



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

**Zur Geschichte der Krankenpflege mit Bezug
auf kriegerische Ereignisse in der
österreichisch-ungarischen Monarchie
im Zeitraum von 1850 bis 1918**

Verfasserin

Dorota Gasińska

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

Danksagung

Zu allererst möchte ich mich ganz besonders bei meinem Betreuer, Herrn Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD., für die geduldige und äußerst kompetente Betreuung, Verbesserungen und Unterstützung bei der Diplomarbeit bedanken.

Mein Dank gebührt auch all Denjenigen, die mich auf meinem Weg unterstützt und begleitet haben, insbesondere meinen Eltern Krystyna und Henryk Gasinski und meiner lieben Schwester Katarzyna Gasinska-Banka.

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	5
0.1. Abstract.....	6
1. Einleitung	7
1.1. Ausgangslage	7
1.2. Ziel und Fragestellung der Arbeit	9
1.3. Methode	9
2. Zur Geschichte der Krankenpflege mit Bezug auf kriegerische Ereignisse in der österreichisch-ungarischen Monarchie im Zeitraum von 1850 bis 1918	10
2.1. Organisation und Entwicklung der freiwilligen Kriegskrankenpflege	12
2.2. Entwicklung des Krankenpflegeberufes	12
2.3. Gründung des Roten Kreuzes und die Schlacht bei Solferino.....	15
2.3.1. Sanitätsdienst am Kriegsschauplatz	20
2.3.2. Die Krankenzerstreuung.....	22
2.4. Sanitätsgeschichte aus dem Feldzug 1859.....	23
2.4.1. Freiwillige Kriegskrankenpflege.....	25
2.4.2. Hierarchien in der Kriegskrankenpflege	26
2.5. Feldzüge 1864 und 1866.....	30
2.5.1. Sanitätspflege und das Trauma von 1866.....	34
2.5.2. Die Souveränen Johanniter Orden.....	35
2.6. Deutsch-Französischer Krieg 1870 bis 1871, die Ursachen und Auslöser.....	40
2.6.1. Freiwillige Sanitätspflege im Krieg und Gründung des Rudolfinerhauses	42
2.6.2. Kriegs- und Feldlazarette. Das Deutsche Lazarettwesen 1870-1871.....	48
2.7. Die Okkupation Bosniens und Herzegowinas und die Kriegskrankenpflege	50
3. Die Medizinische Versorgung in der Monarchie und das Sanitätswesen von 1850 bis 1918	52

3.1. Das Josephinum - die Entstehung und Ausbildung des ärztlichen Personals	54
3.1.1. Der Sanitätsdienst und seine Struktur im Feldzug	61
3.1.2. Der Sanitätsdienst und seine Struktur im Gebirge	63
3.1.3. Sanitätsanstalten.....	64
3.1.4. Ausrüstung der Sanitätsanstalten	66
3.1.5. Die Sanitätstruppe der Militärärzte im Ersten Weltkrieg	69
3.2. Ärztliche Versorgung des österreichisch-ungarischen Militärs	73
3.2.1. Organisationen des Krankenabschubes.....	76
3.2.2. Sanitätshunde	78
3.2.3. Chemische Waffen	79
3.3. Der Krankentransport.....	81
3.3.1. Die Sanitätszüge	83
3.3.1.1. Inventare des Wagens	85
3.3.2. Krankentransport im Gebirge	93
3.3.3. Lazarettsschiffe.....	97
4. Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg.....	98
4.1. Die freiwillige Sanitätspflege des Souveränen Malteser-Ritterordens Großpriorat von Böhmen-Österreich.....	100
4.1.1. Kriegskrankenschwestern in der Organisation und der Planung.....	103
4.1.2. Berufserfahrungen der Krankenpflegerinnen am Beispiel einiger Kriegsberichte	104
4.1.3. Rotkreuz-Schwestern in der österreichisch-ungarischen Monarchie.....	111
5. Schlussfolgerung	121
6. Literaturverzeichnis	125
7. Ehrenwörtliche Erklärung.....	133
8. Curriculum Vitae.....	134

0. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem wichtigen und stets aktuellen Thema der Krankenpflege, welches aus der historischen Perspektive beleuchtet wird. Im Zentrum der Untersuchung steht die Versorgung der Kranken und Verwundeten während der Kriegszeit innerhalb der österreichisch-ungarischen Monarchie in den Jahren 1850-1918.

Ausgehend von diesem Themengebiet ergibt sich als Hauptziel dieser Arbeit die Darstellung und nähere Reflexion der Bedeutung relevanter Einflussfaktoren auf die persönliche und organisatorische Ebene der Krankenpflege in der Kriegszeit, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Bedeutung dieser für die Entwicklung der professionellen Pflege im heutigen Sinne gelegt wird. Des Weiteren widmet sich diese Arbeit der freiwilligen Krankenpflege und ihrem Beitrag, den sie während des Krieges geleistet hat. Die Herausforderungen und Veränderungen der damaligen Krankenpflege sind in ebendiesem besonderen Setting des Krieges zu betrachten. Beachtlich ist aus heutiger Sicht vor allem die Wirkung, die diese Veränderungen auf die Grundprinzipien und organisatorischen Strukturen der modernen Krankenpflege ausgeübt hat, welches auch durch historische Quellen deutlich sichtbar gemacht und dargelegt wird.

Im Rahmen der eingehenden Literaturrecherche bestätigt sich der Einfluss der Kriegskrankenpflege auf die Entwicklung des professionellen Krankenpflegeberufes im praktischen und theoretischen Bereich. Durch das Studium der historischen Quellen wurde außerdem verdeutlicht, wie sich der Krieg auf die Organisationsstrukturen der freiwilligen Krankenpflege ausgewirkt hat, was auch stark mit dem Vorbereitungsgrad des militärischen Sanitätswesens der Monarchie zusammenhing.

Um eine zielführende Darstellung und Analyse der genannten Aspekte bieten zu können, wurde auf die historische Methode zurückgegriffen, welche auf Literaturrecherche und Quellenstudium aus ausgewählten Archiven basiert.

0.1. Abstract

This master thesis addresses the relevant and always current topic of nursing and patient care, giving a historic perspective of its development within the Austrian-Hungarian Monarchy during the war in 1850-1918.

On the basis of this subject area arises the main purpose of this thesis i.e. the reflection of some relevant influential factors with respect to the personal and organizational aspects of nursing during the war period. Specific focus has been laid on the relevance of that time's nursing practices for today's professional patient care. Furthermore this thesis describes the role of voluntary nursing during the periods of war.

The detailed literature research could demonstrate that nursing during the war indeed had an influence on the development of the nurse profession, both in the practical as well as in the theoretic dimension. Through research of historic sources it could be illustrated that the war was also influential on the organizational structure of voluntary nursing, which was strongly dependent on the functioning of the monarchy's military medical service.

The challenges and changes of that time's nursing need to be seen in the war setting. It is clearly visible from several historic sources that they have formed and changed the basic principles and organizational structures of the modern patient care.

In order to achieve a constructive portrayal and analysis of the above mentioned aspects, the historic method has been used, which was based on literature research and studies of selected archives.

1. Einleitung

Die österreichische Geschichte der Krankenpflege ist ein faszinierendes Kapitel nicht nur in der Wissenschaft – ihr Einfluss und ihre Implikationen sind nach wie vor in der täglichen Gesundheits- und Krankenversorgung spürbar. Trotz zahlreicher Publikationen bleibt diese Thematik nach wie vor ein spannendes und hochinteressantes Gebiet, dessen nähere Betrachtung immer wieder überraschende Erkenntnisse und wertvolle Inspirationen für die aktuelle Krankenpflege-Praxis liefert.

Insbesondere im Zeitraum der österreichisch-ungarischen Monarchie, wurden wichtige Meilensteine gelegt – im Bereich der gesetzlichen Grundlagen und der beruflichen Etablierung der Krankenpflege sowie der Schaffung von entsprechenden Ausbildungsstrukturen. Da in der Monarchiezeit in Österreich auch einige Kriege geführt wurden, spielte die Pflege von im Krieg Verwundeten eine besondere Rolle und stellte zugleich eine große Herausforderung dar. So ist es auch nachvollziehbar, dass gerade in der österreichisch-ungarischen Monarchie der Beruf der „Pflege“ erstmals geschaffen wurde (vgl. Seidl, 1993, 27).

Die sich daraus ergebenden Zusammenhänge und Implikationen haben mich als langjährig in der Krankenpflege tätige Person immer wieder beschäftigt und motiviert, die Grundlagen und die Geschichte der österreichischen Krankenpflege näher zu erforschen und bestimmte Aspekte und Auswirkungen zu hinterfragen.

1.1. Ausgangslage

Obwohl es aus heutiger Perspektive schwer feststellbar ist, welche Situationen und Aspekte der damaligen Kriegskrankenpflege die Gründung der ersten Krankenpflegeausbildungsstätten (z. B. im Rudolfinerhaus) beeinflusst haben (vgl. Walter, 2003, 22), lohnt es sich, bestimmte Faktoren der damaligen Krankenversorgung näher zu beleuchten, da sie wertvolle Einsichten in die Geschichte und die Mechanismen der Verbesserung der Organisation der Krankenpflege während der Kriegszeit liefern. Eine interessante und wichtige

Fragestellung bietet auch die Rolle des Krieges für die berufliche Identitätsentwicklung von Krankenschwestern. Hier sind vor allem die innerberuflichen Konflikte zwischen den damaligen freiwilligen Krankenpflegerinnen und Berufskrankenschwestern hervorzuheben.

Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten setzten sich bereits mit der komplexen Thematik der Geschichte der Krankenpflege auseinander. In Bezug auf die Geschichte der Krankenpflege in Österreich hat sich der Forschungsstand in den letzten Jahren beträchtlich weiterentwickelt. An dieser Stelle sind besonders die Beiträge der Pflegewissenschaftlerinnen Ilse Marie Walter und Elisabeth Seidl und eine im Jahr 1999 entstandene Dissertation von Gabriele Dorffner zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege hervorzuheben. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf den Fragestellungen der Organisation, wobei vor allem die Kriegskrankenpflege (WärterInnen) und die berufliche Identität der Krankenschwestern und Versorgung der Kranken und Verwundeten Beachtung findet.

Im ersten Kapitel wird die Geschichte, Organisation und Entwicklung der freiwilligen Krankenpflege, der es damals an Schulung und Organisation mangelte, mit besonderer Berücksichtigung der folgenden Einigungskriege beschrieben. Dieser Abschnitt befasst sich mit den Problemen in der Sanitätsversorgung und der Entstehung der verschiedenen Hilfsorganisationen in der damaligen Monarchie. Nach dieser Abhandlung wird auf die Gründungen der Krankenpflegeschulen und die Entwicklung des Krankenpflegeberufes näher eingegangen. Ein weiteres Kapitel behandelt die Medizinische Versorgung in Österreich-Ungarn, den Aufbau und die Organisation des Militärsanitätswesens. Der letzte Teil meiner Arbeit befasst sich mit der Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg und zeigt einige Kriegsbeispiele in der Organisation und die tatsächlichen Einsatzmöglichkeiten in der pflegerischen Versorgung, zur Veranschaulichung werden einzelne Kriegsberichte der Frontkrankenschwestern sowie die unterstützende Hilfeleistung und Versorgung durch Rotkreuz-Schwestern beschrieben. In der abschließenden Zusammenfassung wird versucht, die Ergebnisse anhand der gestellten

Fragestellungen zu verdeutlichen und die Schlussfolgerungen in Kontext zum heutigen Stand der professionellen Pflege zu setzen.

1.2. Ziel und Fragestellung der Arbeit

Aus der einleitenden Darstellung des Themengebietes konstituieren sich folgende Zielsetzungen und Fragestellungen. Das Hauptziel meiner Arbeit ist, wichtige Einflussfaktoren auf die persönliche und organisatorische Ebene der Krankenpflege in der Kriegszeit der österreichisch-ungarischen Monarchie hervorzuheben und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Krankenpflege, im heutigen professionellen Sinn, zu reflektieren und näher zu beleuchten.

Fragen, die in dieser Arbeit beantwortet und analysiert werden sollen, lauten:

1. Wie war die Entwicklung und der Einfluss des Krieges auf die Organisationsstrukturen der freiwilligen Krankenpflege, und inwieweit war die Monarchie hinsichtlich des militärischen Sanitätswesens auf einen Krieg wirklich vorbereitet?
2. Welchen Beitrag hat die freiwillige Krankenpflege zur Versorgung der Kranken und Verwundeten beigetragen und worin bestanden deren Auseinandersetzungen und Herausforderungen?

1.3. Methode

Aufgabe dieser Arbeit ist es, anhand der eben genannten Fragestellungen, die Rolle und Entwicklung der Krankenpflege in der Kriegszeit zu untersuchen und ihren Einfluss auf die moderne, professionelle Pflege aufzuzeigen. Um diese Zielsetzungen fokussiert beschreiben zu können, wurde eine Literaturliteraturarbeit gewählt, die auf der historischen Methode basiert. Hierzu wurden Literaturrecherchen und Quellenstudien aus ausgewählten Archiven durchgeführt.

Der Fokus dieser Arbeit liegt im Studium der österreichischen Quellen und Literatur, da eine Untersuchung der Rahmenbedingungen des Pflegeberufs

hierzulande notwendig ist, um auf die geschichtswissenschaftlichen Ressourcen zur heimischen Krankenpflege näher eingehen zu können. Als wesentliche Quellen wurde vor allem Literatur aus den Primärquellen herangezogen, wie z. B. Dokumente, Tagebücher und Nachlässe aus folgenden Archiven: dem Österreichische Staatsarchiv, dem Allgemeinen Verwaltungsarchiv, dem Archiv der Republik, dem Kriegsarchiv, dem Wiener Stadt- und Landesarchiv, dem Archiv des Rudolfinerhauses. Des Weiteren wurde auf Literatur des 19. Jahrhunderts, zahlreiche Zeitungs- und Zeitschriftenartikel aus der Josephinischen Bibliothek und österreichischen Nationalbibliothek zurückgegriffen.

Diese primärliterarischen Werke bieten gerade durch ihren Blick aus verschiedenen Perspektiven einen umfassenden Einblick in die Situation der Krankenpflege in dieser Zeit. Um die Literaturrecherche wissenschaftlich abzurunden, wurden außerdem Sekundärliteratur aus dem Bereich der Geschichte der Pflege und der Medizin, sowie wissenschaftliche Dissertationen miteinbezogen.

2. Zur Geschichte der Krankenpflege mit Bezug auf kriegereische Ereignisse in der österreichisch-ungarischen Monarchie im Zeitraum von 1850 bis 1918

Die Jahrzehnte Ende des 17. Jahrhunderts bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts gelten als die dunkelste Periode der Krankenpflege. Sie lag in den Händen von unausgebildeten, schlecht bezahlten und wenig angesehenen Wärtern und Wärterinnen, die auch alle anderen anfallenden Arbeiten erledigen mussten. Die militärischen Sanitätsdienste waren ebenso in einem schlechten Zustand, da man sie während der Friedenszeit vernachlässigt hatte. Trotz einiger Fortschritte, wie z. B. die Gründung des Diakonissenhauses in Kaiserwerth oder die Reformvorschläge großer Kliniken wie der Charité in Berlin von 1853, führten erst der Krimkrieg (1853-1857) und der Sardinische Krieg (1859) eine entscheidende Wendung in der Krankenpflege herbei. (vgl. Riesenberger, zit. n. Eckart, Gradmann, 1996, 23-24).

„Die Krankenpflege ist so alt wie das Menschengeschlecht. Doch von der Pflege bis zum Pflegeberuf war es eine lange Entwicklung, die sich auch in unserem Jahrhundert noch fortsetzen wird.“ Dies verkündete der Wiener Chirurg und Medizinhistoriker Leopold Schönbauer (1888-1963) in einem Vortrag beim Festakt des Weltgesundheitsstages am 7. Mai 1957. (Schönbauer, zit. n. Grois, 1967, 127).

Im 19. Jahrhundert kann man folgende Schwerpunkte in der Auffassung von Krankenpflege festlegen: Pflege wird einerseits als Aufopferung, andererseits als Hilfe für den Arzt gesehen. Pflegende werden nach den Eigenschaften beurteilt, die von ihnen gefordert und die in langen Listen, in den sogenannten „Tugendkatalogen“, zusammengestellt werden. Ihre Tätigkeit wird durch Aufzählung einzelner Verrichtungen beschrieben, die oft von organisatorischer oder administrativer Natur sind.

Die Auffassung, dass Krankenpflege Aufopferung bedeute und voraussetze, stammt vor allem aus der Tradition christlicher Nächstenliebe und der langen Geschichte christlicher Pflegeorden. Dabei kann Pflege als Aufopferung für Gott, für die Kranken, für die Gesellschaft, für das Vaterland usw., verstanden werden. (vgl. Seidl, 1996, 35-80).

Die eben genannten „Tugendkataloge“, also Aufstellungen von Eigenschaften, welche eine gute Krankenpflegerin haben sollte, fehlen fast nie in der Pflegeliteratur des 19. Jahrhunderts. Genannt werden z. B. Gehorsam, Gewissenhaftigkeit, Reinlichkeit, Pünktlichkeit, Geduld und noch einige weitere Aspekte. (vgl. Walter, 1991, 136).

Die Pflege von im Krieg Verwundeten war schon immer ein eigenes Kapitel in der Krankenpflege. Bei den Römern waren es die Militärlazarette und während der Kreuzzüge die Ordensritter, die diese Aufgabe übernahmen. Später waren es Marketenderinnen, die mit dem Tross mitzogen und dem Feldscher immer wieder hilfreich zur Seite standen. Ein Motiv für die Entstehung neuer organisatorischer Pflegeformen waren die vielfältigen Kriege des 19. Jahrhunderts. (vgl. Dorffner, 1996, 19). Schon während der Napoleonischen Kriege begannen sich die sogenannten „Vaterländischen Frauenvereine“ zu organisieren, die auch später aus den Kriegen der Jahrhundertmitte

entstanden, welche an dieser Stelle Erwähnung finden sollen: 1853 bis 1856 Krimkrieg, 1859 Österreichisch-Sardinischer Krieg, 1864 Dänisch-Preußischer Krieg, 1866 Deutscher Krieg, 1870 bis 71 Deutsch-Französischer Krieg. In dieser Zeit kam es zu einem regelrechten Humanitätsausbruch, in welchem Motive zu tragen kamen, die von der selbstlosen Hilfsbereitschaft bis zur Vermeidung der „nationalen Schande“ eines pflegerisch schlecht betreuten Heeres reichten. In diesem Kontext entstanden die zwei wichtigsten Entwicklungen, die „Nightingale – Bewegung“ und die Gründung des „Roten Kreuzes.“ (vgl. Seidler, 2003, 216). Mit diesem Moment begann die Geschichte der freiwilligen Krankenpflege im Krieg und in Zeiten des Friedens.

2.1. Organisation und Entwicklung der freiwilligen Kriegskrankenpflege

Die freiwillige Sanitätspflege wurde in der Österreichisch-Ungarischen Monarchie bereits schon im Frieden in die Militärsanitätspflege eingeplant. Neben den Feldspitälern und Kriegslazaretten des Heeres übernahmen die Feldspitäler des Roten Kreuzes und die Verwundetenspitäler des Deutschen Ritterordens die Erstbetreuung der verletzten und erkrankten Soldaten. Der Militärsanitätsdienst wurde vom Souveränen Malteser-Ritterorden, dem Verein des Roten Kreuzes, von der Freiwilligen Sanitätspflege, von Zivilspitälern und den Universitätskliniken unterstützt. Die Leitung der freiwilligen Sanitätspflege im Krieg hatte der Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege für die gesamte Monarchie und der k. k. bzw. k. u. k. Kommissar für das Hilfsvereinswesen in den betreffenden Staatsgebieten. Diese Thematik wird in den folgenden Kapiteln dieser Diplomarbeit noch genauer behandelt.

2.2. Entwicklung des Krankenpflegeberufes

Als wichtigen Einschnitt in der Entwicklungsgeschichte des Krankenpflegeberufes sind die in dieser Zeit vorgenommenen Reformbestrebungen zu nennen, als Beispiel kann hier Joseph II. herangezogen werden, der zur Gründung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses beigetragen hat. Mit der Gründung des Krankenhauses setzte ein Wandel vom mittelalterlichen Hospital

zum neuzeitlichen Krankenhaus ein, mit dem die Krankenpflege nicht Schritt halten konnte. Das Personal stammte aus untersten Schichten, welches seinen Dienst oft unzufriedenstellend verrichtete. Hinzu kam in Österreich die lange Ordenstradition und die geringe Akzeptanz der Weltlichen Krankenpflege. (vgl. Dorffner, 2001, 232). Das Allgemeine Krankenhaus wurde am 15. August 1784 eröffnet und bestand aus vier medizinischen, zwei chirurgischen Abteilungen und einer Abteilung für venerische Erkrankungen. Es verfügte über 5.500 Betten. Das AKH unterstand dem Wiener Krankenanstalts-Fonds. (vgl. Dorffner, Kozon, 2004, 46).

Schon bei der Gründung des Allgemeinen Krankenhauses waren Mängel in der Krankenpflege sichtbar. Ein Grundproblem der Zentrale war die prekäre finanzielle Lage, die sich auf die Personalfuktuation auswirkte und eine Anstellung zu einer ungewissen Sache machte. 1869 versuchte Theodor Helm (1843-1920), der damalige Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, erneut eine Reform: Diese entlastete das Wartpersonal durch die Bereitstellung von Hilfskräften für die Reinigungsaufgaben. Weiters wollte er eine Grundausbildung für die neuen Mitarbeiter. Diese Bestrebungen konnten sich nicht durchsetzen, doch durch Versuch einer weiteren Reform 1870 mit einer „Dienstweisung für das Wartpersonal des k. k. Allgemeinen Krankenhauses“ versuchte man neue Richtlinien zu erstellen. (vgl. Dorffner, 2001, 233).

1904 gelang es Direktor Viktor Mucha (1877-1933), als Nachfolger des Theodor Helm, mit vielen Bemühungen ein Pflegerinnen-Institut zu gründen. Diese Institution sollte ähnlich wie das Konzept des Rudolfinerhauses, sowohl die Ausbildung der Pflegerinnen als auch ihre Versorgung übernehmen. (vgl. Dorffner, 2001, 233). Die Schwestern des Pflegerinnen-Instituts wurden „Blaue Schwestern“ genannt, um die Farbe ihrer Berufskleidung von anderen Schwestern zu unterscheiden. Sie wurden in der neu gegründeten Wiener Frauenklinik eingesetzt. Das Schwesterninstitut hatte leider zu wenig Geld und zu wenig ausgebildete Schwestern, um alle an sie gestellten Aufgaben zu erfüllen. Man versuchte mit dem Roten Kreuz einen Vertrag einzugehen, um das Institut zu subventionieren. Die Schwestern sollten sich verpflichten, im Falle eines Krieges die Hälfte ihres Personals an den Österreichisch-

Patriotischen Hilfsverein vom Roten Kreuz zu stellen. Das Rote Kreuz wollte eigene Pflegerinnen im Institut ausbilden lassen, die sowohl im Frieden in der Privatkrankenpflege als auch im Krieg eingesetzt werden sollten. Der Wiener Krankenanstalts-Fonds sollte die Aufgabe übernehmen, die Pflegerinnen auszubilden – und soweit das Rote Kreuz sie nicht brauchte – bei sich zu beschäftigen. Mit dieser Subvention, hieß es, besitze das Institut mehr Geld und durch die Pflegeschülerinnen vom Roten Kreuz auch mehr Personal und das Rote Kreuz eine Zusage für die verpflichteten Krankenschwestern in einem Kriegsfall. Diese Regelung scheiterte letztendlich aus dem mangelnden Interesse der Wiener Krankenanstalten Fonds. (vgl. Dorffner, 1999, 101).

Ein weiterer Schritt ergab sich auf Grund der gespannten politischen Situation und dem bevorstehenden Krieg 1913, mit der Eröffnung der ersten öffentlichen Krankenpflegeschule im Wiener Allgemeinen Krankenhaus. Damit wurde ein wichtiger Schritt zur Professionalisierung der Krankenpflege gesetzt. Im Juni trat die „Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“ in Kraft. (vgl. Dorffner, 2001, 234).

„Nach der Verordnung über die berufsmäßige Krankenpflege in einem Begleitschreiben wurde dem Kaiser die Notwendigkeit einer Regelung der Krankenpflege unterbreitet, und auch auf den erhöhten Bedarf an Krankenpflegerinnen im Kriegsfall hingewiesen.“ (zit. n. Dorffner, 1999, 133).

Nach der Gründung der Krankenpflegeschule im Wiener Allgemeinen Krankenhaus, verpflichteten sich die Pflegerinnen in einem Gelöbnis wenigstens für drei Jahre dem militärischen Sanitätsdienst oder der Sanitätsverwaltung im Falle eines Krieges und Epidemien zur Verfügung zu stehen. Am 17. Juni wurde von Kaiser Franz Joseph folgender Entschluss unterzeichnet:

„Ich nehme die zur Förderung der berufsmäßigen Krankenpflege und zur Hebung des Ansehens des Pflegerinnenstandes eingeleiteten Maßnahmen zur Kenntnis, stifte als Ehrenzeichen für Krankenpflegerinnen, die sich durch

Gelöbnis der Pflege von Verwundeten und Kranken im Kriege, sowie bei Epidemien und Unglücksfällen auch im Frieden widmen, eine „Ehrendekoration für diplomierte Krankenpflegerinnen“ und ermächtigte Sie demnach zur Erlassung der beiliegenden Verordnung, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege.“ (ÖSTA, AVA, Mdl, Präsidiale, F36 Krankenpflegewesen, 6786/M.I.,1914).

In der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie bis zur Gründung der Krankenpflegeschule am Wiener Rudolfinerhaus gab es auf diesem Gebiet im heutigen Österreich keine derartige Schule. Die Pflege wurde meistens ausschließlich sowohl in den Krankenhäusern als auch in Privathaushalten entweder von Klosterschwestern, -brüdern oder Wärtern und Wärterinnen durchgeführt. Im Jahre 1875 wurde ein „Verein zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete“ gegründet. Theodor Billroth, der bedeutendste Wienerchirurg spielte im diesen Verein die entscheidende Rolle, auch im weiteren Verlauf dieses Vereines und gilt bis heute als Gründer des Rudolfinerhauses. (vgl. Walter, 1996, 19).

Zur Entwicklung des Pflegeberufes in Österreich und zur Verbesserung der Entlohnung, steuerte der Bedarf an Pflegerinnen erst zu Beginn des Ersten Weltkrieges bei. In Wien existierten damals abgesehen von der Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses nur zwei Krankenpflegeschulen: die erste staatliche Krankenpflegeschule am Wiener Allgemeinen Krankenhaus und die Schule vom Roten Kreuz am Krankenhaus Wieden, welche beide 1913 eröffnet wurden. Laut Elisabeth Seidl erfolgte die Ausbildung von Pflegerinnen im Falle eines Krieges. Trotzdem gab es nicht genügend Pflegerinnen und die Pflegekräfte mussten aus Deutschland und der Schweiz nach Österreich-Ungarn geschickt werden (vgl. Seidl, 1990, 104).

2.3. Gründung des Roten Kreuzes und die Schlacht bei Solferino

Der Österreichisch-Sardinische Krieg (1859), auch zweiter Italienischer Unabhängigkeitskrieg genannt, war einer der drei Italienischen

Unabhängigkeitskriege und eröffnete durch die Niederlage der Österreicher den Weg zur Einigung Italiens. (o. A. o. J. http://de.wikipedia.org/wiki/Sardinischer_Krieg, 05.12.2012).

Wie es auf der Welt und besonders in Kriegen auf den Schlachtfeldern ausgesehen hat, bevor es ein Rotes Kreuz gab, stellt für die menschliche Vorstellungskraft ein unbekanntes Bild dar. Nur aus der geschichtlichen Vergangenheit heraus können wir verstehen und begreifen, welchen siegreichen Weg das Rote Kreuz seit seiner Gründung zurückgelegt hat.

Es ist unvorstellbar, dass die Versorgung und Betreuung von Verwundeten, auch noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts, vollkommen dem Zufall und dem guten Willen einzelner überlassen war. Pflegepersonal, Sanitätshilfs- und Transportmittel gab es nur in ungenügender Zahl, sogar Ärzte waren nicht ausreichend und oft nur mit ungenügender Ausbildung vorhanden. Allerdings waren schon in den frühesten Zeiten des Mittelalters von Fall zu Fall bei Kapitulationen von Städten und Festungen zwischen den einzelnen kriegsführenden Parteien Verträge abgeschlossen worden, die für die Behandlung und Pflege der Verwundeten und deren Pflegepersonal, sogar für Frauen und Kinder, falls sie in den Schlachtbereich hineingezogen worden waren, ein Sonderabkommen enthielten. Die ersten schriftlichen Dokumente solcher Art finden wir schon im 16. Jahrhundert. In späteren Kriegen werden solche Abkommen ziemlich allgemein, mehr oder weniger voneinander abweichend, formuliert. Hervorzuheben ist allerdings, dass immerhin ein stillschweigendes Übereinkommen zwischen den Kriegsführenden bestanden hat, das sich bei der Versorgung der Verwundeten und Kranken an eine bereits erprobte und für richtig befundene Norm zu halten schien. Auch der Abtransport und spätere Austausch von Verwundeten und Gefangenen wurde meist auf ein und dieselbe Weise durchgeführt. (vgl. Rohrer, 1943, 14).

Die Befreiungskriege gegen Napoleon, in denen sich zum ersten Mal Riesenheere gegenüberstanden und in denen es nach den Kämpfen Massen von zurückgelassenen Verwundeten und Toten auf den Schlachtfeldern gab, machten die Dringlichkeit einer sachgemäßen und schnellen Hilfe immer deutlicher. Der Schrei nach einer planmäßigen einheitlichen Aufstellung von

Sanitäts- und freiwilligem Pflegepersonal wurde immer lauter und erscholl durch ganz Europa. 1814 erging bereits der erste Aufruf an die Frauen, sich zusammenzuschließen und patriotische Frauenvereine zu gründen, die den Zweck hatten, für die Krieger Verbandsmaterial zu sammeln und vorzubereiten. Diese Frauenvereine entstanden in Deutschland sehr rasch und zahlreich und bildeten später in den Sechziger- und Siebzigerjahren des 19. Jahrhunderts die Urzelle, aus der sich die ersten deutschen Vereine des Roten Kreuzes entwickeln konnten. Allerdings wurden alle grauenhaften Kriegserfahrungen während der langen Friedenspause, die Europa nach den napoleonischen Kriegen genoss, rasch vergessen. Die Tätigkeit der patriotischen Frauenvereine ging immer mehr zurück und einzelne hörten vollkommen auf. (vgl. Rohrer, 1943, 14-15).

Ein neuer Ansporn war nötig, um die Völker Europas aufzurütteln und die Frage der Verwundetenversorgung einer endgültigen Lösung zuzuführen. Der Krieg in Italien hatte zunächst eine unmittelbare regionale Auswirkung auf die Gestaltung der Krankenpflege im Großherzogtum Baden. Bei Ausbruch des Krieges gründete Großherzogin Luise den „Badischen Frauenverein“, der für verwundete und erkrankte Militärpersonen sorgen, sowie auch bei allgemeinen Notständen helfen sollte. Nach dem Krieg übernahm der Badische Frauenverein, unter Vorsitz und mit Unterstützung der Großherzogin, die Aufgabe, die Krankenpflegerinnen auszubilden, um „für den Fall eines Krieges zur Pflege der Verwundeten geübte Pflegerinnen zur Verfügung zu haben.“ (vgl. Riesenberger, zit. n. Eckart, Gradmann, 1996, 24).

Erstmals übernahm eine konfessionell ungebundene Vereinigung mit fürstlicher bzw. staatlicher Förderung die Verantwortung für die Ausbildung von „Frauen und Jungfrauen“ in der Krankenpflege. Neu waren im kontinentalen Europa die interkonfessionelle Grundlage der Ausbildung und die präventive Zielsetzung.

Der Badische Frauenverein richtete in Karlsruhe ein Wohnheim für Krankenpflegerinnen ein, unter Leitung einer Oberin, deren Ausbildung auch bezahlt wurde. Eine gemeinsame Kasse sicherte den Lebensunterhalt der Pflegerinnen. So entstand die erste weltliche Schwesternschaft in der für Deutschland typischen Form des Mutterhauses, dem Mutterhaus in Karlsruhe

wurde eine eigene Vereinsklinik angeschlossen. (vgl. Riesenberger, zit. n. Eckart, Gradmann, 1996, 25).

Der Krieg in Italien hatte ein weiteres unmittelbares Ereignis von großer Tragweite: nämlich die Schlacht von Solferino, die im Jahre 1859 zwischen den Österreichern und den Italienern in der Lombardei geschlagen wurde.

Der Schweizer Henri Dunant (1828-1910) war zufällig in eben dieser Gegend geschäftlich unterwegs und geriet dabei in die Wirren um die Schlacht bei Solferino (1859). Tief bewegt von den fürchterlichen Folgen der Schlacht, sah er spät am Abend 40.000 Verwundete und Tote auf dem verlassenen Schlachtfeld unversorgt zurückgelassen. Die meisten waren unfähig, sich von der Stelle zu rühren, hilflos, von der Angst gepeinigt, hier verhungern oder verdursten zu müssen, von Schmerzen und Fieber geschüttelt. Henri Dunant war zutiefst erschüttert und beeindruckt. Selbst ohne pflegerische Kenntnisse versuchte er zu helfen, wo und wie er nur konnte. Sein großartiges Beispiel zog viele Mithelfer heran. Natürlich war diese Versorgung ungenügend und provisorisch. Nach diesem grauenhaften Erlebnis kämpfte er für seine Idee einer internationalen Hilfsorganisation, die das Leid der Kriegsverletzten zu lindern versuchte. So wurde eine Organisation ins Leben gerufen, die unter dem Namen „Rotes Kreuz“ bekannt ist und in der Genfer Konvention vom 22. August 1864 realisiert wurde. (vgl. Dorffner, 1996, 19).



Abb.: Henri Dunant (1828-1910), Quelle: Rohrer, 1943, 672.

Damit begann die Geschichte der organisierten freiwilligen Krankenpflege im Krieg und auch diejenige der Schwestern vom Roten Kreuz. Einer der wichtigsten Punkte des Roten Kreuzes war es, Pflegepersonal in Friedenszeiten auszubilden, um im Krieg geschulte Helfer zur Hand zu haben.

