

« LE CHAMP COUVERT DE MORT SUR QUI TOMBAIT
LA NUIT »

Die Versorgung im Kampf verwundeter Soldaten im napoleonischen Europa
(1805-1813)

Deutsche Zusammenfassung

EHESS/Universität Heidelberg

Dissertation von: Nebiha Guiga

Betreut von Herrn Pr. Dr. Patrice Gueniffey und Pr. Dr. Sven Externbrink

INHALTVERZEICHNIS

« Le champ couvert de mort sur qui tombait la nuit ».....	1
Einleitung.....	4
Teil 1: Vor der Schlacht.....	12
Kapitel 1: Vor der Schlacht: Organisation.....	12
1. Maria-Theresia, Joseph II, Louis XIV und la Convention, der Gesundheitswesen der Armee in Frankreich und Österreich vor 1805.....	12
2. Der Militärgesundheitsdienst: Französische Gesetzgebung.....	12
3. Der Militärgesundheitsdienst: Österreichische Gesetzgebung.....	13
4. Größere Mängel und Verbesserungsprojekte.....	13
5. Der Militärchirurg als Beruf.....	14
Kapitel 2: Vor der Schlacht: Vorbereitung und Darstellungen.....	15
1. Der Gesundheitsdienst am Vorabend einer Schlacht.....	15
2. Chirurgen: Vorbereitung der Ambulanz, Fragen zur Ausrüstung.....	15
3. Kämpfer: soziale, religiöse und abergläubische Praktiken zur Vermeidung von Verletzungen.....	16
Teil 2: Vom Schlachtfeld zur Ambulanz.....	18
Kapitel 3: Der Augenblick der Verletzung.....	18
1. Was ist eine Verwundung im Napoleonischen Zeitalter?.....	18
2. Welche Auswirkungen hatten die damaligen Waffen auf den Körper?Physikalische Beschreibungen von Wunden.....	18
3. Wundarten auf den Schlachtfeldern der napoleonischen Ära: Quantitative Analyse.....	18
4. Kollektivdarstellungen zu Verletzungen: Totenscheine des Regiments und Berichte über Verluste.....	19
5. Beschreibungen von Augenzeugen in Memoiren über den Augenblick der Verletzung.....	20
Kapitel 4: Von der Verletzung zur Ambulanz.....	21
1. Leichte Verletzungen: Fortsetzung des Kampfes oder Selbstständige Evakuierung.....	21
2. Organisierte Evakuierungen, während und nach der Schlacht: Sanitäts-Compagnie / Compagnies d'ambulance.....	22
3. Betreuung durch Kameraden oder Untergebene und das Verbot solcher Praktiken.....	22
4. Die Ambulanz finden.....	23
5. Der Fall der auf dem Schlachtfeld zurückgelassenen Verwundeten.....	23
6. Späte Versorgung und sonstige Akteure.....	24
7. Der Fall des gefangen genommenen Verwundeten.....	24
Kapitel 5: Erste Hilfe.....	25
1. Was ist eine Ambulanz?.....	25
2. In der Ambulanz ankommen, warten und bleiben: Darstellungen und sensorische Umgebung.....	25
3. Praktizierte Pflegearten und Praxisbedingungen.....	26
4. Große Operationen: Fokus auf Amputationen.....	26
5. Wer wann zu behandeln ist. Die Frage der Triage.....	27
Teil 3 : Spitäler und Evakuierungen.....	28
Kapitel 6: Im Krankenhaus.....	28
1. Einrichtung von Krankenhäusern.....	28
2. Beschaffung und Personal.....	28
3. Interne Organisation von Krankenhäusern.....	29
4. Ein- und Ausstieg aus Krankenhäusern.....	30
5. Pflege.....	30
6. Krankenhäuser nach einer großen Schlacht: den Zustrom von Verwundeten bewältigen.....	31
Kapitel 7: Evakuierungen.....	31
1. Administrative Durchführung von Evakuierungsbefehlen.....	31
2. Materielle Mittel zur Evakuierung und Requisition von Zivilisten.....	32

3. Europa durchqueren: Fallstudien, Französische Armee 1805, Österreichische Armee 1809.....	32
4. Evakuierung, Truppenbewegungen und Unruhe.....	34
5. Fokus auf vollständige Evakuierungsgeschichten.....	34
Kapitel 8: Der Sächsische Feldzug von 1813: Leipzig oder eine große Gesundheitskatastrophe.....	34
1. Kontext: die Organisation der Gesundheitsdienste im Jahr 1813.....	34
2. Kriegsermüdung.....	35
3. Berichte über den Zustand der Spitäler von Mai bis Oktober 1813.....	35
4. Leipzig (16.-19. Oktober 1813).....	36
5. Nach der Schlacht: das Schicksal der Verwundeten.....	36
6. Sachsen: Soziale Folgen und Erinnerungsgewicht.....	37
Teil 4: Pflege außerhalb des Krankenhauses und Rekonvaleszenz.....	38
Kapitel 9: Zivilisten und Versorgung der Verwundeten.....	38
1. Zivilisten (oder Nicht-Kombattanten) und Verwundete auf dem Schlachtfeld und in Ambulanzen.....	38
2. Zivilisten in Krankenhäusern und auf Evakuierungsrouten.....	39
3. Unterbringung von Rekonvaleszenten und Leichtverletzten.....	39
4. Beziehungen zwischen Zivilisten und verwundeten Soldaten: Begegnungen der Welten und Geschlechterverhältnisse.....	40
5. Soziale Vernetzung und Pflege der Verletzten.....	40
Kapitel 10: Der General in seinem Schloss und der verlassene Soldat.....	41
1. Verlassen, in einem Kloster oder im Regiment.....	41
2. Generaloffiziere: Besonderheiten der Pflegearten.....	42
3. Die Geschichte einer berühmten Verletzung erzählen: der Fall des Todes von Lannes.....	43
Teil 4: Pflege außerhalb des Krankenhauses und Rekonvaleszenz.....	44
Kapitel 9: Zivilisten und Versorgung der Verwundeten.....	44
1. Zivilisten (oder Nicht-Kombattanten) und Verwundete auf dem Schlachtfeld und in Ambulanzen.....	44
2. Zivilisten in Krankenhäusern und auf Evakuierungsrouten.....	45
3. Unterbringung von Rekonvaleszenten und Leichtverletzten.....	45
4. Beziehungen zwischen Zivilisten und verwundeten Soldaten: Begegnungen der Welten und Geschlechterverhältnisse.....	46
5. Soziale Vernetzung und Pflege der Verletzten.....	46
Kapitel 10: Der General in seinem Schloss und der verlassene Soldat.....	47
1. In einem Kloster oder im Regiment verlassen.....	47
2. Generaloffiziere: Besonderheiten der Pflegearten.....	48
3. Die Geschichte einer berühmten Verletzung erzählen: der Fall des Todes von Lannes.....	49
Kapitel 11: Folgen der Verletzung.....	50
1. Vom Sterben und seinen Folgen.....	50
2. Rekonvaleszenz, Heilung, Pensionierung: Temporalitäten der Verletzungsfolgen.....	51
3. Langzeitpflege: Invaliden und Medizin.....	52
Kapitel 12: Die Verletzung - gelebte Erfahrung, erzählte Erfahrung.....	53
1. Der Körper und der Schmerz.....	53
2. Verletzung, Darstellungen der Medizin, Arzt-Patienten-Beziehung.....	54
3. Verletzung und narrative Konstruktion.....	55
4. Verletzungen, Kriegsdarstellungen und Kampferfahrungen.....	55
Fazit.....	57

EINLEITUNG

Am 3. Mai 1809 kam es bei Ebelsberg zu einer Schlacht zwischen Massénas Truppen und denen von Hillers österreichischem Korps. Nach dem Angriff auf die Brücke verteilten sich die Zusammenstöße von Angriffen und Gegenangriffen über die Straßen der Stadt. An der Spitze einer kleinen Abteilung der österreichischen Infanterie stand der aus Lüttich stammende Leutnant Pierre-Martin Pirquet, der in der k.u.k.-Armee diente. Als er versuchte, die Brücke zu erreichen, um den Rückzug der Franzosen abzuschneiden, sah er Grenadiere hinter einem Haus lauern, die sich zum Schuss bereitmachten. Er warnte seine Männer vor der Gefahr, wurde aber selbst ins Visier genommen und in die Brust geschossen. In seinem Tagebuch, das er notgedrungen einige Monate nach dem Ereignis schrieb, beschreibt er den Moment seiner Verletzung wie folgt:

„Sie schossen auf mich, und eine Kugel traf mich in die rechte Seite meiner Brust [...] Ich taumelte und fiel fast hin; mir war für einen Moment schwindelig, der Schuss hatte mir die Atmung völlig abgeschnitten; ich sagte den Leuten, dass sie immer vorwärts gehen sollten, und ich zog mich langsam zurück, aber der Schmerz war so groß, dass ich aufhören musste [...]“¹

Die Geschichte von Pirquet geht weiter. Da die Schlacht für die Österreicher verloren ist, befiehlt er denjenigen seiner Männer, die ihn getragen haben, ihn zu verlassen, um einer Gefangennahme zu entgehen. Der Bericht über seine Wunde wird so in Kontinuität mit seiner Pflicht als Offizier gegenüber seinen Männern und seiner Armee dargestellt. Pirquet bleibt auf dem Schlachtfeld zurückgelassen. Er verbringt die Nacht inmitten von Leichen und wird, zweifellos für eine solche gehalten, von Soldaten der napoleonischen Armee geplündert und entkleidet:

„Ich war umgeben von Toten und Verwundeten; der Feind schrie und misshandelte mich, vor allem die Italiener (der 1. des Po). Ich hatte eine kleine Tasche vergessen, die der Kompanie gehörte; sie nahmen sie mir ab und drehten mich um; ich erlitt das Martyrium, da ich nicht sprechen konnte; als ich atmete, kamen die Geräusche durch die Wunde heraus, was mich schrecklich schmerzte.

Ich war so wütend, dass ich nach seinem Bajonett griff, aber ich hatte keine Kraft, es zu benutzen, also schlug er mich und ging. Ich habe die Nacht damit verbracht, mich an einen Toten zu lehnen; der Durst hat mich am meisten leiden lassen: Ich pisste mir oft in die Hand und trank!²!“

¹ Pierre-Martin PIRQUET, *Journal de Campagne de Pierre-Martin Pirquet (1781-1861) Officier au Service de l'Autriche. Tome I (1799-1813)*, Liège, Société des bibliophiles liégeois, 1970, p. 84« Ils firent feu sur moi : une balle m'atteignit à la poitrine au côté droit [...] je chancelai et faillis tomber ; je fus un instant étourdi, le coup m'avait tout-à-fait coupé la respiration ; je dis aux gens qu'ils aillent toujours en avant et je me retirai tout doucement, mais la douleur était si forte que je dus m'arrêter [...] ». »

² *Ibid.*, p. 85« J'étais entouré de morts et de blessés ; l'ennemi criait et me maltraitait, surtout les Italiens (le 1er du Pô). J'avais oublié un petit sac de convention, qui appartenait à la compagnie ; ils me le prirent et me retournèrent en tous sens ; je souffrais le martyre, ne pouvant parler ; quand je respirais les sons sortaient par la plaie, ce qui me faisait un mal terrible. On me retourna une quantité de fois et ils voulurent m'ôter les bottes ; j'étais si fâché que je me saisis de sa baïonnette, mais je n'eus pas la force de m'en servir ; il me donna un coup de poing et partit. Je

Pirquet wurde am Morgen des 4. Mai von einem französischen Grenadier gerettet, der ihn mit Hilfe von Zivilisten aus der Stadt in die Ambulanz brachte, wo er seinen ersten Verband erhielt. Er beschreibt die Überlastung der Ambulanz, wo er sieht, wie einige seiner Kameraden, ebenfalls Gefangene, aus Mangel an Pflege sterben. Er verbringt einige Tage im Krankenhaus, wo er von „garçons barbiers“³ behandelt wird, in einem Bett, das von dem zuvor dort verstorbenen Verwundeten noch schmutzig ist. Sein Status als Offizier und Adliger erlaubt es ihm dann, von einer Baronin von Linz gerettet zu werden, die ihn bei einer bürgerlichen Familie in der Stadt unterbringt, und er wird von einem Zivilchirurgen behandelt. Die vollständige Behandlung dieser schweren Wunde dauert schließlich vier Jahre, wobei während dieser Zeit regelmäßig Splitter aus der Wunde austreten. Dieser außergewöhnlich detaillierte und hautnahe Bericht zeigt uns den Weg eines Verletzten vom ersten Einschlag der Kugel bis zur vollständigen Genesung. Wir entdecken sowohl die Rolle der Krankenhäuser und des Gesundheitsdienstes, aber auch die Rolle der Zivilisten oder Soldaten, die nicht Teil dieses Dienstes sind. Das Tagebuch gibt auch einen detaillierten Einblick in das Verhältnis zum eigenen Körper eines österreichischen Offiziers im frühen 19. Jahrhundert.

Dieses Dokument, das in der Bibliothek des Kriegsarchivs in Wien gefunden wurde, bildet den Ausgangspunkt der hier zusammengefassten Dissertation. Sie verfolgt den Weg der während der napoleonischen Zeit in Europa im Kampf verwundeten Soldaten vom Zeitpunkt ihrer Verletzung bis zu ihrer Rückkehr ins Regiment, ihrer Entlassung in ein Heim aufgrund einer bleibenden Behinderung oder ihrem Tod.

Das Untersuchungsfeld ist das der Feldzüge der napoleonischen Zeit, zwischen 1805 und 1813. Dieser Zeitraum ermöglicht es, der beträchtlichen Erhöhung der Truppenstärke und dem immer massiveren Einsatz der Artillerie Rechnung zu tragen. Diese Faktoren in der Entwicklung der Kriegsführung während der napoleonischen Epoche scheinen für die Untersuchung der Frage der Verwundung besonders wichtig zu sein, und zwar in einem Kontext, in dem sich die verwendeten Waffen und die Operationstechniken selbst relativ wenig weiterentwickelt haben.

Die wichtigsten technischen Entwicklungen sowohl auf dem Gebiet der Waffentechnik (Einführung des Gewehrlaufs und der Verschlussladung durch die europäischen Armeen) als auch der Chirurgie (aseptische Anästhesie) stammen aus der zweiten Hälfte des Jahrhunderts. Wunden durch Kugeln und Kanonenkugeln, also Geschossen, die durch Schwarzpulver angetrieben werden, werden im Rahmen einer Chirurgie behandelt, die Peter Stanley als „schmerzhaft, schwierig, blutig, ermüdend und gefährlich“⁴ beschreibt. Es waren vor allem die Fragen nach der Zahl der Verletzten und der

passai la nuit, appuyé sur un mort ; la soif me faisait le plus souffrir : je pissai souvent dans ma main et le bus !».

³ *Ibid.*, p. 86.

⁴ Peter STANLEY, *For fear of pain, British surgery, 1790-1850*, Amsterdam ; New York, Rodopi, coll. « The Wellcome series in the history of medicine », n° 70, 2003, p. 11 « Painful, difficult, bloody, tedious and dangerous ».

Organisation der Behandlung, die den Chirurgen in der napoleonischen Ära neue Probleme bereiteten.

In diesem Zusammenhang erschien es uns angebracht, unsere Aufmerksamkeit auf drei Landkampagnen zu richten: die von 1805, 1809 und 1813 im Hauptoperationsgebiet, mit Schwerpunkt auf französischen und österreichischen Quellen. Wir konzentrierten uns genauer, wenn auch nicht ausschließlich, auf vier große Schlachten (Austerlitz, Aspern-Essling, Wagram und Leipzig). In diesem Zusammenhang untersuchten wir, wie die Verletzten versorgt werden, indem wir fragten, wie ihr Wegeine Erfahrung der Verwundung im Kampf darstellt.

Das Wort Erfahrung ist hier nicht willkürlich gewählt und bezieht sich auf eine bestimmte (?) Geschichtsschreibung, nämlich die der historischen Anthropologie des Kriegerfaktes, von der diese Dissertation ausgeht, die aber gleichzeitig teilweise davon abweicht. Wir verwenden das Wort Erfahrung im doppelten Sinne von gelebter Erfahrung und dem aus dieser Erfahrung gewonnenen Wissen und Know-how.

Wir verfolgen den Weg der verwundeten Soldaten in einem "Bottom-up"-Ansatz, wobei wir uns für die Erfahrungen der verschiedenen beteiligten Akteure interessieren und für das, was sie behalten. Wir entlehnen diesen Ansatz aus einem Zweig der Militärgeschichte, der sich seit den 1970er Jahren und insbesondere seit John Keegans bahnbrechendem Buch "Anatomie der Schlacht"⁵, entwickelt hat.

Diese Ansätze haben die Art und Weise, wie die Geschichte des Krieges durch eine doppelte Bewegung der Annäherung des Schlachtfeldes an die Ebene des Kombattanten und der Berücksichtigung der Beteiligung kriegführender Gesellschaften gemacht wird, durch das Prisma einer sozialen und kulturellen Geschichte des bewaffneten Konflikts.

In dieser Geschichtsschreibung stellen wir die Verwundung in den Kontext der Kampferfahrung und erweitern so die Frage über den Moment des Kampfes hinaus. Verwundungen zu studieren bedeutet also, von der Kampferfahrung nach der Schlacht zu sprechen, bis hin zur Erinnerung an den Krieg. Die Frage der Verwundung ist also in erster Linie ein Ansatz, der uns Zugang zu Daten über die Beziehung der Kämpfenden in den napoleonischen Kriegen zu ihrem Körper ermöglicht, die sonst in den Quellen nicht sehr präsent sind. Es ist auch ein Ort der Beobachtung der Beziehungen zwischen Soldaten auf der Ebene von Kampfeinheiten und zwischen Soldaten und Zivilisten.

Diese Art und Weise, Verwundungen als Teil der Kampferfahrung zu berücksichtigen, war der Ausgangspunkt dieser Dissertation, aber sich darauf zu beschränken, hieße, einen wichtigen Teil der Frage zu ignorieren, da diese Verwundeten von den Gesundheitsdiensten der Armee, von Chirurgen und Ärzten versorgt, gepflegt werden, deren Rolle natürlich nicht vernachlässigt werden darf. Die

⁵ John KEEGAN, *Anatomie de la Bataille Azincourt 1415, Waterloo 1815, La Somme 1916*, Paris, Robert Laffont, 1993, 324 p.

institutionelle Dimension der Versorgung der Verletzten erschöpft das Thema zwar nicht, ist aber ein wichtiger Teil davon.

Die vorliegende Arbeit untersucht daher die institutionelle Dimension der Versorgung der Verwundeten, die durch die auf staatlicher Ebene organisierten Gesundheitsdienste der Armee erfolgt. Damit wird die Beziehung zwischen Medizin, Armee und Staat, die bereits Gegenstand der historiographischen Forschung war, erforscht. Wir stützen uns auf diese Studien, auch wenn sie sich hauptsächlich auf Bereiche und Zeiträume beziehen, die sich von unseren unterscheiden.

Ein zweifaches Konzept, das im Zentrum dieser Geschichtsschreibung steht, ist das der Militarisierung der Medizin und der Medikalisierung der Armee.

Dieser duale Prozess wird von Mark Harrison in der Einführung in die Arbeit definiert, die er gemeinsam mit Roger Cooter und Steve Sturdy zu diesem Thema herausgegeben hat:

« By medicalization, we mean the gradual extension of medical authority into new areas such as discipline and administration, together with the growing authority of medical men in the planning and conduct of military campaigns. While recognising that the process of medicalization was partial and often highly contested, the term nevertheless encompasses a complex of interconnected changes that occurred in the armed forces of most industrialized nations from the middle of the nineteenth century. The concept of militarization is no less problematic, not least because it is sometimes held to apply only to certain states (most notably Prussia, and later Imperial Germany) in which the military exercised an overwhelming political influence. However, if we accept Alfred Vagts' argument that militarism is a cultural as much as a political phenomenon (where military values are prized in civil society), then the term can be more widely applied⁶. »

Diese Analyse ist auf der Ebene der Beziehung zwischen Ärzten und Armee angesiedelt, um die gegenseitigen Einflüsse zu verstehen und den Platz dieser Interaktionen in der Medizin innerhalb der Gesellschaft auf globalere Weise zu rekonstruieren. Dieser Ansatz reintegriert die Militärmedizin und die Auswirkungen des Krieges in eine Kultur- und Sozialgeschichte der Medizin.

Auf einer eher makroskopischen Ebene wirft die Geschichtsschreibung der Militärmedizin auch die Frage auf, in welchem Verhältnis die Militärmedizin und ihre Rolle bei der Kriegsführung zur Bildung eines Staates steht, der für die Gesundheit einer Bevölkerung sorgt⁷.

In dieser Geschichtsschreibung wird auf das Ausmaß der Konflikte, die Frage nach der spezifischen Identität der Militärärzte und das Verhältnis zur Verfassung des modernen Staates eingegangen. Da das erste Ziel dieser Arbeit jedoch darin besteht, den Weg der verwundeten Soldaten zu verfolgen, verwenden wir einen etwas anderen Ansatz. Wir interessieren uns für die institutionelle Dimension,

⁶ Roger COOTER, Mark HARRISON et Steve STURDY (eds.), *Medicine and Modern Warfare*, Amsterdam [u.a.], Rodopi, 1999, p. 4.

⁷ Erica CHARTERS, *Disease, War, and the Imperial State*, Chicago and London, University of Chicago Press, 2014, 201 p.

die notwendig ist, um den Kontext zu verstehen, in dem die Verwundeten versorgt werden, aber wir untersuchen diese Behandlung aus der Sicht der Patienten und konzentrieren uns auf die Frage der Chirurgie. Ebenso sind die außerinstitutionellen Versorgungsformen und das Verhältnis zwischen Zivilisten und Verletzten zentral für diese Dissertation.

