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: 6: Psychiatrie als Dienstleistung : Entwicklungen seit 1990
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-953551

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

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

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

Download PDF: 16.07.2025

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

6 Psychiatrie als Dienstleistung: Entwicklungen seit 1990

Am Ende der 1980er Jahre befanden sich die Psychiatrie und die Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen in Graubünden in Bewegung. Mit dem Aufbau ambulanter Strukturen, auch in einzelnen Regionen des Kantons, wurden die Kliniken durchlässiger und immer mehr zu einem möglichen Teil psychiatrischer Behandlung, aber bei weitem nicht dem einzigen. Sozialpsychiatrische Ansätze führten zur Erweiterung des therapeutischen Angebots, das sich auch in einer zunehmenden Spezialisierung niederschlug. Gleichzeitig zeichnete eine negative Medienberichterstattung rund um die Arbeitsbedingungen und Führungsstrukturen in der multifunktionalen Anstalt Realta-Beverin sowie über die erbbiologischen Studien und eugenischen Sichtweisen der Chefärzte in der Klinik Waldhaus das Bild einer stationären Psychiatrie, die in vielen Bereichen reformbedürftig war.

Mit der Pensionierung Benedikt Fontanas stellte sich 1990 erneut die Frage nach der künftigen Organisationsstruktur und einer möglichen Anpassung an aktuelle Herausforderungen. Die bis dahin verschobene Diskussion über eine mögliche Zusammenlegung der medizinischen Leitung beider Kliniken wurde wieder aufgenommen. Allerdings hielten die Akteure am Modell der getrennten Führungsstrukturen auf Chefarztebene fest. Nachdem seit 1973 ein gemeinsamer Verwalter amtete, wurden nach der Demission von Peider Ganzoni, der auf die Leitung der Strafanstalt Realta wechselte, unter Berücksichtigung der zunehmenden Verwaltungsaufgaben zwei Stellen geschaffen.[1] Bei den anstehenden Neubesetzungen umging die Regierung die dafür zuständige Aufsichtskommission und setzte stattdessen eine Wahlkommission für die Berufungsverfahren ein.[2] In diesem Vorgehen zeigt sich eine deutliche Schwächung dieses Aufsichtsgremiums, das 1997 schliesslich aufgelöst wurde.[3] Gleichzeitig signalisierte die Regierung damit eine Sensibilität auf die vorangegangenen Diskussionen und Untersuchungen. Die Wahl des neuen Chefarztes der Klinik Waldhaus sollte ein Zeichen des Aufbruchs darstellen. Auf Benedikt Fontana folgte 1991 der 37-jährige Markus Bünter.[4]

Ähnlich wie König 1984 fand auch Bünter laut eigenen Aussagen bei seinem Amtsantritt eine im Vergleich zu anderen Regionen der Schweiz schwach ausgebaute psychiatrische Grundversorgung vor. Er sah insbesondere Nachholbedarf bei den stationären Angeboten. Deshalb waren ihm deren Ausbau und deren Modernisierung ein grosses Anliegen. Er fand Unterstützung in einem «dynamischen» Pflegeteam, «mit dem viel Neues möglich war». Politik und Verwaltung standen ebenfalls hinter seinen angestrebten Neuerungen und forderten diese bisweilen sogar.[5] Mit den Neuwahlen beschloss die Bündner Regierung auch eine klare geografische Aufteilung der Zuständigkeiten, vor allem mit Blick auf den weiteren Ausbau des ambulanten Angebots.[6] Fortan zeichnete die Klinik Beverin für die Surselva, das Engadin und

1 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Organisation der Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, des Wohnheimes Rothenbrunnen und der Anstalt Realta; Bericht der Arbeitsgruppe Beverin/Waldhaus vom 19. April 1990, S. 10; ebd., Bericht der Arbeitsgruppe Beverin/Waldhaus zur Organisation der Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, des Wohnheimes Rothenbrunnen und der Anstalt Realta vom 19. April 1990 und Regierungsprotokoll, Sitzung vom 14. Mai 1990, Nr. 1237.

2 Auch wenn diese Aufgabe laut entsprechender Verordnung bei der Aufsichtskommission lag. Sitzungsprotokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Juli 1990, S. 3; VOPK vom 5. November 1990. Mitglieder der Wahlkommission waren der zuständige Regierungsrat, die beiden Chefärzte der psychiatrischen Kliniken, der Departementssekretär, der Verwalter sowie eine Vertretung des Personal- und Organisationsamtes. Protokolle der Aufsichtskommission, Sitzungen vom 14. Mai 1990, Nr. 1237, 3. Juli 1990, S. 3, 3. September 1973, Nr. 1939, 12. November 1974, S. 5.

3 Ebd., 6. Juni 1995, S. 3, 22. April 1996, S. 4; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 4. November 1996, Nr. 2489.

4 Mit Bünter wurde nach Singeisen und Pflugfelder erneut ein Chefarzt in die Klinik Waldhaus berufen, der seine ersten beruflichen Erfahrungen in Basel gesammelt hatte. Bünter behielt seine Kontakte nach Basel unter anderem durch regelmässige Inter- und Supervisionen mit seinem ehemaligen Vorgesetzten. Interview mit Markus Bünter, 2.20–2.30, 1.23.30–1.24.00, 1.25.35–1.25.55.

5 Ebd., 9.36–9.40; 40.50–43.30.

6 Verordnung über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin/Wohnheim Rothenbrunnen 1990.

die Südtäler verantwortlich, die Klinik Waldhaus für die Bezirke Plessur, Ober- und Unterlandquart. Bei entsprechender Kapazität hatten Patientinnen und Patienten weiterhin die Möglichkeit zu wählen, in welcher Klinik sie stationär behandelt werden sollten.

Die Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung verlief in den folgenden Jahrzehnten im Kanton Graubünden dynamisch. Dabei werden drei Tendenzen der Ausdifferenzierung sichtbar, die bis heute ihre Fortführung finden. Erstens beinhaltete die weitere Entwicklung die Fortsetzung des begonnenen Aufbaus einer psychiatrischen Grundversorgung in den Regionen und ergänzend dazu einen Ausbau im stationären und teilstationären Bereich. Sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Kliniken finden sich dynamische Ausdifferenzierungen, die sich an sozialpsychiatrischen Ansprüchen orientierten. Immer mehr Patientinnen und Patienten wurden in teilstationären und ambulanten Angeboten betreut, die als Brücken zwischen der stationären Unterbringung und der Wiedereingliederung in die Gesellschaft dienten. Dies hatte zur Folge, dass die Aufenthaltsdauern in den psychiatrischen Kliniken erneut kürzer wurden und die Bettenbelegung weiter schrumpfte. Die psychiatrischen Kliniken wurden immer stärker zu einem Ort der akuten Krisenintervention. Dies bedingte aber auch, dass Lösungen für jene Menschen zu finden waren, die durch eine psychische oder geistige Behinderung auf eine längerfristige klinikexterne Betreuung angewiesen waren.

In Zusammenarbeit mit der öffentlichen Verwaltung begleiteten die Chefärzte diese Entwicklung mit einer intensiveren und offensiven Öffentlichkeitsarbeit, in jüngster Zeit vermehrt unter Einbezug von Kommunikationsfachleuten. Sie sollte der Stigmatisierung der Psychiatrie, psychischer Krankheiten und psychisch kranker und behinderter Menschen entgegenwirken. Gleichzeitig wurde die Behandelbarkeit fast aller psychischen Erkrankungen suggeriert. Ausserdem erlaubten effizientere therapeutische Massnahmen eine stetige Reduktion der Behandlungsdauern.

Zweitens fand eine stärkere Reflexion der eigenen Arbeit auf ärztlicher und pflegerischer Ebene statt. Leitbilder und (Stations-)Konzepte formulierten Leitsätze zur Arbeitsphilosophie sowie zum täglichen Handeln und definierten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen der Mitarbeitenden. Sie wurden zu Orientierungshilfen im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung und waren gleichzeitig eine Reflexionsfolie hinsichtlich der Ziele einer Gesundheitsinstitution und ihrem Niederschlag in der Praxis. Die Messbarkeit und der Nachvollzug der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Betreuung wurden wichtiger und führten gesamtschweizerisch zum Ausbau komplexer Qualitätssicherungsverfahren mit entsprechender Dokumentation, die nicht zuletzt auch der juristischen Absicherung des Gesundheitspersonals diente.[7] In dieser Entwicklung nahmen Begleitung, Aufklärung und Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten einen zusehends grösseren Stellenwert ein. Zur Stärkung der Patientenrechte und einem verbesserten Einbezug von Angehörigen leisteten Betroffenenorganisationen wie die *Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und psychisch Kranken (VASK)* einen wesentlichen Beitrag. Diese Entwicklungen fanden zunehmend in einem überkantonalen, mitunter internationalen, organisierten Austausch aller beteiligten Berufsgruppen und Institutionen statt.

Drittens wurde das staatliche Gesundheitswesen in den 1990er und den 2000er Jahren verstärkt an einer marktwirtschaftlichen Logik ausgerichtet. Diese übergeordnete Entwicklung prägte auch die psychiatrische Versorgung im Kanton Graubünden. Messbarkeit, Dokumentation und Überprüfbarkeit erhielten nach dem 1996 eingeführten Krankenversicherungsobligatorium, auch mit Blick auf die steigenden Gesundheitskosten, ein stärkeres Gewicht und wirkten sich unmittelbar auf die Arbeit auf den Stationen aus. Die zunehmende Bedeutung ökonomischer Überlegungen wiederspiegelt sich zudem in der Organisationsstruktur der einzelnen Kliniken, indem etwa die Rolle des Verwaltungsverantwortlichen wichtiger wurde. Der Druck, die psychiatrische Versorgung schneller an dynamische Entwicklungen und Veränderungen medizinischer, pflegerischer und wirtschaftlicher Bedürfnisse und Rahmenbedingungen anzupassen, stieg. Die psychiatrischen Kliniken Waldhaus und Beverin und die Kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen wurden 2002 schliesslich aus der kantonalen Verwaltung ausgelöst und in die zu diesem Zweck per Gesetz errichtete öffentlich-rechtliche Anstalt *Psychiatrische Dienste Graubünden* (PDGR) überführt. Seit 2019 gehört auch die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (KJP) als eigenständiges Fachgebiet den PDGR an (vgl. Kapitel 5.3.7).

---

7 Interview mit Andres Schneeberger, 2:16:40–2:18:38.

6.1 Von der Klinik zum psychiatrischen Zentrum – Weiterführung des Versorgungsausbaus

Die dynamische Entwicklung psychiatrischer Angebote für Erwachsene auf unterschiedlichen Ebenen führte zu einer heute umfangreichen Palette von Dienstleistungen, in die sowohl freipraktizierende Psychiaterinnen und Psychiater als auch Therapeutinnen und Therapeuten sowie private Organisationen – hier vor allem im Bereich geschützter Arbeitsstätten – eingebunden wurden. Die PDGR sind 2019 mit 1'213 Mitarbeitenden ein grosser Arbeitgeber im Kanton und darüber hinaus.[8] Darin zusammengeschlossen sind heute zwei psychiatrische Kliniken, eine Privatklinik auf dem Gelände der Klinik in Cazis, sieben Tageskliniken, davon eine ausserhalb des Kantons, zehn Standorte ambulanter Dienste, fünf Wohnheime oder Wohngruppen, drei geschützte Arbeitsstätten (ARBES) sowie einer opiatgestützte Behandlungsmöglichkeit in Chur (vgl. Karte 1).[9] Neben dem Angebot für psychisch kranke und behinderte Menschen ist darin auch ein Wohnheim mit vier Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung enthalten.

In den vergangenen dreissig Jahren erfuhren nicht nur das Angebot einen Wandel, sondern auch die Aufgaben, die durch gesellschaftliche Veränderungen an die Psychiatrie herangetragen wurden. Der von der Psychiatriekommission Graubünden erstellte Psychiatriebericht von 2009 nannte vor allem eine verlängerte Lebenserwartung, den Anstieg von Mehrfacherkrankungen im letzten Lebensabschnitt sowie eine «zunehmende Durchmischung mit Menschen aus anderen Sprach- und Kulturbereichen» als entscheidende Faktoren für Veränderungen im Behandlungsbedürfnis unterschiedlicher Patientengruppen.[10] Die Verfasser sahen im gesellschaftlichen Wandel, der viele Bereiche des Alltags sowie des familiären Zusammenlebens erfasste, weitere Gründe für zunehmende «Überforderungsreaktionen mit entsprechenden psychischen und psychosomatischen Störungen». Konkret erwähnte der Bericht den Anstieg der Ehescheidungen oder die Zunahme der Arbeitslosigkeit.[11] Damit wurden statistisch nachvollziehbare gesellschaftliche Veränderungen angesprochen, mit denen seit vielen Jahrzehnten im Kontext sozialer Herausforderungen argumentiert wurde. Der Psychiatriebericht von 2009 ortete zugleich Versorgungslücken im ambulanten und regionalen Bereich, die noch wenige Jahre zuvor nicht als Bedürfnis erkannt worden waren, darunter beispielsweise «gemeinde-integrierte Dienste zur Krisenintervention und Akutbehandlung» oder «mobile Equipen [und] Möglichkeiten für Behandlungen zu Hause».[12]

Vor diesem Hintergrund entwickelten die Verantwortlichen im Kanton Graubünden in den letzten beiden Jahrzehnten sowohl das stationäre wie das teilstationäre Angebot in der Psychiatrie weiter. Vier beispielhafte Felder werden im Folgenden genauer beleuchtet, um diesen Ausdifferenzierungsprozess vorzustellen. Eine gesamthafte Auflistung des heutigen Angebots würde den Rahmen dieser Studie sprengen. Die folgende Darstellung konzentriert sich deshalb auf die durch kantonale Institutionen erbrachten Leistungen und beleuchtet diese aus einer organisatorischen Perspektive.

6.1.1 Ein längst überfälliger Umbau der psychiatrischen Klinik Waldhaus

Im Rahmen der Diskussionen um eine Gesamtplanung des Gesundheitswesens und später der psychiatrischen Versorgung im Kanton Graubünden war die längst fällige Sanierung der Klinik Waldhaus immer wieder hinausgeschoben worden.[13] Mitte der 1980er Jahre war dies nicht mehr möglich und die Aufsichtskommission fand in der Vernehmlassung zum Psychiatrie-Konzept 1985 deutliche Worte: «Auch die vorhandenen sanitären Einrichtungen liessen sich nicht mehr länger ver-

8 Portrait PDGR (2019), S. 5 (Onlineversion). Für eine Eigeneinschätzung der PDGR als Arbeitgeber vgl. PDGR (2017), S. 26–27.

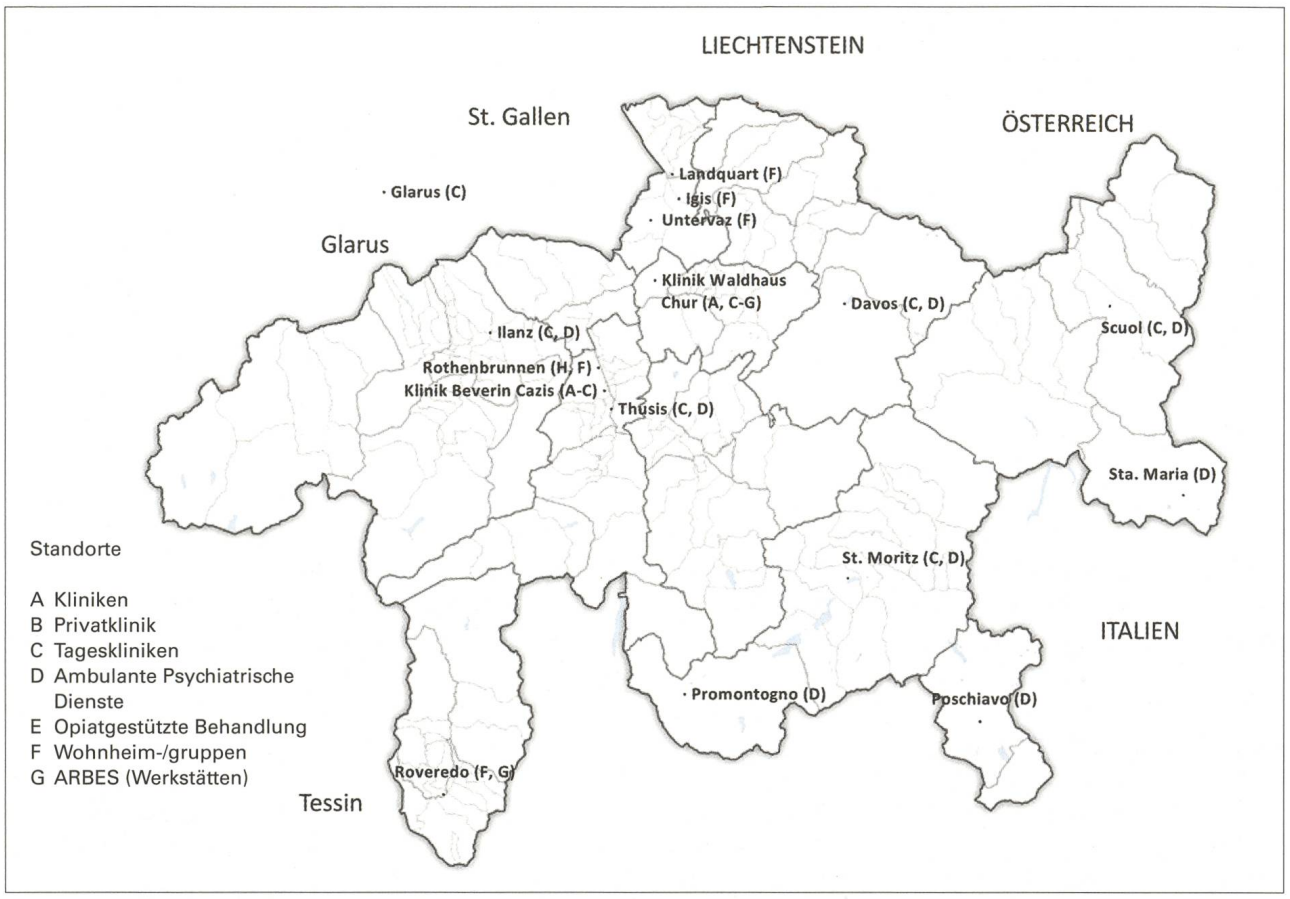
9 Jahresbericht PDGR 2017, S. 16.

10 Psychiatriebericht 2009, S. 21. Was diese Entwicklungen im Arbeitsalltag für die einzelnen Berufsgruppen und für betroffene Personen bedeutet, konnte im Rahmen dieser Studie nicht dargestellt werden.

11 Ebd.

12 Ebd.

13 Noch bevor der Bericht des Schweizerischen Roten Kreuzes neben Führungsschwächen auch infrastrukturelle Mängel bezeichnete, hatte das kantonale Bauamt bereits 1976 auf gravierende Mängel hingewiesen. Diese betrafen neben der Patientenunterbringung auch sanitäre Anlagen, Schutzräume oder Versorgungsräume wie die Küche. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Gutsbetrieb Waldhaus: Studie über die Weiterentwicklung der Psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, durch das Hochbauamt, Oktober 1974, S. 5.



Karte 1: Geografische Verteilung Angebote PDGR (2017)
Quelle: Nach Jahresbericht PDGR 2017, S. 16.

antworten.»[14] Was dies konkret bedeutete, veranschaulicht folgende Passage:

> *«Die Patienten sind grösstenteils in Mehrbettzimmern untergebracht, und für persönliche Bedürfnisse steht wenig Raum zur Verfügung. Männer und Frauen bewohnen die Räume in getrennten Abteilungen. Die auf die heute bestehenden Raumverhältnisse ausgerichtete Behandlungsweise erschwert oder verunmöglicht zum Teil in hohem Masse eine Therapie nach den neuen Erkenntnissen der Psychiatrie. Die erforderliche wohnliche und familiäre Atmosphäre in Form kleinerer Abteilungen ist nur in wenigen Fällen möglich. Freizeiträume, Gemeinschafträume und die Gelegenheit, mit Angehörigen und Bekannten die Zeit zu verbringen, fehlen beinahe gänzlich. Die eintretenden Patienten erschrecken ab der räumlichen Atmosphäre und müssen meist zuerst durch intensive menschliche Nähe zur Mitarbeit motiviert und gewonnen werden. Die Klinik liegt wohl parkähnlich an ruhiger Lage, doch können gehbehinderte Patienten auf den meisten Abteilungen nur schwer in den Garten gelangen. Obere Stockwerke sind oft schlecht erschlossen. Auch die betriebliche und technische Infrastruktur der Klinik ist dringend sanierungsbedürftig. Die Heizungs-, Sanitär- und Elektroinstallationen der meisten Bauten sind veraltet und teilweise kaum mehr funktionstüchtig.»*[15]

Der Entscheid, weiterhin beide Kliniken als Vollkliniken zu betreiben, schloss gleichzeitige und umfangreiche Bauvorhaben an beiden Standorten aus. Die von König als notwendig erachtete Sanierung der Klinik Beverin musste warten. Damit ergab sich eine ähnliche, diesmal jedoch umgedrehte Situation wie zu Beginn der 1970er Jahre, als Pflugfelders Um- und Ausbaubegehren

14 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 451, 463.

15 Ebd., S. 469.

zugunsten des Neubaus in Beverin bis nach der Jahrtausendwende warten mussten.[16]

Bei der Erarbeitung des Bauvorhabens in Chur war zunächst Benedikt Fontana als Vertreter der Psychiatrie involviert, wurde aber 1984 durch König ersetzt. Fontana erklärte später, er könne sich mit dem Neubau nicht identifizieren und plädierte dafür, dass früher als geplant sein Nachfolger bestimmt werden sollte, um diesen in die Planung miteinzubeziehen.[17] König blieb sein Stellvertreter in der Baukommission und war massgeblich an der Neukonzeption der psychiatrischen Klinik Waldhaus beteiligt.[18] Für die Umsetzung, bei der ein Teil der alten Bausubstanz erhalten bleiben sollte, wurde 1988 ein Betriebs- und Betreuungskonzept erstellt. Darin wurden die infrastrukturellen Bedürfnisse für den künftigen Betrieb und die Betreuung der Patientinnen und Patienten eingehend abgeklärt. Dies wiederspiegelt die unterschiedlichen Ansprüche der einzelnen Abteilungen und therapeutischen Angebote, ebenso komplexer gewordene Anforderungen im Hotellerie- und Ökonomiebereich.[19] Erstmals wird ein vergrösserter Raum- und Personalanspruch der Verwaltung sichtbar. Nach dem Umbau waren keine Patientinnen und Patienten mehr im Hauptgebäude untergebracht. Ein Grossteil des Hauptgebäudes wurde mit Büros besetzt.

Das Betriebs- und Betreuungskonzept listete sämtliche betrieblichen Abläufe auf, die für die bauliche Umsetzung von Bedeutung waren. Es legte fest, wie eine Ware in die Klinik kommt, wie sie dort verarbeitet oder verteilt wird und wie sie die Klinik gegebenenfalls wieder verlässt. Das bedeutete beispielsweise für die geplante Cafeteria, dass neben den späteren Verkaufs- und Konsumationsräumlichkeiten auch Lagerräume vorhanden sein mussten. Jede Organisationseinheit erhielt ein entsprechendes Konzept, vom technischen Dienst über die Betriebsfeuerwehr bis hin zur Reinigung der Patientenwäsche und Dienstkleidung.[20] Bei der Planung wurde, anders als in Beverin, auf eine hausinterne Küche verzichtet. Das Essen wurde vom Frauenspital zugeliefert – ein Umstand, der in den folgenden Jahren verschiedentlich bemängelt wurde.[21] Hier manifestierte sich, trotz eines substantiellen Umbaukredits von über 30 Millionen Franken, die seit den 1970er Jahren angestrebte Gesamtkoordination der Ausgaben im Gesundheitswesen. Da das Frauenspital kurz zuvor eine neue Küche erhalten hatte, waren dem Kanton die Kosten für eine eigenständige Küche im Waldhaus zu hoch. Mit dem Bau wurden Abläufe, aber auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten neu gedacht und organisiert. Die Patientenzimmer wurden verkleinert und boten Raum für ein, zwei oder vier Betten. Neu besassen alle Zimmer eine Waschmöglichkeit mit Toilette. Mit besonderem Blick auf akute Krisensituationen, die unter anderem mit «Unruhe und Spannungen» einhergingen, gab der ehemalige Psychiatriepfleger Vitus Bass zu bedenken, dass die Patientensicht beim Bau zu wenig berücksichtigt wurde. Er hätte es bevorzugt, auf den Akutaufnahmestationen ausschliesslich Einzelzimmer einzurichten: «Patientinnen und Patienten, die sich in Krisen und Stresssituationen befinden, benötigen Räumlichkeiten, in denen sie nicht noch zusätzlich negativen Reizen ausgesetzt sind», so Bass.[22]

Zum bestehenden Hauptgebäude hinzu beinhaltete die Neugestaltung zweistöckige Wohnhäuser, die im Pavillonsystem errichtet wurden (vgl. Abbildungen 13 und 14). Die Gestaltung des Gartens, inklusive «Kunst am Bau»-Objekte, waren Teil des Gesamtkonzeptes (vgl. Bildstrecke).

