

Ordnungsprinzipien einer Klinik im Spiegel der Chefanordnungen von Prof. Dr. Georg
Maurer – ein Beitrag zur Geschichte des Klinikums rechts der Isar in München



Bernadette Schweitzer
Ludwig-Maximilians-Universität München
München 2019

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Georg Marckmann MPH

»Ordnungsprinzipien einer Klinik im Spiegel der Chefanordnungen von Prof. Dr. Georg Maurer – ein Beitrag zur Geschichte des Klinikums rechts der Isar in München.«

**Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

Bernadette Schweitzer

aus München

2019

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatterin: PD Dr. Isabel Grimm-Stadelmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Wolf E. Mutschler
Prof. Dr. Reinhard Putz

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard HICKEL

Tag der mündlichen Prüfung: 14.03.2019

Die vorliegende Dissertation möchte ich von Herzen meiner Familie und Univ. Prof. Dr. med. Peter C. Maurer widmen. Sie haben mich auf meinem Weg stets tatkräftig unterstützt und begleitet. Ihnen gilt mein großer Dank.

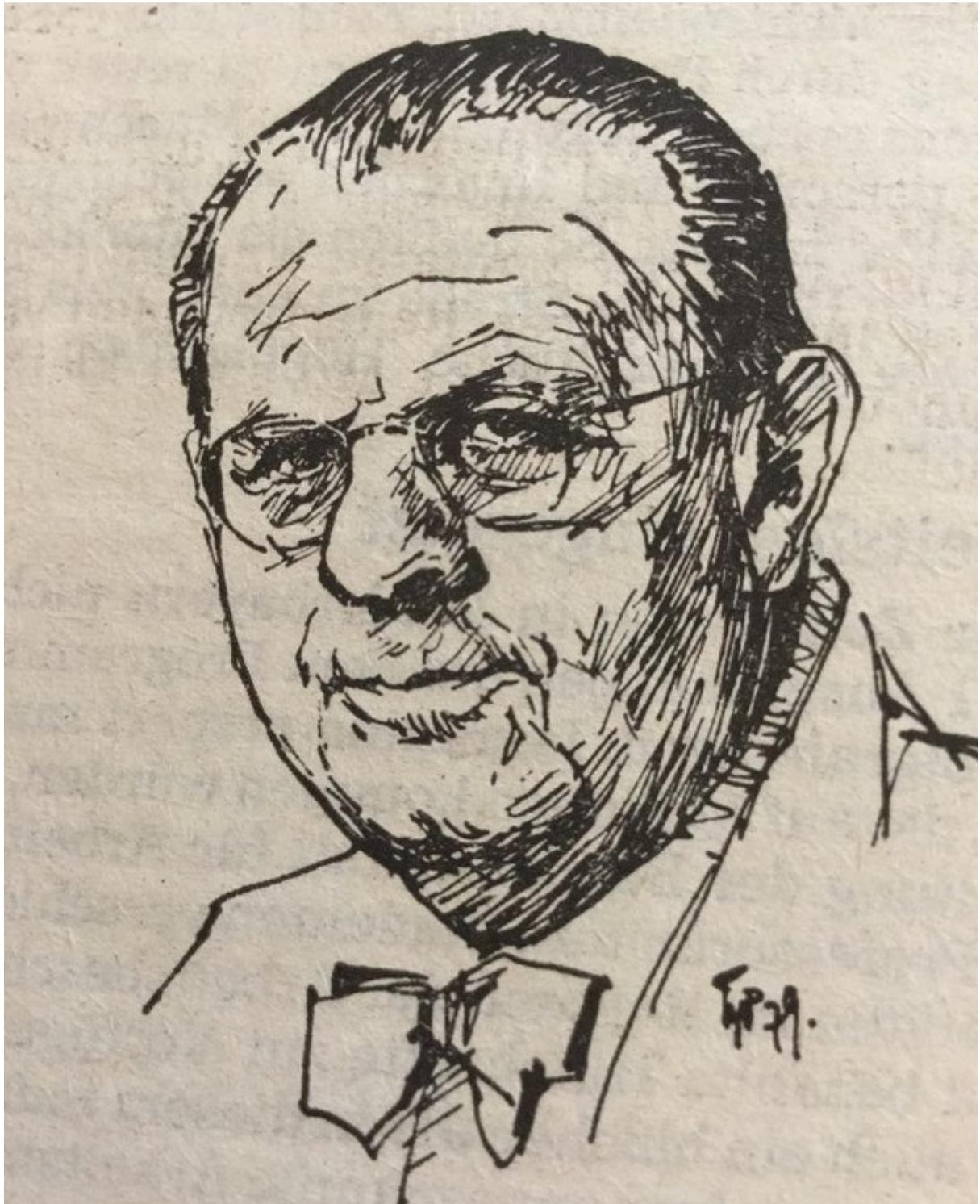


Abbildung 1: Münchner Stadtanzeiger Nr. 40, Thomas Zimmermann 1979, „Georg Maurer 70“

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINFÜHRUNG	9
B. FRAGESTELLUNG, GRUNDLAGEN, METHODIK	10
C. QUELLEN	11-14
1. Archivalien	11-12
2. Primärquellen	12
2.1 Primärquellen – Gedruckt	12
2.2 Primärquellen – Ungedruckt	12
3. Sekundärquellen	12
4. Verwendung	13-14
D. GEORG MAURER – EIN KURZER BIOGRAPHISCHER ABRIS	15-22
1. Wichtige Daten aus dem Leben Georg Maurers	15-19
2. Georg Maurers persönliche und akademische Entwicklung	20-22
2.1 Herkunft	20
2.2 Schul- und Studienzei	20
2.3 Facharztausbildung in München	20-21
2.4 Kriegszeit, Einberufung	21
2.5 Die Zeit nach dem 2. Weltkrieg	22
E. ÜBERBLICK ÜBER DIE GESCHICHTE DES KLINIKUMS RECHTS DER ISAR	23-32
1. Die Entwicklung des Krankenhauses/ Klinikums rechts der Isar von 1830 bis 1954	23-25
2. Der Wandels des Krankenhauses/Klinikums rechts der Isar unter Georg Maurers Leitung	25-32
2.1 Bauliche Veränderungen am Klinikum rechts der Isar	26-28
2.2 Etablierung neuer Abteilungen und Fachdisziplinen	28-31
2.3 Etat, Planbettenstand, Personal	31-32

F. GEORG MAURER – SCHRIFTLICHE DOKUMENTE	32-190
1. Dokumente – Schriftstücke (Allgemein)	32-34
1.1 Anzahl	32
1.2 Katalogisierung	32-33
1.3 Herkunft	33
1.4 Vollständigkeit/Zeitraum	33
1.5 Adressaten	33-34
2. Dokumente – Chefanordnungen	34-190
2.1 Anzahl	34
2.2 Vollständigkeit	35-36
2.3 Formeller Aufbau	36
2.4 Zeitlicher Rahmen/Kontinuität der Erstellung	36
2.5 Ergänzungen, Aufhebungen, Abänderungen	37
2.6 Kontrolle der Chefanordnungen	37
2.7 Themenfelder/-gebiete	37-38
2.8 Betreff, Anlass und Zielsetzungen	38
2.8.1 Themenbereich – Klinikorganisation	38-145
2.8.1.1 Strukturelle Klinikorganisation	39-59
2.8.1.1.1 Risikomanagement	40-52
1) Katastrophenmanagement	41-43
2) Strahlenschutz	44-46
3) Transfusionswesen	47-50
4) Technik: Betriebssicherheit/Gerätesicherheit	51-52
2.8.1.1.2 Wirtschaft und Finanzen	53-54
2.8.1.1.3 Abteilungsorganisation	55-57
2.8.1.1.4 Medizinisch apparative Ausstattung	58-59
2.8.1.2 Personelle Klinikorganisation	60-145
2.8.1.2.1 Dienstorganisation	61-86
1) Dienstregelung	61-66
2) Dienstkleidung	67-69

3) Krankmeldung/Urlaubsregelung	70-76
4) Fort- und Weiterbildung/Pflichtveranstaltungen	77-86
2.8.1.2.2 Ärztliche Zuständigkeiten	87-92
2.8.1.2.3 Meldepflicht	93-94
2.8.1.2.4 Schweigepflicht	95-97
2.8.1.2.5 Leit- und Richtlinien	98-136
1) Stationäre Versorgung	98-111
1.1 Patientenaufnahme	98-101
1.2 Patientenentlassung	102-103
1.3 Patientenverlegung	104-105
1.4 Stationäre Patientenüberwachung	106-107
1.5 Umgang mit Patientenutensilien	108-111
2) Ambulante Versorgung	112-117
2.1 Personal	112-114
2.2 Patient	115-117
3) Notfallversorgung	118-131
3.1 Ambulante Versorgung	118-127
3.2 Stationäre Versorgung	128-131
4) Operative (perioperative Versorgung)	132-134
5) Arzneimittel	135-136
2.8.1.2.6 Ärztliche Weiterbildung	137-139
2.8.1.2.7 Ausbildung der Medizinstudenten	140-142
2.8.1.2.8 Pflegepersonal	143-145
2.8.2 Themenbereich – Krankenhaushygiene	145-158
2.8.2.1 OP	146-148
2.8.2.2 Station	149-154
2.8.2.3 Personalhygiene	155-158
2.8.3 Themenbereich – Dokumentation	158-176
2.8.3.1 Station/Notaufnahme	159-168
2.8.3.1.1 Arztbriefe	159-162

2.8.3.1.2 Dokumentationsbögen	163-164
2.8.3.1.3 Nothilfebuch	165-166
2.8.3.1.4 Allgemein	167-168
2.8.3.2 OP	169-172
2.8.3.3 Gutachten	173-174
2.8.3.4 Allgemein	175-176
2.8.4 Themenbereich – Inakzeptable aktuelle Vorkommnisse im Klinikalltag	177-183
2.8.5 Themenbereich – Mahnungen bei Verstoß gegen bereits veräußerte Chefanordnungen	184-188
2.8.6 Themenbereich – Persönliche Kenntnisnahme der Chefanordnungen	189-190
G. ERGEBNIS / DISKUSSION	191-196
H. ZUSAMMENFASSUNG - DISSERTATION	197-199
I. QUELLENVERZEICHNIS	200-208
1. Archivalien	200-203
1.1 Schriftstücke Georg Maurer	200-202
1.2 Bayerisches Hauptstaatsarchiv	203
1.3 Stadtarchiv München	203
2. Primärquellen	203
2.1 Gedruckt	203
2.2 Ungedruckt	203
3. Sekundärquellen	204-208
3.1 Fachliteratur	204-205
3.2 Internetbeiträge	206-208
J. ANHANG	209-261
1. Fragenkatalog – Zeitzeugeninterview	209-211
2. Fragenkatalog – Chefanordnungen	211-212
3. Tabellarische Ausarbeitung – Zeitzeugeninterview	213-233
4. Archivalien (Bayrisches Hauptstaatsarchiv/Stadtarchiv München)	234-261

A. EINFÜHRUNG

Die Entwicklung des Münchner Klinikums rechts der Isar (RDI) von einem vornehmlich regional tätigen Stadtkrankenhaus zu einem modernen, überregional tätigen und weltweit renommierten Universitätsklinikum ist eng mit Namen und Wirken von Georg Maurer (1909–1980) verknüpft.

In seiner Zeit als Chefarzt des vormaligen Stadtkrankenhauses (1953–1959) und späterer ärztlicher Direktor (1959–1979) des Klinikums, gelang es ihm nicht nur, Forschung und Lehre an seinem Krankenhaus universitär zu verankern, sondern insbesondere, dieses zu einem hervorragend strukturierten, medizinisch hochleistungsfähigen und fachlich wie wirtschaftlich konkurrenzfähigen Unternehmen zu formen.

Bereits zu Zeiten Georg Maurers stand die Institution Krankenhaus schon im Blickpunkt verschiedenster öffentlicher Interessensgruppierungen. Wenngleich sich die Rahmenbedingungen für die medizinisch-fachliche und wirtschaftliche Führung eines Krankenhausbetriebes über die Jahre hin kontinuierlich veränderten, war es immer schon Aufgabe der Klinikleitungen in ihren Unternehmen, effiziente und nachhaltige Strukturen für eine optimale Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu schaffen.

Die Umsetzung einer solchen Aufgabe erfordert von den hierfür Verantwortlichen nicht nur intensives Engagement, betriebswirtschaftliches Denken, strategische Kompetenz und Durchsetzungsvermögen, sondern in erster Linie klare Vorstellungen, Zielstrebigkeit und eindeutige Ordnungsstrukturen. Mitentscheidend für ein erfolgreiches Krankenhausmanagement sind Art und Einsatz der zur Anwendung kommenden Führungsinstrumente wie zur Zeit Georg Maurers das Medium der von ihm erfundenen Chefanordnungen als Ordnungsdirektive.

Meine Dissertation greift demnach ein gerade heute wieder verstärkt im Focus stehendes Thema auf und leistet mit der Analyse von Georg Maurers Chefanordnungen als exemplarisch für eine frühe Form von Ordnungsprinzipien im Sinne eines heutigen Klinikmanagements einen Beitrag zur Geschichte des Klinikums RDI in München.

B. FRAGESTELLUNG, GRUNDLAGEN, METHODIK

Die sich aus dem Thema »Ordnungsprinzipien einer Klinik im Spiegel der Chefanordnungen von Georg Maurer – ein Beitrag zur Geschichte des Klinikums rechts der Isar in München« ergebende Fragestellung meiner Dissertationsarbeit konzentriert sich auf die detaillierte Analyse der vorliegenden Chefanordnungen von Georg Maurer als zentrales Leitungs-, Führungs- und Kontrollinstrument eines sich kontinuierlich zu einem der renommiertesten Kliniken Münchens entwickelnden Krankenhauses ab.

Neben der quantitativen Bestandsaufnahme und thematischen Zuordnung interessieren insbesondere Maurers Intentionen, Beweggründe und Zielsetzungen sowie (klinik-) geschichtliche und biographische Hintergründe, die zur Entstehung der vorliegenden Chefanordnungen geführt haben. Ferner wird deren strukturell-formaler Aufbau und ihre Umsetzungswirksamkeit auf Seiten der Adressaten, Maurers Mitarbeitern, untersucht. Eine weitere, damit in engem Zusammenhang stehende Fragestellung bezieht sich auf den möglichen Anteil der Chefanordnungen als zentrales Führungsinstrument an der wachsenden Reputation des Klinikums RDI und, in Verbindung dazu, welche ärztliche Persönlichkeit sie widerspiegeln.

Voraussetzung einer objektiven Analyse der Chefanordnungen von Maurer bildet eine themenbezogene Auseinandersetzung mit Maurers Biographie und Persönlichkeit, da nur in Kenntnis seiner Persönlichkeitsstruktur die davon geprägten Chefanordnungen sowie deren Auswirkungen auf grundlegende Ordnungsprinzipien des Klinikums RDI unter Maurers Leitung in ihren medizinhistorischen Zusammenhang eingeordnet werden können.

Grundlage der Promotionsarbeit bildet die Analyse der schriftlichen Dokumente Georg Maurers. Nach einer Bestandsaufnahme der vorhandenen Daten- und Informationsquellen, wozu die vorliegenden Chefanordnungen, diverse ergänzende Archivalien, weitere Primärquellen sowie eine Vielzahl an Sekundärquellen zählen (Anm.: unter Punkt D. Quellen sind die einzelnen Quellen näher spezifiziert), wurden diese im Hinblick auf die zu bearbeitende Fragestellung detailliert ausgewertet. Die Datenanalyse konzentriert sich dabei auf den Zeitraum von 1953–1979, begründet aus der Themenstellung der Promotionsarbeit (»Ordnungsprinzipien einer Klinik im Spiegel der Chefanordnungen von Georg Maurer – ein Beitrag zur Geschichte des Klinikums rechts der Isar in München.«) sowie aus der Verfügbarkeit entsprechender Daten- und Informationsquellen.

Sämtliche Ergebnisse und Schlussfolgerungen basieren auf der quellenkritischen Untersuchung und Auswertung des herangezogenen Quellenmaterials. Die analysierten Chefanordnungen zeigen deutlich, wie stark die Organisation und Entwicklungsgeschichte des Klinikums RDI während Maurers Wirkungsperiode mit seiner individuellen Persönlichkeitsstruktur und seinem Wertesystem verbunden war.

C. QUELLEN

Das relevante Quellenmaterial unterteilt sich in Archivalien, Primär- und Sekundärquellen, deren Gewichtung und Wertigkeit im Folgenden dargestellt wird.

1. Archivalien

Kernstück der Analyse bilden die Chefanordnungen Georg Maurers (Originale), die aus dem persönlichen Besitz der Familie eines Zeitzeugen (Rudolf Decker) stammen.¹

Die relevanten Schriftstücke (256) wurden im Zeitraum von 1953–1979 angefertigt, dem nachgeordneten ärztlichen Personal (z.T. gegen Unterschrift) ausgehändigt und sind im Hinblick auf ihre Deklaration, Intention und Umsetzungsverbindlichkeit in nachfolgende Kategorien einteilbar:

- Anordnungen (223)
- Bekanntmachungen (19)
- Mitteilungen (6)
- Anschreiben (3)
- Informationen (1)
- Aufforderungen (1)
- Anschlag (1)
- Vereinbarungen (1)
- Ergänzungen (1)

Die mit Anordnung bezeichneten Schriftstücke wurden, da Gegenstand der Analyse, einer fortlaufenden Nummerierung unterzogen, die übrigen wurden unnummeriert belassen.

Weitere zur Analyse herangezogene Archivalien stammen aus dem Bayerischen Hauptstaatsarchiv (MK 58882, MK 67876) sowie dem Münchner Stadtarchiv (ZA-P 328/37, »Krankenhaus rechts der Isar« (Nr. 509 – Planbettenstand, 1959–1967)). Es handelt sich im wesentlichen um Dokumente aus dem/der:

- Personalakte Maurers des Krankenhauses/Klinikums RDI
- Schriftverkehr Maurers mit Institutionen (z.B.: Stadtrat) und Behörden (z.B.: Betriebs- und Krankenhausreferat der Stadt München)
- Schriftverkehr des Betriebs- und Krankenhausreferates der Stadt München (z.B.: Schreiben, Vormerkungen)
- Tagespresse (Artikel aus Münchner Merkur, Süddeutscher Zeitung, TZ, Abendzeitung, „8-Uhr-Blatt“)

¹ Die Information hierüber verdanke ich einem Gespräch mit W. Locher am 15.03.2015.

Nicht allen zitierten Dokumenten konnte ein eindeutiger Verfasser bzw. Autor zugeordnet werden, weshalb diese mit dem Kürzel o.V. gekennzeichnet wurden.

2. Primärquellen

2.1 Primärquellen – Gedruckt

Zu den gedruckten Primärquellen zählen maschinell gefertigte, unveröffentlichte und im Privatbesitz von Zeitzeugen befindliche Dokumente, so zum Beispiel schriftlich fixierte Festreden und Interviews.

2.2 Primärquellen – Ungedruckt

Ungedruckte Primärquellen stellen teils mehrfache Interviews mit Zeitzeugen (6) aus dem näheren familiären bzw. beruflichen Umfeld von Maurer dar. Die Interviews von einer Zeitdauer zwischen 15min und 90min fanden im Zeitraum von März 2014 bis Februar 2015 statt und erfolgten in Form persönlicher Gespräche (face-to-face-Interview). Verwendet wurde eine halbstandardisierte Frageliste (siehe J. Anhang), die eine inhaltliche Gestaltung und Strukturierung der Gespräche unterstützen und einen Vergleich der einzelnen Interviews ermöglichen konnte. Die Interviews wurden in Form eines sogenannten Postskripts schriftlich fixiert. Wenngleich nicht alle Zeitzeugen im erhofften Umfang Informationen zu vorliegender Promotionsarbeit beisteuern konnten, gebührt dennoch allen ein besonderer Dank für ihre authentische Schilderung erinnerbarer Begegnungen und Erlebnisse mit Maurer sowie für ihre persönliche Einschätzung des bekannten Klinikchefs als Persönlichkeit des öffentlichen Lebens und als Privatmenschen. Eine Auflistung der Interviewpartner sowie der Frageliste befindet sich im Anhang (vgl. J. Anhang, Nr. 1, 2, 3).

3. Sekundärquellen

Verwendete Sekundärquellen sind:

- Internetbeiträge
- Wissenschaftliche Arbeiten (Dissertationen)
- Sekundärliteratur (z.B.: Festschriften, Biographien, Fachliteratur)

Einige der im Quellenverzeichnis aufgeführten Sekundärquellen waren offensichtlich nur für einen begrenzten Nutzerkreis von Interesse gewesen sein, weshalb sie keine weitere Verbreitung in der (Fach-) Öffentlichkeit gefunden haben.

4. Verwendung

Die Angaben zu Georg Maurers Biographie basieren vorwiegend auf den detaillierten Aussagen der befragten Zeitzeugen. Zudem konnten aus Archivalien des Bayerischen Hauptstaatsarchives und des Münchner Stadtarchives wichtige Informationen für den schriftlichen Aufbau der Biographie Maurers gewonnen werden. Eine im Jahre 1996 fertiggestellte Dissertation von Gleißner, G. ›Das Wirken Erich Lexers als Chirurg, Klinikdirektor und Lehrstuhlinhaber in München (1928–1937)‹ diente unter anderem neben dem Manuskript ›Erich Lexer: Eine biographische Skizze. Mit einem Geleitwort zur 100. Wiederkehr von Erich Lexers Geburtstag‹ von Bürkle de La Camp, H. und dem Buch ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie: Forschung in Klinik und Experiment, Georg Maurer zum 70. Geburtstag gewidmet‹, von Maurer, P. et al. u.a. als weitere Informationsquelle.

Den Hauptteil der Dissertation bildet die Analyse von Georg Maurers schriftlichen Dokumenten, den Chefanordnungen. Das Kapitel Georg Maurer – Schriftliche Dokumente rekurriert dabei auf dieselbe Quellensituation wie die Angaben zu Georg Maurers Biographie unter Hinzufügung wichtiger Daten und Inhalte aus den Büchern ›Mit Skalpell und Feder: Ein Chirurg blickt zurück‹ von Lechner, F., ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie: Forschung in Klinik und Experiment, Georg Maurer zum 70. Geburtstag gewidmet‹, von Maurer, P. et al., ›Helle Blätter, dunkle Blätter. Erinnerungen eines Chirurgen‹ von Nissen, R. sowie aus den SPIEGEL Artikeln ›3,7 Patienten‹ und ›Bis jetzt eine Müllgrube‹. Zur Unterstützung der Analyse wurde unter anderem die öffentliche Internetseite des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) - Gesetze und Verordnungen, die Bücher Krankenhauslogistik von Kriegel, J., Medizintechnik von Kramme sowie etliche weitere im Quellenverzeichnis (siehe Anhang, Punkt I) aufgelistete Quellen verwendet.

Georg Maurers Wirken als Chefarzt und Klinikdirektor des Krankenhauses bzw. Klinikums RDI ließ sich anhand der nachfolgenden Publikationen nachvollziehen: ›Das Klinikum rechts der Isar im Wandel der Zeit von Rank, G. & Schmidhofer, T., ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie: Forschung in Klinik und Experiment, Georg Maurer zum 70. Geburtstag gewidmet‹ von Maurer, P. et al., ›Helle Blätter, dunkle Blätter. Erinnerungen eines Chirurgen‹ von Nissen, R., ›Die Fakultät für Medizin der Technischen Universität München/Vorgeschichte und Geschichte. Eine Dokumentation zusammengestellt von Gerhard Pfohl und Magnus Schmid‹ von Pfohl, G. und Schmid, M., ›MRI 1967–1997, Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München‹ von Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, gewonnen. Neben Archivalien aus dem Bayerischen Hauptstaatsarchiv und dem Münchner Stadtarchiv konnten wichtige Daten und Inhalte unter anderem der Festrede Karl

Böcks ›Zum 40 jährigen Bestehen des Klinikums r. d. Isar‹ (unveröffentlichtes Manuskript) entnommen werden, sowie dem Zeitzeugeninterview mit Peter Maurer, dem Sohn Georg Maurers, das Beate Beck im Rahmen ihrer Dissertation zu dem Thema ›Analyse des Rechtstreites bezgl. der Etablierung einer zweiten medizinischen Fakultät in München‹ geführt hatte. Hintergrundinformationen zur Geschichte des Klinikums rechts der Isar konnten aus dem Manuskript ›Geschichte des Klinikums rechts der Isar. Klinikum rechts der Isar/Technische Universität‹ gewonnen werden. Intensive Rechercheanfragen zu den Punkten ›Etat und Mitarbeiter‹ des Klinikum rechts der Isar (1953–1979) bei dem ärztlichen Klinikdirektor des Klinikums RDI (Reiner Gradinger), dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der TU München, sowie an dem dazugehörigen Archiv und der Registratur haben leider keine verwertbaren Ergebnisse erbracht. Detaillierte Angaben zu den verwendeten und genannten Quellen finden sich im Inhaltsverzeichnis und im Anhang der Dissertation (vgl. C. Quellen, D. Georg Maurer – Ein kurzer biographischer Abriss und J. Anhang, 4).

D. GEORG MAURER – EIN KURZER BIOGRAPHISCHER ABRISS

1. Wichtige Daten aus dem Leben Georg Maurers

29.05.1909	Geburt – München² (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 6)
1915 - 1928	Schulische Ausbildung München:³ <ul style="list-style-type: none"> • Volksschule am Salvatorplatz, München (04.09.1915 - 01.07.1919) • Ludwig-Realschule, München (10.09.19 - 02.04.1925) • Luitpold-Oberrealschule, München (24.04.1925 - 29.03.1928) • Reifeprüfung 1928 (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 6)
1928 - 1932	Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians Universität München (LMU)⁴ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 6)
09.03.1934	Promotion zum Doktor der Medizin⁵ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 8)
23.12.1933 - 01.07.1934	Medizinalpraktikant an der 1. Medizinischen Universitätsklinik München⁶ (Geheimrat Romberg, Prof. Stepp) ⁷ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 4, 6)
01.07.1934 - 22.12.1934	Medizinalpraktikant an der 1. Universitätsfrauenklinik München⁸ (Prof. Eymmer) ⁹ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 4, 6)
01.01.1935	Volontärassistent an der Chirurgischen Universitätsklinik München¹⁰ (Geheimrat Lexner) ¹¹ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 4, 6)

² Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

³ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

⁴ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

⁵ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Handschriftlicher Lebenslauf*, datiert am 15.06.1953 (1953e).

⁶ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

⁷ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁸ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

⁹ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

¹⁰ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

¹¹ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

01.10.1935 - 1946	Ordentlicher Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik München¹² (ab 01.10.1935 Geheimrat Lexer) (ab 01.10.1936 Magnus) (ab 01.03.1943 Frey) (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 4)
13.01.1939	Facharztanerkennung Chirurgie¹³ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 4)
26.08.1939 - 01.05.1945	Stabsarzt der Reserve:¹⁴ <ul style="list-style-type: none"> • Chirurg in Sanitätskompanien, Feldlazaretten, Reservelazaretten (Belgien 1939, Russland 1941) • ab 1942: leitender Arzt von chirurgischen Fachabteilungen in Reservelazaretten der Heimat (Augsburg, München, Bad Tölz) • ab 01.01.1944: Leiter der chirurgischen Lazarettabteilung Bad Tölz (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 8)
11.10.1940	Habilitation Medizin – Dr. med. habil.¹⁵ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 5)
14.03.1941	Ernennung zum Privatdozenten für Chirurgie unter Zuweisung an die Universität München (LMU)¹⁶ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 4)
01.08.1945 - 30.03.1946	Leitender Arzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Bogenhausen¹⁷ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 8)
01.04.1946 - 31.07.1953	Chefarzt des Kreiskrankenhauses München-Perlach¹⁸ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 2)
13.09.1948	Ernennung zum apl. Professor für Chirurgie an der Universität München (LMU)¹⁹ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 2)
1952 - 1972	Mitglied des Stadtrates der Landeshauptstadt München (CSU)²⁰
01.08.1953	Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Haidhausen/RDI²¹ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 2)

¹² Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

¹³ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

¹⁴ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Handschriftlicher Lebenslauf*, datiert am 15.06.1953 (1953e).

¹⁵ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert 1956 (1956b).

¹⁶ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

¹⁷ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Handschriftlicher Lebenslauf*, datiert am 15.06.1953 (1953e).

¹⁸ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen für Beamte*, datiert am 16.09.1967 (1967b).

¹⁹ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen für Beamte*, datiert am 16.09.1967 (1967b).

²⁰ Vgl. Maurer et al. 1979, 9.

²¹ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen für Beamte*, datiert am 16.09.1967 (1967b).

01.12.1959 - 1979	Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses RDI²² (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 4)
Ab 1955	Kongresssekretär im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie²³
14.09.1967	Umwandlung des Städtischen Krankenhauses Haidhausen in das Universitätsklinikum RDI²⁴
1967	Errichtung einer Fakultät für Medizin der Technischen Hochschule München²⁵
16.09.1967	Ordentlicher Professor der Chirurgie an der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München (TUM)²⁶
16.10.1967 - 30.09.1973	Dekan der Fakultät für Medizin TUM²⁷
1969 - 1970	Vorsitzender der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung²⁸
1971 - 1972	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin²⁹
30.09.1977	Emeritierung, zugleich Commisarius im Klinikum RDI³⁰
04.07.1980	Tod Georg Maurers³¹
Veröffentlichungen	Ca. 176 Arbeiten: Bekannteste Arbeiten:³² <ul style="list-style-type: none"> • Wetter und Jahreszeiten in der Chirurgie – Vorträge aus der Praktischen Chirurgie, 20. Heft, G. Maurer, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1938. • Kollaps. Richtlinien für die Praxis – E. Schöneberger und G. Maurer, Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden 1942. • Das Gasödem und seine Behandlung – Vorträge aus der Praktischen Chirurgie, 28. Heft, G. Maurer, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1944.

²² Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

²³ Vgl. Friess 2011, 125.

²⁴ Vgl. Gradinger 2012, 8.

²⁵ Hermann – Wilmanns 2007, 15.

²⁶ Vgl. Maurer et al. 1979, 9.

²⁷ Vgl. Hermann–Wilmanns 2007, 170.

²⁸ Vgl. Friess et al. 2011, 125-126.

²⁹ Vgl. Friess et al. 2011, 126.

³⁰ Vgl. Maurer et al. 1979, 9.

³¹ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Erkrankung/Die letzten Tage Georg Maurers.

³² Vgl. Absatz nach Kilian 1980, 385-387.

	<ul style="list-style-type: none"> • Schematische Darstellung der Gefäße und Nerven – G. Maurer, 9. Auflage, Verlag Müller & Steinicke, München 1948. • Münchner klinisches Rezept-Taschenbuch (1948) – Abschnitt 4 Chirurgie, Braun, Hans & Felix Steigerwaldt, Wissenschaftliche Verlagsanstalt m.b.H., Stuttgart 1948. • Chirurgische Operationslehre – Kapitel: Eingriffe an den peripheren Nerven, Burghard Breitner & Ludwig Zuckschwerdt, Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1956. • Die praktische Bedeutung des Wasser- und Elektrolythaushaltes – Vorträge aus der Praktischen Chirurgie, 53. Heft, L. Hofmeister und G. Maurer, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1958. • Leistungen und Ergebnisse der neuzeitlichen Chirurgie – Kapitel: operative Behandlung und Ergebnisaussichten bei peripheren Nervenverletzungen, Emil K. Frey zum 70. Geburtstag, G. Maurer, Verlag Thieme, Stuttgart 1958. • Geschichte der Chirurgie in Bayern – G. Maurer & H. Hartl, Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1960. • Bayerische Chirurgen-Vereinigung 1911–1969, Geschichte, Satzungen, Mitglieder – G. Maurer, H. Schmid und E.K. und W. Wiesner, Medizinhistorische Schriftenreihe Boehringer, Mannheim 1969. • Klinische Chirurgie für die Praxis – Kapitel: Darstellung des Wasser- und Elektrolythaushaltes, Band 1, O. Diebold, H. Junghanns, L. Zuckschwerdt, G. Maurer, Verlag Thieme, Stuttgart 1961. • Notfall Lexikon für die Ärztliche Praxis – Abschnitt Blutersatz und Bluttransfusion, G. Maurer, Hans Braun Medica Verlag, Stuttgart 1964. • Handbuch der gesamten Unfallheilkunde – Kapitel: Darstellung der allgemeinen Lehre über Knochen und Gelenke, Frakturen und Luxationen, Band 1, Bürkle de la Camp, H. und M. Schwaiger, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1963. • Handbuch der gesamten Unfallheilkunde – Kapitel: Hernien und Bauchfell, Verletzungen der Milz, Pankreas, Gallenwege, Band 2, Bürkle de la Camp, H. und M. Schwaiger, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1966.³³
<p>Auszeichnungen/ Mitglied³⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auszeichnung zum „Commander of British Empire“ durch die Königin von England • Seit 1967: Mitglied des Wehrmedizinischen Beirates der Bundeswehr • 09.06.1969: Verleihung des Bayerischen Verdienstordens • 15.10.1970: Fellow of the American College of Surgeons

³³ Vgl. Auflistung nach Bürkle de La Camp 1969, Abschnitt: Maurer, Georg.

³⁴ Vgl. Friess et al. 2011, 125-126 .

	<ul style="list-style-type: none">• Seit 1971: Mitglied des Bayerischen Landesgesundheitsrates• 1972: Verleihung der Werner-Körte-Medaille in Gold der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Medaille in Gold - München leuchtet – den Freunden Münchens.• 28.10.72: Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Ehrenmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten• 08.11.1974: Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie• 06.03.1976: Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie• Oktober 1977: Ehrenmitglied der Griechischen Gesellschaft für Chirurgie• Juli 1978: Ehrenmitglied der Bayerischen Chirurgen- Vereinigung, Verleihung des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland
--	--

2. Georg Maurers persönliche und akademische Entwicklung

2.1 Herkunft

Georg Maurer wurde am 29.05.1909 als zweiter Sohn der Arbeiterfamilie Menge in München geboren. Nach dem tragischen Tod seiner Mutter, Maria Menge (geborene Wallner), wenige Tage nach ihrer Niederkunft, wuchs Georg Maurer wohlbehütet im Hause seiner Tante, Ernestine Menge, auf. Bereits im frühen Kindesalter wurde Georg Maurer mit Einverständnis seines leiblichen Vaters, Karl Menge, der sich nach dem Tode seiner Ehefrau mit der Versorgung der beiden Söhne (Karl, 6 Jahre und Georg, Säugling) und seiner Arbeit als Elektrotechniker überfordert sah, von seiner noch kinderlosen Tante Ernestine und deren Ehemann, Julius Maurer (Bankbeamter), adoptiert. Erst zu einem späteren Zeitpunkt (Anm.: genaues Alter nicht bekannt) klärte man Maurer über seine biologische Herkunft auf.³⁵

2.2 Schul- und Studienzeit

Seine schulische Ausbildung absolvierte Georg Maurer von 1915–1928 in der bayerischen Landeshauptstadt. Nach dem vierjährigem Besuch der Volksschule am Salvatorplatz trat er in die Ludwig-Realschule über und wechselte im April 1925 schließlich auf die Luitpold-Oberrealschule München. Nach erfolgreichem Ablegen der Reifeprüfung im Jahre 1928 schrieb sich Georg Maurer für das Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians Universität in München ein.³⁶ Dort studierte er von 1928–1932 und promovierte im März 1934 zum Doktor der Medizin (Thema der Dissertationsschrift: ›Temporäre Sterilisation und Nachkommenschädigung‹³⁷).³⁸

2.3 Facharztausbildung in München

Nach erfolgreichem Abschluss des Humanmedizinstudiums arbeitete Georg Maurer sechs Monate lang als Medizinalpraktikant an der 1. Medizinischen Universitätsklinik München (Dezember 1933–Juli 1934) unter Geheimrat Romberg und Prof. Stepp.³⁹ Weitere sechs Monate als Medizinalpraktikant absolvierte er an der 1. Universitätsfrauenklinik München unter Prof. Eymer.⁴⁰ Von 1935–1946 war Georg Maurer als Volontärassistent und ordentlicher Assistent unter Geheimrat Lexer (ab Oktober 1935), Prof. Magnus

³⁵ Vgl. Abschnitt nach Maurer 2014, Abschnitt: Biographie.

³⁶ Vgl. Absatz nach BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

³⁷ Maurer 1934.

³⁸ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen für Beamte*, datiert am 16.09.1967 (1967b).

³⁹ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b); BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

⁴⁰ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935.

(ab Oktober 1936) und Prof. Frey (ab März 1943) an der Chirurgischen Universitätsklinik München tätig.⁴¹ Seine Facharztanerkennung für das Fachgebiet der Chirurgie erhielt Georg Maurer im Januar 1939.⁴²

2.4 Kriegszeit, Einberufung

Mit Beginn des zweiten Weltkrieges wurde Georg Maurer im August 1939, unmittelbar nach seiner Facharztanerkennung, zum Kriegsdienst verpflichtet. Als Stabsarzt der Reserve hatte er den Kriegsverwundeten des Vaterlandes ärztliche Hilfe zu leisten. In verschiedenen Sanitätskompanien, Feldlazaretten und Reservelazaretten (1939 Belgien, 1941 Russland, 1942: Augsburg, München, Bad Tölz) übernahm er die chirurgische Versorgung der Soldaten. Im Januar 1942 wurde Maurer zum Leiter der chirurgischen Lazarettabteilung in Bad Tölz ernannt.⁴³ Im Zeitraum zwischen 01.05.1945 und 20.07.1945 wurde er selbst als Kriegsgefangener gehalten.⁴⁴ Der sechsjährige Kriegsdiensteinsatz hinterließ bei Georg Maurer eine Erwerbsminderung von 30%, hervorgerufen durch eine chronisch rezidivierende rheumatische Erkrankung der Gelenke sowie chronische Kieferhöhlenentzündungen (vgl. Anhang, Archivalien: 7).⁴⁵ Trotz der anerkannten Kriegsleiden stand der späteren Eignung zum Chefarzt des Krankenhauses Altperlach und RDI, sowie der Einstellung in das Beamtenverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nichts im Wege (vgl. Anhang, Archivalien: 9).⁴⁶

Während seines Kriegsdienstes habilitierte Georg Maurer im Oktober 1940 zum Dr. med. habil. (Thema der Habilitationsschrift: »Umbau, Dystrophie und Atrophie an den Gliedmaßen (Sogenannte Sudecksche Knochenatrophie)«)⁴⁷ und wurde bereits im März 1941 zum Privatdozenten für Chirurgie mit Zuweisung an die Ludwigs-Maximilians Universität München (LMU) ernannt.⁴⁸ Im Jahre 1948 erhielt er den Rang eines außerplanmäßigen Professors an der LMU.⁴⁹

⁴¹ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen*, datiert am 27.09.1935; BayHStA MK 58882, Maurer Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁴² Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁴³ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Biographie; BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁴⁴ Vgl. BayHStA 58882, Maurer, Georg : *Personalbogen des Stadtrates der Landeshauptstadt München*, datiert am 12.07.1953 (1953f)

⁴⁵ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Handschriftlicher Lebenslauf*, datiert am 15.06.1953 (1953e).

⁴⁶ Vgl. BayHStA MK 58882, Rösch: *Artsärztliches Gutachten des Städtischen Gesundheitsamtes* an das Personalreferat des Krankenhauses r. d. Isar, datiert am 13.07.1953.

⁴⁷ Maurer 1940.

⁴⁸ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁴⁹ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Personalbogen für Beamte*, datiert am 16.09.1967 (1967b).

2.5 Die Zeit nach dem 2. Weltkrieg

Nach Kriegsende stand Georg Maurer von August 1945 bis März 1946 der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Bogenhausen als Leiter vor.⁵⁰ Bereits im April desselben Jahres (1946) wurde er zum chirurgischen Chefarzt des Kreiskrankenhauses München-Perlach ernannt.⁵¹ Im Anschluss an seine siebenjährige Tätigkeit im Kreis Krankenhaus München-Perlach übernahm Georg Maurer im August 1953 das Amt des chirurgischen Chefarztes des damals noch städtischen Krankenhauses Haidhausen/RDI.⁵² Im Dezember 1959 wurde er schließlich zu dessen ärztlichem Direktor ernannt.⁵³ Dieses Amt bekleidete er bis zu seinem Ruhestand im Jahre 1979.⁵⁴

Mit der Errichtung einer zweiten medizinischen Fakultät in München im September 1967 wurde Georg Maurer zum ordentlichen Professor der Chirurgie an der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München (TUM) bestellt und zu deren Dekan ernannt.⁵⁵ Dieses Amt hatte er von 1967–1973 inne, bevor er es im Jahre 1973 an seinen Kollegen Kurt Liebermeister abtrat. Im Anschluss übernahm er bis 1979/1980 die Aufgaben des Prodekans.⁵⁶ Am 30.09.1977 wurde Georg Maurer emeritiert.

Als Professor der Chirurgie und chirurgischer Chefarzt veröffentlichte Maurer diverse Lehrbücher, Beiträge zu Lehrbüchern, Fachpublikationen und war als Referent auf internationalen Kongressen präsent.⁵⁷ Maurers wissenschaftliches Vermächtnis umfasst etwa 176 Arbeiten. Gegenstand seiner Arbeiten bildeten vorwiegend Themenbereiche der Allgemeinchirurgie.⁵⁸

Neben seinen ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeiten bekleidete Georg Maurer zusätzlich diverse, zeitintensive und anspruchsvolle Ämter im politischen und medizinischen Bereich. Von 1952–1972 zeigte er sich unter anderem als Fraktionsmitglied der CSU im Münchner Stadtrat aktiv und vertrat während seiner 20-jährigen Stadtratstätigkeit insbesondere die Belange des Münchner Gesundheitswesens.⁵⁹

⁵⁰ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁵¹ Vgl. BayHStA MK 58882, Rösch: *Amtsärztliches Gutachten des Städtischen Gesundheitsamtes* an das Personalreferat des Krankenhaus r.d. Isar, datiert am 13.07.1953.

⁵² Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁵³ Vgl. BayHStA MK 58882, Maurer, Georg: *Lebenslauf*, datiert am 12.09.1966 (1966b).

⁵⁴ Vgl. Hermann–Wilmanns 2007, 171.

⁵⁵ Vgl. Maurer et al. 1979, 3.

⁵⁶ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 167-ff.

⁵⁷ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Wissenschaftler; Kilian 1980, 386.

⁵⁸ Vgl. Kilian 1980, 385-387.

⁵⁹ Vgl. Maurer et al. 1979, 5.

E. ÜBERBLICK ÜBER DIE GESCHICHTE DES KLINIKUMS RECHTS DER ISAR

1. Die Entwicklung des Krankenhauses/Klinikums rechts der Isar von 1830 bis 1954⁶⁰

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war die Gemeinde Haidhausen ein kleines, mittelloses Dorf, dessen Bevölkerung vorwiegend von Landwirtschaft, Tagelöhnern und dem Handwerksbetrieb lebte. Deren medizinische Versorgung wurde vom Allgemeinen Krankenhaus München (heute: Klinikum links der Isar), das im 18. Jahrhundert vom Orden der Barmherzigen Brüder errichtet wurde, übernommen. Ein Abkommen (Anm.: vertraglich durch den Münchner Magistrat vereinbart) zwischen diesem und der Gemeinde Haidhausen erlaubte den Haidhausenern die Nutzung von insgesamt zehn Betten und Behandlungsplätzen, gegen einen jährlichen Festbetrag. Nachdem das Dorf im Jahre 1830 jedoch nicht über die finanziellen Mittel verfügte, dem Orden drei ausstehende Jahreszahlungen zu begleichen, forderten die Ordensbrüder ab diesem Zeitpunkt von der Gemeinde Haidhausen pro Patient und Behandlungstag Gebühren zu entrichten – eine Forderung, die das mittellose Dorf in keiner Weise erfüllen konnte. Die Gemeinde Haidhausen entschloss sich daher zum Aufbau einer eigenen Krankenanstalt, die in den Räumlichkeiten eines ehemaligen, zur Versteigerung anstehenden Kaffeehauses der Hartschierswitwe Kurz in der Ismaningerstraße untergebracht werden sollte. Mittels freiwilliger Spenden konnte das zuerst angemietete, im Jahre 1839 dann erworbene Gebäude letztendlich zu einem funktionierenden Krankenhaus umgebaut werden.

Mit der Gründung und der Inbetriebnahme der Haidhausner Armen- und Krankenanstalt am 01.05.1834 begann die Geschichte des heutigen Klinikums RDI. Ein enormer Patientenzustrom, bedingt durch den guten Ruf der Krankenanstalt, führte in kurzer Zeit zu einem ausgeprägten Mangel an räumlichen Versorgungs- und Unterbringungsmöglichkeiten sowie zur Überlastung der pflegerischen Versorgung. Diese war zum damaligen Zeitpunkt noch Aufgabe eines Hausmeisters und seiner Familienangehörigen. Nicht zuletzt aus diesem Grunde übertrug man ab 1840 die Patientenpflege dem Orden der Barmherzigen Schwestern. Überlastung und Mängel in der pflegerischen Versorgung konnten solchermaßen schnell behoben werden. Allerdings führte der pflegerische Aufschwung zu einem weiteren immensen Zustrom an Patienten. Der zwischenzeitlich eklatanten Raumnot versuchte man mit Errichtung eines Neubaus, der neben der bestehenden Krankenanstalt situiert werden sollte, zu begegnen. Unmittelbar nach Vorliegen des Einverständnisses König Ludwigs I. für eine Vergrößerung der Krankenanstalt, wurde mit der Errichtung des sogenannten Pavillons 1 auf einem erworbenem Grundstück nördlich des Hauptgebäudes begonnen. Im Jahre 1848 konnte dieser Pavillon, bis heute als westlicher Teil des Gebäudes 502 des Klinikums RDI erhalten in Betrieb genommen werden.

⁶⁰ Vgl. Kapitel nach Gradinger 2012, 1-7; Hermann – Wilmanns 2007, 12-14; Lauter 1984.

Mit Eingemeindung des Dorfes Haidhausen zum 01.10.1854 in die Stadt München ging die Krankenanstalt Haidhausen automatisch in deren Eigentum über. Ab diesem Zeitpunkt verfügte München nun über zwei Krankenhäuser – das Krankenhaus Links der Isar (LDI, das ehemalige Allgemeine Krankenhaus) sowie die in das Krankenhaus RDI umbenannte Krankenanstalt Haidhausen.

Im Jahre 1866 entstanden im Krankenhaus RDI eine eigene chirurgische und innere Abteilung, da zuvor keine fachliche Trennung der medizinischen Patientenversorgung vorlag.

Karl August Fürst wurde zum ersten chirurgischen Chefarzt und Otto Zaubser zum Chefarzt der inneren Medizin ernannt. Von 1855–1870 verwaltete Karl August Fürst zusätzlich das Amt des Klinikdirektors. Ein erneuter ausgeprägter Mangel an Räumlichkeiten war Anlass, wenige Jahre später (1870) einen weiteren Neubau, den sogenannten Pavillon 2 (Bestandteil des heutigen Baus 502 des Klinikums RDI) zu errichten. Im Jahre 1875 entstand Pavillon 3 (heute Unterbringung der Dialyse des Klinikums RDI). Zusätzlich wurden »sieben Baracken zur Versorgung der Verletzten des Deutsch-Französischen Krieges«⁶¹ erstellt. Auf deren Standort wurde im Zeitraum von 1871–1873 ein Neubau zur Unterbringung des Nikolaispitals errichtet. Das Krankenhaus RDI und das Nikolaispital wurden schließlich durch einen Gang miteinander verbunden.

Die diversen Neubauten reichten allerdings nicht aus, den eklatanten Raummangel geeignet zu beheben. Daher wurde das Nikolaispital in die zwischenzeitlich erworbene, nördlich gelegene Wasserheilanstalt Maxbrunn verlagert. Seine freigewordenen Räumlichkeiten dienten ab 1888 als sogenannter Pavillon 4 der »normalen Krankenversorgung«⁶² (heute: mit dem Westtrakt 4 vernetzt, Augenklinik und kardiologische Intensivstation). In den Jahren 1891–1892 entstanden mit Pavillon 5 (heute: Ostteil des Baues 503 des Klinikums RDI), einem die Pavillons Nr. 4 und 5 verbindenden Gebäude sowie ein neues Verwaltungsgebäude (1892). Für den Neubau des Verwaltungsgebäudes musste das ehemalige Kaffeehaus weichen. Mit Fertigstellung aller Baumaßnahmen verfügte das Krankenhaus RDI über insgesamt 736 Betten, die bei Bedarf auf 850 Betten aufgestockt werden konnten.

Der Erste Weltkrieg (1914–1918) und die im Anschluss bestehende Weltwirtschaftskrise stellten das Klinikum RDI vor besondere Herausforderungen. Im Jahre 1932 (15.11.1932) fasste der Münchner Stadtrat den Beschluss, das Krankenhauses RDI aus finanziellen Gründen zu schließen. Erhebliche Proteste der Bevölkerung sowie der Einspruch des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren führten letztlich dazu, dass seitens des Münchner Stadtrates von einer Umsetzung seines Beschlusses Abstand genommen wurde. Das Krankenhaus blieb nicht nur bestehen, sondern gewann nach anfänglichen

⁶¹ Gradinger 2012, 5.

⁶² Gradinger 2012, 5.

Schließungsüberlegungen weiter an Größe. 1933 wurde ein neuer OP-Trakt eingeweiht, 1935 wurde das Krankenhaus RDI durch den sogenannten Scholtenbau (heute: Teil der Frauenklinik des Klinikums RDI) vergrößert. Im Zweiten Weltkrieg (1939–1945) wurden viele Bauten (vor allem Pavillon 4) des Krankenhauses RDI durch Bombardierung zerstört. Durch einen schnellen Wiederaufbau nach Kriegsende, konnte im Jahre 1948 erneut der Betrieb mit 850 Betten aufgenommen werden. Im März 1954 wurden auf Grundlage eines Krankenhausentwicklungsplans der Landeshauptstadt München dem Krankenhaus RDI 16 Millionen D-Mark für den weiteren Aus- und Aufbau zur Verfügung gestellt. Zielsetzung war es, die Bettenkapazität des Krankenhauses auf insgesamt 1377 Betten zu erhöhen. Mit Ernennung Maurers zum chirurgischen Chefarzt des Krankenhauses RDI im Jahre 1953 nahm die Entwicklung des Klinikums RDI einen steilen Verlauf nach oben.

2. Der Wandels des Krankenhauses bzw. Klinikums rechts der Isar unter Georg Maurers Leitung⁶³

Während Maurers 26-jähriger Tätigkeit (1953–1979) als chirurgischer Chefarzt bzw. ärztlicher Direktor des Krankenhauses/Klinikums RDI erfolgten eine Vielzahl medizinischer Neuerungen, baulicher Veränderungen und betrieblich, organisatorischer Umstrukturierungen. Neben den bereits bestehenden und funktionierenden Fachbereichen (Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie sowie dem Pathologischen Institut) wurden weitere Fachabteilungen (z.B.: eine zweite medizinische Abteilung, eine urologische, neurologische, Hals-Nasen-Ohren-, Röntgen-, Augen- und Anästhesieabteilung, ein bakteriologisches und klinisch-chemisches Institut) etabliert. Unter Maurers Leitung kam es zu einer bemerkenswerten Fokussierung der Spezialisierung der chirurgischen Fachdisziplin. Maurer schaffte es, seinem Krankenhaus auf verschiedensten Wegen zu Anerkennung, Lob und hervorragendem Ruf zu verhelfen. Stetig trieb er es baulich, technisch, fachlich-medizinisch organisatorisch, und wissenschaftlich voran. Diese seine Leistung brachte dem Krankenhaus RDI im Jahre 1967, nach zweifellos langwierigen Bemühungen, die Bezeichnung und den Status eines Universitätsklinikums ein. »Die (...) Umwandlung des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar zur Universitätsklinik der Technischen Universität war eine schier endlose Geschichte, die kaum ein anderer als Prof. Georg Maurer zum glücklichen Ende hätte bringen können.«⁶⁴

Nachfolgend angeführte Fakten greifen punktuell und beispielhaft einen Teil der Vielzahl der unter Maurers ärztlicher und direktoialer Leitung aufgetretenen Veränderungen auf.

⁶³ Vgl. Kapitel nach Gradinger 2012, 7-8; Hermann – Wilmanns 2007, 14-17; Pfohl – Schmid 1977; Lauter 1984.

⁶⁴ Lechner 2002, 201; vgl. Abschnitt nach Gradinger 2012, 7.

2.1 Bauliche Veränderungen am Klinikum rechts der Isar

Im März 1954 wurden auf Grundlage eines Krankenhausentwicklungsplans der Landeshauptstadt München dem Krankenhaus RDI 16 Millionen D-Mark für den weiteren Aus- und Aufbau zur Verfügung gestellt.⁶⁵ Zielsetzung war es, die Bettenkapazität des Krankenhauses auf insgesamt 1377 Betten zu erhöhen.⁶⁶ Maurer, der ein Jahr zuvor zum chirurgischen Chefarzt des Krankenhauses RDI ernannt wurde, nutzte die Gunst der Stunde und die finanziellen Zuwendungen der Stadt München zur Weiterentwicklung seiner chirurgischen Abteilung, die unter seiner Leitung zu einer der besten in ganz Deutschland generierte. Er trieb den Ausbau und die Neugestaltung seiner chirurgischen Abteilung durch baulich-strukturelle Veränderungen im damaligen Südbau (heute Bau 501) voran.⁶⁷ Nach dessen Fertigstellung im April 1957 konnten 420 chirurgische Patienten auf 12 Stationen (Akutstationen, Wachstation, Frakturstation) behandelt werden. In einem weiteren Stockwerk wurden benötigte OP-Säle errichtet.

Zum besseren An- und Abtransport Liegendkranker versah man die Ostseite der chirurgischen Notaufnahme zusätzlich mit einer hierfür vorgesehenen Auffahrtsrampe.⁶⁸

Zur selben Zeit entstand im Krankenhaus RDI ein Hörsaal (heutiger Hörsaal D).⁶⁹ Die umbaubedingt frei werdenden Räumlichkeiten der chirurgischen Abteilung nutzte man für den Ausbau der Krankenhausapotheke und -verwaltung.⁷⁰ Um eine zukünftig zunehmende Anzahl an Patienten adäquat verpflegen zu können, wurde auf dem Gelände der Trogerstraße eine neue Krankenhausküche errichtet (1954). Die dadurch freiwerdenden Räume nutzte man unter anderem für die Einrichtung einer HNO-Abteilung (1959).⁷¹ Durch bauliche Umstrukturierungen des Südgebäudes konnte die Bettenkapazität der neurologischen Abteilung (1955 etabliert) von anfänglich 15 auf 55 Betten gesteigert werden.⁷² 1957 wurden die Räumlichkeiten des ehemaligen OP-Traktes (westlich der Trogerstraße) zur Unterbringung der gynäkologischen Abteilung umgestaltet sowie ein Teil dieser Räumlichkeiten zur Errichtung der katholischen Krankenhauskapelle ›Maria Heil der Kranken‹ verwendet.⁷³ 1958 schloss man die Baumaßnahmen für eine Eingangshalle (Ismaningerstraße), die mit der Chirurgischen Klinik in Verbindung stand, ab. Die ausgesprochene Raumnot der pathologischen Abteilung war Anlass, auch diese aus- und umzubauen. Die neu entstandenen Räumlichkeiten boten Platz für eine Kühlkammer, Laboratorien für Gewebekulturen, einen Sezierraum mit neuen Seziertischen, einen Bibliotheks- und Konferenzraum sowie Platz für Archivierungen. Zusätzlich wurde 1963 neben

⁶⁵ Vgl. Gradinger 2012, 7.

⁶⁶ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 164.

⁶⁷ Vgl. Gradinger 2012, 7.

⁶⁸ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 164.

⁶⁹ Vgl. Gradinger 2012, 8.

⁷⁰ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 164.

⁷¹ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 165.

⁷² Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 164.

⁷³ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 165.

der bereits bestehenden Tierstallung ein separater Bau südlich des pathologischen Institutes errichtet. Das lange Zeit (bis 1955) im Gebäude der Pathologie angesiedelte Institut für Mikrobiologie, zog in einen dafür neu errichteten Gebäudekomplex in die Trogerstraße um.⁷⁴

Zunehmende Fortschritte und Weiterentwicklungen im Bereich der Strahlendiagnostik ließen ebenfalls eine Vergrößerung der Röntgenabteilung erforderlich werden. Hierfür wurde das Erdgeschoss des Baues 2, sowie die Räume der ehemaligen Station 2/0 (ehemalige internistische Station) herangezogen. Die radiologische Knochendiagnostik wurde in unmittelbarer Nähe der chirurgischen Notaufnahme verlegt.⁷⁵ Die Erweiterung klinischer Funktions- und Pflegebereiche, die damit einhergehende Ausweitung des quantitativen und qualitativen Leistungsangebotes und die hierfür benötigte Aufstockung personeller Ressourcen erforderten gleichfalls räumliche Kapazitäten zur privaten Unterbringung des Krankenhauspersonals. Mit Erwerb eines Gebäudekomplexes in der Langerstrasse 3 (1956) und dessen baulicher Renovierung konnten 1957 Personalunterkünfte geschaffen werden. Weitere, fertiggestellte Wohneinheiten konnten 1959 (Trogerstraße 7, Block B), 1966 (Block A) und 1967 (Trogerstraße 11) von Klinikmitarbeitern bezogen werden.⁷⁶

Anlässlich der Etablierung einer medizinischen Fakultät an der TH München im Jahre 1967, wurde das ehemalige Krankenhaus RDI, um den Anforderungen eines Lehrkrankenhauses entsprechen zu können, erneut diversen Umbau-, Neubau- und Sanierungsmaßnahmen unterzogen. Im Herbst desselben Jahres wurde ein Sonderreferat ›Medizinische Fakultät‹ durch die Bayerische Staatsbauverwaltung eingerichtet. Aufgabe dieses Referates, das eng mit dem Institut für Krankenhausbau der Technischen Universität Berlin zusammenarbeitete, war es unter anderem, einen Sanierungs- und Umstrukturierungsplans für das Klinikum RDI zu erstellen. Bereits bestehende Abteilungen auf dem Stammgelände des Klinikums RDI wurden um Polikliniken erweitert, technische Einrichtungen saniert oder erneuert. Drei bauliche Großprojekte wurden mit Erstellung eines Hörsaaltraktes, eines Baukomplexes A2 (Chirurgische Poliklinik, Institut für Experimentelle Chirurgie, Kurssälen für Mikrobiologie und klinischen Chemie) und eines Baukomplexes B1 (Neubau der Urologischen Klinik) in Angriff genommen. Die Grundstücksfläche des Stammgelände des Klinikums RDI betrug insgesamt 88819 qm (Anm.: das Grundstück der Langerstrasse 3 zählte zum Hauptgelände). Die Baumaßnahmen auf dem Stammgelände des Klinikums als auch im unmittelbaren Umfeld des Klinikums wurden konsequent und mit Nachdruck vorangetrieben. Zusätzlich wurden einige, in unmittelbarer Nähe des Klinikums RDI liegende Anwesen dem Klinikum RDI durch den Staat zur

⁷⁴ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 164-165.

⁷⁵ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 165.

⁷⁶ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 165.

Verfügung gestellt und angemietet.⁷⁷ Zielsetzung war es, den Lehrbetrieb im neu ernannten Universitätsklinikum RDI so schnell wie möglich ohne größere Verzögerungen aufnehmen zu können,⁷⁸ was noch zusätzlich einen erheblichen Finanzaufwand erforderte: *»Der zum Zeitpunkt der Gründung mit etwa 20 Millionen Mark geschätzte Investitionsbedarf für die Schaffung einer neuen Fakultät, reichte nur für das Etikett ›Universitätsklinik‹. Der Inhalt verschlang viele größere Summen.«⁷⁹*

Am 10.08.1972 erfolgte die Beauftragung (Anm.: vertraglich festgelegt) des ›Institute for Analysis of Function in Hospital Planning – Dipl.-Ing. Lohfert‹ zur Erstellung eines sogenannten Generalplanes. In diesem sollten bestehende baulich-funktionelle Schwachstellen und Engpässe des Klinikums RDI aufgegriffen und geeignete bauliche Lösungen für einen modernen, hochleistungsfähigen und vorbildlich den Anforderungen eines Universitätsklinikums entsprechenden Klinikbetrieb festgelegt werden. Erarbeitet wurde der Generalplan von dem Institut Lohfert in Zusammenarbeit mit einer Planungskommission bestehend aus den Professoren Lange, Ley, Pabst, Borelli und Liebermeister sowie mit Maurer und dem Regierungsdirektor Ippenberger (Leiter der Klinikumsverwaltung).⁸⁰

Zur Realisierung des im Jahre 1976 genehmigten Generalplanes durch den Fachbereichsrat, wurden eine Vielzahl von Grundstücken des bayerischen Staates (z.B.: 1969: Trogerstraße 26; 1971: Trogerstraße 12,18; 1973: Stühlerschen Grundstücke, Häuser Trogerstraße 28,30; 1976: Trogerstraße 20,32, Ismaningerstraße 30; Möhlstraße 26, Ismaningerstraße 69) erworben.⁸¹

2.2 Etablierung neuer Abteilungen und Fachdisziplinen

Während seiner 26 Jährigen Tätigkeit am Klinikum RDI trieb Maurer besonders die Entwicklung der chirurgischen Abteilung voran, indem er, damals deutschlandweit teilweise erstmalig, die Etablierung chirurgischer Spezialgebiete förderte und so zu Schrittmachern grundsätzlicher Veränderungen der gesamten chirurgischen Fachdisziplin werden ließ:⁸² *»Er führte die Abteilung zu besonderer Blüte, was sich vor allem in der raschen Zunahme an operativen Eingriffen dokumentiert. Wurden im Jahr 1952 noch 2147 Patienten operiert, so waren es im Jahr 1959 bereits 5128 Patienten, 1967 sogar 6337 Patienten.«⁸³* Maurer verstand es nicht nur, das chirurgische Fachgebiet groß werden zu lassen, sondern auch andere Fachabteilungen zu etablieren und deren Ausbau zu fördern.

⁷⁷ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 203.

⁷⁸ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 169.

⁷⁹ Hermann – Wilmanns 2007, 8.

⁸⁰ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 203–204.

⁸¹ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 204.

⁸² Vgl. Maurer et al. 1979, 4.

⁸³ Lauter 1984, 86.

Im Jahre 1955 holte Maurer Franz Karl Kessel (*1900-†1974) als chirurgischen Chefarzt nach München, da er zur Errichtung einer neurochirurgischen Abteilung im Krankenhaus RDI nach München. »Kessel war [sc. zu dieser Zeit, d. Verf.] einer der ersten [sc. und renommiertesten, d. Verf.] Neurochirurgen Deutschlands«⁸⁴. Er zeigte sich äußerst erfolgreich in der Behandlung von Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen und war bis dato an der Universität Genf beschäftigt. Nach dessen Ausscheiden im März 1968, wurde Wolfram Weidenbach (*1923-†1979), ehemaliger Schüler Kessels, zum Leiter der Abteilung ernannt. Anlässlich seines plötzlichen Todes im Jahre 1979 wurde die Leitung der neurochirurgischen Abteilung an Frau A. E. Trappe (*05.12.1939) übertragen.⁸⁵ Der kontinuierliche innerbetriebliche Ausbau der neurochirurgischen Abteilung, unter anderem durch die Einführung der medizinischen Fakultät an der TUM, bedingte eine stetige Steigerung der minimalinvasiven Eingriffe, so dass das Klinikum RDI zu der für ganz München maßgeblichen Klinik hinsichtlich neurochirurgischer Therapieansätze wurde.⁸⁶ Im Oktober 1964 (01.10.1964) erkannte der Münchner Stadtrat die chirurgische Fachdisziplin der Plastischen und Wiederherstellungschirurgie des Krankenhauses RDI als eigenständigen Behandlungsbereich an (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 11).⁸⁷

Gründer dieser neuen Abteilung war Maurer; deren Leitung übernahm Ursula Schmidt-Tintemann (19.06.1924). Die Abteilung für plastische Chirurgie im Krankenhaus RDI war damals eine der ersten in ganz Deutschland. Vorreiter bildeten die angelsächsischen Länder, die bereits nach dem 2. Weltkrieg die Etablierung der plastischen Chirurgie als eigenständige Fachdisziplin förderten. Vor allem durch die stetige Mit- und Weiterentwicklung mikrochirurgischer OP-Verfahren (z.B.: Operationsmikroskop, Lupenbrille, verbesserte radiologische und nuklearmedizinische Diagnostik) führte im Jahre 1974 im Klinikum RDI zur Gründung des ersten Replantationsdienstes in Deutschland und des zweiten in ganz Europa.⁸⁸ Eine erstmalige Fingertransplantation fand im November 1975 im Krankenhaus RDI statt. Wenige Jahre später erfolgte ebenfalls im Krankenhaus RDI die erste operative Umwandlung eines transsexuellen Patienten.⁸⁹ Erst im Jahre 1992 wurde die Plastische und Wiederherstellungschirurgie in Deutschland offiziell zu einem eigenständigen Fachgebiet ernannt.⁹⁰

Bereits im Jahre 1967 fanden im Klinikum RDI erste gefäßchirurgische Eingriffe statt. Ein Jahr später, im Oktober 1968, etablierte Maurer eine gefäßchirurgische Station mit 16 Betten. Aufgrund der großen Nachfrage an gefäßchirurgischen Eingriffen wurde diese im

⁸⁴ Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 73.

⁸⁵ Vgl. Absatz nach Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 73.

⁸⁶ Vgl. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 73-74.

⁸⁷ Vgl. StAM Nr. 509: Hamm, Erwin: *Planbettenstand für die Plastische und Wiederherstellungschirurgie*, datiert am 16.06.1965 (1965).

⁸⁸ Vgl. Absatz nach Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 26.

⁸⁹ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Bezug zu Maurer.

⁹⁰ Vgl. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 26.

