



PD DR. UWE GÜTH

Die Universitäts-Frauenklinik Basel im Spiegel der vergangenen 50 Jahre

Erste Fassung: Basel, im November 2008,

Revidierte Fassung: Basel, im Juli 2010

Vor jetzt einem halben Jahrhundert, im Jahr 1958, war Theodor Koller bereits seit 16 Jahren Lehrstuhlinhaber für Gynäkologie und Geburtshilfe am Basler Universitäts-Frauenspital. Unter seiner Planung und Führung wurde die zweite grosse Bauerweiterung der Klinik realisiert. 1896 war der Umzug der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik vom Bürgerspital in das Gebäude des neuen Frauenspitals an der Klingelbergstrasse erfolgt, 1928 war der erste Erweiterungsbau unter Kollers Vorgänger Alfred Labhardt (Direktor der Klinik von 1916 bis 1942) bezogen worden. Eine räumliche Erweiterung der Klinik war dringend notwendig, weil die Zahl der zu behandelnden Patientinnen stetig anstieg. Ein wesentlicher Faktor war dabei die nach dem zweiten Weltkrieg einsetzende deutliche Verlagerung der Geburtshilfe aus dem häuslichen Bereich in die Klinik. Ein quantitativer Höhepunkt dieser Entwicklung war 1962 zu verzeichnen, als mit 5000 Geburten pro Jahr eine neue Rekordmarke verzeichnet wurde. Darüber hinaus erfuhren aber auch Indikationen und Zahl der gynäkologisch-operativen Eingriffe eine erhebliche Ausweitung. Die von Koller initiierte Erweiterung des Klinikgeländes hatte bis zum Umzug der Frauenklinik im Frühjahr 2003 Bestand.

Die modernisierte Klinik trug den Erfordernissen einer zeitgemässen, zunehmend den fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnissen des Faches verpflichteten Gynäkologie und Geburtshilfe Rechnung. Neue Einrichtungen wie eine moderne Operationsabteilung, Laboratorien und eine Strahlenabteilung wurden geschaffen, damit einhergehend erfolgte auch eine erhebliche Aufstockung des Personals. Aber nicht nur die erstklassigen baulichen Voraussetzungen der Klinik wurden als Konzeption wegweisend für andere Kliniken Europas. Mit der Gründung von Spezialsprechstunden, wie z.B. der endokrinologischen Sprechstunde mit Hormondiagnostik, der «Sozialmedizin» und Ambulanzen für Krebsvorsorge mit Kolposkopie und exfoliativer Zytologie, entwickelten Koller und seine Mitarbeiter Strukturen, die sich in den kommenden Jahrzehnten als beispielhaftes Klinikmodell durchgesetzt und weiterentwickelt haben.



Letzte Erweiterung des Basler Frauentaspenitals unter dem Direktorat von Theodor Koller. Bauzeit 1956-1958, des Operations- und Behandlungstraktes 1961-1965.

Der ärztliche Leiter dieser Klinik, Theodor Koller, 1899 in Winterthur geboren, erhielt seine Facharztausbildung an der Züricher Universitäts-Frauenklinik. Nach Oberarzt-tätigkeit an dieser Klinik und einem kurzen Intermezzo als niedergelassener Gynäko-loge trat er im November 1942 sein Amt in Basel an.¹ Den Schwerpunkt seiner ärztli-chen Tätigkeit richtete er auf den geburtshilflichen und sozialmedizinischen Zweig des Fachs. Das von ihm verfasste zweibändige «Lehrbuch der Geburtshilfe» galt in der Schweiz damals als Standard-lehrbuch. Kollers Idee einer Klinik für Mutter und Kind darf als Vorreiter der modernen perinatalogischen Zentren gese-hen werden. Das Einrichten einer

neonatologischen Intensivabteilung in direkter Nachbarschaft zur Gebärbteilung bildete hier einen wichtigen Baustein. Darüber hinaus wurden mit der Anwesenheit der Väter bei der Geburt und das Einführen eines *Rooming-in* Systems familienfreundliche Neuerungen in die geburtshilfliche Praxis eingeführt, die inzwischen als Standard gelten, damals aber sehr progressiv waren und von konservativen Geburtshelfern nicht selten als «neue Mode» belächelt wurden

Den Fokus seiner wissenschaftlichen Tätigkeit setzte Koller auf die Erforschung der Ätiologie thromboembolischer Erkrankungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und gynäkologischen Operationen sowie deren Behandlung. Kollers Anliegen, in diesem Bereich Fortschritte und Verbesserungen zu erzielen, war auch persönlich motiviert, seine Mutter war an einer postoperativen Embolie verstorben.² 1954 organisierte er mit Willi Merz in Basel den ersten internationalen Kongress zu diesem Thema. Zu dem von der wissenschaftlichen Öffentlichkeit mit grossem Interesse verfolgten Anlass wurde erstmals der Versuch unternommen, die vorher im Wesentlichen isolierten Detailkenntnisse auf dem Gebiet der Blutgerinnung und Thrombosefor-schung zu bündeln. Ein Rückblick auf die klinischen Gegebenheiten der Zeit macht die Dringlichkeit seines Engagements deutlich. Bei den damals üblichen langen Immobilisationszeiten, sowohl im Wochenbett als auch nach operativen Eingriffen, waren tiefe Venenthrombosen häufige Ereignisse im klinischen Alltag.

Eine weitere besonders hervorzuhebende Initiative Kollers war die Gründung und Förderung der Vereinigung Deutschsprechender Hochschullehrer in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Die erste akademische Tagung dieser Organisation, die bis heute fortbesteht, wurde 1957 in Basel einberufen. 12 Jahre nach Ende des Zweiten Welt-krieges war dieses auch ein Symbol, Deutschland wieder die Hand zu bieten, sich auf internationaler Bühne zu beteiligen. Dino da Rugna, der langjährige Leiter der grossen Poliklinik des Basler Frauentaspenitals hatte massgeblichen Anteil bei der Etablierung

1 Insbesondere der letzte Punkt erstaunt aus aktueller Sicht, da es heute kaum denkbar wäre, dass ein in der Praxis tätiger Arzt zum Ordinarius einer Universitätsklinik gewählt wird. In früheren Zeiten war dieses durchaus üblich; auch Kollers Vorgänger Alfred Labhardt war vor seiner Ernennung vier Jahre in einer Privatpraxis tätig.

2 Persönliche Erfahrungen haben sicherlich viele Ärzte in ihrer Berufswahl und ihrem wissenschaftlichen Engagement geprägt. Die Mutter von Kollers Vorgänger Labhardt starb 23-jährig an einer Puerperalsepsis.



Theodor Koller (1899–1985)
Lehrstuhlinhaber von 1942–1969

dieser Tagung, er betreute das ebenfalls neu gegründete zentrale Büro für Gedankenaustausch und Zusammenarbeit.

Theodor Koller war ein international angesehener Wissenschaftler. Als er 1969, bei Erreichen der damals gültigen Altersgrenze von 70 Jahren, emeritiert wurde, stand er der Basler Frauenklinik 28 Jahre vor; keiner seiner Vorgänger, und bisher auch keiner seiner Nachfolger, hatte das Amt des Klinikdirektors und Lehrstuhlinhabers länger inne. Koller galt als aussergewöhnlich vielseitiger und hilfsbereiter akademischer Lehrer, dem die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses sehr am Herzen lag; darüber hinaus genoss er den Ruf eines initiativen und warmherzigen Arztes. Theodor Koller starb 86-jährig in Basel; bis zu seinem Tod nahm er regen Anteil an der Entwicklung «seiner» Frauenklinik.³

Aus der grossen Zahl der Schüler und Mitarbeiter Kollers sind zwei Persönlichkeiten besonders hervorzuheben. Der eine ist Hubert de Watteville. Er war bereits ein Schüler Labhardts. Er wirkte ab 1942 als Privatdozent in Basel, ab 1944 in Zürich. Von 1946 bis 1976 war er ordentlicher Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Genf und gleichzeitig Chefarzt der Frauenklinik (Maternité) am Kantonsspital Genf. Besondere Bedeutung und Bekanntheit erlangte er als einer der Initiatoren der «Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique» (FIGO), deren erster Präsident er 1954 wurde. Nach Ablauf seiner Amtszeit als Präsident setzte er seine Tätigkeit für diese international operierende und anerkannte Institution als langjähriger Generalsekretär fort. Die FIGO gilt heute weltweit als eine der grössten und mitgliederstärksten internationalen Ärztevereinigungen. Eine zweite aussergewöhnliche Persönlichkeit, die aus der Basler Schule Theodor Kollers hervorgegangen ist, war Otto Käser, der 1969 sein Nachfolger als Direktor der Basler Universitäts-Frauenklinik wurde.

