

Leben und arbeiten in Tübingen 1970 bis 1974

Die Zeit nach meiner Heimkehr aus England war voller Ereignisse. Aber im Grunde war die Teilnahme an den zahlreichen Tagungen des Jahres 1970 und das Engagement beim Mannheimer Kreis und DGSP sowie meine journalistischen Arbeit ebenso Nebenbeschäftigungen wie die Vorbereitung für die Gründung der Tagesklinik, die frühen Forschungen, die Lehraufgaben in Sozialpsychiatrie und Medizin-Soziologie und schließlich die Mitwirkung als Assistentenvertreter in der neu gegründeten Fachbereichs-Konferenz, der Universität, die die alte Fakultät ablöste. Zur Hauptsache war ich Assistenzarzt in Facharztweiterbildung an der Universitätsnervenklinik in Tübingen.

Unmittelbar nach meiner Rückkehr nahm ich meinen Dienst auf meiner alten Station, der geschlossenen Männerabteilung D, wieder auf. Mein Kompagnon, Gunther Heinz – später Forensiker in Münster, Haina und Göttingen – machte es mir anfangs nicht leicht; und ich konnte ihn gut verstehen: entgegen allen Zusagen hatte man ihnen über vier Monate auf der Station alleingelassen. Entsprechend schlecht war mein Gewissen. Allerdings wäre es in jenen Dezemberwochen 1969 mit einem Arzt auf der Abteilung wirklich nicht gegangen.

Die Grippewelle erreichte rechtzeitig zu meiner Rückkehr ihren Höhepunkt. Das führte nicht nur zu Ausfällen im Pflegebereich. Vor allem kam es zu einem drastischen Anstieg von Kranken, deren Alkoholmissbrauch unter der Grippe zu einem Prädelir beziehungsweise zu einem voll ausgebildeten Delirium Tremens dekompensiert war; und die Kombination von beiden war lebensbedrohlich. Aus der Retrospektive fast ein Wunder, dass wir keinen Patienten verloren. Wir mussten damals noch relativ wenig über die Bedeutung des Elektrolytausgleichs beim Delir; und unser Umgang mit den Distranurin-Infusionen als Therapeutikum der Wahl war abenteuerlich freihändig. Wir lernten erst in den Jahren danach, wie gefährlich das Medikament bei zu rascher auf Dosierung und bei Überdosierung war.

Neurologie

Wenige Monate später, zu Beginn meines dritten Weiterbildungsjahres, wechselte ich für ein Jahr auf eine der beiden neurologischen Stationen der Klinik, um dort mein

“Pflichtjahr” abzuleisten. Ich tat das, anfangs zumindest, nur mit geringer Begeisterung. Im Rückblick war es dennoch ein wichtiges Jahr - und das nicht nur, weil es noch einmal unterstrich, dass wir auch als Psychiater Ärzte waren und sind. Im Rückblick habe ich auch den Eindruck, dass die Tätigkeit als Arzt in der Neurologie “entspannender” war als die Arbeit in der Psychiatrie.

Die Wege der Diagnostik und der Therapie waren klarer vorgezeichnet, auch wenn die Prognosen der Krankheiten, die wir diagnostizierten, oft wenig Raum für Behandlung ließen und einen ungünstigen Verlauf vorhersagten, etwa bei Kranken mit Multiplen Sklerosen oder Hirntumoren. Denn neben einzelnen Kranken mit ausschließlich peripheren neurologischen Syndromen war das unsere Klientel. Sie sah völlig anders aus als die Hirnneurologie die heute im Mittelpunkt der Neurologie steht. Kranke mit Demenzen wurden in der Psychiatrie behandelt, und Kranke mit Schlaganfällen blieben in der Inneren Medizin. Die wenigen Patienten mit Hirnblutungen, die sich zu uns verirrt, wurden im Wachsaal der Psychiatrie behandelt, weil es keine neurologische Wachstation gab - übrigens auch nicht in der kleinen neurologischen Klinik, die es seit den 60er Jahren in Tübingen gab.

Bei der Diagnostik stand im Zeitalter vor der Computer-Tomographie und vor der Computer-Tomographie die klassische medizinisch-neurologische Untersuchung im Vordergrund: die Reflexprüfung mit dem Gummi-Hammer, die Sensibilitätsprüfung mit der Nadel, die klinische Prüfung der Motorik durch Stehversuche, Finger-Nasen-Texts oder Gehen mit offenen oder geschlossenen Augen, Prüfung der Augenbewegungen, der Pupillenreaktion, Spiegelung des Augenhintergrundes, um indirekt Hirndruckzeichen zu finden. Unter den apparativen Untersuchungen stand das EEG ganz im Vordergrund. Auch EMGs (Elektromyogramme) wurden angefertigt. Das Echo-Encephalogramm stand ganz in den Anfängen. Es erlaubte damals lediglich Mittellinienverschiebungen im Gehirn festzustellen, und das auch nur unsicher. Die intracranielle Arteriographie, also die Röntgen-Kontrast-Darstellung der Hirngefäße, ein ziemlich brutales Verfahren, war üblich. Sie wurde auch unter den eingeschränkten Bedingungen im Laborkeller unserer Klinik häufig durchgeführt

Am prägendsten in dem neurologischen Jahr war für mich der schockierende plötzliche Tod eines jungen Mannes am Tage nach der Aufnahme, der mit Kopfschmerzen in die Klinik kam, aber keinerlei neurologische klinische Symptome darüber hinaus

aufwies. Zumindest hatte ich bei der Untersuchung unmittelbar nach der Aufnahme keine gefunden. Als ich am nächsten Morgen in die Klinik kam, war er tot und keiner wusste warum. Auch neuropathologisch wurde keine kausale Erklärung gefunden, abgesehen von einer allgemeinen Hirnschwellung, die aber wiederum der Erklärung bedurft hätte. Ich war natürlich schockiert, weil es mein Patient war. Vor allem aber, weil ich mir einen solchen Verlauf nicht hätte vorstellen können. Und ich fragte mich natürlich, ob und was ich versäumt hatte. Das fragten mich auch meine Vorgesetzten, obwohl die Hauptverantwortlichkeit natürlich bei meinem Oberarzt lag. Schließlich war ich Anfänger in der Ausbildung. Aber das entlastete mich damals nicht, auch nicht, dass keine Fehler festgestellt werden konnten. Damals lernte ich, wie wichtig es war,

Untersuchungsbefunde sofort schriftlich zu dokumentieren. Erst in meinen Direktorenjahren wurde ich, was mich selber anbetraf, damit nachlässiger.

