



Grey Scale #13



DANES PICTA .COM

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



420

3-  
~~11.~~

# EINFÜHRUNG

in das

# HEERWESEN

von

OTTO WALDSCHÜTZ

K. u. k. Hauptmann des Generalstabkorps.

□ □

9. Heft

Das Sanitätswesen und das Veterinärwesen.

(5 Beilagen.)

Evident bis Dezember 1910.

□ □

WIEN 1911.

Im Selbstverlage des Verfassers.

Druck v. L. Beck & Sohn, Wien, VII.



420

3-  
~~11~~ 11.

# EINFÜHRUNG

in das

# HEERWESEN

von

OTTO WALDSCHÜTZ

K. u. k. Hauptmann des Generalstabskorps.

□ □

9. Heft

**Das Sanitätswesen und das Veterinärwesen.**

(5 Beilagen.)

Evident bis Dezember 1910.

□ □

WIEN 1911.

Im Selbstverlage des Verfassers.

Druck v. L. Beck & Sohn, Wien. VII.

Offiziersbibliothek des k. k.  
Landwehrinfanterieregiments Nr. 33.

*Doublet  
B.S.*

# EINFÜHRUNG

in das

# HEERWESEN

von

OTTO WALDSCHÜTZ

K. u. k. Hauptmann des Generalstabskorps.

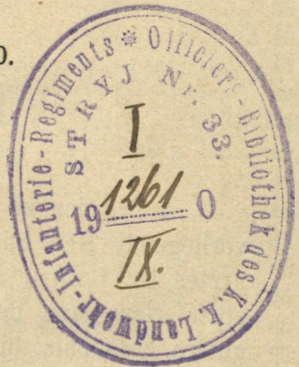
20. pp. Ziemi Krakowskiej  
BIBLIOTEKA OFIC.

9. Heft

Das Sanitätswesen und das Veterinärwesen.  
(5 Beilagen.)

Evident bis Dezember 1910.

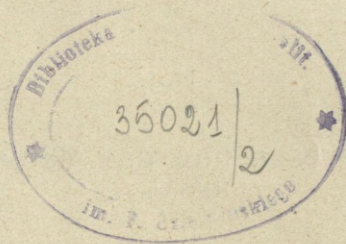
□ □



WIEN 1911.

Im Selbstverlage des Verfassers.  
Druck v. L. Beck & Sohn, Wien. VII.

Alle Rechte vorbehalten.



Benützte Quellen.

Außer den im 1. Hefte angegebenen Quellen wurden für das vorliegende Heft hauptsächlich die Schriften des Herrn Oberstabsarztes Dr. Cron, speziell die „10 Beispiele“ und der „Überblick einer Neuanlage des Gefechtssanitätsdienstes“ benützt. Für die gütige Erlaubnis hiezu sei dem Herrn Oberstabsarzt hiermit der beste Dank des Verfassers ausgesprochen.

## Inhalt des 9. Heftes.

	Seite
<b>Das Sanitätswesen . . . . .</b>	<b>5</b>
Das Sanitätswesen im Frieden . . . . .	7
1. Allgemeines . . . . .	7
Das Sanitätspersonal . . . . .	9
Ärzte . . . . .	11
Sanitätshilfspersonal . . . . .	16
Medikamentenpersonal . . . . .	22
Freiwilliges Sanitätspersonal . . . . .	22
Sanitätsanstalten . . . . .	23
Spitäler . . . . .	23
Medikamentenanstalten . . . . .	27
Heil- und Kuranstalten . . . . .	27
Freiwillige Sanitätspflege . . . . .	28
Leitung im Frieden . . . . .	28
2. Das Sanitätswesen im Frieden in Österreich-Ungarn . . . . .	30
Heer . . . . .	30
1. Leitung . . . . .	31
2. Sanitätspersonal . . . . .	32
Das militärärztliche Offizierskorps . . . . .	32
Das Sanitätshilfspersonal der Truppen . . . . .	35
Die Sanitätstruppe . . . . .	36
3. Sanitätsanstalten im Frieden . . . . .	38
Garnisonsspitäler . . . . .	38
Truppenspitäler . . . . .	40
Marodenhäuser . . . . .	42
Militärheilanstalten in Kurorten . . . . .	42
4. Medikamentenwesen . . . . .	43
5. Die freiwillige Sanitätspflege . . . . .	44
K. k. Landwehr . . . . .	45
K. ung. Landwehr . . . . .	48
3. Orientierende Daten über Details . . . . .	51
Das Sanitätswesen im Kriege . . . . .	65
1. Allgemeines . . . . .	65
Anforderungen an das Sanitätswesen im Kriege . . . . .	65
Allgemeine Hygiene . . . . .	67
Versorgung der Kranken und Verwundeten . . . . .	68
Krankenkategorien . . . . .	69
Durchführung der Kranken- (Verwundeten-) Versorgung . . . . .	73
Durchsuchung der Schlachtfelder . . . . .	89
Zahl des Sanitätspersonals . . . . .	90

	Seite
Sanitätsmaterial und Materialersatz . . . . .	91
Leitung des Sanitätswesens im Kriege . . . . .	93
Freiwillige Sanitätspflege im Kriege . . . . .	94
Die Genfer Konvention . . . . .	95
2. Das Sanitätswesen im Kriege in Österreich-Ungarn . . . . .	98
Die Leitung . . . . .	98
Sanitätspersonal und -material der Truppen . . . . .	99
Mobile Feldsanitätsanstalten . . . . .	103
Ambulante Feldsanitätsanstalten . . . . .	109
Sanitätsfelddepots . . . . .	111
Stabile Anstalten . . . . .	112
Die freiwillige Sanitätspflege im Krieg . . . . .	113
Aufstellung der Feldsanitätsanstalten . . . . .	116
Durchführung des Sanitätsdienstes im Kriege . . . . .	118
Disponierung der mobilen Sanitätsformationen . . . . .	130
Hygiene der Gefechtsfelder . . . . .	131
Der Krankenabschub . . . . .	132
Materialersatz . . . . .	135
3. Orientierende Daten über Details . . . . .	137
Notizen über die historische Entwicklung des Sanitätswesens . . . . .	149
<b>Das Veterinärwesen . . . . .</b>	<b>154</b>
Das Veterinärwesen im Frieden . . . . .	155
1. Allgemeines . . . . .	155
2. Das Veterinärwesen im Frieden in Österreich-Ungarn . . . . .	158
3. Orientierende Daten über Details . . . . .	161
Das Veterinärwesen im Kriege . . . . .	165
1. Allgemeines . . . . .	165
2. Das Veterinärwesen im Kriege in Österreich-Ungarn . . . . .	167
3. Orientierende Daten über Details . . . . .	169
Notizen über die historische Entwicklung des Veterinärwesens . . . . .	171
Literaturverzeichnis . . . . .	173

## Beilagenverzeichnis.

- Beilage 1. Übersicht über das Sanitätswesen im Frieden.
- › 2. Übersicht über das Sanitätswesen im Kriege.
  - › 3. Übersicht über die sanitäre Ausrüstung der Armee im Felde.
  - › 4. Schematische Übersicht über die Verwundetenversorgung nach einem siegreichen Gefecht.
  - › 5. Übersicht über das Veterinärwesen.

Offiziersbibliothek des k. k.  
Landwehrinfanterieregiments Nr. 33.

---

# Das Sanitätswesen.

»Mon bien le plus précieux,  
c'est la santé du soldat«.

(Turenne)

Das Sanktionswesen

# Das Sanitätswesen im Frieden.

---

## 1. Allgemeines.

Das Sanitätswesen im Frieden hat die doppelte Aufgabe, für die sanitären Bedürfnisse der Kriegsmacht im Frieden zu sorgen und das umfangreiche und wichtige Sanitätswesen im Kriege vorzubereiten.

**Im Frieden** umfassen die sanitären Bedürfnisse der Kriegsmacht:

a) die Wahrung der allgemeinen Hygiene in Unterkunft, Nahrung, Kleidung usw. Dies ist bei den stabilen Friedensverhältnissen meist leicht durchführbar. Abgesehen von kurzen Übungsperioden, für die leicht rechtzeitig vorgesorgt werden kann, kommt es nirgends zu größeren Anhäufungen von Truppen; die stabilen Unterkünfte, die geregelte Ernährung, das Trinkwasser, die Bekleidung usw. können leicht überwacht werden.

b) Die Pflege und Heilung Erkrankter (Verunglückter). Infolge des geringen Friedensstandes und der günstigen sanitären Vorbedingungen sind die Erkrankungen wenig zahlreich und sind auf das ganze Staatsgebiet verteilt; Unglücksfälle sind relativ selten.

c) Die Mitwirkung bei der Ergänzung der Kriegsmacht verlangt die Abgabe fachmännischer Gutachten über die körperliche Tauglichkeit bei den Assentierungen, Superarbitrierungen u. dgl. m.

d) Die Beschaffung des Sanitätsmaterials (ärztliche Instrumente, Medikamente, Verbandstoffe usw.) für den Friedensbedarf unterliegt keinen besonderen Schwierigkeiten.

Die Anforderungen, die im Frieden an das Sanitätswesen gestellt werden, sind somit verhältnismäßig sehr gering, und es können daher bei seiner Organisation ausschließlich die Bedürfnisse des Krieges berücksichtigt werden.

**Im Kriege** sind die sanitären Bedürfnisse der Armee im Felde sehr umfangreich und für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit von größter Bedeutung.

Die wichtigsten Aufgaben des Sanitätswesens im Kriege sind:

a) die Wahrung der allgemeinen Hygiene großer, in engen Räumen unter ungünstigen Ernährungsverhältnissen versammelter Massen und die Verhütung von ansteckenden Krankheiten, deren Entstehen durch die Verhältnisse bei der Armee im Felde sehr begünstigt wird und welche die Schlagfähigkeit des Heeres schwer gefährden können;

b) die rasche Versorgung aller auf Märschen und in den Unterkünften Erkrankten, Erschöpften und Verunglückten, welche den Truppen zur Erhaltung ihrer Beweglichkeit abgenommen und baldmöglichst wieder geheilt zur Erhaltung ihrer Gefechtskraft zurückgegeben werden müssen;

c) die rasche Versorgung der großen Massen von Verwundeten, welche sich bei den Kämpfen in kurzer Zeit auf engen Räumen ergeben und welche, je nach dem Grad ihrer Verletzung, teils möglichst rasch geheilt und der Armee wieder zur Verfügung gestellt, teils zur Verhütung von Epidemien möglichst rasch vom Kriegsschauplatz entfernt und im Hinterlande geheilt werden müssen;

d) die rasche Auffindung und Bestattung der Leichen, um ansteckende Krankheiten zu verhüten;

e) der rasche Ersatz des in großen Mengen verbrauchten Sanitätsmaterials (Verbandzeug, Medikamente, Instrumente, Bettzeug usw.);

Zur raschen und sicheren Erfüllung aller dieser Aufgaben ist nötig:

1. zahlreiches, gut geschultes Personal und reichliches Material;
2. zahlreiche Anstalten zur Pflege und zum Transport der Kranken (Verwundeten) und zum Materialersatz;
3. einheitliche und zweckmäßige Leitung.

Das Sanitätswesen im Frieden umfaßt daher:

1. die Ergänzung, Ausbildung und Schulung des gesamten im Kriege nötigen Personals, das mit Teilen auch den Friedensdienst versieht (laufender Dienst bei den Truppen und in den Anstalten, bei der Heeresergänzung und bei der Leitung).
2. Die Organisation stabiler Anstalten, denen die Aufstellung aller im Kriege nötiger mobiler, ambulanter und stabiler Anstalten und alle Friedensvorsorgen dafür obliegen (Beschaffung und Verwaltung des Materials, Evidentführung des Personals, Vorbereitungen zur Formierung) und welche im Frieden die Heilung und Pflege Erkrankter besorgen.
3. Die einheitliche Leitung aller Kriegsvorsorgen, aller vorbereitenden Studien über die sanitären Verhältnisse der Kriegsschauplätze und die Überwachung des ganzen Dienstes im Frieden und im Kriege.

### **Das Sanitätspersonal.**

Den wichtigsten Teil des Sanitätspersonals bilden naturgemäß die Ärzte. Diese benötigen zur Durchführung ihres Dienstes eines Hilfspersonals, das bis zu einem gewissen Grade im ärztlichen Dienste versiert sein muß (Krankenpfleger, Handlanger bei Operationen usw.) und teilweise auch in der Lage sein soll, die Ärzte zu entlasten und im Notfall zu vertreten (Eingreifen in ganz leichten Fällen, erste Hilfe bei Unglücksfällen u. dgl. m.).

Außerdem erfordert die Beschaffung, Verwaltung und Ausgabe des Sanitätsmaterials (speziell der Arzneimittel) ein eigens geschultes Personal (Pharmazeuten).

Schließlich macht es der große Kriegsbedarf an Sanitätspersonal und an Sanitätsanstalten erwünscht, freiwillige Hilfs-

dienste von Zivilpersonen und Vereinen systematisch auszunützen, um dadurch am eigenen Personal und Material zu sparen.

Das Sanitätspersonal besteht somit aus:

- a) Ärzten (Doktoren der Medizin),
- b) Sanitätshilfspersonal mit einem gewissen Grad von ärztlichen Kenntnissen und ärztlicher Schulung,
- c) Medikamentenpersonal für den Materialdienst,
- d) Zivilpersonen, welche freiwillig im Sanitätswesen Dienste leisten.

## Ärzte.

### **Aufgaben und Stellung der Militärärzte.**

Die Aufgaben der Militärärzte bestehen im folgenden:

1. Versehung des laufenden Dienstes bei den Truppenkörpern im Frieden und im Kriege (Untersuchung der Erkrankten (Verwundeten) und erste Hilfeleistung, Behandlung der beim Truppenkörper bleibenden Maroden, Überwachung der Hygiene, der Unterkünfte, der Nahrungsmittel, des Wassers usw.) und Mitwirkung bei der Heeresergänzung (Konstatierung der körperlichen Tauglichkeit);
2. Versehung des Dienstes in den Anstalten des Sanitätswesens im Frieden und im Kriege (Behandlung aller Erkrankten (Verwundeten), Vornahme operativer Eingriffe und dergl. m.);
3. Versehung des Dienstes bei der Leitung des Sanitätswesens (im Frieden: vorbereitende Studien über die günstigste Organisation des Sanitätswesens im Frieden und im Kriege, einheitliche Ergänzung und Ausbildung des Personals, einheitliche Materialbeschaffung, Einleitung aller Kriegsvorkerhungen; im Kriege: Regelung des Sanitätsdienstes der Truppen, rationelle, vorausdenkende Dirigierung und Verwertung aller vorhandenen Sanitätsformationen, Regelung des Krankenabschubes, Überwachung der Kriegshygiene, zielbewußte Verwertung aller verfügbaren staatlichen und privaten Mittel für den Sanitätsdienst).

Außerdem sind die Ärzte der Truppen und Anstalten auch zur fachtechnischen Ausbildung des Sanitätshilfspersonales berufen.

Diesen Anforderungen entsprechend müssen die Ärzte über volle fachwissenschaftliche Ausbildung und über ein gewisses Maß militärischer Ausbildung verfügen.

Die Truppenärzte brauchen sowohl fachwissenschaftliche als auch militärische Kenntnisse zur Ausübung ihres Dienstes; die Anstaltsärzte bedürfen hauptsächlich fachwissenschaftlicher Bildung; die zur Leitung berufenen Ärzte müssen besonders gründlich militärisch geschult sein und hauptsächlich volles Verständnis für die Tätigkeit der Armee im Felde haben, um den sanitären Apparat den militärischen Bedürfnissen anpassen zu können.

Es wurde daher wiederholt der Vorschlag gemacht, die Militärärzte in 3 Kategorien zu teilen, z. B.:

**Truppenärzte** für den Dienst bei den Truppenkörpern mit voller fachwissenschaftlicher und allgemeiner militärischer Ausbildung.

**Spitalsärzte** für den Dienst in den Anstalten mit vorwiegend medizinischer und spezialistischer Ausbildung,

**Sanitätsstab** für den Dienst bei höheren Kommanden und Behörden mit vorwiegend militärischer Ausbildung (in der „Sanitätstaktik“ und im „operativen Sanitätsdienst“), durch geeignete Truppenärzte ergänzt.

Dieses System hätte den großen Vorteil, daß jede Gruppe den Anforderungen im Frieden und im Kriege besser entsprechen könnte, als bei einheitlichen Anforderungen an alle Ärzte. Speziell durch die Organisation eines militärisch hochgebildeten Sanitätsstabes würde im Kriege der Sanitätsdienst sowohl in militärischer Hinsicht (Erhaltung der Schlagfähigkeit der Armee) als auch in humaner Beziehung (rasche Versorgung der Kranken und Verwundeten) sehr gewinnen, da der mit anderen wichtigen Dingen vollauf beschäftigte Generalstab niemals sein Hauptaugenmerk auf die sanitären Vorsorgen richten kann.

Eine Analogie für diese Organisation der Ärzte wäre jene des Verpflegspersonals in Österreich-Ungarn, bei dem die Trennung in drei Gruppen: Proviantoffiziere für den Dienst bei den Truppen, Verpflegs-

beamte für den Dienst in den Anstalten und Intendantursbeamte für die Leitung im Frieden und Kriege, durchgeführt ist und sich sehr gut bewährt; die hochstehende militärische Ausbildung der Intendantursbeamten bildet eine wesentliche Entlastung für den Generalstab und kommt dem Verpflegswesen sehr zu statten.

Die Schwierigkeit für eine derartige Organisation der Ärzte liegt darin, daß die Ärzte des Sanitätsstabes für die erweiterte militärische Ausbildung und die Spitalsärzte für die besondere medizinische und spezialistische Ausbildung durch raschere Beförderung oder sonstwie entschädigt werden müßten, wodurch die Stellung der Truppenärzte weniger anstrebenswert würde, so daß die ohnedem schon schwierige Gewinnung zahlreicher, tüchtiger Ärzte für den Truppendienst gefährdet werden könnte.

**Dienstliche Stellung der Ärzte.** Mit Rücksicht auf den akademischen Bildungsgrad und die hohe Aufgabe der Militärärzte einerseits und auf den nötigen innigen Kontakt mit der Truppe und die Sicherung der Autorität gegenüber der Mannschaft andererseits, muß den Militärärzten unbedingt der Offizierscharakter gegeben werden und in der Adjustierung, Chargenbenennung und dem Befehlgebungsrecht zum Ausdruck gebracht werden.<sup>1)</sup>

Aus denselben Gründen muß den Ärzten auch das Disziplinarstrafrecht über ihre Untergebenen (z. B. in Anstalten) zuerkannt werden; dies setzt allerdings ausreichende militärische Versiertheit der Ärzte voraus.

Die Ausübung einer Zivilpraxis gegen Entlohnung erscheint im allgemeinen zwar dem Offizierscharakter nicht vollkommen angemessen<sup>2)</sup>, kann aber um so eher gestattet werden, als den Ärzten dadurch Gelegenheit geboten ist, ihre Erfahrungen zu bereichern. Naturgemäß ist die Ausübung der Privatpraxis nur insoweit zulässig, als der Dienst darunter nicht leidet.

<sup>1)</sup> In Italien sind die Militärärzte den Truppenoffizieren vollkommen gleich gestellt, in Deutschland („Sanitätsoffiziere“) und Frankreich haben sie Offiziersrang, aber nicht die vollen Offiziersrechte (ähnlich wie in Österreich-Ungarn); in Rußland sind sie Beamte und haben keinerlei militärische Befugnisse.

<sup>2)</sup> In Frankreich ist den aktiven Militärärzten die Ausübung der Zivilpraxis untersagt.

### **Ergänzung und Ausbildung der Berufsmilitärärzte.**

Wie aus dem Gesagten hervorgeht, muß jeder Militärarzt außer der vollen fachwissenschaftlichen Ausbildung auch eine gewisse militärische Schulung besitzen.

Die fachwissenschaftliche Ausbildung der Militärärzte kann entweder in militärischen Anstalten oder an den Zivilhochschulen erfolgen.

Militärische Anstalten können gleichzeitig die nötige militärische Bildung vermitteln und würden am ehesten den nötigen Nachwuchs sichern; sie sind aber außerordentlich kostspielig, da die Leistungen einer solchen Schule naturgemäß auf der vollen Höhe der Zivilhochschulen stehen müßten. Es ist daher billiger und rationeller, die künftigen Militärärzte ihre fachwissenschaftlichen Studien an einer Zivilhochschule absolvieren zu lassen und sie hiebei in geeigneter Weise zu unterstützen, sei es, indem sie bereits als aktive Militärpersonen in eigenen Militärabteilungen an den Zivilhochschulen vereint werden, sei es, indem sie nur finanzielle Unterstützungen erhalten und erst nach Erreichung des Doktorgrades den Militärcharakter erlangen (billiger).

Die nötige militärische Ausbildung kann den künftigen Militärärzten naturgemäß nur in militärischen Anstalten vermittelt werden. Ein gewisses Maß militärischen Verständnisses erhalten die Studierenden der Medizin bereits durch die Ableistung des Einjährig-Freiwilligendienstes. Dies genügt aber kaum für den Friedensdienst, keineswegs für den Dienst als Berufsmilitärarzt im Kriege.

Die künftigen Militärärzte müssen daher stets in besonderen Anstalten oder Kursen mit den speziellen Obliegenheiten des Militärarztes im Frieden und im Kriege vertraut gemacht werden. Dies kann entweder gleichzeitig mit den medizinischen Studien geschehen (z. B. in der Kaiser Wilhelm-Akademie in Deutschland) oder erst nach deren Vollendung (z. B. in der militärärztlichen Applikationsschule in Österreich-Ungarn).

#### **Bedarf an Ärzten im Frieden.** Im Frieden sind nötig:

Bei den Truppen: 1 Arzt als Chefarzt jedes Truppenkörpers und je nach dem Mannschaftsstande eine Anzahl von Ärzten zur Versehung des Dienstes.

Für je 600—700 Mann soll erfahrungsgemäß 1 Arzt vorhanden sein.

In den Sanitätsanstalten: Diensttuende Ärzte je nach der Größe der Anstalt.

Für je 50—80 Kranke soll mindestens 1 Arzt vorhanden sein.

Bei der Leitung: bei jedem höheren Kommando 1 Arzt, ferner eine Anzahl von Ärzten bei den Zentralstellen, Komitees und dergl.

Da etwa die Hälfte aller vorhandenen Ärzte in Anstalten, bei der Leitung und dgl. beschäftigt ist, muß die Gesamtzahl der vorhandenen Ärzte so groß sein, daß 1 Arzt auf ca. 300 Mann des Präsenzstandes entfällt. Ist dies nicht der Fall, so sind die Truppenärzte durch den laufenden Dienst überlastet und in ihrer Fortbildung gehemmt.<sup>3)</sup>

**Schwierigkeit der Ergänzung.** Es handelt sich nicht darum, nur überhaupt Ärzte zu haben, sondern um die Gewinnung von möglichst guten Ärzten, die auch sozial auf der Höhe offiziersmäßiger Anforderungen stehen müssen; da derartige Ärzte aber stets auch leicht gute Zivilstellungen finden, muß der Staat die Stellung des Militärarztes derart anstrebenwert machen (dienstliche und soziale Stellung, Beförderung, Bezahlung), daß sie vorteilhafter erscheint, als die Zivilkarriere. Dies zwingt den Staat zu recht bedeutenden Opfern.

Die früher erwähnten finanziellen Unterstützungen während der Studienzeit, für welche der Empfänger sich zu verlängertem Präsenzdienst verpflichten muß, sind nur ein Notbehelf; derart gewonnene Militärärzte dienen dann oft nur gezwungen und ohne Überzeugung einige Jahre und verlassen den Dienst, sobald ihre Verpflichtung abgelaufen ist.

Die Ergänzung der Berufsmilitärärzte macht in allen Staaten bedeutende Schwierigkeiten.

**Fortbildung der Berufsmilitärärzte.** Die Fortbildung der Berufsmilitärärzte ist von höchster Bedeutung für das Sanitätswesen

Die allgemeine medizinische Fortbildung muß möglichste Förderung seitens des Staates finden. (Stipendien für Studienreisen, Erleichterung bei der Teilnahme an Kongressen,

<sup>3)</sup> Die systemisierte Gesamtzahl der Ärzte beträgt gegenwärtig:

in Österreich-Ungarn	1 Arzt für 230 Mann,
in Italien	1 Arzt für 295 Mann,
in Deutschland	1 Arzt für 322 Mann,
in Frankreich	1 Arzt für 400 Mann.



im Kriege zu wirken haben. Ihr Präsenzdienst zerfällt daher am besten in 2 Teile: ein Teil bei der Truppe, u. zw. wenn möglich im Sommer und Herbst während der großen Übungen, um den Truppensanitätsdienst kennen zu lernen, ein Teil in einer Sanitätsanstalt, um den Spitalsdienst kennen zu lernen; hiebei können die Mediziner auch ärztlich beschäftigt werden, ärztlichen Inspektionsdienst halten u. dgl. m. — In diesem Falle muß der zweite Teil des Dienstes bis nach Erlangung des Doktorats verschoben werden.

Für die Fortbildung der Reserveärzte ist es sehr erwünscht, wenn sie, gleich den Reserveoffizieren, zu Waffenübungen herangezogen werden, die zur Förderung der militärischen Kenntnisse am besten bei den Truppen zur Zeit der größeren Übungen vorzunehmen sind.

### **Ärzte für die 2. und 3. Linie.**

Für die 2. Linie stehen meist ausreichend viele gewesene, noch wehrpflichtige Militärärzte zur Verfügung; für die 3. Linie müssen meist ausschließlich Zivilärzte verwendet werden, welche keine sonstige Verwendung bei der Armee im Felde finden.

Die militärische Schulung dieser Ärzte ist in der Regel sehr gering oder fehlt gänzlich; bei der Art des Dienstes der 2. und 3. Linie handelt es sich aber fast ausschließlich um den rein medizinischen Dienst bei mehr oder weniger stabilen Formationen. — Wenn Teile der 2. Linie zur direkten Unterstützung der 1. Linie und zum Kampfe verwendet werden, müssen zur Leitung des Sanitätsdienstes aktive Militärärzte eingeteilt werden.

### **Sanitätshilfspersonal.**

Zur Unterstützung, Entlastung und teilweise auch zur Vertretung der Ärzte ist ein mehr oder weniger sanitär geschultes Hilfspersonal sowohl bei den Truppen, als auch in den Anstalten nötig.

Das Hilfspersonal der Truppen soll im Interesse der Einheitlichkeit des Truppenkörpers stets diesem selbst entnommen werden; dies ist in Staaten mit verschiedensprachigen Truppenkörpern besonders wichtig.

Der Hilfsdienst in den Anstalten kann zwar — besonders im Frieden — auch von kommandiertem Personal der Truppen versehen werden<sup>4)</sup>, die Organisation einer eigenen Sanitätsbranche (Sanitätstruppe) hat aber abgesehen von der Entlastung der Truppenkörper auch andere Vorteile: der Hilfsdienst in den Anstalten erfordert nur minimale militärische Schulung (hauptsächlich Disziplin und Ordnung) und gestattet auch die Ausnützung körperlich minder Leistungsfähiger<sup>5)</sup>; durch die Organisation einer eigenen Sanitätsbranche wird also den Truppen unnötige Ausbildungsarbeit erspart und es bleibt ihnen das bessere Menschenmaterial erhalten. Der Hauptvorteil besteht aber darin, daß die Aufstellung der zahlreichen im Kriege nötigen Sanitätsabteilungen (-kompagnien, -sektionen und dergl.) viel einfacher und rascher verläuft, wenn im Frieden dafür schon schwache Kaders bestehen, als wenn sie erst bei der Mobilisierung aus Angehörigen verschiedener Truppenkörper neu formiert werden müssen.

Neben der Sanitätsmannschaft kann natürlich im Frieden auch das Hilfspersonal der Truppenkörper zum Dienste in den Anstalten — hauptsächlich zur eigenen Ausbildung — herangezogen werden.

### **Sanitätshilfspersonal der Truppen.**

**1. Personal für den niederen ärztlichen Dienst.** (Sanitätsgehilfen, Sanitätsunteroffiziere, Feldscherer, Hilfsärzte u. dgl.). Je weniger Ärzte im Frieden und im Kriege bei den Truppenkörpern vorhanden sind, desto wichtiger ist es, Leute zu haben,

<sup>4)</sup> In Rußland und Deutschland besteht keine eigene Sanitätstruppe. Im Frieden wird der Hilfsdienst in den Anstalten vom Truppenpersonal versehen, im Kriege werden für die Anstalten eigene Abteilungen aus nichtaktivem Hilfspersonal der Truppen formiert.

<sup>5)</sup> In Deutschland werden auch Ersatzreservisten der Infanterie, welche sonst im Frieden gar nicht ausgebildet werden, zu den im Kriege neuformierten Sanitätskompagnien eingeteilt und hiezu im Frieden während kurzer Zeit als Krankenwärter ausgebildet. — In Frankreich werden alle Geistlichen im Sanitätshilfsdienst ausgebildet und im Frieden und im Kriege in den „Sanitätssektionen“ eingeteilt.

welche, ohne graduierte Ärzte zu sein, doch hinlänglich medizinische Kenntnisse besitzen, um die Krankenpflege zu überwachen, bei Unfällen die erste Hilfe zu leisten, die allgemeine Gesundheitspflege der Mannschaft zu kontrollieren u. dgl. m. Dadurch werden die Truppenärzte entlastet, ihr Ansehen wird gehoben und damit der Beruf wünschenswerter gemacht.

Da eine zu weitgehende Selbständigkeit dieser Leute mit Rücksicht auf ihre stets unvollkommene medizinische Ausbildung nicht erwünscht ist, scheint es auch nicht angemessen, ihnen einen allzugroßen Wirkungskreis und eine besondere Stellung einzuräumen (sie etwa zu Gagisten ohne Rangklasse oder zu Beamten zu machen, wie es für das Hilfspersonal in anderen Verwaltungszweigen empfehlenswert ist). Wollte man aber ihre Ausbildung derart heben, daß man ihnen eine bevorzugte Stellung geben könnte, so wäre dies sehr teuer, und es entstünden dadurch „Ärzte zweiter Güte“, was gewiß nicht rationell wäre.

Das niedere ärztliche Hilfspersonal wird daher am besten dem Mannschaftsstande entnommen, indem geeignete Unteroffiziere (Unteroffiziersaspiranten) in eigenen Kursen die nötige Ausbildung erhalten und die erlangten Kenntnisse im Frieden (als Berufsunteroffiziere) oder auch erst im Kriege (als Reserveunteroffiziere) verwerten.

Da im Kriege der Bedarf viel größer ist als im Frieden (höhere Stände, umfangreicherer Dienst, zahlreiche selbständige kleine Formationen ohne Arzt) muß eine relativ große Zahl dieses Hilfspersonals in der Reserve vorhanden sein.

Im Frieden und im Kriege können Studierende der Medizin in dieser Kategorie gute Dienste leisten.

In Frankreich besteht das Personal für den niederen ärztlichen Dienst ausschließlich aus Studierenden der Medizin und hat als „Hilfsärzte“ ziemlich weitgehende Selbständigkeit; in Rußland wird infolge des allgemeinen Mangels an Zivil- und Militärärzten großer Wert auf die Institution der „Feldscherer“ gelegt, Unteroffiziere, welchen in eigenen Kursen notdürftige medizinische Kenntnisse beigebracht werden und die den Rang höherer Unteroffiziere erhalten.

**2. Handlanger der Ärzte und niedere Hilfsdienste.** (Bandagenträger, Krankenträger, Blessiertenträger, Krankenwärter, Hilfskrankenträger usw.)

Die Ärzte benötigen im Frieden und im Kriege geschulte Leute, welche mit dem Sanitätsmaterial (Requisiten, Instrumente, Medikamente, Verbandzeug) hantieren können und sich auf dessen Konservierung verstehen. Außerdem sind im Frieden Leute für den Wartedienst bei Maroden und Leichtkranken der Truppen und im Kriege eine große Zahl von Leuten zum Einsammeln der Verwundeten auf den Gefechtsfeldern und zu ihrem Transport zur ärztlichen Behandlungsstelle nötig.

Zu allen diesen Hilfsdiensten werden am einfachsten geeignete Leute im Frieden in der Manipulation mit dem Material und in den einfachsten medizinischen Kenntnissen (richtiges Anfassen von Kranken und Verwundeten, Anlegen einfacher Notverbände u. dgl.) ausgebildet. Die Schulung kann gleichmäßig in allen Hilfsdiensten erfolgen, oder es können 2 Gruppen gebildet werden: Handlanger für den Materialdienst (Bandagenträger) und Leute für die Wartung und den Krankentransport (Krankenträger, Krankenwärter u. dgl.). Die Trennung in 2 Gruppen ermöglicht eine gründlichere Ausbildung und eine zweckmäßigere Ausrüstung, indem die Handlanger Sanitätsmaterial für die Ärzte, die Krankenträger Transportmittel (Bahren) und Labemittel tragen.

Um an Gewehrzahl zu gewinnen, zählen in Deutschland und in Rußland die Krankenträger zum Gefechtsstand („Hilfskrankenträger“) und sind mit dem Gewehr ausgerüstet. Dies führt leicht zu unliebsamen Mißverständnissen. So kam es in den Kämpfen bei Orléans zu Rekrimationen seitens der Franzosen, daß sich deutsche Sanitätsmannschaft aktiv am Gefechte beteiligt hätte (Hilfskrankenträger, welche vergessen hatten, die Genfer Armbinde abzulegen); andererseits wurden im russisch-japanischen Kriege Hilfskrankenträger, welche die Genfer Armbinde verloren hatten oder vergessen hatten sie anzulegen, so daß sie von der kombattanten Mannschaft nicht zu unterscheiden waren, von den eigenen Offizieren in der Ausübung des Sanitätsdienstes behindert, während andererseits Drückebergern dadurch die Möglichkeit geboten war, sich ungerechtfertigt aus der Feuerlinie zu entfernen und sich am Verwundetentransport zu beteiligen. Es scheint daher besser, die Krankenträger definitiv als Nichtkombattanten zu kennzeichnen und sie überhaupt nicht mit Feuerwaffen zu versehen.

Die Ausbildung dieser Leute kann im Frieden entweder bei den Truppen durch die Truppenärzte oder — was im Interesse der Gründlichkeit vorzuziehen ist — in Sanitätsanstalten erfolgen.

### **Sanitätshilfspersonal in den Anstalten (Sanitätstruppe).**

**Formationen.** Die Friedensformationen müssen sich den bestehenden Friedensanstalten anpassen, die Kriegsformationen den im Kriege vorhandenen Sanitätsanstalten. Jede im Frieden bestehende Abteilung bildet den Kader für eine Anzahl von Kriegsabteilungen; für den Ersatz müssen entsprechend starke Ersatzabteilungen im Kriege aufgestellt werden.

**Ergänzung.** In physischer Hinsicht können an die Sanitätsmannschaft geringere Anforderungen gestellt werden. Infolge der geringen Zahl der Friedensabteilungen müssen jeder davon größere Territorien zur Ergänzung zugewiesen werden.

In mehrsprachigen Staaten ist manchmal auch gemischte Ergänzung empfehlenswert, um in den großen Spitälern unter der Pflege Mannschaft alle Nationalsprachen vertreten zu haben.

Da die Friedensabteilungen nur geringe Stände brauchen, ist das Rekrutenkontingent und daher auch die Stärke der Reservejahrgänge sehr gering. Für den großen Kriegsbedarf reichen die verfügbaren Reservisten somit nicht aus, und es müssen stets auch die Angehörigen der 2. und 3. Linie, ferner minder taugliche, zum Sanitätsdienst geeignete Reservisten und Ersatzreservisten anderer Waffengattungen bei den Kriegsformationen eingeteilt werden.

**Unterstellung** (Offiziere der Sanitätstruppe). Im Sanitätsdienste untersteht die Mannschaft den Ärzten, zu deren Unterstützung sie berufen ist. — Für die militärischen Notwendigkeiten (allgemeine Ausbildung, Disziplin, Adjustierung, administrativer Dienst der Abteilungen, Kriegsvorbereitungen u. dgl. mehr) müssen aber auch rein militärische Vorgesetzte (Unteroffiziere und Offiziere der Sanitätstruppe) vorhanden sein, um die Ärzte nicht mit diesen ihnen ferner liegenden Diensten zu belasten.

Im Interesse der Disziplin bei den hauptsächlich sanitär und relativ wenig militärisch geschulten Abteilungen empfiehlt es sich, die militärischen Vorgesetzten möglichst den Truppenoffizieren nahezubringen oder auch völlig gleichzustellen. An die physische Leistungsfähigkeit der Offiziere und Unteroffiziere können aber geringere Anforderungen gestellt werden.

Im Kriege entfällt bei den Feldsanitätsabteilungen die militärische Ausbildung fast völlig, und auch der militärische Aufservdienst ist bei der im Sanitätsdienst befindlichen Abteilung sehr reduziert; die Offiziere und Unteroffiziere der Sanitäts-truppe können daher vorteilhaft mit dem Dienst des Proviant-offiziers, dem traintechnischen Dienst u. dgl. bei den Feld-sanitätsanstalten betraut werden und müssen daher im Frieden dafür ausgebildet werden.

**Ausbildung.** Bei der Sanitätstruppe handelt es sich um ein Minimum von militärischer Ausbildung, die Sache der Offiziere und Unteroffiziere ist, und um eine möglichst gründliche sanitäre Ausbildung, wozu die Ärzte berufen sind.

Da die Mannschaft die erlangte sanitäre Ausbildung auch bereits im Frieden verwerten muß, ergibt sich eine Zweiteilung jeder Abteilung: ein Teil, der in Ausbildung begriffen ist, und ein Teil, der die erlangte Ausbildung bereits im Pflegedienste tatsächlich verwertet.

**Bewaffung und Ausrüstung.** Die Sanitätsmannschaft kann entweder ganz unbewaffnet bleiben oder sie erhält eine massive Seitenwaffe, die hauptsächlich als Werkzeug für Lager- und Trainedienst dient (Pioniersäbel).

Die nötige Feldausrüstung (Verpflegsggeräte, Montursreserven usw.) kann leicht auf Fuhrwerken der Anstalt untergebracht werden. Die den Leuten persönlich nötigen Dinge (Reserve-wäsche, 2. Fußbekleidung, Eßschale und Besteck, Reserveverpflegung u. dgl.) können auch in Tornistern getragen werden.

**Kriegsvorräte.** Bei jeder Abteilung muß schon im Frieden der Augmentationsvorrat für alle im Kriege aufzustellenden Formationen deponiert sein.

**Ersatzkader.** Eigene Ersatzkader (analog den anderen Waffengattungen) sind bei der Sanitätstruppe nicht nötig, da die Evidentführung des Personals und die Verwaltung des Augmentationsmaterials leicht von den Offizieren der Abteilung selbst besorgt werden kann, die durch den Dienst bei den Abteilungen viel weniger in Anspruch genommen sind, als die Offiziere der Truppenformationen anderer Waffengattungen.

## Medikamentenpersonal.

Die Verwaltung der geringfügigen, für den laufenden Bedarf bestimmten Materialvorräte der Truppen kann ohneweiteres den Truppenärzten und ihrem Hilfspersonal überlassen bleiben; für die Verwaltung der größeren Vorräte der Spitäler ist zur Entlastung der Ärzte die Anstellung eines eigenen Personals erwünscht. Zur einheitlichen Leitung der Beschaffung und zur Konservierung der großen Kriegsvorräte müssen stets eigene Organe vorhanden sein. Die Organisation einer eigenen Medikamentenbranche (Militärapotheker) ist stets vorteilhaft, da es nicht rationell wäre, die Ärzte, die teuer und schwer zu ergänzen sind, damit zu betrauen.

Da es im Medikamentendienst hauptsächlich auf die einheitliche und zweckmäßige Beschaffung und auf die Überwachung der sachgemäßen Deponierung und Manipulation ankommt, genügt es, leitende, verantwortliche Beamte dafür anzustellen. Der wenig umfangreiche Manipulationsdienst kann leicht von der Mannschaft der Sanitätstruppe oder — wo keine solche besteht — vom Sanitätshilfspersonal der Truppen versehen werden.

Die Medikamentenbranche besteht daher meist nur aus einer relativ geringen Zahl von Beamten, welche die nötigen pharmazeutischen Kenntnisse an Zivilschulen erworben haben, da die Aufstellung eines eigenen militärischen Kurses hierfür sich nicht verlohnen würde.

Für den erhöhten Bedarf im Kriege stehen alle dienstpflichtigen Zivilapotheker und Gehilfen zur Verfügung, welche daher schon im Frieden zu Medikamentenbeamten in der Reserve ernannt werden und gelegentlich der Ableistung des einjährig-Freiwilligendienstes mit dem Dienste in den militärischen Medikamentenanstalten vertraut gemacht werden.

## Freiwilliges Sanitätspersonal.

Mit Rücksicht auf das zahlreiche militärische Sanitätspersonal, das zur Vorbereitung für den Sanitätsdienst im Kriege schon im Frieden vorhanden sein muß, ist die freiwillige Mit-

wirkung von Privatpersonen im Sanitätswesen im Frieden nicht nötig. Es käme nur die Verwendung von geschulten Pflegerinnen (Krankenschwestern) in den Spitälern in beschränktem Ausmaße in Betracht, da bei sehr schwer Erkrankten die weibliche Pflege der männlichen stets vorzuziehen ist.

## **Sanitätsanstalten.**

Das Sanitätspersonal der Truppen ist berufen, in allen Erkrankungsfällen die erste Hilfe zu leisten. Mit Rücksicht auf die beschränkten sanitären Mittel der Truppenkörper können nur solche Erkrankte bis zur völligen Genesung bei den Truppenkörpern bleiben, bei denen eine kurze Bettruhe oder ganz einfache Behandlung in kürzester Zeit zur Wiederherstellung führt. Zur Aufnahme derartiger Erkrankter soll bei jedem Truppenkörper ein eigener Raum („Marodenzimmer“, „Krankensstube“ oder dgl.) eingerichtet sein, in dem das Sanitätspersonal des Truppenkörpers den Dienst versieht.

Alle anderen Kranken, welche besonderer Pflege und Wartung, besonderer Kost oder längerer Heilungsdauer bedürfen, müssen den Truppen abgenommen und in eigenen Anstalten gepflegt und geheilt werden (Spitäler, Lazarette), welche im ganzen Staatsgebiet verteilt sind; ihre Größe variiert nach dem zu erwartenden Krankenzugang.

Den größeren Spitälern obliegt naturgemäß die Aufstellung der Feldsanitätsanstalten mit Ausnahme der Trainabteilung, die von der Traintruppe beigestellt wird.

Wenn keine selbständige Sanitätstruppe besteht und die Spitäler somit keinen eigenen Stand von Hilfspersonal haben, ist es vorteilhaft, ihnen auch die Aufstellung der Feldsanitätsabteilungen abzunehmen und sie einem Truppenkörper, am besten jenem Teile der Traintruppe zu übertragen, welche die Bespannung der betreffenden Feldsanitätsanstalt beistellt.

## **Spitäler.**

### **1. Grosse Spitäler.**

Die großen Militärspitäler haben nach dem Gesagten folgende Aufgaben:

1. Pflege und Heilung der Kranken des Friedensstandes;
2. Ausbildung des Sanitätshilfspersonals;
3. Vorsorgen für die rasche Aufstellung der Feldsanitätsanstalten bei der Mobilisierung (Ansammlung und Verwaltung des Sanitätsmaterials, Evidentführung der Ärzte; wenn eine Sanitätstruppe besteht auch: Evidenthaltung des Sanitätshilfspersonals und Verwaltung der Augmentationsvorräte hiefür);
4. Vorbereitung für die Erweiterung des Spitals im Kriege.

### **Zahl und Lage der Spitäler.**

Um allen aufgezählten Aufgaben entsprechen zu können, müssen die großen Spitäler im ganzen Staatsgebiet ungefähr gleichmäßig verteilt sein, wodurch die bezirksweise Evidentführung des Personals erleichtert wird, die Einrückung bei der Mobilisierung beschleunigt wird und die Materialvorräte dezentralisiert werden; außerdem wird dadurch die Abgabe der Friedenskranken von den Truppenkörpern beschleunigt und vereinfacht, es wird die Ausbildung des Truppenpersonals erleichtert und es wird die gleichmäßige Verteilung der Verwundeten im Kriege angebahnt.

Jeder Territorialbereich soll daher mindestens 1 großes Spital besitzen.

### **Organisation.**

**Kommandant.** An der Spitze des Spitals kann entweder ein Arzt stehen, dem der gesamte Sanitätsdienst und der militärische Dienst untersteht, oder es kann mit der militärischen Kommandoführung ein Offizier betraut werden, während den Ärzten nur der medizinische Dienst obliegt. Die einheitliche, selbständige Kommandoführung durch einen Arzt ist stets vorzuziehen, da sie den Dienstbetrieb wesentlich vereinfacht und auch die Stellung und das Ansehen der Ärzte hebt. Voraussetzung ist hiebei nur, daß die Berufsmilitärärzte über ausreichende militärische Versiertheit verfügen, um auch das militärische Kommando der Anstalt führen zu können.

In Österreich-Ungarn waren bis 1869 Offiziere als Kommandanten („Leiter“) der Spitäler eingeteilt. 1869—1894 waren Ärzte als Leiter der Spitäler eingeteilt, die aber im allgemeinen nur einen

sanitären Wirkungskreis hatten und nur über die Ärzte und Medikamentenbeamten das Disziplinarstrafrecht ausübten; militärischer Kommandant aller Personen des Soldatenstandes war ein Offizier der Sanitätstruppe. Seit 1894 haben die Ärzte das uneingeschränkte Kommando über das ganze Spital samt Personal und Kranken. — In Rußland werden die „Militärspitäler“ von Offizieren kommandiert, die Ärzte sind als Beamte nur für den medizinischen Dienst verantwortlich.

**Stab.** Der Spitalskommandant muß, wie jeder andere selbstständige Kommandant, über die nötigen Hilfsorgane und Referenten verfügen: z. B. Organe für den militärischen Kanzleidiens, Organe für den administrativen Dienst, für den Verpflegedienst, für den Material- und Medikamentendienst u. dgl. m. Auch Geistliche sollen bei den Spitälern eingeteilt sein.

Schließlich sollen eigene Organe für die umfangreichen Kriegsvorbereitungen vorhanden sein, denen die nötige Evidenzhaltung des Personals und des Materials obliegt.

**Gliederung der Spitäler.** Zur Pflege der Kranken müssen die Spitäler je nach der Art der Erkrankungen in mehrere möglichst selbständige Abteilungen geteilt sein (z. B. für Augenranke, für Hautranke, für chirurgisch Kranke und dergl. mehr), deren jede über das nötige Pflegepersonal und eine Anzahl von Ärzten verfügt.

Außerdem müssen für den medizinischen Dienst sonstige Vorkehrungen getroffen sein, z. B. chemische Laboratorien, Apotheken, Operationssäle, Abteilungen für Geistesranke, für ranke Sträflinge usw., ferner Desinfektionsräume, Badeanlagen, Küchen usw.

Schließlich muß in militärischer Hinsicht das Pflegepersonal — ob es aus Truppenpersonal besteht oder ob es einer eigenen Sanitätstruppe angehört — in eine Abteilung zusammengefaßt sein (Disziplin, Adjustierung, Gebühren, Kost usw.), die stets in 2 Gruppen geteilt sein muß: fertig ausgebildetes Personal, das, auf die Krankenabteilungen verteilt, den Pflegedienst versieht, und Personal, das noch in Ausbildung begriffen ist.

Zur Deponierung der umfangreichen Kriegsvorräte sind große Magazine, Depots u. dgl. nötig.

### Kleine Spitäler.

(Truppenspitäler, Lokallazarette, Marodenhäuser u. dgl.)