Im Hinblick auf die beiden Reiche, die im Mittelpunkt der Perspektive dieser Arbeit stehen, ist die Geschichtsschreibung zur Militärmedizin in der napoleonischen Ära sehr begrenzt. Es gibt Monographien zu bestimmten Themen⁸. Es fehlt aber noch immer an Arbeiten, die die Erfahrungen verwundeter Soldaten in den verschiedenen Phasen ihrer Versorgung zu berücksichtigen. Die Rolle der Zivilbevölkerung, die Solidarität mit verwundeten Soldaten zeigt und zwischen ihnen und anderen Akteuren vermittelt, fehlt weitgehend. Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis ist in dieser Geschichtsschreibung wenig präsent. Genau diese Lücke soll auch mit dieser These geschlossen werden.

Um diese Forschungslücke zu füllen, wurde eine Forschungsfrage um zwei Hauptthemen herum konstruiert. Erstens wollen wir, indem wir die Verwundung in den Kontext der Kampferfahrung stellen, die Erfahrungen nach dem Kampf besser verstehen und so den Untersuchungsrahmen erweitern. So ermöglicht uns die Frage nach der Verwundung einen Zugang zu der Beziehung der Soldaten der napoleonischen Ära zu ihren Körpern. Im Kontext der präanästhetischen und oft verstümmelnden Chirurgie ermöglicht uns die Untersuchung der Verletzungserfahrung ein besseres Verständnis der Beziehung von Soldaten und Chirurgen zu Schmerz und körperlicher Integrität. Dieser Ansatz erlaubt es uns auch, uns dem Verhältnis zur Männlichkeit der Soldaten jener Zeit zu nähern. Um dieser Frage besser gerecht zu werden, widmen wir auch den Operationstechniken und im weiteren Sinne den Pflorgetechniken, die in den betrachteten Armeen praktiziert werden, große Aufmerksamkeit, indem wir Anleihen bei der historischen Anthropologie des Kriegerfaktes nehmen.

Diese Verlängerung der Zeitlichkeit der Kampferfahrung nach dem Kampf wirft auch die Frage der Erinnerung auf. Die Erfahrung der Verwundung, die den Soldaten nicht nur von seinem Regiment und seiner Primärgruppe, sondern auch von der Schlacht und den Ereignissen des Feldzuges wegrißt, scheint ein besonders günstiger Moment zu sein, um die Spannungen zwischen kollektiven Erzählungen und individueller Erfahrung zu erfassen.⁹

Das zweite Thema dieser Arbeit betrifft die Organisation der Pflege. Wir wollen verstehen, wie die medizinische Einrichtung des Gesundheitsdienstes der Armee funktioniert, von der Ebene der Regelungen bis zur Ebene der täglichen Praxis und der Art und Weise, in der die Verletzten

⁸ z.B. siehe Lemaire, Jean-François, *Les blessés dans les armées napoléoniennes*, Paris, Lettrage, 1999, 336 p; Jean Marchioni, *Place à Monsieur Larrey chirurgien de la garde impériale*, Paris, Actes Sud, 2003, 563 p; Jean-François Hutin, *La campagne d'Égypte : une affaire de santé*, Paris, Editions Glyphe, 2011, 638 p.

⁹ Natalie PETITEAU, *Ecrire la mémoire : Les mémorialistes de la Révolution et de l'Empire*, Paris, Les Indes savantes, 2012, 312 p.

behandelt werden. Insbesondere interessieren wir uns für die Beziehung zwischen Chirurgen und Patienten. In diesem Zusammenhang versuchen wir, die Erfahrungen der Verwundeten mit der militärischen Chirurgie - insbesondere mit Operationen - zu verstehen, aber auch, wie die Sanitätsdienste der Armee aufgebaut sind und welche Beziehungen zwischen den Verwundeten, den Chirurgen, der Armee und den medizinischen Einrichtungen festgestellt werden können. Es geht auch darum, die Formen der para-institutionellen Betreuung zu verstehen, die Beziehungen zwischen zivilen Soldaten, primärer Gruppensolidarität, Vereinbarungen vor dem Kampf und sozialen Netzwerke umsetzen.

Anhand dieser beiden Themen untersucht die Dissertation den Weg der im Kampf verwundeten Soldaten während der Napoleonischen Kriege an der Schnittstelle zwischen der individuellen und sogar intimen Erfahrung der Akteure und dem kollektiven, institutionell verankerten sozialen Phänomen der Wundversorgung.

Das ursprüngliche Ziel dieser Arbeit war es, das Phänomen der Kampfverletzungen auf europäischer Ebene zu verfolgen. Es schien uns, dass die Zusammensetzung der Armeen und die Routen der Evakuierungswege die nationale Ebene irrelevant machten.

Die Entscheidung für eine europäische Ebene ist nicht ohne Schwierigkeiten. Dies hat zu einer Kompromisslösung geführt. Wir untersuchen die Behandlung von Soldaten, die während der Feldzüge von 1805, 1809 und 1813 verwundet wurden, im Hauptoperationsfeld mit Schwerpunkt auf den napoleonischen und österreichischen Armeen. In Bezug auf diese Armeen wurden weitere Untersuchungen zur Organisation der Gesundheitswesen durchgeführt. Diese Kompromisslösung ermöglicht es uns, Phänomene zu erfassen, die über den nationalen oder sogar imperialen Rahmen hinausgehen, und gleichzeitig ein genaues Verständnis der Institutionen zweier Kaiserreiche zu erhalten.

Die uns zur Verfügung stehenden Quellen sind unterschiedlicher Art und Herkunft. Wir verwenden sowohl archivierte als auch veröffentlichte Quellen, die über mehrere europäische Länder verstreut waren. Aufgrund dieser Vielfalt schlagen wir hier eine Typologie dieser Quellen vor.

Die erste Kategorie von Quellen ist die der Aussage: die der Verwundeten, aber auch die ihrer Kameraden, der Pfleger oder sogar von Zivilisten. Dies sind die Hauptquellen für die Auseinandersetzung mit den Verletzungserfahrungen auf der Ebene der einzelnen Kombattanten und der primären Gruppen von Kombattanten. Sie sind auch die Quellen, die mehr als andere den Zugang zu nicht-institutionellen Versorgungsformen ermöglichen, die in den Archiven kaum Spuren hinterlassen. Zu dieser ersten Kategorie gehören Memoiren, Briefe und Tagebücher. Wir haben auch eine Sammlung von kollektiven mündlichen Berichten pro Gemeinde, die anlässlich des 50. Jahrestages der Schlacht bei Leipzig gesammelt wurden.

Die zweite große Quellenkategorie, medizinische Quellen, ist in einer Dissertation, die sich mit militärischer Chirurgie befasst, natürlich zentral. Diese Quellen ermöglichen es, die Behandlungsmethoden der Verwundeten, insbesondere die Art der durchgeführten Operationen, zu verstehen, die verfügbaren chirurgischen Instrumente und die Debatten zu kennen, die den medizinischen Bereich der damaligen Zeit sowohl in Bezug auf die Behandlung von Krankheiten oder Operationsmethoden als auch in Bezug auf organisatorische Fragen beunruhigen. Medizinische Dissertationen, Fallstudien und Inspektionsberichte fallen in diese Kategorie.

Die dritte Kategorie von Quellen, über die wir verfügen, sind Rechts- und Verwaltungstexte. Wir konzentrieren uns auf Texte, die sowohl im napoleonischen Reich als auch im Kaiserreich Österreich anwendbar waren. Wir interessieren uns für die Geschichte der Umsetzung der Gesetzgebung bezüglich des Militärgesundheitswesens und der damit verbundenen Reformen.

Die vierte Hauptquellenkategorie besteht aus administrative Quellen. In dieser breit gefassten Kategorie fassen wir eine Vielzahl von Quellen zusammen, denen gemeinsam ist, dass sie von der Verwaltung der Gesundheitsdienste der Armeen oder der Armee im Allgemeinen erstellt oder an diese gesandt wurden. Zu dieser Kategorie gehören Verwaltungskorrespondenz, Bestellungen und Anweisungen, Beschwerden, Berichte von Untersuchungskommissionen sowie Lieferverträge und Buchhaltungsunterlagen.

Schließlich haben wir serielle Quellen unterschiedlicher Herkunft und Art. Zwei dieser Quellen waren Gegenstand einer besonders detaillierten Analyse, auf die wir später noch zurückkommen werden. Erstens haben wir eine tertiäre Quelle zum Feldzug von 1805, ein Wörterbuch, das eine Kurzbiografie der 1.537 französischen Soldaten enthält, die bei Austerlitz gefallen sind. Dieses Werk wurde von den Quintins verfasst¹⁰. Darüber hinaus haben wir in den sächsischen Archiven ein Register mit Informationen über 1.750 verwundete französische Soldaten, die im Juni 1813 in der Stadt Dresden einquartiert wurden, gefunden. Zu den erfassten Informationen gehören Daten über die Art der Verwundungen, die Wohnverhältnisse und die erhaltene medizinische Versorgung¹¹.

Diese fünf Hauptkategorien vereinen die überwiegende Mehrheit der in dieser Arbeit verwendeten Quellen sowie diejenigen, die den Kern des in der Analyse betrachteten Materials bilden. Sie alle sind Textquellen. Allerdings verwenden wir am Rand auch nicht-textuelle Quellen (Ikonographie und archäologische Quellen), und zwar hauptsächlich zur Veranschaulichung.

Die Analyse so unterschiedlicher Quellen erforderte methodische Anpassungsfähigkeit durch die Annahme spezifischer Verarbeitungsmethoden für verschiedene Arten von Quellen. Die Analysen in dieser Arbeit verwenden daher sowohl qualitative als auch quantitative Methoden.

¹⁰ Bernard QUINTIN et Danielle QUINTIN, *Austerlitz*, Paris, Archives et culture, 2004, 298 p.

¹¹ SÄCHSISCHES STAATSARCHIV-HAUPTSTAATSARCHIV DRESDEN, « 10036 - Finanzarchiv Loc. 35083, Rep. 54b, Nr. 0146A et b Begutachtung der in Privatwohnungen untergebrachten Verwundeten der französischen Armee »,.

Der Gliederung der Dissertation folgt den verschiedenen Etappen des Versorgungsweges eines verwundeten Soldaten, genauer gesagt den verschiedenen möglichen Wegen, vom Tag vor der Schlacht bis zur teilweisen oder vollständigen Heilung oder zum Tod. Wir achten immer auf die verschiedenen beteiligten Akteure und auf die institutionellen Dimensionen, aber im Mittelpunkt der Argumentation steht der Verletzte. Nach den wichtigsten Etappen auf dem Weg der Verwundeten geordnet, besteht die Gliederung dieser Arbeit aus fünf Teilen, die in insgesamt zwölf Kapitel unterteilt sind.

Im ersten Teil beginnen wir mit einem Überblick über die Organisation der beiden in Frage kommenden Gesundheitsdienste und die Vorbereitungen für den Kampf, die getroffen wurden. Ein zweiter Teil behandelt den Weg der Verwundeten vom Schlachtfeld zum Krankenwagen, unterteilt in drei Kapitel, die sich mit dem Moment der Verletzung, dem Zugang zur ersten Hilfe und der ersten Hilfe selbst befassen. Ein dritter Teil befasst sich mit der Krankenhausversorgung und Evakuierung. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Besonderheiten des Feldzuges von 1813 und der Völkerschlacht bei Leipzig. Ein vierter Teil befasst sich mit Formen der Pflege außerhalb von Krankenhäusern: Regimentspflege, Pflege durch Zivilisten und der Sonderfall der Pflegewege von Generaloffizieren. Ein fünfter und letzter Teil befasst sich mit der Frage nach den Folgen der Verwundung und der Art und Weise, wie diese erzählt wird.

KAPITEL 1: VOR DER SCHLACHT: ORGANISATION

1. Maria-Theresia, Joseph II, Louis XIV und la Convention, der Gesundheitswesen der Armee in Frankreich und Österreich vor 1805

Sowohl in Frankreich, als auch in Österreich ging die Gründung eines Militärischen Gesundheitsdienstes als direkt vom Staat abhängige Institution auf das 18. Jahrhundert zurück. Im Königreich Frankreich war es ein königliches Edikt, das 1708 von Louis XIV. erlassen wurde und mit dem der Gesundheitsdienst der Armee gegründet wurde¹². Im 18. Jahrhundert gab es zahlreiche Umstrukturierungen, und befand sich der Dienst aufgrund von Sparmaßnahmen in einem desolaten Zustand. In der Folgezeit übernahmen die unterschiedlichen Revolutionsregierungen allerdings wenig von der Organisation des Sanitätsdienstes der Armee des Ancien Régime bei, und die Gesetze, die während der napoleonischen Ära galten, waren weitgehend die der Revolutionszeit.

In Österreich gab es keine Gesetzgebung, die mit dem Edikt von 1708 zur Schaffung eines Armeegesundheitsdienstes in Frankreich vergleichbar wäre. Ein solcher Dienst existiert jedoch in der Praxis, er wurde allerdings erst später als in Frankreich unter staatliche Kontrolle gestellt: Vor den Reformen unter Maria-Theresia in den Jahren 1740, 1770 und 1773 und unter Joseph II. zwischen 1780 und 1790 bestand die einzige Regelung darin, jedem Regiment eine bestimmte Anzahl an Ärzten zu zuteilen ; diese Regelung stammte aus dem Jahr 1718. Die Instruktion für einen *bey dem Militare Angestellten Medicum*, 1775, geändert 1779 und das *Reglement für die Kaiserl. Koenigl. Feldchirurgen in Kriegszeiten*, von 1788 waren die beiden wichtigsten Texte für Armeechirurgen. Das letztere dieser Dokumente war während der napoleonischen Periode noch weitgehend in Verwendung. Der andere wichtige Schritt war die Gründung des Josephinums, d.h. der Medizinisch-Chirurgischen Akademie. Dieses wurde 1784 von Joseph II. auf der Grundlage eines teilweise von Brambilla entworfenen Projekts gegründet, 1785 eröffnet und war für die Ausbildung des Personals des Sanitätsdienstes der Armee zuständig.

2. Der Militärgesundheitsdienst: Französische Gesetzgebung

Die zur napoleonischen Zeit geltende Regulierung des Militärgesundheitsdienstes bestand aus Gesetzen, die zwischen 1793/1794 und 1813 erlassen wurden. Das Dekret vom 2. Ventôse-Jahr II mit den dazugehörigen Verordnungen ist bei weitem der längste und vollständigste Text dieser Zeit. Hinsichtlich der Ausrichtung des Gesundheitsdienstes der Armee und seiner administrativen Organisation ist er vielfach modifiziert worden, für den Rest seiner Bestimmungen blieb er dagegen

¹² Comité d'histoire du service de santé, Histoire de la médecine aux armées; Tome 1 : De l'Antiquité à la Révolution, Paris, Lavauzelle, 1982, p. 396.

weitgehend gültig. Das Dekret befasste sich mit der Rekrutierung von Personal, durch Prüfung im Auswahlverfahren; den Beziehungen zur Verwaltung, welche die Kontrolle über den Dienst hatte; und der Organisation von Krankenhäusern und Evakuierungen. Das Konsulat änderte außerdem die Leitung des Gesundheitsdienstes der Armee. Mit dem Dekret vom 9. Frimaire, An XII (30. November 1804) wurde das Korps der Generalinspektoren geschaffen. Ein abschließendes Dekret vom 6. April 1813 änderte die Organisation des Gesundheitsdienstes der Armee. Dieses Dekret trug erheblich dazu bei, die Organisation der Ambulanzen des Regiments und der Divisionen zu klären, indem es die Ausrüstung und das Personal festlegte welche jeder Abteilung zustanden und so einen rechtlichen Rahmen für die teilweise unterschiedlichen Praktiken schuf.

3. Der Militärgesundheitsdienst: Österreichische Gesetzgebung

Für den Gesundheitsdienst des k.k. Österreichischen Heeres galt in erster Linie die Gesetzgebung von 1788, die von Johann Alexander von Brambilla, dem Chefarzt Josephs II., verfasst wurde. Das Reglement war in vierzehn Kapitel unterteilt, die sich mit der Rolle der verschiedenen Arten von Personal, sowie der Organisation der Versorgung im Krankenhaus, im Regiment und auf dem Schlachtfeld befassten. Das Reglement legte auch die Strategie für die Rekrutierung von Chirurgen fest. Der Gesundheitsdienst der Armee wurde sowohl dem Militärkommando, als auch dem Hofkriegsrath unterstellt. Darüber hinaus stellte die Hygiene, insbesondere die Luftqualität, ein wichtiges Anliegen dar.

Diese Richtlinien wurden auch während der napoleonischen Ära angewendet, obwohl man ab 1805 langsam Reformen einführte, die hauptsächlich die Verwaltung der provisorischen Krankenhäuser und die Organisation der Krankenwagen betrafen, zwei Punkte, in denen die Verordnung von 1788 eher vage blieb. Ein erster Text hierzu, bei dem es sich um eine Arbeitsversion handelte, wurde 1808 verfasst. Genauere Anweisungen wurden 1809 für die Errichtung von Militärkrankenhäusern, sowie für Ambulanzen und Sanitätskompanien erstellt. Bei Salomon Kirchenberger wird eine Fassung der Vorschriften des Gesundheitsdienstes der österreichischen Armeen von 1811 erwähnt, die jedoch im Kriegsarchiv von mir nicht gefunden werden konnte. Diese verschiedenen Reformen wurden dann 1815 veröffentlicht, wobei es insbesondere um die Krankenhäuser ging.

4. Größere Mängel und Verbesserungsprojekte

Die Regelungen der Gesundheitsdienste der beiden beteiligten Armeen vermitteln das Bild eines gut geölkten Systems mit präzisen Verfahren. Ohne die Wirksamkeit dieser Vorschriften zu leugnen, die das herkömmliche Bild von mangelnder Sorgfalt und völligem Chaos in den Armeen der napoleonischen Epoche teilweise in Frage stellen, dürfen wir nicht in den entgegengesetzten Exzess verfallen und, indem wir diese Quellen ohne Vorsichtsmaßnahmen nehmen, Normen und Realität verwechseln. Daher gilt es auch sich mit den Elementen zu befassen, die Anlass zur Kritik an der Organisation der Militärgesundheitsdienste gegeben haben. Dazu werden in diesem Teil einige der

von Ärzten und Chirurgen im Militärgesundheitsdienst vorgeschlagenen Projekte zur Dienstverbesserung vorgestellt.

Kritisiert wurde vor allem der Transport der Verwundeten, die Anzahl und Kompetenz der rekrutierten Chirurgen und zivilen Helfer, die Verfahren für die Aufnahme in Krankenhäuser, die Ausstattung der Ambulanzen, die Behandlung von alliierten Verwundeten und Kranken, besonders im Österreichischen Heer, sowie die Sterblichkeit im Zusammenhang mit Epidemien. Einige Kritikpunkte waren globaler und prangerten eine totale Desorganisation des Gesundheitsdienstes der Armeen an. Darüber hinaus wurde vor allem in den Memoiren, über Korruption und Feigheit der Verwalter geklagt.

Angesichts dieser Schwierigkeiten wurden Verbesserungen vorgeschlagen, dabei standen nicht die Organisation und Regulierung, sondern eine Verbesserung der Ausrüstung des Militärgesundheitsdienstes im Mittelpunkt. Es scheint, dass eine ganze Reihe solcher Projekte mit einem gewissen Pessimismus hinsichtlich ihres praktischen Nutzens parallel bestanden.

5. Der Militärchirurg als Beruf

In diesem Abschnitt stand das Verhältnis der Militärchirurgen der napoleonischen Ära zu ihrem Beruf im Fokus. Eine der Fragen war dabei die nach der Professionalisierung des Militärchirurgen, wie sie in der angelsächsischen Geschichtsschreibung zu finden ist, um zu sehen, ob dieses Modell auf die Chirurgen in Frankreich und Österreich übertragen werden kann. Des Weiteren ging es um die militärische Identität der Chirurgen.

In diesem Bereich war die Situation der französischen und österreichischen Gesundheitsdienste gesetzlich sehr unterschiedlich, was in der Praxis zu einer größeren Verletzlichkeit der französischen Ärzte und Chirurgen führte. Die militärische Identität der Angehörigen der Gesundheitsdienste blieb fragil und befand sich in beiden Armeen in ständigem Wandel. Eine wichtige Rolle spielte dabei die vielfach schlechte Arbeitssituation der Gesundheitsdienste. Die militärische Identität hing sehr stark davon ab, wie effektiv die Ärzte ihrer Arbeit nachgehen konnten, und wie gut sie in die regulären Truppen integriert waren. Die Spannweite reichte dabei von einer starken Assimilation, aufgrund von Tapferkeit unter Feuer, besonders bei Feldchirurgen, Anerkennung für das persönliche Risiko sich Ansteckungen auszusetzen, den unermüdlichen Einsatz um Soldaten trotz massiver Erschöpfung mit einer Amputation das Leben zu retten und ihnen Mitgefühl entgegen zu bringen, bis hin zu Ärzten die bewusst eine spezifisch medizinisch-zivile Identität kultivierten und den Posten als Militärarzt vor allem als einen Karriereschritt verstanden.