Zum ersten Mal wurden – wenn man von den Wärterinnen absieht, die um des reinen Gelderwerbes willen arbeiteten Frauen nicht mehr ausschließlich wegen ihrer religiösen Motivation in den Dienst an den Kranken gerufen.

Das Rote Kreuz war in Deutschland gegen Ende des 19. Jahrhunderts bereits besser organisiert als in Österreich. Es wurden eigene Rot-Kreuz-Krankenhäuser errichtet, und die Zahl der Ausbildungsstätten wuchs so rasch an, dass sie sich bereits 1882 zum „Verband deutscher Krankenpflegianstalten vom Rotem Kreuz“ zusammenschlossen. Das Mutterhaus übernahm die Versorgung der Schwestern, und es gab gemäß den Statuten „keinen Unterschied hinsichtlich Konfession, Rasse oder politischer Gesinnung.“ Dies

stellte einen weiteren Entwicklungsschritt in Richtung moderner Krankenpflege dar, in welcher die Tätigkeit als Beruf angesehen wird, bei dem persönliche Einstellungen oder religiöse Motive in den Hintergrund gerückt werden. Hauptsächlich ging es dem „Roten Kreuz“ um die Bereitstellung von Pflegepersonal. Dies wurde dann besonders im Ersten Weltkrieg wichtig, als die Organisation freiwillige Helfer in vierwöchigen oder sechsmonatigen Kursen ausbildete und an die einzelnen Spitäler und Lazarette entsandte. (vgl. Dorffner, 1996, 20).



Abb.: Die Mitglieder der Genfer Konvention am 22. August 1864. Hier kam es zur Gründung des Internationalen Roten Kreuzes, Quelle: Rohrer, 1943, 672.

2.3.1. Sanitätsdienst am Kriegsschauplatz

Dieser Darstellung des Sanitätsdienstes während der wichtigsten Gefechte und Schlachten – so knapp und bruchstückhaft diese Darstellung auch ausfallen musste – ist doch die auffällige Tatsache zu entnehmen, dass es an einer einheitlichen Leitung des Sanitätsdienstes fehlte. Weder im Hauptquartier des

Armee-Oberkommandos, noch in den beiden Armee-Hauptquartieren war ein Armeechefarzt anwesend, um den Sanitätsdienst während der Schlacht zu regeln. Alle höheren Organe des Sanitätsdienstes waren vielmehr in Verona versammelt, wo sie ohne alle Kenntnis der Ereignisse erst spät die Weisung erhielten, für ankommende Verwundete Vorsorge zu treffen. Die Folge dieser Verhältnisse war, dass die Sanitätsanstalten der vorderen Linie – Sanitätskompanien, Ambulanzen, Aufnahmsspitäler – gerade im Augenblick des dringendsten Bedarfes selten zur Stelle waren, einige untätig abseits standen oder zwecklos hin- und her marschierten, während andere, von der Flut der Verwundeten überrascht, den Anforderungen der Ersten Hilfe kaum nachkommen konnten. Die Anrichtungen der ersten und zweiten Linie waren häufig so weit voneinander entfernt, dass die Verwundeten nach der ersten Hilfeleistung tagelang auf primitivstem Wege transportiert werden mussten, ehe sie eine spitalsmäßig eingerichtete Unterkunft erreichten. (vgl. Myrdacz, Bd. 9, 1896, 38-41). Andererseits muss man zugeben, dass die Anstalten für die Erste Hilfe selbst bei korrekter Disposition den Anforderungen der Lage schwer gewachsen gewesen wären, da sie nach Zahl und Umfang von vornherein ungenügend waren. Ein Armeekorps von 25-30.000 Mann verfügte über eine Sanitätskompanie und eine Ambulanz. Die Sanitätskompanie mit ihren 200 Soldaten konnte damals, da keine Blessiertenträger normiert waren, die erste Hilfe bei den oft sehr zahlreichen Verwundeten nicht bestreiten.

Abgesehen von der mangelhaften Leitung der vorderen Sanitätsanstalten war deren Leistungsfähigkeit zudem beeinträchtigt durch die geringe Anzahl an Ärzten und an ausgebildetem Pflegepersonal. Zunächst wurden die Zöglinge des letzten Jahrganges der Josephs-Akademie als provisorische Oberärzte auf den Kriegsschauplatz gesendet. Ungeachtet dieser Verfügungen blieben gar viele ärztliche Posten, sowohl bei den Truppen als auch in den Sanitätsanstalten am Kriegsschauplatz unbesetzt. Diese Lücken vergrößerten sich im Laufe des Feldzuges teils durch Erkrankungen, durch vom Feind zugefügte Verwundungen oder dadurch, dass zahlreiche Ärzte in feindliche Gefangenschaft gerieten und oft erst nach mehreren Wochen freigelassen wurden. (vgl. Myrdacz, Bd. 9, 1896, 41-45).



Abb.: Kartenskizze zur Schlacht bei Solferino, Quelle: Myrdacz, 1896, 31.

2.3.2. Die Krankenerstreuung

Über den Umfang der Krankenerstreuung wird berichtet, dass in Summe 48.713 Kranke und Verwundete aus Italien in die rückwärtigen Provinzen zurückgesendet wurden, hiervon wurden 5444 an Zivilspitälern, 5911 an Privatpflegestätten und die übrigen 37.358 in Militärspitälern behandelt.

Trotz der vielfachen Schwierigkeiten, mit welchen die Krankenerstreuung besonders am Anfang zu kämpfen hatte, ist ihr positiver Einfluss auf den Verlauf der Krankheiten und Verwundungen deutlich. Die Mortalität ist infolge dieser Maßregel sicher wesentlich geringer geworden.

Dieses neuartige Zerstreungssystem sah vor, dass Kranke und Verwundete in rückwärtige Provinzen der Monarchie verlegt wurden und dort ärztliche Betreuung erhielten. (vgl. Myrdacz, Bd. 9, 1896, 55).

Die Krankenerstreuung gründete sich aus der Notwendigkeit einer entsprechenden Unterbringung und Verteilung der Kranken. (vgl. Kraus, 1861, 1) und vor allem auch um Epidemien zu vermeiden. Trotzdem konnten nach der Schlacht bei Solferino die Verwundeten, welche hilflos auf dem Schlachtfeld liegenblieben, nicht ordnungsgemäß versorgt werden. Die Sanitätsversorgung wies große organisatorische Mängel auf. Über die Zahl der Verwundeten,

Gefallenen und infolge von Verwundungen Gestorbenen, sowie über die Zahl und Art der Kranken liegen keine genauen und vollständigen Daten vor. (vgl. Myrdacz, Bd. 9, 1896, 55-56).

Laut Kraus gilt es als gesichert, dass die Krankenzerstreuung einerseits auf der Organisation von Kranken-Sammelplätzen in entsprechender Lage und Ausdehnung, und andererseits auf der rechtzeitig eingeleiteten Abtransportierung der Kranken und Verwundeten aus dem Bereich der operierenden Armee beruhte. Ersterem entsprachen die improvisierten Anstalten für Kranke und Verwundete (Lagerzelte – durch Flugdächer bedeckte, sonst offene Räume), letzterem die eigentlichen Transportmittel, nämlich die Eisenbahnen. Die improvisierten Krankenunterkünfte, Schiffsambulanzen und anderen Transportmittel bildeten zusammen den vollständigen Apparat für eine entsprechende und ausreichende Krankenzerstreuung. Sie sind die Glieder einer untrennbaren Kette, von ihrer Verbindung und gegenseitigen Unterstützung war der Erfolg und Nutzen dieser Sanitätsmaßregel abhängig. (vgl. Kraus, 1861, 105).

Durch die rechtzeitig eingeleitete Krankenzerstreuung konnte eine Überfüllung der Feldspitäler nach Schlachten zwar nicht verhindert, doch bei geregelter Durchführung immerhin vermindert werden. Wenngleich die Aufgabe der Krankenzerstreuung eine große Herausforderung darstellte, ist das Krankenzerstreuungssystem nicht nur das wirksamste Unterstützungsmittel für die Feldspitäler, sondern auch ein wesentlicher Bestandteil für den Heilsapparat im Feld, und kann auch im Frieden bei Epidemien durch Verhinderung oder Schwächung der Keime sehr Ersprießliches leisten. (zit. n. Kraus, 1861, 119-120).

2.4. Sanitätsgeschichte aus dem Feldzug 1859

Für die Sanitätsgeschichte ist der Feldzug 1859 besonders wegen der auf österreichischer Seite zum ersten Mal in größerem Maßstab unternommenen Krankenzerstreuung von Wichtigkeit. Sämtliche Transporte mussten auf der einzigen Linie Verona-Casarsa befördert werden. Von dort wurden die Verwundeten und Kranken mit landesüblichen Fuhrwerken, für welche das

nötige Zugvieh bald kaum mehr aufzutreiben war, in der Sommerhitze nach Nabresina überführt und dort wieder auf die Eisenbahn umgeladen. Unter diesen Umständen waren Stockungen und Anhäufungen auf einzelnen Stationen unvermeidlich, auch waren diese Stationen anfänglich weder mit Unterkünften noch mit Sanitätspersonal und Material hinreichend ausgestattet, um die nötige Pflege und Hilfe zu gewährleisten.

Unterstützung fand man in diesem Bereich durch die freiwillige Sanitätspflege. Der österreichische patriotische Hilfsverein in Wien, welcher aus Anlass des Krieges gegründet worden war und später die Organisation des freiwilligen Hilfsvereinswesens in Österreich bildete, war infolge seiner bescheidenen Mittel damals noch nicht in der Lage, mehr als etwa hundert Betten für Verwundete der Kriegsverwaltung anzubieten. Die patriotischen Vereine in den Provinzen dagegen sowie die Gemeinden, Korporationen und Privatpersonen erreichten in Summe, dass binnen 14 Tagen in fast allen Provinzen der Monarchie Unterkünfte und Pflegestätten für mehr als 50.000 Kranke und Verwundete gesichert waren, wovon allerdings infolge des unerwartet raschen Abschlusses der Kampfhandlungen nur ein geringer Teil tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Neben diesem Aspekt äußerte sich die freiwillige Sanitätspflege in außerordentlich reichen Spenden an Geld, Lebensmitteln und Sanitätsmaterial aller Art, deren Gesamtwert auf „Millionen“ geschätzt wurde. (vgl. Myrdacz, Bd. 9, 1986, 52-55).



Abb.: Übersichtskarte zur Sanitätsgeschichte des Feldzuges 1859 in Italien,
Quelle: Myrdacz, 1896, 49.

2.4.1. Freiwillige Kriegskrankenpflege

Die hervorragenden Leistungen der Freiwilligen Krankenpflege im Krieg haben einen bedeutenden Einfluss auf die Pflege der verwundeten und kranken Krieger gewonnen. Sie zeigen nicht nur, welche Opfer ein Volk für seine im Feld stehenden Brüder in Begeisterung und Liebe freiwillig darbrachte, sondern auch, mit welchen Mitteln sie für diese Hilfeleistung auskommen mussten.

Das Ziel lag vor allem darin, den Verwundeten und Kranken Erleichterung und Linderung zu verschaffen. In diesem Sinne wurde die anliegende Arbeit unternommen. Obgleich es nicht in der Zielsetzung dieser Abhandlung liegt, ausführlich auf die Geschichte der freiwilligen Hilfe im Krieg einzugehen, so erscheint es doch als notwendig, der hohen Leistungen mit voller Anerkennung zu gedenken. Denn so haben diese Helfer die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die freiwillige Krankenpflege als wohl organisiertes „Ganzes“ in die Leiden des Krieges eingreifen konnte. (vgl. Brinkmann, 1867, 1).



Abb.: Verwundete in der Kirche von Castiglione 1859, Quelle: Rohrer, 1943, 672.

2.4.2. Hierarchien in der Kriegskrankenpflege

Trotz der Initiative von Dunant und seinen Genfer Mitstreitern hatte diese noch keine großen Auswirkungen auf den Deutsch-Dänischen und den Preußisch-Österreichischen Krieg. Das Militär glaubte, ohne freiwillige Pflegekräfte auskommen zu können. Der Einsatz der konfessionellen Schwestern- und Bruderschaften erfolgte aus eigener Initiative der evangelischen und katholischen Mutterhäuser.

Die Krankenpflegerinnen wurden 1864 in Schleswig und 1866 auf dem böhmischen und bayerischen Kriegsschauplatz zwar verbal willkommen heißen, jedoch waren sie gezwungen, sich die pflegebedürftigen Kranken und Verwundeten oft in tagelangen Irrfahrten selbst zu suchen, und wurden von den Ärzten zunächst nur geduldet. Diese „Duldung“ erlangten sie, weil sie sich nützlich machten und nicht störten. (vgl. Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 111).

Oft verschafften sich die Schwestern nur über den Umweg der Übernahme einer Hauswirtschaft Zutritt zu den Lazaretten. Nach einer Bewährung auf diesem Arbeitsfeld, durften sie dann auch in der Pflege tätig sein. Sie wurden zunächst sehr oft nur mit der Reinigung des Lazaretts beauftragt. Eine Selbstverständlichkeit war die absolute Unterordnung der Schwestern unter die ärztliche Weisungsbefugnis. (vgl. Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 113).

Ein Preußischer Militärarzt namens Biefel dokumentierte Folgendes nach dem Deutsch-Dänischen Krieg:

„Was nun aber die freiwillig zur Krankenpflege herbeieilenden Personen betrifft, so müssen dieselben in eine momentane Unterordnung unter den militärischen Befehl treten. In den Lazarethen ist dies ganz selbstverständlich, da man dort zur freiwilligen Pflege nur die Mitglieder der geistigen Orden beider christlicher Confessionen anstellen wird, welche in Hospitälern vorgebildet, bereits an eine vollkommene Unterordnung unter den Willen der Aerzte gewöhnt sind.“ (Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 113).

Weiters kritisierte er die unabhängige Stellung des Johanniterordens in der Kriegsverwundetenfürsorge und empfahl die Unterstellung seiner Sanitätseinrichtungen unter die militärische Hierarchie. Die freiwillige konfessionelle Krankenpflege wurde nach den Reichseinigungskriegen zwar durch große Unterstützung des Militärsanitätswesens allgemein anerkannt, jedoch fand keine aktive Mitarbeit statt. Sie wurde lediglich als „preiswerte Verfügungsmasse“ wahrgenommen und immer effizienter eingebunden. (vgl. Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 113).

Laut Bischoff waren die Frauen durch ihre mütterlichen Eigenschaften besonders für die „weibliche Liebestätigkeit“ prädisponiert. (vgl. Bischof, 1992, 93-144).

In seiner berühmten Rede der Konferenz der Frauenvereine in Berlin äußerte sich Rudolf Virchow 1869 zur Zukunft der Krankenpflege:

„Ja meine geehrten Damen, meiner Meinung nach ist allerdings darauf hinzuarbeiten, dass ein Stamm von Personen, welcher nicht gerade ohne Lohn - denn das würde ja eine sonderbare Zumuthung sein – aber ohne entsprechenden Lohn, hauptsächlich mit der Aussicht auf innere Befriedigung, mit dem Zweck, ihrer Kraft und Thätigkeit ein dankbares Feld zu schaffen, in diese Arbeit eintritt.“ (zit. n. Seidler, 2003, 295).

Mit der Bestimmung der Frau zur „geborenen Pflegerin“ wurde sie nicht nur auf diese nicht hoch angesehene Tätigkeit festgelegt, sondern die Krankenpflege selbst in ihrer Rolle als Hilfsorgan verstanden, während die männlich dominierte ärztliche Tätigkeit Teil der immer stärker naturwissenschaftlich durchdrungenen Medizin wurde. (vgl. Bleker, Schmiedebach, 1987, 145).

Die männlichen Krankenpfleger traten in den hier behandelten Kriegen als Militärkrankenwärter und als Diakone bzw. katholische Ordensangehörige auf.

Die militärischen Wärter wurden aus dem Kreis der meistens invaliden Soldaten rekrutiert und erhielten eine äußerst mangelhafte Ausbildung. Sie standen in den Lazaretten hierarchisch unter den Schwestern und verrichteten für diese niedere Dienste und körperlich schwere Reinigungsarbeiten. Die Diakonie kam überwiegend aus dem Handwerk. (vgl. Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 116).

Die in der Krankenpflege tätigen Diakone hatten von Beginn an ein Akzeptanzproblem in der Kirche und Gesellschaft, da ihre Tätigkeit als „unmännlich“ angesehen wurde. Um einen Vergleich des unterschiedlichen Umgangs des Militärs mit weiblichen und männlichen Krankenpflegekräften zu schaffen, eignet sich ein Blick auf deren Einsatzbedingungen.

Diakone bzw. männliche Angehörige katholischer Pflegeorden und Diakonissen führten in der Kranken- und Verwundetenpflege in den Lazaretten dieselben Arbeiten aus. Dazu gehörten das Verbinden der Verwundeten, die Versorgung von Cholerakranken wie auch das Austeilen von Lebensmitteln. Sie unterstützten auch die Johanniter und Malteser bei der Verwaltung der Spenden, und übernahmen Arbeiten wie die Begleitung von Verwundetentransporten in die Heimat, die Verteilung religiöser Schriften,

persönliche Liebedienste wie Briefe schreiben und seelsorgerlichen Zuspruch, der vor allem bei Schwerverwundeten und Sterbenden zu leisten war. Häufig wurden sowohl die männlichen Pfleger als auch die Schwestern von Johanniter- bzw. Malteserrittern, durch VorsteherInnen der Mutterhäuser oder von Geistlichen begleitet. Dies diente dem Schutz der Organisation und der Koordination des Einsatzes vor Ort. (vgl. Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 117).

Ein Vergleich der Fremd- und Selbsteinschätzung männlicher und weiblicher Pflegekräfte bietet ein Beispiel aus dem Handbuch der Kriegschirurgie aus dem Jahr 1882. Büttner postuliert in diesem Zusammenhang Folgendes:

„Männliche Pflege ist bei Schwerkranken nicht zu empfehlen, da Männer im Allgemeinen bequemer, selbstüchtiger und weniger geschickt zur Krankenpflege sind als Frauen, welche weiche, geschickte Hände haben. Wo soll man auch die geeigneten Männer finden mit der notwendigen Geistesbildung und unentbehrlichen Gemütsentwicklung? Die Frauen sind geborene, nüchterne und wachsame Krankenpflegerinnen und eignen sich auch die dazu gehörenden Kenntnisse und Fertigkeiten schnell an.“ (Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 118).

Ein ähnliches Selbstbild entwarfen die Schwestern in ihren Briefen an die Mutterhausleitungen. Im Alltag versuchten sie mitunter, die von ihnen als minder qualifiziert angesehenen Diakone aus der eigentlichen Pflege zu verdrängen. Mit wenigen Ausnahmen übernahmen ausschließlich Schwestern mit einer guten fachlichen Ausbildung Assistenz bei Amputationen und Operationen. Darüber hinaus trauten ihnen auch die Ärzte mehr zu.

Die Tätigkeiten in der eigentlichen Pflege wurden mit der Zeit bei den Diakonen durch männliche Arbeiten ergänzt, welche eine gewisse körperliche Kraft erforderten, wie zum Beispiel der Transport der Verwundeten direkt von den Schlachtfeldern. (vgl. Büttner, zit. n. Eckart, Osten, 2011, 118-119).

2.5. Feldzüge 1864 und 1866

Sehr bald nach der Genfer Konferenz (1864) wurde Österreich durch den Krieg gegen Dänemark im Jahre 1864 in die Lage versetzt, den dort gefassten Bestimmungen rasch Folge leisten zu müssen. Der Krieg entstand unter anderem durch die strategisch günstige Lage zwischen Nord- und Ostsee, die diese Region zum ewigen „Zankapfel“ machte. 1815 erklärte der Wiener Kongress das Herzogtum Holstein zum Glied des neu gegründeten Deutschen Bundes, nicht aber das Herzogtum Schleswig. Zuvor waren beide Herzogtümer laut einem Vertrag von 1460 Teile Dänemarks gewesen. Nach 1815 versuchte Dänemark, Schleswig wieder enger mit Dänemark zu verbinden, was eine stärkere Trennung von Holstein bedeutete. Die Gegenseite forderte die Aufnahme eines vereinten Schleswig-Holsteins in den Deutschen Bund. Die Fronten verhärteten sich, bis 1848 der „Schleswig-Holsteinische Krieg“ ausbrach. Zahlreiche Staaten des Deutschen Bundes kämpften an der Seite der Schleswig-Holsteiner gegen die Dänen. Als sich die Truppen des Deutschen Bundes zurückzogen, gewann Dänemark 1851 den Krieg und behielt die Hoheit über Schleswig, Holstein und Lauenburg. Jedoch wurde Dänemark nach dem „Londoner Protokoll“ von 1852 dazu verpflichtet, die Herzogtümer als selbstständige Staaten des Gesamtstaates anzuerkennen. Die Spannungen hielten jedoch weiter an. Im Norden siedelten überwiegend Dänen und im Süden Deutsche. Die dänischen Nationalliberalen wollten das Herzogtum in den dänischen Nationalstaat integrieren, die Deutschen forderten eine freie Verfassung sowie die Einbindung in ein künftiges Deutsches Reich an der Seite von Holstein, das komplett deutschsprachig war.

Am 18. November 1863 unterzeichnete der dänische König Christian IX. die sogenannte Novemberverfassung, die eine vollständige Eingliederung Schlesiws in den dänischen Staatsverbund vorsah und somit das „Londoner Protokoll“ brach. Den Preußen kam das nicht ganz ungelegen. Otto von Bismarck, damals preußischer Ministerpräsident, nutzte die Empörung der Deutschen und gewann Österreich als Partner im Konflikt mit Dänemark. Anfang Dezember 1863 sprachen die beiden Großmächte gemeinsam eine „Bundesexekution“ gegen Dänemark aus, was rechtlich bedeutete, dass der

Deutsche Bund gegen Dänemark militärisch vorgehen durfte, da es gegen die Regeln des Bundes verstieß. Vom 23. bis 31. Dezember marschierten deutsche Truppen in Lauenburg und Holstein ein und am 16. Januar 1864 stellten Österreich und Preußen Dänemark ein 48-stündiges Ultimatum um die Novemberverfassung aufzuheben, aber Dänemark ging nicht darauf ein. Am 1. Februar 1864 marschierten preußische und österreichische Truppen in Schleswig ein. Sie zogen in verschiedene Richtungen: die Preußen sollten die Schlei bei Missunde überschreiten, die Österreicher sollten auf das Danewerk zumarschieren. Diese riesige Festung galt den Dänen bislang als unüberwindbar. Die dänische Armee zog sich im Danewerk vor den Österreichern zurück. Auf Grund von Schnee und Eis mussten die Dänen ihre Stellung aufgeben und nach Düppel weiterziehen – das Danewerk gaben sie kampflos auf. Am 30. Oktober 1864 unterzeichneten Preußen, Österreich und Dänemark in Wien einen Friedensvertrag. Dänemark musste Schleswig, Holstein und Lauenburg an Preußen und Österreich abtreten. Weiteres erhielt Preußen im Vertrag von Gastein am 14. August 1865 die Herzogtümer Sachsen-Lauenburg und Schleswig, Holstein fiel an Österreich. Doch Preußen provozierte seinen Partner Österreich mehrfach und löste damit 1866 den „Deutschen Krieg“ aus, der sehr rasch zugunsten der Preußen entschieden wurde. Österreich verzichtete im August 1866 im „Prager Friedensvertrag“ auf seine Rechte an den Herzogtümern. Aus den drei Gebieten wurde die preußische Provinz Schleswig-Holstein, in der Hoffnung vieler Schleswig-Holsteiner, einen eigenen deutschen Kleinstaat bilden zu können. (o. A. (30.01.2009): In Gottes Namen. <http://www.ndr.de>. 10.10.2012).

Der Schleswigsche Krieg wurde für die Freiwillige Krankenpflege die erste Schule der Erfahrung. Sehr bald stellte sich das Bedürfnis ein, die freiwillige Hilfe in geordnete Bahnen zu lenken. Man sah ein, dass die Hilfe wenig nützen würde ohne dementsprechende, organisatorische Leitung. Einen festen Anhalt für die freiwillige Krankenpflege bot am Anfang des Krieges der Johanniter-Orden, der den schon im Jahre 1857 gefassten Ordens-Beschluss ausführte, welcher besagt, dass im Falle eines Krieges mit allen Mitteln für die Pflege der verwundeten und kranken Krieger einzutreten sei. So entfalteten sie auf dem

Kriegsschauplatz durch Errichtung eigener Kriegslazarette und Depots sowie durch Heranziehung von freiwilligen Pflegern eine hervorragende Tätigkeit. (vgl. Brinkmann, 1867, 5).

Die schnelle Organisation der freiwilligen Hilfe war ein besonderes Verdienst der rasch gegründeten Hilfsvereine in der Nähe des Kriegsschauplatzes. Eine wichtige Bedeutung gewann der große Hamburger Hilfsverein dadurch, dass eine rasche Hilfe gleich vor Ort gewährleistet wurde. Preußen war der erste Staat, welcher nach der Genf Konferenz die Bildung nationaler Hilfsvereine ins Werk setzte. Am 27. Februar 1864 wurde in Berlin das „Zentralkomitee des preußischen Vereines zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“ ins Leben gerufen. Dieser Verein war sowohl im Krieg als auch in Friedenszeiten ununterbrochen tätig. Ermuntert nahm die Bevölkerung durch Aufrufe des Zentralkomitees Anteil an der Krankenpflege, indem sie Lazarette errichtete, Ärzte und Pfleger zusammenrief, sowie für ausreichend Verbandsmaterial und Erfrischungen sorgte. (vgl. Myrdacz, Bd. 10, 1897, 40).



Abb.: Gemeinsame Pflege von katholischen und evangelischen Schwestern in einem Kriegslazarett in Schleswig-Holstein 1864, Quelle: Kozon V., Seidl E., Walter I., 2011, 238.

Eine besondere Anerkennung gilt dem Johanniter-Orden unter Leitung des Grafen Eberhard zu Stolberg-Wernigerode. (1810-1872). Er war sowohl ein konservativer Politiker und preußischer Staatsbeamter wie auch der Kanzler des protestantischen Zweiges des Johanniterordens. Er errichtete ein Spital mit 55 Betten in Altona, zwei Spitäler in Flensburg mit 97 Betten und noch zwei kleinere Lazarette. In diesen vorzüglich ausgestatteten Anstalten nahm er 218 Kranke und Verwundete auf. (vgl. Myrdacz, Bd. 10, 1897, 41). Allein in den Lazaretten von Flensburg waren 105 Mitglieder solcher Genossenschaften tätig. In allen größeren Zentren der Krankenpflege erstanden freiwillige Lazarettkommissionen, um die offizielle Sanitätspflege der verbündeten Truppen auf jede mögliche Weise zu unterstützen. Der Hamburger Verein errichtete zur Pflege von Kranken und Verwundeten unter anderem ein Depot von Spenden in Kolding, wodurch dem Feldspital Nr. 9 eine Beihilfe zukam. In diesem Feldspital leisteten ununterbrochen mehrere Schwestern vom Orden des Heiligen Franziskus in St. Mauritz bei Münster unter Leitung der Oberin Josefa Elkmann ausgezeichnete Dienste, nicht nur durch die persönliche Leistung der Krankenpflege, sondern auch durch die erfolgreiche Unterweisung der ungeübten militärischen Wartmannschaft. (vgl. Myrdacz, Bd. 10, 1897, 41). Der improvisierte Charakter der freiwilligen Hilfstätigkeit und die mangelnde Einführung in dieselbe führten oft zu Auseinandersetzungen bzw. Konkurrenz zwischen Berufskrankenpflege und freiwilliger Krankenpflege.



Abb.: Die ersten Einsätze unter dem Schutz der Armbinde, Quelle: Rohrer, 1943, 672.

2.5.1. Sanitätspflege und das Trauma von 1866

Der Krieg zwischen Preußen und Österreich (1866) war nach der Völkerschlacht bei Leipzig 1813 der zweitgrößte Krieg des 19. Jahrhunderts in Europa. Der Grund des Krieges war der Konflikt um den Besitz des seit 1864 von Österreich und Preußen gemeinsam verwalteten Schleswig-Holsteins (deutsch-dänischer Krieg). 1865 konnten die Gegensätze in der Gasteiner Konvention noch einmal friedlich beigelegt werden. Nachdem Preußen jedoch entgegen den Bestimmungen dieses Abkommens Holstein besetzt hatte, beantragte Österreich die Mobilisierung der Bundesarmee. Daraufhin trat Preußen aus dem deutschen Bund aus und erklärte am 19. Juni 1866 Österreich den Krieg. Preußen überrumpelte Sachsen ohne Kriegserklärung und marschierte in Böhmen ein. Nachdem der österreichische General L. von Gablenz am 27. Juni ein preußisches Korps bei Trautenau (Trutnov) besiegt hatte, erlitt das österreichisch-sächsische Heer unter L. von Benedek am 3. Juli in der Entscheidungsschlacht bei Königgrätz (Sadowa) eine schwere Niederlage.

Österreich zog seine Truppen an die Donau zurück, das preußische Heer rückte gegen Wien vor bis nach Stockerau und Gänserndorf.

(o. A. o. J. Preußisch-österreichischer Krieg 1866

<http://www.aeiou.at/aeiou.encyclop.p/p831288.html> 5.12.2012).

Die Schlacht bei Königgrätz war eine der gewaltigsten Schlachten der Geschichte. Österreich war zur Zeit der Schlacht rund um Königgrätz noch nicht Mitglied der Genfer Konvention des Roten Kreuzes. Der erste aufopfernde Einsatz von Helfern mit Rotkreuzbinden am Arm fand am 27. Juni 1866 in der Schlacht bei Langensalza statt, wo dreißig freiwillige Turner aus Gotha unter der Leitung von H. v. Bülow die Verwundeten des Kampfes der hannoveranischen Armee und einer preußischen Einheit aufsuchten, versorgten und in Sicherheit brachten. Auch in Ostböhmen waren zahlreiche Zivilhelfer im Einsatz, Barmherzige Schwestern, Diakonissinnen und die Johanniterorden. (vgl. Hönel, 2001, 152).

Die Schlacht von Königgrätz ist für die österreichische Armee zu einer Katastrophe geworden und bis zum Ende der Habsburgermonarchie nie mehr ganz überwunden worden. (vgl. Wandruszka, 1966, 171).

2.5.2. Der Souveräne Johanniter Orden

Die freiwilligen Helfer des „souveränen Johanniter Ordens“ stellten Feldlazarette auf. Für die damalige Zeit waren sie gut eingerichtet. Zu ihrer Ausstattung hatten die wohlhabende Bürgerschaft und der Adel beigetragen. Durch freiwillige Spenden an Verbandsmaterial, Wäsche und Einrichtungsgegenständen wurde 1866 in Österreich der damals geradezu gigantische Betrag von mehr als 300.000 Gulden aufgebracht. (vgl. Reichlin-Meldegg, zit. n. Steeb, Strimitzer, 1999, 190).

In den Kriegen von 1864 und 1866 kam die freiwillige Hilfstätigkeit erstmals voll unterstützend zum Einsatz, jedoch gerade während des Preußisch-Österreichischen Krieges zeigte sich, dass ausgebildetes Pflegepersonal fehlte. (vgl. Riesenberger, zit. n. Eckart, Gradmann, 1996, 26).

Während der genannten Feldzüge 1864 und 1866 des staatlichen Heeres-Sanitätsdienstes war die freiwillige Sanitätspflege voll unterstützend, jedoch

mangelhaft organisiert. In erster Linie waren es der „Österreichische patriotische Hilfsverein“ in Wien sowie andere Vereine, Körperschaften und Private, welche sich während der genannten Feldzüge an der freiwilligen Sanitätspflege beteiligten. (vgl. Brinkmann, 1867, 1). Der Sanitätsdienst war auf die große Anzahl der Verwundeten nicht vorbereitet, weder was die Anzahl der Ärzte und des Sanitätspersonals noch was die Ausrüstung und die Zahl der Feldlazarette betraf. Die erste Versorgung nach dem Kampf war meist unzureichend. Die Krankenträger der Österreicher mussten mit Waffen und in voller Ausrüstung am Kampf teilnehmen, im Tornister neben dem Verbandzeug noch zwei Kanister mit je drei Liter Wasser tragen und nach dem Kampf die Verwundeten aufsuchen und ihnen Erste Hilfe leisten. (vgl. Angetter, 1993, 45). Der Militärarzt Myrdacz (1847-1930) setzte sich 1897 mit den Ursachen und Folgen der Sanitätsorganisation von 1866 auseinander. Für ihn war die noch nicht wirksame Genfer Konvention eine der Hauptursachen für das Versagen der Sanitätsorganisation in Böhmen. (vgl. Biwald, 2002, 35).

SCHLACHTFELD VON KÖNIGGRÄTZ.



Abb.: Schlachtfeld von Königgrätz, Quelle: Myrdacz, 1897, 67.



Abb.: Szene aus der Schlacht bei Königgrätz: Preußischer Infanterieangriff,
Quelle: Wandruszka, 1966, 113.



Abb.: Erzherzog Albrecht in der Schlacht bei Custoza (24. Juni 1866),
Quelle: Wandruszka, 1966, 112.

Die sogenannte Triage (Aufteilung) der Verwundeten durch die Ärzte fand nach Pirogow N. (1810-1881) – Mitbegründer der Feldchirurgie – in fünf Gruppen, von den hoffnungslosen bis zu den leichten Fällen, statt. Die schwersten Fälle lagen in nahen Scheunen. Soweit es möglich war, wurden zunächst Verbände

angelegt und dann der Transport improvisiert. Die Verwundeten fuhren auf Pferdewagen bis weit ins Hinterland, viele mussten auf Bahnhöfen oft tagelang auf einen Transport warten. Es fehlte an Ärzten, häufig gab es nur einen Arzt, für die Betreuung von ca. 3000 Verwundeten oder für die Aufsicht über 41 Lazarette mit 4500 Betten. (vgl. Hönel, 2001, 154).