Jahre 1970 um weitere acht Betten erweitert, um die zunehmende Anzahl Gefäßkrankter bedarfsgerecht stationär behandeln zu können. Am 01.03.1975 wurde auf Antrag der medizinischen Fakultät der TUM mit Zustimmung des Bayerischen Staatsministeriums für Kultus und Unterricht eine eigenständige Abteilung für Gefäßchirurgie im RDI errichtet. Zum Chefarzt wurde Peter Maurer ernannt.⁹¹ Im Jahre 1977 erfolgten Vergrößerungs- und Modernisierungsmaßnahmen der gefäßchirurgischen Abteilung, die die Bettenkapazität auf 28 Betten steigerte.⁹² Leistungsspektrum der Gefäßchirurgie bildete damals die Diagnostik und Therapie arterieller und venöser Durchblutungsstörungen, traumatischer Gefäßverletzung sowie die Shuntchirurgie bei Hämolysepatienten.⁹³

Ebenfalls unter Maurer erfolgte im Jahre 1956 die Gründung einer thoraxchirurgischen Abteilung, deren damalige Leitung Alfred Harlacher übernahm. In deren Anfangsjahren erfolgten jährlich 80–100 herzchirurgische Eingriffe. Darunter zählten Operationen an Panzerherzen, Verschlüsse des Ductus Botalli und digitale Klappensprengungen bei Mitralstenose. Das Augenmerk der Abteilung wurde zunehmend auf die Lungenchirurgie gelegt.⁹⁴ »(...) diese Gründung [sc. Anm.: der neuen chirurgischen Fachdisziplinen, d. Verf.] [sc. zeugte, d. Verf.] von großem Weitblick«⁹⁵, denn viele der dortigen Oberärzte machten später Karriere als Chefärzte an anderen Klinikeinrichtungen.⁹⁶ Seit Etablierung der Chirurgischen Klinik und Poliklinik RDI im Jahre 1967 wurden in den 70er Jahren jährlich ca. 20.000 Patienten in der Poliklinik versorgt. Zusätzlich mussten die ambulanten Versorgungen der neurochirurgischen, gefäßchirurgischen und plastisch-chirurgischen Patienten mit jährlich (z.B.: 1976) etwa 3800 Behandlungen einberechnet werden. Im Zeitraum der Jahre 1968–1975 wurden insgesamt 56045 Patienten in den Bereichen Allgemein- und Unfallchirurgie (29299), Thoraxchirurgie (12892), Neurochirurgie (11519) und Gefäßchirurgie (2335) einer operativen Versorgung unterzogen.⁹⁷ Nach Einführung der zweiten medizinischen Fakultät in München, sorgte Maurer unter anderem für die Einrichtung eines Lehrstuhls für experimentelle Chirurgie. Dieser Lehrstuhl bildete ein ausnahmslos forschungsorientiertes Institut am Klinikum RDI, das den praktizierenden Ärzten ermöglichte, wissenschaftliche Fragestellungen interdisziplinär und experimentell aufzuarbeiten. Zum Vorsitzenden des Instituts für experimentelle Chirurgie wurde G. Blümel ernannt.⁹⁸ Blümel hatte bereits im Allgemeinen Krankenhaus der Universität Wien eine vergleichbare Institution über einen längeren Zeitraum geleitet und wurde von Maurer für das Münchner Institut abgeworben.⁹⁹ Unter seiner Leitung wurden chirurgische

⁹¹ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 219.

⁹² Vgl. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 28.

⁹³ Vgl. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 28.

⁹⁴ Vgl. Absatz nach Lauter 1984, 86.

⁹⁵ Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 26.

⁹⁶ Vgl. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 26.

⁹⁷ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 221.

⁹⁸ Vgl. Absatz nach Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 100.

⁹⁹ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

und speziell unfallchirurgische Therapieverfahren optimiert. Einige der ärztlichen Mitarbeiter Maurers erlangten über diesen Lehrstuhl für experimentelle Chirurgie ihre Habilitation.¹⁰⁰

Nicht nur die chirurgische Abteilung fächerte sich unter der Leitung Maurers in einzelne Spezialgebiete auf, auch andere Fachbereiche fanden unter Maurers Initiative ihre Umsetzung oder deren Weiterentwicklung.¹⁰¹ Beispielhaft zu nennen sind hier die im Jahre 1954 entstandene Abteilung für Anästhesie, aus der am 01.07.1972 der Lehrstuhl (damaliger Lehrstuhlinhaber: Ernst Kolb) und das Institut für Anästhesiologie hervorging,¹⁰² die 1959 etablierte Frauenklinik, die 1967 unter anderem um eine Poliklinik erweitert wurde,¹⁰³ die 1955 unter Maurers Initiative errichtete selbstständige neurologische Abteilung,¹⁰⁴ sowie die 1964 neu etablierte toxikologische Abteilung, die Schrittmacher für viele andere deutsche Kliniken wurde.¹⁰⁵

2.3 Etat, Planbettenstand, Personal¹⁰⁶

Im Jahre 1967 verfügte das Klinikum RDI über insgesamt 1350 Arbeitskräfte, davon insgesamt 260 Ärzte. In einem Jahrzehnt steigerte sich die Zahl der Mitarbeiter auf insgesamt 2324 Angestellte. Darunter zählte man 472 Ärzte und 55 Zivildienstleistende – zuständig für Krankenversorgung, Lehre und Forschung. Heute verfügt das Klinikum RDI über 5000 Mitarbeiter.¹⁰⁷

Der Planbettenbestand des Klinikums RDI unterstand und untersteht bis heute noch stetigen Veränderungen. Nach einem Schreiben der Verwaltung des Krankenhauses RDI vom 04.05.1964, an das Betriebs- und Krankenhausreferat verfügte dieses zur damaligen Zeit über einen Gesamtbestand von 1193 Betten (Zusammensetzung, vgl. J. Anhang, 4. Archivalien, Nr. 12: Chirurgie: 287 Betten, Thoraxchirurgie: 86 Betten, Neurochirurgische Abteilung: 41 Betten, Urologie: 101 Betten, HNO: 71 Betten, Ophthalmologie: 31 Betten, Neurologie: 63 Betten, Gynäkologie/Geburtshilfe: 130 Betten, Toxikologie: 37 Betten, Onkologie: 68 Betten, 1. Medizinische Abteilung: 155 Betten, 2. Medizinische Abteilung: 123 Betten).¹⁰⁸ Die Zahl der Betten wurde von zuvor 1260 zur Verfügung stehenden Betten auf 1193 reduziert.

¹⁰⁰ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

¹⁰¹ Vgl. Maurer et al. 1979, 4.

¹⁰² Vgl. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 97; Pfohl – Schmid 1977, 223.

¹⁰³ Vgl. Abschnitt nach Pfohl – Schmid, 234-235.

¹⁰⁴ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 236.

¹⁰⁵ Hermann – Wilmanns 2007, 34.

¹⁰⁶ Meine Rechercheanfragen zu den Punkten Etat, Mitarbeiter und Planbettenstand bei dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der TU München, sowie an dem dazugehörigen Archiv und der Registratur haben leider keine verwertbaren Ergebnisse erbracht.

¹⁰⁷ Vorstand des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München 2014; Hermann – Wilmanns 2007.

¹⁰⁸ Vgl. StAM Nr. 509, Ippenberger: *Planbettenstand*, datiert am 04.05.1964 (1964), 4.

Die folgenden Jahrzehnte waren geprägt von Umstrukturierungen und gesetzlichen Veränderungen (z.B.: Fallzahlen, DRG), die unter anderem eine kontinuierliche Reduktion des Planbettenbestandes des Klinikums RDI bedingten. Trotz alledem stiegen die Einnahmen des Klinikums RDI stetig an, so dass sämtliche Jahresabschlüsse ausnahmslos positiv waren.¹⁰⁹ Gegenwärtig verfügt das Klinikum RDI über 33 Kliniken und Abteilungen, hinzu kommen 17 wissenschaftliche Institute sowie 1091 Betten.¹¹⁰

F. GEORG MAURER – SCHRIFTLICHE DOKUMENTE

1. Dokumente – Schriftstücke (Allgemein)

Grundlage dieser Promotionsarbeit bilden aus Privatbesitz stammende, von Maurer unterzeichnete Schriftstücke, die unter anderem dessen vorwiegend den chirurgischen Bereich des Krankenhauses RDI betreffenden Anordnungen, wiedergeben. Zielsetzung dieser Arbeit ist es, diese sogenannten Chefanordnungen zu analysieren, um Aussagen darüber treffen zu können, ob und inwieweit diese Anordnungen grundsätzliche Ordnungsprinzipien im Sinne eines Klinikmanagements des Klinikums RDI zu Zeiten Maurers widerspiegeln.

1.1 Anzahl

Insgesamt handelt es sich um 256 Schriftstücke, die in einem Zeitraum von 26 Jahren (1953–1979) von Maurer ausgefertigt und dem nachgeordneten ärztlichen und pflegerischen Personal (selten) der chirurgischen Abteilung (z.T. gegen Unterschrift) ausgehändigt wurden. Alle vorliegenden Dokumente entstammen ausnahmslos der Periode von Maurers ärztlicher Tätigkeit am Klinikum RDI.¹¹¹

1.2 Katalogisierung

Die vorliegenden Schriftstücke lassen sich hinsichtlich ihrer Themen, ihrer Intention und ihrer Umsetzungsverbindlichkeit in nachfolgende Kategorien einordnen:

1. Anordnungen (223)
2. Bekanntmachungen (19)
3. Mitteilungen (6)
4. Anschreiben (3)

¹⁰⁹ Vgl. Hermann – Wilmanns 2007, 150.

¹¹⁰ Vgl. Vorstand des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München 2014.

¹¹¹ Vgl. Maurer 1953g.

5. Informationen (1)
6. Aufforderungen (1)
7. Anschlag (1)
8. Vereinbarungen (1)
9. Ergänzungen (1)

Die mit ›Anordnung‹ bezeichneten Schriftstücke (223) sind einer fortlaufenden Nummerierung unterzogen und stellen den Großteil der vorhandenen Dokumente. Nicht nummeriert finden sich die übrigen Schriftstücke (33), die vorwiegend Bekanntmachungen, Mitteilungen und Informationen beinhalten. Im Gegensatz zu den Anordnungen, deren strikte Umsetzung durch die Mitarbeiter eingefordert wurde, dienten die übrigen Dokumente primär der Informationsvermittlung.¹¹²

1.3 Herkunft

Die Schriftstücke stammen aus dem persönlichen Besitz eines zwischenzeitlich verstorbenen Assistenzarztes von Maurer, die von dessen Sohn, Herrn Wolfgang Decker, ärztlicher Leiter der Klinik Dr. Decker, dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München zur medizinhistorischen Auswertung zur Verfügung gestellt wurden.

1.4 Vollständigkeit/Zeitraum

Den Angaben dieser Schriftstücke zufolge wurden diese in einem Zeitraum von etwa 26 Jahren (1953–1979) ausgefertigt. Das erste dieser Schriftstücke (Anordnung Nr. 3) datiert auf den 05.08.1953, das letzte zur Verfügung stehende Schriftstück (Anordnung Nr. 349) auf den 20.06.1979. Lücken in der fortlaufenden Nummerierung der Dokumente lassen vermuten, dass es sich bei den mit vorliegenden Schriftzeugnissen nicht um den kompletten Bestand der von Maurer im oben genannten Zeitraum erlassenen Anordnungen handelt. Intensive Recherchen über den Verbleib der fehlenden Dokumente blieben allerdings erfolglos.¹¹³

1.5 Adressaten

Alle vorliegenden Anordnungen richten sich nahezu ausnahmslos an das ärztliche Personal der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses bzw. Klinikums RDI. Nur selten wurde auch das Pflegepersonal der chirurgischen Abteilung mit in die Anweisungen einbezo-

¹¹² Vgl. Abschnitt nach Maurer 1953f.

¹¹³ Vgl. Abschnitt nach Maurer 1953f.

gen. (Anm.: direkte Ansprache in Chefanordnung Nr. 163, 166, 167, 183, 186, 307, 308, 348). Selbst während Maurers Amtszeit als Klinikdirektor (1959–1979) des Krankenhauses RDI adressierte er die oben aufgeführten Schriftstücke lediglich an die chirurgische Ärzteschaft.¹¹⁴ In seltenen Ausnahmefällen wurden Schreibkräfte (z.B.: Chefanordnung Nr. 350) sowie Telefonzentrale und Verwaltung (z.B.: Chefanordnung Nr. 283, 299) als unverbindliche Adressaten genannt.

Ob, in welchem Umfang und mit welchen Inhalten Maurer ähnliche Anordnungen während seiner Chefarztstätigkeit im Krankenhaus Altperlach (1946–1953) fertigte oder fertigen ließ, war trotz intensiver Recherchen nicht eruierbar. Aufgrund der nur 30 jährigen Aufbewahrungsverpflichtung von Klinikunterlagen stehen entsprechende Dokumente zur Einsichtnahme und Auswertung heute nicht mehr zur Verfügung; die oben aufgeführten privaten Quellen konnten zu eventuellen Schriftzeugnissen aus Maurers Altperlacher Zeit und deren Verbleib ebenfalls keine Auskunft erteilen.

2. Dokumente – Chefanordnungen

Maurers Anordnungen wurden bereits zu seinen Lebzeiten als ›Chefanordnungen‹ bezeichnet und als solche selbstverständlich als verpflichtend umzusetzen erachtet.¹¹⁵ Eine Anordnung kann als Direktive eines Amtsträgers beschrieben werden, deren Befolgung erwartet wird und ein bestimmtes Verhalten oder Handeln des Adressaten einfordert. Der Begriff Chef, aus dem Lateinischen von caput ›Kopf‹, bezeichnet im Allgemeinen einen Vorgesetzten¹¹⁶ Betrachtet man den Begriff der Chefanordnungen vor dem Hintergrund der genannten Erläuterungen, so ist in Kenntnis der doch sehr dominanten Persönlichkeit von Maurer davon auszugehen, dass dieser Begriff bewusst von ihm und auch seinen Mitarbeitern gewählt wurde. Maurer war der unumstrittene ›Kopf seiner Abteilung, seines Krankenhauses und späteren Klinikums‹, der seine Vorstellungen und Anweisungen unmissverständlich und in Erwartung deren bedingungsloser Umsetzung in seinen Anordnungen schriftlich zum Ausdruck brachte.

2.1 Anzahl

Wie unter Punkt 1.1 angeführt, handelt es sich bei 223 der insgesamt 256 überlieferten Schriftstücke um sogenannte Chefanordnungen, die in der Zeit von 1953–1979 erstellt und einer offenbar fortlaufenden Nummerierung unterzogen wurden.¹¹⁷

¹¹⁴ Vgl. Absatz nach Maurer 1953f.

¹¹⁵ Vgl. Maurer 1953f.

¹¹⁶ Vgl. Duden | Chef | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft n.d. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Chef> [20.06.2016]

¹¹⁷ Vgl. Maurer 1953g.

2.2 Vollständigkeit

Die heute vorliegenden und zur Analyse herangezogenen Chefanordnungen stellen nicht die Gesamtheit aller von Maurer in o.a. Zeitraum erlassenen Anordnungen da, was aus der nicht fortlaufenden Nummerierung der tatsächlich vorhandenen Dokumente ersichtlich wird:¹¹⁸

Anordnungen Nr.:

- 1,2,5,9,
- 10,13–19
- 20,22,24–25,27–35
- 40–43,46,48–49
- 51,53,55–57
- 60–63,67,69–72
- 74–79
- 81–83,85
- 90,93,95–96,
- 103,107,109–112
- 114–115
- 122–128
- 130–133,136,138
- 141–144,147
- 153–157,159
- 164,165
- 172–173,178–180, 185
- 190,192,194–195, 199–200
- 206–207
- 214–216
- 221–222,228
- 235–243, 245, 255
- 275–276
- 297–298

¹¹⁸ Vgl. Maurer 1953f.

Zudem fiel bei der Auswertung der Chefanordnungen auf, dass zeitweise eine unkorrekte Schriftstückreihenfolge vorlag. So trugen manche Chefanordnungen in Bezug auf ihre eigentliche Nummerierung ein falsches Datum. Beispielsweise wurde die Chefanordnung Nr. 8 auf den 18.09.1953 datiert, die darauffolgende Chefanordnung Nr. 11 wurde am 29.10.1953 erlassen, die unmittelbar danach ausgefertigte Chefanordnung Nr. 12 trug jedoch den 28.09.1953 als Ausstellungsdatum. (Weitere Beispiele: Nr. 149: 19.02.1957, Nr. 150: 05.02.1957, Nr. 151: 01.03.1957; Nr. 247: 13.11.1961, Nr. 248: 16.01.1962, Nr. 249: 06.12.1961, Nr. 250: 06.12.1961, Nr. 251: 01.03.1962).

2.3 Formeller Aufbau

Georg Maurer, nicht unbedingt als Vielredner bekannt, nutzte seine Chefanordnungen unter anderem als ein ihm wesenseigenes Kommunikationsmittel:¹¹⁹ »*Maurers Chefanordnungen stellten seine persönliche Handschrift da. Sie waren seine eigene Art und Weise Dinge verbal zu artikulieren*«¹²⁰, so Peter Maurer. Weiterhin führt Peter Maurer aus, dass sein Vater mit der schriftlichen Fixierung solcher Anordnungen einem beabsichtigten oder unbeabsichtigten Vergessen und somit der Nichtbeachtung seiner Anweisungen vorbeugen wollte.

Die Chefanordnungen Maurers zeigen einen weitgehend einheitlichen Aufbau. Ihre schriftliche Ausfertigung, nach den mündlichen Formulierungen von Maurer, war Aufgabe der jeweils zuständigen Sekretärin oder eines der verantwortlichen Oberärzte.¹²¹

Sie beinhalteten grundsätzlich eine laufende Nummerierung, die Angabe von Anlass bzw. Betreff, der konkret umzusetzende(n) Maßnahme(n), den Ort und das Datum ihrer Ausfertigung sowie die Unterschrift des Ausfertigenden (Maurer). Ab Juni 1963, beginnend mit der Chefanordnung Nr. 259 enthielten die Anordnungen zudem das Direktorenlogo von Maurer.¹²²

2.4 Zeitlicher Rahmen/Kontinuität der Erstellung

Die Chefanordnungen wurden über einen Zeitraum von etwa 26 Jahren (1953–1979) erstellt. Je nach aktuellen Geschehnissen/Vorkommnissen wurden sie in unterschiedlichen Abständen ausgehändigt. Eine gewisse Kontinuität (Anm.: jährlich, Ausnahme: 1969 keine Chefanordnung) bezgl. der Herausgabe war/ist ersichtlich. Vor allem zu Beginn von Maurers Tätigkeit am Krankenhaus RDI wurde ein Großteil der Chefanordnungen erlassen.¹²³

¹¹⁹ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹²⁰ Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹²¹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹²² Vgl. Absatz nach Maurer 1953g.

¹²³ Vgl. Abschnitt nach Maurer 1953g.

2.5 Ergänzungen, Aufhebungen, Abänderungen

Insgesamt fanden fünf Chefanordnungen (Nr. 53, 172, 259, 290, 298) auf Grund unzureichender Bewährung, wissenschaftlichen, organisatorischen oder gesetzlichen Veränderungen ihre Aufhebung. Die Abschaffung wurde in der jeweiligen Chefanordnung mit den Worten, ›Die Chefanordnung Nr. ... wird mit sofortiger Wirkung aufgehoben‹ oder ›In Aufhebung der Chefanordnung Nr....‹, offensichtlich ausgesprochen. Deren Themengebiete umfassten unter anderem Richtlinien im Arzneimittelbereich, Dienstzeiten sowie den Umgang mit Verstorbenen. Trotz Aufhebung befinden sich die oben genannten Chefanordnungen teilweise noch in den vorliegenden Schriftstücken. Weitere elf Chefanordnungen (Nr. 89, 111, 162, 197, 205, 241, 247, 265, 298, 299) wurden einer Ergänzung/Abänderung unterzogen. Die Ergänzungen erfolgten unter anderem mit den Worten ›Diese Chefanordnung wird hiermit ergänzt‹ oder ›Ergänzung zu Chefanordnung Nr.‹. Auf Chefanordnung Nr. 171, 80 und 279 wurde erneut ausdrücklich verwiesen, da ihnen die von Maurer eingeforderte Aufmerksamkeit bislang noch nicht hinreichend entgegengebracht wurde.

2.6 Kontrolle der Chefanordnungen

Maurer kontrollierte selbst nur in Einzelfällen die Einhaltung seiner Chefanordnungen (z.B.: Offensichtliche Fehler in der Patientenversorgung, offensichtliche Hygieneverstöße, u.a.). Die Kontrolle der Befolgung seiner Anordnungen hat er weitgehend der Verantwortung seiner jeweiligen Oberärzte, denen er vollstes Vertrauen entgegenbrachte, übertragen.¹²⁴

2.7 Themenfelder/-gebiete

Die von Maurer erlassenen Chefanordnungen betreffen vornehmlich die Bereiche Klinikorganisation, Dokumentation und Krankenhaushygiene. Sie enthalten unter anderem Hinweise auf bereits geltende Chefanordnungen, Aufforderungen zu deren Umsetzung sowie Bezugnahmen zu aktuellen, Handlungsbedarf generierenden Vorkommnissen.

Der Themenbereich Klinikorganisation umfasst sowohl strukturelle (z.B.: allgemeines Risikomanagement, Wirtschaftlichkeit/Finanzen, Abteilungsorganisationen, Krankenhausausstattung/medizinisch apparative Ausstattung) sowie personelle Aspekte (z.B.: allgemeine ärztliche Dienstregelungen, ärztliche Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten, Meldepflicht, Schweigepflicht, Beachtung von Leit- und Richtlinien, ärztliche Aus- und Weiterbildung, Ausbildungsorganisation, qualifikationsabhängige Tätigkeiten des Pflegepersonals).

¹²⁴ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

Der Themenbereich Dokumentation hat insbesondere die ärztliche Dokumentation auf Station, in der Ambulanz, in den operativen Funktionsbereichen und sonstige Dokumentationspflichten sowie Vorgaben zur Gutachtenerstellung zum Gegenstand.

Der Themenbereich Krankenhaushygiene kann in einen operativen, einen stationären sowie einen ambulanten Bereich untergliedert werden. Die Personalhygiene spielt hierbei eine herausragende Rolle.¹²⁵

2.8 Betreff, Anlass und Zielsetzungen

2.8.1 Themenbereich – Klinikorganisation

In seinen diesbezüglichen Chefanordnungen greift Maurer unter anderem differenziert und detailliert das strukturelle und personelle Management des Krankenhauses RDI auf.¹²⁶ Wesentlicher Fokus von Maurers Klinikführung war eine klare innerbetriebliche Strukturierung des Klinikums.

Während seiner 26 jährigen ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus RDI, machte sich Maurer nicht nur im Klinikum RDI, sondern auch national sowie international als kompetenter Organisator einen Namen.¹²⁷ Seine Handlungsweisen zeichneten sich durch Präzision, Zielstrebigkeit, Fleiß und Korrektheit aus.¹²⁸ Maurers großes Organisationstalent muss sicherlich auch im Kontext seiner Erfahrungen und Erlebnisse als Verwundetenarzt (1939–1945) im zweiten Weltkrieg gesehen werden.¹²⁹ Nachdem er im Jahre 1939 unmittelbar im Anschluss seiner Facharztanerkennung in den Kriegsdienst eingezogen wurde, übernahm er von 1939–1945 als Stabsarzt der Reserve und (leitender) Chirurg in Sanitätskompanien, Feld- und Reservelazaretten die ärztliche Versorgung der verletzten Soldaten des Vaterlandes.¹³⁰ In den Anfängen seiner Kriegsdienstseinsätze (1939) war Maurer als Verwundetenarzt für einige Zeit in Belgien stationiert. Die deutsche Wehrmacht hatte nach der Eroberung Polens einen konzentriert sowie erfolgreichen Feldzug gegen die nördlichen Länder Europas geführt und diese im Anschluss besetzt. Seinem ärztlichen Einsatz in Belgien folgte eine Versetzung in den Heeresdienst nach Russland. Auch hier hatte er sich um die medizinische Erstversorgung Verwundeter in sogenannten mobilen Feldlazaretten zu kümmern.¹³¹ Die letzte Station seines mehrjährigen Kriegsdienstseinsatzes bildete die Stadt Bad Tölz (1944–1945).¹³² Im dortigen Reservelazarett, einer stationären militärisch - medizinischen Einrichtung (Anm.: vergleichbar mit einem heutigen

¹²⁵ Vgl. Abschnitt nach Maurer 1953g.

¹²⁶ Vgl. Maurer 1953f.

¹²⁷ Vgl. Maurer et al. 1979, 4.

¹²⁸ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch; Borelli 2014; Abschnitt: Vorgesetzter.

¹²⁹ Vgl. Maurer 2012, 3.

¹³⁰ Vgl. Maurer 1966b.

¹³¹ Maurer 2014, Abschnitt: Biographie.

¹³² Vgl. Maurer 1966b.

Bundeswehrkrankenhaus), stand zwar nicht mehr die notfallmedizinische Erstversorgung verwundeter Soldaten im Vordergrund, sondern deren weitergehende operative Versorgung und Rehabilitation. Zu Kriegszeiten (1939–1945) hatte im gesamten Bereich der Wehrmacht die sogenannte Heeresdienstvorschrift,¹³³ ein detailliertes, durchstrukturiertes Regelwerk aus verpflichtenden Vorschriften und Anweisungen, eine unabdingbare normative Gültigkeit. Maurer war in den sechs Jahren seiner aktiven Kriegszeit als Verwundetearzt tagtäglich mit den Vorgaben und Auswirkungen dieser Vorschrift konfrontiert. Er dürfte auf diese Weise die Vorzüge und Notwendigkeiten einheitlicher, unmissverständlicher Handlungsvorgaben gerade in komplexen und schwierigen Situationen erkannt und verinnerlicht haben, was sicherlich einen wesentlichen Beitrag zu seiner Wahl der Chefanordnungen als Regulativ des laufenden Klinikbetriebes während seiner Amtszeit geleistet hatte. Die Idee zu den Chefanordnungen könnte demnach auf Maurers entsprechende Erfahrungen während seiner aktiven Kriegszeit zurückgehen, da er gerade in dieser Lebensphase die Funktionalität solcher Anordnungen und Vorschriften selbst erlebt hatte.

In den Zeiten der Kriegswirren (1939–1945), in denen häufig Orientierungslosigkeit, Chaos und Verzweiflung vorherrschten, geriet Maurer in seiner Tätigkeit als Verwundetearzt immer wieder in Situationen, die eine Durchstrukturierung des ärztlichen Handelns voraussetzten und einforderten. Eine klare Regelung in Bezug auf die Verwundetenversorgung, die strukturellen und personellen Vorgaben waren daher unabdingbar. Dies bestätigte sein Sohn, Peter Maurer, in einem Doktorandengespräch mit Beate Beck mit der Äußerung: *»wenn man da [sc. Anm.: im Krieg, d. Verf.] kein Organisationstalent hatte, dann hatte man auch keine Chance zu überleben.«*¹³⁴

Unabhängig von Maurers persönlichen Kriegsdiensterefahrungen, erforderte und erfordert der ärztliche Beruf, insbesondere der eines Chirurgen, auch heute noch eine tagtäglich klar strukturierte, durchorganisierte Arbeitsweise. Ohne einen geregelten Arbeitsalltag wären drastische Fehler in der Patientenbetreuung und -behandlung vorprogrammiert.

2.8.1.1 Strukturelle Klinikorganisation

Klinikbezogene Neuerungen, aktuell relevante Veränderungen, die Einführung jeweils neuer Leit- und Richtlinien, wirtschaftliche und finanzielle Notwendigkeiten, Organisation und Neustrukturierung von Abteilungen sowie Belange der mobiliaren und apparativen Klinikausstattung sind beispielsweise dem Bereich des strukturellen Klinikmanagements zuzuordnen. Die diesbezüglichen Anordnungen zielten im Wesentlichen auf die Prävention und Minimierung von Risiken für Personal, Patienten und Klinikum im Allgemeinen ab,

¹³³ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹³⁴ Maurer 2012, 3.

dienten gleichzeitig der grundsätzlichen Bekanntgabe von klinikrelevanten baulichen, organisatorischen und apparativen Neuerungen. Wirtschaftlich/Ökonomisch relevante Anordnungen wurden bereits ab 1953 gestellt.

2.8.1.1.1 Risikomanagement

Unter Risikomanagement ist grundsätzlich ein »*prospektives zukunftsorientiertes Verfahren*«¹³⁵ zu verstehen, das sich unter anderem systematisch mit der Minimierung und Vermeidung potentieller Fehler und Fehlerquellen auseinandersetzt sowie bereits eingetretene Risiken analysiert und deren künftiges Auftreten unterbindet. Es stellt einen wesentlichen »*Baustein des Qualitätsmanagements*«¹³⁶ dar und soll insbesondere auch in medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern personal- und patientengefährdenden Betriebsstörungen und -vorkommnissen vorbeugen, zudem auch Regress- und Schadensersatzansprüchen gegenüber der Einrichtung durch deren unzureichende Wahrnehmung eigener Organisations- und Sorgfaltspflichten oder auch eine inadäquate und fehlerhafte Patientenversorgung weitestgehend minimieren.¹³⁷ Das Risikomanagement umfasst somit unter anderem die Sicherheit von Personal (z.B.: Strahlenschutz, Brand- und Katastrophenschutz, Arbeitsschutz), Patienten (z.B.: Transfusionswesen), Technik (z.B.: Gerätesicherheit) und tangiert wesentlich die wirtschaftlich finanziellen Belange eines Krankenhauses. Der Begriff Risikomanagement war im Gegensatz zur heutigen Zeit zu Zeiten Maurers wohl kaum gängig und die Etablierung eines solchen Managements in klinischen Einrichtungen keineswegs selbstverständlich. Maurer griff mit seinen Chefanordnungen zweifellos Ideen eines einrichtungsbezogenen Risikomanagements auf und trug – wenngleich ihm die gegenwärtige Terminologie noch kein Begriff war – bereits zu seiner Zeit wesentlich und bewusst zur Etablierung risikominimierender Qualitätsstrukturen in seinem Klinikum bei. Nachfolgend werden beispielhaft zu verschiedensten Aspekten des Risikomanagements erlassene Anordnungen von Maurer angeführt. Diese sind einheitlich und zur besseren Übersichtlichkeit jeweils in Nummer/ Erstellungsdatum, Betreff, Anlass, Regelungsgegenstand und vermeintliche (vmtl.) Zielsetzung untergliedert.

¹³⁵ Klein: Risikomanagement und Risiko-Controlling.
http://www.hochschuleheidelberg.de/fileadmin/srh/heidelberg/pdfs/fakultaeten/wirtschaft/BWL_Bachelor/Land_Risikomanagement_im_Krankenhaus_01.pdf [18.10.2015]. ...

¹³⁶ Klein: Risikomanagement und Risiko-Controlling.
http://www.hochschuleheidelberg.de/fileadmin/srh/heidelberg/pdfs/fakultaeten/wirtschaft/BWL_Bachelor/Land_Risikomanagement_im_Krankenhaus_01.pdf [18.10.2015].

¹³⁷ Vgl. Klein: Risikomanagement und Risiko-Controlling.
http://www.hochschuleheidelberg.de/fileadmin/srh/heidelberg/pdfs/fakultaeten/wirtschaft/BWL_Bachelor/Land_Risikomanagement_im_Krankenhaus_01.pdf [18.10.2015]

1). Katastrophenmanagement

- **Chefanordnung Nr. 277, erstellt am 23.10.1965:**¹³⁸

Chefanordnung Nr. 277

Bei Großalarm bzw. Flugalarmen außerhalb der täglichen Normaldienstzeit ist der 1. Diensthabende bis zum Eintreffen des Chefs oder seines Vertreters für den reibungslosen und programmgeleiteten Ablauf von Alarmierung und weiterer Organisation entsprechend den Alarmplänen zuständig verantwortlich.

München, den 23. Oktober 1965

Prof. Dr. Maurer

¹³⁸ Vgl. Maurer 1965.

Betreff:

Organisatorisches Vorgehen bei Großalarm bzw. Flugalarm außerhalb der »Normaldienstzeit«.

Anlass:

Anlass nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

»Reibungsloser« Klinikablauf bis zum Eintreffen des Chefarztes bei Sondersituationen (z.B.: Alarmplan – Großalarm, Flugalarm). Delegation der Verantwortung an 1. Ärztlichen Dienstes bzw. dessen Vertretung.

Zielsetzung (vmtl.):

Eindeutige personen- bzw. funktionsbezogene Festlegung ärztlicher Verantwortlichkeiten im Falle eines Großalarmes außerhalb der normalen Dienstzeiten.

Mittels vorsorglicher Festlegung personeller Zuständigkeiten bei unvorhersehbaren, plötzlich eintretenden, versorgungsrelevanten Ausnahmesituationen (z.B.: Großalarm, Flugalarm) wollte Maurer einen reibungslosen, klar organisierten Ablauf der medizinischen Versorgung potentieller Patienten oder Patientengruppen im Krankenhaus RDI sicherstellen.

Bereits im Jahre 1958 kam Maurer und sein chirurgisches Ärzte- und Pflorgeteam mit solch einer versorgungsrelevanten Ausnahmesituation in Berührung, als am zweiten Februar eine britische Chartermaschine (nach zwei vorangegangenen abgebrochenen Startversuchen) unmittelbar nach dem Start auf dem Flughafenareal (München Riem) abstürzte und explodierte. Von 44 Flugpassagieren, darunter die bekannte Fußballmannschaft von Manchester United, fanden 18 Menschen den Tod, viele waren schwer verletzt. Auslöser des Unglücks war vermutlich ein eingefrorenes Höhenruder, das verhinderte, dass die Chartermaschine an Höhe gewann. Unmittelbar nach Bekanntwerden des schrecklichen Unglücks beorderte Maurer einen Ärzte- und Pflgetrupp zur medizinischen Versorgung der Verunfallten zum Unglücksort. In Anwendung nahezu militärischer Logistik (Triage) wurde den Verwundeten erste Hilfe geleistet. 13 schwerverletzte Passagiere wurden zur weitergehenden operativen und intensivmedizinischen Versorgung ins Krankenhaus RDI gebracht. Dort übernahm ein Team aus mehreren Oberärzten, 40 Assistenzärzten und 10 Anästhesisten unter Leitung von Maurer die weitere medizinische Versorgung der Schwerverletzten. Als einer der Patienten ein akutes Nierenversagen entwickelte, ließ Maurer eine künstliche Niere aus Freiburg einfliegen, um die unzureichende renale Funktion zu kompensieren und somit das Leben dieses Patienten zu retten.¹³⁹

¹³⁹ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 149-150; Maurer 2012, 4; Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

Das tragische Flugzeugunglück und die Bemühungen um die medizinische Versorgung der verunglückten Passagiere, erregte weltweites Aufsehen und trug zu großer Anerkennung und internationalem Ansehen von Maurer und seinem Krankenhaus bei. Bereits kurze Zeit nach dem Unglück lud der Bürgermeister von Manchester das versorgende Ärzteteam nach Manchester ein. Dort wurde es in einem zweitägigen Festakt offiziell, für seinen unermüdlichen Einsatz um die Verunglückten geehrt. »Keiner von uns hatte mit einer derartigen Reaktion auf eine [sc. Anm.: unsere, d. Verf.] Arbeit gerechnet, die eigentlich selbstverständlich war«¹⁴⁰ berichtete Fritz Lechner, der selbst dem geehrten Ärzteteam angehörte, in seiner Biographie ›Mit Skalpell und Feder‹.¹⁴¹

Maurers ausgezeichnetes Management verschaffte dem Klinikum RDI im Anschluss an das tragische Ereignis einen ausgewiesenen Bonus sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene. So wurde nach dem Flugzeugunglück dauerhaft eine Standleitung zwischen dem Flughafentower in München Riem und der Nothilfe des Klinikums RDI eingerichtet, um im Falle weiterer Unglücksfälle eine schnellstmögliche medizinische Hilfeleistung zu ermöglichen.¹⁴² Die British European Airways spendete dem Krankenhaus RDI nach dem dramatischen Ereignis, als Anerkennung für die unermüdliche Versorgung der Opfer des Flugzeugunglücks, eine künstliche Niere.¹⁴³ Für seine Verdienste wurde Maurer später von der Queen mit dem Titel ›Commander of the British Empire‹ ausgezeichnet.¹⁴⁴ Dieses eindrückliche Erlebnis und die daraus gewonnenen Erkenntnisse waren für Maurer, trotz reibungsloser und optimaler Versorgung der Verunglückten, Anlass, immer wieder Verbesserungen, angepasst an die jeweilige Leistungsfähigkeit seines Klinikums, an den Vorgaben des klinikbezogenen Notfallversorgungsmanagements vorzunehmen. Mit Ernennung seines Vertreters außerhalb der Normaldienstzeit sicherte Maurer im Falle eines Großalarmes eine reibungslose Vorgehensweise und Organisation gemäß dem gültigen Alarmplan bis zu seinem persönlichen Eintreffen.

¹⁴⁰ Lechner 2002, 150.

¹⁴¹ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 150.

¹⁴² Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

¹⁴³ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Arzt.

¹⁴⁴ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 150.

2) Strahlenschutz

- **Chefanordnung Nr. 310, erstellt am 20.02.1977:**¹⁴⁵

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar
der Technischen Universität München

8 München 80, 20.2.1973
Ismaninger Straße 22
Telefon 414 01
Durchwahl 41 40 / 2120
Telegramm-Adresse: Isarklinik

Chefanordnung Nr. 310

Ab 1.3.1973 ist es für das ärztliche Personal
Pflicht, DOSIMETER-Plaketten zu tragen, soweit
die Damen und Herren mit Röntgenstrahlen in
Berührung kommen.

Die regelmässige monatliche Neuverteilung und
Abgabe der Plaketten wird Herr Dr. v. MALLINCKRODT
verantwortlich übernehmen.



¹⁴⁵ Vgl. Maurer 1977a.

Betreff:

Obligates Tragen einer »*Dosimeter-Plakette*«.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtendes Tragen einer Dosimeterplakette (ab 01.03.1977) durch ärztliches Personal bei Kontakt mit Röntgenstrahlen. Monatliche Neuvergabe der Röntgenplaketten durch Herrn von Mallinckrodt (plastischer Chirurg).

Zielsetzung (vmtl.):

Einhaltung der verpflichtenden Vorgaben von Strahlenschutzverordnung und Röntgenverordnung.

Medizinisches, strahlenexponiertes Personal sowie Betreiber strahlenemittierender Anlagen unterliegen in Deutschland seit langem gesetzlichen Handlungsverpflichtungen (z.B.: Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung). Diese Verpflichtungen zielen darauf ab, überhöhte, gesundheitsschädliche Strahlenexpositionen von Personen zu erkennen und zu beseitigen. Eine der risikoerkennenden Maßnahmen besteht in der personenbezogenen Messung von Strahlendosen.

Mit seiner Anordnung, das ärztliche, in Kontakt mit Röntgenstrahlen stehende Personal zum Tragen einer Dosimeterplakette zu verpflichten, wollte Maurer zweifellos als Klinikdirektor und Vertreter des Einrichtungsbetreibers dessen strahlenschutzrechtlichen Verpflichtungen nachkommen. Denn mit Einführung der 1. Röntgenverordnung am 01.03.1973 wurde der Arbeitgeber laut Paragraph 40§ »Messung der Personendosis« verpflichtet, an sämtlichen Mitarbeitern, die sich aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit im Kontrollbereich der Röntgendiagnostik befanden, Strahlendosismessungen am Rumpf und/oder strahlenausgesetzten Körperpartien mittels hierfür vorgesehener Dosimeterplaketten durchzuführen. Die Messung diente dem persönlichen Schutz des Arbeitnehmers und musste von diesem bis auf weiteres geduldet werden. Eine Anforderung der Dosimeterplaketten konnte bei der zuständigen Messstelle des Landes erfolgen. Nach deren einmonatigen Gebrauch mussten die Dosimeter zur Ermittlung der persönlichen Strahlenexposition an die selbige Institution zurückgesandt werden. Eine monatliche Beurteilung des individuellen Strahlenrisikos ermöglichte ein frühzeitiges Erkennen einer Überschreitung des nuklidspezifischen Grenzwertes und somit einer möglichen personellen Gefährdung.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Vgl. Absatz nach Der Bundesminister der Justiz 1973, Abschnitt: § 40.

Mit Erlass der 1. Röntgenverordnung im Jahre 1973 entwickelte sich das Regelwerk der Dosimetrie stetig weiter und verpflichtet bis heute noch den Arbeitgeber, die Strahlenexposition aller in seinem Betrieb tätigen beruflich strahlenexponierten Personen mittels Ganzkörper- oder Teilkörperdosimeter aufzuzeichnen. Das Tragen sogenannter Dosimeterplaketten ist heutzutage in klinischen Einrichtungen mit radioaktiven Strahlen verbindlich, die Umsetzung auf Seiten der Mitarbeiter jedoch teilweise fragwürdig. Neben der im März 1973 eingeführten Röntgenverordnung bewog Maurer insbesondere auch die Verantwortung und Fürsorge für seine Mitarbeiter, deren Gesundheit ihm am Herzen lag, zu dieser Chefanordnung.

3) Transfusionswesen

- Chefanordnung Nr. 7, erstellt am 18.09.1953:¹⁴⁷

7

S M.

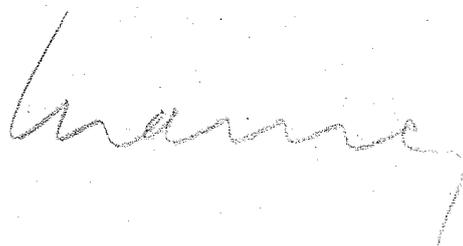
Chefanordnung

Es hat sich in letzter Zeit gezeigt, daß immer wieder Blut-
konserven dem Kühlschrank entnommen werden, die weniger als
vier Tage unterkühlt waren. Mit Ausnahme von dringenden Not-
fällen ist dies unzulässig.

Bekanntermaßen kann durch die Wassermannsche Reaktion eine
bestehende Lues nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.
Bereits in Frühstadium befinden sich Spirochäten im Blut
und machen dieses somit höchst infektiös. Die Spirochäten
werden aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine
viertägige Aufbewahrung des Blutes bei einer Temperatur von
+ 1 bis + 4 Grad Celsius. Bei Einhaltung dieser viertägigen
Unterkühlung darf angenommen werden, daß eine Transfusions-
lues nicht zustande kommt.

Zur besseren Übersichtlichkeit werden in Zukunft alle Kon-
serven, bei denen die Va.R. noch nicht gemacht wurde oder
die noch nicht vier Tage im Kühlschrank stehen, am Flaschen-
hals einen Leukoplaststreifen mit der Aufschrift "Nicht frei"
tragen.

Am 18. September 1953



¹⁴⁷ Vgl. Maurer 1953b.

Betreff:

Verpflichtung zur Sicherstellung einer mindestens viertägigen Kühlung von Blutkonserven vor deren Gebrauch.

Anlass:

Wiederholte Verabreichung von Blutkonserven ohne Beachtung eines vorangehenden, mindestens viertägigen Kühlungszeitraumes.

Regelungsgegenstand:

Sicherstellung einer mindestens viertägigen Kühlung (bei +1–4 Grad Celsius) von Blutkonserven vor Transfusion sowie Kennzeichnung aller Konserven mit weniger als viertägiger Kühlschrankschlagerung oder fehlender serologischer Untersuchung nach Wassermann (Wassermann'sche Reaktion) mittels Leukoplaststreifen (Aufschrift »Nicht frei«). Dringende Notfälle bilden die einzige Ausnahme für eine vorzeitige Transfusion von Blutkonserven.

Zielsetzung (vmtl.):

Maurers Bestreben war es, unter allen Umständen dem Risiko einer parenteralen Übertragung einer Lues mittels Bluttransfusionen in seinem Klinikum vorzubeugen.

Ein sich über Jahre (1948–1952) hinziehender Rechtsstreit zwischen einer Patientin und dem Krankenhaus St. Elisabeth in Essen bildete vermutlich einen der Beweggründe für Maurers Anordnung. Die Patientin war offenbar während ihres 12-tägigen Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit einer Bluttransfusion mit dem Lues-Erreger *Treponema Pallidum* infiziert. Die Infektionserreger hatten sich bei der schwangeren Patientin plazentar ausgebreitet und zu einer Erkrankung des Ungeborenen bzw. Neugeborenen geführt. Zum Zeitpunkt der Bluttransfusion (09.09.1946) war eine Erkrankung des Spenders offenbar nicht bekannt. Untersuchungen des Spenderblutes auf Lues-Erreger waren lediglich mittels einer nach Wassermann benannten serologischen Untersuchungsmethode (Wassermann'sche Reaktion) erfolgt und hatten zunächst ein negatives Untersuchungsergebnis erbracht. Erst eineinhalb Jahre später (Januar 1948) konnte der Nachweis einer Lues-Infektion des Spenders mittels spezifischer serologischer Tests geführt werden. In Nachuntersuchungen weiterer Patienten, denen ebenfalls Blut des infizierten Spenders transfundiert worden war, zeigte sich, dass 17 von 20 Empfängern mittels Transfusion mit dem Lues-Erreger infiziert worden waren. Die klagende Patientin konnte sich mit Schadensersatzansprüchen erfolgreich vor Gericht durchsetzen. Die Revision des beklagten Krankenhauses St. Elisabeth wurde mit Urteil des Bundesgerichtshofes vom 27. Februar 1952 definitiv zurück gewiesen.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Vgl. Abschnitt nach Freie juristische Bibliothek Opiniojuris, BGH, 20.12.1952 - II ZR 141/51. <http://opiniojuris.de/entscheidung/1607> [28.02.2013].

Lues, eine der häufigen sexuell übertragbaren Krankheiten, zählte in früheren Zeiten zu einer der weit verbreiteten chronischen Erkrankungen, deren Nichtbehandlung schwerwiegende gesundheitliche Folgeschäden hervorrufen konnte. Eine Infektion während der Schwangerschaft kann unter anderem wegen der Plazentagängigkeit der Erreger zu einer Frühgeburt mit schwerwiegenden Schädigungen bis hin zum Tode des Ungeborenen führen (30–40%).¹⁴⁹ Die Übertragung von Lues-Erregern mittels Bluttransfusion war in den 50er bis 70er Jahren keine Seltenheit. Besonders in den 50er Jahren war weltweit ein bis zu zwanzigfacher Anstieg an Lues-Infektionen beobachtbar. Maurer setzte sich zu seiner Zeit eingängig mit der Problematik einer Transfusionslues auseinander. Seiner Annahme zufolge konnte das damals angewandte serologische Untersuchungsverfahren (Wassermann'sche Reaktion) den Nachweis bzw. Ausschluss einer Lues-Infektion nicht zuverlässig führen. Erst 6–8 Wochen nach Infektion war es anhand des Untersuchungsverfahrens möglich, Lues-Antikörper im Blut infizierter Spender nachzuweisen (positive Wassermann'sche Reaktion). Infiziertes Spenderblut, das in der nicht seroreaktiven Frühphase der Infektion entnommen wurde, zeigte fälschlicherweise negative Testergebnisse und führte im Falle einer Transfusion unweigerlich zu einer Infizierung des Empfängers.¹⁵⁰ Die Expertenmeinungen bezüglich der abtötenden Wirkung einer Kühlung von Blutkonserven auf potentiell enthaltene Lues-Erreger waren zu Zeiten Maurers divergierend. So vertrat Kolmer (1941) die Auffassung, eine sichere Abtötung der Treponemen werde bereits nach 24 stündiger Kühlung bei 4–6 Grad, während Binder hingegen eine alleinige Kühlung des Blutes als nicht ausreichend für eine bakterizide Wirkung erachtete.¹⁵¹ Die These, eine mindestens viertägige Kühlung könne die Übertragung einer Transfusionslues verhindern, konnte nach Angabe von Prof. Dr. Hagedorn, Ansprechpartner des Konsiliarlabors für Treponemen (Labor Krone, Bad Salzuflen) erst einige Jahre später nach Erlass der Maurer'schen Chefanordnung (1953) anhand aufwendiger Tierexperimente (Anm.: Studien an Kaninchenhoden) belegt werden. So führt beispielsweise der Arbeitskreis Blut des Bundesministeriums für Gesundheit in seiner Stellungnahme (2002) zu *Treponema pallidum* aus, die Lagerung von Erythrozytenkonzentraten bei einer Temperatur von +4 Grad über fünf Tage führe zu einer Inaktivierung eventuell vorhandener Erreger. Es sei bisher kein Fall einer Luesübertragung durch Blut berichtet, welches 48h bei +4 Grad gelagert worden sei.¹⁵²

Auf welchen Quelle Maurer die bereits 1953 in seiner Chefanordnung dezidiert vorgetragene Einschätzung zur Inaktivierung von Lues-Erregern stützte, konnte trotz intensiver Recherchen nicht eruiert werden. Gegenwärtig ist eine durch Blutkonserven übertragene Lues weitestgehend ausgeschlossen. Sämtliches Spenderblut wird systematisch geeig-

¹⁴⁹ Vgl. Absatz nach Robert Koch-Institut 2007.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Syphilis.html [03.05.2016]

¹⁵⁰ Vgl. Absatz nach Maurer 1950, 131; Robert Koch-Institut 2007.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Syphilis.html [03.05.2016]

¹⁵¹ Vgl. Absatz nach Kimming 2013, 727.

¹⁵² Vgl. German Advisory Committee Blood 2003, 141.

neten Such- und Bestätigungstests zum Ausschluss möglicher Infektionserreger unterzogen. Die Vorauswahl der Spender und das Screening der Spenden bieten einen sicheren Schutz vor einer Übertragung infektiösen Blutes (eine bestehende oder abgelaufene Lues bedingt einen dauernden Ausschluss als Blutspender, Antikörper gegen *Treponema Pallidum* enthaltende Seren dürfen nicht zur Spende eingesetzt werden).¹⁵³

In Kenntnis des im medialen Interesse stehenden Vorfalles im Krankenhaus St. Elisabeth (Essen) war Maurer nachdrücklich bestrebt, derartige Vorkommnisse im Krankenhaus RDI durch Festlegung verbindlicher Vorgehensweisen auszuschließen. Er war sich der negativen Tragweite derartiger Schadensereignisse sowohl für das Krankenhaus RDI als auch für seine persönlichen Ziele bewusst.

¹⁵³ Vgl. Absatz nach Robert Koch-Institut 2007.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Syphilis.html [03.05.2016]

4) Technik: Betriebssicherheit/Gerätesicherheit

- **Chefanordnung Nr. 38, erstellt am 15.01.1954:**¹⁵⁴

Chefanordnung Nr. 38

Die Stationsärzte werden angewiesen, sämtliche Heizkissen auf ihre Betriebssicherheit anzusehen. Besonders ist auf defekte Litzen zu achten.

Reparaturbedürftige elektrische Geräte müssen sofort in Ordnung gebracht werden. Diese Anordnung gilt im Übrigen für sämtliche elektrischen Apparaturen.

München, den 15. Januar 1954

Kramer

¹⁵⁴ Vgl. Maurer 1954a.

Betreff:

Überprüfung jeglicher Heizkissen auf Betriebssicherheit.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Delegation der Verantwortung für eine Überprüfung der Heizkissen (adäquate Funktionalität) an den verantwortlichen Stationsarzt. Veranlassung einer unverzüglichen Heizkissenreparatur im Falle des Bekanntwerdens einer Beschädigung.

(Anm.: Anordnung betrifft sämtliche elektronische Gerätschaften im Klinikum.)

Zielsetzung (vmtl.):

Ein unmittelbarer Anlass für die genannte Regelung ist Maurers Anordnung nicht zu entnehmen. So bleibt unbekannt, ob klinikinterne Patientenschäden als Folge defekter Heizkissen oder Schadensfälle in anderen medizinischen Einrichtungen (Krankenhäusern) den Grund für die schriftliche Anweisung bildeten. Offizielle normative Vorgaben im Hinblick auf die Gerätesicherheit gab es offenbar erst ab dem Jahr 1968 (01.12.1968), in dem ein Gesetz für Gerätesicherheit (GSG) erlassen wurde.¹⁵⁵ Es entsprach der Persönlichkeit von Maurer, jedwede Quelle, die zur Gefährdung seiner Patienten, seines Personals, aber auch seiner ehrgeizigen Zielsetzung hätten führen können, frühzeitig zu erkennen und beseitigen zu wollen. Mit einer regelmäßigen Kontrolle verschiedenster elektrischer Geräte (z.B.: Heizkissen) konnte man zumindest geräteseitig folgenschweren Defekten vorbeugen.

¹⁵⁵ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2015
<http://www.bmwi.de/DE/Service/gesetze.did=22176.html> [30.09.2015].

2.8.1.1.2 Wirtschaft und Finanzen

- **Chefanordnung Nr. 224, erstellt am 31.03.1960:**¹⁵⁶

SM

Chefanordnung Nr. 224

Nach der zur Zeit geltenden Gebührenordnung für die städtischen Krankenhäuser sind in der III. Pflegeklasse neben dem Tagessatz auch besondere Hilfsmittel (wei Elastoplastbinden, elastische Binden, Lang's Plastikbinden u.dgl.) verrechnungsfähig.

Bei allen Patienten, bei denen eine solche Verordnung durchgeführt wird, ist der Krankenhausverwaltung ein entsprechender Rechnungsbeleg (s. Muster) zuzuleiten.

Des Weiteren können bei Selbstzahlern der III. Klasse sowie bei Mitgliedern von Privatkrankenkassen Knochennägel (Küntschernägel, Rush-Nägel, Schenkelhalsnägel) und Blutersatzmittel verrechnet werden. Meldung an die Verwaltung hat ebenfalls mit dem angehefteten Formblatt zu erfolgen.

München, den 31.3.60

W. Z. Müller

¹⁵⁶ Vgl. Maurer 1960a.

Betreff:

Verrechnung »*besonderer Hilfsmittel*« in der 3. Pflegeklasse neben dem Tagessatz.

Anlass:

Sicherstellung der Berücksichtigung aller Verrechnungsmöglichkeiten gemäß der aktuell geltenden Gebührenordnung für städtische Krankenhäuser.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtung zur Abrechnung und Zuleitung entsprechender Rechnungsbelege für besondere Hilfsmittel, Knochennägel und Blutersatzmittel an die Krankenhausverwaltung. Zur Verrechnung oben genannter Hilfsmittel muss der Krankenhausverwaltung ein dafür vorgesehener Rechnungsbeleg zugeleitet werden.

Zielsetzung (vmtl.):

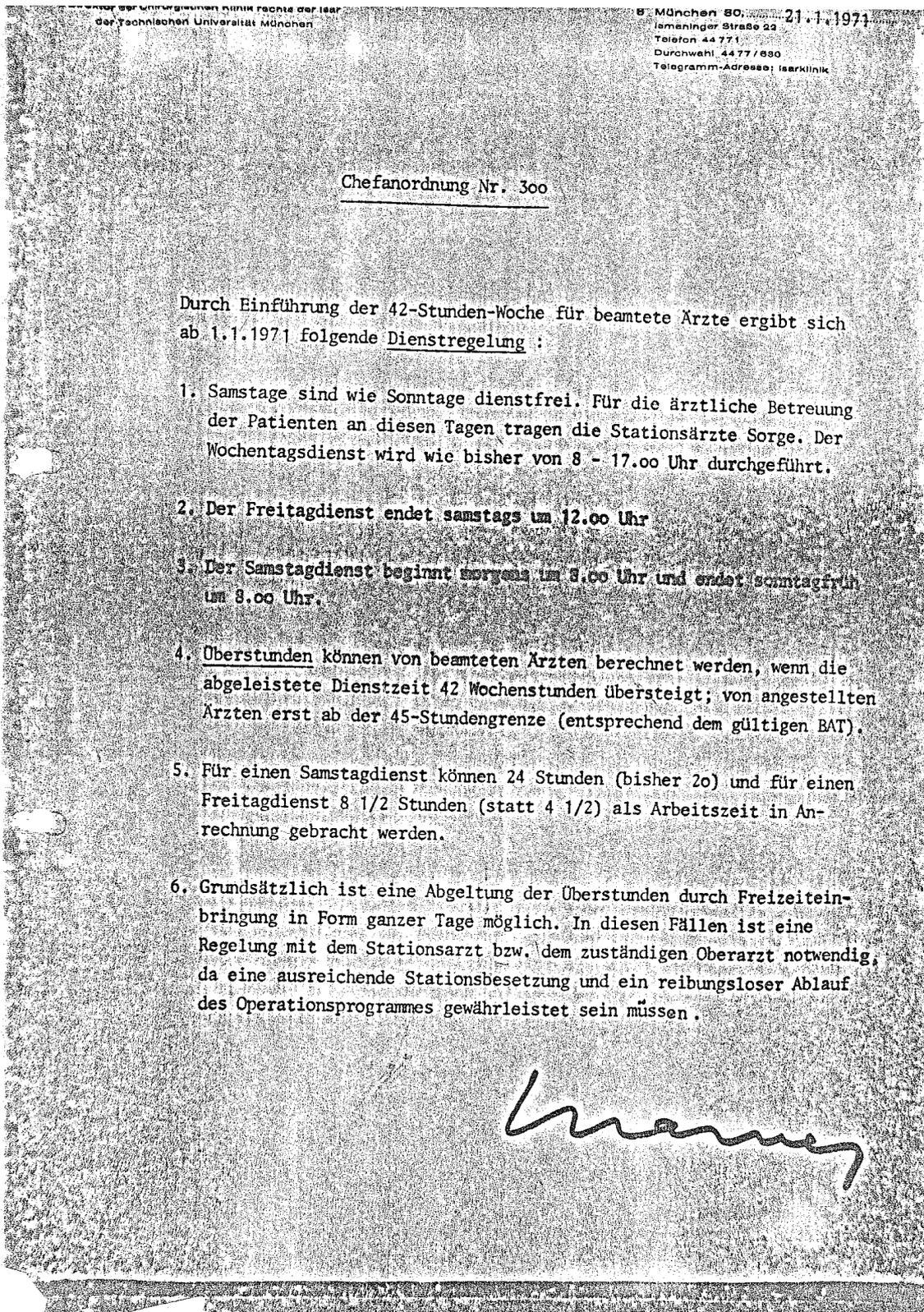
Die Anordnung von Maurer zielt darauf ab, durch gesonderte, zusätzliche Verrechnung besonderer Hilfsmittel (z.B.: Elastoplastbinden, elastische Binden), im Falle von Selbstzahlern auch von Knochennägeln (z.B.: Künschernägel, Schenkelhalsnägel) und Blutersatzmitteln, die finanziellen Einträge und somit die Wirtschaftlichkeit seines Krankenhauses zu optimieren.

Die Verrechnung ärztlicher Leistungen, zum Zeitpunkt des Erlasses der Chefanordnung Nr. 224, fand in der preußischen Gebührenordnung (Preugo) für approbierte Ärzte und Zahnärzte ihre Regelung. Diese im Jahre 1896 in Kraft getretene Verordnung stellte neben der durch den Hartmannbund im Jahre 1928 veröffentlichte private Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (Adgo), eine staatliche Gebührenordnung dar. In ihr fanden bis zu 360 Gebührenpositionen ihre Regelung. 1965 wurde die Preugo von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgelöst.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Vgl. Absatz nach Funke 2013, 8–15; Wagner – Braun 2002.

2.8.1.1.3 Abteilungsorganisation

- **Chefanordnung Nr. 300, erstellt am 21.01.1971:**¹⁵⁸



¹⁵⁸ Vgl. Maurer 1971a.

Betreff:

Änderung der ärztlichen Dienstregelung.

Anlass:

Einführung der 42-Stunden-Woche für verbeamtete Ärzte.

Regelungsgegenstand:

Änderung der Dienstregelung ab dem 01.01.1971 für verbeamtete Ärzte wie nachfolgend angeführt:

- Wochentage: Dienstzeit: 8.00 Uhr – 17.00 Uhr
- Freitag: Dienstzeit: 8.00 Uhr – 12.00 Uhr (Samstag)
- Samstag und Sonntag dienstfrei
Die ärztliche Betreuung an diesen Tagen erfolgt durch die Stationsärzte (Anm.: nicht beamtete Ärzte)
- Überstundenabrechnung:
Beamtete Ärzte: ab > 42 Wochenstunden
Angestellte Ärzte: ab > 45 Wochenstunden
- Anrechnung der Arbeitszeit:
Samstag: 24h (bisher 20h)
Freitag: 8,5h (bisher 4,5h)
- Freizeitausgleich in Form ganzer Tage nach Absprache mit zuständigem Stationsarzt bzw. Oberarzt möglich; adäquate Stationsbesetzung und reibungsloser OP-Programmablauf sind zu gewährleisten.

Zielsetzung (vmtl.):

Die Arbeitszeit der deutschen Bundesbeamten ist in Deutschland durch die Arbeitszeitverordnung des Bundes und der jeweiligen Bundesländer geregelt.

Am 10.12.1970 wurde gemäß Art. 80 Abs. 1 sowie Art. 88 Nr. 3 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) die wöchentliche Arbeitszeit der bayerischen Beamten von 43h auf 42h reduziert. Diese Verordnung fand am 29.12.1970 im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt ihre Veröffentlichung und wurde ab 01.01.1971 in Kraft gesetzt.¹⁵⁹

¹⁵⁹ Vgl. Absatz nach AzV.doc - arbeitszeitverordnung_azv_bayern_27042004.pdf n.d.; Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 29 1970.
http://www.landesbeamte.de/media/pdf/arbeitszeitverordnung_azv_bayern_27042004.pdf [06.05.2016]

Maurers detaillierte Aktualisierung der Dienstzeitenregelung für beamtete Ärzte mittels Chefanordnung Nr. 300 verfolgte einerseits informelle Zwecke, sollte andererseits gesetzlichen Neuerungen genügen, zudem einen einwandfreien Dienstbetrieb unter nunmehr verändertem Ressourceneinsatz im Krankenhaus RDI sicherstellen.

In den vergangenen 40 Jahren unterstand die wöchentliche Arbeitszeit der bayerischen Beamten permanenten Schwankungen (Anm.: 1989: 39h, 1990: 38,5h, 1994: 40h, 2004: 42h).¹⁶⁰ Gegenwärtig (seit 2013) beträgt die wöchentliche Arbeitszeit eines bayerischen Bundesbeamten 40 Stunden.

¹⁶⁰ Vgl. Vf.

<http://www.bayern.verfassungsgerichtshof.de/13-VII-04.%2017-VII-04-Entscheidung.htm> [06.05.2016]

2.8.1.1.4 Medizinisch apparative Ausstattung

- **Chefanordnung Nr. 198, erstellt am 17.07.1958:**¹⁶¹

SM.

Chefanordnung Nr. 198

Ab sofort steht allen Stationen ein Gerät zur intra-
arteriellen Dauerinfusion zur Verfügung. Diese "Motor-
spritze" ist bei Schwester Germaris zu erhalten und
nach Gebrauch jeweils sofort im Operationssaal wieder
abzuliefern. Während der Zeit der Entnahme ist bekannt-
zugeben, wo sich das Gerät befindet.

München, den 17. Juli 1958



¹⁶¹ Vgl. Maurer 1958e.

Betreff:

Einsatzmöglichkeit eines Gerätes zur intraarteriellen Dauerinfusion.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Einsatz, Erhalt und Abgabe eines Gerätes zur intraarteriellen Dauerinfusion auf Station und Verpflichtung der Bekanntgabe dessen Einsatzortes. Steht ab dato sämtlichen Stationen des Hauses zur Verfügung. Es befindet sich bei Schwester Germanis und sollte unmittelbar nach dessen Gebrauch im OP abgegeben werden. Die örtliche Verwendung des Gerätes muss während des Zeitraumes der Ausleihe bekannt gegeben werden.

Zielsetzung (vmtl.):

Mittels der genannten Anordnung sollte zum Einen auf die ab sofort bestehende Möglichkeit des Einsatzes von Geräten zur intraarteriellen Dauerinfusion hingewiesen, zum Anderen die Zugriffs- und Rückgabemodalitäten der Motorspritzen sowie die Nachverfolgung deren jeweiliger Einsatzorte festgelegt werden. Mit dieser Festlegung sollte eine jederzeitige, bedarfsgerechte Verfügbarkeit der betreffenden Geräte sichergestellt werden. Bereits im Jahre 1951 wurde der weltweit erste Infusionsapparat nach Dr. Hess von dem Pharma- und Medizinbedarfs-Unternehmen namens Braun entwickelt. Das Gerät verabreichte die jeweilige Substanz über einen sogenannten Spritzenkolben, der mittels vorgegebener Geschwindigkeit in den Zylinder geschoben wurde. Die Infusionspumpe ermöglichte somit eine gleichmäßig dosierte Verabreichung von Infusionslösungen. Zuvor erfolgte die Infusionstherapie lediglich mittels Schwerkraft. In den folgenden Jahren entwickelte sich die Motorspritze stetig weiter. Bis heute noch findet sie in Form der Perfusorspritze in sämtlichen medizinischen Einrichtungen ihren Einsatz.¹⁶²

Auch in dieser Anordnung zeigt sich Maurers Interesse an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschrittes, wodurch er das Klinikum RDI als forschungsorientierte Institution mit großem Interesse an der praktischen Erprobung wissenschaftlicher und technischer Neuerungen ausweisen wollte. Er zeigte sich aufgeschlossen in der Anschaffung von Geräten, Gegenständen oder sonstigen Materialien, die dem Klinikum zu Gute kamen.¹⁶³ In den vergangenen 30 Jahren hat die Zahl der medizinischen Gerätschaften im Klinikum RDI, aufgrund des kontinuierlichen medizinischen Fortschritts, eine enorme Zunahme (Verfünfundzwanzigfachung) erfahren. Von 2000 medizinischen Geräten im Jahre 1982 erhöhte sich deren Zahl auf 25.000 (2006).¹⁶⁴

¹⁶² Vgl. Absatz nach Kramme 2007, 561.

¹⁶³ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

¹⁶⁴ Vgl. Hermann – Wilmanns 2007, 152.

2.8.1.2 Personelle Klinikorganisation

Der personellen Klinikorganisation können unter anderem Anordnungen Maurers zugeordnet werden, die allgemein ärztliche Dienstregelungen, ärztliche Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten, Meldepflicht, Schweigepflicht, Beachtung von Leit- und Richtlinien, ärztliche Aus- und Weiterbildung, Ausbildungsorganisation, qualifikationsabhängige Tätigkeiten des Pflegepersonals zum Regelungsgegenstand haben.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Vgl. Maurer 1953g.

2.8.1.2.1 Dienstorganisation

1) Dienstregelung

- **Chefanordnung Nr. 193, erstellt am 15.04.1958:**¹⁶⁶

Abschrift

SM

Chefanordnung Nr. 193

- 1) Ab Dienstag, den 15. April 1958, findet die Chefvisite auf der Wachstation jeweils pünktlich um 8⁰⁵ Uhr statt. Vorher hat jeder Stationsarzt sich über Neuzugänge seiner Station und besondere Vorkommnisse soweit zu orientieren, daß eine ausreichende Unterrichtung des Chefarztes, bzw. des zuständigen Oberarztes bei der Wachstationsvisite möglich ist.
- 2) Mit den Operationen ist in den einzelnen Sälen jeweils um 8.30 Uhr zu beginnen. Verzögerungen jeder Art im Ablauf des Operationsprogrammes sind tunlichst zu vermeiden.