Da die großen selbständigen Spitäler, denen nebst der Friedensaufgabe die wichtigen Vorbereitungen für die Mobilisierung der Feldsanitätsanstalten obliegen, sehr umfangreiche und kostspielige Anstalten sind, ist ihre Zahl beschränkt (1—2 in jedem Territorialbereich).

Eine größere Anzahl würde auch die Mobilisierungsvorarbeiten zu sehr komplizieren und zersplittern.

Um nun den Friedensdienst zu erleichtern (große Krankentransporte zu vermeiden) und gleichzeitig eine große Anzahl erweiterungsfähiger Spitäler für den Krieg im ganzen Lande verfügbar zu haben, ist es gut, in den Garnisonen, die kein großes Spital haben, kleinere Sanitätsanstalten zu errichten.

Da diese Anstalten bei der Mobilisierung keine Feldsanitätsanstalten aufzustellen haben, brauchen sie auch im Frieden keinen eigenen Personalstand. Der Dienst kann ausschließlich von den Truppenärzten und dem Truppenhilfspersonal der Garnison versehen werden.

Dadurch, daß diese kleineren Spitäler auch die Ausbildung des Truppenhilfspersonals übernehmen können, werden die großen Spitäler entlastet; auch ist den Truppenärzten dadurch mehr Gelegenheit geboten, Erfahrungen zu sammeln, als es im laufenden Truppendienst möglich ist, wo es sich stets nur um die erste Hilfe und Diagnose und die Behandlung ganz leichter Fälle handelt.

Als Kommandant wird am einfachsten ein Arzt der Garnison bestimmt; die innere Gliederung ist je nach der Größe der Anstalt, die ihrerseits von der Größe der Garnison abhängt, mehr oder weniger jener der großen Spitäler angepaßt, aber entsprechend vereinfacht.

Für die Vernehmung des administrativen Dienstes kann ein eigenes Organ (Offizier des Ruhestandes, Armeestandes oder dgl.) eingeteilt werden, oder es kann ein geeigneter Offizier der Garnison dazu kommandiert werden, was zwar billiger ist, aber den Nachteil häufigen Wechsels hat.

## Medikamentenanstalten.

Im Frieden müssen einerseits alle für den Friedensgebrauch nötigen Materialien, Medikamente, Instrumente u. dgl. beschafft und nach Bedarf an die Anstalten und Truppen ausgegeben werden, anderseits müssen die sehr bedeutenden Mengen von Sanitätsmaterial, welche zur Dotierung der Feldsanitätsanstalten, zur Kriegsausrüstung der Truppen und der stabilen Sanitätsanstalten und zum Ersatz des massenhaft verbrauchten Materials nötig sind, beschafft, deponiert und konserviert werden.

Hiefür müssen eigene Medikamentenanstalten organisiert werden, in denen das Medikamentenpersonal den Dienst versieht. Um den nötigen Einfluß der Ärzte auf das Medikamentenwesen zu sichern, ist es am einfachsten, die Anstalten nicht selbständig zu machen, sondern sie möglichst eng an die Militärspitäler anzuschließen, resp. sie diesen ganz zu unterstellen.

## Heil- und Kuranstalten.

In Kurorten, Bädern u. dgl. verlohnt es sich nicht, eigene Militärspitäler zu errichten, da derartige Orte in der Regel keine Garnison haben und der Gebrauch der Kuren häufig nur an einzelne Jahreszeiten gebunden ist; auch ist der Kurgebrauch nur für bestimmte Kategorien von Kranken und Rekonvaleszenten bestimmt, welche meist gar keiner oder nur geringfügiger Pflege bedürfen.

Um Kurorte, Heilquellen usw. für erkrankte Offiziere und Mannschaft auszunützen, genügt es daher, in diesen Orten die nötigen Unterkünfte zu schaffen, und einen ganz kleinen Verwaltungsapparat zu bestimmen: Einen Offizier (Ruhestand, Armeestand oder dgl.) als Kommandant zur Erhaltung der militärischen Ordnung und zur Versehung der geringfügigen administrativen Geschäfte und, je nach Bedarf, einen Arzt zur ärztlichen Aufsicht.

## **Freiwillige Sanitätspflege.**

So wertvoll die Beteiligung privater Vereine und Personen an der Sanitätspflege im Kriege ist, so findet sich im Frieden infolge des geringen Krankenstandes und der weitgehenden, als Kriegsvorbereitung nötigen militärischen Vorsorgen keine Gelegenheit zur direkten Betätigung, abgesehen von der Gewährung finanzieller Erleichterung in Kuranstalten, Bädern usw. für erkrankte Offiziere und Mannschaft.

Für die rationelle Verwertung der aufgebotenen Mittel und die erfolgreiche Tätigkeit im Kriege ist aber eine einheitliche militärische Leitung und eingehende Friedensvorbereitung unerlässlich.

Die Friedenstätigkeit der freiwilligen Sanitätspflege beschränkt sich daher — von den erwähnten Freiplätzen und Erleichterungen beim Bade- und Kurgebrauch abgesehen — darauf, daß eine Anzahl von Vereinen unter einheitlicher militärischer Leitung Personal ausbildet und evident führt, große Materialmengen beschafft und verwaltet und alle sonstigen Vorbereitungen für die Kriegstätigkeit trifft.

## **Leitung im Frieden.**

Die Leitung des Sanitätswesens im Frieden umfaßt:

1. die einheitliche Leitung des gesamten Friedensdienstes,
2. die einheitliche Leitung aller Kriegsvorbereitungen, der Materialbeschaffung usw.,
3. die Vornahme gründlicher Studien über die sanitären Verhältnisse der Kriegsschauplätze, die Sammlung statistischen Materials u. dgl. m.,
4. die einheitliche Leitung der Vorarbeiten der freiwilligen Sanitätspflege.

Es müssen daher im Frieden außer der administrativen Zentralstelle in den Ministerien einerseits bei den höheren Kommanden ärztliche Referenten zur Überwachung der Hygiene und der

Kriegsvorbereitung bei den Truppen eingeteilt sein, andererseits muß eine eigene Kommission, ein Komitee oder dgl. für rein fachtechnische Angelegenheiten bestehen.

Für die einheitliche Materialbeschaffung besteht am besten eine eigene Zentralstelle des Medikamentenwesens unter entsprechender Einflußnahme ärztlicher Faktoren.

## 2. Das Sanitätswesen im Frieden in Österreich-Ungarn.

(Hiezu Beilage 1.)

Das Sanitätswesen im Frieden ist im Heer und beiden Landwehren selbständig organisiert. Die Aufstellung der Feldsanitätsanstalten obliegt jedoch nur dem Heere; die beiden Landwehren erhalten im Kriege die nötigen Sanitäts-Formationen vom Heere zugewiesen.

### Heer.

Das Sanitätswesen im Heere umfaßt im Frieden:

1. die **einheitliche Leitung** des Friedensdienstes und der Kriegsvorbereitungen,
2. die Ergänzung und Ausbildung des **Sanitätspersonals** für den Friedensdienst und den vollen Kriegsbedarf, u. zw.:
  - a) des militärärztlichen Offizierskorps,
  - b) des Sanitätshilfspersonals der Truppenkörper (Sanitätsunteroffiziere, Bandagenträger und Blessierten-träger),
  - c) der Sanitätstruppe für den Dienst in den Anstalten,
3. die Organisation stabiler **Friedensanstalten**, und zwar von:
  - a) Garnisonsspitalern, denen der Friedensdienst und die Aufstellung der Feldsanitätsanstalten obliegt,
  - b) Truppenspitalern und Marodenhäusern, denen hauptsächlich der Friedensdienst und dessen Fortsetzung im Kriege an Ort und Stelle obliegt,

e) Heil- und Kuranstalten in Bädern und Kurorten,

4. die Materialbeschaffung und Verwaltung durch das **Medikamentenwesen**, sowie die Ergänzung und Ausbildung des Medikamentenpersonals,

5. die Vorbereitungen für die Tätigkeit des **freiwilligen Sanitätswesens** im Kriege.

## 1. Leitung.

Die administrative Zentralstelle für das Sanitätswesen ist das Reichskriegsministerium, 14. Abteilung. Der Vorstand dieser Abteilung ist zugleich Chef des militärärztlichen Offizierskorps und steht an der Spitze des gesamten Sanitätswesens.

Zur Vornahme von Versuchen und Studien jeder Art, zur Verarbeitung statistischen Materials u. dgl. m. ist das Militär-Sanitätskomitee in Wien berufen, das aus 8—12 höheren Militärärzten besteht und in allen wissenschaftlichen und technischen Angelegenheiten des Sanitätswesens Hilfsorgan des Reichskriegsministeriums ist.

Bei jedem Korpskommando und jedem Truppendivisionskommando ist ein höherer Militärarzt als „Sanitätschef des Korps, resp. der Division“ eingeteilt; diesen Ärzten obliegt die Überwachung der unterstehenden Truppen in allgemein-sanitärer und hygienischer Hinsicht. Außerdem ist in größeren Garnisonen, in denen sich kein Truppendivisionskommando (= kein Sanitätschef) befindet, ein eigener höherer Arzt als „Garnisonschefarzt“ zur Überwachung der Hygiene angestellt.

Bei den Kommanden der größeren Festungen ist schon im Frieden je ein höherer Militärarzt als „Festungssanitätschef“ zur Überwachung der sanitären Verhältnisse und der Kriegsvorsorgen eingeteilt.

In den größten Garnisonen sind außerdem für den Lokaldienst auch bei den Lokalbehörden (Platzkommanden) Ärzte eingeteilt.

## 2. Sanitätspersonal.

### Das militärärztliche Offizierskorps.

**Stellung.** Die Militärärzte bilden eine eigene Standesgruppe, haben Offiziersrang, tragen die allgemeinen äußeren Kennzeichen der Offiziere und stehen nur in einigen wenigen Punkten hinter den Offizieren des Soldatenstandes zurück (beschränktes Befehlgebungsrecht, eingeschränkte Ehrenbezeugungen).

### Ergänzung und Ausbildung der Berufsmilitärärzte.

Das aktive militärärztliche Offizierskorps ergänzt sich ausschließlich durch freiwilligen Eintritt von Doktoren der Medizin, welche ihre Studien an einer Zivilhochschule absolviert haben. Studierende der Medizin, welche sich zu Beginn oder im Verlaufe ihrer Studienzeit zum seinerzeitigen Eintritt in das aktive militärärztliche Offizierskorps melden, heißen „Aspiranten“, erhalten Stipendien, welche mit dem Fortschreiten der Studien wachsen, und müssen sich dafür zu einem um 6 Jahre verlängerten Präsenzdienst verpflichten. Doktoren der Medizin, die sich erst nach Erlangung des Doktorgrades zum Eintritt in das aktive militärärztliche Offizierskorps melden („Bewerber“), erhalten einen entsprechend hohen „Studienkostenersatz“ und müssen sich dafür zu einem um 4 Jahre verlängerten Präsenzdienst verpflichten.

Bei Aspiranten und Bewerbern ist die körperliche Eignung und entsprechende moralische Qualität Vorbedingung für die Annahme der Meldung.

**Militärische Ausbildung.** Da Aspiranten und Bewerber den normalen einjährigen Präsenzdienst zusammen mit allen anderen Studierenden der Medizin ableisten müssen, erhalten sie hiebei die allgemeine militärische Ausbildung.

Jenes Maß militärischer Kenntnisse, das dem Berufsmilitärarzt unbedingt nötig ist, wird den Aspiranten und Bewerbern nach Erlangung des Doktorgrades in der „militärärztlichen Applikationsschule“ in Wien in einem einjährigen Kurse durch höhere Militärärzte und andere Offiziere ver-

mittelt, worauf sie als Berufsoberärzte bei Truppen und Anstalten eingeteilt werden.<sup>6)</sup>

Mit Rücksicht auf das höhere Lebensalter, in dem die Aspiranten und Bewerber infolge der langen Studiendauer beim Eintritt in das militärärztliche Offizierskorps stehen, werden sie sogleich in die X. Rangsklasse (Oberleutnantscharge) übernommen. — Die Charge eines Assistenzarztes (Leutnantscharge) kommt im allgemeinen nur bei nicht-aktiven Ärzten vor.

**Fortbildung der Berufsmilitärärzte.** Die ärztliche Fortbildung erfolgt im allgemeinen durch die Dienstleistung selbst und ist hauptsächlich der Strebsamkeit des Einzelnen überlassen. Zur Ausbildung in gewissen medizinischen Spezialfächern wird alljährlich eine Anzahl von Ärzten auf Staatskosten an Zivilkliniken und ärztliche Fachschulen kommandiert.

Zur militärischen Fortbildung werden abgesehen von der Teilnahme an den Truppenübungen auch garnisonsweise Sanitätskriegsspiele, Vorträge u. dgl. gehalten. Die Erlangung der Charge des Stabsarztes ist an die Absolvierung eines „Informationskurses“ gebunden, in dem hauptsächlich jene militärischen Kenntnisse erweitert werden, deren der leitende Militärarzt im Frieden und im Kriege unbedingt bedarf.

<sup>6)</sup> Diese Art der Ergänzung reicht nicht aus; es fehlt gegenwärtig zirka  $\frac{1}{5}$  der systemisierten Zahl von Berufsmilitärärzten; besonders seitdem auch abgesehen von der medizinischen Ausbildung rigorosere Anforderungen gestellt werden, ist der Nachwuchs nicht zahlreich genug. Der Grund dürfte darin liegen, daß die Stellung des Berufsmilitärarztes den erreichbaren Zivilstellungen gegenüber zu wenig wünschenswert erscheint. Da aber die beiden wichtigsten Faktoren: rasche Beförderung und entsprechend hohe Gage, durch die Verhältnisse bei den anderen Standesgruppen und durch die budgetären Mittel ziemlich beengt sind, dürfte das einzige Mittel zur Vermehrung der Zahl der Berufsmilitärärzte die Errichtung einer eigenen militärischen Anstalt mit besonderen Benefizien sein. — Die ehemalige „Josefs-Akademie“ in Wien, welche die medizinische und die militärische Ausbildung der Berufsmilitärärzte besorgte, wurde in der Erwartung aufgelassen, daß sich bei der Einführung der allgemeinen Wehrpflicht ausreichende Bewerber des Zivilstandes finden würden. Dies ist aber trotz der steten Erhöhung der Stipendien und Studienkostensätze und sonstiger Zuwendung von Vorteilen nicht im erwünschten Maße der Fall.

**Einteilung der Ärzte im Frieden.** Im Frieden sind die Berufsmilitärärzte teils auf den früher angeführten leitenden Posten, teils bei Truppenkörpern und Anstalten eingeteilt.

Bei den Truppen standen bisher nur Regimentsärzte und Oberärzte in Verwendung. Gegenwärtig werden zur Verbesserung des Avancements die Stellen der Regimentschefärzte bei der Infanterie und der Ärzte bei den Ergänzungsbezirkskommanden mit Stabsärzten besetzt.

### **Ergänzung und Ausbildung der Reserveärzte.**

Die Reserveärzte werden zum Teil durch gewesene Berufsmilitärärzte ergänzt, welche nach Vollendung der verlängerten Präsenzdienstpflicht in die Reserve übertraten, zum größten Teil aber durch Studierende der Medizin, die bei der Ableistung des Einjährig-Freiwilligendienstes zu Reserveärzten ausgebildet werden.

Die Studierenden der Medizin leisten den einjährigen Präsenzdienst in 2 Teilen:

$\frac{1}{2}$  Jahr im Soldatenstande bei einem Truppenkörper der Infanterie (Jägertruppe) als „Einjährig-Freiwillige-Mediziner“ in den Sommermonaten; in dieser Zeit wird die allgemeine militärische Ausbildung vorgenommen und die Mediziner lernen den Sanitätsdienst bei der Truppe praktisch kennen.

$\frac{1}{2}$  Jahr nach Erlangung des Doktorgrades als „Assistenzarztstellvertreter“ in einem Garnisonsspital, wobei sie ärztlich verwendet werden und den Dienst in Sanitätsanstalten praktisch kennen lernen.<sup>7)</sup>

Nach der Vollendung des Präsenzdienstes werden die Einjährig-Freiwilligen-Mediziner je nach den Standesverhältnissen entweder als Assistenzärzte oder als Assistenzarztstellvertreter in die Reserve übersetzt.

**Fortbildung der Reserveärzte.** Die Reserveärzte leisten vierwöchige „Dienstübungen“, ähnlich den Waffenübungen der Reserveoffiziere, teils bei Sanitätsanstalten, teils bei Truppenkörpern.

<sup>7)</sup> Bis 1889 dienten die Reserveärzte überhaupt nicht bei der Truppe, sondern leisteten den ganzen einjährigen Präsenzdienst entweder vor der Vollendung ihrer Studien als „Militärärztliche Eleven“ oder nach Erlangung des Doktorgrades als „Assistenzärzte“ in einer Anstalt.

## **Das Sanitätshilfspersonal der Truppen.**

**Sanitätsunteroffiziere<sup>8)</sup>** Zur unmittelbaren Unterstützung der Truppenärzte in jeder Hinsicht sind die Sanitätsunteroffiziere bestimmt. Sie haben dieselben Chargen wie die Frontunteroffiziere und werden in eigenen Sanitätsunteroffiziers-Schulen bei den Garnisonsspitalern durch 5 Monate ausgebildet und weiterhin durch die Truppenärzte und durch die Ausübung des Dienstes selbst fortgebildet.

Nach Beendigung des Präsenzdienstes werden sie entweder zur Deckung des Kriegsbedarfes in die Reserve übersetzt oder sie können freiwillig als Berufsunteroffiziere weiterdienen.

Im Frieden ist bei jeder Abteilung, im Kriege bei jeder Unterabteilung der Fußtruppen, der Kavallerie und der Artillerie je ein Sanitätsunteroffizier eingeteilt.

Vorläufig ist der volle Stand von Sanitätsunteroffizieren weder im aktiven noch im Reservestand vorhanden; es müssen daher teilweise noch Unteroffiziere des Gefechtsstandes für diesen Dienst ausgebildet und verwendet werden (früher: „Blessiertenträger-Unteroffiziere“).

**Die Blessiertenträger** (Soldaten ohne Chargengrad) sind im Frieden für den Krankentransport, die Krankenpflege und sonstige niedere Hilfsdienste im Sanitätswesen bei den Truppen bestimmt; im Kriege haben sie hauptsächlich den Transport der Verwundeten und Kranken innerhalb der Truppenkörper zu besorgen.

**Die Bandagenträger** (Soldaten ohne Chargengrad) sind den Ärzten zum Handlangerdienste zugewiesen; im Kriege sind sie für die Fortbringung des größten Teiles des Sanitätsmaterials der Truppenärzte bestimmt.

Die Ausbildung der Blessiertenträger und Bandagenträger erfolgt theoretisch bei den Truppen durch die Truppenärzte in eigenen Kursen; im praktischen Feldsanitätsdienst werden sie gelegentlich der Truppenübungen und bei eigenen Sanitätsübungen im Truppenkörper geschult. Die im Blessierten- und Bandagenträgerdienste ausgebildeten Leute der Infanterie und Jägertruppe werden zur praktischen Schulung im Pflegedienst außerdem für 3 Monate in ein Spital kommandiert.

<sup>8)</sup> Bis 1909 „Sanitätsgehilfen“.

### Marodenzimmer der Truppenkörper.

Zur Aufnahme Leichtkranker und Maroder, deren Abgabe an ein Spital sich nicht verlohnt, sind bei den Truppenkörpern und detachierten Abteilungen eigene Marodenzimmer eingerichtet, in denen diese Leute unter Aufsicht der Truppenärzte und Sanitätsunteroffiziere von Blessierten- und Bandagenträgern gepflegt werden.

Die Marodenzimmer dienen meist auch zur Abhaltung der „Marodeervisite“ (tägliche Untersuchung krankgemeldeter Mannschaft), zur Deponierung eines kleinen Materialvorrates der Truppenärzte und als Kanzleiraum des Chefarztes.

### Die Sanitätstruppe.

Die Sanitätstruppe ist für den Sanitätshilfsdienst in den Anstalten des Sanitätswesens im Frieden und im Kriege bestimmt.

#### Gliederung.

Die Sanitätstruppe besteht im Frieden aus dem Sanitätstruppenkommando (Oberst), dem der Wirkungskreis eines Regimentskommandos zusteht, und aus 27 Sanitätsabteilungen (je eine bei jedem Garnisonsspital).

Jede Sanitätsabteilung besteht aus der Stammabteilung, welche die ausgebildete, tatsächlich Pflegedienste leistende Mannschaft umfaßt, und der Instruktionsabteilung, bei welcher die noch nicht fertig ausgebildeten Leute, die Chargen und die momentan nicht im Pflegedienst stehenden Leute eingeteilt sind.

Im Kriege wird von den Friedensabteilungen die nötige Zahl von Feldsanitätsabteilungen (für die Feld-Sanitätsanstalten im Bereiche der Truppen) und Reservesanitätsabteilungen (für die rückwärtigen Sanitätsanstalten) aufgestellt.

Eigene Kaders für die Aufstellung der Kriegsformationen bestehen nicht. Als Ersatzkörper dienen die bei den Garnisonsspitalern zur Vernehmung des Dienstes zurückbleibenden Reservesanitätsabteilungen für alle vom betreffenden Spital aufgestellten Feld- und Reservesanitätsabteilungen.

### Ergänzung und Ausbildung.

Die Berufsoffiziere werden durch die Ernennung von Fähnrichen, welche einer Infanteriekadettenschule entstammen, ergänzt, ausnahmsweise auch durch Übersetzung von geeigneten Subalternoffizieren (Fähnrichen) der Infanterie, welche für den Frontdienst der Infanterie körperlich minder dienstfähig sind.

Zur Fortbildung der Berufsoffiziere besteht seit 1909 ein eigener den Korpsoffiziersschulen ähnlicher „Fortbildungskurs für Sanitätsoffiziere“.

Die Reserveoffiziere werden durch die Ernennung von Einjährig-Freiwilligen, deren Zahl bei der Sanitätstruppe beschränkt ist, in ähnlicher Weise wie bei der Infanterie ergänzt. Zu ihrer Ausbildung wird alljährlich je eine Einjährig-Freiwilligenschule in Wien und Budapest bei den dortigen Sanitätsabteilungen aufgestellt, in welcher die theoretische und praktische Ausbildung und schließlich die Offiziersprüfung nach denselben Grundsätzen wie bei der Infanterie erfolgt.

Die Fortbildung geschieht durch Waffenübungen wie bei den übrigen Reserveoffizieren.

Da die Sanitätsoffiziere im Kriege auch als Trainkommandanten und als Proviantoffiziere fungieren, wird bei der Ausbildung und Fortbildung der Berufsoffiziere und der Reserveoffiziere auf diese Dienstes-zweige besonderes Gewicht gelegt.

Im Kriege werden auch Sanitätsoffiziere des Ruhestandes und des Verhältnisses außer Dienst, ferner landwehr- und landstumpfpflichtige frühere Sanitätsoffiziere zur Deckung des großen Kriegsbedarfes herangezogen.

Mannschaft und Unteroffiziere ergänzen sich im Interesse der einfacheren Evidenthaltung und Mobilisierung im allgemeinen aus dem Territorialbereich, in dem sich die betreffende Abteilung befindet. Um jedoch in den größeren Spitälern alle Hauptsprachen der Monarchie vertreten zu haben, wird vom Sanitätstruppenkommandanten der nötige Mannschaftsausgleich angeordnet.

Im Kriege wird zur Deckung des großen Bedarfes auch die landwehr- und landsturmpflichtige Mannschaft, die bei der Sanitätstruppe diente, zur Ergänzung verwendet.

Außerdem werden auch alljährlich Leute der Infanterie (Jägertruppe) und Kavallerie bei der Übersetzung in die Reserve zur Sanitätstruppe transferiert (hauptsächlich Mindertaugliche, dann überzählige, Blessierten und Bandagenträger und Offiziersdiener).

### **Stände der Abteilungen.**

Die Stände der Sanitätsabteilungen sind je nach der Größe der Garnisonsspitäler verschieden und schwanken zwischen zirka 60—300 Mann. Je nach ihrer Größe werden die Abteilungen von Oberleutnanten, Hauptleuten oder Stabsoffizieren kommandiert, denen die nötige Zahl von Offizieren (Fähnrichen) zugewiesen ist.

### **Bewaffung.**

Die Mannschaft trägt Pioniersäbel, die Offiziere (Fähnriche) den Infanterieoffizierssäbel.

## **3. Sanitätsanstalten im Frieden.**

### **Garnisonsspitäler.**

#### **Zahl.**

In den Stationen der Korpskommanden und in einigen anderen großen Garnisonen bestehen Garnisonsspitäler (im ganzen 27). Einzelne davon haben auch Filialen.

In den beiden größten Garnisonen (Wien und Budapest) bestehen je 2 Garnisonsspitäler.

#### **Bezeichnung.**

Die Garnisonsspitäler werden mit fortlaufenden Nummern und mit dem Standorte bezeichnet.

## Organisation.

**Stab.** An der Spitze jedes Garnisonsspitals steht ein Oberstabsarzt 1. Kl. als Kommandant, dem dieselben Rechte und Pflichten zukommen wie einem Truppenkommandanten.

Zum Stabe jedes Garnisonsspitals gehören:

1 Truppenrechnungsführer (mit Rechnungshilfsarbeiter) für den Rechnungsdienst;

1 Feldkurat für den Seelsorgedienst;

1—2 Ökonomieoffiziere des Armeestand oder Ruhestandes für den Verpflegsdienst, die Materialverwaltung u. dgl. m.

Adjutanten sind nicht systemisiert; der Spitalskommandant muß daher in der Regel einen geeigneten Arzt mit der Führung der militärischen Kanzleigeschäfte betrauen und einen Unteroffizier der Sanitätsabteilung als Schreiber kommandieren. Die Systemisierung eigener Offiziere als Adjutanten wäre sehr erwünscht.

**Krankenabteilungen.** Jedes Spital hat mehrere Krankenabteilungen, in denen die Kranken nach Kategorien gesondert gepflegt werden (z. B. innerlich Kranke, Hautkranke, chirurgisch Kranke, Augenkranke usw.). An der Spitze jeder Abteilung steht ein „Abteilungschefarzt“, dem die nötige Zahl von Ärzten und von Pflegepersonal (Sanitätsmannschaft der Stammabteilung, Blessierten- und Bandagenträger der Truppen zur Ausbildung und in mehreren Spitälern auch Krankenschwestern) untersteht.

**Sanitätsabteilung.** Die Sanitätsabteilung bildet eine Unterabteilung des Spitals; die Mannschaft der Stammabteilung ist auf die Krankenabteilungen aufgeteilt, jene der Instruktionsabteilung ist vereint.

Der Abteilungskommandant hat außer der militärischen Ausbildung und Überwachung der Abteilung auch mit Unterstützung der eingeteilten Offiziere die Evidenthaltung aller Reservisten, der landwehr- und landsturmpflichtigen Mannschaft, die Verwaltung des Augmentationsmagazins und des gesamten beim Spital deponierten Kriegsmaterials (ausgenommen die Vorräte der Apotheke) zu besorgen.

**Apotheke.** Jedes Garnisonsspital hat eine Apotheke, welche eine Unterabteilung des Spitals ist.

**Sonstige Teile der Spitälern.** Bei allen Garnisonsspitalern bestehen alle sonst nötigen sanitären Einrichtungen: Operationsräume, Laboratorien, Sterilisierungs- und Desinfektionsanlagen, Bäder, Waschanstalten, Küchenanlagen, Leichenkammern u. dgl. m. Der Dienst bei allen diesen Anlagen wird

größtenteils von Unteroffizieren und Mannschaft der Sanitäts-truppe, teilweise von Artilleriemeistern (Beleuchtungsanlagen), teilweise auch von Zivilpersonen (Köche) versehen.

Einzelne Spitäler verfügen auch über besondere Einrichtungen, z. B. Röntgenkabinette, Anlagen für Elektrotherapie usw.

Außerdem sind einigen Garnisonsspitalern auch verschiedene Schulen und Kurse dauernd oder zeitweilig angegliedert, z. B. die militär-ärztliche Applikationsschule (Wien), der Fortbildungskurs für Sanitäts-offiziere (Wien), Einjährigfreiwilligenschulen der Sanitätstruppe (Wien und Budapest), Sanitätsunteroffiziersschulen (Garnisonsspitaler am Sitze der Korpskommanden) u. dgl. m.

#### **Unterordnung.**

Die Garnisonsspitaler unterstehen in militärischen Angelegenheiten durch eine Infanteriebrigade und Infanterietruppendivision dem Korpskommando, in rein medizinischen Angelegenheiten dem Sanitätschef des Korps, in administrativen Dingen der Korpsintendanz.

Im Kriege werden die Garnisonsspitaler erweitert, wozu alle Vorkehrungen schon im Frieden getroffen sind. Der ärztliche Dienst wird größtenteils von Reserveärzten und Zivilärzten der freiwilligen Sanitätspflege versehen, zum Hilfsdienst bleibt eine Reservesanitätsabteilung zurück.

### **Truppenspitäler.**

#### **Standorte.**

In allen Garnisonen, welche kein Garnisonsspital, aber eine Garnison von mehr als 500 Mann haben, besteht ein Truppenspital zur Aufnahme und Pflege der Kranken und zur Ausbildung der Blessierten- und Bandagenträger der Truppen.

#### **Bezeichnung.**

Die Truppenspitäler werden nur nach ihrem Standorte bezeichnet.

#### **Organisation.**

Die Truppenspitäler sind selbständige Anstalten, haben jedoch kein eigenes Personal, sondern erhalten das nötige ärztliche

Personal und Hilfspersonal von jenen Truppen zugewiesen, welche ihre Kranken in das Spital abgeben.

**Kommandant:** Die Truppenspitäler werden von dem rangsältesten Arzt der Garnison kommandiert (Sanitätschef einer Truppendivision, Garnisonschefarzt oder ältester Truppenarzt).

**Ärzte:** Den ärztlichen Dienst in den einzelnen Krankenabteilungen versehen die Truppenärzte der Garnison neben ihrem sonstigen Dienste.

**Hilfspersonal:** Für den Sanitätsdienst wird die nötige Zahl von ausgebildeten Blessierten- und Bandagenträgern der Truppe mit entsprechender Ablösung eingeteilt.

Ausnahmsweise kann zur Pflege sehr schwer Erkrankter oder bei Epidemien u. dgl. auch Sanitätsmannschaft vom nächsten Garnisonsspital zeitweilig kommandiert werden.

Blessierten- und Bandagenträger der Truppen werden auch zur eigenen Ausbildung für drei Monate in die Truppenspitäler kommandiert.

**Verwaltungsdienst.** Zur Versehung des ökonomisch-administrativen Dienstes wird jedem Truppenspital ein geeigneter Offizier der Truppen der Garnison oder auch ein Offizier des Ruhestandes als „Verwaltungs-offizier“ zugewiesen.

**Apotheke.** Wenn sich in der betreffenden Garnison eine Garnisonsapotheke befindet, so untersteht sie dem Truppenspital als Unterabteilung; wenn nicht, so erhält das Truppenspital einen entsprechenden Materialvorrat, der von einem Arzt verwaltet wird.

#### **Unterordnung.**

Die Truppenspitäler unterstehen den höheren Kommanden und Behörden in der gleichen Art wie die Garnisonsspitäler.

Im Kriege werden einzelne entbehrliche Truppenspitäler aufgelassen, die Mehrzahl aber wird erweitert und dient als „Reservespital“ (in Festungen als „Festungsspital“) zur Aufnahme von Kranken und Verwundeten. Zum Dienste werden Reserveärzte, Ärzte der freiwilligen Sanitätspflege und eine Reservesanitätsabteilung eingeteilt.

**Anstaltsspitäler.** Bei einzelnen Heeresanstalten bestehen eigene Anstaltsspitäler, welche den Truppenspitälern gleichgestellt sind, z. B.: in den Militärerziehungs- und Bil-

dungsanstalten, in den Invalidenhäusern, den Strafanstalten u. dgl. m.

Diese Spitäler bilden einen Teil der betreffenden Anstalt, das ärztliche Personal und das Hilfspersonal wird dem Stande der Anstalt entnommen.

### **Marodenhäuser.**

#### **Standorte.**

In kleinen Garnisonen, die einen Stand von 300—500 Mann haben, werden nach Bedarf (Kommunikationsverhältnisse zum nächsten Spital, Mangel eines Zivilspitals) eigene Marodenhäuser zur Aufnahme und Pflege Leichtkranker und intransportabler Schwerkranker errichtet.

Außerdem werden bei größeren Truppenkonzentrierungen, beim Auftreten von Epidemien oder dergl. Marodenhäuser auf Bedarfsdauer eingerichtet.

#### **Organisation.**

Das Marodenhäuser wird durch einen Truppenkörper in geeigneten Räumlichkeiten errichtet und bildet in jeder Hinsicht eine Unterabteilung des aufstellenden Truppenkörpers.

Der Chefarzt des Truppenkörpers ist Kommandant, für die Schreibgeschäfte wird ein Unteroffizier zugewiesen, für den Pflegedienst wird je nach dem Krankenstand die nötige Zahl ausgebildeter Blessierten- und Bandagenträger kommandiert.

Ausnahmsweise kann zur Pflege intransportabler Schwerkranker zeitweilig auch Sanitätsmannschaft vom nächsten Garnisonsspital beigelegt werden.

Im Kriege werden entbehrliche Marodenhäuser aufgelöst, andere, insbesondere jene im Standorte von Ergänzungsbezirkskommanden, zu Reservespitälern erweitert und ebenso dotiert wie die erweiterten Truppenspitäler.

### **Militärheilanstalten in Kurorten.**

In mehreren Badeorten (im ganzen 11) bestehen eigene Militärkurhäuser zum Badegebrauch für Offiziere, Beamte und Mannschaft.

Die meisten Kurhäuser sind nur auf die Dauer der Saison eröffnet; einige dieser Anstalten sind Garnisonsspitalern angegliedert oder sind Filialen von solchen.

In einigen Kurhäusern sind eigene Stabsoffiziere oder Hauptleute des Ruhestandes als „Badehauskommandanten“ angestellt, in andere wird nur auf die Dauer der Saison ein geeigneter Offizier als „Militärbadeinspektor“ kommandiert.

Zur Leitung ist überall dauernd oder zeitweilig ein Militärarzt zugewiesen.

Pflegepersonal ist im allgemeinen nicht vorhanden; ausnahmsweise kann Sanitätsmannschaft vom nächsten Garnisonsspital auf Bedarfsdauer kommandiert werden.

## 4. Medikamentenwesen.

### Leitung.

Die oberste Leitung des Militärmedikamentenwesens obliegt der

Militärmedikamentendirektion in Wien, an deren Spitze der Militärmedikamentendirektor steht.

Die oberste Instanz für die Beschaffung des Sanitätsmaterials bildet die

„Inspektionskommission für das Militärmedikamentenwesen“, deren Vorsitz der Präses des Militär-sanitätskomitees führt. Der Medikamentendirektor, einige Ärzte und 1 Intendant sind Mitglieder dieser Kommission.

### Personal.

Die Militärmedikamentenbranche besteht aus Beamten und technischem Hilfspersonal.

a) **Militärmedikamentenbeamte.** Die aktiven Medikamentenbeamten werden durch freiwillige Aktivierung von Reserve-Medikamentenbeamten ergänzt.

Die Reservemedikamentenbeamten werden durch Studierende der Pharmazie ergänzt, welche nach Erlangung des Magister-Diploms den einjährigen Präsenzdienst bei einer Militärapotheke als „Einjährig-Freiwillige-Pharmazeuten“ mit gutem Erfolg abgeleistet haben.

Im Kriege werden zur Deckung des Bedarfes auch Medikamentenbeamte des Ruhestandes und des Verhältnisses außer Dienst, ferner landwehr- und landsturmpflichtige ehemalige Medikamentenbeamte der Reserve einberufen.

b) **Technisches Hilfspersonal.** Das technische Hilfspersonal besteht aus Gagisten ohne Rangsklasse, welche durch freiwilligen Eintritt geeigneter Unteroffiziere der Sanitätstruppe ergänzt werden.

Zu Handlangerdiensten werden im Frieden und im Kriege Mannschaft und Unteroffiziere der Sanitätstruppe verwendet.

### **Medikamenten-Anstalten im Frieden.**

Bei der Medikamentendirektion in Wien besteht ein Medikamentendepot, aus dem alle Militär Apotheken mit Instrumenten, Medikamenten, Arzneigefäßen, Requisites u. dgl. m. versorgt werden, und ein Laboratorium für Versuche und Arzneibereitung.

**Apotheken.** Bei jedem Garnisonsspital besteht eine Apotheke (27); außerdem bestehen in größeren Garnisonen, die kein Garnisonsspital haben, Garnisonsapotheken (im ganzen 12).<sup>9)</sup>

In jeder Apotheke ist der älteste eingeteilte Medikamentenbeamte „Vorstand“.

Die Apotheken der Garnisonsspitäler sind Unterabteilungen dieser Spitäler, die Garnisonsapotheken sind Unterabteilungen des Truppenospitals der betreffenden Garnison.

## **5. Die freiwillige Sanitätspflege im Frieden.**

Im Frieden beteiligt sich — abgesehen von den Pflegschwwestern in den Spitalern — nur die Gesellschaft vom weißen Kreuze aktiv am Sanitätswesen, indem sie eine Anzahl von Militärkurhäusern zur unentgeltlichen Aufnahme für rekonvaleszente Offiziere und deren Angehörige in verschiedenen Bädern und Kurorten unterhält.

<sup>9)</sup> Für die Apotheke des k. ung. Landwehrgarnisonsspitals in Budapest wird Personal von der Medikamentenbranche des Heeres als „Landwehrmedikamentenbeamte“ zugewiesen.

Außerdem werden von zahlreichen Heilanstalten, einzelnen Ärzten, Kurkommissionen usw. Offizieren und der Mannschaft aus freien Stücken namhafte Ermäßigungen und Begünstigungen beim Kurgebrauch zugestanden.

Die übrigen Vereine und Korporationen, welche sich im Kriege an der freiwilligen Sanitätspflege beteiligen, konzentrieren im Frieden ihre Vereinstätigkeit auf die Ansammlung von Material und Transportmittel aller Art und reicher Geldmittel und auf die Detailvorbereitung ihrer Kriegstätigkeit.

Die wichtigsten in Betracht kommenden Korporationen sind:

der deutsche Ritterorden, der unter Leitung des Großmeisters („Hoch- und Deutschmeister“) nur aus christlichen Adeligen besteht, die entweder Ordensritter oder Marianer (= unterstützende Mitglieder) sind;

der souveräne Malteserritterorden, der aus Profßrittern und Ehrenrittern besteht;

die österreichische Gesellschaft und der ungarische Verein vom roten Kreuze, welche aus zahlreichen Landeshilfsvereinen, Frauenhilfsvereinen, Filialvereinen u. dgl. zusammengesetzt sind.

Die Tätigkeit dieser Korporationen im Kriege wird später besprochen.

## K. k. Landwehr.

Das Sanitätswesen der k. k. Landwehr umfaßt im Frieden:

1. die einheitliche Leitung;
2. die Ergänzung und Ausbildung des Sanitätspersonals, und zwar:
  - a) des landwehrärztlichen Offizierskorps,
  - b) des Sanitätshilfspersonals der Truppen;
3. die Organisation stabiler Friedensanstalten, u. zw. von
  - a) Landwehrspitälern,
  - b) Landwehrmarodenhäusern;
4. die Materialbeschaffung.

## 1. Leitung.

Die Zentralstelle für das Sanitätswesen ist das k. k. Ministerium für Landesverteidigung, Dep. VI; der Vorstand dieses Departements ist zugleich Chef des landwehrärztlichen Offizierskorps.

Die vom Sanitätskomitee des Heeres gemachten Studien und Erfahrungen werden auch von der Landwehr verwertet.

Bei jedem Truppendivisionskommando ist ein höherer Landwehrarzt als Sanitätschef der Division, bei jedem Landwehrkommando ein solcher als Sanitätsreferent eingeteilt.

Garnisonschefärzte bestehen bei der Landwehr nicht; dagegen fungiert in jeder Landwehrgarnison der rangsälteste im Orte befindliche Landwehrarzt als „Landwehrstations-Chefarzt“.

Beim Landwehrplatzkommando in Wien ist ein höherer Landwehrarzt für den Lokaldienst eingeteilt.

## 2. Sanitätspersonal.

### Das landwehrärztliche Offizierskorps.

Die Organisation, Ergänzung, Ausbildung und Fortbildung der aktiven und nicht aktiven Landwehrärzte entspricht vollkommen den Einrichtungen des Heeres.

Die militärische Ausbildung der Aspiranten und Bewerber erfolgt in der militärärztlichen Applikationsschule des Heeres.

Ergänzung der Landsturmärzte im Krieg. Bei der Aufbietung des Landsturmes werden Militär- und Landwehrärzte des Ruhestandes und des Verhältnisses außer Dienst, dann landsturmpflichtige Zivilärzte auf Kriegsdauer zu „k. k. Landsturmärzten“ ernannt und bei den Formationen des Landsturms eingeteilt.

### Das Sanitätshilfspersonal.

Das Sanitätshilfspersonal der Truppen ist ebenso organisiert und wird ähnlich ausgebildet wie beim Heer.

Eine eigene Sanitätstruppe besteht nicht; der Hilfsdienst in den Anstalten wird durch kommandiertes Hilfspersonal der Truppen versehen.

### 3. Sanitätsanstalten.

#### Landwehrspitäler.

Es bestehen 14 Landwehrspitäler in den größeren Landwehrgarnisonen, in denen der Stand der Landwehrtruppen mindestens 500 Mann beträgt.

Ihre Einrichtung entspricht im allgemeinen jener eines Truppenspitales des Heeres.

Das Zöglingsspital in der Landwehrkadettenschule ist einem Landwehrspital gleichgestellt, bildet aber keine selbständige Anstalt, sondern einen Teil der Schule.

#### Landwehrmarodenhäuser.

Landwehrmarodenhäuser werden in Stationen, in denen der Stand der Landwehrtruppen 300—500 Mann beträgt, nach denselben Grundsätzen eingerichtet wie die Marodenhäuser des Heeres.

Bei größeren Konzentrierungen, Epidemien u. dgl. können Landwehrmarodenhäuser auch auf Bedarfsdauer eingerichtet werden.

Bei den Landwehrgebirgstruppen werden zur Zeit, wenn sie sich in den weitverteilten Sommerstationen befinden, an geeigneten Punkten auf Bedarfsdauer temporäre „Krankensammelstellen“ nach Art von Marodenhäusern eingerichtet, deren Aufgabe es ist, Kranke für den Abschub in stabile Anstalten transportfähig zu machen.

### 4. Materialbeschaffung.

Die von der „Inspektionskommission für das Militärmedikamentenwesen“ des Heeres gemachten Studien und Erfahrungen werden auch bei der Landwehr verwertet.

Eine eigene Medikamentenbranche besteht nicht. Die Materialvorräte der Truppen und Anstalten werden teils aus den Apotheken des Heeres, teils aus Zivilapotheken beschafft und von den Ärzten und dem Sanitätshilfspersonal verwaltet.

Den größeren Landwehrspitalern werden zum Medikamentendienst auch einzelne Medikamentenbeamte des Heeres beigelegt.

## K. ung. Landwehr.

Das Sanitätswesen der k. ung. Landwehr umfaßt im Frieden:

1. die einheitliche Leitung,
2. die Ergänzung und Ausbildung des Personals, u. zw.:
  - a) des landwehrärztlichen Offizierskorps,
  - b) des Sanitätshilfspersonals;
3. die Organisation von stabilen Friedensanstalten, u. zw.:
  - a) des Landwehrgarnisonsspitals,
  - b) der Landwehrtruppenspitäler,
  - c) der Landwehrmarodenhäuser,
  - d) des Landwehrkurhauses;
4. die Materialbeschaffung.

### 1. Leitung.

Die Zentralstelle für das Sanitätswesen der Landwehr ist das k. ung. Landesverteidigungsministerium, 5. Abteilung; der Vorstand dieser Abteilung ist gleichzeitig Chef des landwehrärztlichen Offizierskorps.

Die Erfahrungen und Studienresultate des Militärsanitätskomitees des Heeres werden auch bei der ungarischen Landwehr verwertet.

Bei jedem Landwehrdistriktskommando ist ein höherer Landwehrarzt als „Sanitätschef des Distriktes“ eingeteilt.

In jenen größeren Landwehr-Garnisonen, in denen sich kein Distriktskommando befindet, ist ein höherer Landwehrarzt als „Garnisonschefarzt“ angestellt.

Beim Landwehrplatzkommando in Budapest ist ein Landwehrstabsarzt für den Lokaldienst eingeteilt.

### 2. Personal.

#### Das landwehrärztliche Offizierskorps.

Die Organisation, Ergänzung, Ausbildung und Fortbildung der aktiven und der Reserve-Landwehrärzte entspricht vollkommen den Einrichtungen des Heeres.

Die Aspiranten und Bewerber erhalten die nötige militärische Ausbildung in der k. ung. landwehrärztlichen Applikationsschule in Budapest, welche analog jener des Heeres organisiert ist.

Die im Kriege nötigen Landsturmärzte werden ebenso ergänzt wie die österreichischen Landsturmärzte.

### **Das Sanitätshilfspersonal.**

Das Sanitätshilfspersonal der Truppen wird ebenso ergänzt und ausgebildet wie beim Heer. Da keine eigene Sanitätstruppe besteht, wird der Hilfsdienst in den Anstalten ausschließlich von ausgebildetem Hilfspersonal der Truppen versehen.

### **3. Sanitätsanstalten.**

Das Landwehrgarnisonsspital in Budapest ist ebenso eingerichtet wie ein Garnisonsspital des Heeres; es fehlt jedoch die Sanitätsabteilung, deren Dienst von Sanitätshilfspersonal der Truppen versehen wird.

Die Landwehrtruppenspitäler sind nach denselben Grundsätzen eingerichtet wie jene des Heeres.

Die Spitäler der Landwehrrziehungs- und Bildungsanstalten sind den Truppenspitälern gleichgestellt, bilden jedoch keine selbständigen Anstalten, sondern sind Teile der betreffenden Schule.

Landwehrmarodenhäuser bestehen gegenwärtig nicht, können aber nach denselben Grundsätzen wie beim Heere im Bedarfsfalle errichtet werden.

Das Landwehrkurhaus in Csiz ist zum Kurgebrauche für Angehörige der Landwehr bestimmt und ist ebenso eingerichtet wie die Kurhäuser des Heeres.

### **4. Materialbeschaffung.**

Die Studienerfahrungen der „Inspektionskommission für das Militärmedikamentenwesen“ des Heeres werden auch bei der k. ung. Landwehr verwertet.

Beim Landwehr-Garnisonsspital in Budapest besteht eine Apotheke, in der einige Landwehrmedikamentenbeamte mit Hilfspersonal der Truppen tätig sind. Dieser Apotheke obliegt die Beschaffung des größten Teiles des Sanitätsmaterials für die ganze ungarische Landwehr; ein Teil wird auch bei der Privatindustrie direkt bezogen.

### 3. Orientierende Daten über Details.

#### **Personal.**

##### 1. Das militärärztliche Offizierskorps.

Ergänzung. Die den „Aspiranten“ verliehenen Stipendien beginnen mit 480 Kronen jährlich und steigen bis 1008 Kronen jährlich. Aspiranten, welche nach Erlangung des Doktorgrades aus irgend einem Grunde den verlängerten Präsenzdienst nicht leisten, sind verpflichtet, die erhaltenen Stipendien (in langjährigen Raten) zurückzuerstatten.

Die „Bewerber“ dürfen nicht über 32 Jahre alt sein, müssen den Einjährigfreiwilligendienst abgeleistet haben und tadelloses Vorleben nachweisen.