Otto Käser wurde 1913 im Kanton Aargau geboren. Nach Assistenz- und Oberarztjahren in Basel (bis 1954) wurde er zum Chefarzt der Frauenklinik des Kantonsspitals St. Gallen gewählt. In dieser Zeit entstand in Zusammenarbeit mit Franz A. Iklé die erste Auflage des «Atlas der gynäkologischen Operationen». Mit diesem Werk, einer präzisen enzyklopädischen Beschreibung der Operationsmethoden, begleitet von modellhaften und anschaulichen Illustrationen, begründete er seinen Ruf als herausragender gynäkologischer Operateur. Es stellt das deutschsprachige Referenzwerk der gynäkologischen Operationslehre dar. Das Werk ist noch immer erhältlich, die bislang letzte (6.) Auflage ist 1999 erschienen. Die Autorenfolge lautet zwar inzwischen

3 Koller, der sich in seiner Amtszeit stets weigerte, zu Besprechungen mit der Spitalleitung in der Direktion zu erscheinen und stattdessen erwartete (und durchsetzte), dass der Spitaldirektor in seinem Chefarztbüro vorsprach, fuhr bis ins hohe Alter hinein selbst Auto. Als er zwei Jahre vor seinem Tod zu einer Fortbildungsveranstaltung ins Frauenspital kam, parkte er, wie immer, auf dem Klinikareal. Er war empört als er bei seiner Rückkehr zum Auto eine Verwarnung wegen unberechtigten Parkens vorfand: „Die wissen wohl nicht mehr, wer ich bin.“

Hirsch/Käser/Iklé, aber wenn immer ein operativ tätiger Gynäkologe fundierte und ausführliche Informationen zu einer Operation sucht, so wird er «den Käser» (so wird das Buch unter Kollegen auch mehr als 20 Jahre nach seinem Tod noch genannt) zu Rat ziehen.⁴ Nur selten sind ein Buch und der Name seines Hauptautors, inzwischen fast über einen Zeitraum von fünf Dekaden hinweg, zu einem allgemein akzeptierten Markenzeichen und zum Synonym für operative Didaktik auf höchster Stufe verschmolzen. In späteren Jahren war er in Kooperation mit den Kollegen Friedberg, Ober, Thomsen und Zander Mitherausgeber des Handbuchs für Gynäkologie und Geburtshilfe, welche über viele Jahre *die* deutschsprachige Enzyklopädie des Fachgebiets darstellte. In diesem Zusammenhang muss auch die Fachzeitschrift «Der Gynäkologe» genannt werden, die im deutschsprachigen Raum bis heute hohes Ansehen genießt. Es war Otto Käser, der dieses Journal 1968 mitbegründet hatte und für das er dann viele Jahre als Herausgeber tätig war.

1962 wurde Käser nach Frankfurt berufen, wo er seine operative Schule weiter etablieren konnte. 1969 folgte er dem Ruf nach Basel. Nachdem sein Vorgänger mit dem Ausbau der Klinik den Grundstein für die Entwicklung der Frauenklinik zu einem europäischen Referenzzentrum gelegt hatte, wurde diese Entwicklung von Käser und seinen Mitarbeitern in den nächsten Jahren zur Vollendung gebracht.

Käser verstand früh, dass die Entwicklung einer funktionierenden Universitäts-Klinik nicht mehr nur auf den Schultern eines Einzelnen liegen konnte. In einer Zeit der zunehmenden Subspezialisierung und der rasant anwachsenden Wissensmenge innerhalb dieser Subgruppen konnte die «monotheistische» Klinikstruktur mit einem allmächtigen Chef an der Spitze, der alle Gebiete seines Faches gleich kompetent überblickt, nicht mehr länger als erfolversprechendes Modell angesehen werden. In Anlehnung an das amerikanische Modell des Departments führte Käser Abteilungen («Divisions») ein, in denen die vier Subspezialisierungen des Faches Frauenheilkunde (Geburtshilfe/Perinatalmedizin, Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, Endokrinologie/Reproduktionsmedizin, Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik) von Abteilungsleitern repräsentiert sind. Innerhalb dieser Subdisziplinen wurden dann weitere Spezialsprechstunden eingerichtet, so dass garantiert werden konnte, dass die Patientinnen der Basler Universitäts-Frauenklinik stets auf hohem internationalem Niveau behandelt wurden. Neben der Etablierung der Abteilungen war auch die Einführung eines Klinikdirektoriums Zeichen einer innovativen und progressiven Klinikorganisation. Die Leitung der Klinik wurde dabei auf mehreren Schultern verteilt («partizipative Führung»). Neben Käser und seinen vier stellvertretenden klinischen Direktoren waren auch eine Vertreterin der Pflege, ein administrativ tätiger Mitarbeiter und Vertreter der Ober- und Assistenzärzte in diesem Gremium tätig.

Käser bewies in der Wahl seiner Mitarbeiter grosses Geschick. Engagierte klinische Wissenschaftler wie Fred Kubli und Hans A. Hirsch (beide später Lehrstuhlinhaber an den renommierten Universitäten in Heidelberg, bzw. Tübingen) nutzten das fruchtbare Klima der Basler Klinik und bauten ihren Ruf als kreative und innovative Werkstatt aus. Ein weiterer herausragender Kopf der Klinik war Konrad Hammacher, der in Basel von Käser habilitiert wurde. Hammacher hatte noch zu seiner Zeit an der Düsseldorfer Frauenklinik die wissenschaftlichen und klinischen Grundlagen der

4 Erst 2008 erlebte dieses Standardwerk in seiner 7. Auflage eine Änderung der Autorenreihenfolge. Die aktuellen Herausgeber sind Wallwiener, Jonat, Kreienberg, Friese, Diedrich und Beckmann.

Kardiotokographie (CTG; simultane Messung von mütterlicher Wehentätigkeit und kindlicher Herzfrequenz, dieses im Wesentlichen zur Überwachung der fetalen Sauerstoffversorgung des Feten vor und unter der Geburt) erarbeitet, einer Methode, ohne die eine moderne klinische Geburtshilfe heute kaum noch vorstellbar ist.

Otto Käser legte seinen akademischen Schwerpunkt nicht so sehr auf die Publikation eigener wissenschaftlicher Daten, er war aber ein herausragender wissenschaftlicher Mentor. Er hatte ein aussergewöhnlich feines Gespür für aktuelle und kommende Fragestellungen. An diese Themen hat er dann seine Mitarbeiter und Schüler herangeführt und ihnen, neben der Vermittlung einer fundierten handwerklichen Ausbildung, Raum zur Entfaltung ihrer akademischen Aktivitäten gegeben. Aus der Vielzahl von Käasers Schülern sollten, neben den bereits oben Erwähnten, eine Auswahl weiterer Persönlichkeiten genannt werden, die später Führungspositionen in angesehenen Spitälern bekleiden sollten: Joachim Benz, Martin Birkhäuser, Renzo Brun del Re, Heiner Buess, Alfonso Castano y Almendral, Ruedi Dahler, Dino da Rugna (er leitete nach Käasers Emeritierung die Klinik interimistisch), Pierre de Grandi, Holger Dieterich, Ekkehard Dreher, Reto Gaudenz, Siegfried Heinzl, Ernst Hochuli, Michael K. Hohl, Franz X. Jann, Felix Krauer, Mario Litschgi, Hans Mäder, Roland Richter, Volker Roemer, David Stucki.

In der Amtszeit Otto Käasers in Basel wurde, parallel zu einer gleichlaufenden Bewegung in den deutschsprachigen Ländern, für die Frauenheilkunde eine Disziplin ausgebaut, die ab den fünfziger Jahren zunehmend Eingang in das Fach fand: die Senologie, die Lehre der Erkrankungen der weiblichen Brust. Mit diesem neuen Zweig erfuhr das Fach eine wesentliche Erweiterung ihres Spektrums. Schnell hat die Behandlung der Volkskrankheit Brustkrebs (nach neueren Angaben erkrankt etwa jede achte Frau im Verlauf ihres Lebens an einem Mammakarzinom), deren operative Behandlung bis dahin im Wesentlichen den Chirurgen vorbehalten war, die erste Position unter allen onkologischen Behandlungen der Frauenklinik eingenommen; diese Position behauptet sie auch heute noch unangefochten. Noch zu Käasers Zeit als Klinikdirektor wurde eine der wesentlichen Innovationen in der Behandlung des Mammakarzinoms etabliert, die brusterhaltende operative Therapie; vielen Frauen



Blick auf die operative Bettenstation der alten Frauenklinik aus dem Innengarten. (Photo: W. Sütterlin)

konnte damit, unter voller Wahrung der onkologischen Sicherheit, die traumatische Erfahrung der Brustamputation erspart werden. Neben der Diagnostik und operativen Therapie des Mammakarzinoms erfuhr auch die systemische Therapie, im Wesentlichen endokrine Behandlungsmethoden und Chemotherapien, in den nächsten Jahren eine rasante Fortentwicklung. Heute stellt die Behandlung der Brust ein Paradebeispiel für die interdisziplinäre Tätigkeit dar.