München, den 15. April 1958

gez. Prof. Maurer

¹⁶⁶ Vgl. Maurer 1958d.

Betreff:

Chefvisite ab kommenden Dienstag ab 8.05 Uhr.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Vorbereitung der Chefarztvisite durch die Stationsärzte in Form einer detaillierten Informationseinholung zum jeweiligen aktuellen Patientengut.

Der OP-Betrieb beginnt im Anschluss an die Visite um 8.30 Uhr. Jedwede Verzögerung des OP-Programms sollte vermieden werden.

Zielsetzung (vmtl.):

Die von Maurer angeordnete Vorbereitung seiner Chefarztvisiten durch die Stationsärzte verfolgte das Ziel, präzise Auskünfte zu Krankheitsbildern und -verläufen der einzelnen Patienten zu erhalten, um gegebenenfalls notwendige weitere Diagnose- und Therapie-maßnahmen abschätzen und veranlassen zu können. Ebenso sollten durch klar strukturierte und gestraffte Chefarztvisiten ein reibungsloser, verzögerungsfreier betrieblicher Ablauf sichergestellt und eine termingerechte Abwicklung komplementärer Prozessabläufe gewährleistet werden. Maurer legte nicht nur als Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Klinikums RDI, sondern auch als dessen späterer Direktor nachdrücklich Wert darauf, einen präzisen und weitgehend differenzierten Überblick über das aktuelle Geschehen in seinem Krankenhaus zu bekommen. Nur durch geeignete Information sah er sich in der Lage, Problemstellungen organisatorischer, aber insbesondere medizinischer Art frühzeitig zu erkennen und in seinem Sinne, wenn nötig, einzugreifen.

Maurers Chefarztvisiten waren bei den Stationsärzten des Hauses bekannt, berüchtigt und gefürchtet.¹⁶⁷ Wöchentlich visitierte er die gesamte chirurgische Abteilung (Anm.: tägliche Visite auf der Frischoperiertenstation)¹⁶⁸ und begutachtete dabei alles und jeden sehr genau.¹⁶⁹ Aufgabe der zuständigen Assistenten war es (Anm.: wie aus der Anordnung klar ersichtlich), die Patienten genauestens mit Diagnose, Krankheits- und Therapieverlauf vorzustellen.¹⁷⁰ Zweifelte Maurer an der Richtigkeit der vorgetragenen Angaben, befasste er sich ausführlicher mit dem Patienten und dessen vorliegender Anamnese.¹⁷¹ Unkorrekte Angaben seiner ärztlichen Mitarbeiter oder gar Bemühungen, Fehler zu vertuschen führten zur Verärgerung Maurers.¹⁷² Kommunizierte er mit seinen männlichen

¹⁶⁷ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

¹⁶⁸ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹⁶⁹ Vgl. Lechner 2002, 126.

¹⁷⁰ Vgl. Lechner 2002, 129.

¹⁷¹ Vgl. Lechner 2002, 129.

¹⁷² Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

Assistenten, bezeichnete er diese stets als »Buben«.¹⁷³ Gefürchtet waren Maurers Visiten offenbar auch, weil es des Öfteren nicht nur bei der Patientenvorstellung blieb. So gab es Zeiten, in denen er inmitten der Visite völlig unerwartet die Stationsküche aufsuchte und »*unkonventionelle Kontrollen auf Sauberkeit*«¹⁷⁴ durchführte. Maurer stieg dabei auf einen Hocker und kontrollierte mit dem angefeuchteten Zeigefinger seiner rechten Hand die Oberflächen von Schränken und sonstigem Mobiliar auf Staubablagerungen. Sein Fokus war somit nicht nur auf eine adäquate Patientenversorgung gerichtet, sondern auch auf einen einwandfreien Hygienezustand der einzelnen Stationen. Feststellbare Mängel zogen entsprechende Konsequenzen nach sich.¹⁷⁵

¹⁷³ Zimmermann 2014; Maurer 2014; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter .

¹⁷⁴ Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

¹⁷⁵ Vgl. Absatz nach Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

• **Chefanordnung Nr. 257, erstellt am 12.02.1963:**¹⁷⁶

Städt. Krankenhaus München rechts der Isar

Ärztliche Direktion

München 8,
Ismaninger Straße 22
Fernruf 44 9811

12. Febr. 1963

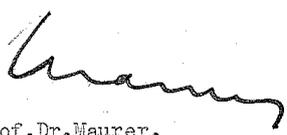
Chefanordnung Nr. 257

Mit Wirkung vom 1.2.1963 wurde durch Stadtratbeschuß vom 30.1.1963 eine urologische Abteilung im Krankenhaus r.d.Isar unter Herrn Chefarzt Dr. W. M a u e r m a y e r geschaffen.

Die urologische Abteilung führt einen selbständigen Nacht-, Samstag-/Sonntag- und Feiertagsdienst durch. Der Dienst wird von jeweils einem urologischen Arzt wahrgenommen.

Im Falle urologischer Notfalloperationen steht der Urologie der chirurgische Jourdienst unterstützend zur Verfügung. Der Einsatz des chirurgischen Jourdienstes wird im Benehmen zwischen dem urologisch diensthabenden Arzt und dem 1. Diensthabenden der chirurgischen Abteilung geregelt.

Diese Anordnung gilt zunächst für ein Jahr, um entsprechende Erfahrungen zu sammeln. Nach Ablauf dieser Zeit wird entweder diese Chefanordnung beibehalten oder entsprechend den gesammelten Erfahrungen abgeändert.


Prof. Dr. Maurer.

A3a 2' 4.58 St&S

¹⁷⁶ Vgl. Maurer 1963a.

Betreff:

Dienstregelung der urologischen Abteilung.

Anlass:

Beschluss (30.01.1963) des Münchner Stadtrates zur Einrichtung einer urologischen Abteilung im Klinikum RDI ab 01.02.1963.

Regelungsgegenstand:

Einführung eines selbständigen Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienstes in der zum 01.02.1963 neu errichteten urologischen Abteilung des Klinikums RDI.

Unterstützung der Urologie im Falle urologischer Notfall-OPs durch den chirurgischen Jourdienst. Abstimmung der Unterstützung zwischen urologisch diensthabendem Arzt und dem 1. Diensthabenden der chirurgischen Abteilung.

Geltungsdauer der Anordnung (befristet auf ein Jahr).

Zielsetzung (vmtl.):

Ziel der Anordnung von Maurer war es, die Eigenständigkeit der neu eingerichteten urologischen Abteilung durch Einführung eigener Dienstregelungen zu unterstreichen und zu festigen. Zugleich lag ihm auch ein enges, interdisziplinäres Zusammenwirken von chirurgischer und urologischer Abteilung am Herzen – dies nicht nur, um die gemeinsame Grundlage beider primär operativer Fachgebiete zu würdigen, sondern insbesondere auch, um seinen Patienten eine gute, fachübergreifende operative Versorgung zu ermöglichen. Die Begrenzung der Geltungsdauer der Anordnung auf zunächst den Zeitraum eines Jahres sollte dazu dienen, Erfahrungen zu sammeln und in Abhängigkeit von diesen geeignete und optimierende Modifikationen im Dienstbetrieb der urologischen Abteilung vornehmen zu können.

Maurer war ein zukunftsorientierter, vorausblickender Mensch, der Innovationen (z.B.: Einführung neuer Fach- und chirurgischer Spezialdisziplinen) meist positiv gegenüberstand. Stets zeigte er sich aufgeschlossen für Veränderungen und unterstützte solche Ideen, die er für sein Krankenhaus als Gewinn bringend erachtete.¹⁷⁷ Neben der Etablierung neuer Fachdisziplinen (z.B.: urologische Abteilung) ist unter anderem Maurers Förderung der Errichtung chirurgischer Spezialgebiete beispielhaft anzuführen, die damals deutschlandweit teilweise einmalig etabliert und zu Schrittmachern einer grundsätzlichen Veränderung des chirurgischen Fachbereichs wurden. Mit Aufbau und Einrichtung von Spezialabteilungen für Plastische Chirurgie und Wiederherstellungschirurgie (1960), Thoraxchirurgie (1956), Neurochirurgie (1955) und Gefäßchirurgie (1975) stand Maurer im deutlichen Gegensatz zu den Überzeugungen seines Vorbilds Erich Lexer. Dieser hatte

¹⁷⁷ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

zu seiner Zeit eine Abspaltung einzelner kleiner Fachbereiche aus der Chirurgie stets strengstens abgelehnt, da er darin eine Gefährdung der chirurgischen Ausbildung und Behandlung befürchtete.¹⁷⁸ Diese Befürchtungen wurden durch die auf außergewöhnlichem Einsatz von Maurer beruhenden Erfolge der neu etablierten chirurgischen Spezialabteilungen widerlegt: *»(...) bei der Planung und dem Ausbau der neuen chirurgischen Abteilungen [sc. im RDI, d. Verf.] war es dem Einfallsreichtum, der Zielstrebigkeit, dem diplomatischen Geschick und mancher List Georg Maurers zu verdanken, dass die Klinik so wurde, wie man sich das damals optimal vorstellte.«*¹⁷⁹ Nicht unerwähnt bleiben sollte ferner der Beitrag von Maurer zum Aufbau und zur Weiterentwicklung der osteosynthetischen Chirurgie.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Vgl. Gleißner 1996, 105-106.

¹⁷⁹ Lechner 2002, 141.

¹⁸⁰ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

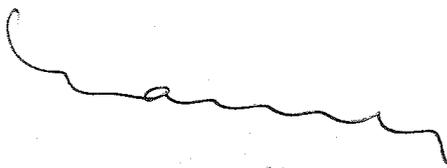
2) Dienstkleidung

- **Chefanordnung Nr. 97, erstellt am 13.04.1955:**¹⁸¹

Chefanordnung Nr. 97

1. Jeder Arzt erhält in der Woche zwei Dienstmäntel. Die Operationskittel dagegen können - wenn sie verschmutzt sind,- in beliebiger Zahl bezogen werden. 2
2. Arbeiten, die von vornherein eine Verschmutzung erwarten lassen wie Gipsen, Blutübertragungen usw. sind nach Möglichkeit nur mit dem Operationskittel zu verrichten.
3. Es ist mir klar, daß sich die Beschmutzung der weißen Mäntel nicht völlig vermeiden läßt. In Fällen, in denen der Mantel erheblich verunreinigt wurde, kann bei der Stationschwester ein frischer Dienstmantel auch während der Woche - außerhalb des Wochenkontingents von zwei Mänteln - bezogen werden.
4. Hosen werden ebenfalls zweimal in der Woche ausgegeben.

Am 13. April 1955



¹⁸¹ Vgl. Maurer 1955b.

Betreff:

Regelung bezüglich ärztlicher Dienstkleidung.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Wöchentliche Zurverfügungstellung von zwei Dienstmänteln pro ärztlichen Mitarbeiter. Möglichkeit des Erhalts weiterer Dienstkittel (bei Stationsschwester) im Falle der Verschmutzung des ausgegebenen Wochenkontingents. Operationskittel jedoch in beliebiger Anzahl verfügbar. Nutzung der OP-Kittel zur Verrichtung septischer oder schmutziger Arbeiten (z.B.: Gipsen, Blutübertragungen).

Hosenausgabe zweimal pro Woche.

Zielsetzung (vmtl.):

Zweck der Anordnung dürfte sicherlich in einem bewussten, bedarfsorientierten und wirtschaftlichen Umgang mit der Dienstkleidung durch das ärztliche Personal bestanden haben. In erster Linie sollte aber doch ein den hygienischen und arbeitsschutzrechtlichen Erfordernissen entsprechendes Tragen sichergestellt werden. Es galt, einer mittelbaren Erregerübertragung durch kontaminierte (verschmutzte) Arbeitskleidung vorzubeugen – nicht zuletzt aber auch ein ansprechendes optisches Bild der Ärzteschaft gegenüber Patienten, deren Angehörigen und Klinikbesuchern abzugeben.

Ein wirtschaftlicher Umgang mit der Dienstkleidung ersparte unnötige Reinigungskosten, deren Betrag für andere wichtige Projekte und Vorhaben des Klinikums RDI verwendet werden konnte. Ein hygienegerechtes Tragen der Dienstkleidung sollte mit dazu beitragen, nosokomiale Infektionen und in der Folge juristische Auseinandersetzungen wegen Verletzungen von Organisations- und Sorgfaltspflichten zu verhindern. Entscheidend war aber auch der Eindruck, den das ärztliche Klinikpersonal nach außen vermittelte, denn ein untadeliges Image des Krankenhauses war nach Auffassung von Maurer eine unabdingbare Voraussetzung, um das Klinikum RDI zu einer der führenden medizinischen Einrichtungen Deutschlands zu machen. Georg Maurer, der ein Mann von kleiner, rundlicher, nahezu untersetzter Statur war,¹⁸² und »jeden Tag wie aus dem Ei gepellt«¹⁸³ (Anm.: stilgerechte Fliege über einem stets akkurat gebügeltem weißen Hemd, daher auch sein Spitzname »Propeller-Schorsch«)¹⁸⁴ seiner ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus RDI nachging, legte äußersten Wert auf ein gepflegtes Äußeres (Anm.: persönliche

¹⁸² Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Privatmensch.

¹⁸³ Geile 2014, Abschnitt: Privatmensch.

¹⁸⁴ Hermann – Wilmanns 2007, 28; Geile 2014, Abschnitt: Privatmensch; Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch

Sichtweise) seiner ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.¹⁸⁵ Eine strikte dienstliche und hygienegerechte Kleiderordnung waren unter seiner Leitung unabdingbar. Er duldet weder lange noch offen getragene Haare bei seinen Ärztinnen bzw. Ärzten.¹⁸⁶ Seine Ordnungsliebe ging nach den Erzählungen eines Zeitzeugen sogar soweit, einem ärztlichen Mitarbeiter Geld für das Kürzen seiner Haare durch einen Friseur auszuhändigen;¹⁸⁷ auch war er kein Freund von Bärten.¹⁸⁸ Maurer nahm sich in dieser Hinsicht offensichtlich seinen vormaligen chirurgischen Lehrer Erich Lexer, dem er in vielen Belangen nachempfand, zum Vorbild. Auch Lexer hatte von seinen Mitarbeitern ein einwandfreies äußeres Erscheinungsbild gefordert und dem Tragen einer »*dem Ansehen des Arztes entsprechenden Dienstkleidung*«¹⁸⁹ eine erhebliche Bedeutung beigemessen. Inwieweit Maurers Erfahrungen aus Kriegszeiten, in denen er als Lazarettarzt mit einem Minimum an materiellen Ressourcen in der Versorgung Verwundeter auskommen musste, bei dieser Anordnung eine Rolle spielten, entzieht sich jeglicher Beurteilung, stellt aber durchaus eine mögliche Begründung seiner außerordentlichen Akkuratessse in dieser Hinsicht dar.

¹⁸⁵ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Privatmensch; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹⁸⁶ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Privatmensch; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹⁸⁷ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

¹⁸⁸ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch.

¹⁸⁹ Gleißner 1996, 101.

3) Krankmeldung/Urlaubsregelung

- **Chefanordnung Nr. 301, erstellt am 02.12.1971:**¹⁹⁰

DR. DR. GEORG MAURER
Chirurgischen Klinik rechts der Isar
Technischen Universität München

München 80, 2.12.1971
Ismaninger Straße 22
Telefon 414 01
Durchwahl 41 40/680
Telegramm-Adresse: Isarklinik

Chefanordnung Nr. 301

An alle Assistenten

und Medizinalassistenten

gegen Unterschrift

Aus gegebener Veranlassung wird darauf hingewiesen, dass Assistenzärzte und Medizinalassistenten bei Erkrankung umgehend meinem Sekretariat davon Mitteilung machen müssen, damit rechtzeitig für den Nacht- bzw. Spätdienst Ersatz gestellt werden kann.

Bei nicht rechtzeitiger Meldung der Erkrankung an die Verwaltung läuft der Arzt Gefahr, wegen unentschuldigtem Fernbleibens vom Dienst mit Gehaltsabzügen rechnen zu müssen.

Auch die Wiederaufnahme des Dienstes ist unverzüglich im Chefsekretariat bekannt zu geben.



¹⁹⁰ Vgl. Maurer 1971b.

Betreff:

Im Krankheitsfall unverzügliche Meldung an das Chefarztsekretariat.

Anlass:

Anlass vorhanden, jedoch keine konkrete Situationsbindung.

Regelungsgegenstand:

Unverzügliche und persönliche Krankmeldung im Falle einer Erkrankung der Assistenzärzte und Medizinalassistenten im Chefarztsekretariat. Sanktionierung unentschuldigter Abwesenheiten (z.B.: mittels Gehaltsabzüge).

Notwendigkeit der unverzüglichen Bekanntgabe einer Wiederaufnahme des Dienstes.

Zielsetzung (vmtl.):

Offenbar, wenn auch nicht näher benannt, waren es (aktuelle) negative Erfahrungen Maurers mit der Handhabung der Krankmeldungen durch sein ärztliches Personal (Anm.: Assistenzärzte, Medizinalassistenten). Seine anlassbezogene Anordnung sollte auch in Krankheitsfällen jederzeit eine adäquate ärztliche Besetzung und Patientenversorgung in der vom Krankheitsfall jeweils betroffenen Abteilung sicherstellen. Ziel Maurers war es, einen regelhaften Klinikbetrieb trotz Personalausfall zu gewährleisten, um eine Mehr- bzw. Überbelastung seines ärztlichen Personals, die Fehler in der Patientenversorgung nach sich ziehen konnte, abzuwenden. Die Aufrechterhaltung eines reibungslosen Klinikgeschehens trotz Personalausfalles war für Maurer, dessen persönlicher Lebensmittelpunkt das Klinikum RDI bildete, unabdingbar.

Bereits zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit im Klinikum RDI identifizierte er sich in hohem Maße mit diesem und steckte all seine Kraft, Zeit, Aufmerksamkeit und Motivation in den Ausbau und die Entwicklung des Krankenhauses. Die bedingungslose Identifikation mit dem Klinikum RDI entsprang jedoch nicht dem Drang nach persönlicher Selbstdarstellung, sondern einem tiefen inneren Bedürfnis; er hätte alles dafür getan, »es war sein Baby«.¹⁹¹ Hinter seinen persönlichen Ziele und Träume hatten auch sein Privatleben und seine eigene Gesundheit zurückzutreten.¹⁹²

Maurer, der beispielsweise seit seiner Kindheit an einer bradykarden Herzrhythmusstörung litt, lehnte eine für ihn lebenswichtige Schrittmacherimplantation ab, da er befürchtete, die Kenntnis um seine Erkrankung könnte anlässlich dieses Eingriffs in die Öffentlichkeit dringen und negative Auswirkungen auf den Ruf des Klinikums RDI haben.¹⁹³

Laut Zeitzeugenaussage arrangierte sich Maurer anfänglich recht gut mit seiner Erkrankung: »*Oft sagte er nach schwierigen, größeren operativen Eingriffen recht fröhlich: ›Zähl*

¹⁹¹ Biemer 2014, Abschnitt: Klinikdirektor.

¹⁹² Vgl. Absatz nach Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter/Privatmensch.

¹⁹³ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch; Lechner 2002, 314.

meinen Puls. Er war dann immer etwas langsamer (...).«¹⁹⁴ Im Laufe der Jahre wirkte sich die verlangsamte Herzfrequenz immer stärker negativ auf seine Gesundheit und Belastbarkeit aus.¹⁹⁵ Maurers ärztliche Kollegen, unter anderem Hans Blömer (Chefarzt der 1. Medizinischen Klinik RDI), rieten ihm dringend zur Implantation eines Herzschrittmachers. Auch den Vorschlag seines Sohnes Peter, sich – unter dem Vorwand in Italien Urlaub zu machen – von einem alten Freund und Experten in Zürich wegen seines kardialen Problems behandeln zu lassen, lehnte er strikt ab.¹⁹⁶ Im Jahre 1979 erlitt Maurer vermutlich auf Grund seiner pathologisch verlangsamten Herzfrequenz einen Apoplex mit der Folge erheblicher Einschränkung. Zwar erholte er sich anfänglich rasch von seinem Schlaganfall, baute jedoch mit fortschreitender Zeit zunehmend ab.¹⁹⁷ »Es war schmerz-lich, zu sehen, wie dieser dynamische, aktive Chirurg und gescheite Mann plötzlich nur noch ein Schatten seiner selbst war.«¹⁹⁸ Einige Wochen nach dem Schlaganfall, stolperte Maurer in seinem Haus über einen Teppich und zog sich dabei eine Oberschenkelfraktur zu. Auf seinen Wunsch hin versorgte sein ehemaliger chirurgischer Oberarzt und hervorragender Operateur Fritz Lechner (Anm.: zu dieser Zeit bereits Chefarzt des Krankenhauses Garmisch) mit Unterstützung seiner ersten OP-Schwester Elise und einem seiner Oberärzte die Fraktur am darauffolgenden Tag im Klinikum RDI. Die OP selbst verlief komplikationslos. Postoperativ entwickelte Maurer jedoch septische Temperaturen auf Grund eines infizierten Venenkatheters. Mit Entfernung des Katheters und unter hochdosierter Antibiose gelang es das Infektionsgeschehen in den Griff zu bekommen. Der stationären Versorgung Maurers schloss sich eine unmittelbare Anschlussheilbehandlung im Krankenhaus Garmisch an.¹⁹⁹ Über Maurers Rekonvaleszenzphase berichtet Fritz Lechner in seinem Buch »Mit Skalpell und Feder«: »Ich besuchte ihn mehrmals am Tag. Er konnte mithilfe der leitenden Krankengymnastin bald wieder recht ordentlich laufen. Natürlich hatte sich die durch die vorausgehende Hirndurchblutungsstörung verursachte Hirnatrophie nicht gebessert. Als ich während einer OP-Pause nach ihm sah, hatte er einen ganz klaren Moment und sagte: »Fritz, du siehst doch, dass das nichts mehr wird.«²⁰⁰

Während seines Aufenthaltes in Garmisch erlitt Maurer einen zweiten schweren Schlaganfall, der ausgeprägte Lähmungserscheinungen (Tetraplegie) zur Folge hatte. Am 04.07.1980, nur neun Monate, nachdem er in den Ruhestand gegangen war, fand man ihn im Alter von 71 Jahren tot vor seinem Bett liegend.²⁰¹ »Es war mir, als wäre ein zwei-

¹⁹⁴ Lechner 2002, 314.

¹⁹⁵ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch.

¹⁹⁶ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch.

¹⁹⁷ Vgl. Absatz nach Maurer, Abschnitt: Privatmensch; Lechner 2002, 314.

¹⁹⁸ Lechner 2002, 314.

¹⁹⁹ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch; Lechner 2002, 314-315

²⁰⁰ Lechner 2002, 315.

²⁰¹ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch; Lechner 2002, 315.

ter Vater gestorben. Er hat mich wirklich wie einen Sohn behandelt, voller Strenge, voller Fürsorge, voller Zuneigung«²⁰², schrieb Lechner.

Zwei Wochen nach dem Tod Georg Maurers gedachte der Münchner Stadtrat in einem Trauerakt im Sitzungssaal des Rathauses seines ehemaligen und langjährigen Mitgliedes. In seiner Ansprache ehrte der damalige Oberbürgermeister Erich Kiesel Maurer als einen »großen Arzt und bedeutenden Bürger« [sc., der, d. Verf.] *sich als Chirurg weltweite Anerkennung erworben* [sc. hatte und, d. Verf.] *als Wissenschaftler und Lehrer (...) einen unverwechselbaren Akzent in der Qualität medizinischer Forschung, Lehre und Versorgung der Stadt gesetzt* [sc. hatte, d. Verf.]«²⁰³ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 15). Er würdigte die Verdienste Maurers um die Landeshauptstadt München und seinen tatkräftigen Einsatz für den Aufbau und die Sicherung von deren »Daseinsvorsorge«²⁰⁴. Insbesondere wies er auf die Leistung Maurers bezüglich des Klinikums RDI hin: »Er hat dieses Krankenhaus zu einer weltweit anerkannten und beachteten Lehrstätte der Medizin gemacht und damit auf die gesamte Entwicklung des Münchener Gesundheitswesens nachhaltig Einfluss genommen. (...) Maurer hat sich bleibende Verdienste um seine Vaterstadt erworben, wir werden seiner immer dankbar gedenken.«²⁰⁵ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 13). Der Münchner Merkur schrieb in seiner Ausgabe (Anm.: Nr. 153, 05./06.07.1980) über den Tod Maurers: »Ein großer Sohn München, Professor Dr. Georg Maurer, ist (...) gestorben. (...) Mit ihm ging eine ebenso streitbare wie hochgeehrte Persönlichkeit aus der Welt der Medizin. (...) Über seinen Tod tief betroffen sind Mediziner des In- und Auslandes, Studenten und viele, viele Münchner.«²⁰⁶ (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 14).

Seit jeher erinnern zahlreiche und vielfältige Denkmäler an Georg Maurers Person, der als einflussreicher chirurgischer Chefarzt und Klinikdirektor Münchens sowie Begründer der zweiten medizinischen Fakultät in der Bayerischen Landeshauptstadt bekannt wurde. So wurde dieser beispielsweise zum Namensgeber der Georg-Maurer-Medaille in Gold und der Georg-Maurer-Straße in München. Seit 2003 wird die Georg-Maurer-Medaille in Gold jährlich an Personen verliehen, die sich in besonderer Weise um das Klinikum RDI verdient gemacht hatten. In Anlehnung an große Vorbilder fasste der damalige leitende Direktor des Klinikums RDI, Rüdiger Siewert (1987–2007) die Idee zur Auslobung einer Georg-Maurer-Medaille.

Hintergrund der Auszeichnung stellten die großen Verdienste des damaligen Klinikdirektors und chirurgischen Chefarztes Georg Maurer dar, der unter anderem den Grundbau-

²⁰² Lechner 2002, 316.

²⁰³ StAM Nr. ZA-P 328/37, Süddeutsche Zeitung Nr. 156: *Kiesel würdigt Georg Maurer*, datiert am 09.07.1980.

²⁰⁴ StAM Nr. ZA-P 328/37, Münchner Merkur Nr. 163: *Trauerfeier für Professor Maurer*, datiert am 17.07.1980.

²⁰⁵ StAM Nr. ZA-P 328/37, Münchner Merkur Nr. 163: *Trauerfeier für Professor Maurer*, datiert am 17.07.1980.

²⁰⁶ StAM ZA-P 328/37, Münchner Merkur Nr. 153: *Professor Maurer, einer der großen Münchner Ärzte, ist tot*, datiert am 05/06.07.1980.

stein für die Gründung einer zweiten medizinischen Fakultät an der TU München in den 60er Jahren gelegt hatte.²⁰⁷

Auf Beschluss des Münchener Stadtrates am 10. Mai 2006 wurde im Stadtbezirk Aubing-Lochhausen-Langwied eine Straße nach Georg Maurer benannt (Straßenschlüssel: 6512) (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 1). Vorausgegangen war eine Antragstellung des Stadtrates Thomas Zimmermann auf Umbenennung der Ismaningerstraße zwischen Max-Weber-Platz und Prinzregentenstraße in Professor-Maurer-Straße:²⁰⁸ »Durch die Straßenbenennung nach Professor Maurer ehrt die Landeshauptstadt München den Gründer der II Medizinischen Fakultät an der Ismaninger Straße in München.«²⁰⁹ Im Jahre 2010/11 wurde auf Initiative des heutigen ärztlichen Direktors des Klinikums RDI (seit 2007), Reiner Gradinger, der Vorplatz des Hörsaalgebäudekomplexes RDI (Anm.: Bereich Einsteinstrasse) nach Georg Maurer benannt (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 16).²¹⁰ Im Verbindungsgang zwischen den medizinischen Hörsälen und dem sogenannten Chefarztgang des Klinikums RDI befindet sich eine Bronzeskulptur Georg Maurers Hauptes. Diese, im Jahre 1979 von L. Deller modelliert und bereits Anfang der 80er Jahre dem Klinikum RDI als Eigentum übergeben, wurde Georg Maurer anlässlich seines 70. Geburtstages von seinen Mitarbeitern und ehemaligen Mitarbeitern gewidmet (vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 17).²¹¹ Nach dem Tod Georg Maurers trafen sich unterdessen einmal pro Jahr ehemalige ärztliche Mitarbeiter zum gemütlichen Zusammensitzen und Gedenken an seine Person. Organisiert wurden diese sogenannten ›Maurertreffen‹ von den damaligen Oberärzten. Jedoch konnten sich diese Treffen, laut Peter Maurer, seit einigen Jahren nicht mehr durchsetzen.²¹²

²⁰⁷ Vgl. Absatz nach Klinikum rechts der Isar 2003.
<http://archive.is/JPvAS> [10.10.2015]

²⁰⁸ Vgl. Portal München Betriebs-GmbH & Co, Georg-Maurer-Straße (2014).
<http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Kommunalreferat/vermessungsamt/stassennamen/Strassenneubenennung-2006/georgmaurer.html> [10.10.2015].

²⁰⁹ StAM ZA-P 328/37, Münchner Stadtanzeiger Nr. 62: *Professor-Maurer-Straße*, datiert am 14.08.1980.

²¹⁰ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Allgemein.

²¹¹ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Allgemein.

²¹² Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Allgemein.

- **Chefanordnung Nr. 304, ohne Erstellungsdatum:** ²¹³

Chefanordnung Nr. 304

Um eine reibungslose Urlaubsregelung der Assistenten der Chirurgischen Klinik und Poliklinik zu gewährleisten, ist ab sofort Folgendes exakt zu beachten:

1. Der jeweils beabsichtigte Urlaubstermin ist Herrn Dr. Schuster, der für den Urlaubsplan verantwortlich ist, schriftlich zu melden. Entsprechende Anmeldeformulare sind im Chefsekretariat erhältlich. Die festgesetzte Ferienzeit wird dann in den Urlaubsplan eingetragen.
2. Änderungen der festgesetzten Termine können nur nach Rücksprache mit Dr. Schuster oder mit dem 1. Oberarzt unter Berücksichtigung des Urlaubsplanes vorgenommen werden.
3. Mehr als sechs Assistenten werden gleichzeitig nicht beurlaubt.
4. Zur frühzeitigen Urlaubsplanung während der Hauptferienzeiten werden Anmeldetermine bekannt gegeben. Überschneidungen können dann geklärt werden.
Bei verspäteter Anmeldung stehen nur noch die freien Termine in Frage.
5. Vor Antritt desurlaubes ist der genaue Zeitpunkt im Sekretariat zu melden, damit die Verwaltung verständigt werden kann.
6. Die für jeden Assistenten zur Verfügung stehenden Urlaubstage sind streng einzuhalten und sind im Sekretariat zu erfragen.

Maurer

²¹³ Vgl. Maurer o.J.

Betreff:

Urlaubsregelung für Assistenzärzte der chirurgischen Klinik und Poliklinik.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Schriftliche Mitteilung (an Herrn Dr. Schuster) gewünschter Urlaubstermine mittels hierfür vorgesehenem Formular (erhältlich im Chefsekretariat).

Eintragung festgelegter Ferienzeit in den dafür vorliegenden Urlaubsplan durch zuständigen Mitarbeiter.

Zusätzliche Festlegung von Anmeldeterminen für Hauptferienzeiten, sowie persönliche Klärung bei Urlaubsüberschneidung in Hauptferienzeiten.

Änderung festgelegter Urlaubszeiten lediglich nach vorheriger Rücksprache (mit Dr. Schuster, Oberarzt) unter Berücksichtigung des Urlaubsplanes.

Gleichzeitige Urlaubseinforderung von mehr als sechs Assistenten nicht möglich.

Persönliche Bekanntgabe des Urlaubsbeginns, unmittelbar vor Urlaubsantritt, im Sekretariat.

Strenge Einhaltung der zu Verfügung stehenden Urlaubstage.

Zielsetzung (vmtl.):

Maurers Anordnung zur Urlaubsregelung seiner Assistenzärzte zielte wie schon seine Anordnung Nr. 301 (Krankheitsmeldung) auf eine eindeutige und reibungslose Organisation des Klinikbetriebs und der Patientenversorgung ab. In seiner Anordnung Nr. 304 legt er deutlich und detailliert die formalen Bedingungen der Urlaubsbeantragung und -genehmigung sowie die Konsequenzen im Falle möglicher Urlaubsüberschneidungen fest. Auf diese Weise konnte er Konflikte insbesondere innerhalb der jungen Kollegenschaft bei konkurrierenden Urlaubswünschen und -planungen minimieren und die in den Abteilungen erforderliche ärztliche Präsenz zu jeder Zeit gewährleisten.

4) Fort- und Weiterbildung/Pflichtveranstaltungen

- Chefanordnung Nr. 342 , erstellt am 14.07.1977:²¹⁴

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar,
der Technischen Universität München

8000 München 80,
Ismaninger Straße 22
Telefon 414 01
Durchwahl 41 40/21 20
Telegramm-Adresse: Isarklinik

14.7.1977/br

Chefanordnung Nr. 342

Aus begründetem Anlaß wird angeordnet:

- 1) Das Assistentenkolloquium am Montag von 16.00 - 17.00 Uhr,
 - 2) die Frakturenbesprechung am Donnerstag von 15.00 - 16.00 Uhr und
 - 3) die Tumorkonferenz am Mittwoch von 16.15 - 17.00 Uhr (14-tägig)
- sind Teil der chirurgischen Ausbildung an der hiesigen Klinik.

Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist daher für alle chirurgischen Assistenten und Medizinalassistenten Pflicht. Die Anwesenheit wird durch Führen einer Anwesenheitsliste kontrolliert, ein Fernbleiben ist zu begründen.

Für die Studenten im Praktischen Jahr ist die Teilnahme am Assistentenkolloquium am Montag und an der Tumorkonferenz am Mittwoch ebenfalls Pflicht, die Teilnahme an der Frakturenbesprechung am Donnerstag wird empfohlen.



²¹⁴ Vgl. Maurer 1977b.

Betreff:

Verpflichtung der Assistenzärzte/Medizinalassistenten zur Teilnahme an Dienstveranstaltungen.

Anlass:

Anlass vorhanden, jedoch keine konkrete Situationsbindung.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtung der Medizinalassistenten (MedAss), der chirurgischen Assistenzärzte (ChirAss) und der Studenten (Stud.) zur Teilnahme an sämtlichen Dienstveranstaltungen (Teil der chirurgischen Ausbildung).

Persönliche Angabe von Gründen im Falle einer Teilnahmeverhinderung.

Führung von Anwesenheitslisten während der Veranstaltungen.

Festlegung von Kolloquien, Besprechungen und Konferenzen:

- Assistentenkolloquium: Montag: 16:00 – 17:00 Uhr MedAss, ChirAss, Stud.
- Frakturenbesprechung: Donnerstag: 15:00 – 16:00 Uhr MedAss, ChirAss.
- Tumorkonferenz: Mittwoch: 16:15 – 17:00 Uhr MedAss, ChirAss, Stud.

Zielsetzung (vmtl.):

Maurer war sehr daran gelegen, auch im Bereich der ärztlichen Weiterbildung eine Vorbildstellung mit seinem Klinikum einzunehmen. Da seine Anordnungen in der Regel reaktiv auf aktuelle Gegebenheiten getroffen wurden, lässt sich vermuten, dass die im Klinikum den Assistenzärzten angebotenen dienstlichen Veranstaltungen nicht seinen Vorstellungen entsprechend besucht wurden. Mit Einführung einer Teilnahme – und Anwesenheitspflicht an sämtlichen Kolloquien, Besprechungen und Konferenzen wollte Maurer einer offenbar laschen Einstellung zu dienstlichen Begleitveranstaltungen entgegenwirken und die ihm überaus wichtige Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses sicherstellen. Jeder in seinem Klinikum ausgebildeter Assistenzarzt sollte durch fundiertes chirurgisches Wissen und Können an seinem jetzigen und künftigen Arbeitsplatz überzeugen und glänzen. Dies konnte seiner Ansicht nach lediglich durch eine zusätzliche Teilnahme an sämtlichen Dienstveranstaltungen erreicht werden.

Maurer, der sein chirurgisches Handwerk vorwiegend in den Zeiten seiner Facharztweiterbildung (1935–1939) an der Münchner Chirurgischen Klinik erlernt hatte,²¹⁵ verfügte über gute chirurgische Kenntnisse.²¹⁶ Die Jahre unter seinem dortigen Lehrer Erich Leher, der nicht nur in Fachkreisen einen hervorragenden Ruf als äußerst talentierter Chir-

²¹⁵ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Arzt.

²¹⁶ Vgl. Lechner 2002, 126.

urg genoss, prägten und formten Maurer in besonderem Maße.²¹⁷ »So wie Erich Lexer stets in ehfurchtiger Treue von seinem Lehrer Ernst von Bergmann sprach und sein eigenes Handeln und Streben nach dessen Vorbild und Lehren richtete, ebenso gilt uns Schülern unseres großen Meisters Wesen und ärztlich-chirurgische Hinterlassenschaft als Richtschnur für unser berufliches Wirken, das uns von ihm Übereignete als geheiligtes Erbe«²¹⁸, schrieb Bürkle de la Camp über Erich Lexer, den sowohl er als auch Georg Maurer zum Lehrer hatten. Erich Lexer, am 22.06.1867 in Freiburg geboren,²¹⁹ galt nicht nur als äußerst begnadeter Chirurg (mit Schwerpunkt plastische Chirurgie), sondern auch als Künstler seiner Zeit, der »eines Malers Pinsel oder den Meißel eines Bildhauers genau so meistern [sc. konnte, d. Verf.] wie das Skalpell des Chirurgen«²²⁰. Er legte als akademischer Lehrer nicht nur großen Wert auf handwerklich-chirurgisches Können und Wissen, sondern insbesondere auch auf ein wissenschaftliches Arbeiten seiner Assistenzärzte (Anm.: »Pflicht des Auszubildenden Arztes sei es [sc. demnach, d. Verf.], ›in der vom Chef vorgeschriebenen gesteigerten Arbeitsleistung Chirurgie zu lernen und sich wissenschaftlich zu betätigen.«)²²¹ Mitarbeiter im zweiten Ausbildungsjahr wurden unter anderem zur Niederschrift wissenschaftlicher Arbeiten (Anm.: mindestens 2 pro Jahr) sowie zur regelmäßigen Teilnahme an hausinternen Kolloquien und Vorfürungen (z.B.: Demonstrationen) verpflichtet.²²² Die handwerklich-chirurgische Ausbildung seiner Assistenzärzte verfolgte Lexer nach dem Prinzip: »Chirurgie lernt man durch Zuschauen. Wer nicht nachahmen kann, wird nie ein Chirurg.«²²³ Lexer selbst erfuhr seine chirurgische Ausbildung durch Ernst von Bergmann, einem der größten Chirurgen der damaligen Zeit, und gab dieses Wissen mit eigenen Erfahrungen und Forschungsergebnissen in einer Vielzahl von Publikationen wieder.²²⁴ Lexer war äußerst streng zu seinen Schülern und Mitarbeitern, vermittelte ihnen aber dadurch ein vorzügliches handwerkliches Können, sowie ein großes Repertoire an Wissen. »[sc. Er hatte, d. Verf.] seine Schüler und Mitarbeiter zwar streng erzogen, aber reich mit Gaben beschenkten, die sie zu technisch geschulten Chirurgen und guten wissenschaftlich denkenden Ärzten machten.«²²⁵ Im Geleitwort zur biographischen Skizze von Erich Lexer, die anlässlich dessen 100. Geburtstags im 78. Heft der Publikationsreihe ›Vorträge aus der praktischen Chirurgie‹ von May verfasst wurde, würdigte sein Schüler Bürkle de la Camp Erich Lexer mit den Worten: »Noch leben sehr viele Ärzte, die sich des großen Lehrers erinnern, und auch zahlreiche Chirurgen, die in seiner Schule ihre Ausbildung erhalten haben (...)(...) Aber auch der jüngeren Generation der Ärzte und vor allem der Chirurgen möge durch sie [Anm.: bio-

²¹⁷ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Arzt; Borelli 2014, Abschnitt: Arzt.

²¹⁸ May – Bürkle de la Camp 1967, 8.

²¹⁹ Gleißner 1996, 19.

²²⁰ May – Bürkle de la Camp 1967, 11.

²²¹ Gleißner 1996, 104.

²²² Vgl. Gleißner 1996, 113.

²²³ Gleißner 1996, 113.

²²⁴ Vgl. May – Bürkle de la Camp 1967, 5.

²²⁵ May – Bürkle de la Camp 1967, 7.

graphische Skizze von Erich Lexer] das Bild eines wahrhaft großen Meisters unseres Faches vor Augen geführt werden, der mitgeholfen hat, das Fundament stark zu machen, auf dem heute wie fürderhin die Chirurgie weiter ausgebaut wird«.²²⁶

Maurer war überaus stolz darauf, seine Facharztweiterbildung als einer der letzten Schüler seines großen chirurgischen Vorbilds Lexer absolviert zu haben.²²⁷ Immer wieder betonte er während seines ärztlichen Wirkens an den Krankenhäusern Neuperlach und RDI, einer der letzten Schüler Erich Lexers gewesen zu sein und zitierte oftmals markante Aussprüche seines großen Lehrers (Bsp.: »*Im Bauch ist es finster, wenn man aufmacht, wird's hell.*«²²⁸). Maurers persönliche Erfahrungen und Erlebnisse während seiner Ausbildungsjahre bei Erich Lexer können sicherlich als Grund genannt werden, warum ihm die strikte Teilnahme seines Personals an sämtlichen dienstlichen Veranstaltungen ein großes und grundsätzliches Anliegen war. Um zu Maurers Ausbildungszeit eine Assistentenstelle bei Lexer antreten zu können, mussten vielfältige Anforderungen erfüllt sein. Neben einer vorangehenden einjährigen Ausbildung in Pathologie, Anatomie und Physiologie war unter anderem die Bereitschaft zu wissenschaftlicher Arbeit und Forschung obligatorisch.²²⁹ All diese Voraussetzungen brachte Maurer letztendlich mit. Erich Lexer schrieb folgendes über seinen Schüler Georg Maurer: »(...) *Herr Dr. Maurer ist ein talentierter und fleißiger junger Arzt, der großes Geschick und viel Interesse für die Chirurgie besitzt und seine Arbeiten stets mit Gewissenhaftigkeit ausführte. Neben seiner Stations-tätigkeit hatte er eine Reihe einfacher wie wissenschaftlich begründeter Gutachten selbstständig anzufertigen. Großes Interesse zeigte er auch für wissenschaftliche Arbeiten und konnte einige sehr schöne Arbeiten veröffentlichen. Zu den Patienten war er stets liebenswürdig und besorgt, sodass er durch sein stets freundliches Wesen bei den Kranken wie bei seinen Kollegen und beim übrigen Personal beliebt ist.*«²³⁰

(Vgl. J. Anhang, 4. Archivalien: 10)

Betrachtet man die Zeitzugenaussagen über Maurers fachliche chirurgische Kompetenz, divergieren diese jedoch ein wenig auseinander. Sie reichen unter anderem von »*einem weniger handwerklich guten, unpräzisen Operateur*«²³¹ bis hin zu einem ausgezeichneten Lehrer mit einem großen Repertoire an chirurgischem Wissen und Können.²³² Aufgrund dieser beider Sichtweisen scheiden sich folglich auch die Meinungen bzgl. Maurers Fähigkeit als chirurgischer Lehrer. Diejenigen, die Maurer als einen eher unpräzisen Operateur sahen, hielten ihn zugleich auch für einen weniger guten Lehrer.²³³ Sie

²²⁶ May – Bürkle de la Camp 1967, 5.

²²⁷ Vgl. Borelli 2014, Abschnitt: Arzt.

²²⁸ Lechner 2002, 124.

²²⁹ Vgl. May – Bürkle de la Camp 1967, 12; Gleißner 1996, 104.

²³⁰ O.V. 1953, 11-12.

²³¹ Biemer 2014, Abschnitt: Arzt.

²³² Vgl. Lechner 2002, 126.

²³³ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Arzt; Geile 2014, Abschnitt: Arzt.

berichteten ihr Können, Wissen und ihren Erfahrungsschatz von den hervorragenden Oberärzten erlernt zu haben, nicht von Maurer selbst. Fritz Lechner wiederum, der seinen Vorgesetzten als seinen Ziehvater ansah schrieb in seinem Buch ›Mit Skalpell und Feder‹ folgendes: *»Zwei Menschen gab es in meinem Leben, die mich menschlich und beruflich mehr geprägt haben als alle anderen (...) Mein Vater und mein chirurgischer Lehrer Georg Maurer.«*²³⁴ *»Das Wissen, das Können, die Erfahrung gab Professor Maurer an uns weiter. Das war das eigentlich Unbezahlbare bei meiner Tätigkeit in Perlach (...).«*²³⁵ *»Ich hatte (...) den besten Lehrer den ich mir nur wünschen konnte.«*²³⁶

²³⁴ Lechner 2002, 314.

²³⁵ Lechner 2002, 126.

²³⁶ Lechner 2002, 126.

- Chefanordnung Nr. 204, erstellt am 14.11.1958:²³⁷

Chefanordnung
Bekanntmachung 204

Da ich von einigen Kollegen befragt wurde, ob sie im Interesse einer intensivierten Ausbildung an den ihnen zustehenden freien Tagen ihren Aufgaben auf der Station und im Operationssaal freiwillig nachgehen könnten, so bin ich gerne bereit, bekanntzugeben, daß meinerseits dem Fleiß solcher an ihrer Berufsausbildung interessierten Mitarbeiter keinerlei Hinderungsgründe entgegenstehen.

Ich habe durchaus Verständnis dafür, daß sich jemand, der ein wirklicher Chirurg werden will, rechtzeitig an die Strapazen dieses schönen, verantwortungsvollen, aber nicht immer schonenden Berufes bereits in den Lehrjahren gewöhnen will.

Wegen Überschreitung der Arbeitszeit ist der Arbeitnehmer nicht strafbar. (Bayerisches Oberstes Landesgericht, 27.3.1958, RReg. 4 St.215/57)

Maurer

München, den 14.Nov.1958

Betreff:

Freiwillige intensivierete Ausbildung (Station, OP).

Anlass:

Nachfrage ärztlicher Mitarbeiter über die Möglichkeit einer intensivierten Ausbildung an ihnen zustehenden freien Tagen.

Regelungsgegenstand:

Möglichkeit der intensivierten Ausbildung (OP, Station) auf freiwilliger Basis. Juristische Absicherung hinsichtlich der dadurch entstehenden Überschreitung der Arbeitszeit des jeweiligen Arbeitnehmers.

Zielsetzung (vmtl.):

Die Chefanordnung kann als eine schriftliche Einverständniserklärung Maurers für die freiwillige Mehrarbeit seiner Mitarbeiter angesehen werden. Durch sie spricht Maurer unter anderem gewollt und konkret sein öffentliches Lob für den freiwilligen Arbeitsfleiß seiner Mitarbeiter aus und sichert diesen seine persönliche Unterstützung und Förderung zu. Der Abdruck eines Gesetzesauszuges des Bayerischen Obersten Landesgerichtes dient der rechtlichen Absicherung Maurers und des Klinikums RDI für die durch die Mehrarbeit hervorgerufene Überschreitung der Arbeitszeit. Die sicherlich auch eigennützige Unterstützung Maurers zu Gunsten des Rufes seines Krankenhauses bewirkte bei seinen Mitarbeitern überwiegend eine positive Arbeitsmotivation und einen qualitativen Leistungsschub.²³⁸ Der selbstverständlichen Einforderung fachlicher Leistungen und überdurchschnittlichen Engagements stand Maurers wohlwollende Förderung seiner Mitarbeiter gegenüber.²³⁹ Er fühlte sich nicht nur für deren fachliche Qualifizierung sondern auch für deren weitere berufliche Entwicklung verantwortlich. Mit Einführung eines Rolliersystems, das in 6–12 monatigem Wechsel ein Durchlaufen sämtlicher chirurgischer Stationen vorsah, stellte er sicher, dass die in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte mit allen Teilbereichen der Chirurgie in Berührung kamen und so auch ihre Neigungen und Fertigkeiten erkennen und anwenden konnten.²⁴⁰ Neben den eigenständigen Mehrarbeiten legte Maurer unter anderem auch erheblichen Wert auf Fort- und Weiterbildung seines Personals²⁴¹ – gleichermaßen auch auf einen Austausch seiner Assistenz- und Oberärzte mit anderen, seinem Klinikum potentiell Vorteile bringenden Krankenhäusern.²⁴² Dies nützte nicht nur grundsätzlich dem Klinikum RDI, sondern insbesondere auch der persönlichen und beruflichen Entwicklung seiner ärztlichen Mitarbeiter.²⁴³

²³⁸ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²³⁹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁴⁰ Vgl. Absatz nach Maurer et al. 1979, 14.

²⁴¹ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁴² Vgl. Lechner 2002, 121-ff, Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁴³ Vgl. Lechner 2002, 121-ff .

Maurers Unterstützung und Förderung galt in erster Linie engagierten und fleißigen Mitarbeitern, denen er wohlwollend gegenüberstand.²⁴⁴ »Die Treuesten aus den Getreuen der Maurer-Garde wissen jedenfalls, mit welcher Leidenschaft, mehr noch mit welcher Treue er sich für viele einsetzte, für dich und mich, wenn er sich für uns nur einmal entschieden hatte.«²⁴⁵ berichtet Gerhard Pfohl im Buch ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie‹. Maurers Unterstützung erwies sich dabei nicht als vordergründige, inhaltslose Floskel, sondern als real erfahrbare Hilfestellung.²⁴⁶ Er »(...) bemühte sich, seine Mitarbeiter zur Selbstständigkeit zu erziehen (...). Immer hatte er die zukünftige leitende Stellung der Schüler [sc. Anm.: Mitarbeiter, d. Verf.] im Auge«.²⁴⁷ Betrachtet man die Anzahl der später eine leitende Position bekleidenden Ärzte, die aus der Maurerschule hervorgingen, wird offensichtlich, dass Maurers Konzept aufging. Insgesamt kamen 83 Fachärzte, 44 Chefärzte und 25 Habilitierte (davon ein ordentlicher und elf außerplanmäßige Professoren) aus Georg Maurers Schule.²⁴⁸

Die Vergabe chirurgischer Chefarztpositionen erfolgte zeitweise nur nach vorheriger Rücksprache und Abstimmung der für die Stellenbesetzung zuständigen Landräte mit Georg Maurer:²⁴⁹ »So gab es Zeiten, in denen chirurgische Chefarztpositionen nur durch ehemalige Oberärzte von Maurer besetzt wurden.«²⁵⁰ Jedem Mitarbeiter wurde unter anderem auch ein »eigenverantwortliches Arbeiten«²⁵¹ unter Maurer ermöglicht. Hierfür allerdings waren eine bedingungslose Loyalität und ein konsequenter Gehorsam gegenüber seiner Person erforderlich. Fritz Lechner, einem seiner späteren Oberärzte, traute er beispielsweise den alleinigen Dienst im Klinikum zu einem Zeitpunkt zu, an dem dieser erst als sogenannter »Gastarzt«²⁵² im Krankenhaus RDI tätig war.²⁵³ Als Maurer erfuhr, welche hervorragende chirurgische Leistung Lechner in der Versorgung eines Schwerverletzten LKW-Fahrers während seines ersten Dienstes erbracht hatte, »klopft er [sc. dem Fritz Lechner, d. Verf.] (...) auf die Schulter und sagte: ›Du wirst einmal ein tüchtiger Chirurg, das hätten wir auch nicht besser machen können.«²⁵⁴

Die in Maurers Gunst stehenden Mitarbeiter konnten nicht nur in beruflichen, sondern auch in privaten Anliegen auf ihn zählen.²⁵⁵ So setzte er sich beispielsweise diverse Male für seinen Oberarzt Fritz Lechner ein. Er ermöglichte ihm einen Assistentenaustausch mit Japan und verhalf ihm zu einem Stipendium der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie.

²⁴⁴ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁴⁵ Maurer et al. 1979, 8.

²⁴⁶ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁴⁷ Maurer et al. 1979, 5.

²⁴⁸ Vgl. Maurer et al. 1979, 5.

²⁴⁹ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁵⁰ Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁵¹ Maurer et al. 1979, 5.

²⁵² Lechner 2002, 126.

²⁵³ Vgl. Lechner 2002, 127.

²⁵⁴ Lechner 2002, 128.

²⁵⁵ Vgl. Lechner 2002, 134, 140, 153.

gie.²⁵⁶ Als Fritz Lechners Vater der Hochzeit seines Sohnes mit der Verlobten Eleonore misstrauisch gegenüber stand, schrieb Maurer Fritz Lechners Vater einen Brief, in dem er die Hochzeit der beiden mit dem Satz, »dass er es außerordentlich begrüße wenn seine Assistenten mit vernünftigen Frauen verheiratet seien, weil sie dann nicht mehr auf so viele dumme Gedanken kämen«²⁵⁷ befürwortete. Auch setzte er sich nicht nur vor dem Kreisrat in Burghausen für seine Mitarbeiter nachdrücklich ein,²⁵⁸ sondern immer wieder, wenn es darum ging, seine Fachärzte für Chefarztstellen in Position zu bringen.

Maurer hatte unter anderem die große Gabe, Talente in seinen Mitarbeitern zu erkennen und zu fördern.²⁵⁹ Die Forderung und Förderung seiner Mitarbeiter lag ihm am Herzen. Eine dabei hervorgerufene Überforderung wurde jedoch übereinstimmend von allen befragten Zeitzeugen verneint. Auf den chirurgischen Stationen herrschte somit überwiegend ein gutes Arbeitsklima, wusste doch jeder, dass Leistung nicht nur eingefordert, sondern auch belohnt wurde. Insbesondere die Oberärzte von Maurer, wenn engagiert und entsprechende Leistungen erbringend, konnten früher oder später mit der Berufung auf eine Chefarztstelle rechnen.²⁶⁰ »Georg Maurer leistete vielen vieles (...) Leistungen historischer Dimension«²⁶¹ so Gerhard Pfohl im Buch ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie‹.

Persönliche Kontakte außerhalb des Klinikalltags pflegte Maurer mit seinen Mitarbeitern üblicherweise nicht.²⁶² Die einzigen Zusammenkünfte erfolgten im Rahmen seltener, gelegentlich stattfindender privater Feierlichkeiten. Berichtet wird beispielsweise von einem großen Fest, das Maurer im Grünwalder Haus seiner Schwiegermutter organisiert hatte – dies zu einer Zeit als seine Schwiegermutter wegen einer Radiusfraktur stationär im Klinikum RDI behandelt wurde und folglich von alldem nichts wusste.²⁶³ »Um Mitternacht kam der Professor im Kleid seiner Schwiegermutter die Treppe herunter, hielt ihr Lorgon vor das Auge und zirpte: Was geht hier vor?«²⁶⁴, schrieb Lechner in seiner Biographie. Während der Feier sei, so Fritz Lechner, sogar ein Lüster zu Bruch gegangen.²⁶⁵

Auch Siegfried Borelli erinnerte sich, dass Maurer weder private Treffen mit seinen Professorenkollegen pflegte, noch sonstige enge private Kontakte unterhielt. Für Maurer war diese Distanz bezüglich Privatleben selbstverständlich und wurde von ihm mit »typisch für die Gepflogenheiten einer Großstadt«²⁶⁶ begründet.

Berufliches und Privates wusste Maurer jedoch stets zu trennen, nur in seltensten Fällen wurde Berufliches im privaten Umfeld thematisiert, so die Verhandlungen um die Einrich-

²⁵⁶ Vgl. Lechner 2002, 153.

²⁵⁷ Lechner 2002, 134.

²⁵⁸ Vgl. Lechner 2002, 131.

²⁵⁹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁶⁰ Vgl. Absatz nach Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

²⁶¹ Maurer et al. 1979, 1.

²⁶² Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Kollege; Borelli 2014, Abschnitt: Kollege.

²⁶³ Vgl. Lechner 2002, 130.

²⁶⁴ Lechner 2002, 130.

²⁶⁵ Vgl. Lechner 2002, 130.

²⁶⁶ Borelli 2014, Abschnitt: Kollege.

tung einer zweiten Münchner Medizinischen Fakultät an der damaligen Technischen Hochschule München. »*Es gab im Grunde genommen fast keinen Tag, an dem das nicht irgendwann Thema zu Hause war(...)*«²⁶⁷, äußerte Peter Maurer im Gespräch mit Beate Beck. Chefanordnungen oder andere klinikspezifische Führungsinstrumente gab es nach Aussage des Sohnes Peter Maurer im familiären Bereich nicht.²⁶⁸

²⁶⁷ Maurer 2012, 2.

²⁶⁸ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

2.8.1.2.2 Ärztliche Zuständigkeiten

- **Chefanordnung Nr. 347, erstellt am 18.05.1979:**²⁶⁹

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar
der Technischen Universität München

8000 München 80, den 18. Mai 1979/B1.
Ismaninger Straße 22
Telefon 4 14 01
Durchwahl 41 40/2120
Telegramm-Adresse: Isarklinik

Chefanordnung Nr. 347

Mit Weggang von Herrn Professor Dr. Herbert SCHOLZE wird ab sofort unter Aufhebung der Chefanordnung Nr. 335 folgendes angeordnet:

1. Herr Professor Dr. W. THEISINGER ist der leitende Oberarzt und mein ständiger Vertreter.

Oberärzte der Klinik sind: Priv.Doz.Dr.G. PROKSCHA
Priv.Doz.Dr.P. KRUEGER
Priv.Doz.Dr.D. MACK

Oberarztfunktionen an der Klinik üben aus: Priv.Doz.Dr.M. FISCHER
Priv.Doz.Dr.W. DUSPIVA.

2. Das tägliche Operationsprogramm erstellt der leitende Oberarzt. Im Falle von Abwesenheit oder Verhinderung geschieht dies durch den jeweils nächstfolgenden Oberarzt (siehe Reihenfolge unter 1).
3. die morgendliche Wachstationsvisite wird in Vertretung des Klinikdirektors vom leitenden Oberarzt übernommen. Bei Verhinderung wird sie jeweils durch den nächstfolgenden Oberarzt durchgeführt.
4. Sollten zu gleicher Zeit der Klinikdirektor und der leitende Oberarzt verhindert oder abwesend sein, wird die Vertretung im Einzelfalle von mir bestimmt.

Verteiler:

Professor Dr. W. Theisinger
Priv.Doz.Dr. G. Prokscha
Priv.Doz.Dr. P. Krueger
Priv.Doz.Dr. D. Mack
Priv.Doz.Dr. M. Fischer
Priv.Doz.Dr. W. Duspiva


Professor Dr. E. Kolb
Abt.Vorst.Prof.Dr.Schmidt-Tintemann
Abt.Vorst.Prof.Dr.P.C.Maurer
Leit.Arzt Dr.Harlacher
Leit.Arzt Priv.Doz.Dr.Weidenbach
Anschlag im OP

²⁶⁹ Vgl. Maurer 1979a.

Betreff:

Festlegung von Zuständigkeiten – Chefarztvertretung, Oberärzte, Funktionsoberärzte.

Anlass:

Ausscheiden des Oberarztes Herrn Herbert Scholze.

Regelungsgegenstand:

Ernennung von Herrn W. Theisinger zum neuen leitenden Oberarzt und ständig stellvertretenden chirurgischen Chefarzt bzw. Klinikdirektor. Benennung dessen zusätzlicher Aufgabenbereiche (Erstellung des Operationsprogramms, Durchführung morgendlicher Visiten auf der Wachstation). Ernennung weiterer Oberärzte (Privatdozenten Dr. G. Proschka, P. Krüger, D. Mack). Delegation von Oberarztfunktionen (Privatdozent Dr. M. Fischer, W. Duspiva). Benennung einer chefarztlichen Vertretung im Falle einer gleichzeitigen Abwesenheit von Klinikdirektor und leitendem Oberarzt.

Zielsetzung (vmtl.):

Maurer, bekannt als konservativer Denker und Freund klarer Strukturen, war es unheimlich wichtig, eine Kontinuität der ärztlichen Verantwortlichkeiten, aber auch Hierarchien in seinem Klinikum und seiner Abteilung sicherzustellen sowie diese nach außen hin zu artikulieren. Als oberster Klinikrepräsentant war er insbesondere aus zeitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, Leitung und Aufsicht über alle Bereiche seines Klinikums wahrzunehmen. Denn in seiner Funktion als Klinikdirektor war Maurer ab dato sowohl für medizinische als auch wirtschaftlich-finanzielle Belange erster Ansprechpartner.²⁷⁰ Da unter anderem die Organisation seines wachsenden Klinikums immer mehr zeitliche Ressourcen in Anspruch nahm, war Maurer gezwungen, gegen Ende der 70er Jahre seine operativen Aktivitäten schrittweise zu reduzieren. Aus diesem Grunde delegierte er zunehmend die Wahrnehmung vielfältiger Aufgaben- und Verantwortungsbereiche an seine Mitarbeiter.²⁷¹ In der von ihm verfügbaren hierarchischen Rangordnung hatte jeder Arzt seine konkreten Zuständigkeits-, Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, die er ohne Wenn und Aber wahrzunehmen hatte. Beispielsweise übertrug er seinen Oberärzten die Verantwortung für die klinische Patientenversorgung und ernannte für jede einzelne Fachdisziplin einen Hauptverantwortlichen, der ihm als persönlicher Ansprechpartner zur Verfügung stand.²⁷² Die Benennung von Verantwortlichkeiten und Ansprechpartnern war nach Maurers Überzeugungen für eine hochqualitativ medizinische Versorgung und einen reibungslosen Klinikbetrieb unabdingbar. Deren Sicherstellung war Garant für einen guten Ruf seines Hauses.²⁷³ Das Ausscheiden gerade fachlich hoch qualifizierter Ärzte und deren Übernahme

²⁷⁰ Vgl. Absatz nach Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁷¹ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Klinikdirektor; Geile 2014, Abschnitt: Klinikdirektor.

²⁷² Vgl. Maurer 1953g; Geile, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁷³ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

leitender Tätigkeiten in anderen klinischen Einrichtungen war immer wieder Anlass, Veränderungen in den obersten ärztlichen Führungsebenen vorzunehmen.

Maurers persönlicher Klinikführungsstil kann als sehr autoritär, gekennzeichnet durch strikte Anweisungen und Sanktionen, beschrieben werden, was genau der Art von Führungsstil entsprach, die von sämtlichen Zeitzeugen als für die damalige Zeit üblich geschildert wird.²⁷⁴ Diesem Führungsstil entsprachen auch der hierarchische Aufbau und die personelle Strukturierung der chirurgischen Abteilungen Maurers.²⁷⁵ »Das hierarchische System einer Klinikgliederung wird häufig als konservativ und überaltet abgetan. Unserer Meinung nach hat es jedoch den Vorteil, bei allen anstehenden ärztlichen Entscheidungen den Rat des jeweils Erfahreneren einzuholen. Damit verlagert sich auch die Verantwortlichkeit für eine zu fassende Entscheidung, die vor allem in Notsituationen auch dem Erfahrensten Schwierigkeiten bereiten kann, auf den jeweils fachlich Kompetenteren«²⁷⁶, so die Ausführungen M. Fischers im Buch ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie‹. Unter Maurers Regiment herrschten strenge Regeln. Niemand durfte den Arbeitsplatz verlassen, ohne seine Arbeit erledigt zu haben. Ein »auf die Uhr schauen gab es nicht«²⁷⁷. Es gab strenge Richtlinien, denen widerspruchslos Folge zu leisten war.²⁷⁸ Man musste sich entscheiden: »Entweder man machte es oder man ging.«²⁷⁹ Selbst die Klinikverwaltung unterstand zur damaligen Zeit weitgehend den Weisungen Maurers. Er entschied, welche Gelder für welche Maßnahmen ausgegeben wurden und ob, wann und wo, welche baulichen Maßnahmen im Klinikum stattzufinden hatten. Die Zusammenarbeit mit ihm war offenbar nicht immer einfach. Während Georg Maurers Zeit als Klinikdirektor mussten mehrere Verwaltungsdirektoren, die nicht seinen Vorstellungen entsprachen, ihre Kündigung entgegen nehmen.²⁸⁰ Maurers Klinikimperium war groß: »Er herrschte über 1000 Krankenbetten und zehn Universitätsordinarien.«²⁸¹ Dennoch behielt er stets den Überblick über das gesamte Klinikgeschehen.²⁸²

²⁷⁴ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁷⁵ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁷⁶ Maurer et al. 1979, 16.

²⁷⁷ Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁷⁸ Vgl. Absatz nach Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁷⁹ Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁸⁰ Vgl. Absatz nach Biemer 2014, Abschnitt: Klinikdirektor.

²⁸¹ O.V. 1969, 89.

²⁸² Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

• **Chefanordnung Nr. 335, erstellt am 28.05.1976:**²⁸³

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar
der Technischen Universität München

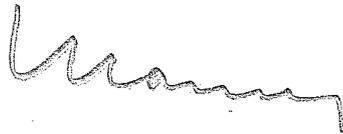
8 München 80, 28.5.76/B.
Ismaninger Straße 22
Telefon 4 14 01
Durchwahl 41 40/21 20
Telegramm-Adresse: tsartlink

Chefanordnung Nr. 335

Mit Ernennung des PD. Dr. Herbert SCHOLZE zum Leitenden Oberarzt
ab 1.6.1976 wird angeordnet:

1. Die beiden Leitenden Oberärzte (Professor Dr. Theisinger,
PD. Dr. Scholze) wechseln sich in den Chefassistenzen pro Woche
alternierend ab.
2. Derjenige Leitende Oberarzt, welcher die Chefassistentz in einer
Woche versieht, erstellt gleichzeitig in dieser Woche das Opera-
tionsprogramm und übernimmt durch Anschreiben an der Operations-
tafel die Einteilung.
3. Derjenige Leitende Oberarzt, welcher die Chefassistentz versieht,
vertritt mich gegebenenfalls bei meiner Abwesenheit bei der mor-
gendlichen Wachstationsvisite.

Im Krankheitsfalle und bei Abwesenheit durch Urlaub vertritt ein Lei-
tender Oberarzt den anderen.



Verteiler:

Professor Dr. Theisinger
PD. Dr. Scholze
Anschlag im OP
Professor Dr. Kolb, Direktor des Inst.f.Anaesthesiologie
OA.Dr.med.habil. Prokscha
Abt.Vorst.Professor Dr. Schmidt-Tintemann
Abt.Vorst.PD.Dr.Maurer
Leit.Arzt Dr.Harlacher
Leit.Arzt Dr.Weidenbach

Betreff:

Aufgabenbereiche der Chefassistenten.