Die militärärztliche Applikationsschule in Wien ist dem Garnisonsspital Nr. 1 angegliedert, untersteht aber direkt dem Reichskriegsministerium und wird vom Chef des militärärztlichen Offizierskorps inspiziert; sie wird von einem Oberstabsarzt 1. Klasse kommandiert, als Lehrer sind höhere Ärzte und andere geeignete Offiziere nebst ihrem sonstigen Dienste eingeteilt.

Der theoretische Unterricht dauert von Anfang Oktober bis Ende Juli; im August und September werden die Hörer zum ärztlichen Dienste im Garnisonsspital Nr. 1 verwendet.

Zu Beginn des Kurses werden jene Bewerber, welche bereits eine militärärztliche Charge in der Reserve bekleiden, zu aktiven Oberärzten, jene, welche Reserveleutnants sind, zu aktiven Assistenzärzten, alle anderen Bewerber und Aspiranten zu Assistenzarztstellvertretern ernannt. — Nach dem ersten Halbjahr werden alle Hörer, welche noch nicht aktive Oberärzte sind, hiezu befördert. Für jene Bewerber und Aspiranten, welche das zweite Halbjahr des Einjährigfreiwilligen-Präsenzdienstes noch nicht geleistet haben, gelten die ersten 6 Monate des Kurses hiefür.

Jüngere aktive Militärärzte können als außerordentliche Hörer zugelassen werden.

Zur Erlernung des Reitens werden die aktiven Militärärzte in Infanterieequitationen kommandiert.

Der Informationskurs für Regimentsärzte dauert 10 Wochen und wird jährlich vom Oktober bis Dezember an der militärärztlichen Applikationsschule abgehalten, deren Kommandant auch das Kommando über den Kurs führt. Als Lehrer sind einige höhere Militärärzte und ein Staboffizier des Generalstabes eingeteilt. Am Schluß der Kurse wird die Eignung der Frequentanten für höhere ärztliche Posten kommissionell beurteilt.<sup>10)</sup>

Präsenzdienst der Einjährigfreiwilligen-Mediziner. Der  $\frac{1}{2}$  jährige Präsenzdienst im Soldatenstande beginnt am 1. April und kann spätestens bis zu jenem Jahre aufgeschoben werden, in dem das 25. Lebensjahr vollendet wird. Zur 8 wöchigen ersten militärischen Ausbildung werden die Einjährigfreiwilligen-Mediziner nach Weisung des Korpskommandos truppenkörperweise in eigene Abteilungen vereint; hierauf dienen sie bei den Kompagnien und werden bei den Übungen bei den Blessiertenträgerpatrouillen eingeteilt. Nach drei Monaten können sie in die Gefreiten-, nach sechs Monaten in die Korporalscharge befördert werden.

Der  $\frac{1}{2}$  jährige Präsenzdienst im Spital wird spätestens am 1. April oder 1. Oktober jenes Jahres angetreten, in dem das 28. Lebensjahr vollendet wird. Einjährigfreiwillige-Mediziner, welche bis dahin das Doktor-diplom nicht erlangt haben, dienen das zweite Halbjahr des Präsenzdienstes (eventuell auch ein zweites Präsenzjahr) im Soldatenstande.

#### Chargen und Rangsklassen.

- General-Oberstabsarzt (IV. Rangsklasse)
- Generalstabsarzt (V. Rangsklasse)
- Oberstabsarzt 1. Klasse (VI. Rangsklasse)
- Oberstabsarzt 2. Klasse (VII. Rangsklasse)
- Stabsarzt (VIII. Rangsklasse)
- Regimentsarzt (IX. Rangsklasse)
- Oberarzt (X. Rangsklasse)
- Assistenzarzt (XI. Rangsklasse)
- Assistenzarztstellvertreter (Offiziersaspirant).

Stand. Im Frieden sind 1250 Militärärzte systemisiert. Gegenwärtig fehlen davon ca. 110 Regimentsärzte und 120 Oberärzte.

Beförderung. Die Berufsmilitärärzte bilden eine eigene Konkretualstandesgruppe. Das tourliche Avancement bildet die Regel, das außertourliche ist aber (besonders um Spezialisten und sonstige hervorragende Ärzte dem Dienste zu erhalten) relativ häufig.

<sup>10)</sup> Bis 1908 hatten die Regimentsärzte ihre Eignung für leitende Stellen durch eine förmliche Prüfung nachzuweisen.

**Adjustierung.** Lichtblauer Rock mit schwarzsamtenen, rot-passepoilierten Aufschlägen und 2 Reihen gelber Knöpfe, Hut mit schwarzem Busch, schwarze Hose, Offizierssäbel mit Portepée; — hechtgraue Felduniform mit schwarzen Samtaufschlägen.

**Einteilung.** Festungssanitätschefs sind im Frieden in Trient, Krakau und Przemyśl angestellt; in Cattaro und Pola ist je 1 Oberstabsarzt 2. Klasse als Sanitätschef des Kriegshafens eingeteilt.

Die Sanitätschefs der Korps haben je 1 Stabsarzt zugeteilt.

Das Militärsanitätskomitee. Präses ist ein eigens hiezu ernannter Generalstabsarzt; die Mitglieder werden, unbeschadet ihres sonstigen Dienstes, mittels Dekret hierzu ernannt.

Das Komitee bildet einen eigenen Rechnungskörper.

„Subalterne Militärärzte.“ Vereinzelt kommen noch „Oberwundärzte“ vor; dies sind nichtgraduierte Ärzte, welche den 1864 aufgelösten niederen Kurs der „Josefsakademie“ absolviert haben, dann als „Unterärzte“ in das Heer traten und weiterhin zu „Oberwundärzten“ avancierten. Sie stehen in der XI. Rangklasse, tragen Leutnantsdistinktion, haben aber nicht Offiziersrang. Seit 1869 wurden derartige subalterne Ärzte nicht mehr ernannt.

## 2. Das k. k. landwehrärztliche Offizierskorps.

**Ergänzung.** Der Studienkostenersatz für Bewerber beträgt 6000 Kronen. Bewerber, die nach Erlangung des Doktorgrades noch in Zivilspitälern praktizieren, erhalten für jedes solche Jahr weitere 1000 Kronen, bis zur Maximalhöhe von 10.000 Kronen im ganzen. Für je 1000 Kronen muß sich der Empfänger zu einem Jahre verlängerten Präsenzdienstes verpflichten. Die Auszahlung des Studienkostenersatzes erfolgt in Raten: Studierende (Aspiranten) erhalten 1000 Kronen jährlich und die Vergütung der Prüfungstaxen; den auf 6000 Kronen fehlenden Rest erhalten sie in zwei Raten bei der Ernennung zum Oberarzt und zum Regimentsarzt. — Doktoren (Bewerber) erhalten bei der Ernennung zum Oberarzt und zum Regimentsarzt je 3000 Kronen.

Nach der Absolvierung der militärärztlichen Applikationsschule müssen die jungen Landwehrärzte noch ein Jahr lang „fachtechnische Fortbildungskurse“ absolvieren.

Die Regimentsärzte der k. k. Landwehr absolvieren vor der Ernennung zum Stabsarzt den „Informationskurs“ des Heeres.

Die Einjährigfreiwilligen-Mediziner werden nach Beendigung der ersten militärischen Ausbildung in jedem Landwehrterritorialbereich bei einem Landwehrinfanterieregiment vereinigt und dort vom 1. Juni bis 15. Juli nebst der militärischen Fortbildung in einem eigenen Kurs (15 Stunden wöchentlich) im Sanitätshilfsdienst geschult. Hierauf erst rücken sie zu ihren Truppenkörpern ein und werden dort praktisch weitergeschult wie beim Heere.

Chargen und Rangsklassen wie beim Heer.

Stand. Im Frieden sind 234 Landwehrärzte systemisiert; dieser Stand ist ziemlich vollzählig vorhanden.

Adjustierung. Wie beim Heer; weiße Knöpfe.

Einteilung. Landwehrärzte können im Einvernehmen mit dem Reichskriegsministerium auch zur Dienstleistung beim Heere verwendet werden. — Bei einzelnen Landwehrkommanden ist dem Sanitätsreferenten ein zweiter Landwehrarzt zugeteilt.

### 3. Das k. ung. landwehrärztliche Offizierskorps.

Ergänzung. Die Verleihung der Stipendien erfolgt in demselben Ausmaß wie beim Heere (480—1008 Kronen jährlich).

Die k. ung. landwehrärztliche Applikationsschule ist dem Landwehrgarnisonsspital in Budapest angegliedert. Ihre Organisation entspricht jener der Schule des Heeres.

Chargen und Rangsklassen wie beim Heer.

Stand. Im Frieden sind 178 Landwehrärzte normiert; dieser Stand ist aber nicht ganz komplett.

Adjustierung wie beim Heer; jedoch statt Rock: Dolmany, statt Hut: Tschako wie die Infanterie.

### 4. Das Sanitätshilfspersonal der Truppen.

#### Blessierten- und Bandagenträger.

Die Sanitätsschulen zur Ausbildung der Blessierten- und Bandagenträger werden beim Heer und der k. ung. Landwehr im Winter an 5 Nachmittagen der Woche von den Chefärzten abgehalten; als Schüler werden von jeder Unterabteilung 2 Mann kommandiert.

Nach Beendigung der theoretischen Ausbildung erfolgt eine 3monatige Kommandierung in ein Garnisons- oder Truppenspital zur praktischen Schulung im Pflegedienst.

Zur praktischen Schulung im Sanitätsfelddienst werden an einzelnen Nachmittagen im Frühjahr und im Sommer eigene Übungen im Terrain unter Leitung der Chefärzte mit den Sanitätsschülern vorgenommen; ferner finden im Anschluß an die Übungen der Truppen eigene Sanitätsfeldübungen statt.

Im zweiten resp. dritten Dienstjahr werden die ausgebildeten Leute teils in den Marodenzimmern der Truppen, teils in Marodenhäusern und Spitälern (bei der k. ung. Landwehr auch im Garnisonsspital) durch höchstens 3 Monate verwendet.

Bei den Feldtruppen der k. k. Landwehr werden die Sanitätsschulen truppenkörperweise in der Stabsstation errichtet; die Schüler werden auf 6 Wochen von anfangs Jänner bis Mitte Februar kommandiert, der Unterricht findet an 5 Tagen in der Woche statt; anschließend

daran werden die Sanitätsschüler auf zwei Wochen in eine Landwehrsaniätänsanstalt zum Pflegedienst kommandiert.

Die Schulung im Sanitätsfelddienst erfolgt ebenso wie beim Heer.

Im zweiten Präsenzjahre werden die ausgebildeten Sanitätsschüler zu Blessierten-(Bandagen-)trägern übersetzt und im Hilfsdienste bei den Truppen und Anstalten verwendet.

Im Frieden sind beim Heer und bei der k. ung. Landwehr Blessiertenträger und Bandagenträger nur bei der Artillerie als solche im Stande; bei den anderen Waffengattungen ist die nötige Zahl von Leuten in diesem Dienste ausgebildet, wird bei Übungen hiezu verwendet, zählt aber im Frieden auf den Gefechtsstand.

Bei der Infanterie (Jägertruppe), Kavallerie und Feldartillerie werden Leute des Präsenzstandes zu Blessiertenträgern und Bandagenträgern ausgebildet; bei der Festungsartillerie, der Pioniertruppe und den Verkehrstruppen werden geeignete Ersatzreservisten während der achtwöchigen Ausbildung und der Waffenübungen so weit als möglich im Sanitätshilfsdienste geschult.

Ausgebildete Blessierten- und Bandagenträger der Infanterie und Jägertruppe des Heeres können bei Mangel an Pflegepersonal ausnahmsweise im Frieden für einige Zeit auch zum Hilfsdienst in Garnisonsspitalern verwendet werden.

#### Sanitätsunteroffiziere.

Ausbildung. Beim Heer und bei der k. ung. Landwehr werden geeignete Leute des ersten Präsenzjahres (bei der Kavallerie und reitenden Artillerie des Heeres des zweiten Präsenzjahres), die zunächst dem Chefarzt zur Beurteilung der allgemeinen Eignung für einige Tage zur Verfügung gestellt werden, in die „Sanitätsunteroffiziersschule“ kommandiert. In jedem Territorialbereich wird alljährlich bei einem Garnisonsspital eine derartige Schule (für die k. ung. Landwehr eine gemeinsame beim Landwehrgarnisonsspital) aufgestellt, die am 1. Jänner beginnt und 5 Monate dauert. Lehrer sind Ärzte und Offiziere und Unteroffiziere der Sanitätstruppe (Sanitätsunteroffiziere).

Bei der k. k. Landwehr werden die besten Absolventen der Sanitätsschule (1 pro Bataillon, Division) in die Sanitätsunteroffiziersschule kommandiert, die 3 Monate dauert und am 1. März beginnt. In jedem Territorialbereich wird eine solche Schule bei einem Landwehospital aufgestellt; der Spitalskommandant ist Schulkommandant. Als Lehrer wird ein zweiter Arzt und ein Sanitätsunteroffizier kommandiert.

Die Fortbildung erfolgt bei den Truppenkörpern durch die Chefärzte in eigenen Kursen und bei den Sanitätsfeldübungen, ferner durch fallweise Verwendung in Sanitätsanstalten.

**Chargen.** Die Sanitätsunteroffiziere haben Feldwebels- (Wachtmeisters- usw.), Zugführers- oder Korporalscharge. Nach Beendigung der Schule bis zur Ernennung heißen sie „Sanitätsunteroffiziers-Aspiranten“.

**Einteilung.** Im Frieden ist je 1 Sanitätsunteroffizier bei jedem Bataillonsstab und jedem Divisionsstab eingeteilt. Bei den beiden Landwehren sind außerdem Sanitätsunteroffiziere in der nötigen Zahl (1—3) in den Landwehrsaniätsanstalten eingeteilt.

**Adjustierung.** Die Sanitätsunteroffiziere sind ebenso adjustiert wie die übrigen Unteroffiziere ihres Truppenkörpers.

### 5. Die Sanitätstruppe.

**Gliederung.** Der Sanitätstruppenkommandant (Oberst) untersteht direkt dem Reichskriegsministerium; er ist im Frieden stabil in Wien disloziert; für den Kanzleidiensert verfügt er über einen Adjutanten (Hauptmann oder Oberleutnant).

Die Sanitätsabteilung Nr. 27 (Baden bei Wien) hat keine Instruktionsabteilung. Solange in Baden nur eine Filiale des Garnisonsspitals Nr. 1 in Wien bestand, war dort ein Detachement der Sanitätsabteilung Nr. 1 eingeteilt. Mit der Ausgestaltung der Filiale zum selbständigen Garnisonsspital wurde das Detachement zur selbständigen Abteilung, besteht aber nur aus der Stammabteilung und wird durch Transferierung ausgebildeter Leute von der Abteilung Nr. 1 ergänzt.

**Bezeichnung.** Die Sanitätsabteilungen tragen fortlaufende Nummern von 1—27 übereinstimmend mit der Nummer des Garnisonsspitals.

**Stand.** Die schwächste Abteilung zählt im Frieden 3 Offiziere und 58 Mann, die stärkste 1 Stabsoffizier, 4 Oberoffiziere und 270 Mann.

Der Gesamtstand der Sanitätstruppe beträgt im Frieden:

6 Stabsoffiziere,

79 Oberoffiziere

3062 Mann.

**Offiziersergänzung.** Die für die Sanitätstruppe bestimmten Zöglinge der Infanterie-Kadettenschulen werden im letzten (vierten) Schuljahr in den Kadettenschulen in Prag und Budapest zu besonderer Ausbildung vereinigt.

Die Offiziere und Fähnriche bilden einen eigenen Konkretualstand.

# Offiziersbibliothek des k. k. Landwehrinfanterieregiments Nr. 33.

57

Der seit 1909 bestehende Fortbildungskurs für Sanitäts-offiziere wird vom 1. Jänner bis Ende April beim Garnisonsspital Nr. 1 abgehalten und hierauf bis Ende Juli im Lager bei Bruck a. L. bei der kombinierten Divisionssanitäts-anstalt fortgesetzt, welche dort alljährlich aufgestellt wird. (Bei der dortigen kombinierten Feldsanitätsabteilung leisten auch Reserve-offiziere die Waffenübungen.) Als Lehrer fungieren die Lehrer der militär-ärztlichen Applikationsschule, ein Generalstabsoffizier, Train-offiziere und Sanitätsoffiziere. Der Kurs wird vom Generalinspektor der Korpschulen inspiziert.

**Mannschaftsergänzung.** Die Einteilung der Mannschaft zu den Abteilungen wird vom Sanitätstruppenkommandanten verfügt. Die Abteilungen Nr. 25 und 26 (Sarajewo und Mostar) werden ausschließlich aus dem Innern der Monarchie ergänzt.

Apothekerlehrlinge, Krankenpfleger und dgl. werden unbedingt zur Sanitätstruppe assentiert.

Zur Heranbildung von Unteroffizieren im militärischen Dienst wird bei jeder Abteilung im Winter eine Unteroffizierschule aufgestellt.

**Waffenübungen** können infolge der großen Zahl der Reservisten und der Unmöglichkeit, die Leute im Wartedienst zu beschäftigen, nur in sehr beschränktem Ausmaß durchgeführt werden (meist nur 1 Übung in der ganzen nichtaktiven Dienstzeit).

**Ausrüstung.** Die Mannschaft trägt Kalbsfelltornister ähnlich der Infanterie, jedoch ohne Patronentornister. Im Tornister ist ein Teil der Reserveverpflegung, ferner Wäsche, Putzzeug und eine zweite Fußbekleidung und die Zeltausrüstung enthalten; außen wird Mantel und Eßschale aufgepackt.

**Adjustierung.** Dunkelgrüner Rock, (resp. hechtgraue Feldmontur), krapprote Aufschläge, gelbe Knöpfe, schwarze Hose, schwarze (resp. hechtgraue) Kappe oder Tschako wie Infanterie.

**Krankenpflegerauszeichnung.** Für besonders aufopfernde Dienste bei der Krankenpflege erhalten die Leute der Sanitätstruppe und des Sanitätshilfspersonals der Truppen vom Sanitätschef des Territorialkommandos eine eigene Krankenpflegerauszeichnung (runde Metallscheibe mit dem Genfer Kreuz). Auch Geldremunerationen werden bei derartigen Anlässen gegeben.

### 6. Die Medikamentenbeamten.

**Ergänzung.** Die Pharmazeuten leisten den einjährigen Präsenzdienst in einer Militärapotheke ab, sobald sie das Diplom als Magister der Pharmazie erlangt haben.

Bedingungen für den Aufschub des Präsenzdienstes: 6 Mittelschulklassen (in Ungarn 6 Bürgerschulklassen) und erfolgreiche Ablegung der Tirozinialprüfung, oder 4 Gymnasialklassen und begonnene Universitätsstudien. Das Magisterdiplom muß von den Tironen bis 1. Oktober jenes Jahres beigebracht werden, in dem sie das 26. Lebensjahr vollenden, von den Universitätshörern 2 Jahre früher. Sonst müssen sie den Präsenzdienst im Soldatenstande leisten.

Nach 6 monatiger Dienstzeit können die Pharmazeuten die Korporalsdistinktion erhalten.

Nach Ablauf des Präsenzjahres werden sie je nach Bedarf zu Medikamentenakzessisten oder Medikamentenpraktikanten in der Reserve ernannt. Jene, welche Berufsmedikamentenbeamte werden wollen, werden nach entsprechender Erprobung zu aktiven Beamten übersetzt.

Eine eigene Prüfung am Ende des Präsenzjahres findet nicht statt.

Die Beförderung zum Medikamentenverwalter ist von der Absolvierung eines 8 wöchigen Informationskurses (April, Mai) in Wien abhängig. Als Lehrer fungieren Militärärzte und Medikamentenbeamte.

Die Medikamentenbeamten bilden einen eigenen Konkretualstand.

#### Chargen und Rangsklassen.

- Medikamentendirektor (VI. Rangsklasse)
- Medikamentenoberverwalter (VII. Rangsklasse)
- Medikamentenverwalter (VIII. Rangsklasse)
- Medikamentenoberoffizial IX. Rangsklasse)
- Medikamentenoffizial (X. Rangsklasse)
- Medikamentenakzessist (XI. Rangsklasse)
- Medikamentenpraktikant (XII. Rangsklasse).

Stand im Frieden: 118 Beamte. (Davon 7 bei der Kriegsmarine, 3 bei der k. ung. Landwehr in Dienstesverwendung.)

**Adjustierung.** Dunkelgrüner Rock, krapprote Aufschläge, 2 Reihen weißer Knöpfe, Hut ohne Busch.

Die Pharmazeuten tragen die Uniform der Sanitätstruppe und die Einjährigfreiwilligen-Borden.

### 7. Technisches Hilfspersonal.

Durch geeignete Berufsunteroffiziere der Sanitätstruppe ergänzt Gagisten ohne Rangsklasse.

Stand im Frieden: 1 Werkmeister, 30 technische Gehilfen 1. und 2. Klasse.

## Anstalten.

Korpsbereich	Garnisonsspital			Korpsbereich	Garnisonsspital		
	Nr.	Standort	Filiale		Nr.	Standort	Filiale
1	15	Krakau		7 21	Temesvár	.	
	6	Olmütz		8 11	Prag	Karisbad, Hradschin	
2	1	Wien		12	Josefstadt	.	
	2		9 13	Theresienstadt	Teplitz- Schönau		
	5	Brünn		10 3	Przemysl		
	27	Baden		11 14	Lemberg		
3	7	Graz		12 22	Nagyszeben (Hermannstadt)		
	8	Laibach		13 23	Agram		
	9	Triest		10	Innsbruck		
4	16	Budapest		14 4	Linz		
	17			15 25	Sarajevo		
5	19	Poszony (Pressburg)		26	Mostar		
	18	Komárom (Komorn)		16 21	Ragusa		
6	20	Kassa (Kaschau)					

Außerdem bestehen beim Heere:

92 Truppenspitäler und 66 Marodenhäuser;

bei der k. k. Landwehr:

14 Landw.-Spitäler und 56 Landw.-Marodenhäuser;

bei der k. ung. Landw. (außer dem Landw.-Garnisonsspital):

7 Landw.-Truppenspitäler.

Der Spitalskommandant hat über alle beim Spital eingeteilten oder als Kranke dort befindlichen Personen (soweit sie niedrigere Charge haben) das Befehlsrecht und Disziplinarstrafrecht in vollem Ausmaß.

**Anstaltsspitäler** bestehen:

In allen Militär-(Landwehr-)Erziehungs- und Bildungsanstalten.  
 In den Invalidenhäusern in Wien, Prag, Nagyszombat (Tyrnau).  
 In der Strafanstalt in Möllersdorf.

In: Invalidenhausspital in Nagyszombat (Tyrnau) besteht eine eigene Abteilung zur Aufnahme Geisteskranker. Da diese für den Bedarf nicht ausreicht, werden geisteskranke Militär(Landwehr-)personen vielfach auf Kosten des Ärars in privaten Irrenanstalten und staatlichen, resp. Landesanstalten untergebracht.

Beim Garnisonsspital Nr. 1 besteht eine eigene Beobachtungsabteilung für Geisteskranke.

**Garnisonsapotheken** bestehen in:

Klagenfurt, Nagyvárad (Großwardein), Nagyszombat (Tyrnau), Gyulafehérvár (Karlsburg), Arad, Jaroslau, Stanislau, Czernowitz, Kolozvár (Klausenburg), Essegg, Peterwardein, Cattaro.

Die Apotheken werden nach dem Garnisonsspital, resp. nach dem Standorte bezeichnet, z. B.:

Apothek des Garnisonsspitals Nr. 11 in Prag.

Garnisonsapothek in Arad.

Der Militärmedikamentendirektor ist Vorgesetzter des gesamten Medikamentenpersonals und verfügt dessen Einteilung und sonstige Personalien. In dieser Hinsicht untersteht er jedoch dem Chef des militärärztlichen Offizierskorps.

**Bade- und Kurhäuser.**

Beim Heer bestehen derartige Anstalten in

Baden bei Wien (»Sauerhof«) mit dem Garnisonsspital Nr. 27 vereinigt	} je 1 Stabsoffizier d. Ruhest.	} dauernd als »Mil.-Badehaus- kommandant« angestellt
Karlsbad, Filiale des Garnisonsspitals Nr. 11		
Teplitz-Schönau, Filiale des Garnisonsspitals Nr. 13		
Herkulesfürdő bei Mehadia	} 1 Hptm. des Ruhest.	
Hofgastein		
Budapest (Blocksbad)	} je 1 Offiz. als »Militär-Badeinspekt.« auf Saisondauer kommandiert	
Pöstyén (Pystian)		
Trencsén-Teplitz (Ungarn)		
Topusko (Kroatien)		
Lipik (Slavonien)		
Töplitz (Krain) (nur für Mannschaft)		

Bei der ung. Landwehr in  
 Csiz (Komitat Gömör).

Vom weißen Kreuz bestehen Kurhäuser in

Abbazia

Arco

Cigale (Lussin)

Gräfenberg (Schlesien)

Hall (Oberösterreich)

Ilidže (Bosnien)

Karlsbad

Marienbad

Meran

Portorose (Istrien)

Rohitsch-Sauerbrunn (Steiermark)

Weikersdorf-Baden

je 1 Stabsoffizier des Ruhestandes als  
»Kurhauskommandant«.

Aufnahme: nur für Offiziere und deren  
Angehörige gegen Ertrag einer Minimal-  
gebühr

Ferner bestehen Kurhäuser in:

Gleichenberg (Steiermark) — Widmung des Erzh. Albrecht.

Franzensbad — Widmung eines privaten Vereins.

Außerdem werden vom weißen Kreuz in 41 anderen Badeorten, Kurorten, Heilanstalten und dgl. für Offiziere und deren Angehörige Freiplätze und sonstige Begünstigungen beigestellt.

Ähnliche Begünstigungen werden in 46 anderen Kurorten, Heilanstalten und dgl. seitens der Besitzer, der Kurkomitees usw. aus freien Stücken eingeräumt.

## Freiwillige Sanitätspflege.

### Der deutsche Ritterorden.

Der 1809 von Napoleon aufgelöste Orden wurde 1834 für Österreich wieder erneuert. An seiner Spitze steht der „Hoch- und Deutschmeister“ (gegenwärtig Erzherzog Eugen), der stets auch Inhaber des Infanterieregiment Nr. 4 ist.

Seit 1871 besteht die Institution der „Marianer“. Zur Hebung der finanziellen Mittel des Ordens für die Krankenpflege im Kriege wurde das Statut dahin erweitert, daß jeder christliche Adelige als „Förderer“ dem Orden beitreten kann, wenn er jährlich 50 Kronen erlegt und sich verpflichtet, im Kriege am Sanitätsdienst des Ordens mitzuwirken, soweit er nicht zu anderen Kriegsdiensten verpflichtet ist. Diese Förderer tragen das „Marianer-Kreuz“ am schwarz-weißen Bande. Dieses Abzeichen kann vom Hoch- und Deutschmeister auch an einzelne nichtadelige Personen verliehen werden, die sich um die Sanitätspflege besonders verdient gemacht haben.

Das Abzeichen des Ordens (auf allen Fuhrwerken, auf den Armbinden usw.) ist ein schwarzes, weißumrahmtes Kreuz.

#### Der souveräne Malteserritterorden.

Der früher weitverzweigte Malteser- (ursprünglich Johanniter-) Ritterorden wurde zu Anfang des 19. Jahrhunderts überall aufgelöst und es blieb nur in Österreich das „Großpriorat von Böhmen und Österreich“ bestehen, dessen Tätigkeit sich seither hauptsächlich der Sanitätspflege im Kriege zuwandte.

Der Orden besteht nur aus christlichen Hochadeligen, die teils Profefritter sind (ehelos), teils Ehrenritter (verheiratet).

Das Ordensabzeichen ist ein weißes, achtspitziges Kreuz.

#### Das rote Kreuz.

Im Jahre 1880 wurden die zahlreichen bestehenden, von einander unabhängigen patriotischen Vereine, deren Zweck Hilfeleistungen im Kriegssanitätsdienst sind, in beiden Staaten der Monarchie einheitlich zusammengefaßt und es entstand dadurch die „österreichische Gesellschaft vom roten Kreuze“ und „der Verein vom roten Kreuze in den Ländern der ungarischen Krone“.

Das österreichische rote Kreuz wird von der Bundesleitung in Wien vertreten, welche den „Zentralfond“ verwaltet. Der Stammverein (Zentralverein) ist der „öst. patriotische Hilfsverein in Wien“. In jedem Kronlande besteht ein „Landeshilfsverein vom roten Kreuz“ (für männliche Mitglieder) und teils ganz selbständig (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Krain, Küstenland, Böhmen), teils mit dem Landeshilfsverein vereinigt ein „Frauenhilfsverein vom roten Kreuz“. Diesen Vereinen unterstehen wieder Zweigvereine in den einzelnen Orten. Jeder dieser Vereine verwaltet sein Vermögen selbstständig und leistet Beiträge zum Zentralfond.

Das Gesamtvermögen beträgt (inklusive des vorrätigen Kriegsmaterials und der Gebäude) ca. 14 Millionen Kronen, die Mitgliederzahl fast 53.000 Personen. <sup>11)</sup>

Das „ungarische rote Kreuz“ wird von der Direktion und dem Zentralauschuß in Budapest geleitet. In den Komitaten und größeren Orten bestehen Komitats- resp. städtische Ausschüsse, denen die einzelnen Vereine und deren Filialen unterstehen.

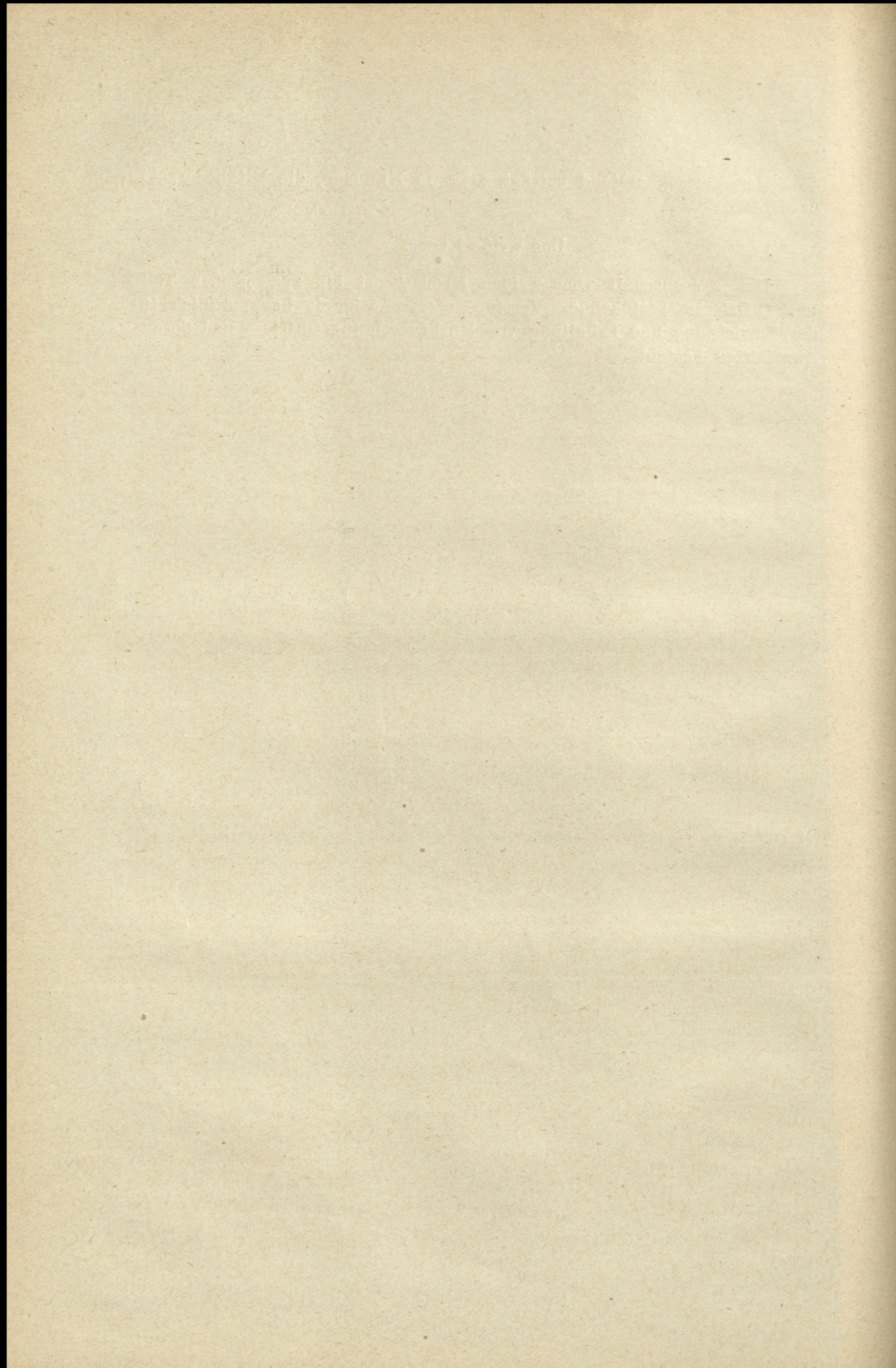
<sup>11)</sup> Dem gegenüber zählt das „rote Kreuz“ in Japan über 1 Million Mitglieder und seine Jahreseinnahmen belaufen sich auf zirka 6 Millionen Kronen. Die Gesamtbevölkerung Japans ist nicht ganz doppelt so zahlreich wie jene Österreichs, nicht ganz dreifach so zahlreich wie jene Ungarns.

Der Vermögensstand beträgt zirka 15 Millionen, die Mitgliederzahl ca. 37.000.

#### Das weiße Kreuz.

Die „Gesellschaft vom weißen Kreuze“ ist ein zum großen Teil aus Offizieren bestehender Verein, dessen Tätigkeit hauptsächlich in der Einrichtung und Erhaltung von Kurhäusern für Offiziere und deren Angehörige besteht.

---



# Das Sanitätswesen im Kriege.

## 1. Allgemeines.

(Vgl. auch die diesbezüglichen Abschnitte des 3., 4. und 5. Heftes.)

### **Anforderungen an das Sanitätswesen im Kriege.**

Die Vorbedingungen für die Erhaltung des Menschenmaterials sind bei der Armee im Felde meist äußerst ungünstig. Es sind sehr große Menschenmassen auf engen, oft schon an sich ungesunden Räumen, unter ungünstigen Unterkunftsverhältnissen, bei ungünstiger, unregelmäßiger Ernährung, ungewohnten großen physischen Leistungen und erschwerter allgemeiner Hygiene (Reinlichkeit, rasche Versorgung und Isolierung Erkrankter, Kontrolle der Nahrung usw.) versammelt, wodurch der Ausbruch von Epidemien und das Auftreten anderer Krankheiten gefördert wird. Ungünstige klimatische Verhältnisse oder schlechte Witterung steigern diese Gefahren noch wesentlich.

Abgesehen davon ergeben sich bei Kämpfen jeder Art in kurzer Zeit große Mengen von Verwundeten und Toten inmitten der angehäuften Truppen, wodurch einerseits der Gefechtsstand vermindert wird und andererseits eine neue Gefahr für die allgemeine Gesundheit entsteht.

Die Verluste durch Krankheit sind im allgemeinen viel höher als die Gefechtsverluste.<sup>1)</sup>

Ganz abgesehen vom humanen Standpunkt ist daher ein gut funktionierendes und eingehend vorbereitetes Sanitätswesen für die Erhaltung der Gefechtskraft und der Schlagfähigkeit der Armee von besonderer Bedeutung.

Die Organisation des Sanitätswesens im Kriege hat somit die doppelte Aufgabe:

1) 1812 verlor die große Armee während ihres Vormarsches vom Niemen bis Moskau 40% des Gesamtstandes durch Krankheiten und Strapazen, 20% durch Gefechte; die abnorm ungünstigen Verhältnisse des Rückmarsches verursachten weitere 38% Verluste des ursprünglichen Standes, so daß schließlich nur 2% wieder über den Niemen zurückkamen. Die Gesamtverluste betragen somit 98%, von denen nur etwa 20% blutig (durch Gefechte) und zirka 78% unblutig (durch Krankheit und Strapazen) waren.

1828 wurden in den russischen Spitälern 210.000 Kranke (Dysenterie und Wechselfieber) aufgenommen, von denen etwa 20% starben. Da der Gesamtstand der russischen Armee in Bulgarien nur 100.000 Mann betrug, mußte im Durchschnitt jeder Mann im Verlaufe des Jahres 2—3 mal in Spitalsbehandlung kommen. Im Juni 1829 betrug der Krankenstand 40.000 Mann, der Gefechtsstand der Armee war bereits auf 20.000 Mann (= 20% des ursprünglichen Standes) reduziert. Als bald darauf die Pest ausbrach, waren in kürzester Zeit 5000 Mann daran erkrankt, von denen fast 2000 starben. — Bei Schluß des Krieges war die Stärke der russischen Armee (fast ausschließlich durch Krankheiten) auf zirka 10% des ursprünglichen Standes gesunken.

Im Krimkrieg verloren die Franzosen 32% des ursprünglichen Standes, darunter nur 4% durch blutige Verluste in Kämpfen. Bei den Engländern betragen die unblutigen Verluste mehr als das siebenfache der blutigen.

1870 verlor das preußische Gardekorps vom 26. August bis 1. September durch forzierte Märsche 27%; im allgemeinen waren im ganzen Verlauf des Krieges trotz günstiger sanitärer Verhältnisse und guter hygienischer Vorsorgen die unblutigen Verluste etwa doppelt so groß als die blutigen.

Im russisch-japanischen Kriege gelang es den Japanern, die unblutigen Verluste auf ein Minimum herabzudrücken; der Krankenstand war — abgesehen von den blutigen Verlusten — kaum größer als in Frieden. — Zu diesem ganz einzig dastehenden Resultat trug die außerordentlich weitgehende hygienische Schulung der gesamten Mannschaft, deren große Abhärtung und die stabile Kriegführung wesentlich bei.

1. das Entstehen von Krankheiten möglichst zu beschränken und deren epidemisches Auftreten unbedingt zu verhindern.

2. alle Erkrankten und Verwundeten zu pflegen und zu heilen, um sie möglichst rasch dem Gefechtsstand wieder zurückzuführen.

### Allgemeine Hygiene.

Je ungünstiger die sanitären Verhältnisse sind, die durch militärische Notwendigkeiten entstehen<sup>2)</sup>, desto gründlicher müssen die sanitären Maßnahmen eingeleitet, desto sorgfältiger müssen sie durchgeführt werden.

Die Mittel zur Wahrung der Hygiene sind:

1. Möglichst gründliche Schulung und Aufklärung der gesamten Mannschaft, eingehende Überwachung der Ernährung, Unterkunft, Bekleidung und Reinlichkeit durch alle militärischen Vorgesetzten und Vermeidung aller unnötigen Strapazen.

Hiezu müssen alle Leute und Offiziere schon im Frieden gründlich in der Hygiene geschult werden, muß volles Verständnis für sanitäre Fragen bei allen Unterkommandanten vorhanden sein und müssen Ärzte als Referenten und sonstiges Sanitätspersonal zur Kontrolle und Detailüberwachung bei den Truppen eingeteilt sein.

Die gefährlichsten Krankheiten bei der Armee im Felde, mit deren Prophylaxe daher jeder Soldat vertraut sein soll, sind:

1. **Marschkrankheiten** (Schuhdruck, Erschöpfung, Hitzschlag, Erfrierungen).

2. **Allgemeine Krankheiten** (Fieber, Verdauungsstörungen, Erkrankungen der Atmungsorgane und dgl.).

3. **Epidemien** (am gefährlichsten: Ruhr, Cholera, Typhus).

---

<sup>2)</sup> Die militärischen Maßnahmen im Großen müssen stets bis zu einem gewissen Grad auf die sanitären Faktoren Rücksicht nehmen (tunlichstes Vermeiden ungesunder Gegenden, Einschränken enger Konzentrierungen auf das unbedingt Nötigste, Gewährung der nötigen Rasttage und dgl. m.); häufig wird aber — besonders im Detail — die militärische Notwendigkeit über alle anderen Rücksichten gestellt werden müssen.

Wie aus den früher angeführten Beispielen hervorgeht, hat die Kriegshygiene in den letzten Kriegen bereits wesentliche Erfolge aufzuweisen, die besonders durch die Fortschritte in der Bakteriologie gefördert wurden.

Ein geradezu musterhaftes Beispiel strengster Kriegshygiene bot — wie früher erwähnt — die japanische Armee in der Mandschurei.

2. Gewissenhafte, vorausdenkende Leitung der Hygiene durch die höheren Kommanden, welche hiezu über ärztliche Referenten verfügen müssen. Deren Aufgabe ist es, rechtzeitig Anträge über die Art der Unterkunft, über Vorsorgen bei der Bekleidung und Ernährung, über Trinkwasserverbesserung und dergl. zu stellen.<sup>3)</sup>

### **Versorgung der Kranken und Verwundeten.**

Die Versorgung der Kranken (Verwundeten) hat in erster Linie den militärischen Zweck, undienstbar gewordene Leute möglichst rasch wieder den Truppen zurückzugeben, und in zweiter Linie den humanen Zweck, solche Kranke (Verwundete), welche erst spät oder auch gar nicht mehr dienstbar werden, trotzdem zu versorgen.

Die Truppenkörper selbst sind infolge ihrer militärischen Tätigkeiten (besonders bei Märschen und Gefechten) nicht in der Lage, den Erkrankten (Verwundeten) eine besondere Pflege angedeihen zu lassen. Bei den Truppenkörpern können daher nur jene Leute bleiben, deren Gesundheitsstörung so geringfügiger Natur ist, daß kleine Erleichterungen (Ablegen des Tornisters, Aufsitzen auf Fuhrwerke während des Marsches u. dgl.) zur völligen Wiederherstellung genügen („Marode“). Alle anderen Erkrankten (Verwundeten) müssen den Truppen so rasch als möglich abgenommen werden, wozu Anstalten in nächster Nähe der Truppen nötig sind.

Da die Anhäufung einer großen Zahl von Kranken (Verwundeten) unter ungünstigen sanitären Verhältnissen eine große Gefahr für die allgemeine Gesundheit wäre, können nicht alle den Truppen abgenommenen Kranken auf dem Kriegsschauplatze

<sup>3)</sup> Die Japaner unternahmen häufig eigene hygienische Rekognoszierungen, ehe ein Gebiet betreten wurde; hiemit wurden die Aufklärungsabteilungen betraut und ihnen Ärzte beigegeben.

selbst gepflegt und geheilt werden, sondern es ist ein Abtransport nach rückwärts nötig. Es wäre aber unrationell, Leute, welche bei entsprechender Pflege und Ruhe binnen kurzem wieder genesen und zur Truppe einrücken können, in das Hinterland abzuschieben, um sie bald darauf wieder zur Armee zu transportieren. Solche Leute („Leichtkranke“, „Leichtverwundete“) werden daher besser auf dem Kriegsschauplatz selbst in eigenen Anstalten geheilt, und es werden nur jene Kranken (Verwundeten) in das Hinterland abgeschoben, die erst nach längerer Zeit oder auch gar nicht mehr dienstfähig werden dürften („Schwerkranke“, „Schwerverwundete“). Hierzu sind einerseits geeignete Transportmittel („ambulante Anstalten“) und stabile Anstalten im Hinterlande nötig, andererseits, um die Schwerkranken (Schwerverwundeten) für den Transport geeignet zu machen und sie bis zum Abtransport zu pflegen, eigene mobile Anstalten für Schwerkranke im Etappenraume.

Die Organisation der Krankenversorgung erfordert also:

1. Erste Hilfeleistung für alle Erkrankten (Verwundeten) und Sortierung in verschiedene Kategorien nach Grad der Erkrankung und Transportfähigkeit zur weiteren Versorgung. Da im Interesse der Kranken (Verwundeten) und der Einfachheit alle unnützen Transporte und jede unnötige wiederholte Untersuchung vermieden werden soll, erfolgt die Sortierung am besten durch das Personal der Truppenkörper, dem naturgemäß auch die Leistung der ersten Hilfe zukommt.

2. Übernahme und weitere Versorgung der Kranken (Verwundeten) durch eigene Anstalten des Sanitätswesens (mobile, ambulante, stabile).

Für die Zahl des Sanitätspersonals und für die Organisation und die Zahl der Sanitätsanstalten ist somit einerseits die Kategorie der zu erwartenden Erkrankungen und Verwundungen (Grad und Transportfähigkeit), andererseits deren zu erwartende Zahl maßgebend.

### **Kranken- (Verwundeten-) Kategorien.**

1. **Marode** mit geringfügigen Gesundheitsstörungen, welche in der Regel beim Truppenkörper bleiben können und entweder — soweit sie überhaupt dienstfähig sind — zu leichten Diensten

verwendet werden können (z. B. Sanitätshilfsdienste, Lokal-dienste u. dgl.)<sup>4)</sup> oder, wenn sie dienstunfähig (meist auch marschunfähig) sind, in Marodenzimmern der Kantonierungsorte, resp. während der Märsche auf den Fuhrwerken des Truppen-trains die nötige Erholung finden.

Ausnahmsweise (bei sehr großer Marodenzahl und restrin-giertem Train) kann auch ein Teil der dienstunfähigen Maroden von den Truppen in Sanitätsanstalten abgegeben werden.

**2. Leichtkranke** (Leichtverwundete), welche zwar mehr Pflege brauchen, als die Truppenkörper ihnen gewähren können und daher in Sanitätsanstalten abgegeben werden müssen, die aber doch in kurzer Zeit wieder dienstfähig sein werden. Diese Leute werden auf dem Kriegsschauplatz selbst in eigenen An-stalten (Leichtkrankenspitälern, Feldmarodenhäusern u. dgl.) bis zur Genesung und Wiederabgabe an die Truppenkörper ge-pflegt.

Je nachdem, ob sie marschfähig sind oder nicht, müssen Vorsorgen für ihre Einbringung in diese Anstalten getroffen werden.

**3. Schwerkranke** (Schwerverwundete), welche einer längeren Heilungsdauer und spitalsmäßiger Pflege bedürfen und daher von der Armee abgeschoben werden müssen. Je nach der Art ihrer Erkrankung (Verwundung) können sie entweder sitzend, oder müssen sie liegend transportiert werden. Diese Transporte machen (besonders bei liegend zu Transportierenden) eingehende Vorsorgen nötig und bilden eine große Belastung für den Ver-kehrsdienst im Rücken der Armee.

Zweckmäßigerweise wird beim Abtransport ein Unter-schied bezüglich der Heilungsdauer gemacht: Kranke, die rela-tiv bald, etwa binnen Monatsfrist, wieder genesen, werden in Heilanstalten in der Nähe des Kriegsschauplatzes oder noch im

<sup>4)</sup> Napoleon formierte aus solchen dienstfähigen Maroden eigene „Marodenkompagnien“, in denen die Leute bis zu ihrer Wiederherstel-lung zu leichten Diensten verwendet wurden. Auch die Deutschen bildeten 1870/71 aus dienstfähigen Maroden eigene Formationen für den Etappendienst, zur Trainbewachung u. dgl. — Mit Rücksicht auf die beschränkte Zahl des Sanitätspersonals der Truppen können ge-eignete Marode auch zum Hilfsdienst im Sanitätsdienste herangezogen werden (z. B. Reinigen der Marodenzimmer, Kochen, Unteroffiziere zur Aufsicht u. dgl. m.).

Etappenraum untergebracht (Krankenabschub), solche, die sehr lange Krankheitsdauer vor sich haben oder überhaupt nicht mehr kriegsdiensttauglich werden dürften, werden in entferntere Teile des Hinterlandes gebracht (Krankenzerstreuung).

4. **Schwerstkranke** (Schwerstverwundete) und Hoffnungslose, deren Abtransport teils ärztlich nicht zulässig ist, teils (bei hoffnungslosen Fällen) eine unnötige Belastung der kargen Transportmittel und eine unnötige Qual für den Kranken wäre, müssen auf dem Kriegsschauplatz an Ort und Stelle bleiben und in eigenen Anstalten gepflegt werden, bis sie entweder transportfähig werden oder sterben.