In Brustzentren arbeiten unter anderem die Disziplinen Gynäkologie, Chirurgie, plastische Chirurgie, Onkologie, Radiologie, Radioonkologie, Pathologie und Psychoonkologie zum Wohle der Patientinnen zusammen.⁵

5 In der Basler Klinik wurden interdisziplinäre Tumorfallbesprechungen unter der Federführung A. Almendrals eingeführt.

Parallel zu dieser Entwicklung erlebte auch die operative Gynäkologie durch die Einführung der endoskopischen Chirurgie in den sechziger Jahren eine Revolution. Nachdem sich die Technik und ihre Befürworter anfänglich heftigen Anfeindungen seitens konservativer Operateure gegenübersehen (in den siebziger Jahren wurde von Kollegen vorgeschlagen, bei Kurt Semm, dem bekanntesten Pionier der neuen OP-Technik, ein Hirnuntersuchung durchzuführen, da nur jemand mit einem Hirnschaden laparoskopische Chirurgie durchführen könne; diese wurde gar als «unethisch» gebrandmarkt) erfolgte später eine um so rasantere Verbreitung. Das Spektrum von und die Indikationen für minimal-invasive Eingriffe wurden in den Folgejahren sukzessive erweitert. Während zunächst diagnostische Laparoskopien und kleinere operative Eingriffe (z.B. Sterilitätsdiagnostik, Tubensterilisationen und Entfernung von Eierstocksysten) im Vordergrund standen, wurde die neue Technik rasch auch bei Indikationen, die früher klassischerweise einen Bauchschnitt erforderten (z.B. die Operationen bei Extrauterin graviditäten, Eierstocksentfernungen, Lösung von Verwachsungen), zur Standardmethode. Heute werden auch zunehmend ausgewählte gynäkoonkologische Eingriffe per Laparoskopie durchgeführt; dieses galt noch vor wenigen Jahren als undenkbar.



Otto Käser (1913–1995)
Lehrstuhlinhaber von 1969–1982

Es muss besonders hervorgehoben werden, dass Otto Käser bereits früh den Kontakt mit amerikanischen Kollegen gesucht hat. Bereits in den 50er Jahren führten ihn Studienaufenthalte nach Baltimore, New York und Boston. Diese Kontakte wurden in der Folgezeit systematisch gepflegt und ausgebaut. Zu einer Zeit, in der viele deutschsprachigen Kollegen noch nicht erkennen, bzw. noch nicht wahrhaben wollten, dass die deutsche Sprache den vorderen Rang als Wissenschaftssprache verloren hatte, den sie vor den beiden Weltkriegen des 20. Jahrhunderts noch inne hatte, erkannte Käser, dass viele bahnbrechende Innovationen der Medizin zunehmend in den wissenschaftlichen Zentren der USA entwickelt wurden und dass wissenschaftliche Publikationen von Rang in englischsprachigen Fachjournalen veröffentlicht wurden. Dieser Trend setzte sich in den nächsten Jahren noch deutlicher fort. Wenn man heute die Liste der internationalen Fachzeitschriften zum Thema Gynäkologie und Geburtshilfe nach Impact-Faktor ordnet (eine Masseinheit, die den wissenschaftlichen Wert eines Journals im internationalen Vergleich kennzeichnet), so nimmt die höchstdotierte deutschsprachige Zeitschrift, «Geburtshilfe und Frauenheilkunde», den 58. von insgesamt 60 gelisteten Rängen ein. Wer heutzutage wissenschaftliche Daten von Relevanz publizieren möchte, tut dieses in englischer Sprache. Käser hat diese Entwicklung schon früh vorausgesehen.

Otto Käser wurde als eher «leiser Chef» beschrieben. Diejenigen, die ihn kannten, beschreiben ihn aber auch heute noch als aussergewöhnlich charismatische Persönlichkeit mit beeindruckender Präsenz und als einen Mann, der, wenn er das Wort ergriff, die Dinge stets prägnant auf den Punkt brachte. Die Verbundenheit seiner Schüler und Mitarbeiter zu dem Arzt, Lehrer und Menschen Otto Käser kam auch in

den Jahren nach seiner Emeritierung zum Tragen, besonders eindrucksvoll in dem Symposium, das im Januar 1988 aus Anlass seines 75. Geburtstages organisiert wurde.

Als Nachfolger von Otto Käser wurde Hans Ludwig berufen. Geboren 1929 in Nordböhmen, studierte Ludwig in München Medizin. Nach Assistenzjahren in der Chirurgie, Inneren Medizin und Pathologie, wechselte er zur Gynäkologie; seine Wanderjahre führten ihn im Rahmen dieser Ausbildungsphase auch einige Jahre als Assistent von Theodor Koller nach Basel. Nach seiner Habilitation in München (1966) wurde er 1972 auf den Lehrstuhl der Universität Essen berufen, 1983 folgte der Wechsel als Klinikvorsteher/Chefarzt und Ordinarius nach Basel.

Seine Forschungsschwerpunkte waren Blutgerinnung, experimentelle Perinatalogie, die Ultramorphologie des Genitaltraktes und die Reproduktionsmedizin. Noch stärker als sein Vorgänger Käser pflegte er den internationalen Austausch. Ludwig war Mitglied in zahlreichen internationalen Fachverbänden (unter anderem erhielt er die Ehrenmitgliedschaft des renommierten American und des britischen Royal College). Von 1986 bis 1988 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, von 1979 bis 1982 Mitglied des Exekutivkomitees der FIGO, von 1982 bis 1994 Mitglied im FIGO-Direktorium. Hohes internationales Ansehen erlangte Ludwig auch als er 1985 zur Gründung der European Association of Gynecologists and Obstetricians (EAGO) nach Basel einlud.



Hans Ludwig (geb. 1929)
Lehrstuhlinhaber von 1983–1999

Vornehmliches Ziel der EAGO war es, den damals noch bestehenden Graben zwischen West- und Osteuropa zu überwinden und damit eine gesamteuropäische Vereinigung der Vertreter des Faches zu installieren. Bewusst wurden Kollegen, u.a. aus der damaligen Sowjetunion, der Tschechoslowakei, Polen, Bulgarien und Ungarn als Gründungsmitglieder dieser Organisation eingeladen. Hans Ludwig stand der EAGO von 1988 bis 1991 als Präsident vor. Im Jahre 2002 wurde die EAGO in das European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) inkorporiert. Die EBCOG, deren derzeitiger Generalsekretär Wolfgang Holzgreve, Ludwigs Nachfolger auf dem Basler Lehrstuhl, ist, hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine gesamteuropäische Plattform des Faches zu bilden. Unter dem Dach der EBCOG soll nicht nur die wissenschaftliche Zusammenarbeit gefördert werden, besonders wichtig ist auch die Schaffung gemeinsamer Ausbildungsstandards.

Ludwigs Zeit als Klinikchef muss rückwirkend als unglücklich bezeichnet werden. Schwierigkeiten innerhalb der Klinik und mit den vorgesetzten Behörden veranlassten Ludwig 1988, die Klinikleitung niederzulegen.

Nach seinem Abschied als Klinikleiter war Hans Ludwig weiter als Ordinarius in der Lehre aktiv, er gründete das «Seminar für Gynäkologie». In seiner Funktion als Studiendekan (1989-95) war er massgeblich an der Studienreform beteiligt. Darüber hinaus

war er in Basel als frei praktizierender Gynäkologe tätig; tageweise betreut Ludwig seine Stammpatientinnen aber bis auf den heutigen Tag. Ludwig war weiterhin in internationalen Fachvereinigungen tätig. Noch heute ist er Herausgeber der «Archives of Gynecology and Obstetrics». In den letzten Jahren hat sich Hans Ludwig darüber hinaus einen Namen als Autor von kenntnisreich geschriebenen Artikeln auf dem Gebiet der Medizingeschichte (mit dem Schwerpunkt der Frauenheilkunde) erworben.

Nach Hans Ludwig führte Alfonso Castaño-Almendral die Klinik als interimistischer Leiter. Am Ende seiner Amtszeit 1995 konnte Almendral auf ein aussergewöhnlich langes Interregnum zurückblicken.