Nach dem Kriegsende gründete deshalb die preußische Königin Augusta den „Vaterländischen Frauenverein“, der nach dem Vorbild des Badischen Frauenvereins die Ausbildung von Pflegerinnen fördern sollte. Gleichzeitig beschloss das preußische Kriegsministerium eine Reform des Militär-, Medizinal- und Lazarettwesens. König Wilhelm berief eine Sanitätskonferenz ein (18.03 bis 05.05.1897), die u. a. über „Grenzen und Richtungen, in welchen die freiwillige Krankenpflege im Kriege sich zu bewegen habe“, beriet. Besondere Betonung wurde auf die Bedeutung des „ständigen Hilfsvereinswesens“ als Stütze der „freiwilligen Krankenpflege“ gelegt. (vgl. Riesenberger, zit. n. Eckart, Gradmann, 1996, 26). Die Sanitätskonferenz stellte fest, dass es „nicht überflüssig ist, schon im Frieden zu fragen, wie viele solcher Pflege-Kräfte für den Dienst auf dem Kriegs-Schauplatze bereit sein können. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Erledigung dieser Fragen zur Friedenstätigkeit der stehenden Hilfsvereine gehört.“ (vgl. Loeffler, o. J., 4).

Auf Vorschlag der preußischen Königin empfahl die Konferenz den Hilfsvereinen, finanzielle Unterstützung zur Ausbildung von Pflegepersonal „durch Unterricht und Übung in Kliniken und geeigneten Krankenhäusern“ bereitzustellen. (vgl. Loeffler, o. J., 16). An der Spitze der freiwilligen Krankenpflege sollte ein Königlicher Kommissar stehen, verantwortlich für die „Elemente der freiwilligen Krankenpflege im Material und Personal.“ (vgl. Loeffler, o. J., 16).

Diese Empfehlungen der Sanitätskonferenz sicherten dem Vaterländischen Frauenverein als künftigem Träger der Ausbildung von Krankenschwestern eine kontinuierliche Aufgabe, und der Armee garantierten sie die Hilfe der freiwilligen Krankenpflege im Krieg. Durch die Einrichtung der General-Etappen-Inspektion erhielt die freiwillige Krankenpflege für den Kriegsfall ein Aufgabengebiet. Neben der Arbeit in den Hospitälern und Krankenhäusern in der Heimat war

auch ein Einsatz in den Feldlazaretten und stehenden Kriegslazaretten der Etappe vorgesehen. (vgl. Loeffler, o. J., 21). Die rasche Ausbreitung der Frauenvereine vom Roten Kreuz in den deutschen Städten und die Anziehungskraft, die von der Krankenpflege auf Frauen der sogenannten „besseren Stände“ und auf Angehörige des adeligen Standes ausging, hängen zweifellos auch mit dem sozialpolitischen Engagement von Fürstinnen und Regentinnen der deutschen Territorialstaaten zusammen. Sie übernahmen den Vorsitz der Landesvereine, unterstützten sie durch Schenkungen und Stiftungen und hoben dadurch das soziale und zumindest indirekt auch das fachliche Niveau der Krankenpflegerinnen. Laut Henning ist dieser Bereich noch weitgehend unerforscht. (vgl. Henning, 1992, 319). Neben der Großherzogin Luise von Baden seien nur Großherzogin Alice von Hessen, Kronprinzessin Carola von Sachsen und Kaiserin Augusta genannt. Die Kaiserin stiftete das Berliner Augusta-Hospital, in dem ausschließlich Schwestern von adeliger Herkunft tätig waren, es verfügte außerdem über eine eigene Pflegerinnenschule. Das Clementinenhaus in Hannover nahm – wie das Vereinskrankenhaus in Karlsruhe – nur Frauen aus sogenannten „gebildeten Ständen“ zur Ausbildung auf. So entstand in kurzer Zeit eine Elitegruppe von Krankenschwestern, die durch ihre Herkunft und Ausbildung in der Lage waren, in den Mutterhäusern der Schwesternschaften die Aufgaben einer Oberin zu übernehmen und dadurch einen großen erzieherischen Einfluss auf die Lernschwestern auszuüben. (vgl. Riesenberger, zit. n. Eckart, Gradmann, 1966, 22).

2.6. Deutsch-französischer Krieg 1870 bis 1871, die Ursachen und Auslöser

Frankreich erklärte Preußen am 19. Juli 1870 den Krieg. Damit ist dieser Krieg der dritte und letzte der Einigungskriege der Deutschen, die zum Zusammenbruch des französischen Kaiserreichs und zur Einigung Deutschlands führten. Die Hauptursache des Krieges war die Änderung der Machtverhältnisse seit dem Deutschen Krieg (1866). Der Norddeutsche Bund mit Preußen an der Spitze (18. August 1866) wurde von den Politikern des

Second Empire als Bedrohung der französischen Vormachtstellung empfunden. Hinzu kam die innenpolitische Situation des Kaiserreichs, in welcher sich 1869 bei einer Volksabstimmung alle größeren Städte gegen die alleinige Verantwortlichkeit des Kaisers in Gesetzesfragen ausgesprochen hatten. Zudem warfen die Nationalistischen Kreise Napoleon III. vor, durch seine Untätigkeit gegenüber Preußen Macht und Ehre Frankreichs zu schädigen. Kaiserin Eugenie und zahlreiche Politiker befürworteten daher einen sogenannten „populären Krieg“ gegen das aufstrebende Preußen.

Auslöser für die kriegerischen Auseinandersetzungen war die französische Einmischung in Fragen der spanischen Thronfolge sowie die darüber berichtende Emser Depesche. Innerhalb weniger Wochen wurden 1870 die französischen Armeen besiegt und Kaiser Napoleon III. gefangen genommen. Frankreich führte den Krieg jedoch weiter als Dritte Republik und war erst im Februar 1871 nach dem Fall von Paris zum Vorfrieden von Versailles bereit. Den Krieg beendete am 10. Mai 1871 der Friedensvertrag von Frankfurt.

(o. A. o. J. <http://www.wissen.de/thema/deutsch-französischer-krieg-187071>. 3.02.2013).



Abb.: Ein Verwundetenzug des Roten Kreuzes 1870-1871,
Quelle: Rohrer, 1943, 672.

2.6.1. Freiwillige Sanitätspflege im Krieg und Gründung des Rudolfinerhauses

Erst seit dem Jahre 1870 war man bemüht, die Versäumnisse der früheren Kriege wenigstens teilweise nachzuholen. (vgl. Myrdacz Bd. 2, 1898, 227).

Zunächst waren es zwei in Österreich bestehende Ritterorden: der Deutsche Ritterorden und der Souveräne Malteser-Ritterorden. (Großpriorat von Böhmen). Ersterer begann, seine freiwillige Hilfstätigkeit im Jahre 1871 zu organisieren, und förderte sie derart, dass am 20. November 1874 die bezüglichen Normen unter dem Titel „Die freiwillige Sanitätspflege des Deutschen Ritterordens im Kriege und im Frieden“ nach erhaltener Sanktion veröffentlicht wurden. Das bezügliche Übereinkommen des Ordens mit der Kriegsverwaltung, bei welchem der General-Chefarzt des Ordens, Dr. Jaromir Freiherr von Mundy (1822-1894) tätig war, kam im Jahre 1875 zustande.

Der Deutsche Ritterorden verpflichtete sich, während des Krieges im Anschluss an die militärische Sanitätspflege freiwilligen Sanitätsdienst zu leisten und zwar durch die Unterstützung der Feld-Sanitätsanstalten der ersten Linie mittels der Feldkolonnen und jener der zweiten Linie mittels der Feldspitäler und Blessierten Transportkolonnen des Ordens. (vgl. Myrdacz Bd. 2, 1898, 228).

Die Blessierten Transportkolonnen des Deutschen Ritterordens hatten vor allem zwei Aufgaben: bei Räumung des Schlachtfeldes unmittelbar nach Beendigung des Kampfes hilfreich zur Hand zu gehen sowie bei den Ordensspitälern die Zu- und Abfuhr Schwerverwundeter zu übernehmen.

Der Souveräne Malteser-Ritterorden, Großpriorat von Böhmen, verpflichtete sich, während des Krieges im Anschluss an die militärische Sanitätspflege durch die Mitwirkung beim Transport von Kranken und Verwundeten freiwilligen Sanitätsdienst zu leisten. Der deutsch-französische Krieg bestätigte, dass die freiwillige Krankenpflege im militärischen Sanitätsdienst beträchtliche Verbesserungen in der Versorgung der verwundeten und erkrankten Soldaten bewirkt hatte. Einer, der die Wichtigkeit der Pflege erkannte, war Theodor Billroth (1829-1894), er befasste sich mehr mit der Person des Patienten als mit seiner Krankheit und sah dabei, wie wichtig die richtige Pflege und Betreuung für dessen Genesung ist.

„Die grossen Kriege von 1866 und 1870 hatten ausserdem gezeigt, dass das Militär-Sanitätscorps bei allen Erweiterungen und Verbesserungen der Neuzeit kaum im Stande ist, das Bedürfnis der ärztlichen Hilfe nach grossen Schlachten zu decken, noch weniger aber den verwundeten und kranken Kriegern in den Reserve-Lazaretten, die so unumgänglich nothwendige Pflege und Sorgfalt angedeihen zu lassen. Die Militär-Behörden können wohl Mannschaften, die nicht felddüchtig sind, zur Verwundeten- und Krankenpflege in die Lazarethe commandieren; doch sie können nicht in den Feld- und Reserve-Lazarethen auch nur annähernd ausreichen, um die erkrankten und verwundeten Soldaten zu pflegen. [...] Die neueren Kriege haben zur Evidenz gezeigt, dass man die gleichen, ja zum Theil weit besseren Resultate durch das Heranziehen der Frauen zur Krankenpflege erzielen kann. Dies kann nicht direct von den Militär-Behörden, sondern nur unter Vermittlung der Hilfsvereine und derjenigen geistlichen Genossenschaften geschehen, welche sich der Krankenpflege widmen. [...] So kann und soll nun das ganze Volk an dem Liebeswerk der Verwundeten- und Krankenpflege Theil nehmen.“ (zit. n. Billroth, 1880, 1-2).



Abb.: Professor Theodor Billroth (1829-1894),
Quelle: Rohrer, 1943, 672.

Billroth stellte sich bei Ausbruch des deutsch-französischen Krieges (1870 bis 1871) mit seinem Assistenten Vinzenz v. Czerny auf deutscher Seite dem Roten Kreuz zur Verfügung. Hier wurde er mit dem Problem des ungeschulten Pflegepersonals konfrontiert. Es waren willige und hilfsbereite Frauen, aber sie besaßen keine Kenntnisse in der Pflege von Kranken und Verwundeten.

Czerny erhielt den Auftrag von Billroth, in einem Kloster in Weißenburg, die Versorgung der Verwundeten zu übernehmen. Hier beschreibt Billroth, aus einem Beitrag, Czernys Eindrücke in der Wiener Medizinischen Wochenschrift:

„...Die drei französischen Aerzte, welche hier bis jetzt die Patienten besorgt hatten, waren weiter nach Sulz beordert worden und ich konnte deßhalb ungestört von meinen 115 Patienten Besitz ergreifen. Die Lagen nun kreuz und quer in den fünf Zimmern auf Streu, auf Matratzen, die aus der Stadt requiriert waren, und auf Strohsäcken herum, so dass man Mühe hatte, zwischen den Verwundeten hindurch zu balancieren. Die Wunden waren allerdings verbunden, es hatte aber die sonderbare Sitte platz gegriffen, dass die helfenden Leute aus der Stadt das Verbandzeug fortwährend mit Wasser benetzten. Die Damen gingen mit Waschboxen und Schwamm von Mann zu Mann und drückten über jede Wunde ihren Schwamm aus, so dass das Wasser, mit Blut und Eiter vermischt, unbarmherzig über die Matratze und Stroh hinunterrann. Ich habe zwar den Respect vor einer geregelten Irrigation, aber dieses System, absichtlich Fäulniß zu erzeugen, konnte ich denn doch nicht dulden. Ich bat, ich drohte, um der Sache ein Ende zu machen; aber selbst als ich die Drohung, Jeden hinauszuschaffen, der bei dieser Irrigation betroffen wird, durchführte, konnte ich dem Unfuge nicht steuern. Wenn ich eine hinausgeschickt hatte, kamen zehn Andere hinein.“ (zit. n. Billroth, o. J., 2).

Weiters schrieb Billroth:

„In Weißenburg hatte ich anfangs eine gewisse Antipathie gegen die freiwillige weibliche Krankenpflege bekommen. Viele Frauen von Weißenburg nahmen sich der Verwundeten gleich vom Anfang in der liebevollsten Weise an,

brachten ihnen zu essen und kühlten die Wunden mit kalten Umschlägen. Sobald aber eine geregelte Lagerung und Behandlung der Verwundeten durch Schwestern eingeführt war, konnte ich es nicht mehr dulden, dass die Verbände beliebig von freiwilligen Pflegerinnen aufgemacht und so reichlich und so oft mit Wasser begossen wurden, dass die Kranken in einigen Minuten ganz naß lagen; [...] Diese wilde Krankenpflege ist den Kranken und Verwundeten nicht nur unnütz, sondern sie kann ihnen positiv gefährlich werden.“ (zit. n. Billroth, o. J., 2).

Man kann nach diesen Zitaten nachvollziehen, weshalb Billroth seine Vorstellungen so eifrig verfolgte. In seinem nächsten Beitrag spricht Billroth schon anders in seinem gleichen Werke über die Weibliche Krankenpflege im Jahre 1870:

„Die Schwestern vom Mutterhaus Allerheiligen zu Straßburg, welche in Friedenszeiten die Oeconomie des Hauses (des Militärlazareths in Weissenburg) und die Krankenpflege in demselben besorgten, übernahmen dies Lazareth und wurden von einigen Schwestern aus dem Hause Providences in Ribauvité unterstützt; gewiß waren alle Schwestern in gleicher Treue ihrem Samariterberuf ergeben, doch kann ich es nicht unterlassen, die Schwester Clemence und die Schwester Georgette besonders zu nennen. Sie wurden bald die Seele und der Kopf der Pflegerinnen, eine Art Vorsehung für die Kranken; ich habe von der Schwester Clemence die Vorstellung mitgenommen, dass sie beinahe nie isst und schläft; denn zu welcher Zeit des Tages und der Nacht ich im Militär-Lazareth war, die Schwester Clemence war immer da und thätig; sie verstand es nicht nur vortrefflich, die Kranken zu lagern, bei Operationen zu assistiren, Schlagadern zu unterbinden und die Instrumente zu reinigen, sondern sie war auch in Gemeinschaft mit Schwester Georgette stets beschäftigt, die Kranken zu erquicken, den Einzelnen ihre kleinen Eigenheiten, Lieblingsgetränke, Liebesspeisen abzumerken, sie in echt menschlicher, herzlicher Weise zu trösten und zu beruhigen. Durch ihre

Intelligenz konnten diese Schwestern die vortrefflichen Eigenschaften ihres Herzens verzehnfachen.“ (zit. n. Billroth, o. J., 2).



Abb.: Schwester Georgette (links) und Schwester Clemence (rechts),
Quelle: Deszy, 1982, 50.

Damals, im Jahre 1870, kam Billroth der Gedanke, Frauen und Mädchen, die durch Intelligenz und vortreffliche Eigenschaften ihres Herzens ausgezeichnet sind, einer Ausbildung zuzuführen. Diese Eigenschaften entsprachen dem Idealbild der „Rudolfinerin“. Nach seiner Rückkehr befasste sich Billroth intensiv mit der Krankenpflege. Am 17. Juli 1875 gründete Dr. Gustav Jurié, ein Wiener Arzt, den Rudolfiner-Verein, um Verwundete besser versorgen zu können. Er schrieb in einem Brief:

„Vom Feldzug 1866 zurückgekehrt, fasste ich unter dem Eindrucke der mangelnden Pflege und Wartung der Verwundeten den Entschluss, einen Verein zur Heranbildung von Pflegerinnen zu gründen.“ (Reichel, 1907, 6).

Für Billroth begann eine Zeit des Planens. So schrieb er an Joseph Seegen (1822-1904) und dessen Gattin:

„Eine Aufgabe habe ich noch zu lösen, das Rudolfinerhaus zu bauen und die Pflegerinnen-Schule darin Szene zu setzen. Damit ist nun auch ein wichtiger Schritt gethan: ein schöner Garten in Unter-Döbling ist gekauft, und es geht nun an Ausarbeitung des definitiven Planes und des Baues.“ (Billroth zit. n. Wyklicky, Deszy, 1982, 51).

Als er 1867 die Leitung der zweiten chirurgischen Klinik im AKH in Wien übernahm, fand er dort WärterInnen vor, allesamt ungeschulte und ungebildete Kräfte, die, wie es damals hieß „aus den niedrigsten Ständen“ stammten. Das niedrige soziale Niveau und die schlecht bezahlten, versorgten und übermäßig angestregten WärterInnen, ließen ihn davon Abstand nehmen, eine Verbesserung der Pflegeverhältnisse, wie er sie für notwendig erachtete, auf dem ungünstigen Boden dieser Klinik zu wagen. (vgl. Pietzcker, Med. Wochenschrift, 1932, 21). So nahm er sich mit voller Energie vor, eine unabhängige Pflegerinnenschule in einem eigenen Krankenhaus zu gründen. Durch seine Aufrufe, Zeitungsartikel und Vorträge suchte er in allen Kreisen der Bevölkerung nach Aufmerksamkeit. Er veröffentlichte 1881 sein berühmtes Buch Über Krankenpflege in Haus und Hospitale, welches für dieses Fach lange Zeit das gesuchteste Lehrbuch in Österreich und Deutschland war und in viele Sprachen übersetzt wurde. (vgl. Pietzcker, Med. Wochenschrift, 1932, 21). Schlussendlich wurde am 30. Mai 1882 im neu errichteten Rudolfinerhaus der erste Patient aufgenommen. Es kam sogar dazu, dass Kronprinz Rudolf das Protektorat des Vereins im Jahre 1879 übernahm, und dieser in den „Rudolphiner Verein zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete in Wien“ umbenannt wurde. (vgl. Gründungs-Comité, 1. Vereins-Publication. Neue Folge, 1879, 1).

Der Einsatz der Rudolfinerinnen in Kriegszeiten ist noch lange als eine bedeutende Aufgabe des Hauses betrachtet worden.

„Durch ein im Jahre 1912 getroffenes Übereinkommen mit dem Patriotischen Hilfsverein vom Roten Kreuz für Niederösterreich hatte sich das Rudolfinerhaus verpflichtet, im Falle eines Krieges Spital und Schwesternschaft zu seiner Verfügung zu stellen. Das Rudolfinerhaus war während des ganzen Krieges

durch 4 ½ Jahre hindurch ein Vereinslazarett vom Roten Kreuz.“ (zit. n. Pietzcker, Med. Wochenschrift, 1932, 23).

Von dieser Zeit an trug der Verein den Namen „Rudolfiner-Verein Rotes Kreuz.“ Viele Krankenschwestern aus dem Rudolfinerhaus standen während des Ersten und Zweiten Weltkriegs im Einsatz an verschiedenen Fronten. Ein zweiter entscheidender Impuls für die Entstehung des Krankenpflegeberufes war die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft, welche gerade in dieser Zeit stark anstieg. Theodor Billroth richtete schließlich die erste weltliche Krankenpflegeschule Österreichs im Rudolfinerhaus ein, wodurch geschultes Personal für die Krankenpflege zur Verfügung stand. (vgl. Seidl, o.J., 21).

Er betonte immer wieder die Notwendigkeit gut ausgebildeter, weltlicher Schwestern, da er dem geistlichen Krankenpflegeorden eher kritisch gegenüberstand. (vgl. Dorffner, 1996, 35).

Die Ausbildung dauerte drei Jahre und war neben der Theorie sehr praxisbezogen. Unterrichtet wurden Krankenpflege und Verbandlehre. Nach einem Jahr legten die Krankenschwestern eine Hausprüfung ab, nach zwei Jahren erhielten sie ein Pflegerinnendiplom, und erst nach dem dritten Jahr wurde das Rudolfiner-Diplom verliehen. (vgl. Pietzcker, Med. Wochenschrift, 1932, 26).

Das Zusammenwirken von Schwesternschule und Privatkrankenhaus ist heute wie damals die Basis für den hervorragenden Ruf des Hauses. (vgl. Machala, 1982, 1).

2.6.2. Kriegs- und Feldlazarette. Das Deutsche Lazarettwesen 1870 bis 1871

Schon seit den Kriegen von 1864 und 1866 gab es in allen deutschen Ländern Männer und Frauenvereine vom Roten Kreuz, Lazarette und freiwilliges Pflegepersonal waren hingegen eher selten. Das Lazarettwesen erfuhr erstmals größere Bedeutung im Deutsch-Französischen Krieg, in welchem ca. 127.000 Soldaten verwundet wurden. In den freiwillig eingerichteten „Vereinslazaretten“ standen 33.000 Betten zu Verfügung. Auf deutscher Seite waren 27.000 Zivilisten in der freiwilligen Krankenpflege tätig. Sie waren dem

Generalinspekteur der freiwilligen Krankenpflege (nach dem Krieg kaiserlicher Kommissar) unterstellt, der vom großen Hauptquartier aus, im Einvernehmen mit dem Generalinspekteur des Etappenwesens und dem Chef des Feldsanitätswesens, allen Einsatz Freiwilliger auf dem Kriegsschauplatz leitete. In Berlin bestand ein Hauptbüro, dessen Mitglieder sich aus 12 Vertretern des sogenannten „Zentralkomitees“ der deutschen Vereine vom Roten Kreuz und Angehörigen der Johanniter-, Malteser- und Georgsritter zusammensetzten. Die adligen Orden stellten Geld, Lazarettausrüstung, Transportkolonnen und eigene Ordenslazarette zu Verfügung. So organisierten die Johanniter 1870 die Anwerbung von mehreren hundert Diakonissen und Diakonen, dazu 360 freiwillige Krankenpfleger. Die Malteser- und Georgsritter brachten zum Einsatz 1567 Barmherzige Schwestern und 342 Barmherzige Brüder. Bei Ausbruch des Krieges entstand eine „Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege“, welche sich von 1866 an „Felddiakone“ nannte. (vgl. Bauer, 1965, 247).

1870 bis 1871 entstand eine Bestimmung, dass das weibliche Pflegepersonal im Inland und das männliche Pflegepersonal überwiegend im Felde einzusetzen war. Mit der Gründung des Kaiserreiches wurde das Heeressanitätswesen umorganisiert in Feld-, Etappen- und Standortlazaretten, Sanitätskompanien und Krankentransportabteilungen. Das militärische Lazarettpersonal bestand aus Verwaltungsangehörigen, Sanitätsoffizieren, Lazarettpfarrern, Waschhaus- und Küchenpersonal sowie Militärpflege. Das Pflegepersonal durfte nur nach besonderen Heeres-Dienstvorschriften (HDV) handeln. Der Sanitätsunteroffizier (früher Oberlazarettgehilfe) war als Abteilungsoberwärter oder Lazarettaufseher ein Aufsichtsorgan für die Sanitätssoldaten (später auch Sanitätsdienstgrade genannt) und die Militärkrankenwärter. Er nahm an ärztlichen Visiten teil und erstattete dem Chefarzt täglich einen Rapport. Die Sanitätssoldaten (früher Lazarettgehilfen) waren die Saalwärter, denen die Pflege der Kranken anvertraut wurde. Die Militärkrankenwärter (MKW) galten als Hilfskrankenwärter der Sanitätssoldaten. Letztere wurden zwei Jahre in den Garnisonlazaretten ausgebildet und übernahmen ebenfalls die Nachtwachen, Wartung und Pflege der Kranken, mit der Ausnahme besonderer Verrichtungen, wie Arzneigaben usw. In § 65 der Kriegssanitätsordnung hieß es:

„In allen Verhältnissen hat das Personal den Grundsatz zu bewahren, daß das Vertrauen des Heeres zu seinem Sanitätspersonal nicht nur in der Tüchtigkeit desselben, sondern ebenso sehr in der Teilnahme beruht, welche jedem einzelnen Verwundeten und Kranken gewidmet wird.“ (zit. n. Bauer, 1965, 248).

Im Kampf leistete die Erste Hilfe das Sanitätskorps selbst. Jedes Sanitätskorps hatte drei Sanitätskompanien mit ihren Feldlazaretten zu Verfügung. Die Krankensammelstellen und Verbandstationen standen mit den Kriegs-, Etappen- und Seuchenlazaretten in Verbindung. Lazarettzüge wurden von den Transportkolonnen bedient. Die sogenannten Reservelazarette wurden bei der Mobilmachung mit Militärpersonal und die Vereinslazarette von der freiwilligen Krankenpflege, dazu gehörten das Rote Kreuz, drei Ritterorden, Diakonie und der katholische Orden und weitere Vereine, besetzt. (vgl. Bauer, 1965, 248).

Die im vaterländischen Verein tätigen Pflegekräfte wurden in jenen Tagen und noch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts mit großem Lob beschenkt.

2.7. Die Okkupation Bosniens und Herzegowinas und Kriegskrankenpflege

Bosnien, die ehemalige nordwestliche Provinz der europäischen Türkei, bildete ein Vilajet, zu dem außer dem eigentlichen Bosnien auch die Krajina, Herzegovina und das Sandschak Novibazar gehörten. Dieselben Gebiete umfassten die im Jahre 1878 von Österreich-Ungarn okkupierten Provinzen Bosnien und Herzegovina. Die staatsrechtliche Stellung Bosniens beruhte auf den Bestimmungen des Berliner Kongresses 1878. Demgemäß übernahm Österreich-Ungarn die Administration und Okkupation der türkischen Provinzen Bosnien und Herzegovina und erhielt das Recht, auch den unter türkischer Verwaltung bleibenden Sandschak von Novibazar militärisch zu besetzen. Der Artikel 25 des Berliner Friedens (Berliner Kongress) vom 13. Juli 1878 bestimmte:

„Die Provinzen Bosnien und Herzegovina werden von Österreich-Ungarn besetzt und verwaltet werden. Da die österreichisch-ungarische Regierung nicht den Wunsch hegt, die Verwaltung des Sandschaks von Novibazar zu übernehmen, welches sich zwischen Serbien und Montenegro in südöstlicher Richtung bis jenseits Mitrovitza erstreckt, so wird die ottomanische Verwaltung daselbst fortgeführt werden. Um jedoch sowohl den Bestand der neuen politischen Ordnung, als auch die Freiheit und die Sicherheit der Verkehrswege zu wahren, behält sich Österreich-Ungarn das Recht vor, im ganzen Umfang dieses Teils des alten Vilajets von Bosnien Garnisonen zu halten und Militär- und Handelsstraßen zu besitzen.“

Die zu Konstantinopel am 21. April 1879 abgeschlossene Konvention zwischen der Türkei und Österreich-Ungarn erkennt ausdrücklich an, dass die Souveränitätsrechte des Sultans durch die Tatsache der Okkupation, in keiner Weise berührt werden, sichert namentlich den Mohammedanern die Religionsfreiheit zu, bestimmt, dass die Einkünfte beider Länder zu deren Nutzen verwendet werden sollen, und räumt den türkischen Münzen auch fernerhin das Zirkulationsrecht ein. Der Einmarsch der österreichisch-ungarischen Truppen in Bosnien begann am 29. Juli 1878 und wurde zu den blutigsten Kämpfen gezählt. (o. A., o. J. Bosnische Annexionskrise. <http://www.deutsche-schutzgebiete.de/kuk-bosnien-herzegovina.htm>, 15.10.2012).

Bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse im Jahr 1878 war die Organisation der freiwilligen Sanitätspflege in Österreich-Ungarn noch immer mangelhaft. Zwar bestanden sowohl die patriotischen Hilfsvereine und Komitees, die im früheren Kriegsjahre entstanden sind, als auch der Deutsche und der Souveräne Malteser-Ritterorden, welche für ihre Hilfstätigkeit akzeptiert wurden. Dabei stellte sich jedoch eine organisatorische Zusammenfassung und Vereinheitlichung der freiwilligen Hilfsvereine als unerlässlich heraus. (vgl. Myrdacz, 1882, 223).

Allerdings als eine Gelegenheit für die Verwundetenbetreuung ergab sich während des Okkupationsfeldzugs in Bosnien und Herzegowina im Jahr 1878. 1880 wurde ein Bund aller Vereine, dazu gehörten auch die in 1878

gegründeten Frauenvereine, unter dem Titel: „Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuze“ gegründet. Die Blessiertentransportkolonnen und Feldspitäler wurden sogleich ausgerüstet und auch die Verbandspäckchen wurden beschafft. Am 3. Juni 1890 wurde das erste Krankenpflegerinnenheim des Österreichischen Roten Kreuz in Brünn für 60 Schwestern und 10 Schülerinnen eröffnet. 1898 bezog das Österreichische Rote Kreuz das Haus in der Milchgasse 1 im ersten Wiener Bezirk. (vgl. Biwald, 2002, 41-42).

Aus diesen Erfahrungen während der Okkupation im Jahre 1978 ergab sich die Notwendigkeit einer Schulung des Sanitäts- Hilfspersonals in der Beobachtung der Grundprinzipien der Antiseptik beim Anlegen des ersten Notverbandes, sowie der Dotierung dieses Personals mit Verbandstoffen, welche so beschaffen und verwahrt sind, dass sie den Anforderungen der Antiseptik, soweit es im Felde überhaupt möglich ist, entsprechen. (vgl. Myrdacz, Bd. 2, 1898, 239). So gewann die weitere Entwicklung der Sanitätspflege im Kriege erhöht an Bedeutung.

3. Die medizinische Versorgung in der Monarchie und das Sanitätswesen von 1850 bis 1918

Die Medizin begreift sich als Trägerin der Humanität. Unabhängig von Krieg oder Frieden oder anderen Wechselfällen der Geschichte sehen Ärzte wie Nichtärzte die Medizin dem Ziel verpflichtet, Verwundete und Kranke zu versorgen und Menschenleben retten zu können. (vgl. Bleker, Schmiederbach, 1987, 7).

Am Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts gab es nur Sanitätspersonal für Militärspitäler, die halbinvaliden Soldaten wurden als Krankenwärter angestellt. Nur militärfremden Personen oblag die Versorgung der Verwundeten und Kranken. Zum Abtransport der Verwundeten vom Schlachtfeld war derartiges Personal nicht vorhanden. Andererseits war es laut Dienstreglement bei schwerer Verantwortung dem Stab und den Oberoffizieren strengstens untersagt, dass diese Personen während der Schlacht die Verwundeten abtransportieren. Die verwundeten Offiziere durften sich durch die Fourierschützen, Tambours oder ihre eigenen Diener wegtragen lassen. Im

Feldzug 1757 z. B. wurde vor der Schlacht bei Kolin der Befehl erlassen, dass es zur Fortschaffung der Verwundeten niemandem gestattet sei, „von seiner Distance oder seinem Platz auszutreten“, sondern es sollten dazu hinter der Front des letzten Treffens „einige Kommandierte mit den Feldscheres und Geistlichen, dann Wagen, selbe weiter zu bringen, vorhanden sein“. (zit. n. Zatloukal, 1906, 4-16). Dieser Zustand hielt bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts an. Erst Josef II. ist durch die Errichtung der Josephs-Akademie zu verdanken, die Grundlage für die Heranbildung des Österreichischen Militärsanitätswesens geschaffen zu haben.



Abb. Feldschere amputieren ohne Schmerzstillung in Feldlazaretten,
Quelle: Rohrer, 1943, 672.

3.1. Das Josephinum – die Entstehung und Ausbildung des ärztlichen Personals

Am 7. November 1785 gründete Joseph II. zur Verbesserung des österreichischen Heeressanitätswesens die Josephinische medizinisch-chirurgische Militärakademie, ein Institut, das zur Ausbildung von Medicochirurgen und dem Aufbau des „Militärspitals“ in Wien diente. Der Plan stammte vom Oberstabchirurgen, dem „Protochirurgen“ Giovanni Alessandro Brambilla (1728-1800). So wurde die Errichtung einer militärärztlichen Schule beschlossen, die mit der Universität konkurrieren konnte. Es sollte aber die Chirurgie in den Vordergrund gestellt werden. Der Kaiser hatte am 3. April 1781 zum Ausdruck gegeben:

„Meine Absicht geht keineswegs dahin, dass den Chirurgen, die hier formiert werden sollen, nur die Oberfläche von einer jeden der angegebenen Wissenschaften beigebracht und sie bloß mit der Kenntnis der Kunstwörter und einer übereilten und seichten Lehre von hier abgefertigt werden. Ich will vielmehr, dass sie ihre Kenntnisse gründlich fassen und mit solchen versehen zu den Regimentern zurückkehren.“ (Schönbauer, 1948, 14).



Abb.: die Josephinische medizin-chirurgische Militär Akademie-kolorierter Kupferstich von Karl Schütz, Wien, Quelle: Wyklicky, 1985, 18.

Während die Gebäude des Josephinums und des Garnissonspitales errichtet wurden, wurden auch bei der Truppe Änderungen vorgenommen. Kaiser Joseph II. hatte erkannt, dass die alte Ansicht, kranke und verwundete Soldaten seien am besten in unmittelbarer Nähe ihres Stammtruppenteiles zu behandeln, ein Irrtum war, und ordnete das Feldspitalwesen folgendermaßen: die Regimenter hatten im Feld die sogenannten Lokospitäler in den nächsten Dörfern oder unter doppelten Zelten zu errichten. Der Armee wurden fliegende Spitäler zugeteilt, die in Ortschaften oder Barackenlagern zu errichten waren, wo sie gebraucht wurden. Die Soldaten, die eine längere Behandlung brauchten, waren in die Hauptspitäler zu schicken, die dazu geeignet waren. Als Krankenwärter wurden nach Möglichkeit keine Soldaten bestimmt, sondern ortsansässige Zivilpersonen angeworben. Die Berechnungen zeigten, dass für 5000 Kranke 200 Unter- und 50 Oberchirurgen, 10 Spitalmedici und 500 Krankenwärter notwendig seien. Auch in den größeren Garnisonen wurden Spitäler eingerichtet, welche die ärztliche Versorgung der Truppe im Frieden sicherstellten und der Ausbildung des Sanitätspersonals dienten. Die Zahl dieser Garnisonsspitäler vermehrte sich, bis jede Provinzhauptstadt es erhalten hatte. (vgl. Schönbauer, 1948, 15). Das im Anschluss an das akademische Lehrgebäude neu erbaute Militärspital sollte Platz für 1200 Kranke besitzen. Überdies befanden sich darin der Speisesaal für die akademischen Zöglinge und ein großer akademischer Versammlungssaal. Das neue Spital war für damalige Zeit sehr gut eingerichtet, hatte ein eigenes Badehaus, eine Apotheke mit chemischem Laboratorium, eine Leichenkammer mit Präparierzimmern u.s.w. Die Einrichtung der Krankenzimmer entsprach allen Anforderungen jener Zeit. Hinter dem akademischen Lehrgebäude befand sich das Wohngebäude der akademischen Zöglinge und angrenzend an dieses der botanische Garten der Akademie. Die neue medizinisch-chirurgische Militärakademie sollte zwei Aufgaben erfüllen:

1. als Bildungsstätte für die Feldchirurgen und
2. als gelehrtes Institut zur Förderung der chirurgischen Wissenschaft fungieren. (vgl. Kirchenberger, 1895, 62).