Das Bündner Stimmvolk genehmigte die vom Grossen Rat gesprochenen Mittel und stützte damit den Entscheid der Regierung, an zwei Kliniken festzuhalten.[23] Trotz einzelner Vorbehalte war mit dem Um- und Neubau der Klinik Waldhaus eine längst fällige infrastrukturelle Anpassung vorgenommen worden, die dem Anspruch auf eine individuellere Betreuung besser Rechnung trug und in der Klinik Waldhaus neue Voraussetzungen für die Umsetzung der psychiatrischen Betreuung schuf. Dieser Meinung war auch der zuständige Regierungsrat, Peter Aliesch, der nach vierjähriger Bauzeit die «optimalen Voraussetzungen» zur sozialpsychiatrischen Versorgung nun ebenso im stationären Bereich für gegeben hielt. «Unsere Institution [hat sich] auch in diesem Bereich von

16 Die Sanierung der Klinik Beverin wurde 1996 vom Bündner Stimmvolk gutgeheissen und 2004 fertiggestellt.

17 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 9. Juni 1988, S. 4.

18 Ebd., 11. Juni 1993, S. 6–7.

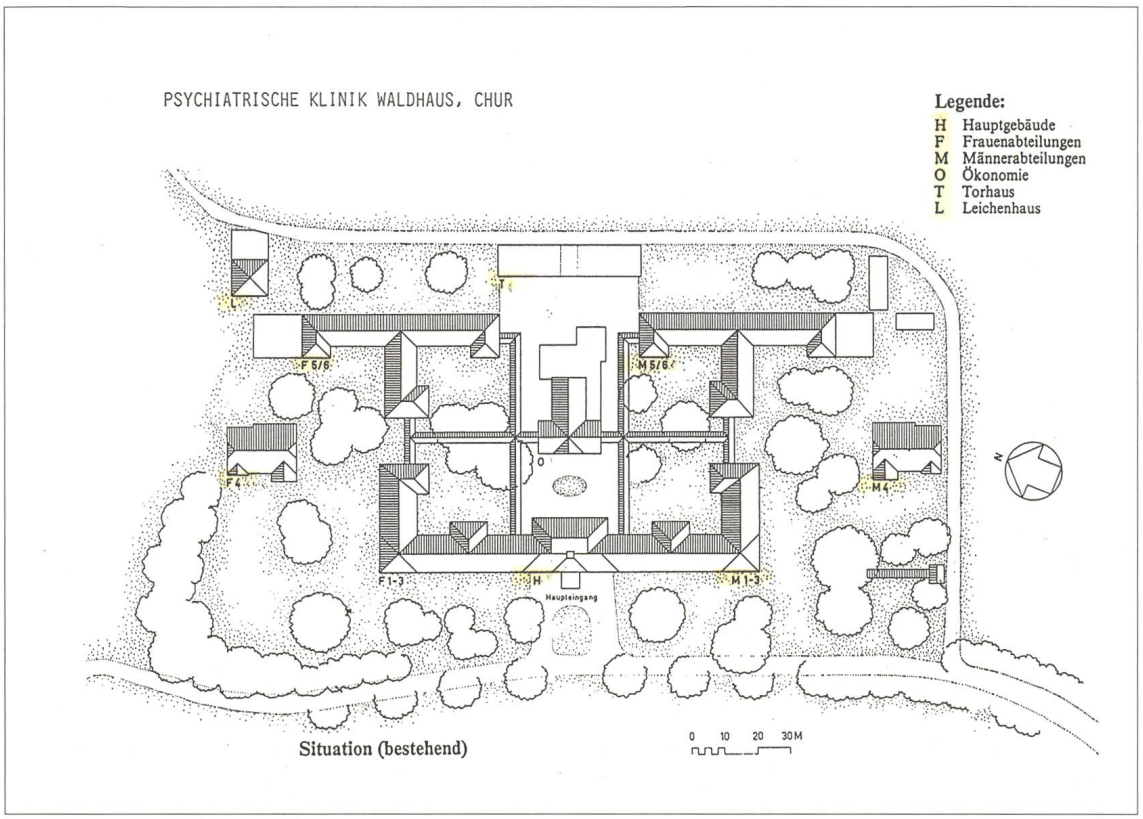
19 Betriebs- und Betreuungskonzept Waldhaus 1988, S. 7, 9, 13, 18–19, 22–24.

20 Ebd., S. 27–31, 38–39, 52–53.

21 Ebd., S. 471–473, 489.

22 Interview mit Vitus Bass, 2.10.30–2.11.13, 2.11.20–2.11.40; schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

23 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 485; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 3.



Abbildungen 13 und 14: Auszüge aus den Bauplänen (Situation bestehend 1986 und Situation nach dem Umbau 1994)

Quelle: Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 476 und Verwaltungsarchiv Waldhaus Kant. Psych. Klinik Waldhaus: Fotodokumentation, April 1994, Hochbauamt Graubünden1994. Fotograf: Fachatelier Reto Reinhardt.

der Psychiatrischen Klinik weg hin zu einem Sozialpsychiatrischen Zentrum entwickelt.»[24]

6.1.3 *Externe Wohngruppe «Casanna» – Übernahme eines privat initiierten Wohnangebots*

Die psychiatrischen Kliniken waren historisch bedingt an der Ausbildung einzelner Wohnheime für erwachsene Menschen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung mitbeteiligt (vgl. Kapitel 5.2). Daneben entstanden vor allem kleinere Einrichtungen aufgrund privater Initiativen. 1992 führten neue Richtlinien der Invalidenversicherung zur Übernahme privat oder kommunal geführter Wohnheime durch die beiden psychiatrischen Kliniken. Dies, weil erstere die Richtlinien aufgrund zu kleiner Einheiten nicht mehr erfüllen konnten. Dazu gehörten das Wohnheim Paspels, das bis dahin im Verantwortungsbereich des kantonalen Sozialamtes gelegen hatte, und die Wohngruppe an der Florastrasse in Chur, die seit 1990 vom *Hilfsverein für psychisch kranke Menschen* betrieben worden war (vgl. Nahaufnahme 1).[25]

Die neuen Richtlinien sahen vor, dass für den Erhalt weiterer finanzieller Mittel aus der Invalidenversicherung mindestens zwölf Plätze pro Organisation angeboten werden mussten, weshalb Kooperationen notwendig wurden.[26] Im Rahmen dieser Entwicklung übernahm die Klinik Waldhaus 1993 das Wohnheim an der Florastrasse. Ergänzend zum internen Wohnheim mit 30 Plätzen verfügte die Klinik Waldhaus nun auch über ein externes Angebot mit zusätzlich fünf Wohnplätzen.[27] Kurz nach dem Entscheid zur Zusammenführung wurde der Mietvertrag von Vermieterseite aufgelöst, so dass die Übernahme mit der Suche nach einem neuen Standort zusammenfiel.[28] Die Neuorganisation und die Eröffnung der *Wohngruppe Casanna* am neuen Standort nutzte der Chefarzt, um psychische Behinderungen und ihre Folgen ausführlich darzulegen. Er schrieb dazu im Jahresbericht von 1993:

> *«Psychische Krankheiten kann man zwar nicht immer heilen, aber man kann mit geeigneten Massnahmen die Symptome mildern und damit die Dauer des Klinikaufenthaltes abkürzen. Im Gegensatz zu früher muss der psychisch kranke Patient in den meisten Fällen nicht mehr auf Dauer in der psychiatrischen Klinik bleiben. Er kann beispielsweise unter beschützenden Bedingungen im Wohnheim, in der Wohngemeinschaft, bei Angehörigen, Freunden oder alleine leben. Daher sind heute zu den früher üblichen Behandlungsmethoden entweder im Spital oder beim Hausarzt zusätzlich beschützende Wohnheime und geschützte Arbeitsstätten getreten, wo die Behandlung durch Hausarzt oder Psychiater ergänzt wird durch psychiatrische Hauspflege und Sozialarbeit. Die Gruppe der psychisch Behinderten ist zu unterscheiden von den geistig Behinderten, bei denen hauptsächlich die Behinderung im Bereich der intellektuellen Fähigkeiten besteht.»*[29]

Die *Wohngruppe Casanna* richtete sich an psychisch behinderte Menschen, die an einer «phasenweise verlaufenden Erkrankung» und nicht primär an einer Suchtkrankheit litten, und die ein solches Angebot freiwillig in Anspruch nahmen. Anders als in der Tagesklinik waren alle Bewohnerinnen und Bewohner verpflichtet, einer geregelten Tagesstruktur und/oder einer Arbeit ausserhalb der Wohngruppe nachzugehen. Für die Arbeit und Beschäftigung konnten die geschützten Werkstätten der Klinik Waldhaus, aber auch andere Angebote, beispielsweise der Werkstätten Plankis, genutzt werden.[30] Zur Durchsetzung eines strukturierten Tagesablaufes diente eine definierte Anwesenheitspflicht und die Einhaltung der Hausordnung. Letztere regelte die Arbeitsteilung im Haushalt, die Teilnahme an gemeinsamen Essen und die Benutzung von Radio und Fernsehen. Die Strukturierung setzte sich bis hin zu gemeinsamen Freizeitaktivitäten fort.[31] Die Weiterführung sozia-

---

24 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986/87, S. 485; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 5.

25 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Schreiben an den Departmentssekretär vom 19. April 1993; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus, S. 3; Botschaft der Regierung 1996, S. 95.

26 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzungen vom 30. April 1992, S. 2, 31. August 1992, S. 2.

27 Immer öfter wurden auch jüngere Menschen im internen Wohnheim aufgenommen. Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 8–9.

28 Ebd., S. 9.

29 Ebd.

30 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Lose Dokumente: Pressetext Wohngruppe Casanna, Chur, am 21. Januar 1994; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 1–2, 10.

31 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG «Casanna»: Konzept der Wohngruppe Casanna Chur vom 19. Januar 1994, S. 2–3.

ler Kontakte war «sehr erwünscht». Besucher waren willkommen, «solange sie das Zusammenleben der Gemeinschaft nicht stör[t]en.»[32]

In den Wohngruppen stand nicht mehr die psychiatrische und therapeutische Betreuung im Vordergrund, sondern die Bewältigung des Alltags und sozialer Fragen. Betreut wurden die Bewohnerinnen und Bewohner von einem dreiköpfigen interdisziplinären Team aus sozialpädagogischen und psychiatrie-pflegerischen Berufspersonen. Auch dieses Angebot war als Übergang mit dem Ziel einer unabhängigen Lebensführung definiert und ordnete sich in eine vom Kanton angestrebte abgestufte Betreuungskette ein. Die Auflistung der Veränderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von 1995 zeigt, dass dieses Ziel nicht immer erreicht werden konnte. Von fünf Personen gelang einer Person innerhalb eines Jahres der Auszug in eine eigene Wohnung. Zwei mussten nach kurzer Zeit wieder in die Klinik, «weil sie den Anforderungen nicht gewachsen waren.» Eine Bewohnerin kehrte nach einem längeren Klinikaufenthalt wieder in die Wohngruppe zurück.[33]

Das Beispiel einer weiteren Bewohnerin verdeutlicht, dass das Leben mit einer psychischen Behinderung neuerliche akute Krankheitsphasen beinhalten konnte und wie dieser Einfluss auf das gesamte soziale Umfeld zeitigten. Es verdeutlicht auf institutioneller Ebene gleichzeitig, dass mit der Übernahme der Wohngruppe Casanna durch die Klinik Waldhaus Entscheidungsbefugnisse abgegeben werden mussten, was zu fachlichen Auseinandersetzungen führen konnte. Anna Casanova (Pseudonym) war mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung, zuletzt als sie bereits in der Wohngruppe ein Zimmer bewohnte. Sie war Mutter von drei Kindern. Alle waren aufgrund der gesundheitlichen Situation der Mutter und weiteren familiären Problemen bei Pflegeeltern untergebracht. Beide Elternteile hatten die elterliche Sorge verloren. Vor der Rückkehr Anna Casanovas in die Wohngruppe beriet eine «Helfer-Konferenz», das heisst ein Kreis unterschiedlicher Ansprechpersonen, über die Besuchsregelung nach dem stationären Aufenthalt. Das Zimmer in der Wohngruppe war für sie freigehalten worden und gross genug, um Besuch von ihren Kindern erhalten zu können. Alle Beteiligten zeigten sich trotz des Rückfalls optimistisch, dass die Frau in absehbarer Zeit wieder eine eigene Wohnung beziehen könne, vorausgesetzt sie finde wieder eine Arbeitsstelle und hielte sich an die Medikamenteneinnahme. Die Person selbst war an dieser Besprechung nicht anwesend.[34]

Ein Jahr später erging an die Leiterin der Wohngruppe die Weisung zur Mehrfachbelegung der Zimmer. Dies hatte innerhalb weniger Wochen zu geschehen. Auch das Zimmer von Casanova, die nach wie vor in der Wohngruppe lebte, war betroffen. Die Mitarbeitenden versuchten sich dagegen zu wehren und führten unterschiedliche Argumente ins Feld. Zum einen seien mit einer Mehrfachbelegung keine Besuche ihrer Kinder mehr möglich, was dem Ziel der sozialen Stabilisierung entgegenliefe. Weiter sei ihr vertraglich ein Einzelzimmer zugesprochen worden. Zudem wurde auf die Problematik schneller Veränderungen als destabilisierendes Moment hingewiesen. Ein Umzug stellte für psychisch behinderte Menschen eine «extreme Belastung» dar und müsse lange vorausgeplant werden.[35] Bei einem übereilten Vorgehen bestehe schliesslich die Gefahr, die Glaubwürdigkeit der Institution zu untergraben. Die Leiterin signalisierte Diskussionsbereitschaft und erbat um Aufschub bei der Umsetzung, einerseits aus obgenannten Gründen, andererseits für eine Diskussion über die Rolle der Wohngruppe: «Wird die WG zu einer Abteilung der Klinik gemacht, verliert sie ihren therapeutischen Charakter, ihre therapeutische Essenz.»[36] Das Beispiel offenbart, wie komplex und langwierig die «Resozialisierung» für Menschen mit einer psychischen Behinderung sowie ihres gesamten Umfelds ist. Es verweist auch auf unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und Realitäten der Fachpersonen verschiedener Disziplinen innerhalb der Behandlungsketten. Diese boten, vereint unter einem organisatorischen Dach, Reibungsflächen, die wiederum Aushandlungsprozesse und Abstimmungen zwischen den unterschiedlichen involvierten Berufsgruppen notwendig machten.

---

32 Ebd., S. 4.

33 Jahresbericht Kantonale Wohn- und Arbeitsstätten für behinderte Menschen 1996, S. 12–13.

34 Die «Helfer-Konferenz» bestand aus dem Leiter des ambulanten psychiatrischen Dienstes, dem Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, der zuständigen Amtsvormundschaft, der Schutzaufsicht des Kantons Graubünden, dem Leiter des regionalen Sozialamtes sowie einer Vertretung der Wohngemeinschaft Florastrasse. Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG «Casanna»: Helferkonferenz Frau A. C. vom 14. September 1993.

35 Ebd., Stellungnahme zum Auftrag: Einrichtung eines Zweierzimmers in der Wohngruppe Casanna des Oberpflegers an den Oberarzt vom 18. November 1993.

36 Die weitere Entwicklung ist in den gesichteten Akten nicht überliefert.

6.1.4 *Regionale Initiativen für Verbesserungen im Gesundheitswesen – psychiatrische Versorgung im Misox*

Mit der Regionalisierung der Zuständigkeiten wurde ab 1990 die Klinik Beverin offiziell in den Aufbau der regionalen psychiatrischen Grundversorgung eingebunden. Für diese Aufgabe erhielten die Kliniken zusätzliches ärztliches Personal.[37] Erstmals wurde eine Frau, Suzanne von Blumenthal, Oberärztin in der Klinik Beverin. Zusammen mit ihren zwei Kollegen war sie für den regionalen Aufbau zuständig. Dafür wurde das Einzugsgebiet der Klinik Beverin unter den drei Oberärzten noch einmal aufgeteilt. Gleichzeitig erhielten alle drei zusätzlich eine Station zugewiesen. Mit dieser Organisation erfüllte sich laut von Blumenthal der sozialpsychiatrische Anspruch, mit dem Eintritt einer Person in die Klinik deren Entlassung bereits mitzudenken und die Behandlung entsprechend auszurichten.[38]

In der regionalen Betreuung wurden zunächst dezentrale Sprechstunden- und Konsiliartätigkeiten durch stunden- und tageweise Besuche der Klinikärzte angeboten. Von Blumenthal bezeichnete die dort tätigen Psychiater deshalb als «Störpsychiater».[39] Andrea Ferroni, von 1988 bis 2016 Leiter des kantonalen Sozialamtes, betonte die enge Zusammenarbeit der regionalen Sozialarbeitenden seiner Behörde mit den Psychiaterinnen und Psychiatern, vor allem wenn wirtschaftliche oder soziale Herausforderungen nach einem Klinikaufenthalt hinzukamen. «Das war aus meiner damaligen Sicht eine erstaunlich intensive Kooperation zwischen den Anbietern.»[40]

Aus den Regionen wurden laut von Blumenthal die Stimmen lauter, die eine umfangreichere und vor allem ortsbezogene psychiatrische Versorgung forderten. Diese war grundsätzlich auch im Sinne der Regierung, die eine ambulante Sprechstundentätigkeit durch Klinikpsychiaterinnen und -psychiater solange unterstützen wollte, bis sich freipraktizierende Fachärztinnen und -ärzte vor Ort ansiedelten. Die Zahl jener, die dies ausserhalb der Region Chur taten, blieb indes gering. Zusätzlich scheiterten oder verzögerten sich Ausbauvorhaben, wie etwa in Disentis. Für die dünn besiedelten Regionen wurde die Nachfrage als zu gering bewertet. Weitere Probleme offenbarten sich bezüglich Sprache und Rekrutierung.[41] In einer zweiten Ausbauwelle schufen dann die *PDGR* ärztliche Stellen vor Ort. Andres Schneeberger, der heutige ärztliche Direktor der Erwachsenenpsychiatrie, kam so 2011 als leitender Arzt ins Engadin. Er stiess bei den Hausärzten trotz vorgängiger Sprechstundentätigkeit durch die Kliniken zunächst auf Zurückhaltung.[42] In dieser Phase fand eine Erweiterung des ambulanten und vor allem auch teilstationären Angebots in den Regionen statt, so beispielsweise mit einer Tagesklinik in St. Moritz, Scuol oder einem Ambulatorium in Poschiavo.[43]

---

37 VOPK 1990, Art. 1. Sie ersetzt jene vom 9. Juni 1987. Dabei bestand ein «Behandlungsversorgungsauftrag» und damit eine «Aufnahmepflicht». Interview mit Hans König, 1.03.00–1.03.10; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 14. Mai 1990, Nr. 1237, S. 1, 5–7; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Mai 1990, S. 4. Zwei Jahre später war die Erarbeitung eines Konzeptes für den sozialpsychiatrischen Dienst in vollem Gange. Ebd., Sitzung vom 30. April 1992, S. 2.

38 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 13.10–16.25.

39 Ebd., 22.40–23.25.

40 Interview mit Andrea Ferroni, 50.00–50.40, Zitat: 50.33–50.40.

41 Auch in Chur wurde 1996 von der Schaffung eines Ambulatoriums in der Stadt aus Kostengründen abgesehen. Interview Suzanne von Blumenthal, 21.30–24.30, 23.40–23.50; Regionaljournal (2016), 3.43–5.15; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1996, S. 3. Die Sprache war nicht nur beim Aufbau der psychiatrischen Grundversorgung in den Regionen eine zusätzliche Herausforderung, auch in den Kliniken selbst. Ärztinnen und Ärzte mit Romanisch Kenntnissen konnten kaum rekrutiert werden und auch für die italienischsprachigen Patientinnen und Patienten aus den Südtälern und unter den Saisoniers war die Möglichkeit zum Austausch in der Muttersprache nicht immer gegeben. Eine Lösung war, dass Ärztinnen, Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, vor allem aber Pflegende aus dem Südtirol rekrutiert und Deutschkurse für Oberärzte angeboten wurden. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 19.25–20.25; Interview mit Markus Bünter, 8.15–8.20; Interview mit Andres Schneeberger, 24:00–24:10; Nachtrag zur Autorisierung Andres Schneeberger vom 25. April 2020.

42 Interview mit Andres Schneeberger, 9.55–10.14; Verwaltungsarchiv Beverin Tagesklinik St. Moritz: Protokoll Kommunikation, Projektsitzung Leistungsausbau Engadin/Tagesklinik St. Moritz, Protokoll Nr. 1, Sitzung vom 3. Mai 2006, S. 1.

43 Ebd., Konzept Psychotherapeutische Tagesklinik vom 25. April 2006; Interview mit Andres Schneeberger, 9.20–10.40. Behandelt wurden hier: «Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Somatoforme Störungen (Somatisierungsstörungen, Konversionsstörungen, Hypochondrie), Chronische Schmerzerkrankungen (Kopfscherzen, Rückenschmerzen, Migräne), Psychosomatische Erkrankungen des Magen-Darm-Taktes (Reizdarmsyndrom, Coliti ulcerosa, Morbus Crohn), Burnout Syndrom, Chronischer Tinitus». Ebd., S. 3.