Anlass:

Ernennung Herbert Scholzes zum leitenden Oberarzt (01.06.1976).

Regelungsgegenstand:

Wöchentlich wechselnde Chefassistenten zwischen Oberarzt H. Scholze und Oberarzt W. Theisinger.

Übernahme der OP-Einteilung mittels Anschreiben an OP-Tafel sowie der Erstellung des wöchentlichen OP-Programme durch die zuständige Chefassistenten.

Vertretung der Wachstationvisite im Falle chefärztlicher Abwesenheit.

Gegenseitige Vertretung der Chefassistenten bei Abwesenheit oder Krankheit.

Zielsetzung (vmtl.):

Georg Maurer wird in Fritz Lechners Biographie als »großartig[er], humorvoll[er], verständnisvoll[er], motivierend[er], organisatorisch begabt[er] Chef«²⁸⁴ beschrieben. Er zeigte sich stets aktiv, äußerst belastbar (Anm.: »Rackerer«) und zuverlässig.²⁸⁵ Engagement für seine Mitarbeiter, mit denen er zwar streng, doch stets aufgeschlossen verkehrte, zeichnete ihn ebenso aus wie seine Wertschätzung einer kollegialen und positiven Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen und Pflegekräften. Auch war er kein Einzelgänger, sondern suchte im Klinikalltag den Kontakt zu seinen Mitarbeitern. Für diese und seine Entscheidungen trat er engagiert und konsequent ein.²⁸⁶ Stets hatte er ein offenes Ohr für sein Personal und stand diesen für ein persönliches Gespräch zu jeder Zeit zur Verfügung. (Anm.: jedoch vorherige terminliche Vereinbarung). Kolleginnen war Maurer offenbar sehr zugetan als ein »homme a femmes«²⁸⁷, der gerne die Nähe attraktiver Frauen suchte²⁸⁸ – eine Vorliebe, die Kleinkindern bekannt war und gelegentlich auch für ein Missverhältnis in der Behandlung anderer Auszubildender sorgte, wie Fritz Lechner berichtet: »größere[sc. n, d. Verf.] Probleme im Privatleben unseres Chefs. Denn eines Tages kam ›sie‹. Sie war bildhübsch, hatte einen ganz besonderen Charme und wollte sich chirurgisch ausbilden. Außerdem war sie sehr klug. Sie brachte beträchtliche Unruhe in unsere chirurgische Männergesellschaft. Besonders der Chef war von ihr beeindruckt (...) Eindeutig wurde sie bei der Ausbildung begünstigt.«²⁸⁹

²⁸⁴ Lechner 2002, 121.

²⁸⁵ Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

²⁸⁶ Vgl. Absatz nach Zimmermann 2014, Abschnitt: Kollege.

²⁸⁷ Geile 2014, Abschnitt: Privatmensch.

²⁸⁸ Vgl. Geile 2004, Abschnitt: Privatmensch; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Maurer 2014: Privatmensch.

²⁸⁹ Lechner 2002, 130.

Maurer, der großen Wert auf ein Vertrauensverhältnis und, damit zusammenhängend, auf die Möglichkeit, verantwortungsvolle Aufgaben an zuverlässige Mitarbeiter zu delegieren, legte, erwies sich als überlegt und glücklich bei der Auswahl seiner ärztlichen Mitarbeiter und späteren Oberärzte, weshalb ihm stets zuverlässiges und hochqualifiziertes Personal zur Seite stand. Mit Lechner, Scholze, Theisinger u.a. verfügte er über ausgezeichnete chirurgische Oberärzte, die dem ärztlichen Nachwuchs eine bedeutende Bandbreite an Fachwissen und handwerklichem Können vermittelten.²⁹⁰ Ziel obenstehende Chefanordnung war somit, ausgewählte Vertreter zu benennen sowie deren Aufgabenbereiche klar zu definieren. Nur so war es Maurer möglich, dem Klinikmanagement, das ihm besonders am Herzen lag, seine ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken.²⁹¹

²⁹⁰ Vgl. Absatz nach Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Zimmermann 2014, Abschnitt: Kollege.

²⁹¹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Klinikdirektor; Biemer 2014, Abschnitt: Klinikdirektor.

2.8.1.2.3 Meldepflicht

- **Chefanordnung Nr. 188, erstellt am 29.01.1958:**²⁹²

Abschrift

Chefanordnung Nr. 188

Es ist selbstverständlich, daß wichtige Vorkommnisse während des Dienstes - auch Zustände akuter Lebensgefahr, Todesfälle, Zwischenfälle jeglicher Art - dem Diensthabenden des I.Dienstes unmittelbar zu melden sind. In Ergänzung zur Chefanordnung Nr.77, Abs.II. gilt, daß akut anfallende Eingriffe ebenfalls dem I.Dienst gemeldet werden.

München, den 29.Januar 1958



Chefanordnung Nr. 189

1. Ab sofort sind D-Berichte sowohl auf den Stationen als in der Nothilfe nur von Assistenten des 2.und 3.Dienstes zu erstellen.
2. Es besteht außerdem Veranlassung auf die Chefanordnung Nr. 86 hinzuweisen, wonach Nachschauberichte bei entlassenen Patienten nur den den diensthabenden Oberarzt der Nothilfeabteilung erstattet werden.

München, den 26.Februar 1958



²⁹² Vgl. Maurer 1958b.

Betreff:

Meldepflicht besonderer klinikinterner Ereignisse.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Unverzügliche und verpflichtende Meldung (dem 1. Diensthabenden) wichtiger Vorkommnisse, Zustände akuter Lebensgefahr, Todesfälle, akut anfallender Eingriffe sowie Zwischenfälle jeglicher Art während des Dienstes.

Zielsetzung (vmtl.):

Die von Maurer angeordnete Meldepflicht besonderer klinikinterner Vorkommnisse sollte eine unverzügliche und qualifizierte ärztliche Intervention sicherstellen. In der Meldung entsprechender Ereignisse an den 1. Diensthabenden, der aufgrund seiner langjährigen Berufserfahrung den jungen, weniger erfahrenen Assistenzärzten, helfend zur Seite stehen und notwendige Maßnahmen einleiten konnte, sah Maurer eine geeignete personelle Regelung, medizinische Not- bzw. Ausnahmesituationen adäquat zu bewältigen. Ärztliche Fehlentscheidungen oder situative Überforderungen hätten nicht nur zu Gesundheitsschädigungen von Patienten, sondern vielmehr auch zu nachhaltigen Imageschäden des Klinikums RDI führen können. Dies zu vermeiden war sicherlich Ziel dieser Anordnung.

2.8.1.2.4 Schweigepflicht

- Chefanordnung Nr. 119, erstellt am 13.09.1955:²⁹³

SM

Chefanordnung Nr. 119

Am 1.9.1955 wurde das Krankenblatt des Patienten Bayer Erwin, der in stationärer Behandlung des hiesigen Krankenhauses lag, dem Krankenhaus Oberföhring weitergegeben. Wie ich bereits zu wiederholten Malen betont habe, werden Krankenblätter an andere Krankenanstalten nur ausgegeben mit

- 1) Genehmigung und Einsichtnahme durch Chef oder
- 2) Genehmigung und Einsichtnahme durch Oberarzt bzw. durch den Stationsarzt der Wachstation (nicht durch dessen Vertreter im Urlaub).

München, den 13. September 1955

²⁹³ Vgl. Maurer 1955d.

Betreff:

Aushändigung von Krankenblättern.

Anlass:

Aushändigung des Krankenblattes des Patienten Erwin Bayer an das Krankenhaus Oberföhring.

Regelungsgegenstand:

Ausschließliche Weitergabe von Krankenblättern an andere Krankenanstalten nach Genehmigung und Einsichtnahme durch Chefarzt oder nach Genehmigung und Einsichtnahme ausschließlich durch Oberarzt bzw. Stationsarzt der Wachstation (nicht durch dessen Vertreter).

Zielsetzung (vmtl.):

Der Anlass für diese Anordnung lässt sich in einer unberechtigten Weitergabe persönlicher Patientendaten vermuten. Seit jeher bilden Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht elementare Bestandteile eines jeden Arzt-Patientenvertrages. Die ärztliche Schweigepflicht selbst findet ihre Regelung im Strafgesetzbuch (§203StGB) sowie in den Berufsordnungen der Landesärztekammern (§9 BO). Für öffentliche Einrichtung wie beispielsweise städtische Krankenhäuser oder Universitätskliniken treten zusätzlich sogenannte Landesschutzgesetze in Kraft.²⁹⁴ Auch das im Jahre 1948 in Genf verabschiedete und in nachfolgenden Jahren kontinuierlich überarbeitete Ärztegelöbnis (Anm.: Neufassung der ärztlichen Berufspflichten nach dem Hippokratischen Eid) greift unter anderem die Thematik der ärztliche Verschwiegenheitspflicht auf: *»Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren«.*²⁹⁵ Eine Nichteinhaltung der sich insbesondere auch berufsrechtlich ergebenden ärztlichen Verpflichtungen zur Verschwiegenheit konnten nicht nur für den behandelnden Arzt sondern auch für die behandelnde Einrichtung (Klinik) insgesamt zu unerwünschten juristischen Folgen führen (z.B.: strafrechtliche Verfolgungen, Schadensersatzanforderungen). Anzunehmen ist, dass es Maurer nicht nur um eine die Vorgaben des Datenschutzes berücksichtigende Weitergabe patientenbezogener Krankenblätter ging, sondern auch um die Weitergabe geeignet geführter Anamnese, Diagnose, Therapie und Krankheitsverlauf nachvollziehbar dokumentierter Aufzeichnungen. Eine der Aushändigung von Patientenunterlagen vorangehende Einsichtnahme und Genehmigung durch den Chefarzt bzw. Oberarzt oder Stationsarzt der Wachstation, sollten den informellen und rechtlich korrekten Umgang mit

²⁹⁴ Vgl. Absatz nach Merkblatt Schweigepflicht - 35_Merkblatt_Schweigepflicht.pdf n.d. https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/08_Berufsrechtliches/06_Behandlung_von_Patienten_Pflichten_Empfehlungen/35_Merkblatt_Schweigepflicht.pdf [06.05.2015]

²⁹⁵ Deklaration von Genf - Genf.pdf n.d. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf [06.05.2016]

Krankenakten sicherstellen. Auch zu Erich Lexers medizinischen Berufsethos zählte die unbedingte Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht. Aus diesem Verständnis heraus unterband Lexer in seiner Position als chirurgischer Chefarzt strikt die Weitergabe sämtlicher Patientendaten an Unbefugte. »So war es unter Lexer ›strengstens verboten‹, die Krankenakten aus der Klinik zu entfernen und mit nach Hause zu nehmen (...).«²⁹⁶ Georg Maurer, der seine chirurgische Facharztausbildung unter Erich Lexer absolvierte, wurde sicherlich von dessen berufsethischen Prinzipien geprägt.

²⁹⁶ Gleißner 1996, 102.

2.8.1.2.5 Leit- und Richtlinien

1) Stationäre Versorgung

1.1 Patientenaufnahme

- **Chefanordnung Nr. 87, erstellt am 12.01.1955:**²⁹⁷

Abschrift der Durchschrift d.Originals

Chefanordnung Nr. 87

Ab sofort hat der Stationsarzt dafür Sorge zu tragen daß bei sämtlichen Patienten, bei denen es möglich ist, am Aufnahmetag das Körpergewicht bestimmt und in die in der Fieberkurve vorgesehene Spalte eingetragen wird.

In bestimmten Zeitabständen muß das Gewicht kontrolliert und neuerlich eingetragen werden. Auf den Unfallabteilungen wird man die Gewichtsfeststellung oftmals aus technischen Gründen nicht treffen können.

München, den 12. Januar 1955

Maurer

²⁹⁷ Vgl. Maurer 1955a.

Betreff:

Messung des Körpergewichtes bei stationär aufzunehmenden Patienten.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Bestimmung des aktuellen Körpergewichts bereits am Aufnahmetag des Patienten (Ausnahme: Unfallabteilung). Dokumentation des ermittelten Körpergewichts in hierfür vorgesehene Spalte in der Fieberkurve. Verpflichtende und erneute (in gewissen Zeitabständen) Messung, sowie Dokumentation des Gewichts. Die Verantwortung obliegt dem zuständigen Stationsarzt.

Zielsetzung (vmtl.):

Die Messung und Dokumentation des Körpergewichts bereits bei stationärer Aufnahme von Patienten scheint in den 50er Jahren noch kein Standard gewesen zu sein. Die Bedeutung dieser Maßnahmen im Hinblick auf ein frühestmögliches Erkennen und therapeutisches Einschreiten bei auftretenden medizinischen Komplikationen (z.B.: Nierenfunktionsstörungen, Herzinsuffizienz) ist heutzutage weitgehend unbestritten. Die Messung des Körpergewichts, die Ermittlung von Herzfrequenz (Puls) und Blutdruck zählen mittlerweile zu den Basisparametern, die sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Patientenversorgung erfasst werden. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass medizinische Komplikationen in der Versorgung eines oder mehrerer Patienten, die unter anderem auf eine unzureichende oder unterbliebene Erfassung des Basisparameters Körpergewicht zurückgeführt werden konnten, den Anlass für Maurers Anordnung gaben. Maurer war bekanntermaßen daran gelegen, nicht nur situativ entsprechende Regelungen für aktuelle Vorkommnisse zu treffen, sondern insbesondere vorsorglich durch Etablierung verpflichtender Standards Risiken und Komplikationen in der Patientenversorgung zu minimieren.

Maurer wurde von seinem Sohn Peter als absoluter Netzdenker bezeichnet.²⁹⁸ Jegliches Vorgehen bzw. Handeln wurde von ihm bis ins kleinste Detail durchdacht, der nächste Schritt erst dann getätigt, wenn alle möglichen Folgen zuvor erwogen und analysiert waren. Er verstand es auch, dem Klinikum ein vorteilhaftes Netzwerk in Politik und Gesellschaft aufzubauen.²⁹⁹ Einige der Zeitzeugen beschrieben Maurer als ausgesprochenen »Strizi«³⁰⁰, der geschickt und zielstrebig ein besonderes Verhältnis zu Leuten pflegte, die ihm und seiner Klinik Vorteile versprachen. Sein weit verzweigtes Netzwerk verhalf ihm

²⁹⁸ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

²⁹⁹ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Klinikdirektor.

³⁰⁰ Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

und seinem Klinikum zu manchem Vorteil.³⁰¹ So bevorzugte er beispielsweise bei Assistenzarzteinstellungen solche Bewerber, die dem bayerischen Adel oder Familien von Ordinarien entstammten und bemühte sich um die Berufung von Ordinarien, auf deren Unterstützung er aus diversen Gründen vertrauen konnte.³⁰² Maurers politisches Netzwerk, das er sich während seiner 20-jährigen Tätigkeit als Münchner Stadtrat, CSU, (1952–1972) aufgebaut hatte, war von großer Reichweite. Er pflegte nicht nur gute Beziehungen zu Koalitionspartnern und innerparteilichen Kollegen, sondern auch zu Politikern der Oppositionsparteien. Maurer verstand es, seine politischen Kontakte mittels persönlicher hausärztlicher Leistungen zu festigen und weiter auszubauen. Wie ein fürsorglicher privater Hausarzt kümmerte er sich beispielsweise um die gesundheitlichen Bedürfnisse/Belange einiger Politikerfamilien.³⁰³

Enormen Rückhalt erhielt Maurer unter anderem auch von den Sozialdemokraten im Münchner Stadtrat. Einen Grund hierfür bildete vermutlich die vorbehaltlose und unbürokratische medizinische Versorgung der Angehörigen sozialdemokratischer Stadträte. Obwohl nur gesetzlich versichert, wurden diese auf die Privatstation des Krankenhauses RDI aufgenommen und entsprechend versorgt. Selbst zu Zeiten des sozialdemokratisch regierten Münchens, konnte Maurer, was die Belange seiner Klinik betraf, stets auf die überwiegende Mehrheit der Stimmen im Stadtrat zählen.³⁰⁴ Gute Beziehungen pflegte er beispielsweise zu Karl Böck, dem damals höchsten Beamten im Bayerischen Kultusministerium und zu Kultusminister Ludwig Huber, die neben dem Münchner Oberbürgermeister Jochen Vogel, der FDP-Abgeordneten Hildegard Hamm-Brücher, Staatssekretärin Mathilde Berghofer-Weichner, dem Finanzminister Herr Phöner und dem SPD-Abgeordneten Wilhelm Högner maßgebliche Initiatoren für die Einführung einer zweiten medizinischen Fakultät in München waren. Zu den wichtigen Kontakten Maurers, zählte der zu seinem alten Partei- und Schulfreund Erwin Hamm. Mit ihm, dem damaligen Münchner Krankenhausreferenten, hatte er einen wichtigen Unterstützer für all seine, das Krankenhaus RDI betreffenden Ideen und Innovationen.³⁰⁵

Maurer stand insbesondere in den Wahljahren 1960 und 1966 bei den Münchner Wählern hoch im Kurs. Von mittleren Listenplätzen (1960: Platz 24; 1966: Platz 21) konnte er sich bei den Wahlen auf vordere Ränge (1960: Rang 4; 1966: Rang 5) verbessern.³⁰⁶

Seine Stadtratsaktivitäten wurden jedoch sowohl von Parteifreunden als auch von politischen Gegnern oftmals unterschiedlich bewertet.³⁰⁷

³⁰¹ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Stadtrat/Klinikdirektor.

³⁰² Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; o.V.: *AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube*. DER SPIEGEL 15 (1971), 70.

³⁰³ Vgl. Absatz nach Geile 2014, Abschnitt: Klinikdirektor/Vorgesetzter; Maurer 2014, Abschnitt: Stadtrat/Klinikdirektor.

³⁰⁴ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Stadtrat.

³⁰⁵ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Stadtrat.

³⁰⁶ Vgl. Absatz nach o.V.: *AFFÄREN/TH MÜNCHEN - 3,7 Patienten*. DER SPIEGEL 14 (1969), 89. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-45741773.html> [21.09.2015]

³⁰⁷ Vgl. o.V.: *AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube*. DER SPIEGEL 15 (1971), 72. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43732434.html> [21.09.2015]

Den Münchner Wählern galt Maurer spätestens »seit er 1967 gegen den Widerstand der Medizinischen Fakultät an der Münchner Universität eine zweite Medizinische Fakultät an der Technischen Hochschule durchsetzte, (...) als modern und aufgeschlossen.«³⁰⁸ Während Maurers Stadtratsaktivität war auch einer seiner ärztlichen Mitarbeiter in der Münchner Stadtrats-CSU tätig (z.B.: Steinkohl). Ärztliche Mitarbeiter jedoch (z.B.: Chefärztin der Anästhesie Charlotte Lehmann), die der Oppositionspartei (SPD) beigetreten waren, wurden von Maurer nicht oder nur bedingt als Mitarbeiter akzeptiert. Er legte ihnen nahe, die Mitgliedschaft in ihrer Partei zu beenden, um die Zusammenarbeit mit ihm im Krankenhaus RDI nicht weiter zu belasten.³⁰⁹

³⁰⁸ O.V.: *AFFÄREN/TH MÜNCHEN - 3,7 Patienten*. DER SPIEGEL 14 (1969), 89.
<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-45741773.html> [21.09.2015]

³⁰⁹ Vgl. Absatz nach o.V.: *AFFÄREN/TH MÜNCHEN - 3,7 Patienten*. DER SPIEGEL 14 (1969), 89.
<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-45741773.html> [21.09.2015]

1.2 Patientenentlassung

- **Chefanordnung Nr. 26, erstellt am 01.12.1953:**³¹⁰

Abschrift von Durchschrift des Originals

Chefanordnung Nr. 26

- 1.) Patienten, die entlassen werden, sind darüber zu befragen
 - a) von wem sie eingewiesen wurden,
 - b) zu wem sie sich in die Weiterbehandlung begeben wollen.
- 2.) Sollte zwischen 1a und 1b ein Unterschied bestehen, so sind grundsätzlich beide Ärzte zu verständigen (Durchschlag).
- 3.) Sollte ein Patient ad exitum kommen, so kann der einweisende Arzt - auch Krankenhausarzt - telefonisch verständigt werden.

München, den 2. Dezember 1953

Maier

³¹⁰ Vgl. Maurer 1953d.

Betreff:

Regelung bei Patientenentlassung.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Ermittlung und Verständigung des einweisenden und weiterbehandelnden Arztes vor Patientenentlassung. Telefonische Kontaktaufnahme mit einweisendem Arzt bei Aufnahme eines Patienten »*ad exitum*«.

Zielsetzung (vmtl.)

Durch vorangehende fernmündliche und/oder schriftliche Inkenntnissetzung des einweisenden bzw. weiterbehandelnden Arztes über Krankheitsbild, stationären Therapieverlauf und notwendiger Therapiefortführung sollte nach dem Willen von Maurer ein möglichst reibungsloser Übergang zwischen stationärer und ambulant weiterbehandelnder Patientenversorgung sichergestellt werden. Die optimale, auch poststationär erfolgende medizinische Versorgung seiner Patienten lag Maurer ebenso am Herzen, wie eine vertrauensvolle, verlässliche und enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen oder in anderen stationären Einrichtungen tätigen Kollegen. So wurden beispielsweise Beschwerden von niedergelassenen Ärzten bezüglich fehlender Entlassungsberichte von Maurer äußerst ernst zur Kenntnis genommen. Ein Verzug in deren Erstellung führte zu unerfreulichen Konsequenzen.³¹¹ Ein dauerhafter medizinischer Behandlungserfolg, das dadurch bewirkte positive Klinikimage und die strukturierte und kollegiale Vernetzung mit Kollegen bildeten nach Maurer die Basis für den guten Ruf seines Klinikums und die Entscheidung, Patienten primär dieser Einrichtung zuzuweisen.

³¹¹ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

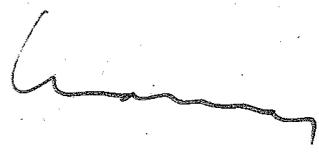
1.3 Patientenverlegung

- Chefanordnung Nr. 169, erstellt am 11.07.1957:³¹²

Chefanordnung Nr. 169

Langliegende Kranke, die ins Krankenhaus am Biederstein
verlegt werden sollen, sind der rascheren Abwicklung wegen
Herrn Dr. S e h n u r r e r zu melden, und zwar mit
Namen, Vornamen, Alter und Hauptdiagnose.

München, den 11. Juli 1957



³¹² Vgl. Maurer 1957f.

Betreff:

Vorgehen bei Verlegung langliegend Erkrankter.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

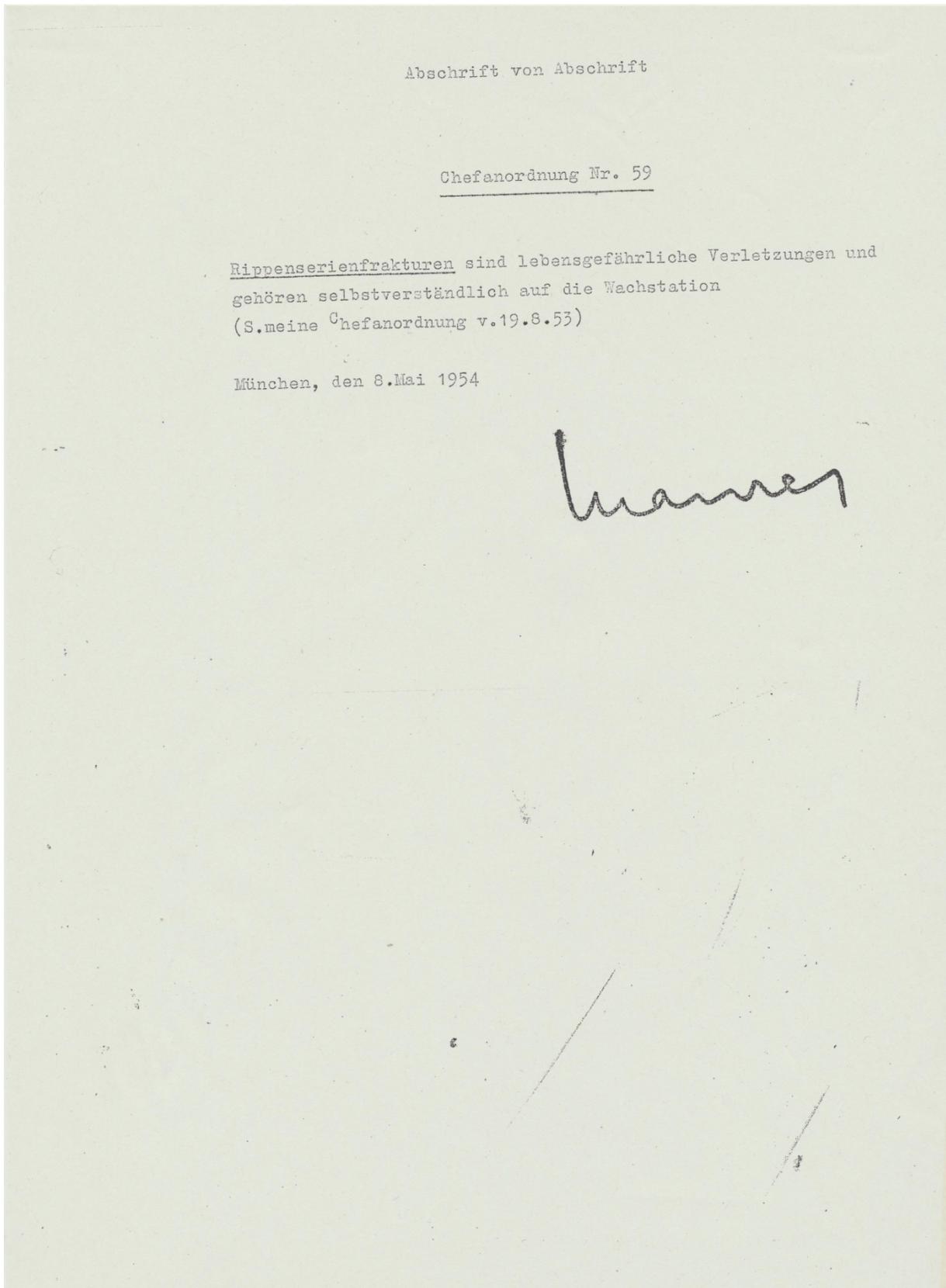
Meldung langliegend Erkrankter (an Herrn Dr. Schnurrer), zur Verlegung ins Krankenhaus am Biederstein, unter Nennung des Namens, Vornamens, Alters und der Hauptdiagnose.

Zielsetzung (vmtl.):

Probleme und Verzögerungen im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Patientenbetten in der Akutversorgung bildeten vermutlich Anlass für diese Anordnung Maurers. Offenbar sollte eine Problemlösung gefunden werden, um eine Blockade von Akutbetten durch Patienten mit längerer Liegedauer zu vermeiden. Mit Information der ärztlichen Klinikmitarbeiter, Benennung eines Ansprechpartners und Festlegung formaler, für eine Patientenverlegung (ins Krankenhaus am Biederstein) notwendiger Angaben, wollte Maurer zu einem beschleunigten Patiententransfer, zugleich vermutlich auch zu einer wirtschaftlicheren Auslastung des Krankenhauses beitragen.

1.4 Stationäre Patientenüberwachung

- **Chefanordnung Nr. 59, erstellt am 08.05.1954:**³¹³



³¹³ Vgl. Maurer 1954b.

Betreff:

Überwachung bei Rippenserienfrakturen.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtende Überwachung von Rippenserienfrakturen (lebensgefährliche Verletzung) auf Wachstation.

Zielsetzung (vmtl.):

Da diese Anordnung von Maurer keinen konkreten Anlass benennt, können über deren Gründe lediglich Mutmaßungen angestellt werden. Nicht ausschließbar sind medizinische Komplikationen, die in der Versorgung eines Patienten mit Rippenserienfraktur im Klinikum auftraten. Denkbar sind aber auch Vorkommnisse in anderen Krankenhäusern, die Maurer zu konkreten klinikinternen Vorgaben für die Behandlung entsprechender Verletzungen veranlassten. Eine Rippenserienfraktur wird demnach mit der Anordnung eindeutig als lebensgefährliche Verletzung deklariert, die verpflichtend einer konsequenten Überwachung auf der Wachstation bedurfte. Wachstationen boten unter anderem auf Grund ihres höheren Pflegeschlüssels (1:2,3-Betreuung) sowie ihrer besseren apparativ-technischen Ausstattung eine umfassendere und genauere Überwachung lebensbedrohlich verletzter Patienten im Vergleich zur reinen Normalstation.

Durch diese Vorkehrungen erhoffte sich Maurer ein möglichst frühzeitiges Erkennen häufig auftretender Komplikationen nach Rippenserienfraktur (z.B.: Spannungspneumothorax, paradoxe Atmung, Lungenkontusion, Milzruptur, Gefäßab- und einrisse) und ein unverzügliches ärztlich-pflegerisches Intervenieren des folglich vital bedrohten Patienten. Im Falle eines thorakalen Notzustandes war es ihm möglich, schnellstmöglich eine operative Fixierung des Brustkorbes sowie eine kontrollierte Beatmung in die Wege zu leiten.³¹⁴ Es galt sowohl eine vermeidbare Schädigung von Patienten, insbesondere aber auch eine Imageschädigung des Klinikums durch medizinische Nachlässigkeiten oder Fehlbehandlungen auszuschließen.

³¹⁴ Vgl. Absatz nach Hirner et al. 2004, 345; Heberer et al. 1977, 340-341.

1.5 Umgang mit Patientenutensilien

- **Chefanordnung Nr. 191, erstellt am 04.03.1958:**³¹⁵

A b s c h r i f t

Chefanordnung Nr. 191

Da das Krankenhaus im Laufe des vergangenen Jahres für sechs nicht mehr auffindbare Zahnprothesen aufkommen mußte, besteht Veranlassung zu folgenden strikten Weisungen:

1. Die volle Verantwortung für die Aufbewahrung von Zahnprothesen und Wertgegenständen der Kranken tragen die Schwestern.
2. Bei Kranken, welche bewußtlos oder zur sofortigen Operation eingeliefert werden, sind die Zähne in der Nothilfe (noch vor evt. Röntgenuntersuchungen) zu entfernen und von der zuständigen Schwester zu verwahren. Dafür sind Plastikschränke vorhanden, die mit dem Namen versehen und in einem eigenen Schrank in der Nothilfe verschlossen werden. Dies gilt auch für alle Wertgegenstände bewußtloser Kranker. Das Mitgeben in der Handtasche, Manteltasche, mit der Wäsche etc. ist nicht zulässig. Sobald der Patient auf einer Station untergebracht ist, können die Gegenstände durch eine Schwester dieser Station abgeholt und dort verwahrt werden.
3. Kranke, die von der Station aus zur Operation kommen, können die Zahnprothesen selbst verwahren. Die Schwester hat jedoch darauf zu achten, daß dies zuverlässig geschieht. Falls der Kranke nach der Operation auf eine andere Station verlegt wird und keine Möglichkeit einer sicheren Aufbewahrung hat, behält die Stationschwester die Zahnprothesen in einer mit dem Namen versehenen Plastikschränke und übergibt sie zusammen mit seinem übrigen Eigentum unverzüglich der neuen Station.
4. Dem Anaesthesisten obliegt in jedem Falle die Kontrolle, daß die künstlichen Zähne entfernt wurden. Hat die zuständige Schwester von Nothilfe oder Station dies übersehen, so ist sie zu rufen und muß für ordnungsgemäße Verwahrung sorgen. Eine vorübergehende Aufbewahrung im Operationssaal ist nicht zulässig.
5. Die Kosten für abhanden gekommene Zahnprothesen trägt die für die Vorbereitung eines Patienten verantwortliche Schwester von Nothilfe oder Station.

München, den 4. März 1958



³¹⁵ Vgl. Maurer 1958c.

Betreff:

Regelung bezgl. Aufbewahrung von Zahnprothesen.

Anlass:

Aufkommen des Klinikums RDI für sechs nicht mehr auffindbare Zahnprothesen innerhalb eines Jahres.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtende Verantwortungsübernahme für die Aufbewahrung von Zahnprothesen und Wertgegenständen von Patienten des Klinikums RDI durch die Pflegekräfte.

Obligatorische Entfernung einer Zahnprothese (auch Schmuck, Wertgegenstände) bei bewusstlosen oder zur sofortigen OP eingelieferten Patienten unmittelbar in der Notaufnahme durch die zuständige Pflegekraft sowie deren Verantwortungsübernahme für die anschließende Verwahrung der Zahnprothese (Plastikschale mit Patientennamen in Schrank der Ambulanz).

Verbotssprache zur Mitgabe der Prothese in Handtasche, Manteltasche oder mit der Wäsche. Nach erfolgter stationärer Aufnahme des Patienten Verantwortungsübernahme für sämtliche Wertgegenstände durch die zuständige Stationspflegekraft.

Bei eigenständiger Verwahrung der Zahnprothese durch den Patienten zusätzliche Kontrolle über eine zuverlässige Zahnprothesenaufbewahrung durch die Pflegekraft.

Bei einer Patientenverlegung nach OP, In-Obhutnahme sowie anschließende Weitergabe der Zahnprothese und sämtlicher Wertgegenstände des Patienten durch die zuständige Pflegekraft.

Verpflichtende Kontrolle des Anästhesisten im OP über die ordnungsgemäß erfolgte Entfernung einer Zahnprothese. Im Falle einer nicht erfolgten Entnahme nachholend obligatorische Entfernung der Prothese durch die zuständige Schwester (trägt zusätzlich Verantwortung über deren Verwahrung, da Verwahrung der Zähne im OP nicht zulässig).

Übernahme der Kosten für abhanden gekommene Zähne durch die für die OP-Vorbereitung des Patienten verantwortliche Schwester.

Zielsetzung (vmtl.):

Diese Anordnung Maurers, der durchgehend als außergewöhnliche, keinem bestimmten Persönlichkeitstyp zuzuordnende Persönlichkeit beschrieben wird, zeigt wiederholt seine in Einzelfällen nahezu detailversessene Akribie, bestimmte Vorgänge einer Regelung zuzuführen. Je vermeintlich geringer die jeweilige Problemstellung zu sein schien, umso akribischer wurden von ihm verpflichtende Verfahrensanweisungen mittels Anordnungen festgelegt. Es galt bereits im Kleinen jeglichen Nachlässigkeiten und Versäumnissen Einhalt zu gebieten.

In der Einleitung des Buches ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie‹, das anlässlich des 70. Geburtstages von Maurer herausgegeben und ihm gewidmet wurde, charakterisiert Gerhard Pfohl Maurer folgendermaßen: »*der Vertreter eines Typs war Georg Maurer nicht, er ist singulär, Auftreten und Wirken hatten eine absolut individuelle Note. Er ist sein eigener Typ.*«³¹⁶ Nicht alle wussten offenbar mit Maurers individuellen Persönlichkeitszügen geeignet umzugehen; so stieß er wegen der ihm offenbar eigenen Art zu polarisieren im Kollegen- und Mitarbeiterkreis nicht durchgehend auf Zuspruch.³¹⁷ Aufgrund dieses Charakterzuges wurde er beispielsweise auch 1968 nicht zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewählt.³¹⁸ Maurer musste sich seine Erfolge hart erkämpfen und erreichte diese oftmals nur auf Umwegen. Nicht unwesentlich mit dazu beitrug das Konkurrenzdenken medizinischer Kollegen und politischer Gegner, die ihm manchmal Freund und Feind zugleich waren.³¹⁹

»*Sie warfen nach ihm mit Steinen, er baute [sc. jedoch, d. Verf.] aus ihnen sein Haus.*«³²⁰, so Gerhard Pfohl. »*Schwäche war nie Maurers Stärke, er hatte aber für seine Stärke eine Schwäche.*«³²¹ Maurers späteres Sozialleben war mit Sicherheit stark von den frühkindlichen Erfahrungen geprägt. Sein großer Ehrgeiz, gepaart mit ausgeprägter Zielstrebigkeit, Tüchtigkeit und Intelligenz trug maßgeblich zum Erreichen seiner Ziele bei;³²² auf dem steinigen Weg dorthin »*bewies [sc. er, d. Verf.] allzeit bäuerliche Zähigkeit und zähe Bäuerlichkeit, wobei ihn seine ›liberalitas bavarica‹ leitete und nie verließ.*«³²³ Georg Maurer stand selbstbewusst zu seinen Entscheidungen,³²⁴ war aber dennoch auch zu Selbstkritik fähig.³²⁵ »*Maurer hat Oberfläche wie alle, aber wenn man daran kratzt, ist der Lack nicht gleich ab, lange nicht*«³²⁶, schrieb Gerhard Pfohl.

Das Abhandenkommen von Zahnprothesen und deren finanzielle Erstattung aus dem Klinikbudget waren es, die Maurer zu seiner Chefanordnung Nr. 191 veranlassten.

Er war zweifelsfrei ein Verfechter korrekter ärztlicher und pflegerischer Arbeit, duldeten durchaus Fehler, solange diese nicht gehäuft auftraten, zeigte sich allerdings kompromisslos, wenn davon – wie im vorliegenden Falle – Belange der Patienten und des Klinikums negativ beeinträchtigt wurden.

³¹⁶ Maurer et al. 1979, 8.

³¹⁷ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Klinikdirektor.

³¹⁸ Vgl. Maurer 2012, 3.

³¹⁹ Vgl. Maurer et al. 1979, 6.

³²⁰ Maurer et al. 1979, Pfohl zitiert nach Maschka Kalékos 1972, 6.

³²¹ Maurer et al. 1979, Pfohl zitiert nach Kolb 1972, 5.

³²² Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch.

³²³ Maurer et al. 1979, 1.

³²⁴ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

³²⁵ Vgl. Maurer et al. 1979.

³²⁶ Maurer et al. 1979, 5.

Maurer, der überwiegend einen fairen Umgang zu seinen Mitmenschen pflegte, konnte zum entscheidenden Gegner werden, wenn er sich hintergangen oder in seinen persönlichen Zielen nicht ausreichend unterstützt fühlte:³²⁷ »Es genierte ihn nicht, Anstoß zu erregen; denn sonst hätte er keine Anstöße geben können.«³²⁸

³²⁷ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter, Maurer et al. 1979, 5.

³²⁸ Maurer et al. 1979, 6.

2) Ambulante Versorgung

2.1 Personal

- **Chefanordnung Nr. 158, erstellt am 18.03.1957:**³²⁹

Chefanordnung Nr. 158

Es besteht Veranlassung darauf hinzuweisen, daß die diensthabenden Ärzte in der Nothilfe jeweils bekanntgeben, unter welcher Ruf-Nummer sie während der Mittagszeit und in den Abendstunden erreichbar sind. Nur so ist es möglich, daß die Patienten in der Nothilfe raschestens versorgt werden und Ärzte im Operationssaal schnellstens erreicht werden können.

München, den 18. März 1957

³²⁹ Vgl. Maurer 1957c.

Betreff:

Verpflichtende Bekanntgabe der »Ruf-Nummer« der in der Nothilfe diensthabenden Ärzte.

Anlass:

Anlass gegeben, jedoch keine konkrete Situationsbindung.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtung sämtlicher, in der Notaufnahme tätigen Ärzte zur Bekanntgabe ihrer erreichbaren »Ruf-Nummer« (während der Mittagszeit und in den Abendstunden).

Zielsetzung (vmtl.):

Nach Maurers Auffassung war jeder in der Notaufnahme diensthabende Arzt verpflichtet, in Zeiten seiner vorübergehenden, durchaus erlaubten Abwesenheit von der Nothilfe, seine Rufnummer zu hinterlegen, um so jeder Zeit über seinen Dienstfunk für Pflegekräfte als auch für ärztliche Kollegen erreichbar zu sein. Zielsetzung war eine unverzügliche und jederzeitige Erreichbarkeit des Dienstarztes zur schnellst-möglichen Patientenaufnahme und -versorgung in der Notaufnahme. Die von Maurer erwünschte Erreichbarkeit des Dienstarztes dürfte vermutlich nicht zufriedenstellend gewährleistet worden sein und ihn zum Erlass seiner Anordnung Nr. 158 bewogen haben. Gerade die Notaufnahme, von der eine unverzügliche, qualifizierte und verantwortungsvolle Erstversorgung von Patienten erwartet wurde, stellte für Maurer sicherlich ein Aushängeschild des Klinikums RDI dar. Verzögert einsetzende Diagnostik- und Therapiemaßnahmen konnten nicht nur die Erfolgsaussichten der weiterführenden Behandlung in Frage stellen, sondern auch zu vermeidbaren gesundheitlichen Schäden von Patienten führen und so dem fachlichen Ruf des Hauses beträchtlichen Schaden zufügen. Maurer, dessen erklärter Lebensmittelpunkt das Klinikum RDI bildete, setzte deshalb alles daran, jeglichen intern oder extern hervorgerufenen Imageschaden von diesem abzuwenden.³³⁰

Um den guten Ruf seines Klinikums zu wahren, schreckte Maurer auch vor juristischen Auseinandersetzungen nicht zurück. Mittels einstweiliger Verfügung unterband er beispielsweise die Veröffentlichung eines kritischen Berichts über die Patientenversorgung, Lehre und Forschung im Krankenhaus RDI, den eine Gruppe von Studenten im SPIEGEL publizieren wollte. Dem Herausgeber des SPIEGELS drohte er im Falle der Veröffentlichung mit einem Prozess. Hausinterne Kritik an seinem Klinikum versuchte er unter anderem mittels disziplinarischer Maßnahmen zu unterbinden.³³¹ Auch Maurers ehemaliger Lehrer und Vorgesetzter Erich Lexer forderte zu seiner Zeit, klinikinterne Vorkommnisse

³³⁰ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter/Privatmensch.

³³¹ Vgl. Absatz nach o.V.: AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube. DER SPIEGEL 15 (1971), 70. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43732434.html> [21.09.2015]

vertraulich zu behandeln. Demnach wurde bereits »gegen die Ehre der Klinik gehandelt, wenn ein angestellter Arzt interne Vorgänge der Klinik mit einem Volontär, Medizinalpraktikant oder gar Famulus bespricht.«³³² Überdies standen Lexers Mitarbeiter sogar in der Pflicht »etwaige Klatschereien von Seiten des nicht angestellten ärztlichen Personals dem Direktor der Klinik oder seinem Stellvertreter mitzuteilen, damit die Quelle des Klatsches unschädlich gemacht werden kann.«³³³

³³² Gleißner 1996, 103.

³³³ Gleißner 1996, 103.

2.2 Patient

- **Chefanordnung Nr. 262, erstellt am 15.10.1963:**³³⁴

15. Oktober 1963

Chefarztanordnung Nr. 262

Bei der Betreuung ambulanter und bei der Aufnahme stationärer Patienten in der Nothilfe gelten in Zusammenfassung der Chefarztanordnungen Nr. 14, 67, 110 und 209 folgende Regeln:

1. Grundsätzlich ist jeder Patient von einem Assistenzarzt (auf Planstelle!) zu untersuchen.
2. Von jedem ambulanten Patienten ist ein ausreichender Befund mit Therapieangabe im Nothilfebuch festzulegen, der spätere schriftliche Stellungnahmen ermöglicht.
Von jedem stationären Patienten ist ein Nothilfzettel bzw. ein "Abdomen-Blatt" anzufertigen und mit auf die Station zu geben.
Verantwortlich hierfür ist der untersuchende Assistenzarzt.
3. Bei der Einlieferung bewusstloser oder atembehinderter Kranken sind zu verständigen:
 - a) der 2. Diensthabende,
 - b) der diensthabende Anaesthetist.Der chirurg. Diensthabende zeichnet verantwortlich für die Untersuchung des Kranken oder Verletzten, für seine fachgerechte chirurgische Erstbehandlung und für die Ausfertigung des Nothilfzettels.



³³⁴ Vgl. Maurer 1963b.

Betreff:

Regelung der ärztlichen Patientenbetreuung in der Notaufnahme.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtende Untersuchung jedes Patienten in der Notaufnahme durch den diensthabenden Assistenzarzt; Dokumentation des Untersuchungsergebnisses von ambulanten Patienten im Nothilfebuch (zur Ermöglichung ggfs. zu einem späteren Zeitpunkt benötigter schriftlicher Stellungnahmen).

Verpflichtende Ausfertigung eines »Abdomenblattes« bzw. eines »Nothilfezettels« für stationär aufzunehmende Patienten und Mitgabe auf Station.

Obligatorische In-Kennnissetzung des zweiten Diensthabenden sowie des diensthabenden Anästhesisten im Falle der Einlieferung bewusstloser oder »*atembehinderter*« Patienten. Verantwortlichkeit des chirurgischen diensthabenden Arztes für Untersuchung, Erstbehandlung und Anfertigung des »Nothilfezettels«.

Zielsetzung (vmtl.):

Wenngleich dieser Chefanordnung kein konkreter Anlass für deren Ausfertigung entnehmbar ist, lassen sich Verbesserungspotentiale in betrieblichen Abläufen dahinter vermuten. Zielsetzung Maurers war es, wie bereits bei der Erläuterung anderer Anordnungen (z.B.: Chefanordnung Nr. 188, u.a.) angeführt, über eine grundsätzliche Standardisierung ärztlicher Vorgehensweisen sowie konkrete Regelungen zu speziellen Vorgängen und Funktionseinheiten eine reibungslose, einwandfreie und jederzeit nachverfolgbare Patientenversorgung sicherzustellen. Durch klare Zuweisung der Verantwortlichkeiten sollten die von Maurer erwünschten Abläufe garantiert werden, zudem im Falle auftretender Schwierigkeiten ein verantwortlicher Ansprechpartner greifbar sein. Mit der Vorgabe einer informellen Einbindung von zweitem Diensthabenden sowie des diensthabenden Anästhesisten im Falle bewusstloser oder atembehinderter Patienten, sah Maurer die Voraussetzungen für eine unverzügliche und weitergehende qualifizierte Intervention gewährleistet.

Maurer hatte sich während seiner ärztlichen Tätigkeiten in München einen »*guten Ruf als Arzt und Kümmerer*«³³⁵ erworben. Sein Leitgedanke medizinischen Handelns lässt sich mit dem lateinischen Spruch »*Salus aegroti suprema lex: ›Das Wohl des Kranken ist oberstes Gesetz*«³³⁶ treffend beschreiben. Das Wohl des Patienten wieder herzustellen und zu erhalten stand dabei nicht nur im Vordergrund seiner persönlichen Bemühungen,

³³⁵ Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

³³⁶ Maurer 2014, Abschnitt: Arzt.

sondern war allen seinen Mitarbeitern als Handlungsmaxime vorgegeben. Maurer forderte von seinen Mitarbeitern eine optimale medizinische Versorgung des Patienten nach ethischen Grundsätzen, die ein Fürsorgeprinzip und das Prinzip des Nicht-Schadens beinhalteten. Er hielt seine Assistenzärzte stets dazu an, sich intensiv um ihre Patienten zu kümmern und alles zu unternehmen, was deren Genesung förderte. Zeitfaktoren, Liegezeiten oder ökonomische Erwägungen spielten dabei allenfalls eine geringfügige Rolle.³³⁷ Denn bereits zu Zeiten Maurers Ausbildung an der chirurgischen Universitätsklinik München wurde diesem von seinem damaligen Lehrer Erich Lexer gelehrt »*in dem Kranken den Wunsch und den Willen (zu) erwecken, selbst an ihrer Genesung zu ihrer körperlichen und beruflichen Ertüchtigung zu arbeiten*« (...) *Über das Vertrauen zu den sie operierenden und nachbehandelnden Ärzten fänden die Patienten [sc. unter anderem, d. Verf.] die notwendige Kraft zu ihrer Heilung*«. ³³⁸ Es war Aufgabe eines jeden Arztes seinen Patienten dabei stets im »*chirurgischen Blickfeld*«³³⁹ zu behalten. Maurer selbst stattete beispielsweise auch noch zur später Stunde (Anm.: nach 22.00 Uhr) seinen Privatpatienten, wenn auch nur kurzzeitigen maximal fünfminütigen Besuch ab, um ihr individuelles Befinden zu erfragen. Auf Station hatten ihm seine persönlichen Privatasistenten (z.B.: Dr. von Mallinckrodt) regelmäßig und detailliert Bericht über die Patienten zu erstatten. Mit diesen wurden auch die individuellen Therapien besprochen und abgestimmt.³⁴⁰

³³⁷ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Arzt/Vorgesetzter.

³³⁸ Gleißner 1996, 116.

³³⁹ Gleißner 1996, 115.

³⁴⁰ Vgl. Absatz nach Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

3) Notfallversorgung

3.1 Ambulante Versorgung

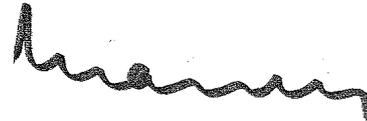
- **Chefanordnung Nr. 283, erstellt am 06.03.1967:**³⁴¹

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor des Städt. Krankenhauses
München rechts der Isar
Chefarzt der Chirurgischen Abteilung

6. 3. 1967
8 München 8,
Ismaninger Straße 22
Telefon 44 98 11

Chefanordnung Nr. 283

1. Vor Hubschrauberlandungen verständigt ab sofort die Telefonzentrale die Stationen ^{115, 118} 1/16 und 1/17; diese schicken umgehend je einen Pfleger zum Transport des Verletzten zum Hubschrauberlandeplatz im Garten.
2. Bei allen Landungen erscheinen zusätzlich 1 Anästhesist und 1 älterer Chirurg am Landeplatz, um den Transport des Verletzten zur Nothilfe zu überwachen.
Für diese Benachrichtigung zeichnet die Nothilfe verantwortlich, indem sie Frau Chefarzt Dr. Lehmann bzw. Vertreter und den erreichbaren Ältesten Diensthabenden verständigt.



Nachrichtlich: an die Verwaltung,
an die Telefon-Centrale.

³⁴¹ Vgl. Maurer 1967a.

Betreff:

Vorgehen bei Hubschrauberlandungen.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Inkenntnissetzung der Stationen 1/5, 1/8 und 1/17 (Anm.: handschriftliche Nachkorrektur der vorliegenden Chefanordnung) vor Hubschrauberlandung durch die Telefonzentrale, zur frühzeitigen Bereitstellung je einer Pflegekraft, für den Transport des Patienten vom Landeplatz zum Klinikum.

Verpflichtende Anwesenheit eines Anästhesisten sowie eines älteren Chirurgen am Hubschrauberlandeplatz, zur Überwachung des Patienten während des Transportes vom Landeplatz zur Notaufnahme.

Verantwortungsübernahme für die Benachrichtigung der Ärzte durch die Notaufnahme; Verständigung von Frau Lehmann (Anm.: Anästhesistin) bzw. deren Vertreter, sowie den dienst-ältesten chirurgischen Diensthabenden.

Zielsetzung (vmtl.):

Zum Zeitpunkt dieser Anordnung Maurers verfügte das Klinikum RDI noch nicht über einen eigenen Hubschrauberlandeplatz, der ohne zeitraubenden Zwischentransport die Anlieferung des Patienten direkt in den Schockraum der chirurgischen Klinik ermöglicht hätte. Ein solcher Landeplatz (Anm.: auf dem Dach des Klinikums) konnte erst im Rahmen dringend benötigter Baumaßnahmen (1970–1973) angelegt werden.³⁴² Unter den aktuellen Gegebenheiten galt es, die Zeitspanne zwischen Antransport (per Hubschrauber bzw. Landung) und notfallmedizinischer klinischer Versorgung von Patienten so gering wie möglich zu halten. Dies erforderte neben einer straffen Informationskaskade insbesondere die Bereitstellung ausreichender, qualifizierter Personalressourcen sowie die Vorbereitung eines multidisziplinären Versorgungsmanagements und ineinander greifender organisatorischer und apparativ technischer Abläufe.

Maurers fachliches Ansehen und sein internationaler Ruf als Krisenmanager begründeten sich primär aus der engagierten, unverzüglichen, gut strukturierten und professionellen medizinischen Hilfeleistung seines Teams im Zusammenhang mit dem Flugzeugunglück im Jahre 1958. Mit seiner Chefanordnung Nr. 277 aus dem Jahre 1965 hatte er das organisatorische Vorgehen des Klinikums RDI bei Großalarm bzw. Flugalarm außerhalb der »normalen« Dienstzeit festgelegt. Die aktuelle Chefanordnung Nr. 283 (1967) führt konsequent die Bemühungen Maurers um Verbesserungen des klinikbezogenen Notfallversorgungsmanagements fort. Es darf vermutet werden, dass insbesondere im Vorfeld der

³⁴² Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 219.

Erhebung des Krankenhauses RDI zum Klinikum RDI der Technischen Hochschule München (14.09.1967) seitens Maurer alles daran gesetzt wurde, sein späteres Klinikum in jeder Hinsicht als vorbildlich und hervorragend in der Öffentlichkeit erscheinen zu lassen.

Der Etablierung des Krankenhauses RDI zu einer universitären Klinik ging ein über mehrere Jahre andauernder Rechtsstreit voran. Während der 60er Jahre führte eine stetig wachsende Zahl an Medizinstudenten zu einer zunehmenden Überfüllung und anhaltenden Überlastung der medizinischen Fakultät der Ludwigs-Maximilians-Universität (LMU) München.³⁴³ Ursächlich hierfür war eine – im Gegensatz zu heute – fehlende Zulassungsbeschränkung (Numerus clausus) für das Medizinstudium in München.³⁴⁴ Es waren »(...) *unglaublich viele und viel zu viele Studenten* (...)«³⁴⁵, so beschrieb Peter Maurer, Sohn Georg Maurers und zur damaligen Zeit selbst Humanmedizinstudent in München, die prekäre Ausbildungssituation an der medizinischen Fakultät der LMU. Diese besorgniserregende, für Studenten und Lehrkörper gleichermaßen nachteilige Entwicklung war Maurer Anlass, unter anderem im Bayerischen Ärzteblatt Vorschläge für eine Studienreform zu unterbreiten. Die Einbindung der großen städtischen Krankenhäuser in die Ausbildung der Medizinstudenten bildete seiner Auffassung nach eine der effektivsten Möglichkeiten, dem überbordenden Ausbildungsproblem gegenzusteuern. Rudolf Zenker, zu dieser Zeit Ordinarius der LMU München, lehnte allerdings die Etablierung einer zweiten medizinischen Fakultät in München strikt ab. Er begründete dies mit einer zusätzlichen »*Sogwirkung*« auf die Abiturienten, das Medizinstudium zu ergreifen.³⁴⁶ Anlässlich der untragbaren Studiensituation im Sommersemester 1960, erklärte sich Maurer aus eigenen Stücken bereit, als außerplanmäßiger Professor für Chirurgie an der LMU München, chirurgische Vorlesungen zu halten. Als Gegenleistung forderte er jedoch von der LMU, seine Vorlesung ›Chirurgische Klinik‹ als Haupt- bzw. Pflichtvorlesung auszuweisen. Derartige scheinpflichtige Vorlesungen, die überdies im Vorlesungsverzeichnis mit einem Sternchen gekennzeichnet wurden, waren zur damaligen Zeit allerdings nur dem jeweiligen Lehrstuhlinhaber (Rudolf Zenker) vorbehalten. Die Forderung Maurers wurde daher von der medizinischen Fakultät der LMU abgelehnt; die Rechtmäßigkeit dieser Ablehnung vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof (31.01.1962) bestätigt.³⁴⁷ Maurer gab sich jedoch mit dem Urteil des Verwaltungsgerichtshofs nicht zufrieden und legte Berufung ein. Nach erneuter Ablehnung seines Ansinnens (26.10.1962) zog Maurer vor das Bundesverwaltungsgericht.³⁴⁸ Dessen Urteil vom 05.02.1965 fiel zu Gunsten Georg Maurers aus und ermöglichte ihm nun die erwünschte Bewertung seiner Vorlesung als Pflichtvor-

³⁴³ Vgl. Maurer 2012, 1-2; Lechner 2002.

³⁴⁴ Vgl. Lechner 2002, 202.

³⁴⁵ Maurer 2012, 2.

³⁴⁶ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 202.

³⁴⁷ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 202-203; Pfohl – Schmid 1977, 2-ff.

³⁴⁸ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 203; Pfohl – Schmid 1977, 2-ff.

lesung.³⁴⁹ »Man kann sich vorstellen, daß dieser Stern (sc. Anm.: Kennzeichnung der Pflichtvorlesung im Vorlesungsverzeichnis, d. Verf.) für Professor Maurer seinen besonderen Glanz hatte. Damit also hatte angefangen, was Maurer heute als sein Lebensziel trotz allen Widersachern und allen Widersachern zum Trotz genießen kann: eine zweite medizinische Fakultät in seinem München«³⁵⁰, so Gerhard Pfohl in seinem Buch ›Behandlungsgrundsätze der Chirurgie«, worin er auf Maurers Rechtsstreit Bezug nimmt. Zeitzeugen zufolge dürfte die Erhebung seiner Vorlesungen in den Status von Pflichtveranstaltungen nicht der einzige Beweggrund für Maurer gewesen sein, sich auf einen derart andauernden Rechtsstreit einzulassen; letztendliches Ziel der juristischen Konfrontation dürfte wohl sicherlich die beabsichtigte Gründung einer zweiten medizinischen Fakultät gewesen sein.³⁵¹ »Maurer hegte wohl bereits 1960 die Vision einer zweiten medizinischen Fakultät in München. Er hatte am rechts der Isar (...) schon 1957 einen Hörsaal bauen lassen (...) und er stellte gezielt habilitierte Chefärzte (...) ein«.³⁵² Sein juristischer Sieg war für Maurer Genugtuung und Ansporn zugleich, dieses sein eigentliches Ziel konsequent und mit allem Nachdruck weiter zu verfolgen. Maurer nutzte in der Folge geschickt seine bereits zu diesem Zeitpunkt guten politischen Beziehungen und baute sein informelles Netzwerk Schritt für Schritt weiter aus. »In nimmer-müder Kleinarbeit und in mühsamen Einsatz entfaltete Georg Maurer eindringliche Aktivitäten bei Politikern und fachnahen bzw. fachkundigen Persönlichkeiten.«³⁵³ Am 05. April 1965 schilderte Maurer dem damaligen Kultusminister Ludwig Huber schriftlich die besorgniserregende Situation der medizinischen Ausbildung an der LMU.³⁵⁴ Ludwig Huber selbst war von Beginn seiner Amtszeit (1964) an, als bayerischer Kultusminister, ein erklärter Befürworter einer zweiten medizinischen Fakultät in München.³⁵⁵ Im Mai 1965 kam es zu einem wichtigen Treffen zwischen dem damaligen Münchener Oberbürgermeister Hans-Jochen Vogel und Karl Böck, Ministerialdirigent im bayerischen Kultusministerium. Erörtert wurde der bereits 1960 von Maurer im Bayerischen Ärzteblatt vorgetragene Vorschlag einer Einbindung der städtischen Großkrankenhäuser in die Ausbildung der Münchner Medizinstudenten.³⁵⁶ Acht Monate später verkündete Oberbürgermeister Vogel am 20.01.1966 in einem Interview mit der Abendzeitung: »Die Stadt München ist bereit, dem Freistaat Bayern bei der Überwindung der Schwierigkeiten zur Ausbildung eines guten ärztlichen Nachwuchses zu helfen. Sie ist bereit, in Verhandlungen über die Bereitstellung oder Überlassung von Krankenhäusern an den Staat einzutreten.«³⁵⁷

³⁴⁹ Vgl. Lechner 2002, 205; Pfohl – Schmid 1977, 2-ff.

³⁵⁰ Maurer et al. 1979, 2.

³⁵¹ Vgl. Maurer 2012, 2; Borelli 2014, Abschnitt: Klinikdirektor.

³⁵² Gradinger 2012, 8.

³⁵³ Maurer et al. 1979, 2.

³⁵⁴ Vgl. Maurer et al. 1979, 2.

³⁵⁵ Vgl. Böck 2007, 1.

³⁵⁶ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 205; Pfohl – Schmid 1977, 83.

³⁵⁷ Pfohl – Schmid 1977, 86.

Im Jahre 1963 hatte der Bayerische Landtag jedoch, einer Empfehlung des Wissenschaftsrates entsprechend, bereits einstimmig beschlossen, eine medizinische Fakultät in Augsburg zu errichten. Das Ansinnen, eine zweite medizinische Fakultät in München zu etablieren, konnte, wenn überhaupt, nur auf Grundlage eines neuen Landtagsbeschlusses ermöglicht werden. Hans Merkt, CSU-Landtagsabgeordneter und zugleich Ministerialrat im bayerischen Kultusministerium brachte den für die Zukunft des Krankenhauses RDI entscheidenden Antrag in den Bayerischen Landtag ein. Dieser Antrag forderte, eine wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Hochschule (WISO) in Augsburg einzurichten und in München eine zweite medizinische Fakultät zu gründen.³⁵⁸

Am 06.07.1966 stimmte der kulturpolitische Landtagsausschuss, am 07.07.1966 der maßgebliche Haushaltsausschuss des Landtages der Einrichtung einer Medizinischen Fakultät an der Technischen Hochschule München (neben der medizinischen Fakultät an der Universität) zu.³⁵⁹ Der Antrag wurde vom Bayerischen Landtag aufgegriffen und bildete die Grundlage für den letztendlich am 12.07.1966 einstimmig getroffenen Beschluss der Bayerischen Staatsregierung, eine zweite medizinische Fakultät in München zu errichten.³⁶⁰ Die Antragsstellung war Karl Böck, Ministerialdirigent im Kultusministerium zu verdanken, denn er hatte mit strategischem Geschick die Weichen für Maurers langersehntes Vorhaben gestellt.³⁶¹ Karl Böck war zur Zeit der Diskussion bezüglich der prekären medizinischen Ausbildungssituation in München mit einem ausgeprägten Magengeschwür ins Krankenhaus RDI eingeliefert und dort einer länger dauernden stationären Behandlung unterzogen worden. Während Böcks Krankenhausaufenthaltes versuchte Maurer diesem immer wieder das Projekt einer zweiten medizinischen Fakultät in München schmackhaft zu machen. Maurer stieß mit seinen Bemühungen jedoch zunächst auf Ablehnung³⁶²: »(...) es sei müßig, sich mit Projekten zu beschäftigen, die keine Aussicht auf Realisierung hätten, denn der Landtagsbeschuß für Augsburg sei nun einmal Realität und binde die Regierung also auch den Kultusminister«³⁶³, so äußerte sich Karl Böck.

Zur selben Zeit wie Böck musste sich Louis Perridon, Professor der volkswirtschaftlichen Fakultät der LMU, einer stationären Behandlung im Krankenhaus RDI unterziehen. Als Zimmernachbar und Mitpatient von Karl Böck berichtete er diesem über seine aussichtslosen Bemühungen eine Reform des Studiums der Volkswirtschaften ähnlich der englischen Oeconomic-School zu entwickeln. Karl Böck wusste um die Sympathien seines Chefs Ludwig Huber für einen zweiten medizinischen Lehrstuhl in München. Er sah in Kenntnis des Wunsches von Louis Perridon eine günstige Gelegenheit, beiden Vorhaben (Reform des Studiums der Volkswirtschaften, Etablierung eines zweiten medizinischen

³⁵⁸ Vgl. Absatz nach Böck 2007, 2-3.

³⁵⁹ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 115.

³⁶⁰ Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 116.

³⁶¹ Vgl. Böck 2007.

³⁶² Vgl. Absatz nach Böck 2007, 2.

³⁶³ Böck 2007, 2.

Lehrstuhls) zu einer Realisierung zu verhelfen. Dem bayerischen Kultusminister, seinem Vorgesetzten, schlug er »eine Art Tauschprojekt«³⁶⁴ vor: In der Stadt Augsburg sollte eine WISO, in München im Gegenzug eine zweite medizinische Fakultät errichtet werden. Begründbar war dies unter anderem mit einem Regierungsgutachten, indem das Krankenhaus Augsburg als ungeeignet für ein Lehrkrankenhaus bewertet wurde. Nach Zustimmung seines Chefs suchte Karl Böck das Gespräch mit dem Vorsitzenden des Augsburger Universitätskuratoriums, Fürst Josef Ernst Fugger von Glött, dem Augsburger Landrat Wiesenthal sowie dem Staatssekretär des Bayerischen Innenministeriums, Hugo Fink. Karl Böcks Idee (Errichtung einer WISO in Augsburg und einer zweiten medizinischen Fakultät in München) traf nach dreiwöchiger Bedenkzeit auf Zuspruch seiner drei Gesprächspartner. Mit Hilfe dieses Zuspruchs konnte Ludwig Huber letztendlich die Errichtung einer WISO in Augsburg in der Bayerischen Regierung und im Bayerischen Parlament durchsetzen.³⁶⁵ »Kultusminister Huber war es, der die Fakultäts-Pläne Maurers parlamentarisch besorgte«³⁶⁶ und der »»das Projekt mit Sturheit durchgesetzt hat«³⁶⁷, so skizzierte die Zeitschrift SPIEGEL in seinem 1971 publizierten Artikel »Bis jetzt Müllgrube« die Rolle des Bayerischen Kultusministers im Zusammenhang mit der Einrichtung einer zweiten Münchner medizinischen Fakultät. Ludwig Huber sorgte offenbar unter anderem auch für die notwendigen finanziellen Mittel zur Realisierung dieses umfassenden Projektes³⁶⁸ und förderte in der Folge das stetige Wachstum des neu geschaffenen medizinischen Lehrstuhls. Nach Gerhard Pfohl ergab sich so »(...) die Besonderheit einer zweiten [sc. Anm.: medizinische Fakultät, d. Verf.] Fakultät in einer Stadt, die man in unserem Umkreis nur in Prag kannte, wo - politisch bedingt - seit 1882 eine deutsche und eine tschechische Universität existierten.«³⁶⁹

Von den drei Vorschlägen, die neuen medizinischen Lehrstühle an der LMU, an der Technischen Hochschule (TH) München oder an einer eigenständigen medizinischen Hochschule anzusiedeln, wurde der Vorschlag, der TH München den Zuschlag zu geben, als die optimalste Lösung erachtet. Durch einen Verbund von technischer Wissenschaft und medizinischer Lehre erhoffte man sich wegweisende »»Synergieeffekte«^{370, 371}.

Huber war es unter anderem auch, der im Haushaltsausschuss des Bayerischen Landtags die Schwerpunkte zu Gunsten des Krankenhauses RDI setzte. Da er seine Forderungen mit finanziellen Erwägungen rechtfertigte, erachtete er den Auf- und Ausbau des Krankenhauses RDI zu einer universitären Einrichtung als die weitaus preisgünstigste

³⁶⁴ Böck 2007, 3.