KAPITEL 2: VOR DER SCHLACHT: VORBEREITUNG UND DARSTELLUNGEN

1. Der Gesundheitsdienst am Vorabend einer Schlacht

Bereits zu Beginn des Krieges wurde die Organisation des Gesundheitsdienstes der Armee auf die Probe gestellt. Das nach den Vorschriften erforderliche Personal und die Ausrüstung waren, sowohl im französischen, als auch im österreichischen Heer, in Kriegs- und in Friedenszeiten unterschiedlich. Es war daher notwendig, das erforderliche zusätzliche Personal zu rekrutieren und die entsprechende Ausrüstung zu kaufen oder anzufordern. Lieferverträge und die Beschäftigung von Personal, das zuvor in Bereitschaft war, wurden aktiviert.

Im Kontext einer großen Schlacht verschärften sich diese Spannungen noch weiter, zumal die Schlachten, die hier untersucht wurden, nicht zu Beginn der Feldzüge stattfanden. Die Vorbereitung einer Schlacht im Gesundheitsdienst der Armee, wenn sie vorhersehbar war, was nicht immer der Fall war, bestand in erster Linie darin, die Anwesenheit von genügend Personal sicherzustellen. Dazu suchte man ausreichend qualifizierte Personen, um die Versorgung angesichts eines massiven Zustroms von Verletzten sicherzustellen. Notfallrekrutierungen sind in beiden Armeen dokumentiert, manchmal auch direkt auf dem Schlachtfeld selbst. Eine weitere Maßnahme war, die Krankenhäuser durch präventive Evakuierungen der leichtesten Verletzten und Kranken zu leeren. Zusätzlich wurden provisorische Krankenhäuser eingerichtet.

Der Mangel an Versorgungsgütern zwang die Chirurgen dazu, die vor Ort verfügbaren Mittel zu nutzen. Schon die Vorbereitung der Schlacht kündigte einige der Merkmale der Organisation der Versorgung der Verwundeten bei der Fortsetzung ihrer Reise an. Wichtige Maßnahmen wurden durch einen ziemlich massiven Verwaltungsapparat umgesetzt, der eine große Menge von Aufträgen und Anweisungen produzierte. Medizinisches Personal und Ressourcen hatten dabei Mühe mitzuhalten. Ärzte und Chirurgen kamen dazu, das einzusetzen, was Percy und Coste als Mittel der „Notwendigkeit“¹³ bezeichnen, wozu auch der Einsatz von Zivilisten bei der Versorgung der Verwundeten gehörte. Dadurch wurde die Wunde zu einem Kontaktpunkt zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen, der militärischen und der zivilen, mit vielfältigen Folgen, die in Kapitel 9 thematisiert werden.

2. Chirurgen: Vorbereitung der Ambulanz, Fragen zur Ausrüstung

Die erste Frage, die sich auf dieser Ebene stellt, ist die Positionierung der Ambulanzen. Sowohl nach französischen, als auch nach österreichischen Vorschriften, mussten sie sich im hinteren Bereich des Schlachtfeldes befinden, geschützt vor feindlichem Beschuss, aber nahe genug, damit die Leichtverletzten sie allein erreichen und die Begleitpersonen der Schwerverletzten schnell in

¹³ Archives du SSA, Val de Grâce, « Carton n°10 ».

den Kampf zurückkehren konnten. Darüber hinaus scheint es bereits einen gewissen europäischen Standard gegeben zu haben, eine Norm, die sich aus einem Kompromiss zwischen mehreren Notwendigkeiten ergab, wie in diesem Text von 1814 über die Positionierung der ersten Feldkrankenhäuser durch einen preußischen Arzt, J.-G. Schiffmann, gezeigt wird:

„Es kommt nur darauf an, zu bestimmen, wie nah oder in welcher Entfernung sie [die Spitäler] von der Armee sein müssen. Der Zweck derselben ist, so viel als möglich bald nach der Verwundung den ersten Verband anzulegen, um den bei diesen so mannigfaltigen Verletzungen gefährlichen Zufall: das Verbluten, zu verhindern. Ist das Hospital zu fern, so kann dies momentan nicht geschehen, und im Gegenteil, ist es der Armee wieder zu nahe, so ist es bei dem besten Willen und Wissen eine Unmöglichkeit, zweckmäßig den Verband anzulegen, und mit Schwierigkeiten verbunden, für den weitem Transport und für die in dem ersten Augenblick so notwendig Erquickung des erschöpften Verwundeten Sorge tragen zu können. Es fragt sich also, wo ist das ambulirende Hospital an seinem Platz? Da, wo man mit Ruhe und Überlegung den Verband anlegen, und da, von man jene Bedingungen reeller erfüllen kann. Dies ist meines Dafürhaltens da, wo der Verwundete ausser der Schusslinie des großen Geschütze sich befindet, in deren Nähe man gewöhnlich Dörfer oder Städte antrifft, die das notwendig Erforderliche in dem ersten Augenblick darbieten. Hierher müssen alle Verwundete von dem Schlachtfelde aus durch die dazu besonders bestimmten Compagnieen geschafft werden, wo sie einen zweckmäßigen passenden Verband von dem hier anwesend sämtlichen ärztlich-chirurgischen Personale erwarten können¹⁴.“

Auch in diesem Zusammenhang wurde der Einsatz von Zivilisten und der Einfallsreichtum der Chirurgen, die oft die Mindestausrüstung mit sich führen, genutzt.

3. Kämpfer: soziale, religiöse und abergläubische Praktiken zur Vermeidung von Verletzungen

Hinweise auf religiöse Praktiken am Vorabend von Schlachten sind in den zur Verfügung stehenden Quellen selten, und dies sowohl bei den Österreichern, als auch bei den Franzosen, trotz des unterschiedlichen offiziellen Status religiöser Praktiken innerhalb der beiden Armeen. Es fanden sich jedoch einige Hinweise auf abergläubischen Praktiken rund um Wunden, etwa Amulette und andere spezifische Gebete, die Zaubersprüchen ähneln.

Die Vorbereitung auf die Möglichkeit einer Verletzung scheint jedoch hauptsächlich auf der Ebene der Primärgruppe erfolgt zu sein. Dieses aus der Soziologie abgeleitete Konzept bezieht sich auf eine kleine Gruppe von Menschen, die über einen bestimmten Zeitraum stabil ist und deren Beziehungen enger und häufiger Natur sind. In der Militärgeschichte wurde der Begriff verwendet, um eine Gruppe von Soldaten zu bezeichnen, die gemeinsam leben, essen, kämpfen und gegebenenfalls sterben. Das Konzept wurde ursprünglich verwendet, um die Kampfmotivation zu verstehen¹⁵.

¹⁴ J. G. Schiffmann, *Verhältnisse des Militair-Arzttes.*, Potsdam, Horvath, 1814, p. 24-25.

¹⁵ Edward A. Shils et Morris Janowitz, « Cohesion and Disintegration in the Wehrmacht in World War II », *Public Opinion Quarterly*, vol. 12, no 2, 1 Janvier 1948, pp. 280-315.

Beispielsweise gab es dokumentierte Versprechen, einander im Falle einer Verletzung zu helfen, und auch ohne ausdrückliches Versprechen scheint der Besuch von Kameraden im Krankenhaus oder die Benachrichtigung der Familie Teil der sozialen Gepflogenheiten gewesen zu sein.

Eine besonders interessante Variante dieser Vorbereitungen auf eine Verletzung sind die Berichte von Vorahnungen, die in den Quellen allgegenwärtig sind. Es wurden parallel eine französische und eine österreichische Darstellung von Vorahnungen untersucht, die in ihrer Struktur und Sprache bemerkenswert ähnlich waren. Daraus ließ sich schließen, dass die Darstellungen von Vorahnungen zumindest in den untersuchten Texten ein Mittel waren, um den Tod von Soldaten und Freunden, die plötzlich oder allein gestorben waren, innerhalb der nachträglichen Erzählung vorzubereiten. Es stellte eine Art literarische Möglichkeit dar, die Unmöglichkeit einer vollständigen Vorbereitung auf den Tod auszugleichen.

KAPITEL 3: DER AUGENBLICK DER VERLETZUNG

1. Was ist eine Verwundung im Napoleonischen Zeitalter?

Die Definition einer Verletzung scheint recht weit gefasst worden zu sein. Eine Quetsch- oder Schürfwunde ist zumindest für Offiziere bereits als Verletzung belegt, und wahrscheinlich galt dies auch für Soldaten. Verletzungen aufgrund von Kälte, Geh- oder Reitunfällen wurden ebenfalls als solche gezählt. Für diese Soldaten scheint es eine Kontinuität zu geben in die Erfahrung, von der durch einen Säbel verursachten Wunde, die schwach getragen wird, wenn man sich über den Hals des Pferdes lehnt, bis hin zum Kanonenschuss, der ein Glied abreißt.

2. Welche Auswirkungen hatten die damaligen Waffen auf den Körper? Physikalische Beschreibungen von Wunden.

In diesem Abschnitt werden die körperlichen Auswirkungen von Verletzungen, die durch die verschiedenen Waffentypen der napoleonischen Ära verursacht wurden, eingehend untersucht. Die Grundlage bildeten dabei archäologische Quellen, die es ermöglichen, die verursachten Schäden sichtbar zu machen. Des Weiteren wurden medizinische Berichte, Fallstudien und Autopsie Berichte analysiert, in denen die Schäden im Einzelnen aufgeführt sind. Besonders wird dabei auf Artillerie-Wunden hingewiesen, die Körperteile gänzlich unkenntlich machen und Gliedmaßen abreißen konnten. Darüber hinaus wird die Gefahr von Entstellung durch scharfkantige Waffen thematisiert.

3. Wundarten auf den Schlachtfeldern der napoleonischen Ära: Quantitative Analyse

Anhand der in Austerlitz gefallenen französischen Soldaten wurde eine Analyse der in den napoleonischen Kriegen getöteten und verwundeten Soldaten angefertigt. Dieser Ansatz unterliegt allerdings einer offensichtlichen Einschränkung: Die ausgewerteten Quellen listen ausschließlich Wunden, die zum Tod geführt haben. Wie jedoch bereits deutlich wurde, haben viele der Verletzten ihre Verwundungen überlebt und kamen besonders kleinere Verletzungen häufig vor. Diese Verzerrung konnte aufgrund der verfügbaren Quellen nicht vermieden werden. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung ist darauf hinzuweisen, dass dadurch Zugang zu einer anderen Gruppe von Akteuren besteht, als diejenigen, die später Memoiren verfassten.

Die Hauptinformationsquelle, aus der dieses Portrait verwundeter Soldaten erstellt wurde, ist eine SQL-Datenbank, in der die verfügbaren Informationen über die 1537 französischen Soldaten gesammelt werden, in der Schlacht von Austerlitz gefallen sind. Die Datenbank wurde mit Hilfe der

Wörterbucheinträge aufgebaut, die Quintin und Quintin diesen Soldaten in ihrer Veröffentlichung von 2004 gewidmet haben¹⁶.

Der grundsätzliche Datensatz für jeden Soldaten, der natürlich nicht in allen Fällen vollständig ist, umfasst folgende Angaben: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Departement der Geburt, Datum des Dienstantritts, Art des Dienstantritts, Orden der Ehrenlegion, Rang im Jahre 1805, Rangstufe, Waffe, Dienst oder nicht in der Kaiserlichen Garde, Division, Regiment, Todesdatum, Ort des Todes, Art der Verletzung, Ort der Verletzung am Körper.

Die meisten Soldaten, die in Austerlitz starben waren zwischen 22 und 35 Jahre alt, allerdings gab es auch einige besonders junge oder alte Soldaten, die mit 15 bzw. 56 Jahren fielen. Die Wehrpflichtigen, die erst seit kurzer Zeit in den Armeen waren, scheinen besonders häufig ums Leben gekommen zu sein.

Auch die Analyse der Dienstzeit der in Austerlitz verstorbenen Soldaten gibt einige aufschlussreiche Informationen. Die durchschnittliche Dienstzeit der verstorbenen Soldaten betrug 6,5 Jahre, der Median liegt bei 5 Jahren. Auch die Daten und Modalitäten der Dienstantritte, im Zusammenhang mit der Einführung der Konskription, sowie die Waffengattung, mit denen gedient wurden, wurde analysiert. Dabei lässt sich sagen, dass der Großteil der gefallenen Soldaten Teil der Infanterie war.

Was die Art der erhaltenen Verletzungen betrifft, so stehen diese Informationen nur in 22,7% der Fälle zur Verfügung. Nimmt man diese geringe Rücklaufquote, und die damit verbundene fragwürdige Repräsentativität in Kauf, ergibt sich daraus folgende statistische Verteilung: Schussverletzungen machten 56% der Fälle aus, was mit den Verlusten der Infanterie übereinstimmte. Stichwunden waren hingegen nur für 4% der Todesfälle verantwortlich. Die auffälligste Zahl war jedoch der Anteil der Todesfälle, die der Artillerie zugeschrieben wurden, diese lag nämlich bei 48%. Selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es sich um tödliche Wunden handelte, was erklären könnte, warum Verletzungen durch die Artillerie überrepräsentiert waren, bleibt die Zahl hoch. Die Hypothese eines Quellen-Bias scheint daher schlüssig.

Um die Ursachen für die ungleiche Vollständigkeit der verfügbaren Informationen besser zu verstehen, wurde außerdem eine Teilstudie der von Quintin und Quintin verwendeten Primärquellen durchgeführt.

4. Kollektivdarstellungen zu Verletzungen: Totenscheine des Regiments und Berichte über Verluste.

Um die in der Datenbank verfügbaren Informationen über diese kollektiven Darstellungen der Verletzung besser zu verstehen, wurden die Personstand der Regimenter näher untersucht. Die

¹⁶ Bernard QUINTIN et Danielle QUINTIN, *Austerlitz*, Paris, Archives et culture, 2004, 298 p.

berücksichtigten Regimenter sind: die 39. Linie¹⁷, die 27. leichte¹⁸, die 1. Kürassier¹⁹, die 8. Husaren²⁰, die 4. und 7. Fußartillerie²¹ und schließlich das Regiment der Kaiserlichen Garde der Fußgrenadiere²². Die Regimentsregister im Feld wurden von einem Offizier, oft dem Zahlmeister des Regiments, geführt, der auch als Standesbeamter fungierte.

Der Tod und die Verletzung einer großen Zahl von Soldaten ist nicht nur in die Memoiren eingegangen. Es handelte sich dabei nicht ausschließlich um eine individuelle, sondern auch um eine kollektive Erfahrung. Als solche war damit eine gewisse Organisation verbunden, die dafür sorgte, diese Erfahrung auf Eben des Regiments zu bewältigen. Wenn in den Memoiren am Ende von Schlachten oft Listen der Toten und Verwundeten aufgeführt werden, so liegt das auch daran, dass das Zählen der Toten eine ritualisierte Praxis auf Regimentsebene darstellte.

In den Personenstandsbüchern bezeugten ein oder mehrere Zeugen den Tod. Diese kamen aus dem gleichen Regiment, fast immer aus der gleichen Kompanie. Im Falle von Artillerieverletzungen, sowie in Fällen, in denen die Umstände des Todes als besonders ehrenhaft angesehen wurden, waren die Berichte besonders detailliert. Es finden sich auch große Unterschiede in der Genauigkeit der Sterbeurkunden je nach Regiment und zahlendem Offizier. Der Quelleffekt scheint dadurch bestätigt zu werden.

5. Beschreibungen von Augenzeugen in Memoiren über den Augenblick der Verletzung

Individuelle und sogar intime Erfahrung, der erste Angriff, und die damit verbundenen Opfer, sind bei einer Schlacht meist öffentlich. Die Art und Weise, diesen Moment zu erzählen, grieff auf kodifizierte, Formulierungen und Beschreibungen. Es meint aber nicht dass die individuellen Erfahrungen nicht beschrieben werden können.

Die erste Möglichkeit, sich der Geschichte der Verletzung zu nähern, war die einfache Erwähnung, die Zweite war die der Verlustliste. Häufig führte die Konfrontation mit massiven Verletzungen dazu, die Auswirkungen mit einer gewissen Kühle und Distanz beschrieben wurden. Das Ausmaß an verwundeten Soldaten verursachte jedoch nicht nur diese Art von Reaktion. Es wurde auch vom Schrecken über den Tod oder die Verletzung von Soldaten gesprochen, insbesondere wenn es sich um Männer aus der eigenen Abteilung handelte.

Geschichten über die Verletzungen anderer wurden hauptsächlich niedergeschrieben, wenn es sich um schwere Wunden handelte, die zum Tod geführt haben. Diese Berichte waren oft sehr genau, selbst Jahrzehnte nach den Ereignissen. Daher wird die Hypothese aufgestellt, dass dies eine Form

¹⁷ SHD, « Xz 34 ».

¹⁸ SHD, « Xz 55 ».

¹⁹ SHD, « Xz 57 ».

²⁰ SHD, « Xz 60 ».

²¹ SHD, « Xz 61 ».

²² SHD, « Xz 21 » ; SHD, « Xz 22 ».

der Würdigung der Verstorbenen war. Wenn die verletzte Person nicht starb, wurde die Verletzung in der Regel nur erwähnt, wenn es eine besondere Verbindung zwischen dem Erzähler und der verletzten Person gab. Es wurde für diese Arbeit eine Vielfalt solcher Erzählungen analysiert, mit Motiven heroischer Todesfälle und verschiedenen Variationen, die Raum für tragische Zufälle ließen oder manchmal sogar den Tod als direkte Folge abweichenden oder dummen Verhaltens darstellten.

In den Beschreibungen der Verletzungen, die der Autor selbst erhalten hatte, konnten drei Elemente identifiziert werden, die regelmäßig wiederkehren: die Erwähnung von Blut, die Darstellung von Schmerz und die Konfrontation mit der Möglichkeit des eigenen Todes. Dazu werden in der Arbeit mehrere besonders detaillierte Verletzungsberichte näher besprochen.

Mit Abstand zu den Geschossen auf dem Schlachtfeld niedergeschrieben, stellt sich der Moment der Verwundung im Kampfgetümmel, in den Erinnerungsberichten als eine untrennbar intime, körperliche und gleichzeitig kollektive und kulturelle Erfahrung dar.

KAPITEL 4: VON DER VERLETZUNG ZUR AMBULANZ

1. Leichte Verletzungen: Fortsetzung des Kampfes oder Selbstständige Evakuierung

Eine erstere Gruppe bilden Soldaten, deren Verletzungen leicht genug waren, um den Kampf fortzusetzen oder selbst und ohne Hilfe den Weg zu den Ambulanzen zu finden. In den Erinnerungsberichten gibt es viele Fälle von Offizieren und Soldaten, die sich als Verwundete dafür entschieden, im Kampf zu bleiben. Dies war eine Haltung, die vor allem bei Offizieren als besonders ehrenwert galt, natürlich muss man hierbei auf die Intention der Quelle achten.

Die Verpflichtung zur Fortsetzung des Kampfes nach einer leichten Verletzung, oder zur schnellen Rückkehr zum Kampf, war außerdem geboten, um gegebenenfalls den Respekt der Untergebenen aufrecht zu erhalten. Der Rückzug mit einer leichten Wunde galt als beschämend und der Verdacht der Feigheit fiel schnell auf denjenigen, der das Schlachtfeld bei erster Gelegenheit verließ. Die Last der Pflicht war besonders groß, wenn der Tod oder eine schwere Verletzung anderer Offiziere die Aufrechterhaltung des Kommandos erforderlich machte. Diese Darstellungen existieren in beiden betrachteten Armeen, ohne dass signifikante Unterschiede erkennbar sind. Die Beurteilung der Schwere einer Verletzung und ob sie behandlungsbedürftig war oder nicht, variierte je nach den Kampfbedingungen. Sie konnte sich auch im Laufe des Kampfes ändern.

Die Verwundeten, die sich selbstständig bewegen konnten, gingen allein oder manchmal mit Hilfe ihrer Kameraden vom Schlachtfeld und suchten das Ambulanz auf. In diesen Fällen hatten Kavalleristen und, in geringerem Maße auch Artilleristen, gegenüber Infanteristen einen eindeutigen

Vorteil, nämlich den, dass sie über Pferde verfügten, mit denen verwundete Soldaten, die recht schwer oder an den Beinen verwundet waren, das Schlachtfeld selbständig verlassen konnten.

2. Organisierte Evakuierungen, während und nach der Schlacht: Sanitäts-Compagnie / Compagnies d'ambulance

In Frankreich wurde durch ein Dekret vom 6. Dezember 1806 die *compagnies d'ambulances mobiles* gegründet. Sie wurde durch das System der „fliegenden Ambulanzen“ inspiriert, das früher in der Garde bestanden hatte.

Die „compagnies d'ambulance“ entstanden schließlich zwischen 1809 und 1813. Der Verbandsvorrat für jede Division sollte theoretisch für 10.000 Verwundete ausreichen, aber es scheint, dass er zum Zeitpunkt der Kämpfe selten vollständig war, und darüber hinaus die Anzahl der Fahrzeuge, die die Verwundeten einsammeln sollten, meist geringer war, als das Reglement es vorsah. Die Sanitätscompagnie kam vor allem nach dem Ende der Kämpfe zum Einsatz, zumindest außerhalb der Kaiserlichen Garde.