Der Forderung nach einem regionalen Ausbau der psychiatrischen Grundversorgung kam der Kanton nicht in allen Regionen gleichermassen nach. Mitunter bedurfte es regionaler Initiativen, um die psychiatrische Grundversorgung dezentral auszubauen, so beispielsweise im Misox. Die frühen Forderungen für den Aufbau einer ambulanten psychiatrischen Grundversorgung reichen hier in die 1980er Jahre zurück. Wenn jemand psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen wollte oder musste, so standen freischaffende Psychiater nur im Kanton Tessin zur Verfügung. Für einen stationären Aufenthalt mussten Patientinnen und Patienten über oder durch den San Bernardino (Tunnel seit 1967) in die Klinik Beverin reisen. Die psychiatrische Klinik in Mendrisio war zu diesem Zeitpunkt aufgrund fehlender überkantonaler Vereinbarungen keine Alternative.[44]

Eine Scharnierfunktion in der Ausgestaltung der psychiatrischen Grundversorgung kam dem Regionalsekretär, Riccardo Tamoni, zu. Als Katalysator wirkten die Anstrengungen gegen den vermehrten Drogenkonsum und -handel sowie die relativ hohe Zahl von Drogentoten im Tal.[45] Das Misox stand zwischen dem Kanton Tessin, der mit starker polizeilicher Präsenz den Drogenhandel einzudämmen suchte, und der Kantonspolizei Graubünden, die für eine vergleichbare Aufgabe unterbesetzt war.[46] Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus dem Regionalsekretär, Vertretern des Sozialen Dienstes, aus Politik und Medizin forderte deshalb eine Verstärkung der Polizeipräsenz und die Schaffung einer Infrastruktur zur Betreuung der Drogenabhängigen.[47] Der Kanton Graubünden verstärkte daraufhin die Polizeipräsenz und liess die Polizisten im Tal entsprechend schulen, mit dem Resultat, dass Drogenkonsum und -handel deutlich zurückgingen. Die Polizei arbeitete dabei eng mit dem Sozialen Dienst zusammen.[48] Für stationäre Aufenthalte zur Suchtrehabilitation hatte der Kanton Graubünden Verträge mit ausserkantonalen Kliniken in der Deutschschweiz vereinbart, nicht aber für den Tessin. Für das Misox war es zunächst nicht die Bündner Regierung, die nach entsprechenden Lösungen suchte, sondern der Leiter des psychiatrischen Dienstes Sopraceneri, der in Zusammenarbeit mit dem Misoxer Sozialdienst 1995 schliesslich eine überkantonale Regelung fand.[49]

Ebenfalls auf eine regionale Initiative ging der Aufbau des ambulanten psychiatrischen Dienstes im Misox zurück. Seit 1963 bestand für somatische Erkrankungen mit dem Ospedale San Giovanni in Bellinzona eine Vereinbarung für die Spitalversorgung des Bezirks Moesa (Kreise Misox, Roveredo und Calanca). Diese ermöglichte Patientinnen und Patienten dieser Täler, Spitalleistungen in ihrer Sprachregion in Anspruch zu nehmen. 1990 wurde die Vereinbarung auf alle öffentlichen Spitäler des Kantons Tessin ausgeweitet, nicht aber auf die psychiatrische Klinik Mendrisio.[50] 1993 setzte die *Organizzazione Regionale del Moesano* (ORMO) eine Arbeitsgruppe ein, die in enger Zusammenarbeit mit den Sozialen Diensten zwei Forderungen bezüglich einer psychiatrischen Betreuung in den Süddtälern an die Regierung des Kantons Graubünden formulierte. Erstens sollten eine stundenweise psychiatrische Konsultationsmöglichkeit und zweitens die Möglichkeit für stationäre Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik Mendriso geschaffen werden.[51] «So wie wir sehr spät zur Spitex kamen, so wie wir sehr spät zu einem schulpsychologischen Dienst kamen, so kamen wir sehr spät zu einer kleinen Stelle für den psychiatrischen Dienst im Misox. [...] Es gab nichts hier, auch keinen Psychiater. Das hat Jahre gedauert, bis es soweit war», erinnert sich Tamoni.[52] Anfang 1994 eröffnete das Ambulatorium in Roveredo, so dass einmal in der Woche ein Psychiater aus Beverin für zwei Stunden ins Misox kam.[53] Die Konsul-

44 Interview mit Riccardo Tamoni, 8.30–12.30.
45 Interview mit Andrea Ferroni, 25.48–27.06
46 Interview mit Riccardo Tamoni, 14.35–14.53.
47 Ebd., 24.20–24.30, 26.20–26.30.
48 Ebd., 28.50–29.18.
49 Archiv ORMO: Brief an T. C. über die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vom 25.10.1995; Interview mit Riccardo Tamoni, 34.50–35.00 und schriftliche Ergänzungen vom 16.01.2020.
50 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Dezember 1990, 3158, S. 1–2. Diesmal mit der «Ente ospidaliero cantonale», der Trägerin aller öffentlichen Spitäler des Kantons Tessin.
51 Archiv ORMO: Konzept zur regionalen Gesundheitsversorgung, Nr. 1 vom 18. September 1994.
52 Interview mit Riccardo Tamoni, 6.30–6.57, 10.15–10.24. Tamoni war während 30 Jahren Regionalsekretär im Misox und für die wirtschaftliche Entwicklung der Region zuständig. Er stand daneben unter anderem über mehrere Jahre der Kreisvormundschaftsbehörde Roveredo vor, präsidierte während zehn Jahren den kantonalen Vormundschaftsverband, war Präsident und Sekretär der Sekundarschule Roveredo, Präsident der kantonalen Spitex-Kommission, Gemeindepräsident von Cama und ist bis heute Stiftungsratspräsident des *Altersheims Opera Mater Christi* in Grono.
53 Archiv ORMO: Eröffnung Ambulatorium in Roveredo, 31. Januar 1994.

tationen waren zunächst nicht primär für Patientinnen und Patienten gedacht, sondern für Ärzte, den Sozialdienst und die Vormundschaftsbehörden. In den kommenden Jahren funktionierte dieses Angebot laut Tamoni jedoch nur bedingt. Das hing auch mit fehlenden Italienischkenntnissen der Psychiater zusammen. Als um die Jahrtausendwende ein neuer Psychiater mit italienischer Muttersprache diesen Dienst versah und er nicht nur für zwei Stunden, sondern für einen halben Tag in der Woche in das Südtal reiste, verbesserte sich laut Tamoni die Situation grundlegend zum Positiven. Eine steigende Zahl von Patientinnen und Patienten konnte von den Sprechstunden profitieren. Wenige Jahre später eröffnete eine Psychiaterin ihre Praxis in Roveredo und 2002 schuf der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst im selben Dorf eine Aussenstelle.[54] Diese Entwicklung zeigt, dass über die Jahre eine sukzessive Diversifizierung des Angebots, eine Erweiterung der Präsenzzeiten sowie eine Steigerung der sprachlichen Kompetenz stattgefunden hat.

Bis zur Umsetzung der zweiten Forderung nach einem stationären psychiatrischen Behandlungsangebot in der psychiatrischen Klinik Mendrisio sollten weitere Jahre vergehen. Zuerst mussten die Verträge zwischen dem Kanton Tessin und Graubünden für die akutsomatische Spitalversorgung angepasst werden. Die ORMO hatte ihrem Anliegen durch eine Petition mit 1'600 Unterschriften Nachdruck verliehen und die Regierung anerkannte die Notwendigkeit, diskutierte aber zuerst alternative Szenarien. Da die Regierung die Verbesserung der sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten als zentralen Aspekt des «Heilungsverfahrens» befürwortete und diese für italienischsprachige Patientinnen und Patienten nicht durchgehend gewährleistet war, prüfte sie die Schaffung einer italienischsprachigen Station in der Klinik Beverin. Die Idee wurde wieder verworfen, da die dafür der Bedarf als nicht gegeben erschien. Die Verhandlungen mit dem Kanton Tessin wurden danach intensiviert und 1999 ein entsprechender Vertrag für die Regionalspitäler in Bellinzona, Locarno, Lugano und auch für die psychiatrische Klinik Mendrisio von den beiden kantonalen Regierungen unterzeichnet.[55] Die Vereinbarung galt für Erwachsene mit Wohnsitz in den italienischsprachigen Regionen des Kantons, nicht aber für Kinder und Jugendliche.[56] Damit bestand künftig für die volljährige Misoxer Bevölkerung die Möglichkeit, für alle Belange im Gesundheitswesen auf die geografisch und sprachlich nahe liegenden Tessiner Angebote zuzugreifen, auch für die psychiatrische Betreuung.

6.1.2 Tagesklinik Waldhaus – ein therapeutisches Angebot des Übergangs

Für den Aufbau eines sozialpsychiatrischen Zentrums war die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken ein wichtiger Schritt. Neben dem Ausbau ambulanter Einrichtungen wurden vermehrt teilstationäre Übergangsstrukturen aufgebaut, die mithelfen sollten, eine stationäre Einweisung zu verhindern oder an eine solche anzuschliessen. Sie wurden als Teil eine Behandlungskette verstanden. Die durchschnittliche Zeit eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik konnte so weiter reduziert werden. Gleichzeitig waren die zu errichtenden Angebote für Erwachsene auf eine längere Betreuung ausgelegt und in einem integrativen Sinne gedacht. Die Bündner Regierung bewilligte entsprechende Vorhaben der beiden psychiatrischen Kliniken, beteiligte sich aber auch an privaten Initiativen oder übernahm diese gar. Das ausgebaute Angebot umfasste schliesslich Tages- und Nachtkliniken in Chur und in den Regionen sowie betreute Wohngruppen und -heime für Menschen mit einer psychischen und/oder kognitiven Behinderung (vgl. oben Karte 1, S. 404).

Den Anfang machten Tages- und Nachtkliniken auf dem Klinikareal, deren Bau die Bündner Regierung 1993 bewilligte.[57] Bereits vorher hatten beide Chefärzte auf dieses Ziel hingearbeitet, etwa mit

54 Interview mit Riccardo Tamoni, 12.30–17.18 und schriftliche Ergänzungen vom 16.01.2020.

55 Interview mit Riccardo Tamoni, 20.40–22.48; Interview mit Claudio Candinas, 35.49–37.00; Archiv ORMO Com. Stampa: Vereinbarung mit dem Kanton Tessin betr. Mendrisio vom 25. Februar 1999. Die anfallenden Mehrkosten wurden nicht den Patientinnen und Patienten verrechnet, sondern vom Kanton übernommen. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 23. Februar 1999, 286, S. 1.

56 Vereinbarung zwischen dem Kanton Tessin, vertreten durch die «Organizzazione sociopsichiatricia cantonale» (OSC) des «Dipartimento delle opere sociali» und dem Kanton Graubünden, vertreten durch die Direktion kantonale Kliniken und Spitäler des Sanitätsdepartementes betreffend die psychiatrische Spezialbehandlung von erwachsenen Italienisch sprechenden Patienten mit Wohnsitz in den italienischsprachigen Regionen des Kantons Graubünden in der «Clinica psichiatrica cantonale» (CPC) in Mendrisio vom 23. März 1999, abgedruckt in: Regierungsprotokoll, Sitzung vom 23. Februar 1999, 286.

57 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 16. November 1993, Nr. 2856, 22. März 1994, Nr. 644.

der Schaffung einer offenen Aufnahme- und Therapiestation auf dem Gelände der Klinik Beverin.[58] In der Klinik Waldhaus waren Tagespatientinnen und -patienten auf den Stationen aufgenommen worden. Ihre Zahl stieg zu Beginn der 1990er Jahre stetig an, was ein Bedürfnis teilstationärer Angebote zu bestätigen schien.[59]

Die Tagesklinik bot tagsüber ein strukturiertes Umfeld für Patientinnen und Patienten, die weiterhin zuhause übernachteten. Voraussetzung war, dass die Übernachtung in einem «tragfähigen sozialen Umfeld» stattfand das heisst, dass sie bei Bedarf auf familiäre oder private Unterstützung zurückgreifen konnten. Die Nachtklinik bot umgekehrt eine betreute Übernachtungsmöglichkeit bei gleichzeitigem Tagesaufenthalt ausserhalb der Klinik.[60] Die Meinungen, ob solche Angebote räumlich an die Kliniken angeschlossen sein sollten, waren gespalten. Die Nähe zu stationär untergebrachten Patientinnen und Patienten widersprach laut den Skeptikern dem Ziel der Resozialisierung beziehungsweise der Verhinderung einer stationären Unterbringung. Gleichzeitig wurde einem solchen Angebot nur eine kleine Nachfrage attestiert. Dafür eine neue Infrastruktur jenseits der bestehenden Kliniken zu schaffen, schien zu teuer, weshalb zunächst ein Angebot innerhalb der Kliniken ins Auge gefasst wurde. Das bedeutete, dass das Angebot nur Menschen zur Verfügung stand, die in kurzer Distanz zu den beiden Kliniken wohnten oder arbeiteten. Heute sind Tageskliniken und betreute Wohnangebote in verschiedenen Regionen des Kantons angesiedelt. Dieser Ausbau folgte erst in einem späteren Schritt, so beispielsweise 2006 in Scuol.[61]

Für den Regierungsentscheid legten beide Chefärzte 1993 je ein Konzept für den Aufbau einer internen Tagesklinik vor.[62] Dasjenige für die Tagesklinik Waldhaus zeigt deren Zielsetzung und geplante organisatorische Umsetzung. Die Tagesklinik Waldhaus wurde als Teil der ambulanten Nachsorge definiert, als kostengünstige Alternative zu einem stationären Aufenthalt gesehen und 1995 in einem eigenen Gebäude auf dem Klinikareal eröffnet.[63] Aufgrund des eben erst erfolgten Neubaus waren die finanziellen Mittel beschränkt, so dass die Regierung zwar einen Kredit für den Umbau, nicht aber für mehr Personal genehmigte.[64] Die Tagesklinik war für 15 bis 20 Personen konzipiert. Bereits im ersten Betriebsjahr wurde diese Belegung mit durchschnittlich 40 Personen ums Doppelte übertroffen.[65] Sie richtete sich an klinikentlassene Patientinnen und Patienten aus der Region Chur, die an einer «Schizophrenie, an einer endogenen Depression oder an schweren Persönlichkeitsstörungen» litten, die keiner geregelten Arbeit nachgehen konnten, und «einer weiteren medikamentösen, psychotherapeutischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Weiterbehandlung» bedurften.[66] Die Tagesklinik war unter der Woche von acht bis 16 Uhr geöffnet und bot eine geregelte Tagesstruktur (vgl. Tabelle 24).

Die Tagesklinik verfügte über therapeutische Angebote, Beschäftigungsmöglichkeiten auf der Station und in den therapeutischen Ateliers der Klinik sowie die Möglichkeit der kontrollierten Medikamentenabgabe oder -verabreichung.[67] Dazu gehörten Infusionskuren, Trinkkuren und in der Folge die Verabreichung von Antabus sowie Lichttherapien im Herbst.[68] Einmal pro Woche war eine Arztvisite vorgesehen.[69]

Innerhalb der Tagesklinik bestanden unterschiedliche Gruppen mit einem abgestuften Angebot. Der Gruppe «Rehabilitation» stand ein erweitertes Beschäftigungsangebot zur Verfügung, beispielsweise in der Schreibstube, in der auch administrative Arbeiten für die Klinik und einzelne Stationen erledigt wurden. Hinzu kam die Einübung von Abläufen, die auf eine selbständige Haushaltsführung hinarbeiteten, wie Bügeln der mitgebrachten Kleidung oder Planung von Mahlzeiten und sozialen Fertigkeiten.[70] Dazu zählten

58 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 5.

59 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung, Sitzung vom 18. Dezember 1992, S. 1; Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 10.

60 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 427.

61 Verwaltungsarchiv Beverin: Tagesklinik St. Moritz: Protokoll der Geschäftsleitungssitzung Psychiatrische Dienste Graubünden Nr. 7/06, Sitzung vom 23. August 2006, S. 3.

62 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 26. November 1993, S. 5.

63 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Tagesklinik: Konzept Tagesklinik, März 1994, S. 3; Jahresbericht Waldhaus 1995, S. 4.

64 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 11. März 1993, S. 2.

65 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1995, S. 5.

66 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Tagesklinik Konzept Tagesklinik, März 1994, S. 8.

67 Ebd.

68 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1997, S. 19, 1999, S. 19.

69 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Tagesklinik Konzept Tagesklinik, März 1994, S. 4.

70 In den Ateliers wurde Werken mit unterschiedlichen Materialien angeboten, daneben Textilverarbeitung, Mo-

Zeit		Personal	Patienten
8.00–8.30		*Tageseinstieg:* Kaffee, Tee Gemeinsamer Austausch Tagesablauf besprechen	*Tageseinstieg:* Kaffee, Tee Gemeinsamer Austausch Tagesablauf besprechen
8.30–11.00

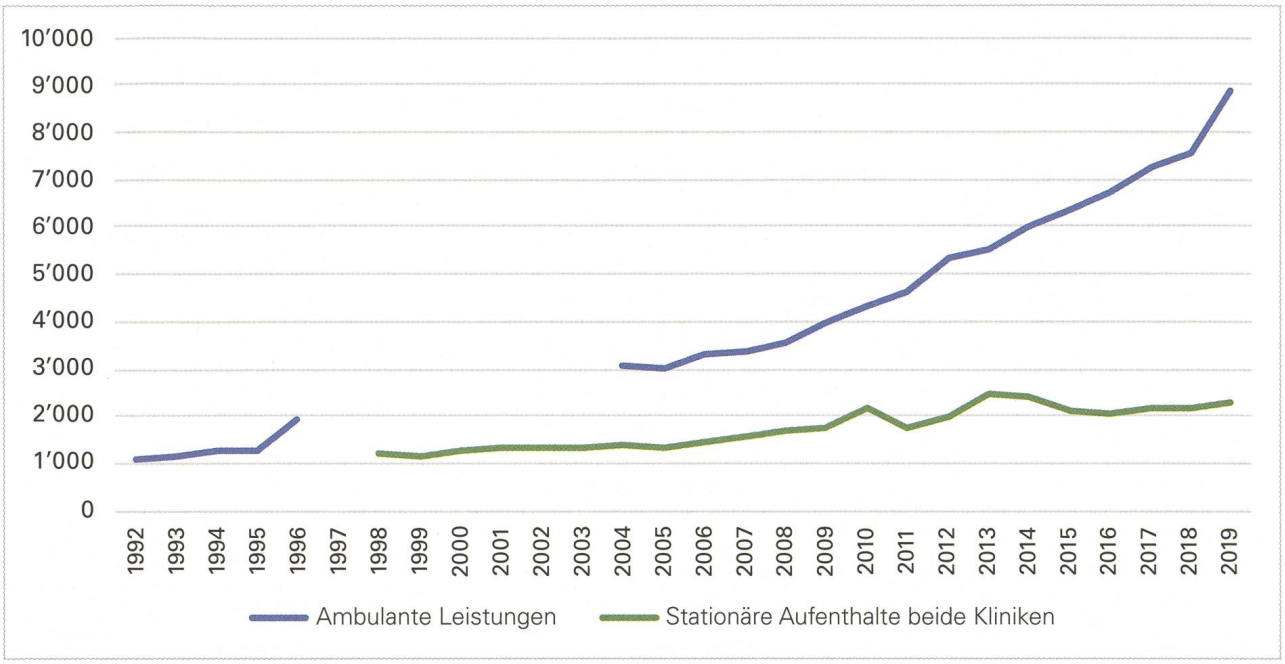


Diagramm 45: Entwicklung ambulante Leistungen und stationäre Aufenthalte beider Kliniken nach Personen (1992–2019)

Anmerkung: Bis 1996 bezogen sich die ambulanten Leistungen auf «Personen» und «Konsultationen». Danach bezieht sich die Zählung auf die Anzahl «Fälle». (Zu einer Person können mehrere «Fälle» bestehen.) Die Angaben zu 2019 umfassen auch 1494 ambulante und 46 stationäre «Fälle» der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Quellen: Jahresberichte Waldhaus und Beverin (1992–2001), Jahresberichte PDGR (2002–2015) und Angaben PDGR (2016–2019).

Die Zahlen zeigen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich starke Zunahmen zu verzeichnen sind. Ambulante Konsultationen versechsfachten sich innerhalb eines knappen Vierteljahrhunderts. Der stationäre Bereich erlebte eine Verdoppelung der Aufenthalte innerhalb weniger Jahre (vgl. Diagramm 45). Das Angebot an Plätzen in Tageskliniken und Ambulatorien, das zu den ambulanten Angeboten gezählt wurde, stieg seit 2001 ebenfalls markant an, von 42 (2001) auf 106 (2015) und war mitverantwortlich für den generellen Anstieg der Betreuungszahlen. Die Bettenzahl in den beiden Kliniken blieb zwischen 2002 (237) und 2015 (231) in etwa gleich. In Verbindung mit dem Anstieg stationärer Behandlungen bestätigen diese Zahlen die verkürzten Aufenthaltsdauern. Neu hinzu kamen Plätze in Wohnheimen, die 2015 für 132 Personen ausgelegt waren.[73]

6.2 Leitbilder und Konzepte zwischen Reflexion und Messbarkeit

Anlässlich der Eröffnung des Neubaus der Klinik Waldhaus lobte der zuständige Regierungsrat 1993 diesen als Sinnbild für den Einzug der modernen stationären Psychiatrie in den Kanton Graubünden. Patientinnen und Patienten seien nun nicht mehr «menschenunwürdig untergebracht».[74] Damit sollte ein definitiver Bruch mit veralteten Versorgungstraditionen hin zu einer modernen, durchlässigen und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepassten Psychiatrie Ausdruck verliehen werden. Aliesch verwies auf eine bestehende konzeptionelle Auseinandersetzung in diesem Bereich. Künftig müsse immer wieder die Frage gestellt werden «wie eigentlich aus Sicht Betroffener und deren Angehörigen eine bedürfnisgerechte Psychiatrie aussehen sollte. Hat sich der Patient nach dem Konzept zu richten oder hat sich das Konzept nach dem Patienten zu richten?»[75] Leitbilder und Stationskonzepte wurden

73 Jahresberichte Waldhaus und Beverin 1992–2001; Jahresberichte PDGR 2002–2015.

74 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1993, S. 5.

75 Ebd., S. 5.

nicht nur für den Aufbau neuer Angebote zu einer wichtigen Entscheidungsgrundlage. Sie sollten die Rolle des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals reflektieren und regelmässiger Überprüfung unterliegen. Sie wurden gleichzeitig ein wichtiges Instrument zunehmender Qualitätskontrollen. Diese Tendenzen werden nicht allein für die Bündner Psychiatrie sichtbar, sondern sind eingebettet in eine gesamtschweizerische Entwicklung im Gesundheitswesen.

Leitbilder beschreiben Grundprinzipien und das Selbstverständnis einer Institution. Sie sollen nach innen eine handlungsleitende und motivierende Orientierung bieten und gegen aussen den Standpunkt einer Organisation, ihre Haltung und Aufgaben sichtbar machen. In Organisationen, in denen unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten, sind diese in der Regel sehr allgemein gehalten und werden durch (Stations-)Konzepte und Handlungsrichtlinien ergänzt, die auf die Bedürfnisse, beispielsweise einzelner Stationen und Tätigkeiten genauer eingehen. Ihre Festschreibung ist Ausdruck einer vermehrten beruflichen Reflexion. In diesem Sinne geben solche Verschriftlichungen wichtige Hinweise auf eine vermehrte Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von Patientinnen, Patienten und Personal.

Im Zuge der Regionalisierung erarbeiteten beide psychiatrischen Kliniken Leitbilder, die auch die ambulante psychiatrische Versorgung miteinbezogen.[76] Für die Klinik Waldhaus verfasste Markus Bünter bei seinem Amtsantritt 1991 ein zwanzig Seiten umfassendes, ausführliches *Leitbild für die Bezirke Plessur, Unter- und Oberlandquart*.[77] Ziel war es, «dem einzelnen Mitarbeiter eine möglichst hohe Identifikation mit dem Betrieb [zu] ermöglichen und ihn dazu [zu] motivieren, ein als gemeinsam wertvoll erkanntes Ziel im täglichen Handeln anzustreben». Als Rahmen setzte das Leitbild die gesetzlichen Vorgaben sowie die als «allgemein gültig erkannten» bezeichneten «Grundprinzipien menschlicher Ethik».[78] Dabei ging es von zwei Grundprinzipien aus: erstens die Ausrichtung des Handelns an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und zweitens die Professionalität der Betreuung. Um letztere erreichen zu können, wurde die Orientierung an wissenschaftlich anerkannten Standards sowie eine fortwährende Aus- und Weiterbildung des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personals als unabdingbar gesehen.[79] Dadurch verankerte dieses Leitbild einen wissenschaftlichen Anspruch und anerkannte die rasche Entwicklung in allen Bereichen der Psychiatrie, die ein fortwährendes Lernen bedingten. Gleichzeitig widerspiegelte sich im Leitbild auch der aktuelle Stand der psychiatrischen Versorgung. Die seit einigen Jahren fortschreitende Spezialisierung in den Therapiebedürfnissen unterschiedlicher psychischer Krankheitsbilder wurde ebenso angesprochen wie der Anspruch auf ein differenziertes Angebot für die unterschiedlichen Alterskategorien, im Suchtbereich sowie im Massnahmenvollzug.[80] Darüber hinaus bekräftigte das Leitbild ein abgestuftes sozialpsychiatrischen System, in dem die Klinik ein Teil der Behandlungskette aus stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten darstellte und die in ihrer Gesamtheit die Kontinuität der Behandlung psychisch kranker und behinderter Menschen gewährleisten sollte.[81] Damit widerspiegelte das Leitbild die aktuelle medizinisch-therapeutische Ausrichtung des Chefarztes und bestätigte gleichzeitig den politischen Willen der Regierung, die diese Stossrichtung im Psychiatrie-Konzept von 1985 formuliert hatte.