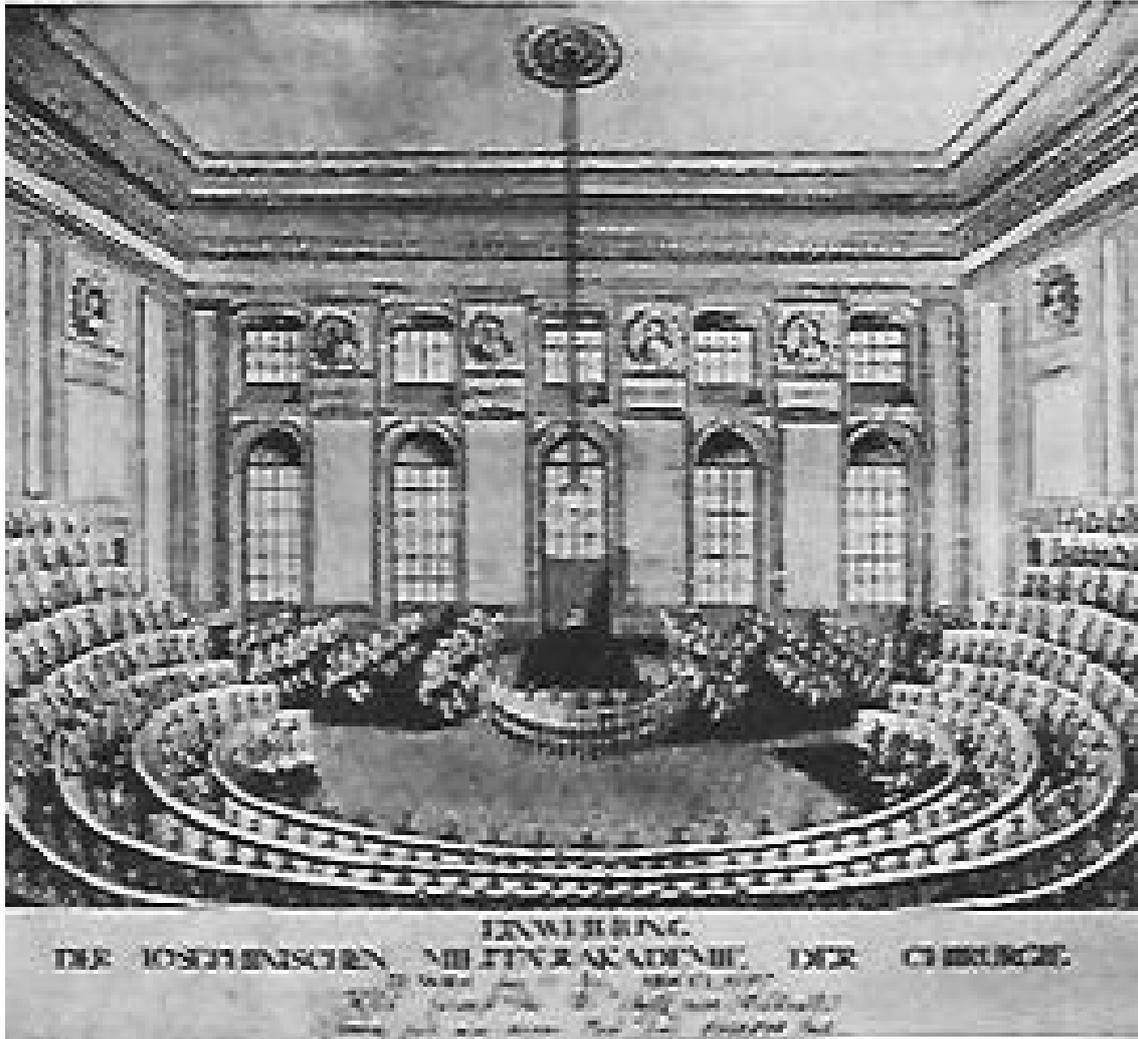


Abb.: Einweihung der Josephinischen Militärakademie der Chirurgie,
Quelle: Schönbauer, 1948, 16.

Kaiser Joseph II. ließ folgendes, eigenhändig unterzeichnetes Diplom ausfertigen:

„Wir Joseph der Zweyte, von Gottes Gnaden erwählter römischer Kaiser, zu allen Zeiten Mehrer des Reichs, König in Germanien, zu Jerusalem, Hungarn, Böhmen etc. etc.

Um dem Theile der Nation, welcher zur Vertheidigung des gemeinschaftlichen Vaterlandes, für die Rechte unseres Thrones und die Sicherheit seiner Mitbürger sein Leben jeder Gefahr preiszustellen über sich nimmt, unsere besondere Achtung zu erkennen zu geben, und zur Erleichterung seiner

ehrentvollen, aber beschwerlichen Pflicht beizutragen, haben Wir in unserer Hauptstadt eine eigene militär-medicinisch-chirurgische Lehranstalt mit den hiezu nöthigen Lehrämtern errichtet, zur Bekleidung dieser Lehrämter die geschicktesten Männer gewählt, ein eigens dazu gewidmetes Gebäude vom Grunde ausführen und solche mit allen zum Unterrichte gehörigen Instrumenten, Kunstgeräthen und anderen Erfordernissen aller Gattung reichlich versehen lassen. Um nun diesem zustandgebrachten Institute ein offenbares Merkmal unseres Schutzes zu geben und zugleich den Umfang seiner Nutzbarkeit auf unsere sämmtlichen Unterthanen zu erweitern, so ertheilen Wir demselben

1. Gegenwärtiges von Uns eigenhändig unterzeichnetes Diplom, wodurch Wir solches zu einer öffentlichen k. k. medicinisch-chirurgischen Akademie erheben und in dieser Eigenschaft, soviel den chirurgischen Zweig der Arzneywissenschaft betrifft, ihr alle Vorrechte verleihen, welche den Universitäten in Unseren Staaten und Ländern verliehen sind. Kraft dieser Vorrechte hat diese Akademie
2. das Befugnis, diejenigen Schüler, welche bei ihr den ordentlichen Lehrgang vollendet und in den vorgeschriebenen Prüfungen von den erworbenen Kenntnissen in der Medicin und chirurgischen Wissenschaft zureichende Beweise abgelegt haben, zu Magistern und Doctoren der Chirurgie zu befördern und als solchen die gewöhnlichen Diplome auszufertigen. Wollen auch
3. und verordnen hiemit unsere sämmtlichen hohen und niederen Stellen, dass die von dieser Akademie beförderten Magister und Doctoren der Chirurgie in dieser Eigenschaft in allen Unsern Reichen und Ländern anerkannt werden, ihre Kunst aller Orten, sowohl beim Militär als Civil auszuüben berechtigt, auch sonst zu allen öffentlichen und landesfürstlichen, der Chirurgie angemessenen Ämtern und Bedingungen zu gelangen, fähig sein sollen.
4. Endlich verleihen Wir der Akademie zu dem Sigille bei Ausfertigung ihrer Diplome und anderer akademischer Urkunden Unser Insiegel mit folgender Umschrift:

„Academia caes. reg. Josephina Medico-chirurgica Vindob“.

Wie solches in dem beikommenden Entwurfe zu sehen ist.

Gegeben in Unserer Haupt- und Residenzstadt Wien: den fünften Tag des Monats April: im Siebenzehnhundert sechs und achtzigsten Jahre, Unserer Regierung der römischen im drey und zwanzigsten, der erbländischen im sechsten. Joseph m. p. Leopoldus Comes á Kollowrat m. p. Regis. Bohiae. Supus. et A. A. prmus Cancius. Tobias Philipp Freyherr von Gebler m. p. Johann Rudolf Graf Chotek m. p. Ad mandatum Sacae Caeso Regiae Majestatis proprium Joseph von Sonnenfels m. P.“ (zit. n. Kirchenberger, 1895, 64-65).

Die Josepshakademie diente zuerst den bildungsfähigen Feldärzten, die schon 6-8 Jahre gedient hatten, denen in zweijährigen Kursen Unterricht in Geometrie, Physik, Anatomie, Physiologie, medizinischer und chirurgischer Pathologie, Operationsinstrumenten- und Bandagenlehre, Geburtshilfe und gerichtlicher Medizin erteilt wurde. Nach dem Kurs erhielten sie den Titel Magister, wenn sie zwei Prüfungen bestanden hatten. Zur Beförderung zum Doktor der Chirurgie war noch eine dritte Prüfung notwendig.

Außer diesen Feldärzten wurden noch sogenannte Praktikanten aufgenommen, die zumindest ein Untergymnasium besucht hatten und einen Kurs von einem Semester Dauer zwei- bis dreimal durchlaufen mussten, bis sie als sogenannte Unterärzte zur Armee gegangen sind, und dann erst nach 6-8 jähriger Dienstzeit zum großen Kurs zugelassen wurden. (vgl. Schönbauer, 1948, 16).

Das Josephinum stellte etwas grundsätzlich Neues dar, denn nicht nur die intensive Schulung der Militärärzte war neu, sondern auch die Tatsache, dass man die Chirurgie auf eine so breite wissenschaftliche Basis stellte, war revolutionär. Die Schule erwarb sich einen großen Weltruf und wurde in vielen Staaten, darunter Russland, Preußen, Frankreich, Spanien, Dänemark, der Schweiz und der Türkei, nachgeahmt. Nur in Österreich war sie nicht ganz unumstritten, weil sie in starke Konkurrenz mit der Universität trat. (vgl. Schönbauer, 1948, 17).

Man kann die damaligen Gegner der Akademie in drei Gruppen einteilen: zur ersten gehörten die Vertreter der internen Medizin, die befürchteten, dass durch Errichtung der Akademie die Chirurgie alle Vorrechte und Privilegien an sich reißen könnte, welche bis dahin die Interne Medizin besaß. Die zweite Gruppe wurde durch jene repräsentiert, welche die Notwendigkeit einer besonderen Bildungsanstalt für Militärärzte leugneten und die Josepfsakademie als ein zu kostspieliges und überflüssiges Institut betrachteten. Die dritte Gruppe umfasste solche Gegner, die zwar den Bestand der Akademie als eine Notwendigkeit und als eine Wohltat für die Armee ansahen, jedoch mit dem von Brambilla eingeführten Studienplan nicht einverstanden waren. Was allerdings die erste Gruppe von Gegnern anbelangt, so waren sie gewiss im Unrecht, da die Akademie zu dem Zweck gegründet worden war, um „Medico-Chirurgen“ heranzubilden, die in beiden Zweigen der Heilkunde bewandert sein sollten. Dass an der Akademie Chirurgie mit Vorliebe betrieben und gepflegt werden sollte, hatte seinen Grund darin, dass dieser Zweig der ärztlichen Wissenschaft für den Feldarzt von ganz besonderer Wichtigkeit ist. Die Gegner der dritten Gruppe waren der Meinung, dass der von Brambilla erstellte Lehrplan mangelhaft und unzureichend war. Zunächst schien ihnen ein zweijähriger Lehrkurs der Zeit nach unzulänglich für das Studium der Heilkunde, für welches an den Universitäten damals ein vierjähriger Zeitraum bestimmt war. Weiters hatten nur wenige Anfänger (Praktikanten) das Gymnasium absolviert, besaßen also nicht die zum Besuch einer Hochschule notwendigen Vorkenntnisse. In den für diese Schüler bestimmten sechsmonatigen Vorbereitungskursen wurden Anatomie und Chirurgie gelehrt. Ihrer Ansicht nach wäre es besser gewesen, die Zöglinge zunächst mit den Vorbereitungswissenschaften bekannt zu machen. Im „großen“ Lehrkurs wiederum wurden theoretische und praktische Fächer gleichzeitig und nebeneinander gelehrt, während es angebracht gewesen wäre, die Gegenstände in einer logischen Reihenfolge vorzutragen und von den theoretischen zu den praktischen Fächern überzugehen, wie das an den Universitäten schon damals üblich war. Von einem klinischen Unterricht an der internen und chirurgischen Abteilung des neuen Militärspitals konnte keine Rede sein, weil diese Abteilungen viel zu groß

waren und ein solcher Unterricht nur bei einer beschränkten Anzahl von Krankenzimmern mit ausgesuchten Krankheitsfällen möglich gewesen wäre. An maßgebender Stelle schien man mit dem von ersterem eingeführten Lehrplan nicht ganz einverstanden, wenigstens nach der einen Richtung nicht, dass die an der Akademie gelehrt Therapie zu kompliziert und kostspielig sei und darum ihrem Zweck nicht entspreche, weil für den Soldaten ein einfacheres und weniger kostspieliges Heilverfahren genüge. (vgl. Kirchenberger, 1895, 67-68). Die Akademie wurde mehrmals für kurze Zeit geschlossen. Zum ersten Mal geschah dies in den Jahren 1820-1822, dann 1848-1854, wonach das Institut noch einmal wieder eröffnet wurde. Alle kleineren und größeren Reformen konnten allerdings nicht verhindern, dass die mit so vielen Hoffnungen ins Leben gerufene Akademie unter dem Druck der damaligen, so ungünstigen kriegerischen Verhältnisse ihrem Ende entgegenging. Zahlreiche Umstände trugen Schuld daran: in erster Linie der von Brambilla erstellte mangelhafte akademische Lehrplan, welcher eine weitere Entwicklung der Anstalt kaum ermöglichte. Und während man an der Akademie einen zweijährigen Lehrkurs für genügend fand, wurde an den Universitäten im Jahre 1804 die medizinische Studienzeit von 4 auf 5 Jahre ausgedehnt. Es war nicht sehr klug, dass die Akademie, indem sie selbst die Chirurgie mit Vorliebe kultivierte, ihre Schüler nur zu „Doktoren der Chirurgie“ beförderte.

Es wurde deshalb der Josephs-Akademie im Jahre 1804 aufgetragen, dass sie, nachdem die Anforderungen an die Hörer der Medizin an den Universitäten wesentlich erhöht wurden, bei den Prüfungen ebenfalls größere Strenge und Sorgfalt walten lassen möge. Ein weiterer Grund für den Verfall der Anstalt war der Umstand, dass sich seit dem Tod des Kaisers Josephs II., der diese zu seinen Lieblingsschöpfungen zählte, zunehmendes Misstrauen gegenüber der Akademie entwickelte. Die zahlreichen Kriege der Napoleonischen Epoche hatten zur Folge, dass der Zufluss von Schülern zur Akademie trotz gesteigerten Bedarfes an Feldärzten nachließ, weil die militärische Karriere damals eine weit glänzendere Zukunft bot als die feldärztliche. (vgl. Kirchenberger, 1895, 70). Die Not an Ärzten, welche man damals während der fast ununterbrochenen Kriege in vermehrter Anzahl benötigte, war so groß,

dass man sich entschloss, an der Wiener Universität herangebildete Operateure, falls sie in die Armee eintreten wollten, schon nach einer dreimonatigen Dienstzeit als Oberärzte zu Regimentsärzten zu befördern. Trotzdem traten nicht mehr als zwei solcher Operateure in die Armee ein. 1874 schließlich wurde das Josephinum als Ausbildungsanstalt aufgelassen. (vgl. Wyklicky, 1985, 1).

Man darf nicht vergessen, dass ein Kreis hervorragender Gelehrter an der Anstalt tätig gewesen war. Abgesehen von mehreren Hundert Subalternärzten gingen während des Zeitraumes 1854-1874 mehr als 700 Doktoren der gesamten Heilkunde aus der Anstalt hervor. Nachdem bereits zwei Jahrzehnte seit der Schließung vorüber waren, dienten zahlreiche ihrer Schüler in den höheren Chargen des militärärztlichen Offizierscorps; auch das Militär-Sanitäts-Komitee bestand aus ehemaligen Josephinern. Zahlreiche derselben hatten in den Feldzügen 1859, 1864 und 1866 Gelegenheit, ihre kriegschirurgische und feldärztliche Fähigkeit zu beweisen, und auch im deutsch-französischen Kriege 1870 bis 1871 haben mehrere Josephiner das militärärztliche Offizierscorps würdig vertreten. Unter den aktiven Militärärzten befand sich eine ganze Reihe von Schülern der Josephi-Akademie, die sich als Männer der Wissenschaft einen weit über die Grenzen Österreich-Ungarns reichenden Ruf erworben hatten. Zahlreiche Josephiner haben die militärärztliche Laufbahn verlassen und sich als Universitäts-Professoren im staatlichen Sanitätsdienst und im bürgerlichen Leben eine ehrenvolle Existenz gegründet. (vgl. Kirchenberger, 1895, 102-103). Die obengenannten Mängel der Josephi-Akademie sind nicht im Stande, den ausgezeichneten Ruf der Akademie als militärärztliche Bildungsanstalt zu schmälern.

3.1.1. Der Sanitätsdienst und seine Struktur im Feldkrieg

Der Sanitätsdienst wurde bei der Armee im Feld innerhalb einer Truppenvision einheitlich gehandhabt und von Militärärzten ausgeübt, die zu diesem Truppenkörper gehörten. Das Sanitätshilfspersonal wurde in die Blessiertenträger und die Bandagenträger unterteilt, wobei die Blessiertenträger meist nur für die Infanterie- und für die Jägertruppe bestimmt waren. Während

des Marsches, im Lager und in den Unterkünften pflegten die Blessiertenträger die Kranken und Verwundeten und wurden zu Sanitätshilfsdiensten aller Art herangezogen. Verbandsmaterial und kleine Requisiten verwahrten sie in einem Brotsack. Hohlschiene, Feldtrage und Zuglaterne wurden jeweils von drei Blessiertenträgern verwendet. Sie hatten das Sanitätsmaterial des Truppenkörpers fortzubringen und hielten sich bei den ihnen zugewiesenen Ärzten auf und waren diesen auch behilflich. (vgl. Urban, 1884, 178).

Die Ausrüstung der Bandagenträger beinhaltete bei den Bataillonen der Infanterie-, Jäger- und Pioniertruppe je einen Verbands- und einen ärztlichen Requisitentornister samt Arzneitaschen, bei den Regimentern der Feldartillerie je zwei Verbands- und zwei ärztliche Requisitentornister samt Arzneitaschen. Außerdem war jeder Bandagenträger mit einer Sanitätsbinde gekennzeichnet. Zur Sanitätsfeldausrüstung für jedes Kavallerieregiment gehörten sieben Sanitätsgehilfentaschen, drei Garnituren ärztlicher Requisiten und Verbandspacktaschen, drei Feldflaschen, sieben Verbandstaschen für Blessiertenträger, sieben Hohlschienen aus Blech und zwei Getränkefässer zu je sieben Litern. Die Blessierten- und Bandagenträger sowie die Sanitätsmannschaft mussten ihre Sanitätsfeldausrüstung jederzeit bei sich tragen. Zur Aufgabe der Blessiertenträger gehörten die Aufsuchung der Verwundeten auf dem Schlachtfeld von der äußersten Frontlinie bis zum Hilfsplatz sowie deren Fortschaffung auf den Hilfsplatz. Weiters mussten die Blessiertenträger die Verletzten – egal ob Freund oder Feind – mit Essen versorgen, Erste Hilfe leisten und die Verwundeten mit oder ohne Benützung der Feldtragen auf den Hilfsplatz schaffen. Zu ihren Aufgaben gehörte auch noch die Aufräumung des Schlachtfeldes. Der Hilfsplatz musste in ständiger Nähe mit den im Gefecht stehenden Truppen und mit dem Verbandsplatz bleiben. Wenn sich der Feind kämpfend zurückzog, musste der Hilfsplatz vorverlegt oder ein zweiter Hilfsplatz in vorderer Front errichtet werden. Drang der Feind immer weiter vor, wurde auf dem Hilfsplatz die Signalfahne mit dem Roten Kreuz gehisst. Zurückgelassenes Personal unterstand somit dem Schutz der Genfer Konvention. (vgl. Angetter, 1993, 32).

Jede Division der Infanterietruppen hatte nur einen Verbandsplatz eingerichtet, der möglichst mit den Hilfsplätzen durch befahrbare Wege verbunden sein sollte. Der Verbandsplatz sollte einen leichten Zugang haben und möglichst groß sein, um die Arbeit der Ärzte und des Hilfspersonals zu gewährleisten sowie die Krankentransporte zu ermöglichen.

Der ärztliche Dienst wurde von den Militärärzten gruppenweise besorgt. Die Verwundeten wurden in drei Gruppen eingeteilt: Leichtverwundete, Schwerverwundete und unrettbar Verwundete. Die Hauptaufgabe der Militärärzte war die gefährdenden Zustände zu beheben und die Verwundeten so rasch wie möglich für den Transport vorzubereiten und gleich in ein Feldspital zu überführen.

Der Abtransport der Schwerverwundeten vom Verbandsplatz in die Sanitätsanstalten erfolgte mittels der Blessiertenwägen oder anderer, vom Feldsanitätskommandanten bereitgestellten, und für den Verwundetentransport hergerichteten Fuhrwerken. Die Fuhrwerke wurden unter Begleitung von Sanitätssoldaten in die zur Übernahme bestimmte Heilanstalt oder Abschubstation (Bahnhof, Landungsplatz) transportiert. Die Leichtverwundeten wurden auf dem Verbandsplatz in Gruppen für den Transport eingeteilt und unter Führung von ebenfalls nur leicht verwundeten Unteroffizieren in Fußmärschen bzw. mittels Fuhrwerken in die nächste Krankenabschubstation oder Sammelstation geführt. (vgl. Urban, 1884, 179).

3.1.2. Der Sanitätsdienst und seine Struktur im Gebirge

Bei den Gebirgstruppen war es so, dass zwei Drittel der Ärzte bei der eigenen Truppe zu verbleiben hatten. Der Sanitätshilfsdienst wurde wie im Feldkrieg von Blessiertenträgern, deren Zahl verdoppelt wurde, und von den Bandagenträgern ausgeübt. Jedes Bataillon mit Gebirgsausrüstung bestand aus vier Gurtenträgern samt Krückstöcken. Der Hilfsplatz musste nahe der kämpfenden Truppe eingerichtet werden und war mit der Signalfahne mit dem Roten Kreuz und der schwarz-gelben Fahne gekennzeichnet. Die Fahnen sollten von den Truppen und vom Verbandsplatz wahrgenommen werden können. Die Verwundeten wurden in kleinen Gruppen vom Hilfsplatz zum

Verbandsplatz gebracht. Um das schwere Tragen der Verwundeten auf steilen Hängen zu erleichtern, wurden Wechselstationen errichtet, die mit der Rot-Kreuz-Fahne gekennzeichnet waren. An diesen Stellen wechselten die Blessiertenträger oder die Verwundeten wurden von Fuhrwerken übernommen. Der Verbandsplatz sollte möglichst nahe dem Hilfsplatz sein, um den schwierigen ersten Transport der Verwundeten abzukürzen. Der Abschub der Verwundeten vom Verbandsplatz erfolgte im unwegsamen Gelände bis zum nächstgelegenen Etappenort direkt in eine Sanitätsanstalt. Für die Verwendung der Ambulanz im Gebirge galten dieselben Bestimmungen wie im Feldkrieg. Sie behielten die Verwundeten so lange in Pflege, bis deren Weitertransport in eine rückwärtige Heilanstalt gewährleistet war. Die Spitäler mussten auf die Übernahme der Verwundeten so vorbereitet sein, dass die Abgabe reibungslos verlief. (vgl. Urban, 1884, 186).

Mit dem Fortschritt der Kriegsführung im 19. Jahrhundert sowie der Waffenentwicklung wurde die Sanitätsversorgung vor völlig neue Aufgaben gestellt. Die Verbesserung chirurgischer Techniken und neue medizinische Forschungsergebnisse bewirkten im 19. Jahrhundert eine immer besser werdende Versorgung der verwundeten und kranken Soldaten. Vor allem auf dem Gebiet der Kriegschirurgie, der Orthopädie und der Hygiene wurden neue, wirksamere Kenntnisse erworben. (vgl. Angetter, 1993, 32-33). Die ersten brauchbaren Ansätze der Kriegschirurgie und Wehrhygiene gingen in Österreich auf das großartige Reformwerk Josephs II. zurück.

3.1.3. Sanitätsanstalten

Die Militär-Sanitätsanstalten waren zur Aufnahme verwundeter und erkrankter Soldaten bestimmt. Sie gliederten sich folgendermaßen:

- In stabile Militär-Sanitäts-Anstalten, zu diesen gehörten:

Die Garnisonsspitäler: Sie befanden sich in jedem größeren Garnisonsort und dienten der Krankenpflege sowie der Ausbildung des Sanitätspersonals.

Truppenspitäler: Sie befanden sich in Orten, die kein Garnisonsspital hatten, aber eine Garnison von mehr als 500 Mann aufweisen konnten. Sie dienten der

Krankenpflege sowie der Ausbildung der Blessierten- und Bandagenträger der Truppenkörper.

Marodenhäuser: Diese befanden sich in jeder Garnison von mindestens 300 Mann, aber nicht mehr als 500 Mann Stärke. Es wurden nur leicht erkrankte Soldaten aufgenommen. Schwerkranke wurden nur dann aufgenommen, wenn ein Transport in ein Garnisonsspital unmöglich war.

Militärheilstätten: Diese befanden sich in noch heute bekannten Kurorten wie z. B. in Baden bei Wien und teilten sich in Militärbadeheilstätten und Militärtrinkkuranstalten.

- In Feld-Sanitäts-Anstalten, zu diesen gehörten:

Divisionssanitätsanstalten und Brigadesanitätsanstalten: Sie leisteten den Verwundeten Erste Hilfe und organisierten deren Rücktransport in die Feldsanitätsanstalten.

Feldspital: In diesem erhielten die Kranken und Verwundeten die erste spitalsmäßige Behandlung. Ein Feldspital konnte 600 Kranke und Verwundete aufnehmen.

Mobile Reservespitäler: Diese befanden sich im Operationsbereich und hatten ähnliche Aufgaben wie die Feldspitäler. Sie dienten teilweise zur Entlastung der Feldspitäler.

Feldmarodenhäuser: Diese wurden auf dem Kriegsschauplatz errichtet, um Leichtkranke, Rekonvaleszente und Erschöpfte aufzunehmen und sie möglichst bald in gutem Zustand der Truppe zurückzuschicken. Die Feldmarodenhäuser konnten etwa 500 Kranke und Verwundete aufnehmen.

Mobile Krankenhaltestationen: In diesen konnten Verwundete, die sich auf dem Rücktransport befanden, übernachten und ärztliche Hilfe finden. Die mobilen Krankenhaltestationen wurden in erster Linie bei Umschlagplätzen von Strassen auf Eisenbahnen, Schiffe usw. errichtet.

- In Sanitäts-Reserve-Anstalten (im Krieg), zu diesen gehörten:

Ambulante Feldsanitätsanstalten: Diese hatten den Zweck, Schwerverwundete in die im Hinterland befindlichen ortsfesten Heilanstalten zu befördern.

Sanitätsfelddepots: Diese hatten die Aufgabe, den Vorrat an Sanitätsmaterial der Armee im Feld nachzuführen und laufend zu ergänzen.

Festungsspitäler: Diese wurden in mobilisierten festen Plätzen errichtet.

Ortsfeste Reservespitäler: Sie wurden außerhalb des Kriegsschauplatzes errichtet und dienten den friedensmäßigen Garnisonsspitalern.

Ortsfeste Krankenhaltestationen: Diese hatten denselben Zweck wie die mobilen Krankenhaltestationen und befanden sich hauptsächlich an Umschlagplätzen in der Heimat.

Außerdem werden die Monturs- und Sanitäts-Material-Feld-Depots, insoweit es sich um Vorrat-Haltung von Sanitätsmaterial handelt, zu den Feld-Sanitäts-Anstalten gezählt. Diese unterhielten einen solchen Vorrat an Sanitätsmaterial, dass sie sowohl die Bedürfnisse der Truppen als auch der Divisions-Sanitäts-Anstalten und der Feldspitäler decken konnten (vgl. Angetter, 1993, 50 u. 52-53).

3.1.4. Ausrüstung der Sanitätsanstalten

Zur Beschaffung, Vorrathaltung und Verwaltung des Sanitätsmaterials für das gesamte Heer dienten organisationsgemäß die „Monturdepots“, bei denen je eine eigene Abteilung für das Sanitätsmaterial bestand, und die „Militär-Medikamentendirektion“ in Wien. Die erste Ausrüstung der Feldsanitätsanstalten war bei den Garnisonsspitalern und ihren Apotheken deponiert. Während des Krieges hatte das Kriegsministerium das Sanitätsmaterial sowohl für das Hinterland als auch für die Feldarmee aufzubringen. Dem Roten Kreuz spendete die Heeresverwaltung zu Kriegsbeginn über eine Million Verbandpäckchen und unterstützte die Feldspitäler mit Verbandstoffen. Ein vom Roten Kreuz erwählter „Hauptdelegierter“, ein Offizier, sorgte gemeinsam mit dem restlichen Personal aus den stabilen und mobilen Felddepots für die Nachbeschaffung von Medikamenten, Desinfektionsmitteln, chirurgischen Instrumenten und

Transportgeräten. (vgl. Biwald, 2002, 81). Bei längerer Dauer des Krieges waren zahlreiche wichtige Arzneien, Laboratoriumsbehelfe wie Dampfdesinfektionen und Trinkwasserbereiter nicht mehr lieferbar. Am Ende des Krieges 1918 waren schließlich die Chininvorräte beinahe erschöpft. Die zur Herstellung der Verbandstoffe nötigen Gewebe, insbesondere Baumwolle, konnten nur noch in kleinen Quantitäten dem Sanitätsdienst zur Verfügung gestellt werden. (vgl. Biwald, 2002, 81).

Johann Steiner wies darauf hin, dass der Ersatz und Nachschub des Sanitätsmaterials für die Armee besondere Vorsorge erforderte. Bei den Truppenkörpern, den Sanitätskolonnen und den Feldspitälern war für den Ersatz jeweils ein eigener Reservevorrat vorgesehen. Das waren mobile, den Armeekommandos zugewiesene Magazine, die unter der Leitung von Militärärzten, später auch von Apothekern standen. Jedes Sanitätsfelddepot sollte so viele Korpseinheiten an Material umfassen, als die betreffende Armee Korps besaß. (KA, Nachlass Steiner B/41/2, Aufzeichnungen 1914-1918, 178).

Bei der Ausrüstung der Feldsanitätsanstalten fällt eine ungleichmäßige Verteilung auf. Es fehlte an Verbandstoffen und Arzneimitteln, vor allem Adrenalin und Novokain sowie alle serotherapeutischen Präparate. Diesen Zustand kritisierte auch der Sanitätschef der 3. Infanterie-Divisionssanitätsanstalt, der eine gründliche Revision des Arzneilagers der Truppen forderte. (KA, NFA, 165, 3. ITD. 1914/15, Div. San. Chef, fol. 2).

Auch in den fünf Tagebüchern des Sanitätsschefs des 1. Korps zieht sich das gleiche Problem mit dem Mangel an Sanitätsmaterial durch die Aufzeichnungen. (KA, NFA 12, 1. Korps, San. Chef, Tagebücher 1-5).

Die Ausrüstung eines mobilen Reservespitals war dem Feldspital ähnlich, zu Beginn des Krieges fehlten die „Fahrküchen“, des Weiteren gab es einen Mangel an Bettwäsche, Handtüchern, Sommerdecken, Strohsäcken, Leintüchern und Verbandstoffen. Bei den neu errichteten und dringend benötigten Epidemiespitalern sah es bedauerlicherweise nicht besser aus. Der Arzt Ludwig Schönbauer schrieb folgendes in einer Sonderausgabe der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“:

„Es waren viele Nadeln mitgegeben, sehr viel Zwirn, sehr wenig Instrumente und kein Nadelhalter. Daß die Instrumente sterilisiert werden mußten, wurde nicht bedacht.“ (zit. n. Schönbauer, 1937, 6).

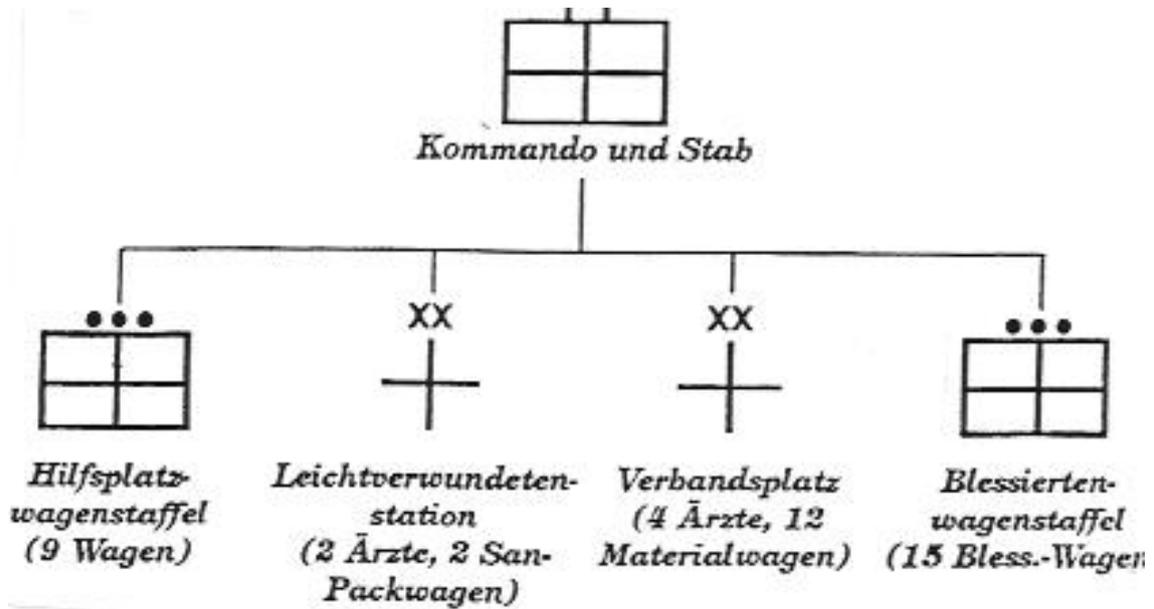


Abb.: Gliederung einer Divisionssanitätsanstalt, Quelle: Rainer, 2005, 7.

