970, S. 179.

153 Jahresbericht Waldhaus 1971, S. 200.

154 Jahresbericht Waldhaus 1962, S. 60–61.

155 Vgl. Steidl/Nigg (2014), S. 74–83.

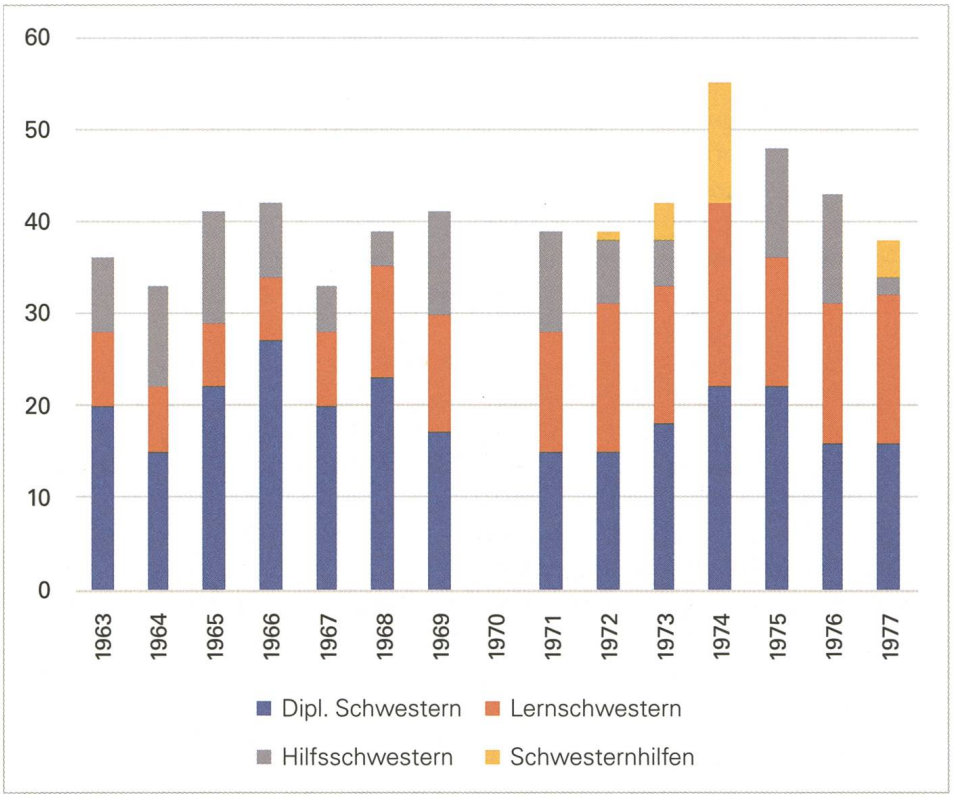

Diagramm 40: Ausbildungsstand Pflegerinnen, Klinik Waldhaus 1963–1977
Anmerkung: In den Jahresberichten sind die Angaben zum Ausbildungsstand des Pflegepersonals nur für die Jahre 1963–1977 dokumentiert. Für das Jahr 1970 sind keine Daten überliefert.
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin und Waldhaus 1963–1977.

> *«Auch heute noch [können] die Behandlungsmöglichkeiten infolge Aerzte- und Pflegepersonal-Mangel, Ueberbelegung der Abteilungen, mangelnden Interesses der Oeffentlichkeit für psychiatrische Belange, nicht ausgeschöpft werden.»*[156]

Die chronischen Rekrutierungsengpässe zwangen weiter zu Notfallmassnahmen, die später gewinnbringend in die Betreuungsstruktur implementiert wurden. Da das Waldhaus 1966 nach wie vor Mühe bekundete, eine zweite Oberschwester anzuwerben, entschloss sich Pflugfelder, einen Pfleger als Oberschwesternadjunkt einzustellen und durchbrach so aus pragmatischen Gründen erstmals die bis dahin strenge Geschlechtertrennung beim Personal. Im Folgejahr setzte er – bedingt durch den anhaltenden Personalmangel bei der weiblichen Belegschaft – erstmals ausnahmsweise einen diplomierten Pfleger auf einer Frauenabteilung ein.[157] Die guten Erfahrungen bewegten ihn dazu, an dieser Personalverlegung festzuhalten.[158] So integrierte Pflugfelder diese anfänglich «notgedrungene Lösung» in den 1970er Jahren in die Ausbildung, indem unabhängig vom Geschlecht Lernende erfolgreich sowohl auf den Frauen- als auch Männerabteilungen eingesetzt wurden.[159] Insbesondere der Einsatz weiblichen Pflegepersonals auf der Männerseite empfand die ärztliche Leitung als «fühlbare Auflockerung der Atmosphäre».[160]

Dieser ressourcenbedingte personelle Durchmischungsprozess – der in der Klinik Beverin, wenn auch leicht verspätet, ähnlich ablief – scheint eine Bündner Eigenheit gewesen zu sein.[161] In der Basler Friedmatt beispielsweise setzte die Direktion ebenfalls zunehmend Pflegerinnen auf ruhigen Männerabteilungen ein, jedoch um durch die tieferen Frauenlöhne Kosten zu sparen.[162] Auf die Durchmischung beim Personal folgte in Graubünden bald auch die Forderung, die historisch bedingte Geschlechtertrennung der Patientenabteilungen aufzuheben. Im Laufe der 1980er Jahre

156 Jahresbericht Realta/Beverin 1973, S. 197.
157 Jahresbericht Waldhaus 1967, S. 163.
158 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1966, S. 72, 1967, S. 163, 1968, S. 159, 1972, S. 189, 1973, S. 193.
159 Jahresbericht Waldhaus 1971, S. 200.
160 Jahresbericht Waldhaus 1973, S. 191.
161 Zur Entwicklung in der Klinik Beverin sagte Weber 1972: «Das Problem der Personalrekrutierung spitzt sich immer mehr zu. Besonders kritisch ist die Lage bei den diplomierten Psychiatrieschwestern. Engpässe auf der Frauenabteilung müssen durch den Einsatz von Pflegern überbrückt werden», vgl. Jahresbericht Realta/Beverin 1972, S. 200.
162 Braunschweig (2004), S. 120.

wurde diese Idee schrittweise durch Neustrukturierungen der Abteilungen umgesetzt.[163]

Nach den Jahresberichten ging die Geschlechterdurchmischung auf ärztliche Initiativen zurück. Die «Zweispurigkeit» bei den Patientinnen und Patienten, wie sie Pirovino im Gespräch bezeichnete, war aber auch der Pflege ein Dorn im Auge.[164] Bemängelt wurden fehlende Austauschmöglichkeiten und alltagspraktische Einschränkungen, die durch die Trennung der Geschlechter entstanden. Laut Pirovino blieben die Baderäume wegen des knappen Warmwasservorrats alternierend eine Woche für die einzelnen Männerabteilungen und die darauffolgende Woche für die verschiedenen Frauenabteilungen reserviert. Gerade bei den «unreinen» älteren Patientinnen und Patienten der gerontopsychiatrischen Abteilungen erwies sich diese Regelung, nur alle 14 Tage baden zu können, als höchst problematisch und zeitigte massgeblichen Einfluss auf die mangelnde Hygiene dieser Abteilungen. Insofern war die systematische Zusammenlegung der Geschlechter für Pirovino ein zentrales Anliegen in der Kaderschule – ein Ziel, das er im Waldhaus erst unter Direktor Fontana umsetzen konnte.

Offenbar war die Pflege ein wichtiger Faktor für die Einführung der Geschlechterdurchmischung auf den Abteilungen in den Bündner Kliniken. Bass berichtete, dass das Waldhaus die erste Klinik war, die in den 1960er Jahren Männer und Frauen in der Akutpsychiatrie durchmischte.[165] Ähnlich fallen die Einschätzungen zur Klinik Beverin aus. Monstein wies im Gespräch darauf hin, dass «wir da eigentlich den Funken gezündet [haben]». Er habe Weber, zu dem er ein gutes Verhältnis gepflegt habe, die Durchmischung des Personals empfohlen. Weber sei anfangs dagegen gewesen, speziell bezüglich der Arbeit von Frauen auf der Männerseite. Schliesslich habe er Weber überzeugen können, Monsteins Nichte, die damals eine Lehre als Psychiatrieschwester absolvierte, auf der Männerseite einzusetzen. Der Erfolg führte dazu, dass sie auch auf der unruhigen Aufnahmestation eingesetzt wurde. Die neue Praxis breitete sich schrittweise in der ganzen Klinik aus.[166] Dass Weber Monsteins Vorschlag entsprach und das Experiment glückte, zeigt nicht zuletzt, dass solche Entscheidungen nicht zwangsläufig aufgrund hierarchischer Autorität zustande kommen mussten.