Für den Klinikbereich umschrieb das Leitbild von 1991 Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen des ärztlichen Dienstes auf der einen Seite und des Pflegedienstes auf der anderen.[82] Es nahm damit eine Abgrenzung der einzelnen Berufsgruppen vor, wobei Sozialarbeitende und therapeutische Mitarbeitende lediglich in Zusammenhang mit den ärztlich medizinischen Aufgaben genannt wurden. Durch den täglichen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten erhielt die Pflege im Leitbild eine wichtige, vertrauensbildende Funktion, die dazu beitragen sollte, die ärztliche Behandlung durch die «Motivation zu notwendigen Arztbesuchen, Patientenbeobachtungen, Injektionen, Kuren oder verbale Interventionen» zu unterstützen. Sie fungierte gleichzeitig als wich-

76 Ebd., 1991, S. 4; Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 30. April 1992, S. 2, 4. Für die Klinik Waldhaus wurde im Rahmen des Aufbaus des ambulanten Dienstes bereits 1980 ein entsprechendes Leitbild verfasst. Botschaften der Regierung an den Grossen Rat 1986, S. 422.

77 Leitbild Waldhaus 1991. Diese Grundsätze fanden 1996 Eingang in die Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 60–61.

78 Leitbild Waldhaus 1991, S. 3.

79 Ebd., S. 6.

80 Ebd., S. 19.

81 Ebd., S. 17–18.

82 Ebd., S. 8–9, 13–14.

tige Schnittstelle für die angestrebte Resozialisierung; auf der Station, aber auch im Austausch mit Angehörigen oder sozialen Diensten.[83] Die Verantwortung für den Therapieverlauf lag laut Leitbild allein bei den Ärztinnen und Ärzten.[84] Damit verblieb die Hierarchie zwischen dem ärztlichen Fachpersonal und der Pflege unangetastet, obwohl Diskussionen über eine Neuorganisation der Führungsstrukturen bereits im Gange waren (vgl. Kapitel 6.2.2).

Das Leitbild spiegelte schliesslich ein zunehmendes Bewusstsein dafür, dass die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten zu stärken sei. Dies beinhaltete auch die Freiheit, eine Behandlung abzulehnen, ausser im Falle einer vorangegangenen richterlichen Verfügung. In Ansätzen verweist das Leitbild hier erstmals auf bestehende Patientenrechte.

Auf der Basis dieses Leitbildes wurden in den folgenden Jahren auf den einzelnen Abteilungen Stationskonzepte verfasst, die den unterschiedlichen Bedürfnissen entsprechen sollten. Stationskonzepte hatten zum Ziel spezifische Aufgaben zu formulieren und zu konkretisieren. Sie beinhalteten Angaben über das vorausgesetzte Menschenbild, das spezifische Verständnis von Pflege, die Durchführung derselben, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen, die Pflegequalitätssicherung sowie die Weiterbildung.[85] Diese Aufgabe lag bei der Pflegedienst- sowie den Abteilungsleitungen, die diese teilweise zusammen und im Team erarbeiteten. Laut Jahresbericht war dies bis 1994 in fast allen Abteilungen der Klinik Waldhaus geschehen.[86] Für den Psychiatriepfleger und Stationsleiter Vitus Bass, der seit 1968 in der Klinik Waldhaus arbeitete, waren die Stationskonzepte ein wichtiger Schritt zur Reflexion der eigenen Arbeit, aber auch, um die Arbeit in der Pflege sichtbarer und damit messbarer zu machen.

> *«Als Dr. Fontana Chefarzt wurde, ordnete er eine interne Weiterbildung an, die durch Fachpersonen geführt wurde. Ziel war es, dem Pflegepersonal schriftlich definierte Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zu übertragen. Für mich begann damit ein neues Zeitalter in der Psychiatrie. [...] Ich war der erste, der im Waldhaus ein Stationskonzept geschrieben hat, sehr schlecht (lacht), aber immerhin. [...] Das beinhaltete grob, was wir mit den Menschen dort machen wollten und ein erstes Mal Kriterien setzten. Es war ein Anfang. Ich war begeistert davon, dass wir versucht haben zu strukturieren und zu definieren was eine gute Pflege und Betreuung beinhaltet und wie eine solche messbar gemacht werden kann. Das heisst zu definieren, wann beispielsweise ein Gespräch gut verlaufen ist. Das ist extrem schwierig und es gibt viele Grauzonen innerhalb derer nicht genau gesagt werden kann, was richtig und was falsch ist. Es war wichtig etwas gemeinsam zu definieren, dass gemeinsam getragen wurde.»*[87]

Damit sprach Vitus Bass die zentralen Punkte an, die Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung von Leitbildern und Stationskonzepten waren, etwa die Bewusstseinsbildung bei der Erarbeitung im Team oder die Unterstützung und Vorbildfunktion der Führungskräfte.[88] Evaluationen bildeten ein wichtiges Instrument, um die Umsetzung und Wirksamkeit solcher Leitbilder zu überprüfen. Sie spielten einerseits bei der Messung der Behandlungsqualität eine steigende Rolle und spiegelten andererseits, dass die Bewertung von Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten ein zunehmendes Qualitätsargument und damit letztlich auch ein Verkaufsargument für die eigene Arbeit darstellten. Ab 1996 führte die Klinik Waldhaus Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragungen durch, und ab 1997 Patientinnen- und Patientenbefragungen.[89] Im Vergleich dazu führte die KJP

83 Ebd., S. 12.
84 Ebd., S. 11.
85 Mager (o. J.), Kapitel 3.1.
86 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1991, S. 4. Als Grund für noch bestehende Lücken werden personelle Engpässe beschrieben, die eine vorübergehende Konzentration auf die «wichtigsten Behandlungsbedürfnisse» notwendig werden liess, vgl. Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1994, S. 3. Das Auffinden und die Lesbarkeit früher Stationsleitbilder erwiesen sich im Verlauf der Recherche als schwierig. Dies ist vor allem der seit Ende der 1980er Jahren aufkommenden Nutzung von Personal Computern geschuldet und einem sich verändernden Ablageverhalten. Nicht ausgedruckte und erkennbar abgelegte Dokumente liefen Gefahr mit neueren Programmen nicht mehr eingelesen werden zu können oder nicht über einen längeren Zeitraum archiviert zu werden und damit für die Forschung verloren zu gehen.
87 Interview mit Vitus Bass, 1.14.07–1.14.37 und 1.14.45–1.15.48 und Nachtrag zur Autorisierung Vitus Bass vom 25.04.2020.
88 Mager (o. J.), Kapitel 4.1.–4.1.3.
89 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1996, S. 2, 1997, S. 21.

bereits 1984 Klientinnen- und Klientenbefragungen durch (Kapitel 5.3.6).

Auch in der von Versicherern und Politik zunehmend eingeforderten Messbarkeit erbrachter Leistungen gewannen Leitbilder, Stationskonzepte und Evaluationen an Bedeutung. Seit den 1980er Jahren hielt im Gesundheitswesen allgemein eine ökonomische Sichtweise auf den Klinikbetrieb verstärkt Eingang. Die Entwicklung war Teil eines allgemeinen Trends, mit dem unter dem programmatischen Label des «New Public Managements» betriebswirtschaftliche Modelle auf staatliche Verwaltungen oder öffentlich-rechtliche Einrichtungen übertragen wurden. Medizinische Dienstleistungen sollten effizient erbracht werden. Die Qualität der erbrachten Leistungen wurde gemessen und an standardisierten Vorgaben ausgerichtet.

Die Klinik Waldhaus führte 1996 als eine der ersten in der Schweiz ein elektronisches «Klinikinformationssystem» (KIS) ein.[90] Der Ausbau des Dokumentationssystems ging mit dem Ausbau computergestützter Arbeiten im Klinikbetrieb einher. Im Zuge dieser Entwicklung erhielten auch Pflegende Einsicht in die Patientenakten.[91] Die Informatik wurde immer wichtiger und fand laut Jahresbericht bereits 1999 Einsatz für Abläufe und Prozesse «vom Medikament bis zum Dessert». Ziel war ein Zeitgewinn der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden für die Patientenbetreuung. Dem entgegen standen Aussagen derselben über einen Anstieg administrativer Arbeiten, die die Zeit vor dem Computer verlängerten und jene bei den Patientinnen und Patienten verkürzten.[92] Auch die Massnahmen zur Qualitätssicherung waren in den folgenden Jahren ein personal-, zeit- und kostenintensiver Prozess, der sich an gesamtschweizerischen Entwicklungen und damit an sich verändernden übergeordneten Rahmenbedingungen orientierte. 1997 erfolgte beispielsweise die Einführung der *Leistungserfassung in der Psychiatrie-Pflege (LEP-P)* und 2001 wurden die *PDGR* als erste psychiatrische Einrichtung der Schweiz einheitlich nach der global führenden Qualitätsmanagementnorm ISO zertifiziert.[93]

Wie noch zu zeigen sein wird (vgl. Kapitel 6.2.3) hatte die Reflexion ärztlichen und pflegerischen Handelns im Idealfall einen direkten Einfluss auf den Behandlungsalltag. Die Zunahme an entsprechenden Konzepten, die in kurzen Abständen immer wieder angepasst wurden, führte laut Vitus Bass gleichzeitig zu inflationären Tendenzen, «ohne dass sie auch diskutiert oder gemeinsam ausgewertet wurden». Dies manifestierte sich beispielsweise in einer starken Zunahme der Dokumentation und dem entsprechenden Aufwand für das ärztliche und medizinische Personal. Seine anfängliche Euphorie verschwand deshalb mit den Jahren und machte einer gewissen Frustration Platz. «Auf dem Papier stand, dass alle Aspekte evaluiert worden waren und alle Prozesse angepasst wurden, in der Praxis sah es etwas anders aus.»[94] Nicht nur eine fehlende Umsetzung, sondern auch den Aufwand, der dafür betrieben wurde, bewertete Vitus Bass im Nachhinein als zu gross.[95] König bestätigte diesen Eindruck noch aus einer anderen Perspektive. Er habe immer zu viele Konzepte verfasst und die Bündner Besonderheit, dass hier viele Neuerungen über kurze Kommunikationswege und persönliche Kontakte einfacher gewesen wären, übersehen. So wurde ihm beispielsweise immer wieder geraten, Mitglied einer Partei zu werden, was er stets ablehnte. Im Nachhinein aber meinte er, die «Einbindung in die ganzen Strukturen» wären wichtig gewesen. «Man kannte mich zu wenig, das wäre eigentlich ein wichtiger Teil meiner Arbeit gewesen.»[96]

6.2.1 Anpassung der Führungsstrukturen – ein Entscheid «von oben»

Die zunehmende berufliche Reflexion, ein erstarkendes Selbstverständnis der Pflege, aber auch ansteigende Verwaltungsaufgaben lösten Ende der 1980er Jahre eine intensive Diskussion zwischen Regierung, Verwaltung und Klinikleitungen über künftige Führungs- und Organisationsstrukturen aus. Im Nachgang zur kritischen Berichterstat-

90 Ebd., 1996, S. 2.

91 Ebd., S. 16. 1978 war in der Klinik Waldhaus erstmals die Einführung von «Buchungsautomaten» diskutiert worden, was aufgrund der hohen Störungsanfälligkeit bis 1981 jedoch zurückgestellt wurde. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 25. März 1980, S. 8; ebd. 7. April 1981, S. 9.

92 Mager (o. J.); Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1999, S. 29.

93 PDGR: Auftrag und Organisation (2019); Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1997, S. 3; Jahresbericht PDGR 2007, S. 7.

94 Interview mit Vitus Bass, 1.16.20–1.17.03; schriftliche Ergänzungen Vitus Bass, 12.07.2020.

95 Ebd., 1.14.07–1.14.37.

96 Interview mit Hans König, 10.57–12.10.

tung rund um die Arbeits- und Führungssituation in der Strafanstalt Realta verpflichtete die Regierung den Chefarzt und den Verwalter künftig zur gegenseitigen Information und engeren Zusammenarbeit. Sie stellte dafür die beiden Funktionen gleich und installierte ab 1990 eine duale Führungsstruktur («Zweibein-Struktur»). Dieser Entscheid wurde nicht von beiden Chefärzten vorbehaltlos begrüsst. Fontana hatte 1987 eine solche Gleichstellung auf Vorschlag seines Verwalters angeregt.[97] Grund dafür war die zunehmende Komplexität der Aufgaben in der Psychiatrie allgemein, vor allem aber auf Verwaltungsebene. König favorisierte die Fortführung der bestehenden Führungsstruktur, da der Chefarzt die volle Verantwortung für die Klinik trug und sich dies auch in der Organisation wiederspiegeln sollte.[98]

Die Regierung wollte noch einen Schritt weitergehen und prüfte den Einbezug der Pflegedienstleitungen in die Leitungsstrukturen. Fontana begrüsste auch diese Pläne, jedoch zu einem Zeitpunkt, als seine Pensionierung bevorstand und klar war, dass er bis zu einer allfälligen Reform nicht mehr im Amt sein würde. Die Verteilung der Führungsverantwortung auf mehrere Funktionen bedeutete eine Aufgabenteilung und damit Entlastung der einzelnen Funktionsträger. Sie bedeute aber auch einen Machtverlust der Chefärzte. Auch wenn König sich gegen Anpassungen in der Führungsstruktur aussprach, so anerkannte er die Bedeutung der Pflege und die Möglichkeit, sich durch die Pflegedienstleitung zu entlasten. Gegen Ende seiner Amtszeit fand er einen aus seiner Sicht «fähigen» Pflegedienstleiter, der einen guten Zugang zum Pflegepersonal hatte, die notwendige Ausbildung besass und den Chefarzt entlasten konnte.[99] Auch die Nachfolger Königs und Fontanas, Malanowski und Bünter, sprachen sich gegen einen Einbezug der Pflegedienstleitungen in die Klinikleitung aus.[100] Angesichts des Widerstandes der Chefärzte wurde die Idee vorerst nicht weiter verfolgt. Immerhin wurden ausserkantonale Kliniken mit einer entsprechenden Führungsstruktur zu ihren Erfahrungen diesbezüglich befragt.[101]

1995 passte die Bündner Regierung die Organisationsstrukturen an und setzte dabei ein «Dreibein-System» ein, nachdem auch Bünter – durch die Freistellung Malanowskis inzwischen interimistischer Leiter beider Kliniken – sich dafür ausgesprochen hatte. Chefarzt, Verwalter und Pflegedienstleitung bildeten in beiden psychiatrischen Kliniken fortan eine Dreierführung.[102] Neu geschaffen wurde darüber hinaus die Stelle eines Direktors der kantonalen Kliniken und Spitäler, die mit Arnold Bachmann besetzt wurde (vgl. Kapitel 5.4.5).[103] Die Einstellung des Ökonomen war Ausdruck einer langfristigen Planung im Bündner Gesundheitswesen und kann als Auftakt für die Annäherung der beiden Kliniken gewertet werden, aber auch für eine zunehmende Gewichtung ökonomischer Belange im Gesundheitswesen.[104] Mit diesen Anpassungen wurde zudem die Rolle der Pflege auch nach aussen hin sichtbar gestärkt und fand eine Fortsetzung auf Stationsebene.

In beiden Kliniken wurden duale Führungsstrukturen implementiert. Die Leitung der Stationen war neu einer Oberärztin oder einem Oberarzt und einer Stationsleitung unterstellt. Das sorgte laut Bünter bei den Ärzten nicht immer für Freude. Einige fürchteten auch hier einen Machtverlust.[105] Inwieweit gewerkschaftlich organisierte Mitarbeitende an diesen Entwicklungen einen Anteil hatten, konnte im Rahmen dieser Studie nicht ermittelt werden.

---

97 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Aktennotiz vom Rapport vom 19. März 1987, in Sachen Psychiatrische Klinik Waldhaus, S. 3.

98 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 3. Mai 1990, S. 5. Bereits 1984 hatte der Verwalter mit Blick auf Realta vergeblich eine Gleichstellung mit dem Chefarzt von der Regierung verlangt. Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 31. Oktober 1984, S. 10.

99 Interview mit Hans König, 1.47.31–1.51.20.

100 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 26. November 1993, S. 3.

101 Ebd., 19. April 1994, S. 2; ebd., Anhang, Psychiatrische Kliniken / Organisation der Klinikleitung, S. 1–3.

102 Interview mit Markus Bünter, 1.00.15–1.00.50; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung 3/1994, Sitzung vom 28. November 1994, S. 2. Jacek-Pierre Malanowski leitete die psychiatrische Klinik Beverin zwischen 1993 und 1995. Die Zusammenarbeit mit Ärzteschaft und Pflege war nicht von Erfolg gekrönt, weshalb die Zusammenarbeit nach knapp zwei Jahren beendet wurde. Interview mit Markus Bünter, 1.09.40–1.10.37; Interview mit Suzanne von Blumenthal, 30.12–33.09.

103 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1995, S. 2; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler 7/2000 vom 17. August 2000, Anhang Einführung Josef Müller, Direktor der Kantonalen Kliniken und Spitäler Graubünden.

104 Die 1996 neu gewählte Chefärztin der Klinik Beverin, Suzanne von Blumenthal, begrüsste die neue Organisationsform, da sie die Pflege als wichtiges Standbein der Psychiatrie sah und gleichzeitig eine Entlastung in personellen und organisatorischen Belangen damit einherging. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 35.50–36.30, 1.23.50–1.25.59.

105 Interview mit Markus Bünter, 56.00–58.00.

Bünter deutete jedoch an, dass die Einbindung der Pflegedienstleitenden in die Führungsstrukturen, die teilweise auch in anderen Kliniken Anwendung fand, sinnbildlich war für die Entwicklungen in der Bündner Psychiatrie, in der seines Erachtens eine grosse Kompromissbereitschaft herrschte.[106] Zur Stärkung des Personals bestand seit 1987 eine Personalkommission als «Bindeglied zwischen Klinikleitung und Klinikpersonal». Darin waren Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Dienstzweige (Ärzte, Pflegedienst, Sozialdienst, Labor, Verwaltung, Sekretariate, Hausdienst, Küche, Landwirtschaft, Gärtnerei, Handwerker) sowie Verbandsvertretungen von VPOD (Verband des Personals öffentlicher Dienste), VchP (Verband des christlichen Staats- und Gemeindepersonals), SBK (Schweizer Berufsverband für Pflegepersonal), VBAG (Verein der Beamten und Angestellten des Kantons Graubünden») eingebunden.[107] Nach der Einführung des «Dreibein-Systems» löste sich die Personalkommission 1998 auf, weil wichtige Aufgaben dieser Kommission in der Zwischenzeit durch andere Gremien und Arbeitsgruppen übernommen worden waren «und die Interessen des Personals [...] direkter und effizienter eingebracht werden» konnten.[108]

6.2.2 Handlungsrichtlinien am Beispiel der Zwangsprotokolle der Klinik Waldhaus 1995–1999

Neben Leitbildern und Stationskonzepten waren sogenannte Handlungsrichtlinien neue schriftliche Instrumente, um Abläufe oder Kriterien für bestimmte Handlungen in der Klinik zu optimieren. Vitus Bass betonte, dass solche Standards lange Zeit fehlten, etwa wenn ein passendes Medikament für eine Patientin oder einen Patienten gesucht wurde. Er hätte sich klarere Kriterien gewünscht, die auch der Pflege ermöglichten, rascher und fachlich abgesichert die passenden Dosierungen zu finden.[109] Als ein positives Beispiel für die Wirkung von Handlungsrichtlinien können die «Zwangsprotokolle» der Klinik Waldhaus gelesen werden. Bünter führte diese kurz nach seinem Amtsantritt ein. Er hatte in seiner früheren Anstellung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel an deren Erarbeitung mitgewirkt.[110]

Bei jeder Anwendung von Zwang, das heisst bei einer Sperrung von Ausgang oder Urlaub, der Ankündigung von Zwangsanwendung sowie bei körperlichen Gewaltanwendungen, waren die ausführenden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet ein Zwangsprotokoll auszufüllen. Unter Zwang und körperlicher Gewalt wurde die Durchsuchung von Patientinnen und Patienten, die Androhung oder Verabreichung von Medikamenten unter Zwang, deren Isolierung sowie Fixierung verstanden. Das vorgefertigte Formular enthielt die Begründung, Art und Länge sowie den Ablauf der Zwangsanwendung. Es wurde im Anschluss der Patientenakte beigelegt und in Kopie an den Stationsarzt sowie die Pflegedienstleitung ausgehändigt.

Für die Jahre 1995 bis 1999 liegen Kopien der protokollierten Zwangsmassnahmen der psychiatrischen Klinik Waldhaus zuhanden der Pflegedienstleitung zusammengefasst in einem Ordner vor.[111] Sie bieten einen Einblick in die Anzahl und Art der durchgeführten Zwangsanwendungen und zeigen, dass sich diese im Verlauf dieser fünf Jahre verändert und insgesamt stark verringert haben (vgl. Tabelle 25).

Die überlieferten Zwangsprotokolle betrafen vor allem zwei Abteilungen, eine Akutabteilung und eine gerontopsychiatrische Langzeitabteilung.[112] Die Art des ausgeübten Zwangs variierte zwischen diesen beiden Abteilungen und weist auf Spezifika der dort untergebrachten Patientin-

---

106 Ebd., 56.00–58.20.

107 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Verschiedene historische Dokumente: Auflösung der internen Personalkommission, Schreiben des Verwaltungsdirektors Beda Meyer an Verteiler Info-Ordner (interne Korrespondenz) vom 2. April 1998.

108 Ebd., Reglement für die interne Personalkommission der psychiatrischen Klinik Waldhaus Chur, Januar 1987, S. 2.

109 Interview mit Vitus Bass, 1.16.20–1.16.48, 1.17.04–1.7.24; 1.18.00–1.18.22.

110 Seine damaligen Assistenzärzte sowie ein Oberarzt veröffentlichten 1993 eine Publikation zum Thema. Finzen et al. (1993). Schriftliche Information Markus Bünter an Silas Gusset vom 4. Januar 2019. Die unter von Blumenthal geführten Zwangsprotokolle wurden in den Patientenakten archiviert. Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.09.00–1.09.40. Für Rekurse gegen fürsorgerische Freiheitsentzüge bestand eine enge Zusammenarbeit mit dem Departementsjuristen. Ebd., 1.10.00–1.10.22.

111 Laut Information von Markus Bünter bestand eine vollständige Dokumentation der Zwangsprotokolle seit deren Einführung. Mit der Gründung der PDGR wurden eigene Abläufe eingeführt und diese Dokumentation nach zehn Jahren vernichtet. Schriftliche Information Markus Bünter an Silas Gusset vom 4. Januar 2019.

112 Viele der Patientinnen und Patienten der gerontopsychiatrischen Station wurden als freiwillig eingetreten vermerkt, die meisten der Akutabteilung waren aufgrund eines fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE) in der Klinik.

nen und Patienten. Die Medikamentenverweigerung war auf den Akutabteilungen der häufigste Grund für eine Zwangsanwendung, vor allem während akuten psychotischen Episoden oder bei Aggressivität gegenüber Mitpatientinnen, Mitpatienten oder dem Personal. Die Verletzungsgefahr für sich und andere wurde in diesen Fällen von den diensthabenden Ärztinnen und Ärzten als hoch eingeschätzt. Bei Zwangsmedikationen wird deutlich, dass auch «verbaler Druck» aus ärztlicher Sicht als Zwang wahrgenommen wurde. Die Beschreibungen weisen darauf hin, dass manche Patientinnen und Patienten «überredet» werden konnten, in die Einnahme einzuwilligen. In anderen Fällen ist dokumentiert, dass bisweilen «mehrere Personen» beigezogen wurden, um bei Selbstverletzungen oder massiver Gegenwehr Medikamente oral oder per Injektion zu verabreichen. In diesen Fällen folgte meist eine zusätzliche «Fixierung» oder «Isolation» der betroffenen Person.

Jahr	Anzahl
1995	128
1996	107
1997	85
1998	79
1999	79
Total	478

Tabelle 25: Anzahl Protokolle Zwangsbehandlung (1995–1999)

Quelle: Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokolle Zwangsbehandlung 1995–1999.