5. **Infektionskranke**, für welche ganz besondere Vorsorgen getroffen werden müssen.

### Zahl der Kranken (Verwundeten).

Auf Grund der Sanitätsstatistik der letzten Kriege kann man im allgemeinen unter normalen Verhältnissen mit folgenden Ziffern rechnen:

#### 1. Erkrankungen.

a) **Marode**. Der tägliche Zugang beträgt etwa  $2-3\text{‰}$  des Verpflegsstandes, die Heilungsdauer etwa 2-3 Tage; etwa die Hälfte davon ist „beschränkt dienstfähig“, die andere Hälfte „dienstunfähig“. Man kann somit mit einem konstanten Stand von etwa  $2-3\text{‰}$  dienstfähigen und  $3-4\text{‰}$  dienstunfähigen Maroden bei den Truppenkörpern rechnen.

b) **Kranke**. Die tägliche Krankenabgabe an Sanitätsanstalten beträgt etwa  $3\text{‰}$  des Verpflegsstandes (unter besonders günstigen Verhältnissen etwa  $2\text{‰}$ , bei ungünstigen zirka  $4\text{‰}$ ). Die Hälfte aller Kranken ist im allgemeinen leicht krank, die Hälfte schwer krank; von den Schwerkranken können etwa  $\frac{2}{3}$  sitzend,  $\frac{1}{3}$  muß liegend transportiert werden.

c) **Untransportable** ergeben sich nur in sehr geringerer Anzahl (etwa  $0.1-0.2\text{‰}$  des Verpflegsstandes).

Unter ungünstigen Verhältnissen (z. B. bei den ersten Märschen, bei enger Konzentrierung, bei Verpflegsschwierigkeiten,

bei ungünstiger Witterung u. dgl.) können diese Ziffern trotz aller Vorsorgen bedeutend größer werden.

## 2. Gefechtsverluste.

Bei Entscheidungskämpfen unter modernen Verhältnissen können für ganze Armeen ungefähr 6% des Gefechtsstandes als mittlere Verlustziffer angenommen werden. Bei Armeekorpern gelten ungefähr 10%, bei ganzen Truppenkörpern, die im Gefechte standen, zirka 20%, bei einzelnen Unterabteilungen, die an entscheidender Stelle kämpften, ungefähr 25—30% als mittlere Verluste.

In einzelnen Fällen können natürlich auch weitaus größere Verluste (bis zu 70% und darüber) vorkommen.

Von allen blutigen Verlusten ist erfahrungsgemäß etwa die Hälfte leicht verwundet,  $\frac{1}{4}$  schwer verwundet,  $\frac{1}{4}$  tot oder sterbend.

Von den Leicht- und Schwerverwundeten sind etwa  $\frac{2}{3}$  gehfähig (wenn auch nur mit Unterstützung),  $\frac{1}{3}$  muß getragen oder auf Fuhrwerken transportiert werden.

Da der Besiegte seine Toten und Schwerverwundeten und oft auch einen Teil der Leichtverwundeten auf dem Schlachtfelde zurückläßt, muß der Sieger auch mit der Versorgung dieser Leute rechnen.

Alle diese Ziffern geben natürlich nur ganz allgemeine Anhaltspunkte, um überhaupt eine Basis zu haben.

Bei einem österr.-ungar. Korps (Verpflegsstand ca. 60.000 Mann, Gefechtsstand ca. 50.000 Mann) ergibt sich somit:

Bei den Truppenkörpern verteilt befinden sich konstant im ganzen etwa 120—180 dienstfähige und 180—240 dienstunfähige Marode, In die Sanitätsanstalten werden täglich ca. 90 Leichtkranke und ca. 90 Schwerkranke (darunter etwa 30 liegend zu transportierende) abgegeben; 6—12 Leute sind täglich untransportabel.

Nach einem Entscheidungskampf muß mit etwa 2500 Leichtverwundeten, 1250 Schwerverwundeten und 1250 Toten (Sterbenden) gerechnet werden. Von allen Verwundeten müssen etwa 1250 liegend (auf Bahren oder Fuhrwerken) transportiert werden. Nach einem siegreichen Kampfe muß das Sanitätswesen somit mindestens für die Versorgung von 5—6000 Verwundeten (inklusive jener des Feindes) und für die Beerdigung von etwa 2—3000 Toten aufkommen.

Für die Versorgung der Kranken und Verwundeten sind nach dem bisher Gesagten im allgemeinen folgende Maßnahmen nötig:

1. Sanitätspersonal bei den Truppen zur ersten Hilfeleistung und zur Sortierung auf Grund der ersten Untersuchung (Diagnose);

2. mobile Sanitätsanstalten in nächster Nähe der Truppen (= im Divisionstrain) zur raschen Aufnahme aller von den Truppen abgestoßener Kranken (Verwundeten), wobei nach Möglichkeit schon eine Trennung zwischen Leichtkranken, Schwerkranken und Intransportablen eintreten kann. (Divisionssanitätsanstalt in Österreich-Ungarn, Divisionslazarett in Rußland, Sanitätskompagnien in Deutschland, Divisionsambulanzen in Frankreich);

3. mobile Anstalten, welche die Leichtkranken (Leichtverwundeten) übernehmen und bis zur Genesung und Einrückung zum Truppenkörper pflegen (Feldmarodenhäuser in Österreich-Ungarn, Marodenkommanden in Rußland, Leichtkrankensammelstationen in Deutschland, Marodendepots in Frankreich);

4. mobile Anstalten, welche die Schwerkranken (Schwerverwundeten) zur Pflege bis zum Abtransport und eventuell auch Intransportable übernehmen, falls für diese keine besonderen Anstalten bestehen (Feldspitäler in Österreich-Ungarn, Feldlazarette in Deutschland und Rußland);

5. ambulante Anstalten zum Abtransport der Schwerkranken (Schwerverwundeten) nach rückwärts (Sanitätszüge, Krankenzüge, Spitalszüge, Schiffsambulanzen, Krankenschiffe u. dgl.);

6. stabile Anstalten am Kriegsschauplatze zur Entlastung der Feldspitäler und im Hinterland zur endgiltigen Pflege und Heilung aller Schwerkranken (Schwerverwundeten).

### **Durchführung der Kranken- (Verwundeten-) Versorgung.**

Nach den bisherigen Ausführungen handelt es sich bei der Versorgung der Kranken (Verwundeten) stets um folgende Tätigkeiten:

1. die erste Hilfeleistung und Sortierung aller Erkrankter (Verwundeter) bei den Truppenkörpern (Tätigkeit des Sanitätspersonals der Truppen);

2. die Abgabe der Kranken (Verwundeten) und eventuell auch eines Teiles der Maroden von den Truppen an Sanitätsanstalten und deren Sammeln zur weiteren Versorgung (Tätigkeit der Sanitätsanstalten der Divisionen);

3. die weitere Versorgung der Kranken (Verwundeten) in Anstalten auf dem Kriegsschauplatz (Tätigkeit der mobilen Anstalten) oder im Hinterlande (Krankenabschub, Krankenzerstreuung).

Alle diese Maßnahmen, insbesondere die unter 1. und 2. angeführten, müssen sich nach der wechselnden militärischen Situation der Truppen richten.

### Im Aufmarschraum.

Im Aufmarschraume sind die Truppen zum erstenmale auf relativ engem Raume für längere Zeit versammelt, so daß — besonders bei ungünstigen klimatischen und lokalen Verhältnissen — die Gefahr von Epidemien nahe liegt. Auch wird infolge der ungewohnten Lebensweise der eingerückten Nichtaktiven und infolge der anstrengenden Transporte der Krankenzugang relativ groß sein.

Der Aufmarschraum muß daher schon im Frieden eingehend sanitär vorbereitet werden, die Unterkunftsverhältnisse, das Trinkwasser, endemische Krankheiten u. dgl. müssen studiert und daraufhin die nötigen Vorsorgen getroffen werden.

Die Tätigkeit des Sanitätspersonals der Truppen unterliegt keinen besonderen Schwierigkeiten und verläuft in den stabilen Unterkünften ähnlich wie im Frieden.

Für die Abgabe der Kranken muß eine entsprechende Zahl von Sammelstationen im Unterkunftsbereich eingerichtet werden (bestehende Militär- und Zivilspitäler, Improvisationen, oder auch mobile Sanitätsanstalten) und es muß die Art und Zeit der Abgabe je nach den Kommunikationsverhältnissen geregelt werden. Hiezu kann auch die Verwendung von Fuhrwerken der Truppen oder der Sanitätsanstalten nötig sein.

Der Krankenabschub muß rechtzeitig beginnen, damit bei Beginn des Vormarsches die Aufnahme Stellen des Aufmarschraumes (späteren Etappenraumes) für die zurückkommenden Transporte frei sind.

## Während der Märsche.

An den ersten Marschtagen werden die Marschverluste meist recht beträchtlich sein.

Leuten, die während der Durchführung des Marsches marschunfähig werden, muß vom Sanitätspersonal der Truppen (das hiezu an der Queue der Abteilungen marschieren muß) möglichst rasch so weit Hilfe geleistet werden, daß sie irgendwie das Marschziel erreichen (sei es nach Abnahme des Gepäcks zu Fuß, sei es auf Trainfuhrwerken oder auf den Transportmitteln der Sanitätsanstalt).

Nach dem Erreichen des Marschzieles muß vom leitenden Arzt möglichst bald eine günstig gelegene Sammelstelle für die Abgabe der Kranken verlautbart werden, und es muß für den weiteren Abschub nach rückwärts gesorgt werden, da sich sonst längs jeder Marschlinie von Tagmarsch zu Tagmarsch in den Nächtigungsräumen kleine Gruppen zurückbleibender Kranken bilden würden, deren weitere Versorgung zu kompliziert wäre und zu viel Personal beanspruchen würde.

Es müssen daher an günstig gelegenen Punkten mit guten Verbindungen nach rückwärts einzelne große Sammelstationen eingerichtet werden, wohin die Sammelstellen der einzelnen Kolonnen rasch die von den Truppen übernommenen Kranken abschieben können. In diesen Sammelstationen kann auch die temporäre Etablierung von Sanitätsanstalten (besonders für Leichtkranke) nötig werden. Von hier aus erfolgt dann je nach den Kommunikationsverhältnissen der weitere Abschub nach rückwärts.

Die Art der Transporte von den Truppen zur Sammelstelle und von dieser in die Sammelstation (Abschubstation), der Zeitpunkt hiefür, die Beistellung von Begleitmannschaft u. dgl. muß von Tag zu Tag neu geregelt werden und muß im Interesse der sicheren und raschen Verlautbarung und Durchführung so einfach als möglich sein.

## Bei aufklärenden Kavalleriekörpern.

Die nötige große Beweglichkeit macht das rasche Abstoßen der Kranken und oft auch der Maroden besonders wichtig. Beim Gros kann dies, wie bei der Infanterie, durch Improvisieren einer

Sammelstelle geschehen; der Abtransport aus dieser wird aber nur sehr selten möglich sein, so daß beim Weitermarsch die Kranken der Gemeinde oder an Privatpersonen übergeben werden müssen.

Bei den auf weite Räume verteilten Aufklärungsabteilungen ist dies stets nötig.

Der vorrückende Kavalleriekörper muß also in der Regel seine Kranken teils in Gruppen, teils einzeln in Orten, Meierhöfen u. dgl. verteilt, unter Obsorge der Zivilbevölkerung zurücklassen, bis sie von der herankommenden Infanterie übernommen und gleich den eigenen Kranken weiter versorgt werden.

### Bei Stillständen, Belagerungen u. dgl.

Bei stabiler Kriegführung kann der Sanitätsdienst ähnlich wie im Aufmarschraum organisiert werden, ohne daß aber die Friedensvorbereitungen vorhanden wären.

Improvisationen und Verwendung der mobilen Sanitätsanstalten werden daher häufig nötig sein. Besonderes Augenmerk muß auf die Unterkünfte, das Trinkwasser, die Reinlichkeit („Sanitätspolizei“) gerichtet werden.

In Festungen ist naturgemäß der Abschub der Kranken während der Belagerung ausgeschlossen, und es müssen daher ausreichende Vorsorgen für ihre Unterbringung und Pflege auch bei der längsten Belagerungsdauer und bei ungünstigen Verhältnissen getroffen werden. Auf Zivilspitäler kann meist nicht reflektiert werden, da sie oft kaum für die Zivilbevölkerung ausreichen dürften.

Die Organisation von Sammelstellen für die Abgabe seitens der Truppen und der Transporte von dort in die Heilanstalten ist meist leicht möglich und kann schon im Frieden im Detail vorbereitet werden.

### Im Gefechte.<sup>5)</sup>

Der weitaus schwierigste, umfangreichste und wichtigste Teil des Kriegssanitätsdienstes besteht in der Versorgung der

<sup>5)</sup> Im folgenden Abschnitte sind die vom Oberstabsarzt Dr. Cron vorgeschlagenen einheitlichen Nomenklaturen angewendet.

Verwundeten im Gefechte, wobei es sich darum handelt, einer sehr großen Zahl von Verwundeten, die sich auf relativ kleinen Räumen in kurzer Zeit ergeben, möglichst rasch die erste Hilfe zu leisten, die Truppen von ihnen ehemöglichst zu befreien und das Sanitätspersonal der Truppen, sowie die Sanitätsformationen der Truppendivisionen so rasch als möglich für die weitere Verwendung wieder frei zu bekommen.

### **Erste Hilfe und Sortieren der Verwundeten.**

Die erste Hilfeleistung (Anlegen von Verbänden, Labung u. dgl.) kann praktischerweise nur auf möglichst günstig gelegenen, notdürftig eingerichteten Hilfsstätten erfolgen, wo es den Ärzten möglich ist, ihr Material auszupacken, wo das Hilfspersonal das unnötige Gepäck ablegen kann, wo Wasser, Schatten und gesicherte Liegestätten vorhanden sind. Das Hilfspersonal der Truppen muß also zur rationellen Verwertung für die erste Besorgung der Verwundeten auf eigenen Hilfsstätten vereint werden.

### **Ort und Zahl der Hilfsstätten.**

Die Verwundeten sind auf dem ganzen Gefechtsfelde verstreut; ihre Verteilung ist aber naturgemäß je nach dem Verlaufe des Kampfes sehr ungleichmäßig; am dichtesten sind die Verwundeten in jenen Zonen, in denen sich die entscheidenden Phasen des Gefechtes abspielten.

Von der Verwundungsstelle bis zur Hilfsstelle ist stets ein Transport der Verwundeten nötig. Je länger dieser Transport dauert, desto anstrengender ist er für das Transportpersonal und für die Verwundeten, desto langwieriger wird die Verwundetenbergung, desto weniger kann das Grundprinzip rascher Hilfe und raschen Abschubes zur Geltung kommen. Daraus folgt, daß rationellerweise die Hilfsstätten

1. wenn irgendmöglich, dort zu etablieren sind, wo die meisten Verwundeten in nächster Nähe sind, d. h. also inmitten des dichtesten Verlustfeldes;

2. daß für einigermaßen ausgedehnte Gefechtsfelder mehrere Hilfsstätten etabliert werden müssen, deren jede die Verwundeten eines gewissen, nicht zu großen Raumes versorgt.

Die Etablierung der Hilfsstätten inmitten des dichtesten Verlustfeldes ist naturgemäß erst nach der Beendigung des Gefechtes möglich; das vorhandene Sanitätspersonal und Material muß daher bei Beginn des Gefechtes derart gruppenweise bereitgestellt werden, daß die Etablierung und Tätigkeit der Hilfsstätten sofort nach dem Gefechte beginnen kann.

Die Bildung solcher der taktischen Gruppierung möglichst angepaßter, nach Bedarf auch verschieden starker Sanitätsgruppen zu Beginn des Gefechtes erfordert vom leitenden Arzte volles Verständnis für den militärischen Verlauf des Kampfes.

Früher war es allgemein üblich, die Hilfsstätten gleich bei Beginn des Kampfes entsprechend weit hinter den kämpfenden Linien zu etablieren, so daß sie schon während des Kampfes ihre Tätigkeit beginnen konnten. Dies setzte aber voraus, daß die Verwundeten noch während des Kampfes zur Hilfsstätte gelangen konnten, was in modernen Kämpfen nur äußerst selten möglich ist (am ehesten noch in der Verteidigung).<sup>6)</sup> Die Hilfsstätten wären also während des Kampfes zur Untätigkeit verurteilt und sind nach dem Gefechte, wenn ihre intensivste Tätigkeit beginnen könnte, sehr weit vom dichtesten Verlustfeld entfernt (besonders beim Angriff), so daß sie entweder nach vorne verlegt werden müßten (= großer Zeit- und Kraftverlust und die mühevollste erste Etablierung war umsonst) oder infolge der langen Dauer des Transportes sehr viel Zeit und Kraft nutzlos verlieren.

Die zu Beginn des Gefechtes hinter den Truppen bereitgestellten Sanitätsgruppen dürfen übrigens während des Verlaufes des Kampfes nicht untätig bleiben, sondern sollen sich „arbeitsfähig“ bereitstellen, d. h. die nötigsten Requisiten und Materialien derart zur Hand haben, daß sie jederzeit in der Lage sind, einzelnen Verwundeten, die durch günstige Umstände zu ihnen gelangen oder auf die sie — den Truppen gedeckt folgend — stoßen, die nötige Hilfe zu gewähren. („Hilfsoasen“.)

<sup>6)</sup> Oberstabsarzt Dr. Scheffer beobachtete in der Schlacht bei Mukden speziell das Einbringen der Verwundeten bei den Russen (Verteidiger). Er sah vielfach Blessiertenträger mit offenen Tragbahnen bis in die Schwarmlinie vorlaufen, konnte sie aber trotz stundenlanger Beobachtung nicht einen einzigen Verwundeten während des Kampfes zurückbringen sehen; erst nachdem die Japaner das Feuer eingestellt hatten, war der Rücktransport möglich. — Im Gefechte bei Groß-Nabas (1905) wurden beim Versuch, einen verwundeten Offizier zurückzubringen, 2 Mann getötet, 2 Mann verwundet und der Offizier mußte doch bis nach Schluß des Gefechtes liegen bleiben.

Versuche, schon während des Kampfes Verwundete in größerer Zahl zurückzubringen, sind im modernen Gefecht fast stets aussichtslos und führen nur zu vorzeitigen Verlusten des Sanitätspersonals.

Die Tätigkeit des Truppsanitätspersonals spielt sich also teilweise schon während des Gefechtes auf „Hilfsoasen“ ab, die für den momentanen Gebrauch vorübergehend funktionieren, hauptsächlich aber erst nach dem Gefechte auf „formell etablierten Hilfsplätzen“, denen die erste Besorgung und Sortierung aller vorhandenen Verwundeten zukommt.

Aus diesen modernen Anschauungen über die Hilfsstättenetablierung erklärt sich auch die große Bedeutung der Sanitätstragtiere bei den Truppen, welche mit den arbeitsbereiten Sanitätsgruppen viel leichter gedeckt den Kampflinien folgen können, wodurch das Hilfsstättenmaterial bei der endlichen Etablierung sogleich zur Hand ist, während Fuhrwerke erst geholt werden müssen, was in solchen Momenten sehr schwierig und sehr zeitraubend ist.

Bei langdauernden, vielleicht sogar mehrtägigen Kämpfen ist allerdings ein derartiges Zurückhalten mit der Hilfsplatzetablierung nicht am Platze, sondern es ist dann vorteilhafter, wenigstens einige Hilfsplätze noch während des Kampfes so nahe als möglich an den voraussichtlichen größten Verlustfeldern, aber gegen Feuer gedeckt, formell zu etablieren, und Gefechts-pausen oder die Nacht zum Einbringen Verwundeter zu benutzen.

Wenn möglich, sollte aber auch hiebei ein Teil des Sanitätspersonals bereitgehalten werden, sogleich nach siegreicher Beendigung des Kampfes am Kampfplatz selbst neue Hilfsplätze zu etablieren. Wenn dies nicht möglich ist, muß zeitgerecht die rasche Vorverlegung der etablierten Hilfsplätze eingeleitet werden, was ihre Tätigkeit immer für längere Zeit sehr störend beeinflusst.

### **Verwundetensammlung.**

Das Einbringen der Verwundeten zum Hilfsplatz muß so rasch als möglich unter Ausnützung aller verfügbaren Hilfsmittel geschehen. Eine große Zahl von Verwundeten wird stets in der Lage sein, nach Abnahme des Gepäcks, von den Blessiertenträgern unterstützt und geführt, den nächsten Hilfsplatz zu erreichen; manche Verwundete können auch von 2 Blessiertenträgern in sitzender Stellung ohne besondere Hilfsmittel getragen werden; eine Anzahl Verwundeter muß aber immer liegend mit Tragbahren eingebracht werden. Hiezu muß eine möglichst große Zahl von leichten Tragen bei der Etablierung des Hilfsplatzes verfügbar sein, muß also von den Blessiertenträgern selbst oder auch von Sanitätstragtieren, wo solche vorhanden sind, fortgebracht werden.

Bei einem an entscheidender Stelle eingesetzten Regiment (3 Bataillone) muß nach den früher angeführten Durchschnittsziffern mit etwa 300 gehfähigen und etwa 150 zu tragenden Verwundeten gerechnet werden. Da bei der Organisation nichtkombattanter Blessiertenträger (vgl. Bemerkung auf Seite 19) 4 Mann pro Kompagnie (= 2 Tragbahnen) das zulässige Maximum bilden dürften, stehen 24 Tragbahnen zur Verfügung, die also mindestens 6 Turnusse zurücklegen müssen. Wenn der zurückzulegende Weg durchschnittlich  $500 \times$  beträgt,<sup>7)</sup> so sind zum Einbringen eines Turnusses (inkl. Ladung, Abnehmen der Rüstung, Lagerung, Übergabe, und dergl.) mindestens 20 Min. nötig d. h. das Einbringen der liegend zu Transportierenden allein dauert etwa 2 Stunden. Wenn man zur Einbringung eines gehfähigen Verwundeten im Durchschnitt 1 Blessiertenträger rechnet, so sind hiezu im ganzen abermals 6 Turnusse à zirka 20 Minuten nötig. Das Einbringen aller Verwundeten würde also zirka 4 Stunden dauern. Da auch ungefähr die gleiche Zahl Schwerverwundeter des Feindes versorgt werden muß, dauert es mindestens 6—7 Stunden nach Beendigung des Gefechtes, bis alle Verwundeten des Verlustfeldes am Hilfsplatze sind.

Wenn das Einbringen bei Nacht erfolgen muß, so wird die nötige Zeit dadurch noch verlängert.

Das Personal zum Einbringen der Verwundeten soll daher stets nach Möglichkeit verstärkt werden, z. B. durch die Musikmannschaft, durch Truppenpioniere, soweit sie nicht anderswo nötiger sind, im Notfall durch Offiziersdiener und im äußersten Falle auch durch Mannschaft des Gefechtsstandes.

### Tätigkeit der Hilfsplätze.

#### (Erste Verwundetenbesorgung.)

Außer der Hauptaufgabe: Leisten der ersten Hilfe (transportfähig machen) und Sortierung der Verwundeten muß auf den Hilfsplätzen auch für Labung und Verköstigung, für Reinigung u. dgl. vorgesorgt werden, die Identität der Verwundeten muß konstatiert, Verfügungen über Waffen, Munition und Rüstung der Verwundeten müssen getroffen werden u. dgl. m.

Alle diese Aufgaben erfordern bei der formellen Etablierung einer arbeitsfähig bereitgestellten Sanitätsgruppe als Hilfsplatz

<sup>7)</sup> Hiebei ist die Etablierung des Hilfsplatzes inmitten eines ca.  $2000 \times$  Durchmesser umfassenden Verlustfeldes angenommen. Würde er nach dem früher üblichen System ca.  $2000 \times$  hinter der Gefechtslinie etabliert, so betrüge der durchschnittliche Weg zirka  $2000 \times$ , d. h. das Einbringen aller Verwundeten inkl. jener des Feindes würde mindestens 15 Stunden erfordern!

mannigfache Vorkehrungen und Einrichtungen (zum Unterschiede von den während des Gefechtes tätigen Hilfssoasen). Bezüglich des Etablierungsortes muß vor allem auf die rasche und leichte Einbringung der Verwundeten, auf genügenden Raum, auf das Vorhandensein von Wasser, Schutz gegen schlechte Witterung, Bettzeug u. dgl., und schließlich auf leichte Weiterabgabe der besorgten Verwundeten gesehen werden (fahrbare Kommunikationen).

**Hilfsplätze der Artillerie.** Mit Rücksicht auf die relativ stabile Kampftätigkeit der Artillerie und ihre verhältnismäßig große Entfernung von den Verlustfeldern der Infanterie ist es meist vorteilhaft, wenn für die Artillerie von ihrem Sanitätspersonal eigene Artilleriehilfsplätze aufgestellt werden. Da bei der Artillerie das Zurückbringen Verwundeter während des Kampfes meist leichter möglich ist als bei der Infanterie, ist auch die formelle Etablierung der Artilleriehilfsplätze zu einem früheren Zeitpunkte meist gerechtfertigt.

### Verwundetenbergung

(Abgabe der Verwundeten an Anstalten.)

Das auf den Hilfsplätzen tätige Sanitätspersonal der Truppen muß ehebaldigst wieder frei gemacht werden, um den Truppen zu weiterer Verwendung zu folgen; die besorgten Verwundeten müssen daher raschestens an Anstalten abgegeben werden.

Da nach modernen Grundsätzen die Wunden tunlichst unter dem ersten (am Hilfsplatze angelegten) Verbände heilen sollen, besteht die medizinische Aufgabe der übernehmenden Anstalten hauptsächlich in der Pflege und der Kontrolle der Heilungsfortschritte.<sup>8)</sup>

<sup>8)</sup> Die früher geltende Ansicht, daß auf den Hilfsplätzen nur lebensrettende Operationen durchgeführt und erste Verbände angelegt werden sollten, während das Anlegen definitiver Verbände und die chirurgische Tätigkeit den „Verbandplätzen“ zukam, ist heute nicht mehr gerechtfertigt. Einerseits haben die Fortschritte der Antiseptik, den erwähnten Grundsatz ermöglicht, die Wunden unter dem ersten Verbände heilen zu lassen, andererseits zeigen die kriegschirurgischen Erfahrungen, daß durch die Einführung der modernen Feuerwaffen die Notwendigkeit operativer Eingriffe bei Verwundungen außerordentlich gesunken ist. So waren im russisch-japanischen Kriege nur bei 2% aller Verwundeten Operationen nötig (Fingeramputationen u. dgl. eingerechnet).

Das Schwergewicht der medizinischen Tätigkeit liegt also unter heutigen Verhältnissen auf den Hilfsplätzen.

Auf den Hilfsplätzen befinden sich:

1. Leichtverwundete, welche bis zur Heilung in einer eigenen Anstalt am Kriegsschauplatze bleiben,
2. transportable Schwerverwundete, welche abgeschoben werden,
3. Intransportable (d. h. nicht weit Transportable), welche bis zur Erlangung der Transportfähigkeit, resp. bis zum Tode in nächster Nähe versorgt werden müssen.

Da das Heranbringen und Etablieren der definitiven Bergungsstellen, resp. die Durchführung des Abschubes meist zu lange dauert, muß zur raschen Ablösung des Truppenpersonals ein Zwischenglied eintreten, das sofort zur Hand ist; hierzu ist die Sanitätsanstalt der Division berufen.

Zur rationellen Ausnützung der vorhandenen Formationen soll hiebei schon vom Hilfsplatz an eine Trennung der angeführten 3 Kategorien von Verwundeten eintreten.

Die sehr zahlreichen Leichtverwundeten brauchen wenig medizinisches, dagegen viel militärisches Aufsichtspersonal; sie können meist die gewöhnliche Mannschaftskost erhalten, deren Bereitung infolge der großen nötigen Mengen besondere Vorkehrungen erfordert. Die transportablen Verwundeten brauchen viel medizinisches Personal, geschulte Pfleger und geübtes Transportpersonal, auch müssen sie meist eigens bereitete Kost erhalten. Es wäre somit nicht rationell diese beiden Kategorien von Verwundeten in einer Anstalt örtlich zu vereinigen, um so mehr, als beim Abtransporte der Schwerverwundeten leicht disziplinäre Störungen durch nicht abzutransportierende Leichtverwundete möglich sind.

Auch die gegenwärtig noch überall übliche Vermengung der Transportablen und Intransportablen ist nicht rationell. Es wird dadurch die Übersicht und Ordnung gestört und die bei den Intransportablen relativ häufigen Todesfälle wirken in mehrfacher Richtung nachteilig; der wichtigste Nachteil besteht aber darin, daß die Bergungsstelle nach Beendigung des Abschubes der Transportablen durch die geringe Zahl Intransportabler gebunden bleibt, während sie sonst sogleich wieder den Truppen folgen könnte. Es ist also rationeller, eine eigene Bergungsstelle für Intransportable zu etablieren, die auf längere Zeit stabil bleibt, während die große temporäre Bergungsstelle für Transportable nur auf die Dauer des Abschubes etabliert bleibt und dann sogleich wieder mobil wird.

**1. Leichtverwundetenstation.** Die Abgabe der Leichtverwundeten von den Hilfsplätzen kann sehr bald nach Beginn der Hilfsplatztätigkeit beginnen, je eher desto besser. Wenn es unter

günstigen Umständen möglich ist, die definitive Bergungsstelle (Feldmarodenhaus) rechtzeitig zu etablieren, so erfolgt die Abgabe der Leichtverwundeten vom Hilfsplatz aus direkt dorthin. Häufig wird aber ein Teil der Anstalt der Division provisorisch die Leichtverwundeten übernehmen müssen.

Die Abgabe von den Hilfsplätzen kann bei der kurzen Distanz größtenteils durch Fußmarsch in kleinen Gruppen erfolgen; Rüstungen, Waffen und einzelne Gehunfähige müssen auf requirierten Fuhrwerken oder dgl. transportiert werden.

**2. Transportablenstation.** Die Einleitung des geregelten Krankenabschubes dauert stets ziemlich lange, so daß auch die provisorische Bergung der Transportablen durch einen Teil der Divisionsanstalt meist nicht ausreicht, sondern eine weitere Anstalt (Feldspital) eingesetzt werden muß, um die Sanitätsanstalt der Division nicht zu lange zu fesseln.

Die Abgabe von den Hilfsplätzen muß größtenteils mit Fuhrwerken erfolgen. Tragbahnen sind viel zu wenig leistungsfähig und würden viel zu viel Personal erfordern. Es müssen daher eingerichtete Blessiertenwagen (hauptsächlich für liegend Transportable) vorhanden sein, die stets noch durch requirierte Landesfuhrer und dgl. (besonders für sitzend Transportable, für Rüstung usw.) unterstützt werden müssen.

**3. Intransportablenstation.** Die definitive Bergungsstelle muß naturgemäß relativ lange stabil bleiben. Am besten würden sich hierzu Formationen der freiwilligen Sanitätspflege eignen, deren Heranbringung und Etablierung aber relativ lange dauert. Es muß daher auch hier ein Teil der Divisionsanstalt vorübergehend eintreten, und eventuell auch im Bedarfsfalle durch eine andere Anstalt (mobiles Reservespital, eventuell Feldspital) bis zur Etablierung der definitiv hiezu bestimmten Formation abgelöst werden.

Die Abgabe von den Hilfsplätzen kann natürlich nur mit Fuhrwerken für liegende Verwundete durchgeführt werden, vielleicht — wenn die Distanz nicht zu groß ist — teilweise auch mit Feldtragen.

Die Organisation von Intransportablenstationen ist gegenwärtig noch in keinem Staate durchgeführt, sondern die Transportablen und Intransportablen gelangen von den Hilfsplätzen in eine gemeinsame Bergungsstelle („Verbandplatz“ in Österreich-Ungarn, „Hauptverbandplatz“ in Deutschland und Rußland, „Divisionsambulanz“ in Frankreich usw.) und werden erst nach dem Abschub der Transportablen in einer eigenen Anstalt (Feldspital, Reservespital oder dgl.) gepflegt.

Die Organisation des Gefechtssanitätsdienstes beruht in den meisten Staaten noch auf dem System der wiederholten, sukzessiven Verwundetenbesorgung: zuerst auf Hilfsplätzen der Truppen („Truppenverbandplätzen“, „Notverbandplätzen“ und dgl.), dann auf den Verbandplätzen der Anstalten der Division („Hauptverbandplätzen“, „Divisionsambulanzen“ usw.), dann in Feldspitälern („Feldlazaretten“ usw.) und schließlich in Reservespitälern und dgl.

Die Ablösung einer Sanitätsformation durch die andere erfolgt in der einfachsten Weise derart, daß die ablösende Anstalt der abzulösenden des verbrauchte Material ersetzt, ihr Personal an die Stelle des bisherigen treten läßt und sich somit in denselben Lokalitäten und Objekten etabliert wie die Vorgängerin. Die Kranken selbst werden dadurch in keiner Weise tangiert.

### **Verwundetenversorgung bei grösseren Kavalleriekörpern.**

Im rasch verlaufenden Reiterkampf kann die Etablierung der Hilfsstätten, von denen bei der geringen räumlichen Ausdehnung des Kampffeldes fast stets nur ein Hilfsplatz nötig ist, immer erst nach Beendigung der Attacke auf dem Verlustfelde selbst erfolgen.

Die Zahl der Verwundeten, speziell der Schwerverwundeten, ist in Reiterkämpfe meist gering, wenn die Kavallerie nicht stark unter feindlichem Feuer zu leiden hatte. Dagegen fällt dem Sieger stets die Versorgung aller Verwundeten des geschlagenen Gegners zu.

Da das Hilfsplatzmaterial, speziell die Tragbahren zu Pferd kaum fortgebracht werden können, müßten hiefür entweder eigene Sanitätstragtiere systemisiert werden, welche den Sanitätsgruppen hinter der Front am sichersten folgen können, aber Kombattante dem Kampf entziehen, oder das Material muß auf Trainfuhrwerken verladen werden. Da aber der gesamte Train bei einem bevorstehenden Reiterkampf ausgeschieden werden muß, ist das Material dann im Bedarfsfalle nicht zur Hand.<sup>9)</sup>

<sup>9)</sup> Es wurde vorgeschlagen, beim Zurücklassen des Trains das Sanitätsmaterial auf die Fuhrwerke der Maschinengewehrabteilung oder der reitenden Artillerie umzuladen, um es wenigstens in die Nähe des Gefechtsfeldes zu bringen; zum gleichen Zweck wurde auch die Umladung auf ein Landesfuhrwerk proponiert. — Die beste Lösung wäre jedenfalls die Einführung von Sanitätstragpferden (etwa 1 pro Regiment). — Auch die feldbrauchbare Konstruktion von zerlegbaren Feldtragen, die von den reitenden Blessiertenträgern fortgebracht werden können, wäre von großem Vorteil.

Die Organisation einer eigenen Sanitätsanstalt der Kavallerietruppendivision ist zwar eine gewisse Belastung und bietet nicht die Gewähr, daß die Anstalt beim Reiterkampf rechtzeitig zur Stelle ist. Dagegen ermöglicht sie nach einer Attacke ein rascheres Freimachen des Truppenpersonals, ist auf Märschen und in der Kantonierung sehr vorteilhaft, und ist hauptsächlich bei dem so wichtigen Fußgefecht der Kavallerie von höchstem Wert, da sie die Kavalleriekörper — ob sie selbstständig vor der Front sind oder im Zusammenhang mit der Infanterie kämpfen — in sanitärer Hinsicht unabhängig macht.<sup>10)</sup>

Eine derartige Anstalt muß natürlich sehr leicht beweglich (= sehr klein) sein und in kavalleristischem Geiste geführt werden.

Für die Verwundetenbergung muß angestrebt werden, die Verwundeten so rasch als möglich abzustoßen und tunlichst bis in den Bereich der Infanterie zurückzubringen. Bei Leichtverwundeten kann dies erreicht werden, indem sie möglichst reitfähig gemacht werden und auf verfügbaren, eventuell minder dienstfähigen Pferden unter entsprechender Führung (leichtverwundete Offiziere und Unteroffiziere) zurückgebracht werden.<sup>11)</sup>

Schwerverwundete könnten nur auf Fuhrwerken zurückgebracht werden. Wenn auch eine Sanitätsanstalt vorhanden ist, so kann sie doch nur sehr wenige eingerichtete Blessiertenwagen enthalten; das Herrichten von Landesfuhrern ist sehr zeitraubend, muß aber immerhin versucht werden. Oft wird aber trotzdem nichts übrig bleiben, als die Schwerverwundeten in den nächsten Ortschaften, Meierhöfen u. dgl. mit dem allernötigsten Pflegepersonal bis zum Herankommen der Infanterie zurückzulassen und ihren Aufenthalt zu melden.

### Krankenabschub.

Für die Durchführung des Abtransportes der Kranken sind in erster Linie die Kommunikationsverhältnisse maßgebend.

<sup>10)</sup> In Deutschland hat die Kavallerietruppendivision keine Sanitätsformation, sondern es wird vor dem Gefechte aus dem Truppenpersonal eine „Sanitätsstaffel“ formiert.

<sup>11)</sup> Hiefür sind die vielfach in Erprobung befindlichen „Sattelkrücken“, die auch minder Reitfähige im Sattel halten, von großem Wert.

**Normalbahn.** Am besten und raschesten erfolgt der Abschub mit der Normalbahn. Die hiezu benützten Züge bedürfen, besonders für liegend zu transportierende Schwerkranke einer speziellen Einrichtung der Krankenwagen, sie müssen die nötigen Materialvorräte mitführen (Apotheke), müssen einen Küchenwagen besitzen und es müssen Vorsorgen für das Geleitpersonal (Ärzte und Hilfspersonal) getroffen sein.

Derartig spitalsmäßig eingerichtete Züge lassen sich aber nicht improvisieren, müssen daher schon im Frieden vorhanden sein; da diese Züge aber zu anderen Zwecken nicht geeignet sind, ist ihre Zahl beschränkt. Für den Massentransport nach einer Schlacht müssen daher stets auch Improvisationen geschaffen werden, indem gewöhnliche Eisenbahnwagen durch Einstellen von Tragbahren, Strohbelag usw. zum Transport für sitzende und liegende Kranke eingerichtet und samt einem Ärztenwagen und einem improvisierten Küchenwagen zu Krankenzügen vereint werden.

**Feldbahn.** In Ermanglung der Normalbahn kann ausnahmsweise auch die Feldbahn für den Krankenabschub verwendet werden, indem die Feldbahnwagen durch Aufstellen von Zelten und Feldtragen und durch Strohbelag eingerichtet werden.

Diese Verwendung der Feldbahn ist nur dann zulässig, wenn ihre Hauptaufgabe: der Verpflegsnachschub dadurch nicht gestört wird.

**Schiffahrt.** Wenn eine günstig verlaufende Schifffahrtslinie vorhanden ist, so ist der Abschub per Schiff meist sehr vorteilhaft, da er den Kranken (Verwundeten) die meiste Ruhe sichert und die Bahn entlastet. Der Hauptnachteil der Schiffstransporte auf Flüssen: die sehr langsame Bergfahrt, kommt beim Krankenabschub weniger in Betracht; ein mehrmaliger Turnusverkehr der Schiffe auf größere Distanzen, wie er bei den Vollbahnzügen Regel ist, dauert allerdings sehr lange.

Zum Abschub per Schiff muß rechtzeitig eine genügende Anzahl von mehr oder weniger spitalsmäßig eingerichteten Schiffen und Remorqueuren hiezu bereitgestellt werden.

**Wagentransport.** Der Krankentransport auf Fuhrwerken ist in jeder Hinsicht ungünstig; er ist wenig leistungsfähig, strengt die Kranken sehr an und gestattet daher nur kurze Tagesleistungen und macht einen umfangreichen Apparat nötig.

Wagentransporte sollen daher nur dann angewendet werden, wenn es unbedingt nötig ist, und nur auf kurze Distanzen.

Der Transport innerhalb der etablierten Feldsanitätsformationen muß stets mittels Wagen bewirkt werden; alle Feldsanitätsanstalten der vorderen Linie müssen daher über eigens eingerichtete Fuhrwerke („Blessiertenwagen“) verfügen.

Beim Krankenabschub wird es sich auf einem europäischen Kriegsschauplatz meist nur um relativ kurze Wagentransporte, von der Bergungsstelle bis zur nächsten Bahn- oder Schiffstation („Krankenabschubstation“), handeln, da der Verpflegs- und Munitionsnachschub gebieterisch verlangt, daß die Vollbahn oder mindestens die Feldbahn bis möglichst nahe an die Truppen heran funktioniere.

Im Aufmarschraume, bei Stillständen, Belagerungen u. dgl. liegen die Abschubstationen stets inmitten oder in nächster Nähe der Truppen; der Transport von der Sammelstelle dorthin unterliegt daher keinen Schwierigkeiten und kann leicht durch die Blessiertenwagen der Anstalten besorgt werden. Während eines raschen Vormarsches kann sich eher eine größere Distanz zwischen der Sammelstelle und der Abschubstation (Vollbahn oder Feldbahn) ergeben. Der Rücktransport mit den Blessiertenwagen ist dann meist ausgeschlossen und es muß zu improvisierten Transporten mit anderen Fuhrwerken gegriffen werden. Ebenso ist nach Gefechten der Transport von der Bergungsstelle zur Abschubstation nur durch Ausnützung aller erlangbaren Fuhrwerke möglich.

Fuhrwerke des Truppentrains sind fast nie verfügbar; das Requirieren von Landesfuhrern auf dem Gefechtsfeld und in nächster Nähe wird fast stets ein minimales Resultat ergeben. Meist rechnet man daher mit der Ausnützung der Landesfuhrer geleerter Verpflegsstaffeln; auch dies ist aber sehr mißlich und muß wohl erwogen werden. Durch das zeitraubende Einrichten der Fuhrwerke, die später nötige Reinigung und Desinfektion und die Rückmärsche werden die Staffeln ihrem eigentlichen Dienste auf längere Zeit entzogen und es wird ihr ohnedem recht lockeres inneres Gefüge zerrissen, und dies gerade zu einer Zeit, wo nach größeren Kämpfen ohnedem ein Stocken des Verpflegsapparates meist unvermeidlich ist. — Häufig kann es daher nötig und auch im Interesse der Verwundeten vorteilhaft sein, mit dem Beginn des Abschubes kurze Zeit zuzuwarten, bis die funktionierende Bahn in leichter erreichbare Nähe gekommen ist. Natürlich müssen in einem solchen Fall die mobilen Sanitätsanstalten erster Linie freigemacht und durch andere Formationen (Reservespitäler) abgelöst werden.

### Krankenhaltstationen.

Bei jedem Kranken-(Verwundeten-)transport ist es im Interesse der Kranken nötig, in angemessenen Distanzen Ruhepausen einzuschalten; besonders bei längeren Wagentransporten sind viele solche Haltstationen nötig. Diese Rasten werden zur Revision der Verbände, zur Labung und Verköstigung der Kranken und des Begleitpersonals, zum Ausscheiden solcher, die während des Transportes intransportabel wurden u. dgl. m., benützt. Die Haltstationen müssen daher entsprechend eingerichtet sein (ärztliches Personal und Hilfspersonal, Küchen, Krankenzimmer usw.) — Bei Wagentransporten muß in den Haltstationen nach Beendigung des Tagesmarsches auch für die Nächtigung der Kranken und des Begleitpersonals vorgesorgt werden (im Notfall in großen Zelten).

In den Abschubstationen, wohin die Kranken (Verwundeten) meist mit Wagentransport gelangen, muß außer einer Haltstation auch ein entsprechend aufnahmefähiges Spital vorhanden sein, resp. etabliert werden, da die Kranken dort oft längere Zeit bis zur Einwaggonierung warten müssen.

### Endgiltige Versorgung der Abtransportierten.

Wie bereits erwähnt, werden Kranke (Verwundete), welche noch im Verlaufe des Krieges ihre Dienstfähigkeit wieder erlangen dürften, nur so weit abgeschoben, als unbedingt nötig ist. Möglichst nahe dem Kriegsschauplatz (im Aufmarschraum und dessen Nähe) müssen daher viele und große stabile Heilanstalten zur Aufnahme dieser sehr zahlreichen Kranken-(Verwundeten-)kategorie<sup>12)</sup> vorhanden sein, resp. erweitert oder neu aufgestellt werden (Reservespitäler). Hiefür kommen in erster Linie die bestehenden Militär- und Zivilspitäler in Betracht, die schon während des Aufmarsches ausgenützt wurden.

<sup>12)</sup> Dank den großen Fortschritten der Kriegshygiene und Kriegschirurgie sind die Fälle dauernder Dienstunfähigkeit in den letzten Kriegen bedeutend weniger zahlreich geworden.

Wie aus den Ausweisen der russischen Feldspitäler hervorgeht, konnten sehr viele Schwerverwundete schon nach relativ sehr kurzer Zeit wieder zu ihren Truppenkörpern einrücken; vielfach wurden Leute im Verlauf des Krieges zweimal, ja sogar dreimal schwer verwundet.

**Krankenzerstreuung.** Jene Schwerkranken (Schwerverwundeten), die erst spät oder gar nicht mehr dienstfähig werden dürften, können weiter ins Innere des Landes zurückgebracht werden, um das Gebiet in der Nähe des Kriegsschauplatzes für die rascher Genesenden freizuhalten. Allzuweite Transporte verlängern aber die Fahrzeit der Züge und vermindern dadurch ihre Leistungsfähigkeit. Dies muß bei der Zuweisung des Zerstreuungsgebietes für jede Armee berücksichtigt werden. Die Dirigierung der Zerstreuungszüge muß nach einem wohlgedachten Plane erfolgen, um alle vorhandenen Hilfsmittel möglichst rationell auszunützen.<sup>13)</sup>

Zur Zeit geringerer Belastung (während längerer Marschperioden oder Stillstände) können die Züge längere Fahrzeiten leisten, daher in entferntere Teile des Zerstreuungsgebietes dirigiert werden; bei großer Belastung (nach größeren Kämpfen) sollen ihnen nur kürzere Fahrzeiten zur Bewältigung der Massentransporte zugemutet werden.

In allen Orten, in denen Kranke (Verwundete) untergebracht werden sollen, müssen Vorsorgen für die Auswaggonierung und den Lokaltransport getroffen sein.

### **Durchsuchung der Schlachtfelder.**

Nach der Versorgung der Verwundeten ist es nicht nur ein Gebot der Humanität, sondern auch eine dringende Forderung der Hygiene, die Toten zu begraben und die Tierkadaver zu verscharren. Diese Tätigkeit fällt naturgemäß dem Sieger zu, der im Besitz des Schlachtfeldes bleibt.

Da sich Schwerverwundete und Sterbende erfahrungsgemäß in Gebüsch, Gräben u. dgl. verkriechen, muß das ganze Kampfterrain genauestens abgesucht werden.

Zur Beerdigung, die streng nach hygienischen Grundsätzen durchgeführt werden muß, sind — besonders bei heißer Wit-

<sup>13)</sup> Im Kriege 1870/71 wurden von den Deutschen in den Grenzorten Weißenburg und Saarbrücken, später auch in Epemay eigene Evakuations-Kommissionen aufgestellt, welche auf Grund der Belagsmeldungen aus allen deutschen Städten die ankommenden Verwundetentransporte in die einzelnen Aufnahmestellen dirigierten. — Im ganzen wurden im Verlaufe des Krieges 240,400 Kranke (Verwundete) mittels Bahn nach Deutschland zurückgebracht.

terung — alle verfügbaren Arbeitskräfte (Truppen und Zivilbevölkerung) heranzuziehen, um die umfangreiche Arbeit ehestens zu beenden.

Auf den Kampffeldern um Metz sind 25–30.000 Menschenleichen begraben.