In Österreich wurde die Bergung der Verletzten von der Sanitäts-Compagnie durchgeführt. Sie waren das Ergebnis von Reformen unter Joseph II., die darauf abzielten, Invaliden bei den Ärzten und Feldscherer der Regimenter²³ unterzubringen, um die Bergung der Verwundeten sicherzustellen. In Anweisungen, die Orsini-Rosenberg an die Sanitätskompanien richtete²⁴, definierte er deren Rolle als eine Doppelte. Sie sollten sowohl die erste Hilfe für die Verwundeten leisten und sie in die nächstgelegenen Spitäler (Aufnahmespital) transportieren, als auch die Verwundeten in „echte“ und „falsche“ Verwundete sortieren und sie dementsprechend in ihr Regiment zurückschicken. Ihre Rolle war daher sowohl medizinischer, als auch disziplinärer Natur. Das Personal dieser Kompanien, zu denen keine Ärzte gehörten, obwohl sie von den Regimentern entsandt worden waren, bestand aus Halbinvaliden, d.h. aus Soldaten, die als unfähig zum aktiven Kampfeinsatz angesehen wurden, die aber von der Superarbitrierung noch als diensttauglich für die Krankenhäusern eingestuft wurden. Sie waren oft älter und in ziemlich schlechtem Gesundheitszustand.

In den Memoiren tauchten die Sanitätssoldaten selten und oft mit wenig schmeichelhaften Zügen auf: Sie wurden oft beschuldigt, die Verwundeten bestohlen, wenn nicht gar getötet zu haben.

3. Betreuung durch Kameraden oder Untergebene und das Verbot solcher Praktiken

Ein wichtiger Teil der Evakuierung der Verwundeten zur Ambulanz während des Kampfes wurde von den unmittelbaren Kameraden des Verletzten durchgeführt. Diese Praktik wurde im österreichischen Heer toleriert, wobei die Rolle der Sanitätskompanien zum Teil darin besteht, die

²³ Joachim MOERCHEL, *Das österreichische Militärsanitätswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus*, Frankfurt am Main [u.a.], Lang, 1984, p. 270.

²⁴ KRIEGSARCHIV WIEN, « KA/Alte Feldakten, Karton n°1458 ».

die Abwesenheit kampffähiger Soldaten vom Schlachtfeld zu begrenzen. Auf französischer Seite war so etwas offiziell verboten, was nicht bedeutet, dass es nicht vorkam, im Gegenteil, es scheint sehr häufig der Fall gewesen zu sein. In beiden Armeen geschah es, dass die Evakuierung durch Kameraden während der Kämpfe von der Hierarchie organisiert wurde, auf Regiments- oder sogar Divisionsebene. Es sei auch darauf hingewiesen, dass solche Evakuierungen genehmigt und sogar als ehrenhaft angesehen wurden, wenn es sich bei den Verwundeten um hohe Offiziere handelte.

Die Begleitung eines Kameraden in das Ambulanz war auch eine Möglichkeit dem Kampf zu entkommen. Sie war jedoch nicht ohne Risiko und auch nicht die einzige Motivation, die in den Quellen aufgezeichnet wurde. Dabei spielten die persönlichen Verbindungen zwischen Soldaten derselben Primärgruppe eine zentrale Rolle. Gegenseitige Hilfe im Verletzungsfall wurde von den Kameraden erwartet. Das Zurücklassen von Angehörigen der eigenen Gruppe wurde als Übertretung angesehen, und es bestand ein Konflikt zwischen der Pflicht gegenüber der Armee im Allgemeinen, die es erforderte, die Front nicht zu verlassen, und der Pflicht gegenüber den direkten Kameraden, die es erforderte, sie nicht im Stich zu lassen. Die Verwundeten, die so vom Schlachtfeld geschickt wurden, und diejenigen, die sie begleiteten, mussten im nächsten Schritt erst noch die Ambulanz finden, was nicht immer einfach war.

4. Die Ambulanz finden

Die Dauer bis zu Erhalt von Erster Hilfe und deren Qualität waren sehr unterschiedlich. Die Entfernungen, die in den Erinnerungen dokumentiert wurden, um zur Ambulanz zu gelangen, variierten von einigen hundert Metern bis zu mehr als 5 Kilometern. Auch die Zeitspanne bis zur medizinischen Versorgung variierte zwischen einer halben Stunde und 30 Stunden. Die damit verbundenen Risiken, wie Gefangennahme oder eine zweite Verletzung, waren umso wichtiger, als die Fortbewegung nur langsam erfolgte. Auch hier waren die Reiter im Vorteil. Oft mussten sich die Verwundeten verstecken oder warten, und manchmal verirrten sie sich auf einem mit Rauch verhangenen Schlachtfeld. Die Verschlimmerung der Verletzung während dieser Zeit konnte dazu führen, dass sich die Verletzten manchmal nicht mehr bewegen konnten. Das Versteck, das ihren Tod oder ihre Gefangennahme verhindert hatte, wurde dadurch für einige zur Falle, die verhinderte, dass sie nach der Schlacht von den Gesundheitsdiensten gefunden wurden. Fälle, in denen die Verwundeten bei lebendigem Leib verbrannt wurden, sind ebenfalls gut dokumentiert. Auch der Schmerz ist in den Berichten sehr präsent, was durch den oft improvisierten Charakter der Transportmittel noch verschlimmert wurde, so baute man etwa aus Mänteln und Gewehren wenig stabile Behelfstragen.

5. Der Fall der auf dem Schlachtfeld zurückgelassenen Verwundeten

Es wurden Berichte von Verwundeten analysiert, die auf dem Schlachtfeld zurückgelassen wurden. Da es sich hierbei um Selbstzeugnisse handelt, waren dies alles Fälle, in denen die Verwundeten

überlebten. Einige der Verletzten erwähnen die Versorgung, die sie selbst ihren Wunden zukommen ließen. Die Zeit des Wartens wurde ausführlich beschrieben: Einsamkeit, Stille nach dem Kampfgetöse und die besondere Angst, die die Nacht hervorrief, standen oft im Mittelpunkt der Beschreibungen. Leid ist ein allgegenwärtiges Thema in den Schilderungen verlassener Soldaten. Der verwundete Körper, die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, stechen dabei besonders hervor. In den Erzählungen gibt es einen ständigen Wechsel zwischen Hoffnung und Verzweiflung.

Zusätzlich wurden die Berichte von Zeugen analysiert, die die Verwundeten lange nach der Schlacht fanden, wobei hier die Reaktionen des Grauens, der radikalen Distanzierung und manchmal auch Bezüge auf das Übernatürliche besonders auffielen.

6. Späte Versorgung und sonstige Akteure

Die Verwundeten, die spät, manchmal fast eine Woche nach der Schlacht, abgeholt wurden, kamen mit einer Vielzahl weiterer Akteure in Kontakt, deren Rollen hier untersucht wurden. Soldaten beteiligten sich an der Bergung der Verwundeten, in organisierter Form, manchmal aber auch freiwillig. Auch nicht-militärischen Angehörige der Armeen, wie zum Beispiel Musiker, spielten hierbei eine Rolle. Regelmäßig wurden auch Zivilisten, die in der Nähe der Schlachtfelder lebten, für diese Aufgaben, sowie für die Bestattung der Toten, requiriert. Es wurden die Berichte solcher Akteure analysiert, einschließlich einer Fallstudie über die Berichte französischer Conseillers d'État, die nach Wagram in Wien anwesend waren und die Verwundeten abholten, die auf dem Schlachtfeld zurückgelassen wurden.

7. Der Fall des gefangen genommenen Verwundeten

Gefangenschaft wird in die Memoiren als etwas dargestellt, das in den meisten Fällen für einen Verletzten zu befürchten war. Im Falle des Verlassenwerdens war es manchmal auch eine Hoffnung. Sowohl die französischen, als auch die österreichischen Vorschriften verlangten, dass die Verwundeten des Feindes versorgt wurden. Ihnen musste die gleiche Sorgfalt entgegengebracht werden, wie den eigenen Soldaten, allerdings hatte ihre Bergung und Versorgung eine den eigenen Verwundeten untergeordnete Priorität.

Wenn in der Praxis Fälle von Misshandlung oder gar Folter dokumentiert wurden, wurden sie immer als Übertretungen dargestellt. In den untersuchten, nicht aufständischen, Feldzügen scheinen solche Vorkommnisse relativ selten gewesen zu sein. Der Diebstahl des Eigentums von Verwundeten war dagegen die Norm.

1. Was ist eine Ambulanz?

Ambulanzen waren in der Regel feste Erste-Hilfe-Stellen hinter der Frontlinie. Sie nahmen die Verwundeten auf, die sich selbstständig dorthin begeben hatten oder die abgeholt wurden. Man unterscheidet zwischen fliegenden Ambulanzen, die sich auf dem Schlachtfeld fortbewegten, Erste Hilfe leisteten und deren tatsächliche Entwicklung begrenzt gewesen zu sein scheint, Ambulanzwagen, auf Regimentsebene etwas weiter hinten, und den größeren Ambulanzen oder Depots auf Korps- oder Armee-Ebene. Die Unterscheidung zwischen diesen sehr großen Ambulanzen und den Krankenhäusern, die der Frontlinie am nächsten liegen, war oft recht unscharf. Der Gebrauch dieser Begriffe wurde von den verschiedenen Autoren von Memoiren nicht immer konsequent verwendet, und es scheint, dass der Begriff Ambulanz in der Praxis recht unterschiedliche Realitäten abdeckte.

Auch die Standorte der Ambulanzen waren vielfältig. Sie hingen zum Teil von der Größe dieser Ambulanzen ab. Die größten von ihnen waren gewöhnlich in großen Gebäuden untergebracht, die vor oder nach der Schlacht ausgewählt wurden. Ein Haus, ein Lieferwagen oder sogar der Schatten eines Baumes oder ein paar Pflöcke boten einen bescheideneren Erste-Hilfe-Punkt. Zu beachten ist auch, dass die Anwesenheit von Verletzten und einem Chirurgen am selben Ort diesen schnell in eine behelfsmäßige Ambulanz verwandeln konnte.

2. In der Ambulanz ankommen, warten und bleiben: Darstellungen und sensorische Umgebung

Die Rechtzeitigkeit der Versorgung durch die Ambulanz, die bei Abholung oder Betreuung durch den Regimentsarzt möglich sein konnte, war nicht immer gegeben. Die Belastungsprobe für die Verletzten konnte, wenn sie in der Ambulanz ankam, gerade erst beginnen. Die Wartezeit konnte lang sein, in manchen Fällen bis zu 10 Stunden.

Die Ankunft in der Ambulanz, die Wartebedingungen und der Aufenthalt fanden in einer besonderen sensorischen Umgebung statt. Bei schriftlich festgehaltenen Erinnerungen wurde vor allem der visuelle Aspekt der Ambulanz sowie ihre akustische Umgebung erwähnt. Die olfaktorische Umgebung wurde nicht evoziert, aber es ist anzunehmen, dass sie vom Geruch von Blut erfüllt war. Die Beschreibungen sind durch zwei Elemente gekennzeichnet, die in fast allen Texten wiederkehren: die Erwähnung der Schreie der Verwundeten und die Haufen von Armen und Beinen in der Nähe der Ambulanzen. Der Anblick von Blut ist auch in vielen Memoiren präsent, und angesichts dieses Schauspiels finden sich Ausdrucksformen des Ekels häufig. Dies ist oft die Stelle in Memoiren, an denen Zweifel am Ethos des Kriegers geäußert werden.

Für die Verletzten war das Warten und der Aufenthalt in der Ambulanz auch eine Zeit, die sie in Gegenwart des Todes verbrachten. Manchmal im Angesicht des eigenen Todes, im Falle schwerer Verletzungen, sonst aber immer im Angesicht des Todes der anderen Verwundeten. Ambulanzen bildeten den ersten Schritt in der Versorgungskette, weil die Schwerverletzten zunächst zu ihnen kamen. Wie bereits erwähnt, wurden die Verwundeten, die auf dem Schlachtfeld lagen und dann in die Ambulanz kamen, zwischen Bekannten gruppiert. Wenn dies nicht gelang, wurde die gegenseitige Hilfe unter den Verwundeten praktiziert, wodurch schnell Beziehungen entstanden, die vorher nicht existierten. Die Gegenwart des Todes war also nicht oder nicht mehr ausschließlich eine Gegenwart von Unbekannten.

3. Praktizierte Pflegearten und Praxisbedingungen

Die Bedingungen, unter denen die Chirurgen in den Ambulanzen der napoleonischen Armeen arbeiteten, waren, unabhängig von den Vorschriften, weitgehend durch einen chronischen Mangel an Personal und Ausrüstung gekennzeichnet. In einigen Fällen konnte es bereits schwierig sein, das Schlachtfeld und seine Patienten zu erreichen, insbesondere aufgrund der Wetterbedingungen im Jahr 1805. Schriftlich dokumentiert wurde der Einsatz von vor Ort angeforderter Ausrüstung, die Verwendung von Soldatenbekleidung als Verbandsmaterial sowie die Inanspruchnahme von Helfern, die mehr oder weniger zufällig vor Ort waren. Der Verband ist als das zentrale Element der Ersten Hilfe in der Ambulanz anzusehen. Dazu gehört auch der Schutz der Wunde. Der Verband musste die Ausscheidung von Eiter ermöglichen. Dies ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass eine Entzündung als unvermeidlich angesehen wurde oder gegebenenfalls sogar provoziert werden musste. Verbände waren der Stolz der Chirurgen, auch wenn deren Komplexität in der militärischen Praxis erheblich reduziert wurde. In der Ambulanz werden auch alle Wundvorbereitungsoperationen durchgeführt, einschließlich Nähte oder manchmal sogar auch komplexe Extraktionen von Projektilen und Knochensplittern. Aufgrund der Transportbedingungen wurden größere Operationen auch in der Ambulanz durchgeführt.

4. Große Operationen: Fokus auf Amputationen

Große Ambulanzoperationen umfassen Trepanations-, Resektions- oder insbesondere komplexe Extraktionsoperationen. Die häufigste darunter ist die Amputation, da es sich um eine Operation handelt, die mit wenigen Geräten durchgeführt werden muss und relativ schnell und relativ einfach durchführbar ist, was nicht bedeutet, dass sie nicht gefährlich ist.

Auf der Grundlage der reichhaltig vorhandenen Geschichtsschreibung zur napoleonischen Ära wurden im Rahmen dieser Arbeit die bestehenden Debatten zwischen verschiedenen Chirurgen über die Frage der Amputation untersucht. Die Chirurgen, die die Entscheidung für oder gegen eine Operation treffen mussten, mussten sich vor allem drei Fragen stellen. Die erste Frage lautete, in welchen Fällen zu amputieren ist: Konnte die Wunde mit den oft begrenzten materiellen Mitteln,

die den Chirurgen zur Verfügung standen, ohne Operation behandelt werden? Es existierten zwei gegensätzliche Positionen: Einige Chirurgen befürworteten eine Operation auch in Fällen, in denen die Erhaltung der Gliedmaße möglich gewesen wäre, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass in vielen Fällen eine nachhaltige Versorgung unmöglich war (Larrey war ein bekannter Vertreter), während andere die Erhaltung der Gliedmaße befürworteten. Diese Debatte ist am Ende des Untersuchungszeitraums nicht wirklich gelöst worden, es gab jedoch einige Fälle, in denen ein Konsens erreicht wurde. Die zweite Frage war, wann operiert werden sollte: Sollte man mit der Amputation warten, bis die "ersten Komplikationen" ihren Lauf genommen hatten, oder war eine schnelle Amputation vorzuziehen, um das Leben der Verletzten zu retten. Am Ende des Untersuchungszeitraums scheinen die Befürworter der schnellen Amputation die Debatte weitgehend für sich entschieden zu haben. Schließlich stellten sich technische Fragen zur Amputationsmethode (zirkuläre oder Lappenamputation) und zur Stelle des Einschnitts (in den Gliedmaßen oder am Gelenk, was de facto eine Operation ohne Sägen eines Knochens bedeutete).

Die technische Dimension der verschiedenen Amputationsarten kam auf der Grundlage der Beschreibungen der Chirurgen ebenso zur Untersuchung wie die eingesetzten Instrumente. In diesem Zusammenhang waren die Berichte über Amputationen sowohl aus der Sicht von Chirurgen und deren Assistenten als auch aus der Sicht der Patienten aufschlussreich.

5. Wer wann zu behandeln ist. Die Frage der Triage

In diesem Abschnitt wurde zunächst eine häufig anzutreffende Zuschreibung aus der Geschichtsschreibung²⁵ über den Ursprung der Triage in der napoleonischen Zeit betrachtet. In der Medizin gibt es eine etablierte Praxis, bei einer großen Zahl von Opfern die Rangfolge für ihre Betreuung und Evakuierung festzulegen. Es handelt sich dabei um eine Praxis der Zuweisung verfügbarer Ressourcen, um die Zahl der Todesfälle zu begrenzen. Allerdings scheint es nicht so gewesen sein, dass im Untersuchungszeitraum ein organisiertes Triage-System existierte. Also wurden die Methoden der spontanen Unfalltriasierung in den Blick genommen die damals praktiziert wurden.

Die schiere Zahl der zu behandelnden Verletzten veranlasste die Chirurgen zu der Frage, wen sie zuerst behandeln sollten. Dabei kamen andere als rein medizinische Erwägungen (Rang, Freundschaft) bei der Reihenfolge der Betreuung ins Spiel. Das Aufstellen einer Reihenfolge der Versorgung war jedoch Sache der Chirurgen, und es wurden Entscheidungen in der Art getroffen, palliativ verwundete Menschen mit sehr geringen Überlebenschancen nicht mehr zu behandeln.

²⁵ Guillaume Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen, « Le triage en médecine, une routine d'exception », Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, no 6, 2 Juillet 2014, pp. 1-25; Michael Nurok, « Les conditions de possibilité du concept de triage. Un regard sur la longue durée (XVIIIe-XXIe siècles) », Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, no 6, 2 Juillet 2014, pp. 47-65.

TEIL 3 : SPITÄLER UND EVAKUIERUNGEN

KAPITEL 6: IM KRANKENHAUS

1. Einrichtung von Krankenhäusern

In diesem Abschnitt wurden die Verfahren in Frankreich und Österreich zur Errichtung von Lazaretten vor Beginn eines Feldzugs sowie die Versorgungsketten untersucht. In Österreich waren die Militärspitäler in Kriegszeiten nach Korps organisiert. Jedes Korps musste über drei Ebenen von Krankenhäusern verfügen. Die erste Ebene, das Aufnahmehospital, war mobil und folgte den Bewegungen der Armee. Dann gab es das Unterlagshospital (drei oder vier Tagesmärsche hinter dem Hauptquartier) und schließlich das Haupt-Feldhospital im Hinterland. Wenn die Zahl der Verletzten zu hoch wurde, wurden Filialspitäler geöffnet. In der Praxis, zumindest im Jahr 1809, als die Truppenbewegungen zunehmend schneller wurden, verfügten nicht alle Korps über diese drei Ebenen.

Auf französischer Seite musste ein Viertel der Krankenhäuser an der Frontlinie stehen. Diese Krankenhäuser hatten nur provisorischen Charakter, und ihr Standort hing von dem der Armee ab. Wie auch das Aufnahmehospital waren sie beweglich und folgten den Bewegungen des Armeekorps, zu dem sie gehörten. Die Nutzung von Zivilkrankenhäusern oder, wie im Falle siegreicher Schlachten, von Militärkrankenhäusern, die dem Feind abgenommen wurden, war nicht ungewöhnlich. Langfristig sollten die Verwundeten, die nicht schnell genug behandelt werden konnten, in feste Krankenhäuser auf dem Territorium des Reiches transportiert werden.

2. Beschaffung und Personal

Das Thema Krankenhausbeschaffung konnte zunächst über die für die Ambulanzen geltenden Verordnungen erarbeitet werden. Beschlagnahmen spielten eine zentrale Rolle bei der Versorgung der französischen Armee. Was das österreichische Heer betrifft, so waren diese nur ausnahmsweise vorgesehen, die normale Lieferform erfolgte in Form eines Vertrags mit einem Lieferanten.

Als konkretes Beispiel in der Untersuchung diente ein solcher Liefervertrag für Militärspitäler in Galizien aus dem Jahr 1809. Der Fokus lag insbesondere auf den gelieferten Lebensmitteln und den in den Vertragsbestimmungen getroffenen Vorkehrungen zur Begrenzung des Betrugsrisikos.

Auch zu dem Personal des Krankenhauses im Kontext der Niederlage der österreichischen Armee waren Informationen verfügbar. Drei Hauptaufgaben des Krankenhauses konnten identifiziert

werden: die Aufrechterhaltung der militärischen Disziplin, die Versorgung der Verwundeten und Kranken sowie die administrative und finanzielle Organisation. Diese Unterteilung findet sich in der Krankenhausleitung und in der Personalstruktur (militärisches, medizinisches und administratives Personal) wieder. Auch das Personal eines französischen Krankenhauses war Gegenstand der Untersuchung

Die österreichischen Krankenhausakten brachten in Bezug auf das anwesende Personal und dessen Gehälter weitere Erkenntnisse. Insbesondere waren schnelle Personaltransfers auffällig, die teilweise aus medizinischen Gründen erfolgte. Hier erwies sich der Einsatz von Halbinvaliden als Nachteil. Auf Seiten des Gesundheitsdienstes lag ein hoher Druck, der dadurch entstand, dass 1809 große Teile des Krankenhauspersonals gefangen genommen worden waren.

Das tägliche Leben der Unterärzte und Krankenwärter in einem österreichischen Krankenhaus konnte basierend auf einem Auszug aus den Memoiren von Wenzel Krimer nachvollzogen werden²⁶, wobei seine Beobachtungen über die Standardisierung der Versorgung durch schlecht qualifiziertes und schlecht ausgebildetes Personal und über das Leben dieses Personals, welches von Langeweile und der Gesellschaft von jungen, oft stark alkoholisierten Männern geprägt war, besonders hervorstachen.

3. Interne Organisation von Krankenhäusern

Ziel dieses Abschnitts war es, zu erfassen, wie Krankenhäuser im Alltag arbeiteten. Dabei standen die zeitliche Organisation, die administrativen Routineverfahren und die Aktivitäten, die von den Patienten organisiert wurden, um Langeweile zu vermeiden, im Vordergrund.