Der Spanier Almendral wurde 1933 in Zamora geboren. Seine Studienjahre führten ihn nach Salamanca und Madrid. Nach der Facharztausbildung (neben Geburtshilfe und Gynäkologie auch in allgemeiner Chirurgie) setzte er seine berufliche Tätigkeit in Deutschland fort. 1966 habilitierte er in Göttingen, 1967 wechselte er zu Otto Käser nach Frankfurt/Main, dort wurde er 1971 auch zum Honorarprofessor an der dortigen J.W. Goethe-Universität ernannt. 1970 folgte Almendral Otto Käser nach Basel. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt lag in den Themen der gynäkologischen Röntgendiagnostik und Strahlentherapie. Ein weiterer Schwerpunkt war die Gynäkoonkologie, hier machte er sich auch als versierter Operateur einen Namen.

Während seiner Amtszeit war Almendral mit immensen Sparvorgaben der Spitaldirektion konfrontiert. Die damit unter anderem verbundene erhebliche Verminderung der ärztlichen Stellen konnte damals nur dank grösstem Einsatz aller in der Klinik tätigen Personen ausgeglichen werden. Die Wahl des langjährigen leitenden Arztes Siegfried Heinzl 1991 zum Chefarzt des Basler Bruderholzspitals und der damit verbundene Weggang weiterer erfahrener Klinikmitarbeiter verschärfte die Situation so weit, dass für eine beschränkte Zeit sogar «Nothelfer» aus befreundeten ausländischen Kliniken rekrutiert werden mussten, um die Leistungsfähigkeit der Klinik aufrecht zu erhalten.

Auch nach seinem Ausscheiden aus dem Amt des Chefarztes blieb Almendral ein stets wacher und kritischer Begleiter der Frauenklinik.

1995 übernahm Wolfgang Holzgreve die Leitung der Frauenklinik. Vor seiner Ernennung war der 1955 in Westfalen geborene Holzgreve an der Universitäts-Frauenklinik Münster tätig. Dort erwarb er sich vor allem auf dem Gebiet der pränatalen Medizin schnell weltweite Reputation; bereits mit 31 Jahren wurde er habilitiert. Noch stärker als seine Vorgänger Käser und Ludwig, die bereits intensiv internationale Kontakte pflegten, steht Holzgreve für einen internationalen Ansatz in Forschung und Lehre. Früh geprägt durch seine Erfahrungen im Studium (Berkeley, dort Ausbildung zum Master of Science), und durch einen mehrjährigen Forschungsaufenthalt in San Francisco Anfang der achtziger Jahre, ist er ein typischer Vertreter der «global science community». In seiner Basler Zeit baute er auf dem Gebiet der Stammzellforschung eine weltweit anerkannte Arbeitsgruppe auf. Die wissenschaftlichen Ambitionen und Leistungen der Basler Frauenklinik, gespiegelt auch in der Vielzahl von Buchveröffentlichungen, Buchkapiteln und Publikationen in Fachzeitschriften von internationalem Renommee, hat ein Ausmass erreicht, den keiner seiner Vorgänger je erreichte. Aktuell wurde in der Bewertung aller deutschsprachigen Hochschullehrer der Frauenheilkunde für ihn der höchste Impact-Index ermittelt. Ausdruck der akademischen Leistungsfähigkeit der Klinik sind auch die 11 Habilitationen, die in

Holzgreves Amtszeit erteilt wurden (Athanasios Dellas, Dorothee Gänshirt, Verena Geissbühler, Sinue Hahn, Irene Hösli, Olav Lapaire, Heinz Müller, Daniel Surbek, Edward Wight, Rosanna Zanetti-Dällenbach, Xiao Yan Zhong). Das hohe Ansehen Wolfgang Holzgreves zeigt sich auch in der Vielzahl internationaler Auszeichnungen, Ehrenmitgliedschaften und vier Ehrendoktoraten.



Wolfgang Holzgreve (geb. 1955),
Klinikvorsteher und Chefarzt von 1995-2008.

Die internationale Orientierung der Klinik spiegelt sich auch in ihrer heutigen Organisationsstruktur. In der von Otto Käser begründeten Tradition ist sie dem amerikanischen Modell des Departments entlehnt. Die Gesamtleitung des Departments wird von einem Klinikvorsteher («Chair») ausgefüllt. Dieser vertritt das Departement nach aussen gegenüber der Spitaldirektion und der Politik; als Klinikmanager und Koordinator ist er unter anderem für die Beschaffung der materiellen Grundlagen verantwortlich, hält den klinisch orientierten Vertretern der «Divisions» den Rücken frei, und ist wissenschaftlicher Mentor. Essentiell an dieser Struktur ist, dass nicht autonome Abteilungen nebeneinander (mit der Gefahr einer minimalen Kommunikation untereinander), oder gar in Konkurrenz entstehen, sondern, dass die Abteilungen miteinander verzahnt werden und untereinander ein kollegiales Verhältnis besteht. Nur so ist zu gewähr-

leisten, dass Patientinnen, deren Krankheitsbild sich nicht immer an festgelegte theorielastige Kategorien hält, übergreifend optimal behandelt werden. Mit diesem Konzept trat Holzgreve auch Bestrebungen entgegen, das Gesamtfach «Geburtshilfe und Gynäkologie» sowie Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu fragmentieren.

Mit der Umsetzung des Departmentmodells ist es Holzgreve, der in seiner Anfangszeit (wie auch sein Vorgänger Ludwig) persönlichen Anfeindungen ausgesetzt war,⁶ gelungen, Kontinuität und Innovation in die Frauenklinik zurückzubringen. Die derzeitige Stabilität zeigt sich auch daran, dass jetzt bereits seit 2001 ein unverändertes ärztliches Leitungsteam, bestehend Irene Hösli (Abt. für Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin), Johannes Bitzer (Abt. für Gyn. Psychosomatik und Sozialmedizin), Christian de Geyter (Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin) und Edward Wight (Gynäkologie und Gyn. Onkologie) die Klinik trägt und dabei ein Arbeitsklima

6 Felix Rintelen betonte in seinem 1980 erschienenen Buch „Geschichte der medizinischen Fakultät in Basel 1900-1945“, dass Basel für Auswärtige kein leichter Boden ist („...man muss sich daran gewöhnen, kritisch beurteilt und möglichst nicht gelobt zu werden.“). Er berichtet, dass die Fakultät bereits bei der Berufung von Ernst Bumm auf den Basler Lehrstuhl für Gynäkologie und Frauenheilkunde 1893 konkrete Vorstellungen von der Anpassungsfähigkeit des Kandidaten hatte; es sollte eine Persönlichkeit sein, „die den Besonderheiten des baslerischen Lebens und deren berechtigten Eigentümlichkeiten gehörig Rechnung zu tragen versteht“.



Das langjährige ärztliche Leitungsteam der Basler Universitäts-Frauenklinik (v.l.n.r): Johannes Bitzer, Irene Hösli, Christian de Geyter und Edward Wight.

Namen Wolfgang Holzgreves ist die Planung der neuen Frauenklinik im Klinikum I des Universitätsspitals, welche im Frühjahr 2003 bezogen wurde. Die alte Frauenklinik im Areal zwischen Schanzenstrasse, Klingelbergstrasse und Spitalstrasse wurde Anfang des letzten Jahrhunderts als «schönste und besteingerichtete aller Frauenkliniken Mitteleuropas» bezeichnet. 100 Jahre später konnte das einst so gerühmte Gebäude den Erfordernissen eines rationellen Klinikbetriebes und angemessener medizinischer Standards aber nicht mehr genügen. Ein unpraktischer Grundriss mit einer Vielzahl von Halbetagen, zu hohe Räume, unzeitgemässe sanitäre Einrichtungen, weiträumige Trennungen zwischen den einzelnen Abteilungen und schliesslich der unvermeidliche Zahn der Zeit, der an dem Altbau nagte, machten den Abschied von den Gebäuden notwendig.



Blick auf den Innengarten der alten Frauenklinik.
(Photo: W. Sütterlin)

Das Frauenspital war aber nicht nur ein Krankenhaus, es war als Institution ein nicht wegzudenkender Teil der Stadt Basel. An dieser Stelle soll eine denkwürdige Festlichkeit erwähnt werden. Im Sommer 1996 wurde die Basler Frauenklinik 100 Jahre alt. Zu diesem Jubiläum wurde ein Fest organisiert, in dessen Rahmen nicht nur der Anlass intern gebührend gefeiert wurde; über drei Tage hinweg öffnete die Klinik auch ihre Tore und stellte sich der interessierten Öffentlichkeit vor. 30000 Besucher kamen der Einladung nach und demonstrierten auf diese Weise die grosse Verbundenheit der Basler mit ihrem «Fraeli», wie die Klinik im Basler Volksmund genannt wurde.