³⁶⁵ Vgl. Absatz nach Böck 2007, 2-3.

³⁶⁶ O.V.: AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube. DER SPIEGEL 15 (1971), 67. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43732434.html> [21.09.2015].

³⁶⁷ O.V. o.V.: AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube. DER SPIEGEL 15 (1971), 68. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43732434.html> [21.09.2015].

³⁶⁸ Vgl. Maurer 2012, 7.

³⁶⁹ Maurer et al. 1979, 2.

³⁷⁰ Böck 2007, 5.

³⁷¹ Vgl. Absatz nach Böck 2007, 5; Pfohl – Schmid 1977, 115-116.

Variante.³⁷² Nach langwierigen Verhandlungen schließlich wurde das Krankenhaus RDI zum Universitätsklinikum ernannt. »Er [sc. Anm.: Maurer, d. Verf.] konnte für sein r.d. Isar Vorteile bieten, die den Ausschlag gaben: lauter habilitierte Chefärzte, einen modernen Hörsaal, zentrale Lage und die Zusicherung schon im nächsten Semester mit der Ausbildung beginnen zu können«³⁷³, so Karl Böck in seiner Festrede zum 40. Jährigen Bestehen der medizinischen Fakultät am Klinikum RDI. Die guten Beziehungen zwischen Ludwig Huber und Maurer waren dem gemeinsamen Projekt zudem förderlich: »...ohne Huber wäre Maurer nicht der Maurer geworden. Es mag nicht übertrieben sein zu sagen, es habe sich hier um einen Kairos [sc. Anm.: günstiger Zeitpunkt, d. Verf.] der Wissenschaftsgeschichte gehandelt, in dem der durch Aktualität und Aktivität renommierte homo politicus sich dem homo litterarum et medicinae gesellte, diesen Begriff, dessen Sache identifizierend zu der seinigen machte; der die Leidenschaft des Wissenschaftlers mit der des Politikers verband und verbündete, der hartnäckig ›Schlacht‹ um ›Schlacht‹ gewann und schließlich den ›Krieg‹.«³⁷⁴

Das Vorhaben Maurers, in München eine zweite medizinische Fakultät zu errichten und diese zudem in seinem Krankenhaus RDI zu etablieren, hatte zur damaligen Zeit nicht nur Befürworter, weshalb es neben Karl Böck und Ludwig Huber insbesondere nachfolgend angeführten Persönlichkeiten zu verdanken war, dass dieses Vorhaben zu Gunsten Georg Maurers realisiert werden konnte. Rudolf Nissen, Lehrstuhlinhaber der Chirurgie an der Universität Basel, übernahm beispielsweise auf Bitte des Bayerischen Kultusministeriums 1966 das Amt des Vorsitzenden des Berufungsausschusses für die neu zu gründende Medizinische Fakultät in München. Auftrag des Berufungsausschusses war es, das Bayerische Kultusministerium in der Besetzung der medizinischen Fakultät zu beraten. Rudolf Nissen hatte als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie des Öfteren Kontakte zu Maurer und hielt 1957 auf Anregung Maurers die Festrede zur Einweihung des Neubaus des Krankenhauses RDI. Er war der Auffassung, das Krankenhaus RDI sei auf Grund seiner Ausstattung perfekt für eine Aufnahme in die Reihe der akademischen Kliniken geeignet. München besaß seiner Meinung nach die optimalsten Voraussetzungen für die Einrichtung eines Lehrstuhls, und diese seine Überzeugung konnte er sogar dem damaligen Bayerischen Ministerpräsidenten W. Hoegner erfolgreich vermitteln.³⁷⁵ In seinem Buch ›Helle Blätter, dunkle Blätter‹ führte Rudolf Nissen aus: »Prof. Maurer fragte mich damals, ob ich bereit sei, meine Auffassung über die Heranziehung von nichtakademischen Krankenhäusern zum studentischen Unterricht im Falle einer Anfrage des Kultusministeriums zu vertreten. Da ich darüber schon mehrfach publiziert hatte, sagte ich zu (...)«.³⁷⁶ Frau Berghofer-Weichner, Staatssekretärin im Bayeri-

³⁷² Vgl. Absatz nach o.V.: AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube. DER SPIEGEL 15 (1971), 68. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43732434.html> [21.09.2015].

³⁷³ Böck 2007, 5.

³⁷⁴ Maurer et al. 1979, 3.

³⁷⁵ Vgl. Absatz nach Nissen 1969, 366-371.

³⁷⁶ Nissen 1969, 367.

schen Kultusministerium, unterstützte ebenfalls die Einrichtung einer zweiten medizinischen Fakultät an der TH München. Sie unterhielt gut politische Beziehungen (Kanzlerin) und wandte sich entschieden gegen eine medizinische Parallelfakultät an der LMU.³⁷⁷ Wilhelm Hoegner, SPD-Abgeordneter und ehemaliger Bayerischer Ministerpräsident sowie Hildegard Hamm-Brücher, FDP-Abgeordnete und Ehefrau des Krankenhausreferenten Erwin Hamm, unterzeichneten den Antrag ›Maurer-Klinik‹ auf Errichtung einer zweiten medizinischen Fakultät an der TH München auf Erhebung des Krankenhauses RDI zum Universitätsklinikum.³⁷⁸ Erwin Hamm, Parteifreund (CSU) und alter Schulkamerad von Maurer, ermöglichte diesem in der Zeit als Krankenhausreferent des Münchner Stadtrates (1945–1974) zudem die Umsetzung diverser Neuerungen am Krankenhaus/Klinikum RDI.³⁷⁹ Mit ihm hatte Maurer einen wichtigen Unterstützer für all seine, das Krankenhaus RDI betreffenden Ideen und Innovationen.³⁸⁰ Im Zeitraum von 1966-1967 fanden Verhandlungen zwischen der Stadt München und dem Freistaat Bayern statt, die die staatliche Übernahme Verhandlungsthema des Krankenhauses RDI, des Komplexes Biederstein und der Kinderabteilung des Krankenhauses Schwabing zum Gegenstand hatten.³⁸¹ Am 14. September 1967 erfolgte die Übergabe des bis dato städtischen Krankenhauses RDI an den bayerischen Staat.³⁸² Bereits einen Monat später, am 16. Oktober 1967, nahm die TU München (vormals Technische Hochschule) mit 75 Studenten sowie 10 Lehrstühlen ihren Lehrbetrieb auf.³⁸³ Die Betreuung der Medizinstudenten erfolgte nach einem neuem Lehrsystem (Tutorensystem); der Ausbildung am Krankenbett wurde nunmehr eine zentrale Bedeutung zuerkannt.³⁸⁴ Im ersten Studienjahr 67/68 verliefen die Bewerbung von Studenten und die Nachfrage nach einem Studienplatz an der neuen medizinischen Fakultät der Technischen Universität (TU) München eher schleppend. Vermutlich standen die Studenten zu dieser Zeit der neu eingeführten Lehrmethode ›Unterricht am Krankenbett‹ skeptisch gegenüber, denn sie entsprach nicht dem bekannten, traditionellen Vorlesungssystem. Bereits ein halbes Jahr später kam es jedoch zu einem regelrechten Ansturm auf die medizinische Fakultät der TU München. Die positiven Auswirkungen und Erfahrungen mit der neuen Unterrichtsmethode hatten sich offenbar schnell herumgesprochen.³⁸⁵ Der Unterricht in kleinen Gruppen und die Nähe zu den Hochschullehrern wurden von den Studenten dabei sehr geschätzt.³⁸⁶

³⁷⁷ Vgl. Abschnitt nach Maurer 2012, 7.

³⁷⁸ Vgl. o.V.: AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube. DER SPIEGEL 15 (1971), 68. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43732434.html> [21.09.2015].

³⁷⁹ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Stadtrat; Maurer 2014, Abschnitt: Stadtrat.

³⁸⁰ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Stadtrat.

³⁸¹ Vgl. Maurer et al. 1979, 2.

³⁸² Vgl. Pfohl – Schmid 1977, 127.

³⁸³ Vgl. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 4.

³⁸⁴ Vgl. Maurer et al. 1979, 15.

³⁸⁵ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 170.

³⁸⁶ Vgl. Hermann – Wilmanns 2007, 31.

Maurer, gleichzeitig Ordinarius des chirurgischen Lehrstuhls, wurde 1967 zum ersten Dekan der zweiten medizinischen Fakultät in München ernannt. Kurt Liebermeister, damals Chefarzt des Institutes für Hygiene und Mikrobiologie, übernahm im Dezember des gleichen Jahres das Amt des Prodekan.³⁸⁷ Am 16.09.1967 fanden die ersten Lehrstuhlberufungen durch den bayerischen Staatsminister für Unterricht und Kultus, Ludwig Huber, statt. Auf den Lehrstuhl für Ophthalmologie wurde Hanns-Jürgen Merte, auf den Lehrstuhl für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Alfred Kressner zu ordentlichen Professoren berufen.³⁸⁸ Die Lehrstühle für innere Medizin wurden im ersten Studienjahr (1967/68) mit den Chefarzten Hans Blömer (1. Medizinische Klinik) und Hans Ley (2. Medizinische Klinik) kommissarisch besetzt. Die Ernennung von Hans Ley zum Ordinarius erfolgte am 20.10.1967, die Ernennung von Hans Blömer zum ordentlichen Professor am 01.05.1968.³⁸⁹ Ebenfalls am 20.10.1967 wurde Kurt Liebermeister, bis dato Chefarzt des Institutes für Hygiene und Mikrobiologie auf den Lehrstuhl für Hygiene und Mikrobiologie berufen. Am 01.07.1968 wurde Siegfried Borelli, seit 1962 außerplanmäßiger Professor der LMU, zum Ordinarius für Dermatologie ernannt.³⁹⁰ Borelli hatte sich Anfang der 60er Jahre, zu einer Zeit, als Maurer noch als außerplanmäßiger Professor und Dozentenvertreter an der LMU tätig war, um eine Professur an der LMU beworben. Maurer war es unter anderem, der nach eingehender Begutachtung von Siegfried Borellis Bewerbungsunterlagen für dessen Professur stimmte. Nach Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der LMU (1962), stattete Borelli Maurer einen Besuch im Krankenhaus RDI ab, um diesem für die Unterstützung seiner zwischenzeitlich erfolgreichen Bewerbung zu danken. Zu dieser Zeit waren bereits Maurers Bemühungen um eine zweite medizinische Fakultät in München bekannt. Borelli bekundete im Rahmen seines Besuchs bei Maurer sein Interesse an einem Lehrstuhl, sollte eine zweite medizinische Fakultät in München errichtet werden; Maurer nahm dies zur Kenntnis.³⁹¹ Parallel zu Lehrstuhlberufungen erfolgten fachdisziplinbezogene Ernennungen von Lehrbeauftragten. Die Lehraufträge ergingen an Ottmar Bauer (Gynäkologie, 1967), Ludwig Burkhardt (Pathologie, 1967), Hans-Joachim Sewering (Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge, 1968), Anton-Helmut Stickl (Impfwesen, 1968), Wolfgang Mauermayer (Urologie, 1968), Alfred Harlacher (Thoraxchirurgie, 1968), Alfred Oberndorfer (Klinische Chemie, 1968), Magnus Schmidt (Geschichte der Medizin, 1968), Franz Bachmann (Zahnheilkunde, 1968), Hans Georg Hausmann (Transfusionsmedizin, 1968).³⁹² Im November 1968 bildeten Merte, Kressner und Maurer eine Kommission zur Ausarbeitung einer Fakultätssatzung sowie einer Promotions- und Habilitationsordnung. Zeitgleich zur Berufung und Strukturierung des Lehrkörpers fand die Planung umfangreicher baulicher Maßnahmen und der Zentralisierung der

³⁸⁷ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 167.

³⁸⁸ Vgl. Absatz nach Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar o.J., 4; Pfohl – Schmid 1977, 167.

³⁸⁹ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 167.

³⁹⁰ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 167.

³⁹¹ Vgl. Absatz nach Borelli 2014, Abschnitt: Lehrstuhl.

³⁹² Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 167-168.

Verwaltung statt.³⁹³ In den folgenden Jahren entwickelte sich das Klinikum RDI stetig weiter; neben der Etablierung neuer Fachdisziplinen wurde die medizinische Aus- und Weiterbildung kontinuierlich verbessert. In einem persönlichen Schreiben an den Sohn von Maurer, Herrn Peter Maurer, äußerte sich Karl Böck über die Lehrstuhleinführung mit folgenden Worten: *»Ich habe in meinem Dienst viel erlebt, aber die Errichtung dieser Fakultät gegen den Widerstand aller widersprach zu Beginn sogar meiner Erfahrung und meinem gesunden Menschenverstand.«*³⁹⁴ Maurer wurde damals und wird auch heute noch von vielen als der Begründer der zweiten medizinischen Fakultät hochgepriesen, sein Erfolg als ein *»opus unius viri«*.³⁹⁵

³⁹³ Vgl. Absatz nach Pfohl – Schmid 1977, 167-169.

³⁹⁴ Böck 2007, Abschnitt: Vorwort.

³⁹⁵ Maurer et al. 1979, 3.

3.2 Stationäre Versorgung

- **Chefanordnung Nr. 299, erstellt am 16.11.1970:**³⁹⁶

Professor Dr. G. Maurer
Direktor der Chirurgischen
Klinik rechts der Isar der
Technischen Universität
München

16. 11. 1970

Chefanordnung Nr. 299

- 1) Aus gegebener Veranlassung ist die Aufnahme eines Patienten in den "Reanimationsraum" ab sofort nur möglich, wenn die Indikation von einem Oberarzt bzw. 1. Chirurgischen Diensthabenden schriftlich auf dem Formblatt bestätigt wird.
Sollte der Oberarzt bzw. 1. Dienst dringend verhindert sein (Operation, Konsilium), so ist sein Einverständnis mündlich bzw. fernmündlich einzuholen und von ihm schriftlich zu bestätigen, sobald er dazu wiederum in der Lage ist.
- 2) Die Indikation für Aufnahme eines Patienten in den "Reanimationsraum" ist streng zu stellen, eben dann, wenn der Patient der Reanimation bedarf. Andere Patienten mit schweren Verletzungen bzw. chirurgischen Erkrankungen sind zunächst auf den Wachstationen (1/8 - 1/9) bzw. in die zuständigen Kliniken aufzunehmen.
- 3) Fernmündliche Zusagen für Aufnahme in den "Reanimationsraum" erteilt ebenfalls der Oberarzt bzw. der 1. Chirurgische Dienst. Bei Überbelegung des Reanimationsraumes, d.h. bei einer Belegung mit mehr als 5 Betten, erfolgen keine Zusagen für die Aufnahme. Die Bittsteller sind dann zu verweisen an die
Chirurgische Universitätsklinik links der Isar
bzw. an die Städt. Großkrankenhäuser (München-Schwabing - München-Harlaching).
- 4) Diese Anordnung gilt in vollem Umfang auch für die Neurochirurgische Abteilung der Chirurgischen Klinik. Patienten, die in der Neurochirurgischen Abteilung einer Behandlung unterzogen werden, können ebenfalls nur in den Reanimationsraum mit Genehmigung des Oberarztes oder 1. Chirurgischen Dienstes aufgenommen werden.

Maurer

³⁹⁶ Vgl. Maurer 1970.

Verteiler der Ergänzung zu Chefanordnung Nr. 299

An die
Leitenden Ärzte, Oberärzte und I. Diensthabenden der Chirurg. Klinik
der Anästhesie-Abteilung
der Neurochirurgischen Abteilung
der Plastischen Abteilung
der Thorax-chirurgischen Abteilung
gegen Unterschrift,

Direktoren und Oberärzte der
I. Medizinischen Klinik
II. Medizinischen Klinik
Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
Urologischen Klinik
Frauenklinik

An die Verwaltung
Frau Oberin Gerda Thiel
Frau Oberin Ingberta
Herrn Oberpfleger Klortz

mit der Bitte um Kenntnisnahme und Bekanntgabe bei den Mitarbeitern.

Betreff:

Aufnahme eines Patienten im Reanimationsraum.

Anlass:

Anlass gegeben, jedoch keine konkrete Situationsbindung.

Regelungsgegenstand:

Bestätigung (schriftlich auf Formblatt) der Indikationsstellung zur Aufnahme eines Patienten in den Reanimationsraum durch Oberarzt bzw. 1. Chirurgischen Diensthabenden. Einholung dessen fernmündlichen Einverständnisses und nachträglicher schriftlicher Bestätigung im Falle dessen aktueller Verhinderung.

Verpflichtend strikte Indikationsstellung (Reanimationsbedürftigkeit) zur Aufnahme eines Patienten in den Reanimationsraum. Aufnahme akut nicht reanimationspflichtiger Schwerverletzter oder Erkrankter auf die Wachstation (1/8, 1/9) bzw. in die zuständigen Kliniken. Bei Überbelegung des Reanimationsraumes (Belegung > 5 Betten) Unterlassung der Zusage zur Aufnahme und Verweis des Anfragenden an die Chirurgische Universitätsklinik links der Isar bzw. an die Städtischen Großkrankenhäuser (München-Schwabing, München-Harlaching).

Geltung der Anordnung auch für die Neurochirurgische Abteilung.

Zielsetzung (vmtl.):

Diese aus gegebenem Anlass erfolgende, nicht näher begründete Anordnung von Maurer zielte offenbar darauf ab, die Nutzung des räumlich begrenzten Reanimationsraumes für tatsächlich reanimationspflichtige Patienten sicherzustellen. In der Vergangenheit waren immer wieder kapazitative Engpässe für entsprechende Notfälle aufgetreten, die auf eine weniger strenge Indikationsstellung oder auf eine Verzögerung der Patientenverlegung auf die jeweilige Intensivpflegestation zurückgeführt werden konnten. So musste »*der Übergang in einen Intensivbehandlungsraum nach Einleitung der Ersttherapiemaßnahmen [...] gewährleistet sein. Die personalintensiven ›Reanimationsräumlichkeiten‹ [sc. konnten, d. Verf.] [...] nur dann optimal genutzt werden, wenn auch das Herausrotieren der Patienten in Intensivpflegeräume möglichst rasch erfolgt [sc. e, d. Verf.]. Dies erfordert im Einzelfall vom behandelnden Arzt schwere und folgenreiche Entschlüsse, zu entscheiden, ob ein Polytraumatisierter (...) bereits in eine nachgeordnete Intensivpflegeeinheit verlegt werden kann.*«³⁹⁷ Um künftige Fehlindikationen bzw. -einschätzungen zu minimieren, zugleich aber auch dem jungen, noch nicht so erfahrenen ärztlichen Personal Hilfestellung in der Beurteilung des Schweregrades von medizinischen Notsituationen zu geben, hielt er die Einbindung und das Einverständnis eines Oberarztes bzw. des 1. Chirurgischen Diensthabenden für erforderlich.

³⁹⁷ Maurer et al. 1979, 12.

Die Anordnung zeigt allerdings auch, dass für Maurer die adäquate Versorgung der seinem Klinikum zugeführten Patienten oberste Priorität hatte. Konnte diese adäquate Versorgung z.B. auf Grund räumlicher Engpässe durch das eigene Klinikum nicht gewährleistet werden, war Sorge dafür zu tragen, dass die betreffenden Patienten anderen zu deren medizinischen Behandlung geeigneten Kliniken zugewiesen wurden.

4) Operative (perioperative) Versorgung

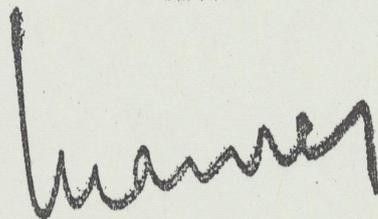
- **Chefanordnung Nr. 145, erstellt am 14.01.1957:**³⁹⁸

Abschrift von Durchschrift des Originals

Chefanordnung Nr. 145

Das Operationsaal-Personal hat sich an der Operationstafel jeweils vor der Vorbereitung des Patienten zur Operation zu vergewissern, welche Operation durchgeführt wird. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, welche Seite, z.B. rechte oder linke Seite bei Amputationen, Herniotomien, Nierenoperationen und Eingriffen in der Brusthöhle angegeben ist.

München, den 14. Januar 1957

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Maurer', is written in a cursive style below the typed text.

³⁹⁸ Vgl. Maurer 1957a.

Betreff:

Gründliche Information des Operationspersonals über bevorstehende Operationen.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtende Informationseinholung (OP-Tafel) über bevorstehende operative Eingriffe durch das OP-Personal. Sorgfältige Kenntnisnahme der zu operierenden (Körper-) Seite bei geplanten Amputationen, Herniotomien, Nieren-OPs sowie Eingriffen in der Brusthöhle.

Zielsetzung (vmtl.):

Mit Verpflichtung des OP-Personals, sich im Vorfeld unmittelbar bevorstehender Operationen informativ, gewissenhaft und gründlich auf die jeweiligen operativer Eingriffe vor-zu-bereiten, sollten einerseits betriebliche Abläufe optimiert und Verzögerungen im OP-Programm verhindert, andererseits grobe, den Patienten langfristig schädigende Behandlungsfehler (z.B. operativer Eingriff an der falschen Körperstelle bzw. -seite) vermieden werden. Der Chefanordnung von Maurer ist kein konkreter Anlass für die getroffene Regelung entnehmbar. Ob klinikinterne Vorkommnisse oder Vorfälle in anderen medizinischen Einrichtungen Ausschlag für diese Anordnung gaben, kann nicht nachvollzogen werden. Nachvollziehbar jedoch ist Maurers Bestreben, jede nur denkbare Vorsorge zu treffen, eine hochqualifizierte chirurgische Patientenversorgung sicherzustellen, um so folgenschwere Schäden für Patienten, seine Mitarbeitern und nicht zuletzt für die Wirtschaftlichkeit und den guten fachlichen Ruf des Klinikums RDI abzuwenden.

Georg Maurer entstammte noch der »alten Chirurgeschule«³⁹⁹ und war ein »echter Chirurg, ein absoluter Macher und hätte deshalb niemals Internist werden können«⁴⁰⁰, so die Beschreibung von Thomas Zimmermann, einem seiner ehemaligen Assistenzärzte; er verkörperte den Prototyp des klassischen Chirurgen: »Ich Kann Alles, ich mach Alles.«⁴⁰¹ Die Wahrnehmung ärztlicher Aufgaben und Tätigkeiten verstand Maurer als elementaren Bestandteil seiner Berufung, weshalb ihn sämtliche befragten Zeitzeugen als Arzt aus Leib und Seele beschrieben, als »menschliche[n] Chirurg«⁴⁰², dem das Wohl der Patienten stets am Herzen lag.

³⁹⁹ Geile 2014, Abschnitt: Arzt.

⁴⁰⁰ Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

⁴⁰¹ Geile 2014, Abschnitt: Arzt.

⁴⁰² Borelli 2014, Abschnitt: Arzt.

Dieses zu erreichen und zu erhalten war sein Ziel und prägte sein ärztliches Handeln.⁴⁰³ So war er jederzeit bereit, sämtliche Problempatienten aus Kreiskrankenhäusern im Münchner Umfeld aufzunehmen und zu versorgen.⁴⁰⁴ Als Chirurg erwarb er sich internationales Renommee, nicht zuletzt aufgrund der beispielhaften ärztlichen Versorgung der Insassen einer im Februar 1958 verunglückten britischen Chartermaschine auf dem Münchner Flughafengelände Riem.⁴⁰⁵ Maurers chirurgischer Schwerpunkt lag in der Allgemeinchirurgie, obgleich er sich auch der Wiederherstellungschirurgie verbunden fühlte, da er während seines Kriegseinsatzes als Arzt im Reservelazarett Bad Tölz zwangsläufig mit dieser chirurgischen Disziplin konfrontiert worden war.⁴⁰⁶ Seine guten anatomischen Kenntnisse verdankte er seinem Engagement für diese Disziplin bereits zu Studienzeiten, wo er als Co-Präparator am Institut für Anatomie beschäftigt war. Eine Mappe eigenhändig gezeichneter anatomischer Bilder ließ er im Studentenverlag vervielfältigen und stellte diese den Studenten der Humanmedizin zu Lehrzwecken zur Verfügung.⁴⁰⁷

⁴⁰³ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Arzt.

⁴⁰⁴ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

⁴⁰⁵ Vgl. Lechner 2002, 149-150.

⁴⁰⁶ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Arzt; Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

⁴⁰⁷ Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Privatmensch.

5) Arzneimittel

- **Chefanordnung Nr.149, erstellt am 19.02.1957:**⁴⁰⁸

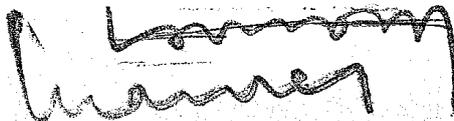
Abschrift von Abzug d.Originals

Chefanordnung Nr. 149

Ab sofort wird angeordnet:

1. Die Medikamente bei Schmerzen, vor allem postoperativer Art, ist ausschließlich Sache des Arztes, Es ist den Schwestern untersagt, ohne ärztliche Anordnung Injektionen irgendwelcher Art vorzunehmen oder stark wirkende Mittel (Opiate, Barbitursäure enthaltende Schlafmittel usw.) in Form von Tabletten, Tropfen oder Zäpfchen zu verabreichen.
2. Die Medikation von Herz- und Kreislaufmitteln wird ebenfalls ausschließlich durch den Arzt vorgenommen. Jede Verabfolgung, gleichgültig in welcher Art, geschieht nur auf ärztliche Anordnung. Dies ist ganz besonders bei Fällen mit Bewusstlosigkeit, Schock und Blutungsgefahr zu beachten.
3. Um bei Frischoperierten und Schwerkranken den Verlauf optimal überwachen und beurteilen zu können, wird ab sofort von jeder Station ein "N A C H W A C H E N B U C H" angelegt. In dieses werden von der Stationschwester für den Nachtdienst wichtige Hinweise, vor allem hinsichtlich der Medikation eingetragen. Durch die Nachtschwester sind nach Beendigung des Dienstes in kurzer Form alle besonderen Vorgänge, sowie die während der Nacht verabreichten Injektionen anzugeben. Verordnete Mittel, die routinemäßig verabfolgt werden, wie Antibiotica, Insulin usw. braucht nicht besonders geführt zu werden. Ihre Anwendung und Dosierung muß jedoch aus den Einträgen in der Fieberkurve zu ersehen sein.
Der Stationsarzt nimmt täglich am Morgen Einblick in das "Nachtwachenbuch" und versieht die Einträge der letzten 24 Stunden zum Zeichen der ärztlichen Haftung mit seiner Unterschrift.
An jedem Monatsersten sind dem für die Station zuständigen Oberarzt die Nachtwachenbücher vorzulegen und vom Oberarzt zum Zeichen der Überwachung mit Datum und Unterschrift zu versehen.
4. Die bereits bestehenden Vorschriften im Zusammenhang mit der Prämedikation für die Anaesthetie werden durch die vorstehenden Anordnungen nicht berührt.

19. Februar 1957



⁴⁰⁸ Vgl. Maurer 1957b.

Betreff:

Regelung der Medikamentengabe.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Begrenzung der Befugnis zur Gabe bzw. Verabreichung von Schmerzmedikamenten (v.a. bei postoperativen Schmerzen) auf den zuständigen Arzt. Verbot der Verabreichung von Injektionen oder stark wirkenden Medikamenten ohne ärztliche Anordnung durch Pflegekräfte. Neben Schmerzmedikamenten dürfen Herz- und Kreislaufmittel ebenfalls nur vom Arzt oder auf dessen Anordnung verabreicht werden (v.a. bei Bewusstlosigkeit, Schock und Blutungsgefahr).

Zur adäquaten Verlaufsbeobachtung frisch Operierter und Schwerkranker ist ein »*Nachtwachenbuch*« zu führen. Darin sind wichtige Hinweise für den Nachtdienst (v.a. bzgl. der medikamentösen Therapie) durch die zuständige Pflegekraft zu dokumentieren. Aufgabe der Nachtschwester ist es, wichtige Vorgänge und verabreichte Injektionen während ihres Nachtdienstes ins »*Nachtwachenbuch*« einzutragen. Routinemäßig verabreichte Arzneimittel bedürfen keiner besonderen Eintragung; deren Dokumentation in der Fieberkurve ist ausreichend.

Aufgabe des zuständigen Stationsarztes ist es unter anderem, zu Dienstbeginn das »*Nachtwachenbuch*« zu kontrollieren und mittels Unterschrift für dessen Richtigkeit zu haften. Jeweils zu Beginn des Monats ist das »*Nachtwachenbuch*« durch den zuständigen Oberarzt zu überprüfen und zu unterzeichnen.

Zielsetzung (vmtl.):

Diese, auf eine indizierte, qualifizierte und sichere Medikamentenverabreichung abzielende Anordnung von Maurer steht – wie viele seiner Anordnungen – für ein detailbezogenes Regelungsverständnis und -bemühen zur Sicherstellung strukturierter, Risiken vermeidender Prozessabläufe. Die Festlegung von Zuständig- und Verantwortlichkeiten, von Befugnissen und Handlungspflichten entspricht weitgehend den Anforderungen, die heutzutage mit einer qualitätsbasierten Standardisierung von Strukturen und Prozessen im Sinne eines Qualitäts- bzw. Risikomanagements in Verbindung gebracht werden.

2.8.1.2.6 Ärztliche Weiterbildung

- **Chefanordnung Nr. 270, erstellt am 18.08.1964:**⁴⁰⁹

18.8.1964

Chefanordnung Nr. 270

Die Assistenten der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar stehen im Dienste der Stadt München und verrichten ihren Dienst als Angestellte dieses Krankenhausträgers.

Darüber hinaus aber haben die Assistenten den Vorteil, daß sie bei dem umfangreichen und vielseitigem Krankengut, bei der vorbildlichen apparativen und personellen Ausstattung, bei der umfassenden Möglichkeit der Fortbildung (Bibliothek, wissenschaftliche Anregungen, Zusammenarbeit mit den Vertretern aller anderen klinischen Fächer, path.-anat. Demonstrationen, klinisch-chem. und bakteriol. Institut, Röntgeninstitut usw.) die volle Facharztausbildung hier ableisten können und vom Chefarzt der Abteilung zu gegebener Zeit bei der Landesärztekammer zum Facharzt für Chirurgie vorgeschlagen werden.

Mit Wirkung ab 1. September 1964 werde ich zum Facharzt für Chirurgie nur mehr solche Mitarbeiter in Vorschlag bringen, die

- 1) alle notwendigen zeitlichen und qualitativen Forderungen erfüllen
- 2) in jedem Jahr ihrer Ausbildung entweder eine wissenschaftliche Arbeit einreichen, die zur Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift geeignet ist oder auf einer wissenschaftlichen Tagung einen angemeldeten Vortrag (nicht Diskussionsbemerkungen!) halten, der in einem Tagungsbericht bzw. in anderer Form zur Veröffentlichung kommt.

Diese Bestimmung gilt für diejenige Ausbildungszeit, die ab 1.9.1964 abgeleistet wird.



Prof. Dr. Maurer

⁴⁰⁹ Vgl. Maurer 1964b.

Betreff:

Vorschlag zum Facharzt.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Vorschlag derjenigen Mitarbeiter zum Facharzt, die sämtliche notwendigen zeitlichen und qualitativen Forderungen erfüllen sowie in jedem Jahr ihrer Facharztausbildung eine wissenschaftliche, für eine Fachzeitschrift taugliche Arbeit erstellen, oder auf einer wissenschaftlichen Tagung einen Vortrag halten, der zur Veröffentlichung kommt.

Geltung der Bestimmung für die Ausbildungszeit ab 01.09.1964.

Zielsetzung (vmtl.):

Mit Festlegung von Vorschlagskriterien zur Facharztternennung dürfte sich Maurer wohl einen Motivation und Engagement steigernden Ansporn – vielleicht auch einen gesunden Konkurrenzkampf – bei seinen jungen Assistenzärzten versprochen haben.

Betrachtet man die Aussagen der Zeitzeugen, wird klar ersichtlich, dass Maurers Intentionen sich offenbar realisierten. Den meisten Mitarbeitern war es ein großes Anliegen, den ehrgeizigen Anforderungen ihres Chefs gerecht zu werden, um einerseits nicht in Maurers Ungnade zu fallen, andererseits möglichst rasch berufliche Erfolge in ihrer Laufbahn zu erzielen.⁴¹⁰ Dies führte zu immer wiederkehrenden Konkurrenzkämpfen unter den Assistenzärzten,⁴¹¹ die allerdings nie soweit gingen, dass diese versuchten, sich mittels Intrigen und auf Kosten der Kollegen besondere Vorteile beim ihrem Chef zu verschaffen.⁴¹² Maurer zeigte generell ein großes Teamverständnis und »*stand* [sc. überwiegend bedingungslos, d. Verf.] *hinter seinen Mitarbeitern.*«⁴¹³ Es zählte für ihn als Selbstverständlichkeit Mitarbeiter anlässlich der Geburt ihres ersten Kindes mit einem Paar Kinderschuhen zu beschenken.⁴¹⁴ Mit dieser netten Geste sowie mit seiner gutmütigen und fürsorglichen Art erwarb sich Maurer nicht nur Akzeptanz, sondern auch Respekt bei seinen Mitarbeitern.⁴¹⁵ Maurer legte überdies einen besonderen Wert auf das fachliche und handwerkliche Können des bei ihm ausgebildeten chirurgischen Nachwuchses, auf eine stetige, qualitative Verbesserung der klinikeigenen Patientenversorgung sowie auf einen guten Ruf des Klinikums RDI als medizinische Ausbildungsstätte.⁴¹⁶

⁴¹⁰ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴¹¹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴¹² Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴¹³ Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴¹⁴ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴¹⁵ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴¹⁶ Vgl. Geile 2014: Vorgesetzter.

Das dadurch bedingt hohe Niveau der ärztlichen Versorgung, die so erzielte Patienten- und Zuweiserzufriedenheit, trugen sicherlich dazu bei, das Klinikum RDI im nationalen und internationalen Klinikranking unter den Wählern (=Patienten) einen der höheren Ränge belegen zu lassen.

2.8.1.2.7 Ausbildung der Medizinstudenten

- **Chefanordnung Nr. 319, erstellt am 17.10.1974:**⁴¹⁷

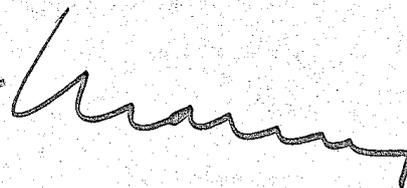
PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar
der Technischen Universität München

8 München 80, 17.10.1974
Lamaninger Strasse 22
Telefon 4 14 01
Durchwahl 4140/2120
Telegramm-Adresse: Isarklinik

CHEFANORDNUNG Nr. 319

Aus gegebenem Anlaß wird darauf hingewiesen, daß die Stationsärzte und ihre Vertreter für die Weiterbildung der ihnen zugeteilten Famuli bzw. Famulae verantwortlich sind.

Ihre Tätigkeit soll sich nicht mit der Durchführung nützlicher untergeordneter Mitarbeit erschöpfen. Es soll ihnen die Teilnahme an Krankenuntersuchungen, Visiten und Operationen ermöglicht werden. Selbstverantwortliches Arbeiten (z.B. die Abnahme von Blut zur Bestimmung der Blutgruppe, Anforderung von Blutkonserven, chirurgische Eingriffe u.ä.) in der Chirurgischen Poliklinik und in der Chirurgischen Klinik ist jedoch nicht erlaubt.



⁴¹⁷ Vgl. Maurer 1974.

Betreff:

Weiterbildung der Famuli/ae.

Anlass:

Anlass gegeben, jedoch keine konkret Situationsbindung.

Regelungsgegenstand:

Verantwortungsübernahme für die Weiterbildung der Famuli/ae durch Stationsärzte und deren Vertretern.

Ausweisung und Eingrenzung der Tätigkeitsbereiche von Famulanten (Teilnahme an Krankenuntersuchungen, Visiten und OPs; keine selbstverantwortlichen Tätigkeiten, wie zum Beispiel Blutabnahmen zur Blutgruppenbestimmung; keine Anforderungen von Blutkonserven).

Zielsetzung (vmtl.):

Anlass für diese Chefanordnung zum Einsatz von Famuli/ae dürfte deren vorwiegende Beschäftigung mit zwar »*nützlicher ungeordneter Mitarbeit*«⁴¹⁸, jedoch nicht mit eigentlichen ärztlichen Aufgaben gewesen sein. Zudem fühlte sich offenbar niemand für die Vermittlung von Lehrinhalten an die Famuli/ae verantwortlich. Dies entsprach nicht den Vorstellungen von Maurer, der, wie bereits schon mehrfach erwähnt, ausdrücklichen Wert auf eine qualifizierte Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses legte. Er sah in einer fundierten und praktikablen Vermittlung von medizinischem Wissen die wesentlichen Grundlagen für eine spätere qualitative ärztliche Tätigkeit. Diese Wissensvermittlung hatte nicht nur in der Weiterbildung junger Ärzte, sondern auch in der Ausbildung von Medizinstudenten (z.B.: Famuli/ae) zu erfolgen. Hierfür nahm er unter anderem seine Stationsärzte nachdrücklich in die Pflicht. So wurde beispielsweise ein verantwortlicher Tutor, in Form eines älteren Assistenzarztes, jeweils 1–2 Studenten zur Seite gestellt.⁴¹⁹

Das Klinikum RDI sollte nach dem Willen von Maurer seinen renommierten Ruf nicht nur auf medizinische Spitzenleistungen, sondern insbesondere auch auf eine vorbildliche Lehr- und Ausbildungstätigkeit begründen. Daher verpflichtete er die nachgeordnete Ärzteschaft zur geeigneten Unterweisung famulierender Medizinstudenten und benannte hierfür klare Verantwortlichkeiten. Mit Eingrenzung der Tätigkeitsbereiche der Famuli/ae stellte er allerdings zugleich sicher, dass risikobehaftete Aufgaben nicht selbstverantwortlich von diesen ausgeführt werden durften. Maurers großes Anliegen war es, junge angehende, interessierte Ärzte im Gebiet der Chirurgie zu lehren und ihnen ein Stück weit die

⁴¹⁸ Vgl. Maurer 1974.

⁴¹⁹ Vgl. Maurer et al. 1979, 15.

Materie näher zu bringen. Sicherlich beabsichtigte er unter anderem dem ein oder anderem seine erlernte Fachdisziplin schmackhaft zu machen.

Nach Maurers jahrelangen, aufreibenden Kampf bezüglich der Einführung einer zweiten medizinischen Fakultät in München, zu dessen Uniklinikum schlussendlich sein Krankenhaus RDI wurde, wollte er sicherlich mit einer innovativen, guten und für die Studenten zufriedenstellende, mehr noch begeisternde Lehre allen Zweiflern aufzeigen, dass sich seine Hartnäckigkeit am Ende gelohnt hatte. Als Ordinarius für Chirurgie hielt Maurer diverse Vorlesungen.⁴²⁰ Seine Fähigkeiten als Dozent werden allerdings unterschiedlich bewertet. So erinnern sich Zeitzeugen an lebendige, spannende Hauptvorlesungen, getragen von Maurers Bemühungen, sein Wissen mittels lebensnaher, greifbaren Geschichten zu vermitteln.⁴²¹ Seine Art zu referieren war »keine zur Schau getragene Performance oder Inszenierung«⁴²², sondern erzielte alleine darauf ab, seinen Studenten chirurgisches Wissen auf einfachem Wege weiterzugeben.⁴²³ »In seiner chirurgischen Hauptvorlesung ließ er sich immer wieder gerne erklären, was ein Ulcus ist. Wenn dann die Antwort ›Ein Gewebsdefekt mit schlechter Heilungstendenz‹ kam, entlockte ihm das ein Begeistertes: ›Brav, meine Buben!‹«⁴²⁴ Andere Zeitzeugen wiederum beschrieben Maurers Art zu referieren als unstrukturiert.⁴²⁵ Seinen Vorlesungen war offensichtlich keine klare Systematik zu entnehmen; zeitweise wurden diese auch von Assistenzärzten oder Oberärzten, die mit den zu vermittelnden Themen besonders vertraut waren, übernommen.⁴²⁶

⁴²⁰ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Wissenschaftler; Biemer 2014, Abschnitt: Wissenschaftler; Geile 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

⁴²¹ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

⁴²² Zimmermann 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

⁴²³ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

⁴²⁴ Hermann – Wilmanns 2007, 28.

⁴²⁵ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

⁴²⁶ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Wissenschaftler.

2.8.1.2.8 Pflegepersonal

- **Chefanordnung Nr. 268, erstellt am 01.04.1964:**⁴²⁷

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor des Städt. Krankenhauses
München rechts der Isar
Chefarzt der Chirurgischen Abteilung

Abt
Den 1.4.1964
8 München 8, Ismaninger Straße 22
Telefon 44 98 11

Chefanordnung Nr. 268

Im gegebenen Zusammenhang wird darauf hingewiesen,
daß für den Transport und die Bewirtschaftung von Bluthen-
derven nur staatlich geprüftes Krankenpflegepersonal ein-
gesetzt werden darf.

Maurer

⁴²⁷ Vgl. Maurer 1964a.

Betreff:

Transport und Bereitstellung von Blutkonserven.

Anlass:

Anlass gegeben, jedoch keine konkrete Situationsbindung.

Regelungsgegenstand:

Ausschließlicher Einsatz von examiniertem Pflegepersonal für den Transport und die Bereitstellung von Blutkonserven.

Zielsetzung (vmtl.):

Aus gegebenem, jedoch nicht näher begründetem Anlass erließ Maurer seine Chefanordnung Nr. 268. Als Gründe anzunehmen sind Vorkommnisse (Anm.: vermutlich Patienten gefährdende Ereignisse), die auf eine unzureichende Qualifikation von Pflegepersonal zurückführbar waren.

Die Anwendung von Blutprodukten unterliegt seit 1998 in Deutschland klaren gesetzlichen und organisatorischen Richtlinien (z.B.: Transfusionsgesetz, Richtlinien der Bundesärztekammer).⁴²⁸ »[Sc., Die Richtlinien stellen dabei Mindestanforderungen dar, d. Verf.], *an deren Erfüllung sich im Fall eines juristischen Verfahrens die Rechtsprechung orientiert.*«⁴²⁹ So muss der Transportierende beispielsweise zu jederzeit sicherstellen können, dass die Qualität der zu transportierenden Blutkonserve auf ihrem Weg nicht beeinträchtigt wurde. Zudem sollte Unbefugten der Zugang zur Blutkonserve verwehrt werden. Der Transport sollte unter stetig kontrollierten Kautelen erfolgen und durch eine vorherige schriftliche Anweisung dokumentiert sein.⁴³⁰

Im Jahre 1964, in dem Maurer die Anordnung erlassen hatte, galt als gesetzliche Richtlinie für den Umgang mit Blutprodukten das Europäische Übereinkommen vom 15.12.1958 über den Austausch therapeutischer Substanzen menschlichen Ursprungs (BGB1. II, 1962, S. 14).⁴³¹ Um künftig Patienten gefährdende Ereignisse auszuschließen und eine fachkundige und sorgfältige Handhabung (Anm.: nach gesetzlichen Vorgaben) von Blutkonserven sicherzustellen, legte Maurer den für einen Transport und die Bereitstellung von Blutkonserven befugten Personenkreis auf die Berufsgruppe der examinieren Pflegekräfte fest. Gleichzeitig diente ihm die Anordnung zur eigenen juristischen Absicherung.

⁴²⁸ Vgl. Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) – Zweite Richtlinienanpassung 2010 n.d.
<http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/> [29.05.2016]

⁴²⁹ Haverkamp et al. 2008, 90.

⁴³⁰ Vgl. Absatz nach Haverkamp et al. 2008, 90; Kriegel 2012, 131.

⁴³¹ Vgl. Gesetz zu dem Europäischen Übereinkommen vom 15. Dezember 1958 über den Austausch therapeutischer Substanzen menschlichen Ursprungs 1962.
http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl262s1442.pdf [16.05.2016]

Im Allgemeinen achtete Maurer stets auf eine kollegiale und gute Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal. Er erkannte und schätzte deren Arbeit und behandelte sie teilweise bevorzugter als sein ärztliches Personal. Seine menschliche Wertschätzung brachte er insbesondere gegenüber seinen OP-Schwestern, Gipspflegern und Unfallpflegern zum Ausdruck.⁴³² Georg Maurer selbst erfuhr dieses von ihm eingeforderte kollegiale Auftreten während seiner Facharztausbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik zu München. Sein damaliger Vorgesetzter, Erich Lexer, legte in seiner Position als chirurgischer Chefarzt stets großes Augenmerk auf einen kollegialen Umgang mit Pflegekräften und Ärzten anderer Fachbereiche.⁴³³ »[Sc. So, d. Verf.] [...] lag es [sc. Erich Lexer, d. Verf.]am Herzen, den ärztlichen Nachwuchs zu einem dem hohen ärztlichen Berufsethos entsprechenden Verhalten im Umgang mit Kollegen, Personal und Patienten zu erziehen.«⁴³⁴

2.8.2 Themenbereich – Krankenhaushygiene

Die Notwendigkeit der Beachtung hygienischer Kautelen in der medizinischen Behandlung und Versorgung von Patienten war bereits zu Zeiten Maurers unumstritten. Man wusste – insbesondere im Fachbereich Chirurgie – um die negativen Auswirkungen unhygienischer Vorgehensweisen auf den operativen Behandlungserfolg, auf Patienten- und Zuweiserzufriedenheit sowie auf den fachlichen Ruf der Chirurgischen Abteilung bzw. des gesamten Krankenhauses. Man wusste aber auch, dass ein erwünschtes Hygieneverhalten wesentlich an krankenhausspezifischen, eindeutigen und verpflichtenden Regelungen gebunden und an dem jeweils aktuellen Hygienewissen auszurichten war. Nicht zuletzt bildeten bundesweite Vorschriften (Vorschriften zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten) einen normativen Rahmen, den es zu beachten galt. In seinem Bemühen, eine optimale medizinische Patientenversorgung sicherzustellen, chirurgische Misserfolge bereits präventiv auszuschließen und den eigenen fachlichen Ruf sowie den seines Klinikums auszubauen, legte Maurer einen bedeutenden Wert auf eine hygienegerechte chirurgische Arbeitsweise in seiner Fachabteilung bzw. in seiner Klinik. Sauberkeit auf den Stationen, im OP sowie ein hygienebewusstes Verhalten seiner Mitarbeiter waren für ihn daher unabdingbar. Ihm war, wie nachfolgende Chefanordnungen beispielhaft belegen, nachdrücklich an der Umsetzung zu damaligen Zeiten aktuellen Hygienewissens gelegen.

⁴³² Vgl. Absatz nach Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴³³ Vgl. Absatz nach Gleißner 1996, 102.

⁴³⁴ Gleißner 1996, 101.

- Chefanordnung Nr. 8, erstellt am 18.09.1953:⁴³⁵

SM.

Chefanordnung 11.8

In den Operationsräumen steht jetzt in größerem Umfang das neue Waschmittel "Phisohex" zur Verfügung. Es besteht aus dem Desinfektionsmittel Hexachlorophen (chem. Formel: Di - (hydroxy - 3,5,5 - trichlorphenyl) - methan), das in eine flüssige Seifengrundlage gemischt ist. Der pH-Index des Waschmittels ist, wie dessen Name sagt, dem pH der Haut entsprechend. Die Waschzeit kann bei Verwendung von Phisohex auf 3 - 4 Minuten verkürzt werden. Voraussetzung ist allerdings, daß man sich täglich wäscht, da nur so der protrahierte Effekt des Waschmittels zur Auswirkung kommt. Da die tägliche Waschung von keinem der Damen und Herren durchgeführt wird, ordne ich folgende Waschzeit an:

1. 4 Minuten dauernde Waschung mit Bürste und etwa 3 bis 4 cem Phisohex;
2. Abspülung mit Wasser;
3. 4 Minuten dauernde Nachwaschung ohne Bürste mit etwa 3 bis 4 cem Phisohex;
4. Abspülung mit Wasser.

Die Filmschicht, die nach Abspülung mit Wasser auf der Haut verbleibt, ist erwünscht.

Zwischen den jeweiligen Operationen wird eine nochmalige Waschung ohne Bürste mit wiederum etwa 3 bis 4 cem Phisohex bei einer Waschkdauer von 2 Minuten empfohlen.

Am 18. September 1953

Hannig

⁴³⁵ Vgl. Maurer 1953c.

Betreff:

Anwendung eines neuen Waschmittels ›Phisohex‹ in OP-Räumen.

Anlass:

Einführung eines neuen Kombinations-Händewaschmittels.

Regelungsgegenstand:

Information über ein neu zur Verfügung stehendes Kombinationspräparat zur Händewaschung und – desinfektion. Erläuterung von dessen Zusammensetzung (Desinfektionsmittel Hexachlorophen in flüssiger Seifengrundlage), dessen Hautverträglichkeit (pH-Index=7,0) und seiner detaillierten Anwendung. Anordnung einer verpflichtenden, wie nachfolgend angeführten täglichen Waschung sowie Empfehlung einer erneuten Waschung (2 min mit 3–4 ccm Phisohex ohne Bürste) zwischen zwei aufeinanderfolgenden Operationen.

Angaben zur Waschzeit:

- 4 min dauernde Waschung mit Bürste und 3–4 ccm Phisohex
- Abspülen mit Wasser
- 4 min dauernde Nachwaschung ohne Bürste mit 3–4 ccm Phisohex
- Abspülen mit Wasser

Zielsetzung (vmtl.):

Es ist anzunehmen, dass die Chefanordnung Nr. 8 in unmittelbarem Zusammenhang mit einem Wechsel des zur Händereinigung bislang in den OP-Räumen verwendeten Präparates steht. Dies setzte aber einen entsprechenden zeitlichen Ablauf des Waschvorgangs und zumindest eine einmalige tägliche Waschung voraus.

Bei dem neuen Waschmittel Phisohex handelte es sich um ein Kombinationspräparat aus der seifenartigen Emulsion namens Phisoderm (Lanolicholesterin, Paraffinöl und octylphenoxyäthoxyäthyläthersulfonsaurem Natrium) und dem Desinfektionsmittel Hexachlorophen, dessen Verwendung die Verkürzung der offenbar bis dato üblichen Waschzeiten von 10min auf ca. 3–4min ermöglichte. Strenge bakteriologische und klinische Studien in Zusammenarbeit mit dem hygienischen Institut ergaben, dass eine 4 minütige Händewaschung mit Phisohex eine weitaus bessere bakteriologische (bakterizid) Wirkung hervorrief (Anm.: ›100fache Erregerreduktion durch Phisohex) als die bisher angewandte Methode (10min Seife, 3min Quartamon, 2min Alkohol). Auch trat nach länger andauernden Operationen lediglich eine geringere Anzahl von Keimen auf. Zusätzlich zeigte Phisohex eine protrahierte steigernde Wirkung und eine gute Hautverträglichkeit, trotz täglicher An-

wendung. Eine alleinige präoperative Waschung mit PhisoHex konnte deshalb verantwortet werden.⁴³⁶

Ob die Verpflichtung zur Händewaschung mit diesem Präparat an alle im OP Beschäftigte und nicht nur an das Operationsteam gerichtet war, kann aus der Chefanordnung nicht ersehen werden. Zielsetzung dieser Anordnung war jedoch in jedem Falle die Sicherstellung einer geeigneten hygienischen Vorgehensweise von im OP beschäftigten Personen bei gleichzeitiger Optimierung und zeitlicher Verkürzung betrieblicher Abläufe.

⁴³⁶ Vgl. Absatz nach Reuschenbach 1954, 263-271.

2.8.2.2 Station

- **Chefanordnung Nr. 163, Erstellungsdatum nicht angegeben:**⁴³⁷

Abschrift von Original

Chefanordnung Nr. 163

Es fiel in letzter Zeit auf, daß in die Wäsche- und Müllabwurf-
schächte folgende Gegenstände geworfen wurden: Blutige und eitrige
Verbände, Essensabfälle, Glas- und Porzellanscherben, Gummikissen,
Gummidecken, zerbrochene Spritzen usw. Für diese Abfälle sind
die Abfallkübel auf den Stationen vorhanden.

gez. Unterschrift

i.V. Oberarzt Dr. Handfest

Unterschriftlich an jede Stationschwester:

Stat. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

⁴³⁷ Vgl. Maurer o.J.

Betreff:

Adäquate Entsorgung von Gegenständen und Abfällen.

Anlass:

Unsachgemäße Entsorgung von kontaminierten (Anm.: Blut) und zerbrechlichen Gegenständen (z.B.: Glas- und Porzellanprodukten) in hierfür nicht vorgesehene Wäsche- und Müllabwurfschächte.

Regelungsgegenstand:

Ordnungsgemäße Verwendung der auf Station bereit gestellten Abfallkübel.

Zielsetzung (vmtl.):

Die unterschriftlich jeder Stationsschwester zugeleitete Chefanordnung wandte sich gegen eine zweckentfremdete Nutzung von Wäsche- und Müllabwurfschächten.⁴³⁸ Als Zielsetzung dieser Anordnung ist nicht nur eine generell korrekte, den Vorgaben des Klinikums entsprechende Abfallversorgung zu vermuten, sondern insbesondere ein hygienegerechter und auch Gefährdungen des Reinigungspersonals ausschließender Umgang mit verschiedenartigen Abfällen. Eine Kontamination und Weiterverbreitung von Krankheitserregern (z.B.: durch blutige und eitrig Verbände) sowie Verletzungen der Mitarbeiter (z.B.: durch Glas- und Porzellanscherben, zerbrochene Spritzen) sollte durch eine geeignete Trennung der Abfälle vermieden werden.

In den 50er und 60er Jahren galten für die Abfallversorgung als Regelwerk sogenannte Merkblätter, welche die Arbeitsgemeinschaft für kommunale Abfallwirtschaft und die Arbeitsgemeinschaft für industrielle Abfallstoffe in gemeinsamer Zusammenarbeit veröffentlicht hatten.⁴³⁹ Seit Einführung des Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetzes (KrW-/AbfG) im Jahre 1996 und der Erstellung des Europäischen Abfallverzeichnis im Jahre 2001 unterliegt die Müllentsorgung in öffentlichen Gesundheitsdiensten europäischen Vorgaben. Grundlage bilden hierbei das Abfall-, Infektionsschutz-, Arbeitsschutz-, Chemikalien- und Gefahrgutrechts. Das Gesetz regelt beispielsweise den adäquaten Umgang mit Abfällen, die ein erhebliches Risiko für Stich- und Schnittverletzungen bergen. Diese müssen verpflichtend in stich- und bruchfesten Behältern gelagert, transportiert und entsorgt werden. Die Sicherheit des Gefäßes muss dabei zu jederzeit gewährleistet sein.⁴⁴⁰

⁴³⁸ Vgl. Maurer o.J.

⁴³⁹ Cord-Landwehr et. Al 2010.

⁴⁴⁰ Vgl. Absatz nach Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes - LAGA-Rili.pdf;jsessionid=DE78B4C281381799A1AD76A2B14AF2E0.2_cid363 n.d.
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/LAGA-Rili.pdf;jsessionid=DE78B4C281381799A1AD76A2B14AF2E0.2_cid363?__blob=publicationFile [13.05.2016]

- Chefanordnung Nr. 254, erstellt am 12.11.1962:⁴⁴¹

SM

Chefanordnung Nr. 254

Auf den beiden Wachstationen sind bei sämtlichen Patienten Rachen- und Nasenabstriche mit Resistenzbestimmung durchzuführen und zwar:

- 1) am Tag der stationären Aufnahme
- 2) am Operationstag
- 3) 8 Tage nach der Operation.

München, den 12. November 1962



⁴⁴¹ Vgl. Maurer 1962.

Betreff:

Nasen-/Rachenabstriche auf Wachstation.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Abnahme von Rachen- und Nasenabstrichen mit Resistenzbestimmung bei sämtlichen Patienten der Wachstationen am Tag der stationären Aufnahme, am OP-Tag sowie am achten postoperativen Tag.

Zielsetzung (vmtl.):

In den 60er Jahren (1961) trat in Deutschland erstmalig der Methicillin-resistente Stamm der Staphylokokken aureus Spezies (MRSA) auf. Dieser Stamm, der lange Zeit mit dem stationären Gesundheitswesen in Verbindung gebracht wurde, führte in diversen deutschen Krankenhäusern zu schwersten nosokomialen Infektionen. Als mutmaßliche Ursache wurde der massenhafte und unbedenkliche Einsatz von Antibiotika genannt.

Bei dem Erreger Staphylokokkus aureus handelt es sich um ein fakultativ-pathogenes Bakterium, das in der Lage ist diverse Körperoberflächen vor allem den Nasenvorhof des Menschen zu besiedeln, ohne dabei eine Symptomatik hervorzurufen. Unter bestimmten Umständen verursacht der Erreger jedoch pyogene Infektionen, die wiederum tödliche Verläufe bedingen können. Im Allgemeinen zeigen 70–80% der Staphylokokkus aureus Isolate eine Resistenz gegen Lactamase-empfindliche Penicilline (z.B.: Benzylpenicillin). Das Methicillin-resistente Isolat weist zusätzlich eine therapeutische Unempfindlichkeit gegenüber sämtlichen β -Lactamase-Antibiotika (Ausnahme: Cephalosporine), sowie weitere Substanzklassen auf. Die medikamentöse Behandlung des MRSA ist somit stark eingeschränkt.⁴⁴²

Im Klinikum RDI kam es in den 60er Jahren vor allem nach Operationen in der Viszeral- und Unfallchirurgie zu Infektionen mit antibiotikaresistenten Staphylokokkenstämmen. Aus diesem Grunde wurden ab dato genaue Nachforschungen über die Ursache der Ausbrüche betrieben. Man entnahm Abstriche der Hände bei sämtlichen Operateuren (Anm.: vor und nach OP), testete das Wachstationspersonal mittels Rachenabstrich auf eine Besiedelung mit Staphylokokkenstämmen und überprüfte Pflegepersonal, Desinfektion und Asepsis im OP. Erst nach vorheriger positiver Erregertestung erhielt ein erkrankter Patient ein für den vorliegenden Keim greifendes Antibiotikum.⁴⁴³

⁴⁴² Vgl. Absatz nach Bundesgesundheitsblatt 2014 ; Simon 2009, 90-101;
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/MRSA/MRSA_Artikel_Umsetz.pdf?__blob=publicationFile [30.05.2016]

⁴⁴³ Vgl. Absatz nach Lechner 2002, 145.

Im Rahmen der vorliegenden Umstände wurde sicherlich die Chefanordnung Nr. 254 erlassen. Zielsetzungen bestanden hierbei einerseits in intervenierenden Maßnahmen zur Feststellung einer Erregerausbreitung unter Patienten und Personal bei bekannten, auf der Wachstation behandelten Indexpatienten, andererseits in präventiven Maßnahmen zur Verhinderung einer Ausbreitung bestimmter Erreger in den Wachstationen. Die Intention von Maurer war somit sicherlich, durch Erhebung des Erregerstatus sämtlicher Patienten bei Aufnahme auf die Wachstation, bestehende Erregerkolonisationen bzw. -infektionen und Antibiotikaresistenzen zu erkennen. So konnten unverzüglich Maßnahmen zur Verhinderung einer Erregerausbreitung ergriffen und eine geeignete Antibiotikatherapie eingeleitet werden. Darüber hinaus ermöglichten diese Erregerabstriche eine Beurteilung des Hygienestatus auf der Wachstation sowie die Unterscheidung ob bestimmte Erreger bereits auf die Wachstation mitgebracht wurden oder erst während der Patientenversorgung auf dieser Funktionseinheit erworben und weiterverbreitet wurden. Maurer griff mit dieser Anordnung eine Problematik auf, die gerade aktuell mit dem gehäuften Auftreten multiresistenter Erreger in Krankenhäusern, dem Wissen um die zunehmende Entwicklung von Antibiotikaresistenzen und der Diskussion hinsichtlich der Notwendigkeit von Screeningmaßnahmen eine erhebliche Bedeutung hat.

Bis heute hat sich der MRSA zu einem der wichtigsten multiresistenten Erreger weltweit entwickelt. In Deutschland liegt dessen Prävalenzrate im internationalen Vergleich auf einem hohen Niveau. Während einige Mitgliedstaaten der Europäischen Union (z.B.: Niederlande, Dänemark, Frankreich) mittels politisch geregelten Richtlinien MRSA-Infektionen auf einem Minimum halten konnten und bis heute können, stieg die Prävalenzrate in Deutschland von 1,1% (1990) auf bis zu 20,3% (2007). Bis zum Jahre 2012 kam es jedoch laut European Antibiotic Resistant Study Group (EARSS) zu einer Reduktion der Infektionsrate mit dem Methicillin-resistenten Erreger. Als Grund für die MRSA-Endemie in Deutschland wurde unter anderem die verharmlosende Risikokommunikation bezüglich des MRSA-Erregers, der Mangel an politisch gestützten Maßnahmen, sowie die unzureichenden Krankenhaushygiene genannt. Gegenwärtig stellt das MRSA-Screening (Abstrichuntersuchung an häufig besiedelten Körperpartien mit anschließender mikrobiologischer Untersuchung), eine der wichtigsten MRSA Erkennungsstrategien dar. Da der Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus hauptsächlich über direkten oder indirekten Kontakt übertragen wird, stellen die Hände des medizinischen Personals einen der Hauptübertragungswege des Erregers dar. Eine Vermeidung der Übertragung setzt laut Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) eine akkurate Basishygiene (z.B.: Hände- und Flächendesinfektion) sowie strikte Barrieremaßnahmen (z.B.: Unterbringung MRSA-besiedelter Patienten in Einzelzimmern, Tragen von Schutzkleidung bei Patientenkontakt, Vorgehen bei diagnostischen

und therapeutischen Maßnahmen) voraus. Eine MRSA-Dekolonisierung (z.B.: topische Antiseptika oder Antibiotika bei nasaler Besiedelung) des besiedelten Patienten kann eine mögliche Infektion verhindern. Auch wird ein rationaler Umgang in Bezug auf den Einsatz sämtlicher Antibiotika eingefordert.⁴⁴⁴

Diese Chefanordnung zeigt nachdrücklich Maurers Bemühen um eine optimale Versorgung der Patienten seines Krankenhauses RDI, das nicht nur die chirurgisch handwerklichen Fähigkeiten, sondern auch das Erkennen und die Umsetzung hygienischer Erfordernisse sowie den Umgang mit neuen infektions-und hygienetechnischen Forschungsergebnissen mit einschloss.

⁴⁴⁴ Vgl. Absatz nach Simon 2009, 90-101;
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/MRSA/MRSA_Artikel_Umsetz.pdf?__blob=publicationFile [30.05.2016];
Bundesgesundheitsblatt 2014.

2.8.2.3 Personalhygiene

- **Chefanordnung Nr. 348, erstellt am 18.06.1979:**⁴⁴⁵

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar
der Technischen Universität München

8000 München 80, 18.6.1979/br
Ismaninger Straße 22
Telefon 4 14 01
Durchwahl 41 40/21 20
Telegramm-Adresse: Isarklinik

Chefanordnung Nr. 348

Nachdem z.Z. verschiedene Lösungen und Mittel zur praeoperativen Hautdesinfektion verwandt werden, ist eine Vereinfachung anzustreben.

Aus diesem Grunde wird ab sofort in **a l l e n** Operationssälen in der folgenden Weise desinfiziert.

1. Durch den Pfleger:
 - a) Entfetten der Haut mit Benzin
 - b) mechanische Reinigung der Haut mit Cetavlon oder Betaisodona-Seife
 - c) Ablage auf sterilem Tuch

2. Durch den Operateur:
 - a) nach Händedesinfektion Anlegen von sterilen Handschuhen
 - b) 3-maliges Waschen des Operationsgebietes mit unverdünntem Betaisodona
 - c) Ablegen der Waschhandschuhe, Anziehen des OP-Kittels
 - d) Abdecken des OP-Gebietes
 - e) Abwischen des OP-Feldes mit Merfen-Kompresse
 - f) Folie aufkleben



Verteiler:
Professor Dr. W. Theisinger
Priv. Doz. Dr. G. Prokscha
Priv. Doz. Dr. P. Krueger

Abt. Vorst. Prof. Dr. Schmidt-Tintemann
Chirurgische Poliklinik
OP-Schwester Rosl
OP-Pfleger Graupe
Anschlag im OP

⁴⁴⁵ Vgl. Maurer 1979b.

Betreff:

Präoperative Hautdesinfektion durch Pfleger und Operateur.

Anlass:

Verwendung unterschiedlicher Lösungen und Mittel zur präoperativen Hautdesinfektion.

Regelungsgegenstand:

Festlegung standardisierter Vorgehensweisen bei der präoperativen Hautdesinfektion:

- Pflegekraft:
- Hautentfettung mittels Benzin
 - Hautreinigung (mechanisch) mittels Cetavlon oder Betaisodona-Seife
 - Ablage auf sterilem Tuch

- Operateur:
- Nach Händedesinfektion Anlegen steriler Handschuhe
 - dreimaliges Waschen des OP-Gebietes mit unverdünnter Betaisodonalösung
 - Ablegung der Waschhandschuhe, Anziehen des OP-Kittel
 - Abdecken des OP-Gebietes
 - Abwischen des OP-Feldes mit Merfen-Kompresse
 - Aufkleben der Folie

Zielsetzung (vmtl.):

Maurer benennt als Zielsetzung seiner Chefanordnung die Vereinfachung der präoperativen Hautdesinfektion. Der offenbar gängigen Verwendung verschiedener Lösungen und Mittel und deren unterschiedlicher Handhabung wollte er mit Vorgabe standardisierter Ablaufprozesse entgegenwirken. Mit dieser Standardisierung konnte er einerseits eine einheitliche, hygienegerechte präoperative Hautdesinfektion sicherstellen, andererseits auch zur Steigerung der Betriebswirtschaftlichkeit durch Festlegung auf wenige antiseptische Präparate (Cetavlon, Betaisodona, Merfen) beitragen. Die persönliche Händehygiene stellt in der heutigen Zeit eine der wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Krankenhausinfektionen dar.

Bereits im 18. Jahrhundert erkannte der österreichisch-ungarische Arzt Ignaz Semmelweis (01.07.1818–13.08.1865) die mangelnde Händehygiene des ärztlichen Personals als Ursache für das damalige tödliche Kindbettfieber. Durch intensive Studien an in Folge von Puerperalfieber verstorbenen Frauen erbrachte er den entscheidenden Beweis, dass eine adäquate Händedesinfektion mittels Chlorkalk die Übertragung des Krankheitserregers erheblich reduzieren konnte. Immer wiederkehrende Versuche, ärztliche Kollegen zur persönlichen Händedesinfektion anzuhalten, stießen jedoch auf Grund mangelnden

Wissens und fehlendem Eingeständnis auf vehementen Widerstand ihrerseits. Semmelweis fortschrittliche Erkenntnis verlor deshalb schnell an Bedeutung.