Poliklinik II

Nach der Neurologie ging ich zum zweiten Mal in die Poliklinik, diesmal für neun Monate, bis ich Anfang 1972 die Leitung der Tagesklinik übernahm. Ich war mittlerweile ein erfahrener Assistenzarzt. Entsprechend positiv erlebte ich die ambulante Tätigkeit, die zudem eine gute Vorbereitung auf die Tagesklinik-Arbeit war. Die Aufgaben waren vielfältig. Wir diagnostizierten und behandelten Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen aller Art. Im Mittelpunkt stand allerdings die klassische Poliklinik-Tätigkeit: die Diagnostik von Kranken, die von ihren Hausärzten vorgestellt wurden und die wir mit Behandlungsratschlägen zurück überwiesen. Die meisten sahen wir nur ein- oder zweimal.

Dass wir selber eine länger dauernde Behandlung durchführten, war die Ausnahme, etwa bei Patienten mit psychiatrischen Problemen oder bei Gastarbeitern, vor allem Gastarbeiterinnen, mit denen die Hausärzte nicht zurechtkamen. Bei ihnen wurde mir deutlich, wie viele körperliche Symptome Ausdruck von psychischen Problemen sein konnten. Mir fiel dabei immer wieder ein Spruch Ernst Kretschmer ein, des Vorgängers von Schulte als Klinikleiter ein, der in der Klinik kolportiert wurde: "Wer heutzutage hysterisch reagiert, hat entweder einen Hirntumor, oder er ist kulturfremd." Ich lernte in der Poliklinikzeit, dass beides immer wieder zutraf, die Kulturfremdheit

glücklicherweise häufiger als der Hirntumor. Es prägte sich auch bei mir ein, bei anderen atypischen psychischen Symptomen immer an eine körperliche Grundkrankheit zu denken - wie umgekehrt auch bei atypischen körperlichen Symptomen an eine psychische Krankheit.

Tagesklinik

Anfang 1972 wurde ich für die Vorbereitung der Aufnahme des Tagesklinikbetriebes von allen sonstigen Aufgaben in der Klinik freigestellt. Die Planung in Jahren davor mussten wir nebenher zu unseren sonstigen Aufgaben erledigen. Nach meiner Rückkehr aus London war klar gewesen: ich wollte eine Tagesklinik bei uns einrichten, gleichsam als zentrales Symbol für unsere sozialpsychiatrische Arbeit. Aus dem Plan wurde rasch ein Projekt, das von Walter Schulte, unserm Chef, und Rainer Tölle, meinem Oberarzt unterstützt wurde – und zwar nicht nur verbal. Anfangs hingen wir mehr oder weniger in der Luft. Die Klinik verfügte weder über Geld noch über entsprechende Räumlichkeiten. Deshalb versuchten wir es zunächst mit Tagespatienten auf den vier allgemeinspsychiatrischen Stationen. Das war immerhin ein Ansatz, aber es brachte nicht wirklich etwas. Über 4-6 Patienten kamen wir nie hinaus. Entscheidend aber war, dass die Tagespatienten sich an den Rhythmus der jeweiligen Stationen anpassen mussten, der der Idee der Tagesklinik entgegen lief.

Unerwartet zeichnete sich dann doch eine Lösung ab. Schulte baute sich ein Haus in der Oberstadt. Einige Monate lang sah es so aus, als würde die Verwaltung der Kliniken uns seine Dienstvilla Tagesklinik zur Verfügung stellen. Aber dann trat die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Konkurrenz zu uns; und es gab gute Gründe den Vorrang einzuräumen. Zum einen wurde sie im Rahmen der Klinikreform eine selbstständige Abteilung mit eigenem Lehrstuhl. Zum andern musste sie ihr altes Gebäude zu Gunsten eines Straßenbauprojekts räumen; und zum dritten schließlich befand sich hinter der Villa ausreichend Platz für einen dringend notwendigen Erweiterungsneubau. Für uns Tagesklinik-Planer war das eine herbe Enttäuschung.

Aber nach denen sie erst einmal angefangen hatte, fand die Klinikverwaltung bald ein anderes geeignetes Gebäude ein Kaum renovierungsbedürftiges Verbindungshaus am Neckar, das frei wurde, weil der Burschenschaft der Nachwuchs ausgegangen war. So kam es, dass wir gerade einmal zwei Jahre nach meiner Rückkehr

aus London den Betrieb aufnehmen konnten. Passenderweise hatte ich damals meine Facharzt-Ausbildung gerade abgeschlossen. So konnte ich mit Rainer Tölle als Mentor die Leitung der neuen Institution übernehmen Und als Tölle einige Monate später als Ordinarius nach Münster ging, auch Einsitz in der Leitungs- Konferenz der Klinik nehmen – nicht als Oberarzt sondern, wie Schultes formulierte, als „reichsunmittelbarer Leiter der Tagesklinik“. Das blieb ich bis zu meinem Weggang von Tübingen.

Die Tagesklinik war von Anfang an ein Erfolg. Sie konnte sich rasch als Institution etablieren. Selbst unser Traum, in der kleinen Stadt Tübingen 25-30 Tagesplätze zu füllen, erwies sich nicht als Traumtänzeri.

Ich habe der Gründungsphase der Tagesklinik ein eigenes umfangreiches Kapitel gewidmet. Darauf sei hier verwiesen.

Schulte und Tölle

Alles dies wäre ohne die beharrliche Förderung durch meine wichtigsten Psychiatriellehrer Walter Schulte und Rainer Tölle nicht möglich gewesen. Schulte hatte nach einigem Zögern meinen Aufenthalt in London ermöglicht; und Tölle, während meiner gesamten Ausbildung zum Facharzt mein Mentor und in der meisten Zeit auch mein Oberarzt. Mit Schulte hatte ich in den ersten beiden Jahren außerhalb von Konferenzen und Besprechungen verhältnismäßig wenig zu tun gehabt. Nach meiner Rückkehr aus London änderte sich das. Ich war plötzlich nicht mehr nur der Jung-Assistent. Ich hatte aufgrund der Londoner Erfahrungen einiges zu bieten, das ab 1970 auch in der Bundesrepublik aktuell wurde: Erfahrungen und Kenntnisse in der Sozialpsychiatrie und Erfahrungen mit der Reform der Psychiatrie – wenn auch vor allem aus zweiter Hand.

1970 war das Jahr, in dem die Dinge in Bewegung kamen. Plötzlich war überall von Psychiatriereform die Rede – bei den etablierten Kollegen, wenn Chefs und deren Lehrstuhlinhabern überwiegend in Abwehrhaltung. Einige waren in USA gewesen; nur wenig in England. Aber die allgemeine Haltung war, in Deutschland liegen die Dinge anders; man kann sie nicht einfach übertragen. Schulte gehörte nur begrenzt zu den Skeptikern. Er wollte wissen, wie die anderen vorgegangen waren. Denn ihm war noch aus seiner Gütersloher Zeit bewusst, dass die Verhältnisse in den deut-

schen Anstalten unhaltbar waren. Auf diese Weise wurde ich zu seinem regelmäßigen Gesprächspartner. Mit anderem aus der sozialpsychiatrischen Fraktion unserer Klinik wurde ich zu einem seiner Ratgeber. Das klingt nun mächtig übertrieben. Aber irgendwie war es so.