Beim Auszug aus der Klinik sahen daher nicht Wenige auch mit Wehmut auf das verlassene Gebäude, in dem über mehr als 100 Jahre viele Zehntausend gynäkologische Patientinnen behandelt und weit über 200000 Kinder geboren wurden. In der Tat nahm das alte Areal mit seiner Aura viele Mitarbeiter und Besucher für sich ein. Zahl-

geschaffen hat, das von gegenseitigem Respekt und Loyalität geprägt ist.

Zum 1. November 2008 folgte Wolfgang Holzgreve dem Ruf auf die Position des Leitenden Ärztlichen Direktors und Vorsitzenden des Klinikumvorstandes der Universität Freiburg im Breisgau. Als sein Nachfolger wurde Johannes Bitzer mit der Position des Klinikvorstehers und Chefarztes der Basler Universitäts-Frauenklinik betraut.

Untrennbar verbunden mit dem

reiche Einzelheiten seiner Ausstattung, wie die Nachtglocke, das in der Eingangshalle befindliche Wandbild «La joie de vivre» von Hans Stocker, das alte noch für Pferdekutschen konzipierte Zufahrtstor, die alte Villa und der Innengarten mit seinem Brunnen und «Lucie» (eine vom Künstler Dani Geser geschaffene mit Efeu überwachsene Skulptur in der Form einer liegenden schwangeren Frau) trugen zu seinem unnachahmlichen Charme bei.⁷



Lucie“, mit Efeu bewachsene Skulptur in der Form einer liegenden Schwangeren (Ansicht in den vier Jahreszeiten).

Mit dem Auszug aus den alten Gebäuden ging auch ein Stück akademischer Arbeitskultur und akademischem Selbstverständnis verloren, das «Ärztecasino» (allein dieses Wort scheint inzwischen aus einer untergegangenen Epoche entlehnt). Wo gibt es in den modernen, nach reiner Funktionalität ausgerichteten Kliniken heute noch einen kommunikativen Treffpunkt der Ärzteschaft, in dem die Dienstequipe sich zum Nachessen trifft (eingekauft und gekocht wurde früher von Assistenzärzten, der Oberarzt übernahm in der Zeit deren Dienstfunk), in denen Aperos abgehalten werden und in denen in Arbeitspausen und nach Feierabend manches fruchtbare Gespräch geführt wird?

Eine weitere erinnerungswürdige Veranstaltung fand zum Auszug aus der alten Klinik statt. Im September 2002 erfolgten im alten Hörsaal der Klinik mehrere Aufführungen von Franz Kafkas Monolog Erzählung «Ein Bericht für eine Akademie». Welche Umgebung wäre für diese Aufführung geeigneter gewesen als der altehrwürdige Hörsaal der Frauenklinik, in dem viele Generationen von Basler Studenten über Jahrzehnte hinweg unterrichtet wurden?

7 Ein interessantes bauliches Detail der alten Frauenklinik war die unmittelbare Nachbarschaft zur Strafanstalt „Schällmätteli“. Die Strafanstalt war von vielen Räumlichkeiten der Frauenklinik aus frei einsehbar. In einer Zeit als forensische Aspekte der Medizin, insbesondere in der Geburtshilfe, noch nicht so stark ausgeprägt waren wie heute, wies Professor Labhardt bereits in den vierziger Jahren seine Mitarbeiter und Studenten während der Visite auf das rote Gebäude in der Nachbarschaft hin: „Sie sollten als Frauenarzt immer das Gefängnis vor Augen haben“.

Im Frühjahr und Sommer erfolgte der Teilabriss der alten Frauenklinik (die Gebäude-
teile an der Schanzen- und Spitalstrasse). Auf dem Gelände der alten Frauenklinik
entsteht zurzeit die Universitäts-Kinderklinik beider Basel, deren Fertigstellung für
das Jahr 2010 vorgesehen ist.



Abrissarbeiten an der alten Frauenklinik, Juni/Juli 2007.

Wenn man auf die letzten 50 Jahre der Universitäts-Frauenklinik zurückschaut, um
die Bedeutung und den Einfluss dieser Institution zu würdigen, so kann dieses zum
einen durch den Vergleich des klinischen Alltages zwischen Gestern und Heute erfol-
gen. Hier sind die Unterschiede zwischen den fünfziger Jahre und heute allerdings
manchmal so erheblich, dass kaum noch Parallelen gezogen werden können.⁸ Damals
etablierte Einrichtungen und medizinische Prozeduren, wie z.B. der Isolierpavillon
oder Licht- und Liegekuren bei Genitaltuberkulose, erscheinen uns heute so historisch
wie entsprechende Szenarien in Thomas Manns „Zauberberg“.⁹ Konzeptionelle Irrtü-
mer in der Betreuung der Patientinnen, z.B. die damals üblichen, thromboembolische
Ereignisse geradezu herausfordernden, langen Immobilisationszeiten, sowohl im
Wochenbett als auch postoperativ nach gynäkologischen Eingriffen, konnten inzwi-
schen als solche identifiziert und korrigiert werden. In manchen Bereichen, wie der
geburtshilflichen Analgesie sind wir froh, dass die damals zur Verfügung stehenden
Methoden wie Durchtrittsnarkose und Dämmerschlaf durch innovative patientinnen-
orientierte Verfahren wie der Periduralanästhesie ersetzt werden konnten. Die
Geburtshilfe hat insgesamt einen erheblichen konzeptionellen Wandel vollzogen.
Während in den fünfziger Jahren Geburten streng ärztlich geleitet wurden, später nicht
selten programmierte Geburtsverläufe angestrebt wurden, so ist die heutige Geburts-
hilfe, vor allem bei unauffälligen und nichtpathologischen Verläufen, stärker
hebammenorientiert; den Wünschen und Vorstellungen der Gebärenden wird beson-
derer Respekt entgegengebracht.

In anderen Bereichen, wie z.B. der Entwicklung der Häufigkeit des Kaiserschnitts
(Sectio caesarea) erscheint eine abschliessende Beurteilung heute gar nicht möglich,
weil man sich vermutlich derzeit auf einer Teiletappe mit weiter zu erwartendem Pro-
gress befindet. Zu Beginn des vorherigen Jahrhunderts war der Kaiserschnitt noch mit
grossen Risiken verbunden und man wagte kaum, ihn auszuführen; im Zeitraum zwi-
schen 1896 und 1900 weisen die Archive der Basler Frauenklinik lediglich fünf

8 Theodor Koller war leidenschaftlicher Raucher, oft ging er mit brennender Zigarette im Mundwinkel durch die Stationen
der Klinik; ein Anblick, welches im Zeitalter der rauchfreien Krankenhäuser fast unvorstellbar geworden ist.

9 Auch die Fach-Nomenklatur erscheint uns heute nicht selten fremd. Das führende Lehrbuch der Zeit, von Ludwig Seitz
herausgegeben (Th. Koller steuerte das Kapitel „Thrombose und Embolie in Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ bei), trug
den Titel „Biologie und Pathologie des Weibes“.

Kaiserschnitte aus. Auch in den dreissiger Jahren wurde der Eingriff noch vergleichsweise selten vorgenommen (42 Kaiserschnitte im Jahr 1937; das waren 2.1% aller Geburten). 1990 war die Kaiserschnitttrate auf 17.6% angestiegen. Der internationalen Literatur der damaligen Zeit kann man entnehmen, dass eine Sectiorate von mehr als 10-15% nicht zu rechtfertigen sei.¹⁰ Aus heutiger Sicht, in der universitäre Frauenkliniken Sectioraten zwischen 25 und 30% aufweisen, erscheint aber auch diese noch nicht so lange zurückliegende Forderung, bereits überholt. Vermutlich ist diese Entwicklung, die jüngsten Tendenzen in der Geburtshilfe folgt (u.a. grundsätzlich defensive Einstellung vieler Geburtshelfer, Angst vor vaginal-operativen Eingriffen, «Wunschsektio»), noch längst nicht abgeschlossen. In manchen Institutionen sind Sectioraten bis zu 50% bereits keine Seltenheit mehr. Es muss nicht besonders betont werden, dass in der Geburtshilfe der fünfziger Jahre die Wunschsektio, also die Durchführung eines Kaiserschnitts, der medizinisch nicht als notwendig erachtet wird, sondern allein auf Wunsch der werdenden Mutter durchgeführt wird, auch nicht im Ansatz diskutiert worden wäre.



Die neue Frauenklinik ist heute im Klinikum I des Universitätsspitals untergebracht. Im Vordergrund der Behandlungsbau mit der Poliklinik der Frauenklinik (Erdgeschoss), OP-West (1. Etage) und Gebärdabteilung (2. Etage); im Hintergrund das Bettenhaus.