Erst durch den schottischen Arzt Joseph Lister trat die Krankenhaushygiene zunehmend in den Vordergrund. Mittels präoperativer Händedesinfektion, Desinfektion der Operationsinstrumente und Wundverbände mit der Substanz Phenol gelang es Lister seinerzeit die postoperative Sterblichkeit deutlich zu senken. Durch seine bahnbrechende Erforschung gilt er bis heute noch als der Begründer der Antisepsis und Sepsis im Gesundheitswesen.⁴⁴⁶

Seit einigen Jahren rückt die Händehygiene in Deutschland mehr und mehr in den Vordergrund. Schockierende Berichte über immer wiederkehrende Ausbrüche multiresistenter Keime in Krankenhäusern, bedingt durch unsachgemäße personelle und instrumentelle Hygiene, prägen und beeinflussen zunehmend unsere Gesellschaft. Trotz alledem gerät die Wichtigkeit der Hygiene unter anderem auch in den medizinischen Institutionen immer wieder in Vergessenheit. Denn *»das persönliche, berufliche und öffentliche Hygiene- und Präventionsverhalten steht vielfach im krassen Widerspruch zu dem beobachtbaren praktischen Verhalten.«*⁴⁴⁷ Grund hierfür sind die immer wiederkehrenden widersprüchlichen Aussagen der Fachleute sowie die zunehmenden Diskrepanzen zwischen den wissenschaftlichen Hygieneerkenntnissen und dem Hygienewissen der Bevölkerung, der Ärzte und politischen Meinungsbildern.

Das Themengebiet Hygiene stellt für viele eine nicht greifbare und klar ersichtliche Materie dar. Deshalb wird sie auch noch von einem Großteil der Gesellschaft, die deren enorme Wichtigkeit bedauerlicherweise noch nicht erkannt und verstanden haben, belächelt.⁴⁴⁸ Die Hände des Klinikpersonals werden als das wichtigste und häufigste Übertragungsvehikel von Krankheitserregern gesehen. Sie stellen das wichtigste Utensil der ärztlichen Tätigkeit dar und kommen gerade in medizinischen Einrichtungen mit verschiedensten Erkrankungen in Kontakt. Ziel der Händedesinfektion ist es deshalb, eine Übertragung von Mikroorganismen auf den Patienten durch Händekontakt oder durch medizinische Eingriffe vorzubeugen und möglichst zu verhindern. Die sachgemäße hygienische und/oder chirurgische Desinfektion der Hände bedingt eine deutliche Reduzierung der Mikroorganismen der transienten und/oder residenten Hautflora. Einer Übertragung einer Erkrankung kann dadurch entgegengewirkt werden. In der heutigen Zeit werden alkoholbasierte Präparate als Mittel der Wahl zur hygienischen und chirurgischen Händedesinfektion in den Kliniken verwendet (z.B.: Sterilium, Desderman).

Maurer war sich bereits während seiner Tätigkeit als Chefarzt und Direktor des Klinikums RDI der Wichtigkeit einer adäquaten Händehygiene bewusst. Die bedingungslose Um-

⁴⁴⁶ Vgl. Absatz nach Nuland 2006; Ignaz Semmelweis - Biografie WHO'S WHO n.d. <http://www.whoswho.de/bio/ignaz-semmelweis.html> [16.06.2016]

⁴⁴⁷ Bergler 2009, 9.

⁴⁴⁸ Vgl. Absatz nach Bergler 2009, Vorwort, 14 ; Kramer 2007, 160.

setzung seiner ausführlich beschriebenen Anordnung forderte er von seinen Mitarbeitern ein.

2.8.3 Themenbereich – Dokumentation

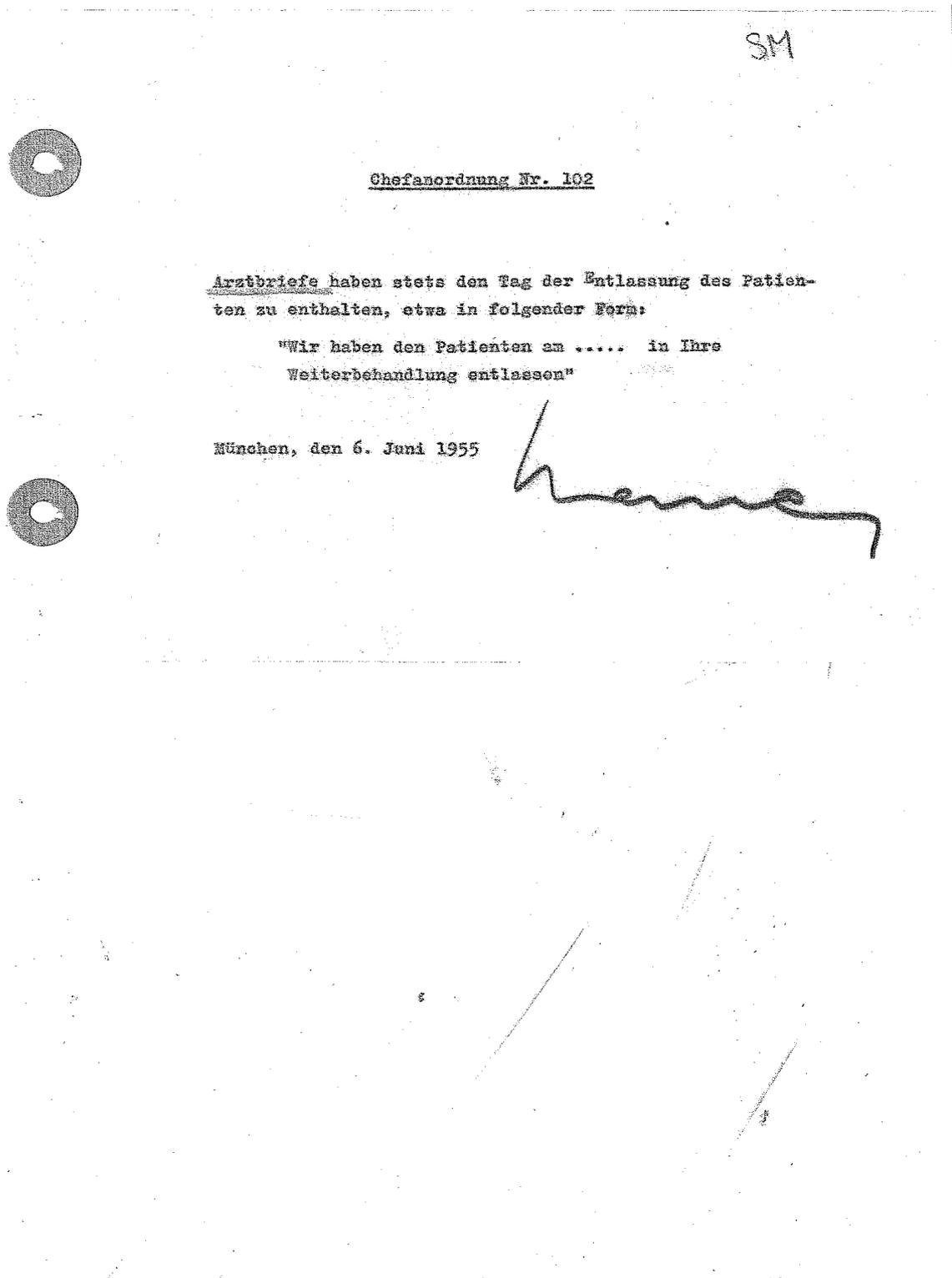
Maurer legte, wie beispielhaft in nachstehenden Chefanordnungen dargelegt, nachdrücklich Wert auf eine ordnungsgemäße Dokumentation sämtlicher Diagnostik – und Therapiemaßnahmen seiner ärztlichen Mitarbeiter. Eine präzise, lückenlose und Sachverhalte korrekt wiedergebende Dokumentation war für ihn Grundlage einer sachgerechten Behandlung und Weiterbehandlung seiner Patienten. Durch die Nachvollziehbarkeit des Behandlungsverlaufes konnten Doppeluntersuchungen vermieden und eine geeignete Behandlungsübernahme und -weiterführung durch ärztliche Kollegen im eigenen Krankenhaus und in der poststationären Patientenbetreuung sichergestellt werden. Die Vorbildfunktion seines Klinikums RDI sowohl im Hinblick auf dessen fachlich medizinische Qualität, als auch in der fachlich-kollegialen Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen und niedergelassenen Kollegen bildeten für Maurer einen zusätzlichen Grund, eine jederzeit nachprüfbar und die essentiellen medizinischen Informationen wiedergebende Dokumentation einzufordern – dies unabhängig von der allein schon berufsrechtlich bestehenden Dokumentationspflicht, die ihre Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB §630f), im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMÄ §57 Absatz 1) sowie in der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO §10 Absatz 1) findet. Alle, aus seiner Sicht wichtigen Regelungen und Neuerungen für eine sorgfältige und ordnungsgemäße Dokumentation wurden von Maurer in seinen Chefanordnungen aufgegriffen. Detailliert und klar strukturiert führte er darin wichtige Dokumentationsinhalte und -kriterien auf und setzte verpflichtende Terminvorgaben. Auch legte er offenbar besonderen Wert auf eine standardisierte, sich auf entsprechende Formblätter stützende Dokumentation. Auch Lexer »forderte [sc. zu seiner Zeit, d. Verf.] *seine Assistenten zur ›gewissenhaften Abfassung‹ der Krankengeschichten*, [sc. und, d. Verf.] *zum ›sorgfältigen Ausfüllen‹ von Formularen (...) auf (...).*«⁴⁴⁹

⁴⁴⁹ Gleißner 1996, 102.

2.8.3.1 Station/Notaufnahme

2.8.3.1.1 Arztbriefe

- Chefanordnung Nr. 102, erstellt am 06.06.1955:⁴⁵⁰



⁴⁵⁰ Vgl. Maurer 1955c.

Betreff:

Dokumentation des Entlassungstages im Arztbrief.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtung der Dokumentation des Entlassungstages von Patienten im Arztbrief unter Verwendung einer Standardformulierung (»*Wir haben den Patienten am...in ihre Weiterbehandlung entlassen*«⁴⁵¹).

Zielsetzung (vmtl.):

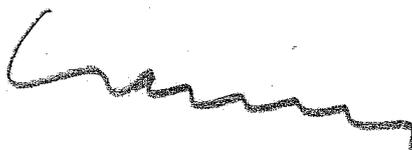
Diese, an und für sich eine Selbstverständlichkeit aufgreifende Chefanordnung von Maurer hatte vermutlich ihren Anlass in einer generellen oder Einzelfall bezogenen Nachlässigkeit im Umgang mit der Erstellung von Arztbriefen. Ob den Patienten mit Entlassung bereits ein entsprechender Arztbrief mitgegeben oder der weiterversorgenden Einrichtung bzw. dem weiterbehandelnden Arztes ein solcher Arztbrief durch das Klinikum erst zu einem späteren Zeitpunkt übermittelt wurde, ließ sich aus den vorliegenden Unterlagen und durchgeführten Recherchen nicht eruieren. Umso wichtiger war für Maurer daher, die korrekte zeitliche Angabe der stationären Patientenentlassung, die insbesondere auch für private oder kassenrechtliche Abrechnungen stationärer Versorgungsleistungen und gegebenenfalls juristische Nachprüfungen von Bedeutung waren.

⁴⁵¹ Vgl. Maurer 1955c.

Chefanordnung Nr. 182

Bei allen ambulanten Versorgungsgängen in der Nothilfe wird dem Patienten zur Information des weiterbehandelnden Arztes ein Kurzbericht nach beiliegendem Formblatt in einem verschlossenen Kuvert ausgehändigt. Die Diagnose muß mit der Eintragung im Nothilfebuch genau übereinstimmen. Die Ausfertigung des Berichtes ist im Nothilfebuch durch den Eintrag, bzw. Stempel "Arzt benachrichtigt" zu vermerken. Liegt kein Arbeits- oder Gegenfall vor, so ist der Vermerk "Durchgangsarztbericht folgt" zu streichen.

München, den 14. Januar 1958



⁴⁵² Vgl. Maurer 1958a.

Betreff:

Kurzbericht für in der Nothilfe ambulant behandelte Patienten.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtende Erstellung und Aushändigung (in verschlossenem Kuvert) eines Kurzberichtes auf vorgegebenem Formblatt bei ambulant behandelten Patienten der Nothilfe.

Übereinstimmung der Diagnose im Kurzbericht mit der Eintragung im „Nothilfebuch“ und Vermerk der Berichtsabfertigung im Nothilfebuch mittels Eintrag bzw. Stempel »»Arzt benachrichtigt««⁴⁵³. Streichung des Vermerks »»Durchgangsarztbericht folgt««⁴⁵⁴, bei Nichtvorliegen eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls.

Zielsetzung (vmtl.):

Die vermutlich anlassbezogene Chefanordnung von Maurer sollte sowohl Klinikintern eine ordnungsgemäße Behandlungsdokumentation sicherstellen als auch die erforderliche Informationsübermittlung zur ambulanten ärztlichen Weiterbehandlung sowie zur Einschätzung des Versorgungsanlasses (z.B.: Arbeits-/Wegeunfall) gewährleisten. Ausgeschlossen werden sollten zudem diskrepante Angaben in Kurzbericht und Nothilfebuch zur medizinischen Diagnose und damit vermeidbare und arbeitsintensive Rückfragen von ärztlichen Kollegen oder Institutionen. Jederzeit rückverfolgbar an Hand der Dokumentation war außerdem der die ambulante Versorgung in der Nothilfe durchführende Klinikarzt. Auf diesen konnte im Falle von Rückfragen oder Unklarheiten unmittelbar zurückgegriffen werden.

⁴⁵³ Maurer 1958a.

⁴⁵⁴ Maurer 1958a.

2.8.3.1.2 Dokumentationsbögen

- Chefanordnung Nr. 229, erstellt am 07.07.1960:⁴⁵⁵

Chefanordnung Nr. 229

Die oft schon sehr schwierige Differentialdiagnose bei Kindern (prä- und postoperativ) wird häufig zusätzlich erschwert durch das Fehlen einer ausreichenden Anamnese. Das gleiche gilt für zu ungreifende Isolierungsmaßnahmen bei Hausinfektionen.

Ich bitte daher für j e d e aufzunehmende Kind bereits in der Nothilfe ein besonderes Anamnese-Formblatt (s. Anlage) auszufüllen und den Krankenpapieren beizufügen.

München, den 7. Juli 1960



⁴⁵⁵ Vgl. Maurer 1960c.

Betreff:

Ausfertigung eines »Anamnese-Formblatt« bei stationär aufzunehmenden Kinder.

Anlass:

Häufig auftretende Erschwernis der Differentialdiagnose und Abschätzung von Isolierungsmaßnahmen bei Kindern auf Grund fehlender ausreichender Anamneseerhebung.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtung zur ausführlichen Anamneseerhebung auf vorgegebenem »Anamnesen-Formblatt« und Ablage in Krankenakte bereits bei jedem in der Nothilfe stationär aufzunehmenden Kind.

Zielsetzung (vmtl.):

Zielsetzung, wie indirekt der Chefanordnung entnehmbar, sind der Ausschluss zusätzlicher Erschwernisse in der differentialdiagnostischen Beurteilung von Krankheitssymptomen bei Kindern und in der Abschätzung zu ergreifender Isolierungsmaßnahmen im Falle vorliegender Hauterkrankungen. Für Maurer bildete die umfassende Anamneseerhebung eine unabdingbare Voraussetzung jeglicher Patientenbehandlung. Dies insbesondere im Falle der ärztlichen Versorgung von Kindern, die ja im Vergleich zu erwachsenen Patienten spezifische Besonderheiten aufwiesen. Mit Standardisierung der Anamneseerhebung mittels Formblatt wollte er nicht nur die Anamneseerhebung selbst sichergestellt, sondern auch gewährleisten wissen, dass in der Tat alle wichtigen Daten und Informationen von jedem aufnehmenden Arzt erfasst würden. Oftmals hatte der anamneseerhebende Arzt, um eine korrekte Einschätzung des vorliegenden Krankheitsbildes vornehmen zu können, auch Angaben und Aussagen von Begleitpersonen oder Angehörigen der Patienten einzuholen. Dies war insbesondere bei Kindern der Fall, die auf Grund ihres Alters und Entwicklungsstandes, womöglich auch auf Grund vorhandener Ängste vor ärztlicher Untersuchung und Untersucher, keine geeignete Hilfestellung in der Erfassung von Unfallhergängen, körperlichen Beschwerden, deren Lokalisation und zeitlichen Verlauf, geben konnten.

2.8.3.1.3 Nothilfebuch

- Chefanordnung Nr. 225, erstellt am 12.05.1960:⁴⁵⁶

SM

Chefanordnung Nr. 225

Die nachtdiensthabenden Ärzte werden nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Nothilfebücher genau und vollständig auszufüllen sind.

Die Verwaltung erstellt nach den Eintragungen in den Nothilfebüchern (hier speziell Therapie und Diagnose) die Rechnungen. Da diese Eintragungen z.T. unleserlich und unvollständig ausgefüllt wurden, führte dies in letzter Zeit zu unnötigen Rückfragen und zu Verzögerungen in der Rechnungszustellung.

Bei "Therapie" wurden oftmals die Wundversorgungen nicht eingetragen, so daß diese dann bei der Rechnungsstellung nicht berücksichtigt werden konnten. Diese Nachlässigkeit führt zu finanziellen Verlusten für den Krankenhausträger.

München, den 12. Mai 1960



⁴⁵⁶ Vgl. Maurer 1960b.

Betreff:

Führen der »Nothilfebücher« (»genaues« und »vollständiges«⁴⁵⁷ Ausfüllen).

Anlass:

Gehäufte Rückfragen und Verzögerungen in der Rechnungsstellung auf Grund »unleserlicher« und »unvollständiger«⁴⁵⁸ Dokumentation in die »Nothilfebücher« mit der Folge finanzieller Verluste für den Krankenhausträger.

Regelungsgegenstand:

Verpflichtende Anweisung zur sorgfältigen und vollständigen Führung der Nothilfebücher.

Zielsetzung (vmtl.):

Adressaten dieser Chefanordnung von Maurer waren die nachtdiensthabenden Ärzte seines Krankenhauses. Die offenbar nachlässige Handhabung der Eintragung von im Nachtdienst aufgetretenen Vorkommnissen und Maßnahmen hatten zu erhöhtem Aufwand, Verzögerungen und unvollständigen Forderungen (z.B.: wegen fehlender Eintragungen von Versorgungsleistungen) bei Rechnungsstellungen geführt und finanziellen Einbußen des Krankenhausträgers bewirkt.⁴⁵⁹ Als ärztlicher Direktor zugleich mitverantwortlich für den betriebswirtschaftlichen Erfolg seines Klinikums RDI wollte Maurer mit seiner Anordnung weitere finanzielle Einbußen des Klinikträgers unterbinden und dauerhaft eine korrekte Rechnungsstellung seiner Verwaltung ermöglichen.

⁴⁵⁷ Maurer 1960b.

⁴⁵⁸ Maurer 1960b.

⁴⁵⁹ Vgl. Absatz nach Maurer 1960b.

2.8.3.1.4 Allgemein

- **Chefanordnung Nr. 170, erstellt am 15.07.1957:**⁴⁶⁰

Abschrift
Städt. Krankenhaus München rechts der Isar
Chirurgische Abteilung
Chefarzt Professor Dr. Gg. Maurer

München 8, 15. Juli 1957
Ismaninger Straße 22
Fernsprecher 449811

Chefanordnung Nr. 170

Es wird gebeten, Arztbriefe, Beurteilungsentwürfe, Zeugnisentwürfe oder Entwürfe für sonstige Schreiben (Chefanordnungen usw.) grundsätzlich mit dem Diktatzeichen des betreffenden Arztes zu versehen.

Maurer

A 3 10' 4. 61 Schl.

⁴⁶⁰ Vgl. Maurer 1957g.

Betreff:

Kennzeichnung von Schriftstücken.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Vermerk des Kürzels des ärztlichen Erstellers auf dessen Arztbriefen und schriftlichen Entwürfen (z.B.: Beurteilungs-, Zeugnisentwürfe).

Zielsetzung (vmtl.):

Mit Einforderung, das Diktatzeichen des Ausfertigenden bzw. Erstellers auf Arztbriefen und schriftlichen Entwürfen anzubringen, bezweckte Maurer, den Verfasser von Schriftstücken identifizieren und so zu ihm zielgerichtet Kontakt bei eventuellen Rückfragen und erforderlichen Korrekturen aufnehmen zu können. Überdies dürfte diese Einforderung auch seinem Verständnis einer berufsrechtlich korrekten Dokumentation entsprungen sein. Offenbar hatten sich über die Zeit in der Fertigung (Diktat) von Schriftstücken Nachlässigkeiten eingebürgert, die den Vorstellungen Maurers zuwider liefen.

2.8.3.2 OP

- **Chefanordnung Nr. 328, erstellt am 01.03.1976:**⁴⁶¹

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar
der Technischen Universität München

8 München 80, 1.3.1976
Isarmaninger Straße 22
Telefon 4 14 01
Durchwahl 4140/2120
Telegramm-Adresse: Isarklinik

Chefanordnung Nr. 328

Ab sofort sind im Operationsbuch zusätzlich die Anfangszeiten der Operationen einzutragen, damit unterschieden werden kann zwischen den Operationen zur normalen Dienstzeit von 8.00 Uhr - 17.00 Uhr bzw. 16.00 Uhr und den Operationen, die während des Bereitschaftsdienstes anfallen.



⁴⁶¹ Vgl. Maurer 1976a.

Betreff:

Eintragungen ins OP-Buch.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Erweiterung der Einträge ins OP-Buch um die Angabe des OP-Beginns von Operationen.

Zielsetzung (vmtl.):

Vorliegende Chefanordnung verfolgte ausnahmslos den Zweck, an Hand der eingetragenen Anfangszeiten von Operationen feststellen zu können, ob diese zu normaler Dienstzeit (8.00–17.00 Uhr bzw. 16.00 Uhr) oder während des Bereitschaftsdienstes anfielen. Anzunehmen ist, dass hierbei Fragestellungen hinsichtlich einer entsprechenden Vergütung von Arbeitsleistungen im Vordergrund standen. Ob und inwieweit auch andere Aspekte (z.B.: Beurteilung einer zeitlich korrekten Abwicklung des OP-Programms) weiteren Anlass für diese Chefanordnung gaben, konnte nicht recherchiert werden.

- Chefanordnung Nr. 140, erstellt am 09.11.1956:⁴⁶²

Chefanordnung Nr. 140

Ab sofort sind für alle im Operationssaal versorgten Patienten die neuen Operationsberichte mit Durchschlag zu verwenden (siehe Muster!). Hierauf sind *s t e t s* die Tarifnummern der Gruppe III einzutragen, welche einer im Vorbereitungsraum zum Operationssaal III aufliegenden Liste entnommen werden können. Die Einträge werden bei Operationen, die vom Chef oder den Oberärzten ausgeführt werden, vom jeweiligen Anaesthesisten, in allen anderen Fällen vom Operateur selbst vorgenommen. Die roten Durchschläge werden im Fach des Chefsekretariats deponiert. Für das Bereitliegen genügender Operationsbericht-Vordrucke haben die Operationspfleger Sorge zu tragen.

München, den 9. November 1956



Betreff:

Fertigung von OP-Berichten.

Anlass:

Einführung neuer OP-Berichtsformblätter.

Regelungsgegenstand:

Ausschließliche Verwendung neuer OP-Berichtsformblätter (mit Durchschlag). Festlegung verbindlicher Eintragungen (z.B.: Tarifnummern der Gruppe 3 aus aufliegender Tarifnummernliste der Tarifnummern im Vorbereitungsraum des OP 3) und der hierfür Verantwortlichen (Operateur bzw. Anästhesist bei oberärztlichen oder chefärztlichen OPs). Bestimmung der Ablage von (roten) Durchschlägen (Fach des Chefsekretariats) und der Verantwortung für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von OP-Berichts-Vordrucken (OP-Pfleger).

Zielsetzung (vmtl.):

Die an Operateure, Anästhesisten und OP-Pfleger gerichtete Chefanordnung von Maurer verfolgte neben einer grundlegenden Information über die Einführung neuer OP-Berichtsformblätter den Zweck, eine einheitliche und strukturierte Berichterstellung in der OP-Abteilung sicherzustellen. Diese Chefanordnung beschränkt sich – wie auch der überwiegende Anteil aller anderen Anordnungen von Maurer – nicht nur auf allgemeine Hinweise, sondern legt konkret Handhabungs- und Bereitstellungsweisen personenbezogen fest. Maurer war sehr darauf bedacht, dass seine Anordnungen unverzüglich und vollumfänglich von den Adressaten dieser Anordnungen umgesetzt wurden. Um Fehlinterpretationen und Missverständlichkeiten seiner Anordnungen auszuschließen, bemühte er sich um eine möglichst detaillierte Ausführung seiner Vorgaben.

2.8.3.3 Gutachten

- Chefanordnung Nr. 160, erstellt am 03.05.1957:⁴⁶³

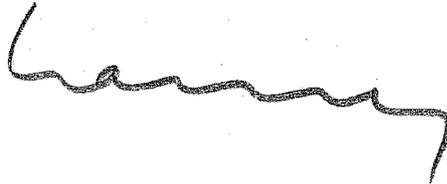
SM

Chefanordnung Nr. 160

Ein Vorkommnis der letzten Tage, bei dem ein Unfallverletzter von dem betreffenden Arzt am 11.1.57 untersucht wurde, in welchem die Berufsgenossenschaft am 15.1.57, 21.2.57 und 21.3.57 fruchtlos an die Gutachtensabgabe erinnerte, zwingt mich zu folgender Anordnung:

- 1) Die Gutachtenserstattung kann nicht über 3 Wochen nach Erhalt hinausgezögert werden.
- 2) Sollte aus irgendwelchen Gründen diese fristgemäße Gutachtenserstattung nicht möglich sein, dann ist Herr Oberarzt Dr. Hofmeister unter Angabe der Gründe jeweils zu verständigen.
- 3) In Zukunft werden Gutachten jeweils zugeteilt mit dem Datumsstempel durch die Gutachtenstelle. Dieser Datumsstempel bedeutet die Aushändigung an den begutachtenden Arzt.

München, den 3. Mai 1957



⁴⁶³ Vgl. Maurer 1957d.

Betreff:

Erstellungsfristen für Gutachten.

Anlass:

Mehrfache, ergebnislose Anmahnung eines Gutachtens durch die Berufsgenossenschaft.

Regelungsgegenstand:

Festlegung des Zeitraumes (Frist) für die Erstellung und Abgabe ärztlicher Gutachten. Meldung einer voraussichtlich nicht möglichen Fristeinholung mit Begründung an den zuständigen Oberarzt (OA Dr. Hofmeister). Künftiger Vermerk des Datums (Datumsstempel) auf zugeteilten Gutachten durch die Gutachterstelle.

Zielsetzung (vmtl.):

Maurer war schon als Chefarzt der chirurgischen Abteilung sehr auf präzise funktionierende Betriebsabläufe und eine reibungslose Kooperation mit anderen Einrichtungen und Institutionen bedacht. Anmahnungen ausstehender Unterlagen oder Erinnerungen an Bearbeitungsnotwendigkeiten durch Kooperationspartner, wie zum Beispiel durch die in der vorliegenden Chefanordnung benannten Berufsgenossenschaft, führten zu Maurers erheblicher Verärgerung und entsprechender Reaktion. Mit Festlegung einer Erstellungsfrist für ärztliche Gutachten (<3 Wochen) und der Vorgabe, Gründe für eine nicht mögliche Einhaltung dieser Frist dem zuständigen Oberarzt vorzutragen, beabsichtigte er, seine Ärzte zu einer termingerechten Erstellung und Abgabe von Gutachten anzuhalten und so künftigen unliebsamen und seiner Ansicht nach renommeschädigenden Nachfragen anderer Dienststellen vorzubeugen. Die Anweisung, die Gutachten zum Zeitpunkt ihrer Zuteilung mit dem Datumsstempel zu versehen, zielte darauf ab, jederzeit einen Überblick über die Gutachtenzuteilung gewinnen und frühzeitig bei Fristüberschreitungen intervenieren zu können. Maurers Intention dürfte jedoch nicht alleine in der Sicherstellung einer konfliktfreien und reibungslosen Kooperation mit den die jeweiligen Gutachten in Auftrag gebenden Einrichtungen gelegen haben. Ihm war sicherlich auch bewusst, dass die verzögerte Erstellung von Gutachten nachteilige Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung, somit auch auf die Belange der antragstellenden Personen hatte. Gerade auch dies zu vermeiden, dürfte ihm durchaus ein Anliegen gewesen sein.

2.8.3.4 Allgemein

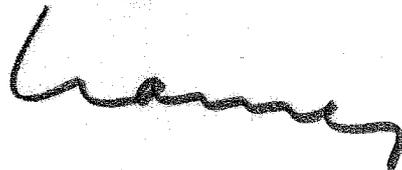
- **Chefanordnung Nr. 166, erstellt am 08.06.1957:**⁴⁶⁴

Chefanordnung Nr. 166

An alle Ärzte, Schwestern und Pfleger
gegen Unterschrift

Die der Anästhesie zur Verfügung stehenden Sauerstoffzelte sind auf ihrer Oberseite numeriert. Von jetzt ab hat jeder Arzt, jede Schwester und jeder Pfleger, der ein Sauerstoffzelt aus dem Wachraum oder von einer Station entfernt, die Nummer des Zeltes, das Entleihungsdatum, die Station, auf der es nun aufgestellt werden soll, und den Namen des Abholenden in ein dafür bestimmtes Heft, das auf dem Schreibtisch des linken Wachraumes liegt, einzutragen. Wenn die Zelte zurückgebracht werden, ist das Datum der Rückgabe ebenfalls in diesem Heft zu vermerken.

München, den 8. Juli 1957



⁴⁶⁴ Vgl. Maurer 1957e.

Betreff:

Entleih von Sauerstoffzelten.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Eintrag des Entleihs von Sauerstoffzelten in ein hierfür vorgesehene Heft (ausliegend auf Schreibtisch im linken Wachraum) mit Angabe von Zeltnummer, Entleihungsdatum, Station und Name des Entleihers. Bei Rückgabe, Notierung des Rückgabedatums.

Zielsetzung (vmtl.):

Die Chefanordnung von Maurer lässt eine unstrukturierte und unübersichtliche Entleihpraxis von Sauerstoffzelten, die eigentlich der Anästhesie zur Verfügung standen, als Anlass vermuten. Womöglich kam es in der Vergangenheit zu Vorfällen, in denen derartige Zelte über längere Zeit abhanden gekommen, im Bedarfsfall nicht verfügbar und deren Verbleib mangels unterbliebener Entleihdokumentation nicht rückverfolgbar waren. Insbesondere medizinische Notsituationen, in denen Sauerstoffzelte dringend benötigt wurden, jedoch nicht bereitgestellt werden konnten, waren es, die die Folgen einer offenbar nachlässigen Entleihpraxis nachdrücklich aufzeigten. Jegliche nachteilige Beeinflussung einer Patientenbehandlung erregte den Unmut von Maurer und veranlasste ihn Maßnahmen zu deren Abhilfe zu ergreifen. Zielsetzung seiner Chefanordnung war es somit, durch verbindliche Regelung des Entleihens von Sauerstoffzelten einen jederzeitigen Überblick über den Verbleib (Anzahl, Einsatzort) entliehener Sauerstoffzelte sicherzustellen und im Bedarfsfalle (z.B.: Notsituationen) deren unverzügliche Beschaffung zu ermöglichen. Auch diese Chefanordnung belegt beispielhaft, Maurers typische Art, Regelungen möglichst konkret und detailliert zu treffen.

2.8.4 Themenbereich – Inakzeptable aktuelle Vorkommnisse im Klinikalltag

Unter Maurers Klinikführung herrschte grundsätzlich eine positive Fehlerkultur.⁴⁶⁵ Missgeschicke, die unterliefen, wurden nicht sofort geahndet, sondern zunächst als dem üblichen Lernprozess von Assistenzärzten zugehörig erachtet⁴⁶⁶ – vorausgesetzt man bekannte sich zu seinem Fehler. Ereigneten sich im Klinikum RDI bzw. auf dessen chirurgischen Abteilung Vorfälle, die Maurer als inakzeptabel betrachtete, erließ er umgehend eine neue Chefanordnung, die teils mit Angaben von Gründen auf die Korrektur des für ihn inakzeptablen Sachverhalts abzielte.⁴⁶⁷ So beauftragte Maurer beispielsweise auch bei Wahrnehmung ihm missfallender Gegebenheiten während seiner Chefarztvisiten den zuständigen Oberarzt bzw. seine Chefsekretärin mit schriftlicher Fertigung einer von ihm mündlich vorformulierten Anordnung.⁴⁶⁸ Versuchten jedoch Maurers Assistenzärzte Fehler vor diesem zu verbergen, mussten sie mit unangenehmen Konsequenzen rechnen. Nachfolgenden Chefanordnungen kann beispielsweise entnommen werden, dass Fehlverhalten schlimmstenfalls die Entlassung nach sich ziehen konnte.

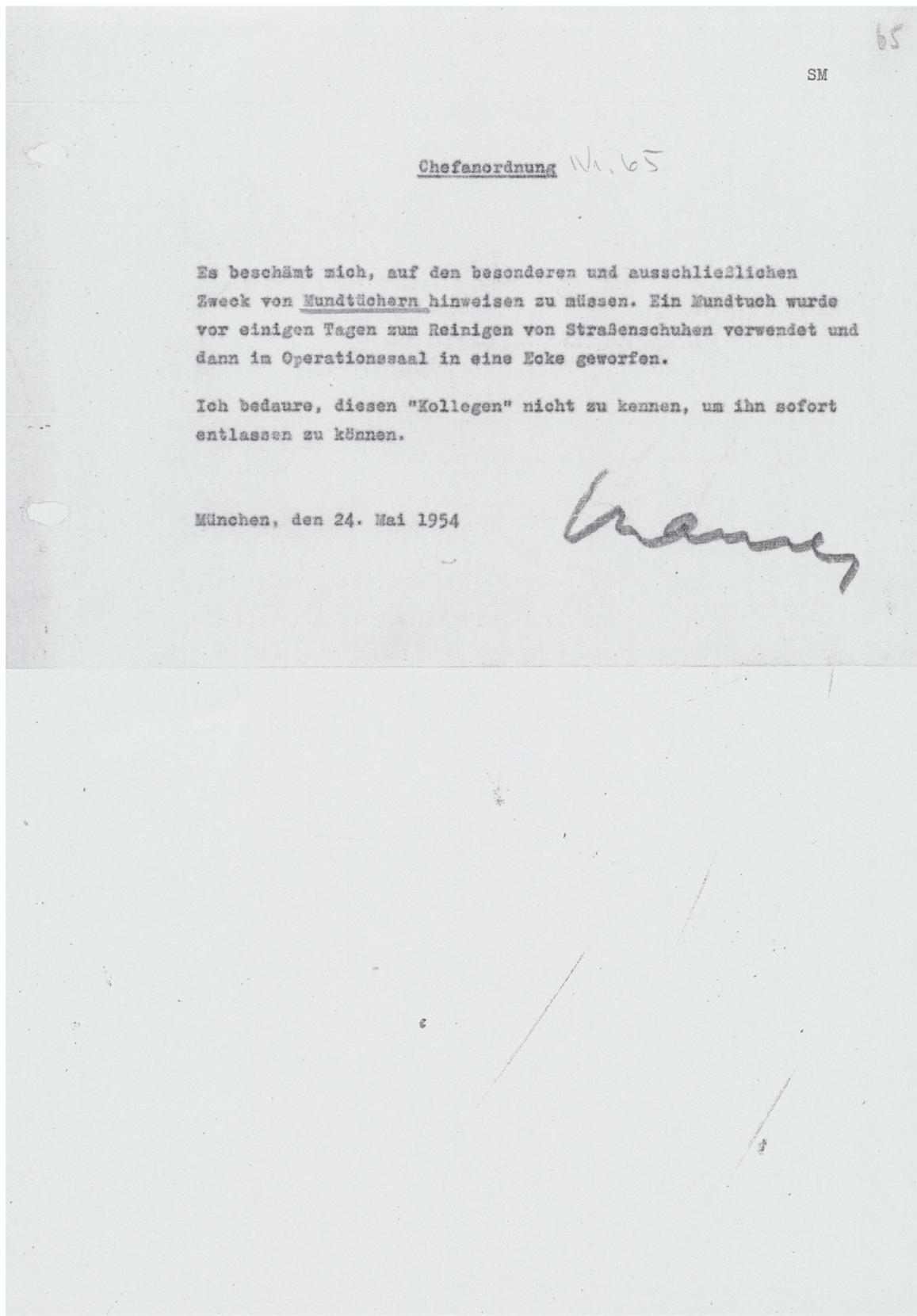
⁴⁶⁵ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁶⁶ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁶⁷ Vgl. Maurer 1953f.

⁴⁶⁸ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

- Chefanordnung Nr. 65, erstellt am 24.05.1954:⁴⁶⁹



⁴⁶⁹ Maurer 1954c.

Betreff:

»Besonderer und ausschließlicher Zweck von Mundtüchern«.

Anlass:

Gebrauch eines Mundtuches zur Reinigung von Straßenschuhen sowie dessen anschließende Entsorgung in eine OP-Saalecke

Regelungsgegenstand:

Erläuterung des zweckgebundenen Einsatzes von Mundtüchern und Inkenntnissetzung des Klinikpersonals über drohende Konsequenzen bei erneutem Vergehen.

Zielsetzung (vmtl.):

Maurer, der akribisch auf einen einwandfreien Hygienezustand sowohl auf den Stationen als auch im OP achtete, zeigte große Bestürzung über den zweckentfremdeten Umgang des Mundtuches. Solch ein Vorfall wurde unverzüglich in einer generell verbindlichen Chefanordnung aufgegriffen und konsequent untersagt. Ziel der Chefanordnung war es somit, explizit zum Ausdruck zu bringen, welche Konsequenzen seinem Personal bei derartigem Fehlverhalten drohten. Die penibelste von seinen Mitarbeitern eingeforderte Beachtung hygienischer Vorgaben wurde offenbar von ihm selbst jedoch nicht immer in der erwünschten Konsequenz umgesetzt. Laut Zeitzeugenaussagen betrat er nämlich selbst des Öfteren den OP-Saal mit Arztkittel, Straßenschuhen und ohne Mund-Nasenschutz.⁴⁷⁰

⁴⁷⁰ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

- Chefanordnung Nr. 6, erstellt am 08.09.1953:⁴⁷¹

Sammelmappe *X*

Chefanordnung Nr. 6

Wie ich auf Visite festgestellt habe, sind bei einem Patienten in der Nothilfe anlässlich einer Wundversorgung die Augenbrauen abrasiert worden. Da bekanntermaßen die Augenbrauen erst innerhalb eines halben Jahres wieder nachwachsen, sind sie nicht durch Rasur zu entfernen.

Am 8. September 1953

Wagner

⁴⁷¹ Vgl. Maurer 1953a.

Betreff:

Verbot der Rasur von Augenbrauen.

Anlass:

Rasur von Augenbrauen eines Patienten im Rahmen der Wundversorgung in der Nothilfe.

Regelungsgegenstand:

Siehe Anlass.

Zielsetzung (vmtl.):

Im Wissen um den relativ langen Zeitbedarf (bis zu einem halben Jahr) für ein vollständiges Nachwachsen abrasierter Augenbrauen wollte Maurer mit seiner Chefanordnung vermutlich einer künftigen, aus seiner Sicht unnötigen Entstellung wundversorgter Patienten vorbeugen.

- **Chefanordnung Nr. 68, erstellt am 24.06.1954:**⁴⁷²

Abschrift v. Durchschrift d. Originals.

Chefanordnung Nr. 68

Das R a u c h e n in der Operationsabteilung -
ausgenommen dem abgegrenzten Frühstücksraum - ist ab sofort
zu unterlassen.

München, den 24. Juni 1954

Kramer

⁴⁷² Vgl. Maurer 1954e.

Betreff:

Rauchen in OP-Abteilung.

Anlass:

Nicht entnehmbar.

Regelungsgegenstand:

Verbot des Rauchens in der OP-Abteilung (Ausnahme: abgegrenzter Frühstücksraum des OPs).

Zielsetzung (vmtl.):

Nach Ausführung eines Zeitzeugen hatte einer der Thoraxchirurgen des Krankenhauses RDI die Angewohnheit, des Öfteren während länger andauernder Operationen (> 1h) Zigarettenpausen im Waschraum zum OP einzulegen.⁴⁷³ Vermutlich bildete dieses Verhalten des Thoraxchirurgen den Anlass für die vorliegende Chefanordnung. Anzunehmen ist, dass Maurer aus grundsätzlichen, persönlichen und nicht zuletzt aus hygienischen Gründen ein Rauchen in der OP-Abteilung missfiel. Insbesondere schwer vorstellbar ist, dass Unterbrechungen operativer Eingriffe seitens der Operateure zum Zwecke von Raucherpausen toleriert worden wären. Mit seiner Anordnung konnte er sowohl eine grundsätzliche als auch eine auf die Person des betreffenden Thoraxchirurgen zugeschnittene Regelung des Rauchens bzw. Nichtrauchens in der OP-Abteilung treffen.

⁴⁷³ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

2.8.5 Themenbereich – Mahnungen bei Verstoß gegen bereits veräußerte Chefanordnungen

Maurers Chefanordnungen waren keineswegs als Entscheidungshilfen anzusehen, deren Umsetzung im Ermessen der einzelnen Mitarbeiter lag, sondern besaßen durchwegs verbindlichen Charakter. Er akzeptierte es weder persönlich noch in seiner Funktion als verantwortlicher Chefarzt der chirurgischen Abteilung bzw. als ärztlicher Direktor des Klinikums RDI, wenn seinen Anordnungen nicht die eingeforderte Beachtung geschenkt wurde. Maurer ging es dabei nicht primär um die Ahndung einer Unterminierung seiner persönlichen Autorität, sondern um die Unterbindung einer Gefährdung von Funktionalität, Professionalität und Qualität seines Klinikums.⁴⁷⁴

Die Einhaltung seiner Chefanordnungen kontrollierte Maurer selbst nur in Einzelfällen. Die Kontrolle der Umsetzung seiner Anordnungen übertrug er weitgehend der Verantwortung seiner jeweiligen Oberärzte.⁴⁷⁵ Erhielt er Kenntnis von der Nichtbeachtung seiner Anordnungen oder widersetzte sich ein ärztlicher Mitarbeiter seinen Vorgaben, mahnte er erneut und ausdrücklich die Einhaltung von ihm getroffener Regelungen an. Er scheute nicht davor zurück, diese Regelungen mit entsprechenden Konsequenzen für den betreffenden Mitarbeiter durchzusetzen.⁴⁷⁶ Die Erinnerungen der Zeitzeugen an Konsequenzen bei Nichtbeachtung Maurers Chefanordnungen sind differierend. Maurer gelang es anscheinend nicht immer, gleiche Maßstäbe für alle anzuwenden. Einerseits wird berichtet, Maurer habe in diesen Fällen zunächst ein Vier-Augen-Gespräch mit der bzw. dem Betroffenen in seinem Büro gesucht, anschließend unter Einbindung des verantwortlichen Oberarztes die jeweiligen Maßnahmen zur Problemlösung festgelegt. In keinem Falle sei die oder der Betroffene bloß gestellt worden.⁴⁷⁷ Unabhängig von der Größe des Fehlerausmaßes habe Maurer stets hinter seinen Mitarbeitern gestanden und deren Rücken gestärkt.⁴⁷⁸ Andererseits wird aber auch von offensichtlich ausgesprochenen Sanktionen berichtet, die durchaus im Rahmen der täglichen Visiten erfolgen konnten und die Betroffenen nicht nur kompromittierten, sondern auch erheblich unter Druck setzten.⁴⁷⁹ Das Strafmaß war offenbar vielfältig und reichte vom OP-Verbot bis zur »*Strafversetzung auf eine andere, langweilige Station.*«⁴⁸⁰

⁴⁷⁴ Vgl. Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁷⁵ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁷⁶ Vgl. Maurer 1953g.

⁴⁷⁷ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁷⁸ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁷⁹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁸⁰ Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

- **Chefanordnung Nr. 80, erstellt am 19.11.1954:**⁴⁸¹

Abschrift von Durchschrift
des Originals

Chefanordnung Nr.80

1. Ich verweise nochmals auf meine Chefanordnung Nr.63 vom 20.Mai 1954, in der ausdrücklich festgelegt wird, daß jeder Verbandswechsel in der Kurve durch ein rotes zu vermerken ist.
2. Ich weise zum wiederholten Male auf meine Chefanordnung hin, daß zur Visite sämtliche Unterlagen (Krankpapiere, Röntgenfilme usw.) griffbereit gehalten werden müssen.

München, den 18.November 1954

Kramer

⁴⁸¹ Vgl. Maurer 1954f.

Betreff:

Einhaltung von Chefanordnungen (Anordnung Nr. 63, erstellt am 20.05.1954).

Anlass:

Wiederholte Nichtbeachtung erlassener Chefanordnung.

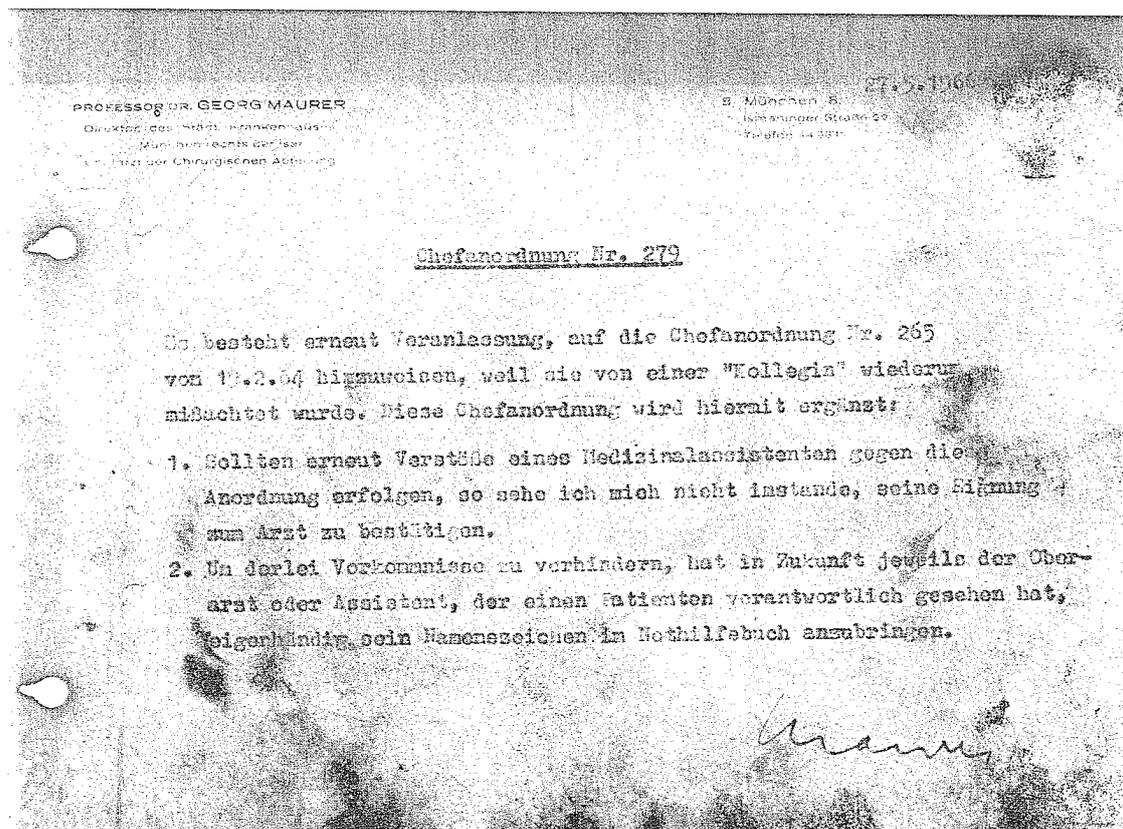
Regelungsgegenstand:

Dokumentation jedes Verbandwechsels in der Kurve. Griffbereite Bereithaltung zur Visite benötigter Unterlagen (Krankenpapiere, Röntgenfilme, etc.).

Zielsetzung (vmtl.):

Maurers Zielsetzung war es, mit der vorliegenden Chefanordnung einer bereits in einer vorangehenden Chefanordnung (Nr. 63) getroffenen Regelung zur Umsetzung zu verhelfen. Offenbar war seinen Vorgaben, jeden Verbandswchsel in der Kurve zu vermerken und zur Visite sämtliche Unterlagen griffbereit zu halten, trotz wiederholter Hinweise nicht die erwünschte Beachtung geschenkt worden.

- **Chefanordnung Nr. 279, erstellt am 27.05.1966:**⁴⁸²



⁴⁸² Vgl. Maurer 1966a.

Betreff:

Anmahnung der Einhaltung sowie Ergänzung der Anordnung Nr. 265, erstellt am 19.02.1964.

Anlass:

Wiederholte Missachtung der Anordnung durch eine ärztliche Kollegin.

Regelungsgegenstand:

Festlegung der Verantwortlichkeit für die Arbeit in der Nothilfe während des Feiertages oder des Nachtdienstes. Anbringen des Namenszeichens durch den Arzt (Oberarzt oder Assistenzarzt) im Nothilfebuch, der einen Patienten (Anm.: in der Nothilfe) verantwortlich gesehen hat. Androhung von Konsequenzen bei Nichtbeachtung (Verweigerung der Bestätigung einer Eignung zum Arzt).

Zielsetzung (vmtl.):

Einerseits dürfte es Maurer grundsätzlich um eine strikte Umsetzung seiner Anordnungen gegangen sein, andererseits war es ihm wiederholt ein dringliches Anliegen, die Verantwortlichkeit für ärztliche Tätigkeiten in der Nothilfe gerade während des Feiertags- oder Nachtdienstes geregelt und gesichert zu sehen. Seine Chefanordnung Nr. 265 hatte diese Verantwortlichkeit eindeutig den Ober- und Assistenzärzten zugewiesen und Medizinalassistenten davon ausgenommen. Dies hatte zweifelsohne haftungsrechtliche Gründe, die sich in Schadensfällen (Schädigung von Patienten) erheblich auf das Krankenhaus RDI und dessen Leitung ausgewirkt hätten. Eine Übertragung allein verantwortlicher Tätigkeiten in der Nothilfe während der Feiertags- und Nachtdiensten auf noch in Ausbildung befindliche Medizinalassistenten bedeutete zweifelsohne eine Vernachlässigung der Aufsichtspflicht. In der Folge auftretende Schädigungen von Patienten hätten letztendlich nicht nur die Klinikleitung sondern auch das gesamte Krankenhaus in negative Schlagzeilen bringen können. Diesem wollte Maurer verständlicherweise vorbeugen.

2.8.6 Themenbereich - Persönliche Kenntnisnahme der Chefanordnungen

Maurers Chefanordnungen wurden laut sämtlichen Zeitzeugenaussagen regelhaft allen ärztlichen Mitarbeitern seines Klinikums zur Kenntnis gebracht. Mit Unterzeichnung des Arbeitsvertrages verpflichtete sich neu einzustellendes ärztliches Personal, bestehende und künftige Chefanordnungen sorgfältig zu lesen, einzuhalten und die persönliche Kenntnisnahme mit Unterschrift zu bestätigen.⁴⁸³ Diese Verpflichtung wurde von Maurer überdies in einem gesonderten Anschreiben an neue ärztliche Mitarbeiter der Chirurgischen Klinik schriftlich fixiert.⁴⁸⁴ Neu einzustellende Mitarbeiter hatten somit alle bis dato erlassenen und ihnen in einem Ordner gesammelt ausgehändigten Chefanordnungen rückwirkend zu lesen und handschriftlich gegen zu zeichnen.⁴⁸⁵ Die Vielzahl existierender Chefanordnungen führte – laut Zeitzeugenaussage – oftmals dazu, dass deren Kenntnisnahme zwar mit Unterschrift bestätigt wurde, jedoch allenfalls, wenn überhaupt, stichprobenartig erfolgte.⁴⁸⁶

Chefanordnungen, die während des Urlaubs von ärztlichem Personal erlassen wurden, mussten nach dessen Rückkehr (bei Dienstantritt) gelesen und unterzeichnet werden. Aussagen bzw. Ausreden, neue Chefanordnungen seien aufgrund urlaubsbedingter Abwesenheiten nicht bekannt, wurden von Maurer nicht akzeptiert.⁴⁸⁷

⁴⁸³ Vgl. Absatz nach Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁸⁴ Vgl. Maurer n.d.

⁴⁸⁵ Vgl. Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁸⁶ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁸⁷ Vgl. Absatz nach Maurer 1954c.

66

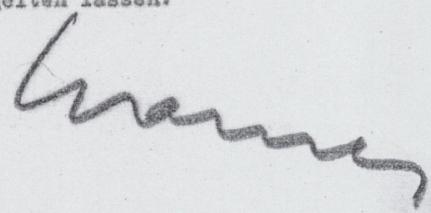
SM.

Chefanordnung Nr. 60

Ich möchte darauf hinweisen, daß jeder Arzt nach Rückkehr von Urlaub oder Krankheit verpflichtet ist, die während seiner Abwesenheit ergangenen Chefanordnungen bei ~~Präsident~~ FRAU KOLB ~~Siemann~~ nachzulesen.

Eine Ausrede, daß jemand von dieser oder jener Chefanordnung nichts gewußt habe, weil er während dieser Zeit abwesend war, kann ich unter keinen Umständen gelten lassen.

München, den 24. Mai 1954



G. ERGEBNIS / DISKUSSION

Zielsetzung vorliegender Untersuchung war es zunächst anhand der zwischen 1953 und 1979 verfassten Chefanordnungen von Georg Maurer herauszuarbeiten, ob und inwiefern diese es vermögen, grundsätzliche Ordnungsprinzipien des Klinikums RDI unter Maurers ärztlicher und wirtschaftlich-verwaltungstechnischer Leitung widerzuspiegeln.

Hinzukommt die Auswertung der Chefanordnungen vor dem Hintergrund der Fragestellung nach ihrem möglichen Anteil – als zentrales Führungsinstrument innerhalb des laufenden Klinikbetriebes – an der wachsenden Reputation des Klinikums RDI sowie unter dem Blickwinkel, welche ärztliche Persönlichkeit sich durch sie offenbart.

Nach ausführlicher vorangegangener Analyse der Schrift Dokumente Georg Maurers im Hinblick auf die zu bearbeitende Fragestellung, werden im Folgenden deren Ergebnisse detailliert aufgeführt und miteinander verglichen. Deutlich wird dabei, dass die Auswertungsergebnisse die in den Zeitzeugenaussagen kolportierten Charakterbeschreibungen Maurers deutlich bestätigen. Die Schriftstücke stellen markante Zeugnisse für seine charakteristische Persönlichkeitsstruktur dar, da sie detailliert Maurers berufliche Intentionen, Zielsetzungen, medizinische und organisatorische Strategien sowie seine (medizin)ethischen Prinzipien offenlegen.

Aus einem Gesamtkomplex von 223 Chefanordnungen, die allerdings nicht die Gesamtzahl der tatsächlich gefertigten Anordnungen Maurers umfassen, wurden für die vorliegende Analyse insgesamt 51 einzelne Anordnungen ausgewählt. Diese zeigen beispielhaft und äußerst anschaulich Maurers akribische, detailgetreue organisatorisch-ärztliche Handlungsweisen und dessen individuelle Persönlichkeit auf.

Lücken in der fortlaufenden Nummerierung belegen die Unvollständigkeit der für die Dissertation zur Verfügung stehender Schriftstücke. Einige dieser Chefanordnungen wurden unter anderem von Maurer selbst noch einer Abänderung, Ergänzung oder Aufhebung unterzogen. Die vornehmlich an das ärztliche Personal der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses bzw. späteren Klinikums RDI gerichteten Anordnungen, zeichnen sich durch einen weitgehend einheitlichen formalen Aufbau (Anm.: ab Juni 1963, beginnend mit der Chefanordnung Nr. 259 enthielten die Anordnungen zudem das Direktorenlogo von Maurer) aus und beinhalten als Regelungsschwerpunkte die Bereiche Klinikorganisation, Dokumentation und Krankenhaushygiene. Aktuelle, einen unmittelbaren Handlungsbedarf generierende Geschehnisse (Anm.: insgesamt 93 konkrete Situationsbindungen) waren, neben gesetzlichen Vorgaben (Anm.: ca. bis zu 25 gesetzliche Vorgaben ersichtlich) sowie neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, primärer Anlass zur Ausfertigung der Chefanordnungen. Deren Vorgaben waren präzise und benannten konkret Anlass, Betreff und Art der umzusetzenden Maßnahme(n). Ihre Befolgung war verbindlich und zog bei Zuwiderhandlungen ernsthafte Konsequenzen nach sich. Georg Maurer gelang

es, mittels seiner akribisch ausgearbeiteten Chefanordnungen klar strukturierte Organisations- und Prozessabläufe im Klinikum RDI zu etablieren und folglich das klinische Versorgungsmanagement schrittweise zu optimieren. Ein reibungsloser Klinikbetrieb bildete (Anm.: seines Erachtens) wiederum eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung innovativer Klinikvorhaben.⁴⁸⁸ Dieses betrieblich gefestigte und hart erarbeitete Grundgerüst verschaffte Maurer die notwendige Zeit und erforderlichen Ressourcen, sich weitergehenden Planungen und Vorhaben (z.B.: Etablierung neuer Fachdisziplinen, Gründung einer zweiten Medizinischen Fakultät in München) zu widmen. Die Analyse seiner Chefanordnungen bestätigt die Einschätzung Maurers durch seine Zeitgenossen, »als Mensch voller Pläne, Ideen und Visionen (...), der nach Höherem strebte«.⁴⁸⁹ Daher wird auch verständlich, dass ihm die chirurgische Chefarztstelle im Krankenhaus Altperlach (Anm.: das zu seiner Zeit keineswegs den Anforderungen eines vorbildlichen Krankenhauses, wie es heute zumindest in Deutschland als selbstverständlich angesehen wird, entsprach) auf Dauer nicht befriedigte und er sich folglich im Jahre 1953 für den Posten des chirurgischen Chefarztes am Klinikum RDI bewarb, zu dessen Klinikdirektor er sechs Jahre später (1959) ernannt wurde. Seit Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus RDI stand Maurer bedingungslos hinter diesem. Im steten Bemühen, das Klinikum voranzubringen und im rechten Licht erscheinen zu lassen, fühlte sich Maurer dazu bewogen, selbst kleinste Details mittels entsprechender Anordnungen zu regeln und zu kontrollieren. Betrachtet man dazu Maurers akribisch ausgearbeitete Schriftstücke, wird ersichtlich, dass »Maurers Chefanordnungen [sc. definitiv, d. Verf.] dieses hohe Maß an Identifikation widerspiegeln.«⁴⁹⁰ Sein großes Bestreben bestand darin, das Krankenhaus RDI unter seiner Leitung sowohl auf nationaler wie internationaler Ebene konkurrenzfähig zu machen, und es auf die Ebene der weltweit angesehenen Kliniken zu heben.⁴⁹¹ Die Umsetzung dieses zeitintensiven und schwer realisierbaren Vorhabens konnte allerdings lediglich durch einen optimal funktionierenden Klinikbetrieb und mittels einer daraus resultierenden qualitativ hochwertigen Patientenversorgung erreicht werden.⁴⁹² Eine klare personelle, fachliche und organisatorische Strukturierung des Klinikbetriebes bildete im Verständnis von Georg Maurer das unverrückbare Ordnungsprinzip schlechthin zur Sicherstellung einer hochqualifizierten Patientenversorgung und wirtschaftlich erfolgreichen Betriebsführung. Risiken für Personal, Patienten und letztendlich damit auch für sein Klinikum sollten durch geeignete Strukturen sowie durch verbindliche Festlegung von Prozessabläufen minimiert bzw. verhindert werden. Die Chefanordnungen Maurers können demnach in ihren Zielsetzungen als durchaus ernsthafte Bemühung um die Etablierung einer Art Qualitätsmanagement – ein Begriff, der zur damaligen Zeit

⁴⁸⁸ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁸⁹ Lechner 2002, 121.

⁴⁹⁰ Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁹¹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁹² Vgl. Absatz nach Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

kaum geläufig war – interpretiert werden. Ihm lag es zweifellos daran, mit seinen Chefanordnungen klare strukturelle und prozessuale Standards im Klinikum RDI zu etablieren. Diese Standards sollten – ähnlich der Zielsetzung heutiger Richt- bzw. Leitlinien (Anm.: gegenwärtig basiert die ärztliche Patientenversorgung auf Richt- und Leitlinien, sogenannte evidenzbasierte Medizin, die den aktuellen medizinischen Kenntnisstand berücksichtigen und stets an die jeweiligen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen angeglichen werden) – Richtschnur, Unterstützung und Entscheidungshilfe für das ärztlich-medizinische Handeln seiner Mitarbeiter sein. Seine Anordnungen zielten darauf ab, seinem ärztlichen Personal Routine und Sicherheit in der Patientenversorgung zu vermitteln sowie insbesondere potentielle Fehler und Fehlerquellen in der Patientenversorgung zu minimieren und zu vermeiden, nicht aber individuelle Handlungsspielräume und die von allen geforderte Selbständigkeit einzuschränken.⁴⁹³ So galt es für Maurer, der von Zeitzeugen als absoluter ›Netzdenker‹ beschrieben wurde, nicht nur optimale Organisationsstrukturen, Versorgungsprozesse und Behandlungsergebnisse vorzuweisen, sondern generell kritischen Stimmen zur Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern durch nachprüfbare Qualitätsstandards zu begegnen. *»Denn die gesellschaftlichen Veränderungen der vergangenen 30 Jahre [sc. Anm.: von 1949–1979, d. Verf.], die Einführung zahlreicher technischer Neuerungen haben das Gesicht der Medizin und vor allem der klinischen Chirurgie in den letzten Jahrzehnten entscheidend und rasch verändert. Das Interesse breiter Bevölkerungsschichten, zunächst durch optimistisch gefärbte Berichte über die große Leistungsfähigkeit der modernen Medizin in Erstaunen versetzt, hat in den letzten Jahren zunehmend einer kritischen Analyse der Krankenhausbehandlung und auch der Krankenhausstruktur in unserem Land Platz gemacht.«⁴⁹⁴*

Die Festlegung von Zuständig- und Verantwortlichkeiten, von Befugnissen und Handlungspflichten in Georg Maurers damaligen Chefanordnungen, entspricht weitgehend grundsätzlichen Verfahrensweisen, die heutzutage in Begriffen wie Qualitäts- und Risikomanagement subsumiert sind. Durch seine Richt- und Leitlinien baute sich Maurer ein Grundgerüst der ärztlichen Versorgung auf. Laut Zeitzeugenaussagen entsprach es Maurers ärztlichem Selbstverständnis, alles Erdenkliche für eine optimale Versorgung seiner Patienten zu unternehmen. Seinen persönlichen ärztlichen Leitgedanken (Anm.: ›Salus aegroti suprema lex‹) schrieb er immer wieder, wenn auch in indirekter Form (z.B.: Leit- und Richtlinien), in seinen Chefanordnungen nieder. Durch sie setzte er eindeutige und verbindliche Vorgaben im Rahmen der Patientenversorgung fest, die eine Vermeidung ärztlichen Fehlverhaltens zum Ziel hatte. Auch heute wird in vielen Kliniken in Form sogenannter Klinikpräambeln ein Leitbild menschlichen Handelns formuliert. Dieser Leitgedanke beinhaltet unter anderem allgemein ethische Grundsätze des medizinischen Handelns der jeweiligen medizinischen Institution. Als Manager seines Krankenhauses bzw.

⁴⁹³ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁹⁴ Maurer et al. 1979, 11.

seines Klinikums RDI legte Maurer zudem ein besonderes Augenmerk auf die Sicherstellung einer ressourcensparenden, ökonomischen und qualitätsgesicherten Medizin. Obgleich er seine Ziele stets mit Akribie, Hartnäckigkeit und Ausdauer verfolgte, war er nicht ausschließlich auf persönliche Erfolge und ›Projekte‹ fixiert, sondern behielt stets das Wohlergehen von Patienten und Mitarbeitern im Auge. Wenngleich zu Zeiten Georg Maurers haftungs- und strafrechtliche Erwägungen bei der klinischen Patientenversorgung eine im heutigen Vergleich eher untergeordnete Rolle gespielt haben dürften,⁴⁹⁵ ist anzunehmen, dass seine Chefanordnungen auch auf eine Vermeidung juristischer Auseinandersetzungen und eine rechtliche Absicherung seiner Mitarbeiter sowie seiner eigenen Person abzielten. Auch hier wird seine immer wieder beschriebene vorausblickende Persönlichkeit offenbar. Ein weiterer Beweggrund Maurers zur Einführung seiner Chefanordnungen dürfte der Prägung durch seinen ehemaligen Lehrer Erich Lexer zuzurechnen sein. Lexer hatte zu seiner Zeit als Direktor der Chirurgischen Klinik Münchens (1928–1936) einen zwanzigseitigen Pflichtenkatalog für Assistenten eingeführt, deren strikte Einhaltung mittels obligatorischem Handschlag zwischen Chef und den Assistenzärzten vereinbart wurde.⁴⁹⁶ Mit dem Handschlag »hielt Erich Lexer die angehenden jungen Chirurgen (...) nicht nur zur genauen Einhaltung der Vorschriften an, sondern verpflichtete sie mit diesem Handschlag auch und vor allem ganz persönlich auf seine eigene Person.«⁴⁹⁷ Neuankömmlingen »drückte« Lexer den Pflichtenkatalog »in die Hand«, mit dem Hinweis »er werde sie gelegentlich darin prüfen und abfragen.«⁴⁹⁸ Mit Einführung des Pflichtenkatalogs schuf Lexer klare Organisationsstrukturen im medizinischen Betrieb auf Station und im OP und bewirkte eine »äußert straff[e] [sc. Klinikführung, d. Verf.] (...)«⁴⁹⁹, die für eine große Klinik, wie die damalige Chirurgische Klinik Münchens, unabdingbar war. Lexer hatte seinen Pflichtenkatalog sowohl inhaltlich als auch strukturell in vier Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt führte die jeweils Verantwortlichen der chirurgischen Klinik und deren Aufgaben und Pflichten an. Abschnitt zwei beinhaltete klare Regelungen im Hinblick auf »die Ausführung wichtiger ärztlicher Tätigkeiten [sc. im, d. Verf.] (...) OP-, Narkose- und Ambulatoriumsbetrieb, (...) das Abfassen von Arztbriefen und die Erstellung von Gutachten«⁵⁰⁰. Der dritte Abschnitt definierte die Aufgabenbereiche von Funktionseinheiten (Röntgenuntersuchungs-, Bestrahlungsabteilung, Endoskopie, Nachbehandlungsabteilung). Im vierten Abschnitt wurden die Einrichtungen, die für wissenschaftliche Tätigkeiten und Dokumentationen zur Verfügung standen, benannt.⁵⁰¹ Maurer, der während seiner Facharztweiterbildungszeit (1935–1939) an der chirurgischen Klinik der Universität München selbst den Vorgaben des Pflichtenkatalogs unterzo-

⁴⁹⁵ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁴⁹⁶ Vgl. Gleißner 1996, 100-101.