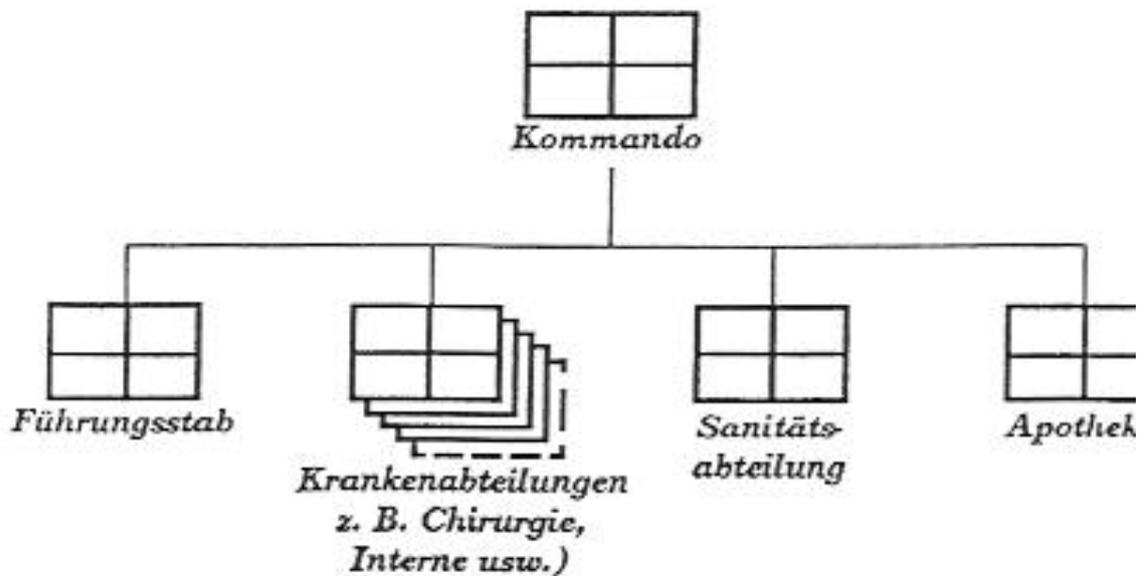


Abb.: Gliederung eines Garnisonsspitals, Quelle: Rainer, 2005, 9.

3.1.5. Die Sanitätstruppe der Militärärzte im Ersten Weltkrieg

Unmittelbar vor Kriegsbeginn wurde die Sanitätstruppe in das Sanitätstruppenkommando, die Reserveoffiziersschule der Sanitätstruppe und in 27 Sanitätsabteilungen gegliedert, deren Benennung während der Kriegszeit auf Sanitätsstammkompanien geändert wurde. Die Sanitätsabteilungen bzw. Sanitätsstammkompanien stellten die Feldsanitätsabteilungen und Reservesanitätsabteilungen (Offiziere und Mannschaft) für die von den Garnisonsspitalern formierten Feldsanitätsanstalten bei.

Zu den letzteren gehörten: Die Infanteriedivisionssanitätsanstalten, die Kavalleriedivisionssanitätsanstalten, die Infanteriebrigadesanitätsanstalten, die Gebirgsbrigadesanitätsanstalten, die Feldspitäler, die mobilen Reservespitäler, die Feldmarodenhäuser, die mobilen Krankenhaltstationen, die Spitalszüge, die Spitalsschiffe und andere. Außerdem gab es Feldsanitätsanstalten der freiwilligen Sanitätspflege, von denen die Feldspitäler des Roten Kreuzes, die Deutsch-Ordensverwundetenspitäler und die Spitalszüge des Malteser-Ritterordens die wichtigsten waren. Bis Kriegsbeginn wurden alljährlich Infanteriedivisionssanitätsanstalten aufgestellt, um Reserveoffiziere wie auch von allen Sanitätsabteilungen auf drei Monate dorthin abkommandierte Mannschaftspersonen speziell für den Sanitätsdienst im Feld zu schulen. (vgl. Glücksmann, zit. n. Breitner, 1936, 174).

Eine kurze Schilderung einiger Episoden aus dem Wirken der Feldsanitätsabteilung einer Gebirgssanitätskolonne soll zeigen, unter welchen ungünstigen Verhältnissen die Angehörigen der Sanitätstruppe ihren schweren Dienst gewissenhaft und pflichttreu ausübten.

Aus dem Bericht von Wirtschaftsoberstleutnant d. R. des Bundesheeres Gustav Glücksmann, Präsident des Kameradenverbandes der ehemaligen Sanitätstruppe geht Folgendes hervor:

„Am 28. August 1917 wurde von den Österreichern die Sprengung des Lortofelsbandes durchgeführt. Vor der Unternehmung fanden sich die Ärzte der Gebirgssanitätskolonne Nr. 103 auf dem Hilfsplatz La Valparola ein, während Leutnant Dohnal mit einer starken Sanitätspatrouille und dem nötigen Material

in den Kampfabschnitt abging. Punkt 22 Uhr begann die Aktion. Starker, andauernder Regen behinderte ungemein die Arbeit auf dem durch feindliche Einwirkung gefährdeten Hilfsplatz Fanessperre, wo Leutnant Dohnal, da dortselbst kein Arzt anwesend war, das Kommando übernahm. Unter schwierigsten Verhältnissen, nur unter größter Anstrengung der Träger, konnten die verwundeten Österreicher und Italiener geborgen werden. Der weitere Abtransport, der wegen Platzmangels sofort erfolgen mußte, konnte nur auf ganz schmalen Felssteigen durchgeführt werden, die eine Verwendung von Feldtragen nur selten zuließen. Lob und Bewunderung gebührt den einzelnen Trägern, welche, die Verwundeten auf dem Rücken, durch feindliche Einwirkung gefährdet, diesen Dienst vierzehn Stunden lang ununterbrochen versahen. In der Nacht vom 19. auf den 20. September 1917 unternahmen die Italiener einen Gegenangriff auf den Col di Lana. Mehrmals drohte der Hilfsplatz in die Hände der Italiener zu fallen. Kaiserjägern war es zu danken, daß der Angriff abgeschlagen wurde und der Hilfsplatz samt dem Personal nicht in Kriegsgefangenschaft geriet. Wäre dies auch der Fall gewesen: Niemals hätten österreichische Sanitätssoldaten unversorgte Verwundete verlassen, um sich selbst in Sicherheit zu bringen.“ (Glücksmann, zit. n. Breitner, 1936, 175-176). Derartige Leistungen konnten in vielen Fällen festgestellt werden.



Abb.: Hilfsplatz, Quelle: Breitner, 1936, 284.



Abb.: Weite Fabrikräume mit vier Reihen Betten, Quelle: Breitner, 1936, 215.



Abb.: Zuschub durch Sanitätskolonnen, Quelle: Breitner, 1936, 215.



Abb.: Tragbahren in Tätigkeit, Quelle: Breitner, 1936, 215.

3.2. Ärztliche Versorgung des österreichisch-ungarischen Militärs

Dem Verwundeten sollte die Erste Hilfe schon auf dem Kampfplatz geleistet werden, daher wurden hinter den Truppen sogenannte Hilfsplätze errichtet, für jede Gefechtstruppe einer. Das Sanitätspersonal musste unter der Führung der Ärzte so lange wie möglich bei der Truppe bleiben. Zum Personal gehörten Ärzte mit Sanitätsunteroffizieren und Bandagen- und Blessiertenträgern. Die Letztgenannten wurden vom Hilfsplatzkommandanten zur Einbringung eigener und gegnerischer Verwundeter ausgesandt und sollten diesen auch Mut zusprechen. Die Notverbände durften die Blessiertenträger nur bei Lebensgefahr mittels der Verbandspäckchen, die jeder Soldat bei sich trug, anlegen. Die Aufgabe der Ärzte auf den Hilfsplätzen bestand darin, Verbände (besonders Kompressionsverbände) anzulegen sowie in der Durchführung lebensrettender Operationen. Die Hilfsplätze wurden bei Tag durch zwei Signalfahnen, eine schwarz-gelbe und eine mit dem roten Kreuz auf weißem Grund, und bei Nacht durch mehrere Signallaternen mit rotem Kreuz kenntlich gemacht. Aus der tragbaren Zeltausrüstung der Blessiertenträger konnten nach Anleitung des „Leitfadens zum fachtechnischen Unterricht des Sanitätshilfpersonals“ Notzelte hergestellt werden. (vgl. Biwald, 2002, 57). Die Verletzten trugen kleine Diagnosentafeln, auf dem die Art der Verletzung und die geleistete Hilfe notiert wurden. Bei Bewusstlosen und Verstorbenen konnte so die Identität geklärt werden. Im Falle eines Rückzugs wurde den nicht transportfähigen Verwundeten das nötige Sanitätspersonal und Sanitätsmaterial zurückgelassen. Ein zweiter Hilfsplatz war nach Ansicht eines Regimentarztes von Vorteil:

„Wir waren zwei, zeitweise auch drei Ärzte beim Regiment und alternierten derart im Dienste, dass immer durch 24 Stunden ein Arzt auf dem vorderen und ein bis zwei auf dem rückwärtigen Hilfsplatz Dienst machten.“ (zit. n. Pick, 1915, 34 u. 35, 10).

Im Tagebuch eines Sanitätschefs des 1. Korps steht, dass zu wenige Hilfsplätze vorhanden waren, für drei Bataillone gab es nur einen Hilfsplatz. (KA, NFA 12, I. Korps, San. Chef, Tagebuch 2, 29.7.1915-21.7.1916).

Die österreichisch-ungarischen Divisionssanitätsanstalten hatten die Aufgabe, einen größeren Verbandsplatz für die erweiterte chirurgische Erstversorgung einzurichten. Diese waren von sechs bis acht Ärzten besetzt. Sie bildeten den Mittelpunkt des Sanitätsdienstes der Division im Gefecht. Dort wurden die Verwundeten in einer Ambulanz versorgt, die neben dem Verbandsplatz etabliert wurde. Vier Ärzte, zwei Offiziere und 78 Soldaten der Sanitätstruppe sowie 29 Trainsoldaten sollten in einer solchen Ambulanz tätig sein. (vgl. Hermann, 1983, Heft 9, 383).

Nach Aufzeichnungen von Oberleutnant Biedermann war die Situation der Verbandsplätze nicht immer optimal:

„Wir kamen an einer ländlichen Ziegelei vorüber, die zu einem Spital umgewandelt worden war. Divisionssanitätsanstalt, Regimentshilfsplatz und Bataillonsverbandsplatz zugleich [...] Soldaten der Sanitätsgruppe, Bandagenträger der Infanterie, Mediziner von vier Regimentern, Assistenzärzte, Oberärzte, Regimentärzte, Stabsärzte – alles wimmelte durcheinander, es gab keinen Überblick. Einjährig-Freiwillige Mediziner des 2. Semesters knüpften die Enden zerrissener Stirnadern aneinander, vernähten die gefährlichsten Wunden, der Oberstabsarzt verband Streifschüsse, die Doktoren hatten nicht einmal Schürzen über ihrer Uniform.“ (zit. n. Biedermann, ÖSTA, KA, Kr. B/608, Nachlass Biedermann, 122).

Die transportfähigen Verwundeten, die ihre Waffen bei sich trugen, wurden zur vorübergehenden Aufnahme in die Feldspitäler oder Feldmarodenhäuser gebracht. (vgl. Biwald, 2002, 58).

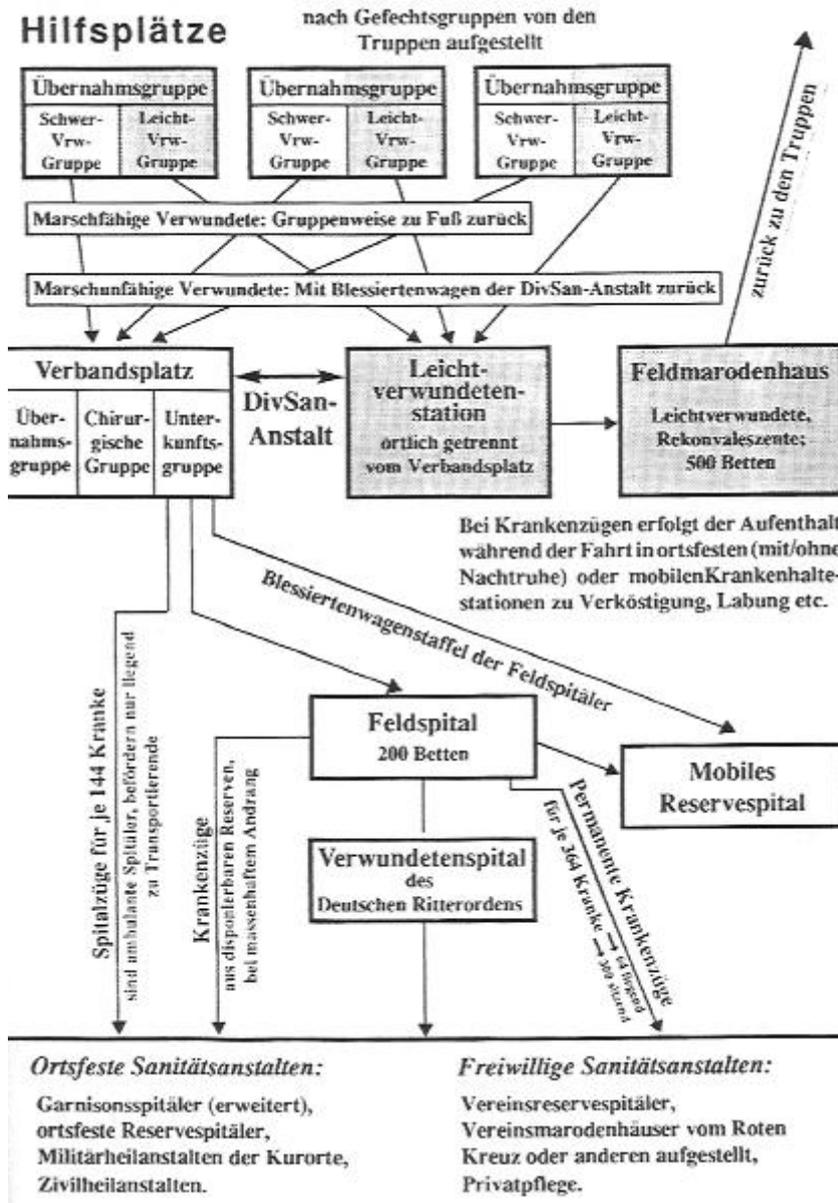


Abb.: Schematische Darstellung der Feldsanitätsanstalten und des Krankenabschubes, Quelle: Angetter, 1993, 35.

3.2.1. Organisationen des Krankenabschubes

Von den Feldspitälern kamen die Soldaten in die Krankenabschubstation, die bei einer größeren Eisenbahnstation eingerichtet war, und von dort per Eisenbahn oder Schiff in die Krankenzerstreuungsstation oder in stabile Heilanstalten des Etappenbereichs. In der Krankenabschubstation wurden die Leichtverwundeten untergebracht, die im Armeebereich bleiben sollten, sowie nicht transportfähige Schwerverwundete, während die systemisierten Krankenhaltstationen als Durchgangsstelle dienten. Die Krankenhaltstationen wurden an den Etappenlinien und in den Abschubstationen für ca. 200 Kranke und Verwundete errichtet, in der Praxis mussten sie meist viel mehr Menschen versorgen. Ein Arzt als Kommandant betreute zusammen mit einem Apotheker und 22 Mann der Sanitätstruppe die Verletzten. Bei jedem Armeekorps waren zwei bis drei solcher Stationen vorhanden. Die Abläufe an einer solchen Station lassen sich anhand des folgenden Beispiels zeigen. Hier wird das Frühhauptbericht einer Krankenhaltstation in Stryj, am 9. Dezember 1914, für den Sanitätschef des 2. Armee-Etappenkommandos beschrieben:

„Vom 7. Dezember 1914 verblieben über Nacht 14 Kranke und Verwundete. Im Laufe des gestrigen Tages sind hinzugekommen 358 (darunter 77 Deutsche und 12 Russen), welche in der Station aufgenommen, ärztlich behandelt, gelabt und gepflegt wurden; außerdem sind teils auf Vorspännern, teils mit der Militärkleinbahn 180 meist schwerverwundete Soldaten durchpassiert und hier ebenfalls gelabt und gepflegt worden. Der Stand betrug somit 552 Kranke und Verwundete, darunter 6 Offiziere. Abgeschoben wurden 5 Epidemieverdächtige mit Vorspann nach Kreuzburg, 430 Kranke und Verwundete mit Kleinbahn nach Rosenberg, 89 Kranke und Verwundete mit Automobilen nach Landsberg. 6 verblieben in der Anstalt und die übrigen sind zu den Abteilungen zurückgekehrt.“ (ÖSTA, KA, NFA 343, 2. Armee, 1914/15, San. Chef, Frühhauptbericht v. 9.12.1914, fol. 2472).

Wie schon erwähnt wurden die kranken und verwundeten Soldaten von den Feldspitälern in die Abschubstation gebracht. Jeder kranke oder verwundete

Soldat sollte so schnell wie möglich wegkommen. Doch nicht jeder war in der Lage, transportiert zu werden, somit mussten sie „sortiert“ werden, anhand der sogenannten „Triage“. Die verwundeten Kranken wurden eingeteilt anhand der Schwere ihrer Verletzung. Den Transport übernahm dann die Blessiertenwagenstaffel. Diese setzte sich aus Trägern, die den Transport auf Feldtragen vornahmen, sowie Fuhrwerken und der Sanitätsautokolonne zusammen. (vgl. ÖSTA, KA, Kr. B/41/2 Nachlass Steiner, der militärärztliche Dienst, 1914-1918, 154).

Zuständig für das Auf- und Abladen der Kranken und Verwundeten waren die Wärter, dessen Aufgabe es war, sorgfältig und umsichtig zu agieren und Achtsamkeit beim Auf- bzw. Abladen walten zu lassen. Dazu waren vier Pfleger notwendig. (vgl. Biwald, 2002, 66).

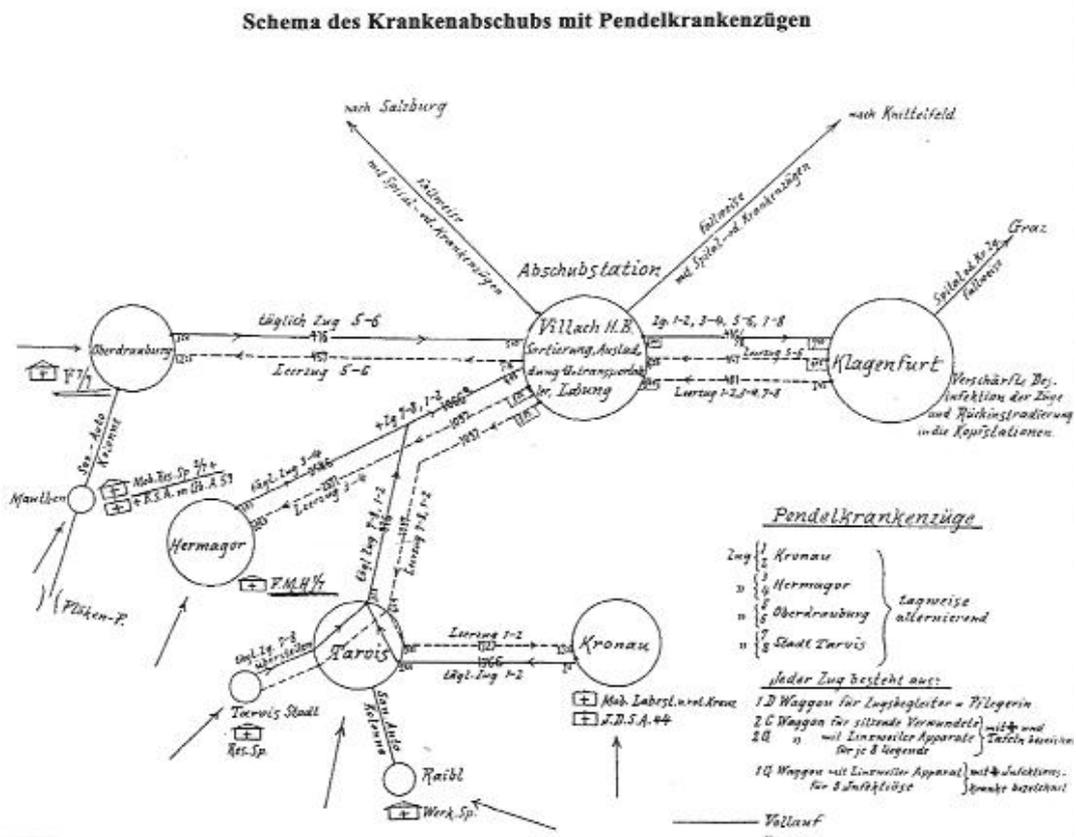


Abb.: Schema des Krankenabschubs mit Pendelkrankenzügen, Quelle: Rainer, 2005, 170.

3.2.2. Sanitätshunde

Während des Krieges wurden auch Hunde in größerem Ausmaß zu Aufgaben im Feld eingesetzt. Die Verwendung der Hunde bedeutete in allen Fällen Schutz, Schonung und Ersparnis von Menschenleben. Der Hund hatte im Bereich der Armee zwei wichtige Aufgaben zu erfüllen. Er diente einerseits als Meldehund, andererseits als Sanitätshund. Zusätzlich wurden Polizeihunde eingesetzt, welche in erster Linie Fluchtversuche aus Gefangenenlagern verhindern sollten. (vgl. Angetter, 1995, 238). Die größeren Hunde wurden als Zughunde gebraucht: Vier bis fünf Hunde konnten ein Pferdefuhrwerk ersetzen. (vgl. Biwald, 2002, 84).

Der Einsatzbereich des Sanitätshundes lag darin, dass er unübersichtliche Geländeteile nach verwundeten Soldaten absuchte und seine Führer bzw. die Sanitätsmannschaft zu den Verletzten brachte. Die Sanitätshunde wurden auch für den Einsatz im Hochgebirge ausgebildet, speziell für die Verwendung im Schnee. Als entscheidende Tätigkeit des Sanitätshundes galt die Auffindung von durch Lawinen verschütteten Soldaten. Die Ausbildung der Tiere zu Sanitätshunden gestaltete sich als sehr langwierig und auch schwierig.



Abb.: Sanitätshund wird auf die Suche geschickt, um 1915/16,
Quelle: Biwald, 2002, 140.

3.2.3. Chemische Waffen

Die Bekämpfung des Feindes durch chemische Kampfstoffe wurde zum ersten Mal im Ersten Weltkrieg angewendet, in erster Linie das Giftgas, bekannt unter den Namen Grünkreuz, Blaukreuz oder Gelbkreuz. Zu Beginn des Krieges beschränkte sich der Einsatz von chemischen Waffen auf die Westfront. Nach dem Einsatz minder wirksamer Reizstoffe durch Frankreich und Deutschland im Herbst 1914 erfolgte am 22. April 1915 bei Ypern (Belgien) ein erster massiver Chlorgasangriff deutscher Pioniere gegen britische und französische Stellungen. (vg. Biwald, 2002, 508). In den Unterlagen des Sanitätschefs des 1. Korps befindet sich ein Hinweis über das Gasschießen in den letzten Kämpfen zwischen Brenta und Piave 1917:

„Die Gaswirkung besteht im starken Tränenreiz, wodurch angeblich auch ein Mann erblindet sein soll, und Brechreiz. Die Gastoten wiesen starke Schaumbildung vor dem Munde auf.“ (ÖSTA, KA, NFA 12, I. Korps, San. Chef Tagebuch 5, Feldpost 21 v. 21.12.1917, fol. 58).

In einem weiterem Bericht des k. u. k. Sanitätschef der 94. ITD an den Sanitätschef des 10. Armeekomandos vom 14.7.1917 kann man Folgendes lesen:

„Zwecks Ausstattung der Hilfsplätze und Sanitätsanstalten mit therapeutischen Behelfen gegen Gasvergiftungen wird um folgende außertourliche Zuweisung gebeten:

- 3 Infusionsapparate nebst Glasirrigatoren + Infusionsnadeln
- 3 Kg Chlorcalcium crystallis
- 1000 Stück Codeintabletten
- 30 Flaschen Digalen a 15 cmm³
- 60 Phiolen Oleum camphoratum
- 1000 Stück Calcium lactecum Pulver a 0,50
- 15 Sauerstoff-Flaschen einfacher Art mit Schlauch und Mundstück.“
(ÖSTA, KA, NFA, 94. ITD Tagebuch 1 und 3, , Inf. Div. Chef 25.12.1915-30.09.1918).

Die militärischen Behörden waren bemüht, alle Soldaten in Erster Hilfe bei Gasverletzungen auszubilden. Vom Kriegsministerium wurde im März 1917 ein „Schützengrabenmerkblatt“ mit Verhaltensmaßregeln zum Thema „Gasangriffe“ verteilt. Wie hilflos die Medizin trotz allem 1918 den Kampfgasvergiftungen gegenüberstand, geht aus der Wiener Medizinischen Wochenschrift hervor. So beschrieb der Wiener Universitätsprofessor Zeynek die Schwierigkeiten einer rationellen klinischen Behandlung, solange nicht die Natur des Gases festgestellt war. Unter anderem sollte die Sauerstoffatmung bis auf „eintretende Cyanose“ nicht mehr angewendet werden. (Zeynek, 1918, 23, 1057).



Abb.: Gasverletzter, 1917 Privatarchiv Franz Heuschneider, Wiener Neustadt, Quelle: Biwald, 2002, 140.

3.3. Der Krankentransport

Die Entstehung der ersten Eisenbahnen in Europa liegt in der Zeit der Einigungskriege. Zur Zeit der letzten Revolutionskriege (1848-1850) war die Zahl der Eisenbahnen in der Nähe der Schlachtfelder noch äußerst gering. Die ersten größeren Verwundetentransporte sind wohl im Krimkrieg vorgekommen; man legte die Verwundeten in Güterwaggons, deren Boden mit Stroh bedeckt war, und führte sie zu den nächsten Dampfschiffen, wo sie weiter transportiert wurden. In einem Waggon hatten fünf Bänke Platz, auf welchen je fünf Kranke sitzen konnten. Für liegende Kranke wurden eine dicke Matratze oder eine Tragbahre mit Matratze eingestellt, wodurch der Kranke im Waggon liegen konnte. Der Eisenbahntransport der Armeen und ihres Materials wurde allerdings erst seit dem preußischen Krieg im Jahre 1866 systematisch

geordnet und der erste Transport der im Felde erkrankten und verwundeten Soldaten fand seit 1870 statt. (vgl. Billroth, 1874, 18-19).

Im Ersten Weltkrieg erfolgte der Krankentransport hauptsächlich durch Eisenbahnzüge und Feldtransporte. Die Einwaggonierung der liegenden Kranken wurde per Fenster durchgeführt. Der Fassungsraum war beschränkt, deswegen wurden diese Züge hauptsächlich für Transporte im Hinterland verwendet. Es gab auch Infektionskrankenzüge, die hauptsächlich für infektionskranke, manchmal aber auch für den Verwundetentransport Verwendung fanden. Die Sanitätszüge wurden nach ihrer Einrichtung in Lazarettzüge oder Hilfslazarettzüge eingeteilt. Erstere dienten ausschließlich zur Beförderung von Kranken und Verwundeten, die nur liegend transportiert werden durften. Die Hilfslazarettzüge waren mit besonderen Transport- und Lagerungsvorrichtungen ausgestattet. Sie wurden aus Personenwagen der ersten drei Wagenklassen am Kriegsschauplatz zusammengestellt und waren für jene gedacht, deren Zustand das Fahren im Sitzen ermöglichte. Über die Verwendung der Eisenbahnsanitätszüge bestimmte nur das Armeekommando. Die Züge wurden so nah wie möglich an die Truppen herangezogen, um die Schwerverwundeten direkt aus den Feldspitälern bzw. den Sanitätsanstalten zu übernehmen. Die Kranken- und Verwundetentransporte mussten vom Chefarzt der Feldspitäler beim Sanitätschef und bei der Eisenbahntransportleitung angemeldet werden. (vgl. Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde, 1887, 325).



Abb.: Verladen von Verwundeten, Quelle: Feucht, 2010, 22.

3.3.1. Die Sanitätszüge

Die Krankenwagen waren zweiachsige Lastwaggons, die zur besseren Beladung mit Türen an den Stirnseiten ausgerüstet wurden, ebenso wurde die Plattform erweitert und mit einer abnehmbaren Eiseneinfassung versehen. Auf dem Dach wurden drei Belüftungsaufsätze angebracht. Die Innenausstattung bestand aus zehn jeweils zu zweit übereinander an einer Halterung befestigten Tragen, einem Zimmerklosett, einem Ofen, Beleuchtung, einem Kasten, einer Bank und einem Hocker für den Pfleger. Dazu kamen Decken sowie Ess- und Sanitätsgeschirr.

Der Kommando- und Ärztewagen war mit vier Kabinen versehen, die einen kompletten Schlaf-Fauteuil, Waschgelegenheit sowie ein Schreibpult enthielten. Am Gang war ein Wasserklosett untergebracht. Im Magazinwaggon waren in einer Kabine eine Schlafgelegenheit für den Rechnungsführer sowie ein Arbeitsplatz eingerichtet. Diese Schlafgelegenheit war auch bei Bedarf für den Transport eines höheren Offiziers vorgesehen. Im Übrigen freien Raum waren Kästen mit Lebensmittelvorräten, Wäsche, Matratzen, Decken, Badewannen, Reinigungsmittel und einer Apotheke untergebracht. (vgl. Feucht, 2010, 10-11).



Abb.: Verbandwagen eines Lazarettzuges 1914-1918, Quelle: Rohrer, 1943, 672.



Abb.: Sanitätszug, Quelle: Breitner, 1936, 293.

3.3.1.1. Inventare des Wagens

Im Küchenwaggon, in dem für 150 Personen in drei Stunden Essen gekocht werden konnte, (der erste Koch war Eduard Sacher, der die Küche auch einrichtete), waren neben Herde, Wasserbehältern, Eiskästen und Arbeitsplätzen auch die Schlafgelegenheiten für die zwei Köche untergebracht. Der Zug wurde in folgender Reihenfolge rangiert: Lokomotive mit Tender, Zugkondukturwagen mit Bremse, Kommandantenwagen, Vorratswagen, Küchenwagen, Speisewagen mit Bremse, 5 Krankenwagen, Magazinwagen, 5 Krankenwagen, Schlusssignalwagen mit Bremse. Diese Reihenfolge musste eingehalten werden, da in allen Waggons eine elektrische Signalanlage eingebaut war, mit deren Hilfe im Notfall ein Arzt verständigt oder der Zug angehalten werden konnte. In einem solchen Fall hatte der Wärter nach Signalgabe auf die Waggonsplattform zu gehen und mit der Kappe zu winken, bis sich ein Arzt oder der Kommandant meldete.

Die komplette Ausstattung eines beschriebenen Zuges ohne beigestellten Waggon betrug 20.500 Gulden. Nach einem Kapitelbeschluss aus dem Jahr 1879 musste sich jeder neu aufgenommener Ritter verpflichten, 50 Gulden Evakuationsfonds-Beitrag zu entrichten. Als Evakuation wurde der Einsatz der Spitalzüge bezeichnet. Bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung verlor er das Recht, die Dekorationen eines Malteser-Ritters zu tragen.

Den ersten Einsatz hatten zwei Sanitätszüge in der Zeit von August bis Oktober 1878 während der Okkupation Bosniens und Herzegowinas. Die Züge wurden von den Komturen Fra` Meraviglia-Crivelli und Fra` Thun-Hohenstein geleitet. Im Bericht des General-Chefarztes Dr. von Mundy sind aus militärischen Geheimhaltungsgründen keine Angaben über die Anzahl der Einsatzfahrten und der transportierten Verwundeten enthalten. (vgl. Feucht, 2010, 11-12).

Magazins-Wagen mit Bremse.

Inventarium dieses Wagens.

1 completes Schlafanteil, hierzu: 1 rothe Kaschmirdecke und eine Sommerdecke. 1 Kopfpolster mit Gänsefedern gefüllt. 1 Rosshaarpolster. 2 Leintücher. 1 Paar Pantoffeln. 1 Spiegel sammt Rahmen 420^{mm}. 315^{mm}. 1 Datumzeiger. 1 Trinkbecher. 1 eingeflochtene Flasche 1-41 Liter hältig. 1 hölzerne Etage hierzu. 1 complete Lampe. 1 Tintenzeug. 1 Abstauber. 3 Huthaken. 3 Handleuchter. 1 complete Toilette, hierzu: 1 Kopfbürste. 2 Zahnbürsten. 1 Kleiderbürste. 1 Frisirkamm. 1 Staubkamm. 1 Wachspomade. 1 Fläschchen aufgelösten Gummi. 1 Pinsel hierzu. 1 Fläschchen Tinte. 2 Federhalter. 3 Bleifedern. 1 Siegellack. 1 Gros Stahlfedern. 1 Naturgummi für Blei. 1 Radirgummi für Tinte. 1 Löschpapier-Trockner. 1 Nachtlampenständer. 1 Schachtel mit 10 Nachtlichter. 1 Lavoir. 1 drehbarer Messinghahn. 1 Glycerin Seife. 1 Zündhölzenträger mit einem Päckchen schwedische Zündhölzchen. 1 Teppich mit messingenen Oesen und Stiften. 1 Fenstervorhang von grünem Thibet. 2 Lederlappen zum Fenster. 1 Klappisch. 1 Feldstuhl. 1 Theekanne. 1 Nachtopf. 1 Spucknapf. 1 Handtuch. 1 Lade mit 2 Handgriffen. 1 Tabelle „summarisches Namensverzeichniss.“

Corridor.