Auf der gerontopsychiatrischen Langzeitabteilung wurde die Anwendung von Zwang fast ausschliesslich durch Fixierungen und teilweise Isolationen sichtbar. Das Festbinden alter Menschen geschah 1995 meist als Reaktion auf Unruhe- und Verwirrtheitszustände, die auch mit Aggressivität und Grenzüberschreitungen einhergingen. Die Zwangsmassnahmen betrafen häufiger Frauen als Männer und wurden mitunter über Tage, teilweise auch Wochen angewandt. Nicht bekannt ist das Geschlechterverhältnis auf dieser Abteilung. Aufgrund demographischer Begebenheiten ist aber davon auszugehen, dass mehr Frauen als Männer auf der Station wohnten. Bei einer Frau, die als unruhig galt, sind in einem Monat bis zu 21 Fixierungen in Verbindung mit einer Isolation rapportiert. Die Fixierungen mit «Stoffgurten» wurden während der Nacht am Bett und tagsüber an den Rollstühlen vorgenommen. Auffällig ist, dass 1995 zusätzlich immer wieder die Hände von Patientinnen und Patienten während den Mahlzeiten an den Stühlen festgebunden wurden. Das heisst, sie wurden dadurch daran gehindert das Essen zu verweigern oder selbst einzunehmen, eine Praxis, die sich fünf Jahre später so nicht mehr findet. Auffallend ist weiter, dass es sich ausschliesslich um Patientinnen mit «seniler Demenz» handelte.

Innerhalb von fünf Jahren ist ein starker Rückgang protokollierter Zwangsanwendungen, vor allem der Fixierungen, zu verzeichnen. Er betraf besonders gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten. Der Rückgang dieser Zwangsmassnahmen fällt in eine Zeit, in der Demenz- und damit auch Alzheimererkrankungen vermehrt diskutiert und entsprechende Diagnostik-, Betreuungs- und Aufklärungsinstrumente geschaffen wurden. 1999 startete die Klinik Waldhaus, zusammen mit dem Gesundheitszentrum des Krankenversicherers ÖKK ein Präventions- und Aufklärungsprojekt und führte Informationsabende zu Demenz- beziehungsweise Alzheimererkrankungen durch. Ziel war es eine höhere Sensibilität für diese Erkrankungen zu erhalten, um sie so zu erkennen und durch gezielte Therapien ein Leben zuhause so lange als möglich zu ermöglichen. Im selben Jahr wurde in der Klinik Waldhaus eine Demenzabklärungsstelle geschaffen. Mit ihrer Nähe zu den Churer Spitälern war so eine umfassende Abklärung möglich.[113] Im Jahr darauf eröffnete die gerontopsychiatrische Tagesklinik als Schnittstelle zwischen einer stationären und ambulanten Betreuung, die vor allem für Alzheimerpatientinnen und -patienten sowie andere dementielle Krankheiten eingerichtet war.[114]

Mit der Einführung der Protokolle wurde auch der Ablauf der Zwangsanwendung neu geregelt. Für die Umsetzung musste die anordnende Ärztin oder der Arzt anwesend sein. Dies war eine Neuerung, die vom Psychiatriepfleger Vitus Bass als «sehr positiv und wirkungsvoll» bewertet wurde. Der Arzt «stand zwischen dem Patienten und den Pflegenden, sprach mit dem Patienten und übernahm so die Verantwortung. Bis dahin war der Zwang an die Pflege delegiert worden.»[115] Vitus Bass sah in diesem Vorgehen ein wichtiges Signal

113 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 51.40–51.50.

114 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Medienmappe Alzheimer vom 20. September 2000.

115 Interview mit Vitus Bass, 2.06.00–2.08.17; Nachtrag zur Autorisierung Vitus Bass vom 25. April 2020.

gegenüber den Pflegenden sowie den Patientinnen und Patienten. Neben der Reduktion der Anzahl angewendeter Zwangsmassnahmen verliefen diese laut dem Psychiatriepfleger fortan auch «viel humaner, und die Zahl der Zwangsmassnahmen nahm dadurch deutlich ab».[116]

Die Verpflichtung zur Protokollierung und Begründung von angewendetem Zwang zeigt eine angestrebte Reflexion des eigenen Handelns. Um ihre medizinische Verantwortung zu übernehmen mussten die Ärztinnen und Ärzte bei der Anwendung des angeordneten Zwangs anwesend sein. Der signifikante Rückgang der protokollierten Zwangsanwendungen in der psychiatrischen Klinik Waldhaus innerhalb von fünf Jahren legt den Schluss nahe, dass die in diesem Fall festgeschriebenen Handlungsrichtlinien und die damit verbundene Begründungsverpflichtung ihre Wirkung nicht verfehlten.

6.2.3 Anwendung von Zwang als Ausgangspunkt zur Stärkung der Patientenrechte

Zu Beginn seiner Amtszeit äusserte sich Bünter in einem Referat zum Spannungsfeld von Zwang und Hilfeleistung in der Psychiatrie, einem charakteristischen Aspekt der psychiatrischen Betreuung:

> *«Die Psychiatrie ist die einzige medizinische Disziplin, wo einzelne Kranke auch gegen ihren Willen behandelt werden. In keinem anderen Bereich menschlichen Handelns ist es im demokratischen Bundesstaat möglich, dass einem Mitbürger die Freiheit entzogen werden kann, ohne dass er sich strafbar gemacht hatte.»*[117]

Bünter anerkannte, dass Psychiater in manchen Fällen noch immer «ohne Not» Gewalt anwandten, verwies gleichzeitig auf eine bisweilen verminderte oder ganz wegfallende «Urteils- oder Geschäftsfähigkeit» vieler Patientinnen und Patienten, die eine vorgängige Aufklärung über eine medizinische Indikation schwierig mache und die Erfahrung des Zwangs auf der Seite der betroffenen Person verstärke. Er versuchte aber auch die Anwendung von Zwang bei einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik zu relativieren. Lediglich eineinhalb Prozent aller stationären Einweisungen geschähen gegen den Willen der Patientinnen und Patienten. Davon würden laut Bünter wiederum die Hälfte im Verlauf der Therapie von der «Notwendigkeit einer Behandlung mit Medikamenten» überzeugt. Nur wenn keine gemeinsame Lösung zwischen Therapeuten und Patienten gefunden werden könne, würden «Zwangsmedikationen durchgesetzt».[118]

Damit sprach sich Bünter für die Anwendung von Zwang in bestimmten Fällen aus. Laut Suzanne von Blumenthal handelte es sich bei der Durchführung fürsorgerischer Freiheitsentzüge (FFE, seit 2013 fürsorgerische Unterbringungen, FU) um ein zweischneidiges Schwert. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Zwangsaspekt der Psychiatrie sei wichtig. In manchen Fällen bestünde nur so die Möglichkeit, dass eine erstmalige Behandlung überhaupt zustande komme.[119] Das Repressionspotential der Psychiatrie war, gerade mit Blick auf die eigene Geschichte im Kanton, durchaus präsent. Bünter begründete den Zwangsaspekt der Behandlungen ausserdem mit dem Hinweis, die Psychiatrie erfülle eine «Ordnungs- und Schutzfunktion» gegenüber der Gesellschaft. «Die Aufgabe, die Kranken oder ihre Umgebung vor einer dringenden, unmittelbaren Gefährdung zu bewahren, rückt uns in die Nähe der Polizei, die neben ihren Ordnungsaufgaben auch helfende Funktionen hat.»[120] Er kritisierte dabei eine unklare Begrifflichkeit und Uneinheitlichkeit in der schweizerischen Gesetzgebung, insbesondere bei der Überprüfbarkeit und Umsetzung fürsorgerischer Freiheitsentziehungen, und sah die Politik in der Verantwortung. Ausser im Kanton Tessin waren zu Beginn der 1990er Jahre in keinem anderen Kanton klare Regelungen für eine

---

116 Ebd., 2.09.25–2.09.35; Nachtrag zur Autorisierung Vitus Bass vom 25. April 2020.

117 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 1. Der Zwangsaspekt in der Psychiatrie ist bis heute virulent und Gegenstand zahlreicher Studien. Vgl. Christen (2005), S. 14. Dabei wurden grosse, nicht erklärbare kantonale Unterschiede, insbesondere betreffend den rechtlichen Status der Betroffenen festgestellt. Ebd., S. 9.

118 Ebd., S. 2.

119 Interview Suzanne von Blumenthal, 1.02.00–1.04.40. Erst seit 2016 sind die schweizweit erhobenen Daten zur Fürsorgerischen Unterbringung differenziert genug, um detaillierte Aussagen über den Verlauf einer solchen Zwangsmassnahme machen zu können. Schuler / Tuch / Peter (2018), S. 1.

120 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 2.

Zwangsbehandlung vorhanden.[121] Bis zur einheitlichen Regelung durch das *Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz* ab 2013 waren im Kanton Graubünden Bezirksausschüsse für die Behandlung von Rekursen gegen Zwangsmassnahmen zuständig. Zwar wurden die Patientinnen und Patienten bei ihrem Eintritt über eine Rekursmöglichkeit innerhalb von zehn Tagen informiert, die Handhabung unterschied sich danach jedoch von Ausschuss zu Ausschuss.[122] Bünter plädierte dafür, dass immer eine kostenlose Rechtsberatung und ein richterliches Gehör erfolgen sollte, unabhängig ob das Rekursrecht aktiv genutzt wurde.[123]

> *«Zwangsbehandlung, sei es durch intensives verbales Insistieren, sei es durch konkrete Handlung, gehört, wenn auch selten, zur Behandlung psychisch kranker Menschen. Sie ist aber eigentlich nur dann verantwortbar, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen dazu, das heisst klare gesetzliche Regelungen der Rechte der Patienten vorhanden sind. Viel Unverständnis und Missbehagen zwischen Öffentlichkeit und Psychiatrie («in der Psychiatrie ist halt alles anders») könnte dadurch zum Wohle unserer Patienten vermieden werden.»*[124]

Darin spiegelt sich ein Bedürfnis des Psychiaters für klare rechtliche Rahmenbedingungen und Handlungsrichtlinien, die für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten die Rechtssicherheit vergrösserten. Vergleichbare Forderungen nach der Definition und dem Ausbau von Patientenrechten wurden durch Ärztevereinigungen, Pflegeorganisationen und Patientenvereinigungen gestellt und sind bis heute Inhalt einer anhaltenden politischen Debatte.[125] Wichtige Weichenstellungen hierzu gehen in die 1980er Jahre zurück, etwa die erste *Deklaration des Weltärztebundes zu den Rechten des Patienten*, die 1981 in Lissabon verabschiedet wurde, oder die *Erklärung zur Förderung der Patientenrechte in Europa* von 1994, ausgearbeitet unter der Federführung des europäischen WHO-Regionalbüros in Amsterdam. Diese Deklarationen stützten sich wiederum auf die *Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)* sowie die *Europäische Sozialcharta.*[126] Während in anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise Frankreich, Dänemark, Finnland, Spanien oder Belgien die Patientenrechte in speziellen Gesetzgebungen oder im Rahmen von Gesundheitsgesetzen rechtlich verankert sind, stösst eine Vereinheitlichung in der Schweiz an Grenzen. Die Regelung der Gesundheitsversorgung liegt hier im Kompetenzbereich der Kantone.[127]

Seit den 1990er Jahren wurde von politischer Seite immer wieder nach einer einheitlichen gesamtschweizerischen Regelung verlangt.[128] Auch in Graubünden gab es eine Auseinandersetzung, die sich unter anderem im Psychiatriebericht von 1995 abbildete, und in die Forderung nach einem Gesetz über Patientenrechte mündete.[129] Gleichzeitig stellte ein Bericht des Bundesamtes für Gesundheit 2013 fest, dass die Patientenrechte zwar kantonal unterschiedlich, aber bis auf wenige Ausnahmen gesetzlich garantiert seien. Der Bericht forderte unter anderem die Schaffung einer Dachorganisation, in der unterschiedliche Patienteninteressen gebündelt, in gesundheitspolitische Prozesse eingebracht und so die Partizipation aus Patientinnen- und Patientensicht gestärkt würde.[130]

Für die Klinik Waldhaus sind Informationsmaterialien zu Patientenrechten seit den 1990er Jahre belegt. Sie deuten auf einen Ausbau der Information zur aktuellen Rechtslage hin. Spätestens seit 1996 erhalten Patientinnen und Patienten eine

---

121 Ebd., S. 4. Dieses Anliegen unterstützten auch die Verfasser des Psychiatrieberichts von 2009. Ebd., S. 25–26. Vgl. auch Borghi (1980, 1991 und 1995).

122 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Patientenrechte, Formular Rechtsmittelbelehrung, Formular 206/A, 01/98 und Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.11.00–1.13.25.

123 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 5. Heute kann eine fürsorgerische Unterbringung durch einen Arzt für maximal sechs Wochen ausgesprochen werden. Eine Verlängerung kann nur die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) veranlassen. Vgl. Fürsorgerische Unterbringung, in: https://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/djsg/kesb/erwachsene/F%C3%BCrsorgerische%20Unterbringung/Seiten/default.aspx, Zugriff: 15.09.2019.

124 Verwaltungsarchiv Waldhaus: WG Casanna: Referat Markus Bünter: «Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt» vom 24. April 1991, S. 5.

125 Ausdruck davon ist unter anderem die 2012 in Auftrag gegebene Studie zu den Patientenrechten in der Schweiz, in der auch internationale Vergleiche gezogen werden. Bericht Patientenrechte in der Schweiz (2015).

126 Rütsche / D'Amico / Schläpfer (2018), S. 6–9.

127 Ebd., S. 10–25.

128 Beispielsweise: «Motion Jaquet-Berger (97.3525 Schutz der Patientenrechte in den Kantonen). Schweizerische Eidgenossenschaft (2015), S. 2.

129 Psychiatriebericht 1995, S. 40–41.

130 Schweizerische Eidgenossenschaft (2015), S. IV–VI.

schriftliche Rechtsmittelbelehrung.[131] Um diese bei einer zwangsweisen Einweisung sicherzustellen, werden die entsprechenden Informationen der betroffenen Person zur Unterschrift vorgelegt. 1994 wurde eine Informationsbroschüre verfasst und an die Patientinnen und Patienten abgegeben (heute ein «Patientenwegweiser» mit einem Überblick über die Patientenrechte). Neben der Information über den Ablauf einer psychiatrischen Behandlung sollte die Broschüre zu mehr Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit beitragen und auf unabhängige Anlaufstellen verweisen, an die sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige bei Bedarf wenden konnten.[132]

6.2.4 Eine Vertretung für Angehörige – die Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken (VASK)

Eine wichtige Triebfeder dieser Entwicklung, auch in Graubünden, waren Betroffenenorganisationen. Nicht nur Patientinnen und Patienten organisierten sich seit den 1980er Jahren, sondern auch Angehörige. Fehlende Informationen über eine psychische Krankheit ihrer Verwandten, den weiteren Krankheitsverlauf, aber auch das Bedürfnis nach einem Austausch mit anderen, führte in Graubünden unter anderem zur Gründung der *Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken* (VASK) 1989. Die Auswirkungen einer Erkrankung auf das soziale Umfeld schilderte die langjährige Präsidentin und Mitgründerin, Margrith Janggen, deren Ehemann 1976 an Schizophrenie erkrankte, eindrücklich:

> *«Die Krankheit meines Mannes nahm zu Beginn während Monaten einen schleichenden Verlauf. Bis es dann zu einer Einweisung in die Klinik kam, die leider gegen seinen Willen mit der Polizei erfolgen musste, machten wir viele hilflose und schmerzliche Erfahrungen. Was das heisst, wenn der Vater und Ehemann mit Handschellen abgeführt wird, diesen Schmerz kann man in Worten nicht ausdrücken. Auch für meinen Mann war das ein schreckliches und unvergessliches Erlebnis, auf das er in der Klinik nie angesprochen wurde. [...] Und so stand ich hilflos da: denn eine seelische Erkrankung ist wie ein Wildbach, der wenn das Unwetter hereinbricht, er alles in seiner Umgebung mit sich reisst, nicht nur der Erkrankte wird mitgerissen, sondern die ganze Familie. Das riesige Gebäude und die Räumlichkeiten in dem mein Mann wieder gesund werde sollte, machten mir Angst. In unsagbarem Schmerz liess ich meinen Mann damals zurück - ich wusste aber: Daheim warteten die Kinder, die Tiere – und das Leben musste weitergehen.»*[133]

Es begann eine zehn Jahre dauernde Phase, in der sich Hospitalisierungen und Aufenthalte zuhause abwechselten. Erst dann waren die Medikamente von Janggens Ehemann richtig eingestellt und die ambulanten und teilstationären Angebote so ausgebaut, dass er zuhause leben konnte. Durch eine Beschäftigung in einer geschützten Werkstätte erhielt er eine externe Tagesstruktur, die seine Angehörigen entlastete.[134]

Das Leben der jungen Familie wurde zunächst aber komplett auf den Kopf gestellt. Freunde zogen sich zurück und Margrith Janggen kannte sich mit der Krankheit ihres Mannes kaum aus. Das Beispiel macht deutlich, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch ihr soziales und familiäres Umfeld Aufklärung über eine psychische Erkrankung, deren mögliche Verläufe und Behandlungsmöglichkeiten sowie Mitsprachemöglichkeiten benötigen. Auch das unmittelbare soziale Umfeld ist bei einer psychischen Erkrankung mit den direkten Folgen der Krankheit, mit den Unsicherheiten, Ängsten und Schuldgefühlen konfrontiert. Gleichzeitig geht der Alltag für alle Beteiligten weiter. Für Angehörige oder gar für Kinder war Ende der 1970er Jahre kein Platz in der Klinik vorgesehen.[135]

Janggen sah sich bei der Einlieferung ihres Ehemannes zum ersten Mal mit den Räumlichkeiten einer psychiatrischen Klinik konfrontiert. Sie besuchte ihren Mann im Wachsaal oder in der Isolationszelle. Deren Enge und Geruch nach abgestandenem Zigarettenrauch wirkten «abstossend» und verstärkten die Angst ihres Mannes zusätzlich. «Dies sind unvergessliche Bilder», meinte

131 Verwaltungsarchiv Waldhaus: Interne Weisungen und Richtlinien: Schreiben des Chefarztes an alle Mitarbeitenden vom 24. Juni 1998. Für die Klinik Beverin fehlen die Quellen hierzu.

132 Ebd., Sinn und Zweck der Informationsbroschüre und des Fragebogens vom Juni 1994. Das Original dieser Broschüre konnte nicht aufgefunden werden.

133 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.

134 Interview mit Margrith Janggen, 27.30–31.15.

135 Casaluta (2014).

Janggen.[136] Über die Diagnose und die Krankheit beziehungsweise den Krankheitsverlauf wurde Janggen lange nicht genauer aufgeklärt.[137] Als die Diagnose, Schizophrenie, feststand, wurde zuerst ihr Bruder informiert. Erst durch eine Broschüre eines Berner Ärzte-Ehepaars, dessen Sohn an Schizophrenie erkrankt war und die darauf die erste Angehörigenvereinigung gründeten, kam Janggen an genauere Informationen. In Lexika recherchierte sie weitere Hinweise.[138] Auch bei der Aufklärung der Kinder über die Krankheit des Vaters erhielt Janggen keine Unterstützung, weder von ärztlicher noch von pflegerischer Seite. Über die durchgeführten Behandlungen erhielt sie ebenfalls kaum Informationen. Eine Insulinkur wurde nicht gemacht, weil «in der Verwandtschaft eine Person daran gestorben ist».[139] Sie wurde auch nicht über die Nebenwirkungen wie einem erhöhten Speichelfluss, Müdigkeit, einer eingeschränkten Zungentätigkeit oder Temperaturempfindlichkeit, aufgeklärt, was das Gefühl des Ausgeliefertseins, aber auch der Isolation zusätzlich verstärkte.[140] Einzig im Dorfpfarrer fand die Familie moralische Unterstützung. Daneben fand der Dorfarzt, der ihren Ehemann während den Zeiten zuhause betreute, einen Zugang zu ihm und war so aus fachlicher Perspektive eine Unterstützung.[141]

Erst nach zehn Jahren lernte Janggen eine betroffene Angehörige kennen und fand so aus der Isolation heraus. Während zwei Jahren traf sich fortan eine kleine Gruppe Angehöriger zum regelmässigen Austausch und gründete 1989 die VASK Graubünden. Die Bündner Sektion konnte von den Erfahrungen aus Zürich, der Ostschweiz und Bern profitieren, auch in finanzieller Hinsicht. Die Vereinigung suchte gezielt den Kontakt zu Hausärztinnen und Hausärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie zu Psychologinnen und Psychologen, sahen sich ihre Mitglieder doch als Selbsthilfegruppe aber auch als Netzwerkerinnen und Netzwerker.[142] Ein Jahr nach der Gründung ging die VASK erstmals mit einer Veranstaltung an die Öffentlichkeit. Am ersten Vortrag erschienen 200 Interessierte und die Initiantinnen sahen sich bestätigt, dass Aufklärung über psychische Erkrankungen einem Bedürfnis entsprach.[143] In den ärztlichen Leitungen der beiden psychiatrischen Kliniken, Bünter und von Blumenthal, fand die VASK Unterstützung, auch bei gemeinsamen Vorträgen in den Regionen. Gleichwohl waren die Perspektiven unterschiedlich, so dass es aus Sicht Janggens einige Zeit dauerte, bis Ärzte und Pflegende einen verstärkten Einbezug von Angehörigen akzeptierten.[144] Vier Jahre nach der Gründung der Vereinigung erhielt die VASK in der Klinik Waldhaus ein eigenes Büro, das sie bis heute nutzt. Die räumliche Nähe zur Klinik barg in der ersten Zeit ein Spannungspotential zwischen dem gegenseitigen Austausch und einer Annäherung auf der einen Seite und dem Wunsch so unabhängig als möglich zu bleiben auf der anderen. Rückblickend überwog aber der Zuwachs an gegenseitigem Verständnis. Gleichzeitig wuchs das Selbstvertrauen der Vereinigung und ihrer Angehörigen, nicht zuletzt durch die zunehmende gesellschaftliche Anerkennung. Ihre Tochter veröffentlichte 2004 ein Kinderbuch, das die Thematik beleuchtete.[145] Mit dem *Treffpunkt Atelier* in Chur, deren Trägerschaft die VASK Graubünden ist, wurde eine Begegnungsstätte für Psychiatrie-Erfahrene geschaffen, die 2008 den Sozialpreis von *AvenirSocial Graubünden,* der Bündner Sektion des Berufsverbandes Soziale Arbeit Schweiz, erhielt.[146] In jüngster Zeit wird neben dem gegenseitigen Austausch in Betroffenenorganisationen vermehrt auch der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen in die Behandlung psychisch kranker Menschen praktiziert, so auch durch die PDGR. Unter dem Begriff des *Recovery-Ansatzes* wird ein Genesungskonzept verstanden, das von den Wünschen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgeht und beispielsweise in den USA oder den nordischen Ländern Europas bereits eine längere Tradition hat. Sogenannte *Peers* erhalten darin die Aufgabe, nach entsprechender Schulung, ihr Erfahrungswissen in Patientensprechstunden oder Psychoedukationsgruppen einzubringen.[147]

136 Interview mit Margrith Janggen, 36.00–37.20.
137 Ebd., 35.00–36.00.
138 Ebd., 11.40–11.49, 36.20–36.30; Geiser (o. J.)
139 Nachtrag zur Autorisierung Margrith Janggen vom 2. Mai 2020.
140 Interview mit Margrith Janggen, 8.50–11.20, 1.05.55–1.06.10, 1.11.05–1.12.00.
141 Ebd., 1.04.00–1.06.05.
142 Ebd., 20.00–22.00.
143 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.
144 Interview mit Margrith Janggen, 23.50–24.10; Interview mit Andrea Ferroni 19.55–20.39; Interview mit Suzanne von Blumenthal 1.54.50–1.55.35.
145 Janggen (2004).
146 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.
147 Kammer-Spohn (2013); KHR (2017); Recovery und Peer Pro Mente Sana (2020). In Graubünden werden Psychi-

Der Ausbau des ambulanten, teilstationären und stationären Angebots, förderte eine höhere Durchlässigkeit der Kliniken mit immer kürzeren stationären Aufenthalten. Die Betreuung psychisch kranker und behinderter Menschen durch Familienangehörige blieb darin ein wichtiger Aspekt (vgl. Nahaufnahme 7). Zwar konnten die Anliegen der Angehörigen in den letzten Jahren gestärkt werden.[148] Belastungs- und Überlastungssituationen bleiben aber weit verbreitet. In diesem Zusammenhang nennt Janggen die 2018 eingerichtete *Ambulante Krisenintervention (Aki)* als wichtige Stütze für Angehörige und Betroffene, an die sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige auch an Wochenenden und Feiertagen wenden können und die in Notsituationen Hausbesuche übernimmt.[149] Janggen spricht, mit Blick auf die vergangenen vierzig Jahre Erfahrung als Angehörige eines psychisch kranken Menschen, von vielen positiven und wichtigen Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung und den gesellschaftlichen aber auch therapeutischen Blick auf Menschen mit einer psychischen Krankheit oder Behinderung. Gleichwohl hält sie die Arbeit der VASK und anderer Patienten- und Betroffenenorganisationen weiterhin für notwendig. Die Organisationen bieten eine niederschwellige Anlaufstelle für den Austausch, für die Information und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen, vor allem bei Ersterkrankungen. Das bestehende Bedürfnis drückt sich auch in Zahlen aus: Heute zählt die VASK Graubünden ungefähr 170 Mitglieder, dies sind mehrheitlich Frauen. Die Vereinsarbeit wird von den Vorstandsmitgliedern ehrenamtlich ausgeführt.[150]

6.3 Verstärkte Orientierung des staatlichen Gesundheitswesens an marktwirtschaftlichen Logiken – der Weg zur öffentlich-rechtlichen Anstalt

Im Verlauf der 1990er-Jahre wurden das Gesundheitswesen und andere Bereiche des Staatswesens von Bestrebungen zur Kosteneindämmung erfasst. Im Rahmen des kantonalen Regierungsprogramms und Finanzplans für die Jahre 1997–2000 stellte die Bündner Regierung 1996 fest, dass angesichts der «Knappheit der öffentlichen Mittel» die «Besinnung auf die Kernaufgaben des Staates» von zentraler Bedeutung sei.[151] Die Forderung nach kosteneinsparenden Lösungen wurden mit Rationalisierungsbestrebungen verknüpft und im Falle des Gesundheitswesens unter den Slogan «Effiziente Finanzierungssysteme, tragbare Gesundheitsversorgung» gestellt. Das Regierungsprogramm hielt fest, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen sowie der Wunsch nach mehr unternehmerischer Verantwortung und Kompetenzen «eine Systemänderung im Finanzierungsbereich» bedinge und dazu «marktähnliche Strukturen» geschaffen werden sollten.[152] Seit 1993 stellt das Regierungsprogramm ein wichtiges Instrument der politischen Steuerung im Kanton Graubünden dar. Es definiert für jeweils vier Jahre die wichtigsten Ziele.[153] Die Bestrebungen der Bündner Regierung, staatliche Dienstleistungen stärker an marktwirtschaftlichen Logiken zu orientieren, wurden im Grossen Rat unter dem Schlagwort «New Public Management» intensiv und kontrovers diskutiert.[154] Die Mehrheit des Parlamentes sprach sich für die Weiterverfolgung dieses Ansinnens aus und beauftragte die Regierung, die Möglichkeiten einer autonomeren Gestaltung im Gesundheitswesen zu prüfen.