Als er sein Grundsatzreferat zur Psychiatriereform für den deutschen Ärztetag 1970 vorbereitete, durften wir ihn mit Materialien versorgen. Er setzte sie nicht nur ein; er folgte auch unsere Grundlinie darüber, was zu geschehen habe. Ähnlich war das im Herbst beim Jahreskongress der DGPN in Bad Nauheim und bei der ersten Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie im gleichen Jahr. Noch wichtiger – für mich zumindest – war seiner Aufforderung, ihn nach Unterfranken zu begleiten. Die dortige Bezirksregierung hatte ihn beauftragt, im Gutachten zur Weiterentwicklung der beiden Bezirkskrankenhäuser in Lohr zu erstellen. Was in diesen beiden Tagen des Besuches an schrecklichem erlebten, erschütterte ihn als alten Hasen genau so wenig als Anfänger: die brutale Realität und das Elend der Lebensbedingungen der Kranken vor allem im Kontrast zur prächtigen Barockfassade des Balthasar-Neumann-Schlusses, in dessen Untergeschoss Patienten in Werneck vegetierten. Er hielt auch nicht mit seiner Empörung zurück, als er unser Gutachten vor dem Bezirkstag vortrug.

Nun ein Jahr später erstatteten wir noch einmal ein gemeinsames Gutachten. Dabei ging es um ein Heim für geistig Behinderte, das die Caritas in einer kleinen Gemeinde mitten in einer Wohngegend einrichten wollte, gegen das sich eine Bürgerinitiative formiert hatte. Diesmal war die Rollenverteilung gegenüber dem ersten Gutachten umgekehrt. Damals hatte er geschrieben und ich dazu beigetragen. Jetzt ließ er mir die Federführung; und ich war sehr stolz darauf. Diese gemeinsame Arbeit hat sicher auch dazu beigetragen, dass er mich ab 1971 bereitwillig mehrere Tage im Monat für die Mitarbeit bei der Aktion psychisch Kranke und der Enquete freistellte. Dabei bin ich ihm heute noch dankbar, dass er mir dringend davon abriet, dem Ansinnen von Kulenkampff zu folgen, für zwei Jahre halbtags die Geschäftsführung der Psychiatrieenquete zu übernehmen. Als wären fünf Jahre ganztags geworden!

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklungen hatte es eine fast zwingende Logik, dass er unsere Bemühungen um die Tagesklinik mit Nachdruck förderte.

Psychiatrische Forschung damals

Für mich war klar, dass ich langfristig an der Klinik bleiben wollte, dass ich nicht in die Praxis gehen würde. Deshalb musste ich versuchen, nach Abschluss der Fachweiterbildung Oberarzt zu werden. Das konnte man nach damaligen Richtlinien der Universitätskliniken in Tübingen aber nur, wenn man habilitiert war. Diese Regelung war zwar aufgeweicht: Die meisten Oberärzte der Klinik waren nicht habilitiert. Aber dass die Regelung galt, wurde damit dokumentiert, dass man ohne Habilitation nur so genannter "Diensttuender Oberarzt" sein konnte.

Als ich mich entschloss, die Habilitation in Angriff zu nehmen, waren es eher Überlegungen zu meiner beruflichen Zukunft in der Klinik als wissenschaftliche Berufung, die mich motivierten. Natürlich hatte ich wissenschaftliche Interessen, aber die galten auch im Klinik-Selbstverständnis als etwas Zusätzliches zur ärztlichen Tätigkeit – nicht gerade als Hobby, aber doch als etwas Ähnliches, etwas, das nicht unbedingt sein musste. Entsprechend waren die wissenschaftlichen Leistungen und Qualifikationen derjenigen, die sich in den Jahren zuvor habilitiert hatten, eher Ausdruck persönlicher Interessen als Ergebnis längerfristiger wissenschaftlicher Projekte. Gert Irle beispielsweise, der bis zu seinem Wechsel als Chefarzt nach Remscheid die Sozialpsychiatrie an der Klinik vertreten hatte, hatte sich über den "Psychiatrischen Roman" habilitiert. Hanspeter Harlfinger nahm in seiner Monographie über "Arbeitstherapie als Mittel psychiatrischer Therapie" eine Art reflektierter Standortbestimmung vor.

Lediglich Rainer Tölle hatte mit einer klassisch-psychiatrischen Arbeit aufgewartet: der Nachuntersuchung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen - damals Psychopathen genannt - viele Jahre nach ihrer ersten Klinikeinweisung. Das überraschende Ergebnis: die schlechte Prognose, die ihnen nachgesagt wurde, traf nicht zu. Die Lehrmeinung war damals, Psychopathen änderten sich nicht. Dass sie es aber doch taten, und zwar meistens zum Besseren, war somit ein wichtiger Befund, der in die Reihe der ebenfalls in dieser Zeit veröffentlichten Nachuntersuchungen von Menschen mit Schizophrenien von Manfred Bleuler, Gert Huber und Christian Müller passte.

Der Habilitationsschrift entsprach das sonstige wissenschaftliche Werk, das man bei

den meisten damaligen Habilitanden aus heutiger Sicht als bescheiden ansehen muss - und als wissenschaftlich wenig fundiert –auch bei Kollegen, die es später zu beachtlichem internationalen wissenschaftlichen Ansehen brachten. Wissenschaftliche Arbeiten waren damals im Wesentlichen “Besinnungsaufsätze”, die sich vor allem auf klinische Beobachtungen, Untersuchungsbefunde oder psychopathologische Interpretationen stützten. Die Methodologie war nach heutigen wissenschaftlichen Kriterien meist wenig ausgefeilt. Vergleichende Untersuchungen gab es praktisch nicht. Auch die frühen pharmakologischen Studien stützten sich vor allem auf klinische Beobachtungen, die erst ganz allmählich standardisiert wurden.

Ich kann mich noch erinnern, dass ich Zweifel daran hatte, dass diese Art der Forschung weiterführend sein könnte. Ich erinnere mich auch, dass ich damals an meinem Chef kritisierte, dass er sich an den Schreibtisch setzte und sich aufgrund seiner klinischen Erfahrungen und Beobachtungen ausdachte, wie die Psychiatrie so war. Das war sicher ungerecht.

Alles dies war übrigens keine Besonderheit der “Forschungslandschaft” an unserer Klinik. Psychiatrische Forschung sah damals oft so aus. Ich habe damals darüber auch nicht nachgedacht, weil es mehr oder weniger selbstverständlich war. Aber als ich mir vor einigen Jahren die gängigen deutschen Zeitschriften jener Zeit, vor allem den “Nervenarzt” und die englischen und amerikanischen Zeitschriften, wie das “British Journal of Psychiatry”, das “American Journal” und die “Archives of General Psychiatry” ansah, war ich überrascht über den damaligen Standard. Überall standen wissenschaftlich begründete Aufsätze im Vordergrund, oft mit fehlender oder nur rudimentärer Methodologie, sehr häufig ohne jegliche empirische Grundlage.