3 Lampen (2 für Innen, 1 für Aussen). 24 grüne Zwickelvorhänge für die Oberlichten. 2 grüne Tibetvorhänge für die Bibliothek. 2 grüne Zwickelvorhänge für die Reserve-Matratzen. 2 grüne Zwickelvorhänge für die Reserve-Tragbahnen. 1 Fauteuil mit grünem Bockleder überzogen. 1 Laufteppich mit messingenen Stiften und Oesen. 1 Alarmtaster. 1 Thermometer. 1 complete Waschgarnitur. 1 Mass- und Gewichtstabelle. 1 Bibliothek-Verzeichniss. 1 Medicamenten-Verzeichniss. 1 Meidinger'scher Ofen unten am Waggon befestigt mit Zugehör (4 Stück).

Bureau des Rechnungsführers. Dienstbücher.

1 Buch „Hauptbuch.“ 2 Bücher „Copirbuch.“ 1 Buch „Schreibmaterialien und ärztliche Bedürfnisse.“ 1 dto. „Depeschenbuch.“ 5 dto. „Ordinations-Zettel.“ 1 dto. „Diätzettel.“ 2 dto. „Totenscheine.“ 1 dto. „Kranken-Aufnahms-Protokoll.“ 1 dto. „Brod- und Etapen-Abrechnungen.“ 1 dto. „Cassa-Journal.“ 1 dto. „Medicamenten-Extract.“ 1 dto. „Küchenzettel.“ 5 Bücher „Zählblätter.“ 4 Bücher „Vormerkblätter.“ 1 Buch „Rapport über den Transport.“ 1 dto. „Anmeldungs-Ausweise-Buch.“ 1 dto. „Quittungen.“ 2 dto. „Service-Anweisungen.“ 1 dto. „Dienst-Reglement I. und II. Theil.“ 2 dto. „Früh-Rapporte.“ 1 dto. „Totenzettel.“ 1 dto. „Vorschriften für den Militär-Transport.“ 1 dto. „Vorschriften über die Gebühren des k. k. Heeres.“ 1 dto. „Besucher.“ 1 dto. „Diät-Haupt-Summarium.“ 1 dto. „Victualien und Getränke.“ 1 dto. „Expedition und Zustellung.“ 5 dto. „Kopfzettel.“ 1 „Kellerbuch.“ 1 „Küchenbuch.“ 1 „Proviantbuch.“ 1 „Magazinsbuch.“ 1 „Inventarbuch.“ 1 Tintenzeug. 3 Lineale. 1 Fläschchen Tinte. 1 Fläschchen aufgelösten Gummi, hierzu: 1 Pinsel. 1 Siegellack. 1 Gros Stahlfedern. 1 Löschpapier-Trockner. 3 Radirmesser. 1 Naturgummi für Blei. 1 Radirgummi für Tinte. 1 Federhalter. 1 Bleifeder. 1 Stampiglie. 2 Fläschchen rothe Stampilien-Farbe. 1 Cassette.

Schreibrequisiten und Papiere.

1 Taschentintenzug. 41 Schreib-Garnituren. 5 Bleifedern. 9 Federhalter. 7 Stangen Siegellack. 8 Natargummi für Blei. 7 Radirgummi für Tinte. 1 Fläschchen schwarze Tinte. 2 Fläschchen Copirtinte. 1 complete Copirpresse sammt Wachsblätter, Löschpapier und Schwamm. 2 Buch rothes Löschpapier. 42 Tabellen „summarisches Namensverzeichniss“. 98 Tabellen „Namens-Verzeichniss“. 100 Tabellen „Bücher-Verzeichniss“. 100 Tabellen „Inhalt des Instrumentenkastens“. 100 Beschreibungen der Telegrapheneinrichtung“. 100 „Contenta der Apotheke.“ 100 „Inventarium des Zugs-Commandanten und Aertzewagens“. 100 „Inventarium des Vorrathswagens“. 100 „Inventarium des Küchenwagens“. 100 „Inventarium des Speisewagens“. 100 „Inventarium des Ambulancewagens“. 100 „Inventarium des Magazinswagens.“

S p i e l e.

2 Schachbretter sammt Figuren. 8 Damen-Schachbretter. 6 Buxwürfel-Becher. 12 Spiele Tarok-Karten. 12 Spiele Whist-Karten. 2 Dominos.

D i v e r s e.

19 Stück Tabakpfeifen. 20 Cigarren-Spitzen. 12 Schnupftabak-Dosen. 1 grosse Rauchtobak-Dose. 1 Badwanne. 1 Sitzwanne. 6 Fusswannen. 6 Wärmeflaschen. 1 Feuerspritze. 2 Zahnbürsten. 3 Frisirkämme. 3 Staubkämme. 5 Kopfbürsten. 1 Kehrbesen. 10 Reissbürsten mit Stielen. 1 Spagatkorb mit Spagat. 1 Biegeleisen mit Eisenstählen. 1 Biegeleiden. 1 silberner Weihwasser-Kessel. 1 Crucifix. 6 Wasserkannen. 5 Urinflaschen. 2 Abwischtücher. 12 $\frac{1}{2}$ Kilo Chlorkalk. 12 $\frac{1}{2}$ Kilo Eisenvitriol. 100 Maltesserkreuz von Leinwand zur Bächer-Bzeichnung.

Contenta der Apotheke.

Zmal á 300 Gramm Chloroformium. 250 Gr. Glycerinum. 250 Gr. Oleum Olivarum. 200 Gr. Solutio alcoholica acidi carbolici aa. 240 Gr. Solutio kali hypermanganici concentrata. 170 Gr. Solutio ferri sesquichlorati. 140 Gr. Tinctura Jodi. 140 Gr. Tinctura Gallarum. 140 Gr. Tinctura laudani simplex. 140 Gr. Aqua laurocerasi. 70 Gr. Tinctura Chamomillae. 60 Gr. Aether aceticus. 0.70 Gr. Collyrium adstringens luteum. 7 Gr. Solutio atropini sulfurici. 120 Gr. Unguentum simplex. 140 Gr. Unguentum hydrargyri cinereum. 0.10 Gr. Morhium maritimum pro solutione 18 doses a. 0.01 Gr. Morhium aceticum c. saccharo 100 doses a. 0.20 Gr. Pulvis Doweri c. saccharo 200 doses a. 0.50 Gr. Chininum sulfuricum 200 doses a. 1.00 Gr. Chininum sulfuricum 200 doses a. 1.00 Gr. Calomel 50 doses. Pulvis aerophori 50 doses. 0.20 Gr. Pulvis fol. Digitalis purpurea 50 doses a. 1.00 Gr. Pulvis rad. Jalappae 50 doses a. 1.00 Gr. Pulvis rad. Ipecacuanhae 50 doses a. 1.0 Gr. Pulvis rad. Rhei 50 doses a. 0.20 Gr. Sulfas Zinci 50 doses. Tanninum c. ratanhia (Pulv. 0.15 : 0.30) 50 doses —. 320 Gr. Bicarbena Sodae. 40 Gr. Magnesia carbonica. 20 Gr. Colloidium. — Emplastrum anglicanum. Peau divine. 240.0 Aqua destillata. 120.0 Emplastrum á Meter Diachylon. Saccharum album, Köllnerwasser, Zwirn, Pomade, Spatel, Beinlöffel, Pinsel, Reibschalen, 6 Paket Oblaten, kleine Gläschen zum Lösen des Morhiums behufs subcutaner Injection, Röllchen von mit sesquichloretum ferri imprägnirter Leinwand, Guttaperchapapier 12.0, etwas Salmiak als Riechmittel, eine Wage mit Decimalgewichten und Spirituslampe mit Aufsatz.

7 viereckige geschliffene Standflaschen, 12 weisse dto. 1 blau dto. 3 Pulver-Gläser. 1 Weissblech-Einsatz mit grünem Tuch ausgeschlagen, hierzu: 6 Weissblech-Pulverbüchsen. 3 Porzellan-Reibschalen sammt Stößeln. 2 Eisenspaten. 1 Garnitur 7 Stück Litermasse $\frac{1}{32}$ — 2 Liter.

Inhalts-Verzeichniss des Instrumentenkastens.

1 Amputationsmesser. 1 Luppenmesser. 1 Zwischenknochenmesser. 1 Knopfmesser. 5 Scalpelle. 1 langes, schmales Scalpell. 1 Beinhalte-elevatorium. 1 Knochenhebel. 1 Seditlit Elevatorium. 3 Hohlmeissel. 2 Resectionshaken. 1 Knochenkneipzange. 2 stumpfe Haken mit Ohr. 2 spitze Haken. 1 gebogene starke Kornzange. 1 Kugelzange. 4 Sperrpinzetten. 1 Sperrpinzette mit 1 Haken. 1 Szimanovsky'sche Säge mit 3 Blätter. 1 Kettensäge. 1 Turniquet. 12 Nadeln. 1 Mathieu'sche Harnröhrenzange. 1 Hakenzange. 2 silberne Katheder. 1 Trachiakanüle aus Silber. 1 Troikart mit Sperrbahn aus Silber. 1 Stinerurium. 4 elast. Katheder. 1 Schlandstosser mit Haken. 1 Langenbeck'sche Knochenzange. 50 Karlsbadernadeln. 1 Cassette mit Lederüberzug, Lederfutter, Schloss und Handhabe. Separat ein Taschen-Etui.

Spitals-Ütensilien.

1 Esmarch'scher Apparat zur künstl. Blutcere. 1 schmales Sägeblatt. 1 convexes Tenotom. 2 spitze Haken. 12 englische elastische Katheder. 12 Metallkatheder in Etui- 1 Ohr-Etui. 4 Stetoskop. 4 Plethrometer. 1 Beckenheber. 4 Leyser'sche Thermometer. 1 Taschen-Etui. 6 Eiterbecken aus Hartgummi. 6 Eiterbecken aus Messing. 2 messingene Wundspritzen, 2 Handwannen. 2 Fusswannen. 1 Inhalations-Apparat. Leibbinden. Flanellbinden. Charpie. 16 Lindenholzschiene. 12 Blechschienen. 2 Augen - Douche - Apparate. 2 Schienenmesser. 1 Gypsverbandmesser. 1 Pappverbandmesser. 6 Irrigator aus Messing mit Hähnen. 3 Schlundröhren. 1 Schlundstosser. 2 Bravaz'sche Spritzen. 1 Leiter'sche Injections-Spritze. 1 Klystirspritze. 2 Billroth'sche Narose-Körbe, 1 Schachtel hierzu.

Reserve-Tragbahren und Operationstisch.

2 gegurtete Tragbahren. 1 Operations-Tisch mit 2 Schragen.

Wäsche.

130 Polsterüberzüge. 2 Polsterüberzüge von Rehlleder. 12 feine Leintücher. 17 gewöhnliche Leintücher. 6 rothe Kaschmirdecken. 22 ord. Kotzen. 112 Handtücher. 12 Handtücher mit Fransen. 62 schlechtere Abwischtücher. 60 bessere Abwischtücher. 24 feine Abwischtücher. 12 Rehhäutel. 24 feine Servietten. 48 Servietten. 2 Tischtücher $\frac{3}{4}$ -6 Ellen. 2 Tischtücher $\frac{1}{2}$ -4 Ellen. 3 braune Caffätücher $\frac{3}{4}$ -4 Ellen. 3 braune Caffätücher $\frac{1}{4}$ -6 Ellen.

Matratzen und Polster.

10 Secgras-Matratzen. 10 Keilpolster. 10 Kopfpolster mit Gänsefedern gefüllt.

Bücher-Verzeichniss.

1 Band Sydow's Schulatlas. 2 Bände Webers Weltgeschichte. 15 dto. Göthe's Werke. 1 Band Hoffmann's ausgewählte Werke. 1 dto. Kleist's Werke. 4 Bände Lessing's Werke. 6 dto. Schiller's Werke. 13 dto. Herder's Werke. 16 dto. Bulwer's Werke. 12 dto. Dumas, Drei Musketiere. 4 Bände Dumas', Monte Christo, serbisch. 5 dto. Jósika, Egy magyar család. 1 Band Jambor, Párisi emlékek. 1 dto. Rózsaági, A fertály ágások. 6 Bde. Jósika's, Franz Rakóczy II. 5 dto. Stefan Jósika. 4 dto. Sue's, Geheimnisse des Volkes. 4 dto. Gutzkow, Zauberer von Rom. 17 dto. Dumas' Denkwürdigkeiten eines Arztes. 6 dto. Cervantes Werke. 5 dto. Hugo, Oeuvres, 10 Theile. 6 dto. Rousseau J. J., Oeuvres, 12 Theile. 3 dto. Illustrierte Welt, Jahrg. 1859, 1860 und 1861. 2 dto. dto. Jahrg. 1869, 1870. 2 dto. Gartenlaube, Jahrg. 1869, 1872. 6 dto. Fliegende Blätter. 6 dto. Familien-Journal. 4 dto. Roman-Zeitung 1870. 13 dto. Militär-Bibliothek mit Gatti's Kriegsgeschichte. 1 Band Heyse's Fremdwörterbuch. 1 dto. Weber's deutsches Wörterbuch. 1 dto. Kaltschmidt's englisches Wörterbuch. 1 dto. dto. französisches Wörterbuch. 1 dto. Weber's italienisches Wörterbuch. 2 Bände Franceson's spanisches Wörterbuch. 1 Band Ballagi's ungarisches Wörterbuch. 1 dto. dto. böhmisches Wörterbuch. 1 dto. dto. polnisches Wörterbuch. 1 dto. dto. russisches Wörterbuch. 2 Bände Santovie's ungarisch-slavisches Wörterbuch. 1 Band Jurasich italienisch-illyrisches Wörterbuch. Erdglobus 21^{cm} im Durchmesser.

K. k. Dienstbücher:

K. k. Dienstreglement 2 Theile, 1874. K. k. Vorschrift über den Militär-Transport auf Eisenbahnen, zu Wasser und zu Lande, 2 Theile, 1874. K. k. Gebühren-Vorschrift, I. und II. Theil, 1876. Eisenbahn-Betriebs-Reglement und Dienstesvorschrift, 1874. Erklärung der metrischen Masse und Gewichte.

Verzeichniss

über jene k. k. Drucksorten für die k. k. Militär-Spitäler und sonstigen für den Evacuations-Dienst auf Eisenbahnen nöthigen k. k. Normen und Vorschriften.

Diätzettel. Medicamenten-Extract. Ordinationszettel. Natural- und Service-Anweisung. Vormerkblätter. Kopfbettel. Cassajournal. Todtenscheine. Krankenaufnahms-Protokolle. Frührapporte. Zählblätter. Küchenzettel. Rechnung über Schreibmaterialien. Rechnung über Victualien. Diät-Haupt-Summarium. Quittung über Naturalien. Etapen - Abrechnungen. Meldungs-Anzeige. Rapporte für den Eisenbahntransport. Expeditionsbuch.

Verzeichniss

über jene Formularien und ärztlichen Dienstesbücher, welche der souveräne Malteser Ritter-Orden für den Evacuations-Dienst auf Eisenbahnen (Sanitätszüge) (ganz abgesehen von den ärarischen Drucksorten) eingeführt hat.

Kopfbettel der Kranken oder Verwundeten. Waggonliste der Kranken oder Verwundeten. Sanitätszugsliste oder summarisches Namensverzeichnis. Speisezetteln. Hauptbuch. Küche-Eingangs- und Ausgangsbuch. Keller- dto. Magazins- dto. Proviant- dto. Besucherbuch. Inventar.

Für die Aerzte:

Ärztliches Journal. Tabellarische Uebersichten: a. über Verletzungen, b. über Operationen, c. über Erkrankungen, d. allgemeine Statistik über Verwundungen, e. Kopfbettel.

Abb.: Beilage: Verzeichnis des Magazinwagens, Quelle: Feucht, 2010, 74-77.

Mit dem Ausbruch des ersten Weltkrieges begann das Großpriorat seine in den zuletzt 1907 ergänzten organischen Bestimmungen festgelegten Aufgaben in Angriff zu nehmen. Am 8. August 1914 fuhr der Lazarettzug bereits seinen ersten Einsatz.

Da der Aufgabenbereich der freiwilligen Sanitätspflege des Großpriorates von Böhmen-Österreich sich bald nach Kriegsbeginn erweiterte, kam es zur Errichtung von Reservespitälern, Erholungsheimen, später zur Übernahme von Chirurgengruppen und der Einrichtung eines Kraftfahrzeugparks. Auch ein erweiterter Führungsstab wurde notwendig.



Abb.: Sanitätskraftfahrzeug. Quelle, Feucht, 2010, 58.

An der Spitze aller Hilfsorganisationen der k. u. k. Monarchie stand der Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege Erzherzog Franz Salvator. Die Gesamtleitung der freiwilligen Sanitätspflege im Krieg des Großpriorates Böhmen-Österreich hatte der Fürstgroßprior Bailli Fra`Johann Rudolf Hardegg zu Glatz. Kommandant der freiwilligen Sanitätspflege war Bailli Fra`Joseph Hardegg zu Glatz. (vgl. Feucht, 2010, 13).

Bei der im Vertrag vorgesehenen Uniformierung kam es zu Änderungen. Die schwarzen, jetzt rot passepoilierten Uniformen hatten Umlegekrägen nach Art der Marineuniformen. Es konnten lange Hosen oder Stiefelhosen getragen werden. Als Kappe diente nun eine weiche Tellerkappe mit Malteserkreuz. Die Schwestern trugen weiße, blaue oder blau-weiß gestreifte Dienstkleider mit Häubchen und als Ausgangsuniform ein blaues Kleid mit einer langen Jacke aus Glanzstoff, dazu einen blauen Schleier mit weißer Stirnborte. Alle trugen eine Rote-Kreuz-Armbinde, die aber mit einem unten anschließenden, zusätzlichen, roten Streifen versehen war, auf dem einen weißen Malteserkreuz aufgenäht war. (vgl. Feucht, 2010, 14-15).



a) Abb.: Ordensangehöriger in Kriegstracht, 1878.

b) Abb.: Pfleger vor 1914, Quelle: Feucht, 2010, 9.

Die personelle Situation war nicht besonders leicht, da eine starke Fluktuation herrschte. Die beschränkten Platzverhältnisse, der Kontakt mit infizierten Kranken und Verwundeten sowie mangelnde hygienische Maßnahmen führten zu häufigen Erkrankungen. Freiwillige und dienstliche Versetzungen, besonders bei dem vom Militär gestellten Personal, führten ebenfalls zu Veränderungen des Personalstandes, die teilweise mangels Unterlagen schwer nachvollziehbar waren. Daher wurde versucht, ein Rotationssystem zwischen Klinik, Spitalzügen, Etappenspitälern und Frontspitälern einzurichten. (vgl. Feucht, 2010, 16-18).

„Abschrift der Antwort des Kaisers Franz Josef:

Ich genehmige die „Organischen Bestimmungen für die freiwillige Unterstützung der Militär Sanitätspflege im Kriege“ durch den Souveränen Malteser Orden, Groß Priorat Böhmen, und gestatte, daß dieselben als Anhang für den Sanitätsdienst bei der Armee im Felde verlautbar werden. Das beabsichtigte weitere Vorgehen in dieser Frage nehme Ich genehmigend zur Kenntniß und sehe Ihrem seinerzeitigen Berichte darüber entgegen. Ischl am 5. Juni 1875, Franz Josef“

3.3.2. Krankentransport im Gebirge

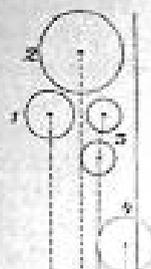
Die Verwundeten wurden auf Tragbahren auf dem Rücken eines kräftigen Mannes getragen. Ein Problem bei dieser Art von Transport war, dass eine große Anzahl von Verletzten dabei ein Trauma erlitten. Oftmals fielen die Verwundeten von den Tragbahren, da ein festes Anschnallen durch ihre Verletzungen nicht möglich war.

Um den Verwundetentransport zu verbessern, wurde eine Gebirgstrage konstruiert, ein sogenannter Streckessel. Ihr Gerüst bestand aus zwei Tragholmen, die durch Querhölzer verbunden wurden, und einer verstellbaren Kopfstütze. An der Unterseite der Tragholme war zum Schutz gegen Stöße beim Niederstellen, Fallenlassen oder Schleifen der Bahre ein Trapez befestigt. Der Verwundete lag auf einer Matte, die an den Querhölzern der Bahre befestigt war. Durch Aufrollen der Matte konnte diese an die Größe der Verwundeten angepasst werden. Der Patient konnte ausgestreckt oder mit gebeugtem Hüft- und Kniegelenk befördert werden. Im letzteren Fall wurden seine Knie von einer mit Filz gepolsterten Kniewalze gestützt.

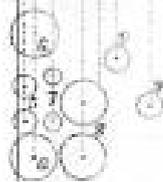
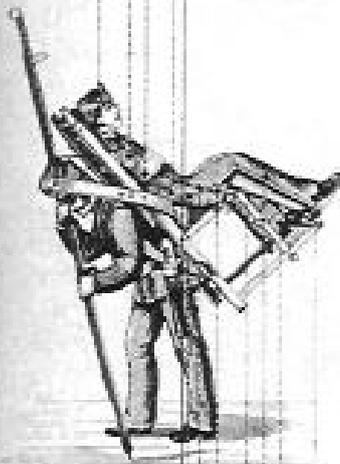
Mit Brust-, Ober- und Unterschenkelgurten wurden die Verwundeten je nach Art ihrer Verletzung gesichert. Die geschickte Konstruktion dieser Bahre erlaubte ein Abseilen an steilen Gebirgswänden. (vgl. Stilger, zit. n. Breitner, 1936, 285).

165

Fig. 1.



1 = 7.1	= 7.1,
2 = 36.1	= 36.1,
3 = 3.2 × 2	= 6.4,
4 = 10.2	= 10.2,
x	= 59.8



5 = 1.8 × 2	= 3.6,
6 = 11.3 × 2	= 22.6,
7 = 0.8 × 2	= 1.6,
8 = 4.4 × 2	= 8.8,
9 = 1.8 × 2	= 3.6,
y	= 40.2

Fig. 2.

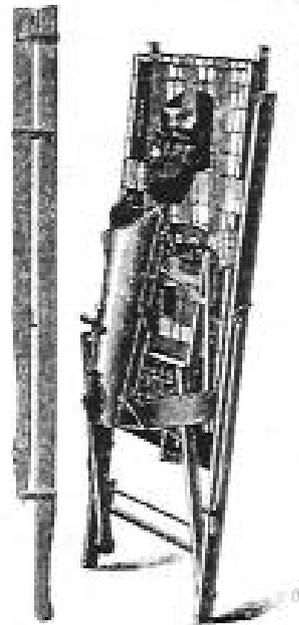


Fig. 3.



Fig. 4.



Abb.: Lehnstuhl von Dr. Alter, Quelle: Bivald, 2002, 140.



Abb.: Der Traggurt, Quelle: Breitner, 1936, 287.



Abb.: Abseilen eines Schwerverwundeten,
Quelle: Breitner, 1936, 287.



Abb.: Die Gebirgsbahre, Quelle: Breitner, 1936, 287.

3.3.3. Lazarettschiffe

Die Geschichte der Spitalschiffe und Spitalkähne ist faszinierend, nicht nur was das Schicksal der Schiffe betrifft, sondern auch was ihre Leistung anbelangt. Im Laufe des Krieges wurden Lazarettschiffe unentbehrliche Stützpunkte, für die es besonders in Gebieten mit schlechten Verkehrswegen an Land sonst kaum einen Ersatz gegeben hätte. Auf jedem Schiff waren ein Marinearzt als Chefarzt und militärischer Kommandant, ferner zwei weitere Marineärzte, dann ein Marineoffizier als Kommandant des Detachements, ein Marine-Rechnungsbeamter, ein Feldkurat, drei Unteroffiziere und zwölf Matrosen des Sanitätsdienstes eingeschifft. Dazu gehörten auch die Lloydoffiziere und Lloydmannschaften. Die männlichen und weiblichen Pfleger wurden meist vom Landeshilfsverein des Roten Kreuzes beigestellt. (vgl. Biwald, 2002, 134).

Die Schiffe waren sehr oft überfüllt, vor allem mit Schwerverwundeten, die sonst nicht transportfähig waren, und daher gab es zahlreiche Todesfälle an Bord, wie auch Johann Steiner in seinen Aufzeichnungen beschreibt. (ÖSTA, KA, Kr. B/41/2, Nachlass Steiner, der militärärztliche Dienst, 1914-1918, 192).

Die Spitalschiffe wurden nur kurze Zeit eingesetzt und waren „Fässer ohne Boden“. So verursachte der ehemalige Handelsdampfer „Africa“ mit 300 Betten und acht Ärzten enorme Kosten. (vgl. Breitner, 1936, 315). Die gesamten Kosten für den Betrieb aller Seespitalschiffe betrugen in den Kriegsjahren über 7,5 Millionen Kronen. Im Jahr 1918 machte allein die tägliche Schiffsmiete ca. 13.000 Kronen aus. (vgl. Pawlik, Christ, Winkler, 1989, 56).

Der Dienst auf dem Spitalschiff unterschied sich wesentlich vom Truppsanitätsdienst im Feld bzw. im Hochgebirge. Das marineärztliche Offizierskorps war von jenem der Landmacht getrennt, anders adjustiert und klein. Das brachte den Vorteil, jedem Angehörigen dieses Dienstzweiges diejenige fachärztliche Ausbildung zuteil werden zu lassen, welche seinen Fähigkeiten und Interessen am besten entsprach. Durch öfters vorkommende Abkommandierungen der Ärzte an die Wiener Kliniken bzw. durch Abhaltung von Spezialkursen im Marinespital wurde das Wissen vertieft. (vgl. Biwald, 2002, 137). Es war besonders wichtig, eine rasche und exakte Diagnose stellen zu können, um die Ausbreitungen von häufig auftretenden epidemischen

Erkrankungen zu verhindern. Für die Schwerverletzten oder die mit ansteckenden Krankheiten Infizierten konnte der Schiffschefarzt im In- und Ausland die Ausschiffung beantragen. Es kam immer wieder zu Quetschungen, Knochenbrüchen, Muskelrissen, usw. Ein Schiffspital der k. u. k. Kriegsmarine hatte gewöhnlich eine Kapazität von 50 Betten, darüber hinaus sollte eine entsprechende Anzahl von Haken in die Deckenbalken eingelassen sein, um daran Hängematten befestigen und damit die Transportmöglichkeit vergrößern zu können. (vgl. Biwald, 2002, 138).

4. Die Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg

Der Erste Weltkrieg ist in die Geschichte eingegangen, weil er zu Menschenverlusten in einem bisher unbekanntem Ausmaß führte.

Ein Attentat auf den österreichisch-ungarischen Thronfolger Erzherzog Franz Ferdinand durch einen serbischen Studenten in Sarajevo am 28. Juni 1914, löste den Konflikt aus und führte, durch die schon lange andauernden Spannungen zwischen europäischen Großmächten, zum Ersten Weltkrieg. Der Erste Weltkrieg begann im Sommer 1914 und endete im November 1918 mit der Niederlage der Mittelmächte. Der Krieg kostete 17 Millionen Menschen das Leben. (o. A. o. J. Erster Weltkrieg, http://de.wikipedia.org/wiki/erster_Weltkrieg, 30.09.2012).

Schon vor Kriegsbeginn wurde durch Mobilmachungspläne exakt festgelegt, welche Mutterhäuser/Schwesternschaften sowie wie viele Krankenschwestern im Falle eines Krieges wann zur Verfügung gestellt werden mussten. Sofort nach der Kriegserklärung wurden die entsprechenden Schwesternkontingente angefordert. Krankenschwestern, Hilfsschwestern und Kriegshelferinnen wurden in diesem Krieg im Rahmen des Heeressanitätsdienstes eingesetzt. Die Schwestern, die von den Mutterhäusern namentlich benannt worden waren, mussten sich sofort von ihrem Arbeitsplatz ins Mutterhaus begeben und dort auf den „Marschbefehl“ warten. (vgl. Panke-Kochinke, Schaidhammer-Placke, zit. n. Walter, Seidl, Kozon (Hrsg.), 2004, 128).

Einige Schwesterntrupps wurden sofort, die anderen erst nach Ablauf von Wochen oder Monaten angefordert. Ob es tatsächlich 25.000 Schwestern waren, die während des Ersten Krieges insgesamt zum Einsatz kamen, ist nicht exakt nachvollziehbar. (vgl. Panke-Kochinke, Schaidhammer-Placke, zit. n. Walter, Seidl, Kozon (Hrsg.), 2004, 129).

Eigentlich wurden schon seit Ende des 19. Jahrhunderts differenzierte Mobilmachungspläne erstellt, in denen für jedes Jahr die Anzahl und Qualifikation auch der über die freiwillige Krankenpflege im Kriegsfall zu stellenden Krankenschwestern, durch die einzelnen Verbände, festgelegt war. Nach der Gründung des Deutschen Reiches war eine solche Regelung überhaupt erst möglich geworden. Je länger der Krieg dauerte, desto mehr Frauen fanden sich als Krankenschwestern im Kriegseinsatz in der Etappe und im Operationsgebiet. Es war ursprünglich vorgesehen, ausschließlich ausgebildete Krankenschwestern der Mutterhausverbände im Alter von über 30 Jahren mit entsprechender Berufserfahrung in der Etappe einzusetzen. Zunehmend kamen auch mehr jüngere Frauen mit einer Helferinnenausbildung zum Einsatz. Spätestens seit 1915 wurden Frauen auch von den Kriegslazarettabteilungen in die Feldlazarette abkommandiert.

Organisatorisch unterstand die freiwillige Krankenpflege im Krieg prinzipiell und faktisch dem Chef des Feldsanitätswesens als Beauftragten der Obersten Heeresleitung. Die Rolle der freiwilligen Krankenpflege im Kriegseinsatz und im Hinblick auf die Ausbildung der Krankenschwestern, wirkte schon bei dem Deutsch-Französischen Krieg von 1870 bis 1871 als Katalysator. Die An- und Einbindung der freiwilligen Krankenpflege in die Heeresorganisation wurde ausgebaut. Schwesternschaften vom Roten Kreuz in der Tradition der Vaterländischen Frauenzweigvereine sollten auch dazu dienen, im Kriegsfall über eine eigene gut ausgebildete Gruppe von Krankenschwestern zu verfügen. Die Ausbildung beinhaltete generell auch Anweisungen dafür, wie Kriegsverletzungen zu pflegen seien. Die Diakonissen und katholischen Ordensschwestern wurden im Ersten Weltkrieg zu einem hohen Prozentsatz im Etappengebiet eingesetzt. Man verzichtete auf den Einsatz der so genannten freien Schwestern, die in der Berufsorganisation der Krankenschwestern

organisiert waren. Seit dem Ende des Ersten Weltkrieges wurden dann auch vermehrt Helferinnen und Hilffschwestern in der Etappe eingesetzt, die ursprünglich als Ersatz für die Berufsschwestern in den Heimat- und Reservelazaretten ausgebildet worden waren. Diese Berufsgruppe stellte dann im zweiten Weltkrieg den größten Teil der Kriegsschwestern. (vgl. Panke-Kochinke, Schaidhammer-Placke, zit. n. Walter, Seidl, Kozon (Hrsg.), 2004, 129-130).

4.1. Die freiwillige Sanitätspflege des Souveränen Malteser-Ritterordens Großpriorat von Böhmen-Österreich

Während der kriegerischen Auseinandersetzungen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es in Österreich zu spontanen Gründungen patriotischer Vereine, die Verwundeten karitative Hilfe leisteten. Diese lösten sich nach Beendigung des Krieges wieder auf. In der zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden die zur Hilfeleistung fähigen Organisationen, die zu dieser Zeit gegründet worden waren, wie Das Rote Kreuz, der Deutsche Ritterorden und das Großpriorat von Böhmen (ab 1881 Böhmen-Österreich), des Malteser-Ritterordens vom Reichs-Kriegs-Ministerium angesprochen, in welcher Form sie im Falle eines Krieges dienen wollen. Im Laufe der Verhandlungen ergab sich dass, das Rote Kreuz hauptsächlich in der stationären Betreuung, der Deutsche Ritterorden im allgemeinen Transport des Sanitätsbereiches und Bereitstellung seiner Spitäler tätig sein werde und der Malteser-Orden sich des Kranken- und Verwundetentransports mit der Eisenbahn annehmen solle. (vgl. Feucht, 2010, 5). Der General-Chefarzt des Großpriorates Dr. Jaromir Baron von Mundy (als Gratialritter 1870 in den Orden aufgenommen) war nämlich der bedeutendste Fachmann auf dem Gebiet des Eisenbahntransportes von Verwundeten in Österreich. Als Arzt im Kriege 1866 erlebte er Verwundetentransporte in improvisierten Eisenbahnwaggons. Nachdem er 1871 im Dienste des Roten Kreuzes im deutsch-französischen Krieg gemeinsam mit vier anderen österreichischen Ärzten zuerst Lazarette in Paris leitete, organisierte er die Evakuierung von 35.000 Verwundeten und Kranken aus Paris mit Eisenbahnzügen in das umliegende Land. Nach Kriegsende wurde er gebeten,

die französischen Kriegsgefangenen in deutscher Gefangenschaft per Eisenbahn nach Frankreich zurückzuführen.

Am 15. November 1872 schloss von Mundy mit Charles Bonnefond, Vertreter der französischen Gesellschaft für Eisenbahnmaterial, einen Vertrag über den Bau eines Lazarettzuges ab. Am 27. Februar 1876 kam es zu einem endgültigen Abkommen mit Privatbahnen, welche die Waggons, Lokomotiven und fahrtechnisches Personal zu stellen hatten. (vgl. Feucht, 2010, 6). Die letzten Änderungen laut Feucht wurden bis 28. Juni 1876 in den Bestimmungen für den freiwilligen Sanitätsdienst durch das Großpriorat Böhmen des Souveränen Malteser-Ritterordens festgelegt, schließlich am 10. Juli 1876 veröffentlicht und noch bis 1907 mehrmals überarbeitet. (vgl. Feucht, 2010, 8). Diese beinhalteten:

1. Transport von Kranken und Verwundeten mit der Eisenbahn.
2. Transport von den Bahnhöfen der Haupt- und Residenzstadt in die Spitäler.