Das Verfahren der Japaner, die Toten zu verbrennen, ist viel rascher, hygienischer und rationeller; es ist aber fraglich, ob es in europäischen Armeen überall ohneweiteres toleriert würde.

Naturgemäß kann die Beerdigung nur in Massengräbern stattfinden; Offiziere sollten möglichst getrennt von der Mannschaft beerdigt werden.

Vor der Beerdigung muß die Identität der Toten konstatiert werden, der Tod bestätigt werden und womöglich sollen Wertgegenstände u. dgl. abgenommen werden.

### **Zahl des Sanitätspersonales.**

Vom militärischen Standpunkte aus muß an dem nichtkombattanten Sanitätspersonal möglichst gespart werden. Andererseits sind aber die Anforderungen, welche auch im militärischen Interesse an das Sanitätspersonal, speziell an die Ärzte gestellt werden müssen, ganz außerordentlich groß.

Im Hinterlande und teilweise auch im Etappenraume kann dem Ärztemangel durch Ausnützung von Zivilärzten (freiwillige Sanitätspflege) teilweise abgeholfen werden,<sup>14)</sup> in der vordersten Linie des Gefechtssanitätsdienstes aber, wo nur Militärärzte beschäftigt werden können, wird meist bald ein empfindlicher Mangel herrschen, umsomehr, als auch das ärztliche Personal mit zahlreichen Abgängen rechnen muß.

Bei einem an entscheidender Stelle kämpfenden Regiment (3 Bataillone) muß nach den früheren Angaben auf zirka 300 Leichtverwundete und 150 Schwerverwundete, bei günstigem Ausgang des Gefechtes außerdem auf mindestens 100 Schwerverwundete des Feindes gerechnet werden.

Günstigsten Falls sind 7 Ärzte (2 pro Bataillon und ein Chefarzt) und 12 Sanitätsunteroffiziere (1 pro Kompagnie) verfügbar. Ein Arzt ist für die Übernahme (Sortierung) und mindestens einer für die Leicht-

<sup>14)</sup> Im deutsch-französischen Kriege wurden über 2000 sich freiwillig meldende Zivilärzte verwendet; außerdem war man gezwungen, Studierende der Medizin als Hilfsärzte zu verwenden.

verwundeten nötig. Zur Besorgung der 250 Schwerverwundeten sind somit höchstens 5 Ärzte verfügbar, d. h. einer für 50 Verwundete (wobei bereits angenommen ist, daß der Hilfsplatzkommandant gleichfalls mit tätig ist, was meist nur in beschränktem Maße möglich ist). Wenn man als Minimalzeit für die Besorgung eines Schwerverwundeten durchschnittlich nur 20 Minuten annimmt, so ergibt sich eine ununterbrochene 17 stündige Arbeit für die Ärzte, worauf sie schleunigst ihrem Truppenkörper folgen und dort sogleich wieder Dienst leisten müssen, um die gewiß zahlreich vorhandenen Erschöpften und Verwundeten der Verfolgungsgefechte und dgl. zu versorgen.

Dieser großen Beanspruchung der Ärzte könnte vielleicht dadurch abgeholfen werden, daß ein Teil der Ärzte weit rückwärts amarschierender, noch beschäftigungsloser Sanitätsformationen (Feldspitäler, mobiler Reservespitäler) mittels Personenautomobile auf das Gefechtsfeld vorgebracht würde und dort bis zum Herankommen ihrer Anstalt bei den Hilfsplätzen und Bergungsstellen als Verstärkung verwendet würde.

Bei allzu kärglicher Bemessung des Sanitätspersonals kann somit das Funktionieren des Sanitätsdienstes gefährdet werden.<sup>15)</sup>

## **Sanitätsmaterial und Materialersatz.**

**Vorräte der Truppen.** Zur ersten Hilfeleistung muß das Sanitätspersonal der Truppen über entsprechende Vorräte verfügen, die stets zur Hand sein müssen.

Ein Teil des Verbandmaterials wird erfahrungsgemäß am vorteilhaftesten auf die gesamte Mannschaft verteilt, indem jeder Mann des Gefechtsstandes das Material zu einem einfachen Verbande in der kompendiösen Form einer „**Verbandpatrone**“ (Verbandpäckchen), antiseptisch verwahrt, bei sich trägt. Dadurch ist die Mannschaft (bei entsprechender Friedensschulung) auch in der Lage, sich mit gegenseitiger Unterstützung noch vor

---

<sup>15)</sup> Im deutsch-französischen Kriege wurden im ganzen im Sanitätsdienste ca. 38.000 nichtkombattante Militärpersonen verwendet (Trainkörper der Anstalten nicht mitgerechnet); da das gesamte deutsche Aufgebot, welches die Grenze überschritt, etwas über 1 Million Menschen betrug, entfielen auf 1000 Mann ca. 38 Sanitätspersonen. — In Österreich-Ungarn kommen gegenwärtig auf 1000 Mann der Feldarmee ca. 40 Sanitätspersonen.

dem Eintreffen des Sanitätspersonals oder in isolierten Situationen (Patrouillen) selber einfache Verbände anzulegen.<sup>16)</sup>

Da der Infanterist vor dem Gefechte meist das Gepäck ablegt und der verwundete Kavallerist (Artillerist) vom Pferde getrennt ist, muß die Verbandpatrone am Körper getragen werden (am besten in Monturtaschen).

Weitere kleine Vorräte von Verbandmaterial, Instrumenten und Medikamenten können die Ärzte, Sanitätsunteroffiziere und Blessiertenträger bei sich tragen. Dies reicht aber schon für den Hilfsdienst auf Märschen und in Kantonierungen nicht aus.

Für die Hauptmenge des Materials der Truppen muß also irgend ein Transportmittel verwendet werden. Wagen sind zwar sehr leistungsfähig, vergrößern aber den Truppen-train und gestatten (da höchstens 1 solches Fuhrwerk pro Truppenkörper zulässig ist) keine Teilung. Der Transport auf Tragtieren (etwa 1 pro Bataillon und 1—2 pro Kavallerieregiment) ist sehr vorteilhaft und ermöglicht auch die Mitnahme mehrerer Tragbahren, was besonders für die Kavallerie wichtig ist; er vermehrt aber den Train und verlangt Tragtierführer, die zu keinem anderen Zweck verwendet werden können. Der Transport durch Menschen (Bandagenträger) ist zwar wenig leistungsfähig, vermehrt aber weder den Train, noch das Personal, da die Bandagenträger gleichzeitig als Handlanger der Ärzte fungieren.

Für die Etablierung leistungsfähiger Hilfsplätze reichen aber auch diese immerhin beschränkten Materialvorräte nicht aus. Das Hilfsplatzmaterial, das es den Ärzten modernen Anschauungen zufolge ermöglichen muß, der großen Anzahl Verwundeter möglichst definitive Verbände anzulegen, ist so umfangreich, daß es rationellerweise nur auf Fuhrwerken transportiert werden kann.

Die dauernde Einteilung von Hilfsplatzwagen in den Truppen-train hat den Vorteil der Einfachheit, da vor dem Gefechte keine besonderen Befehle nötig sind. Das Zurückhalten der Hilfsplatzwagen im Divisionstrain und ihre Zuweisung an die Gefechtsgruppen (Kolonnen) erst vor dem Gefechte (bei An-

<sup>16)</sup> Nach den Berichten japanischer Ärzte konnten im russisch-japanischen Kriege mehr als 30% aller Notverbände, welche die Leute sich selbst angelegt hatten, belassen werden, wodurch eine wesentliche Erleichterung der Hilfsplatztätigkeit erreicht wurde.

tritt eines Gefechtsmarsches) gestattet eine rationellere, dem Einzelfall angepaßte Verwertung des Vorhandenen und belastet den Truppentrain nicht.

**Vorräte der Anstalten.** Jede Sanitätsanstalt muß je nach ihrer Bestimmung über soviel Sanitätsmaterial jeder Art verfügen, daß sie mit Sicherheit längere Zeit hindurch ihre Aufgaben erfüllen kann. Innerhalb der Anstalt werden die Materialvorräte am besten in eine eigene Gruppe unter Verwaltung von Medikamentenpersonal zusammengefaßt.

**Materialersatz.** Wenn man auch zur Schonung der eigenen Vorräte stets trachten wird, die Landesmittel (Vorräte der Zivilapotheken u. dgl.) auszunützen, so muß doch der Ersatz des massenhaft verbrauchten Materials hauptsächlich durch mitgeführte Vorräte erfolgen.<sup>17)</sup> Hierzu können entweder die Sanitätsanstalten herangezogen werden, welche dann außer den Vorräten für den eigenen Gebrauch noch Reservevorräte mitführen müssen, oder es können eigene Anstalten hiefür organisiert werden, wodurch die Sanitätsanstalten zwar entlastet werden, aber eine neue Einheit für die Befehlgebung entsteht.

Für Divisionen und Korps, bei denen jede Vereinfachung und Erleichterung der Traindisponierung höchst erwünscht ist, scheint daher der Materialersatz durch die Sanitätsanstalten günstiger, während für ganze Armeen, bei denen es sich um sehr große Materialmengen handelt, die Organisation eigener Anstalten für den Materialersatz vorteilhafter ist.

## **Leitung des Sanitätswesens im Kriege.**

Wie aus den bisherigen Andeutungen über die Wichtigkeit und den Umfang des Sanitätsdienstes im Kriege hervorgeht, ist eine einheitliche, zielbewußte, zweckmäßige und vorausdenkende Leitung durch sachkundige Organe unerläßlich. Es müssen daher bei allen höheren Kommanden und Behörden der Armee im Felde und des Hinterlandes Sanitätsreferenten

<sup>17)</sup> Die Japaner verbrauchten im russisch-japanischen Kriege das Fünffache ihrer ursprünglichen, sehr reichen Materialdotierung der Armee im Felde.

(leitende Sanitätsorgane) eingeteilt sein. Deren Maßnahmen und Anträge müssen sich stets den militärischen Maßregeln anpassen und auf der jeweiligen militärischen Situation und den beabsichtigten militärischen Unternehmungen aufgebaut sein; die leitenden Sanitätsorgane müssen daher einerseits über entsprechendes Verständnis für die Truppenführung im Großen verfügen und andererseits in stetem innigen Kontakt mit dem Generalstab und mit der Intendanz vorgehen.

Die Organisation eines besonderen Sanitätsstabes für diesen Dienst, der weniger medizinisch-technische Kenntnisse als militärisches Wissen und gründliche Schulung in der Sanitätstaktik und dem operativen Sanitätsdienst verlangt, ist aus den früher (Seite 12) angeführten Gründen vorläufig kaum durchführbar. Es bleibt daher nichts anderes übrig, als die zur Leitung berufenen Ärzte im Frieden möglichst intensiv militärisch zu schulen und sich auf das Zusammenarbeiten von Generalstab und leitenden Ärzten zu verlassen, wobei diesen je nach dem Grad ihrer militärischen Brauchbarkeit mehr oder weniger Freiheit in der Leitung des Sanitätswesens gelassen werden soll.

### **Die freiwillige Sanitätspflege im Kriege.**

Aus patriotischen und humanen Gründen wird die Beteiligung an der freiwilligen Sanitätspflege im Kriege von zahlreichen Vereinen und Einzelpersonen angestrebt und ist vom militärischen Standpunkte aus sehr erwünscht, da dadurch eine wesentliche Entlastung des militärischen Apparates eintreten kann.

Im deutsch-französischen Kriege beteiligten sich zirka 255.000 Personen an der organisierten freiwilligen Sanitätspflege, größtenteils aktiv, zum Teil durch Spenden und Geldbeiträge.

Die Ausübung des Sanitätsdienstes im Bereiche der Truppen selbst und deren nächster Nähe kann im Interesse der Disziplin und Ordnung nur durch militärisches Personal erfolgen. Dagegen findet sich im Etappenraume, besonders aber im Hinterlande reichlich Gelegenheit zur Betätigung für die freiwillige Sanitätspflege, z. B.:

freiwillige Dienstleistungen von Ärzten, die nicht mehr dienstpflchtig sind, in den verschiedenen Heilanstalten, Krankenhaltstationen u. dgl.;

Beistellung von Pflegepersonal für alle diese Anstalten; freiwillige Aufnahme und Pflege von Kranken (Verwundeten) durch einzelne Privatpersonen, wodurch die Spitäler entlastet werden;

Beistellung und Erhaltung ganzer Spitäler, Heilanstalten und Rekonvaleszenten Häuser im Hinterlande;

Organisierung und Durchführung der Krankentransporte vom Bahnhof zur Pflegestelle in den Orten des Hinterlandes;

Einrichtung von Krankenhaltstationen auf den Bahnhöfen, Verköstigung durchkommender Krankentransporte u. dgl. m.

Abgesehen von dieser aktiven Beteiligung kann sich die freiwillige Sanitätspflege in weitgehender Weise bei der Materialbeschaffung betätigen, indem sie entweder Transportmittel (ganze Krankenzüge, Schiffsambulanzen u. dgl.) einrichtet und der Kriegsverwaltung zur Verfügung stellt, oder indem sie große Mengen von Verbandzeug, Labemitteln u. dgl. aufbringt und beistellt.

Im deutsch-französischen Kriege betragen in Deutschland die freiwilligen Beiträge in Bargeld über 33 Millionen Kronen, der Wert des gespendeten Materials über 15 Millionen Kronen.

Schließlich kann auch durch die Evidentführung des Aufenthaltes der Kranken (Verwundeten) und die Auskunfterteilung an Angehörige Dankenswertes geleistet werden.

Das 1870 in Berlin gebildete Zentralnachweisebureau führte schließlich 509.000 Kranke und Verwundete evident.

Wenn durch alle diese freiwilligen Leistungen wirklich eine Entlastung des militärischen Apparates eintreten und Ersparliches geleistet werden soll, muß die Heeresverwaltung mit Sicherheit auf das Funktionieren der freiwilligen Sanitätspflege rechnen können und daher schon im Frieden einen entsprechenden Einfluß auf die Vorbereitungen haben; die freiwillige Sanitätspflege muß daher im Frieden und im Kriege militärisch organisiert sein und die beteiligten Vereine müssen sich kontraktlich zu ihren Leistungen im Kriege verpflichten.

### **Die Genfer Konvention.**

Unter dem Eindrucke des traurigen Loses der Verwundeten im Kriege 1859 wurde auf Anregung des Schotten Henry Dunant

im Jahre 1864 in Genf ein internationales Übereinkommen abgeschlossen, dem später die meisten Kulturstaaten beitraten.<sup>18)</sup>

Der wesentliche Inhalt dieser „Konvention zur Verbesserung des Loses der im Kriege verwundeten Militärs“ ist folgender:

Alle in den eigenen Bereich gekommenen Verwundeten und Kranken des Gegners gelten zwar als Kriegsgefangene, sind aber gleich den eigenen Verwundeten und Kranken zu pflegen und zu schonen.

Die mobilen Sanitätsformationen, in denen sich Verwundete und Kranke befinden, alle Verwundeten- und Krankentransporte und das mit der Pflege und Labung beschäftigte Personal sind von den Kriegführenden beider Parteien zu schützen und gelten als neutral, solange sie nicht dem Gegner Schaden zufügen.

Das Sanitätspersonal darf zum eigenen Schutze bewaffnet sein.

Das mit der Verwundetenbesorgung beschäftigte Sanitätspersonal setzt, auch wenn es in Feindeshand fällt, seine Tätigkeit fort, solange es nötig ist, und kann dann zu den eigenen Truppen zurückkehren. Die Rückkehr kann vom feindlichen Kommandanten nur kurze Zeit aufgeschoben werden, wenn eine militärische Notwendigkeit hiefür vorliegt.

Mobile Sanitätsanstalten, welche in Feindeshand geraten und nach Vollendung ihres Dienstes wieder zurückkehren, behalten ihr Material und ihre Bespannung; bei stabilen Anstalten

---

<sup>18)</sup> Die Konvention wurde am 22. August 1864 von folgenden Staaten abgeschlossen:

Schweiz, Baden, Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Italien, Niederlande und Preußen.

Später traten bei:

1864: Schweden;

1865: Griechenland, England, Mecklenburg-Schwerin, Türkei;

1866: Württemberg, Bayern, Österreich, Portugal, Sachsen;

1867: Rußland;

1874: Rumänien, Persien, San Salvador, Montenegro;

1876: Serbien;

1879: Bolivia, Chili, Argentinien;

1880: Peru;

1884: Bulgarien;

1886: Japan und seither noch mehrere außereuropäische Staaten.

bleibt das vorgefundene Material dem Feinde, das Personal darf nur sein Privateigentum mitnehmen.

Landesbewohner, welche sich an der Verwundetenversorgung beteiligen, sind zu schonen und bei Requisitionen, Einquartierungen u. dgl. zu berücksichtigen.

Als Zeichen des Schutzes der Neutralität gilt das rote Kreuz auf weißem Grunde, das von allen im Sanitätsdienst tätigen Personen auf einer Armbinde getragen wird; etablierte Sanitätsformationen sind durch eine Fahne mit dem Genferkreuz und eine Landesfahne (im feindlichen Bereich wird die Landesfahne eingezogen), alle Fuhrwerke durch das Genferkreuz deutlich zu kennzeichnen.

## 2. Das Sanitätswesen im Kriege in Österreich-Ungarn.

(Hiezu Beilagen 2, 3, 4).

### Die Leitung.

Innerhalb der Truppen und Anstalten obliegt die Leitung des Sanitätswesens dem rangältesten eingeteilten Arzt („Chef-  
arzt“).

Bei jedem Truppendivisionskommando ist ein Stabsarzt oder Oberstabsarzt als „Sanitätschef der Division“ eingeteilt.

Bei dauernd selbständigen Brigaden ist ein eigener Arzt als „Sanitätschef der Brigade“ eingeteilt, bei vorübergehend selbständigen Brigaden, Kolonnen und dgl. fungiert der rangälteste eingeteilte Truppenarzt als leitender Arzt der Brigade, Kolonne usw.

Bei jedem Korpskommando fungiert ein Oberstabsarzt oder Generalstabsarzt als „Sanitätschef des Korps“, bei jedem Armeekommando je ein höherer Arzt als „Sanitätschef des operierenden Armeekommandos“ und als „Sanitätschef des Armee-Etappenkommandos“.

Beim Armeeoberkommando ist ein höherer Arzt als „Sanitätschef des Etappenoberkommandos“ eingeteilt.

Alle leitenden Ärzte vom Sanitätschef des Korps aufwärts haben je 1 Stabsarzt oder Regimentsarzt zur Unterstützung zugewiesen.

Bei den Armeekommanden werden außerdem hervorragende Zivilärzte (Chirurgen, Hygieniker) als „Konsiliarärzte“ verwendet, denen aber nur eine wissenschaftliche Tätigkeit zukommt.

In jeder Festung fungiert ein höherer Arzt als „Sanitätschef der Festung“, bei jedem Belagerungskorps ein solcher als „Sanitätschef des Belagerungskorps“.

Zur Überwachung der Hygiene des Etappenraumes und zur sanitären Kontrolle der Schlachtfelder wird bei jedem Armee-Etappenkommando eine „Salubritätskommission“ (3 höhere Ärzte, 1 Medikamentenbeamter) aufgestellt, deren Wirkungsbereich den ganzen Etappenraum der betreffenden Armee umfaßt.

Alle leitenden Ärzte der höheren Kommanden sind Hilfsorgane der betreffenden höheren Kommandanten. Sie haben nur in rein fachtechnischen Angelegenheiten auf die Ärzte der unterstehenden Armeekorper und Truppenkörper direkten Einfluß zu nehmen; in allen anderen Angelegenheiten sind sie an den Generalstabschef des Armeekorper, der Festung usw. gewiesen, dem sie entweder aus eigener Initiative Anträge stellen oder von dem sie Direktiven für die Regelung des Sanitätsdienstes erhalten.

## **Sanitätspersonal und -material der Truppen.**

### **Infanterie (Jäger).**

**Ärzte.** Bei jedem Bataillon ist ein Arzt als Bataillonschefarzt und nach Möglichkeit noch ein zweiter Arzt eingeteilt; bei jedem Regimentsstab befindet sich ein Stabsarzt als Regimentschefarzt.

Gegenwärtig sind teilweise noch Regimentsärzte als Regimentschefärzte eingeteilt.

Alle Ärzte sind im Kriege beritten.

**Sanitätsunteroffiziere.** Bei jeder Kompagnie (Radfahrer-kompagnie) ist ein Sanitätsunteroffizier eingeteilt.

Gegenwärtig müssen teilweise fehlende Sanitätsunteroffiziere noch durch Blessiertenträger-Unteroffiziere alten Systems ersetzt werden.

**Bandagenträger.** Jeder Bataillonschefarzt hat 2 Bandagenträger als Handlanger zugewiesen.

**Blessiertenträger.** Jede Kompagnie (Radfahrer-kompagnie) hat 4 Blessiertenträger (1 Patrouille).

Im Gefechtsstande jeder Kompagnie ist die entsprechende Zahl ausgebildeter Blessiertenträger und Bandagenträger als Ersatz und zur ausnahmsweisen Unterstützung vorhanden.

Das Sanitätshilfspersonal kann truppenkörperweise oder bataillonsweise zu einer „Sanitätsabteilung“ unter Kommando des ältesten Sanitätsunteroffiziers vereint werden.

### **Material.**

Jeder Mann des Gefechtsstandes hat in der linken unteren Blusentasche ein „Verbandpäckchen“ mit dem Material zu einem einfachen Verbande.

Jeder Arzt trägt am Leibriemen eine „ärztliche Tasche“ mit einigen chirurgischen Instrumenten, Medikamenten, Schreibmaterial, Diagnosentäfelchen u. dgl.

Jeder Sanitätsunteroffizier trägt am Leibriemen eine „Sanitätsunteroffiziers-Tasche“ mit Verbandzeug und Requisiten.

Von den beiden Bandagenträgern der Bataillonschefärzte trägt der eine anstelle des Packtornisters einen „Verbandtornister“, der Verbandzeug, einige Instrumente und Medikamente enthält, der andere einen „Requisitentornister“, in dem verschiedene Instrumente, Geräte u. dgl. verpackt sind.

Die Blessiertenträger tragen vorne am Leibriemen je eine „Verbandtasche“ mit Verbandmaterial; jede Patrouille hat 2 komplette Feldtragen, 2 blecherne Beinohlschienen und 1 Zuglaterne. — Außerdem trägt jeder Blessiertenträger (außer seiner eigenen) eine große Feldflasche zum Laben der Verwundeten.

Die Blessiertenträger der Radfahrerkompagnien haben „Sanitätsräder“, welche sich rasch in eine Räderbahre umwandeln lassen und dann an ein normales Fahrrad angehängt werden können.

Dieses Sanitätsmaterial der Truppen dürfte durch die Normierung von 1 Sanitätstragtier per Bataillon mit weiterem Verbandzeug, Instrumenten, Medikamenten usw. demnächst ergänzt werden. (Zunächst bei der k. k. Landwehr.)

Das Verbandzeug ist in 3 „Typen“ für kleine, mittlere und große Verbände verwendungsbereit verpackt.

### **Kavallerie.**

**Ärzte.** Bei jedem Regimentsstab und jedem Divisionsstab ist je 1 berittener Arzt eingeteilt.

**Sanitätsunteroffiziere.** Jede Eskadron und Kavallerie-Maschinengewehrabteilung hat je einen berittenen Sanitätsunteroffizier.

**Bandagenträger.** Für jeden Arzt ist ein berittener Bandagenträger vorhanden.

**Blessiertenträger.** Jede Eskadron hat 2 berittene Blessiertenträger.

Das Sanitätspersonal kann regiments- oder divisionsweise zu einer Sanitätsabteilung vereint werden.

### **Material.**

Die Mehrzahl der Leute (100 pro Eskadron) hat das gleiche Verbandpäckchen wie die Infanterie in der linken unteren Tasche der Attila, resp. Ulanka, resp. im Rockfutter eingenäht.

Die Ärzte und Sanitätsunteroffiziere haben die gleichen Taschen wie bei der Infanterie.

Die Bandagenträger haben vorne am Sattel anstelle der gewöhnlichen Packtaschen 1 ärztliche Requisitionspacktasche und 1 Verbandpacktasche, welche ähnlichen Inhalt haben, wie die entsprechenden Tornister der Infanterie.

Die Blessiertenträger haben je eine Verbandtasche (wie jene der Infanterie) vorne am Leibriemen.

Je 1 Feldtrage und eine Beinhohlschiene pro Eskadron (Pionierzug) sind auf den Werkzeugwagen der Eskadronen (des Stabes) verladen.

Nottragen, die zerlegt am Sattel fortgebracht werden können, sind für die Blessiertenträger in Erprobung; ferner werden Sattelkrücken für den Verwundetentransport zu Pferd erprobt.

Die Einführung eines Sanitätstragtieres pro Regiment mit ergänzendem Material scheint bevorzuzustehen.

### **Feldartillerie.**

**Ärzte.** Bei jedem Regiment sind 2 berittene Ärzte (davon einer als Chefarzt), bei jeder selbständigen Division ist ein berittener Arzt eingeteilt.

**Sanitätsunteroffiziere.** Jede Batterie hat 1 Sanitätsunteroffizier.

**Bandagenträger.** Bei den Truppenkörpern der fahrenden Artillerie sind je 2 Bandagenträger zu Fuß, bei den reitenden Artilleriedivisionen ist je 1 berittener Bandagenträger vorhanden.

**Blessiertenträger.** Jede Batterie hat 4 Blessiertenträger (1 Patrouille), bei der fahrenden Artillerie zu Fuß, bei reitenden Batterien beritten.

#### **Material.**

Jeder Mann des Gefechtsstandes trägt ein Verbandpäckchen bei sich.

Das Personal der fahrenden Artillerie ist ebenso ausgerüstet wie jenes der Infanterie, das der reitenden wie jenes der Kavallerie.

Die Feldtragen und Hohlschienen werden bei allen Batterien auf den Gerätewagen fortgebracht.

#### **Festungsartillerie.**

Die Dotierung mit Personal und dessen Ausrüstung entspricht jener der Infanterie.

#### **Technische Truppen.**

Jede Kompagnie verfügt über 1 Sanitätsunteroffizier und 4 Blessiertenträger mit derselben Ausrüstung wie bei der Infanterie.

Ärzte und Bandagenträger sind nicht vorhanden; der ärztliche Dienst wird entweder vom Arzt des betreffenden höheren Kommandos versehen, dem die Kompagnie untersteht, oder von einem Arzte des nächstbefindlichen Truppenkörpers.

#### **Sonstige Formationen und Anstalten.**

Je nach ihrer Größe und Bestimmung haben die verschiedenen Formationen und Anstalten teils eigenes Personal und Material, teils sind sie an die nächsten Truppenkörper, Kommander, oder Behörden gewiesen.

## **Mobile Feldsanitätsanstalten.**

### **1. Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalten.**

Die Aufgabe dieser den Truppenkörpern unmittelbar folgenden Anstalten besteht darin, auf Märschen, in der Ruhe und besonders im Gefechte den Truppen alle Erkrankten (Verwundeten) so rasch als möglich abzunehmen, sobald ihnen vom Truppensanitätspersonal die erste Hilfe zu Teil wurde, und sie bis zur weiteren Abgabe zu versorgen.

Nebstdem führen sie Material für die reichlichere Dotierung der von den Truppen im Gefechte errichteten Hilfsplätze in eigenen Fuhrwerken mit; die Anstalten der Infanteriedivisionen (Brigaden) haben auch Reservevorräte zum Ersatz des verbrauchten Materials der Truppen.

Bei jeder Anstalt sind Ärzte als Kommandanten und für den ärztlichen Dienst, eine Feldsanitätsabteilung für Hilfsdienste und ein Traindetachement zur Bespannung der Fuhrwerke eingeteilt.

**Bezeichnung.** Die Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalten führen die Nummer jenes Armeekorpers, bei dem sie eingeteilt sind.

**Gliederung.** Jede Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalt ist eine selbständige Unterabteilung.

Den Rechnungsdienst besorgt der Rechnungsführer des betreffenden höheren Kommandos.

Die im folgenden angegebene Unterteilung der Anstalten bezieht sich nur auf ihre Verwendung im Gefechte.

### **Infanterie-Divisionsanstalten.**

Jede Infanterietruppendivision hat eine Infanterie-Divisions-sanitätsanstalt, die von einem Stabsarzt kommandiert wird.

Bei der Anstalt sind eingeteilt: einige Ärzte, eine Feldsanitätsabteilung unter Kommando eines Offiziers und ein Traindetachement unter Kommando eines Unteroffiziers.

Zur Erfüllung ihres Dienstes im Gefechte gliedert sich die Anstalt in:

Hilfsplatzwagen-Staffel, deren Fuhrwerke nach Bedarf den von den Truppen errichteten Hilfsplätzen oder selbständigen Kolonnen u. dgl. zugewiesen werden;

Leichtverwundetenstation, zur Etablierung der Bergungsstelle für Leichtverwundete;

Verbandplatz, zur Etablierung der Bergungsstelle für Schwerverwundete und zum Ersatz verbrauchten Materials der Truppen;

Blessiertenwagen-Staffel zum Einholen der Gehunfähigen von den Hilfsplätzen.

Bis 1910 hatte die Anstalt außerdem noch eine Ambulanz (zur Aufnahme versorgter Schwerverwundeter), eine Sanitätsmaterialreserve (zum Ersatz an die Truppen) und eine Deutschordens-Feldsanitätskolonne (zum Verwundetentransport und Materialersatz). Durch Vereinigung der Ambulanz und Sanitätsmaterialreserve mit dem Verbandplatz und Aufteilung der Deutschordens-Feldsanitätskolonne auf Verbandplatz und Blessiertenwagen-Staffel wurde 1910 diese starre Organisation vereinfacht.

Von der Anstalt kann durch Zweiteilung der Leichtverwundetenstation und des Verbandplatzes eine Sektion zu selbstständiger Verwendung abgetrennt werden. Solchen Sektionen können nach Bedarf auch einzelne Hilfsplatzwagen und Blessiertenwagen zugewiesen werden.

### **Infanterie-Brigadesanitätsanstalten.**

Jede selbständige Infanteriebrigade hat eine Infanterie-Brigadesanitätsanstalt, die von einem Regimentsarzt kommandiert wird.

Weitere Ärzte sind nicht eingeteilt; im Bedarfsfall müssen Truppenärzte zur Anstalt kommandiert werden.

Bei der Anstalt ist eine Feldsanitätsabteilung unter Kommando eines Unteroffiziers und ein Traindetachment unter Kommando eines Unteroffiziers eingeteilt.

Hilfsplatzwagen-Staffel	} mit der gleichen Bestimmung wie die analogen Teile der Inf.-Divisions-sanitätsanstalt.
Verbandplatz	
Blessiertenwagen-Staffel	

Eine Bergungsstelle für Leichtverwundete muß im Bedarfsfalle improvisiert werden.

Bis 1910 hatten auch die Infanterie-Brigadesanitätsanstalten je 1 Ambulanz und 1 Materialreserve, die im genannten Jahre zur Vereinfachung mit dem Verbandplatz vereinigt wurden.

Die Anstalt ist nicht teilbar.

### **Kavallerie-Divisionssanitätsanstalten.**

Jede Kavallerietruppendivision und jede dauernd selbstständige Kavalleriebrigade hat eine Kavallerie-Divisionssanitätsanstalt, die von einem Regimentsarzt kommandiert wird.

Weitere Ärzte sind vorläufig nicht eingeteilt, die Systemisierung eines zweiten Arztes steht aber bevor. Im Bedarfsfall können Truppenärzte herangezogen werden.

Bei der Anstalt ist eine Feldsanitätsabteilung unter Kommando eines Unteroffiziers und ein Traindetachment unter Kommando eines Unteroffiziers eingeteilt.

Zur Verwendung im Gefechte gliedert sich die Anstalt in

Hilfsplatzwagen-Staffel,

Verbandplatz,

Blessiertenwagen-Staffel.

Abgesehen davon, daß der Verbandplatz in der Regel keinen Materialersatz leistet, haben die einzelnen Teile die analoge Bestimmung wie bei der Infanterie.

Bis 1910 hatte die Kavallerie-Divisionssanitätsanstalt keine Hilfsplatzwagen.

Die Anstalt ist nicht teilbar.

### **2. Feldspitäler.**

Die Feldspitäler haben die Aufgabe, die Schwerverwundeten von den Verbandplätzen zu übernehmen (soweit sie nicht direkt von dort abgeschoben werden können), um die Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalt ehestens mobil zu machen, und deren verbrauchtes Material zu ersetzen.

Jedes Feldspital hat Personal und Material für die Versorgung von 200 Kranken (Verwundeten); die Etablierung erfolgt in geeigneten Gebäuden (Meierhöfen, Schlössern, Klöstern, Schulen u. dgl.).

Für jede Infanterietruppendivision sind 3 Feldspitäler vorhanden, welche aber zunächst dem Armeekommando unter-

stehen und erst nach Bedarf den Korps, resp. Divisionen zugewiesen werden.

Die Bezeichnung erfolgt innerhalb jedes Korps mit Nummern von 1 an.

Feldspitalskommandant ist ein Stabsarzt.

Zur Vernehmung des Dienstes sind Ärzte, Rechnungsführer, Geistliche und Medikamentenbeamte eingeteilt.

Für den Sanitätshilfsdienst ist eine Feldsanitätsabteilung unter Kommando eines Offiziers eingeteilt.

Für den Verwundetentransport hat jedes Feldspital Blessiertenwagen des roten Kreuzes zugewiesen, für den Materialdienst ist eine Feldapotheke eingeteilt.

Der Transport erfolgt größtenteils auf ärarischen Fuhrwerken, die durch eine vom Lande beigestellte „Kondukteurschaft“ (Pferde und Kutscher) bespannt werden.

Früher hatten die Feldspitäler die dreifache Größe (für je 600 Kranke) und waren in je 3 Sektionen (die den jetzigen Feldspitalern entsprachen) und 1 Blessiertentransportskolonne des roten Kreuzes gegliedert. Da die Verwendung stets nur sektionsweise erfolgen konnte, wurden 1910 die bisherigen schwerfälligen Feldspitäler aufgelassen, indem die Sektionen selbständig gemacht wurden und je  $\frac{1}{3}$  der Blessiertentransportskolonne dauernd zugewiesen erhielten.

Jedes Feldspital bildet eine in jeder Hinsicht selbständige Anstalt.

Außer den ärarischen Feldspitalern stehen 3 Feldspitäler des roten Kreuzes zur Verfügung, welche ähnlich organisiert sind wie die ärarischen.

### 3. Feldmarodenhäuser.

Die Feldmarodenhäuser haben die Hauptaufgabe, zur Freimachung der Divisionssanitätsanstalt die Leichtverwundeten von der Leichtverwundetenstation zu übernehmen und bis zur Genesung zu pflegen. Je nach Bedarf können sie auch bei anderen Gelegenheiten Leichtkranke der Truppen oder auch Rekonvaleszente aus Spitälern aufnehmen.

Jedes Feldmarodenhaus hat Personal und Material für die Aufnahme von 500 Leichtkranken (Leichtverwundeten, Rekon-

valeszenten); die Etablierung erfolgt in geeigneten Gebäuden oder Gebäudegruppen.

Für jedes Korps sind 3 Feldmarodenhäuser vorhanden, von denen jedoch bei der Mobilisierung nur eines formiert wird. Das Material und Personal für die beiden anderen ist bei der Armee im Felde vorhanden (im Sanitätsfelddepot, resp. in der Sanitätspersonalreserve); die Formierung und Mobilmachung erfolgt aber erst im Bedarfsfalle.

Die Bezeichnung geschieht innerhalb jedes Korps mit Nummern von 1 an.

Kommandant eines Feldmarodenhauses ist ein Regimentsarzt, dem ein zweiter Arzt und  $\frac{1}{2}$  Reservesanitätsabteilung unter Kommando eines Offiziers unterstehen.

Das Material wird teils auf ärarischen Fuhrwerken, teils auf Landesfuhren fortgebracht; die Bespannung erfolgt durch eine vom Lande beigestellte Kondukteurschaft.

Jedes Feldmarodenhäuser ist eine selbständige Anstalt.

#### 4. Mobile Reservespitäler.

Die mobilen Reservespitäler haben die Hauptaufgabe, zur Mobilmachung etablierter Feldspitäler deren Schwerkranke zu übernehmen, soweit sie noch nicht abtransportiert werden konnten. Außerdem können sie auch in Ermanglung anderer Aufnahmestellen schon im Aufmarschraume oder bei sonstigen Gelegenheiten zur Aufnahme Schwerkranker etabliert werden.

Jedes mobile Reservespital hat Personal und Material zur Aufnahme von 200 Schwerkranken; die Etablierung erfolgt in geeigneten Ortschaften oder Gebäudegruppen.

Für jede Division sind 2 mobile Reservespitäler verfügbar, wovon jedoch nur je eines bei der Mobilisierung formiert wird. Das Material und Personal für das andere ist bei der Armee im Felde vorhanden (im Sanitätsfelddepot, resp. in der Sanitätspersonalreserve); die Formierung erfolgt erst nach Bedarf.

Die Bezeichnung geschieht innerhalb jedes Korps mit Nummern von 1 an.

Kommandant eines mobilen Reservespitals ist ein Regimentsarzt oder Stabsarzt.

Zur Dienstleistung sind Ärzte, Truppenrechnungsführer, Geistliche und Medikamentenbeamte und eine Reservesanitätsabteilung unter Kommando eines Offiziers eingeteilt.

Bei jedem mobilen Reservespital befindet sich eine Reservespitalsapotheke.

Das Material wird teils auf ärarischen Fuhrwerken, größtenteils aber auf Landesfuhrern fortgebracht; die Bespannung erfolgt durch eine Kondukteurschaft vom Lande.

Früher hatten die mobilen Reservespitäler (wie die Feldspitäler) den dreifachen Umfang (für 600 Kranke) und waren in 3 selbständig verwendbare Sektionen teilbar. 1910 wurden diese Sektionen in selbstständige mobile Reservespitäler umgewandelt.

Jedes mobile Reservespital ist eine selbständige Anstalt.

Außer den ärarischen mobilen Reservespitälern stehen noch 4 Verwundetenspitäler des deutschen Ritterordens zur Verfügung, die ähnlich eingerichtet sind wie mobile Reservespitäler und ebenso verwendet werden.

### 5. Mobile Krankenhaltstationen.

Die mobilen Krankenhaltstationen haben die Aufgabe, den im Abschub begriffenen Kranken-(Verwundeten-)transporten innerhalb des Etappenraumes Ruhe (Nächtigung) und Verköstigung zu gewähren.

Jede mobile Krankenhaltstation ist derart ausgerüstet, daß sie für die Nächtigung und Verköstigung eines Transportes von 200 Kranken (Verwundeten) ausreicht.

Die Etablierung erfolgt auf den Bahnhöfen oder in deren nächster Nähe (z. B. in der Krankenabschubstation) bei Bahntransporten, oder in Gebäuden nächst der Landungsbrücke bei Wassertransporten, oder schließlich in Ortschaften an den Etappenstraßen, wenn ausnahmsweise der Abschub mit Wagen auf längere Strecken nötig ist.

Im Sanitätsfelddepot, resp. in der Sanitätspersonalreserve ist Material und Personal für 2 mobile Krankenhaltstationen pro Korps vorhanden. Eine davon wird derart formiert, daß sie nach beendetem Aufmarsch verfügbar ist, die andere erst im Bedarfsfall.

Die Bezeichnung der Krankenhaltstationen erfolgt innerhalb jedes Korps mit Nummern von 1 an.

Kommandant einer mobilen Krankenhaltstation ist ein Regimentsarzt, dem  $\frac{1}{2}$  Reservesanitätsabteilung unter Kommando eines Offiziers zugewiesen ist.

Der Transport bis zur Etablierung geschieht größtenteils mit Landesfuhrern und Landesbespannungen.

Jede mobile Krankenhaltstation ist eine selbständige Anstalt.

### **Ambulante Feldsanitätsanstalten.**

Die ambulanten Feldsanitätsanstalten dienen zum Abschub der Schwerkranken (Schwerverwundeten) aus den Sammelstellen (Krankenabschubstationen) in die endgiltige Heilungsstätte. Hiezu werden Sanitätszüge und Sanitätsschiffe verwendet.

Die Sanitätszüge und Sanitätsschiffe sind teils für den Transport solcher Kranker (Verwundeter), welche ständiger ärztlicher Pflege und Wartung bedürfen (Schwerstkranke) aus eigens konstruierten Waggons (resp. Schiffen) gebildet und vollkommen spitalsmäßig eingerichtet (Spitalszüge, Spitalschiffe), oder sie bestehen aus gewöhnlichen Waggons (resp. Schiffen), welche erst im Mobilisierungsfalle für den Kranken-(Verwundeten-)transport eingerichtet werden (Krankenzüge, Krankenschiffe).

**Spitalszüge.**<sup>19)</sup> Es sind 12 Spitalszüge vorhanden, deren jeder fast 150 Schwerstkranke (Schwerstverwundete) aufnehmen kann.

Kommandant jedes Zuges ist ein Regimentsarzt; zur Dienstleistung sind Ärzte, Truppenrechnungsführer und Medikamentenbeamte, ferner 1 Feldsanitätsabteilung unter Kommando eines Unteroffiziers eingeteilt.

Die Bezeichnung der Züge erfolgt mit Nummern von 1 an.

<sup>19)</sup> Bis 1906 „Eisenbahnsanitätszüge“.

Außer den 12 ärarischen Spitalzügen stellt der Malteserorden 6, im Bedarfsfalle auch 12 ähnliche Züge samt zugehörigem Personal und Material bei, die einen etwas geringeren Fassungsraum haben (für 100 Schwerstkranke).

**Spitalsschiffe.**<sup>20)</sup> Gegenwärtig sind 7 Spitalsschiffe für den Gebrauch auf den größeren Flüssen vorhanden, deren jedes über 100 Schwerstkranke (Verwundete) aufnehmen kann.

Das Personal ist ebenso zusammengesetzt wie jenes eines Spitalzuges.

Die Schiffe werden mit fortlaufenden Nummern von 1 an bezeichnet.

Außer den ärarischen Spitalsschiffen stehen noch 3 Seeambulanzen“ des roten Kreuzes für die Verwendung an der Meeresküste zur Verfügung, die ähnlich eingerichtet sind wie die Spitalsschiffe.

Die Spitalzüge und Spitalsschiffe sind selbständige Anstalten; die Pflege und Verköstigung der Kranken (Verwundeten) und des Personals erfolgt während der Fahrt, unabhängig von den Krankenhaltstationen.

**Krankenzüge.** Jeder Krankenzug wird von einem Regimentsarzt kommandiert, das nötigste Begleitpersonal wird einer Reservesanitätsabteilung oder nach Möglichkeit der freiwilligen Sanitätspflege entnommen.

Jeder Krankenzug kann gegen 400 Schwerkranke aufnehmen

Pro Korps sind 3 Krankenzüge verfügbar, von denen einer als „permanenter Krankenzug“ noch während des Aufmarsches ausgerüstet wird und dann dauernd für den Krankenabschub in Dienst bleibt. Für die beiden anderen ist das Material im Sanitätsfelddepot vorhanden, ihre Ausrüstung als „temporäre Krankenzüge“ erfolgt erst im Bedarfsfalle (z. B. zum Verwundetenabschub nach einem größeren Kampfe u. dgl.).

**Krankenschiffe.** Das Personal eines Krankenschiffes wird ebenso gebildet, wie jenes eines Krankenzuges.

<sup>20)</sup> Bis 1906 „Schiffsambulanzen“.

Der Fassungsraum ist je nach der Konstruktion des Schiffes verschieden.

Das für einen Krankenzug bestimmte Material reicht im allgemeinen für die Ausrüstung eines Krankenschiffes aus.

Krankenzüge und Krankenschiffe sind keine selbständigen Anstalten; die Tätigkeit des Personals während der Fahrt ist auf die dringendste Revision und Aufsicht bei den kurzen Aufhalten beschränkt; die etwa nötige Behandlung, die Verpflegung und eventuell auch die Nächtigung erfolgen in Krankenhaltstationen.

Für den Krankenabschub mit der Feldbahn oder auf Straßen bestehen keine besonderen Vorkehrungen. Wenn ein solcher Abschub ausnahmsweise nötig wird, so müssen hiezu die Transporte je nach Bedarf und nach den verfügbaren Transportmitteln, die meist besonderer Einrichtung bedürfen, zusammengestellt werden (Feldbahnwagen, leere Munitionskolonnen, Automobiltrains, leere Verpflegskolonnen u. dgl. m.).

### **Sanitätsfelddepots.**

Für jede Armee (jedes selbständige Armeekorps) wird zum Materialersatz und zur Aufstellung der noch nicht formierten Anstalten ein Sanitätsfelddepot aufgestellt, das von einem Oberstabsarzt oder Stabsarzt kommandiert wird.

Das Depot besteht aus so vielen „Korpseinheiten“ als die Armee Korps zählt.

Jede Korpseinheit enthält das transportbereit verpackte Material für 3 mobile Reservespitäler, 2 Feldmarodenhäuser, 2 mobile Krankenhaltstationen (von denen eine noch während des Aufmarsches formiert wird) und 3 Krankenzüge (von denen einer noch während des Aufmarsches ausgerüstet wird). — Außerdem ist in jeder Korpseinheit versandfertiges Ersatzmaterial („Verbrauchersatz“) für die Vorräte der mobilen und ambulanten Feldsanitätsanstalten vorhanden.<sup>21)</sup>

<sup>21)</sup> Früher bestanden eigene „Medikamentenfelddepots“, die 1904 mit den Sanitätsfelddepots vereint wurden.

Zum Verwaltungsdienst sind Offiziere, Truppenrechnungsführer, Medikamentenbeamte, dann Mannschaft der Sanitätstruppe usw. eingeteilt.

Die Sanitätsfelddepots können im Bedarfsfalle ihren Aufstellungsort mit Bahn- oder Schiffstransport, im Notfall auch mit Wagentransport ändern. — Einzelne Korpseinheiten können auch detachiert werden.

Die Bezeichnung geschieht mit Nummern, entsprechend der Nummer der Armee.

Im Anschluß an jedes Sanitätsfelddepot errichtet das „Rote Kreuz“ ein „mobiles Vereinsdepot“.

### Stabile Anstalten.

Zur endgiltigen Pflege und Heilung der Kranken und Verwundeten werden im Etappenraume und im Hinterlande zahlreiche Spitäler u. dgl. teils neu errichtet, teils werden die schon bestehenden Anstalten erweitert.

Hierher gehören:

**Garnisonsspitäler.** Die Aufnahmefähigkeit der bestehenden 28 Garnisonsspitäler wird durch Einbeziehung benachbarter Gebäude, durch Barrackenbau usw. wesentlich vergrößert. Alle Vorkehrungen hiefür sind schon im Frieden getroffen.

**Reservespitäler.** Die meisten bestehenden Truppenspitäler des Heeres, Landwehrspitäler (Österreich) und Landwehrruppenspitäler (Ungarn), ferner günstig gelegene Marodenhäuser des Heeres und der Landwehr und schließlich geeignete Zivilspitäler werden möglichst erweitert und führen die Bezeichnung „Reservespital“.

Ferner stehen zahlreiche Reservespitäler, Aushilfsspitäler und Rekonvaleszentenhäuser der freiwilligen Sanitätspflege zur Verfügung.

Alle diese stabilen Anstalten sind ähnlich organisiert wie die Garnisonsspitäler im Frieden.

Für die bei der Krankenzerstreuung nötigen Transporte wird über die ganze Monarchie ein Netz von

**stabilen Krankenhaltstationen** gemeinsam von der Kriegsverwaltung und der freiwilligen Sanitätspflege errichtet, in denen die durchkommenden Transporte Ruhe, ärztliche Hilfe und Verpflegung finden.

Ihre Organisation ist jener der mobilen Krankenhaltstationen ähnlich.