10 B. Chalmers. WHO appropriate technology for birth revisited. British Journal of Gynaecology and Obstetrics 1992; 99: 709

Neben dem klinischen Alltag hat in den letzten Jahrzehnten ein weiterer Bereich, der seit jeher ein besonders wichtige Eckpfeiler jeder Universitätsklinik darstellt, einen erheblichen Wandel erlebt: die akademische Lehre. Auch hier ist der status quo zweifellos nur eine Zwischenstation zu weiteren zukünftigen Entwicklungen.

In der Ordinariatszeit Theodor Kollers lag die Vermittlung des gesamten Stoffgebietes des Fachs üblicherweise in einer (seiner) Hand. Die Vorlesungen wurden klassisch als Frontalunterricht gestaltet. Phantomkurse, insbesondere das Einüben auch schwieriger geburtshilflicher Manöver, gehörte traditionell zum Lehrplan. Im Vergleich zu dieser Zeit wird das Fachgebiet heute von einer Vielzahl spezialisierter Dozenten gelehrt; dieses erfordert eine gute Koordination, um der Gefahr von Überschneidungen einzelner Themen zu entgehen.

Die heutige universitäre Didaktik sieht nicht mehr nur die «klassischen» Frontalvorlesungen, sondern in zunehmender Anzahl auch Tutoriate («problemorientiertes Lernen») und Kleingruppenunterricht vor. Aus diesem Didaktikkonzept folgt, dass die Lehre heute zwangsläufig auf den Schultern vieler Klinikmitarbeiter liegt. Innovative Prüfungskonzepte wie «OSCE» (Objective Structured Clinical Evaluation) müssen von einer Vielzahl von Prüfern betreut werden; auch die Abnahme von Prüfungen wird also heute nicht mehr nur von den Lehrverantwortlichen allein geleistet. OSCE ist ein Prüfungskonzept, bei dem unter Einsatz von Simulationspatienten, Statisten, Phantomen und elektronischen Medien eine praxisorientierte Prüfung in Form eines Stationsparcours erfolgt; hier wird nicht nur theoretisches Wissen, sondern vor allem auch die klinische Kompetenz des Prüflings berücksichtigt (z.B. praktische Fähigkeiten, die Bewältigung ärztlicher Routinen und kommunikative Fertigkeiten). In naher Zukunft wird auch die Umsetzung der sogenannten „Bologna-Reform“ (mit der Bologna-Deklaration von 1999 begann die Etablierung des sogenannten einheitlichen europäischen Hochschulraumes) zweifellos neue und tiefgreifende Veränderungen der universitären Lehre mit sich bringen.¹¹

Unabhängig von der zeitlichen und personellen Mehrbelastung, die üblicherweise mit der Implementierung neuer Lehrkonzepte einhergeht, muss auch noch darauf hingewiesen werden, dass die Zahl der zu Unterrichtenden in den letzten Jahren stetig angestiegen ist. Im Herbstsemester 2007 war mit 2008 immatrikulierten Studierenden im Fachgebiet Medizin ein bisheriger Höhepunkt erreicht (im Wintersemester 2000/2001 waren es noch 1298 Studierende). Zum Vergleich: zu Beginn unseres historischen Rückblicks waren in Basel «lediglich» 657 Medizinstudenten immatrikuliert (Wintersemester 1960/61).

Mit der breiten Nutzung des Internet haben sich die Gewohnheiten der Informationsbeschaffung (Lernende) auf der einen, und als Reaktion darauf auch die Prinzipien der Informationsvermittlung (Lehrer) auf der anderen Seite nachhaltig geändert. Sogenannte e-learning-Projekte machen heute die Inhalte der Lernzielkataloge auch im Internet verfügbar. So ist die Universitäts-Frauenklinik Basel Mitbetreiber von EGONE, einem e-learning-Portal, das den Lernzielkatalog der Frauenheilkunde und der Neonatologie vollständig abdeckt (das Akronym steht für »e-learning for gynecology, obstetrics, neonatology, endocrinology«). Die Inhalte von EGONE werden in

11 Die Universität Basel hat als erste Volluniversität der Schweiz ihr grundständiges Studienangebot seit dem WS 2006/07 komplett auf die neue Studienstruktur umgestellt.

der Schweiz von den Dozierenden der medizinischen Fakultäten der Universitäten Zürich, Bern, Basel und Lausanne erarbeitet.

Wenn man die Situation der heutigen universitären Lehre mit der der fünfziger Jahre vergleicht, muss noch ein weiterer interessanter Aspekt genannt werden. Offene Kritik erfolgte damals immer unidirektional (vom Lehrer zum Studierenden). Für die Generation Theodor Kollers wäre es undenkbar gewesen, dass ihre Lehre von der Studentenschaft evaluiert, oder sogar offen kritisiert wird. Heutige Dozenten sind sich bewusst, dass sie mit ihren Lehrleistungen im Wettbewerb beurteilt werden und letztlich entscheidend zum Renommee einer Hochschule beitragen.



Eingang zur neuen Frauenklinik an der Spitalstrasse.

Viel interessanter als in der Rückschau auf detaillierte medizinische Prozeduren oder universitäre Lehrkonzepte spiegelt sich in der Geschichte der Frauenklinik aber eine gesellschaftliche Veränderung, welche die soziale Stellung der Frau in den vergangenen 50 Jahren so umwälzend verändert hat, wie in keiner geschichtlichen Epoche zuvor. Wenn man diese Entwicklung in einem Satz auf den Punkt bringen möchte, so wäre es wohl das Faktum, dass sich die letzten zwei Generationen junger Frauen deutlich weniger als alle Generationen zuvor extern auferlegten gesellschaftlichen Beschränkungen und Vorstellungen ausgesetzt sehen, wie ihr Leben (als Frau) auszu- sehen habe. Heute ist die individuelle Freiheit, das Leben auch ausserhalb konservativer weiblicher Lebensmuster zu planen und zu gestalten, eine Selbstverständlichkeit geworden. An den drei Themen Schwangerschaftsabbruch, Kontrazeption und Reproduktionsmedizin kann beispielhaft gezeigt werden, wie sich der Umgang mit frauengesundheitlichen/ gynäkologischen Problematiken und ihren medizinischen Lösungen auf der einen und das Umdenken bezüglich gesellschaftlicher Konventionen auf der anderen Seite gegenseitig katalysieren.

Das am längsten und wohl auch am intensivsten und emotionalsten diskutierte Thema stellt sicher die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs dar, insbesondere die Kollision zwischen der Entscheidungsfreiheit der Frau und dem Lebensrecht und der Menschenwürde des ungeborenen Kindes. In der Schweiz ist seit Oktober 2002 der Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche landesweit straffrei.

Diese Regelung wurde nach einer Volksabstimmung eingeführt, bei der die so genannte Fristenlösung eine Zustimmung von 72,2 Prozent der Stimmberechtigten fand. Bis zur 12. Schwangerschaftswoche wird die Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch der Frau überlassen und dieser ist in diesem Fall straffrei. Nach der 12. Woche ist ein Schwangerschaftsabbruch nur noch erlaubt, wenn ein Arzt eine schwerwiegende Gefährdung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Frau feststellt. Die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch werden von den Krankenkassen übernommen.

Das zweite zentrale sozialmedizinische Thema der Frauenheilkunde, der Komplex Kontrazeption/Familienplanung, erfuhr in den sechziger Jahren mit der Einführung der «Antibabypille» eine nachhaltige Veränderung. Frauen konnten jetzt so frei wie nie über ihr Sexualleben und ihre Reproduktion bestimmen. Positiv formuliert war die Pille also kein Mittel der Schwangerschaftsverhütung, sondern eher ein Instrument, mit der die Familien- und damit die Lebensplanung eigenverantwortlich in die Hand genommen werden konnte. Die Ära der sexuellen Befreiung der Frau, die in den sechziger und siebziger Jahren einsetzte, ist ohne die Einführung von Kontrazeptiva nicht denkbar. Heute sind Frauen aller Altersgruppen in der Lage, aus einer Vielzahl von Verhütungsmethoden die für sie ideale Lösung zu wählen.

Seit den achtziger Jahren (1978 wurde in England das erste Kind nach künstlicher Befruchtung geboren) erlauben die Methoden der Reproduktionsmedizin auch eine künstliche Fortpflanzung. Die Hauptmethoden der Fertilisation sind in-vivo, z.B. homologe oder heterologe intrauterine Insemination, vor allem aber in-vitro (IVF); bei eingeschränkter Spermienqualität des Mannes kommt heute die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) zur Anwendung. Nach Schätzungen sind bisher weltweit über drei Millionen Kinder nach künstlicher Befruchtung geboren worden.