Bei retrospektiver Betrachtung waren die damaligen wissenschaftlichen Methoden, die oft nicht weiter reflektiert wurden: die Beobachtung, die klinische Untersuchung, gelegentlich die Befragung von größeren Patientengruppen und die Interpretation von Fallgeschichten, - letzten Endes qualitative Inhaltsanalysen. Das waren die damals vorherrschenden Methoden der Soziologie, wie ich sie in den Grundlagen-Seminaren in meinem Hamburger Jahr gelernt hatte: Die Beobachtung, die Befragung, das Interview (Tiefen-Interview) und die Inhaltsanalyse, das waren auch die Methoden, auf die sich die frühen, bedeutenden deutschen soziologischen Untersuchungen stützten - etwa die von Helmut Schelsky und Gerhard Wurzbacher zu deut-

schen Familie der Nachkriegszeit mit Einzelfallgeschichten; die von Schelsky zur deutschen Jugend der Nachkriegszeit, die "Skeptische Generation" mit der Interpretation von Befragungen und die empirischen Untersuchungen von Rene König.

So war ich methodisch im Grunde besser gerüstet als die meisten meiner Kollegen. In der Medizin hatten wir nie etwas darüber gelernt, wie man Forschung betreiben kann und soll. Überlegungen zu einer Systematik der Forschungsmethodik waren uns fremd. Allenfalls im Rahmen einer Dissertation mussten sich Mediziner eine Methode erarbeiten. Wenn sie das im Bereich der klinischen Medizin taten, ging es dabei im Wesentlichen um das Sammeln und Interpretieren von Laborbefunden.

Für mich mit meiner medizingeschichtlichen Dissertation hatten mir meine beiden historischen Proseminare zur mittelalterlichen und zur neueren Geschichte, in denen ich das Studium und die wissenschaftliche Interpretation von Quellen erlernte unschätzbare Dienste geleistet. Beides zusammen, so war damals meine Vorstellung, könnte ich für meine eigenen wissenschaftlichen Zwecke verwenden. Ich habe bei der Darstellung meiner frühen Forschungsansätze (siehe dort) gezeigt, in welcher Weise wir dabei vorgehen. Aus damaliger Sicht war die Entscheidung, uns auf empirische Daten zu konzentrieren, seien sie nun klinisch oder epidemiologisch, durch Befragung oder Interpretation von Befunden in Krankengeschichten gewonnen, ein Fortschritt. Bei allen Mängeln erfüllten sie ein zentrales Wissenschaftskriterium: Sie waren überprüfbar.

Frühe Versorgungsforschung: Auf dem Wege zur Habilitation

Ohne Kenntnis des zeitgeschichtlichen Hintergrundes muss man meinen Ansatz, mich so früh zu habilitieren, aus heutiger Sicht als tollkühn betrachten. Aus damaliger Sicht erschien mir das nur folgerichtig, und meine Erfahrungen in der Fachbereichskonferenz (s. u.), wo ich die Habilitationsschriften von Kollegen aus anderen Fächern zu Gesicht bekam, bestärkten mich nur darin. So suchte ich mir aus den vielen Projekten, die ich damals mit Doktoranden begonnen hatte, das eine heraus, was mir auch inhaltlich am ehesten zielführend erschien: nämlich zu überprüfen, ob es möglich sein würde, mit unserer Tübinger Klinik im Sinne von englischen und amerikanischen Modellen eine sektorierte gemeindenahe psychiatrische Versorgung durchzuführen und gleichzeitig ihre universitären Aufgaben zu erfüllen.

Eine gerade erschienene umfangreiche methodische Studie der Welt-Gesundheits-Organisation leistete mir beim Entwurf des Projektes wichtige Dienste. Parallel dazu vermittelte mir die Mitarbeit am Projekt des Kopenhagener Büros der WHO über die psychiatrischen Dienste in Europa, die Heinz Häfner mehr vermittelt hatte, wichtige Anregungen und Impulse. Inhaltlich konnte ich auf die Daten zurückgreifen, die wir bereits 1970 über die Versorgungsleistungen der Tübinger Klinik erhoben hatten, und auf jene über Patienten aus dem Kreis Tübingen, die parallel dazu in anderen Kliniken versorgt worden waren - im psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten und den beiden privaten Kliniken Göttingen und Rottenmünster. Die Daten dazu hatten wir bei einem Projekt gesammelt, aus denen dann drei Dissertationen hervorgingen.

Die Ergebnisse waren überraschend eindeutig. Es würde möglich sein, eine gemeinsame Versorgung zu entwickeln. Dabei würde die Hälfte der Betten weiterhin für überregionale – universitäre - Aufgaben zur Verfügung stehen. Allerdings würde zunächst darauf verzichtet werden müssen, die chronisch Kranken, also die Patienten, die sich länger als ein Jahr in Dauerbehandlung befunden hatten, nach Tübingen zurück zu holen. Das hatte eine gewisse Logik, weil, wie sich allerdings erst später abzeichnete, für diese Patienten ohnehin Alternativen zur Dauerhospitalisierung entwickelt werden konnten.

Ich fing während meiner zweiten Poliklinik-Zeit an, die bereits vorhandenen Daten zusammenzutragen und zu ergänzen, um sie dann Anfang 1972 in der Vorlaufzeit zum Beginn der Tagesklinik zusammenzuschreiben. Es war mir

wichtig, dass die Arbeit vorlag, bevor Rainer Tölle, mein langjähriger Oberarzt und Mentor, im April den Psychiatrie-Lehrstuhl in Münster übernahm. Mit ihm hatte ich das auch vorher besprochen, während ich Schulte die fertige Arbeit einfach auf den Tisch legte. Ich kannte sein Zögern und wollte es auf diese Weise überwinden. Ich erinnere mich noch gut, wie er mich wenige Tage später ansprach: "Das soll ja wohl eine Habilitation werden", meinte er skeptisch. Allerdings gelang es Tölle, seine Zweifel auszuräumen, und ihn zu ermutigen, die Arbeit bei der Fakultät einzureichen. Heute kann ich sein Zögern gut verstehen. Mein damaliges Literaturverzeichnis war ausgesprochen dünn.

Die meisten unserer Projekte hatten nicht zur Veröffentlichung geführt. Aber immerhin war eine Monographie dabei. Außerdem galt damals auch in der Medizin noch der Grundsatz, dass die Habilitationsschrift entscheidend war - etwa im Max Weberschen Sinne, dass man damit sein zweites Buch vorlege, nachdem man sich mit seinem Ordinarius darüber verständigt habe(1919). Es galt außerdem, dass das Wort des verantwortlichen Ordinarius gegenüber der Fakultät ein entscheidendes Gewicht hatte. Es gab nur einen Zweitgutachter in der Fakultät, der die Arbeit ebenfalls akzeptierte. Externe Begutachtungen von Habilitationsschriften wurden damals noch nicht durchgeführt.