Die Organisation der Krankenhäuser war geprägt von der Sorge um die Hygiene, wobei ein zentrales Anliegen in der richtigen Belüftung der Räume bestand. Es ging außerdem darum, die Patienten nach pathologischem Befund zu trennen, um eine Ansteckung zu vermeiden. Auch die Sauberkeit der Bettwäsche, und allgemein der Krankenzimmer, war in den Vorschriften von großer Bedeutung. In Bezug auf die Zeitorganisation wiesen die gesetzlichen Zeitpläne im österreichischen Heer eine Anpassung an die Jahreszeiten und einen Rhythmus auf, der von Mahlzeiten und Arztbesuchen geprägt war.

Auch der Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes aus der Sicht der Patienten war ein Gegenstand der Untersuchung, wobei die Dauer der Aufenthalte und die Freizeitaktivitäten herausgearbeitet wurden.

²⁶ Wenzel Krimer, Erinnerungen eines alten Lützower Jägers, 1795-1819, Stuttgart, R. Lutz, coll. « Memoiren Bibliothek », 1913, 2 vol. p.

4. Ein- und Ausstieg aus Krankenhäusern

In diesem Kapitel wurden die administrativen und medizinischen Verfahren für die Ein- und Austritte in das und aus dem Krankenhaus innerhalb der französischen und österreichischen Armee beschrieben. Die Eintrittsakten, die von den Regimentsärzten ausgestellt werden mussten, waren von besonderem Interesse, wobei die Verwundeten, wenn aktuell Kämpfe stattfanden, ohne das Anlegen einer Eintrittsakte eintrafen.

Es gestaltete sich in der Praxis oft als schwierig, Aufzeichnungen zu führen, da die Verwundeten oft nicht in der Lage waren, Auskunft zu geben. Die französischen und österreichischen Regelungen gestalteten sich in dieser Hinsicht sehr ähnlich. Die Befürchtungen und Darstellungen der Soldaten bezüglich des Eintritts in Krankenhäuser waren in diesem Zusammenhang aufschlussreich.

Im Hinblick auf Krankenhausesentlassungen waren besonders die Behandlung von Todesfällen im Krankenhaus interessant. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen, die ergriffen wurden, um zu vermeiden, dass Menschen lebendig begraben wurden.

5. Pflege

Die medizinische Versorgung in den Militärspitälern während der napoleonischen Ära anhand von medizinischen Erinnerungen war Schwerpunkt dieses Kapitels. Insbesondere die Aufzeichnungen von Larrey für die 1809-Feldzüge erwiesen sich als reichhaltig. Als Quellengrundlage dienten außerdem die auf die im Val de Grâce aufbewahrten Ärztenotizen sowie die Memoiren der Verwundeten. Auf der Grundlage der medizinischen Texte konnten Rückschlüsse auf die in den Krankenhäusern praktizierte Chirurgie gezogen werden, insbesondere über die Art und Weise, wie man Entscheidungen traf und auf Komplikationen reagierte.

Zunächst erfolgte eine Untersuchung des Wortschatzes von Larreys medizinischen Memoiren (textometrische Analyse), der die Allgegenwart von Operationssubstantiven und Aktionsverben erbrachte, wobei Larrey das Bild einer dominanten chirurgischen Praxis konstruierte. Anhand von Zeitdokumenten verfolgten wir die Etappen der Versorgung verschiedener Verwundeter und zeigten die Allgegenwart von Komplikationen, die erwartungsgemäß auftraten.

Auf der Seite der Patienten zeigte sich ein auffälliger Gebrauch medizinischen Vokabulars mit anhaltender Aufmerksamkeit für den Zustand des eigenen Körpers. Die Unterlagen dokumentieren auch die Rolle, die die Verletzten bei ihrer eigenen Behandlung spielten. Schmerz und Leiden haben einen diskreten, aber bedeutsamen Platz in diesen Darstellungen, in denen sich auch die Vorstellung einer durch eine Krise ausgelösten Krankheit, die über Leben oder Tod entschiedete, manifestierte. Diese Vorstellung war in den Texten der Chirurgen, die mehr auf der Wirksamkeit heroischer, weil gewaltsamer Eingriffe bestanden, weniger präsent

6. Krankenhäuser nach einer großen Schlacht: den Zustrom von Verwundeten bewältigen

Dieser Abschnitt thematisierte die Situationen, in denen sich die Krankenhäuser nach verlustreichen Schlachten befanden. In Hinblick auf die Versorgungsbedingungen unter diesen besonderen Umständen konnte gezeigt werden, dass Anweisungen zum Wechsel der Leinentücher und zur Abtrennung der Patienten nicht befolgt werden konnten, da fast jeder fünfte Verwundete in einem französischen Krankenhaus nach der Schlacht bei Aspern-Essling im Hof des Krankenhauses behandelt wurde. Die Versorgungsschwierigkeiten und die daraus folgenden Beschlagnahmungen waren ebenfalls Thema dieses Abschnitts. Auffällig waren die Beschreibungen von Krankenhäusern, die darauf bestanden, überfüllt zu werden, sowie die Rekrutierung von Ärzten aus kaum besetzten Regimentern für die Positionen als Krankenhausärzte. Die Schlussfolgerungen des österreichischen Berichts von 1811 über die Militärspitäler und deren Unzulänglichkeiten sind im Kontext der Probleme, die sich aus der Besetzung Wiens durch die Franzosen ergaben, zu sehen.

KAPITEL 7: EVAKUIERUNGEN

1. Administrative Durchführung von Evakuierungsbefehlen

Nach der Darstellung der möglichen Umstände einer Evakuierung (vollständig oder teilweise, geplant oder improvisiert, im Verlauf von Feindseligkeiten oder im Frieden), folgte in diesem Kapitel die Untersuchung der administrativen Abwicklung von Evakuierungen. Bei der Evakuierung einer großen Zahl von Männern ging es darum, die Truppenbewegungen aus administrativer Sicht zu steuern und sicherzustellen, dass alle betroffenen Dienststellen relevante und konsistente Informationen über die Evakuierten erhielten. Sowohl in der französischen Armee als auch in der österreichischen Armee sahen die Vorschriften die administrative Abwicklung der Evakuierungen vor. In beiden Armeen wurde dieses Verhalten bei größeren Schlachten, raschen Heeresbewegungen (insbesondere bei Rückzügen) oder Epidemien auf die Probe gestellt. Die Regelungen beider Länder betonten zwar nicht mit der gleichen Präzision die gleichen Punkte, waren aber dennoch recht ähnlich.

Ein weiterer thematisierter Aspekt waren die Verantwortlichkeiten für die Durchführung von Evakuierungen in der französischen und österreichischen Armee. Auf österreichischer Seite gab es offenbar eine größere Verantwortung für das medizinische Personal. Interessant war auch das Verfahren, dass die Patienten nach ihrer Ankunft im Zielkrankenhaus erwartete, mit dem die Übermittlung von personenbezogenen Informationen von einem Krankenhaus zum anderen sichergestellt wurde. Hier spielte auch die lange Phase der Schließung der österreichischen Krankenhäuser am Ende der Feldzüge von 1809 eine Rolle. Langsame Schließungen erlaubten es

im Gegensatz dazu im Rahmen der Untersuchung, das Chaos, das durch die Notwendigkeit entstand, ganze Krankenhäuser im Kontext einer militärischen Niederlage schnell zu evakuieren, im Nachhinein zu rekonstruieren. Die materielle Durchführung von Evakuierungen gestaltete sich sehr oft umständlich. Außerdem war die Zivilbevölkerung stark involviert, was zu einer Konstanten bei der Versorgung der Verwundeten im Kampf während der napoleonischen Zeit wurde.

2. Materielle Mittel zur Evakuierung und Requisition von Zivilisten

Der Transport von Verwundeten und Kranken, die evakuiert wurden, sollte theoretisch in Konvois durchgeführt werden. Sie sollten eskortiert und von medizinischem Personal begleitet werden. Die Konvois konnten aus Patienten, die zu Fuß unterwegs waren, bestehen (wenn sie sich in der Rekonvaleszenz befanden), aber die meisten Transporte wurden mit Pferde- oder Ochsespannen durchgeführt. Die Wagen wurden in der Regel von Zivilisten beschlagnahmt.

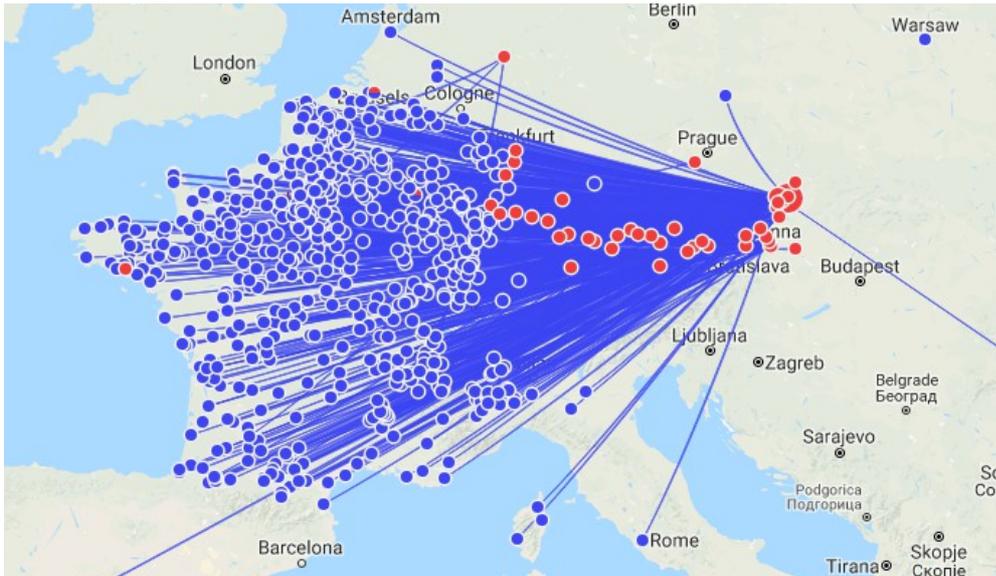
Der Zweck der bestehenden Vorschriften bestand darin, die Anzahl der Fahrten für die Verletzten zu begrenzen und ihnen einen gewissen Komfort zu bieten. Dies wurde manchmal bei geplanten Evakuierungen erreicht, aber wenn mehr improvisierte Truppenbewegungen notwendig wurden, insbesondere im Falle einer Niederlage, gestalteten sich die Bedingungen viel prekärer. Es war nicht ungewöhnlich, dass Verwundete und Kranke im Stich gelassen wurden. Im Falle eines Rückzugs blieben verwundete Soldaten manchmal in ihrem Regiment, das sich um ihren Transport kümmerte.

Schließlich thematisierte dieser Abschnitt die Zeugenaussagen von Zivilisten über ihre Rolle bei den Evakuierungen. Quellengrundlage war insbesondere eine Chronik von Eberfeld, heute ein Stadtteil von Wuppertal, aus dem Jahr 1813. Formelle Evakuierungen durch Konvois koexistierten mit informelleren Evakuierungen innerhalb des Regiments. In all diesen Fällen sorgten die Zivilisten mehr oder weniger freiwillig für Transport, Verpflegung und Unterkunft.

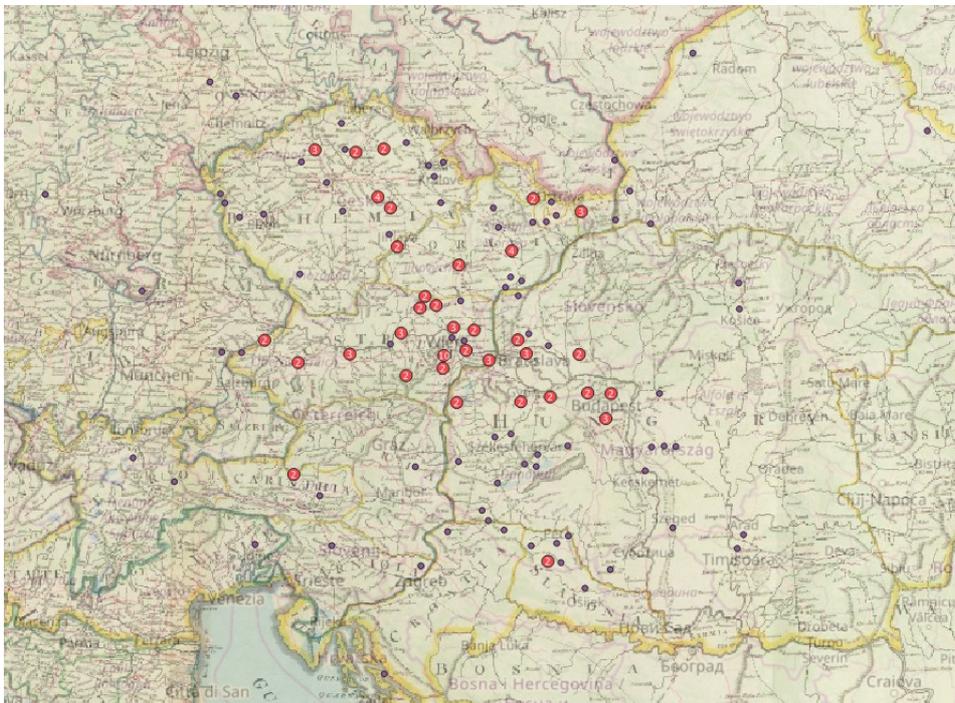
3. Europa durchqueren: Fallstudien, Französische Armee 1805, Österreichische Armee 1809

Die Rekonstruktion der Evakuierungswege ermöglicht eine bessere Abschätzung der Folgen einer Schlacht in konzentrischen Kreisen um das Kampfgebiet. Sie ermöglicht es auch, die Auswirkungen über einen längeren Zeitraum als die wenigen Stunden oder manchmal Tage der Schlacht abzuschätzen. Aufgrund des Informationsgehalts der verfügbaren Quellen konnte die erstellte Datenbank nur auf europäischer Ebene für die Kampagne von 1805 und damit für die Todesfälle in der Schlacht von Austerlitz erstellt werden.

Auf Basis der Geburts- und Sterbeorte der in Austerlitz gefallenen französischen Soldaten konnte die folgende Karte erstellt werden, die es erlaubt, die Evakuierungswege zu verfolgen (Sterbeorte in rot):



Im Fall von Österreich konnten Daten über die Lage der Krankenhäuser. Im Jahr 1809 erhoben werden Auf diese Basis konnte die folgende Gesamtkarte der österreichischen Spitäler im Jahr 1809 entwickelt werden (in rot: Orte mit mehreren Spitälern):



Auch die Verteilung der Krankenhäuser nach Art des Krankenhauses und die Bewegungen von drei bestimmten Krankenhäusern wurde rekonstruiert, um die Häufigkeit der Evakuierungen aufzuzeigen.

4. Evakuierung, Truppenbewegungen und Unruhe

In diesem Abschnitt wurden die Zeugenaussagen über improvisierte oder fehlgeschlagene Evakuierungen und die beschriebenen Szenen der Unordnung im Detail behandelt. Zur Sprache kamen Zeugenaussagen der österreichischen Armee nach Wagram im Jahr 1809 sowie Zeugenaussagen der französischen Armee aus dem Jahr 1813. Die von den Zeugen zum Ausdruck gebrachten Emotionen sowie die von den Kameraden oder den Verwundeten selbst ergriffenen Maßnahmen, um für den Transport zu sorgen, waren Gegenstand der Analyse.

5. Fokus auf vollständige Evakuierungsgeschichten

In diesem Abschnitt liegt eine detaillierte Untersuchung von Jacques Chevillet's Bericht über seine Evakuierung nach seiner schweren Verletzung in Wagram vor. Im Fokus standen die benutzten Transportmittel sowie die Unterbrechungen der Reise durch zwei Rückfälle. Die Beziehungen zwischen den Soldaten während der Evakuierung und die Bedeutung des Geldaustauschs in diesen Beziehungen fielen ebenso auf wie die Freizeitaktivitäten der Soldaten, die auf den nächsten Schritt bei dem Evakuierungsprozess warten mussten, wobei auch deren Beziehungen zur Zivilbevölkerung eine Rolle spielten.

KAPITEL 8: DER SÄCHSISCHE FELDZUG VON 1813: LEIPZIG ODER EINE GROSSE GESUNDHEITSKATASTROPHE

1. Kontext: die Organisation der Gesundheitsdienste im Jahr 1813

In diesem Kapitel wechselt vorübergehend die Perspektive, indem der Blick auf die Reise der Verwundeten vom Moment der Verletzung bis zur Heilung oder zum Tod gerichtet wurde, um die Besonderheiten eines bestimmten Feldzuges, nämlich des Feldzuges in Sachsen im Jahr 1813, genauer zu untersuchen. Ziel dieses Perspektivwechsels ist es, die Veränderungen in der Behandlung der Verwundeten während der Napoleonischen Kriege aufzuzeigen. Die erste zu berücksichtigende Entwicklung ist quantitativer Natur. Die Kampagne von 1813 markiert im Vergleich zu den anderen hier untersuchten Kampagnen eine fundamentale Veränderung des Ausmaßes hinsichtlich der Zahl der Verwundeten. Es erscheint ratsam, die Auswirkungen dieser Skalenänderung in Hinblick auf die Behandlung der Verletzten im Detail zu untersuchen.

Dieser Abschnitt beginnt mit der Kartierung der Standorte der französischen und österreichischen Krankenhäuser, die 1813 für den Sachsenfeldzug genutzt wurden. Dann wurden die Bedingungen untersucht, unter denen die Gesundheitsdienste bereitgestellt wurden. Es hat sich gezeigt, dass bereits im Frühjahr die Krankenhäuser voll waren und Spannungen zwischen den Verbündeten

(zwischen den Franzosen und den Sachsen) einerseits und den zivilen Verwaltungen (insbesondere mit den Österreichern in Böhmen) andererseits bestanden. Im Herbst sahen sich die Österreicher mit zusätzlichen Schwierigkeiten bei der Versorgung der verwundeten und kranken Russen und Preußen in den Krankenhäusern konfrontiert. Auch in Leipzig selbst war die Krankenhauslage ab dem Frühjahr durch die Patienten aus dem Russlandfeldzug angespannt.

2. Kriegsermüdung

Die Soldaten, die 1813 am Sachsenfeldzug teilnahmen, waren zum einen vor allem auf französischer Seite, aber auch auf russischer Seite Überlebende des Russlandfeldzuges. Zum anderen gab es auch junge Rekruten. Auf österreichischer Seite spielte diese Gruppe eine untergeordnete Rolle, da Österreich im Vergleich zu Frankreich nur eine sehr begrenzte Beteiligung am Russlandfeldzug gehabt hatte, und nicht weit in russisches Territorium vorgedrungen war.

Insbesondere der Fall der Selbstverstümmelung der französischen Armee in Dresden im Juni 1813 war Gegenstand dieser Untersuchung. Die Zeugenaussagen von Chirurgen und von Soldaten waren in dieser Hinsicht aufschlussreich. Es folgte eine Verarbeitung von Daten über die verwundeten französischen Soldaten, die sich 1813 in Dresden aufhielten. Diese Daten stammen aus Berichten sächsischer Verwaltungsbeamter, die von den französischen Behörden beauftragt worden waren, die bei den Einwohnern dieser Stadt untergebrachten Verwundeten aufzulisten. Mehr als die Hälfte dieser 1.750 Verletzten wurde auf eine Weise verwundet, die mit einer Selbstverstümmelung übereinstimmt. Einfache Soldaten waren in diesem Fall am wahrscheinlichsten diejenigen, die eine solche Selbstverstümmelung praktizierten. Dieses Phänomen der Selbstverstümmelung weist auf eine französische Armee hin, die sehr stark von der Kriegsmüdigkeit der Veteranen und den Schwierigkeiten bei der Eingliederung der Wehrpflichtigen in die Armee geprägt war. Eine Ende September für dieselbe Stadt durchgeführte Datenanalyse über die dort vorhandenen Pathologien bestätigt diese Beobachtung.

3. Berichte über den Zustand der Spitäler von Mai bis Oktober 1813

Dieser Abschnitt behandelte den Zustand der Militär Sanitätswesens der französischen und österreichischen Armeen zwischen Mai und Oktober 1813. Die Berichte über die Krankenhäuser ermöglichten es, die in den Monaten vor der Schlacht bei Leipzig praktizierte Pflege sowie die Bedingungen, unter denen die Verwundeten behandelt wurden, zu untersuchen.

Auf französischer Seite existiert der Bericht des Chirurgen Pinon über die Krankenhäuser "von Dresden bis Erfurt²⁷" zwischen dem 13. und 20. Mai 1813. Pinon hatte festzustellen, wo sich die aktiven Krankenhäuser befanden und wie viele Patienten sie betreuten. Anschließend kommentierte er die Versorgungsbedingungen, die von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich waren,

²⁷ ARCHIVES DU SSA, VAL DE GRACE, « Carton n°107 », Dossier n°27.

und wies auf die Schwierigkeiten bei der Versorgung hin. Sein Bericht deutet außerdem Spannungen an, die durch die unterschiedlichen Praktiken der zivilen und militärischen Chirurgen verursacht wurden.

Im österreichischen Fall liegen drei aufeinander folgende Berichte über den Zustand der Krankenhäuser während der Kampagne von 1813 vor. Diese drei Berichte beschreiben, in unterschiedlichem Maße, einen Mangel an Mitteln für die Versorgung von Kranken und Verwundeten. Die Verwundeten von Teplitz wurden im Herbst offenbar von der Zivilverwaltung vernachlässigt, was zu Beschwerden Anlass gab. In Laun mangelte es im September 1813 an Unterkünften und die Verwundeten schliefen unter freiem Himmel.