Der Orden verpflichtete sich, sechs Sanitätszüge, die aus 10 Verwundetentransportwagen für 10 liegende Patienten, 1 Kommandanten- und Ärztwagen, 1 Küchenwagen, 1 Speisewagen und 1 Proviantwagen bestehen sollten, in den vertraglich von den Eisenbahngesellschaften bereitgestellten Waggons auszurüsten. Der Orden steuerte folgendes Personal bei: 12 Ordensritter, 2 Ärzte, 2 Köche, 2 Rechnungsführer und 60 Wärter. Die Wärter wurden aus nicht zum Militär einberufenen Angehörigen der Kommenden rekrutiert. Der Orden übernahm auch die Uniformierung des Personals, die Entlohnung des Pflegepersonals und der Köche sowie die Bereitstellung der Ausrüstung, des Instrumentariums, der Apotheke und der notwendigen Spitals- und Pflegeutensilien. Die Entlohnung der Ärzte wurde im Kriegsfall vom Kriegsministerium übernommen, ebenso die Verpflegung des Personals und der Transportierten. (vgl. Feucht, 2010, 8).

Der Orden verpflichtete sich außerdem, die vorgesehenen Besatzungsmitglieder unter der Leitung des Chefarztes jedes Jahr zu einer Übung einzuberufen, um sie mit allen Verrichtungen, die auf einem Spitalszug anfallen können, vertraut zu machen.

In Anhang zu diesem Vertrag übernahm das Großpriorat die Verpflichtung, gegebenenfalls bis zu 12 Spitalszüge auszurüsten. Im Mobilisierungsfalle würde das Kriegsministerium die Anzahl der auszurüstenden Züge bestimmen. Die Tätigkeit des Souveränen Malteser-Ritterordens (SMRO) beim Transport von Verwundeten und Kranken wurde nach den speziellen Dispositionen der Militärbehörden gerichtet. Der Chefarzt der freiwilligen Sanitätspflege des SMRO übernahm im Krieg die oberste Leitung und Inspizierung der Ordenssanitätszüge, soweit dies den inneren Sanitätsdienst des Ordens betraf. Für den äußeren Dienst blieb die Leitung der kompetenten Militärbehörde untergeordnet. Für den Transport der Verwundeten und Kranken in der Residenzstadt Wien stellte das Großpriorat eine Transportkolonne von 12 zweispännigen Ambulanzwagen und 2 Feldküchen. Ein Ambulanzwagen konnte 4 liegende und 2 sitzende, oder 2 liegende und 4 sitzende bzw. 8 sitzende Patienten befördern, dazu 2 Ordensritter, einen Kommandanten und einen Subkommandanten, sowie 50 Blessiertenträger. Diese Kolonne wurde jedoch 1881 aufgelöst und der Bestand dem Roten Kreuz übergeben. An seiner Stelle wurde mit der freiwilligen Rettungsgesellschaft ein Vertrag abgeschlossen, der den Transport der Verwundeten und Kranken von den Bahnhöfen zu den Lazaretten in Wien sicher stellte. Verantwortlich dafür war wahrscheinlich Graf Hans Wilczek (1837-1922), der bei den Malteserzügen eingebunden war. Wilczek war kein Malteser-Ritter, er hatte mit der Wiener Rettung 1914 einen eigenen Spitalszug installiert. (vgl. Feucht, 2010, 9-10).

Die Uniform des Malteser-Ritter-Ordens bestand aus einer schwarzen hochgeschlossenen Jacke, schwarzen weiten Stiefelhosen, schwarzen Stiefeln und einer Pelerine mit Kapuze. Als Kopfbedeckung wurde eine der Marine nachempfundene hohe Kappe mit einem silbernen Malteserkreuz getragen. Dazu eine Koppel, an der eine Erste-Hilfe-Tasche, bei Ärzten ein kleines chirurgisches Besteck, eingeschoben war.

Die Ritter und Beamten trugen ein Kurzschwert mit einem goldenen Portepees, in das ein kleines silbernes Malteserkreuz eingestickt war. Eine Armbinde mit einer roten Zusatzbinde mit einem weißen Malteserkreuz darunter musste von allen Besatzungsmitgliedern getragen werden.

Alle Ordens-Ritter trugen zusätzlich noch ein weißes Malteserkreuz an der linken Brustseite. (vgl. Feucht, 2010, 10).

4.1.1. Kriegskrankenschwestern in der Organisation und der Planung

Die Erfahrungen des Deutsch-Französischen Krieges von 1870 bis 1871 führten seit dem 19. Jahrhundert dazu, Mobilisationsmachungspläne auch für die freiwillige Krankenpflege im Krieg zu entwickeln. Krankenschwestern sollten vornehmlich in den Heimatlazaretten innerhalb ihrer jeweiligen Organisationen und Verbände in geschlossenen Trupps eingesetzt werden. Die Rekrutierung der konfessionell gebundenen Schwesternverbände erfolgte über die vertraglich gebundene Vermittlung durch die Johanniter- und Malteser. Die Schwesternverbände des Roten Kreuzes wurden verstärkt und oft unter Rekrutierung und in der Anbindung an Vaterländische Frauenzweigvereine gegründet und bemühten sich um die Ausbildung eigener Pflegekräfte. Es gelang jedoch bis Kriegsbeginn nicht, eine große Anzahl von Berufsschwestern innerhalb des Roten Kreuzes für den Kriegsbeginn zur Verfügung zu stellen, so dass auf die konfessionell gebundene Mutterhausdiakonie, die katholischen Orden, zurückgegriffen werden musste. Die Ausbildung von Hilfsschwestern und Helferinnen wurde verstärkt, um die freien Positionen in den Heimlazaretten zu besetzen. (vgl. Ruprecht, zit. n. Panke-Kochinke, Schaidhammer-Placke, 2002, 41).

Eine Vielzahl von Krankenschwestern, Hilfsschwestern und Helferinnen meldeten sich im Ersten Weltkrieg freiwillig zur Kriegskrankenpflege oder wurden von ihren Organisationen zur Verfügung gestellt. Die offiziellen Zahlen des Roten Kreuzes sprechen von 25.000 Krankenschwestern, die im Ersten Weltkrieg in dieser Etappe gearbeitet haben. Sie kamen von unterschiedlichen Orden und Verbänden, z. B. vom Roten Kreuz, dem Kaiserwerther Verband der Diakonie, den Diakonie-Schwestern, dem Johanniterorden, dem Schlesischen Malteser- Ritterorden u.a.

Die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands wurde nur bedingt für den Kriegsdienst in Deutschland zugelassen. Ihre Mitglieder

arbeiteten vornehmlich in den Lazaretten Österreich-Ungarns. Die größte Gruppe der Kriegsschwesterinnen stellten unter dem Roten Kreuz die Schwesternverbände, deren Statuten bereits 1866 neben ihren Friedensaufgaben auch Aufgaben im Kriege auswiesen, dar.

Der Staatliche Kriegssanitätsdienst im deutschen Heere unterscheidet sich in drei Formen: als Operationsgebiet, Etappengebiet und Heimatgebiet. Im Operationsgebiet befanden sich Krankensammelstellen, bei längerer Ortsunterkunft Ortslazarette, im Gefecht Verbandplätze, Leichtverwundetensammelplätze und Feldlazarette, welche unmittelbar hinter der Front standen. Im Etappengebiet lösten die Kriegslazarette die Feldlazarette ab; sie entlasteten die beweglichen Feldlazarette durch Übernahme der nicht transportfähigen Verwundeten und nahmen die Leichtverwundeten und Kranken auf. Das Heimatgebiet schlussendlich war eine unterstützende Tätigkeit und konnte nur im Heimat- und Etappengebiet ausgeübt werden. Nach den Dienstanweisungen von 1907 wurde für jedes Armeekorps ein Lazaretttrupp gebildet, der in Kriegs- und Etappenlazaretten verwendet wurde. Zu jedem Trupp gehörten 41 Krankenpfleger und 35 Krankenpflegerinnen.

Die Krankenschwestern fanden zunächst im Kriegs- oder Festungslazarett in der Etappe ihren Arbeitsplatz. Seit 1915 arbeiteten sie offiziell auch in den Feldlazaretten. Je nach Bedarf an der West- und Ostfront wurden sie vornehmlich in der Verwundetenpflege, den Seuchenlazaretten und den Nervenstationen aber auch bei Operationen eingesetzt. Ihre Aufgaben waren vielfältig und unterschiedlich. (vgl. Panke-Kochinke, Schaidhammer-Placke, 2002, 15).

4.1.2. Berufserfahrungen der Krankenpflegerinnen am Beispiel einiger Kriegsberichte

Viele Berufs- und Hilfspflegerinnen hinterließen Aufzeichnungen. Ihre Tätigkeiten und ihr Einsatz lassen sich am besten durch einige Beispiele aus dem Leben der Frontkrankenschwestern aufzeigen. Eine von ihnen war Eveline Hrouda, eine Krankenschwester, die zu jenen Frauen zählte, die sich zunächst

aus Abenteuerlust und Eitelkeit für den Frontdienst meldeten, dann aber über sich hinauswuchsen. Sie meldete sich zu Kriegsbeginn beim Roten Kreuz in Brünn, dort erhielt sie eine kurze Ausbildung. (vgl. Hrouda, 1935, 6-9). Hrouda arbeitete unter Anderem als Hilfspflegerin bei der II. Brünner Sanitätsabteilung, dann im galizischen Reservespital Sanok, das Anfang November 1914 unter chaotischen Umständen evakuiert werden musste. Danach war sie im galizischen Reservespital in Stryj tätig, wo sie nach eigener Aussage nicht richtig pflegen konnte, sondern nur Patienten aufnahm oder für den Transport vorbereitete. (vgl. Hrouda, 1935, 38-39). Weitere Erfahrung sammelte sie im Epidemiespital von Troppau, wo sie die Verwundeten betreuen musste, die sehr schlecht versorgt von der Nordfront kamen. Die meisten Verwundeten wurden erst zwölf bis 36 Stunden nach der Verletzung zum ersten Mal verbunden. (vgl. Hrouda, 1935, 120). Mit diesen Erfahrungen meldete sich Hrouda an der Südwestfront. Am 23. Juli 1917 traf sie als Mitarbeiterin der Malteserchirurgengruppe IV an der Isonzofront ein. Die gut ausgerüsteten Malteser bildeten selbstständige, geschlossene Abteilungen. Sie bestanden aus vier Ärzten, dem Kommandanten, der zugleich ein Chefarzt war, sechs Krankenpflegerinnen und einer kleinen Gruppe von Sanitätspersonal. Eveline Hrouda wurde bei ihrem Eintreffen bitter enttäuscht. Der unfreundliche Chefarzt trennte sich nur ungern von seinen Berufspflegerinnen, welche Hrouda und ihre Kollegin ablösen sollten. Eveline wurde auch von den übrigen Schwestern und Ärzten nicht akzeptiert und erhielt keine konkreten Aufgaben. Bis eines Tages etwas passierte und der Ärger vergessen war:

„18. August 1917. Jener Tag muß als besonders ereignisreich eingetragen werden, denn mit voller Heftigkeit hatte die 11. Isonzoschlacht eingesetzt. Die ersten sicheren Anzeichen einer beginnenden Offensive waren vermehrte, rasch aufeinanderfolgende Fliegerangriffe, wobei Opcina und Comen sehr stark mit Bomben belegt wurden. Auch in unserer nächsten Umgebung fielen Bomben, doch blieb unser Spital, Gott sei Dank, unversehrt. Dann setzte der Kanonendonner ein; wie ein brandendes Meer grollten die Geschütze zu uns herüber, vom Prasseln des Trommelfeuers unterbrochen. Die ganze Nacht bis

9 Uhr früh tobte die Schlacht, dann trat tiefe Stille ein. Inzwischen waren auch die ersten Transporte, teils Sterbende sowie Schwerverwundete, in einem furchtbaren Zustand eingelangt. Wir arbeiteten fieberhaft; ganze Autokolonnen, ganze Wagenparks mit Verwundeten stauten sich vor dem Spital. Es nahm kein Ende; soviel wir auch arbeiteten, Reihen und Lücken wurden gleich wieder aufgefüllt. So ging es während der ganzen Offensive, bei Tag sowie bei Nacht. Essen, schlafen, das war für uns Nebensache geworden; auch nach dem Nachtdienst entfiel natürlich der freie Tag. Nächste Nächte oder Tage, das war gleich! Die Baracken zitterten, die Fenster klirrten, doch auch für Angst und Gefahr blieb keine Zeit; [...] Dienstag, 21. August 1917. Große Transporte waren angekommen, anstatt auszuschlafen, half ich fleißig mit. Mittwoch, 22. August 1917. Große Transporte mit Schwerverwundeten waren über Nacht eingelangt. Im Laufe von 24 Stunden hatten wir 200 Schwerverwundete übernommen. Das ganze Spital, alle Offizierszimmer sind voll belegt gewesen, auf den Gängen lag Mann an Mann, Stöhnen und Wehklagen tönte uns von allen Seiten entgegen; ein namenloser Jammer! Um ½ 7 Uhr früh hatte ich meine Arbeit aufgenommen, nur die kürzeste Zeit gehörte der Mahlzeit, und im ärgsten Rummel hastete ich bis 10 Uhr abends weiter. In meinen Zimmer lagen zehn Schädelschüsse [...], drei davon vollkommen bewusstlos, also dementsprechend zu beaufsichtigen, ferner fünf Lungenschüsse, zwei Rückenmarkverletzte, beide mit totaler Unterleibslähmung, eine furchtbare Kieferverstümmelung usw. Jeder dieser armen Krüppel hatte außerdem mindestens eine, wenn nicht mehrere Verwundungen erlitten“, stellte sie entsetzt fest. (zit. n. Hrouda, 1935, 139-144).

Für Eveline war der Anblick kaum zu ertragen. Dennoch wurden die Fälle, wenn immer es möglich war, bis zuletzt verbunden und gepflegt. Der Anblick der Gasvergifteten erschütterte das Sanitätspersonal ganz besonders:

„Man lagerte sie im Freien, um sie ständig in frischer Luft zu belassen, denn diese armen Menschen waren in einem erbarmungswürdigen Zustand. Gelbgrau im Gesicht, mit blauunterlaufenen Lippen lagen sie, schwer nach Luft ringend und Atem schnappend da; ein Bild zum Weinen, zum Gotterbarmen!

Nur die wenigsten von diesen sind mit dem Leben davongekommen.“ (zit. n. Hrouda, 1935, 142).

Den Höhenpunkt des unendlichen Leidens der Verwundeten erlebte Hrouda nach der zwölften Isonzoschlacht. Der Bettenstand im Spital war wie meistens überfüllt, hunderte Verwundete lagerten auf dem Boden. An Verbandswechsel war nicht mehr zu denken, die Abschubmöglichkeit war unterbrochen und die Zahl der Kranken und Verwundeten nahm kontinuierlich zu. Unterkieferverletzte mussten mit dem Schlauch gefüttert werden, es kam vor, dass 15 Nachtdienste hintereinander geleistet werden mussten. Es wurden bei einem Stand von vier Ärzten und sechs Pflegerinnen während der Zeit der Offensive innerhalb von sieben Tagen 900 Patienten aufgenommen und ungefähr 305 Operationen durchgeführt. (vgl. Hrouda, 1935, 160-164). Der entsetzliche Anblick von schwer verwundeten Soldaten war für viele Pflegerinnen sehr belastend, doch in den meisten Fällen reagierten die Krankenschwestern um vieles emotionaler als ihre männlichen Kollegen. So wartete Hrouda einmal auf einen angekündigten Verwundeten-Transport. Entsetzt erkannte sie, dass in den Waggons nur Tote lagen, die von den Wärtern nach Identitätskapseln durchsucht wurden. Dann wurden die Toten mit Chlorkalk überstäubt und in einem Massengrab bestattet. Solche Erlebnisse waren leider keine Seltenheit, die harte Arbeit unter so schwierigen Bedingungen, mangelnder Schlaf und die Betreuung von Infektionskranken schwächten die Widerstandskräfte der jungen Pflegerinnen. Auch Eveline Hrouda brach einmal zusammen, erholte sich aber wieder. Sie arbeitete dann noch bis Kriegsende in anderen Spitälern in Udine, Vittorio, Veneto und in Folina. Besonders in Folina wurde sie dringend gebraucht. Sie hatte dort nicht nur Soldaten, sondern auch Zivilisten gepflegt, die im Frühjahr des Jahres 1918 vermehrt in den Feldlazaretten behandelt wurden. Die letzten Kriegsmonate verbrachte Hrouda in der Malteserchirurgengruppe V und erhielt für ihren Dienst vom Chefarzt dieser Gruppe, Dr. Steindl, folgendes Zeugnis:

„Schwester Eveline Hrouda war vom Mai bis Oktober 1918 bei der V. Chirurgengruppe des Souveränen Malteser-Ritter-Ordens als Instrumentaria tätig. Sie bewährte sich als hervorragende Schwester, vereinigte gediegenes Können mit absoluter Verlässlichkeit, flinker und präziser Arbeit. Besonders hervorzuheben und über alles Lob erhaben war ihr jederzeit unermüdlicher Arbeitseifer, mit dem sie, selbst ernstlich erkrankt, ihren schweren, oft über Tage und Nächte sich hinziehenden Dienst versah und trotz eindringlicher Mahnung der Ärzte nicht aufgab. Ihr vornehmer Charakter, ihr bescheidenes, stets liebenswürdiges Benehmen verschafften ihr die Hochachtung ihrer Vorgesetzten und die Zuneigung, ja Verehrung ihrer Mitschwestern. Schwester Eveline Hrouda kann also nach jeder Richtung als erstklassig empfohlen werden. Wien, am 26. Feber 1919.“ (zit. n. Hrouda, 1935, 179-188).



Abb.: Offizielle Karte des Kriegshilfsbüros Nr. 577, Wien, 1915,
Quelle: Biwald, 2002, 140.

Eine andere Sanitätsschwester namens Mary Gasch berichtet:

„Wir waren 24 Schwestern, die in der II. Klasse mit Marschroute nach Trient fuhren. Am Bahnhof von Trient wurden wir bereits erwartet, ordentlich einquartiert und gepflegt. Wir drei Bielitzerinnen wollten gerne zusammenbleiben. Nach kurzer Zeit wurden wir drei und zwei weitere Schwestern als eine sogenannte Korps-sanitätsreserve nach Volano per Bahn geschickt. Es war ein kleiner Ort südlich von Trient. In der Schule war ein Lazarett eingerichtet, wo wir eingeteilt wurden und arbeiteten. Wir dachten gleich: „Wenn das hier nur gut geht!“. Neben dem Lazarett lag der Bahnhof, viele Seilbahnen gingen von dort an die Front, eine Etschbrücke war gleich in der Nähe. Am anderen Ufer der Etsch war ein 30,5-cm-Mörser aufgestellt, von dem an einem der nächsten Tage um 6 Uhr früh das erste Mal gefeuert wurde. Man dachte, die Welt geht unter, so ein Krach war das. Wir verbrachten nur einige Wochen in diesem Krankenhaus und wurden dann dringender in Galizien gebraucht und wieder mit Marschroute nach Stanislau geschickt. Kaum waren wir von Volano fort, gab es einen Volltreffer ins Krankenhaus, [...]“ (zit. n. Gasch, 1978, 10).

Der Einsatz vieler Sanitätsschwester muss besonders hervorgehoben werden, da einige von ihnen auch 1918 noch nicht kriegsmüde waren und den Einsatz an der Front nicht scheuten.

„Im Frühsommer 1918 brachen wir unsere Zelte in Kolomea ab, da wir in Südtirol gebraucht wurden. Es entstand ein langer Zug mit unserem Inventar. Wir besaßen auch drei gute Krankenautos, die wurden auf flache Eisenbahnwaggons gestellt, da konnte man einen Liegestuhl daneben hinstellen und so unter freiem Himmel reisen. In einem Güterwagen konnten wir leicht vier Betten für Schwestern aufstellen. [...] In Innsbruck wurde unser Zug in herrlichster Gegend auf ein Nebengeleis geschoben. Die Strecken wurden momentan für Kriegszwecke gebraucht. So verbrachten wir dort einige Urlaubstage und konnten uns an der schönen Gegend erfreuen. Als die

Strecken frei wurden, fuhren wir nach Caldonazzo weiter. In dem herrlichen alten Schloß Pergine war ein Offizierserholungsheim eingerichtet, dort wurden wir zuerst einquartiert. Je zwei Schwestern bewohnten ein herrliches, großes Zimmer. Es herrschte prachtvolles Wetter, die Heckenrosen blühten, und wir konnten wieder einige Tage die landschaftliche Schönheit genießen. Dann kam der Chef zu uns, und wir fuhren mit unseren drei Autos, der Einrichtung des Operationssaales, nach Camporosato, um dort eine Chirurgengruppe zu unterstützen. „Camporosato liegt ganz an der Front, wer kommt freiwillig mit?“, fragte uns der Chef. Wir haben uns fast alle gemeldet. Das Einsatzgebiet lag auf 1.700 m. Höhe auf der italienischen Seite. Die dortige Chirurgengruppe war schon am Ende ihrer Kräfte. Ich wurde im Nachtdienst einem Dr. Hofer als Operationsschwester zugewiesen.“ (zit. n. Gasch, 1978, 12).

Als Unterkunft der Schwestern dienten alte Artillerieunterstände. Wasch- und WC-Anlagen waren nur notdürftig vorhanden. Das gesamte Gebiet stand unter schwerem italienischem Artilleriebeschuss. Die Anzahl der Schwerverwundeten war sehr hoch. In nur einer Nacht mussten zehn Beine amputiert werden. Die Patienten litten an schweren Gasphegmonen. Die Lage in Camporosato hatte sich nach ca. zwei Wochen beruhigt, und der Einsatz der Sanitätsschwestern war beendet. Von Camporosato wurde die Sanitätsmannschaft mit einem Malteserzug nach Grinio im Suganatal verlegt. Dort waren bereits zwei große Baracken für verwundete und erkrankte Soldaten errichtet worden.

„Es war enorm, was wir dort an dringendster Arbeit vorfanden. Unser Operationssaal war schnell eingerichtet, ich war die zweite Operationsschwester. Es gab lauter ganz dringende Fälle, die keinen Aufschub erlaubten. Wir mussten zwei Tage und zwei Nächte durcharbeiten, mit kleinen Essenspausen dazwischen. Es war am dritten Tag um 10 Uhr abends, da sagte Herr Dozent Walzl: „Jetzt können wir nicht mehr. Wir gehen schlafen, morgen früh um 7 Uhr geht die Arbeit weiter“. Kaum hatte er das gesagt, so kamen zwei Rettungswagen mit zwei Bauchschüssen und zwei Kopfschüssen. Natürlich konnte in so einem Fall vom Schlafengehen keine Rede mehr sein, und wir

haben die dritte Nacht durchoperiert. Es war nicht umsonst, der eine mit dem Bauchschuß ist durchgekommen.“ (zit. n. Gasch, 1978, 14).

Eine der wichtigsten sanitätsdienstlichen Maßnahmen war die Verabreichung von Tetanusspritzen. „In Grinio mußte ich gleich in den ersten Nächten 30 Tetanusspritzen geben.“ (zit. n. Gasch, 1978, 14). Während ihrer Tätigkeit in Grinio fuhr einmal Mary Gasch mit einem Soldaten mit Kopfschuss nach Trient, denn dort auf der Augenklinik konnte das verletzte Auge vielleicht noch gerettet werden.

„Es war ein furchtbar heißer Tag, die Straßen waren durch den häufigen Gebrauch recht schlecht und holprig und hoch mit Staub bedeckt. Unsere Krankenautos waren nicht gut verschlossen, sie hatten seitlich nur Lachen. Im letzten Moment, als wir schon abfahren wollten, kam einer der Ärzte und sagte, dass er mitfahren wollte. Ich ahnte nichts Gutes – er wollte in Trient Geschäfte erledigen und brauchte dazu viel Zeit. Es wurde die schlimmste Fahrt meines Lebens. Damit er genügend Zeit zur Verfügung hätte, mußte sehr schnell gefahren werden. Krampfhaft hielt ich dem armen Patienten den Kopf. Er schrie vor Schmerzen, wenn der Kopf durch diese holprige Straße hochgeworfen wurde. Alles Bitten, langsamer zu fahren, nützte nichts. Der Schweiß rann mir herunter, und durch das schnelle Fahren wurde der arge Staub ins Auto gezogen. Mein ganzes Bitten nützte nichts.“ (zit. n. Gasch, 1978, 14).

4.1.3. Rotkreuz-Schwester in der österreichisch-ungarischen Monarchie

In Österreich-Ungarn gab es nicht die Tradition dieser Rotkreuz-Schwesterenschaften wie in Deutschland. Es gab keine Rotkreuz Mutterhäuser nach dem Muster geistlicher Orden. Die Rotkreuz-Schwester waren freiwillige Krankenpflegerinnen, von denen die meisten aus Frauenhilfsvereinen vom Roten Kreuz hervorgingen und sich deshalb so nannten. In Österreich-Ungarn waren die Rotkreuz-Schwesterenschaften keine Institution, sondern es schlossen sich einige adelige Damen diesen Rotkreuz-Schwesterenschaften in Deutschland an. (vgl. Walter, 2004, 25).

An dieser Stelle muss die Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses erneut erwähnt werden, da diese die einzige Krankenpflegeschule in Österreich mit einem Ordenscharakter war. Die Krankenpflegeschule bildete Hilfspflegerinnen für das Rote Kreuz aus. Diese wurden danach Rotkreuz-Schwestern genannt, aber nur deshalb, weil das Rote Kreuz mit dem Rudolfinerhaus einem Vertrag unterlag und sich „Rotes Kreuz Spital Rudolfinerhaus nannte. (vgl. Walter, 2004, 26).

Am 1. Dezember 1913 im Zuge der Kriegsvorbereitungen ist eine Krankenpflegeschule des Roten Kreuzes in Wien gegründet worden, die auch nach dem Ersten Weltkrieg weitergeführt wurde. Die Aufgaben der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz waren bereits in Zeiten des Friedens auf Grund eines mit der Heeresverwaltung getroffenen Einvernehmens im Reglement für den Sanitätsdienst des k. u. k. Heeres als Anhang „Freiwillige Sanitätspflege“ festgelegt worden. (vgl. Gedenkschrift, 1930, 18).



Abb.: Legitimation eines Rotkreuz Schwester, Quelle: Rainer, 2005, 15.

Beispiel eines Statutes des Zweigvereines des Frauenhilfsvereines vom Roten Kreuz für Böhmen über die ihm zugewiesenen Aufgaben:

„...den Stammvereinen bei Erfüllung der ihm nach § 2 seiner Statuten in erster Reihe obliegenden Aufgabe, die pflichtgemäße Fürsorge des Staates für die Verwundeten und im Felde erkrankten Krieger zu ergänzen und über das Maß dieser staatlichen Fürsorge hinaus, die Pflege der Verwundeten und Kranken nach Thunlichkeit zu verbessern, sowie bei der Erfüllung der dem Stammvereine in zweiter Reihe obliegenden Aufgabe, das Los der hilfsbedürftigen Invaliden, Militär-Witwen und Waisen, dann der hilfsbedürftigen Familien der Mobilisierten nach Zulässigkeit der Mittel zu verbessern.“ (zit. n. Statuten des Zweigvereines des Frauen-Hilfs-Verein vom Rothen Kreuze für das Königreich Böhmen, Prag, 1891, 2).

Diese Ziele sollten folgendermaßen erreicht werden:

„[...] die Sammlung, Anfertigung und Vertheilung von Wäsche, Kleidungsstücken, Verband Material, von Labemitteln, die Anregung und Ausbildung der freiwilligen Krankenpflege und die Herbeischaffung von Geldmitteln, welche nur ausschließlich zu Vereinszwecken verwendet werden dürfen.“ (zit. n. Statuten des Zweigvereines des Frauen-Hilfs-Vereines vom Rothen Kreuze für das Königreich Böhmen, 1891, 2).

Die freiwillige Kriegsrankenpflege basierte auf einer professionellen Ausbildung, die vom „Patriotischen Frauenhilfsverein vom Roten Kreuz“ propagiert wurde. Dazu bot dieser den Kandidatinnen professionelle Ausbildungskurse an und überwachte diese Ausbildung. (vgl. Hämmerle, zit. n. Kühne, Ziemann, 2000, 233).

Die Regelung für die Krankenpflegerinnen in den Rotkreuz-Anstalten wurde den Frauenhilfsvereinen vom Roten Kreuz übertragen. (vgl. Generalbericht der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze für die Zeit v. 1. März 1914 bis 31. Dez. 1917, 1917, 74). Die Rotkreuz-Hilfspflegerinnen bekamen während der

ersten beiden Kriegsjahre zunächst kein Gehalt, später erst 50 Kronen monatlich. Auch Berufspflegerinnen bekamen nur nach zweijähriger Tätigkeit in einer etablierten Krankenanstalt 85 Kronen monatlich, sowie Kost und freie Unterkunft, so der Generalbericht. (vgl. Generalbericht der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze für die Zeit v. 1. März 1914 bis 31. Dez. 1917, 1917, 147).

Das Ministerium ging davon aus, dass das Personal im Kriegsfall bei Weiterbezahlung der Gehälter aus Friedenszeiten durch Gratisunterricht und Verpflegung besser gestellt sei. Gabriele Dorffner und Vlastimil Kozon schreiben, dass das schlechte Lohnniveau von ca. 36 Kronen monatlich in Österreich-Ungarn einen Mangel an heimischem Personal verursacht hatte. Deswegen mussten Pflegekräfte aus Deutschland und der Schweiz nach Österreich-Ungarn geschickt werden. Der Staat war genötigt das Lohnniveau auf 120 Kronen anzugleichen. (vgl. Dorffner, Kozon, 2004, 54).

Kurz vor Kriegsbeginn meldeten sich zwar viele Frauen aus den unterschiedlichsten Schichten, trotzdem gab es nicht genügend Pflegerinnen. Deswegen wurde die Zentralstelle für Krankenpflegerinnen beim Roten Kreuz eingerichtet. Dort erfassten die Schwestern den Titel „Armeeschwestern vom Roten Kreuz“, und wurden dementsprechend in einer Feldtracht bekleidet. Um alle Frauen zentral zu erfassen, hatte die Heeresverwaltung im Einvernehmen mit dem k. k. Ministerium des Innern, dem Roten Kreuz „die Bereitstellung für die Militärsanitätsanstalten bei der Armee im Felde“ übertragen. Das Übereinkommen wurde am 18. Dezember 1915 unterzeichnet. (vgl. ÖSTA, AVA, M. d. I, S-Akten, K. 2987, Akt 1270 S/1916, Punkt 1, 1. Allgemeine Bestimmungen).

Aus diesem Grund hat das Rote Kreuz die „Zentralstelle für Krankenpflegerinnen“ eingerichtet. Alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser wurden angewiesen, die Pflegerinnen für die Kriegskrankenpflege abzustellen. Wenn eine Pflegerin in das Verzeichnis der „Zentralstelle für Krankenpflegerinnen“ aufgenommen wurde, galt das als Zustimmung zum Eintritt in den Dienst bei der Armee im Felde. (vgl. ÖSTA, AVA, M. d. I, S-Akten, K. 2987, Akt 1270 S/1916, Punkt 2, Nr. 4, 2).

Die Übernahme im Dienst erfolgte nicht mit der Eintragung in dem Register, sondern erst mit dem Tag der Einberufung. Diese Krankenpflegerinnen wurden vom bisherigen Arbeitgeber nicht gekündigt, sondern erhielten „Urlaub gegen Karenz der Gebühren“ was bedeutete, dass sie unbezahlten Urlaub bekamen, wenn sie unter einem Arbeitsvertrag standen. Jede Schwester erhielt ein Tagesgeld von 4 Kronen und Ersatz der Reisegebühren sowie eine Vergünstigung der Kriegsverpflegung. (vgl. ÖSTA, AVA, M. d. I, S-Akten, K. 2987, Akt 1270 S/1916, Punkt 2, Nr. 6).

Den Pflegedienst im Kriege 1914-1918 haben neben dem Sanitätsdienstpersonal ausschließlich Rotkreuz-Pflegerinnen übernommen. Die Aufgaben der Krankenpflege waren weit hinaus ins Operationsgebiet der Truppe und in einzelnen Fällen auch an der Front vorgesehen, meistens waren sie in Feldspitälern und Rotkreuzspitälern tätig. Eine der Rotkreuz-Schwestern, Margarete von Rohrer, war als Instrumentarin und Leiterin der Operations- und Verbandsabteilung in einem Militärlazarett tätig.

„Ich meldete mich am nächsten Tag beim Roten Kreuz und erhielt die Weisung, beim Einrichten der Tschechischen Technik zuerst einmal mitzuhelfen. Ich muß sagen, dass dieses Reservespital des Roten Kreuzes in kürzester Zeit wirklich ein erstklassiges, modernes Spital mit 600 Betten geworden war. Viele Frauen Brünns arbeiteten fieberhaft bei der Einrichtung der verschiedenen RK-Spitäler. Wir Hilfsschwestern vom Roten Kreuz stopften und nähten Strohsäcke und trugen sie in die einzelnen Stockwerke und Zimmer. Mit solchen Einrichtungsarbeiten wurde die Zeit ausgefüllt, bis der erste Verwundetentransport von 22 Mann am 25. August 1914 in Brünn eintraf. Das einzige bestehende Garnisonslazarett war das Garnitionspital Nr. 5. Auch ihm wurden mehrere Reservemilitärspitäler angegliedert. In allen diesen Militärspitälern mussten RK-Pflegerinnen als Ersatz für die ins Feld gegangenen Sanitätssoldaten Verwendung finden.“ (zit. n. Rohrer, 1943, 82).

Weiter schrieb Rohrer:

„In unzähligen weit vorgeschobenen Feldspitälern habe ich 1914-1918 freiwillige RK-Pflegerinnen bei der Ausübung ihrer schweren Pflichten angetroffen. Der Empfang der Verwundetenzüge am Bahnhof war ausgezeichnet geregelt worden. Die erste Betreuung und Labung der Verwundeten wurde einem Militärarzt übertragen. Das Rote Kreuz stand auch hier in vollem Einsatz. Angegliedert war der Verwundetenbetreuung der RK-Bahnhofsdienstleistenden auch die Labung der durchfahrenden Soldaten, deren Regimenter auf andere Kriegsschauplätze verschoben wurden. Die Arbeit des RK-Personals ging an manchen Tagen ins Übermenschliche.“ (zit. n. Rohrer, 1943, 83).