So kam das Habilitationsverfahren, das mir in der Rückschau immer wieder als Ritt über den Bodensee erschienen ist, schon Ende 1972 zu einem guten Ende kam. Wenige Tage vor Weihnachten hielt ich meinen Probevortrag in der Fakultät über Behandlung und Prognose schizophrener Psychosen, zwei Monate später, im Februar 1973, meine Antrittsvorlesung über "Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie und soziale Psychiatrie", zu der vor allem meine Fans aus der Sozialpädagogik kamen und für einen brechend vollen Hörsaal sorgten.

Das sozialpsychiatrische und das medizinsoziologische Seminar

Parallel zu den frühen Forschungsversuchen entwickelte sich mein sozialpsychiatrisches Seminar und mit einiger Verzögerung auch mein Versuch, die Medizinsoziologie zu etablieren, bevor sie 1972 zum Pflichtfach für die Studienanfänger wurde. Tatsächlich rekrutierte ich die Mitarbeiterinnen Forschungsprojekten und meiner Doktoranden vor allem aus diesen Seminaren. Ich war damals ein begeisterter Lehrer und hatte von Anfang an versucht, diese Begeisterung umzusetzen: zunächst mithilfe von Gerd Irle, der dafür aus Remscheid anreisen musste, und wenig später mit eigenen Lehraufträgen für beide Disziplinen. Wir beackerten in den ersten Jahren die meisten damals Themen: die soziale Epidemiologie psychischer Krankheiten, Schizophrenie und Familie, die Psychiatrie soziologischen Vorstellungen von psychischer Krankheit als abweichenden Verhalten. Goffman behandelten wir noch vor der Übersetzung seiner Asyle, Basaglia noch 1971, dem Jahr als seine "Negierte Institution" auf Deutsch erschien. In der Anfangszeit waren es fast idyllische Seminare mit bis zu 20 Teilnehmern. Das änderte sich, als die Sozialpsychiatrie 1972 zum Wahlpflichtfach bei den Sozialpädagogen, und die Medizinsoziologie zum Pflichtfach für die Medizin-

studenten wurde. Darauf werde ich in meinem Aufsatz über „Lehren, übersetzen, schreiben, redigieren“ ausführlich eingehen.

Wissenschaftlicher Rat

Noch im Jahr meiner Habilitation wurde im Rahmen der Universitätsreform, die auch eine Klinikreform umfasste (mit Aufwertung der Kinder- und Jugend-Psychiatrie und der Psychoanalyse zu eigenen Lehrstühlen), eine wissenschaftliche Rats-Stelle “Sozialpsychiatrie” geschaffen und ausgeschrieben, die ursprünglich mit der Stelle des Leiters der Abteilung für Sozialpsychiatrie verbunden sein sollte. Die weitere Entwicklung verlief erstaunlich reibungslos, obwohl ich, ich weiß heute noch nicht aus welchen Gründen, in der Fakultät für einige Verstimmungen gesorgt hatte. Ich erhielt die Stelle und wurde zum Mai 1974 zum Wissenschaftlichen Rat ernannt. Das bedeutete, dass ich in jungen Jahren eine der seltenen Lebenszeitstellen an der Universität hatte. Unmittelbar vor meiner Ernennung hatte das Kultusministerium Baden-Württemberg verfügt, dass die wissenschaftlichen Räte die Amtsbezeichnung Professor führten. Diese Ernennung wurde mir mit der Ernennung zum Wissenschaftlichen Rat als Begleit-Verfügung ausgehändigt. So war ich dann, mit gerade 34 Jahren, Professor für Sozialpsychiatrie.

Das Ringen um neue Strukturen: Universitätsreform und Klinikreform

Nicht nur in Bonn regierte von 1966 an eine große Koalition. Auch in Stuttgart fanden CDU und SPD unter dem Eindruck des Einzuges der Rechtsradikalen ins baden-württembergische Parlament für sechs Jahre zu einer gemeinsamen Regierung zusammen. Es war eine Zeit der Reformen. Vor allem die Gebietsreform, die Neugliederung von Landkreisen und Gemeinden konnte endlich beschlossen und durchgeführt werden. Auch für die Universitäten waren es gute Jahre. Selbst für uns Betroffene war es erstaunlich, was sich da um 1970 herum tat. Das erstaunlichste war möglicherweise, dass auch die Kliniken sich einer grundlegenden Strukturreform nicht entziehen konnten.

Die wenigen klassischen Fakultäten wurden durch eine größere Zahl von Fachbereichen abgelöst. Die Leitung der Universität wurde durch Bestellung eines Präsidenten stabilisiert. Die Aufgaben der Rektoren, die für ein oder zwei Jahre gewählt worden waren, beschränkten sich auf das Akademische. Auch der Senat der Universität ver-

lor an Bedeutung. Die neuen Fachbereiche wurden von Fachbereichskonferenzen und so genannte erweiterte Fachbereichskonferenzen geführt. In letzterer waren neben den Professoren auch alle Privatdozenten, Vertreter der Assistenten und akademischen Räte sowie Vertreter der Studenten vertreten. Ihre zentrale Funktion war die Berufung neuer Lehrstuhlinhaber und Abteilungsleiter, die Entscheidung über Habilitationen und Dissertationen sowie die Verteilung nicht gebundener durch das Ministerium zugewiesener Stellen und Mittel.

Die Führung der Fachbereiche in allen anderen Dingen lag in der Hand der zwölfköpfigen Fachbereichskonferenzen unter der Leitung eines Dekans, der ebenfalls von der erweiterten Konferenz gewählt wurde. In der Fachbereichskonferenz bestand eine von Studenten und Assistenten seit langem geforderte weitgehende Parität der akademischen Berufsgruppen: drei Professoren (und Dozenten), drei Assistenten, drei andere akademische Mitarbeiter, drei Studenten und einzelne Vertreter des nichtakademischen Personals, letztere mit beratender Stimme. Hier wurden die Alltagsgeschäfte der Fachbereiche, einschließlich der Haushaltsplanung, geregelt und die Sitzungen der erweiterten Fachbereichskonferenz vorbereitet. Hier hatte die Demokratie Einzug in die Universität gehalten. Dabei bestanden allerdings vor allem zwei größere Probleme: die Professoren und Dozenten fühlten sich erwartungsgemäß minorisiert und entmachtet. Gravierender aber war, dass es sich als schwierig erwies, qualifizierte Assistentenverteter und Studenten zu gewinnen, die bereit waren, sich über längere Zeit (mehr als eine zweijährige Wahlperiode) zu engagieren. Das lag mehr oder weniger in der Natur der Sache. Beide Gruppen waren nicht auf Dauer an der Universität. Sie mussten sich für ihr Fortkommen qualifizieren. Ich erfuhr das am eigenen Leibe. Als ich 1970 in die Fachbereichskonferenz gewählt wurde, hatte ich eigentlich vor, länger als zwei Jahre zu bleiben. Als ich die Leitung der Tagesklinik übernahm und die Habilitation näher rückte, machte ich bei den Wahlen im Frühjahr 1972 sehr zum Ärger meiner Assistentenkollegen einen Rückzieher. Ich tat das, obwohl ich die Arbeit in der Fachbereichskonferenz als sehr befriedigend empfand. Das galt umso mehr, als ich 1971 an den Entscheidungen über die Strukturreform der Kliniken mit bewirken durfte.