---

atrieerfahrene für eine solche Aufgabe als Mitarbeitende der PDGR angestellt. Interview mit Andres Schneeberger, 1.19.00–1.22.17.

148 Im Psychiatriebericht von 1995 wurden Selbsthilfegruppen als wichtigen Teil der «Behandlungskette» bezeichnet und damit deren Bedeutung anerkannt. Psychiatriebericht 1995, S. 21.

149 Privatarchiv Margrith Janggen: Rückblick und Ausblick zu 30 Jahre VASK Graubünden, Vortrag vom 18. Mai 2019.

150 Interview mit Margrith Janggen, 40.00–41.00.

151 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 111–112. Der erste Bericht über das Regierungsprogramm und den Finanzplan wurde für 1993 bis 1996 erstellt.

152 Ebd., S. 128–129.

153 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2011/12, S. 1255.

154 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 22. Mai 1996, beispielsweise S. 124–127. Vorrangig stand zudem die Sanierung der psychiatrischen Klinik Beverin auf der politischen Agenda. Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 128–129.

6.3.1 *Loslösung aus der kantonalen Verwaltung und Überführung in eine öffentlich-rechtliche Anstalt*

Im Anschluss an die Grundsatzdiskussion im Grossen Rat von 1996 erarbeitete die Bündner Regierung einen Gesetzesentwurf, der eine neue Organisation der kantonalen psychiatrischen Versorgung vorsah und der Anfang 2001 im Parlament beraten wurde.[155] Damit wurde das von Regierungsrat Aliesch bereits 1990 im Rahmen einer Sitzung der Aufsichtskommission erstmals dokumentierte Ansinnen einer Organisationsreform immer konkreter.[156]

Sowohl die Leitungen der beiden Kliniken als auch Arnold Bachmann, der Direktor der kantonalen Kliniken und Spitäler, sprachen sich für eine Verselbständigung der psychiatrischen Kliniken aus. Im Jahresbericht der Klinik Waldhaus von 1999 findet sich dazu der Hinweis auf eine überkantonal geführte Diskussion. Besonders hervorgehoben wurde das Argument eines zunehmenden Wettbewerbs mit Privatspitälern, insbesondere im «lukrativen Segment der Privatversicherten».[157] Dieser Konkurrenzkampf wirkte sich laut dem Jahresbericht direkt auf die Rekrutierung von qualifiziertem Personal aus.[158] Der Bericht sprach damit das seit Jahrzehnten wiederkehrende Problem, gut ausgebildete Fachkräfte für die Bündner Kliniken zu rekrutieren, an. Schliesslich führte Bachmann die Grösse der beiden Kliniken und den ihnen angehängten Aufgaben als Begründung gegen den Status quo ins Feld. Eine Angliederung bei einem kantonalen Departement sei für die Führung eines Betriebes mit mehreren hundert Mitarbeitenden «hinderlich» sowie «ineffizient» und damit ein klarer Wettbewerbsnachteil.[159] Mit dem Argument der fehlenden Konkurrenzfähigkeit bei der Aufnahme von Privatversicherten öffnete Bachmann ein mögliches Betätigungsfeld, das im Leistungsauftrag der beiden Kliniken zu diesem Zeitpunkt nicht vorgesehen war. Der Ökonom argumentierte in einer vornehmlich marktwirtschaftlichen Logik, bemühte sich aber gleichzeitig zu betonen, dass die kantonalen Kliniken und Spitäler nicht nach dem «Shareholder-Value-Prinzip» geführt werden können.[160] Eine Privatisierung der Kliniken stand für Bachmann nicht zur Diskussion.

Wegleitend für den Gesetzesentwurf der Regierung waren grundlegend veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, denen mit den bestehenden Strukturen innerhalb der Kantonalen Verwaltung nicht mehr optimal begegnet werden konnte. Im Rahmen der Botschaft von 2000 verwies die Regierung auf die seit dem letzten Psychiatrie-Konzept von 1995 erfolgte «Differenzierung der Psychotherapiemethoden sowie den Einsatz innovativer Behandlungsmöglichkeiten mit neuen Medikamenten».[161] Wie die entsprechende Auflistung zeigt, war in den vorangegangenen fünf Jahren ein substantieller Ausbau der kantonalen psychiatrischen Versorgung erfolgt:

> *«Beverin: Drogenentzugs- und Übergangsstation, Ambulante Dienste Roveredo, Ilanz und Samedan (Ausbau), Neuer ambulanter Dienst in Scuol, Medizinisch therapeutische Dienste (Ausbau), Alkoholstation mit Angebot für Rehabilitationsbehandlung (Ausbau).*
> *Waldhaus: Ambulanter Dienst in Davos und Chur (Ausbau), Tagesklinik (Ausbau), Medizinisch therapeutischer Dienst (Ausbau), Sozialarbeit (Ausbau), Psychotherapiestation.*
> *Wohnheime: Arbeits- und Beschäftigungsstätten Rothenbrunnen, Arbeits- und Beschäftigungsstätten Montalin, Wohngemeinschaft Arcobaleno, Neue Wohngruppe in Chur, Dezentralisierung Wohnheim und Beschäftigungsstätte Arche Nova mit Wohngruppen in Igis, Untervaz, Schiers und Landquart sowie einer Beschäftigungsstätte in Landquart, Integration Tagesstätte El Butt im Misox, Interne Wohngemeinschaft in Rothenbrunnen für Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf.»*[162]

---

155 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01; Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2011, S. 597–623.

156 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 30. April 1992, S. 2; ebd., Beilage 1, Protokollauszug Planungskommission «Sanierung Klinik Beverin», Sitzung vom 13. Februar 1992, S. 5. Im entsprechenden Traktandum ging es zunächst um die Frage, ob die Aufsichtskommission der beiden Anstalten angesichts einer geschrumpften Entscheidungskompetenz noch weiterbestehen sollte.

157 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1999, S. 3.

158 Ebd.

159 Ebd.

160 Ebd., S. 5.

161 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 518–519; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokoll Nr. 8/99, Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Sitzung vom 18. Oktober 1999, S. 2.

162 Ebd.

Trotz diesem Ausbau fehlten gemäss der Botschaft altersspezifische Angebote wie beispielsweise eine Jugendstation. Weitere Defizite verorte der Bericht bei der Entlastung von Angehörigen, den Angeboten in Spitälern, einem verbesserten Bildungsangebot für psychisch behinderte Menschen oder der Präventionsarbeit.[163]

Den Anstieg der Konsultationszahlen wertete die Bündner Regierung als Hinweis auf ein bestehendes gesellschaftliches Bedürfnis für eine umfassende psychiatrische Versorgung (vgl. Diagramm 45). Gleichzeitig interpretierte sie diese Entwicklung mit einem zunehmenden und «schichtübergreifenden» Normalisierungsdruck, der dazu führte, dass immer mehr Menschen psychiatrische Angebote in Anspruch nahmen. Neben dem Ausbau des Angebots und dem Anstieg der Konsultationen erwähnte die Botschaft der Regierung zuhanden des Grossen Rates gestiegene Ansprüche der Patientinnen und Patienten, speziell im Bereich der Raumgestaltung und Verpflegung, als weitere kostentreibende Faktoren. Hinzu kam die steigende Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung, die das Gesundheitswesen insgesamt betraf. Besonders ins Gewicht fiel die Langzeitbetreuung einer steigenden Zahl an Demenz erkrankter Personen, die auch in der gerontopsychiatrischen Versorgung an Bedeutung gewann.[164] Die Debatten standen auch im Kontext des revidierten Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes von 1996, das verschiedene Instrumente zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen umfasste.[165] Die Bündner Regierung sah jedenfalls dringenden Handlungsbedarf. Das erklärte Ziel zur Jahrtausendwende war es, mit der Ausgliederung der kantonalen psychiatrischen Kliniken sowie den kantonalen Heimzentren

> *«die Handlungsfähigkeit zu verschaffen, die zur Bewältigung der wachsenden Anforderungen an eine wirtschaftliche Leistungserbringung erforderlich ist. Sie werden dadurch insbesondere in die Lage versetzt, rasch auf Veränderungen der Nachfrage und der medizinischen Entwicklung zu reagieren, eigenständige Rechtsbeziehungen zu Patienten und Dritten einzugehen und nach unternehmerischen Grundsätzen zu handeln. Dazu gehört auch die Kooperation und Koordination mit anderen Leistungserbringern.»*[166]

Die Regierung betonte, dass die psychiatrischen Kliniken hinsichtlich der geforderten effizienten und effektiven Arbeitsweise nicht untätig gewesen waren. Sie sprach von einer «Vorreiterrolle» der Kliniken in unterschiedlichen Bereichen. Dazu zählte sie die Vereinheitlichung der Leitung für die stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuung, die schweizweit erstmalige Einführung eines Klinikinformationssystems sowie die Schaffung von Wohnheimen und Wohngruppen für psychisch und geistig behinderte Menschen ausserhalb der Kliniken.[167]

Der Vorschlag der Regierung sah eine Loslösung der beiden psychiatrischen Kliniken, einschliesslich der kantonalen Wohn- und Arbeitsstätten für körperlich und geistig behinderten Menschen, aus der kantonalen Verwaltung und deren Überführung in eine neu errichtete öffentlich-rechtliche Anstalt vor. Damit stand Graubünden nicht alleine. Auch andere Kantone suchten um die Jahrtausendwende nach neuen Lösungen im Gesundheitswesen.[168] Bei ihrem Entscheid über die Rechtsform konnte die Regierung deshalb auf Entwicklungen in den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt oder Thurgau Bezug nehmen. Eine betriebswirtschaftliche Reform innerhalb der Verwaltungsorganisation sah die Regierung als nicht zielführend an, da damit die angestrebte Flexibilisierung nicht erreicht werden könne.[169]

---

163 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 519; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokoll der Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Sitzung vom 18. Oktober 1999, Nr. 8/99, S. 2; Psychiatrie-Konzept 1995.

164 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 520.

165 Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes wurde 1994 vom Schweizer Stimmvolk angenommen, nachdem 1987 ein erster Versuch gescheitert war. Neu sah das Gesetz unter anderem ein allgemeines Obligatorium vor, sollte aber auch dazu beitragen, die rasant gestiegenen Kosten sowohl für Versicherungsleistungen als auch für Prämien einzudämmen. Mit der freien Versicherungswahl bei der Grundversicherung wurde auf nationaler Ebene die Konkurrenz unter den Krankenversicherern verschärft. Vgl. Ein Jahrhundertprojekt im Ziel: Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes, in: Geschichte der sozialen Sicherheit, https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/synthese/1994/, Zugriff: 10.10.2019.

166 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 523.

167 Ebd., S. 519–520.

168 Ebd., S. 521. Zur Diskussion stand auch eine Zusammenführung mit dem kantonalen Frauenspital Fontana, die allerdings als «nicht zweckmässig» wieder verworfen wurde. Ebd., S. 523–524.

169 Ebd., S. 526.

Die Bündner Regierung sprach sich für die Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt und gegen eine öffentlich-rechtliche Aktiengesellschaft aus, da «mittelfristig» keine Veräusserung einer Aktienmehrheit vorgesehen war. Gleichzeitig behielt sich die Regierung eine spätere Umwandlung der gewählten Rechtsform vor.[170] Mit diesem Vorschlag blieb der Kanton Eigentümer der neu zu gründenden Anstalt und war weiterhin in strategische Entscheidungen eingebunden. Die Regierung reagierte damit auf kritische Stimmen, die das Gesundheitswesen als staatliche Aufgabe betrachteten und eine stärker marktwirtschaftliche Orientierung ablehnten.

Neben dem Ziel, eine «hochstehende» psychiatrische Versorgung bei gleichzeitiger Kostenkontrolle zu realisieren, stand eine weitere Überlegung für die Loslösung der psychiatrischen Kliniken aus der kantonalen Verwaltung im Raum. Mit den Veränderungen im Krankenversicherungsgesetz hatte der Bund 1996 den Kantonen die strategische Spitalplanung übertragen. Laut der Bündner Regierung wurden so die Rollen zwischen Auftraggeber (Kanton) und Leistungserbringer (psychiatrische Kliniken, Wohnheime und Arbeitsstätten) vermischt Dies führte zu Interessenskonflikten wodurch «kleinste Sachprobleme [...] sofort eine politische Dimension» erhielten.[171] Die Loslösung war deshalb aus Verwaltungs- und Regierungsperspektive auch ein Akt der Entpolitisierung.[172]

Im Grossen Rat wurde das Ansinnen der Regierung von allen Parteien unterstützt, wenngleich die künftigen Anstellungsbedingungen im Personalwesen, die Rechtsform sowie die Art der Revision Anlass zu Diskussionen gaben.[173] Dass für die Angestellten in der neuen Rechtsform nicht mehr die kantonale Personalgesetzgebung gelten sollte, wurde von gewerkschaftlicher Seite kritisiert. Eine Mehrheit des Rates sah indes die angestrebte Selbständigkeit gefährdet, sollten die Anstellungsbedingungen des kantonalen Personals zwingend übernommen werden müssen, da die Personalkosten achtzig Prozent des Gesamtaufwandes betrugen. Der entsprechende Absatz wurde nach einer Beschwerde vor Bundesgericht jedoch wieder aufgehoben, so dass sich die Arbeitsverhältnisse des Personals der PDGR nach den Bestimmungen der Kantonsmitarbeitenden richten.[174] Der Grosse Rat folgte in allen Punkten dem Vorschlag der Regierung und stimmte diesem mit 71 zu zwölf Stimmen klar zu.[175] Auch der Souverän nahm das neue Psychiatrie-Organisationsgesetz am 10. Juni 2001 mit über achtzig Prozent Ja-Stimmen an. Anfang 2002 trat das *Gesetz über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und Wohnheime für psychisch behinderte Menschen des Kantons Graubünden* (Psychiatrie-Organisationsgesetz) in Kraft.

6.3.2 Leistungsaufträge zur Sicherung des Versorgungsauftrags in prozessorientierter Unternehmenskultur

Als eigene Rechtsperson war es den PDGR erlaubt, Dienstleitungen für Dritte zu erbringen, Kooperationen einzugehen und sich mit Zustimmung der Regierung an anderen Unternehmen zu beteiligen.[176] Neben dem Auftrag zur Leistungserbringung in der Erwachsenenpsychiatrie wurden die bereits zu den psychiatrischen Kliniken gehörenden Wohnheime und Wohngruppen für psychisch und geistig behinderte Menschen in die PDGR integriert. Weiter zeichneten sie verantwortlich für Aus- und Weiterbildungsplätze für Ärztinnen und Ärzte, für Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, für andere Berufe des Gesundheitswesens sowie für angehende Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und sozialpädagogische Berufspersonen.[177]

Ein erster, wichtiger Schritt im Rahmen der Verselbständigung bestand darin, Leistungsaufträge festzulegen (vgl. Kapitel 5.4.5).[178] Die Kom-

---

170 Ebd., S. 521–526; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Protokolle, Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Nr. 1/00, Sitzung vom 20. Januar 2000, S. 2.

171 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 516–517.

172 Ebd., S. 523; Interview mit Claudio Candinas, 19.30–20.04 und 21.55–22.10.

173 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2001, S. 597–623.

174 O. N. (2001), S. 3 und Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2001, besonders S. 598, 607–625. Ergänzende Anmerkungen Claudio Candinas vom 18. November 2019.

175 Grossratsprotokoll, Sitzung vom 29. Januar 2001, S. 622; Willi (2001), S. 7.

176 Psychiatrie-Organisationsgesetz vom 10. Juni 2001, Art. 1–5.

177 Ebd., Art. 2; Leistungsauftrag: Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 11; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Dezember 2002, Nr. 1720; Bericht der Arbeitsgruppe zur Verselbständigung der Psychiatrischen Kliniken und der kantonalen Wohnheime und Arbeitsstätten für behinderte Menschen / Regelung der finanziellen Aspekte vom 2. Dezember 2002.

178 Jahresbericht PDGR 2002, S. 3.

bination der psychiatrischen Versorgung mit der Führung von Heimen für psychisch und geistig behinderte Menschen verlangte nach unterschiedlichen Vereinbarungen, da deren Finanzierung aus verschiedenen Versicherungsleistungen erfolgte und auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen beruhte. Während der rechtliche Rahmen für die psychiatrische Versorgung von Erwachsenen durch die kantonale Krankengesetzgebung und das *Psychiatrie-Organisationsgesetz* vorgegeben war, unterstanden die Wohnheime und Beschäftigungsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen der eidgenössischen und kantonalen Behindertengesetzgebung.[179] Dies führte unter anderem zu unterschiedlichen Vorgaben in der Rechnungslegung (vgl. Nahaufnahme 4).[180]

In der Einleitung zu den Leistungsvereinbarungen von 2002 wurde das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach «Gesundung» als Ausgangspunkt für die psychiatrische Versorgung und damit den Leistungsauftrag an die PDGR festgehalten. Die «Lebensqualität» der Patientinnen und Patienten stand dabei im Vordergrund. Sie wurden als «Partner» bezeichnet; die Patientenrechte waren explizit gewährleistet. Ohne den Einbezug von Patientinnen und Patienten war eine Gesundheitspolitik zu Beginn des neuen Jahrtausends nicht mehr möglich.[181] Die Leistungsaufträge beinhalteten die Fortführung des bisherigen Angebots der allgemeinen Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtbehandlung, teilstationären Psychiatrie, ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie sowie der forensischen Psychiatrie. Hinzu kamen die Fachbereiche des medizinisch-therapeutischen Dienstes. Das heisst, Ausdruckstherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie und Arbeitstraining waren ebenso Teil des Leistungsauftrages wie der psychologische Dienst, der Sozialdienst, die Seelsorge sowie die Apotheke und das Labor.[182]

Der Auftrag beschränkte sich auf den stationären und teilstationären Bereich, und im ambulanten lediglich auf die Sicherstellung der psychiatrischen Grundversorgung, da die spezialisierte ambulante Versorgung «grundsätzlich von privater Seite» zu erfolgen habe.[183] Die Angebote verschiedener Wohnheime und Beschäftigungsstätten für psychisch behinderte Menschen kannten eine Altersbegrenzung zwischen 18 Jahren bis zum Pensionsalter und sollten in bestehender Weise fortgeführt werden. Dazu gehörten das *Wohnheim Montalin*, die *Wohngruppe Casanna*, beide in Chur, das *Wohnheim Rothenbrunnen*, die *Tagesstätte El Butt* in Roveredo und die *Wohngruppe Sunnastube* in Paspels sowie die Wohnheime mit integrierter Beschäftigung für geistig behinderte Menschen im *Heimzentrum Arche Nova* in Landquart und die Wohngruppen Igis, Untervaz und Schiers.[184] Explizit ausgeschlossen war bis 2017 die Behandlung von akut psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre. Dafür war 1998 eine Leistungsvereinbarung mit dem KJPD vereinbart worden (vgl. Kapitel 5.3.7).[185] Die Langzeitbehandlung von drogenabhängigen Menschen fiel ebenso aus dem Leistungskatalog der psychiatrischen Versorgung wie jene von straffällig psychisch kranken Menschen mit einem «hohen Sicherheitsrisiko». Auf der Liste der Ausschlüsse fanden sich weitere Behandlungsmethoden, wie die «Elektrobehandlung». Elektrokonvulsionstherapien (EKT) waren aufgrund ihrer historisch problematischen Anwendung Kritik ausgesetzt, weshalb von Blumenthal vermutete, dass dieser Ausschluss aus politischen Überlegungen vorgenommen wurde. 2014 führte sie diese Behandlung unter Berücksichtigung geltender Behandlungsstandards wieder ein.[186]

---

179 Kantonales Krankenpflegegesetz (KPG) 1979; Psychiatrie-Organisationsgesetz 2001; Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) 1959; Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) 1961; Gesetz über die Förderung Behinderter 1979 und Ausführungsbestimmungen zum Behindertengesetz 1993. Leistungsauftrag Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 6; Teil 2, S. 4, Teil 3, S. 3. Mit dem neuen Gesetz waren auch gesetzliche Anpassungen, zum Beispiel beim Gesetz über die Förderung der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) notwendig, z. B. der Kanton als Versorgungsträger (Art. 2).

180 Ausführungsbestimmungen zum Psychiatrie-Organisationsgesetz 2001.

181 Für eine kritische Auseinandersetzung mit einer zunehmend «personalisierten Medizin» bei gleichzeitigen Ökonomisierungstendenzen aus psychiatrischer Sicht, vgl. Böker (2014).

182 Leistungsauftrag Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 2.

183 Ebd., S. 3.

184 Ebd., Teil 2, S. 5, Teil 3, S. 4. Nach Erreichen dieser Altersgrenze bestand bei allen die Möglichkeit weiterhin im Wohnheim oder der Wohngruppe zu bleiben, sofern keine Pflegebedürftigkeit bestand. Ebd.