Eine Studie französischer und österreichischer Berichte über den Zustand der Spitäler zwischen Mai und Oktober 1813 zeigt eine Streuung der Pflegeplätze und belegt den Stress der Gesundheitsdienste, der auch dann präsent war, wenn die Situation sich noch nicht kritisch gestaltete, da die Probleme des Alltags bewältigt werden mussten. Die Schlacht bei Leipzig hatte diese Dienste dann noch einmal zusätzlich beansprucht.

4. Leipzig (16.-19. Oktober 1813)

In diesem Abschnitt wurden die Berichte über die Völkerschlacht bei Leipzig aus der Perspektive der Verletzungserfahrenen aufgegriffen. Außerdem kamen die Berichte über die Massenverwundeten, die Berichte von Soldaten, die ihre Kameraden in die Stadt getragen hatten, die Aussagen von Ärzten sowie die Berichte von Zivilisten und den Verwundeten selbst zur Analyse.

Eines der zentralen Elemente, die diese Schlacht so besonders machte, war, dass die Größe des Schlachtfeldes und die Veränderungen an den Kampforten dazu führten, dass die Pflegeplätze nicht von den Kämpfen selbst abgeschirmt waren und sich in unmittelbarer Nähe der Gefahr befanden. Die Orte, an denen die Kämpfe stattfanden, die Orte, an denen die Zivilbevölkerung lebte, und die Orte, an denen die Verwundeten versorgt wurden, waren eng miteinander verknüpft. Die Anhäufung der Zahl der Verwundeten ließ sich aus der Sicht der Augenzeugen nicht beschreiben. Sie griffen auf Eindrücke von Gemälden zurück, um sich eine Vorstellung von der Gesamtszene zu machen.

5. Nach der Schlacht: das Schicksal der Verwundeten

Das Ende des Kampfes bedeutet keineswegs das Ende der Arbeit der Gesundheitsdienste. Zwei Elemente veränderten die Parameter der Langzeitversorgung der Verwundeten: der massive und städtische Charakter der Schlacht und die Tatsache, dass die Schlacht für die französische Armee in der Flucht endete.

Zentrale Aspekte in der Untersuchung waren die österreichischen Evakuierungswege und die Notfallrekrutierungspraktiken. Das Schicksal der Verwundeten, die in der Stadt zurückgelassen wurden, war anfangs äußerst prekär, wobei die schiere Zahl der Verwundeten ihre Versorgung fast unmöglich machte. Auch das Schicksal der französischen Verwundeten die dem Rückzug der Armee folgten, war Gegenstand der Betrachtung. Es ist ein fast vollständiger Zusammenbruch des lokal agierenden französischen Gesundheitswesens zu konstatieren, obwohl die Chirurgen die Versorgung fortsetzten. Die Verwundeten folgten ihren Regimentern oder wurden an den Straßenrändern zurückgelassen und oft gefangen genommen.

6. Sachsen: Soziale Folgen und Erinnerungsgewicht

Ein weiterer Aspekt bildet das kollektive Gedächtnis in Sachsen in Hinblick auf die Schlacht bei Leipzig, insbesondere in Hinblick auf die Verwundeten, die nach der Schlacht in der Stadt und der Umgebung behandelt wurden. Der Jahrestag der Schlacht im Jahr 1863 war für die Erinnerungskultur offenbar besonders prägend, da er der Anlass für die Sammlung von Zeugenaussagen war. Das Dokument, das anlässlich des fünfzigsten Jahrestags der Völkerschlacht bei Leipzig herausgegeben wurde, versammelt mündliche Zeugnisse der Einwohner von Leipzig und Umgebung, und zwar Pfarrgemeinde für Pfarrgemeinde. Es wurde von den den Pfarrern der einzelnen Gemeinden verfasst²⁸.

Betrachtet man speziell die Erfahrungen der Zivilbevölkerung im Zusammenhang mit der großen Zahl von Verletzten und Kranken in der Stadt, so lassen sich eine Reihe von Beobachtungen machen. Die Völkerschlacht bei Leipzig hat wegen ihrer längerfristigen Folgen einen besonders markanten Platz im Gedächtnis der Bewohner der Region. Mehr noch als für das Militär waren für die Zivilbevölkerung die nach den Kampfhandlungen einsetzenden Epidemien weitaus tödlicher als die Schlacht selbst. Die Anwesenheit so vieler Kranker und Verwundeter verursachte weit mehr Schaden in der Stadt, als der Kampf selbst hätte anrichten können. Hier ist eine gesundheitliche Dimension der Beteiligung der Zivilbevölkerung am Krieg erkennbar. Die kritische Dimension der Schlacht bei Leipzig offenbart auf besonders sichtbare Weise die Versorgungswege für die Verwundeten, die sich sowohl auf die Institutionen des Gesundheitsdienstes der Armee als auch auf die Beziehungen zwischen den Soldaten, auf die Versorgung ihrer Kameraden und auf die Einbeziehung der Zivilbevölkerung stützen.

²⁸ *Emil Wilhelm Robert NAUMANN, Die Völkerschlacht bei Leipzig, op. cit.*

TEIL 4: PFLEGE AUSSERHALB DES KRANKENHAUSES UND REKONVALESCENZ

KAPITEL 9: ZIVILISTEN UND VERSORGUNG DER VERWUNDETEN

1. Zivilisten (oder Nicht-Kombattanten) und Verwundete auf dem Schlachtfeld und in Ambulanzen

In diesem Kapitel haben wir die Rolle der Zivilbevölkerung bei der Versorgung der Verwundeten untersucht. Vom Moment der Verletzung bis zur Rekonvaleszenz oder zum Tod sind überall Zivilisten anwesend, die sich im Rahmen der organisierten Unterstützung des Gesundheitswesens, aber auch auf informellere und doch ebenso bedeutsame Weise um die Verletzten kümmern. Wir haben zunächst an den Kontext von Macht und Gewalt zwischen Soldaten und Zivilisten erinnert. Bei den verwundeten Soldaten, insbesondere bei den isolierten oder gefangenen Soldaten, sind die Machtverhältnisse umgekehrt oder zumindest ausgeglichen.

Dann haben wir zunächst die Präsenz von Nichtkombattanten und sogar von Zivilisten auf dem Schlachtfeld während der napoleonischen Ära festgestellt. Die Anwesenheit von Zivilisten auf dem Schlachtfeld ist manchmal freiwillig, einige Zivilisten folgen der Armee aus Neugierde oder merkantilen Interessen. Oftmals sind es auch einfach nur die Bewohner der Region, die den Schlachtfeldort nicht verlassen konnten oder wollten. Die Stadt Leipzig ist z.B. während der Schlacht bewohnt.

Einige Zivilisten oder Nicht-Kombattanten spielen eine aktive Rolle bei der Verpflegung der Verwundeten auf dem Schlachtfeld. Es scheint, dass Musiker und Marketenderinnen oft die Erste Hilfe oder einfach die Versorgung der Verwundeten auf dem Schlachtfeld übernahmen. Bei der medizinischen Versorgung sind die Ergebnisse mehr oder weniger erfolgreich, und wir haben in der These die Missgeschicke eines Leipziger Bankiers zitiert, der beim Versuch, eine Wunde zu reinigen, eine Blutung verschlimmert hat. Ein Sonderfall, wenn es um die Versorgung der Verwundeten auf und um das Schlachtfeld geht, ist die Rolle der zivilen Ärzte und Chirurgen, die manchmal echte Krankenhäuser in ihren Häusern organisieren. Der Diebstahl der Folgen der Verwundeten ist ebenfalls ein dokumentiertes Ereignis. Die Hauptrolle der Zivilisten auf dem Schlachtfeld scheint jedoch die Sammlung der Verwundeten und die Bestattung der Toten gewesen zu sein.

2. Zivilisten in Krankenhäusern und auf Evakuierungsrouten

Krankenhäuser sind Räume, in denen eine Schnittstelle zwischen den Verletzten und der Zivilbevölkerung geschaffen wird, und dies nicht ohne ein gewisses Gesundheitsrisiko für die Bewohner darzustellen. Für die Versorgung der Verwundeten werden die Krankenhausressourcen des Landes, das medizinische Personal, die Verwaltung und Vorräte genutzt. Auf der Skala einer ganzen Stadt oder Region ist auch zu beachten, dass die Zunahme der Zahl der provisorischen Krankenhäuser die Physiognomie einer Stadt und das tägliche Leben ihrer Bewohner verändert. Wir haben das Beispiel von Wien 1809 zu diesem Thema untersucht.

Wir haben Hinweise auf Feindseligkeit gegenüber den Verwundeten gefunden, insbesondere auf den Evakuierungsrouten. Diese Ängste vor Gewalt fassen jedoch nicht die Interaktionen zwischen den Verletzten und der Zivilbevölkerung auf den Evakuierungsrouten zusammen. Es gibt eine unterstützende Rolle bei der Versorgung der Verletzten, mehr oder weniger freiwillig. Zunächst einmal werden die Verwundeten in der Regel durch Requisitionen von der Zivilbevölkerung in den Stadien ernährt. Obwohl die Verletzten während ihrer Evakuierung in den meisten Fällen in Kollektivgebäuden untergebracht sind, können sie auch in Privathäusern untergebracht werden. Die Beziehungen zwischen Verwundeten und Soldaten auf Evakuierungsrouten können in Form einer Anstellung bei verwundeten Offizieren für Zivilisten erfolgen, die möglicherweise infolge des Krieges ihren üblichen Beruf verloren haben oder die bereits über medizinische Erfahrung verfügen. Wir konnten auch das Gewicht religiöser Darstellungen rund um die Nächstenliebe bei der freiwilligen Hilfe für die Verwundeten, insbesondere die des Feindes, feststellen.

3. Unterbringung von Rekonvaleszenten und Leichtverletzten

Die Rolle der Zivilbevölkerung bei der Unterbringung von Rekonvaleszenten und Leichtverletzten ist von zentraler Bedeutung. Sie wird von den Militärbehörden auferlegt und reguliert. Es geht darum, die Überlastung der Krankenhäuser zu verringern, aber nicht nur. Das Ende der Behandlung in der Wohnung des Bewohners wird oft als besser als die pathogene Umgebung des Krankenhauses angesehen.

Es gibt jedoch auch informelle Praktiken der Unterbringung von leicht Verletzten oder Rekonvaleszenten. Die meisten Menschen mit Verletzungen in der Wohnung haben ein "*billet de logement*", aber die Unterbringung eines Verletzten kann auch Vorteile haben, sei es in finanzieller Hinsicht oder in Bezug auf den Schutz vor Plünderung.

Je höher der Rang, desto häufiger ist die Unterbringung in der Zivilbevölkerung. Offiziere wurden häufiger im Stadtzentrum untergebracht, Unteroffiziere und Soldaten in den Vorstädten. Insgesamt war fast die Hälfte der Verletzten irgendwann einmal bei der örtlichen Bevölkerung untergebracht. Das Phänomen ist bei weitem keine Randerscheinung. In diesem Zusammenhang, und mit

manchmal langen Aufenthalten, verdienten die Interaktionen und Begegnungen zwischen Zivilisten und verwundeten Soldaten eine besondere Untersuchung.

4. Beziehungen zwischen Zivilisten und verwundeten Soldaten: Begegnungen der Welten und Geschlechterverhältnisse

Aufenthalte von verwundeten Soldaten in den Häusern von Anwohnern bringen sie der Zivilgesellschaft näher. Im Fall der verwundeten Gefangenen, deren Aufenthalt oft lange dauert, ist die Entmilitarisierung besonders ausgeprägt. Die Soldaten können ihre Waffen nicht mehr benutzen und sind nicht mehr Teil der aktiven Armee. Das Kräfteverhältnis ist umgekehrt. In einigen Fällen findet eine gewisse Integration in die lokale Gesellschaft statt.

Wir haben auch Fälle von zivil-soldatischen Beziehungen untersucht, die vor der Schlacht stattgefunden haben. Sie erklären sich durch die Kantonierung der Soldaten unter der Zivilbevölkerung. Wir konnten Phänomene der Integration in die Familie oder in die berufliche Einheit beobachten, die dann im Falle einer Verletzung umgesetzt werden.

Interaktionen zwischen Soldaten und Zivilisten haben noch einen weiteren Effekt. Sie bringt Soldaten, bei denen es sich fast ausschließlich um Männer handelt, in Kontakt mit Frauen in der Zivilbevölkerung, die helfen, sich um sie zu kümmern. In diesem Begegnungsraum, der manchmal von langer Dauer ist, werden Quer-Bilder von sich selbst und anderen konstruiert, Bilder, die auf Beschreibungen von Geschlechterrollen basieren. Wir haben diese Darstellungen untersucht, die zwischen (seltenen) Äußerungen romantischen und sexuellen Interesses und langen Beschreibungen von karitativen Frauen, die als fast Nonnen dargestellt werden, zögern. Wir haben mehrere Porträts von Frauen in Erinnerungen an die Verwundeten weiter untersucht.

Die Begegnungen, die wir gerade beschrieben haben, finden um die Zeit der Verletzung herum statt. Die Versorgung der Verletzten stützt sich jedoch auch auf bereits bestehende soziale Netzwerke, die wir ebenfalls untersucht haben.

5. Soziale Vernetzung und Pflege der Verletzten

Bei der Versorgung der Verwundeten und manchmal auch bei der Unterstützung des medizinischen Personals werden Verbindungen zur Geselligkeit aus der Vorkriegszeit hergestellt. Eine erste Art von Vorkriegsbindungen sind verwandtschaftliche Bindungen. Beziehungen dieser Art ermöglichen es zum Beispiel, das gemeinsame Schicksal eines Krankenhausaufenthalts zu vermeiden, indem man die Möglichkeit bietet, bei seiner Familie untergebracht zu werden. Dies scheint insbesondere für Offiziere eine Möglichkeit gewesen zu sein. Eine andere Art von Beziehung, die zur Versorgung von Verwundeten führen kann, ist die eheliche Bindung. Es sei darauf hingewiesen, dass auch hier die Offiziere, die häufiger verheiratet sind, in diesem Fall mit größerer Wahrscheinlichkeit dabei

sind. Es wurden Fälle dokumentiert, in denen Frauen einen Teil Europas durchqueren, um ihren verwundeten Ehemännern zu folgen. Durch die Bereitstellung von Unterkunft, Pflege oder moralischer Unterstützung durch Korrespondenz sichert ihre Rolle oft das Überleben derer, denen sie helfen.

In diesem Abschnitt haben wir auch den Fall von Pierre-Martin Pirquet eingehend untersucht, der am 3. Mai 1809 in Ebelsberg verwundet wurde. Ein wichtiger Teil seiner Fürsorge wurde von bereits bestehenden Netzwerken der Geselligkeit geleistet, die nicht in erster Linie in der Verantwortung der unmittelbaren Familie lagen.

KAPITEL 10: DER GENERAL IN SEINEM SCHLOSS UND DER VERLASSENE SOLDAT

1. Verlassen, in einem Kloster oder im Regiment

Wir haben die wichtigsten Formen der Versorgung von verletzten Soldaten untersucht, ob institutionell oder außerhalb der Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens. Nicht alle Verwundeten durchlaufen jedoch diese Kanäle. Es gibt auch kleinere, aber nicht unbedeutende Formen der Betreuung, die wir jetzt in Betracht ziehen müssen.

Unter den Soldaten, die den in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen Betreuungspfaden entkommen, finden sich einige, die in allen Phasen ihrer Reise ganz oder fast ganz der Betreuung entzogen sind. Dieser Versorgungsmangel kann vorübergehend sein - die Verwundeten kehren dann in den Sanitätsdienst der Armee oder in die zivile Versorgung zurück - oder dauerhaft. Wir haben das Schicksal dieser Verwundeten untersucht. Nach der Schlacht finden die Verwundeten manchmal Zuflucht in den umliegenden Dörfern, aus denen die Bevölkerung oft geflohen ist. Sie bleiben dann für viele Tage an diesen Orten vergessen und tauchen erst wieder in den Quellen auf, wenn sie gefunden werden. Selbst nach Verlassen der unmittelbaren Umgebung des Schlachtfeldes werden einige der Verwundeten auf den Evakuierungsrouten zurückgelassen. Manchmal, insbesondere im Falle eines Rückzugs, wurden sie überhaupt nicht gepflegt. Percy erzählt, dass er 1806 einen russischen Soldaten am Boden eines Ofens fand²⁹.

Andere Versorgungswege betreffen Verwundete, die außerhalb des Gesundheitsdienstes der Armee behandelt werden. Mönchsorden unterhalten oft Krankenhäuser, und einige Militärhospitäler sind in Klöstern und Konventen angesiedelt. Es scheint, dass in einer Reihe von Fällen religiöse Männer und Frauen dort geblieben sind und bei der Versorgung von Kranken und Verwundeten geholfen haben. Ein erheblicher Teil der Verwundeten wird auch direkt im Regiment versorgt. Dies ist der Fall bei den leicht Verletzten, aber auch, in Fällen, in denen die Gesundheitsdienste

²⁹ Baron Percy, *Journal des campagnes*, Paris, Club le Grand Livre du Mois, 2002, p. 154.

zusammenbrechen, bei schwereren Verletzten. Schließlich werden einige der Verwundeten während der Rekonvaleszenz in ihr Regiment zurückgeschickt, insbesondere wenn das Regiment nicht unterwegs ist.

Wir haben auch die Pflege untersucht, die außerhalb jeder Einrichtung direkt von den Verletzten selbst oder von ihren Vorgesetzten unter Einsatz von zivilen Chirurgen organisiert wird. Wir haben uns auch mit der Frage der Selbstmedikation befasst, die so häufig vorkommt, dass sie Gegenstand von veröffentlichten Leitfäden für Soldaten war.

2. Generaloffiziere: Besonderheiten der Pflegearten

Die Versorgung von Generaloffizieren, wenn sie im Kampf verwundet werden, ist in mehr als einer Hinsicht spezifisch. Zunächst einmal werden sie außerhalb des üblichen Ambulanz- und Krankenhauskreislaufs betreut. Ein oder mehrere Chirurgen kümmern sich speziell um die Behandlung, ohne dass der Generaloffizier länger auf die Behandlung warten muss, als ein Chirurg zu ihm gelangt. Adjutanten, Diener und Ordonnanzen bleiben bei ihren verwundeten Vorgesetzten. Der Transport hat Vorrang, und in den meisten Fällen wird ein Generaloffizier in einem komfortablen zivilen Haus untergebracht. Natürlich können die Gefechtsbedingungen, selbst für Generaloffiziere, den Zugang zur Versorgung länger und schwieriger machen.

Eine weitere Besonderheit der Betreuungswege von Generälen ist ihre Überrepräsentierung in den Quellen. Beschreibungen der Versorgung von Generälen finden sich sogar in den Zeugenaussagen von Zivilisten. Die Unterbringung eines Generaloffiziers zu Hause scheint also eine berichtenswerte Episode zu sein. Und in der Tat ist einer der zusätzlichen Gründe, warum es so viele Quellen über Generaloffiziere gibt - und dies ist nicht nur ein Merkmal von Wundberichten - auch, dass ihr Schicksal als bemerkenswert, als nachzählenswert angesehen wird. Man findet in den Memoiren Zeugnisse der Verbundenheit mit seinem General - und im weiteren Sinne mit seinem Offizier. Sie betreffen die Adjutanten der Lager, aber auch Soldaten, die weniger direkte Beziehungen zu ihrem Chef hatten.

Die Betreuungspfade leitender Offiziere sind oft diejenigen, über die wir die vollständigsten Informationen in Bezug auf die medizinische Versorgung haben. Dies gilt insbesondere für die außerhalb von Krankenhäusern erbrachte Versorgung, über die nur selten berichtet wird. Wir haben solche Berichte für General Valhubert, der in Austerlitz starb, studiert. Wir haben uns auch die Berichte über den Tod von Duroc und Moreau angesehen, die zahlreiche Berichte französischer bzw. österreichischer Autoren zusammenfassen.

Um die in diesem Abschnitt erörterten Themen zu vertiefen, gingen wir dann zu einer Fallstudie über den Tod von Marschall Lannes über.

3. Die Geschichte einer berühmten Verletzung erzählen: der Fall des Todes von Lannes

In Aspern-Essling kommandierte Lannes das 2. Korps der napoleonischen Armee. Am Abend des 22. Mai wurde er an den Beinen verwundet. Er wurde von einem Geschoss, dessen Kaliber je nach Quelle variierte, ins Knie getroffen. Lannes, der am 10. April 1769 in Lectoure im Gers geboren wurde, starb am Morgen des 31. Mai 1809 an den Folgen dieser Verletzung, wobei ihm ein Bein amputiert wurde.

Nur drei der 26 Marschälle wurden im Kampf getötet. Der Tod von Lannes, dem ersten von ihnen, hat viele Geschichten in der Erinnerung wachgerufen. Die Quellen sind also zahlreich, auch wenn viele von ihnen nur den Tod von Lannes erwähnen.

Wir haben ein Korpus von Quellen zu diesem Fall zusammengestellt, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Sie umfasst einundzwanzig Quellen, von denen sieben lediglich Erwähnungen sind. Wir haben die Entstehungsbedingungen und Publikationsdaten dieser Memoiren analysiert und versucht, die gegenseitigen Einflüsse nachzuvollziehen. Wir haben die zentralen Elemente der Erzählungen und die verschiedenen Versionen identifiziert.