In **Festungen** werden mit Ausnützung der vorhandenen Friedensanstalten (Garnisonsspitäler, Truppenspitäler, Landwehrspitäler, Marodenhäuser, Zivilspitäler usw.) Festungsspitäler errichtet.

In den einzelnen Verteidigungsbezirken werden nach Bedarf „Bezirksmarodenhäuser“ zur Aufnahme Leichtkranker (Leichtverwundeter) etabliert, in den einzelnen Objekten werden „Marodenzimmer“ und „Verbandräume“ eingerichtet.

## Die freiwillige Sanitätspflege im Kriege.

Im Vorhergehenden wurden bereits einige der von der freiwilligen Sanitätspflege beigestellten Anstalten und Formationen erwähnt. Der Übersicht halber wird hier nochmals die Kriegstätigkeit der gegenwärtig organisierten freiwilligen Sanitätspflege zusammengefaßt.

Die Kriegstätigkeit der freiwilligen Sanitätspflege umfaßt im allgemeinen:

Beistellung von **Sanitätspersonal** (Ärzten, Apothekern, Pflege- und Wartepersonal, Trägern u. dgl.) sowohl zur Tätigkeit auf dem Kriegsschauplatz als auch hauptsächlich im Hinterlande,

Mitwirkung beim Transport Kranker und Verwundeter durch Beistellung von **Transportsmitteln** bei der Armee im Felde, im Etappenraum und im Hinterland (einggerichtete Fuhrwerke, Bahnzüge, Schiffe usw.),

Aufstellung von **Heilanstalten** jeder Art aus eigenen Mitteln und Übernahme Verwundeter und Kranker in **Privatpflege** bei Einzelpersonen und Familien,

Aufbringung von **Sanitätsmaterial** jeder Art (Verbandzeug, Arzneien, Wäsche, Bettzeug) und von Labemitteln, deren Sammlung in eigenen Depots und geregelte Ausgabe,

Organisation der Nachrichtenvermittlung über den Aufenthalt Kranker und Verwundeter.

An diesen Leistungen beteiligen sich mehrere Vereine und Korporationen auf Grund freiwillig kontraktlich übernommener Verpflichtungen.

### Der souveräne Malteser-Ritterorden

stellt bei:

a) **6 Spitalszüge**, welche denen des Heeres ähnlich eingerichtet sind. Einrichtung und Personal wird vom Orden, das rollende Material von den Bahnverwaltungen beigelegt.

Das gesamte Material ist im Frieden in Verwaltung des Ordens vorhanden, das Personal geschult und evident geführt.

Im Bedarfsfalle stellt der Orden noch weitere 6 Züge bei, für welche das Material seitens des Ordens kontraktlich sichergestellt ist.

b) **1 Krankentransportskolonne** in Wien zum Transport von den Bahnhöfen in die Aufnahmestellen.

### Der deutsche Ritterorden

stellt bei:

a) **Feldsanitätskolonnen** für sämtliche Infanterie-Divisions-sanitätsanstalten.

Die Fuhrwerke der Kolonne sind auf die Teile der Anstalt aufgeteilt.

b) **4 Verwundetenspitäler** für je 200 Kranke (Verwundete), die ähnlich einem mobilen Reservespital des Heeres eingerichtet sind, und für jedes davon eine Blessiertentransportskolonne zum Einholen oder Abschieben der Kranken (Verwundeten).

c) **1 stabiles Reservespital** in Langendorf, für welches alle Vorkehrungen schon im Frieden getroffen sind.

### Das rote Kreuz

stellt bei:

a) **Verbandpäckchen** für jeden Mann des Gefechtsstandes des Heeres und der österreichischen Landwehr;<sup>22)</sup>

<sup>22)</sup> Die bosn.-herz. Truppen und die ungarische Landwehr haben ärarische Verbandpäckchen.

b) **Sanitätsräder** für die Radfahrerkompagnien;

c) **Blessiertentransportskolonnen** für die Feldspitäler;

Je eine Blessiertentransportskolonne war früher für ein Feldspital alten Systems (für 600 Kranke) bestimmt. Bei der Neuorganisation 1910 erhielt jedes der 3 Feldspitäler, die aus einem alten Feldspital gebildet wurden,  $\frac{1}{3}$  der alten Blessiertentransportskolonne dauernd zugewiesen.

d) **3 Feldspitäler** für je 200 Kranke (Verwundete), welche den ärarischen Feldspitalern ähnlich eingerichtet sind;

e) **3 Seeambulanzen**, die ähnlich den ärarischen Spitalschiffen eingerichtet sind;

f) **mobile Vereinsdepots**, je eines für jede Armee, welche im Anschluß an die Sanitätsfelddepots den Materialersatz für die Formationen des roten Kreuzes besorgen und außerdem angesammeltes Material, Liebesgaben u. dgl. an die Feldsanitätsanstalten des Heeres und des deutschen Ritterordens abgeben;

g) **stabile Heilanstalten im Hinterlande**, u. zw. Vereinsreservespitäler, Vereinsaushilfsspitäler und Vereinsrekonvaleszenten Häuser, welche in der ganzen Monarchie verteilt sind und an der Krankenzerstreuung durch Aufnahme Kranker und Verwundeter mitwirken;

h) **stabile Krankenhaltstationen** an sämtlichen für den Krankenabschub und die Krankenzerstreuung in Betracht kommenden Bahn- und Schifffahrtslinien;

Die Wahl der Orte für die Errichtung erfolgt nach Weisungen der Kriegsverwaltung.

i) **Lokal-Krankentransportkolonnen** in allen zur Krankenzerstreuung ausgenützten Orten zum Transport vom Bahnhofe zur Aufnahmestelle;

k) **Vereinsreservedepots** in größeren Orten zur Ansammlung von Spenden, Liebesgaben jeder Art u. dgl.;

l) ein **Zentralnachweisebureau** in Wien, mit je einem **Auskunftsbureau** in Österreich und in Ungarn, deren Aufgabe die Evidentführung aller Erkrankten und Verwundeten und die Auskunftserteilung an Angehörige ist.

### **Andere Vereine und Einzelpersonen,**

welche nicht dem roten Kreuze angehören, können sich durch Beistellung von Material, von Pflegepersonal, durch Organisation von Lokaltransportkolonnen, durch Aufstellung von Spitälern und schließlich durch die Aufnahme von Verwundeten und Kranken in Privatpflege betätigen.

Alle solche freiwilligen Leistungen müssen bei der Leitung der freiwilligen Sanitätspflege angemeldet werden und werden nach deren Weisungen zweckmäßig ausgenützt.

Zu den bei der Armee im Felde selbst verwendeten Formationen des deutschen Ritterordens und des roten Kreuzes werden im allgemeinen die Mannschaft und die Bespannung von der Kriegsverwaltung, die gesamte Bekleidung und Ausrüstung, die Fuhrwerke und das ganze Material vom Orden, resp. vom roten Kreuze beigestellt.

### **Leitung der freiwilligen Sanitätspflege.**

Die oberste Leitung obliegt dem „Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege“, dem für jeden der beiden Staaten ein eigener „Kommissär für das österreichische (resp. ungarische) Hilfsvereinswesen“ untersteht.

Außerdem hat jede der beteiligten Korporationen ihre eigenen Funktionäre zur Detailüberwachung der beigestellten Formationen und der gesamten Vereinstätigkeit, welche sich zum Teile hiezu den höheren Kommanden und Behörden der Armee im Felde anschließen können.

### **Aufstellung der Feldsanitätsanstalten.**

Alle Feldsanitätsanstalten werden von den 27 Garnisonsspitalern des Heeres aufgestellt, deren jedes, je nach seiner Größe, die Vorsorgen für eine Anzahl solcher Anstalten zu treffen hat.

Das Personal (Ärzte, Beamte, Geistliche, Rechnungsführer usw.) wird beim Spitalskommando evident geführt.

Die Sanitätsabteilung stellt eine Anzahl von Feldsanitätsabteilungen und Reservesanitätsabteilungen auf. Die Feldsanitätsabteilungen (aus den jüngsten Jahrgängen bestehend) sind für die Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalten, für die Feldspitäler und die Spitalzüge (Spitalsschiffe) bestimmt; die Reservesanitätsabteilungen (aus älteren Jahrgängen, aus Landwehr- und Landsturmpflichtigen gebildet) werden

teils bei den sofort aufzustellenden mobilen Reservespitälern und Feldmarodenhäusern eingeteilt,

teils gehört eine Anzahl von ihnen, unter Kommando eines Stabsoffiziers vereint, zur Sanitätspersonalreserve des Armee-Etappenkommandos und ist für die später zu formierenden mobilen Reservespitäler, Feldmarodenhäuser und mobilen Krankenhaltstationen bestimmt,

teils werden sie zum Dienste bei den Garnisonsspitalern und stabilen Reservespitälern eingeteilt.

Die Reservesanitätsabteilung des aufstellenden Garnisonsspitals fungiert auch als Ersatzkörper für alle vom Spital aufgestellten Feld- und Reservesanitätsabteilungen.

Jedes Armee-Etappenkommando verfügt über eine „Sanitätspersonalreserve“, zu welcher außer den angeführten Reservesanitätsabteilungen eine Anzahl von Ärzten, Medikamentenbeamten, Truppenrechnungsführern, Geistlichen usw. gehört, und welche teils zur Dotierung erst später zu formierenden Anstalten, teils auch zu Ersatzzwecken dient.

### **Material.**

Bekleidung, Felddausrüstung und Bewaffnung für alle aufzustellenden Sanitätsformationen sind im Augmentationsmagazin der Sanitätsabteilung deponiert.

Die ärarischen Fuhrwerke befinden sich im Frieden bei der Traintruppe in Verwaltung.

Das Sanitätsmaterial ist bei den Garnisonsspitalern teils in großen Magazinen, teils bei den Apotheken deponiert.

Die nötigen Landesbespannungen werden erst im Aufmarschraume zugewiesen.

## Durchführung des Sanitätsdienstes im Kriege.<sup>23)</sup>

### Sanitätsdienst im Aufmarschraum.

Der Aufmarschraum wird noch vor dem Eintreffen der Truppentransporte sanitär eingerichtet, vorhandene Militär- und Zivilspitäler werden erweitert, Sanitätsmaterial wird unter Ausnützung der Zivilapotheken angesammelt, nach Bedarf wird für Trinkwasserverbesserung u. dgl. gesorgt, infizierte Ortschaften werden vom Belage ausgeschlossen u. dgl. m.

Während des Aufenthaltes der Truppen im Aufmarschraume erhalten die Erkrankten bei der täglichen Marodenvisite oder auch außerhalb derselben die erste Hilfe vom eigenen Sanitätspersonal; Formationen ohne Arzt werden an den nächsten Truppenarzt gewiesen.

Marode bleiben in den Marodenzimmern der Kantonierungsorte, Leicht- und Schwerkranke werden unter Ausnützung der verfügbaren Transportmittel (Bahn, Fuhrwerke aller Art) in die nächste „Sammelstelle“ abgegeben. Als solche werden geeignete Lokale, möglichst in Bahnstationen, eingerichtet (eventuell unter Mitwirkung der Divisions-Sanitätsanstalt). Von dort gelangen die Kranken möglichst per Bahn in die Heilanstalten des Aufmarschraumes. Wenn diese nicht ausreichen, so können die von den Korps mitgebrachten mobilen Reservespitäler und Feldmarodenhäuser etabliert werden. Hierbei ist auf die spätere Verwendung dieser Anstalten beim Krankenabschub Rücksicht zu nehmen (Etablierung an großen Bahnlinien oder Kreuzungen und dergl.).

Sogleich nach Beendigung der Massentransporte beginnt die Evakuierung der stabilen und der etwa etablierten mobilen Sanitätsanstalten des Aufmarschraumes. Zu diesem ersten

<sup>23)</sup> Die im folgenden angeführten wesentlichen Bestimmungen der österreichisch-ungarischen Vorschriften sind mit den im allgemeinen Teile ausgeführten modernen Grundsätzen nicht immer ganz in Übereinstimmung; sie würden daher besonders hinsichtlich der Zeit der Hilfsplatzetablierung im Renkontregesecht und im Angriff und hinsichtlich des Dienstes der Divisionssanitätsanstalt (Teilung des Verbandplatzes in eine Transportablenstation und eine Intransportablenstation) einer Ergänzung bedürfen.

Krankenabschub stehen die permanenten Krankenzüge der Korps und etwa schon eingetroffene Spitalszüge und Spitalschiffe zur Verfügung. In den Abschubstationen werden nach Bedarf die bereits formierten Krankenhaltstationen zum Sammeln der Abzuschiebenden etabliert.

Bei Beginn der Operationen muß das Personal und Material der Truppen, der Divisions-sanitätsanstalten und der Feldspitäler komplett sein.

### Sanitätsdienst auf Märschen und in Kantonierungen.

Die erste Hilfe wird den Erkrankten durch das Sanitätspersonal der Truppen bei der täglichen Marodenvisite in den Kantonierungen und vor dem Abmarsch oder während der Rasten oder im Bedarfsfalle auch während des Marsches selbst zu teil. Leichtmarode bleiben bei den Truppenkörpern in den Marodenzimmern der Kantonierungsorte und machen die Märsche mit entsprechenden Erleichterungen mit (Marsch ohne Gepäck, Aufsitzen auf Trainfuhrwerke u. dgl.). Schwerer Marode und Kranke werden entweder noch während des Marsches oder in der Kantonierung an die Divisions-Sanitätsanstalt abgegeben, wobei, je nach Bedarf, alle verfügbaren Transportmittel ausgenützt werden (Fuhrwerke vom Lande, verfügbare Truppenfuhrwerke); je nach Notwendigkeit können auch die Blessiertenwagen der Anstalt durch Rundfahrten im Kantonierungsbereich die Kranken einholen.

Bei längeren Aufhalten kann die Sanitätsanstalt ein Marodenzimmer als Sammelstelle etablieren.

Die Sanitätsanstalt muß mit allen Mitteln trachten, sich der übernommenen Kranken zu entledigen, um den Weitermarsch ohne Kranke aktionsbereit antreten zu können. Der Abtransport der Kranken in die fallweise verlautbarte „Krankenabschubstation“ (Bahn- oder Schiffsstation) wird unter Ausnützung aller verfügbaren Transportmittel durchgeführt, (Landesfahren, leere Fuhrwerke der Verpflegsstaffeln, deren Dienst hiedurch aber nicht gestört werden darf, zurückkehrende Leerzüge der Feldbahn usw.). Die Blessiertenwagen

der Anstalt dürfen nur ausnahmsweise auf ganz kurze Strecken zum Zurückbringen Kranker verwendet werden, damit die Anstalt stets marschbereit ist.

Kann die Sanitätsanstalt aus irgend einem Grunde die übernommenen Kranken bis zum Abmarsch nicht abtransportieren, so werden sie entweder der Gemeinde zum späteren Abschub übergeben oder es kann bei größerer Krankenzahl unter möglicher Ausnützung der freiwilligen Sanitätspflege eine Krankenhaltstation improvisiert werden, in der die Kranken die nächste Gelegenheit zum Abschub erwarten. Das Mitnehmen von Kranken durch die Anstalt ist nur in einzelnen Ausnahmefällen zulässig.

Innerhalb des Korpstrains versehen die dort marschierenden Feldspitäler in ähnlicher Weise den laufenden Dienst für die dort eingeteilte Mannschaft.

Bei den Kavallerietruppendivisionen vor der Front werden die Kranken in der Regel von der Sanitätsanstalt oder von detachierten Truppenteilen den Gemeinden übergeben (wenn nötig mit Bedeckung durch Marode) und ihr Aufenthalt und ihre Zahl gelegentlich der militärischen Meldungen zurückgemeldet.

## Sanitätsdienst im Gefechte.

### **Tätigkeit der Hilfsplätze.**

Die Verwundeten erhalten die erste Hilfe durch das Sanitätspersonal der Truppen, das hiezu bei der Entwicklung zum Gefecht, der taktischen Gruppierung entsprechend, auf Hilfsplätzen hinter der Gefechtslinie vereint wird.

Im allgemeinen wird für jede Gefechtsgruppe ein Hilfsplatz etabliert; die Größe der Hilfsplätze ist daher je nach der Stärke der zugehörigen Gefechtsgruppe verschieden.

Zur besseren Materialdotierung werden Hilfsplatzwagen zugewiesen.

Einzelne von diesen können schon bei Beginn des Gefechtsmarsches Seitenkolonnen, der Vorhut und dgl. mitgegeben werden; die Mehrzahl

bleibt aber bei der Sanitätsanstalt vereint, bis die Gefechtslage soweit geklärt ist, daß der voraussichtliche Bedarf erkannt werden kann.

**Zeit der Etablierung.** Die Hilfsplätze sollen — speziell im Angriff — nicht zu früh etabliert werden, da spätere Verlegungen zeitraubend sind. Häufig werden sie erst aufgestellt werden können, wenn der Kampf eine entscheidende günstige Wendung nimmt.

**Ort der Etablierung.** Die Hilfsplätze werden möglichst nahe an der Gefechtslinie, jedoch gegen feindliches Feuer geschützt, etabliert. Den Befehl hierzu erteilt der Kommandant der Gefechtsgruppe. Der Etablierungsort wird dem leitenden Arzte (Sanitätschef) gemeldet, die Verbindung mit der Divisionssanitätsanstalt muß rasch hergestellt werden.

So weit als möglich sollen Häuser oder Ortschaften für die Etablierung gewählt werden (Bettzeug, Schutz gegen Witterung). Jedemfalls muß Wasser, Stroh, Brennholz und Schatten vorhanden sein. Im Notfall müssen Flugdächer und dgl. aus Zeltblättern und requiriertem Material hergestellt werden. Nach rückwärts müssen möglichst gut fahrbare Wege und Straßen führen, von vorne soll der Hilfsplatz leicht erkennbar sein.

Die Hilfsplätze werden durch eine schwarz-gelbe Fahne und eine weiße Fahne mit dem Genfer Kreuz bezeichnet.

Für die Artillerie werden von deren Personal in der Regel eigene Hilfsplätze, seitwärts der feindlichen Artillerieschußrichtung, etabliert.

**Einbringen der Verwundeten.** Die Verwundeten werden, soweit das feindliche Feuer es zuläßt, von den Blessiertenträgerpatrouillen unter Führung von Sanitätsunteroffizieren eingebracht.

Gehfähige haben im Anschluß an die Patrouillen selbst zu gehen und werden nach Bedarf durch Abnahme des Gepäcks entlastet oder auch durch die Blessiertenträger gestützt. — Gehunfähige werden auf den Tragbahnen eingebracht.

Die Blessiertenträger haben die aufgefundenen Verwundeten zu laden; Verbände dürfen sie (mit Hilfe der Verbandpäckchen) nur dann anlegen, wenn es zur Lebensrettung oder zur Transportfähigkeit unbedingt nötig ist; Waffen und Rüstung werden mitgenommen, die Gewehre werden entladen.

**Dienst auf den Hilfsplätzen.** Der rangälteste auf jedem Hilfsplatz eingeteilte Arzt ist dessen Kommandant.

Der Hilfsplatz besteht im allgemeinen aus 3 räumlich möglichst getrennten Gruppen:

a) Übernahmegruppe, wo die eingebrachten Verwundeten von einem Arzt übernommen und nach flüchtiger Untersuchung einer der beiden anderen Gruppen zugewiesen werden.

b) Leichtverwundetengruppe, bei welcher die Leichtverwundeten (hauptsächlich durch Sanitätsunteroffiziere) verbunden, gelabt und verköstigt werden. Wieder Kampffähige kehren sogleich zu ihrem Truppenkörper zurück, die anderen bleiben bis zum Abtransport unter Aufsicht vereinigt.

c) Schwerverwundetengruppe, bei welcher die Schwerverwundeten durch die vorhandenen Ärzte verbunden, nach Bedarf (bei Lebensgefahr) operiert, gelabt und bis zum Abtransport gepflegt und gewartet werden.

Alle behandelten Verwundeten erhalten an einem Uniformknopf oder dgl. ein deutlich sichtbares „Diagnosentäfelchen“, auf welchem der behandelnde Arzt kurz den Grad und die Art der Verwundung und die geleistete Hilfe vormerkt, um wiederholte nutzlose Untersuchungen zu vermeiden.

Außer den angeführten 3 Gruppen ist noch ein Raum für die Materialausgabe, eine Kochstelle, ein Raum zum Ablegen der Rüstung der eingeteilten Mannschaft, ein abgesonderter Raum für besorgte Verwundete bis zum Abtransport und schließlich eine abseits gelegene Stelle für Leichen nötig.

**Personalverstärkung.** Zur Unterstützung des Sanitätshilspersonals können vom Kommandanten der Gefechtsgruppe Nichtkombattante zugewiesen werden (Regimentsmusik, ausnahmsweise auch Offiziersdiener).

Wenn die militärische Situation es gestattet, können auch die Infanteriepioniere zeitweilig zum Einrichten des Hilfsplatzes (Flugdächer, Zufahrten, Nottragen und dgl.) diesem zugewiesen werden.

Die Beteiligung kombattanter Mannschaft an der Verwundetenbesorgung darf niemals eigenmächtig geschehen und darf nur ganz ausnahmsweise, wenn dadurch keine Gefahr für die Gefechtskraft entsteht, auf die Dauer des dringendsten Bedarfes angeordnet werden.

**Vorverlegung.** Wenn sich die kämpfenden Truppen zu weit vom Hilfsplatze entfernen oder wenn das Gefecht beendet ist, werden die Hilfsplätze vorverlegt, u. zw. soweit irgend möglich in das Feld der stärksten Verluste. Die Verlegung erfolgt staffel-

weise, indem das zur Besorgung der vorhandenen Verwundeten nötige Personal zurückbleibt und erst sukzessive nachfolgt, sobald es entbehrlich ist.

Da die Vorverlegung somit eine bedenkliche, langdauernde Zersplitterung und Verzögerung des Hilfsplatzdienstes hervorruft, soll sie nach Möglichkeit vermieden werden.

**Auflassung.** Sobald alle Verwundeten besorgt und der Divisionsanstalt übergeben sind, wird der Hilfsplatz aufgelassen. Das Truppenpersonal ergänzt seine verbrauchten Materialvorräte aus den Hilfsplatzwagen und rückt zu den Truppenkörpern ein; die Hilfsplatzwagen schließen wieder an die Sanitätsanstalt an, wo ihr Material ersetzt wird.

**Rückzug.** Bei einem Rückzug hat der Hilfsplatz rechtzeitig zurückzugehen und alles verfügbare Personal und Material, die Waffen und Rüstungen der Verwundeten jedenfalls in Sicherheit zu bringen. Bei Verwundeten, die nicht mehr zurückgeschafft werden können, bleibt das unbedingt nötige Personal unter dem Schutz der Genfer Flagge zurück.

### **Tätigkeit der Divisionssanitätsanstalt.**

Die Hilfsplatzwagen der Anstalt werden alle oder nur ein Teil davon den Truppenhilfsplätzen zugewiesen.

Die Anstalt selbst wird in 2 örtlich vollständig getrennten Teilen: dem Verbandplatz (Schwerverwundetenstation) und der Leichtverwundetenstation etabliert.

In Bedarfsfälle können ausnahmsweise auch 2 Leichtverwundetenstationen und 2 Verbandplätze etabliert werden (Kampf der Division in 2 getrennten Gruppen und dgl.).

**Zeit der Etablierung.** Die Divisionssanitätsanstalt darf erst etabliert werden, wenn die Situation ausreichend geklärt ist und die Orte der Hilfsplätze bekannt sind. Den Befehl zur Etablierung gibt der Divisionär.

**Ort der Etablierung.** Für den Verbandplatz sind größere Baulichkeiten (Meierhöfe, Kirchen, Ortschaften usw.) sehr erwünscht. Jedenfalls muß Wasser, Liegestroh, ausreichender Raum und Schutz gegen Witterungseinflüsse vorhanden sein und müssen fahrbare Verbindungen zu den Hilfsplätzen führen. Besonders wichtig ist das Aufbringen von Beleuchtungsmaterial.

Die Leichtverwundetenstation wird tunlichst in geschlossenen Gebäudekomplexen abseits der Hauptkommunikationen etabliert.

Die etablierten Teile der Divisions-Sanitätsanstalt werden durch eine schwarz-gelbe Fahne und eine weiße Fahne (Verbandplatz viereckig, Leichtverwundetenstation dreieckig) mit dem Genfer Kreuz bezeichnet.

**Verbindung.** Der Kommandant der Divisionssanitätsanstalt erhält zu Beginn des Gefechtes 2 Ordonnanzreiter zugewiesen, mit deren Hilfe er sich so rasch als möglich über den Standort der Hilfsplätze und die dort vorhandene Zahl von abgabebereiten Verwundeten orientiert und auch weiterhin die Verbindung erhält.

**Einbringen der Schwerverwundeten.** Gleichzeitig mit dem Etablieren des Verbandplatzes wird mit dem Abholen der Schwerverwundeten von den Hilfsplätzen begonnen. Hiezu dienen in erster Linie die Blessiertenwägen der Anstalt und möglichst zahlreiche eingerichtete Landesfuhrn, deren Aufbringung sowohl bei den Hilfsplätzen als beim Verbandplatz betrieben werden muß.

Der Verkehr der Wagentransporte muß derart geregelt werden, daß die Entlastung aller Hilfsplätze ungefähr gleichmäßig vor sich geht.

**Dienst am Verbandplatz.** Der Verbandplatz besteht im allgemeinen aus einer

Übernahmegruppe, bei der ein Arzt die ankommenden Verwundeten übernimmt und nach Einblick in das Diagnosentafelchen und Konstatierung des Zustandes des Verbandes entweder der

chirurgischen Gruppe zuweist, wenn noch eine ärztliche Tätigkeit, größere Operationen oder dgl. nötig sind, oder direkt zum

Unterkunftsraum für versorgte Verwundete weist, wo sie bis zum weiteren Abtransport gepflegt, gelabt und verköstigt werden.

Außerdem sind Kochstellen, ein Parkplatz für die Fuhrwerke, Stallungen für die Pferde, ein Materialraum und dgl. m. nötig.

Im Notfalle kann die chirurgische Gruppe unter dem mitgeführten großen Operationszelt etabliert werden, während für die anderen Teile Flugdächer aus Zeltblättern, requiriertem Material usw. hergestellt werden.

Im Unterkunftsraum für versorgte Verwundete werden auch Verzeichnisse über die Aufgenommenen angelegt, die für spätere Zwecke der Standesführung dienen.

**Einbringen der Leichtverwundeten.** Sobald die Leichtverwundetenstation etabliert ist, werden die Hilfsplätze davon verständigt und die versorgten Leichtverwundeten werden in kleinen Transporten, von leichtverwundeten Offizieren und Unteroffizieren geführt, womöglich zu Fuß, sonst auf Landesfuhren dorthin abesendet. Die Rüstungen und Waffen werden stets auf Landesfuhren oder sonstigen verfügbaren Fuhrwerken transportiert.

**Dienst der Leichtverwundetenstation.** Die ankommenden Leichtverwundeten werden untersucht, nach Bedarf ärztlich behandelt und bis zur Übernahme durch ein Feldmarodenhaus verköstigt. Leichtverwundete Offiziere und Unteroffiziere führen die Aufsicht, dienstfähige Leichtverwundete werden zum Kochen, zu Reinigungsarbeiten u. dgl. verwendet.

Für die spätere Standesführung wird ein Verzeichnis der Leichtverwundeten angelegt.

**Verlegung der Anstalt.** Da die Verlegung der etablierten Anstalt sehr zeitraubend und schwierig ist und den Dienst wesentlich schädigt, soll sie nur in den seltensten Ausnahmefällen angeordnet werden. Die Durchführung kann nur staffelweise erfolgen.

**Freimachen (Evakuieren) der Anstalt.** Die Bestimmung und Verlautbarung der Krankenabschubstation und damit die Einleitung des Abtransportes der Verwundeten vom Verbandplatz ist meist erst relativ spät möglich. Zur raschen Freimachung der Divisionssanitätsanstalt werden daher die Schwerverwundeten des Verbandplatzes von einem Feldspital, die Leichtverwundeten der Leichtverwundetenstation von einem Feldmarodenhaus übernommen.

Das ablösende Feldspital ersetzt auch das verbrauchte Material, so daß die Divisionssanitätsanstalt dann wieder mit voller Ausrüstung den Truppen folgen kann.

**Rückzug der Anstalt.** Wenn ausnahmsweise die Anstalt bei einem nötig gewordenen Rückzug bereits etabliert ist, ist recht-

zeitig alles abzutransportieren, was möglich ist. Es sollen nur untransportable Verwundete mit dem nötigsten Pflegepersonal unter dem Schutze der Genfer Flagge zurückbleiben.

Die Brigadesanitätsanstalten versehen den Dienst in ähnlicher Weise wie die Divisionssanitätsanstalten. Die Leichtverwundetenstation wird improvisiert.

Infolge des geringen Standes an Ärzten kann es nötig sein, einzelne Truppenärzte zur Verstärkung zu kommandieren.<sup>24)</sup>

### **Tätigkeit der Feldspitäler.**

Noch während des Kampfes wird die voraussichtlich nötige Zahl von Feldspitalern vordirigiert und derart bereitgestellt, daß die Ablösung der Verbandplätze bald beginnen kann.

**Art der Etablierung.** Der Etablierungsort muß derart gelegen sein, daß die Evakuierung der Verbandplätze möglichst rasch und einfach erfolgen kann.

Das Feldspital braucht bedeutende räumliche Ausdehnung; außer den Unterkunftsräumen für die Verwundeten (Offiziere und Mannschaft getrennt) und Operationsräumen sind Aufnahmszimmer, Inspektionszimmer, Isolierräume für Infektionskranke, Apothekenräume, Küchen, Magazine für Material, Waffen und Rüstungen, Wachlokale, Bade- und Waschräume usw. und schließlich Unterkünfte für das eigene Personal, Stallungen, Parkplätze und dgl. nötig. Allen diesen Anforderungen entsprechen nur sehr große Meierhöfe oder Schlösser oder ganze Ortsteile.

Wenn das Feldspital nur einen Verbandplatz zu evakuieren hat, so ist es am einfachsten, wenn es an der Stelle des Verbandplatzes selbst etabliert werden kann, falls dort die nötigen Räumlichkeiten vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, oder soll das Feldspital die Schwerverwundeten mehrerer Verbandplätze übernehmen (z. B. nach wenig verlustreichen Kämpfen), so muß die Etablierung an einem Punkt mit günstigen Verbindungen zu den Verbandplätzen erfolgen.

<sup>24)</sup> Die Tätigkeit der Hilfsplätze, auf welche nach modernen Grundsätzen das Hauptgewicht gelegt werden muß, wird dadurch beeinträchtigt. Die Kommandierung von Truppenärzten muß daher auf das absolut Nötige beschränkt werden.

**Übernahme der Verwundeten.** Wenn das Spital an der Stelle des Verbandplatzes etabliert wird, so erfolgt die Übernahme am einfachsten dadurch, daß nur die Ärzte und das Hilfspersonal der Anstalt durch jene des Spitals abgelöst werden und das in Gebrauch befindliche Material der Anstalt vom Feldspital übernommen und durch Material des Spitals ersetzt wird, während die Verwundeten an Ort und Stelle bleiben.

Wird das Spital an einem anderen Orte etabliert, so erfolgt die Einholung der Verwundeten durch die beim Feldspital eingeteilten Blessiertenwagen des roten Kreuzes und alle sonstigen aufbringbaren Fuhrwerke.

**Evakuierung des Feldspitals.** Da die Feldspitäler bei der vormarschierenden Armee bald wieder gebraucht werden, müssen sie bald durch ein mobiles Reservespital abgelöst werden, das zu stabilerer Tätigkeit bestimmt ist.

Wenn es möglich war, eine Krankenabschubstation in Betrieb zu setzen und genügend Transportmittel (Landesfuhrer, Feldbahn, Verpflegskolonnen) aufzutreiben, ehe noch ein mobiles Reservespital herankommt, so erfolgt die Evakuierung des Feldspitals teilweise durch den Abtransport der Transportablen. Die Intransportablen werden dann, falls sich die Etablierung eines mobilen Reservespitals für sie nicht verlohnt oder die Etablierung nicht aus anderen Gründen (z. B. als Etappeneinrichtung) nötig ist, der Gemeinde, resp. dem Etappenkommando übergeben.

Häufig wird sich aber der Beginn des Krankenabschubes länger verzögern und das Feldspital wird dann evakuiert, indem das mobile Reservespital alle Verwundeten übernimmt.

**Marschbereitschaft.** Sobald die Evakuierung beendet und das verbrauchte Material ersetzt ist, meldet das Feldspital die erlangte Marschbereitschaft dem vorgesetzten Korpskommando, welches die weitere Dirigierung veranlaßt.

### **Tätigkeit der Feldmarodenhäuser.**

Die Etablierung der Feldmarodenhäuser soll möglichst gleichzeitig mit jener der Feldspitäler erfolgen.

**Ort der Etablierung.** Die Feldmarodenhäuser sollen zur Ausnützung der Ressourcen tunlichst in der Nähe größerer Ort-

schaften, im Interesse der Disziplin jedoch außerhalb derselben etabliert werden.

Das Raumerfordernis ist ungefähr das gleiche wie bei einem Feldspital.

**Übernahme der Leichtverwundeten.** Sobald die Etablierung beendet ist, erfolgt die Evakuierung der Leichtverwundetenstationen durch „Leichtverwundetentransporte“ im allgemeinen mit Fußmarsch; Waffen und Rüstungen und einzelne Marschunfähige werden mit Landesfuhrn oder sonstigen Transportmitteln nachgeführt.

**Evakuierung der Feldmarodenhäuser.** Die Evakuierung erfolgt im allgemeinen durch die Genesung der Leichtverwundeten und ihre Rücksendung an die Truppenkörper im Wege der Etappenkommanden. Solche, deren Zustand sich verschlimmert, werden an das nächste Reservespital oder die nächste Krankenabschubstation abgegeben.

### **Tätigkeit der mobilen Reservespitäler.**

**Etablierung.** Die zur Ablösung der Feldspitäler bestimmten mobilen Reservespitäler etablieren sich grundsätzlich in deren Etablierungsraum. Alle bereits eingerichteten Räumlichkeiten, die Kranken und das im Gebrauch stehende Material werden vom Reservespital übernommen, das Personal wird abgelöst und das übernommene Material dem Feldspital ersetzt.

**Evakuierung.** Die mobilen Reservespitäler werden teils durch Abtransport Transportabler an eine Krankenabschubstation, teils durch Abgabe Rekonvaleszenter an ein Feldmarodenhäuser, teils durch den Tod Schwerstverwundeter evakuiert. Einzelne schließlich noch verbleibende Intransportable werden — wenn das mobile Reservespital anderswo benötigt wird — der Gemeinde, resp. dem Etappenkommando übergeben.

### **Sanitätsdienst in Kavalleriekämpfen.**

Bei Reiterkämpfen genügt infolge der geringen räumlichen Ausdehnung des Gefechtsfeldes meist ein Hilfsplatz. Die Etablierung erfolgt durch das Sanitätspersonal der Truppen nach

Beendigung der Attacke auf dem Kampfplatze selbst. Der Dienst auf dem Hilfsplatze verläuft ebenso wie auf Infanteriehilfsplätzen.

Wenn die Feldtragen und Hohlschienen nicht rechtzeitig von den Werkzeugwagen auf eine Landesfuhr oder auf Munitionswagen der reitenden Artillerie oder der Maschinengewehrabteilungen umgeladen wurden, werden sie nie zur Hand sein; das Einbringen der gehunfähigen Verwundeten muß dann mit improvisierten Tragbahren oder durch Tragen mit den Händen erfolgen. Wenn Hilfsplatzwagen zur Stelle sind, so bildet ihr Inhalt eine sehr erwünschte Ergänzung für das kärgliche verfügbare Material und erlaubt den Ersatz des verbrauchten Truppenmaterials.

Wenn die Divisionssanitätsanstalt überhaupt in der Nähe ist und zur Tätigkeit kommt, so wird der Verbandplatz mit dem bereits tätigen Hilfsplatz vereint und setzt dessen Arbeit fort, sobald das Truppenpersonal entbehrlich ist und den Truppenkörpern nachfolgt; für die Leichtverwundeten wird ein abgesonderter Raum des Verbandplatzes bestimmt.

**Evakuierung der Anstalt.** Da es meist sowohl an Zeit als an Transportmitteln fehlt und auch keine weitere Feldsanitätsanstalt in erreichbarer Nähe ist, ist die Evakuierung der Divisionssanitätsanstalt meist nur durch Übergabe der Schwerverwundeten an die nächste Gemeinde möglich. Im äußersten Notfall kann einiges Pflegepersonal zurückgelassen werden.

Die Leichtverwundeten können, soweit sie reitfähig sind, unter günstigen Verhältnissen auf minder dienstfähigen Pferden zurückgesendet werden. Ist dies nicht möglich, so werden sie gleichfalls der Gemeinde übergeben.

Beim Herankommen der Armeekorper der Infanterie werden die zurückgelassenen Verwundeten dann von diesen übernommen und weiter versorgt.

Bei Kämpfen im Anschluß an die Infanterie und beim Feuergefecht zu Fuß spielt sich der Sanitätsdienst analog wie bei der Infanterie ab.

### Sanitätsdienst im Rückzug.

Bei Rückmärschen werden alle irgend transportablen Kranken (Verwundeten) mitgenommen. Da die Eisenbahn stets bis zu den Truppen betriebsfähig ist, kann der Abschub direkt von den Sammelstellen (Divisionssanitätsanstalten) erfolgen.

Bei Rückzugsgefechten wird zur Verwundetenbesorgung nur das unumgänglich nötigste Personal und Material eingesetzt; die weitere Sorge für die zurückbleibenden Verwundeten, deren Abtransport nicht mehr möglich war, fällt dem Gegner zu.

### **Disponierung der mobilen Sanitätsformationen.**

Wie aus dem Gesagten hervorgeht, setzt die richtige Disponierung und Einsetzung der Feldspitäler, Feldmarodenhäuser und mobilen Reservespitäler große Übung und militärisches Verständnis voraus, damit die vorhandenen Formationen rationell ausgenützt werden.

Als oberster Grundsatz gilt, daß die Disponierung sämtlicher Sanitätsformationen sich unbedingt von jedem Schema frei halten muß und sich nur der momentanen militärischen Lage und den sanitären Bedürfnissen anpassen darf.

Die Disponierung erfolgt auf Antrag des betreffenden leitenden Arztes, der daher stets die militärische und sanitäre Situation evidentführen und vorausdenkend würdigen muß.

Inn allgemeinen lassen sich folgende Grundsätze aufstellen:

Die leitenden Ärzte der Armeekorper, selbständigen Kolonnen usw. halten sich in unmittelbarer Nähe des Kommandanten auf, um stets orientiert zu sein und Anträge stellen zu können.

Das Sanitätspersonal der Truppen (samt Sanitätstragtieren, soweit solche vorhanden sind) folgt vereint an der Queue der Truppenkörper oder auch der Bataillone.

Die Divisions-(Brigade-)sanitätsanstalt marschirt so nahe als möglich an der Queue der Truppenkolonne und nächtigt inmitten der Truppen, womöglich an einem Kommunikationsknoten. Bei Gefechtsmärschen können einer Nebenkolonne, in großen Verhältnissen auch der Vorhut einzelne Hilfsplatzwagen zugewiesen werden, die Mehrzahl soll jedoch bis zur Klärung der Gefechtsverhältnisse zurückgehalten werden.

Bei Beginn der Operationen soll jedem Korps ein Feldspital pro Division zugewiesen werden; sie marschieren zunächst vereint im Korpstrain, werden aber vor einem Gefecht bis in den Divisionstrain vorgezogen.

Die Feldmarodenhäuser müssen den Korps rechtzeitig zugewiesen und rechtzeitig vorgezogen werden, damit sie gleichzeitig mit den Feldspitälern die Divisionssanitätsanstalt evakuieren können.

Ebenso muß die Zuweisung und Vordisponierung der mobilen Reservespitäler derart rechtzeitig erfolgen, daß sie möglichst bald nach dem Gefechtstage die etablierten Feldspitäler erreichen und evakuieren können.

### **Hygiene der Gefechtsfelder.**

Jedes Gefechtsfeld, das im eigenen Besitze bleibt, ist sogleich nach Anordnungen jenes Kommandos, das im Gefechte befehligte, systematisch zu durchsuchen. Dies geschieht durch Blessiertenträgerpatrouillen, Mannschaft der Sanitätstruppe der anwesenden Anstalten, oder auch, falls noch Truppen in der Nähe sind, durch Truppenabteilungen.

Das ganze Gefechtsfeld wird in Rayone und Abschnitte geteilt, deren Absuchung den einzelnen Truppenkörpern und Anstalten übertragen wird. Die hierbei noch vorgefundenen Verwundeten werden der nächsten Sanitätsanstalt übergeben, die Leichname und Tierkadaver an vorher bestimmten Punkten gesammelt und begraben.

Die Beerdigung der Toten hat so rasch als möglich zu erfolgen; der Tod wird durch einen Arzt konstatiert, Wertsachen und das Legitimationsblatt abgenommen und nach Bestätigung durch den beaufsichtigenden Offizier dem Arme-Etappenkommando eingeschendet.

Offiziere werden möglichst einzeln, Mannschaft wird in Massengräbern beerdigt; die Grabstätten werden bezeichnet, Verzeichnisse über die Beerdigten der nächsten Ortsbehörde (dem Geistlichen) übergeben. Die Herstellung der Gräber erfolgt nach Möglichkeit durch die Zivilbevölkerung oder auch durch Truppenpioniere und Teile der Pioniertruppe.

Tierkadaver werden abseits verscharrt oder verbrannt.

Die weitere gründliche Aufräumung der Schlachtfelder, die nötige Desinfektion und Verbesserung der Gräber obliegt der „Salubritätskommission“ des Etappenkommandos.

### Ergebnis des Sanitätsdienstes bei den Armeekörpern.

Das Resultat des bisher besprochenen Sanitätsdienstes ist folgendes:

1. **Im Aufmarschraum** ergeben sich:
  - a) einzelne etablierte Feldmarodenhäuser mit Maroden und Leichtkranken, welche bald genesen, wodurch diese Feldmarodenhäuser in absehbarer Zeit wieder frei werden.
  - b) stabile Heilanstalten (erweiterte Friedensanstalten) und ev. etablierte mobile Reservespitäler mit Leicht- und Schwerkranken, die längerer Heilungsdauer bedürfen und abgeschoben werden müssen.
2. **Während der Märsche** ergibt sich täglich eine Anzahl von Leicht- und Schwerkranken bei den Divisionssanitätsanstalten, die abgeschoben werden müssen.
3. **Nach Gefechten** ergeben sich:
  - a) etablierte Feldmarodenhäuser mit einer großen Anzahl von Leichtverwundeten, die bis zur Genesung dort bleiben;
  - b) etablierte Feldspitäler, resp. nach deren Ablösung etablierte mobile Reservespitäler mit einer großen Zahl von Schwerverwundeten, welche abgeschoben werden müssen.

### Der Krankenabschub.

#### Grundsätze:

Leichtkranke und Leichtverwundete, deren Wiedergenesung in kurzer Zeit zu erwarten ist, dürfen den Bereich der Armee überhaupt nicht verlassen. Sie werden in Feldmarodenhäusern untergebracht und nach ihrer Genesung in kleinen Transporten durch die Etappenbehörden zu ihren Truppenkörpern dirigiert.

Schwerkranke (Schwerverwundete), deren volle Genesung noch im Laufe des Feldzuges zu erwarten ist, werden in stabilen Anstalten oder etablierten mobilen Re-

servespitälern innerhalb des Etappenraumes oder in seiner nächsten Nähe untergebracht („Krankenabschub“), um nach der Genesung rasch wieder zu ihren Truppenkörpern einrücken zu können.

Schwerkranke (Schwerverwundete), welche erst sehr spät oder auch gar nicht mehr kriegsdiensttauglich werden dürften, werden im Gebiete der Monarchie möglichst gleichmäßig in stabile Anstalten verteilt („Krankenzerstreuung“).

Intransportable bleiben in jener Anstalt oder bei jenem Etappenkommando (jener Ortsbehörde), wo sie sich befinden, bis sie entweder transportabel werden oder sterben.

#### Leitung des Krankenabschubes.

Der Krankenabschub wird nach Weisungen des Armeekommandos von dem Armee-Etappenkommando geregelt und geleitet.

#### Krankenabschubstationen.

Je nach dem Verlaufe der Kommunikationen und den verfügbaren Transportmitteln werden bei Beendigung des Aufmarsches (= Beginn des Abschubes), dann während der Märsche und nach Gefechten fallweise möglichst günstig gelegene Krankenabschubstationen bestimmt und verlaublich.

Im allgemeinen ist stets der Abschub mit Eisenbahn oder Schiff anzustreben; die Abschubstation soll also stets eine Station einer in Betrieb stehenden Vollbahn oder Schifffahrtslinie sein. Wenn dies ganz unmöglich ist, kann der Abschub ausnahmsweise auch mittels Feldbahn, im äußersten Notfalle auch mit Fuhrwerken auf Straßen erfolgen. Die Abschubstation ist dann eine Station der Feldbahn oder eine günstig gelegene Ortschaft an einer Hauptstraßenlinie.

Andrerseits soll die Abschubstation stets so gewählt werden, daß sie von den Truppen und etablierten Anstalten aus möglichst leicht und rasch erreicht werden kann, d. h. also tunlichst weit vorne.

Für jede Armee wird, je nach ihrer Größe und nach dem Verlaufe der Kommunikationen, mindestens stets eine Abschubstation eingerichtet.

**Krankentransporte bis zur Abschubstation.** Der mit allen verfügbaren Mitteln durchzuführende Kranken-(Verwundeten-)transport bis zur Abschubstation wird meist große Schwierigkeiten machen, besonders

wenn es sich um größere Distanzen handelt; durch günstige Lage (zweckmäßige Wahl) der Abschubstationen können die Schwierigkeiten vermindert werden.

Wagentransporte sollen nicht mehr als zirka 100 Kranke (Verwundete) zählen; die absendende Stelle (Divisionssanitätsanstalt, Feldspital, mobiles Reservespital) hat das nötige sanitäre Geleitpersonal beizustellen.

Als Transportmittel sind in erster Linie alle erlangbaren Landesfuhrer zu verwenden; leere Verpflegsstaffel, welche ohnedem zurückmarschieren müssen, können ausgenützt werden, sollen aber in ihrem eigentlichen Dienst möglichst wenig gestört werden. Fuhrwerke der Sanitätsanstalten dürfen nur auf kurze Strecken verwendet werden, wenn die Marschbereitschaft der Anstalt es gestattet; zurückfahrende Leerzüge der Feldbahn können verwendet werden, wenn der Verpflegsdienst darunter nicht leidet.

Wenn längere Transporte bis zur Abschubstation unvermeidlich sind, so werden an den Transportlinien (Straßen) Krankenhaltstationen (je nach Bedarf mit oder ohne Nächtigungsvorsorgen) etabliert; reichen die verfügbaren mobilen Krankenhaltstationen nicht aus, so werden solche unter möglichster Ausnützung der Zivilbevölkerung improvisiert.

### **Einrichtung der Krankenabschubstation.**

Das Eintreffen der Kranken-(Verwundeten-)Transporte hängt von den bei den abgebenden Armeekörpern erlangbaren Transportmitteln, das Abgehen aus der Abschubstation von der Zahl und dem Verkehr der verfügbaren Sanitätszüge ab.

Jede Krankenabschubstation verfügt daher über

1. eine mobile Krankenhaltstation zur Übernahme, Verpflegung und Wartung jener Kranken (Verwundeten), welche höchstens nach Tagesfrist weitertransportiert werden können;
2. ein Reservespital (ein stabiles oder in dessen Ermanglung ein etabliertes mobiles) zur Aufnahme der durch den bisherigen Transport etwa intransportabel gewordenen Kranken, dann jener, welche längere Zeit auf den Weitertransport warten müssen;
- 3) ein Feldmarodenhaus oder eine entsprechende stabile Anstalt zur Aufnahme Kranker (Verwundeter), deren Zustand sich gebessert hat, die daher nicht weiter abtransportiert werden.