Die Vorgaben dafür waren aus dem Ministerium gekommen, wenn es darum ging, die Kliniken überschaubarer zu machen, ihre Hierarchie zu mildern, und die Tätigkeit

für mehr hoch qualifizierte Oberräte und Abteilungsleiter attraktiver zu machen, vor allem aber darum, durch Beschränkung der Abteilungsgröße eine größere Patientennähe der leitenden Mitarbeiter zu gewährleisten. Von dieser Neugliederung waren vor allem die großen Kliniken mit bis zu 200 Betten betroffen: die Innere Medizin, die Chirurgie sowie die Frauenheilkunde und die Kinderheilkunde. Aber auch die Nervenklinik war betroffen. Dort wurden die Kinder und Jugendpsychiatrie und die Psychoanalyse selbstständige Abteilungen mit eigenen Lehrstuhlinhabern. Auch eine eigenständige sozialpsychiatrische Abteilung sollte nach den vom Ministerium abgesegneten Plänen geschaffen werden.

Kontrovers war eigentlich nur die Frage nach dem künftigen Status der beiden neurologischen Stationen in der Klinik, die Schulte im Gegensatz zu den meisten Assistenten und Oberärzten auf keinen Fall preisgeben wollte. Schulte war bitter enttäuscht über unsere mangelnde Unterstützung. Erst sein plötzlicher Tod beendete die Auseinandersetzungen. Sein Nachfolger entschied sich schließlich für den Verzicht auf die neurologische Abteilung. Er nutzte die freiwerdenden Räume zur Aufwertung und Ausweitung der Poliklinik sowie zur Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Station. Der Neuberufung fiel auch die geplante Sozialpsychiatrischer Abteilung zum Opfer. Er konnte in den Berufungsverhandlungen auch deshalb durchsetzen, weil zeitgleich mit dem Ende der Großen Koalition 1972 eine Art Reform-Kater eingesetzt hatte. So kam es, dass die psychiatrische Klinik von der Bettenzahl her plötzlich die größte im Klinikum war. Für die gesamte Universität einschneidender war es, dass die Mitbestimmung von Assistenten und Studenten im folgenden Jahrzehnt drastisch beschnitten und die Macht der Professoren entsprechend restauriert wurde.

Sozialpsychiatrie: ein Selbstläufer

Trotz dieser Rückschläge war die Sozialpsychiatrie mit der Gründung der Tagesklinik zu einer Art Selbstläufer geworden. Dabei wirkten sicher verschiedene Faktoren zusammen. Der wichtigste war vielleicht, dass das Fach seit Ende der Sechzigerjahre Mode geworden war, vor allem im Bereich der Sozialwissenschaften. Die Studenten der Sozialpädagogik strömten geradezu in meine Seminare und Vorlesungen. Als Folge davon etablierte der entsprechende Fachbereich später die Sozialpsychiatrie als Wahlpflichtfach und damit als Prüfungsfach. Aber das war es nicht allein.

Seit Ende der Sechzigerjahre hatte sich die Arbeitsgruppepsychiatrie der sozialpolitischen Arbeitskreise der Studentengemeinden in Tübingen etabliert. Ihre Mitglieder wurde rasch zur Lobby für die Sozialpsychiatrie. Sie waren die engagiertesten Teilnehmer an meinen Lehrveranstaltungen. Sie kamen als Praktikanten in die Klinik und in die Tagesklinik. Sie wirkten auch an unseren ersten Versorgungsforschungsprojekten mit. Über sie kamen auch meine ersten Doktoranden auf den Plan. Sie hatten auch enge Verbindungen zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der berufsübergreifenden sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der Klinik - nach Heidelberg und Hannover der dritten in Deutschland.

Ich bin überzeugt davon, dass das frühere Engagement, vor allem der Krankenschwestern im SPAK, zusammen mit der Tagesklinik-Gründung entscheidende Impulse zur Institutionalisierung dieser Ausbildung vermittelt hatte. Parallel dazu entstand in der Stadt "Die Klink", eine der frühen Aktivitäten ehrenamtlicher Helfer, zwar nicht nur von Studenten. Sie sollte der Stützung von psychisch Kranken nach der Klinik-Entlassung, mit Club- und Freizeitangeboten sowie vielfältiger anderweitiger Hilfen dienen. Die Klink besteht übrigens heute noch, erweitert durch Angehörigenhilfe und Selbsthilfe sowie Betroffenen-Selbsthilfe.

Ich zugleich fand sich eine berufsübergreifende Arbeitsgruppe von Profis und Laien zusammen, um eine Nachsorgeklinik einzurichten – ein Projekt, an dem ich übrigens nicht beteiligt war, zumal wir Anfang 1974 eine Rehabilitationsstation in der Klinik eingerichtet hatten, die ein halbes Jahr danach von der neuen Klinikleitung wieder aufgegeben wurde. Ich war anfangs auch relativ skeptisch und hielt das Projekt für eine Utopie. Umso überraschter war ich, als die Einrichtung kurz nach meinem Weggang von Tübingen Realität wurde.

Der Einschnitt. Schultes Tod. Lempps Vertretung

Für die Klinik und für mich waren die Jahre von 1972 bis 1974 sehr viel dramatischer, als mein glatter Karriereverlauf dies nahe legt. Im August 1972 war unser Chef Walter Schulte im Alter von 62 Jahren plötzlich gestorben. Er hatte bereits einige Jahre zuvor eine schwere Myokarditis durchgemacht und 1971 einen Rückfall erlitten. Er war danach nie wieder voll belastbar geworden. Trotzdem kam sein Tod völlig unerwartet und versetzte uns in der Klinik zunächst in Schockstarre. Wenige Monate zu-

vor war Rainer Tölle nach Münster gegangen, der einzige psychiatrische Oberarzt, der die kommissarische Klinikleitung wirklich hätte übernehmen können. Dennoch wurde eine gute Lösung gefunden. Reinhard Lempp, der Chef der Kinder- und Jugendpsychiatrie, übernahm die Gesamtleitung der Klinik, bis zum Dienstantritt seines Nachfolgers.

Lempp war schwäbischer Liberaler im besten Sinne des Wortes, und konnte nicht nur mit Kindern und Jugendlichen gut umgehen, den sieben eigenen und denen in seiner Abteilung. Als Vater von sechs heranwachsenden Kindern hatte er auch eine gute Hand in der Führung der Klinik, insbesondere der jungen Assistenten und Oberärzte in den Jahren, in denen viele psychiatrische Kliniken im Rahmen der Nach-68er-Jahre von Unruhe geprägt waren.