Bereits zu Beginn der achtziger Jahre wurde die Reproduktionsmedizin in Basel eingerichtet. Unter der Führung von Professor Ludwig entstand in der Basler Klinik die erste Schwangerschaft nach IVF-Fertilisation in der Schweiz. Leider kam es in dieser Schwangerschaft kurz vor dem Entbindungstermin zum intrauterinen Tod der Fruchtblase. Auf öffentlichen Druck hin (kontroverse Diskussionspunkte waren u.a. die zunächst hohe Anzahl an heterologen Inseminationen, d.h. Befruchtungen mit Fremdsperma anonymen Spender, später auch der ethische Hintergrund der IVF-Technik) wurde dieses Programm 1990 gestoppt. Erst auf eine staatsrechtliche Beschwerde von Betroffenen sowie Mitgliedern der Basler Frauenklinik (Ludwig, Almendral, Pavic) setzte das schweizerische Bundesgericht dieses Verbot ausser Kraft, so dass ab 1996 wieder ein kantonaler Leistungsauftrag zur Reproduktionsmedizin an die Universitäts-Frauenklinik erging. Wesentliche Grundzüge der kantonalen Gesetzgebung wurden in das seit 2001 geltende landesweite «Fortpflanzungsmedizin-gesetz» übernommen.

Christian de Geyter, der das reproduktionsmedizinische Programm in der Frauenklinik Basel seit 1996 leitet, hat ein international hoch anerkanntes Zentrum aufgebaut. Im Jahr 2007 sind rund 150 Kinder nach Einsatz reproduktionsmedizinischer Techniken in dieser Abteilung zur Welt gekommen. Die Reproduktionsmedizin erlaubt aber nicht nur kinderlosen Ehepaaren, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. In der Praxis führt sie auch dazu, dass sich eine Vielzahl von Frauen ihren Kinderwunsch vergleichsweise spät erfüllen. Dieses zeigt sich auch am Durchschnittsalter der Patientinnen, bei denen

in der Basler Klinik heute reproduktionsmedizinische Therapien zum Einsatz kommen, es liegt bei 37 Jahren.

Die oben genannten drei grossen Themen «Schwangerschaftsabbruch», «Schwangerschaftsverhütung» und «Reproduktionsmedizin» bedeuteten aber im gesellschaftlichen Kontext viel mehr als lediglich die freie Wahlmöglichkeit, ob, wann, wie und wie viele Kinder eine Frau bekommen möchte. Die Beschäftigung mit diesen Themen war immer komplex, der Austausch der vielschichtigen medizinischen, rechtlichen und ethischen Gesichtspunkte nicht selten emotional und konfliktgeladen. Im Zuge dieser Diskussionen erstarkte auch die Frauenbewegung und etablierte sich als gesellschaftlich einflussreiche Gruppe, welche sich zunehmend Gehör verschaffte. Die gesellschaftliche Autonomie der Frau, und mit ihr auch die körperliche Selbstbestimmung, wurden in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt.¹² Das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe und seine Vertreter sahen sich vermehrt kritischen Fragen ausgesetzt. Kritikpunkte waren unter anderem die hohe Zahl an (mutmasslich) zu leichtfertig indizierten Gebärmutterentfernungen und eine zunehmend technisierte Geburtshilfe, die den natürlichen Abläufen der Geburt keine Rechnung mehr trug und in der das individuelle Geburtserlebnis, auch bei komplikationslosen Verläufen, durch programmierte Verfahren in den Hintergrund gedrängt wurde; auch der (vermeintlich) unsensible und respektlose Umgang der (meist männlichen) Frauenärzte mit der Patientin während einer gynäkologischen Untersuchung wurde Gegenstand der Diskussion.

Auffallend ist, dass sich in den letzten Jahrzehnten eine Wechselwirkung zwischen frauenmedizinischem und gesellschaftlichem Fortschritt entwickelt hat. Dabei war zu Beginn der jeweiligen Entwicklung der oben genannten drei zentralen Themen die gesellschaftliche Dimension im Sinne der Stärkung der Position der Frau noch nicht deutlich fokussiert. Initial bestand bei der Frage der Regelung des Schwangerschaftsabbruchs viel mehr die Notwendigkeit und das Ziel, praktikable Lösungen für ein Vorgehen zu finden, welches vorher nicht selten in der Illegalität von medizinischen Laien, oft zu erheblichem Schaden der betroffenen Frauen, betrieben wurde. Im Falle der medikamentösen Kontrazeption und Reproduktionsmedizin standen zu Beginn meist rein wissenschaftliche, aber auch wirtschaftliche Interessen sowie die Faszination des Machbaren im Vordergrund. Mit der Etablierung der Methoden der genannten Themenbereiche, begleitet von einer offenen Diskussion, wurden im Weiteren dann aber auch ihre (möglicherweise zu Beginn ihrer Entwicklung gar nicht intentionierten) gesellschaftspolitischen Implikationen evident.¹³ Der von Wechselwirkungen zwischen Medizin und Gesellschaft getragene Diskurs wurde zunehmend zu einer sich gegenseitig befruchtenden Interaktion. Im praktischen Sinne bedeutet dieses, dass sich vermehrt Frauen, nicht zuletzt begünstigt durch die Freiheitsgrade, welche die Entwicklungen auf dem Gebiet der Frauenmedizin ihnen bot, an der öffentlichen Diskussion gesellschaftlicher und politischer Themen beteiligten und diese auch mit zunehmend progressiveren Inhalten weiterführten.

12 In diesem Zusammenhang darf kurz daran erinnert werden, dass in der Urdemokratie Schweiz das Wahlrecht für Frauen eine vergleichsweise junge Einrichtung ist. Diese wurde erst 1971 in einer eidgenössischen Abstimmung eingeführt.

13 Hier wird ein Prinzip deutlich, dass in den letzten Jahrzehnten das Bild der Medizin deutlich geprägt und nicht selten öffentliche Kritik provoziert hat: zuerst erfolgten die medizinischen Entwicklungen und Innovationen, danach erfolgte die gesellschaftspolitische und ethische Auseinandersetzung ihrer Folgen.

Im Verlauf dieses Diskurses kam es auch zu einer durchgreifenden inhaltlichen und konzeptionellen Änderung des Faches Frauenheilkunde. War die Gynäkologie in den fünfziger Jahren noch weitgehend spezifisch auf die Organe des kleinen Beckens fixiert, so wurde in jüngerer Zeit der Begriff «Frauengesundheit» geprägt. Eine moderne Frauenklinik ist heute eine interdisziplinär arbeitende Institution, die Frauen in allen Lebensphasen kompetent betreut, berät und begleitet. Alte Grenzziehungen zwischen den Disziplinen verschwimmen. Die moderne Medizin orientiert sich stärker als vorherige ärztliche Generationen an den besondere Bedürfnissen und Anforderungen von Frauen. Im neuen Gesundheitskonzept stehen Selbstbestimmung und Würde der Frau im Mittelpunkt. Viel stärker als vorherige Generationen sind viele heutige Patientinnen gut informiert (mit der weiten Verbreitung des Internet ist der Arzt heute nicht mehr alleiniger Wahrer des medizinischen Wissens) und werden so immer mehr zu gleichwertigen Partnern in der Konsultation.



Ärztinnen und Ärzte der Frauenklinik mit ihren eigenen im Jahr 2000 im Frauenspital geborenen Kindern.

Ein wichtiger Faktor in der Änderung der Atmosphäre im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe ist sicher auch der Entwicklung zuzuschreiben, dass zunehmend Ärztinnen im Fach tätig sind. Noch in der Mitte der siebziger Jahre betrug der Frauenanteil im ärztlichen Team der Basler Frauenklinik 25-30%, aktuell liegt er bei 80%. Die Führung der Frauenklinik hat diese Strömung aufgenommen und versucht seit Jahren, innovative Arbeitszeitmodelle zu schaffen, die es erlauben, akademische Arbeit und Familie zu vereinbaren.¹⁴ Unabhängig von der Frauenheilkunde wird sich die Medizin in naher Zukunft damit auseinandersetzen müssen, frauen- und damit familiengerechte

Beschäftigungsstrukturen zu schaffen. Von den 2007 in Basel im Fach Medizin immatrikulierten Studierenden waren 57.3% Frauen (n=1152).¹⁵

Die beschriebenen gesellschaftspolitischen Veränderungen wurden über Jahrzehnte auch von engagierten Sozialmediziner in der Frauenheilkunde vorangetrieben. Dieses Engagement entspricht durchaus alter Basler Tradition. Die Frauenklinik verstand sich nach ihrer Gründung 1868 ausdrücklich auch als «Asyl für unbemittelte und verlorene Frauen», die aus dem sozialen Netz herausgefallen waren. 1870 waren 78% der Wöchnerinnen in der Klinik ledige Mütter, ein Status, der bis weit ins 20.