⁴⁹⁷ Gleißner 1996, 100.

⁴⁹⁸ Gleißner 1996, 100.

⁴⁹⁹ Gleißner 1996, 100.

⁵⁰⁰ Gleißner 1996, 101.

⁵⁰¹ Vgl. Absatz nach Gleißner, 100.

gen war, hatte die straffe, auf »*fachlicher Autorität*«⁵⁰² und schriftlichen Direktiven (Pflichtenkatalog) beruhende Klinikführung Lexers hautnah erlebt. Offenbar wurde Maurer in dieser Zeit von der Notwendigkeit klarer Organisationsstrukturen und direkter Führungsinstrumente für die Gewährleistung eines einwandfreien Klinikbetriebs überzeugt. Seine Chefanordnungen, zwar nicht in einem Katalog zusammengefasst, sondern anlassbezogen fortgeschrieben, spiegeln in allerdings veränderter, erweiterter Form im Grunde Lexers Pflichtenkatalog wieder. Wie Lexer bestand auch Maurer auf eine bedingungslose Umsetzung seiner Vorgaben. Um missverständliche Interpretationen seiner Vorgaben auszuschließen, beschrieb er diese teils bis ins kleinste Detail.⁵⁰³ Frühkindliche Persönlichkeitsprägungen, insbesondere das Wissen um seine Adoption sowie Erfahrungen und Erlebnisse als Verwundetenarzt im Zweiten Weltkrieg haben sicherlich die Handlungsweisen und Strategien Georg Maurers beeinflusst. Diese Empfindungen könnten eine mögliche Erklärung für Maurers ausgesprochene Zielstrebigkeit, seinen enormen Ehrgeiz, seine Tüchtigkeit und sein Streben nach Außergewöhnlichem sein. Sich selbst und seinem Umfeld Willensstärke, Unabhängigkeit, Durchsetzungsvermögen und Erfolg zu beweisen, war seine Art, Selbstwertgefühl sowie Anerkennung zu generieren. Seine Chefanordnungen sind sicherlich auch vor diesem Hintergrund zu verstehen, denn sie bildeten unter anderem eines der Instrumente um seine hochgesteckten Ziele zu erreichen.⁵⁰⁴

Übereinstimmung sämtlicher Zeitzeugen besteht in der Wertung von Anlass und Intention Maurers Chefanordnungen. Demnach erfolgten sie grundsätzlich anlassbezogen und waren zum Zeitpunkt ihrer Anordnung zur Gewährleistung eines reibungslosen Klinikbetriebes erforderlich.⁵⁰⁵

»Die Chefanordnungen wurden«, so Thomas Zimmermann, »*nie aus narzisstischer Motivation oder zum Selbstzweck erstellt, sondern zur Sicherstellung korrekter Verfahrensweisen und einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung.*«⁵⁰⁶ Maurers Chefanordnungen wurden von seinen Mitarbeitern durchgehend akzeptiert.⁵⁰⁷ Die »*Akzeptanz der Anordnungen stand damals nie zur Debatte. Sie wurden nie hinterfragt; es war eine andere Zeit.*«⁵⁰⁸ Eine der Erklärungen hierfür liegt höchstwahrscheinlich auch in den zu erwartenden Konsequenzen, die die Nichtbeachtung dieser Chefanordnungen nach sich zog.⁵⁰⁹ Die persönliche Akzeptanz und Wertschätzung der Chefanordnungen lässt sich u.a. aus dem Umstand bemessen, dass Maurers ehemalige Ober- und Chefärzten (z.B.: Peter

⁵⁰² Gleißner, 100.

⁵⁰³ Vgl. Absatz nach Maurer 1953g.

⁵⁰⁴ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁵⁰⁵ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

⁵⁰⁶ Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁵⁰⁷ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Zimmermann 2014, Abschnitt: Arzt.

⁵⁰⁸ Zimmermann 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁵⁰⁹ Vgl. Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

Maurer, Werner Theisinger) später selbst Chefanordnungen als Instrument ihrer persönlichen Klinikführung etablierten.⁵¹⁰

Eine Überforderung der Mitarbeiter auf Grund neu getroffener Chefanordnungen wurde von den Zeitzeugen synchron verneint.⁵¹¹ Aus heutiger Sicht der Zeitzeugen finden sich Maurers Ordnungsprinzipien – wenngleich modifiziert, ergänzt oder mit anderen Begriffen belegt – in ihren Grundzügen in nahezu jeder Form des heutigen modernen Klinikmanagements wieder.

Schlussendlich stellt sich die Frage, welchen Anteil die Chefanordnungen als zentrales Führungsinstrument möglicherweise an der wachsenden Reputation des Klinikums RDI hatten. Die von Mauer vorwiegend schriftlich fixierten (Chef-) Anordnungen bildeten ein besonderes, individuelles und erfolgreiches Instrument seiner Klinikführung, das sicherlich mitentscheidend zur erfolgreichen Implementierung eines klar strukturierten, gut organisierten und betriebswirtschaftlich wie auch medizinisch-fachlich leistungsfähigen Klinikbetriebes beitrug. Als unverzichtbares Steuerungs- und Informationsinstrument schufen sie eine elementare Grundbasis für den Aufbau und das Management einer solchen medizinischen Einrichtung. Grundfesten für die erfolgreiche Entwicklung des städtischen Krankenhauses RDI zu einer angesehenen und modernen Klinik, war jedoch Maurers ausgeprägt hartnäckige Zielstrebigkeit, sein Verantwortungsbewusstsein, sein Eigensinn und Fleiß, seine Klugheit und Raffinesse und seine äußerst durchsetzungsfähige und individuelle Persönlichkeitsstruktur. Die Kombination aus den genannten Charaktereigenschaften Maurers sowie sein ausgeprägtes ›Netzdenken‹ waren zweifellos Garanten für die Verwirklichung seiner Intentionen und Vorhaben. Kaum jemand dürfte politisch und privat so vernetzt, aber auch derart polarisierend gewesen sein wie Georg Maurer. Seine individuelle Lebensleistung, seine Verdienste für die Weiterentwicklung der chirurgischen Medizin, die universitäre Aus- und Weiterbildung des medizinischen Nachwuchses sowie die initiierte Etablierung der zweiten medizinischen Fakultät am damaligen Krankenhaus RDI bedingten, dass sich das ehemalige Armenkrankenhaus Haidhausen zu einer der medizinisch fortschrittlichen und international angesehenen akademischen Klinik entwickelt hatte.⁵¹² Betrachtet man Georg Maurers Weg, der bis zum endgültigen Erreichen seines Ziels zurückgelegt werden musste, stellt man jedoch fest, dass dieser bereits von Beginn an von Umwegen und vielfältigen Hürden geprägt war. Maurer ließ sich jedoch auf dem Weg zu seinem Ziel von nichts und niemanden ab- oder aus der Ruhe bringen. Im Gegenteil – er empfand persönliche, teils auch verdeckte ›Angriffe‹ als Herausforderung, nahm diese an und schaffte es mit strategischem Geschick, gewisser Raffinesse und konsequenter Beharrlichkeit immer wieder aufs Neue, sämtliche Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

⁵¹⁰ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Maurer 1953g.

⁵¹¹ Vgl. Maurer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Biemer 2014, Abschnitt: Vorgesetzter; Geile 2014, Abschnitt: Vorgesetzter.

⁵¹² Vgl. Maurer et al. 1979, 4.

H. ZUSAMMENFASSUNG – DISSERTATION

Georg Maurer, am 29.05.1909 als zweiter Sohn der Arbeiterfamilie Menge in München geboren und bis zum Tode seinem Geburtsort fest verbunden, entwickelte sich zu einer bedeutenden Persönlichkeit der Bayerischen Landeshauptstadt. Als Arzt (1933–1979), Klinikdirektor (1959–1979) und Kommunalpolitiker (1952–1972, CSU-Stadtrat) war und ist Georg Maurer noch heute vielen Menschen ein Begriff und in Erinnerung geblieben. Er hat mit hartnäckiger Zielstrebigkeit, strategischem Geschick, fachlicher Kompetenz und bedingungslosem Engagement erreicht, was viele für sich nur erträumen können – die Entwicklung des ehemaligen städtischen Armenkrankenhauses RDI zu einem national und international anerkannten und leistungsstarken Universitätsklinikum. Dieses wenn auch hochgesteckte Lebensziel ließ sich jedoch lediglich auf den Grundpfeilern eines optimal funktionierenden Klinikmanagements und einer darauf basierenden qualitativ hochwertigen Patientenversorgung verwirklichen. Georg Maurers Chefanordnungen trugen dabei entscheidend zur erfolgreichen Umsetzung eines solchen systematischen, klar geregelten und ökonomischen wie auch medizinisch-fachlich effizienten Klinikbetriebs bei. Sie bildeten ein bedeutendes, individuelles und gewinnbringendes Utensil seiner Klinikführung. Die Chefanordnungen dienten Maurer als unverzichtbares Steuerungs- und Informationsinstrument und stellten letztlich Elemente eines bereits damals intendierten, heutzutage in jedem Klinikbetrieb sicherzustellenden Qualitätsmanagements dar. Zweifelsohne bilden Maurers Schriftstücke auch unübersehbare Zeugnisse seiner individuellen, zielstrebigsten, konservativen, verantwortungsbewussten und äußerst durchsetzungsfähigen Persönlichkeitsstruktur ab, die ausschlaggebend für den heutigen Erfolg des Klinikums RDI war. Sein überwiegend autoritärer Führungsstil, sein detailbezogenes Regelungsverständnis und -bemühen sowie seine akribisch durchorganisierte Arbeitsweise spiegelten sich nicht nur in seinen Chefanordnungen, sondern auch in einer streng hierarchisch-personellen Organisationsstruktur seines Klinikums wieder. Sie verschafften Georg Maurer nicht nur den Ruf eines guten Organisators, sondern auch den eines international fachlich anerkannten Krisenmanagers. Eindeutige, transparente und funktionierende Strukturen galten für Georg Maurer als unabdingbare Grundvoraussetzungen für eine medizinisch effiziente und optimale Patientenversorgung. Denn das Wohl seiner Patienten, die Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Gesundheit, stand nicht nur im Zentrum von Maurers persönlicher Bemühungen, sondern war Vorgabe und Handlungsmaxime für all seine Mitarbeiter. Maurer avancierte in der Folge zu einem gefragten Münchner Chirurgen, der sich das Vertrauen der breiten Bevölkerung insbesondere durch seinen menschlich respektvollen und ärztlich-fürsorglichen Patientenumgang erworben hatte. Wenngleich auch in bestimmten Einstellungen und Auffassungen unverrückbar, zeichnete Georg Maurer jedoch eine grundsätzliche, ausgeprägte Offenheit aus. Dies betraf insbe-

sondere medizinische und technische Innovationen, die seinem Klinikum Aussicht auf Vorteile, Gewinn und Erfolg versprachen. So förderte er die Etablierung und Entwicklung eigenständiger chirurgischer Spezialgebiete. Die wesentlich von Georg Maurer initiierte Etablierung der zweiten medizinischen Fakultät am damaligen Krankenhaus RDI (1967) führten mit dessen Erhebung zum Akademischen Lehrkrankenhaus schrittweise zu umfangreichen baulichen, organisatorischen und technischen Veränderungen und Neuerungen. Staatliche Förderungen ermöglichten unter anderem die Ausstattung mit modernsten medizinischen Geräten sowie die Einrichtung neuer medizinischer Fachbereiche im Klinikum RDI. Die gleichzeitige Wahrnehmung von medizinischer und wirtschaftlicher Leitung des Klinikbetriebes, veranlasste Georg Maurer, in vielen Belangen auf das Führungsinstrument der Delegation zurückzugreifen. Die Delegation von Verantwortung und vielfältiger, vornehmlich die unmittelbare Patientenversorgung betreffender Aufgaben auf nachgeordnete, fachlich hervorragend qualifizierte Oberärzte bildet ein weiteres der den Chefanordnungen Georg Maurers entnehmbaren Ordnungsprinzipien. Mittels Chefanordnungen schrieb er unmissverständlich, differenziert und personenbezogen seine verpflichtenden Vorgaben für die nachgeordnete Ärzteschaft fest. Maurer, der seine persönlichen Ziele zwar stets mit Sorgfalt, starkem Eigenwillen und extremer Beharrlichkeit verfolgte, war es unter anderem ein großes und grundsätzliches Anliegen – wenn auch nicht uneigennützig – engagierte Mitarbeiter seines ärztlichen Personals zu fördern. Er verhalf vielen zu einer bedeutenden und erfolgreichen beruflichen Laufbahn. Die Zeit und Kraft, die Maurer in die Umsetzung seiner Vorhaben und Projekte investierte, gingen zu Lasten seines Privatlebens. Persönliche Interessen und die eigene Gesundheit wurden dabei von ihm stets hintangestellt.

Georg Maurers berufliches Werden und Wirken war vielfältig von seinem chirurgischen Lehrer und großen Vorbild Erich Lexer geprägt. Maurer hatte seine chirurgische Facharztausbildung unter den Direktiven Erich Lexers absolviert, und dabei rasch die Bedeutung eines engen, sich ergänzenden Zusammenwirkens von chirurgisch-handwerklichen Fertigkeiten und organisatorisch-strukturierenden Fähigkeiten für den ärztlichen Beruf erkannt. Lexers damaliger schriftlich fixierter Pflichtenkatalog, beschrieb eindrücklich verbindliche Richtlinien ärztlichen Handelns und nahm großen Einfluss auf den weiteren beruflichen Werdegang Georg Maurers. Er muss als das entscheidende und unmittelbare Vorbild für die Umsetzung Maurers Chefanordnungen gesehen werden, denn Maurers Schriftstücke repräsentieren eindeutig, wenn auch in abgeänderter und erweiterter Form, Lexers Pflichtenkatalog. Inwieweit Erfahrungen und Erlebnisse als Verwundetenant im Zweiten Weltkrieg sowie frühkindliche Persönlichkeitsprägungen die Handlungsweisen und Strategien Georg Maurers als Chefarzt und Klinikdirektor maßgeblich beeinflussten, lässt sich aufgrund der mir vorliegenden Rechercheergebnisse nicht mit Sicherheit feststellen; diesbezügliche weitere Nachforschungen würden den Rahmen dieser Dissertati-

on sprengen. Fakt ist jedoch, dass Georg Maurer mit seiner Art der Klinikführung, der hierfür eingesetzten Steuerungsinstrumente, aber auch mit seinem diplomatischen Geschick, unterstützt von einem weitverzweigten, einflussreichen Netzwerk es gegen alle Widersacher schaffte, das ehemalige Armenkrankenhaus Haidhausen zu einem modernen, universitären und international anerkannten Klinikum zu formen. Wohlwollende wie kritische Zeitgenossenstimmen sind sich in ihrer Anerkennung der von Maurer gesteuerten Entwicklung des Klinikums RDI zu einer national wie international renommierten Klinik Einrichtung einig – eine Einschätzung, die auch heute noch aktuell ist und sich in der nach wie vor bestehenden Wertschätzung Maurers als besondere Persönlichkeit der Münchener Stadtgeschichte zeigt.

So äußerte Christian Peschel, Dekan der medizinischen Fakultät der TUM, im Buch ›40 Jahre Fakultät für Medizin‹: *»(...) In diesem Verbund soll es uns gelingen, die Spitzenstellung unserer Fakultät (Anm.: medizinische Fakultät TUM) in Deutschland zu bewahren und international auszubauen. Damit soll durch unsere Generation von forschenden Ärzten auch all denen Dank und Anerkennung gezollt werden, die uns diese hervorragenden Voraussetzungen in der Vergangenheit geschaffen haben«.*⁵¹³

⁵¹³ Hermann – Wilmanns 2007, 9.

I. QUELLENVERZEICHNIS

1. Archivalien

1.1 Schriftstücke Georg Maurer

Maurer, Georg: *Anschreiben*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München o.J.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 6*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1953a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 7*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1953b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 8*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1953c.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 26*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1953d.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 38*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1954a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 59*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1954b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 65*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1954c.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 66*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1954d.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 68*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1954e.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 80*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1954f.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 87*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1955a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 97*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1955b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 102*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1955c.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 119*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1955d.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 140*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1956a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 145*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1957a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 149*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1957b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 158*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1957c.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 160*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1957d.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 163*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München o.J.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 166*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1957e.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 169*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1957f .

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 170*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1957g.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 182*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1958a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 188*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1958b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 191*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1958c.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 193*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1958d.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 198*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1958e.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 204*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1958f.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 224*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1960a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 225*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1960b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 229*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1960c.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 254*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1962.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 257*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1963a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 262*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1963b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 268*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1964a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 270*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1964b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 277*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1965.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 279*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1966a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 283*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1967a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 299*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1970.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 300*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1971a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 301*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1971b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 304*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München o.J.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 310*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1977a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 319*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1974.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 328*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1976a.

Maurer, Georg : *Chefanordnung Nr. 335*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität . München 1976b

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 342*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1977b.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 347*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1979a.

Maurer, Georg: *Chefanordnung Nr. 348*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1979b.

Maurer, Georg: *Schriftstücke*. Institut für Geschichte und Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität. München 1953g

1.2 Bayerisches Hauptstaatsarchiv

BayHStA MK 58882, Maurer, Georg Dr., geb. 29.05.1909, gest. 04.07.1980 o. Professor TH, Laufzeit: 1940–1985

BayHStA MK 67876, Lehrstuhl für Chirurgie, Enthält: Berufungsverhandlungen und Besetzung des ordentlichen Lehrstuhls für Chirurgie mit Prof. Dr. Georg Maurer (1967); Emeritierung von Prof. Maurer am 01.10.1977; Berufungsverhandlungen mit Prof. Dr. Rudolf Pichlmayr, Laufzeit: 1967–1980

1.3 Stadtarchiv München

StAM Nr. 509 (Planbettenstand, 1959–1967), ›Krankenhaus rechts der Isar‹

StAM Signatur: ZA-P 328/37 [Laufzeit: 1953–1980], ›Personenmappe der Zeitungsausschnittsammlung‹

2. Primärquellen

2.1 Gedruckt

Böck, Karl: *Festrede - Zum 40 jährigen Bestehen des Klinikums r. d. Isar*, München 2007.

Maurer, Peter Carl: *Zeitzeugeninterview*. Interview geführt von Beck, Beate. Schriftliche Dokumentation. München 2012

2.2 Ungedruckt

Biemer, Edgar: *Zeitzeugeninterview*. Interview geführt von Schweitzer, Bernadette. Face-to-face-Interview, Sprachaufnahme, Schriftliche Dokumentation. München 2014.

Borelli, Siegfried: *Zeitzeugeninterview*. Interview geführt von Schweitzer, Bernadette. Face-to-face-Interview, Sprachaufnahme, Schriftliche Dokumentation. München 2014.

Geile, Dorothea: *Zeitzeugeninterview*. Interview geführt von Schweitzer, Bernadette. Face-to-face-Interview, Sprachaufnahme, Schriftliche Dokumentation. München 2014.

Gradinger, Reiner: *Zeitzeugeninterview*. Interview geführt von Schweitzer, Bernadette. Face-to-face-Interview, Sprachaufnahme, Schriftliche Dokumentation. München 2014.

Locher, Wolfgang: *Interview - Doktorarbeit*. Interview geführt von Schweitzer, Bernadette. Face-to-face-Interview, Sprachaufnahme, Schriftliche Dokumentation. München 2015.

Maurer, Peter Carl: *Zeitzeugeninterview*. Interview geführt von Schweitzer, Bernadette. Face-to-face-Interview, Sprachaufnahme, Schriftliche Dokumentation. München 2014, 2015.

Zimmermann, Thomas: *Zeitzeugeninterview*. Interview geführt von Schweitzer, Bernadette. Face-to-Face-Interview, Sprachaufnahme, Schriftliche Dokumentation. München 2014.

3. Sekundärquellen

3.1 Fachliteratur

Bergler, R.: *Psychologie der Hygiene*. Heidelberg 2009, Steinkopff Verlag.

Bürkle de La Camp, H.: *Chirurgenverzeichnis*. 5. Auflage. Berlin et al. 1969, Springer-Verlag.

Bundesgesetzblatt: Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Berlin et al. 2014, Springer-Verlag .

Cord-Landwehr, K. – Kranert, M.: *Einführung in die Abfallwirtschaft*. 4. Auflage. Wiesbaden 2010. Vieweg + Teubner Verlag.

Dittmann, E. M.: *Der Chirurg Erich Lexer (1867-1937). Untersuchungen zu seiner Person, seiner Wirkung und seinem Nachruhm*. Heidelberg 2007, Kaden Verlag.

Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar: *MRI 1967-1997. Fakultät für Medizin und Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München*. o.O. o.J.

Funke, A.: *Privatärztliches Gebührenrecht*. Berlin et al. 2013, Springer-Verlag.

German Advisory Committee Blood: *Treponema pallidum*, in: *Transfusion Medicine and Hemotherapy* 30, Basel 2003.

Gleißner, G.: *Das Wirken Erich Lexers als Chirurg, Klinikdirektor und Lehrstuhlinhaber in München (1928-1937)*. Medizinische Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München 1996.

Gradinger, R. (Hrsg.): *Das Klinikum rechts der Isar im Wandel der Zeit*. München 2012. Haverkamp, Wilhelm et al.: *Internistische Intensivmedizin*. Stuttgart 2008, Georg Thieme Verlag.

Heberer, G. et al.: *Chirurgie: Lehrbuch für Studierende der Medizin und Ärzte*. Berlin et al. 1977, Springer-Verlag.

Hermann, W. A. – Wilmanns, J. C.: *40 Jahre Fakultät für Medizin. Technische Universität München*. München 2007, Selbstverlag.

Hirner, A. – Weise, K.: *Chirurgie: Schnitt für Schnitt*. Stuttgart 2004, Georg Thieme Verlag.

Kilian, H.: *Meister der Chirurgie und die Chirurgeschulen im gesamten deutschen Sprachraum*. 2. Auflage. Stuttgart 1980, Georg Thieme Verlag.

Kimming, J.: *Therapie der Haut und Geschlechtskrankheiten*, in: *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten* 5, Berlin et al. 1961, Springer-Verlag.

Kohn, S.: *Erich Lexer (1867-1937)*. Medizinische Dissertation, Universität Freiburg 1987.

Kramer, A.: *40 Jahre Infection control*. Ingenfeld 2007, Central Production.

Kramme, R.: *Medizintechnik*. 3. Auflage. Heidelberg 2007, Springer Medizin Verlag.

Kriegel, J.: *Krankenhauslogistik*. Wiesbaden 2012, Springer Gabler Verlag.

- Lauter, H.: *150 Jahre Krankenhaus rechts der Isar 1834-1984. Von der haidhausner Armen- und Krankenanstalt zum Klinikum der Technischen Universität.* Gräfelfing 1984, Demeter Verlag.
- Lechner, F.: *Mit Skalpell und Feder: ein Chirurg blickt zurück.* o.O. 2002, Selbstverlag.
- Maurer, G.: *Langenbeck's Archives of Surgery - IX Über Transfusions-Syphilis.* Berlin et al. 1950, Springer-Verlag.
- Maurer, G.: *Temporäre Sterilisation und Nachkommenschädigung*, in: Radiologischer Rundschau 3, Medizinische Dissertation (09.03.1934, München). Berlin 1936, Karger Verlag.
- Maurer, G.: *Umbau, Dystrophie und Atrophie an den Gliedmaßen: Sogenannte Sudeck-sche Knochentherapie.* Berlin et al. 1940, Springer Verlag.
- Maurer, P. C. et al.: *Behandlungsgrundsätze der Chirurgie: Forschung in Klinik und Experiment, Georg Maurer zum 70. Geburtstag gewidmet.* Stuttgart 1979, Schattauer Verlag.
- May, H. – Bürkle de la Camp, H.: *Erich Lexer: Eine biographische Skizze. Mit einem Geleitwort. z. 100. Wiederkehr von Erich Lexers Geburtstag von H. Bürkle de La Camp*, in: Vorträge aus der praktischen Chirurgie Heft 78. Stuttgart 1967, Ferdinand Enke Verlag.
- Nissen, R.: *Helle Blätter - Dunkle Blätter. Erinnerungen eines Chirurgen.* Stuttgart 1969, Deutsche Verlags-Anstalt GmbH.
- Nuland, S. B.: *Ignaz Semmelweis - Arzt und großer Entdecker.* München 2006, Piper Verlag.
- O.V.: *Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen*, in: Bundesgesundheitsblatt 57 (Berlin et al., Springer-Verlag, 2014).
- Pfohl, G. – Schmid, M.: *Die Fakultät für Medizin der Technischen Universität München/ Vorgeschichte und Geschichte. Eine Dokumentation zusammengestellt von Gerhard Pfohl und Magnus Schmid.* München 1977, Eigenverlag.
- Rank, G. – Schmidhofer, T. *Das Klinikum rechts der Isar im Wandel der Zeit. Geschichtsbroschüre.* München o.J.
- Reuschenbach, K.H.: *Langenbeck's Archives of Surgery - Die präoperative Kurzwaschung mit Phisohex.* Berlin et al. 1954, Springer Verlag.
- Simon, A. et al.: *Umsetzung der MRSA-Empfehlung der KRINKO von 1999-Aktuelle Hinweise des Vorstandes der DGKH*, in: Hygiene Medizin 34 (Wiesbaden 2009).
- Vorstand des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München: *Wissenschaft Heilung - Die Jahre 2013 und 2014 am Klinikum rechts der Isar.* München 2014,
- Wagner-Braun, M.: *Zur Bedeutung berufsständischer Krankenkassen innerhalb der private Krankenversicherung in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg: die Selbsthilfeeinrichtungen der katholischen Geistlichen.* Stuttgart 2002, Franz Steiner.

3.2 Internetbeiträge

Ärzttekammer Berlin – Merkblatt Schweigepflicht

https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/08_Berufsrechtliches/06_Behandlung_von_Patienten_Pflichten_Empfehlungen/35_Merkblatt_Schweigepflicht.pdf
[06.05.2016]

AzV.doc – arbeitszeitverordnung_azv_bayern_27042004.pdf.

http://www.landesbeamte.de/media/pdf/arbeitszeitverordnung_azv_bayern_27042004.pdf
[06.05.2016]

Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt

<https://www.verkuendung-bayern.de/files/gvbl/1970/29/gvbl-1970-29.pdf> [06.05.2016]

Bundesgesetzblatt

http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl173018.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl173018.pdf%27%5D__1461698939998 [26.04.2016]

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Gerätesicherheitsgesetz (2015).

<http://www.bmwi.de/DE/Service/gesetze.did=22176.html> [30.09.2015].

Deklaration von Genf – Genf.pdf.

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf
[06.05.2016]

Duden | Chef | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft.

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Chef> [20.06.2016]

Freie juristische Bibliothek Opiniojuris, BGH, 20.12.1952 - II ZR 141/51.

<http://opiniojuris.de/entscheidung/1607> [28.02.2013].

Friess, H. et al.: 100 Jahre Vereinigung der Bayerischen Chirurgen (2011)

<http://www.vereinigung-bayerischer-chirurgen.de/content/files/100-jahre-vbc-buch.pdf>
[15.09.2015].

Gesetz zu dem Europäischen Übereinkommen vom 15. Dezember 1958 über den Austausch therapeutischer Substanzen menschlichen Ursprungs. *Bundesgesetzblatt Teil II* (35): 1442 (1962).

http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl262s1442.pdf [13.05.2016]

Ignaz Semmelweis - Biografie WHO'S WHO.

<http://www.whoswho.de/bio/ignaz-semmelweis.html> [20.06.2016]

Klein, Andreas (Hg.) et al.: Risikomanagement und Risiko-Controlling.

http://www.hochschuleheidelberg.de/fileadmin/srh/heidelberg/pdfs/fakultaeten/wirtschaft/BWL_Bachelor/Land_Risikomanagement_im_Krankenhaus_01.pdf [18.10.2015].

Klinikum rechts der Isar (Hg.) et al.: Das Klinikum rechts der Isar im Wandel der Zeit (2012).

http://www.mri.tum.de/system/files/file_attach/MRI_Geschichte.pdf [20.08.2015].

Klinikum rechts der Isar – Technische Universität München, Das Klinikum rechts der Isar im Profil.

<http://www.mri.tum.de/node/285> [03.01.2016].

Klinikum rechts der Isar – Technische Universität München, Georg Maurer Medaille für Prof. Cornelia Höß (2003).

<http://archive.is/JPvAS> [05.03.2015].

o.V.: AFFÄREN/MAURER - Bis jetzt Müllgrube. DER SPIEGEL 15 (1971) 67-72.

<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43732434.html> [21.09.2015].

o.V.: AFFÄREN/TH MÜNCHEN - 3,7 Patienten. DER SPIEGEL 14 (1969) 89-90.

<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-45741773.html> [21.09.2015].

Portal München Betriebs-GmbH & Co, Georg-Maurer-Straße (2014).

<http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Kommunalreferat/vermessungsamt/strassennamen/Strassenneubenennung-2006/georgmaurer.html> [10.10.2015].

Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) – Zweite Richtlinienanpassung (2010)

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/> [29.05.2016]

Risikomanagement im Krankenhaus. (o.J)

http://www.hochschule-heidelberg.de/fileadmin/srh/heidelberg/pdfs/fakultaeten/wirtschaft/BWL_Bachelor/Land_Risikomanagement_im_Krankenhaus_01.pdf [18.10.2015]

Robert Koch-Institut. Syphilis - RKI-Ratgeber für Ärzte. *Robert Koch-Institut (2007)*.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Syphilis.html [03.05.2016]

Vf.

<http://www.bayern.verfassungsgerichtshof.de/13-VII-04,%2017-VII-04-Entscheidung.html> [06.05.2016]

Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes – LAGA-Rili.pdf;jsessionid=DE78B4C281381799A1AD76A2B14AF2E0.2_cid363.

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/LAGA-Rili.pdf;jsessionid=DE78B4C281381799A1AD76A2B14AF2E0.2_cid363?blob=publicationFile [13.05.2016]

J: ANHANG

1. Fragenkatalog - Zeitzeugeninterview

THEMA		FRAGE	ANT- WOR T
	PERSÖNLICHER BE- ZUG ZU MAURER	1. Woher kennen sie sich? 2. Wie standen sie zu Ihm?	
	PRIVATMENSCH	1. Was war er für ein Mensch? <ul style="list-style-type: none"> • Charakter/Persönlichkeit • Umgang mit Familie (Lebensmittelpunkt, Au- ßenseiter) • Umgang mit Gesellschaft, Freunden, Kolle- gen • Umgangsformen • Einstellungen/Moral/Ethik • Glaube • Draufgänger • Schwerpunkte in seinem Leben • Wertlegung auf Äußerlichkeiten • Aufbau einer Fassade 	
	ARZT	1. Wie war er als Arzt? <ul style="list-style-type: none"> • Profession oder Berufung • Medizinische Schwerpunkte/Spezialgebiet • Können/chirurgische Fertigkeiten • Sicherheit und Überzeugung in seinem Tun • belastbar, stressfähig • sorgfältig/oberflächlich/unzuverlässig/ akkurat/präzise • Einstellung/Empathie/Umgang/Gespräch mit Patienten und Angehörigen • Vernachlässigung des Patientenkontakts/ Kontaktsuche/Bewusste Zeitinvestition für Pa- tienten • Umgang/Zusammenarbeit mit anderen Fach- disziplinen bzw. Berufsgruppen • Vorbilder/ Gönner/Konkurrenten • Karrierist • wissenschaftliche Tätigkeiten • Patienten-, wissenschaftliche oder gesund- heitspolitische Orientierung • Wertlegung auf stete ärztliche Weiterbildung, Ausbildung und Fortbildungen 	
	KOLLEGE	1. Wie war er als Kollege? <ul style="list-style-type: none"> • Kollegial • steht hinter seinen Kollegen • sympathisch • hilfsbereit, fair • faul (Arbeit Kollegen überlassen, Drückeber- ger) • Arbeitsausführung nur in interessanten Fällen • egozentrisch 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Teamplayer, Einzelgänger • intrigant, loyal, solidarisch • spaltend, zusammenführend • Mitläufer, Alphanier, Außenseiter • narzisstisch, zurückhaltend • extrovertiert, introvertiert • Kontaktsuche außerhalb des Klinikalltags • kollegiale Zusammenarbeit mit Pflege und anderen Fachdisziplinen • Wertlegung auf strenge Einhaltung der Krankenhaushierarchie 	
	VORGESETZTER	<p>1. Wie war er als Vorgesetzter?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führungsstil (laissez-faire, kollegial, autoritär) • großes Augenmerk auf Krankenhaushierarchie • fachliche, soziale, methodische, ethische, moralische Kompetenz • kommunikativ, dialogfähig • tolerant • offen • beeinflussbar (politisch, Kollegen,) • durchschaubar • fair • Umgang mit ärztlichen, pflegerischen Personal und sonstigen Klinikmitarbeitern • pro Mitarbeiter • Druck von oberster Instanz nach unten weitergegeben • Forderung oder Überforderungen der Mitarbeiter • Förderung der Mitarbeiter (Kaderschmiede, Eigenständigkeit) • Verantwortungsübertragung auf Mitarbeiter • Delegation • Lehre Mitarbeiter • Auswahl der Mitarbeiter nach bestimmten Prinzipien/Kriterien • Akzeptanz einer Fehlerkultur • Akzeptanz und Durchführung von Strafen bei Fehlern • Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungen • Transparenz in Entscheidung und Aufträgen • Hauptaugenmerk: Politik, Wissenschaft, Organisation, Medizin • Grund seiner Umsetzung: persönliches Machtinteresse (Karriere, Stellung in Gesellschaft) oder pro Gesellschaft • Wirken (Lehre, Politik, Medizin) • Verwalter/Repräsentant oder (auch noch) medizinische Tätigkeit • Akzeptanz von Schmeicheleien • Beförderungsgründe (Schmeicheleien, Können, Zugeständnisse) <p>2. Instrumente seiner Amtsführung?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dienstanweisungen 2. Politische Netzwerke 3. Beziehungen 	

	WISSENSCHAFTLER	<p>1. Wie war er als Dozent?</p> <ul style="list-style-type: none"> • pro Student • Herzenswunsch: wichtige Aspekte seines Fachgebiets an neue Generation weiterzugeben • interessante, qualitativ hochwertige Lehre • Spaß beim Unterrichten • eigenständige Vorbereitung der Vorträge/ Vortrag aus dem Stegreif • Lehre große Leidenschaft oder Pflicht (Teil seines Vertrages) • bewusste Präsentation seines Fachwissens zur persönliche Darstellung seiner Person <p>2. War er in der Forschung tätig?</p> <p>3. Veröffentlichungen?</p> <p>4. Neue Innovationen?</p>	
	KLINIKDIREKTOR	<p>1. Wie war er als ärztlicher Direktor?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau Klinikruf • Stellung der Klinik unter Münchner Kliniken • Wirken bezgl. Klinik (Innovationen, Erneuerungen, Erfindungen) • Netzwerke? Nutzung der Netzwerke? • Hauptaugenmerk: Politische oder medizinische Arbeit <p>2. Wie wurde er ärztlicher Direktor?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beziehungen • Können/Engagement/Leistung 	
	STADTRAT	<p>Vernetzung seiner Tätigkeit als Klinikdirektor und Stadtrat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutzung politischer Beziehung für Klinik und persönliche Intentionen (Lehrstuhl) • Aufgaben im Stadtrat • Beziehung zu Politikern 	

2. Fragenkatalog - Chefanordnungen

Aufgabe:

- Analyse der Chefanordnungen als Instrument der Klinikführung
- ➔ Im weitesten Sinne: mittels Chefanordnungen über die Persönlichkeit des Dr. Maurer zu erfahren bzw. Rückschlüsse zu ziehen

Fragestellung – Allgemein:

- In welchem Zeitraum wurden Chefanordnungen gestellt?
- Wann genau wurden Chefanordnungen gestellt (Vorkommnisse, Gesetz, Willkür, Neuerungen)?
- Wie häufig wurden Chefanordnungen gestellt?

- Wurden Chefanordnungen nur schriftlich gestellt?
- Waren die Chefanordnungen in sich stimmig, einsehbar, willkürlich?
- Hauptaugenmerk der Chefanordnungen (Hygiene, Organisation, Personalwesen, Dokumentation, Patientenversorgung)?
- Wurden die Chefanordnungen von den Mitarbeitern akzeptiert?
- Konsequenz bei Nichteinhaltung der Chefanordnungen?
- Musste die Kenntnisnahme der Chefanordnung schriftlich festgehalten werden?
- Waren die CA auch außerhalb des Klinikums Thema?
- Wurden Chefanordnungen von Maurer selbst verfasst?
- Waren die Chefanordnungen eine typische Handschrift von Maurer oder gewöhnlich?
- Hatte Dr. Maurer Vorbild für Chefanordnungen (Lexer?)
- Hat er selbst diese Anordnungen vorgelebt?
- Hat er selbst die Einhaltung der Chefanordnungen kontrolliert, oder lag die Verantwortung bei jemand anderen?

Fragestellung – Intention der Chefanordnungen

1. Qualitätsmanagement

- Konkurrenzfähigkeit der Klinik (national/international)
- Juristische Absicherung (wollte nichts „anbrennen“ lassen)
- Aushängeschild
- Schaffung klarer Strukturen, somit Fehlervermeidung

2. Standardisierung/Leitlinien/Richtlinien

- Schaffung klare Regelungen der ärztliche Versorgung/Vorgehensweisen → Fehlervermeidung, Sicherheit, stimmiges klinikinternes gleiches Behandlungsschema
- Klare Festlegung und Aussprache der verantwortlichen Ansprechpartner (qualifizierte Fachkräfte)
- Festlegung von Verantwortlichen zur Abnahme der Organisation im jeweiligen Fachbereich
- Qualitative hochwertige Versorgung der Patienten
- Weg Spezialgebiete zu etablieren
- Heranziehen von qualifizierte Personal auch für spätere Lehre

3. Medizinisches Ethos

- Mediziner aus Leib und Seele
- Optimale medizinische Versorgung als ärztliches Leitbild

4. Persönliche Identifikation mit Klinik

5. Persönlichkeit (Lebenserfahrung/Nachkriegszeit)

- Miterleben der Nachkriegszeit → wollte klare Strukturen haben, die er in der Kriegszeit nicht miterleben konnte
- strukturierter/organisierter Mensch (auch außerhalb des Klinikalltags)
- Klare Struktur auch in Familie/Privatleben wiederzufinden
- Kindheitserfahrungen

Fragestellung – Zielsetzung der Chefanordnungen

- Geregelter Struktur mittels Chefanordnungen geschaffen
- Aufdeckung von unzulässigen Vorkommnissen/Nichteinhaltung der Chefanordnungen
- Ermahnungen bei Nichteinhaltung
- Aufzeigen von Verantwortlichen
- In-Kennnissetzung von Neuerungen (maschinell, baulich, dienstlich, personell, organisatorisch, strukturell etc.)
- Mittels Chefanordnungen Zeit und Kraft andere Dinge in Angriff zu nehmen, die sehr viel Ressourcen kosten

→ = GRUNDVORRAUSSETZUNG

3. Tabellarische Ausarbeitung - Zeitzeugeninterview

ZEITZEUGE	Prof. Dr. med. Dr. habil. Edgar Biemer	GESPRÄCH: 18.08.2014, 16.00-17.30 Uhr
	PERSÖNLICHER BEZUG ZU MAURER	<ul style="list-style-type: none"> • aus Frankfurt • ab 1972: Assistenzarzt in der Allgemeinchirurgie des Klinikums RDI (erst 1978 plastische Chirurgie Teilgebiet der Chirurgie, 91' eigenes Fachgebiet mit eigener Ausbildung) • wollte unbedingt zu Maurer, weil die plastische Chirurgie im Klinikum RDI einzige universitäre Abteilung/ Ausbildungsstelle in Deutschland war (eine einzige Assistentenstelle in dieser Abteilung → aus chirurgischen Ärztereservoir von Maurer besetzt) • zeitweise Privatassistent bei Maurer (musste am Wochenende immer verfügbar sein) • 1975, September: Teilverantwortlicher im Aufbau des ersten Replantationszentrum in Europa (im Klinikum RDI) → erste Fingerreplantation im RDI (RDI in aller Munde weltweit → Maurer gegläntzt wie ein König) • 1975, Frühjahr: Erich Lexer Preis, 80-100 Replantationen • 1976 : Filmpreis für 16mm Schmalfilm • Umwandlung eines Transsexuellen
THEMA		FRAGE
	PRIVATMENSCH	<ul style="list-style-type: none"> • kein Kontakt zu Kollegen außerhalb des Klinikalltages
	ARZT	<ul style="list-style-type: none"> • kein so guter Operateur -> hauptsächlich Organisator und Politiker → Bei OPs auf Oberärzte (OA) angewiesen → OA/AA von OA gelernt, nicht von Maurer • Generalsekretär und Ehrenmitglied der DGFC → Sitzungen immer in München durch Maurer → später im Wechsel auch in Berlin • v.a. Nerven Chirurgie betrieben in Bad Tölz • bei Visite gefragt: „wie geht's, wie geht's“ (auch Lexer) • Vorbild: Lexer (Wiederherstellungschirurgie) → hat sich als einer der letzten Erich Lexer-Schüler gesehen → Lexer sehr autoritär, konnte alles operieren, sehr innovativ, „in der Wunde will ich alleine sein“
	KOLLEGE	<ul style="list-style-type: none"> • amüsante, spontane Feiern mit Maurer • lustig, unterhaltsam, humorvoll • aufgeschlossen • spontan • Auge auf weibliche Kolleginnen (letzte Frau Medizinalassistentin) • keine Zurückhaltung bezgl. seines Sexuallebens gegenüber Kollegen

		<ul style="list-style-type: none"> • Teamplayer • kein Kontakt zu Kollegen außerhalb des Klinikalltags (außer auf Feiern)
	VORGESETZTER	<ul style="list-style-type: none"> • autoritär (Zeitgeist), starr • zukunftsorientiert (Einführung Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie) • realistisch • offen • Ohr für seine Mitarbeiter (meist am selben Tag) → war immer für jeden da“ • nannte seine Assistenzärzte „Buben“ • wusste genau woran man war (Bsp.: Maurer hasste lange Haare → Friseurgeld um Haare abzuschneiden) • hält sein Wort • bietet Hilfe/Unterstützung an und hilft auch • sehr auf einwandfreien „Hygienezustand“ bedacht (Mundschutz als Putztuch gebraucht, keine Akzeptanz von dreckigen Türklinken) → jedoch mit Arztkittel ohne Mundschutz und Straßenschuhen O.P. betreten → des Öfteren Pudel von Dr. Lehmann durch O.P gelaufen → keine OP-Schleusen → Thoraxchirurg Harlacher im Waschraum Zigarettenpause gemacht bei OP-Dauer > 1h → Brotzeitüberl im OP-Trakt • zeigte Grenzen auf • Assistenzärzte überall hingeschickt (Fortbildungen, Kongresse) • großer Organisator • keine Diskussion/Akzeptanz bezgl. Weiterbildung in anderen Kliniken • Frauen waren gerne gesehen • Stand Neuerungen, die ihm Nutzen brachten offen gegenüber • großzügig bezgl. Einkauf von Dingen, die ihm Nutzen erbrachten (Schmalfilmkamera) • gutes Verhältnis v.a. zu Leuten die ihm Profit gebracht haben • stand hinter seinen Leuten • kleinste Vergehen wurden rigoros geahndet • skeptisch gegenüber modernen Ideen (Bsp.: Nachtdienstbezahlung, Proteste) • seinen Mitarbeitern von denen er was gehalten hat bzw. von denen er profitiert hat viel zuge- traut (Gefäßchirurg) • hatte Ansprechpartner für jeweilige Fachbereiche • keine Akzeptanz von Gegensprüchen • klare Linien: „entweder man macht es oder man geht“ • keine Intriganten unter Maurer • überzeugt von seinem Klinikum: operativ → Nabel der Welt • Akzeptanz von Fehlern (jedoch keine Akzeptanz bei Vertuschung der Fehler! → Kündigungs- grund) • Assistenzarzteinstellung: Bevorzugt bayrischer Adel oder Söhne von Ordinarien

		<p>CHEFANORDNUNGEN (CA):</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Vorkommnissen, gegebenen Anlass • mussten schriftlich unterzeichnet werden • Neuankömmlinge mussten gesamte Sammlung bereits angeordneter CA lesen und unterzeichnen • keine Willkür • Hauptaugenmerk: Organisation (Arbeitsverteilung, Zuständigkeit) • wöchentliche CA
	KLINIKDIREKTOR	<ul style="list-style-type: none"> • hatte gesamte Verwaltung im Griff → 5-6 Verwaltungsdirektoren gekündigt → hat bestimmt was gebaut wird, für was Geld ausgegeben wird • war ein guter Organisator mit klarer Struktur/-Ordnung in seiner Klinikführung • großer Organisator • Intention Klinikum voranzutreiben → „war sein Baby“ → keine Selbstdarstellung • große Selbstüberzeugung
	WISSENSCHAFTLER	<ul style="list-style-type: none"> • kein Wissenschaftler • kein gutes systematisches Vorlesungsschema → übernahmen Vorlesungsassistenten • Lehrstuhleinführung mit Pflichtveranstaltungen (Dekan) • Idee/Einführung des Instituts für experimentelle Chirurgie (CA Blümel aus Wien) → Förderlich für wissenschaftliche Laufbahn des Klinikums RDI
	STADTRAT	<ul style="list-style-type: none"> • politisch vernetzt • großer politischer Rückhalt • Frau Berghofer-Weichner (Staatssekretärin für Hochschulfragen) → Hilfe bei Verwirklichung der Lehrstuhleinführung zusammen mit Ludwig Huber (Kultusminister) • bevorzugt bei Assistenteneinstellung Söhne von Ordinarien und bayrischen Adel
	ALLGEMEIN	<p>Gegner: Chirurgen der damaligen Zeit (Heidelberg, große Universitätskliniken) → haben ihn in seinem Fach nicht ernst genommen</p>

ZEITZEUGE	Prof. Dr. med. Peter Carl Maurer	GESPRÄCHE: 27.08.2014, 16.00-18.15 Uhr 16.10.2014, 16.00-18.00 Uhr 18.02.2015, 14.00-16.00 Uhr 15.09.2015, 14.00-17.00 Uhr
	PERSÖNLICHER BEZUG ZU MAURER	<ul style="list-style-type: none"> • 1942: aus Stadt weg (Mama Zahnärztin) → Gollenshausen (Chiemsee) → Hof Kirchbichl, Bad Tölz (dort Vater im Reservelazarett als OA mit Dr. Witt, Leiter Lange) → dort Kindheit/Jugend verbracht → Lengries (Geisach) • 1956: Abitur • 1956: Beginn des Medizinstudiums in München (LMU) • 1962: Staatsexamen • Medizinalassistentenzeit (Pathologie, Innere Medizin) • Beginn: Assistenzarzt der Chirurgie am Klinikum RDI mit Spezialisierung auf Gefäßchirurgie → Aufenthalt in Heidelberg (Vollmar) → Aufenthalt in USA (Stipendium) • Chefarzt des Klinikums rechts der Isar, Privatdozent
THEMA		FRAGE
	BIOGRAPHIE	HERKUNFT: <ul style="list-style-type: none"> • Geburt: 29.05.1909 in München • Zweiter Sohn (Bruder Karl, 6 Jahre) der Familie Menge; Eltern Karl und Maria (geborene Wallner) • 14 Tage nach seiner Geburt zog sich Mutter während des Bügelns verheerende Verbrennungen zu (Tod nach wenigen Tagen aufgrund schwerer Brandverletzungen). • Karl Menge, Elektrotechniker, überfordert mit alleiniger Versorgung beider Söhne • Georg Maurer wächst vorübergehend bei seiner Tante Ernestine (Schwester seines Vaters) auf; mit Bankbeamten Julius Maurer verheiratet und kinderlos • Karl Menge lernt neue Frau kennen und baut sich mit ihr neue Existenz auf. • Karl Menge verlässt aus beruflichen Gründen (Anstellung bei den Wackerwerken Burghausen) die Stadt München; Versorgung seines jüngsten Sohnes Georg übernimmt seine Schwester Ernestine • Adoption Georg Maurers von Tante Ernestine und ihrem Ehemann • Erst spätere Aufklärung über Adoption • Assistenzarztausbildung: Uniklinik München (unter Lexer) • 6 Kriegsjahre (1939–1945): 5 Jahre als Chirurg an der Front → Belgien → Russland → 44' Bad Tölz (Reservelazarett) → Unterbrechung der medizinischen Aus/Weiterbildung aufgrund Kriegsdienstesätze • Chirurgischer Chefarzt im Krankenhaus Altperlach • Chefarzt der Chirurgie und Klinikdirektor im Krankenhaus/Klinikum rechts der Isar
	PRIVATMENSCH	Adoption: <ul style="list-style-type: none"> • Grund für: Zielstrebigkeit, Ehrgeiz, Tüchtigkeit, Streben nach Höherem, um zu zeigen „ ich bin auch

		<ul style="list-style-type: none"> • ohne meine Eltern stark“ (Motivation) • Gelegentlicher Besuch von seinem Bruder Karl, jedoch untypisches Geschwisterverhältnis • fühlte sich ausgesetzt • sehr enges Verhältnis zur Tante Erna (Ernestine) • beeinflusste sein späteres Sozialleben (Netzdenker) • beeinflusste sicherlich späteres Leben • legte sehr viel Wert auf sozialen Status <p>Hobby/Neigung/Talente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lektüre diverser Fachzeitschriften und Bücher • kein Sport (wegen Bradykardie) • Italienurlaube <p>Schule:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vermutlich guter Schüler, da das Medizinstudium mit sehr viel Aufwand verbunden war <p>Studium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co-Präparator am Institut für Anatomie. • Mappe selbst gezeichneter anatomischer Bilder → Vervielfältigung im Studentenverlag → stellte diese den Studenten der Humanmedizin zu Lernzwecken zur Verfügung <p>Äußeres Erscheinungsbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hut der Firma Borsalino • Fliege (getupft) • akkurat gebügeltes Hemd • rahmenlose Brille • (hasste Bärte) <p>Ehemann/Vater:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zweimal verheiratet <ul style="list-style-type: none"> → aus erster Ehe (1936-1962) mit Dr. Erika Maurer (geb. Winz): 3 Kinder (Peter, Monica, Eva-Maria). → aus zweiter Ehe (1962) mit Dr. Ingeborg Göhring (geb. Buchner): 1 Kind (Malte) • Umtausch von Zigaretten und Alkohol gegen Schokolade für seine Kinder (Cote d'or) • keine Anordnungen zu Hause • anfänglich als Bekannten nicht als Vater gesehen, wegen Abwesenheit durch Kriegsdienstesinsatz • liebte Frauen (Bevorzugung, Geschenke), Bazi • keine Erzählungen über Kriegszeit, selten Berichte über Klinikum oder berufliche Dinge • Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> → seit Kindheit Bradykardie → Verschlechterung mit Alter → Maurer wollte jedoch keine Therapie, aus Angst seine Erkrankung könnte den Klinikbetrieb negativ beeinflussen • zielstrebig, fleißig
	<p>ARZT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manchester United Unglück 1958 (MUC, Riem) <ul style="list-style-type: none"> → Verbesserung/Festigung des Rufes des Hauses auf nationaler und internationaler Ebene → Qualitätserweiterung dadurch in RDI → Unglück bzw. ärztliche Versorgung erbrachte ihm und dem Klinikum enormen Bonus und Anerkennung → Durchführung der Versorgung mit militärischer Logistik

		<p>→ ließ künstliche Niere aus Freiburg einfliegen (Haus bekam nach diesem Vorfall auch eine künstliche Niere gesponsert)</p> <p>→ bekam dafür von der Queen von England: Commander of British Empire</p> <ul style="list-style-type: none"> • hat seinen Beruf als Berufung gesehen → Arzt aus Leib und Seele • „salus aegroti suprema lex“: „Das Wohl des Kranken ist oberstes Gesetz“ → Es wurde das gemacht was der Patient brauchte und was für den Kranken notwendig war (damalige Zeit mit Tagesgeld!) • sehr gute anatomische Kenntnisse, aufgrund seines frühen Engagements auf Seiten der Anatomie • chirurgische Fertigkeiten von Lexer erlernt; er war sein großes Vorbild, er hat ihn sicherlich geprägt mit Wiederherstellungschirurgie verbunden → Grund: Kriegszeit
	KOLLEGE	
	VORGESETZTER	<ul style="list-style-type: none"> • autoritärer Führungsstil (normal für damalige Zeit) • fair, kommunikativ • großes Teamverständnis • große Akzeptanz und Respekt bei Mitarbeiter • fordert seine Mitarbeiter, aber fördert sie auch (durften sich in anderen Kliniken weiterbilden) • akzeptierte Fehler → suchte mit dem Verursacher und einem Oberarzt in seinem Büro eine Lösung für das Problem → Fehler gehörten zur Ausbildung → jedoch keine Akzeptanz von Fehlervertuschung • stellte niemanden in Öffentlichkeit bloß • tägliche Visiten auf „Frischoperiertenstation“, wöchentliche Visiten auf den anderen chirurgischen Stationen • ermöglichte seinen Mitarbeitern Fort- und Weiterbildungen • ermöglichte Ärzteaustausch mit anderen Kliniken • wöchentliche Visiten (Frischoperiertenstation tgl.) <p>CHEFANORDNUNGEN (CA):</p> <ul style="list-style-type: none"> • immer anlassbezogene Dienstanweisungen (aktuelle Vorkommnisse → Verbesserung, offenkundige Defizite) • schriftliche Anordnungen → konnten nicht vergessen werden • jeder Arzt musste die CA unterschreiben (bei Neueinstellung → rückläufig Unterzeichnen zur Bestätigung der Kenntnisnahme) • Dienstanordnungen waren: stimmig, sinnvoll • Hauptaugenmerk: <ul style="list-style-type: none"> → <u>Organisation</u> → Hygiene (Kriegszeit!) → Einführung in Neuerungen (Bsp.: Transplantation) → Disziplin • Akzeptanz der CA durch Mitarbeiter, keine Überforderung der Mitarbeiter • Konsequenz bei Nichteinhaltung: Kollegen wurden

		<p>nie öffentlich bloßgestellt (Gespräch unter 4 Augen mit Verantwortlichen → anschließende Besprechung bezgl. Konsequenz mit Oberarzt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dienstanweisungen waren im Hause Maurer kein Thema • CA in dieser Art sowohl <ul style="list-style-type: none"> → national (Heidelberg: „Herresdienstvorschriften“ (Vollmar) → international (USA: (Belky, Herzchirurg)) • Vorbild für CA war Lexer (Maurer war Schüler von Lexer) • CA waren typische Art und Weise Dinge verbal rüber zu artikulieren (persönliche Handschrift) • CA waren Mittel um seine Ziele zu erreichen <p>Mögliche Gründe der Erstellung von Chefanordnungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CA zur Qualitätssicherung <ul style="list-style-type: none"> → Erzeugung klarer Strukturen → Fehlervermeidung → Konkurrenzfähigkeit (Streben nach bester Klinik international und national) → Juristische Absicherung spielt untergeordnete Rolle (zu dieser Zeit juristische Konsequenzen bei Fehler noch nicht üblich) → Aushängeschild • CA zur Standardisierung und Richtlinienerstellung <ul style="list-style-type: none"> → Klare Richtlinien-> Fehlervermeidung, Sicherheit und Routine, stimmiges klinikinternes übereinstimmendes Behandlungsschema (Reibungsloser Klinikablauf → <u>Klinik als Beste zu etablieren</u>) → Klare Festlegung und Aussprache der verantwortlichen Ansprechpartner → Heranziehen qualifizierten Personals → Qualitative Versorgung der Patienten → Weg Spezialgebiete zu etablieren • CA aus medizinischem Ethos heraus überzeugt <ul style="list-style-type: none"> → Mediziner aus Leib und Seele → Optimale medizinische Versorgung und Weiterentwicklung nur durch klare Richtlinien und Anleitung → Hauptaugenmerk → optimale Versorgung der Patienten • CA aufgrund Persönlichkeitsmerkmal <ul style="list-style-type: none"> → Kind der Kriegszeit → wollte klare Strukturen, die er in der Kriegszeit nicht miterleben konnte → Kindheit → Adoption • CA als Grundvoraussetzung <ul style="list-style-type: none"> → Zeit und Ressourcen andere Vorhaben in Angriff zu nehmen (z.B.: neue Abteilungen, Lehrstuhl) → Die Kontrolle über die Einhaltung der CA unterlag den Oberärzten → Maurer selbst lebte die CA vor → CA wurden von nachfolgenden, aus der Maurerzeit hervorgegangenen Oberärzten und Chefärzten weiter als Klinikinstrument genutzt (u.a. von Peter Maurer, Theisinger) → Keine CA in der Familie
--	--	--

	KLINIKDIREKTOR	<ul style="list-style-type: none"> • großer Organisator → vermutlich spielte Kriegszeit Rolle • seine Adoption war sicherlich ein Grund für seine große Strebsamkeit, seine Zielstrebigkeit und seinen großen Ehrgeiz; unter anderem auch unterbewusst seinen seinem Vater zu zeigen, welch Bilderbuchsohn er eigentlich weggegeben hat. • im hohem Maße namentlich mit seiner Klinik identifiziert <ul style="list-style-type: none"> → selbst eigenen Gesundheit wurde in den Hintergrund gestellt → jedes Detail „musste“ kontrolliert werden damit Klinik läuft → CA spiegeln dieses hohe Maß an Identifikation wieder • „<u>Netzdenker</u>“ („er hat nicht einen Schritt gemacht und dann den nächsten, sondern er hat ganz klar vorher bedacht, was es für folgen hat, wenn er den Schritt macht und wen er evtl. dazu braucht und mit einbeziehen muss, um den nächsten zu gehen“) • polarisierte <ul style="list-style-type: none"> → erschwerte ihm das Erreichen seiner Ziele des Öffteren → rotes Tuch waren Sozialisten • sehr geschickt → „Bazi“ • hatte Verwaltungsdirektor im Griff (damals andere Zeiten!) • Manchester United Unglück (s.o.) <ul style="list-style-type: none"> → baute dadurch sein Netz weiter aus
	WISSENSCHAFTLER	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtsstreit (als außerplanmäßiger Professor scheinpflichtige Hauptvorlesung halten zu dürfen) <ul style="list-style-type: none"> → bereits hier Bestreben/Hintergedanke früher oder später zweite medizinische Fakultät zu gründen → zu dieser Zeit gab es viel zu viele Medizinstudenten in München (zu viel für den Hörsaal) • Lehrstuhleinführung (Peter Maurer zu dieser Zeit Student): <ul style="list-style-type: none"> → Dr. Böck wurde aufgrund eines Stressmagenulcus Patient im Klinikum RDI. Die Nachbehandlung gestaltete sich aus einer Infusionstherapie, die einmal pro Woche auf dem Sofa des Privatzimmers von Dr. Maurer stattfand. In dieser Zeit wurden politische Themen besprochen, u.a. die Lehrstuhleinführung einer zweiten medizinischen Fakultät in München. (Zu dieser Zeit (1963) gab es bereits einen einstimmigen bayerischen Landtagsbeschluss, eine medizinische Fakultät in Augsburg zu schaffen-entsprechend einer Empfehlung des Wissenschaftsrates!!) → Gründung einer Berufungskommission, die die Lehrstuhlleiter bestimmen sollte. Vorsitzender wurde Nissen aus Basel (Lehrstuhlinhaber in Basel → Maurer gestattete ihm vor der Benennung einen Besuch ab) → dieser kam zum Entschluss, dass München über die besten Gegebenheiten für eine Lehrstuhleinführung verfüge → Ausschluss einer Parallelfakultät an der LMU → deshalb Angliederung an die TU über Beziehungen (Dr. Berghofer-Weichner → hatte Beziehungen zur Kanzlerin) → Ludwig Huber sorgte für die notwendigen Mittel/-

		<p>Finanzen um den medizinischen Lehrstuhl wachsen zu lassen. → Lehrstuhleinführung an der TU stieß auf große Ablehnung (mit jeglichen Mitteln) auf Seiten der LMU (Versuche auf Seiten der LMU auf Ministerium einzuwirken) → Lehrstuhleinführung stieß auf nationales Interesse, teilweise abfällige Bemerkungen: „Medizinfakultät auf dem Haidhauser Acker“ → gute Zusammenarbeit zwischen medizinischer Fakultät und TU (experimentelle Untersuchungen, Bsp.: Strömungsdynamik, Gelenkersatz)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lehre → Dozent/Ordinarius/Dekan/Prodekan • hielt diverse Vorlesungen • Etablierung: Experimentelles Institut für Chirurgie → AKH in Wien hatten dieses Institut bereits → Prof. Dr. Blümel von dort abgeworben • diverse Veröffentlichungen, Vorträge
	<p>STADTRAT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maurer lange Jahre CSU-Stadtrat (insgesamt 20 Jahre im Stadtrat, 1952–1972) → wesentlich für seinen weiteren Werdegang → hatte sich dadurch ein hervorragendes Netz aufgebaut • hatte immer überwiegende Mehrheit der Stimmen im Stadtrat bezgl. seiner Klinikinteressen (auch zu Zeiten der Sozialistenmehrheit) → adäquate medizinische Versorgung von Angehöriger der sozialdemokratischen Abgeordneten des Stadtrates (Bsp.: gesetzlich Versicherte wurden auf Privatstation aufgenommen und entsprechend versorgt) → erhielt dadurch enormen Rückhalt → „BAZI“ • gute Beziehungen zu Politikern → Nutzung für Klinik und persönliche Intentionen: → Dr. Karl Böck (Ministerialdirigent/-direktor, CSU): allgemein Lehrstuhleinführung → Erwin Hamm (Krankenhausreferent → neue Innovationen in Klinik unterstützt („altes Geschirr“) → Dr. Ludwig Huber (Kultusminister, CSU) → Dr. Berghofer-Weichner: Lehrstuhleinführung an der TH München • „Bazi“, was Politik und seine Interessen betraf
	<p>ERKRANKUNG, DIE LETZTEN TAGE GEORG MAURERS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kindheit bradykarde Herzrhythmusstörung. → bereits zur Schulzeit durch den damaligen Schularzt gestellt → arrangierte sich anfänglich gut mit Bradykardie → mit zunehmenden Alter beeinflusste die Bradykardie immer negativer Maurer → seine ärztliche Kollegen (Hans Blömer) legten ihm dringend die Implantation eines Herzschrittmachers ans Herz → er wollte jedoch nicht, dass durch Bekanntwerden seiner Erkrankung sein Klinikum in ein negatives Licht rücken könnte → deshalb entschied er sich unter anderem gegen den Willen seiner Familie gegen eine Schrittmacherimplantation → den Vorschlag seines Sohnes Peter, einen Italienurlaub als Vorwand für eine OP bei einem bekannten Freund in Zürich zu nehmen lehnte er vehement ab. • 1969 Apoplex mit Folgeschäden und Einschränkungen

		<p>gen</p> <p>→ anfänglich schnelle Erholung, mit fortschreitender Zeit jedoch Verschlechterung</p> <ul style="list-style-type: none"> • einige Wochen nach Apoplex, stolperte Maurer in seinem Haus über einen Teppich → Folge war Oberschenkelfraktur → auf seinen Wunsch versorgte sein ehemaliger chirurgischer Oberarzt Dr. Fritz Lechner die Fraktur → der stationären Versorgung Maurers schloss sich eine Anschlussheilbehandlung im Krankenhaus Garmisch an. • während er in Garmisch war erlitt erneut einen schweren Schlaganfall → ausgeprägte Lähmungserscheinungen (Tetraplegie) → er erholte sich von seinem zweiten Schlaganfall nicht → Tod 04.07.1980
	ALLGEMEIN	<ul style="list-style-type: none"> • Gasbrand → Erinnerung aus Militär • Fritz Lechner (besonderer OA), Lieblingsschüler von Maurer 2013 verstorben • OA schon manchmal Assistenzärzte bloßgestellt (nicht Lechner) • Akzeptanz von Fehlern • Konkurrenz mit orthopädischer Klinik Harlaching (Dr. Witt), Dr. Zenker • strukturierter Mensch • Georg Rüdiger Sievert: nachfolgender Klinikdirektor (eigentlich Pichelmaier (Transplantationsmediziner) Nachfolger)

ZEITZEUGE	Prof. Dr. med. Dr. phil. Siegfried Borelli	GESPRÄCH: 13.10.2014, 15.00–16.30 Uhr
	PERSÖNLICHER BEZUG ZU MAURER	<ul style="list-style-type: none"> • Kennengelernt bei Antrittsvorlesung als Professor an der LMU (Mai, 1962) → Gespräch mit Maurer; Ankündigung des Interesses als Lehrstuhlinhaber falls Aufbau einer neuen Fakultät → Maurer zur Kenntnis genommen. • Nissen (Chirurg aus Basel, immigrierter Jude): Vorsitzender des Berufungsausschusses der Errichtung einer zweiten medizinischen Fakultät in München → Profilaufstellung → Dr. Borelli wurde berufen • Dermatologie in der neuen medizinischen Fakultät an der TUM musste neu aufgebaut werden (Biederstein) → viel Kontakt mit Maurer
THEMA		FRAGE
	PRIVATMENSCH	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptivkind (→ tüchtig!) • ausgezeichnete Mann • tüchtig • teilweise honorisch • zielstrebig • Erkrankung: Bradykardie mit Apoplex
	ARZT	<ul style="list-style-type: none"> • korrekte Weiterbildung → sehr geformt und geprägt • menschlicher Chirurg • zusätzlich einjährige Weiterbildung in andere Fachrichtung (üblich zu dieser Zeit) • zuerst war Maurer kurze Zeit bei Sauerbruch, dieser ging anschließend nach Berlin • bei Lexer: <ul style="list-style-type: none"> → Facharztweiterbildung → immer wieder betont, dass er Lexerschüler sei und kein Sauerbruchs Schüler) → Frei?? • Chefarzt Altperlach (51) • Klinikdirektor RDI (städtisches KH Haidhausen)
	KOLLEGE	<ul style="list-style-type: none"> • kollegial, teamfähig • sympathisch • gute Beziehung zu Kollegen • konnte gut einstecken, konnte gut austeilen (jedoch diplomatisch dabei) • angenehmer Mann • keine privaten Treffen, kein enger privater Kontakt der Professoren untereinander (lt. Maurer „typisch für Großstadt“) • sich teilweise auch viel gefallen lassen
	VORGESETZTER	<ul style="list-style-type: none"> • vermutlich strenger Chef • präzise (zeitbedingt), korrekt • organisiert, strukturiert (kriegszeitbedingt, fachbedingt und berufsbedingt) • gibt seine Weiterbildungserfahrung weiter

	KLINIKDIREKTOR	<ul style="list-style-type: none"> • systematischer Klinikaufbau → Idee abgerundetes Klinikum mit allen Fächern • viele Ärzte (bereits Professoren von LMU nach RDI geholt → Intention Lehrstuhlaufbau??!) • organisiert, genau, strukturiert
	WISSENSCHAFT-LER	<ul style="list-style-type: none"> • Vertreter der Dozenten und außerplanmäßiger Professoren an der LMU • außerplanmäßiger Professor an der LMU • Lehrstuhlinhaber, Professor und temporärer Dekan an der TU • Dekan → als Dekan nur Sprecher, nicht Vorgesetzter der anderen Professoren; Gleichstellung • Vorlesungen alle selbst gehalten • sehr durchdacht und raffiniert vorbereitet (→ Hörsaalbau! → gute Beziehung zu Dr. Hamm + selbst Stadtrat) → evtl. Vorbote seiner Intention Lehrstuhl einzuführen • Lehrstuhleinführung an der TU • Veröffentlichungen getätigt • Emeritierung: 1968
	STADTRAT	<ul style="list-style-type: none"> • sehr gut politisch vernetzt → gab ihm sehr viele Freiräume • Beziehungen als Stadtrat genutzt (Bsp.: Hörsaalbau, Aufbau einiger Abteilungen in seiner Klinik, obwohl in Stadt schon vorhanden) • leer stehendes, nicht fertiggestelltes Gebäude wurde weiter ausgebaut, renoviert → dort wurde seine chirurgische Abteilung hin verlagert (zu dieser Zeit war er bereits Stadtrat)
	Lehrstuhl	<ul style="list-style-type: none"> • Bewerbung um ein Professorenamt an der LMU Anfang der 60er Jahre → Maurer damals noch außerplanmäßiger Professor und Dozentenvertreter an der LMU • Maurer stimmte nach Studium Borellis Bewerbungsunterlagen für dessen Übertragung eines Professorenamtes an der LMU • nach seiner Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der LMU (1962), besuchte er Maurer im Krankenhaus RDI, um diesem für die Unterstützung seiner Bewerbung zu danken → damals schon Maurers Bemühungen um eine zweite medizinische Fakultät in München bekannt → Borelli äußerte • während seines Besuchs bei Maurer sein Interesse an einem Lehrstuhl, sollte eine zweite medizinische Fakultät in München errichtet werden → Maurer nahm dies zur Kenntnis.