Wir waren besonders an den Darstellungen von Freundschaft und Emotionen in diesen Texten interessiert. Wir analysierten auch einige längere Berichte über diesen Tod, die von Marbot, Lannes' Adjutant, und von Larrey, der ihn operierte.

TEIL 4: PFLEGE AUSSERHALB DES KRANKENHAUSES UND REKONVALESCENZ

KAPITEL 9: ZIVILISTEN UND VERSORGUNG DER VERWUNDETEN

1. Zivilisten (oder Nicht-Kombattanten) und Verwundete auf dem Schlachtfeld und in Ambulanzen

In diesem Kapitel wurde die Rolle der Zivilbevölkerung bei der Versorgung der Verwundeten thematisiert. Über den Zeitraum des Moments der Verletzung bis zur Rekonvaleszenz oder zum Tod waren Zivilisten anwesend, die sich im Rahmen der organisierten Unterstützung des Sanitätswesens, aber auch auf informellere und doch ebenso bedeutsame Weise um die Verletzten kümmerten. Hierbei ist an die obigen Ausführungen zum Thema Macht und Gewalt zwischen Soldaten und Zivilisten zu erinnern. Bei den verwundeten Soldaten, insbesondere bei den isolierten oder gefangenen Soldaten, waren die Machtverhältnisse umgekehrt oder zumindest ausgeglichen.

In diesem Zusammenhang war eine Präsenz von Nichtkombattanten und sogar von Zivilisten auf dem Schlachtfeld während der napoleonischen Ära festzustellen. Die Anwesenheit von Zivilisten auf dem Schlachtfeld war manchmal freiwillig, einige Zivilisten folgten der Armee aus Neugierde oder kaufmännischen Interessen. Oftmals waren es auch einfach nur die Bewohner der Region, die den Schlachtfeldort nicht verlassen konnten oder wollten. Die Stadt Leipzig war z.B. während der gesamten Dauer der Schlacht bewohnt.

Einige Zivilisten oder Nicht-Kombattanten spielten eine aktive Rolle bei der Verpflegung der Verwundeten auf dem Schlachtfeld. Es scheint, dass Musiker und Marketenderinnen oft die Erste Hilfe oder einfach die Versorgung der Verwundeten auf dem Schlachtfeld übernahmen. Bei der medizinischen Versorgung waren die Ergebnisse dabei mehr oder weniger erfolgreich. Zu erwähnen sind die Missgeschicke eines Leipziger Bankiers, der beim Versuch, eine Wunde zu reinigen, eine Blutung verschlimmert hatte. Einen Sonderfall, wenn es um die Versorgung der Verwundeten auf dem und um das Schlachtfeld herum geht, stellte die Rolle der zivilen Ärzte und Chirurgen dar, die manchmal echte Krankenhäuser in ihren Privathäusern organisieren. Diebstahl durch Verwundete ist ebenfalls dokumentiert. Die Hauptrolle der Zivilisten auf dem Schlachtfeld scheint jedoch das Aufsammeln der Verwundeten und die Bestattung der Toten gewesen zu sein.

2. Zivilisten in Krankenhäusern und auf Evakuierungsrouten

Krankenhäuser stellen generell Räume dar, in denen eine Schnittstelle zwischen den Verletzten und der Zivilbevölkerung geschaffen wird, wobei dies ein gewisses Gesundheitsrisiko für die Bewohner darstellen kann. Für die Versorgung der Verwundeten wurden während der napoleonischen Kriege die Krankenhäuser des Landes, das medizinische Personal, die Verwaltung und die vorhandenen Ressourcen genutzt. Im Umfeld einer ganzen Stadt oder einer Region ist auch zu beachten, dass die Zunahme der Zahl der provisorischen Krankenhäuser die Physiognomie dieses Ortes und das tägliche Leben ihrer Bewohner veränderte. Es gab Hinweise auf Feindseligkeit gegenüber den Verwundeten, insbesondere auf den Evakuierungsrouten. Diese Ängste vor Gewalt umfassten jedoch nicht den ganzen Rahmen an Interaktionen zwischen den Verletzten und der Zivilbevölkerung auf den Evakuierungsrouten. Es gab Unterstützung bei der Versorgung der Verletzten, mehr oder weniger freiwillig. Zunächst einmal wurden die Verwundeten in der Regel durch Beschlagnahmen von der Zivilbevölkerung in den Städten ernährt. Obwohl die Verletzten während der Evakuierung in den meisten Fällen in Sammelunterkünften untergebracht waren, konnten sie durchaus auch in Privathäusern untergebracht werden. Die geknüpften Beziehungen zwischen Verwundeten und Soldaten auf Evakuierungsrouten konnten sich in Form einer Anstellung der Zivilisten bei verwundeten Offizieren ausdrücken, da jene möglicherweise infolge des Krieges ihren üblichen Beruf verloren hatten oder bereits über medizinische Erfahrung verfügten. Auch die Bedeutung religiöser Darstellungen rund um die Nächstenliebe im Kontext der freiwilligen Hilfe für die Verwundeten, insbesondere für die feindlichen Verwundeten, war auffällig.

3. Unterbringung von Rekonvaleszenten und Leichtverletzten

Die Rolle der Zivilbevölkerung bei der Unterbringung von Rekonvaleszenten und Leichtverletzten war von zentraler Bedeutung. Die Unterbringung wurde von den Militärbehörden auferlegt und reguliert. Es ging in erster Linie darum, die Überlastung der Krankenhäuser zu verringern. Die Behandlung in einer privaten Wohnung wurde oft als die bessere Alternative gegenüber der pathogenen Umgebung des Krankenhauses angesehen.

Es gab jedoch auch informelle Praktiken der Unterbringung von leicht Verletzten oder Rekonvaleszenten. Die meisten Menschen mit Verletzungen, die in einer privaten Wohnung unterkamen, hatten ein "*billet de logement*", aber die Unterbringung eines Verletzten konnte auch für den Unterbringer Vorteile haben, sei es in finanzieller Hinsicht oder in Bezug auf den Schutz vor Plünderung.

Je höher der Rang, desto häufiger fand eine Unterbringung innerhalb der Zivilbevölkerung statt. Offiziere wurden häufiger im Stadtzentrum untergebracht, Unteroffiziere und Soldaten in den Vorstädten. Insgesamt war fast die Hälfte der Verletzten irgendwann einmal bei der örtlichen

Bevölkerung untergebracht. Das Phänomen stellte also bei weitem keine Randerscheinung dar. In diesem Zusammenhang, gerade bei durchaus vorkommenden längeren Aufenthalten, waren die Interaktionen und Begegnungen zwischen Zivilisten und verwundeten Soldaten ein besonders interessanter Untersuchungsgegenstand.

4. Beziehungen zwischen Zivilisten und verwundeten Soldaten: Begegnungen der Welten und Geschlechterverhältnisse

Die Aufenthalte von verwundeten Soldaten in den Häusern von Anwohnern brachten jene der Zivilgesellschaft näher. Im Fall von verwundeten Gefangenen, deren Aufenthalt in der Regel lange dauerte, war eine besonders ausgeprägte Entmilitarisierung festzustellen. Die Soldaten konnten ihre Waffen nicht mehr benutzen und waren deswegen nicht mehr Teil der aktiven Armee. Das Kräfteverhältnis hatte sich quasi umgekehrt. In einigen Fällen fand sogar eine Art Integration in die lokale Gesellschaft statt.

Auch Fälle von zivil-soldatischen Beziehungen, die bereits vor der Schlacht geknüpft worden waren, konnten festgestellt werden. Sie erklären sich mit der Einquartierung der Soldaten unter der Zivilbevölkerung. Es waren auch Phänomene der Integration in eine aufnehmende Familie oder in einen neuen beruflichen Kontext zu beobachten.

Interaktionen zwischen Soldaten und Zivilisten hatten noch einen weiteren Effekt. Sie brachten Soldaten, bei denen es sich fast ausschließlich um Männer handelte, in Kontakt mit Frauen in der Zivilbevölkerung, die sich um sie zu kümmerten. In diesem Begegnungsraum, der manchmal von langer Dauer war, wurden oft Geschlechterbilder konstruiert, die auf etablierten Beschreibungen von Geschlechterrollen basierten. Diese Darstellungen schwankten zwischen (seltenen) Äußerungen romantischen und sexuellen Interesses und langen Beschreibungen von karitativen Frauen, die fast als Nonnen dargestellt wurden. Diese Begegnungen fanden in der Regel dann statt, wenn Verletzungen erfolgt waren.

5. Soziale Vernetzung und Pflege der Verletzten

Bei der Versorgung der Verwundeten und manchmal auch bei der Unterstützung des medizinischen Personals wurden auch Verbindungen wiederaufgenommen, die in der Vorkriegszeit geknüpft worden waren. Eine erste Art dieser Vorkriegsbindungen stellten verwandtschaftliche Bindungen dar. Beziehungen dieser Art ermöglichten es zum Beispiel, das gemeinsame Schicksal eines Krankenhausaufenthalts zu vermeiden, indem man die Möglichkeit bot, bei seiner Familie untergebracht zu werden. Dies schien insbesondere für Offiziere eine Möglichkeit gewesen zu sein. Eine andere Art von Beziehung, die zur Versorgung von Verwundeten führen konnte, war die eheliche Bindung. Es sei darauf hingewiesen, dass hier Offiziere, die häufiger verheiratet sind, in diesem Fall mit größerer Wahrscheinlichkeit dabei sind. Es wurden Fälle dokumentiert, in denen

Frauen einen Teil Europas durchquerten, um ihren verwundeten Ehemännern zu folgen. Durch die Bereitstellung von Unterkunft, Pflege oder moralischer Unterstützung durch Korrespondenzen sicherte ihre Rolle oft das Überleben derer, denen sie halfen.

In diesem Abschnitt wurde auch der Fall von Pierre-Martin Pirquet eingehend untersucht, der am 3. Mai 1809 in Ebelsberg verwundet wurde. Ein wichtiger Teil der Fürsorge für ihn fand durch die von ihm geknüpften Netzwerke und Verbindungen statt, die nicht in erster Linie auf seine unmittelbare Familie zurückzuführen sind.

KAPITEL 10: DER GENERAL IN SEINEM SCHLOSS UND DER VERLASSENE SOLDAT

1. In einem Kloster oder im Regiment verlassen

Untersuchungsgegenstand waren bis zu diesem Punkt wichtigsten Formen der Versorgung von verletzten Soldaten, sowohl institutionell als auch außerhalb der Einrichtungen des militärischen Gesundheitswesens. Nicht alle Verwundeten durchliefen jedoch diese Versorgungswege. Es gab auch kleinere, aber nicht unbedeutende Formen der Betreuung, die mitzuberücksichtigen sind.

Unter den Soldaten, die nicht in die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen Versorgungsmöglichkeiten eingegliedert wurden, finden sich einige, die sich in allen Phasen ihrer Reise ganz oder fast vollständig aus dem Versorgungsraaster herausfielen. Dieser Versorgungsmangel konnte vorübergehender Natur sein - die Verwundeten kehrten dann in den Sanitätsdienst der Armee oder in die zivile Versorgung zurück - oder dauerhafter Natur. Nach der Schlacht fanden die Verwundeten manchmal Zuflucht in den umliegenden Dörfern, aus denen die Bevölkerung oft geflohen war. Sie bleiben dann für viele Tage ohne Anbindung an diesen Orten und tauchen aus diesem Grund auch erst dann wieder in den Quellen auf, wenn sie gefunden wurden. Selbst nach dem gesammelten Verlassen der unmittelbaren Umgebung eines Schlachtfeldes wurden einige der Verwundeten auf den Evakuierungsrouten zurückgelassen. Manchmal, insbesondere im Falle eines Rückzugs, wurden sie überhaupt nicht versorgt. Percy erwähnte beispielsweise, dass er 1806 einen russischen Soldaten am Boden eines Ofens fand³⁰.

Andere Versorgungswege betrafen Verwundete, die außerhalb des Gesundheitsdienstes der Armee behandelt wurden. Mönchsorden unterhielten oft Krankenhäuser, und einige Militärhospitäler waren in Klöstern und Konventen angesiedelt. Es scheint, dass in einer Reihe von Fällen religiöse Männer und Frauen dort geblieben waren und bei der Versorgung von Kranken und Verwundeten geholfen hatten. Ein erheblicher Teil der Verwundeten wurde auch direkt im Regiment versorgt. Dies war bei den leicht Verletzten der Fall, aber auch dann bei schweren Verletzten, wenn die Gesundheitsdienste

³⁰ *Ibid.*

zusammenbrachen. Schließlich wurden einige der Verwundeten während der Rekonvaleszenz in ihr Regiment zurückgeschickt, insbesondere dann, wenn das Regiment nicht unterwegs war.

Auch die Versorgung, die direkt von den Verletzten selbst oder von ihren Vorgesetzten unter Einsatz von zivilen Chirurgen organisiert wurde, war Gegenstand der Betrachtung. Hier spielte auch das Phänomen der Selbstmedikation eine Rolle, die so häufig vorkam, dass sie Gegenstand von veröffentlichten Leitfäden für Soldaten wurde.

2. Generaloffiziere: Besonderheiten der Pflegearten

Die Versorgung von Generaloffizieren, wenn sie im Kampf verwundet wurden, war in mehr als einer Hinsicht spezifisch. Zunächst einmal wurden sie außerhalb des üblichen Ambulanz- und Krankenhauskreislaufs betreut. Ein oder mehrere Chirurgen kümmerten sich speziell um ihre Behandlung. Ein Generaloffizier musste also nicht lange warten, bis ein Chirurg zu ihm gelang. Adjutanten, Diener und Ordonnanzen blieben bei ihren verwundeten Vorgesetzten. Der Transport hatte Vorrang, und in den meisten Fällen wurde ein Generaloffizier in einem komfortablen zivilen Haus untergebracht. Natürlich konnten die Gefechtsbedingungen den Zugang zu Versorgungswegen selbst für Generaloffiziere länger und schwieriger machen.

Eine weitere Besonderheit der Versorgungswege für Generäle ist ihre Überrepräsentanz in den Quellen. Beschreibungen der Versorgung von Generälen finden sich sogar in den Zeugenaussagen von Zivilisten. Die Unterbringung eines Generaloffiziers zu Hause scheint also ein berichtenswertes Ereignis gewesen zu sein. Hier ist einer der zusätzlichen Gründe zu sehen, warum es so viele Quellen über Generaloffiziere gibt: Ihr Schicksal wurde als bemerkenswert und als nachzählenswert angesehen. Man findet in den Memoiren viele Zeugnisse der Verbundenheit der Soldaten mit den jeweiligen Generälen - und im weiteren Sinne auch mit den jeweiligen Offizieren. Sie wurden von den Adjutanten der Lager, aber auch von den Soldaten, die weniger direkte Beziehungen zu ihren Vorgesetzten hatten, geäußert.

Die Versorgungspfade für leitende Offiziere waren oft diejenigen, über die die vollständigsten Informationen in Bezug auf die medizinische Versorgung vorliegen. Dies gilt insbesondere für die außerhalb von Krankenhäusern erbrachte Versorgung, über die nur selten berichtet wurde. Solche Berichte existieren für General Valhubert, der in Austerlitz starb. Auch die Berichte über den Tod von Duroc und Moreau waren aufschlussreich, weil sie weitere zahlreiche Berichte französischer bzw. österreichischer Autoren zusammenfassen.

3. Die Geschichte einer berühmten Verletzung erzählen: der Fall des Todes von Lannes

In Aspern-Essling kommandierte Lannes das 2. Korps der napoleonischen Armee. Am Abend des 22. Mai wurde er an den Beinen verwundet. Er wurde von einem Geschoss, dessen Kaliber je nach Quelle variierte, ins Knie getroffen. Lannes, der am 10. April 1769 in Lectoure im Gers geboren wurde, starb am Morgen des 31. Mai 1809 an den Folgen dieser Verletzung, wobei ihm ein Bein amputiert wurde.

Nur drei der 26 Marschälle wurden im Kampf getötet. Der Tod von Lannes hat bei vielen anderen Soldaten Geschichten in der Erinnerung wachgerufen. Quellen sind also zahlreich vorhanden, auch wenn viele von ihnen nur den Tod von Lannes erwähnen.

Im Rahmen der Arbeit wurde ein Korpus von Quellen zu diesem Fall zusammengestellt, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Dieser Korpus umfasst einundzwanzig Quellen, von denen sieben lediglich Erwähnungen sind. Die Entstehungsbedingungen und Publikationsdaten dieser Memoiren wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit analysiert, wobei versucht wurde, die gegenseitigen Einflüsse nachzuvollziehen. Dabei konnten zentrale Elemente der Erzählungen und die verschiedenen Versionen dieser Erzählung identifiziert werden.

Insbesondere die Darstellungen von Freundschaft und Emotionen in diesen Texten war aufschlussreich. Hier dienten längere Berichte über den Tod von Marbot, Lannes' Adjutant, und von Larrey, der ihn operierte, als Ergänzung.

KAPITEL 11: FOLGEN DER VERLETZUNG

1. Vom Sterben und seinen Folgen

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Folgen der Verletzung untersucht. Eine der möglichen Folgen der Verwundung war natürlich der Tod. Hier waren besonders die sozialen Folgen der Verletzung über den Patienten selbst hinaus von Interesse. Dazu wurde die administrative Dimension des Todes durch Wunden in den Armeen des napoleonischen Europas untersucht. Im Fokus stand dabei der Austausch zwischen Verwaltungsbehörden über die Anwendung von Vorschriften.

Die Testamentsvollstreckung führte zu zahlreichen solcher Interaktionen. Die Vollstreckung eines Testaments setzte jedoch voraus, dass der Tod mit Gewissheit festgestellt werden konnte, und dies war bei weitem nicht immer einfach. Selbst wenn sie erstellt wurden, waren Sterbeurkunden oft unvollständig. Die Aufrechterhaltung eines vollständigen Zivilstandes war besonders schwierig im Falle von Verwundeten, die gefangen genommen wurden.

Ein weiterer Untersuchungspunkt in diesem Zusammenhang, war die Benachrichtigung der Familie über Todesfälle, und zwar sowohl durch die Regimentskameraden, als auch formell durch die Militärhierarchie. Es werden dabei auch einige Forschungsansätze zu Trauerfällen und zur Suche nach Leichen durch die Familien der Soldaten vorgestellt. Insbesondere betrachtet wurden die Geschichten von Ehefrauen, die auf der Suche nach den Leichen ihrer im Kampf gefallenen Ehemänner waren.

Es wurde eingehend untersucht, auf welche Art und Weise Soldaten, manchmal Jahrzehnte später, den Tod ihrer Waffenbrüder nacherzählten. Einige der Geschichten erzählten nur von Trauer, während andere, den Tod selbst, einschließlich der durch die Verwundung verursachten Qualen darstellten, wenn die Soldaten erst mehrere Wochen nach der Schlacht ihren Wunden erlagen.

In einem ersten Ansatz zu den sozialen Folgen und den Erzähl- und Erinnerungskonstruktionen rund um den Tod von Wunden wird vorgeschlagen und versucht, die zeitlichen Auswirkungen eines solchen Ereignisses über den Moment der Verletzung hinaus aufzuzeigen. Die Quellen, die dazu benutzt wurden, haben hauptsächlich über die Todesfälle während des Krieges informiert. Wunden benötigen jedoch oft längere Zeit, um ihr endgültiges Ergebnis zu entfalten, ob tödlich oder nicht. Der folgende Abschnitt ist daher den zeitlichen Abläufen von Verletzungen gewidmet.

2. Rekonvaleszenz, Heilung, Pensionierung: Temporalitäten der Verletzungsfolgen

Im ersten Schritt konnte beobachtet werden, wie schnell kleinere Verletzungen behoben wurden. Danach wurden die Genesungszeiten für schwere Verletzungen genauer betrachtet. Die Zeitlichkeit schwerer Verwundungen ließ sich an der Nachbeobachtung der medizinischen und chirurgischen Versorgung ablesen. In vielen Fällen waren mehrere Operationen erforderlich, und bei diesen Folgeeingriffen und Behandlungen waren Schmerzen ein sehr präsender Aspekt.

Eingehender wurde der gut dokumentierte Fall von Pierre-Martin Pirquet untersucht. Zwischen dem 2. Mai 1809, als ihn eine Kugel in die Lunge traf, und dem Zeitpunkt, an dem er seine Wunde in seinem Tagebuch für endgültig geheilt erklärte, Ende März 1812, vergingen fast drei Jahre. Pirquet erwähnte die Ablösung von insgesamt 54 Knochensplittern, d.h. kleinen Knochenfragmenten - in diesem Fall der Rippen -, die aus der Wunde entfernt werden mussten. Neben dem ersten Verband, der sich wegen der Ereignisse auf dem Schlachtfeld und dem anschließenden Ansturm auf das Krankenhaus verzögerte, unterzog sich Pirquet in diesen drei Jahren insgesamt sieben chirurgischen Operationen. Zusätzlich wurden weitere Beispiele für solche langwierigen Behandlungen in der französischen und österreichischen Armee angeführt.

Ein weiteres Thema war der Zeitpunkt der Rückkehr der Schwerverletzten in ihre Regimenter. In Fällen, in denen eine Rückkehr nicht möglich war, wurde der Ruhestandsprozess und der damit einher gehende Verwaltungsprozess sowohl in Frankreich, als auch in Österreich beobachtet. Ebenfalls von Interesse waren individuelle Motive, die Soldaten dazu veranlassen konnten, eine Versetzung in den Ruhestand zu beantragen, sowie die Erstellung von ärztlichen Bescheinigungen, in denen der Ruhestand empfohlen wurde.