4.2 Die Ärzteschaft: Bedeutung der psychiatrischen Gutachtertätigkeit

Die Perspektiven von Regierung, Verwaltung und ärztlichem Personal werden im vorliegenden Bericht sehr ausführlich abgebildet. Deshalb beschränkt sich das Kapitel über die Innenansichten der Ärzteschaft auf einen zentralen Auftrag der Psychiatrie – die psychiatrische Gutachtertätigkeit. Für die Institutionalisierung der psychiatrischen Expertise ausserhalb der Kliniken spielten die Gutachten eine wegweisende Rolle. Spätestens seit Mitte des 20. Jahrhunderts, als die Zahl gestellter Gutachten in Graubünden rasant zunahm, wurde das psychiatrische Expertenwissen zu einem Dreh- und Angelpunkt für Prozesse in den Bereichen Zivilrecht, Strafrecht und Versicherungsrecht. Entsprechend vielfältig waren die zuweisenden Instanzen. Begutachtungsaufträge gingen unter anderem von Vormundschafts- und Fürsorgebehörden, Gerichten, Staatsanwaltschaften und Versicherungen aus. Die Psychiatrie als begutachtende Autorität nahm die Aufträge entgegen und bezog aus medizinischer Sicht Stellung zu den gestellten zivilrechtlichen, strafrechtlichen und versicherungsrechtlichen Fragen. Die Antworten auf diese Fragen waren handlungsvorbereitend, sie schlugen eine bestimmte Massnahme vor, beispielsweise eine Bevormundung aufgrund von «Geisteskrankheit» oder «Geistesschwäche» nach ZGB-Artikel 369.[167] Den Auftraggebern des Gutachtens stand es allerdings offen, diesen Empfehlungen zu folgen – sie waren letztlich formell verantwortlich für den Beschluss einer Massnahme. In der Forschung der letzten Jahre verdichteten sich die Anzeichen, dass die Behörden ihre Praxis stark mit den Gutachten legitimierten. Rietmann konnte in

163 Eine Ausnahme bildet das «Haus Salvorta», das bereits in den 1970er Jahren mit dieser Durchmischung begann.

164 Interview mit Armin Pirovino, Aufnahme 1, 57.02–58.23.

165 Interview mit Vitus Bass, 1.05.30–1.05.58. Auch für Havermans und Huwyler war die Aufhebung der Geschlechtertrennung ein wichtiges Ereignis in ihrer beruflichen Laufbahn. Havermans wurde bei seinem Stellenantritt 1977 sogar direkt auf der geschlossenen Frauenstation eingeteilt, auf der bisher nur ein Mann als Stationsleiter gearbeitet hatte. Er wurde explizit für Spaziergänge eingesetzt, da man den Patientinnen nicht zutraute, in seiner Gegenwart zu flüchten. Vgl. Interview mit Antonius Havermans 13.20–15.15; Interview mit Ursula Huwyler, 44.34–45.12.

166 Interview mit Walter Monstein, 16.38–19.15.

167 Zur Vorstellung, dass Gutachten eine Handlung vorbereiten, siehe Geisthövel (2017), S. 13, 17.

ihrer Studie zu fürsorgerischen Massnahmen in Graubünden aufzeigen, dass die vormundschaftsbehördlichen Entscheide oft «massgeblich» von den psychiatrischen Experten und ihrer «hohen Legitimierungskraft» beeinflusst wurden.[168]

4.2.1 Die Anfänge der Begutachtung und der Kampf um eine angemessene Entschädigung

Das Verfassen von psychiatrischen Gutachten geht im Kanton Graubünden bis in das 19. Jahrhundert zurück. Gutachten wurden anfangs allerdings noch in einem kleinen Umfang erstellt (vgl. Diagramm 41). J. J. Jörger schilderte die begutachteten Fälle in den ersten Jahresberichten der Klinik Waldhaus ausführlich. Ein diskreter, reglementierter Umgang mit den Begutachtungsaufträgen war zu dieser Zeit offenbar noch nicht üblich. So heisst es im ersten Betriebsjahr:

> *«Forense Fälle kamen 4 zur Aufnahme und Begutachtung. Ein Mann hatte sich der Blutschande schuldig gemacht. Unser Gutachten wies nach, dass der Angeklagte schon mehrere Anfälle von Geistesstörung durchgemacht und dass er sich zur Zeit der verbrecherischen Handlung in maniakalischem Zustande befunden habe. – der Mann wurde vom bündnerischen Kantonsgerichte unter Annahme mildernder Umstände zu 10 Monat Gefängnis verurteilt».*[169]

Der Nachweis eines manischen Schubs während des Inzests, den Jörger im Rahmen seines Gutachtens erbracht habe, veranlasste das Kantonsgericht dazu, die Gefängnisstrafe auf zehn Monate zu reduzieren. Bei einer weiteren zugewiesenen Person im selben Jahr diagnostizierte Jörger eine chronische «Verrücktheit mit Verfolgungs- und Grössenwahn», woraufhin das Kriminalgericht für die betreffende Person einen Freispruch und die Versorgung in einer Heil- und Pflegeanstalt verfügte. Bereits die ersten Gutachterfälle deuten an, welche Wirkungskraft die psychiatrischen Gutachten hatten – selbst in einer Zeit, als die Psychiatrie noch kein hohes Prestige genoss.[170]

Das galt aber nicht für alle Gutachten, die um die Jahrhundertwende von der Bündner Psychiatrie gestellt wurden. Bei Personen, die zeitgenössische soziale Normen verletzt hätten, zeigte sich das Gericht bisweilen kritischer gegenüber den Empfehlungen der Gutachten. 1897 beispielsweise überwies das Gericht einen Alkoholiker dem Waldhaus zur Begutachtung, der mehrere Straftraten begangen hatte. Jörger diagnostizierte ein «Delirium tremens», das heisst Störungen, die im Alkoholentzug nach langjährigem Alkoholmissbrauch aufgetreten seien. Aus seiner psychiatrischen Perspektive habe der Begutachtete folglich die Straftaten «im Zustande» einer «Bewusstlosigkeit» begangen – Jörger meinte damit wohl, dass der Begutachtete aufgrund «Delirium tremens» zum Tatzeitpunkt nicht zurechnungsfähig gewesen sei. Das Gericht akzeptierte die Diagnose zwar, hielt den alkoholbedingten Zustand der Bewusstlosigkeit aber für «selbstverschuldet» und verurteilte den Begutachteten nach bündnerischem Strafrecht zu zwei bis drei Jahren Gefängnis.[171] Die damaligen forensischen Einschätzungen geben eine Vorstellung davon, wie die zeitgenössischen Diagnosekategorien wahrgenommen wurden. Die Diagnose Psychopathie, nach zeitgenössischem Verständnis sozial deviantes Verhalten und Persönlichkeitsstörung, genügte beispielsweise nicht, den Begutachteten von seiner Schuldfähigkeit freizusprechen.[172] In den Jahresberichten der Jahrhundertwende finden sich zudem auch Hinweise darauf, dass Jörger bereits «zahlreiche Gutachten» in Fragen der Ehescheidung und Eheschliessung abgegeben habe (vgl. auch Kapitel 2.2.2).[173]

Das Gutachterwesen war keine freiwillige Nebentätigkeit der Klinikärzte. Die Regierung legte in den Statuten fest, dass psychiatrische Gutachten von Beginn an zum Pflichtenkreis des Direktors beziehungsweise des ihn vertretenden Arztes gehörten.[174] Sie gehörten also offiziell zu den Aufgaben, für die die Direktion ihr gesetzlich reglemen-

---

168 Vgl. Rietmann (2017), S. 17. Siehe dazu auch Bühler et al. (2019), S. 21.

169 Jahresbericht Waldhaus 1892, S. 123.

170 Ebd.

171 Jörger gab im Jahresbericht den Inhalt der Straftaten nicht bekannt. Vgl. Jahresbericht Waldhaus 1897, S. 128. Bei einem Beispiel von 1900 verfügte das Gericht auf das Gutachten hin eine Versorgung des Begutachteten in einer Trinkerheilstätte, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1900, S. 4.