Lempp ließ uns jungen Oberärzten freie Hand in unserer Arbeit und in unserer Entwicklung. Er gab sich mehr als unser Berater, als unser Vorgesetzter. Er half, wenn es kritisch wurde. Anders wäre es auch gar nicht möglich gewesen. Schließlich war hauptamtlich Direktor der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie. Die Zeit, die er für uns aufwenden konnte, war begrenzt. Er ging das Wagnis ein, uns zu vertrauen; und wir dankten es ihm. Offenbar lernten wir ihnen jenen Jahren zu führen: wir alle wurden wenige Jahre später Klinikleiter.

Lempp hielt uns den Rücken frei, wenn es von Seiten anderer Klinikleitungen hieß, die unsere sei "verschlampt" Und wer Oberarztes seien verantwortlich dafür. Das war nicht so. Die Arbeit wurde nicht nur gemacht; sie wurde gut gemacht. Der Umgangsstil war nur nicht mehr autoritär, sondern kollegial. Das war damals unüblich; und manchen erschien das als Disziplinlosigkeit, als "Übergreifen der Unsitten" der damaligen Studenten auf die Klinik.

Uns erschien das liberale Klima in der Klinik in der Zeit nach Schultes Tod als Selbstverständlichkeit. Letzten Endes setzte Lempp etwas fort, was Schulte eingeleitet hatte. Dabei entging uns, dass viele leitende Mitarbeiter anderer Kliniken das ganz anders sahen. Natürlich gab es auch Probleme. Natürlich gab es vor allem unter den älteren Assistenten Kollegen, die sich ihre eigenen Freiräume schafften. Aber das hatte auch damit zu tun, dass die meisten von uns nach Schultes Tod verunsichert waren und dass wir nicht wussten, wie es unter einem Nachfolger weitergehen

würde. Viele von uns fürchteten, es könne zu einem vollständigen Richtungswechsel kommen. Und auf Seiten der Fakultät bestand die nicht ganz unberechtigte Furcht, die starke Sozialpsychiatrische Fraktion in der Klinik könnte in einem solchen Fall Widerstand leisten. Tatsächlich wurde noch Jahre danach in der halben Republik kolportiert, dass ich das versucht hätte.

Frontenbildung

Sicher trafen nach Schultes Tod mehrere Faktoren zusammen, die meine Situation zunehmend schwieriger machten. Innerhalb der Klinik gab es natürlich einige Kolleginnen und Kollegen, die mir meine Blitzkarriere beneideten, insbesondere weil sie, so sah es bis Anfang 1974 aus, mit meiner Bestellung zum Leiter der geplanten sozial psychiatrischen Abteilung mit einem sehr großen Machtzuwachs verbunden zu sein schien. Es war aber nicht einfach nur Neid. Doch hier spielte die allgemeine Verunsicherung in der Klinik eine Rolle, hatte sich doch mit der Strukturreform eine zunehmende Frontenbildung abgezeichnete, die sich vielleicht am ehesten mit all-gemeinpsychiatrisch, neurologisch, konservativ auf der einen Seite und sozialpsychi-atrisch, psychotherapeutisch progressiv auf der anderen Seite Die politische Zuord-nung der Gruppen erfolgte nicht nach einem einfachen Links-rechts-Schema, obwohl die Sozialpsychiater eher der sozialliberalen Koalition kommen die Konservativen in der damaligen Opposition zugewandt waren. Für unsere Entwicklung war es wichtig, dass gelegentlich zwar die Fetzen flogen, dass es in der Klinik aber keinen extremis-tischen Flügel in die eine oder die andere Richtung gab.

Diese Frontenbildung gab es in verschärfter Form auch innerhalb der Fakultät. Noch waren die "Progressiven", die Befürworter der Strukturreform der Kliniken die schein-bar stärkere Fraktion. Auf jeden Fall stellten sie zweimal hintereinander den Dekan. Aber das macht die Situation der Konservativen, die ihre Felle wegschwimmen sa-hen, nicht einfacher. Meine Situation war in mehrfacher Hinsicht eine besondere. Ich war überregional bekannt geworden, seit ich kritische Beiträge für eine konservative große Tageszeitung schrieb. Ich unterrichtete Medizinsoziologie, die vielen Kollegen als unseriös und unwissenschaftlich erschien. Ich unterrichtete Sozialpsychiatrie über die Fakultätsgrenzen hinweg. Und ich war mit meiner Habilitation 1973 Mitglied der erweiterten Fachbereichskonferenz geworden und wurde Anfang 1974, bevor ich wusste, dass ich nach Wunstorf gehen würde, vom progressiven Flügel der Fachbe-

reichsmitglieder auf den Schild gehoben, um bei den Wahlen zur Fachbereichskonferenz die Neuwahl eines Ordinarius zu verhindern – und ließ mich fahrlässiger Weise darauf ein.

Die Ressentiments müssen ziemlich groß gewesen sein. Denn als ich Ende 1974 ausschied, verweigerte man mir die Verleihung des Titels eines außerplanmäßigen Professors, die angesichts meiner Stellung als wissenschaftlicher Rat im Grunde eine reine Formsache gewesen wäre. Es ging dabei für mich nicht nur um verletzte Eitelkeit – obwohl ich mir zu meiner Überraschung wie degradiert vorkam. Ärgerlich war es, dass der Professorentitel für meinen niedersächsischen Arbeitgeber offenbar ein Argument gewesen war, mich trotz meines jungen Alters als Direktor in Wunstorf zu berufen.

Dabei hatte ich ständig versucht, zu vermitteln und Frontenbildungen wie Radikalisierungstendenzen in der Klinik vor allem entgegenzuwirken. Reinhard Lempp, der damalige kommissarische Klinikdirektor, und ich hatten darüber eine stillschweigende Übereinkunft, uns dabei gegenseitig zu helfen, über ihn, über die beiden Pädagogen Andreas Flitner und Hans Thiersch und den Soziologen Friedhelm Neidhardt, den ich aus dem Studium in Kiel kannte - meine Ansprechpartner in der philosophischen Fakultät - wurde ich Mitglied des 1974 gegründeten Österbergkreises, einer Vereinigung sozialliberaler Dozenten und Professoren. Von dort erhielt ich psychologische. Dort fühlte ich mich wohl. Das war dann auch eine der wenigen Gruppen, an denen ich gern weiterhin Anteil gehabt hätte, als ich die Universität verließ und nach Wunstorf ging.