ZEITZEUGE	Dr. med. Thomas Zimmermann	GESPRÄCH: 07.05.2014, 13.30-15.30 Uhr
	PERSÖNLICHER BEZUG ZU MAURER	<p>Medizinische Tätigkeiten im Klinikums rechts der Isar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schüler - Gymnasialzeit → immer wieder Sitzwachen auf chirurgischen Stationen → Ferienarbeit als Hilfs-OP-Pfleger (Neurochirurg. OP) → Pflegepraktikum → Tätigkeiten prägten die Motivation zur späteren Berufswahl (Arzt) • Student - Medizinstudium → Beginn des Medizinstudiums in Innsbruck (bis 1.Rigorosum) – Fortführung des Studiums und Examen im Klinikum Rdl → Maurer im Studium schon als großer Klinikchef bekannt. • Medizinalassistent → Ableistung der Medizinalassistentenzeit (1Jahr) in der Chirurgie im Klinikum Rdl • Assistenzarzt → 1976 Assistenzarztstelle in Fachbereich Chirurgie → hier Maurer natürlich kennengelernt • Politische Aktivitäten Maurer, selbst parteipolitisch (CSU) aktiv, förderte die Wahl seines ärztlichen Mitarbeiters zu einem der Münchner Stadträte (1978) und unterstützte dessen ehrenamtliche politische Tätigkeit (CSU).
THEMA		FRAGE
	ALLGEMEIN	<ul style="list-style-type: none"> • Schwarzbau - Hörsaal D – Gulaschkanone • Größter Q des Maurers: → 1967 Ehemaliges Städt. Krankenhaus rechts der Isar - früher auch „Haidhauser Krankenstube“ genannt - wurde zur Universitätsklinik <p>Die Hörsäle der LMU in der Innenstadt zeigten sich in der Vorklinik maßlos überfüllt. Maurer hielt zu dieser Zeit anfänglich Vorlesungen als außerplanmäßiger Professor in den Hörsälen des Innenstadtklinikums der LMU. U.a. wegen Überfüllung dieser Hörsäle ließ M. einen eigenen Hörsaal (Hörsaal D, noch heute existent) im Schwarzbau am Städt. Krankenhaus rechts der Isar errichten. Er sorgte, indem er scheinpflichtige Vorlesungen (Hauptvorlesung Chirurgie) in den Hörsaal D verlegte, einen Bustransfer von der Nussbaumstraße zum Städt. KHS Rdl für Studenten organisierte und zur Verpflegung der Studenten eine „Gulaschkanone“ von der Berufsfeuerwehr München aufstellen ließ, für eine regelhaft sehr gute „Füllung“ seines Hörsaals. Dies war der Grundstock dafür, dass er letztendlich seine guten politischen Bekannten Hamm (Betriebs- und Krankenhausreferent der Stadt München) und Ludwig Huber (Bayerischer Kultusminister) von der Notwendigkeit einer eigenen zweiten Uniklinik überzeugen konnte. Der damalige Amtschef des Kultusministeriums (Ministerialdirektor Böck) ließ sich einmal wöchentlich</p>

		<p>im Sprechzimmer von Maurer „allgemeine Aufbau-Infusionen“ (Laevulose und Multivitamine) infundieren (Assistenten mussten die Nadel legen). Während der etwa 45 minütigen Infusionsdauer, während der er örtlich gebunden war, wurde er von Maurer bezüglich dessen Anliegens „beackert“.</p>
	PRIVATMENSCH	
	ARZT	<ul style="list-style-type: none"> • „echter Chirurg“, „Macher“, der seinen Beruf als Berufung verstand, hätte da „Macher“ nie Internist werden können • Schwerpunktbereich : Allgemeinchirurgie • innovativ, aufgeschlossen für Neues, immer aktiv → Aufbau einer AO-Knochenchirurgie („Knochenchirurgie so richtig groß geworden“) → Errichtung der ersten (Unter-) Abteilung für Plastische Chirurgie im Klinikum RDI (Unterstützung seiner OÄ Schmidt-Tintemann (Nestorin der deutschen Plastischen Chirurgie)) • 1958 – Flugzeugunglück am Flughafen Riem (Absturz einer Maschine 1 Minute nach Start, da Höhenruder eingefroren und so nicht genügend Höhe gewinnbar) mit Fußballmannschaft von Manchester United an Bord. Internationales Bekanntwerden von Maurer, da zupackend und organisatorisch geschickt, sofortige Versorgung der Überlebenden des Absturzes im Klinikum rechts der Isar einleitete (Entfernung Riem – Rechts der Isar damals 3 km). Große Verdienste erworben durch die Behandlung der Insassen des verunglückten Flugzeugs. Denkwürdiger Film über eine ein Jahr nach dem Unglückstag im Stadium von Manchester stattfindende Gedenkveranstaltung, zu der Maurer eingeladen war. Beim Betreten des Stadiums und Gang zur Ehrentribüne Aufstehen aller Teilnehmenden. In der Folge Maurer von der Queen Orden verliehen und zum Member of British Empire ernannt. → Hat bei Flugzeugunglück eine Herz-Lungenmaschine aus Barcelona einfliegen lassen, da es in München weit und breit keine gab → Maurer bekannt für schnelle, unkonventionelle Entscheidungen → Seit dem Flugzeugunglück Standleitung zwischen Flughafen (Tower) und Nothilfe des Klinikums RDI existierend. → Nicht als Show sondern für eine rasche Hilfeleistung gedacht. • Oberärzte und Assistenten überall (Fortbildung, Weiterbildung) hingeschickt • äußerst belastbar und stressfähig, „Rackerer“ • aufgrund seiner außergewöhnliche Organisationskompetenz – Benennung zum Ärztlichen Direktor des gesamten Klinikums, hatte daher das Wohl des gesamten Klinikums zu verantworten • Vorbild – sein chirurgischer Lehrer Lexer • mehr Kliniker als Wissenschaftler • bei medizinische Veröffentlichungen klinische Erfahrungen im Vordergrund • äußerst zuverlässig • gefürchtete Chefvisiten, da nicht nur die einzelnen

		<p>Patienten vorzustellen waren sondern z.B. völlig unerwartetes Aufsuchen der Küche, mit unkonventionelle Kontrollen auf Sauberkeit (stieg auf Hocker und kontrollierte mit dem angefeuchteten Zeigefinger seiner rechten Hand die Oberflächen von Schränken und sonstigem Mobiliar auf Staubbelastungen) und Konsequenzen bei feststellbaren Mängeln</p> <p>Nicht nur Fokus auf die Patientenversorgung sondern auch auf den Hygienestatus auf den einzelnen Stationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • einwandfreier „Hygienestatus“ der Stationen war ihm wichtig, einerseits aus sorgenvollem Einsatz für seine Patienten, andererseits wegen des guten Rufes seines Klinikums • sehr guter Ruf als Arzt und „Kümmerer“ <ul style="list-style-type: none"> → Viele Chefarzte aus der Riege der Maurerschen Oberärzte hervorgegangen. → Bei Vergeben chirurgischer Chefarztpositionen in Oberbayern wurde zuerst Maurer durch den dortigen Landrat verständigt, so gab es Zeiten, in denen chirurgische Chefarztpositionen nur durch ehemalige Oberärzte von Maurer besetzt waren. → Maurer hatte guten Ruf, und es hatte sich herumgesprochen, dass er, wenn es irgendwelche Problemfälle in den umliegenden Kreiskrankenhäusern gab, alle Problempatienten in das Klinikum RDI aufnahm. Der gute Ruf rührte unter anderem daher, dass Maurer alle Problem-Patienten aus Kreiskrankenhäusern im Münchner Umfeld jederzeit aufnahm und versorgte • legte erheblichen Wert auf kontinuierliche Fort- und Weiterbildung seiner Ärztinnen/ Ärzte, forderte viel Engagement ein, dennoch gute Stimmung unter seinen Ärzten; Oberarztstellen gefragt, da mit als Maurerschüler mit Chefarztberufung gerechnet werden konnte
	<p>KOLLEGE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kein Einzelgänger, sehr gesellig, kein Mitläufer, eher Alpha-Tier • kein über das übliche Maß eines Menschen hinausgehender Narzissmus • extrovertiert, offen, suchte Kontakte – allein schon aufgrund seiner parteipolitischen Tätigkeit • stand hinter seinen Mitarbeitern • fair, nicht faul, immer aktiv • in der Abteilung immer gute Stimmung, weil jeder der insb. von den OA seine Leistung brachte, wusste, irgendwann auch mit dem Erhalt einer Chefarztposition belohnt zu werden. (OA-Stellen daher sehr gefragt) • keine „Rosinenpickerei“ bei der Versorgung von Patienten; damals andere Zeit, in der eindeutig die Versorgung der Patienten im Vordergrund stand, die wissenschaftliche Tätigkeit eher in den Hintergrund zurücktrat. (Damals tagesgleicher Pflegesatz herrschend, mit den heutigen Zeiten nicht mehr vergleichbar) • klinische Patientenversorgung stand im Vordergrund, legte in diesem Sinne Wert auf <ul style="list-style-type: none"> → sehr viel Delegation und Vertrauen

		<p>→ kollegiale und gute Zusammenarbeit mit Pflege und anderen Fachdisziplinen</p>
	<p>VORGESETZTER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kommunikativ, dialogfähig, offen, fair • fachliche Kompetenz • soziale Kompetenz → schenkte jedem Mitarbeiter (MA) zur Geburt des ersten Kindes Schuhe für das Kind • forderte von seinen MA Leistung, aber förderte sie auch → positive Motivation zur Leistungserbringung • nicht nur als Chef, als Mediziner sondern auch als Mensch akzeptiert • übertrug Verantwortung durch Delegation, konnte sich als Klinikdirektor nicht um alles selbst kümmern • akzeptierte Fehler, aber nicht, wenn trotz Auftreten von Fehlern keine Fehlermeldung erfolgte • alle Entscheidungen zum Wohl seines Klinikums RDI • tat alles zum Wohl des Klinikums, wobei er natürlich auch seine eigenen Ziele verfolgte: → wollte nicht nur studentische Vorlesungen halten sondern natürlich Ordinarius werden → war dahingehend auch ein Schlitzohr und nutzte die aktuelle Studiensituation (z.B. Überfüllung der Hörsäle) zur Argumentation für die Notwendigkeit einer zweiten medizinischen Fakultät • großer Organisator, „Strizi“ • chirurgisch auch einen „Namen“ gemacht <p>CHEFANORDNUNGEN (CA):</p> <ul style="list-style-type: none"> • immer anlassbezogene Dienstanweisungen (Vorkommnisse, offenkundige Defizite) → keine Anweisungen aus narzisstischer Motivation oder zum Selbstzweck sondern die Sicherstellung richtiger Verfahrensweisen bezweckend, Bestandteil einer Qualitätssicherung • meist grundsätzliche Entscheidungen • Akzeptanz der Dienstanweisungen stand nie zur Debatte, danach wurde nie gefragt, es war eine andere Zeit • jeder Arzt musste die Dienstanweisungen unterschreiben • Dienstanweisungen aus dem Verständnis der damaligen Zeit zu sehen: → im Vordergrund des Handelns eigene (Lebens-) Erfahrungen aus der Nachkriegszeit • immer sinnvoll und gerechtfertigt, daher von den Mitarbeitern auch akzeptiert • dem Patientenwohl, aber auch der rechtlichen Absicherung, dem Ruf des Klinikums und dem eigenen Ruf dienend → Bsp.: äußerst ernst aufgenommen und für die Mitarbeiter unerfreulich waren Beschwerden von Niedergelassenen über fehlende Entlassungsberichte → Renommee der Klinik, aber auch die Sicherstellung einer adäquaten poststationären Patientenweiterversorgung im Vordergrund

		<ul style="list-style-type: none"> • Politische Netzwerke → damals „kollegialer“ Umgang im Münchner Rathaus, daher gute Kontakte von Maurer zu den Politikern aller Parteien/Fraktionen → Maurer lange Jahre CSU-Stadtrat → wesentlich für seinen weiteren Werdegang (Klinikdirektor), immer einer seiner Mitarbeiter politisch tätig (z.B. Steinkohl)
	KLINIKDIREKTOR	<ul style="list-style-type: none"> • siehe Vorgesetzter, Arzt, Stadtrat...
	WISSENSCHAFT-LER	<ul style="list-style-type: none"> • lebendige, spannende Hauptvorlesung, lebensnahe kurzweilige Vermittlung von Wissen garniert mit „Geschichten“ → keine zur Schau getragene Performance oder Inszenierung • Maurer als Persönlichkeit, die mit heutigen Maßstäben nicht mehr messbar <ul style="list-style-type: none"> - andere Zeit (Nachkriegszeit) - andere Lebenserfahrungen - anderes Verständnis der Medizin - anderes Berufsverständnis
	STADTRAT	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung politischer Beziehung für Klinik und persönliche Intentionen (Lehrstuhl) <p>Beispiel: Schwarzbau - Hörsaal D - Gulaschkanone</p> <p>Klinikum rechts der Isar - ehemals Städt. Krankenhaus rechts der Isar früher auch als „Haidhauser Krankenstube“ bezeichnet Maurer hielt als außerordentlicher Professor anfänglich Vorlesungen in den Hörsälen des Innenstadt-Klinikums der LMU. Unter anderem wegen Überfüllung dieser Hörsäle ließ Maurer einen eigenen Hörsaal (Hörsaal D, noch heute existierend) im Schwarzbau am Städt. Krankenhaus rechts der Isar errichten. Er sorgte, indem er scheinpflichtige Vorlesungen in den Hörsaal D verlegte, einen Bustransfer von der Nussbaumstraße zum Städt. KHs RDI für Studenten organisierte und zur Verpflegung der Studenten eine „Gulaschkanone“ von der Feuerwehr aufstellen ließ, für eine regelhaft gute „Füllung“ seines Hörsaals. Damit und durch Überzeugung guter Bekannter (Erwin Hamm – Betriebs- und Krankenhausreferent der Stadt München; Huber Ludwig – Bayerischer Kultusminister) gelang ihm, die Notwendigkeit einer eigenen zweiten Uniklinik zu unterstreichen. Der damalige Amtschef des Kultusministeriums (MD Böck) ließ sich wöchentlich im Sprechzimmer von Mauer „Aufbau-Infusionen“ (Laevulose und Multivitamine) infundieren. Während der etwa 45 minütigen Infusionsdauer wurde er von Maurer bezüglich dessen Anliegen „beackert“.</p>

ZEITZEUGE	Dr. med. D. Geile	GESPRÄCH: 10.03.2014, 16.00-17.30 Uhr
	PERSÖNLICHER BEZUG ZU MAURER	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenzärztin auf chirurgischer Abteilung • Vater kannte Maurer etwas besser
THEMA		FRAGE
	PRIVATMENSCH	<ul style="list-style-type: none"> • sehr konservativ (Bsp.: keine Männer mit langen Haaren) • ehrgeizig, zielstrebig • Familie wohl eher stiefmütterlich behandelt • keine Zeit für Familie wegen Klinik • Lebensmittelpunkt: Klinik, Ehrgeiz, Beruf • Spielereien, homme a femmes, schwänzelte um schöne Frauen/Patientinnen herum • 3 Kinder: <ul style="list-style-type: none"> → Peter – Gefäßchirurg RDI → Evi – verstorben (Lungenkrebs) → Monica – Journalistin • 2x verheiratet – Ingeborg (1x Sohn) und Mutter der 3 Kinder • Aussehen: <ul style="list-style-type: none"> → „wie aus Ei gepellt“ → Accessoire: Fliege → untersetzt, rundlich • sehr gutes Personen und Namensgedächtnis
	ARZT	<ul style="list-style-type: none"> • Berufung • typischer Chirurg: macht alles, kann alles • Aufbau eines medizinischen Imperiums (national und international) • kein medizinisches Spezialgebiet (es gab lediglich eine Allgemein Chirurgie zu dieser Zeit) <ul style="list-style-type: none"> → Jedoch Förderung der Ablösung der plastischen Chirurgie und Thoraxchirurgie als eigene Fachrichtung bzw. Abteilung (zeitlicher Hintergrund: neue Fachabteilungen sind entstanden; Ablösung einzelner Fachrichtungen) • Chirurg alter Schule • Chirurgie war nicht seine Stärke <ul style="list-style-type: none"> → Teilweise „für OPs eigenen Oberarzt“ → unpräzise im Operieren • belastbar, stressfähig • akkurat, präzise im Management • kümmerte sich um seine Patienten <ul style="list-style-type: none"> → Privatstation: Besuch der Patienten auch noch um 22.00 Uhr (hatte seine persönlichen Privatassistenten mit denen er kommunizierte → kurzer chefärztlicher Arztkontakt (< 5min) → Assistenten angehalten sich rührend um Patienten zu kümmern → Erkundigung über Patienten und Therapieab-sprache • Vorbilder: Lexer, Burkle de la Camp • Karrierist
	KOLLEGE	

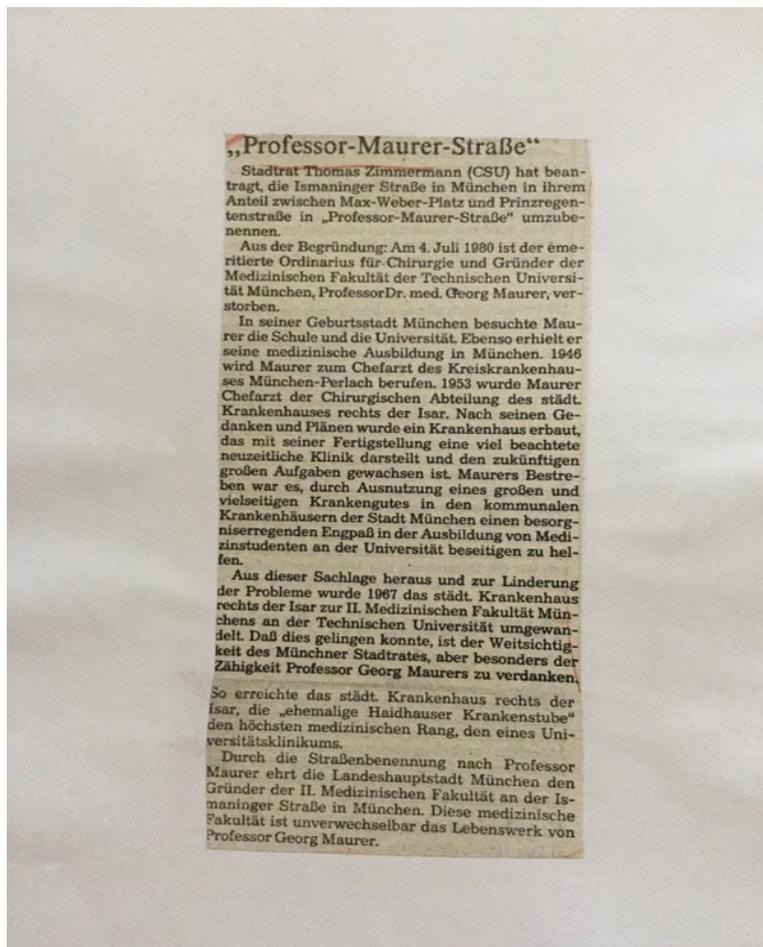
	<p>VORGESETZTER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • absolut autoritärer hierarchischer Führungsstil unter Maurer, mit klaren Anweisungen • großes Augenmerk auf Hierarchie • zugänglich bei Fragen • bei Wohlwollen eines Assistenten → persönliche Unterstützung • Mitarbeiter „Angst“ vor Maurer bei schlechter Laune/Zorn bzw. Angst vor dessen autoritären Führungsstil • bei Ungnade tödlicher Blick → nicht gut zu sprechen • redefreudig, zugänglich → aber Termingabe wenn Gespräch erwünscht wurde (Gespräch meist am selben Tag) • beeinflussbar • sehr große politische Netzwerke → für ihn wichtige Politiker (CDU) → wie Hausarzt für Familie → selbst Stadtrat → unterhielt gute Beziehungen → großes Talent: Netzwerkaufbau • teilweise unfair → „diebisches Vergnügen“, wenn Assistent etwas nicht konnte/schaffte → Arbeitsübertragung auf anderen Assistenten → Maurer spielte Assistenten untereinander aus, um jeden einzelnen zu einer guten Leistung zu bringen/drängen (Ziel: mehr tun, richtig tun) • Konkurrenzkampf der Assistenten durch autoritären Führungsstil gefördert (jeder Assistent war bemüht um kleines Netzwerk mit dem er arbeiten konnte, keiner wollte in Ungnade fallen) • Umgang mit Pflege, Hauspersonal: → große Wertschätzung von OP-Schwestern, Gipspfleger, Unfallpfleger → teilweise bessere Behandlung der Pflegekräfte als Ärzte • Umgang mit Ärzten: → Starke Förderung seiner Mitarbeiter (v.a. OA Scholze und Lechner) → keine Überforderung → Einsatz für engagierte, fleißige Mitarbeiter, Förderung deren Interessen (Bsp.: Fr Dr. Geile Endoskopieübergabe) → bei jedem besonderes Talent erkannt und raus geholt/gefördert → strenge Regeln, kein Verlassen des Arbeitsplatzes bevor Beendigung der ausstehenden Arbeit → kein auf die Uhr schauen → arbeiten, arbeiten → Strafen bei Nichteinhaltung der Dienstanweisungen → Druck auf Mitarbeiter (Bsp.: OP-Verbot, Strafversetzung auf „langweilige“ Station) • Mitarbeiter zeigten großen Respekt vor Maurer • Mitarbeiter wollten Anforderungen/Ehrgeiz von Maurer gerecht werden/entsprechen → Erfolgsgedanken • Akzeptanz einer Fehlerkultur • Deckung und Geradestehen von Chef bei Fehlern • Verantwortungsübertragung auf Mitarbeiter (Grund: großes Klinikum, Posten als Klinikchef → muss Verantwortung übertragen) • Unterstützung der Ideenumsetzung der Assistenten (Bsp.: Endoskopieübertragung in Hörsaal (→ Anlage mit optischem Verteiler)
--	----------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> • gutes Händchen sich hervorragende Mitarbeiter zu suchen → 53 Assistenten, Fr. Dr. Geile einzige Frau (damals allgemein weniger Frauen in Chirurgie → evtl. wegen SS) → hervorragende OA-Auswahl • Hauptaugenmerk: Management (Organisation, Verwaltung) → Manager eines Imperiums (hpsl.) → viele Pläne (Erweiterung und Aufbau Klinikum) → deshalb im Laufe der Zeit weniger Medizin betrieben) • präzise, akkurat, strukturiert • Intention aus dem ehemaligen Armenkrankenhaus Haidhausen ein städtisches Klinikum zu etablieren • Akzeptanz von Schmeicheleien <p>CHEFANORDNUNGEN (CA):</p> <ul style="list-style-type: none"> • schriftlich verfasst • jeder Mitarbeiter erhält einen Pack Anordnungen bei Arbeitseinstieg, jede neue Anordnung wurde Mitarbeitern schriftlich ausgehändigt, kein öffentlicher Aushang • bei Kenntnisnahme einer Fehlerquelle während Visite wurde neue Anordnung gestellt (OA, Sekretärin wurde Anfertigung der Anordnung übertragen) • Strafen bei Nichteinhaltung → Druck auf Mitarbeiter erhöht (Bsp.: OP-Verbot, Strafversetzung auf langweilige Station) • Anordnungen relativ kontinuierlich • damals Umstellung bezgl. Dokumentation → großes Augenmerk auf Dokumentation • Dienstanweisungen eher relativ sinnvoll • gesundheitspolitische Aspekte spielen Rolle • Akzeptanz der Dienstanweisungen sicherlich auch wg. Bestrafung bei Nichteinhaltung (oft wurde der Packen Dienstanweisung bei Berufsbeginn nicht durchgelesen)
	KLINIKDIREKTOR	<ul style="list-style-type: none"> • Intention des Aufbaus des Klinikums rechts der Isar von einem Armenkrankenhaus zu einem gut angesehenem Klinikum (national und international) • unterhielt und nutzte große politische Netzwerke • Hauptaugenmerk: Management • Organisator
	WISSENSCHAFTLER	<ul style="list-style-type: none"> • Lehre: Dozent, Dekan • Aufbau eines Lehrstuhls • diverse Veröffentlichungen • hielt Vorlesungen → Hauptvorlesungen wurden unter seinen Mitarbeitern aufgeteilt → immer derjenige hielt die Vorlesung der sich am besten damit auskannte • Gründung des Institutes für experimentelle Chirurgie → Habilitieren seiner Angestellten

	STADTRAT	<ul style="list-style-type: none"> • politische Netzwerke (sehr groß) → für ihn wichtige Politiker (CDU) → wie Hausarzt für Familie → unterhielt gute Beziehungen zu diversen Politikern → großes Talent: Netzwerkaufbau • klare Vernetzung seiner politischen und medizinischen Tätigkeiten • Nutzung seiner Beziehungen für persönlichen Intentionen und Klinik
	ALLGEMEIN	<ul style="list-style-type: none"> • Feinde: mit auf die Welt gebracht (Ehrgeiz, Zielstrebigkeit) • Gönner: Zimmermann, Brüchers

4. Archivalien (Bayerisches Hauptstaatsarchiv/Stadtarchiv München)

1.



Personalbogen für Beamte

Persönliche Verhältnisse

Leiter

Familienname Dr. M a u r e r Vornamen Georg

geboren am 29.5.09 in München

Kreis

Familienstand: ledig - verheiratet seit 26.2.62 verwitwet seit

geschieden seit wiederverheiratet seit

Staatsangehörigkeit Deutschland Religion katholisch

Wohnort München-Grünwald Straße Gabriel-von-Seidl-Str. Fernruf 476463



Hofrau

Geburtsname Dr. Buchner Vornamen Ingeborg

geboren am 20.9.27 in Bamberg Kreis

Namen
des Beamten

Vor- und Familienname

a) Vater Julius Maurer

b) Mutter Ernestine Maurer geborene Menge

	Name	Geburtsdatum	Bemerkung		Name	Geburtsdatum	Bemerkung
1.	Dr. Peter Maurer	20.6.38		5.			
2.	Monica Maurer	4.8.42		6.			
3.	Eva-Maria Maurer	1.8.46		7.			
4.	Malte Maurer	10.6.63		8.			

Besondere Verhältnisse

z. B. Körperbeschädigter (Art und Prozentsatz), Inhaber eines Zusicherungsscheines (ehem. Spruchkammerangehöriger), Inhaber eines Unterbringungsscheines (Ges. zu Art. 131 GG) rassistisch, religiös oder politisch Verfolgter, Versorgungsanwärter*)

Nach Rentenbescheid des Versorgungsamtes München II vom 20.4.53

anerkannter Kriegsfolge-Schaden: 30 %.

*) soweit der Nachweis erbracht ist

Entscheidung der Spruchkammer

"Nicht betroffen" (Urteil Spruchkammer München vom 14.4.47)

BayHStA
MK 58882

IV. Vorbildung, sonstige Ausbildung und Fortbildung

1. Vorbildung	Besuchte Lehranstalten			Prüfungen*)		
	Art	Ort	Zeit	Art	Zeit	Note, Platznummer, Teilnehmerzahl
	Volksschule	München	1915-19	Mediz. Staats-	22.12.33	2
	Oberrealschule	"	1919-28	examen		
	Univ. (Med. Fak.)	"	1928-33			

*) Auch Einstellungsprüfungen, Universitätsabschlußprüfung, 2. Staatsprüfung und akad. Grad sowie nichtbestandene Prüfungen (= N) und Wiederholungsprüfungen (= W)

2. Sonstige Ausbildung

Kurzschrift (Art, Kenntnisse oder Beherrschung)

Schreibmaschine (Kenntnisse oder Beherrschung)

Lebende Sprachen (Schulkenntnisse oder Beherrschung) Englisch, Französisch

Kraftfahrzeug-Führerschein: Klasse III

Sonstige besondere Kenntnisse

3. Fortbildung

Lehrgänge und Kurse außerhalb der (z. B. Verwaltungs-Akademie: Zeit des Besuchs; Schlußprüfung oder Diplomprüfung, Ergebnis)

Facharzt für Chirurgie 13.1.39

Dr. med. habil. 11.10.40

Dozent für Chirurgie 14.3.41 } Universität München

apl. Professor für Chirurgie 13.9.48 }

V. Tätigkeit vor Eintritt in den öffentlichen Dienst*)

als	bei	von / bis	Prüfungen		
			Art	Zeit	Note, Platznummer, Teilnehmerzahl

*) Die berufsmäßig abgeleisteten Arbeits- und Wehrdienstzeiten sind hier, die Dienstzeiten als Wehrmachtsbeamter und Berufsoffizier des Truppsonderdienstes in Abschnitt VI a aufzuführen.

VI. Tätigkeit im öffentlichen Dienst

a) vor Eintritt in den Bereich des Bayer. Staatsmin. f. Unterricht und Kultus

Verwaltungszweig

1. Allgemeines

Eintritt am als bei

vereidigt am Vorbereitungsdienst als von bis

Beamter auf Probe (Widerruf) seit Beamter auf Lebenszeit seit 1.4.50
(siehe VI, a, 2)

Beamter auf Zeit von bis

2. Ernennungen u. Prüfungen	zum	am	Dienstleistung		Prüfungen*)		
			beim / bei der	von / bis	Art	Zeit	Note, Platzziffer Teilnehmerzahl
1)	Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik (unter Geh.Rat Prof. Lexer, Prof. Magnus, Prof. Frey); 1934 - 1945						
2)	Leitender Arzt der Chir. Abteilung des Städt. Krankenhauses Mü.-Bogenhausen: 1.8.45 - 30.3.46						
3)	Chefarzt Kreis Krankenhaus Mü.-Perlach: 1.4.46 - 31.7.53						
4)	Chefarzt Chir. Abt. und Direktor d. Städt. Krhs. Mü. r. d. Isar: 1.8.53 - 31.8.67						

*) Auch nichtbestandene Prüfungen (= N) und Wiederholungsprüfungen (= W)

b) im Bereich des Bayer. Staatsmin. f. Unterricht und Kultus

Verwaltungszweig

1. Allgemeines

Eintritt am als bei

vereidigt am Vorbereitungsdienst als von bis

Beamter auf Probe (Widerruf*) seit Beamter auf Lebenszeit** seit

Beamter auf Zeit von bis

*) Soweit nicht schon in Abschnitt VI a Ziffer 1 aufgeführt.

2. Lehrgänge u. Prüfungen	Lehrgänge			Prüfungen*)		
	Art	Zeit	Ergebnis	Art	Zeit	Note, Platzziffer Teilnehmerzahl

*) Auch Einstellungsprüfungen sowie nichtbestandene Prüfungen (= N) und Wiederholungsprüfungen (= W)

3. Ernennungen	zum	mit Wirkung vom	Bes.-Gr.	Einh.d. Bezüge	BDA	Dienstleistung	
						beim / bei der	von / bis - als

BayHStA
MK 58882

	zum	mit Wirkung vom	Bes.-Gr.	ADA	BDA	Dienstleistung	
						beim / bei der	von / bis - als

4. Beendigung der Laufbahn In den Ruhestand getreten am Ausgeschlossen am wegen
 Verstorben am Entlassen am wegen

VII. Dienstaufzeichnungen

VIII. Nebenämter*) Stadtrat der Landeshauptstadt München
*) auch ehrenamtliche, z. B. Betriebsratsmitglied, Gemeinderat u. dgl.

IX. Arbeits- und Wehrdienst*), Kriegsgefangenschaft

1. Dienstzeit Arbeitsdienst von bis
 Wehrdienst von 26.8.39 bis 1.5.45 (Stabsarzt der Reserve)
*) Ohne die berufsmäßig abgeleiteten Zeiten

2. Kriegsgefangenschaft in (Stadt) von bis

X. Strafen

1. Ordentliche Gerichte }
 2. Militärgerichte } keine
 3. Dienststrafen }

München, den 16.9. 1967



Unterschrift des Beamten
 Prof. Dr. G. Maurer

Professor Dr. Georg M a u r e r
 Direktor des Städt. Krankenhauses
 rechts der Isar
 Chefarzt der chirurgischen Abteilung
 des Städt. Krankenhauses r.d. Isar

29.5.1909	Geboren in München
1915 - 1928	Schulbesuch in München
1928 - 1933	Medizinstudium
1933 - 1934	Tätig an I. Medizinischer Universitätsklinik München (Geheimrat von Romberg)
1935 - 1946	Fachausbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik München unter Geheimrat Lexer, Professor Magnus, Professor Frey (Zwischenzeitlich als leitender Chirurg in Front- und Heimatlazaretten)
1939	Facharzt für Chirurgie
1940	Ernennung zum Dr.med.habil.
1941	Ernennung zum Privatdozenten für Chirurgie
1948	Ernennung zum apl. Professor für Chirurgie an der Universität München
1946 - 1953	Chefarzt des Kreiskrankenhauses München-Perlach
seit 1953	Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München rechts d. Isar
seit 1959	Ärztlicher Direktor des Krankenhauses München rechts der Isar
seit 1955	Im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als 2. Schriftführer und örtlicher Organisationsleiter der alljährlichen Deutschen Chirurgenkongresse in München

BayHStA
 MK 58882

PROFESSOR DR. GEORG MAURER
 Direktor des Städt. Krankenhauses
 München rechts der-Isar
 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung

12. Sept. 1966
 8 München 8,
 Ismaninger Straße 22
 Telefon 449811

Lebenslauf

Geboren am 29. Mai 1909 in München, katholisch, verheiratet,
 4 Kinder. Gesamte Schulzeit in München, Reifeprüfung 1928.

Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität in München.
 1933 Staatsexamen, 1934 Promotion zum Doktor der Medizin, 1934
 Medizinalpraktikant an der I. Medizinischen Universitätsklinik
 München (Professor Stepp) und an der I. Universitäts-Frauenklinik
 München (Professor Eymmer).

Ab 1.1.35 Volontärassistent und ab 1.10.35 ordentlicher Assistent
 an der Chirurgischen Universitätsklinik München (zunächst unter
 Geheimrat Lexer, ab 1.10.36 unter Professor Magnus und ab 1.3.43
 unter Professor Frey).

Am 13.1.39 Anerkennung zum Facharzt für Chirurgie.

Am 11.10.1940 im ordnungsmäßigen Habilitationsverfahren Verleihung
 des akademischen Grades eines Dr.med.habil. durch die Medizinische
 Fakultät München. Am 14.3.1941 Ernennung zum Dozenten für Chirurgie
 unter Zuweisung an die Universität München.

1939 bis 1945 teils tätig als Stabsarzt der Reserve (Chirurg in
 Sanitätskompanien, Feldlazaretten und Reservelazaretten), teils als
 Oberarzt und akademischer Lehrer in Vorlesungen und Prüfungen an
 der Chirurgischen Universitätsklinik München.

Vom 1.8.1945 bis 30.3.1946 von der Chirurgischen Klinik abgestellt
 als Leitender Arzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Kranken-
 hauses München-Bogenhausen (im Gebäude des Max-Josef-Stifts).

Von 1.4.1946 bis zum 31.7.1953 Chefarzt im Krankenhaus des Kreises
 München in München-Perlach.

BayHStA
 MK 58882

Seit 1.8.1953 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München rechts der Isar. Am 1.12.1959 Ernennung zum Ärztlichen Direktor dieses Krankenhauses.

1955 Wahl zum 2. Schriftführer in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und damit zum örtlichen Organisationsleiter der alljährlichen Deutschen Chirurgen-Kongresse in München.

Senghauer

BayHStA
MK 58882

51131

Dr. Georg Maurer
 Chefarzt
 Krankenhaus München-Perlach

München 56
 Schmidbauerstr. 44
 Telefon 40741

Lebenslauf.

geboren wurde ich am 29. Mai 1909 in München. Ich bin katholischer Konfession. Nach Besuch einer Münchener Volksschule trat ich in die Luitpold-Oberrrealschule ein und unterzog mich dort im Jahre 1928 der Reifeprüfung. Dem gesamten medizinischen Studium oblag ich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Im Sommersemester 1930 legte ich die ärztliche Vorprüfung ab, im Herbst 1933 bestand ich in München das medizinische Staatsexamen. Am 9. März 1934 promovierte ich zum Doktor der Medizin.

Als Medizinalpraktikant war ich tätig vom 20.12.33 bis 1.7.34 an der I. Medizinischen Klinik (Prof. Stepp) und vom 1.7.34 bis 22.12.34 an der Universitäts-Frauenklinik (Prof. Eimer) in München. Ab 1.1.35 trat ich als Volontärassistent in die chirurgische Universitätsklinik ein. Ab 1.10.35 war ich als ordentlicher Assistent an dieser Klinik tätig (zunächst unter Geheimrat Loefer, ab 1.10.36 unter Prof. Magnus und ab 1.3.43 unter Prof. Frey). Am 15.1.39 erhielt ich die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie.

Am 11.10.1940 verteidigte ich die medizinische Fakultät München, nachdem ich mich dem ordnungsgemäßen Habilitationsverfahren unterzogen hatte, den akademischen Grad eines Dr. med. habil. Am 13.12.1940 habe ich mich in München der öffentlichen Lehrprobe unterzogen. Am 12. März 1941 wurde ich zum Dozenten für Chirurgie unter Zuweisung an die Universität München ernannt.

Am 31.7.1936 verheiratete ich mich mit Frä. Dr. med. dent. Erika Lind. Mein Sohn Peter wurde am 20.8.38, meine Tochter Monika am 4.8.42 und meine Tochter Eva-Maria am 1.3.46 geboren.

Vom 26.8.39 bis zum Kriegsende war ich als Stabsarzt der Reserve zum Heeresdienst eingezogen. Ich wurde verwendet als Chirurg von Sanitätskompanien und Feldlazaretten und ab 1942 als leitender Arzt von chirurgischen Fachabteilungen in Reservelazaretten der Heimat (Augsburg, München, Bad Tölz). Ab 1.1.1944 leitete ich in Bad Tölz die chirurgische Lazarettabteilung mit 1.000 Betten und verfügte über ein außerordentlich umfangreiches Krankengut.

Meine Tätigkeit als akademischer Lehrer ist aus anliegender Aufstellung der Vorlesungen zu ersehen. Darüber hinaus habe ich in den letzten Jahren etwa 500 Kandidaten in medizinischen Staatsexamen geprüft und etwa 100 Promotionsarbeiten angeregt und deren Bearbeitung überwacht.

Über meine wissenschaftlichen Arbeiten gibt anliegendes Verzeichnis Aufschluss.

Bitte wenden!

BayHStA
 MK 58882

Vom 1.9.1945 bis 30.3.1946 war ich als Leitender Arzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Hogenhausen tätig.

Am 1.4.46 übernahm ich als Chefarzt das Krankenhaus des Kreises München in München-Perlach. Ich verfüge in diesem Krankenhaus (150 Betten) über ein fast ausschliesslich operatives Krankenhaus mit täglich zahlreichen Eingriffen der grossen Chirurgie.

W 1
Temporä
(Klinik
Schemat
7. Aufl
Der Leh
ihre Bi
Über di
249 Bd.
Die Su
Ketter
prakti
Stuttg
Kriegs
Bericht
M.M.W.
Angebl
1938,
Deuts
Die K
S. 15
Die M
Archiv
Behand
und i
(Vor
Teta
Zbl.
Die
Bd. 3

BayHStA
MK 58882

Name: Maurer Georg

Personalbogen
(eigenhändig ausgefüllt am 27. IX. 1935.)

Vor- und Zuname: Dr. Georg Maurer,

Stand: Angl.

Wohnung: München, Färbergraben 10/3.

Geboren am: 29. I. 09. in München Bez. Amt: /

Landgericht: /

Staatsangehörigkeit: Reichsdeutsch seit: Seit

Vor- u. Zuname der Eltern: Johann (F.) und Anna Maurer

Mädchenname der Mutter: Menge

Ⓒ Familienstand: ~~led.~~ - ~~verh.~~ - ~~verw.~~ - ~~geseh.~~ (Nichtzutreffendes streichen!)

Vor- u. Mädchenname der Ehefrau: _____ geb. am: _____

in _____ verheiratet seit: _____

Kinder: (Vorname, geb. am) _____

Besuchte Schulen:

	<u>von - bis:</u>
<u>Volksschule am Salvatorplatz, München;</u>	<u>vom 4. 9. 15. bis 1. 7. 19.</u>
<u>Ludwig-Realschule, München;</u>	<u>vom 10. 9. 19. bis 2. 4. 25.</u>
<u>Luitpold-Oberrealschule, München;</u>	<u>vom 24. 4. 25. bis 29. 3. 28.</u>
<u>Ludwig-Maximilians-Universität, München</u>	<u>vom 1. 5. 28. bis 30. 7. 33.</u>

Besondere Ausbildung und Kenntnisse: (z.B. Stenographie, Maschinenschreiben, Sprachen etc.)
Englische und französische Sprachkenntnisse;

Bestand bisher Angestelltenversicherungspflicht? nein

oder Invalidenversicherungspflicht? nein

wenden!

BayHSTA
MK 58882

Nr. 226
W
27. Nov. 1935 Jan

STADTRAT
der Landeshauptstadt München
Personalreferat

Lichtbild anheften

Personalbogen

(Deutlich lesbar, möglichst mit Schreibmaschine, auszufüllen)

Ausgefüllt am 12.7.53

I. Personalien

Zu- und Vorname: DR. MAURER GEORG

(bei Frauen auch geborene, verwitwete, geschiedene)

Geburtszeit: 29. MAI 1909
(Tag, Monat, Jahr)

Geburtsort: MÜNCHEN
(genaue Angabe, Landkreis, Landgerichtsbezirk)

Staatsangehörigkeit: DEUTSCHLAND Religion: KATH.

Wohnort und Wohnung: MÜNCHEN - GRÜNWALD, GABRIEL v. SEIDLSTR. 46

Familienstand: VERHEIRATET
(ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden)

Familien- (Geburts-) und Vorname des Ehegatten: DR. ERIKA WINZ
(gegebenenfalls auch des früheren)

Beruf des Ehegatten: ZAHNÄRZTIN mtl. Einkommen: KEINES
(gegebenenfalls Dienstbehörde: BERUF WIRD NICHT AUSGEÜBT)

Familien- und Vorname des Vaters: JULIUS MAURER

Beruf des Vaters: BANKBEAMTER

Geburts- und Vorname der Mutter: ERNESTINE MENGE

Bei Minderjährigen:

Vor- und Zuname und Wohnung des gesetzlichen Vertreters:

Für wieviele Kinder haben Sie Unterhalt zu leisten?
(Gegebenenfalls ist zur Erlangung des Kinderzuschlages ein eigenes Formblatt auszufüllen).

DREI

Sind Sie Flüchtling im Sinne des Flüchtlingsgesetzes? NEIN

Nr. des Flüchtlingsausweises: Ausstellungsort:

Letzter Wohnsitz vor der Ausweisung oder Flucht:
 (Ort) (Kreis) (Land)

Sind Sie Verfolgter im Sinne des Entschädigungsgesetzes bzw. Wiedergutmachungsgesetzes?
NEIN

Ausweis des Bayer. Landesentschädigungsamtes (Nr., Datum)
bzw. einer entsprechenden außerbayer. Behörde (Nr., Datum)

Sind Sie durch eine Körperbeschädigung erwerbsgemindert? (ja, nein) JA

gegebenenfalls

a) Ursache der Beschädigung (Kriegseinwirkung, Verfolgung, Dienst- oder Arbeitsunfall, Zivilunfall) KRIEGSEINWIRKUNG

b) Art der Beschädigung oder des Leidens GELENKRHEUMATISMUS, KIEFERHÖHLENTZÜNDE

c) Prozentsatz der Erwerbsminderung 30%

Erhalten Sie Versorgungsbezüge, Unterstützung oder Rente aus öffentlichen Mitteln? JA

RENTENBSCHIED VOM VERSORGUNGSAMT MÜNCHEN II v. 20.4.53

Von welchen Stellen und in welcher Höhe? MONATL. 15,- M.
(Nachweis, Rentenbescheid)

Waren Sie Mitglied der NSDAP, einer ihrer Gliederungen oder angeschlossenen Verbände?
(wenn ja, von wann bis wann und welche Ämter haben Sie dort bekleidet?)

NSDAP 1.7.37 - 45 OHNE AMT

NSV: 1935 - 1945 " "

RLB: 1936 - 1945 " "

GELEGENTLICH ZUM GESUNDHEITSDIENST IN DER HJ VERWENDET

Wie lautet Ihr Spruchkammerbescheid? ENTLASTET (GRUPPE V)

Professor Dr. Georg Maurer
Chefarzt des Krankenhauses München-Perlach

München 56,
Schmidbauerstraße 44
Telefon 40741 oder 44560

Lebenslauf.

Geboren wurde ich am 29. Mai 1909 in München. Nach Besuch eines Münchner Vollerschule trat ich in die Hiltbold-Oberrealschule ein und unterzog mich dort im Jahre 1928 der Reifeprüfung. Fern gesamtmediz. - zivischen Studien oblag ich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Im Sommersemester 1930 legte ich die ärztliche Vorprüfung ab, im Herbst 1933 bestand ich in München das medizinische Staatsexamen. Am 9. März 1934 promovierte ich zum Doktor der Medizin.

Als Medizinalpraktikant war ich tätig von 23. 12. 33 bis 1. 7. 34 an der I. Medizinischen Klinik (Prof. Stepp) und von 1. 7. 34 bis 22. 12. 34 an der Universitäts-Frauenklinik (Prof. Eymmer) in München. Am 1. 1. 35 trat ich als Volontärassistent in die Chirurgische Universitätsklinik ein. Ab 1. 10. 35 war ich als ordentliches Assistent an dieser Klinik tätig, zunächst unter Scheinwart Lexer, ab 1. 10. 36 unter Prof. Magnus und ab 1. 3. 43 unter Prof. Frey. Am 13. 1. 39 erhielt ich die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie.

Am 11. 10. 1940 verließ mich die Medizinische Fakultät München, nachdem ich mich dem ordnungs-

BayHStA
MK 58882

mässigen Habilitationsverfahren unterzogen hatte, den akademischen Grad eines Dr. med. habil. Am 13. 12. 1940 habe ich mich in München der öffentlichen Lehrprobe unterzogen. Am 14. März 1941 wurde ich zum Dozenten für Chirurgie unter Führung an die Universität München ernannt.

Am 31. 7. 1936 verheiratete ich mich mit Fr. Dr. med. Dent. Erika Witz. Der Ehe entsprossen drei Kinder.

Vom 26. 8. 1939 bis zum Kriegsende war ich zum Heeresdienst eingezogen. Ich wurde verwendet als Chirurg von Sanitätskompanien und Feldlazaretten und ab 1942 als leitender Arzt von chirurgischen Fachabteilungen in Reservelazaretten der Heimat (Augsburg, München, Bad Tölz). Ab 1. 1. 44 leitete ich in Bad Tölz die chirurgische Lazarettabteilung mit 1000 Betten und verfügte über ein ausserordentlich umfangreiches Krankengut.

Meine Tätigkeit als akademischer Lehrer ist aus anliegende Aufstellung der Vorlesungen zu ersehen. Darüber hinaus habe ich in den letzten Jahren etwa 500 Kandidaten im medizinischen Staatsexamen geprüft und etwa 100 Promotionsarbeiten angeregt und deren Bearbeitung überwacht.

Über meine wissenschaftlichen Arbeiten gibt anliegende Verzeichnis Aufschluss.

BayHStA
MK 58882

Vom 1.8.1945 bis 30.3.1946 war ich als leitender Arzt der Chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München - Bogenhausen tätig.

Am 1.4.1946 übernahm ich als Chefarzt das Krankenhaus des Kreises München in München-Perlach. Ich verfüge in diesem Krankenhaus über ein fast ausschließlich operatives Krankengut mit täglich zahlreichen Eingriffen der großen Chirurgie.

Am 13.9.1948 ernannte mich auf Vorschlag der Medizinischen Fakultät der Bayerische Staatsminister für Unterricht und Kultus zum Professor für Chirurgie an der Universität München.

Georg Maunz.

I. Prof. Dr. Maunz gab am 15.6.53 auf Abf. Anfrage an, daß er nicht mehr schwerbeschädigt sei. Seine Erwerbsminderung sei bei einer Nachuntersuchung auf 30% herabgesetzt worden.

J. WVE 14

Am 15.6.53

Seminalreferat
11A

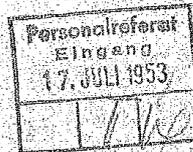
Griebler

BayHStA
MK 58882

Städt. Gesundheitsamt

Mit Krankenakten und cetera Relagec.

zum Personalreferat zurück.



Amtsärztliches Gutachten

Vorgeschichte: Als Kind Masern, 1935 Stirnhöhlenkatarrh. während des Krieges Gelenkrheuma und Kieferhöhlenbeschwerden. Sonst war Prof. Dr. Maurer nie ernstlich krank. Wegen chron. recidivierendem Gelenkrheumas und chron. Kieferhöhlenerweiterung rechts wurde eine Erwerbsminderung von 30 % durch das Versorgungsamt anerkannt.

Befund: Adipös, die Kurzsichtigkeit ist durch Gläser voll auskorrigiert. Der Blutdruck beträgt 140/90, bei Belastung 150/110. Der übrige körperliche Befund zeigt keine Abweichungen von der Norm.

Beurteilung: Unter Außerachtlassung des anerkannten Kriegseidene ist prof. Dr. Maurer gesund und gesundheitlich geeignet als Chefarzt der chir. Abteilung des Krankenhauses r.d.L. und zur Einstellung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit mit Anspruch auf Versorgung.

Am 13. Juli 1953
Im Auftrag:

[Handwritten Signature]
Dr. Rösch
Obermedizinalrat.

B.

BayHStA
MK 58882

A b s c h r i f t .

CHIRURGISCHE KLINIK MÜNCHEN
Nussbaumstrasse 20/22.

München, den 1.10.1936.

Z e u g n i s .

Herr Dr. Georg M a u r e r trat am 1. Januar 1935 als Volontärassistent in die chirurgische Universitäts-Klinik ein und verblieb dort bis zu meinem Weggang am 1.10.36. Er arbeitete erst 4 Monate auf einer akuten Frauenstation und übernahm dann als Stationsarzt die septische Abteilung und später die allgemeine Kinderabteilung. Ab 1. Oktober 1935 erfolgte seine Anstellung als ordentlicher Assistent. Während der ganzen Zeit seiner Tätigkeit war er in den allgemeinen Tages- und Nachtdienst der Klinik eingeteilt, um die eingelieferten Kranken, namentlich die zahlreichen Verletzungen zu behandeln. Auf diese Weise hatte Herr Dr. Maurer Gelegenheit, sämtliche in der Klinik vorkommenden Krankheitsfälle kennenzulernen und sich in deren operativen Behandlung auszubilden. Nachdem er zunächst von einem älteren Assistenten in die verschiedenen operativen Verfahren eingeführt wurde, konnte er die Eingriffe der mittleren Chirurgie (Hernien, Blinddarmentzündungen, Magengeschwür, Amputationen) bald selbständig ausführen. Auf der eitrigen Abteilung hatte er reichlich Gelegenheit, von den einfachen Eiterungen und putriden Entzündungen bis zu schweren eitrigen Knochenmarkentzündungen, Gelenkeiterungen, Pleuraempyemen usw. operative Erfahrung zu sammeln. Auf der Kinderabteilung hat er die Behandlung der Knochenbrüche erlernt und mit gutem Erfolg durchgeführt. Neben den typischen Operationsverfahren erlernte Herr Dr. Maurer auch die elektrochirurgischen Operationsmethoden und bei dem reichlichen Material für Wiederherstellungschirurgie an meiner Klinik hatte er reichlich Gelegenheit, die neuesten Operationen auf diesem Gebiet kennenzulernen. In allen Narkoseverfahren ist er technisch sicher.

Herr Dr. Maurer ist ein talentierter und fleissiger junger Arzt, der grosses Geschick und viel Interesse für die Chirurgie besitzt und seine Arbeiten stets mit Gewissenhaftigkeit ausführte. Neben seiner Stationstätigkeit hatte er eine Reihe einfacher wie wissenschaftlich begründeter Gutachten selbständig anzufertigen. Grosses Interesse zeigte er auch für wissenschaftliche Arbeiten und konnte einige sehr schöne Arbeiten veröffentlichen. Zu den Patienten war er stets liebenswürdig und besorgt, sodass er durch sein stets freundliches Wesen bei den Kranken wie bei seinen Kollegen und beim übrigen Personal beliebt ist.

Die Richtigkeit der Abschrift
beglaubigt

gez.: Professor L e x e r .

München, 10. März 1933

Stadtrat der Landeshauptstadt München

Referat 4

I. A.

Mü

Bierl
städt. Oberamtmann



Betriebs- und Krankenhausreferat
Ruf 12 8704

16.6.1965

Zahl 1
gel 16.6.65 1. 28
von 1

Betreff:
Planbettenstand

2 Heilagen

I. a) An die Verwaltung des Krankenhauses München - r.d.Isar
b) Frau Leitende Ärztin Dr. Schmidt-Tintemann
Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Krankenhauses r.d.Isar
c) An die Bettenverteilungszentrale
d) An die Sparte - F - des Sachreferats

Mit Beschluß des Stadtrats vom 1.10.1964 wurde für die Plastische und Wiederherstellungschirurgie im Krankenhaus r.d.Isar ein selbständig geleiteter Behandlungsbereich geschaffen, für den ab 1.7.1965 ein Planbettenstand von

3 Betten	2. Klasse
23 Betten	3. Klasse

insgesamt 26 Krankenbetten

festgelegt wird.

Dieser Bettenstand setzt sich wie folgt zusammen:

Station 1/3	3 Betten	2. Kl.	23 Betten	3. Kl.
1/7				
	3 Betten	2. Kl.	23 Betten	3. Kl.

Der Planbettenstand der einzelnen Zimmer ist aus der beiliegenden Übersicht zu entnehmen. Die genehmigten Planbetten für diese Abteilung sind ab 1.7.1965 allen Bettenmeldungen zugrunde zu legen.

Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, daß jede Veränderung des oben genannten Bettenstandes der vorherigen Genehmigung durch das Sachreferat bedarf.

II. WV. bei - AV -

J. Hamm
Dr. Hamm
berufsm. Stadtrat

tenstand

Krankenhaus München, d. Isar

-4-

Für das Krankenhaus r.d. Isar ergeben sich demnach folgende Gesamtplanbettenstände:

	1.Kl.	2.Kl.	3.Kl.	insges.
Chir.Abt.	2	37	248	287 (hiervon 17 Kind.B.) ³⁴²
Thoraxchir.Abt.	-	5	81	86
Onkolog.Station	2	4	62	68
I.Med.Abteilung	-	15	140	155
II.Med.Abt.	2	12	109	123 ¹²²
Toxikol.Stat.	-	3	34	37 ³³
Gyn.-geb.Abt.	11	18	101	130
Neurol.Abt.	-	10	53	63 ¹¹⁴
Neurochir.Abt.	-	7	34	41
HNO-Abt.	-	13	58	71 (hiervon 4 Kind.B.)
Urol.Abt.	-	11	90	101
Augenabt.	-	5	26	31
	17	140	1036	1193 (bisher 1260)

Ippenberger
Ippenberger

Trauerfeier für Professor Maurer

OB Kiesel würdigt im Rathaus die Verdienste des großen Mediziners

In einer Trauerstunde gedachte der Stadtrat am Mittwoch seines langjährigen Mitglieds, des im Alter von 71 Jahren verstorbenen Professors Dr. Georg Maurer. Die Bürgermeister geleiteten die Angehörigen in den Sitzungssaal, in dem die Stadträte Platz genommen hatten. Das Puzh-Quartett der Münchner Philharmoniker umrahmte die Trauerfeier mit Kompositionen von Bach und Mozart.

Oberbürgermeister Erich Kiesel würdigte das Leben Maurers im Dienst der Landeshauptstadt und der Gesundheit. Er zeichnete ein Lebensbild des Mannes, der dem Stadtrat von 1952 bis 1972 angehört und auf dem Weg Münchens zur Millionenstadt mit allen Kräften mitgearbeitet hatte. „Unser Kollege Maurer hat sich in der entscheidenden Phase der Stadtentwicklung vor allem um den Aufbau und die Sicherung der Daseinsfürsorge verdient gemacht“, unterstrich Kiesel.

Als Mediziner habe der geborene Münchner ebenso wie als Kommunalpolitiker an der Schaffung eines hohen Standards in der medizinischen Versorgung und der Ausbildung mitgewirkt.

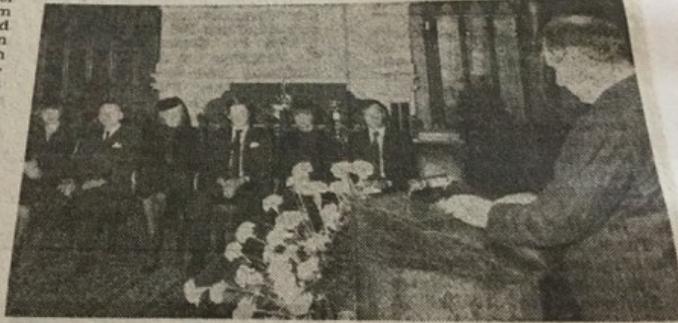
„Er war ein sachkundiger und auch ein kritischer Vertreter der gesundheitspolitischen Interessen und der Münchner Bürger.“

Besonders stellte Kiesel die Verdienste Maurers um das Klinikum rechts der Isar heraus. „Er hat dieses Krankenhaus zu einer weltweit anerkannt und beachteten Lehrstätte der Medizin gemacht und damit auf die gesamte Entwicklung des Münchner Gesundheitswesens nachhaltigen Ein-

fluß genommen.“

Dieses Ziel erreicht zu haben, sei für den engagierten Arzt sicher größte Genugtuung gewesen. „Professor Maurer hat sich seine Verdienste um seine Vaterstadt erworben, wir werden seiner immer dankbar gedenken“, unterstrich der Oberbürgermeister in seinem Nachruf, in dem er auch den Lebensweg des berühmten Mediziners schilderte.

Erwin Stecker



OB Kiesel bei der Gedenkrede im Rathaus.

Foto: Angermaier

„Münchener Zeitung“
Nr. 158 vom 9.2.1988

Professor Maurer, einer der großen Münchner Ärzte, ist tot

Der langjährige Chef des Klinikums rechts der Isar starb im Alter von 71 Jahren

Ein großer Sohn Münchens, Professor Dr. Georg Maurer, ist Freitag früh in Garmisch während eines Genußaufenthalts nach einem komplizierten Beinbruch gestorben. Mit ihm ging eine ebenso stielbare wie hochgeehrte Persönlichkeit aus der Welt der Medizin. Professor Maurer, von den Engländern als „Engel von München“ bezeichnet, wurde 71 Jahre alt.

Diesen Ehrennamen erhielt er, als er nach dem Abstieg eines britischen Flugzeuges 1958 die überlebenden Fußballspieler in seine Klinik nach München holen und die schwersten Fälle in der Intensivstation behandeln ließ.

Die britische Königin verlieh ihm dafür den Orden „Honorary Commander of The Order of The British Empire“.

Der langjährige Direktor des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität verfolgte auf seinem Lebensweg unbeeinträchtigt einen Grundsatz: Man muß verhindern, daß das große Ziel von morgen am kleinen Einzelproblem von heute scheitert. Sein großes Ziel in den sechziger Jahren war es, in München den besorgniserregenden Engpaß in der Ausbildung von Medizinstudenten beseitigen zu helfen. Nicht zuletzt seiner Zähigkeit war es dann zu verdanken, daß er nach etlichen

Scharmützeln schließlich einen Kleinkrieg gewann: Das städtische Krankenhaus rechts der Isar wurde zum Universitätsklinikum. Das war 1967. Auf eigenen Wunsch, im Alter von 70 Jahren, ist Maurer dann 1979 aus dem Amt als Direktor des Klinikums ausgeschieden.

Sein Leben lang war er seiner Geburtsstadt München treu geblieben. Hier hatte er die Schule und die Universität besucht. Seine medizinische Ausbildung erhielt er an der I. Medizinischen Universitätsklinik München unter Geheimrat von Romberg, seine Fachausbildung zum Chirurgen insbesondere unter Geheimrat

Professor Erich Lexer. Während des Krieges war er leitender Chirurg an der Front. Als 37jähriger wurde er 1946 zum Chefarzt des Kreiskrankenhauses München-Perlach gewählt. Und 1953 wurde Maurer Chefarzt der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses rechts der Isar.

Genauso wie er sich für die Ausbildung der Studenten einsetzte, kümmerte er sich um die Probleme des Gesundheitswesens der Landeshauptstadt.

Über seinen Tod tief betroffen sind Mediziner des In- und Auslandes, Studenten und viele, viele Münchner.



Claus Höhne Professor Georg Maurer.

Aus „Münchner Merkur“
Nr. 158 vom 9/2/88

Kiesl würdigt Georg Maurer: Ein großer Arzt und bedeutender Bürger

Als „großen Arzt und bedeutenden Bürger“ würdigte Oberbürgermeister Erich Kiesl den verstorbenen Chirurgen Professor Georg Maurer. Bei der Trauerfeier im Ostfriedhof betonte der Oberbürgermeister, Maurer habe sich als Chirurg weltweite Anerkennung erworben. Als Wissenschaftler und Lehrer habe er darüber hinaus einen unverwechselbaren Akzent in der Qualität medizinischer Forschung, Lehre und Versorgung der Stadt gesetzt. Als Stadtrat sei Maurer zwischen 1952 und 1972 eine der großen Persönlichkeiten gewesen, „die die Geschicke und Entwicklungen unserer Stadt entscheidend gestaltet haben“. Die Anteilnahme der Stadt sprach Kiesl der Witwe, Ingeborg Maurer, aus. Die bayerische Landeshauptstadt habe nicht nur einen Kommunalpolitiker der ersten Stunden des Wiederaufbaus verloren, „sondern auch einen hervorragenden Mediziner, der weit über die Grenzen unserer Stadt hinaus bekannt und auf das engste mit dem Ausbau des ehemaligen Städtischen Krankenhauses rechts der Isar zu einem der bedeutendsten medizinischen Zentren Bayerns verbunden war“.

hg



Georg-Maurer-Platz

In Erinnerung an Prof. Dr. Georg Maurer (29.5.1909 – 4.7.1980)

- Direktor der Klinik für Chirurgie am Klinikum rechts der Isar von 1953 bis 1979
- Ärztlicher Direktor des Klinikums rechts der Isar von 1959 bis 1979
- Dekan der Fakultät für Medizin von 1967 bis 1973

Prof. Georg Maurer ist eine der bedeutendsten Persönlichkeiten in der Geschichte des Klinikums rechts der Isar. Unter anderem trug er wesentlich zur Umwandlung des Klinikums in ein Universitätsklinikum im Jahr 1967 bei.







Eidesstattliche Versicherung

Schweitzer, Bernadette

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

»Ordnungsprinzipien einer Klinik im Spiegel der Chefanordnungen von Prof. Dr. Georg Maurer – ein Beitrag zur Geschichte des Klinikums rechts der Isar in München«

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 28.03.2019

Bernadette Schweitzer