172 Siehe z. B. Jahresberichte Waldhaus 1925, S. 175, 1931, S. 205, 1935, S. 232.

173 Vgl. Jahresberichte Waldhaus 1892, S. 124, 1896, S. 124, 1897, S. 128 (Zitat).

174 StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 16.

tiertes, fixes Honorar erhielt.[175] Diese Reglung führte langfristig zu Problemen. Das Verlangen nach Gutachten schwankte von Zeit zu Zeit stark. Zudem wurden nicht alle Direktoren in demselben Ausmass für Gutachten aufgesucht. J. B. Jörger, der ab 1930 die Klinik Waldhaus führte, habe nach eigener Ansicht einen guten Ruf als Gutachter genossen und entsprechend viele Aufträge von den Behörden entgegengenommen. Mehr Gutachten bedeuteten aber auch mehr Arbeit. Deshalb begann er in den 1920er Jahren auch eigene Rechnungen auszustellen. Als die Regierung darauf aufmerksam wurde, forderte sie eine Begründung für die Rechnungsstellung. Jörger war nicht damit einverstanden, dass der Direktor «ex officio der psychiatrische Begutachter der Behörden sei».[176]

> *«Die psychiatrische Begutachtung ist in jedem Falle eine durch besondere Umstände veranlasste Extraarbeit von spezieller Verantwortung, oft von grossem Umfang u. bedeutender Zeitanforderung. Sie basiert auf speziellen Untersuchungen, Erhebungen, auf Aktenstudien u. erheischt eingehende schriftliche Darlegungen, was alles für gewöhnliche Behandlung u. Pflege eines Kranken in der Anstalt nicht oder in bedeutend geringerem Masse erforderlich ist.»*[177]

Er stellte sich auf den Standpunkt, dass unter den Umständen einer Begutachtungspflicht der bestehende Ärzteetat «längst nicht hinreichen» würde. Zudem würde er diverse Gutachten ambulant stellen, bei denen der «Explorand» gar nicht erst mit der Anstalt in Berührung gekommen sei. Jörger forderte eine «Praxis der Honorierung», wie sie beispielsweise bei der eidgenössischen Militärversicherung, die spitalärztliche Gutachten, Arztzeugnisse und Berichte speziell honoriert habe, praktiziert worden sei. Ohnehin würden alle Spitalärzte für Extraleistungen eigene Honorare beziehen. Jörger betonte auch, dass diese Handhabung in Graubünden eigentlich bereits geläufig gewesen sei. Die Behörden, vor allem Justiz und Erziehungsdepartement, hätten die von ihm gestellten Rechnungen immer ohne Widersprache visiert. In der Praxis schien die berufliche Autonomie der Anstaltsärzte nicht so stark durch organisatorische Hierarchien und Bestimmungen eingeschränkt gewesen zu sein. Mit den neu aufgeworfenen Beanstandungen würde das Justizdepartement ein funktionierendes System in Frage stellen, das auch von den Aufsichtsbehörden der Anstalt mitgetragen worden sei.[178] Die Aufsichtskommission stellte sich in dieser Angelegenheit dezidiert hinter Jörger.

> *«Die Aufsichtskommission hält nach wie vor an der Ansicht fest, dass die Anstaltsärzte auf Grund der Statuten nicht angehalten werden könnten, die oftmals sehr zeitraubende Arbeit der Begutachtungen unentgeltlich zu leisten.»*[179]

Langfristig war die Debatte damit aber nicht vom Tisch. 1945 machte die Staatsanwaltschaft Jörger – vermutlich auf eine gestellte Rechnung hin – eindringlich auf die Statuten aufmerksam. Diese sprächen unmissverständlich von einer Amtspflicht: «Die bezügliche Bestimmung sagt ganz kategorisch; ‹... und gibt auf Verlangen zuständiger Behörden irrenärztliche Gutachten ab.›»[180] Für die Staatsanwaltschaft war es selbstverständlich, dass der Direktor in Ausnahmefällen, etwa bei starker Belastung des Klinikbetriebs, auch Begutachtungsaufträge zurückweisen dürfe. Allerdings zeigte sie kein Verständnis dafür, dass Direktoren persönlich Rechnungen für die erbrachten Gutachten stellten. Um weitere Differenzen zu vermeiden, schlug sie vor, den entsprechenden Artikel in den Statuten anzupassen. Vor allem sei der Begriff «zuständige Behörden» zu präzisieren, beziehungsweise auf Vormundschaftsbehörden und Strafgerichte zu reduzieren. Zudem verlangte sie eine Regelung der Privatgutachten der Direktoren, damit nicht die amtlich vorgesehenen darunter leiden würden – dieses Anliegen wurde von der Regierung abgelehnt, da es den Direktoren statu-

175 StAGR V 13 e 1: Schreiben der Staatsanwaltschaft Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement, Chur, 4.9.1945, S. 1.

176 Offenbar übernahm er von seinem Vater, dem damaligen Direktor der Klinik, einige Gutachtenaufträge. Zudem legen seine Ausführungen nahe, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bereits auch Ober- und Assistenzärzte für Gutachten in Anspruch genommen wurden. Vgl. StAGR IV 10 b 13: Schreiben J. B. Jörgers an das Tit. Justizdepartement Graubünden, Masans, 15.7.1928.

177 Ebd.

178 Ebd.

179 StAGR IV 10 b 13: Schreiben der Aufsichtskommission der Anstalten Waldhaus und Realta an das Tit. Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Graubünden, Chur, 12.10.1928.

180 StAGR V 13 e 1: Schreiben der Staatsanwaltschaft Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement, Chur, 4.9.1945, S. 2.

tarisch erlaubt war, nebenbei eine Privatpraxis zu führen.[181] Dem Bedürfnis der Direktoren nach einem zusätzlichen Honorar für die erbrachten Gutachten kam die Staatsanwaltschaft allerdings nur leicht entgegen. Sie befand es als vertretbar, für ausserordentlichen Zeitaufwand eine pauschale Entschädigung zu entrichten.[182] Noch im selben Jahr passte die Regierung die Rahmenbedingungen für die Gutachtertätigkeit der Direktoren an – zugunsten J. B. Jörgers und seinen Kollegen. Die Behörden, die Gutachten bei den Klinikdirektoren einholen durften, blieben jedoch sehr weit gefasst:

«Entschädigung der Direktoren der Anstalten Waldhaus und Realta für amtliche Gutachten:

1. Die Direktoren der kantonalen Anstalten Waldhaus und Realta sind berechtigt, für die von den zuständigen kantonalen Instanzen verlangten, in ihren Pflichtenkreis fallenden psychiatrischen Gutachten über Personen, die in die Anstalt eingewiesen werden oder sich bereits dort befinden, eine Entschädigung zu verlangen.
2. Als zuständige Behörden im Sinne des § 16 der Anstaltsstatuten werden der Kleine Rat oder die einzelnen Departemente, die Staatsanwaltschaft, die Kreisämter und die Vormundschaftsbehörden sowie deren Aufsichtsinstanzen bezeichnet.
3. Die Entschädigung kann je nach der Schwere des Falles bzw. des hiezu benötigten Mehrzeitaufwandes Fr. 10.– bis 60.– betragen.»[183]

Doch mit der zunehmenden Gutachtertätigkeit, die spätestens um 1940 zu verzeichnen ist, wuchsen auch die Gehaltsforderungen der Klinikärzte. 1966 beschloss die Bündner Regierung, diesem Anliegen Rechnung zu tragen und erhöhte die Honorare für psychiatrische Gutachten. Dabei legte sie allerdings fest, dass 20 Prozent der Gutachterkosten nicht zugunsten der begutachtenden Ärzte, sondern für den Schreibaufwand der Kliniken ausbezahlt werden sollen. Da die Kliniken dem Kanton unterstanden, kam dieses Fünftel an Gutachterkosten künftig der kantonalen Verwaltung zu.[184] Pflugfelder war mit dem Regierungsbeschluss nicht einverstanden und kündigte an, dass er und sein ärztliches Personal in einen Gutachterstreik treten würden.[185] Er widersprach zudem vehement der Vorstellung, dass die Gutachtertätigkeit für ihn eine lukrative Nebenbeschäftigung dargestellt hätte. Vielmehr sei sie ein integraler Bestandteil seiner beruflichen Aufgaben als Psychiater. Darüber hinaus schrieb er der Gutachtertätigkeit auch eine dokumentarische Bedeutung zu:

> *«Die Übernahme solcher psychiatr. und neuropsychiatr. Gutachten ist kein Steckenpferd des einzelnen Arztes, sondern nach unserer Auffassung eine recht belastende ärztliche Pflicht. [...] Erst in 20 und 50 Jahren wird man genügend schätzen, welche wertvollen Informationen im Krankengeschichtenarchiv und auch in den ambulanten Krankengeschichten mit Gutachten gesammelt worden sind.»*[186]