14 Auch hier zeigt sich im Lauf der Zeit ein erhebliches Umdenken der Männer, die der Basler Frauenklinik vorstehen. Hermann Fehling, Ende des 19. Jahrhunderts Direktor der Frauenklinik und Rektor der Universität hatte sich noch vehement gegen eine Zulassung von Frauen zum Studium ausgesprochen. In seiner Rektoratsrede «Bestimmung der Frau und ihre Stellung zu Familie und Beruf» nahm er deutlich Stellung: « dass in erster Linie die Bestimmung des Weibes auch heute noch die ist, die ihr im Plan der Schöpfung gegeben wurde, Gattin, Mutter, Hausfrau, Erzieherin der Jugend zu sein».

15 Im Wintersemester 1960/61 betrug der Frauenanteil an den in Basel immatrikulierten Medizinstudenten noch 15.8%. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war das Medizinstudium eine Männerdomäne; 141 Studenten standen 4 Studentinnen (2.8%) gegenüber.

Jahrhundert hinein einem gesellschaftlichen Stigma gleichkam. Um die Jahrhundertwende lag der Anteil «illegitimer Geburten» noch immer bei 20%.

Bereits in den dreissiger und vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts setzte sich der damalige Direktor der Frauenklinik, Alfred Labhardt, für das 1942 in Kraft getretene Indikationsmodell im Schweizerischen Strafgesetzbuch ein. So konservativ seine Einstellung zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs aus heutiger Sicht ist, so aufgeschlossen war er in der Frage der Schwangerschaftsverhütung, welche er als ein vordringliches soziales Thema ansah.

Wenn über die Gestaltungskraft Basler Persönlichkeiten in der Sozialmedizin die Rede ist, muss Marianne Mall-Häfeli vorgestellt werden. Sie trat noch zu Amtszeiten Theodor Kollers in die Frauenklinik ein und leitete später bis 1988 die Abteilung für Sozialmedizin. Diese wurde durch sie weit über die Grenzen der Stadt hinaus bekannt. So wurde das von ihr erarbeitete «Basler Modell» in Deutschland als eine Grundlage für die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruches übernommen. Frau Mall-Häfeli war eine der ersten Frauen in der Medizinischen Fakultät. Darüber hinaus engagierte sie sich viele Jahre in der Politik, unter anderem gehörte sie zwei Legislaturperioden dem Basler Grossrat an und kandidierte für den Ständerat. Johannes Bitzer und Sibil Tschudin führen derzeit die Basler Tradition der Sozialmedizin fort.

Wenn man sich die Entwicklung der oben skizzierten Frauengesundheit vor Augen führt, so darf festgestellt werden, dass die Diskussion darüber in entscheidendem Masse auch an dem Ort geführt wurde, an dem sich die Medizin mit eben dieser Frauengesundheit auseinandergesetzt hat: an der Frauenklinik. Manchen Progressiven mag die Diskussion vielleicht nicht fortschrittlich genug gewesen sein,¹⁶ manche Konservative sahen vielleicht die Tradition nicht genug beachtet. Fakt ist: der Diskussion und der kritischen Auseinandersetzung wurden in der Frauenklinik ein Forum gegeben. Die ehemalige Basler Regierungsrätin Veronica Schaller schrieb 1996 zur Hundertjahrfeier der Klinik, dass für sie wie für viele andere Frauen «der Einstieg in die Diskussion um Ziele und Methoden der Medizin überhaupt» durch das Frauenspital erfolgte. Zu den traditionellen frauenheilkundlichen Themen «Schwangerschaftsabbruch» und «Reproduktionsmedizin» sind weitere hinzugekommen. Zu nennen wäre in der Onkologie die Diskussion um Sterbehilfe und assistierten Suizid bei unheilbar Kranken. Darüber hinaus müssen zwei Felder genannt werden, an deren Weiterentwicklung sich die Basler Frauenklinik seit vielen Jahren mit Forschungsschwerpunkten aktiv beteiligt: die Diagnostik am Ungeborenen im Mutterleib mit der Möglichkeit, genetische Erkrankungen und Fehlbildungen frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren, sowie die Forschung und der Umgang mit menschlichen embryonalen und hämatopoetischen Stammzellen aus Nabelschnurblut. Da zukünftige gesellschaftliche Strömungen stets neue Standpunkte zu diesen drängenden medizin-ethischen Fragestellungen fordern werden, liegt es auf der Hand, dass diese Themen nie erschöpfend diskutiert sein können. Neue Problematiken und Sichtweisen werden sich aufdrängen. Eines darf aber als sicher gelten: die Frauenklinik wird auch in Zukunft ein exponiertes Diskussionsforum sein, mitten in der Gesellschaft.

16 1972 führten stark abweichende Bewertungen und Einstellungen zu den Methoden der Reproduktionskontrolle dazu, dass Marianne Mall-Häfeli ihren Habilitationsvortrag unter Polizeischutz halten musste.



Raumgestaltung in der neuen Frauenklinik mit dem Prinzip „Raum, Farbe, Licht“. Ansicht des Aussenganges der Gebärabteilung.

Im letzten Absatz wurden die wesentlichen Charakteristika und die Philosophie einer neuen ganzheitlichen Frauenheilkunde skizziert, welche körperliche, psychologische und soziale Faktoren gleichwertig einbezieht. Jedes theoretische Konzept braucht aber auch einen Ort, an dem es stattfindet, an dem es in die Tat umgesetzt wird. Die neue Basler Frauenklinik trägt in Ausstattung und Ausgestaltung diesem Konzept Rechnung. Die verantwortlichen Architekten Silvia Gmür und Livio Vacchini haben die Räume nach dem Prinzip «Raum, Farbe und Licht» gestaltet, um so eine Atmosphäre zu schaffen, in der individuell fokussierte Medizin betrieben werden kann. Ein erklärtes Ziel war es, die Raumfarben nicht durch traditionelle krankenhaustypische Attribute (wer kennt nicht den typischen Desinfektionsgeruch in dunklen langen Gängen?) zu übertönen.

Derzeit werden in der Universitäts-Frauenklinik Basel etwa 2000 Kinder pro Jahr geboren (und mit ihren Müttern auf der Mutter-Kind-Station betreut), 3500 gynäkologische Operationen durchgeführt (und die Patientinnen postoperativ bis zur Entlassung gepflegt) und etwa 60000 ambulante Konsultationen in der allgemeinen Poliklinik und zahlreichen Spezialsprechstunden vorgenommen, eine grosse und attraktive Aufgabe.

Literatur:

Friedrich Rintelen. Geschichte der Medizinischen Fakultät in Basel 1900-1945. Schwabe & Co, Basel, 1980.

Hans Ludwig. Die Geschichte des Lehrstuhles für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität Basel. Aus: Hans Ludwig, Alfonso Castano Almendral (Hrsg.). Festschrift Prof. Dr. Otto Käser. Symposium zu Ehren von Herrn Prof. Dr. Otto Käser aus Anlass des 75. Geburtstages. Schwabe & Co, Basel, 1988: Seiten 23-37

Hans Ludwig. Geburtshilfe und Gynäkologie-Rückblick auf 125 Jahre in Basel. Therapeutische Umschau 2002; 59: 629-40

T. Koller, H. Stamm, K. Stäuble (Hrsg.). 100 Jahre Geburtshilfe und Gynäkologie in Basel 1868-1968. Schwabe & Co, Basel, 1970.

Alfonso Castaño-Almendral. Frauenheilkunde in Basel während der vergangenen 50 Jahre. Unveröffentlichter Manuskriptentwurf, 2010.

Andreas Bitterlin, Veronica Schaller. 100 Jahre Frauenspital. B wie Basel 1996 (6): 6-17

Wolfgang Holzgreve. Struktur einer Universitätsfrauenklinik - Einheit und Vielfalt. Aus: H.P.G. Schneider (Hrsg.). Ein Vierteljahrhundert Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus Münsteraner Sicht. Verlag der Universität Münster, Münster, 2004: Seiten 42-46

Statistische Jahrbücher des Kantons Basel-Stadt, mehrere Jahrgänge

Universitätsspital Basel. Jahresbericht 2007; Daten und Fakten

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Uwe Güth

Universitäts-Frauenklinik Basel

Spitalstrasse 21

CH-4031 Basel

Tel.: 061-2659028; Fax: 061-2659037

e-mail: uguet@uhbs.ch