Unruhige Zeiten

Für mich waren es trotz allem meine besten Klinikjahre, in denen ich mich ungehindert entwickeln konnte und gelernt hatte, nicht nur ein kleines Team zu führen, sondern mich auch an leitender Stelle in einem großen Betrieb zurecht zu finden. Natürlich waren diese Jahre gleichzeitig von Unruhen geprägt: Wer würde Nachfolger von Schulte werden? Von den vielen Bewerbern kamen schließlich drei auf die Liste der Fakultät. Hanfried Helmchen aus Berlin, der wie zwei Jahre zu vor Hans Hippus von der von Unruhen geprägten Berliner Freien Universität weg wollte, Jörg Willi aus Zürich, damals Privatdozent und Hans Heimann aus Lausanne, ursprünglich Bern, der

durch seine neurophysiologischen Forschungen als einer der frühen biologischen Psychiater ausgewiesen war. Favorit der Assistenten und Oberärzte war Willi. Die Fakultät entschied sich aber mit zwei Stimmen Mehrheit für Hans Heimann.

Das löste bei vielen von uns große Sorge aus. Schon bei seinen ersten Vorstellungen in der Klinik während der Verhandlungen über die Berufung, zeigte er, dass er wohl den Absichten der Fakultät gerecht werden würde, endlich wieder "Ordnung in der Klinik" zu schaffen. Er zeigte eine Haltung, die in der Tübinger Klinik seit Schultes Amtsantritt Anfang der 60er Jahre zunehmend überwunden worden war, und die in Schultes letzten Jahren, vor allem aber unter der kommissarischen Leitung von Lemp, zu einer neuen Klinikkultur geführt hatte, die zwischen den Berufsgruppen und im Verhältnis zur Klinikleitung und Assistenten zu einer neuen Kultur geführt hatte, die sich durch Kooperation und Kollegialität auszeichnete und in etwa jener Kultur entsprach, die Anselm Strauß in seiner Studie über psychiatrische Ideologien und Institutionen als soziotherapeutische Kultur bezeichnet hatte. Sie war letzten Endes das geworden, was mir seit meiner Rückkehr aus England vorgeschwebt hatte.

Hinzu kam, dass Heimann wenig kommunikativ war. Er konnte stundenlang dasitzen, an seiner Pfeife rauchen und ziehen, ohne ein Wort zu reden. Das war für jemand, der ihn nicht kannte und der nicht wusste, was er wollte, äußerst schwierig. Mir wurde bald klar, dass ich mit ihm nicht gut zusammen arbeiten können würde. Das hing sicherlich nicht nur damit zusammen, dass ich den Eindruck hatte, dass er sich nicht über meine Stellung in der Klinik und als beamteter Hochschullehrer klar war. Und ich fand es sehr freundlich, dass er meinte, ich könnte bei ihm Oberarzt werden. Zugleich erschien es mir aber als eine Missachtung, da keine Zweifel daran bestehen konnten, dass ich ein Recht hatte, in der Klinik tätig zu bleiben.

Zudem wurde rasch deutlich, dass Heimann vorschwebte, die Klinik wieder zu zentralisieren, nachdem sich in den letzten Schulteschen und den Lempischen Jahren eine Dezentralisierung der Arbeit und der Verantwortung etabliert hatte. Alles dies sollte sich später bestätigen. Er hatte einen freundlichen, aber autoritären Stil der Klinikleitung. Er hatte rückwärtsgewandte Vorstellungen von seiner akademischen Funktion. Er fand nichts dabei, immer, wie in der guten alten Zeit, die besonders von ihm geförderten Assistenten Arbeiten für ihn schreiben zu lassen und als äußeres Zeichen für die neue Zeit führte er gleich nach seinem Amtsantritt den weißen Mantel

wieder ein, den die Ärzte in der Klinik seit Anfang der 70er Jahre nach und nach abgelehnt hatten, ohne dass das ein Streitpunkt gewesen wäre.

Für mich am gravierendsten war etwas, was nicht unmittelbar mit Heimann zu tun hatte, was aber im Vorfeld der Berufungsverhandlung zu einem zentralen Punkt geworden war. Die Fakultät hatte in Übereinstimmung mit dem Ministerium beschlossen, in Abweichung von dem ursprünglichen Strukturplan für die Klinik - und von der Stellenausschreibung -, doch keine selbständige sozialpsychiatrische Abteilung einzurichten - und zwar nachdem feststand, dass ich die Stelle des prospektiven Leiters erhalten würde, und ohne dass man mir das mitteilte, so dass ich am Ende trotz meiner universitären Funktion als Wissenschaftlicher Rat am Ende eine Oberarztstelle an der Klinik haben würde. Da war gewiss viel gekränkte Eitelkeit dabei.

Langsamer Abschied

Es kam noch etwas anderes hinzu. Als sich abzeichnete, dass Heimann berufen werden würde, brach unter den Assistenten der Klinik große Unruhe aus. Eine Gruppe der Unzufriedenen, die von der Studentenbewegung geprägt war, wollte sich damit nicht abfinden, und in Verkennung ihrer Möglichkeiten eine Änderung erreichen. Zu allem Unglück hatten sie die Vorstellung, ich sollte das als frischgebackener Professor für Sozialpsychiatrie für sie durchsetzen. Aber das genau war das, was ich im Zusammenhang mit der Berufung am meisten gefürchtet hatte. Ich teilte die Überzeugung der Unzufriedenen. Aber ich wusste, wie böse das enden konnte.

Die Entwicklungen in Heidelberg mit der psychiatrischen Poliklinik und dem sozialistischen Patienten-Kollektiv, mit dem Abgleiten des Widerstandes gegen den neuen Klinik-Direktor erst an den Rand und dann in terroristische Aktivitäten, waren ein erschreckendes und schreckendes Beispiel. Trotzdem musste ich fürchten, zwischen den Fronten aufgerieben zu werden. Und ich würde Zweifel an der Loyalität gegenüber der Klinikleitung und dem Fachbereich nicht zerstreuen können. Dazu war mein Ruf in der etablierten psychiatrischen Szene mittlerweile zu sehr der eines Rebellen, oder doch zumindest eines unruhigen Geistes. Ich erinnere mich noch, wie Lempp mir berichtete, anlässlich der akademischen Trauerfeier für Schulte habe mein späterer Freund Christian Müller, Lausanne, die Ankündigung meiner Antrittsvorlesung gesehen und ihm mitfühlend gesagt: "Ach, der Unruhestifter ist bei Ihnen; dann ha-

ben Sie es ja schwer.”.

Ich hätte zu der Zeit noch die Möglichkeit gehabt, den Lehrauftrag und die für die Medizin-Soziologie und die damit verbundene Abteilungsleitung ganz zu übernehmen. Aber trotz der sich abzeichnenden Schwierigkeiten in der Klinik wurde mir damals klar, dass ich nicht Arzt geworden war, um so bald wieder in eine rein theoretische Position über zu wechseln. Deshalb kam das Angebot, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf zu übernehmen, das sich ab Mitte 1974 konkretisierte, wie gerufen, zumal sich eine ganze Gruppe meiner ärztlichen Mitarbeiter entschied, mit mir einen Neuanfang zu