### **Durchführung des Krankenabschubes.**

Die Dirigierung der Abschubmittel (Sanitätszüge und Sanitätsschiffe, ausnahmsweise Feldbahnzüge) erfolgt durch das Armee-Etappenkommando unter sorgfältiger Berücksichtigung der Belastung der Abschubstationen und der Belagsfähigkeit der aufnehmenden stabilen Anstalten.

### **Krankenzerstreuung.**

Die Leitung der Krankenzerstreuung ist Sache des Reichskriegsministeriums.

An der rückwärtigen Grenze des Etappenraumes werden je nach dem Verlaufe der Bahnen und Schiffahrtslinien eigene Krankenzerstreuungsstationen (meist 1 für jede Armee) bestimmt, deren Einrichtung ähnlich jener der Krankenabschubstationen ist (Krankenhaltstation, stabile oder etablierte mobile Sanitätsanstalt). In diesen Stationen werden die ankommenden Kranken ärztlich behandelt und verpflegt und dann nach Ausscheidung etwaiger Intransportabler in neue Transporte zusammengestellt, deren Dirigierung vom Reichskriegsministerium nach einem sorgfältig entworfenen Zerstreungsplan erfolgt. Unterwegs finden die Transporte in den stabilen Krankenhaltstationen des roten Kreuzes Ruhe, Pflege und Verköstigung; im Bestimmungsorte werden sie durch die Lokalt transportskolonnen des roten Kreuzes (in Wien auch durch jene des Malteser-Ritterordens) teils in stabile Anstalten, teils zu einzelnen Privatpersonen, die sich dazu erboten haben, zur endgiltigen Behandlung transportiert.

### **Materialersatz.**

Das verbrauchte Sanitätsmaterial der Truppen wird durch die Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalten ersetzt.

Die Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalten erhalten den Ersatz von den Feldspitälern oder (wenn dies einfacher wäre) direkt vom Sanitätsfelddepot.

Allen anderen mobilen, ambulanten und stabilen Sanitätsanstalten bei der Armee im Felde wird das verbrauchte Material direkt vom Sanitätsfelddepot ersetzt.

Zum Materialersatz für die Formationen des roten Kreuzes und des deutschen Ritterordens auf dem Kriegsschauplatze ist das mobile Vereinsdepot bestimmt.

Weitere Ersatzvorräte werden in großer Menge bei den Monturdepots, beim Garnisonsspital Nr. 1 in Wien und bei der Militär-Medikamentendirektion in Wien angesammelt und nach Bedarf den Sanitätsfelddepots nachgeschoben.

### 3. Orientierende Daten über Details.

#### Ausrüstung der leitenden Ärzte.

Abgesehen von der militärärztlichen Tasche und den Zahnextraktionsinstrumenten, welche jeder Arzt bei der Armee im Felde hat, verfügt der Sanitätschef des Korps über einen berittenen Bandagenträger, mit der gleichen Ausrüstung wie die Bandagenträger der Kavallerie,

der Sanitätschef der Armee und jener des Etappenkommandos über je einen Sanitätsfourgon, der zahlreiche Arzneien, Apothekergeräte, ärztliche Requisiten u. dgl. enthält.

Jeder leitende Arzt hat für seine Kanzleibedürfnisse eine Schriftenkiste, die im Train des betreffenden höheren Kommandos fortgebracht wird.

#### Ausrüstung der Truppen.

**Verbandpäckchen.** Das Verbandpäckchen ist 37 Gramm schwer und enthält:

eine 4 m lange, 6,5 cm breite Binde,  
2 fertige Verbände (für Einschuß- und Ausschußwunde) aus Baumwolle und Organtin,  
Sicherheitsnadel.

#### Inhalt der militärärztlichen Tasche.

1 chirurgisches Etui,  
Meldeblock und Kartenschutz,  
Seife und Handbürste, Sicherheitsnadeln, Nähseide und Nadeln,  
4 kleine und 1 mittlere Verbandtype,  
1 Injektionsspritze,  
verschiedene wichtige Arzneien und Medikamente,  
Heftpflaster,  
20 Diagnosentäfelchen.

**Zahnextraktionsinstrumente.** Jeder Arzt verfügt über 1 Garnitur solcher Instrumente, die bei den Fußtruppen von einem Bandagenträger, bei berittenen Truppen in einer Packtasche des Arztes fortgebracht wird.

**Inhalt der Sanitätsunteroffizierstaschen:**

1 chirurgische Tasche (Pincette, Rasiermesser, Scheere usw.),  
Seife, Handbürste, Sicherheitsnadeln, Stecknadeln, Nähzeug,  
3 mittlere und 1 große Verbandstypen,  
5 dreieckige Verbandtücher, 4 Binden, Baumwolle und Heftpflaster.

**Inhalt der Bandagenträgerausrüstung.**

Der Verbandtornister enthält:

1 Kasette mit 70 kleinen, 26 mittleren und 13 großen Verbandstypen, Binden, Organtin und Sicherheitsnadeln.

Im Stütztornister einen chirurgischen Instrumentenkasten.

Der ärztliche Requisite-tornister enthält:

1 Kasette mit 16 dreieckigen Verbandtüchern, verschiedene Binden, Heftpflaster, einen Irrigator, Utensilien für die Antiseptik, Nähseide, 50 Diagnosentäfelchen u. dgl. m.

Im Stütztornister: Zahnzangen und Spirituskocher.

In den Arznetaschen am Leibriemen tragen beide Bandagenträger einen Vorrat der am häufigsten nötigen Medikamente.

**Inhalt der Verbandtaschen der Blessiertenträger.**

10 kleine Verbandstypen,  
2 dreieckige Verbandtücher,  
3 Binden, Baumwolle, Sicherheitsnadeln und  
1 Trinkbecher.

**Verbandmaterial eines Bataillons.**

Abgesehen von den Verbandpäckchen sind bei jedem Bataillon vorhanden:

248 kleine Verbandstypen,  
40 mittlere Verbandstypen,  
17 große Verbandstypen,  
68 dreieckige Verbandtücher

und außerdem 117 verschieden große Binden.

**Diagnosentäfelchen.**

Die Diagnosentäfelchen sind 8 cm lang und  $5\frac{1}{2}$  breit, aus starkem Pergamentpapier und haben eine Metallöse mit Fadenschlinge. — Früher waren die Täfelchen rot für Transportable, weiß für Intransportable.

Dieser auch für die Verwundeten auffällige Unterschied wurde 1910 aufgegeben und es werden nur mehr weiße Täfelchen verwendet. Der Arzt vermerkt darauf:

Art der Verletzung,  
Geleistete Hilfe,  
Grad der Transportfähigkeit,  
Datum und Unterschrift.

### **Details über die Anstalten.**

#### **Infanterie-Divisionssanitätsanstalt.**

Stand:

6 Ärzte (inklusive Kommandant),  
1 Feldsanitätsabteilung (2 Offiziere),  
1 Traindetachment (Komdt. Wachtmeister),

Gesamtstand: zirka 200 Mann,  
150 Pferde.

Fuhrwerke:

Hilfsplatzwagenstaffel:

9 — 2 sp. Hilfsplatzwagen M. 3

Leichtverwundetenstation:

2 — 4 sp. Sanitätspackwagen M. 82.

Verbandplatz:

6 — 4 sp. Sanitätspackwagen M. 82,  
1 — 4 sp. Sanitätsfourgon des DRO,  
4 — 2 sp. Proviantwagen M. 88,  
1 — 2 sp. Fahrküche.

Blessiertenwagenstaffel:

11 — 4 sp. Blessiertenwagen M. 86,  
4 — 4 sp. Blessiertenwagen des DRO.

Summe: 38 Fuhrwerke.

Die Tornister der Mannschaft werden während des Marsches auf den Fuhrwerken transportiert.

Inhalt eines Hilfsplatzwagens:

100 kleine Verbandtypen,  
200 mittlere Verbandtypen,  
150 große Verbandtypen,  
60 dreieckige Verbandtücher,  
zahlreiche Binden, Watte, Organtin usw.  
3 komplette Feldtragen,  
Instrumente für die Narkose und Antiseptik,  
chirurgische Instrumente,

Beleuchtungsmittel verschiedenster Art,  
 Medikamentenvorräte,  
 Rum, Tee, Kaffee, Schokolade, Kochgeräte und Eßgeschirre,  
 Große Signalfahnen zur Markierung.

#### Verwendung des Personals:

Auf dem Verbandplatz sind in der Regel der Kommandant und 3 Ärzte, bei der Leichtverwundetenstation 2. Ärzte tätig.

Der Kommandant der Feldsanitätsabteilung ist Trainkommandant, der zweite Offizier der Abteilung fungiert als Proviantoffizier für die ganze Anstalt.

Für den Medikamentendienst ist ein eigener Unteroffizier der Feldsanitätsabteilung („Pharmazeut“) bestimmt.

#### **Infanterie-Brigadesanitätsanstalt.**

##### Stand:

- 1 Regimentsarzt (Kommandant),
- 1 Feldsanitätsabteilung (Komdt. Feldwebel),
- 1 Traindetachment (Komdt. Wachtmeister).

Gesamtstand: zirka 70 Mann.  
 zirka 50 Pferde.

Der Dienst des Trainkommandanten und des Proviantoffiziers wird vom Kommandanten der Anstalt selbst versehen.

##### Fuhrwerke:

###### Hilfsplatzwagenstaffel:

- 2 — 2 sp. Hilfsplatzwagen M. 3.

###### Verbandplatz:

- 1 — 4 sp. Sanitätsrequisitenwagen M. 67/80,
- 2 — 4 sp. Sanitätsdeckelwagen M. 67/80,
- 2 — 4 sp. Proviantwagen M. 67/80.

###### Blessiertenwagenstaffel:

- 4 — 4 sp. Blessiertenwagen M. 86.

Summe: 11 Fuhrwerke.

#### **Kavallerie-Divisionssanitätsanstalt.**

##### Stand:

- 1 Regimentsarzt (Kommandant),
- 1 Feldsanitätsabteilung (Komdt. Feldwebel),
- 1 Traindetachment (Komdt. Zugführer).

Gesamtstand: zirka 45 Mann,  
 zirka 35 Pferde.

Der Kommandant der Anstalt versieht den Dienst des Trainkommandanten und des Proviantoffiziers.

**Fuhrwerke:****Hilfsplatzwagenstaffel:**

2 — 4 sp. Hilfsplatzwagen M. 3.

**Verbandplatz:**

1 — 4 sp. Sanitätspackwagen M. 82,

1 — 2 sp. Proviantwagen.

**Blessiertenwagenstaffel:**

4 — 4 sp. Blessiertenwagen M. 86.

Summe: 8 Fuhrwerke.

Die Hilfsplatzwagen sind 4spännig, um auch durch längere Zeit im Trab folgen zu können.

**Feldspital.****Stand:**

3 Ärzte (der Kommandant ist beritten, die beiden anderen Ärzte sind unberitten),

1 Geistlicher,

1 Rechnungsführer,

1 Medikamentenbeamter,

1 Feldsanitätsabteilung (Komdt. ein berittener Offizier; gleichzeitig Trainkomdt. und Proviantoffizier),

1 Kondukteurschaft vom Lande (Komdt. ein berittener Kondukteur).

Gesamtstand: zirka 100 Mann,  
zirka 80 Pferde.

**Fuhrwerke:**

8 — 4 sp. Sanitätspackwagen M. 82,

(7 Wagen für den Spitalsgebrauch, 1 Wagen für Ersatzleistung),

1 — 4 sp. Rüstwagen (Bagage der Gagisten, Schriftenkisten und dergleichen),

1 — 2 sp. Beiwagen vom Lande (für die Kondukteurschaft),

1 — 4 sp. Deckelwagen M. 54/80 (Reservevorräte an Verpflegungsgütern),

2 — 2 sp. Personenwagen vom Lande (Gagisten),

1 — 2 sp. Fahrküche,

5 — 2 sp. Verpflegswagen vom Lande.

**Blessiertenwagenstaffel:**

5 — 2 sp. Blessiertenwagen des roten Kreuzes.

Zusammen: 24 Fuhrwerke.

Bei jedem dritten Feldspital ist außerdem ein Delegierter des roten Kreuzes (Offizier) mit einem 4spännigen Sanitätsfourgon (Materialersatz) eingeteilt.

**Mobiles Reservespital.**

Bei der Formierung werden zugewiesen:

- 3 Ärzte (einer als Kommandant),
- 1 Geistlicher,
- 1 Rechnungsführer,
- 1 Medikamentenbeamter,
- 1 Reservesanitätsabteilung (Komdt. Offizier).

Zum Wagentransport des Spitals wird stets 1 ärarischer 4spänniger Rüstwagen M. 54 für das pharmazeutische Material (Apotheke) zugewiesen. Das übrige Material kann auf verfügbaren ärarischen Fuhrwerken (9) oder auf Landesfuhrern (je nach Ladefähigkeit zirka 12) verladen werden. Alle Bespannungen, dann Personenwagen für die Gagisten, Beiwagen für Gagisten-Bagage und Verpflegswagen werden stets vom Lande beigestellt. — Das Gewicht des gesamten Materials beträgt zirka 72 q.

Für Bahntransport ist 1 Güterwagen und 1 Lowry erforderlich.

**Feldmarodenhaus.**

Bei der Formierung werden

- 1—2 Ärzte,
- $\frac{1}{2}$  Reservesanitätsabteilung (Komdt. Offizier) eingeteilt.

Der Wagentransport erfolgt entweder auf verfügbaren ärarischen 4spännigen Rüstwagen M. 54 (7) oder auf Landesfuhrern (je nach Ladefähigkeit zirka 12). Die Bespannungen, Personenwagen usw. werden stets vom Lande beigestellt. Das Gesamtgewicht des Materials beträgt etwa 65 q.

Für den Bahntransport genügt 1 Güterwagen.

**Mobile Krankenhaltstation.**

Bei der Formierung wird

- 1 Arzt und
- $\frac{1}{2}$  Reservesanitätsabteilung (Komdt. Offizier) zugewiesen.

Für den Wagentransport sind entweder 7 ärarische 4spännige Rüstwagen M. 54 oder zirka 11 Landesfuhrern nötig. Die Bespannungen werden stets vom Lande beigestellt. Das Gesamtgewicht des Materials beträgt zirka 61 q.

Für den Bahntransport genügt 1 Güterwagen.

**Spitalszüge.**

Personal:

- 2 Ärzte (einer als Komdt.),
- 1 Medikamentenbeamter, dem auch der Rechnungsdienst obliegt,
- 1 Feldsanitätsabteilung (Komdt. Unteroffizier).

Jeder Zug besteht (abgesehen vom Sicherheitswagen) aus:

- 18 Krankenwagen mit je 8 Betten,
- 1 Kommandantenwagen,
- 1 Magazinswagen,
- 2 Personalwagen,
- 1 Küchenwagen,
- 1 Küchenvorratswagen,
- 1 Requisitenwagen,

zusammen 25 durch Kommunikationen verbundene Wagen.

Die Aufnahmefähigkeit beträgt 144 Schwerstkranke.

### Spitalsschiffe.

Personal: wie Spitalzüge.

Jedes Schiff ist eingerichtet für:

8 schwerkranke (verwundete) Offiziere und  
108 (im Winter) resp. 126 (im Sommer bei Ausnützung des Ver-  
decks) Mann.

Die vorhandenen Schiffe sind für den Verkehr auf der Donau, der Theiß, der Drau und der Save geeignet.

### Krankenzüge.

Für jeden Krankenzug wird 1 Arzt und zirka 20 Mann (Sanitäts-  
truppe) aus der Sanitätspersonalreserve zugewiesen.

Wenn kein Arzt verfügbar ist, wird ein Offizier als Kommandant  
eingeteilt und ihm ein Zivilarzt der freiwilligen Sanitätspflege zuge-  
wiesen.

Ein normaler Krankenzug besteht (abgesehen vom Sicherheits-  
wagen) aus:

- 1 Kommandantenwagen (Personenwagen),
- 8 Güterwagen für je 8 Liegende,
- 15 Güterwagen für je 20 Sitzende.

Der Zug faßt daher 64 liegende und 300 sitzende Kranke (Ver-  
wundete).

Je nach Bedarf können weitere Wagen für Sitzende angekuppelt  
werden oder es können auch mehr Wagen für Liegende eingerichtet  
werden.

Die Güterwagen für Sitzende werden entweder durch Strohschüt-  
tung oder durch Einstellen von Bänken u. dgl. eingerichtet.

Die Güterwagen für Liegende werden durch Einstellen von eigenen  
„Eisenbahntragbetten“ (4 am Boden stehend, 4 hängend), von Feld-  
tragen oder Nottragen aus Zeltblättern u. dgl. eingerichtet.

Das Sanitätsmaterial für einen Krankenzug ist minimal; es um-  
faßt nur einen Ballen von zirka 50 kg. Gewicht.

### Krankenschiffe.

Das Personal ist gleich jenem der Krankenzüge gebildet: 1 Arzt, 1 Unteroffizier für den militärischen Dienst, 1 Unteroffizier für den sanitären Dienst und für je 8—10 Liegende resp. zirka 30 Sitzende 1 Pfleger.

Die Einrichtung der Schiffe geschieht durch Aufstellen von Feldtragen, Nottragen u. dgl., durch Strohschüttung und Einstellen von Sitzgelegenheiten.

### Sanitätsfelddepot.

Bei jeder Korpseinheit sind eingeteilt:

- 1 Arzt (Regimentsarzt oder Stabsarzt) als Komdt.,
- 1 Ökonomieoffizier (der Monturverwaltungsbranche oder des Ruhestandes),
- 1 Truppenrechnungsführer,
- 1 Medikamentenbeamter,
- 1 Detachement der Sanitätstruppe,
- 1 Detachement der Monturverwaltungsbranche.

Das Gewicht der kompletten Korpseinheit (vor Formierung des permanenten Krankenzuges und der ersten mobilen Krankenhaltstation) beträgt:

Material für 3 mobile Reservespitäler à 72 q . . . . .	216 q
Material für 2 Feldmarodenhäuser à 65 q . . . . .	130 q
Material für 2 mobile Krankenhaltstationen à 61 q . . . . .	122 q
Material für 3 Krankenzüge à 0·5 q . . . . .	1·5 q
Material für den Verbrauchersatz beim ganzen Korps . . . . .	380 q
<hr style="width: 100%;"/>	
Summe zirka	850 q

Für den Bahntransport sind 11 Güterwagen und für die ständig zugewiesenen ärarischen Rüstwagen für pharmazeutisches Material (1 pro Reservespital, 2 für den Verbrauchersatz) 5 Lowrys nötig.

Bei Wagentransport sind außer den 5 ständigen Rüstwagen entweder noch 100 verfügbare ärarische Rüstwagen oder zirka 134 Landefahren und die Bespannung für den fahrbaren Dampfdesinfektor, ferner 2 Personenwagen vom Lande nötig.

### Die Sanitätstruppe im Kriege.

Der Sanitätstruppenkommandant wird im Kriege vom Reichskriegsministerium mit der Inspizierung der Feld- und Reserve-sanitätsabteilungen beauftragt.

**Bezeichnung der Sanitätsabteilungen.** Die Feldsanitätsabteilungen werden nach der Anstalt bezeichnet, bei welcher sie eingeteilt sind; z. B. „Feldsanitätsabteilung der Infanterie-Divisionssanitätsanstalt Nr. 46“, „Feldsanitätsabteilung des Spitalszuges Nr. 5“ usw.

Die Reservesanitätsabteilungen führen Nummern und die Nummer des aufstellenden Garnisonsspitals; z. B. „Reservesanitätsabteilung Nr. 3/12“ = Abteilung Nr. 3 vom Garnisonsspital Nr. 12 aufgestellt.

**Ersatz.** Die Feldsanitätsabteilungen erhalten den Ersatz für Abgänge von den Reservesanitätsabteilungen der aufstellenden Garnisonsspitäler. Sobald diese dadurch  $\frac{2}{3}$  ihres normalen Standes abgegeben haben, verlangen sie Ersatzzuweisung vom Sanitätstruppenkommando (entweder durch Standesausgleich oder durch Einberufung von Landsturmmännern).

### **Formationen der freiwilligen Sanitätspflege.**

**Personal.** Alle bei der Armee im Felde und in Festungen, die in Kriegsausrüstung stehen, befindlichen Personen der freiwilligen Sanitätspflege stehen unter militärischer Gerichtsbarkeit und unter militärischem Disziplinarstrafrecht.

Alle diese Personen erhalten auch kostenlos ärarische Verpflegung. Bezüglich etwa beanspruchter Geldentschädigung (Gage, Löhnung) muß bei der Anmeldung ein spezielles Abkommen mit der Kriegsverwaltung getroffen werden.

#### **Der Malteser-Ritterorden.**

##### **Spitalszüge.**

Das Personal eines Zuges besteht aus:

- 1 Kommandanten (nichtaktiver Offizier),
- 2 Ärzten,
- 1 Rechnungsführer,
- 12 Mann.

Das ganze Personal wird vom Orden beigestellt und trägt Uniform mit dem Ordensabzeichen.

Jeder Zug besteht (abgesehen vom Sicherheitswagen) aus:

- 1 Kommandanten- und Ärztwagen,
- 1 Küchenwagen,
- 1 Proviantwagen,
- 1 Magazinswagen,
- 1 Speisewagen,
- 1 Monturs- und Rüstungswagen,
- 10 Ambulanzwagen à 10 liegende Kranke.

Zusammen: 16 Wagen.

Die Wagen sind gewöhnliche Güterwagen, welche ihrem Zweck entsprechend besonders eingerichtet werden.

Ein kompletter Zug ist bereits im Frieden im Besitze des Ordens und dient zu der alljährlich stattfindenden Schulung des Personals („Schulzug“). Die 80 Güterwagen für die anderen 5 Züge werden von der Bahnverwaltung beigestellt und vom Orden eingerichtet. Das ganze Material hierzu ist im Ordensmagazin in Strakonitz deponiert.

Die Züge werden mit Buchstaben von A—F, eventuell bis M bezeichnet; äußerlich ist jeder Wagen durch das Genferkreuz und das Malteser-Kreuz kenntlich.

#### Krankentransportskolonne in Wien.

##### Personal:

1 Kommandant	}	vom Orden beigestellt.
1 Rechnungsführer		
48 Blessiertenträger		

##### Fuhrwerke:

12 — 2 sp. Blessiertenwagen für je 4 Liegende und 2 Sitzende oder 8 Sitzende,  
2 — 2 sp. Küchenwagen.

Die Kolonne kann daher entweder 48 liegende und 24 sitzende oder 96 sitzende Kranke (Verwundete) transportieren.

Die 14 Fuhrwerke sind schon im Frieden im Besitze des Ordens und sind im Trainzeugsdepot in Klosterneuburg deponiert.

#### Der deutsche Ritterorden.

##### Feldsanitätskolonnen für die Divisionssanitätsanstalten.

##### Personal:

1 Korporal	}	der Sanitätstruppe,
12 Mann		
1 Korporal	}	der Traintruppe.
8 Mann		

##### Pferde:

12 Zugpferde,  
2 Reservepferde.

##### Fuhrwerke:

4 Blessiertenwagen,  
1 Sanitätsfourgon.

Das Personal und die Pferde werden vom Heere beigestellt, Fuhrwerke, Bekleidung der Mannschaft, Beschirrung, Sanitätsmaterial und sonstiges Material vom Orden.

Die Fuhrwerke sind im Frieden bei den Traineskadronen gemeinsam mit jenen der betreffenden Divisionssanitätsanstalt deponiert.

##### Verwundetenspitäler:

##### Stand:

1 Regimentsarzt als Komdt.	}	vom Heere.
2 Ärzte		
1 Verwaltungsoffizier		
1 Rechnungsführer		
1 Medikamentenbeamter		
37 Mann der Sanitätstruppe		
2 Mann der Traintruppe		
4 Pferde		

1 Priester	}	vom Orden.
10 Ordensschwester		
15 Dienerinnen		
1 Diener		
2 Blessiertenwagen		

Außerdem wird das gesamte Material (inkl. Bekleidung, Ausrüstung und Bewaffnung der Mannschaft) vom Orden beigestellt.

Die nötigen Landesfuhrn für Ortsveränderungen liefert das Heer.

„Hoch- und Deutschmeisterisches Reservespital“ in Langendorf.

Belagsfähigkeit: 5 Offiziere und 40 Mann.

Personal und Material werden ausschließlich vom Orden beigestellt.

### Das rote Kreuz.

**Blessiertentransportskolonnen der Feldspitäler.**

Jede Kolonne zählt 15 — 2 sp. Blessiertenwagen (für je 4 liegende Kranke) und 1 Sanitätsfourgon mit Material zu Ersatzzwecken.

Die Kolonne wird auf 3 Feldspitäler derart aufgeteilt, daß jedes 5 Blessiertenwagen, eines außerdem den Fourgon erhält.

Der Kommandant (Delegierter) ist meist nichtaktiver Offizier; er hält sich bei jenem Feldspital auf, bei dem der Fourgon eingeteilt ist.

Die Mannschaft wird von der österreichischen resp. der ungarischen Landwehr beigestellt. Die Fuhrwerke und das gesamte Material vom roten Kreuz.

$\frac{3}{4}$  aller Kolonnen werden in Österreich,  $\frac{1}{4}$  in Ungarn aufgestellt.

### Feldspitäler.

Stand:

1 Kommandant (Arzt)	}	vor der Landwehr beigestellt.
2 Ärzte		
1 Medikamentenbeamter		
1 Geistlicher		
1 Rechnungsführer		
1 Feldsanitätsabteilung ans landwehropflichtiger Mannschaft.		
1 Kondukteurschaft vom Lande.		
38 Fuhrwerke, darunter 15 Blessiertenwagen.		

Die Fuhrwerke und das gesamte Material wird vom roten Kreuze beigestellt (für 2 Spitäler in Österreich, für 1 in Ungarn).

Diese 3 Feldspitäler waren früher Eigentum des deutschen Ritterordens und wurden bei der Organisation der Verwundetenspitäler dieses Ordens dem roten Kreuze geschenkt.

### Mobile Vereinsdepots.

Jedes mobile Vereinsdepot steht unter Kommando eines Offiziers (nichtaktiv) und zählt 38 Fuhrwerke.

### Seeambulanzen.

Als Seeambulanzen werden vom österr. Lloyd die 3 großen Dampfer „Maria Theresia“ (3950 Reg. Tonnen), „Achille“ (1964 Reg. Tonnen) und „Almisa“ (900 Reg. Tonnen) beigestellt und vom roten Kreuze eingerichtet.

### Stabile Anstalten.

In die stabilen Anstalten des roten Kreuzes, welche mehr als 100 Kranke aufnehmen, wird vom Heere ein Oberoffizier als „Inspektionsoffizier“ und einige Unteroffiziere zur Aufsicht kommandiert; zu Anstalten, die über 400 Kranke haben, wird ein Stabsoffizier (Ruhestand) und 1 Oberoffizier eingeteilt.

Ferner wird diesen Anstalten in Österreich landwehrpflichtige, in Ungarn landsturmpflichtige Mannschaft für Hilfsdienste zugewiesen.

### Vertreter der freiwilligen Sanitätspflege.

Bei jedem Armeekommando befindet sich ein Deutschordensritter (oder Marianer) als „Delegierter“ zur Überwachung und zur Leitung des Materialersatzes bei den Formationen des Ordens.

Der Generalchefarzt und der Spittler des deutschen Ritterordens, sowie der Generalchefarzt des Malteser-Ritterordens können sich einem Armeekommando anschließen.

Bei jedem Armee-Etappenkommando ist ein „Hauptdelegierter“ des roten Kreuzes eingeteilt, dem 4 Delegierte für Detailüberwachung und besondere Aufgaben unterstehen.

### Beispiel für die Personalverwendung auf einem Hilfsplatz.<sup>25)</sup>

Es wäre für eine in langdauerndem, hinhaltenden Kampfe stehende Gefechtsgruppe aus 4 Bataillonen und 2 Batterien ein gemeinsamer Hilfsplatz zu etablieren.

Verfügbar sind: 7 Ärzte, 18 Sanitätsunteroffiziere, 8 Bandagenträger, 72 Blessiertenträger, 40 Musiker, 1 Hilfsplatzwagen.

Dieses Personal könnte etwa verteilt werden wie folgt:

<sup>25)</sup> Nach Cron: Behelf zum Studium des Militärsanitätswesens an den k. u. k. Korpsoffiziersschulen.

Teil des Hilfsplatzes	Ärzte	Sanitäts- unteroffiz.	Bandagen- träger	Blessierten- träger	Musiker	Hilfsplatz- wagen
Kommando, Ordonnanzen und Avisoposten	1	.	.	.	5	.
Übernahmsgruppe	1	.	.	6	1	.
Leichtverwundetengruppe	1	12	4	.	11	.
Schwerverwundetengruppe	4	4	4	4	8	.
Versorgte Verwundete bis zum Abtransport	.	1	.	4	6	.
Materialplatz	.	1	.	.	1	1
Kochplätze und Speiseplatz	.	.	.	.	8	.
Summe . .	7	18	8	14	40	1

Es bleiben somit 58 Blessiertenträger (29 Tragbahnen) zum Einbringen der Verwundeten in Gefechtpausen oder in der Nacht.

### **Notizen über die historische Entwicklung des Sanitätswesens.**

Das Sanitätswesen im Frieden war ursprünglich vollständig den Truppenkörpern überlassen. Jedes Regiment hatte einen „Proto-medikus“ und einen „Protochirurgus“, denen bei den Unterabteilungen „Feldscherer, Bader und Perukiere“ unterstanden.

Unter Maria Theresia wurden bei den Truppenkörpern „Truppenspitalsanstalten“ — etwa den heutigen Marodezzimmern entsprechend — eingerichtet, die leitenden Truppenärzte hießen „Regimentsfeldscherer“.

Josef II. gründete zur Hebung der militärärztlichen Ausbildung 1786 die „medizinisch-chirurgische Josefsakademie“ (das „Josefinum“) in Wien, aus dem sich bis 1874 fast ausschließlich die „Feldärzte“ ergänzten.

1799 erhielten die Feldärzte, welche graduierte Ärzte waren, das Offiziersportepée.

1808 und 1809 wurden zum erstenmale selbständige Sanitätsanstalten organisiert: 4 Garnisonsspitäler und daneben Regiments-spitäler als reine Truppeninstitution. Die Garnisonsspitäler, die sich bald auf 19, später sogar auf 29 vermehrten, hatten eigene „Feldärzte“ und für Hilfsdienste die „Spitalsbranche“, die durch kommandierte Mannschaft der Truppen ergänzt wurde.

Von 1850 an wurden nur mehr graduierte Ärzte zu Feldärzten ernannt, nicht graduierte konnten bis 1869 nach Absolvierung des „niedereren Kurses“ am Josefinum zu „Subalternärzten“ („Oberwundärzten“ und „Unterärzten“) ernannt werden.

1854 erhielten die Feldärzte Offiziersdistinktion und wurden 1869 als „militärärztliches Offizierskorps“ neu organisiert. Bis dahin rangierten sie als „Militärpartei“ zwischen den Offizieren und Beamten.

In den Garnisonsspitalern fungierten bis 1869 Offiziere als Kommandanten, der Hilfsdienst wurde von der „Spitalwartemannschaft“ der Truppen versehen. Erst 1867 wurde die schon seit 1850 bestehende, aber nur für den Sanitätsdienst im Kriege bestimmte Sanitätstruppe auch für den Friedensdienst bei den Garnisonsspitalern eingeteilt und bald darauf die „Wartemannschaft“ aufgelassen. Von 1869 bis 1894 fungierte der rangsälteste Arzt jeder Anstalt als deren „Leiter“, der aber nur über das Sanitätspersonal das Disziplinarstrafrecht besaß, während der Kommandant der Sanitätsabteilung oder der Verwaltungsoffizier das militärische Kommando führte. Seit 1894 sind Ärzte Kommandanten der Garnisonsspitäler.

Für das Sanitätswesen im Kriege bestanden bis nach dem 7 jährigen Kriege keine besonderen Vorsorgen. Das Wegschaffen der Verwundeten blieb Leichtverwundeten und der Zivilbevölkerung überlassen.

Erst durch eine „Instruktion“ Laseys wurden „fliegende Spitäler“ für Leichtverwundete und „Feldspitäler“ für Schwerverwundete aus Truppenpersonal formiert.

Zu Beginn der Franzosenkriege waren als selbständige Feldsanitätsanstalten organisiert:

„Mobile Aufnahmsspitäler“ zum Sammeln der Verwundeten und zur ersten Hilfeleistung; jedes konnte 400 Mann aufnehmen und verfügte über gefederte Blessiertenwagen und Feldtragen.

„Unterlagsspitäler“ für je 800 Mann zur Evakuierung der Aufnahmsspitäler und

„Hauptspitäler“ zur endgiltigen Heilung.

Unter Erzherzog Karl erhielt 1807 jedes Regiment einen „Bandagenwagen“ (der bis 1863 bestehen blieb) zur Errichtung eines „Notverbandplatzes“ durch das Truppenpersonal.

Bei jedem Korps wurde im Kriege aus Mindertauglichen und Maroden eine „Sanitätskompagnie“ formiert, die im Gefecht einen „Korpsverbandplatz“ etablierte. In „Hauptschlachten“ wurde weiter rückwärts noch ein „Armeeverbandplatz“ etabliert.

1836 wurden Vorsorgen für die Organisation eines „Sanitätskorps“ im Kriege getroffen; zu seiner Aufstellung kam es aber nie.

1848 und 1849 wurden bei der Armee in Ungarn und bei der italienischen Armee je 1 „Sanitätsdivision“ aus mindertauglicher Mannschaft für den Verwundetentransport organisiert. Aus diesen ging 1850 ein im Frieden und im Kriege bestehendes „Sanitätskorps“ hervor. Dieses war in 3 Bataillone (je eines in Österreich, in Ungarn und in Italien) mit zusammen 10 Kompagnien gegliedert und war nur für Sanitätsdienste in der vordersten Gefechtslinie im Kriege bestimmt. Im Frieden erhielten die Kompagnien normale militärische Ausbildung. 1857 wurden die Sanitätskompagnien selbständig gemacht, aus den Bataillonskommanden gingen 3 „Sanitätstruppeninspektionen“ hervor, von denen 1859 2 aufgelöst wurden.

1862 wurde der Gefechtssanitätsdienst neu organisiert. Der Hilfsdienst in der vordersten Linie fiel nunmehr wieder dem Truppenpersonal zu, das hiezu brigadeweise in ein „Brigadesanitätsdetachment“ vereint wurde. Bei jedem Korps war eine Sanitätskompagnie eingeteilt, die über 20 „Verwundetentransportwagen“ und 50 Tragbahnen verfügte. Je ein Zug der Kompagnie war zur Aufstellung eines „Brigadehilfsplatzes“ pro Brigade, der Rest für die Etablierung des „Korpsverbandplatzes“ bestimmt. Gleichzeitig wurde die bisherige Bewaffnung der Sanitätstruppe und des Truppen-sanitätspersonals mit dem Extrakorpsgewehr abgeschafft.

1866 trat Österreich der Genfer Konvention bei.

1867 wurden die Brigadesanitätsdetachements aufgelöst und in Blessiertenträger umgewandelt. Die Sanitätstruppe wurde in 12 selbständige Kompagnien organisiert, deren jede im Kriege 3 „Divisionsambulanzen“ und eine Materialreserve aufstellte (für die damaligen 36. Infanterie-Truppendivisionen). Die Sanitätskompagnien wurden schon im Frieden zum Hilfsdienst bei den Garnisonsspitalern eingeteilt und zerfielen in eine Stammabteilung und eine Instruktionsabteilung.

1870 wurden die Divisionsambulanzen zu Divisionssanitätsanstalten ausgebaut, die Sanitätskompagnien in Sanitätsabteilungen umgewandelt, von denen je eine bei jedem Garnisonsspital eingeteilt wurde. Die Sanitätstruppeninspektion wurde zum Sanitätstruppenkommando.

Seither wurde das Kriegssanitätswesen nach und nach durch die Normierung der Sanitätsunteroffiziere (bis 1910 „Sanitätsgehilfen“ genannt), durch die Normierung der Hilfsplatzwagen und die gänzliche Loslösung der Hilfsplatzetablierung von der Sanitätsanstalt, die Regelung

des Abschubes und der Zerstreuung und die Trennung von Montursersatz und Sanitätsmaterialersatz (1904), ferner durch die Zerteilung der Feldspitäler und mobilen Reservespitäler in je 3 selbständige Teile, die Vereinfachung der komplizierten Divisions- (Brigade-) Sanitätsanstalten, die Normierung von nichtkombattanten Blessiertenträgern bei der Kavallerie, die Auflassung der Landwehr- und Landsturmsanitätsabteilungen u. dgl. m. (1910) auf den heutigen Stand gebracht.

Der **Medikamentendienst** wurde ursprünglich von den Ärzten versehen.

1794 wurde in Wien eine „Medikamentenregie“ organisiert, welcher die Aufstellung von „Feldapotheken“ und die Beistellung geschulter Personals oblag.

1853 wurde die Leitung des Medikamentenwesens dem „obersten Feldarzt“ (= Chef des mil.-ärztl. Offizierskorps) und dem „Medikamentendirektor“ übertragen. In Wien bestand ein „Medikamentenhauptdepot“, von dem eine Anzahl (später aufgelassener) „Provinzialmedikamentendepots“ dependierten; diesen unterstanden die Militärapotheken der Garnisonsspitäler und der Festungen.

# Das Veterinärwesen.

---

Das Veterinärwesen.

# Das Veterinärwesen im Frieden.

## 1. Allgemeines.

Die Notwendigkeit, im Frieden und im Kriege eine große Zahl von Pferden und Tragtieren für die Kriegsmacht zu halten, deren hohe Anschaffungs- und Erhaltungskosten und die besondere Gefährlichkeit und schwierige Bekämpfung ausgebrochener Seuchen machen im Frieden und im Kriege ein gut organisiertes, leistungsfähiges Veterinärwesen nötig.

### **Anforderungen an das Veterinärwesen im Frieden.**

Im Frieden ist im Veterinärwesen nötig:

1. Wahrung der allgemeinen Hygiene in Bezug auf Stallungen, Fütterung und Verwendung der Tiere, ferner Vorsorgen zur Abwehr von Seuchen und zur Bekämpfung ausgebrochener Epidemien;
2. Sachgemäße Überwachung und Durchführung des für die Leistungsfähigkeit der Pferde so wichtigen Hufbeschlages;
3. Heilung erkrankter Pferde, soweit dies möglich ist;
4. Mitwirkung bei der Pferdeergänzung (beim Kauf und bei der Aufzucht).

Zur Leitung und Überwachung aller dieser Tätigkeiten bedarf es eines fachwissenschaftlich und fachtechnisch vollwertigen Personals (Tierärzte), zu ihrer Durchführung im Detail eines entsprechend ausgebildeten Hilfspersonals.

## Veterinärpersonal.

### Tierärzte.

**Stellung.** Die zur Leitung und Beaufsichtigung des Veterinärwesens Berufenen sollen womöglich graduierte Tierärzte sein. Den absolvierten Hochschulstudien entsprechend müssen ihnen daher nebst angemessener Stellung (Beamtencharakter) auch derartige Aussichten auf Beförderung, Bezahlung und Altersversorgung geboten werden, daß der Beruf als Militärtierarzt erwünschter erscheint, als das Verbleiben im Zivilstande.

Staaten, welche aus irgend einem Grunde keine graduierten Tierärzte anstellen, sondern nur besser ausgebildetes Hilfspersonal als Tierärzte verwenden (z. B. Rußland, früher auch Österreich-Ungarn), können sich damit begnügen, diesen Personen im allgemeinen Unteroffiziersrang zu geben und ihnen höchstens die Erreichung niederer Beamtenchargen zu ermöglichen.

**Ausbildung.** Da die Anforderungen an die militärischen Kenntnisse der Tierärzte nicht besonders groß sind, ist die Ausbildung in eigenen militärischen Schulen nur dort nötig, wo keine entsprechenden Zivilschulen bestehen. Sonst ist es rationeller und billiger, die Tierärzte an guten Zivilhochschulen fachwissenschaftlich ausbilden zu lassen und ihnen die militärischen Kenntnisse, deren sie bedürfen, in Form eines kurzen Kurses, einer der Anstellung vorhergehenden Probepraxis oder dgl. zu vermitteln.

Die Aussetzung von Stipendien und sonstige Unterstützungen während der Studienzeit gegen die Verpflichtung zu längerem Präsenzdienst sind für die Erlangung der nötigen Zahl tüchtiger Tierärzte meist nötig.

Die Ausübung einer Privatpraxis unterliegt keinem Anstande, soweit der Dienst darunter nicht leidet; sie ist sogar eher vorteilhaft, da sie die Erfahrung und Routine fördert.

Für den erhöhten Bedarf im Kriege müssen Vorsorgen zur Ausbildung der nötigen Zahl von nicht aktiven Tierärzten getroffen werden. Hierzu sind in erster Linie die dienstpflichtigen Ziviltierärzte berufen, denen gelegentlich der Ableistung des Einjährig-Freiwilligendienstes die nötigen militärischen Kenntnisse vermittelt werden.

### Hilfspersonal.

Dem Veterinärhilfspersonal obliegt hauptsächlich die Detailüberwachung und ständige Kontrolle der Fütterung, Wartung und insbesondere des Beschlages.

Diese Leute müssen daher immerhin über die nötigen fachwissenschaftlichen und fachtechnischen Kenntnisse verfügen und müssen daher in besonderen Kursen ausgebildet werden. Ferner muß ihnen mindestens Unteroffiziersrang und eine entsprechende Stellung geboten werden, um sie dazu zu veranlassen, freiwillig weiter zu dienen, da nur durch längere Dienstleistung die nötige Erfahrung und Versiertheit zu erlangen ist.

Die Zahl dieses besser ausgebildeten Hilfspersonals ist also immerhin noch beschränkt. Zur rein technischen Durchführung des Beschlages muß daher außerdem eine ausreichende Anzahl ausgebildeter Beschlagschmiede verfügbar sein.

Da diese Leute nur den normalen Präsenzdienst leisten, muß ihre Schulung möglichst kurz sein; die Beschlagschmiede werden daher hauptsächlich durch Leute ergänzt, die schon des Schmiedehandwerks kundig sind.

### Anstalten.

Da die Heilung erkrankter Tiere meist nur bei leichten Erkrankungen und oberflächlichen Verletzungen möglich ist, würde sich die Organisation eigener Anstalten zur Heilung kranker Tiere nicht verlohnen, sondern es genügt, wenn bei den Truppenkörpern Marodenstallungen und hauptsächlich Isolierstallungen für infektionsverdächtige Pferde vorhanden sind.

Die zur Ausbildung des Personals nötigen früher erwähnten Schulen und Kurse können teils selbständige Militär- oder Zivilanstalten sein, teils können sie nur auf Bedarfsdauer errichtet werden (z. B. für Beschlagschmiede).

### Durchführung und Leitung des Dienstes.

Bei jedem Truppenkörper mit zahlreichem Pferdebestand soll mindestens ein Tierarzt zur Leitung eingeteilt sein, dem soviel Hilfspersonal untersteht, daß die nötige Überwachung und Durchführung des Dienstes gesichert ist.

Truppenkörper mit geringem Pferdebestand, bei denen sich die Einteilung von Veterinärpersonal nicht verlohnen würde,

werden am einfachsten an den nächstbefindlichen Truppenkörper, der über solches Personal verfügt, gewiesen.

Zur wirksamen Verhütung von Seuchen und zur Bekämpfung aufgetretener epidemischer Pferdekrankheiten ist das gemeinsame Vorgehen der Militär- und Zivilbehörden und die einheitliche Einleitung aller nötigen Präventiv- und Gegenmaßnahmen unbedingt erforderlich. Dies weist darauf hin, auch bei den Territorialkommanden leitende Tierärzte einzuteilen, welche hauptsächlich in der angedeuteten Richtung zu wirken haben.

**Material.** Die Verwaltung des relativ geringfügigen Veterinärmaterials (einige Instrumente und Medikamentenvorräte) wird am besten von den Tierärzten selbst besorgt.

## 2. Das Veterinärwesen im Frieden in Österreich-Ungarn.

(Hiezu Beilage 5.)

### Personal.

**Leitung.** Zur Leitung des Veterinärdienstes ist bei jedem Korpskommando ein Stabstierarzt eingeteilt.

Die Zentraleitung obliegt den Ministerien.

Das Veterinärpersonal besteht aus tierärztlichen Beamten und Veterinärhilfspersonal (Beschlagmeister und Beschlagsschmiede).

**Tierärztliche Beamte.** (Militärtierärzte, k. k. und k. ung. Landwehrtierärzte). Die tierärztlichen Beamten werden gegenwärtig ausschließlich durch die Ernennung von „Militär-Veterinärakademikern“ zu tierärztlichen Praktikanten ergänzt, welche die tierärztliche Hochschule in Wien (Heer und k. k. Landwehr), resp. die Veterinärhochschule in Budapest (Heer und k. ung. Landwehr) mit Erfolg absolviert haben. Nach entsprechender Erprobung als Praktikant erfolgt die Ernennung zum Untertierarzt.

Die Veterinärakademiker sind auf die Dauer ihrer Studien den Militärakademikern gleichgestellt; sie werden vom Ärar erhalten und müssen sich hiefür zu verlängertem Präsenzdienst verpflichten.

Bei jedem Korpskommando ist ein Stabstierarzt, bei jedem Truppenkörper und jeder Anstalt mit größerem Pferdestand je 1 Tierarzt eingeteilt. Ferner sind tierärztliche Beamte auch bei den Remontenassentkommissionen, bei den Fohlenhöfen und in den Ministerien eingeteilt.

Die Eignung zum Stabstierarzt muß durch eine Prüfung nachgewiesen werden.<sup>1)</sup>

**Tierärztliche Beamte in der Reserve.** Studierende der Tierarzneikunde können den Einjährig-Freiwilligen-Präsenzdienst bis zur Erlangung des tierärztlichen Diploms aufschieben und dienen dann als „Einjährig-Freiwillige-Veterinäre“ bei den berittenen Truppen ein Jahr präsent. Hierauf werden sie entweder als Untertierärzte oder zunächst als tierärztliche Praktikanten in die Reserve (den nichtaktiven Stand) übersetzt.

#### **Beschlagmeister.<sup>2)</sup>**

Bei jeder Eskadron der Kavallerie, bei jeder reitenden Batterie und jedem Truppenkörper der fahrenden Artillerie und der Traintruppe ist je 1 Beschlagmeister eingeteilt.

Die Beschlagmeister werden durch geeignete Unteroffiziere der berittenen Waffen ergänzt, die den Beschlagmeisterkurs an der tierärztlichen Hochschule in Wien oder der Veterinärhochschule in Budapest mit gutem Erfolg absolviert haben. Zum Teil sind sie als „Oberbeschlagmeister“ Gagisten ohne Rangsklasse, zum Teil als „Beschlagmeister“ höhere Unteroffiziere.

#### **Beschlagschmiede.**

Bei jeder Unterabteilung der berittenen Truppen ist die nötige Zahl von Beschlagschmieden eingeteilt; hiezu werden geeignete Soldaten ohne Chargengrad (Schmiedeprofessionisten) in eigenen „Hufbeschlagkursen“ ausgebildet.

#### **Material.**

Die Tierärzte und die Beschlagmeister haben die nötigen Instrumente und Medikamente bei sich in eigener Verwaltung.

<sup>1)</sup> Die Charge der Stabstierärzte besteht erst seit 1909.

<sup>2)</sup> Bis 1909 „Kurschmiede“.