185 Wobei «im Einzelfall», und in Absprache mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, Abweichungen möglich waren.

186 Leistungsauftrag Psychiatrische Dienste Graubünden, Teil 1, S. 17 und Anhänge, Anhang 2: Ausschlüsse für psychiatrische Kliniken, S. 4; Interview mit Suzanne von Blumenthal, 55.30–57.43.

Die Leistungsvereinbarungen widerspiegeln die Beibehaltung eines historisch gewachsenen Angebots in Graubünden. Der Vergleich mit anderen Kantonen zeigt zugleich, dass die föderalistischen Strukturen unterschiedliche Reaktionen in den Kantonen auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen hervorriefen. Der Kanton Thurgau beispielsweise, der zwei Jahre zuvor eine Reorganisation der kantonalen Anstalten im Gesundheitswesen vorgenommen hatte, überführte seine Spitäler und Kliniken in eine privatrechtliche Aktiengesellschaft und die Heime für psychisch behinderte Menschen in eine Stiftung.[187]

Die Überführung in die rechtliche und wirtschaftliche Selbständigkeit wurde aufgrund der erwarteten materiellen und rechtlichen Komplexität sowie unterschiedlich gewachsener Betriebskulturen auf vier bis fünf Jahre angelegt.[188] Zu Beginn steuerte eine fünfköpfige Verwaltungskommission den Veränderungsprozess und übernahm damit, nach kürzerem Unterbruch, die Nachfolge der Aufsichtskommission. Letztere hatte bereits seit den 1980er Jahren zusehends an Kompetenzen verloren, sodass 1993 beschlossen wurde, sie durch die Psychiatriekommission zu ersetzen.[189] Aufgrund der sich anbahnenden Reorganisation bestanden die beiden Gremien bis 1997 nebeneinander, bevor die Aufsichtskommission aufgelöst wurde.[190]

Die Zusammensetzung der Verwaltungskommission widerspiegelte den Aufbruch in eine marktwirtschaftlich orientierte Unternehmensstruktur. Sie wurde von Mario Cavigelli, Rechtsanwalt und Grossratsmitglied, präsidiert. Darüber hinaus befanden sich zwei privatwirtschaftlich erfahrene Personen in der Kommission.[191] Der Jahresbericht von 2002 berichtete sehr positiv über den Anlauf der «Autonomisierung». Gleichzeitig wurden Reibungsflächen etwa bei der Regelung der Rechtsgrundlagen für die Angestelltenverhältnisse (vgl. Kapitel 6.3.2) sowie der infrastrukturellen Nutzung sichtbar. Ein zentrales Argument für die Verselbständigung war die so erreichte Flexibilität der öffentlich-rechtlichen Anstalt. Aus Sicht der PDGR zählte dazu auch die infrastrukturelle Flexibilität. Während mobiles Inventar im Zuge der Reorganisation in den Besitz der PDGR überging, verblieben die kantonalen Gebäude in der Zuständigkeit des Hochbauamtes. Daraus ergaben sich aus Sicht der PDGR Einschränkungen im Handlungsspielraum, die erst 2013 mit der Übergabe der kantonalen Bauten im Baurecht aufgelöst wurden.[192]

In die Zeit der Zusammenführung fiel zudem die Fertigstellung der umfassenden und 2004 fertiggestellten Sanierung der Klinik Beverin. Dafür war 1987 eine Planungskommission eingesetzt und 1994 ein Architekturwettbewerb ausgeschrieben worden.[193] Bereits im Rahmen der Sanierung der Klinik Waldhaus hatte der damalige Chefarzt, König, auf den Bedarf für weitere Um- und Sanierungsbauten in Beverin hingewiesen. Der Ausbau des sozialpsychiatrischen Angebots hatte in den vorangegangenen Jahren unter anderem zu einer Stagnation beim Bettenbedarf geführt. Das Bündner Stimmvolk folgte dem Vorschlag der Regierung zur Sanierung Ende 1996 und hiess einen Rahmenkredit von knapp 50 Millionen Franken deutlich gut.[194] Im Rahmen der Sanierung wurde nach Möglichkeit die alte Bausubstanz genutzt und dem neuen Raumprogramm angepasst. Einem Neubau weichen musste das Ökonomiegebäude mit Küche. Das Haus Salvorta wurde «aufgrund einer schlechten Bausubstanz» abgerissen.[195]

Mit der Zusammenführung der Leitungsstrukturen standen auch personelle Veränderungen an, da sowohl auf der Ebene der Chefärzte und der

187 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 522–523.

188 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 2001, S. 3; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 18. Juni 2001, Nr. 1013.

189 Die neue Kommission sollte aus 9–11 Mitgliedern bestehen. Protokoll, Sitzungen der Aufsichtskommission vom 19. April 1994, S. 2, 26. November 1993, S. 3.

190 Ebd., 6. Juni 1995, S. 3, 22. April 1996, S. 4; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 4. November 1996, Nr. 2489.

191 Jahresbericht PDGR 2002, S. 2.

192 Gesetz über die Psychiatrischen Dienste Graubünden 2012, Art. 17; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 10. Dezember 2002, Nr. 1720; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Fusion PDGR Protokolle: Schreiben der Direktion der PDGR, Josef Müller an das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement betreffend Stellungnahme zum Konzept Gebäudebewirtschaftung der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR), Sitzung vom 18. Januar 2002; Jahresbericht PDGR 2005, S. 3; ebd., PDGR Psychiatrie-Organisationsgesetz, Hochbauamt Graubünden an die Stiftung Kantonsspital vom 20. Februar 2013.

193 In die Botschaft der Regierung wurden zudem die Ergebnisse des Psychiatrieberichtes 1995 aufgenommen, der die Sanierung der Klinik Beverin als dringlich erachtete. Psychiatriebericht 1995, S. 29–30.

194 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 57–96; Psychiatrische Klinik Beverin (1994), Geleitwort Klinikleitung und Geleitwort Departementsvorsteher.

195 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 1996/97, S. 84.

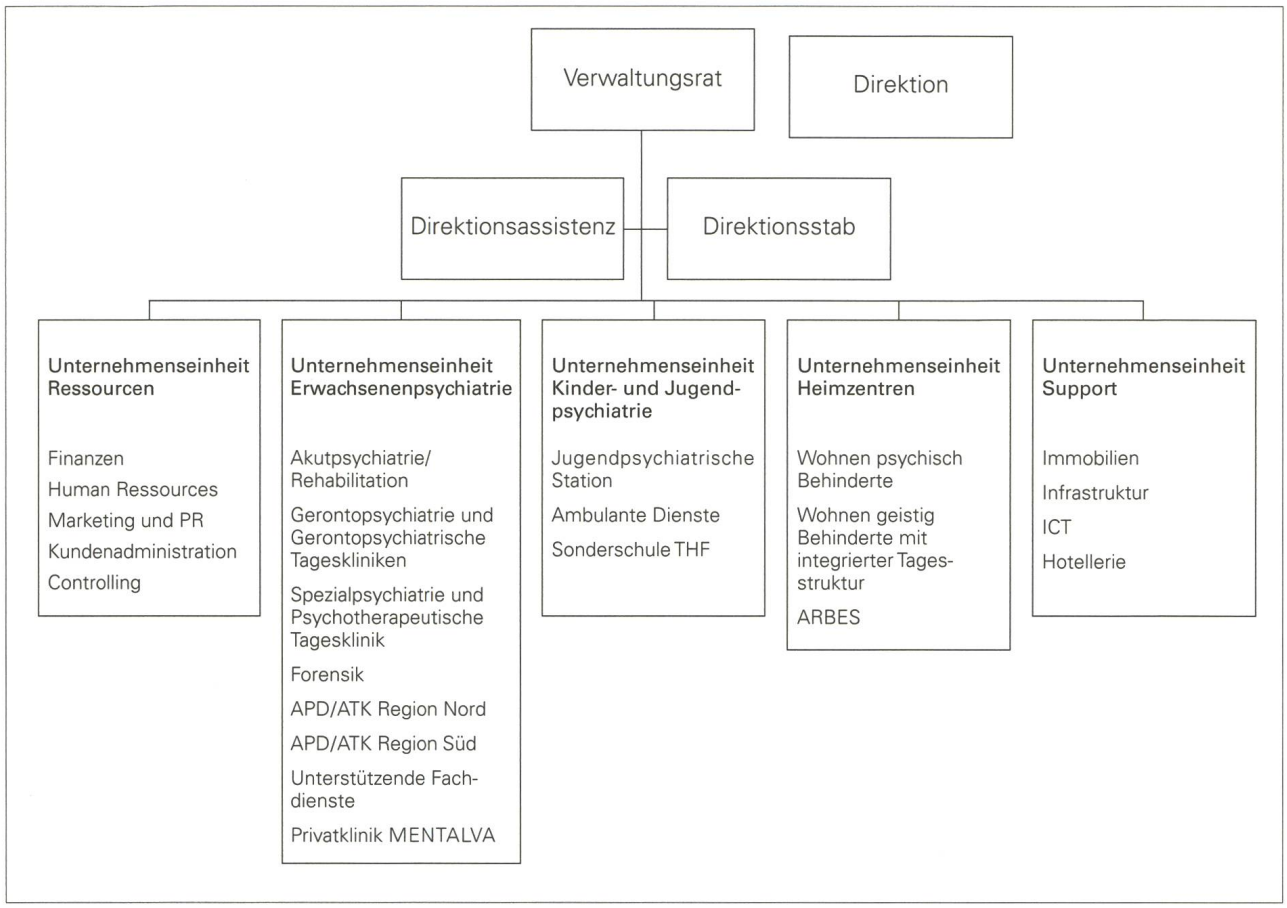


Abbildung 15: Organigramm Psychiatrische Dienste Graubünden (2019)
Anmerkung: Ambulanter Psychiatrischer Dienst (APD), Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik (ATK)
Quelle: https://www.pdgr.ch/wp-content/uploads/2019/01/2018-11-Organigramm.pdf.

Pflegedienstleitung als auch der Verwaltung die Stellen doppelt besetzt waren. Die Position des Vorsitzenden der Geschäftsleitung (CEO) übernahm der Ökonom und bisherige Direktor der kantonalen Spitäler und Kliniken, Josef Müller. Bis zur Pensionierung eines Verwalters verblieben beide Stelleninhaber in der Geschäftsleitung. Bei den Pflegdienstleitenden erfolgte eine Kündigung zur beruflichen Neuorientierung. Offen blieb zunächst die Frage nach der Zukunft der Chefärztin und des Chefarztes. Der Verwaltungsrat liess sich von Bünter und von Blumenthal ihre Vorstellungen für die künftige medizinische Organisation darlegen. Von Blumenthal blieb in der Folge in der Geschäftsleitung und übernahm ab 2005 die Akutpsychiatrie, Bünter die Alterspsychiatrie. Er wechselte später in die Leitung der Forensik, wo er bis zu seiner Pensionierung 2018 wirkte.[196] Auf von Blumenthal folgte 2016 Andres Schneeberger, der frühere leitende Arzt der Regionalen Dienste Engadin und Südtäler, als ärztlicher Direktor der Erwachsenenpsychiatrie.[197]

Die PDGR präsentiert sich heute als selbständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit Sitz in Chur. Sie ist unterteilt in fünf Unternehmenseinheiten: Ressourcen, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heimzentren und Support, die sich seit 2007 an einer prozessorientierten Unternehmensorganisation orientieren (vgl. Abbildung 15).

Die Leiterinnen und Leiter der einzelnen Unternehmenseinheiten bilden, zusammen mit dem Vorsitzenden (CEO), die Geschäftsleitung. Ihr steht der maximal siebenköpfige Verwaltungsrat vor. Die Bündner Regierung nimmt ihre Kontroll- und Aufsichtsfunktion durch die Wahl des Verwaltungsrates sowie dessen Präsidium und Vizepräsidium wahr. Sie bestimmt weiter die Revisionsstelle und genehmigt die Jahresberichte und Jahresrechnungen, die anschliessend zur Kennt-

196 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 36.30–37.42.

197 Interview mit Andres Schneeberger, 2.50–3.05.

nis an den Grossen Rat weitergegeben werden.[198] Seit 2011 sind in der *Verordnung zur Umsetzung der Public Corporate Governance für den Kanton Graubünden* Grundsätze über «Strategie, Einsitz- und Einflussnahme sowie Berichts- und Kontrollwesen bei Beteiligungen des Kantons, selbstständigen Institutionen und weiteren Organisationen mit öffentlichen Aufgaben» festgeschrieben.[199]

6.3.3 Jüngste Reformen und ihre Herausforderungen aus personeller Sicht

Die vorangegangene Darstellung der Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden reicht bis in die jüngste Zeit. Sie beschreibt die strukturellen und organisatorischen Anpassungen eines Unternehmens, das sich vermehrt marktwirtschaftlich ausrichtete. Eine historische Bewertung dieser institutionellen Entwicklung ist nur bedingt möglich. Es kann an dieser Stelle aber auf Tendenzen hingewiesen werden, die vor allem in den Interviews problematisiert wurden.

Eine kritische Auseinandersetzung von Seiten der ärztlichen Leitungen findet mit den Veränderungen der Finanzierungsstrukturen für psychiatrische Behandlungen statt, speziell im Zusammenhang mit den Gefahren einer «Drehtür-Psychiatrie» sowie einer fehlenden Flexibilität bei der überregionalen Zuweisung von Patientinnen und Patienten. Von Blumenthal kritisierte dabei vor allem die fehlende Kostendeckung für ausserkantonale Angebote. Etwa wenn die Unterbringung «sehr gefährlicher Patienten» aufgrund dieser Regelung nicht in spezialisierten Einrichtungen geschehen konnte, sondern in der darauf nicht ausgerichteten Klinik Beverin.[200] Vor allem aber verstärkte der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen die Forderung nach effizienteren Behandlungsmethoden und kürzeren Behandlungszeiträumen, die die Gefahr einer verfrühten Entlassungen und einem Anstieg der Rückfallquote mit sich brachten.[201]

Seit 2012 werden stationäre Behandlungen in akutsomatischen Spitälern mit einem Fallpauschalen-System anhand vorbestimmter Kriterien einer Fallgruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen.[202] Dieses Vergütungsmodell wurde für die Psychiatrie nicht als zielführend angesehen. 2018 wurde deshalb eine spezialisierte Tarifstruktur für stationäre psychiatrische Behandlungen von Erwachsenen eingeführt (TARPSY). Dieses beruht nicht auf Fallpauschalen, sondern weiterhin auf diagnoseabhängigen Tagespauschalen, da erstere bei psychischen Erkrankungen als nicht umsetzbar bewertet wurden. Bei einem längeren stationären Aufenthalt sinken die Tagespauschalen. Um verfrühte Entlassungen aus Kostengründen und einem darauf drohenden Anstieg von Wiedereinweisungen zu vermeiden, wurde eine Karenzfrist von 18 Tagen eingeführt. Das heisst, zwischen einer Entlassung und einer erneuten stationären Einweisung oder einem Eintritt muss diese Zeit vergehen, bevor ein neuer «Fall» eröffnet werden kann.[203] Die Verfeinerung der Tarifstrukturen verlangten von den Leistungs-

---

198 Psychiatrie-Organisationsgesetz 2001, Art. 7, 8, 13, 14; ebd., 2012, Art. 7.

199 Bereits vor dem Entscheid zur Schaffung der PDGR hatte die Geschäftsprüfungskommission des Grossen Rates die Regierung dazu aufgefordert, solche Grundsätze zu formulieren. Die Umsetzung dauerte bis 2010 (Grossratsprotokoll, Sitzung vom 8. Dezember 2010, S. 433.). Diese orientieren sich an allgemeinen Entwicklungen transparenterer Unternehmensführungen in Aktiengesellschaften. Die Auslagerung staatlicher Aufträge an private Dienstleister führte auch in diesem Bereich zum Anspruch nach einem «ausgewogenen Verhältnis von Führung und Kontrolle bei den Beteiligungen des Kantons Graubünden» und betraf nicht nur die PDGR, sondern beispielsweise auch das Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS), die Kantonale Pensionskasse Graubünden (KPG) und die Pädagogische Hochschule Graubünden (PHGR). Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2000/01, S. 431. Die grundlegenden Bestimmungen widerspiegeln sich bereits im Psychiatrie-Organisationsgesetz von 2001 sowie den Leistungsauftrag von 2002. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der *Public Corporate Governance*, vgl. Lienhard (2008).

200 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 46.50–49.59, Zitat: 48.20–48.40.

201 Interview mit Andres Schneeberger, 1.05.37–1.09.00, 1.10.20–1.13.30; Interview mit Vitus Bass, 1.12.25–1.13.04; Interview mit Suzanne von Blumenthal, 1.00.30–1.01.40.

202 Tarifsystem TARMED: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html, Zugriff: 10. Oktober 2019. Das Krankenversicherungsgesetz von 2008 legte die Einführung für ein standardisiertes Vergütungssystem fest.

203 Unger-Köppel (2016), S. 1403; Swiss DRG (2016); Schneeberger (2018) und ergänzende mündliche Bemerkungen von Claudio Candinas, Claudio Camiu und Joseph Müller vom 25. November 2019. Trotz dieser Vereinheitlichung bestehen Unterschiede zwischen den Kantonen. Die Basisrate verhandelt die PDGR direkt mit den Krankenkassen. Schneeberger et al. (2019), S. 37.

erbringern umfangreiche Datenerhebungen. Der damit verbundene Anstieg des administrativen Aufwandes und die zeitliche Mehrbelastung, aber auch ein Gefühl der Kontrolle, führten zu einer anhaltenden Skepsis, vor allem von Seiten jener Fachpersonen, die direkt in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten standen.[204]

Als weitere problematische Folge der Veränderung der Finanzstrukturen nannte von Blumenthal eine ebenfalls gesamtschweizerische Entwicklung: die Zweitbegutachtung für IV-Ansprüche bei Menschen mit einer psychischen Behinderung. Zwar würden heute chronisch psychische Krankheitsbilder als Behinderung im Sinne der IV-Gesetzgebung anerkannt. Die Zweitgutachten stünden jedoch oft im Widerspruch zur Einschätzung der behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater und stellten eine Arbeitsfähigkeit fest.[205] Die ehemalige Chefärztin sah dabei die Gefahr einer erhöhten wirtschaftlichen Prekarisierung psychisch behinderter Menschen, verbunden mit einem verstärkten Wiedereingliederungsdruck innerhalb kürzerer Zeiträume.

Durch die Verselbständigung wurde den PDGR ein grösserer betrieblicher Handlungsspielraum zugesprochen. Die PDGR können heute neue Bereiche erschliessen, die vor der Überführung in eine öffentlich-rechtliche Anstalt nicht umsetzbar waren. Aus Sicht der öffentlich-rechtlichen Anstalt besteht die Möglichkeit kostendeckende Angebote zu integrieren, so beispielsweise für Privatpatientinnen und -patienten sowie Selbstzahlende. Im Leitbild von 2005 hielt der Verwaltungsrat fest: «Soweit sinnvoll und möglich, ergänzen wir dieses Angebot mit mindestens vollkostendeckenden Spezialitäten und/oder Nischenangeboten.»[206] Dies bezog sich insbesondere auf Angebote im Bereich der privat und halbprivat versicherten Patientinnen und Patienten.[207]

Damit wurde eine Diskussion neu lanciert, der die Politik in den 1990er Jahren noch zurückhaltend begegnet war. 1994 hatte ein Bericht zuhanden der Aufsichtskommission festgestellt, dass halbprivat und privat versicherte Patientinnen und Patienten nicht jene Leistungen erhielten, für die sie bezahlt hätten. Das bedeutete für die Kliniken, dass bei der Abrechnung der Leistungen gegenüber den Versicherern Erklärungsbedarf bestand. Während die Behandlung allgemein versicherter Patientinnen und Patienten nicht kostendeckend geführt werden konnte, war dies für halbprivat versicherte der Fall. Für Privatpatientinnen und Privatpatienten lagen die Einnahmen gar zehn Prozent über der Kostendeckung.[208] In der Folge wurde über die Einrichtung einer Privatstation diskutiert, dieses Ansinnen aber wieder verworfen. Gleichwohl sollten auf den Stationen Einzel- und Zweibettzimmer zur Verfügung gestellt werden, die über zusätzlichen Komfort wie den Zugang zu einem eigenen Fernseher oder Telefon verfügten. Die ärztliche Betreuung war direkt durch den Chefarzt oder Oberarzt gewährleistet.[209] Unter der Leitung von Blumenthals eröffneten die PDGR im Auftrag des Verwaltungsrates die erste Privatabteilung. Neben dem Argument der Kostendeckung konnten so Klinikbereiche, die wegen der sinkenden Bettenbelegung nicht ausgelastet waren, besser genutzt werden. Ein wichtiges Argument für die Wahl der Klinik Beverin war dabei die eigenständige Küche, die für ihr hohes kulinarisches Niveau bekannt war.[210]

Da die bereits bestehende Privatklinik *Clinica Holistica* in Susch sich auf die Behandlung von Burnout-Erkrankungen spezialisiert hatte, war eine andere Ausrichtung für die Klinikleitung wichtig.[211] Deshalb legte die medizinische Leitung neben dem psychotherapeutischen und psychiatrischen Angebot einen weiteren Schwerpunkt auf ein komplementärmedizinisches Angebot.[212] 2011 wurde auf dem Gelände der psychiatrischen Klinik Beverin die *Privatklinik MENTALVA Resort & Spa* für halbprivat und privat versicherte sowie selbstbezahlende Patientinnen und Patienten eröffnet. Sie steht auch ausserkantonalen und ausländischen Patientinnen und Patienten offen.

Die Aufnahme selbstzahlender ausländischer Personen führte zur Frage, ob der Ausbau eines

---

204 Für eine erste Bewertung ein Jahr nach der Einführung des TARPSY, vgl. Schneeberger et al. (2019), S. 37.

205 Interview mit Suzanne von Blumenthal, 58.30–1.00.10.

206 Jahresbericht PDGR 2005, S. 7.

207 Ebd.

208 Protokoll der Aufsichtskommission, Sitzung vom 19. April 1994, Anhang Konzept für Privatpatienten in den Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, Entwurf, Februar 1994, S. 1–2.

209 Ebd., Sitzung vom 26. November 1993, S. 5; ebd., 19. April 1994, Anhang Konzept für Privatpatienten in den Psychiatrischen Kliniken Beverin und Waldhaus, Entwurf, Februar 1994, S. 2; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung, Sitzung vom 7. Oktober 1992, S. 2–3.

210 «Wir hatten immer einen guten Küchenchef. Das ist ein wichtiger Punkt.» Interview mit Suzanne von Blumenthal 26.13–27.49

211 Ebd., 1.34.46–1.36.40.

212 Ebd., 57.57–58.30, 1.31.15–1.34.45.

solchen Angebots Teil des Auftrages einer öffentlich-rechtlichen Anstalt sei.[213] Mit dieser Ausweitung, deren deklariertes Unternehmensziel es ist, wirtschaftlichen Gewinn zu erzielen, ging die Überlegung einher, «andere Angebote der PDGR teilweise quersubventionieren zu können».[214] Schneeberger präzisierte diese Quersubventionierung anhand des Beispiels der *Ambulanten Krisenintervention (Aki),* die seit 2018 Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen eine mobile Anlaufstelle an Wochenenden und Feiertagen bietet, und die ansonsten nicht finanzierbar wäre.[215] Damit verteidigten die PDGR den Ausbau im Luxussegment mit der Möglichkeit nicht kostendeckende, aber aus ihrer Sicht wichtige Angebote aufzubauen.