4.2.2 Sachverständige für Behörden und Gerichte: Intensivierung der Gutachtertätigkeit seit den 1940er Jahren

Hans König, der von 1984 bis 1993 die Klinik Beverin führte, wies darauf hin, dass die Anzahl praktizierender Fachärzte Psychiatrie zu seiner Amtszeit in Graubünden überschaubar gewesen und deshalb Gutachtertätigkeit in Graubünden lange primär Sache der Kliniken war.[187] Dieser Umstand stellte die Einrichtungen mit der Zeit vor Herausforderungen, denn seit den 1940er Jahren nahm die Nachfrage nach straf- und zivilrechtlichen Gutachten der Klinik Beverin stark zu (vgl. Diagramm 41). Eine Entwicklung, die für das Waldhaus bereits 1932 moniert wurde:

> *«So sehr erfreulich es ist, dass die Meinung des Psychiaters steigender Beanspruchung sich erfreut, so hoffen wir doch, die Gutachtertätigkeit, die immer eine zeitraubende Mehrarbeit bedeutet, bewege sich nicht immer in solchen Zahlen.»*[188]

---

181 Ebd., S. 2–3; Zum Thema der freien Arztpraxen vgl. StAGR V 13 e 1: Schreiben der Finanzkontrolle des Kantons Graubünden an das Justiz- und Polizeidepartement Graubünden, Chur, 28.6.1944.

182 Ebd., S. 3.

183 StAGR VA 15: Entschädigung der Direktoren der Anstalten Waldhaus und Realta für amtliche Gutachten, 1945.

184 StAGR V 13 a 2: Der Kleine Rat des Kantons Graubünden, Protokoll Nr. 1536. Regierungsbeschluss zur Honorierung von psychiatrischen Gutachten, Chur, 25.7.1966.

185 Vgl. StAGR V 13 a 2: Stellungnahme Gottlob Pflugfelders zum Kleinratsbeschluss vom 27.6.1966, Chur 27.7.1966. Vgl. auch Aliesch (2013), S. 45–46.

186 Ebd.

187 Interview mit Hans König, 2.20.15–2.37.20

188 Jahresbericht Waldhaus 1932, S. 205.

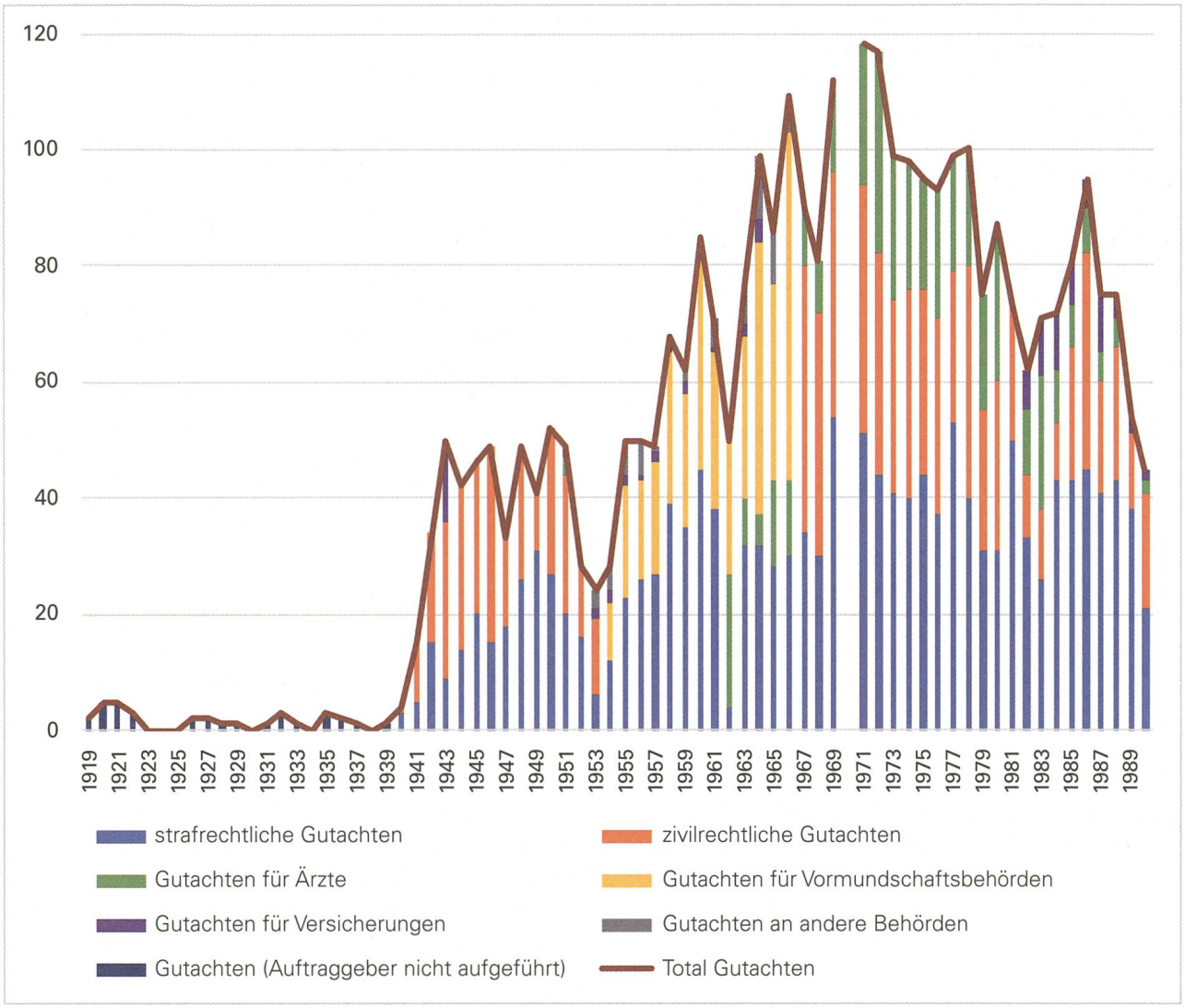

Diagramm 41: Gutachtertätigkeit der Klinik Realta/Beverin 1919–1990

Anmerkung: Die Gutachtertätigkeit ist vor allem für die Klinik Beverin gut dokumentiert. Die Gründe für die deutliche Abnahme der Gutachtertätigkeit Ende der 1980er Jahre konnten im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend geklärt werden.
Quelle: Jahresberichte Realta/Beverin 1919–1990.

Die Zunahme der in Auftrag gegebenen Gutachten hing unter anderem mit der rechtlichen und institutionellen Entwicklung zusammen. 1942 trat das Schweizerische Strafgesetzbuch (StGB) in Kraft und 1960 wurde die Invalidenversicherung (IV) eingeführt. Strafrechtliche und zivilrechtliche Fälle machten weiterhin den Grossteil der Gutachtertätigkeit aus. Als Reaktion auf die Zunahme an Aufträgen begannen die Ärzte Mitte der 1960er Jahre vermehrt ambulant Gutachten zu stellen. Damit verbunden sollte die stationäre Begutachtung von «Exploranden» – wie die Begutachteten fachsprachlich bis heute bezeichnet werden – in einem handhabbaren Rahmen gehalten werden.