— Das Hufbeschlagmaterial und die Werkzeuge hiezu sind in den Beschlagschmieden der berittenen Truppen vorhanden.

**Anstalten.** In den tierärztlichen Hochschulen in Wien und Budapest werden — hauptsächlich zu Studienzwecken — kranke Pferde in Pflege genommen.

### **Durchführung des Dienstes.**

Die Stabstierärzte bei den Korpskommanden („Veterinärreferenten“) haben hauptsächlich den Gesundheitszustand aller Tiere des Territorialbereiches (auch jener im Zivilbesitz) zu überwachen, mit den Veterinärorganen der Zivilbehörden in Kontakt zu treten, bei auftretenden Seuchen die nötigen Gegenmaßnahmen zu beantragen und auch in anderen tierärztlichen Angelegenheiten als Fachreferenten zu fungieren.

Ferner obliegt ihnen die Inspizierung aller berittenen Truppenkörper des Korpsbereiches in Veterinärangelegenheiten.

Die Tierärzte und Beschlagmeister der Truppen (Anstalten) haben durch periodische Visitierungen der Pferde, durch stete Überwachung des Hufbeschlages und der Fütterung, durch Kontrolle der Stallungen usw. für den guten Gesundheitszustand der Tiere zu sorgen und im Bedarfsfalle erkrankten oder verletzten Tieren die nötige Hilfe zu leisten.

Den Beschlagschmieden obliegt die Ausführung des Hufbeschlages unter Aufsicht der Beschlagmeister.

Bei allen berittenen Truppenkörpern befinden sich Marodeställe und Isolierstallungen.

Truppenkörper und Anstalten, welche kein eigenes Veterinärpersonal haben, ferner isolierte Offiziere sind hinsichtlich des tierärztlichen Dienstes an den nächsten Tierarzt (Beschlagmeister) gewiesen.

Der Dienst des Veterinärpersonals bezieht sich nicht nur auf die ärarischen Pferde, sondern auch auf die eigenen Pferde der Offiziere.

---

## Orientierende Daten über Details.

### Tierärzte.

Die tierärztlichen Beamten bilden im Heere und in jeder der beiden Landwehren einen eigenen Konkretualstand.

**Prüfung zum Stabstierarzt:** Der eigentlichen Prüfung geht ein einmonatiger Informationskurs an der tierärztlichen Hochschule in Wien unmittelbar voran. Die Prüfungskommission besteht aus Professoren der tierärztlichen Hochschule und einem Vertreter des Ministeriums; Präses ist ein General oder ein Oberst. — Die Prüfung ist teils mündlich, teils schriftlich abzulegen und umfaßt fachwissenschaftliche und militärische Fächer.

**Chargen und Rangsklassen:**

Militär-(Landwehr-)Stabstierarzt (VII. oder VIII. Rangsklasse).

Militär-(Landwehr-)Obertierarzt (IX. Rangsklasse).

Militär-(Landwehr-)Tierarzt (X. Rangsklasse).

Militär-(Landwehr-)Untertierarzt (XI. Rangsklasse).

Militär-(Landwehr-) tierärztlicher Praktikant (XII. Rangsklasse).

**Stand:** Beim Heere sind im Frieden 170, bei der k. k. Landwehr 14, bei der k. ung. Landwehr 23 Tierärzte vorhanden.

**Adjustierung:** Schwarzer, zweireihiger Rock (k. ung. Landwehr: Dolmany), krapprote Egalisierung, gelbe (k. k. Landwehr: weiße) Knöpfe, Hut ohne Busch (k. ung. Landwehr: Kutschma mit krapprotem Tuhsack und schwarzem Roßbusch); Degen in blanker Scheide; Beamtenporteepe. — Hechtgraue Feldmontur.

**Einteilung** Beim Heere erfolgt gegenwärtig die Einteilung je eines Stabstierarztes im Reichskriegsministerium, 3. Abt. und bei jedem Korpskommando.

**Einj.-Freiwillige-Veterinäre.** Die tierärztlichen Studien müssen zur Erlangung der Begünstigung am 1. März des Stellungsjahres begonnen sein. Jene, welche bis 1. Oktober jenes Jahres, in dem sie das 24. Lebensjahr vollenden, das Diplom nicht erreicht haben, dienen — sofern sie den Bedingungen entsprechen — als Einjährig-Freiwillige des Soldatenstandes.

Mittellose Einjährig-Freiwillige-Veterinäre können auch bei der Kavallerie auf Staatskosten dienen.

Die Einjährig-Freiwilligen-Veterinäre tragen die Uniform ihres Truppenkörpers und die Einjährig-Freiwilligen-Borden.

Bis 1889 konnten die Studierenden der Tierarzneikunde auch vor der Erlangung des Diploms als „tierärztliche Gehilfen“ dienen; bis 1895 dienten alle Absolventen der tierärztlichen Hochschulen als tierärztliche Praktikanten (Beamte).

### Beschlagmeister.

#### Chargen:

Oberbeschlagmeister 1. und 2. Klasse (Gagisten ohne Rangsklasse).

Beschlagmeister 1. Klasse (Wachtmeister).

Beschlagmeister 2. Klasse (Zugsführer).

Beschlagmeisteraspiranten (Unteroffizierschargen).

Stand: Im Frieden sind beim Heer 413, bei der k. k. Landwehr 40, bei der k. ung. Landwehr 62 Beschlagmeister normiert.

Adjustierung der Oberbeschlagmeister. Hut mit Busch (k. ung. Landwehr: Tschako), schwarzer, zweireihiger Rock (k. ung. Landwehr: Dolmany) mit krapproten Aufschlägen, gelbe (k. k. Landwehr weiße) Knöpfe, Infanterieoffizierssäbel mit Kavalleriefähnrichsportepee; hechtgraue Feldmontur (Gamaschen).

Die bei Truppen eingeteilten Oberbeschlagmeister sind mit Repetierpistolen bewaffnet.

Die Beschlagmeister tragen Adjustierung und Bewaffnung ihres Truppenkörpers und breite, gelbe Arm bord en.

### Schulen.

Die tierärztliche Hochschule in Wien ist seit 1905 völlig als Zivilhochschule organisiert, der jedoch eine „Militärabteilung“ angegliedert ist.

An der Hochschule bestehen für militärische Zwecke folgende Lehrkurse:

1. Der vierjährige höhere tierärztliche Lehrkurs, in dem „Hörer“ (Zivil) zu Ziviltierärzten und „Militärveterinärakademiker“ zu Militär-(Landwehr-)tierärzten ausgebildet werden.

2. Der 1½ jährige Beschlagmeisterkurs, in dem „Militärschüler“ zu Beschlagmeistern ausgebildet werden.

3. Der 1½ jährige Hufbeschlagskurs, in dem nebst Zivilschülern geeignete Soldaten zu Beschlagschmieden ausgebildet werden.

Die Veterinärakademiker, Militärschüler und Frequentanten der Hufbeschlagskurse sind zu der „Militärabteilung der tierärztlichen Hochschule“ unter Kommando eines Obersten vereinigt. 2 Tierärzte und einige Unteroffiziere sind zum Inspektionsdienst und zur Aufsicht bei der Militärabteilung eingeteilt.

Die Veterinärakademiker sind in jeder Hinsicht den Militärakademikern gleichgestellt. Sie müssen sich zu 7jährigem Präsenzdienst verpflichten.

Gegenwärtig beträgt der Stand 20 Akademiker.

Nach Absolvierung der Studien tritt die Mehrzahl der Akademiker als tierärztliche Praktikanten in das Heer, einzelne (deren Unterhalt das k. k. Landwehrrar bestreitet) in die k. k. Landwehr.

# Offiziersbibliothek des k. k. Landwehri. Artillerieregiments Nr. 33.

163

Der Beschlagmeisterkurs zählt zirka 110 Militärschüler des Heeres und der k. k. Landwehr. Der Fachunterricht wird durch Lehrer der Hochschule, der militärische Unterricht durch kommandierte Offiziere erteilt.

Die Militärschüler müssen bereits einen 1/2-jährigen Hufbeschlagskurs absolviert haben, müssen eine Aufnahmeprüfung bestehen und sich zu einem um mindestens 1 1/2 Jahre verlängerten Präsenzdienst verpflichten.

Jene Schüler, welche die Schlußprüfung gut bestehen, rücken als „Beschlagmeisteraspiranten“ zu ihren Truppenkörpern ein und werden nach Bedarf zu Beschlagmeistern befördert.

Die k. ung. Veterinärhochschule ist eine Zivilhochschule, an der dieselben Kurse bestehen wie an der Hochschule in Wien. Die Unterrichtssprache ist ungarisch.

Die Militärveterinärakademiker (Stand gegenwärtig 10) sind teils für das Heer, teils für die k. ung. Landwehr bestimmt.

Eine eigene Militärabteilung besteht nicht; die Veterinärakademiker (in dem k. u. k. Mil.-Vet.-Akad.-Internat vereinigt), die Militärschüler des Beschlagmeisterkurses (Heer und k. ung. Landwehr) und die Frequentanten des Hufbeschlagskurses (Heer und k. ung. Landwehr) sind dem Kommando der Traindivision Nr. 4 unterstellt. Sie erhalten auch den nötigen militärischen Unterricht bei dieser Traindivision.

Zweck und Dauer der einzelnen Kurse entsprechen den Kursen an der Hochschule in Wien.

**Hufbeschlagschulen.** Außer den beiden Hufbeschlagskursen an den Hochschulen in Wien und Budapest bestehen zur Abhaltung solcher 1/2-jähriger Kurse

10 Hufbeschlagschulen, welche rein militärisch organisiert sind, aber auch Zivilschüler im Hufbeschlag ausbilden.

Diese Schulen bestehen in Olmütz, Krakau, Brünn, Graz, Budapest, Temesvár, Prag, Lemberg, Agram und Innsbruck; sie unterstehen den Traindivisionen, in Orten, wo sich keine Traindivision befindet, einem Artillerieregiment.

Als Lehrer fungiert ein Tierarzt; die Inspizierung obliegt dem Artilleriebrigadier.

Als Schüler werden geeignete, des Schmiedehandwerks kundige Soldaten kommandiert.

Jährlich werden 2 sechsmonatige Kurse mit theoretischem und praktischen Unterrichte abgehalten, die mit einer Prüfung abschließen, an welcher auch der Zivillandestierarzt (Komitatstierarzt) teilnimmt.

Die Offiziersbibliothek des k. k. Landwehr-Infanterie-Regiments Nr. 33. enthält eine große Anzahl von Büchern, welche für die Offiziere dieses Regiments von Interesse sind. Die Bücher sind in verschiedene Kategorien eingeteilt, wie z. B. Geschichte, Geographie, Naturgeschichte, Mathematik, Physik, Chemie, Medizin, Recht, Literatur, etc. Die Bücher sind in deutscher Sprache abgefasst und sind für die Offiziere dieses Regiments von großem Nutzen. Die Bücher sind in der Bibliothek aufbewahrt und können von den Offizieren jederzeit entlehnt werden. Die Bibliothek ist für die Offiziere dieses Regiments eine wertvolle Einrichtung, welche ihnen die Möglichkeit bietet, sich in verschiedenen Wissenschaften zu vertiefen und sich über die neuesten Entdeckungen zu informieren. Die Bibliothek ist eine wichtige Einrichtung für die Offiziere dieses Regiments, welche ihnen die Möglichkeit bietet, sich in verschiedenen Wissenschaften zu vertiefen und sich über die neuesten Entdeckungen zu informieren.

# Das Veterinärwesen im Kriege.

## 1. Allgemeines.

(Vgl. auch die diesbezüglichen Abschnitte des 4. und 5. Heftes.)

Im Kriege ist die Erhaltung eines günstigen Gesundheitszustandes und der vollen Leistungsfähigkeit der Pferde durch die hohen physischen Anforderungen, welche an die Tiere gestellt werden müssen, durch die notgedrungen unregelmäßige Ernährung und meist schlechte und enge Unterkunft besonders erschwert; alle Offiziere der berittenen Truppen und alle anderen berittenen Angehörigen der Armee müssen daher ununterbrochen ihr besonderes Augenmerk auf den Gesundheitszustand der Pferde richten.

Außerdem müssen aber auch bei allen Truppenkörpern und allen Unterabteilungen mit größerem Pferdestand die nötigen Veterinärorgane (Tierärzte und Hilfspersonal) eingeteilt sein, um alle für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Pferde in Betracht kommenden Faktoren ständig zu überwachen und möglichst günstig zu gestalten.

Für die erste Hilfeleistung und Untersuchung muß das Veterinärpersonal stets die nötigsten Instrumente und Medikamente rasch zur Hand haben.

In den meisten Staaten ist gegenwärtig Veterinärpersonal nur bei der Kavallerie, der Artillerie und der Traintruppe eingeteilt; Infanterie und technische Truppen sind an das Personal des nächsten **berittenen** Truppenkörpers gewiesen. Da aber gegenwärtig ein Infanterieregiment im Kriege eine sehr große Zahl von Pferden und

Tragtieren im Stande hat (z. B. in Österreich-Ungarn über 270) wäre die Einteilung eines Veterinärorgans (Beschlagmeisters) bei jedem Infanterieregiment erwünscht. — Bei der österr. Landwehr und in Frankreich scheint diese Maßregel beabsichtigt zu sein.

### Pferdekrankheiten.

Die wichtigsten in Betracht kommenden äußerlichen Krankheiten der Pferde sind:

- Druckschäden (Sattel-, Gurten-, Kummendruck).
- Strahlfäule, Steingallen, Mauke.
- Vernagelungen.
- Verstauchungen.
- Augenentzündung.

Die häufigsten inneren Krankheiten sind:  
Kolik und Windrehe.

Die gefährlichsten Infektionskrankheiten sind:

- Druse, Rotz, Milzbrand und Influenza.

Schwerverletzte Pferde müssen, besonders wenn Beschädigungen der Fußknochen vorliegen, fast stets getötet werden.

### Hufbeschlag.

Zum raschen Ersatz verlorener Eisen müssen fertig angepaßte Reserveeisen und Hufnägel in nächster Nähe jedes Pferdes vorhanden sein (bei Reitpferden am Sattel, bei Zugpferden am Fuhrwerk). Außerdem muß eine große Zahl von Reserveeisen und eine Feldschmiede zum raschen Anpassen der Eisen in leicht erreichbarer Nähe der Unterabteilungen berittener Truppen nachgeführt werden. Beschlagschmiede in der nötigen Zahl müssen bei allen berittenen Formationen eingeteilt sein.

**Anstalten.** Im Kriege müssen alle maroden und leichtverletzten Pferde, die im Frieden bei den Truppenkörpern geheilt werden, den Truppen im Interesse ihrer Beweglichkeit so weit als möglich abgenommen werden. — Die Zahl geringfügiger Verletzungen und vorübergehender Gesundheitsstörungen der Pferde ist im Kriege viel größer als im Frieden.

Es ist daher vorteilhaft, wenn zur Aufnahme derartiger Pferde, die nach kurzer Ruhe und Pflege bald wieder dienstfähig werden, eigene Anstalten vorhanden sind.

Da im Frieden meist keine Tierheilstationen bestehen, obliegt die Aufstellung dieser mobilen Reserveanstalten („Pferde-

lazarett“, „mobiles Tierspital“, „Depot für marode Pferde“ u. dgl.) anderen Verwaltungszweigen, am einfachsten dem Trainwesen.

Erfahrungsgemäß genügen pro Infanterie-Truppendivision Vorsorgen für etwa 40—50 marode Pferde; bei plötzlichem großen Andrang maroder oder erholungsbedürftiger Pferde können leicht Improvisationen geschaffen werden.

Nach der Einnahme von Sedan fanden die Deutschen dort eine sehr bedeutende Anzahl schlecht ernährter Pferde vor, die in einem eigens formierten Depot sich sehr rasch erholten und dann wertvolles Ersatzmaterial für die deutsche Kavallerie und Artillerie bildeten.

Die Dotierung der Kavallerietruppendivisionen mit solchen Anstalten ist im Interesse der Beweglichkeit und des geringen Umfangs des Trains meist nicht möglich. Marode Pferde müssen, soweit sie nicht mitgenommen werden können, unter der nötigen Aufsicht (marode Mannschaft) bis zum Herankommen der Infanterie zurückbleiben oder den Infanterie-Truppendivisionen in kleinen Märschen entgegengeschickt werden.

## **2. Das Veterinärwesen im Kriege in Österreich-Ungarn**

(Hiezu Beilage 5).

### **Personaleinteilung.**

Bei jedem Korpskommando und Armee-Etappenkommando ist ein Stabstierarzt eingeteilt, dem die allgemeine Aufsicht über das Veterinärwesen und hauptsächlich die Verhütung von Seuchen obliegt.

Bei allen Truppenkörpern der Kavallerie und der Artillerie, bei den Artilleriereserveanstalten, beim Korpstrainkommandanten, bei den Trainreserveanstalten und Schlachtviehdepots sind Tierärzte vorhanden.

Jede Kavallerieeskadron, Kavallerie-Maschinengewehrabteilung und jede Batterie verfügt über einen Beschlagmeister; außerdem sind auch bei den Artillerie- und Trainreserveanstalten Beschlagmeister eingeteilt.

Je nach ihrer Bestimmung verfügen auch manche Traineskadronen, sogar einzelne Trainzüge über Tierärzte, viele Trainzüge über Beschlagmeister.

Jeder Kavalleriezug, jede Batterie und jeder Trainzug hat mindestens 2 Beschlagschmiede im Stande.

Bei jeder Kondukteurschaft der Landesbespannungen ist ein Schmied vom Lande eingeteilt.

### **Materialvorräte.**

Das nötigste Material (Untersuchungsinstrumente, einige Medikamente, einiges Verbandzeug) tragen Tierärzte und Beschlagsmeister in ledernen Taschen am Säbelriemen.

Ein weiterer Materialvorrat befindet sich im Truppentrain der berittenen Truppen.

Für den Hufbeschlag. Für jedes Pferd sind 2 angepaßte Eisen (ein Vordereisen, ein Hintereisen) und Nägel beim Pferd selbst vorhanden; Reitpferde tragen sie in einer eigenen Hufeisentasche am Sattel, für Zugpferde sind sie auf dem betreffenden Fuhrwerk, für Tragtiere im Pack des Pferdes.

Das Beschlagwerkzeug tragen die Beschlagschmiede bei der Kavallerie in eigenen Taschen am Sattel, bei der Artillerie wird es auf Fuhrwerken der Truppenkolonne, bei der Traintruppe auf Fuhrwerken der betreffenden Formation fortgebracht.

Ein großer Vorrat von nicht angepaßten Reserveeisen und Nägeln, sowie Feldschmieden samt Kohlenvorrat und Werkzeugen sind im Truppentrain vorhanden (Werkzeug-, resp. Requisitionswagen).

### **Anstalten.**

Jedes Korps hat ein Depot für marode Pferde, das 100 leichtkranke, erholungsbedürftige Pferde aufnehmen kann.

Die Depots werden von der Traintruppe aufgestellt und gehören zu den Trainreserveanstalten.

Marode Pferde der Artillerie werden den Artilleriereserveanstalten zur Heilung übergeben.

### **Durchführung des Dienstes.**

Im Aufmarschraum und bei Stillständen finden periodische Visitierungen durch das Veterinärpersonal ähnlich wie im Frieden statt. In den Kantonierungsorten werden Marodenstallungen eingerichtet.

Während der Marschperioden sind täglich vor dem Abmarsch die minder marschfähigen Pferde durch das Veterinärpersonal zu visitieren; je nach dem Befunde werden sie entweder im Truppentrain mitgeführt oder an ein Depot für marode Pferde zurückgesendet.

Beim Marsche haben die Veterinärorgane jede Gelegenheit zur Ausübung ihres Dienstes zu benützen.

**Im Gefechte.** Bei der Attacke bleibt das Veterinärpersonal bei dem Sanitätspersonal zurück und begibt sich mit diesem nach Beendigung des Kampfes auf das Attackefeld zur Ausübung seines Dienstes bei leicht verletzten Pferden.

Beim Feuergefecht zu Fuß bleibt der Tierarzt beim Regimentsstab, die Beschlagmeister bei den Handpferden ihrer Eskadronen

Bei der Artillerie bleibt im Gefechte der Tierarzt bei den Pferden des Stabes, die Beschlagmeister halten sich bei den Reservepferden der Batterien auf.

Truppenkörper, welche über kein Veterinärpersonal verfügen, wenden sich im Bedarfsfalle an den nächsten damit dotierten Körper.

### 3. Orientierende Daten über Details.

#### Details der Materialvorräte.

Die Verband- und Instrumententasche der Tierärzte enthält:

Skalpelle;  
 2 Scheeren, Pincetten, Thermometer, Perkussionshammer usw.;  
 2 mittlere Verbandtypen;  
 4 Binden, Baumwolle, Gaze;  
 Destilliertes Wasser, Äther, Jod, Zinksalbe; 1 Injektionsspritze,  
 1 Kanüle, Nähseide und Sublimat.

Die Verbandtasche der Beschlagmeister enthält:

1 Scheere, 2 Rinnmesser, 4 Wundnadeln, 7 Binden, Nähseide,  
 Watte, Jute, Hufband, Sublimat, 1 Thermometer, 1 Irrigator.

Die Beschlagwerkzeugstasche der Beschlag-schmiede enthält:

- 1 Hufreißer, 1 Hufraspel, 1 Hauklinge, 1 Beschlaghammer,
- 1 Beschlagzange, 50 Hufnägel.

Für die Beschlagmeister befindet sich dieselbe Garnitur bei der Feldschmiede.

In den Hufeisentaschen der Reitpferde befindet sich:

- je 1 angepaßtes Vordereisen und Hintereisen,
- 15 Nägel,
- 12 scharfe und 4 stumpfe Stollen in einem Beutel,
- 1 Stollenschlüssel.

Im Gefechtstrain (auf den Werkzeug-(resp. Requisiten-)wagen werden für jede Eskadron, Batterie usw. mitgeführt

- 1 Feldschmiede samt Kohlenvorrat und Werkzeugen,
- 1 Beschlagwerkzeuggarnitur für den Beschlagmeister
- eine große Zahl unangepaßter Reserveeisen und Nägel.

Im Bagagetrain (auf den Bagagewagen der Regiments-(Divisions-)stäbe befindet sich für jeden Tierarzt (wenn mehrere bei einem Truppenkörper eingeteilt sind, nur für den Cheftierarzt):

- 1 Instrumentenkasten mit  
verschiedenen Skalpellen, Scheeren, Wundnadeln, Troikarts,  
Trepnobogen, Knochenschrauben, Pincetten, Wundspritzen,  
Injektionsspritzen, Sonden, Thermometer, Brenneisen usw.
- 1 Kasten mit Sektionsinstrumenten (Messern, Knochensägen  
usw.)
- 1 Wurfapparat,
- 1 Pferdemedikamentenverschlag mit größeren Vorräten von  
Verbandzeug, Medikamenten, Desinfektionsmittel und dgl.

#### Depot für marode Pferde:

Stand:

- 1 Trainrittmeister als Kommandant,
- 1 Tierarzt,
- 1 Beschlagmeister,
- 1 Trupp.-Rechnungsführer,
- 1 Rechnungsunteroffizier,
- zirka 50 Mann der Traintruppe und vom Lande,
- zirka 15 Pferde
- 4 Landesfuhrer.

## Material:

Tierärztliche Instrumentenkasten, Wurfapparate, 1 großer Pferde-  
medikamentenverschlag, ähnlich wie in der Truppenausrüstung.

Das Depot wird im Bedarfsfalle in Meierhöfen und dgl. etabliert  
und besteht dann aus einer Abteilung für äußerlich kranke Pferde  
und einer Abteilung für innerlich erkrankte Pferde.

## Pferdestände bei der Armee im Felde.

Truppenkörper resp. Armeekörper		annähernder Stand an Pferden und Trag- tieren
Infanterieregiment (4 Bataillone)	samt Truppentrain	270
Kavallerieregiment		1.100
Feldkanonenregt. (4 Batt.)		610
Feldhaubitzendivision (2 Batt.)		410
Reit. Artilleriedivision		550
Infant.-Truppendivision	samt Train	5.400
Kavall.-Truppendivision		6.500
Korps (3 Divisionen)		22.000

### Notizen über die historische Entwicklung des Veterinärwesens.

Anfänglich war bei jedem Kavallerieregiment nur 1 Hufschmied  
vorhanden; seit 1780 wurde die Zahl der Hufschmiede vermehrt und  
bei jedem Kavallerieregiment ein Oberschmied (Fahnenschmied) ein-  
geteilt.

Graduierte Tierärzte waren bis 1851 nur beim Fuhrwesenkorps  
(Traintruppe) und bei der Beschälbranche (Gestütsbranche) vorhanden.  
Erst vom genannten Jahre an wurden sukzessive bei den Kavallerie-  
und Artillerieregimentern Tierärzte eingeteilt.

Im Jahre 1860 wurde das Veterinärpersonal reorganisiert. Die  
Tierärzte wurden als Beamte in Chargen von der XI. bis zur IX.

Rangsklasse eingeteilt, die Hufschmiede wurden durch Kurschmiede mit besserer Vorbildung ersetzt und konnten bei voller Eignung zu Tierärzten befördert werden.

Im Jahre 1909 wurde die Ergänzung der Tierärzte ausschließlich durch graduierte Absolventen der Hochschule normiert und die Charge der Stabtierärzte neu geschaffen; die Kurschmiede wurden als Beschlagmeister neu organisiert.

Als erste Bildungsanstalt wurde 1766 die „Pferdekur-Operationsschule“ in Wien gegründet, 1777 als „Veterinär-schule“ auch für Zivilschüler zugänglich gemacht und 1795 als „Militär-Tierarzneiinstitut“ neu organisiert. Dieses war 1812 bis 1850 mit der Universität vereint, wurde dann aber wieder als militärische Anstalt in die Verwaltung des Kriegsministeriums übernommen. 1897 wurde das Institut teilweise für Zivilhochschüler eingerichtet („Militär-Tierarzneiinstitut und tierärztliche Hochschule“) und 1905 vollkommen der Zivilverwaltung unterstellt.

Erkrankte Pferde wurden im Kriege ursprünglich den Gemeinden im Rücken der Armee zur Heilung übergeben.

Seit 1769 wurden eigene „Kantone“ für je 600—800 Pferde unter militärischer Aufsicht formiert, aus denen sich später die heutigen Depots für marode Pferde entwickelten.

## Literaturverzeichnis

zu den im 9. Hefte besprochenen Themen.

- Knaak:** Die Krankheiten im Kriege (1900).
- Lignitz:** Zur Hygiene des Krieges (1905).
- Bischoff, Hoffmann und Schwiening:** Lehrbuch der Militärhygiene (2 Bände, 1910).
- Esser:** Der Sanitätsdienst bei der 17. Division im Feldzuge 1870/71 (1910).
- Dauvé:** L'ambulance de la division Abel Douay en 1870.
- Haga:** Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem japanisch-chinesischen Kriege (1897).
- Korsch:** Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem griechisch-türkischen Kriege (1899).
- Herz:** Der Sanitätsdienst bei der englischen Armee im Kriege gegen die Buren (1902).
- Hoorn:** Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem russisch-japanischen Kriege (1907).
- Oettingen:** Studien auf dem Gebiete des Kriegssanitätswesens im russisch-japanischen Kriege (1907).
- Niebergall:** Der Einfluß moderner Bewaffnung auf die Sanitätstaktik (1909).
- Schaefer:** Moderne Bewaffnung und Kriegssanitätsdienst (1907).
- Myrdacz:** Handbuch für Militärärzte, 2. Band: Militärsanitätswesen der Großmächte und Sanitätsdienst in den wichtigsten Feldzügen der neueren Zeit (11 Hefte mit Nachträgen).
- Baß:** Mittel und Wege zur Schaffung und Erhaltung eines entsprechenden Sanitätshilfspersonals (1900).
- Jerzabek:** Das Verbandpäckchen und seine Anwendung auf dem Schlachtfeld (1902).
- Cron und Hochmann:** Über Krankenstände im Felde und ihre vorherige Abschätzung (1908).
- Cron:** Feldtaschenbuch für den Sanitätsdienst im Kriege (1908).
- Cron:** Behelf zum Studium des Militärsanitätswesen (1910).
- Cron:** Studie über den Gefechtssanitätsdienst im Rahmen eines Korps (2 Hefte, 1904).
- Cron:** Überblick einer Neuanlage des Gefechtssanitätsdienstes (1909).
- Wittmann:** Der Sanitätsdienst im Zukunftskrieg (1910).
- Gavoy:** Manoeuvres du service de santé de l'avant dans la prochaine guerre.
- Löffler:** Taktik des Truppensanitätsdienstes auf dem Schlachtfelde.
- Lütgendorf:** Feldsanitätsdienst und Gefechtslehre in Wechselbeziehung (1902).
- Hoen:** Der operative und taktische Sanitätsdienst im Rahmen des Korps (1907).

- Gavoy:** Rôle du médecin-chef de la division pendant le combat.
- Hausenblas:** Grundzüge des Sanitätsdienstes in vorderster Linie (1903).
- Cron:** Drei Monographien aus dem Gebiete des Feldsanitätsdienstes (1902).
- Cron:** 10 Beispiele aus dem Gebiete des Gefechtssanitätsdienstes (1908/1909).
- Kusmanek und Hoen:** Der Sanitätsdienst im Kriege an einer Reihe von Beispielen applikatorisch dargestellt (1897).
- Hoen und Szarewski:** Die operative und sanitätstaktische Tätigkeit des Armeechefarztes (1910).
- Cron und Waldschütz:** Die sanitäre Einrichtung des Aufmarschraumes (applikatorische Aufgabe, 1904).
- Cron:** Studie über die Einleitung der Evakuation mit Vollbahn aus Anlaß von Gefechten (1907).
- Cron:** Versuch einer Ableitung von Grundsätzen für Anlage und Durchführung der Evakuation (1907).
- Cron:** Ein applikatorisches Beispiel über Krankentransport zu Wasser (1907).
- Cron:** Der Dienst bei einem Eisenbahn-Sanitätszug (1896).
- Cron:** Bericht über die Probefahrt eines Sanitätszuges (1908).
- 
- Gavoy:** Service de santé dans les sièges des grandes places de guerre.
- Ludewig:** Handbuch der Hygiene und Diätetik des Truppenpferdes (1906).
- Schwyter:** Über Druckschäden bei den Reit-, Zug- und Lastpferden der Armee (1908).
- Baraseud:** Service vétérinaire du corps expéditionnaire français et dans les armées alliées. (Campagne de Chine 1900/1901.)
-

## Übersicht

### über die wichtigsten in Betracht kommenden österreichisch- ungarischen Dienstbücher.

Reglement für den Sanitätsdienst:

- I. Truppen und Anstalten.
- II. Stabile Anstalten.
- III. Medikamentenanstalten.
- IV. Sanitätsdienst im Felde.
- Anhang: Freiwillige Sanitätspflege.

Organische Bestimmungen für das ärztliche Offizierskorps.

Organische Bestimmungen für die Sanitätstruppe.

Organische Bestimmungen für das Sanitätshilfspersonal der Truppen.

Organische Bestimmungen für die Sanitätsanstalten.

Organische Bestimmungen für die Medikamentenanstalten.

Bestimmungen für die militärärztliche Applikationsschule.

Bestimmungen für den Informationskurs für Regimentsärzte.

Bestimmungen für die Offiziers-Kurhäuser vom weißen Kreuze.

Vorschrift über die Ernennung und Beförderung der Militärärzte.

Vorschrift über die Ernennung und Beförderung der Medikamenten-  
beamten.

Vorschrift für die Verleihung der militärärztlichen Stipendien.

Beschreibung des normierten Sanitäts-Feldausrüstungs-Materials.

Bestimmungen über Aufstellung und Bewegung der Feldsanitäts-  
anstalten.

Vorschrift für Sanitätszüge.

Vorschrift für Sanitätsschiffe.

Organische Bestimmungen und Dienstvorschrift für Militärtierärzte.

Organische Bestimmungen und Dienstvorschrift für Beschlagmeister.

Tierärztliche Vorschriften und Hufbeschlag.

Organische Bestimmungen für den tierärztlichen Dienst.

Bestimmungen für die Hufbeschlagschulen.

Vorschriften für die Militärabteilung der tierärztlichen Hochschule.

Vorschrift für die Mil.-Veterinärakademiker.

## Übersicht über das Sanitätswesen im Frieden.

Teil des Sanitätswesens		H E E R	K. K. L A N D W E H R	K. U N G. L A N D W E H R
Leitung		Reichskriegsministerium — 14. Abteilung Chef des militärärztlichen Offizierskorps Sanitätschefs der Korps Sanitätschefs der Truppendivisionen Garnisonschefärzte und Sanitätschefs der Festungen.  Chefärzte bei einzelnen Platzkommandos	Ministerium f. Landesverteidigung, Dep. VI. Chef des landw.-ärztl. Offizierskorps Sanitätsreferenten bei den Landwehr-Kommandos  Sanitätschefs bei den Landw.-Trupp-Divisionen  Chefarzt beim Landw.-Platzkdo. in Wien	Landesverteid.-Minist., 5. Abteilung Chef des landw.-ärztl. Offizierskorps Sanitätschefs bei den Landw.-Distrikten Landwehr-Stationschefärzte  Chefarzt beim Landw.-Platzkdo in Budapest
Studien und Versuche		Militärsanitätskomitee in Wien	Die Erfahrungen des Militär-Sanit.-Komitees werden verwertet.	
Durchführung des Dienstes	Bei den Truppen und Anstalten	Ärzte, Sanitätsunteroffiziere, Blessierten- und Bandagenträger bei allen Truppen und vielen Anstalten.  Marodenzimmer bei den Truppenkörpern.		
	Ausserhalb der Truppen	27 Garnisonsspitäler (eigene Ärzte, je 1 Sanitätsabteilung) Truppenspitäler } Marodenhäuser } (ständig oder auf } Bedarfsdauer) } Anstaltsspitäler in Schulen } Invalidenhäusern u. Strafanstalt. } Ärzte u. Hilfspers. der betr. Anstalt	Landwehrspitäler } Landwehr-Maroden- } häuser }  Anstaltsspitäler } der Schulen } Ärzte und Sanitäts- hilfspersonal der Truppen  Ärzte und Hilfspersonal der betreffenden Anstalt	Landw.-Garnisonsspital (eigene Ärzte, Sanitätshilfspersonal der Truppen) Landw.-Truppen- spitäler } Landw.-Maroden- } häuser } Ärzte und Sanitäts- hilfspersonal der Truppen  Anstaltsspitäler } in Schulen } Ärzte und Hilfspersonal der betreffenden Anstalt
		Militärkurhäuser in Bade- und Kurorten		Landwehr-Kurhaus
		Zahlreiche Kurhäuser, Freiplätze und Begünstigungen in Badeorten, Kurorten und Heilanstalten teils von der Gesellschaft vom weissen Kreuz, teils von anderen Korporationen oder Privatpersonen gestiftet.		
Material- beschaffung	Leitung	Militärmedikamentendirektion in Wien  Inspektionskommission für das Militär-Medikamentenwesen		
	Durchführung des Dienstes	27 Apotheken der Garnisonsspitäler } 12 Garnisons- } apotheken } Militärmedikamenten- branche und Mannschaft der Sanitätstruppe	Teils Apotheken des Heeres,  teils Privatindustrie	Apotheke des Landw. Garnisons- spitales } Landw.-Medik.-Beamte und Sanit.-Hilfspersonal der Truppen

# ÜBERSICHT ÜBER DIE SANITÄRE AUSRÜSTUNG DER ARMEE IM FELDE.

## Infanterietruppendivisionen.

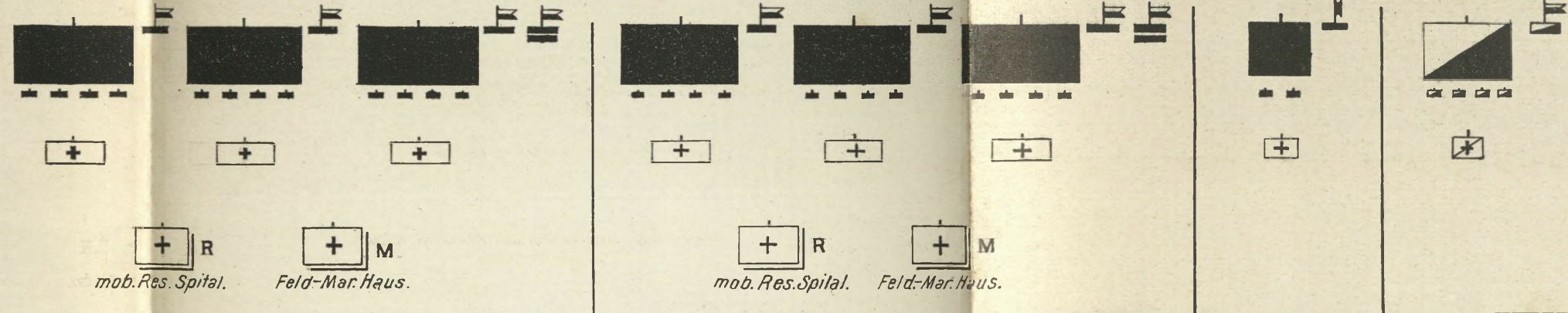
selbständ.  
Inf. Brig.

Kav. Tr. Div.

Verbandpäckchen  
Ärzte und Sanitätshilfspersonal der Truppen  
und deren Material.

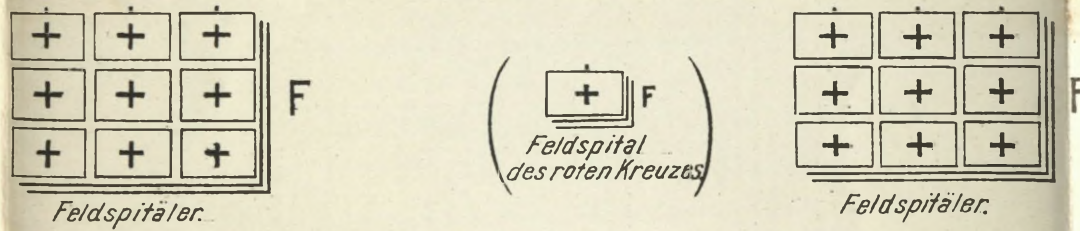
Divis. (Brig.) Sanit. Anstalten

den Korps schon bei der Mobilisierung  
zugewiesen.



zunächst  
dem Armeekommando  
unterstellt.

nach Bedarf  
sukzessive  
den Korps zugewiesen.



nach beendetem  
Aufmarsch  
zum ersten Abschub  
verfügbar.

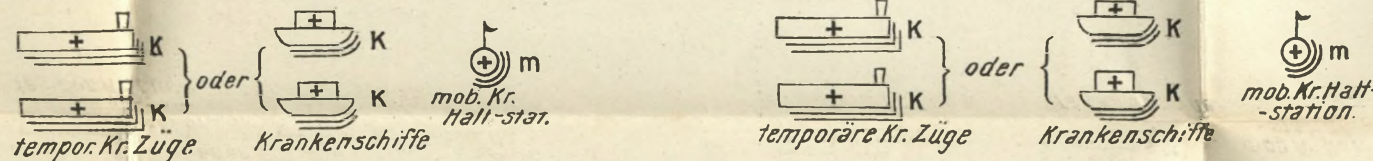


nach Bedarf  
sukzessive formiert  
und den Korps zugewiesen.



dem Armeekorpskommando unterstellt

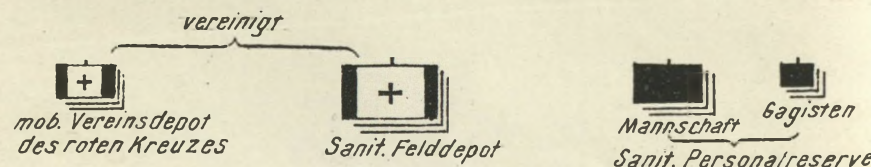
nach Bedarf  
formiert.



zum  
Krankenabschub  
und zur  
Krankenzerstreuung.



zur Ersatzleistung.



nach Formierung aller Anstalten nur mehr  
Verbrauchersatz resp. Ersatzpersonal.

bis zur Formierung  
im Sanitäts-Felddepot  
resp.  
in der Sanitätspersonalreserve  
enthalten  
(ausgenommen die Verwundetenspitäler des D.R.O.)

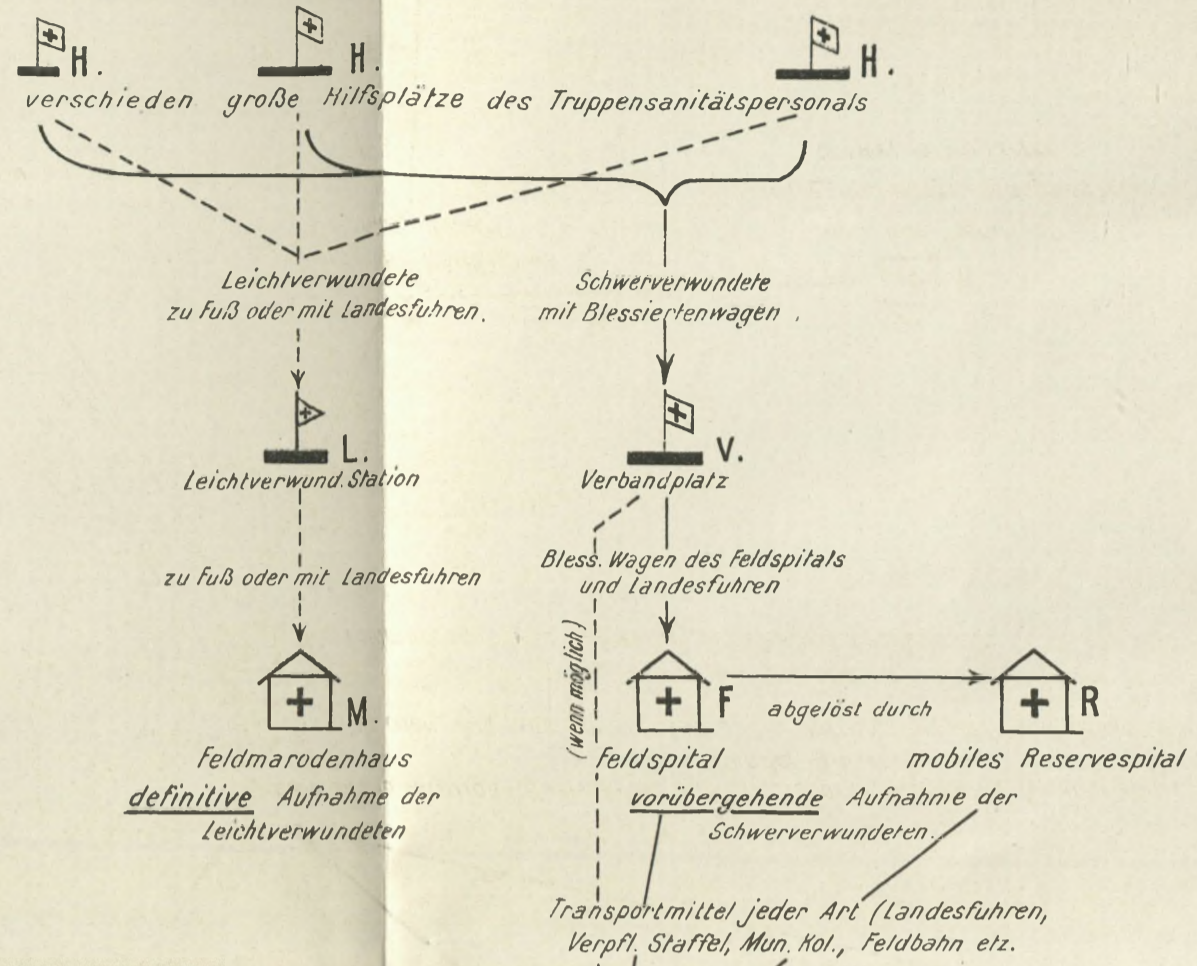
### Übersicht über das Veterinärwesen.

		IM FRIEDEN	IM KRIEGE
Leitung		Reichskriegsministerium, 3. Abt. (resp. k. k. Minist. für Landesvert., Dep. II, resp. k. ung. Landesvert.-Ministerium, 12. Abteilung.) Bei jedem Korpskommando: 1 Stabsarzt.	Bei jedem Armee-Etappenkomdo. } je 1 Stabs- Bei jedem Korpskommando. } tierarzt
Ausrüstung der Truppen	Personal	Tierärzte } bei allen berittenen Truppen, Beschlagmeister } bei einzelnen Anstalten, bei Beschlagschmiede } Remontenassentkommissionen und in den Fohlenhöfen.	Tierärzte } bei allen berittenen Beschlagmeister } Truppen, bei den Train- Beschlagschmiede } eilen und Trainreserve- anstalten
	Material	Instrumenten- und Medikamentenvorräte bei den Tierärzten.	Instrumente, Verbandzeug und Medikamente bei den Tierärzten und Beschlagmeistern. Weitere Vorräte im Truppentrain. Angepasste Eisen bei allen Pferden; nicht angepasste Eisen, Feldschmieden und Werkzeug im Gefechtstrain. Beschlagwerkzeuge bei den Beschlagschmieden.
Anstalten	zur Ausbildung des Personales	Tierärztliche Hochschule in Wien (für Heer und öst. Landwehr)	zur Ausbildung von Tierärzten, Beschlagmeistern und Beschlagschmieden
		Veterinärhochschule in Budapest (für Heer und ung. Landwehr)	
		10 Hufbeschlagschulen (für Heer u. beide Landwehren)	zur Ausbildung von Beschlagschmieden
	zur Pflege kranker Tiere	Beide Hochschulen in beschränktem Maße	Je 1 Depot für marode Pferde pro Korps (für je 100 Pferde)

# Schematische Übersicht

über die Verwundetenversorgung nach einem siegreichen Gefecht.

## Gefechtsfeld einer Jnf. Tr. Div.



### Erste Hilfeleistung und Sortierung.

Etablierung möglichst nach dem Gefecht inmitten des Verlustfeldes

### Verwundetenbergung

(Abgabe an die Div. Sanit. Anstalt)

### Divisions-Sanit. Anstalt

vorübergehende Aufnahme aller Verwundeten zur Evakuierung der Hilfsplätze

### Evakuierung der Divis. Sanit. Anstalt

zur Vermeidung der Transporte kann das Feldmarodenhaus am Standort der Leichtverw. Station, das Feldspital an dem des Verbandplatzes etabliert werden.

### Evakuierung des Feldspitals.

Etablierung des mob. Res. Spitals grundsätzlich am Standort des Feldspitals.

### Transporte in die Krankenabschubstation.

### Formierung der Abschubtransporte.

### Krankenabschub.

### Formierung der Zerstreustransporte

### Krankenzerstreuung.

### Krankenabschubstation

Ende betriebsfähiger Bahn- und Schiff-fahrtslinien.

## E t a p p e n r a u m

Verkehr von Spitalszügen. Spitalschiffen, Krankenzügen und Krankenschiffen.

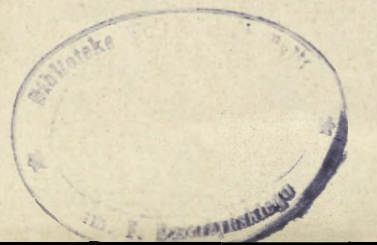
### Krankenzerstreuungs-Station

Bahn-Knotenpunkt, Grenze des Etappenraumes

## H i n t e r l a n d

Verkehr von Spitalszügen und Spitalschiffen, eventuell auch von Krankenzügen und Krankenschiffen in alle stabilen Heilanstalten der Monarchie, zur definitiven Aufnahme spätgenesender Schwerverwundeter. Stabile Krankenhaltstationen des roten Kreuzes an allen Knotenpunkten u. dgl.

Anmerkung: Die Distanzen zwischen den einzelnen Etablierungen sind nicht imrelativ richtigen Verhältnis gezeichnet!





35021/  
12.