Andrea Ferroni, bis 2016 Leiter des kantonalen Sozialamtes, blickte kritischer auf die jüngsten Entwicklungen, insbesondere im Bereich der historisch gewachsenen Zusammenarbeit von Psychiatrie und sozialen Diensten im Kanton Graubünden. Er konstatierte ein zunehmendes Eindringen der PDGR in Aufgabenbereiche, die zuvor durch andere Dienstleister übernommen worden waren. So etwa im ambulanten Bereich, wo die PDGR im Zuge des Angebotsausbaus eigene Sozialarbeitende einstellten und deren Aufgabenbereich teilweise in jenen der regionalen Sozialdienste hineinfiel. Diesen Prozess beobachtete Ferroni auch für die Dienstleistungen des heilpädagogischen Dienstes oder der Jugend- und Drogenberatungsstellen.[216] Eine solche Entwicklung führte laut Ferroni zu einer weniger intensiven und mitunter schwierigeren Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Anbietern, als noch vor der Verselbständigung der PDGR.[217] «Früher war die Zusammenarbeit zwischen den regionalen sozialen Diensten und den psychiatrischen Kliniken klar und verlässlich. Diese Kooperation besteht bis heute, aber nicht mehr in dieser Intensität.»[218] Die Diskussionen rund um die Zusammenführung mit der KJP zeigen ebenfalls entsprechende Parallelen (vgl. Kapitel 5.3.7).

Das Bewusstsein für die historisch gewachsenen Verhältnisse, durch die sich Graubünden von anderen Kantonen und dem benachbarten Ausland unterschied, war laut Ferroni nicht bei allen Ärztinnen und Ärzten vorhanden. Immer mehr psychiatrisches Fachpersonal stammte aus anderen Regionen der Schweiz und dem Ausland.[219] Eine marktorientierte und flexiblere Unternehmens- und Organisationsstruktur, die spätestens seit der neuen Strategie 2005 einen Wachstumsanspruch in sich trug, lenkte diese Entwicklung.[220] Das führte laut Ferroni zu unterschiedlichen Handlungsgeschwindigkeiten und Handlungslogiken gegenüber dem kantonalen Sozialamt, das nach wie vor Teil der kantonalen Verwaltung, und damit an kantonale Strukturen gebunden ist, die eine Zusammenarbeit zusätzlich erschwerten.[221]

6.4 Öffentlichkeitsarbeit im Zeichen der Entstigmatisierung

«Wenn ich hier kurz ein Bild aus der Geschichte der Psychiatrie einblende, so einmal, weil auch heute noch in unserem sogenannten aufgeklärten Jahrhundert, im Zeitalter der Inbesitznahme des Mondes, psychisch Kranke leider noch immer häufig «Ausgestossene und Ausgesetzte» unserer Gesellschaft sind. Auch ist es trotz vielen Referaten und Aufsätzen kompetenter Fachleute bis heute nicht gelungen, die psychiatrische Klinik in unserer Bevölkerung als Spital einzuführen. Noch immer geistern Worte mit den abschätzigen Begriffen wie «Irrenanstalt», «Asyl» oder auch vereinfacht «Anstalt» im Gespräch, in den Zeitungen, im Radio und Fernsehen herum. Noch immer hat die psychiatrische Klinik etwas Magisches, etwas Verdächtiges, etwas nicht Messbares, etwas Irrationales an sich und noch immer wird vom Grossteil der Bevölkerung der Spital-Charakter einer modernen psychiatrischen Klinik nicht akzeptiert.»[222]

213 Interview mit Andres Schneeberger, 2.01.25–2.02.20.
214 School of Management and Law (2013), S. 41.
215 Interview mit Andres Schneeberger, 2.02.25–2.02.34.
216 Interview mit Andrea Ferroni, 51.09–52.05, 52.52–53.50.
217 Ebd., 50.45–51.07.
218 Ebd., 1.00.35–1.01.28.
219 Ebd., 54.32–54.40.
220 Die PDGR strebte eine «führende Rolle in der psychiatrischen Versorgung des Kantons Graubünden» mit einem «hohen Marktanteil» an. Dazu sollten in Zukunft «verstärkte Kooperationen und Vernetzungen mit somatischen Akutspitälern, Heimen, Spitex und anderen Leistungsbringern im Kanton Graubünden und soweit möglich in den angrenzenden in- und ausländischen Regionen» eingegangen werden. Vgl. Jahresbericht PDGR 2005, S. 7; Interview mit Andrea Ferroni, 52.52–55.03.
221 Ebd., 55.04–55.29, 56.30–57.48.
222 StAGR VIII 5 d 4: Staatsgebäude, Psychiatrische Klinik Beverin 1942–1979, Die Neubauten der Psychiatrischen Klinik Beverin aus der Sicht des Chefarztes, 25. Oktober 1974, S. 3.

In seiner Rede zur Eröffnung des Neubaus in der Klinik Beverin sah der Chefarzt, Ernst Weber, 1974 eine Diskrepanz zwischen den jüngeren Entwicklungen in der psychiatrischen Behandlung und der öffentlichen Wahrnehmung. Mit der Umschreibung des «Magischen» oder «Verdächtigen» und letztlich «nicht Messbaren» versuchte er auf eine Grundproblematik psychiatrischer Arbeit hinzuweisen. Diese erklärt letztlich mit, weshalb psychische Krankheiten, die Arbeit des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals sowie psychisch kranke und behinderte Menschen bis heute auf unterschiedlichen Ebenen Vorurteilen gegenüberstehen und damit Stigmatisierungen erfahren. Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte berichten über Vorurteile gegenüber der Psychiatrie und ihrem Berufsfeld, im Kontakt mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens, aber auch im persönlichen Umfeld. Diese Vorbehalte führten nicht zuletzt zu Herausforderungen bei der Rekrutierung von Personal sowie bei der Nachwuchsförderung (vgl. Kapitel 4). Die Gefahr sozialer Ausgrenzung lag nicht nur in den spezifischen Symptomen psychisch kranker Menschen. Auch eine gesellschaftliche Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten barg dieses Risiko. Weber umschrieb diese Unsicherheit als das «Verdächtige».[223]

Webers Andeutung eines mangelhaften gesellschaftlichen Wissens um den fortwährenden Wandel in den Möglichkeiten der Behandlung psychischer Krankheiten wurde von seinen Nachfolgern sowie von Betroffenenorganisationen, beispielsweise der VASK, aufgenommen. Die Öffentlichkeitsarbeit nahm im Verlauf der 1980er Jahren zu. Neben Vorträgen nutzte König beispielsweise den Jahresbericht, um 1985 ausführlich auf vollzogene und angestrebte Veränderungen in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Betreuung hinzuweisen.[224] Zeitgleich wurden Versuche unternommen, die Kliniken nicht allein für Angehörige allmählich zu öffnen, sondern auch Einwohnerinnen und Einwohner aus den Regionen auf das Klinikareal zu bringen, beispielsweise mit jährlich stattfindenden Märkten, an denen Artikel aus eigener Produktion verkauft wurden (vgl. Kapitel 2).[225]

Seit Beginn der 1990er Jahre betrieben die Bündner Chefärzte zusammen mit Patienten- und Angehörigenorganisationen vermehrt und systematisch Öffentlichkeitsarbeit. Die Politik und Verwaltung beteiligten sich ebenfalls in zunehmendem Mass. Das Ziel war es, psychische Krankheiten und Behinderungen sowie die Arbeit in der Psychiatrie sichtbarer zu machen, in der Hoffnung entstigmatisierend und präventiv zu wirken. Die VASK konzentrierte sich dabei auf die Aufklärung zu unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern und ihren Auswirkungen für direktbetroffene Personen sowie ihre Familien und ihr Umfeld. Dazu gehörte auch die Stärkung ihrer Position im Kontakt mit dem medizinischen Fachpersonal.[226] Aus Sicht der Chefärzte sollte darüber hinaus das Ansehen der Psychiatrie als Ganzes verbessert, gleichzeitig aber auch die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychologischer Unterstützung gesenkt werden.

Exemplarisch für diese Bemühungen steht die Arbeit von Markus Bünter, der ab 1991 als Chefarzt der Klinik Waldhaus wirkte. Neben dem Ausbau der regionalen psychiatrischen Grundversorgung und dem klinikinternen Behandlungsangebot sah er in der Öffentlichkeitsarbeit einen zentralen Aspekt seiner Arbeit. Für Bünter war dies ein wichtiger Schritt zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten, psychisch kranker und behinderter Menschen sowie der Disziplin und der Berufe in der Psychiatrie.[227] Diese Schwerpunktsetzung war kein Zufall. Kurz vor seinem Amtsantritt war die Bündner Psychiatrie, etwa im Zuge der Aufarbeitung der Praxis des *Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse* der *Pro Juventute*, der Diskussionen um Pflugfelders *Sippenarchiv* und die Arbeitsbedingungen und Führungsstrukturen der kantonalen Einrichtung in Cazis in die Kritik geraten. Laut Bünter hatte dies dazu geführt, dass «eher das Negative an der Psychiatrie» wahrgenommen wurde. Gerade deshalb war ihm die Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Aufklärung aber auch der Adressierung problematischer Aspekte wichtig.[228] Er nutzte dafür unterschiedliche Kanäle. Zum einen wurden die Medien und damit die Öffentlichkeit regelmässig über Erweiterungen des Angebots informiert, an Tage der offenen Türen, Einweihungen

223 Schott/Tölle (2006), S. 496–497.

224 Vgl. Ausführlicher Jahresbericht Beverin 1985.

225 Vgl. Jahresbericht Realta/Beverin 1986, S. 202. In späteren Jahren wurden die Cafeterien explizit für Besucherinnen und Besucher geöffnet. Die Klinik Waldhaus erhielt dabei nicht so viel Zuspruch wie gewünscht. Hier fehlte die Möglichkeit in einer eigenen Küche Essen zuzubereiten. Interview mit Armin Pirovino, 1.23.00–1.24.55.

226 Interview mit Margrith Janggen, 40.00–41.00.

227 Ausführlicher Jahresbericht Waldhaus 1994, S. 3.

228 Interview mit Markus Bünter, 1.16.50–1.17.20.

und weitere Veranstaltungen eingeladen.[229] Auch die Jahresberichte, die bis dahin vor allem Rechenschaftsberichte zuhanden der kantonalen Trägerschaft gewesen waren, wurden in diesem Sinne erweitert und durch bebilderte Beiträge zu einzelnen Krankheitsbildern oder Angeboten ergänzt. Zum anderen suchte der Chefarzt aktiv die Zusammenarbeit mit Print- und audiovisuellen Medien.[230]

So beispielsweise in einer Artikelserie, die zusammen mit der Bündner Woche 1996 realisiert wurde. In der später zu einer Broschüre zusammengefassten Artikelserie kamen ehemalige Patientinnen und Patienten, Pflegende und Ärztinnen und Ärzte zu Wort, die sich alle mit Namen und Bild zu erkennen gaben. Bünter meinte dazu: «In dieser Artikelserie ist etwas bisher Einmaliges und Erstaunliches geschehen. Fünf vorübergehend an Schizophrenie erkrankte, vier depressivkranke und zwei alkoholkranke Menschen haben grossen Mut bewiesen. Sie sind mit Wort und Bild öffentlich zu ihrer Krankheit gestanden.»[231] Die Patientengeschichten schilderten psychische Krisen in unterschiedlichen Lebensabschnitten und versuchten eine Einordnung durch die mitunter schwierigen Erfahrungen und Lebensumstände der betroffenen Personen. Depressionen, Suchtabhängigkeiten, aber auch schizophrene Krankheitsbilder wurden in einer Behandlungskette aufgezeigt, in der der stationäre Aufenthalt lediglich einen Teil des Weges in ein gesundes und unabhängiges oder betreutes Leben bildete. Die bereits von Weber monierte Verzögerung in der öffentlichen Wahrnehmung nahm auch Bünter auf und transportierte gleichzeitig zwei Hauptbotschaften: Psychische Krankheiten sind gut behandelbar und Behandlungsmöglichkeiten werden nicht oder ungenügend genützt. Darin widerspiegelte sich ein Anspruch an die psychiatrische Versorgung, der sich klar von früheren Verwahrungstendenzen abgrenzte. In dieser Abgrenzung offenbaren sich nicht allein verbesserte medizinische, pflegerische, therapeutische und infrastrukturelle Rahmenbedingungen, sondern auch eine Stärkung der Patientenrechte. Bünter nahm hier auf eine veränderte Rolle der Patientinnen und Patienten Bezug, die sich vom «früheren internierten Insassen zum heutigen psychisch kranken, behinderten mündigen Bürger, welcher über seine Krankheit informiert ist und deren Gestaltung mitbestimmt», gewandelt habe.[232]

Die Öffentlichkeitsarbeit wurde in den folgenden Jahren fortgesetzt. Vermehrt wurden dazu die Möglichkeiten der neuen Medien genutzt. So dient die eigene Homepage der PDGR als Informationsplattform und erleichtert den Zugang zu Informationen für Patientinnen und Patienten, Angehörige aber auch zuweisende Stellen. Sie ist gleichzeitig Teil einer systematisch geführten Imagepflege, deren Inhalt durch ein professionelles Kommunikationsteam bearbeitet wird.[233]

Präventionsanliegen spielten in der neueren Gesundheitspolitik eine zunehmende Rolle, nicht zuletzt, weil man sich auch einen kostendämpfenden Effekt von Aufklärungs- und Präventionskampagnen erhoffte. Dies gilt auch für die Bündner Gesundheitspolitik. Die Regierung beschoss beispielsweise 2006, Aufklärungs- und Präventionskampagnen spezifisch für Depressionen oder Demenzerkrankungen zu fördern, was unter anderem 2009 zur Gründung des *Bündner Bündnis gegen Depression (BgD)* führte.[234] Die Verantwortlichen hielten Depressionen für eine «Volkskrankheit». Immerhin betrafen 20 Prozent der stationären Behandlungen und 25 Prozent im ambulanten Bereich Menschen mit einer depressiven Erkrankung.[235] Graubünden folgte damit na-

229 Vgl. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Ambulanter Psychiatrischer Dienst: Protokoll Verwaltung, Sitzung vom 7. Oktober 1992, S. 2; ebd., Einladung zur Besichtigung der WG Casanna nach ihrer Neueröffnung Anfang 1994.

230 Allemann (1997), Zusammenarbeit mit dem Romanischen Fernsehen und Radio für eine Sendereihe vom 11.–15. September 2000 bzw. 24. September 2000; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Departementsbesprechung Kliniken und Spitäler, Br. 7/00 vom 17. August 2000, S. 5. Ab 1995 wurden die Jahresberichte in ihrem Format auf DIN A4 verdoppelt.

231 Allemann (1997), S. 2.

232 Ebd., S. 2–3. Auch die zu Wort kommende Stationsleiterin sprach explizit von Transparenz in der Patientenbetreuung für Patienten, Ärzte, Therapeuten (gesamtes Betreuungsteam). Ebd., S. 5.

233 www.pdgr.ch. Zugriff: 03.06.2019 und 20.10.2019. Anfang Oktober schaltete die PDGR eine vollständig überarbeitete Homepage auf. Für das Angebot der Privatklinik besteht eine eigene Homepage, die unter anderem mit einem «Imagefilm» für dieses Angebot wirbt. www.mentalva.ch, Zugriff: 20.10.2019.

234 Regierungsprotokolle, Sitzungen vom 26. April 2006, 397, 28. April 2009, Nr. 386, 15. Mai 2009, Nr. 468; Verwaltungsarchiv Waldhaus: Lose Dokumente: Schlussbericht (Juni 2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 9; DJSG BgD: Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft, vertreten durch das Bundesamt für Gesundheit und dem Bündner Bündnis gegen Depression vom 1. Juli 2009; ebd., Bündner Bündnis gegen Depression: Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 1.

235 Der Anteil psychischer Erkrankungen bei den IV-Renten stieg von 20 Prozent 1986 auf 39 Prozent 2007. Verwaltungsarchiv Waldhaus: Lose Akten: Schlussbericht (Juni

tionalen und internationalen Entwicklungen. Das auf vier Jahre angelegte Pilotprojekt war zuvor bereits in Deutschland und anderen Kantonen umgesetzt worden.[236] Neben der öffentlichen Aufklärungs- und Informationsarbeit – vermehrt auch über das Internet – wurden Fortbildungsangebote für medizinisches und therapeutisches Personal gefördert.[237] Neu war die systematische Kooperation mit Verbänden, freischaffenden und institutionell angebundenen Fachpersonen sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren, um – im Sinne eines «Multiplikatoreffektes» – eine breite gesellschaftliche Abstützung und Akzeptanz zu erreichen.[238]

In dieser Zeit wurden schweizweit verstärkt Forderung laut, die Präventivmedizin nicht nur als Krankheitsvermeidung, sondern auch als Gesundheitsförderung zu verstehen.[239] In Graubünden fanden solche Forderung gegen Ende des BgD-Pilotprojekts 2012 zunehmend Resonanz. Die Förderung der öffentlichen Gesundheit wurde als «kostbarbares menschliches Gut» und «wichtiger Wirtschaftsfaktor» betont.[240] Analog zu anderen Kantonen überführte Graubünden das *BgD* in das *Aktionsprogramm für psychische Gesundheit*. Nachdem 2009 die Umsetzung des *BgD* an die PDGR delegiert worden war, erhielt das kantonale Gesundheitsamt die entsprechende Zuständigkeit.[241]

Margrith Janggen, deren Ehemann in den 1970er Jahren an Schizophrenie erkrankt war, und die sich bis heute in der VASK engagiert, anerkennt eine aufklärerische und entstigmatisierende Wirkung der Öffentlichkeitsarbeit, gibt gleichzeitig aber zu bedenken, dass die Angst vor dem Unberechenbaren psychischer Krankheiten bis heute virulent geblieben ist. Verschiedene Diagnosen stiessen auf unterschiedliche Akzeptanz in der Gesellschaft. Daher spricht sie von einer Hierarchie psychischer Erkrankungen Während die gesellschaftliche Anerkennung von Depressionen, und hier vor allem von Burnout-Symptomen, zugenommen habe, wirke die Diagnose Schizophrenie nach wie vor stigmatisierend, «denn auch heute noch sind besonders gegenüber der Krankheit Schizophrenie viele Vorurteile vorhanden.»[242] Margrith Janggen meinte, der Grad der Stigmatisierung hänge von den Heilungschancen, der Behandelbarkeit, aber auch der Auffälligkeit einer Krankheit ab.[243]

Neue und effektivere Behandlungsmethoden sowie eine verfeinerte Diagnostik, auch durch bildgebende Verfahren, führten nicht zuletzt zu einer verbesserten Messbarkeit beziehungsweise Sichtbarmachung psychischer Erkrankungen. Dies konnte für Patientinnen und Patienten, aber auch für Angehörige eine Entlastung darstellen. Erhält ein psychisches Leiden einen Namen wird es greifbarer. Eine Diagnose kann aber auch eine stigmatisierende Zuschreibung bedeuten und sich, zusammen mit der einhergehenden sozialen Isolation, wie eine zweite Krankheit verhalten.[244] Umgekehrt

2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 10–11; DJSG BgD: Bündner Bündnis gegen Depression, S. 11; ebd., Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 2–3.; ebd., Medienorientierung, Kickoff Bündner Bündnis gegen Depression vom 4. Februar 2010. Dies bestätigte eine vom Kanton in Auftrag gegebene Erhebung der Fachhochschule Chur (HTW): DJSG BgD: Dahinden (2010), S. 2. Vgl. Verwaltungsarchiv Graubünden lose Dokumente: Schlussbericht (Juni 2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 12.

236 Unter anderem in den Kantonen Zug (2003), Appenzell Ausserrhoden, Bern, Genf, Luzern, Thurgau. DJSG BgD: Schreiben Franz Wyss, Zentralsekretär GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) an die Kantone vom 28. November 2006; ebd., Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 8–9.; Regierungsprotokoll, Sitzung vom 28. April 2009, Nr. 385. Herzlichen Dank an Gion Claudio Candinas für die Unterstützung bei der Recherche departementsinterner Unterlagen.

237 Verwaltungsarchiv Graubünden: Lose Akten, Schlussbericht (Juni 2012). Bündner Bündnis gegen Depression, S. 12–13.

238 Bündnispartner waren: Bündner Ärzteverein, Bündner Vereinigung für Psychotherapie, Bündnerischer Apothekerverein, Bündner Spital- und Heimverband, Spitex Verband Graubünden, Handelskammer und Arbeitgeberverband, Verband Lehrpersonen Gaubünden, Bündner Gewerbeverband, Pro Senectute, VASK Graubünden, Selbsthilfegruppe Equilibrium, Team Selbsthilfe Graubünden, Hausärzte Graubünden, hotelleriesuisse Graubünden und santéesuisse Graubünden. DJSG BgD: Zusagen von Bündnispartnern, o. D.; ebd., Protokoll, Sitzung vom 14. September 2009, Ausschuss Steuerungsgruppe Bündner Bündnis gegen Depression.

239 DJSG BgD; Schibli et al. (2010), S. 3, 17–18, 24–30.

240 Botschaft der Regierung an den Grossen Rat 2011/12, S. 1302; DJSG BdG: Depression, Grobkonzept, April 2009, S. 2–3.

241 Regierungsprotokoll, Sitzung vom 15. Mai 2012, Nr. 468; Regierungsmitteilungen vom 16. Mai und 24. August 2012. Regierungsprotokoll, Sitzung vom 26. April 2016, Nr. 397 mit einem detaillierten Bericht zur seit 2013 durchgeführten Massnahmen. S. 2–3; DJSG BgD: Rudin / Ciocco (2006).

242 Nachtrag zur Autorisierung von Margrith Janggen vom 2. Mai 2020.

243 Nachtrag zur Autorisierung von Margrith Janggen vom 2. Mai 2020.

244 Schott / Tölle (2006), S. 499. Für eine historische Einordnung siehe ebd., S. 497–500. In der Fachdiskussion

wirken sich soziale Stigmatisierungen und damit verbundene komplexe Traumatisierungen immer wieder auf die psychische Gesundheit aus. Diesen Bezügen wurde in der Therapie in jüngster Zeit versucht Rechnung zu tragen, beispielsweise mit der Einrichtung spezialisierter Sprechstunden mit Blick auf Orte der sozialen Stigmatisierung. Dazu gehört auch die Sprechstunde für Geschlechtervielfalt.[245]

Die Entstigmatisierung stösst bisweilen an Grenzen. Offensichtlich wird dies im Bereich der forensischen Psychiatrie. Hier hat in den letzten Jahren der gesellschaftliche Druck auf die Psychiatrie eher zugenommen. Auch wenn die Gutachterinnen und Gutachter letztlich keine Entscheidungsgewalt besitzen, so stützen sich die urteilenden Instanzen doch massgeblich auf Gutachten, auch im Umgang mit straffällig gewordenen Personen, bei denen aufgrund der Schwere des Deliktes die Frage nach einer «Verwahrung» zu beurteilen ist.[246] Es sind solche Fälle, bei denen eine Lockerung der Strafmassnahme zu einem erneuten schweren Verbrechen führten, die medial eine hohe Aufmerksamkeit erhalten und die Rolle der involvierten Psychiaterinnen und Psychiater, aber auch der gesamten Disziplin in die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit bringen.[247] Hier offenbart sich in besonderem Mass ein Spannungsfeld zwischen unterstützungsbedürftigen Individuen und dem Sicherheitsempfinden einer Gesellschaft, das die Psychiatrie bis heute prägt.

wird momentan intensiv über neue Klassifizierungsmethoden diskutiert, die vermehrt von einem Krankheitsspektrum mit fliessenden Übergängen ausgeht, was einer klaren Diagnostik entgegenläuft. Daraus resultieren nicht zuletzt Abgrenzungsfragen, etwa gegenüber den Neurowissenschaften, und damit Fragen nach der eigenen Berufsidentität. Vgl. DGPPN (2019).

245 Interview Andres Schneeberger, 13:50–14:14; 38.20–50.

246 Helmchen (2017), S. 73.

247 Ebd., 73–74. Der sexuelle Missbrauch und die anschliessende Ermordung einer Zürcher Pfadfinderleiterin im Kanton Zürich Ende 1993 durch einen wegen mehrfachen sexuellen Missbrauchs und zweifachen Mords verurteilten Straftäter führte unter anderem zu einer Zunahme der Verwahrungen. Nach einem weiteren Mord durch einen Wiederholungstäter wurde die Volksinitiative: «Lebenslange Verwahrung für nicht therapierbare, extrem gefährliche Sexual- und Gewaltstraftäter» lanciert und 2004 vom Schweizer Stimmvolk angenommen. StGB Artikel 123a, https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#a123a, Zugriff: 01.10.2019.