Auffällig bei der Gutachtertätigkeit der Klinik Beverin ist der starke Anstieg der strafrechtlichen Gutachten um 1969/70. Das starke Wachstum betrifft vor allem ambulante Begutachtungen bei drogensüchtigen Jugendlichen (Haschisch und LSD).[189] Der generelle Anstieg strafrechtlicher Gutachten hing aber auch mit der institutionellen Verbindung von Psychiatrie und Strafjustiz zusammen. Laut Direktor Oskar Pfister verfügte der Anstaltskomplex um 1950 in der Gutachtertätigkeit «eine gewisse Spezialität». Obwohl in Realta weniger Ärzte angestellt waren als im Waldhaus, wurden in Realta zwei bis drei Mal mehr Gutachten gestellt.[190] Auch die spätere Chefärztin

189 Jahresbericht Realta/Beverin 1969, S. 9.

190 Die Umbenennung in «Heil- und Pflegeanstalt Beverin» erfolgte erst 1951. Deshalb sprach Pfister in seinem

Suzanne von Blumenthal sah eine klare Tendenz der Staatsanwaltschaft, bei Abklärungen über die Hafterstehungsfähigkeit den Auftrag an die Klinik Beverin zu vergeben.[191]

Das wachsende Gutachterwesen bedeutete nicht nur ärztliche Mehrarbeit, sondern gemäss Pfister auch eine «erfreuliche Zunahme» von «frische[n] und akute[n] Fällen» zur Untersuchung und Abklärung – dies in einer Zeit, als sich die Ärzteschaft darüber beklagte, dass in Realta nur Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten versorgt würden.[192] Pfister stellte in den ersten fünf Jahren seiner Amtszeit 85 Expertisen aus. Davon standen laut seinen Angaben rund 30 im Zusammenhang mit Sittlichkeitsdelikten.[193]

Das Waldhaus setzte andere gutachterliche Schwerpunkte. Zwischen 1965 und 1985 verfassten die dortigen Ärzte diverse Gutachten zur Klärung der Diensttauglichkeit für die Rekrutenschule. Ab 1980 sind zudem diverse Begutachtungen bei Schwangerschaftsunterbrechungen gemäss Art. 120 StGB überliefert (vgl. Kapitel 5.2.1).[194] In diesen beiden Feldern waren psychiatrische Gutachten Teil eines Rechtsverfahrens. Beim Militär suchten viele Dienstunwillige die Befreiung über ein ärztliches Gutachten, den sogenannten «blauen Weg». In Abtreibungsfällen war ein Schwangerschaftsunterbruch ebenfalls nur legal nach Vorliegen eines ärztlichen Gutachtens, zumindest bis zur Einführung der «Fristenlösung» 2002.

Hans König, von 1984 bis 1993 Chefarzt der Klinik Beverin, räumte der Gutachtertätigkeit einen hohen Stellenwert ein. In seinen Augen war das Ausstellen von Gutachten eine Möglichkeit, der Psychiatrie eine bessere wissenschaftliche Legitimität und öffentliche Anerkennung zu verschaffen. Heute ist für die Gutachtertätigkeit eine spezielle Zertifizierung notwendig. König sah in dieser Entwicklung nicht nur Positives. Bereits in der Ausbildung habe er unter Anleitung der jeweiligen Vorgesetzten sehr viele Gutachten geschrieben und an den gemeinsamen Vorstellungen mitdiskutiert. Rückblickend betonte er die Wichtigkeit dieser praktischen Erfahrungen, vor allem gegenüber der verbreiteten Ansicht, dass allein ein Kurs zur Begutachtung legitimieren solle.[195]

Das Gutachterwesen war für die Ärztinnen und Ärzte eine aufwändige Zusatzbeschäftigung. Ein Gutachten zu erstellen folgte laut König einem vorgeschriebenen Ablauf.[196] In einem ersten Schritt formulierten die Auftraggeber (Vormundschaftsbehörde, Staatsanwaltschaft, Versicherung usw.) eine konkrete Frage an den Psychiater und erteilten ihm das Recht auf vollständige Akteneinsicht.[197] Die behördliche Sicht, die sich in den Akten spiegelt, konnte auf diese Weise auch die Position des Gutachtens prägen.[198] König argumentierte jedoch, dass für eine Begutachtung die Akteneinsicht unerlässlich sei. Ohne Berücksichtigung behördlicher Akten würde der Arzt einen «Kunstfehler» begehen. Gleichzeitig betonte er, dass der Begutachtungsprozess durch die Behörden nicht beeinflusst werden dürfe. Nach dem Auftrag sollte mit der beauftragenden Stelle deshalb keinerlei Kontakt mehr stattfinden.[199] In einem nächsten Schritt wurde der Begutachtungsauftrag einem Oberarzt oder einem Assistenzarzt übergeben. Anders als noch Mitte des 20. Jahrhunderts war es später nicht mehr üblich, dass der Direktor die Gutachten alleine ausfertigte. Danach folgte, so König, die Befragung des «Exploranden» und seines Umfelds sowie gegebenenfalls der Einbezug weiterer Fachpersonen. Der beauftragte Arzt verfasste aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse einen ersten Entwurf. Dieser wurde anschliessend gemeinsam mit der gesamten ärzt-

Vortrag an der Generalversammlung des Bündner Vormundschaftsverbandes ausschliesslich von Realta. Vgl. Pfister (1951), S. 8.

191 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 9.02–12.05. Jemand gilt als hafterstehungsfähig, wenn er oder sie in einer Einrichtung des Strafvollzugs untergebracht werden kann, ohne dass vom medizinischen Standpunkt aus mit gesundheitlichen Schädigungen zu rechnen ist. Vgl. Röhmer (2012), S. 685.

192 Pfister (1951), S. 8.

193 Gemeinsam mit den Gutachten, die andere Ärzte unter seiner Mitverantwortung erbracht haben, seien es rund 60 Gutachten. Allerdings sei «nur ein kleiner Teil der [Unzucht-]Fälle zur Anzeige» gelangt. Vgl. ebd., S. 9.

194 Das Amt als Waffenplatzpsychiater konnte laut Fontana «glücklicherweise» in den 1980er Jahre abgegeben werden. Künftig schrieben die Klinikärzte solche Gutachten nur noch stellvertretend, vgl. Jahresbericht Waldhaus 1982, S. 180.

195 Vgl. E-Mail von Hans König vom 13. Oktober 2019, das er uns nach dem Interview zugestellt hat.

196 Suzanne von Blumenthal ergänzte in diesem Zusammenhang, dass seit den 1990er Jahren verbindliche Standards für die Gutachtenstellung etabliert worden seien. Vgl. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.13.40–1.21.45. Vgl. dazu beispielsweise die strengen Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie*, Bern 2012.

197 Vgl. E-Mail von Hans König vom 13. Oktober 2019.

198 Vgl. Bühler et al. (2019), S. 21.

199 Vgl. E-Mail von Hans König vom 13. Oktober 2019.

lichen Belegschaft, den beteiligten Sozialarbeitenden und Pflegenden besprochen. Die begutachtete Person wurde in diese Diskussion ebenfalls einbezogen. Anschliessend formulierte der beauftragte Arzt eine Endfassung und übergab diese dem Chefarzt zur Unterzeichnung. Die in Rechnung gestellte Entschädigung für die Arbeit ging an den Chefarzt, der 80 Prozent des Honorars dem beauftragten Arzt und 20 Prozent dem verantwortlichen Vorgesetzten, also sich selbst, auszahlen liess.[200]

4.3 Die Sicht der Patientinnen und Patienten auf ihren Klinikaufenthalt

Die Perspektive der Patientinnen und Patienten lässt sich über die schriftliche Überlieferung nur fragmentarisch rekonstruieren. In den Patientenakten ist die Sichtweise der Betroffenen nur durch die Linse der Ärzte- und Pflegschaft und anderer Fachexpertinnen und -experten wiedergegeben – indirekt und gefiltert.[201] Schriftliche Dokumente, die von Patientinnen und Patienten verfasst wurden, sind selten.[202] Hinweise auf die Perspektive von Patientinnen und Patienten finden sich in überlieferten Korrespondenzen mit Angehörigen, Vormunden oder Juristen.[203] Ausserdem geben auch Beschwerdeschriften und Rekurse Einblick in die Erfahrungswelt der Patientinnen und Patienten. Alle diese Selbstzeugnisse entstanden jedoch in einem verrechtlichten Kontext, der sich auch auf den Inhalt auswirkte.

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Interviews mit vier Männern, die zeitweise als Patient in einer der beiden Kliniken untergebracht waren: Andrin Flütsch (*1942, Pseudonym), Alois Kappeler (*1953), Philipp Gurt (*1968) und Ken Margreth (*1987). Die Umstände ihrer Einweisung waren unterschiedlich. Bei Flütsch, Kappeler und Gurt handelte es sich um eine fürsorgerische Zwangsmassnahme, ausgesprochen von Vormundschaftsbehörden und Vormunden. Sie waren bereits als Kinder fremdplatziert, Flütsch und Kappeler im Rahmen des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse*. Alle drei setzten sich, unter anderem im Rahmen der historischen Aufarbeitung fürsorgerischer Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen, mit der eigenen Biografie auseinander. Während Kappeler, Flütsch und Gurt über die Zeit bis Mitte der 1980er Jahre berichten, reichen Ken Margreths Erfahrungen bis in die jüngste Vergangenheit. Er wurde von seinen Eltern aufgrund einer akuten Psychose kurz nach der Jahrtausendwende in die Klinik Beverin eingeliefert. Die vier Biografien geben Einblick in verschiedene Aspekte stationärer Aufenthalte in den beiden Kliniken Beverin und Waldhaus zwischen 1969 und 2006.[204]

4.3.1 Psychiatrische Unterbringung als fürsorgerische Zwangsmassnahme

Andrin Flütsch (*1942, Pseudonym) wuchs in einer grossen Familie mit vielen Geschwistern auf.[205] Die ganze Familie stand unter der Vormundschaft von Albert Siegfried (1890–1972), dem Begründer und Leiter des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse*. Flütsch war drei Jahre alt, als Siegfried die Familie auseinanderriss und alle Kinder in verschiedene Heime und Pflegefamilien in der Schweiz fremdplatzierte. Flütsch landete zuerst im Kinderheim St. Iddazell in Fischingen (TG) und kam anschliessend unter anderem in Bremgarten (AG) und Neu St. Johann (SG) in zwei Heime, die von katholischen Schwestern geführt wurden. Nachdem seine Mutter früh verstarb, verlor Flütsch für Monate sein Sprechvermögen. Die Primarschulen stellten bei Flütsch einen starken Bildungsrückstand gegenüber seinen Klassenkameraden fest.