Als eine Helferin bei Schwerverwundeten wurde Margarete von Rohrer in einer Klinik für ein Krankenzimmer mit 18 Betten zugeteilt. Neben an übernahm in einem kleineren Zimmer eine Berufsschwester. Dieses Zimmer war für hoffnungslose Fälle gedacht. Margarete berichtete:

„Die Diensteinteilung war von 8 Uhr früh bis 1 Uhr mittags, den nächsten Tag von 1 Uhr mittags bis 8 Uhr abends, den dritten Tag von 8 Uhr abends bis 8 Uhr früh. Der Dienst war schwer. Wir jungen, unerfahrenen Pflegerinnen hatten auf unserer Abteilung allein ein Zimmer zu betreuen und verfügten zu 2 und 3 Zimmer über einen Sanitätssoldaten, der uns bei den körperlich schweren Arbeiten helfen sollte. Im Anfang machten wir jungen Schwestern mit Erlaubnis des Primarius nach schweren Transporten unseren Dienst zu zweit, was natürlich zur Folge hatte, daß wir, da wir unsere Einteilung auch so einhalten mußten, mehr Dienststunden zusammenbrachten, als eigentlich vorgesehen waren. Uns war es aber doch im Anfang eine große Erleichterung physischer und psychischer Art, mit den Schwerkranken und der großen Verantwortung nicht allein zu sein.“ (zit. n. Rohrer, 1943, 86).



Abb.: Margarete von Rohrer als Rotkreuz Pflegerin in einem Schwerverwundetenzimmer 1914, Quelle: Rohrer, 1943, 672.

Die Tugenden, die für den Pflegeberuf wichtig waren lauteten: ausgeglichen sein, was die Schwestern dazu verpflichtete in ihrer Freizeit gesund und entspannt zu leben, so dass sie den nächsten Tag wieder fröhlich im Dienst erscheinen konnten. Die langen Nachtwachen waren für die jungen Hilfsschwestern nicht einfach, da meist 18 schwer Verwundete eine große körperliche Anstrengung bedeuteten. Außer pflegerischen Tätigkeiten, mussten noch Zusatzaufgaben wie Reinigung des Zimmers und Boden aufwischen gemacht werden.

Der Tagdienst begann 8 Uhr morgens, und bestand aus folgenden Aufgaben: die Zimmervisite mit dem Primarius und deren Anordnungen entgegenzunehmen. Weitere Aufgaben umfassten die Vorbereitung der Medikamente, nach Diät fragen, Umschläge machen, die Reingung der

Leibschüsseln und Urinflaschen und der Verbandswechsel. Schwere Verbände wurden vom Arzt selbstübernommen, die leichteren blieben den Schwestern unter Aufsicht einer älteren Schwester oder des Assistenzarztes überlassen. Zu den Aufgaben der Pflegerinnen gehörte außerdem auch das Essen verabreichen, da in diesen Fällen fast alle Verwundeten gefüttert werden mussten. (vgl. Rohrer, 1943, 107).

„Sehr häufig hatten die Rotkreuz-Schwestern mit dem an Seuchen erkrankten Soldaten zu tun. In die letzten Monate des Jahres 1914 fällt ein Erlebnis, das sich bei meinem freiwillig und aushilfsweise übernommenen Dienst am Bahnhof hatte. Es waren jene Tage der großen Offensive und des raschen Vorgehens unserer Truppen, wo dauernd Verwundete, in Viehwagen auf Stroh gelagert, in Brünn ankamen. Bei bestem Willen und bei größter Selbstaufopferung waren die Einrichtungen des Abtransportes der Verwundeten den Anforderungen nicht gewachsen, und wir sahen hier furchtbare Transporte mit Ruhrkranken und anderen internen, meist infektiösen Fällen an- oder durchkommen. Wer nie dabei war, wenn hier am Bahnhof ein solcher Zug mit Ruhrkranken geöffnet wurde, in denen manchmal Sterbende und Tote unter den noch Lebenden lagen, und nie die Gerüche und den Anblick miterlebte, hat viel Grauensvolles nicht gesehen.“ (zit. n. Rohrer, 1943, 137).

Nach ca. drei Monaten im pflegerischen Dienst, wurde Margarete von Rohrer gefragt, ob sie bereit sei, in eine andere Stadt – Obrowitz umzusiedeln und die Leitung der Verband- und Instrumentarabteilung und die erste Instrumentarinnenstelle anzunehmen.

„Ich nahm die Sache sehr ernst und tat mein möglichstes, auch außerdienstlich zu Hause an Hand von chirurgischen Büchern und Katalogen, mein Wissen schnell zu bereichern. Zuerst ließ mich Prim. Dr. L. in weiser Voraussicht und Kenntnis der weiblichen Psyche nur von weitem den Vorgängen der Operationen folgen und sagte mir, es sei keine Schande, die ersten Male im Operationssaal zu versagen. Aber dann müsse man es überwinden und Herr

seiner Nerven sein. Sogar einer der größten Chirurgen der Welt, von Bergmann, sei beim Anblick der ersten Operation, der er als Mediziner beiwohnte, in Ohnmacht gefallen. Ich muß sagen, der Anfang war auch mir das Schwierigste. Unbeteiligt nahm ich alle die Vorgänge seelisch viel mehr auf, die sonst in der Konzentration und der Verantwortung des Augenblickes völlig untergehen. Die Angst des Patienten bei der Einlieferung in den Operationssaal, das Menschliche an der Sache, der Beginn der Narkose und vieles andere beeinflusste mich natürlich sehr. Aber bald überwand das geistige Interesse auch diese Scheu und der Wundschnitt, das Bluten, der Anblick des Operationsfeldes wurden Selbstverständlichkeiten.“ (zit. n. Rohrer, 1943, 163-164).

Eine große Rolle spielten natürlich auch die Urlaube, die sehr sparsam erteilt wurden. Ein Mal war das ein halber Tag am Ende der Woche, ein anderes Mal durften die Pflegerinnen die Stadt für einen Tag verlassen. Der Urlaub war nur tagweise aufgeteilt, welcher in so einer grausamen Zeit leider sehr schnell vorbei war. Normalerweise stand den Rotkreuz-Schwestern ein 14-tätiger Urlaub im Jahr zu. (vgl. Rohrer, 1943, 226).

„Jeder Urlaub brachte eine Mehrbelastung des zurückbleibenden Personals und manchmal mußte der Dienst anders eingeteilt werden, als es der Operateur gewohnt war, da ja die fehlende Kraft ersetzt werden mußte. Solche Verschiebungen aber liebte Dr. K. durchaus nicht, selbst, wenn trotzdem alles glatt ablief. Es sollte alles immer genau gleich, genau wie gewohnt, weitergehen. Dies ist nur zu verständlich bei der schweren Nervenbelastung, der ein Operateur täglich ausgesetzt ist, und wo jede Kleinigkeit, die vom Gewohnten abweicht, sich störend auswirkt. Deshalb gingen wir immer mit großer Sorge an diese Urlaubsbitte heran.“ (zit. n. Rohrer, 1943, 226).

Trotz schwerer Arbeit und Erschöpfung, die bei durchgehenden Diensten spürbar waren, haben die Pflegerinnen große Leistungen vollbracht. Ihre Geduld, Menschlichkeit und Fröhlichkeit war von großer Bedeutung.

„Haben wir es aber mit einem unheilbaren Fall zu tun, so ist es unsere heilige Menschenpflicht, all unser Interesse daranzusetzen, diesem Menschen, der es in den meisten Fällen uneingestandenerweise ja doch ahnt oder weiß, zu Hilfe zu kommen. Das ist freilich schwerer und wird uns mehr Zeit und Beherrschung kosten. Es muß aber einer guten Pflegerin gelingen, den Unglücklichen soviel wie möglich von seinen traurigen Gedanken abzulenken, wir müssen herausbringen, was sein Interesse, seine Einstellung zum Leben war, und wir müssen versuchen, ihm seine Interessensphäre auch in das Krankenzimmer zu übertragen [...] Ist er fromm und gläubig, so haben wir ihn auch darin zu bestärken, wie immer wir auch eingestellt sein mögen, denn eine größere seelische Hilfe wird der Durchschnitt unheilbarer Kranker wohl nicht finden können.“ (zit. n. Rohrer, 1943, 88-89).

Die Leistungen des Roten Kreuzes, vor allem der Rotkreuz-Pflegerinnen und Pfleger sind enorm, ich hoffe dies durch meine Darstellungen ausführlich beschrieben zu haben. Der Sanitätsdienst der Armee im Felde, der infolge mangelnder Erfahrung und mangelnder Vorbereitung gegenüber den großen Anforderungen dieses Weltkrieges in vielen Bereichen lückenhaft war, ist in verhältnismäßig kurzer Zeit ausgebaut und vom Standpunkte der medizinischen Wissenschaft auf einen hohen Grad der Vervollkommnung gebracht worden. Die Beistehung und Versorgung der Verwundeten und Kranken war somit als eine der Hauptaufgaben des Roten Kreuzes im Felde erfüllt worden.

Zusammenfassend möchte ich noch hinzufügen, dass nur wenige der freiwilligen Sanitätspfleger diesen Weltkrieg überstanden haben, die meisten wurden von den Verwirrungen der Nachkriegszeit, von den wirtschaftlichen und sozialen Erschütterungen der Inflationsperiode hingerissen. Die Situation der Krankenschwestern war sehr schwierig, viele wurden mit der Arbeitsnot konfrontiert. Aber das Rote Kreuz mit seinen der Friedensarbeit gewidmeten Wohltätigkeitswerken ist aufrecht geblieben und konnte an seinen Aufgaben noch mehr wachsen. Der geistige Inhalt und die aktive Kraft des Roten Kreuzes haben sich in einer Institution der Krankenpflegeschule ausgewirkt.

Sie ist in ihrem Gefüge gestärkt, in ihrer Organisation ausgebaut und in ihrer Leistungsfähigkeit gehoben worden.

5. Schlussfolgerung

Das Hauptziel dieser Diplomarbeit war die Darstellung der Bedeutung von relevanten Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Krankenpflege in personaler wie auch in organisatorischer Hinsicht in den Zeiten der Kriege. Mit dieser Diplomarbeit wurde ein Versuch unternommen, einen übersichtlichen Einblick in die geschichtliche Entwicklung der Kriegskrankenpflege zu gewähren. Durch die Auseinandersetzung mit historischen Quellen, wie Nachlässen, Tagebüchern und Berichten wurde die Bedeutung der freiwilligen Krankenpflege in Zeiten der Kriege aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Es wurden sowohl die positiven wie auch die negativen Aspekte und ihre Auswirkungen auf die Organisationsabläufe der Krankenpflege in der damaligen Zeit aufgezeigt.

Die Erforschung der gegenständlichen Materie hat ergeben, dass in Zeiten der Monarchie die auf Freiwilligkeit basierte Krankenpflege genauso wie das in der Gestion des Militärs liegende Sanitätswesen sowohl in organisatorischer als auch in struktureller Hinsicht schwerwiegende Mängel aufwiesen. Es fehlte an zahlreichen sanitätsdienstlichen Einrichtungen bzw. dauerte es viel zu lange, bis diese sachkompetent und zielorientiert eingesetzt werden konnten. Während der sogenannten Einigungskriege und des Ersten Weltkrieges mussten sich der Sanitätsdienst und die freiwillige Krankenpflege an die Gegebenheiten ständig orientieren, umorganisieren und in weiterer Folge anpassen. Die sich aus der Not ergebenden vielfältigen Behandlungsmethoden mussten auf Grund der schweren Verwundungen entsprechend geändert und angepasst werden. Es war damals dringend notwendig eine rasche Erste Hilfe Leistung direkt im Felde als lebensrettende Maßnahme einzusetzen. Es ist anzumerken, dass zu damaligen Zeiten Knochenbrüche überhaupt erstmals operativ behandelt wurden.

Darüber hinaus muss gesagt werden, dass nur dank der Unterstützung und der Zusammenarbeit vor allem solcher Hilfsorganisationen wie des Roten Kreuzes,

des Souveränen Malteser-Ritterordens, des Deutschen Ritterordens etc. das Militärsanitätswesen seine Aufgaben zielgerichtet bewältigen und überhaupt realisieren konnte. Fakt ist, dass der Stellenwert der genannten Hilfsorganisationen im Laufe der Zeit an enormer Bedeutung gewonnen hat und sukzessiv in den Vordergrund gerückt ist.

Was den aufopfernden Einsatz der Krankenpflegerinnen während der Kriegshandlungen betrifft, so muss festgehalten werden, dass sie durch ihr selbstloses Engagement in vielerlei Hinsicht die Auswirkungen des Krieges erträglicher machen konnten. Ihr Mut war überwältigend und in der Geschichte als positiv bewertet worden. Was die Arbeit der Krankenpflegerinnen betrifft, war es nicht die Ablehnung des Krieges, sondern der Wunsch, am Krieg selbst teilzunehmen. Die Kriegskrankenschwestern motivierten sich selbst zum Einsatz im Kriegsdienst. Sie leisteten einen großartigen Beitrag in der Versorgung der Verwundeten und Kranken.

Für die Geschichte der Pflege stellte die Zeit der österreichisch-ungarischen Monarchie eine wichtige Periode dar, zumal in dieser Zeit wichtige Meilensteine im Bereich der gesetzlichen Grundlagen gelegt wurden. Darüber hinaus erfolgte die berufliche Etablierung der Krankenpflege schlechthin. Es kam zur Schaffung von entsprechenden Ausbildungsstrukturen auf dem Gebiet der Krankenpflegeorganisation überhaupt. Als grundlegende Einschnitte in der Entwicklungsgeschichte des Krankenpflegeberufes sind die in damaliger Zeit vorgenommenen Reformbestrebungen zu nennen, was an dieser Stelle wegen der Tragweite dieser Reformen noch einmal hier kurz Erwähnung finden sollte:

1784 erfolgte durch Joseph II. die Gründung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses, 1869 versuchte Theodor Helm, der damalige Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, erneut eine Reform durch einerseits die Bereitstellung von Hilfskräften für die Reinigungsarbeiten, um das Wartpersonal für seine Tätigkeit am Krankenbett zu entlasten und andererseits durch die Einführung einer verpflichtenden Grundausbildung für das in den Pflegeberufsstand neu eintretende Personal. Im Jahr 1882 wurden das Rudolfinerhaus und die Krankenpflegeschule durch Theodor Billroth gegründet, danach folgte im Jahr 1904 die Gründung eines Pflegerinnen-Instituts durch

Viktor Mucha. Diese Institution sollte, ähnlich wie das Konzept des Rudolfinerhauses, sowohl die Ausbildung der Pflegerinnen als auch ihre Versorgung übernehmen. Ein wichtiger Schritt zur Professionalisierung der Krankenpflege erfolgte kurz vor dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges 1914, durch die sogenannte „Verordnung des Ministers des Inneren vom 25. Juni 1914 betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“. Darin wurden die Aufnahme- und Ausbildungskriterien der Krankenpflegeschule zum ersten Mal formuliert und somit diese Berufsausbildung auf eine gesetzliche Basis gestellt.

In Anbetracht der Schwierigkeiten, welche sich in den Bestrebungen, die Krankenpflege während der Monarchiezeit zu reformieren, immer wieder ergeben haben, erscheint die intensive Unterstützung und weitere Motivierung bereits ausgebildeter Krankenpflegerinnen für diesen Beruf als eine Notlösung. Die hervorragenden Leistungen der Freiwilligen Krankenpflegerinnen im Ersten Weltkrieg haben einen bedeutenden Einfluss auf die Qualität der Pflege der Verwundeten und Kranken überhaupt gehabt. Die Tragweite dieser Leistungen war enorm und dies nicht nur, um zu zeigen, welche Opfer ein Volk für seine im Felde stehenden Brüder in patriotischer Begeisterung und aus Nächstenliebe freiwillig zu erbringen imstande sei, sondern vor allem, um zu beweisen, mit welchen einfachen Mitteln sie in ihrer pflegerischen Tätigkeit vor Ort auskommen mussten. Beachtenswert erscheint in diesem Zusammenhang der Einsatz der Pflegerinnen, welcher stets auf ein Ziel, nämlich das, den Verwundeten und Kranken Erleichterung zu verschaffen, gerichtet war. An dieser Stelle darf einerseits die sanitätsdienstliche Hilfeleistung, andererseits die Tätigkeit zahlreicher Frauen und Männer in der Kriegskrankenpflege nicht vergessen werden.

Trotz aller Grausamkeiten und Greuel der Kriege des 19. Jahrhunderts und insbesondere des Ersten Weltkrieges des 20. Jahrhunderts fanden in dieser Zeit entscheidende Fortschritte und Entwicklung statt – sowohl im medizinischen Bereich als auch in der Pflege. Beide Bereiche wurden durch diese Veränderungen nachhaltig geformt und beeinflusst, was sich in den gegenwärtigen professionellen Ausbildungsstrukturen, in den gesetzlichen Bestimmungen und in der beruflichen Etablierung der Krankenpflege

entsprechend manifestiert und dies auch ständigen zeitgerechten Anpassungen unterliegt.

Aus heutiger Perspektive muss gesagt werden, dass die Veränderungen in dem hier behandelten Bereich eine enorme Entwicklung hinterlegt haben. Insbesondere sind die Grundvoraussetzungen zur Ausübung eines Krankenpflegeberufes strikten gesetzlichen Normen unterordnet. Es gibt verschiedene Stufen in den Pflegeberufen, angefangen von einfach definierten Hilfskräften, über Krankenpflege, Diplomkrankenpflege mit Matura bis hin zur akademischen Krankenpflege. Diese Vielfalt der Berufsbilder in dieser Branche ist gesetzlich orientiert und eindeutig definiert. Natürlich unterliegen diese Berufe ständiger Entwicklung, dauerhafter Perfektionisierung, Professionalisierung und Effizienz. Dies hat zu bedeuten, dass auch die Berufsorientierung ständig entsprechend angepasst werden muss. Nicht desto trotz lässt sich in letzter Zeit das Berufsbild eines Heimhelfers in der immer älter werdenden Gesellschaft etablieren. Dieses Berufsbild befindet sich auf jeden Fall erst im Entwicklungsstadium. Europa ist per dato mit keinen Kriegshandlungen konfrontiert, was unter anderem einen positiven Einfluss auf die demografisch-gerontologische Struktur unserer modernen Gesellschaft hat. Was benötigt wird, ist in erster Linie moderne, effiziente Krankenpflege im Rahmen eines Spitals bzw. einer Spitals ähnlichen Einrichtung bzw. im häuslichen Bereich. Das alles basiert eindeutig auf den Errungenschaften der Pflegewissenschaften.

6. Literaturverzeichnis

- Angetter D. (1993): Das österreichische Militärsanitätswesen. Gestern – Heute – Morgen. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Angetter D. (1995): Dem Tod geweiht und doch gerettet. Die Sanitätsversorgung am Isonzo und in den Dolomiten 1915-1918. Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main.
- Bauer F. (1965): Geschichte der Krankenpflege. Handbuch der Entstehung und Entwicklung der Krankenpflege von der Frühzeit bis zur Gegenwart. E. C. Baumann KG Verlag, Kulmbach.
- Billroth Th. (o. J.): Die Weibliche Krankenpflege im Jahre 1870. Wiener Medizinische Wochenschrift.
- Billroth Th. (1874): Historische und kritische Studien über den Transport der im Felde Verwundeten und Kranken auf Eisenbahnen. Carl Gerold's Sohn Verlag, Wien.
- Billroth Th. (1880): 9. Vereins-Publication. Neue Folge. Geschichte und Thätigkeit des Gründungs-Comité für den Rudolphiner-Verein zur Errichtung und Erhaltung eines Pavillonspitals zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete in Wien (von 1875-1879). Verlag des Rudolphiner-Vereines, Wien.
- Billroth Th. (1889): Die Krankenpflege im Haus und Hospitale. Wien.
- Bischoff C. (1994): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Überarbeitete und erweiterte Neuauflage, 2. Auflage, Verlag, Frankfurt am Main, New York.
- Biwald B. (2002): Von Helden und Krüppeln. Das Österreichisch-Ungarische Militär-Sanitätswesen im Ersten Weltkrieg. Teil 1 und Teil 2. ÖBV et hpt Verlag, Wien.
- Bleker J., Schmiederbach H. P. (Hrsg.)(1987): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

- o. A. (o. J.): Bosnische Annexionskrise.
<http://www.deutsche-schutzgebiete.de/kuk-bosnien-herzegovina.htm>,
 (15.10.2012).
- Brinkmann W. (1867): Die Freiwillige Krankenpflege im Kriege. Mit besonderer Berücksichtigung ihrer Leistungen im Jahre 1866. Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin (Adolph Enslin), Berlin.
- Breitner B. (1936): Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege 1914-1918. Amon Franz Göth Verlag, Wien.
- Büttner A. (2011): Geschlechterhierarchien in der konfessionellen Kriegskrankenpflege des 19. Jahrhunderts. In: Eckart W. U., Osten P. (Hrsg.) Schlachtschrecken-Konventionen. Das Rote Kreuz und die Erfindung der Menschlichkeit im Kriege. Centaurus Verlag, Freiburg. ÖBV et hpt Verlag, Wien, 111-119.
- o .A. (o. J.): Deutsch-französischer Krieg1870/71
<http://www.wissen.de/thema/deutsch-französischer-Krieg-187071> (5.12.2012).
- Dorffner G. (1996): Der Wandel der sozialen Stellung der Frau im Pflegeberuf im 19. und angehenden 20. Jahrhundert. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Dorffner G. (1999): Die Professionalisierung der Krankenpflege in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege. Dissertation, Universität Wien.
- Dorffner G. (2001): ...ein edler und hoher Beruf Zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege. Vier-Viertel-Verlag, Wien.
- Dorffner G., Kozon V. (2004): Meilenstein oder Notlösung? Die Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege. In: Walter I., Seidl E., Kozon V. (Hrsg.) Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien, 46.
- Feucht G. (2010): Die freiwillige Sanitätspflege des Souveränen Malteser Ritter Ordens, Großpriorat von Böhmen-Österreich, im Kriege 1914-1918 und das Militärhospital in Kirling bei Wien 1866, Wien.
- Gasch M. (1975): Im Dienste des Nächsten. Eigenverlag, Wien.

- Generalbericht der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze für die Zeit vom 1. März 1914 bis 31. Dezember 1917, Wien, 1917.
- Glücksman G. (1936): Die Sanitätstruppe. In: Breitner B. Ärzte und Ihre Helfer im Weltkriege 1914-1918. Amon Franz Göth Verlag, Wien, 174-176.
- o. A. (1930): Gedenkschrift. Herausgegeben anlässlich des fünfzigjährigen Bestandes der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze 1880-1930. Selbstverlag, Wien.
- Grois B. (1967): Der Krankenpflegeberuf in Vergangenheit und Gegenwart. In: o. A. Soziale Berufe, 19., 9/10, 127.
- Gründungs-Comité (1879): 1. Vereins-Publication. Neue Folge. Rudolphiner Verein zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete in Wien. Unter dem hohen Protectorate Seiner kaiserlichen und königlichen Hoheit des durchlauchtigsten Kronprinzen und Herrn Erzherzog Rudolph. Verlag des Rudolphiner-Vereines, Wien.
- Hämmerle Ch., (2000): Von den Geschlechtern der Kriege und des Militärs, Forschungseinblicke und Bemerkungen zu einer neuen Debatte. In: Kühne T. Ziemann B. (Hrsg.) Was ist Militärgeschichte? Krieg in der Geschichte. Bd. 6, Schöningh Verlag, Paderborn, Wien, 233.
- Henning H. (1992): Noblesse oblige? Fragen zum Ehrenamtlichen Engagement des deutschen Adels 1870-1914. In: Vierteljahresschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 3, 319.
- Herrmann F. (1983): Organisatorische Aspekte des Sanitätsdienstes im deutschem und österreichisch-ungarischem Heer 1914-1918. In: Wehrmedizinisches Heft 9, 383.
- Hrouda E. (1935): Barmherzigkeit. Als freiwillige Malteserschwester im Weltkrieg. Leykam Verlag, Graz.
- Hönel A. (2001): Das Militärsanitäts- und – Veterinärwesen der k. (u) k. Armee von 1850 bis 1918. Dissertation, Universität Wien.
- Kirchenberger S. (1895): Geschichte des k. und k. österreichisch-ungarischen Militär-Sanitätswesens. Josef Safar Verlag, Wien.
- Kozon V., Seidl E., Walter I. (Hrsg.)(2011): Geschichte der Pflege – Der Blick über die Grenze. ÖGVP Verlag, Wien.

- Kraus F. (1861): Das Kranken-Zerstreuungs-System als Schutzmittel bei Epidemien im Frieden und gegen die Verheerenden Contagien im Kriege nach den Erfolgen im Feldzuge vom Jahre 1859. Sommer Verlag, Wien.
- Loew A. (1875): Zur Organisation der Freiwilligen Krankenpflege. Wien.
- Loeffler F. (o. J.): Die freiwillige Krankenpflege und die Genfer Konvention vom 22. August 1864 nach der Kriegserfahrung von 1866.
- Machala R. (1982): Rudolfsheim wird 100 Jahre. Chronik, Wiener Zeitung, 6, 1982, 1.
- Myrdacz P. (1882): Sanitäts-Geschichte und Statistik der Occupation Bosniens und der Hercegovina im Jahre 1878. Urban & Schwarzenberg Verlag, Wien, Leipzig.
- Myrdacz P. (1896): Sanitäts-Geschichte des Feldzuges 1859 in Italien. Bd. 9, Josef Safar Verlag, Wien.
- Myrdacz P. (1897): Sanitäts-Geschichte der Feldzüge 1864 und 1866 in Dänemark, Böhmen und Italien. Bd. 10, Josef Safar Verlag, Wien.
- Myrdacz P. (1898): Handbuch für k. und k. Militärärzte. Bd. 2, Josef Safar Verlag, Wien.
- Myrdacz P. (1898): Sanitäts- Geschichte der Bekämpfung des Aufstandes in der Hercegovina, Süd-Bosniens und Süd-Dalmatien im Jahre 1882. Josef Safar Verlag, Wien.
- Österreichisches Staatsarchiv, Allgemeines Verwaltungsarchiv (ÖStA/AVA), Ministerium des Innern, Präsidiale: F36 Krankenpflegewesen, 6786/M.I.-1914.
- Österreichisches Staatsarchiv, Allgemeines Verwaltungsarchiv (ÖStA/AVA), Ministerium des Innern, S-Akten, Kt. 2987, Akt 1270 S/1916: Übereinkommen zwischen der k. u. k. Heeresverwaltung und der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze, betreffend die Beistellung von Krankenpflegerinnen für die Armee im Felde.
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Neue Feldakten (NFA).
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv, (ÖStA/KA), Neue Feldakten (NFA), 12, I. Korps, Sanitätschef Tagebuch 2, von 29. 7. 1915- 21. 7.1916.

- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv, (ÖStA/KA), Neue Feldakten (NFA), 343, 2. Armee 1914/15, Sanitätschef, Frührapport von 9.12.1914, fol. 2472.
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Neue Feldakten (NFA), 165, 3. ITD. 1914/15, Div. San. Chef, 27. 10. 1914-31. 12. 1915, fol. 2.
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Neue Feldakten (NFA), 94. ITD Tagebuch 1 und 3, Inf. Div. Chef 25.12. 1915-30. 09. 1918.
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Nachlässe und Manuskripte
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Karton B/608, Nachlass Biedermann, fol. 1-599, 122.
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Karton B41/1-5/4, Nachlass Dr. Johann Steiner: Der militärärztliche Dienst des österreichisch-ungarischen Heeres während des Weltkrieges im Hinterland und bei der Armee im Felde.
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Karton B/41/1-5/2, Nachlass Dr. Johann Steiner. Aufzeichnungen 1914-1918, 154.
- Österreichisches Staatsarchiv, Kriegsarchiv (ÖStA/KA), Karton B/41/2, Nachlass Dr. Johann Steiner, der militärärztliche Dienst, 1914-1918, 192.
- Panke-Kochinke B., Schaidhammer-Placke M. (2002): Frontschwester und Friedensengel. Verlag Mabuse, Frankfurt am Main.
- Panke-Kochinke B., Schaidhammer-Placke (2004): Frontschwester und Friedensengel. In: Walter I., Seidl E., Kozon V. (Hrsg.): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien, 128-130.
- Pawlik G., Christ H., Winkler H. (1989): Die k. u. k. Donauflottille 1870-1918. Weishaupt Verlag, Graz.
- o. A. (o. J.): Preußisch-österreichischer Krieg 1866
<http://www.aeiou.at/aeiou.encyclop.p/p831288.html> (4.12.2012).
- Pietzcker D. (1932): Die Pflegerinnenschule des Rudolfinerhauses. In: Separatdruck aus der Wiener Medizinischen Wochenschrift 1932, 21-25.

- Pick W. (1915): Ein halbes Jahr bei einem Feldspital. In: Beiblatt der Wiener Klinischen Wochenschrift 34 und 35, 10.
- Rainer N. (2005): Das Sanitätswesen an der Kärntner Front im Ersten Weltkrieg mit besonderer Berücksichtigung der Feldpost. Selbstverlag, Wien.
- Reichel E. (1907): Die Pflegerinnenschule. Das Rudolfinerhaus. in Wien 1882-1932, 61-78.
- Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-Chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte, 2. Auflage, Band 11, 1887, Wien, Leipzig.
- Reichlin-Meldegg G. (1999): Das Sanitätswesen des Ordens im 19. Jahrhundert und die Entwicklung der Hilfszüge unter Dr. Jaromir Feiherr von Mundy. In: Steeb C., Strimitzer B. (Hrsg.) Der Souveräne Malteser-Ritterorden in Österreich, Graz, 190.
- Riesenberger D. (1996): Im Dienst des Krieges – im Dienst des Friedens. Zur Geschichte der Krankenschwestern vom Roten Kreuz 1864-1918. In: Eckart W.U., Gradmann Ch. (Hrsg.) Die Medizin und der Erste Weltkrieg. Centaurus- Verlagsgesellschaft Pfaffenweiler, Frankfurt am Main, 22-26.
- Rohrer M. (1943): Im Krieg gegen Wunden und Krankheit. Rudolf M. Rohrer Verlag ,Brünn, München, Wien.
- Ruprecht P. (2002): Die Krankenpflege im Frieden und im Kriege. Zum Gebrauch für Jedermann insbesondere für Pflegerinnen, Pfleger und Ärzte. In: Panke-Kochinke B., Schaidhammer-Placke M. Fronschwestern und Friedensengel. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 41.
- Statuten des Zweigvereines des Frauen-Hilfs-Vereines vom Rothen Kreuze für das Königreich Böhmen, Prag, 1891.
- o. A. (o. J.): Sardinischer Krieg. http://de.wikipedia.org/wiki/Sardinischer_Krieg (5.12.2012).
- Seidl E. (1990): Pflege im Wandel. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wilhelm Maudrich Verlag, Wien.

- Seidl E. (1993): Pflege im Wandel. Elisabeth Seidl, Wilhelm Maudrich Verlag.
- Seidl E. (1998): Rückblick in die Zukunft. Elisabeth Seidl, Ilsemarie Walter, Wilhelm Maudrich Verlag.
- Seidler E. (2003): Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage, Kolhammer Verlag, Stuttgart.
- Seidl E. (o.J.): Die Entwicklung des Krankenpflegeberufes am Beispiel des Rudolfinerhauses, 21-24.
- Stilger R. (1936): Krankentransport im Gebirgskrieg. In: Breitner B. Ärzte und ihre Helfer im Weltkrieg 1914-1918. Amon Franz Göth Verlag, Wien, 285.
- Schönbauer L. (1937): Über militär-sanitäre Einrichtungen im Krieg mit besonderer Berücksichtigung der Verwundetenfürsorge. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 1, 6.
- Schönbauer L. (1948): Das Österreichische Militärsanitätswesen. Beiträge zur Geschichte der Medizin, Heft 2, Franz Deuticke, Wien.
- Urban J. (1884): Kurze Anthropologie, Gesundheitslehre, Hilfeleistung bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungsfällen und Sanitätsdienst im Frieden und im Felde, IV. Abschnitt, Mährisch-Weisskirchen.
- Walter I. (1991): Krankenpflege als Beruf; Aspekte beruflicher Sozialisation und Identität, dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wilhelm Maudrich Verlag, Wien.
- Walter I. (1996): Krankenpflege in Österreich und der Tschechischen Republik. Terminologie und kulturgeschichtlicher Hintergrund. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Walter I. (2003): Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich. Historicum, Frühling, Medizin I, 22-27.
- Walter I., Seidl E., Kozon V. (Hrsg.)(2004): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien.
- Wandruszka A. (1966): Schicksalsjahr 1866. Styria Verlag, Graz, Wien, Köln.
- Wyklicky H. (1985): Das Josephinum. Biographie eines Hauses. Christian Brandstätter Verlag, Wien, München.

- Wyklicky H. (1982): Billroth, Gersuny und die Gründung des Rudolfinerhauses.
In: Deszy J. Rudolfinerhaus 1882-1982. Gistel Druck, Wien, 51.
- Zatloukal L. (1906): Geschichte der k. und k. Sanitätstruppe. Im Verlag des
k. und k. Sanitätstruppenkommandos, Wien.
- Zeynek v. R. (1918): Über Kampfgasvergiftungen, Wiener Medizinische Wo-
chenschrift 23, 1057.

7. Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe, die verwendeten Quellen kenntlich gemacht habe, sowie diese Arbeit nicht anderweitig eingereicht habe.

Wien, 2013

Dorota Gasinska

8. Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Dorota Gasińska

Geburtsdatum: 13.09.1972

Geburtsort: Proszowice/Polen

Staatsbürgerschaft: Österreich

Familienstand: ledig



Ausbildung:

1979-1987 Grundschulausbildung in Proszowice/Polen

Abschluss mit Zeugnis

1987-1992 Medizinische Lyceum in Tarnow/Polen

Abschluss mit Matura

1992-1994 Absolvierung von Sprachkursen (Deutsch u. Englisch)

1995 März Nostrifikation des Krankenschwesterdiploms im Hartmannspital

2007-2008 Sonderausbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege,
Mistelbach. Abschluss mit Diplom.

2002-2013 IDS Studium für Pflegewissenschaften an der Universität Wien

Berufliche Laufbahn:

1994-2013 als DGKS im St. Elisabeth, Wien

1994-1999 Chirurgische Abteilung

1999-2009 Intensivstation

2009-2010 Anästhesie

2010-2013 Pflegebereichsleitung OP/Anä/ICU