---

200 Zu Königs Amtszeit lag die Frist für ein Gutachten bei maximal drei Monaten. Vgl. ebd.

201 Es gibt nur eine kleine Anzahl publizierter Schriften, in denen Patienten ihre Zeit im Waldhaus oder in Realta/Beverin schilderten, vgl. Furger (1911), siehe auch Kapitel 2.1.1; Gurt (2016). Nicht unerwähnt bleiben soll zudem die umfangreiche Studie über das Leben des jüdischen Flüchtlings Rolf Merzbacher, der nach seiner Ankunft in der Schweiz in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen untergebracht wurde und schliesslich im Waldhaus verstarb, vgl. Spuhler (2011).

202 In vielen Patientenakten finden sich kurze Lebensläufe von Patientinnen und Patienten, die sie auf Verlangen des ärztlichen Personals beim Eintritt in die Klinik verfassten. Vgl. dazu die quellenkritischen Anmerkungen im Quellen- und Literaturverzeichnis.

203 Die Korrespondenzen wurden unter Umständen allerdings zensuriert. Siehe dazu Artikel 45 der Statuten von 1917: «Der Verkehr der Kranken mit ihren Angehörigen oder mit Auswärtigen überhaupt, durch Besuche, Briefe oder Sendungen unterliegt der Bewilligung und Kontrolle der Direktion». Vgl. StAGR VA 13: Statuten Anstalten Waldhaus und Realta, 1917, Art. 45.

204 Vgl. dazu auch Künzli (2019), S. 2–3; Spuhler (1994), S. 109–124.

205 In dieses Unterkapitel flossen viele Erkenntnisse aus der Masterarbeit von Lukas Künzli. Er hat gemeinsam mit Loretta Seglias die Interviews mit Flütsch, Kappeler und Gurt geführt, vgl. Künzli (2019), S. 26–38.

Nach der vierten Primarschulklasse wurde er aus der Schule entlassen und als Hilfsarbeiter im Gartenbetrieb des Heimes eingesetzt. Es wurden keine Bemühungen unternommen, seinen Sprachverlust und Bildungsrückstand zu beheben. Die Arbeit draussen im Garten entwickelte sich zu einer Konstante in seiner Jugend und als junger Erwachsener. Er wurde durch seinen Vormund als Hilfsgärtner von Einrichtung zu Einrichtung vermittelt und arbeitete später als Knecht auf verschiedenen Höfen. Wenn es ihm auf einer Stelle nicht gefiel, floh er. Da er unter Vormundschaft stand, wurde er nach der Flucht jeweils polizeilich ausgeschrieben.

Im Alter von 22 Jahren, nachdem er nach einer längeren Flucht aufgegriffen wurde, brachte ihn seine Vormundin[206] in die Anstalten von Bellechasse im Kanton Freiburg, wo er für die Jahre 1964 bis 1967 administrativ versorgt blieb. In den 1970er und 1980er Jahren folgten mehrere Aufenthalte in der Klinik Beverin und administrative Versorgungen in Realta. Flütsch war über die ganze Zeit bevormundet. Ab 1972 übte nicht mehr das *Hilfswerk*, sondern die Vormundschaftsbehörde des Kreises Ilanz die Vormundschaft aus. Seit 2013 steht Flütsch unter Beistandschaft, die im neuen Erwachsenenschutz desselben Jahres die Vormundschaft abgelöst hatte.

Alois Kappeler (*1953) hat seine Geschichte bereits mehrfach öffentlich gemacht.[207] Bekannt sind insbesondere diejenigen Erfahrungen, die er als Heimkind, «Zögling» des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse* und Betroffener administrativer Versorgungen machte.[208] Die Zeit, die er in psychiatrischen Kliniken verbrachte, blieb dabei unterbeleuchtet. Kappeler wurde in Galgenen im Kanton Schwyz geboren und wuchs in einer Familie mit zwölf älteren Geschwistern auf. Zwei Tage nach seiner Geburt leitete die *Pro Juventute* eine Kindswegnahme ein. Kappeler wuchs anschliessend in diversen Kinderheimen auf. Den längsten Aufenthalt verbrachte er in Bremgarten (AG), wo er sexuellen Übergriffen von Priestern und Nonnen ausgesetzt war. Schon als Kind erhielt er wegen eines ihm zugeschriebenen «unruhigen Wesens» regelmässig Medikamente. Zudem wurde er im Alter von acht Jahren erstmals zur Abklärung einer möglichen Epilepsie in die psychiatrische Klinik Burghölzli gebracht – Abklärungen, die sich danach in verschiedenen Einrichtungen wiederholten. Erst als er 15 Jahre alt war, stoppten die Ärzte die regelmässige Einnahme des Medikaments, da ein Zusammenhang mit seinen epilepsieartigen Krämpfen festgestellt worden war. Bis ins Teenageralter hatte er keine Kenntnisse von der Existenz seines Vormundes, des Schwyzer Schutzaufsichtsbeamten Schelbert. Als er die Volljährigkeit erreichte, wurde die Vormundschaft nicht aufgelöst.

Danach begann eine Odyssee durch diverse administrativrechtliche, strafrechtliche und psychiatrische Einrichtungen. Platzierung folgte auf Platzierung. Dazu gehörten auch die beiden psychiatrischen Kliniken in Graubünden; Ende der 1960er Jahre landete Kappeler im Waldhaus, Ende der 1970er Jahre in der Klinik Beverin und der Verwahrungsanstalt Realta. In den Institutionen, in denen er untergebracht war, habe er sich immer wieder, so Kappeler, vehement, auch mit physischer Gewalt, gegen verhängte Massnahmen und Disziplinierungen gewehrt. Schelbert, sein Vormund, drängte Ende der 1970er Jahre darauf, Kappeler kastrieren zu lassen, um seine Triebe besser unter Kontrolle zu bekommen (vgl. Kapitel 3.3.7). Die Ärzte der Klinik Beverin schlugen ihm gegenüber im Gespräch ebenfalls eine Kastration vor, worauf Kappeler mit körperlicher Gewalt reagierte. Er wurde daraufhin nach Realta versetzt, wo er die nächsten sechs Jahre verbrachte. In den 1980er Jahren floh Kappeler erfolgreich vor der Vormundschaft auf den Umbrail-Pass, wo er während acht Jahren als Hirte untertauchte. Nach einem Unfall geriet er zurück in das Visier der Vormundschaft. Danach kam es auch zu einem erneuten Kontakt mit der Bündner Psychiatrie. Erst im Alter von 46 Jahren gelang es ihm, sich vor Gericht von der Vormundschaft loslösen zu lassen.

Philipp Gurt, 1968 in Chur geboren, ist unter anderem bekannt für seine schriftstellerische Tätigkeit. 2017 wurde seine Autobiografie «Schattenkind» mit dem Bestsellerpreis der Schweizer Buchverlage ausgezeichnet.[209] Darin schildert er detailliert, wie sein Leben, vor allem seine Kindheit und Jugend, von schwerwiegenden Eingriffen

206 Aus der Patientenakte von Andrin Flütsch und aus persönlichen Kopien ist zu entnehmen, dass Siegfrieds Sekretärin, Clara Reust (1916–2000), zu diesem Zeitpunkt die Vormundschaft ausgeübt hatte. Flütsch hat der Einsicht in seine Akte und deren Zusammenführung mit den Angaben im Interview zugestimmt.

207 Vgl. Brühlmann-Jecklin (2018).

208 Die Zeit, die er in *Hindelbank* verbrachte, stand jüngst im Fokus der Sendung *Schweiz Aktuell* des Schweizer Fernsehens. Der Beitrag erschien Mitte 2019, vgl. Administrative Versorgung – Weggesperrt ohne Urteil, in: Schweizer Radio und Fernsehen: Schweiz Aktuell, 01.07.2019.

209 Vgl. Gurt (2016).

durch Vormundschaftsbehörden und Misshandlungen in verschiedenen Einrichtungen geprägt war. Gurt kontrastiert seine Erfahrungen mit Akten, die er in Archiven fand, und damit mit der Sichtweise von Behörden, Heimen und Ärzten. Dafür besorgte er sich alle Akten, die von den entsprechenden Einrichtungen und Fachleuten über ihn und seine Familie angelegt worden waren. Gurt wurde von den Behörden früh unter Vormundschaft gestellt. Seine Eltern waren damals ebenfalls bereits für unmündig erklärt worden. Er war vier Jahre alt, als seine Mutter die Familie, acht Kinder und den alkoholabhängigen, gewalttätigen Vater verliess. Die Kinder wurden daraufhin voneinander getrennt. Gurt verbrachte seine Kindheit und Jugend in verschiedenen Heimen, in denen er sexuelle Übergriffe von Erzieherinnen erlebte. Nach zahlreichen Fluchtversuchen wurde er 1983 als 15-Jähriger in der Strafanstalt Sennhof versorgt – eine Massnahme, für die es keine Rechtsgrundlage gab. Wenige Tage später wurde er zur Begutachtung in die psychiatrische Klinik Beverin eingewiesen. Zwei Fluchtversuche zu Beginn des Aufenthalts scheiterten. Als er einen Monat später unverhofft Urlaub über das Wochenende erhielt, entschied er sich, nicht wieder zurückzukehren.[210] Mit Erreichen der Volljährigkeit wurde Gurt aus der Vormundschaft entlassen und arbeitete sich anschliessend in der EDV-Abteilung eines internationalen Unternehmens hoch. Gleichzeitig begann er, Biografien und Romane zu verfassen.

Auch wenn Flütsch, Kappeler und Gurt sehr unterschiedliche Biografien und Erfahrungen haben, kamen sie alle in Zwangssituationen mit der Psychiatrie in Kontakt. Als beispielsweise der 15-jährige Philipp Gurt in Beverin im Wachsaal untergebracht und begutachtet wurde, war für ihn klar, dass er kein Patient, sondern ein «Internierter» war.[211] Alle drei betonten, dass die psychiatrische Unterbringung mit ihrer jenischen Herkunft in Verbindung stand.[212] Und alle drei standen unter Vormundschaft, nur bei Gurt wurde diese mit dem Erreichen des Erwachsenenalters aufgehoben.

Begutachtungen aus Patientensicht

Flütsch und Gurt kamen erstmals im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung mit der Klinik Beverin in Kontakt. Für Flütsch war die Begutachtung ein Wendepunkt. Sie stellte die Weichen für eine Jahrzehnte dauernde, ununterbrochene Bevormundung.[213] Dass der Entscheid, ihn unter Vormundschaft zu stellen, rechtlich nicht in Beverin gefällt werden konnte, war in seinen Ausführungen nicht zentral. In seinen Augen war klar: Es war das ärztliche Gutachten, das ihn wegen mangelndem Sprachvermögen bevormunden liess.[214] Flütschs Ausführungen zeigen, dass Betroffenen nicht immer klar war, wer welche Entscheidungen traf.

Philipp Gurt wurde 1983, nachdem er mehrere Male aus Erziehungsheimen ausgerissen war, für eine erneute Begutachtung in die Klinik Beverin überwiesen. Während er den Alltag im geschlossenen Wachsaal mit Gittern traumatisierend erinnerte, erschienen ihm die Untersuchungen als willkommene Abwechslung zum eintönigen Klinikalltag. Mehrere Personen interessierten sich für ihn; er konnte sein Allgemeinwissen zeigen. Gurt lotete bei den psychologischen Tests Grenzen aus, er gab etwa bei einem Rorschach-Test absichtlich an, dass er in den schwarzen Flecken nur Drachen und Dämonen sehen würde.[215] Darin zeigt sich nicht zuletzt, dass Jugendliche, die einen langen Weg durch die Institutionen gehen mussten, auch gelernt hatten, einen eigenen Umgang damit zu

210 Vgl. ebd., S. 318–346; Interview Gurt 0.36.19–36.30.

211 Interview mit Philipp Gurt, 0.57.16–0.58.08.

212 Interview mit Alois Kappeler, 0.43.12–0.43.20; Interview mit Andrin Flütsch (Pseudonym), 0.22.21–0.22.30; Gurts Erstkontakt mit der Psychiatrie erfolgte im Zusammenhang mit einer Begutachtung seines «jenischen» Vaters. Der zuständige Psychiater bezog im Gutachten auch zu Philipp Gurt und seinen Geschwistern Stellung, vgl. Interview mit Philipp Gurt, 0.01.00–0.02.30; Gurt (2016), S. 12–28. Galle zeigte in ihrer Dissertation auf, dass über ein Fünftel aller «Kinder der Landstrasse» zur Begutachtung in spezialisierten Einrichtungen, etwa psychiatrischen Kliniken oder Beobachtungsheimen, untergebracht wurden. Vgl. Galle (2016), S. 561. Die Interviews mit ehemaligen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden bestätigten für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts, dass Jenische psychiatrisch untergebracht wurden. Doch weder die Interviews noch schriftliche Quellen und Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass es in der Vergangenheit der Bündner Psychiatrie unter Patientinnen und Patienten, die auch vormundschafts- oder fürsorgerechtlich beaufsichtigt waren, eine Dominanz von Jenischen gab. Abschliessend klären lässt sich diese Frage nur durch eine aufwändige, systematische Durchsicht sämtlicher Patientenakten. Aliesch hat in ihrer Arbeit zum Sippenarchiv allerdings darauf hingewiesen, wie schwierig es ist, Analysekategorien für in den Akten verwendete Begriffe wie «jenisch», «Vagant», «Spengler» oder «Kessler» festzulegen.

213 Zum Eigenleben behördlicher Akten und zur Stigmatisierung durch Akten siehe Galle / Meier (2009), S. 103–147.

214 Interview mit Andrin Flütsch (Pseudonym), 0.04.57–0.06.31.

215 Interview mit Philipp Gurt, 25.50–26.15.

finden. Gurt entschloss sich, die Tests zu sabotieren und widersetzte sich damit einer Kooperation, die von ihm erwartet wurde. Die zuständige Ärztin schilderte er als jung und hübsch. Er war der Meinung, eine gewisse emotionale Nähe zu ihr aufgebaut zu haben, was sich positiv auf die Bewertung hätte auswirken müssen. Die Hoffnung zerschlug sich jedoch. Sie sei in ihrer Beurteilung «beinhart» gewesen und habe, wie Gurt später bei der Einsichtnahme seiner Patientenakte erfahren sollte, sogar eine Isolierung in Betracht gezogen:

> *«Gemeinsame: Hereditär schwerst belasteter, milieugeschädigter, frühverwahrloster Pubeszent. Vorschläge: Erneuter Versuch in Albisbrunnen. Bei Fehlschlag Ausschulung und warten, bis der Pat. delinquiert. Dann Nacheinweisung in ein geschlossenes Heim, z. B. Tessenberg.»*[216]

Gurt erwähnte am Anfang des Gesprächs, er glaube, dass hinter den Gutachten auch eine «Strategie» gelegen haben könnte, die sich auf die Selbstwahrnehmung und das Verhalten der Begutachteten ausgewirkt habe.[217] Eine gewisse Voreingenommenheit, unter anderem aufgrund Gurts jenischem Familienhintergrund, habe sich auf den ärztlichen Umgang mit ihm ausgewirkt. Das Wissen um diese angebliche Voreingenommenheit habe auf der anderen Seite wiederum Gurts Verhalten beeinflusst; auch weil ihm eine Meinung und die Fähigkeit, seine Situation selber beurteilen zu können, abgesprochen worden sei.[218] Wer von Anfang an die Patienten als minderwertig anschaue, so Gurt, der integriere diese Sichtweise auch in sein Beurteilen und Handeln.[219] Dieses erlebte Machtgefälle deutete er auch in seiner Autobiografie an:

> *«In der ersten Nacht hatte ein grosser, kräftiger Pfleger, ein Deutscher, zusammen mit einem Schweizer Dienst. Immer wieder blickten sie aus dem Glashäuschen zu mir rüber, als wäre ich eine Laborratte in einem Drehrad oder so etwas Ähnliches. Kurz überlegte ich mir, aus Langeweile ein paar Faxen zu machen, beispielsweise so zu tun, als hätte ich einen gehörigen Dachschaden. Doch besser nicht, bremste ich mich, denn aus dem Spass konnte schnell etwas Ernstes werden. Dann würde ich eben nicht mehr ernst genommen ...»*[220]

Fehlende Perspektiven

Eine weitere Erfahrung, die sich in den drei Biografien manifestiert, ist die fehlende Perspektive auf (baldige) positive Veränderungen. Gurt betonte, dass ihm während seines Aufenthalts in der Klinik Beverin keine Perspektiven gegeben wurden. Der Alltag war monoton; die Tage verliefen immer gleich. Er ass, schaute Fernseher oder beobachtete durch das Gitter das Geschehen im Park. Letztlich habe er gewartet – darauf, dass jemand etwas an seiner Situation ändert. Niemand suchte das Gespräch mit ihm über den Zeitpunkt seines Austritts.[221] Gurt fühlte sich der «Zeit und Struktur» beraubt.[222] Auch Kappeler teilte das Gefühl, handlungsunfähig und mit scheinbar übermächtigen Realitäten konfrontiert zu sein. Als er über seinen Aufenthalt im Waldhaus um 1970 berichtete, sprach er von einem stufenartigen Abteilungssystem – von der halboffenen über die geschlossene Station bis zur «schlimmsten» Abteilung, in der auch zwangsweise Elektroschocks und Dauerbäder verabreicht und Isolierungen in Einzelzellen verhängt wurden. Patienten, die gegen die Hausordnung verstiessen, weil sie beispielsweise die tägliche Arbeit verweigerten oder zu spät vom Wochenendurlaub zurückkehrten, wurden auf eine strenger kontrollierte Abteilung mit weniger Bewegungsfreiheit verlegt. Er selbst wurde einmal auf eine Abteilung versetzt, wo er in einer Zwangsjacke den ganzen Tag auf einem Stuhl gebunden war. Er sprach immer wieder vom Gefängnischarakter der Psychiatrie und von seiner eigenen Wehrlosigkeit. Gleichzeitig erhielt er über den gesamten Zeitraum Medikamente, die ihn schläfrig machten und unter deren Einfluss er kaum mehr sprechen konnte. Deshalb habe er sich vermehrt mit Gewalt gewehrt.[223] Die Erfahrungen von Gurt und Kappeler waren ähnlich – ihre Reaktionen aber

216 In seiner Autobiografie zitiert Philipp Gurt die entsprechenden psychiatrischen Berichte, vgl. Gurt (2016), S. 318–337, Zitat auf S. 321.

217 Interview mit Philipp Gurt, 03.50–04.30. Die Übernahme der zugewiesenen Stigmatisierungen und Negativbewertungen wurde bereits in anderen Forschungen, beispielweise zu fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen, thematisiert. Vgl. Leuenberger / Seglias (2015), S. 357.

218 Interview mit Philipp Gurt, 46.00–46.30, 52.20–52.40.

219 Ebd., 0.48.10–0.48.27.

220 Gurt (2016), S. 324.

221 Interview mit Philipp Gurt, 32.35–35.10.

222 Ebd., 36.50–37.45.

223 Interview mit Alois Kappeler, 0.17.22–0.21.30, zu den einzelnen Abteilungen 1.36.20–1.47.40.

unterschiedlich. Kappeler reagierte mit Gewalt auf das Gefühl der Wehrlosigkeit; Gurt antwortete mit Fluchtversuchen.

Das Gefühl, keine Perspektive auf eine Entlassung zu haben und ständig unter Beobachtung zu stehen, geht auch aus einem Beitrag hervor, den ein Patient 1988 in der Hauszeitung der Klinik Beverin verfasst hat. Darin hielt er die Eindrücke von seinem Aufenthalt in der Klinik Beverin fest.

> *«Schlimm ist für mich auch, dass ich nie weiss, wie lange mein Aufenthalt hier dauert. Ich war schon acht Monate ohne Unterbruch hier und bin es nicht gewohnt, dass ich so streng behandelt werde. Steht man zehn Minuten zu spät auf, bekommt man keinen Kaffee mehr und bei den kleinsten Vorkommnissen muss ich auf die geschlossene Männerabteilung zurück. Dem Pflegepersonal fehlt das Verständnis für meine Sensibilität. [...] Von Seiten der Aerzte heisst es immer, man müsse abwarten und schauen, wie es weitergehe. Dies bedeutet dann, wochenlang auf der geschlossenen Abteilung rumhängen. Das empfindet jeder als unangenehm. Ich sehe dann überhaupt keine Zukunft mehr.»*[224]

4.3.2 Psychiatrische Unterbringung als rettende Massnahme

Die stationäre psychiatrische Unterbringung ist ein gravierender Einschnitt im Leben eines Menschen. Sie erfolgt, wie die obigen Beispiele gezeigt haben, nicht immer freiwillig. Mittels einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) können auch heute Menschen aufgrund einer festgestellten Eigen- oder Fremdgefährdung unter Zwang in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden (vgl. Kapitel 3.1 und 6.2.3). Auch Ken Margreth kam nicht aus freien Stücken nach Beverin. In einer akuten psychotischen Phase brachten ihn seine Eltern dorthin. Für ihn war die Behandlung in der Klinik im Rückblick notwendig und eine Möglichkeit, sein Leben mit einer psychischen Erkrankung neu zu gestalten.[225]

Bevor er diese positive Erfahrung während des stationären Aufenthaltes machte, war sein erster Kontakt mit einem Psychiater äusserst negativ. Bereits als Jugendlicher hatte er ein erstes Mal gesundheitliche Probleme und konsultierte, zusammen mit seiner Mutter, einen Facharzt.[226] Die Sitzungen mit dem Psychiater brachten nicht die gewünschte Aufklärung und Perspektive. Ken Margreth fühlte sich weder verstanden noch respektiert. Das verschriebene Medikament Haldol löste gravierende Nebenwirkungen aus, so dass Margreth im Rückblick meint, dass dem schon etwas älteren Psychiater «die Zulassung entzogen» gehört hätte.[227] Aus heutiger Sicht bezeichneten Mutter und Sohn das fehlende Wissen über die angemessenen medizinischen Angebote als einen wesentlichen Grund für ihre schlechte erste Erfahrung mit der Psychiatrie.[228] Für die Familie war es schwierig, die psychische Erkrankung von Ken Margreth einzuordnen. Deshalb auch habe er letztlich eine Therapie durchgeführt, auf die er nachweislich schlecht reagierte – es fehlte zum einen das Wissen um Alternativen, zum anderen offenbar auch eine übergeordnete psychiatrische Anlaufstelle, die die Unsicherheiten der Familie abgefangen hätte.

Der Zweitkontakt mit der Psychiatrie verlief wesentlich positiver.[229] Trotz erster therapeutischer Massnahmen und einer neuen Psychiaterin war ein Klinikaufenthalt nicht mehr zu verhindern. Kurz darauf erlitt er einen Zusammenbruch, kämpfte mit Todesängsten und wurde unmittelbar danach in der Klinik Beverin behandelt. Für Ken Margreth war dieser Schritt entscheidend für sein weiteres Leben. In der Klinik Beverin konnten seine Symptome behandelt werden; verschiedene Therapien halfen ihm, sich zu stabilisieren. Die Beziehung zu und Behandlung der Ärzteschaft und Pflegenden erlebte er als konstruktiv, transparent und zielführend. Nach einem mehrmonatigen Aufenthalt konnte er in sein soziales und familiäres Umfeld zurückkehren. Über den anstehenden Austritt wurde er informiert und in den Ablauf miteinbezogen. Seine psychische Erkrankung schränkt ihn bis heute in gewissen Bereichen seines Lebens ein. So arbeitet er in einer Firma, die Arbeitsplätze für Menschen mit einer psychischen Behinderung anbietet.

---

224 Privatarchiv Hans König: Aus der Sicht des Patienten. Eindrücke von meinem Aufenthalt in der Klinik Beverin, in: Beverin, Hauszeitung der Psychiatrischen Klinik Cazis, Nr. 1, Mai 1988, S. 19.

225 Zur Biografie von Ken Margreth siehe Nahaufnahme 7.

226 Interview mit Ken u. Brigitta Margreth, Aufnahme 1, 6.15–7.20.

227 Ebd., Aufnahme 1, 7.21–8.00, 9.00–9.40.

228 Ebd., Aufnahme 1, 10.00–10.20

229 Ebd., Aufnahme 1, 11.10–12.00.