Ohne im Detail auf die Schwierigkeiten bei der Rückkehr ins zivile Leben einzugehen, wurden die Texte von Soldaten an diesem Punkt ihrer Karriere studiert und die damit verbundenen Befürchtungen hervorgehoben. Dazu gehörten unter anderem eine etwaige Arbeitsunfähigkeit und die Angst, die Sitten der Zivilgesellschaft nicht mehr zu beherrschen.

Der Ablauf der Wundheilung war komplex. Die Heilungszeit war oft lang, unterbrochen von Rückschlägen, mit wiederholten Schmerzen und Operationen. Die Rückkehr in das Regiment erfolgte oft schrittweise und stellte eine Wiedereingliederung in die gemeinsame Zeit der militärischen Geselligkeit dar, der manchmal eine Zeit des Urlaubs in der Familie vorausging. Die Pensionierung aufgrund von Verletzungen, die in einem sehr variablen Zeitraum danach erfolgen konnte, ist ein Bruch mit dieser militärischen Geselligkeit und eine abrupte Wiedereingliederung in das zivile Leben, und zwar auf eine Art und Weise, die nicht im Einklang mit den im Militär

zurückgelassenen Kameraden stand. Bei einigen von ihnen hielten die körperlichen Nachwirkungen der Verletzung ein Leben lang an. Um diese Gruppe der Forschung zu eröffnen, wurde auf der Grundlage der Larrey-Papiere über französische Soldaten im *Hôtel des Invalides* eine Fallstudie durchgeführt.

3. Langzeitpflege: Invaliden und Medizin

In diesem Abschnitt werden einige vorläufige Forschungslinien zu den österreichischen Invalidenhäusern vorgestellt, die in der Geschichtsschreibung bisher wenig Beachtung gefunden haben..

Anschließend wurde eine Reflexion über die Berücksichtigung der langfristigen Folgen von Kriegsverletzungen durch Militärchirurgen vorgenommen. Diese Studie stützt sich auf Quellen aus der chirurgischen Klinik des *Hôtel des Invalides* von Dominique-Jean Larrey, die im Archiv des *Val de Grâce* aufbewahrt werden und aus den 1830er Jahren stammen³¹.

Larrey sorgte sich um die langfristige Entwicklung von Verletzungen, die meist in der Notaufnahme operiert wurden. Ein Aspekt seiner Arbeit, für deren Untersuchung der Chirurg wohl wenig Zeit gehabt haben dürfte, als er im Feld tätig war. Sein Interesse konzentrierte sich auf die Entwicklung der Wunden und Narben selbst, war aber nicht auf diese beschränkt. Larrey betrachtete den Patienten als Ganzes und untersuchte nicht nur die Auswirkungen der Wunden selbst, sondern auch die Auswirkungen der Behandlungen, die angewendet wurden. Das *Hôtel des Invalides*, in dem die Bewohner langfristig untergebracht und in dem die Lebensbedingungen ziemlich kontrolliert waren - auch wenn es Ausflüge und andere Eskapaden gab - stellt einen besonders geeigneten Ort für eine solche Studie dar. Larreys Interesse die Ursachen von Krankheiten und die Schädigung der verschiedenen Organe zu verstehen, sowie der genauen Beobachtung der Entwicklung der Krankheit rechtfertigen durchaus die Verwendung des Begriffs „klinisch“ im Titel seines Buches.

Die Dauer der Verletzung reichte also weit über den Zeitpunkt des Kampfes hinaus, und durch die Untersuchung der verschiedenen Arten von Verletzungsfolgen konnte ein Teil dieser langen Zeitlichkeit nachvollzogen werden. Der Tod von verwundeten Soldaten hatte somit in konzentrischen Kreisen Folgen von der Leichenverwaltung bis zum Gedenken an die Toten, die in längere Zeit eingeschrieben sind. Die überlebenden Soldaten waren oftmals für den Rest ihres Lebens von ihren Wunden körperlich gezeichnet.“

³¹ ARCHIVES DU SSA, VAL DE GRÂCE, « Carton n°121-1 », Dossier n°3 : Clinique chirurgicale de l'hôtel royal des Invalides.

1. Der Körper und der Schmerz

In diesem Kapitel wurde versucht, die Erfahrung der Verletzung in den breiteren Kontext der Kampferfahrung zu stellen. Es wurde untersucht, wie die Zeugen der Verletzungserfahrung einen Sinn geben. In diesem Kapitel wird daher auf einige Querschnittsthemen in den Texten zurückgeblickt, die nicht auf einen bestimmten Moment auf dem Weg des Verletzten beschränkt sind und die es ermöglichen besser zu verstehen, wie die Wunde erlebt und wie darüber berichtet wurde.

Dabei wurde auch untersucht, wie Zeitgenossen die physische Dimension von Verletzungen beschrieben haben und über Schmerzen sprachen.

Am Anfang steht dabei eine Auseinandersetzung mit den besonders anschaulichen Beschreibungen von Verletzungen, die versuchen, ihre Existenz zu verstehen und die Fragen nach dem Sagbaren und Unaussprechlichen stellen. Eingehend wurde sich dabei mit Schreckensszenen befasst, die von den Verfassern von Memoiren als solche konstruiert wurden. Dabei fiel ein Kontrast zwischen der extrem anschaulichen Natur der Szenen und einer häufigen Loslösung des Erzählers angesichts der Zerstörung der Körper auf. Diese Mischung findet sich in vielen Texten. Im Unterschied dazu fanden sich jedoch auch Fälle von Beschreibungen, die fast halluzinatorisch in ihrer Darstellung waren, und dadurch die Frage nach einem unmöglichen Vergessen einiger dieser Szenen aufwarfen.

So finden sich etwa bei Beschreibungen von Massenverletzungen und Todesfällen, die den Autor nicht direkt betroffen haben, Spuren von Erinnerungen, die auch Jahrzehnte nach den Ereignissen fortwährend präsent blieben und damit mögliche psychische Verletzungen aufzeigen. Fälle, in denen Körper so stark zerstört wurden, dass sie kaum noch erkennbar waren, oder in denen Leichen geschändet wurden, scheinen solche Erinnerungen für besonders lange Zeit fixiert zu haben.

Zusätzlich wurde die Konstruktion des Schmerzgedächtnisses erforscht. Die dazu untersuchten Auszüge umreißen die Konturen einer Beziehung zum verletzten Körper, die durch eine kollektive Dimension gekennzeichnet ist. Wenn der Schmerz manchmal als intimes Erlebnis erwähnt wurde, dann war es vor allem die Art und Weise, wie er ausgedrückt oder besser gesagt verborgen wurde, die den Wert in der Erzählung ausmachte. Auf die gleiche Weise hat sich gezeigt, wie die Wunde als Manifestation einer Beziehung zur Ehre im Körper gelesen werden kann. Ein Teil dieser Beziehung zum Körper und zum Schmerz spielte sich zwischen der verletzten Person und den unmittelbaren

Zeugen der Verletzung ab. Um dies besser zu verstehen, wurde die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten betrachtet.

2. Verletzung, Darstellungen der Medizin, Arzt-Patienten-Beziehung

In diesem Abschnitt wurde das Arzt-Patienten-Verhältnis im Detail untersucht, abgesehen von der Frage der chirurgischen Operationen oder der medizinischen Versorgung als solcher. Ziel war es, sowohl Praktiken zu beschreiben, als auch über die Darstellung der Rolle des Chirurgen nachzudenken. Dabei wurde versucht zu verstehen, was einen guten oder schlechten Chirurgen für die Soldaten der damaligen Zeit ausmachte, und auch das Machtverhältnis zwischen Chirurgen und Patienten betrachtet.

Die Charakteristika der Arbeit von Chirurgen, die das Zufügen von Schmerzen und die Entnahme von Blut zur Heilung beinhalteten, führten zu unterschiedlichen Darstellungen durch ihre Patienten. Es ist interessant festzustellen, dass sich relativ wenig Überschneidungen zwischen den Darstellungen der Chirurgen durch ihre Patienten und den Selbstdarstellungen der Chirurgen finden .

Angst oder sogar Feindseligkeit gegenüber Chirurgen kamen in den Erinnerungen durchaus vor, waren aber nicht in der Mehrheit. In den meisten Fällen tendierten die Patienten in ihren Aufzeichnungen eher dazu, die Chirurgen als gute Männer darzustellen, die schwierige Arbeit mit Selbstverleugnung verrichteten.

Die Qualitäten, die von einem Chirurgen erwartet wurden, waren Sorgfalt und Aufmerksamkeit bei Verbänden und Operationen. Hinzu kam eine gewissen Aufmerksamkeit für die Patienten, denen die Behandlungen erklärt werden sollten. Das Wort des Patienten spielte eine noch wichtigere Rolle, da die Kontinuität der Versorgung unter diesen Umständen sehr selten ist. Im Gegensatz dazu wurde das Versäumnis, geplante Operationen zu beschreiben, oder zu viel Schnelligkeit in der Versorgung verurteilt, was implizierte, dass die Bedingungen der Versorgung auf dem Schlachtfeld die Chirurgen daran hinderten, ihre Rolle angemessen zu erfüllen. Es wurden auch einige spezifische Fälle der Beziehung zwischen einem Chirurgen und seinem Patienten eingehend untersucht.

Im Gegensatz dazu war in Larreys Texten der Chirurg der einzige Akteur, der Patient hingegen im Allgemeinen passiv. Larrey stellte in den Aufzeichnungen alle Entscheidungen als strikt seine eigenen dar. Diese Art, sich selbst zu beschreiben, scheint jedoch auch eine performative Dimension zu haben. Es ging darum, die Rolle des Chirurgen so zu beschreiben, wie sie sein sollte. Die regelmäßigen Beschwerden über mangelnden Gehorsam der Patienten, die sich in seinen Texten finden, deuten auf eine komplexere Realität hin.

Das Selbstverständnis der Chirurgen scheint im Alltag vor allem von einem starken Berufsethos geprägt gewesen zu sein, das verlangte die Versorgung der Patienten so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Die sehr langen Arbeitszeiten bis zur Erschöpfung und die enge Abfolge der Operationen gehörten somit zum Beruf des Militärchirurgen und sind Merkmale, die als berichtenswert angesehen werden können.

3. Verletzung und narrative Konstruktion

Die Frage nach der Konstruktion der Erinnerung der Kampferfahrung und ihrer Erzählung ist ein wichtiges Thema bei der Erneuerung der Geschichtsschreibung über den Krieg, genauer gesagt über die Kriege der Epoche, die hier untersucht wurden. Was im Rahmen dieser Arbeit versucht wurde zu verstehen, ist die Art und Weise, in der die Erfahrung der Verwundung in diese Konstruktion, insbesondere im Hinblick auf die Konstruktion der Erzählung des Selbst und ihre Integration in eine kollektive Erzählung, einzuordnen ist.

Dafür wurde damit begonnen, die Konstruktionen der Erzählung nach der Art und den Entstehungsbedingungen der Quellen zu differenzieren. Die Situation in den Briefen der Soldaten wurde kurz untersucht und dabei die Bedeutung des Berichts für den Empfänger zur Kenntnis genommen.

Abgesehen vom Fall der Briefe scheint der Bestimmungsort, öffentlich oder privat, der Tagebücher und Memoiren eine wichtige Rolle bei der Konstruktion der Verletzungserzählung gespielt zu haben. Die Berichte über Verletzungen, die die Verwundeten vom Kampf fernhielten, scheinen hauptsächlich in einem privaten Kontext erzählt worden zu sein.

Beschreibungen von Verletzungen anderer Personen als den Autoren waren in den Memoiren meist weiter gefasst. Die Erzählung der Beziehung zur Verletzung als kollektives Phänomen nahm dabei ziemlich stabile Formen an, wobei diese Art der Beschreibung in vielen Memoiren zu finden ist, ohne wirkliche Unterschiede in Bezug auf das Herkunftsland der Autoren. Die verschiedenen Formen des Erzählens wurden untersucht, und in den Memoiren ging es unter anderem um das Pittoreske und das Pathetische. Sie ließen aber auch Raum für eine Inszenierung der Qualitäten, die von Soldaten angesichts von Verletzungen erwartet wurden, nämlich Widerstand gegen den eigenen Schmerz.

4. Verletzungen, Kriegsdarstellungen und Kampferfahrungen

Der Augenblick der Verletzung fand in Zeugenaussagen oft als ein Moment der Reflexion über die Erfahrung des Krieges Verwendung. Diese Momente des Nachdenkens und was sie über das Verhältnis zum Krieg sagen, sind die Themen, die in diesem Abschnitt betrachtet werden.

Wundgeschichten waren somit ein Ort, an dem Reflexionen über die Gewöhnung an den Schrecken des Krieges auftauchte. Dazu kamen die Ängste der Soldaten, insbesondere die Angst, allein zu sterben, verlassen von den Kameraden, die sich in vielen Texten findet.

Wundnarrationen waren daher auch Momente der Erinnerung, in denen Angst, manchmal auch ein gewisses Misstrauen gegenüber dem Ruhm zum Ausdruck kam, und beinhalteten oft Beschreibungen der Schrecken des Krieges. Dies führte jedoch fast nie zu einer Verurteilung des Krieges. Die Ausnahmen von dieser Regel wurden hier allerdings ebenfalls untersucht. Eine weitere, wiederkehrende Thematik waren Ekelbekundungen.

Aus der Wunde zogen die Autoren auch Lehren, die als Vorbild für das Verhalten im Krieg dienen sollten, und brachten dabei vielfach Aberglauben in Zusammenhang mit der Verletzung zum Ausdruck. Das Vokabular zur Beschreibung von Wunden im vorliegenden Quellenkorpus wurde untersucht, die verwendeten Worte zeigen die Wunde im Kampf als primäres Unglück dass die Verwundeten barmherzig macht. Krieg scheint hier kaum anders als eine Naturkatastrophe empfunden worden zu sein. Der syntaktische Gebrauch ließ dabei wenig Raum für individuelles Handeln als Ursache der Verwundung.. Es handelt sich hierbei um eine zum Teil uralte Darstellung des Krieges, in Anlehnung an die Darstellung des Krieges als einem der vier Reiter der Apokalypse, einer Naturgewalt vergleichbar mit einer Hungersnot oder einer Epidemie. Diese Art der Betonung eines passiven Mutes angesichts der Verletzung hing allem Anschein nach jedoch zum Teil auch mit den Entwicklungen des Krieges jener Zeit zusammen.

FAZIT

Wir hatten uns dafür entschieden, die Frage der Kampfverwundungen in der napoleonischen Ära aus der doppelten Perspektive der Kampferfahrung nach der Schlacht und der Organisation der Versorgung zu behandeln. Die Kampfverwundungen befanden sich somit an der Schnittstelle zwischen individueller Erfahrung und institutionellen Phänomenen.

Diese erste Dualität fand sich auf der Ebene der Konstruktion von Erzählungen und Erinnerungen, mit permanenten Spannungen in den Texten, die wir in Kapitel 12 behandelt haben. Ebenso haben wir in der Studie über die Organisation der Wundversorgung eine ständige Koexistenz zwischen institutioneller Pflege und informelleren Formen der Pflege hervorgehoben.

Was wir durch diese Dualitäten finden, ist die komplexe Frage nach dem Verhältnis zwischen dem Individuum und dem Staat in einem kriegerischen und medizinischen Kontext. Bei der Untersuchung der Erfahrungen und der Versorgung der Verwundeten sind wir immer wieder auf eine Koexistenz staatlicher, institutioneller oder im Gegenteil nichtstaatlicher, informeller Versorgungsformen gestoßen, mit einer ganzen Reihe von gemischte Formen - z.B. die Unterbringung von Rekonvaleszenten in zivilen Heimen mit einem „*billet de logement*“.

Dabei handelt es sich jedoch nicht um formalisierte Korporationen und andere kollektive Vereinigungen, insbesondere im besonders instabilen Kontext der Napoleonischen Kriege. Was diese Dissertation zeigt, ist die Bedeutung der Solidarität zwischen Akteursnetzwerken bei der Versorgung von Verwundeten, die über einfache zwischenmenschliche Beziehungen hinausgehen, , auch wenn letztere ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Diese Netzwerke von Akteuren, die sich um die Verletzten kümmern, sind von unterschiedlicher Art. Einige existieren bereits vor dem Krieg. Unter der Zivilbevölkerung ist es dörfliche Solidarität³². Es sind auch die Beziehungen zwischen Soldaten und Zivilisten aus dem gleichen sozialen Hintergrund: Solidarität zwischen Adligen³³, die Anerkennung eines gemeinsamen sozialen Hintergrundes zwischen einer bürgerlichen Frau aus Wien und den von ihr aufgenommenen Offizieren³⁴ oder die Integration in die Familieneinheit eines badischen Soldaten, der vor der Schlacht bei Leipzig als Bäcker gearbeitet hat³⁵. In einem weiteren Sinne spielen auch Hinweise auf Nächstenliebe und die Anerkennung einer gemeinsamen Menschlichkeit eine Rolle bei der Linderung der Not der Verwundeten.

³² Emil Wilhelm Robert NAUMANN, *Die Völkerschlacht bei Leipzig*, op. cit., p. 261.

³³ Pierre-Martin PIRQUET, *Journal de Campagne de Pierre-Martin Pirquet (1781-1861) Officier au Service de l'Autriche. Tome I (1799-1813)*, Liège, Société des bibliophiles liégeois, 1970, 175 p.

³⁴ Caroline PICHLER, *Denkwürdigkeiten aus meinem Leben. Zweiter Band 1798 bis 1813*, Wien, Druck und Verlag von A. Pichler's fel. Witwe, 1844, p. 80-81.

³⁵ Emil Wilhelm Robert NAUMANN, *Die Völkerschlacht bei Leipzig*, op. cit., p. 360-362.

Dieser Hinweis auf eine gemeinsame Menschlichkeit sollte uns jedoch nicht die Machtverhältnisse und die Ausübung von Gewalt vergessen lassen, die in den Schicksalen der im Kampf Verwundeten immer noch sehr präsent sind. Auch die wirtschaftliche Dimension dieser Interaktionen sollte nicht unterschätzt werden.

In Bezug auf Kombattanten liegt die Schnittstelle zwischen individueller und kollektiver Erfahrung, zwischen institutioneller und informeller Pflege, auf der Ebene der Primärgruppe. Es ist diese Art von Solidarität, aber auch zwischenmenschliche Bindungen oder Freundschaften, die es ermöglichen, den Verwundeten auf dem Schlachtfeld zu helfen, und manchmal die Aufrechterhaltung starker gegenseitiger Hilfsbeziehungen auch bei einem Rückzug aus der Gruppe. Zum Beispiel können die engsten Kameraden Hilfe ins Krankenhaus schicken oder an die Familie des Verletzten schreiben. Solche Beziehungen können auch vorübergehend aufgebaut werden, insbesondere zwischen den Verwundeten selbst auf Evakuierungsrouten, aber diese Verbindungen scheinen weniger solide zu sein. Obwohl diese Interaktionen informell sind, werden sie von der militärischen Hierarchie nicht völlig ignoriert. Im Fall der Sammlung von Verwundeten auf dem Schlachtfeld zum Beispiel haben wir gesehen, dass französische Zeugenaussagen und österreichische Vorschriften zeigten, dass die Teilnahme von Regimentskameraden von der Hierarchie toleriert oder sogar freiwillig umgesetzt wurde.

Die gleiche Art von Dualität zwischen formellen und informellen Praktiken findet sich auch in der militärischen Chirurgie. Bestrebungen zur Rationalisierung der medizinischen Praxis - die Medikalisierung der Kriegsführung, um den aus der Geschichtsschreibung abgeleiteten Begriff zu verwenden - sind in Verordnungen, medizinischen Memoiren oder Reformprojekten deutlich erkennbar. Die Staaten, die wir untersucht haben, reagieren auf diese Impulse zum Teil mit Reformen des Gesundheitswesens, insbesondere mit der immer präziseren Festlegung von Hygienestandards, und mit Versuchen, in späteren Regelungen die Besonderheiten der damaligen Kriegsführung in Europa zu berücksichtigen (die Ambulanzverordnung von 1813 in Frankreich, die neue Regelung für österreichische Krankenhäuser von 1815). Darüber hinaus blendet der Fokus dieser Arbeit auf Schlachten, Verwundete und Operationen die Frage der Epidemien, die in dieser Zeit ebenfalls eine wichtige Rolle spielten, weitestgehend aus. Die Frage der Gefechte und die Wahl einer Bottom-up-Studie zeichnet jedoch auch ein Bild der Militärchirurgie, die weitgehend auf Behelfslösungen, auf den Ressourcen des Landes, auf der Unterbringung der Verwundeten in den Häusern der Bewohner und auf der Rekrutierung von Zeitarbeitskräften mit unterschiedlichen Qualifikationen für die Versorgung beruhte. Einige Chirurgen sind auch misstrauisch gegenüber Rationalisierungsversuchen, die als unvereinbar mit den Realitäten des Krieges, insbesondere mit denen des Kampfes, angesehen werden.

So können anhand des Phänomens der Kampfverletzungen, weil es sowohl ein Massenphänomen als auch eine individuelle Erfahrung ist, weil es die Machtverhältnisse zwischen Soldaten und Zivilisten verändert, weil es den Soldaten von seinem Regiment reißt und weil es die Gesundheitsdienste einem raschen Zustrom und wiederholten Bewegungen unterwirft, die Akteursnetzwerke, die sich an der Schnittstelle zwischen einfachen zwischenmenschlichen Beziehungen und staatlicher Versorgung befinden, offengelegt werden. .

Es ist daher der Ort, um das Zusammentreffen zwischen staatlicher und nichtstaatlicher Übernahme desselben Problems zu beobachten. Die beiden Systeme koexistieren und arbeiten auf komplementäre und synergistische Weise. Nichtstaatliche Versorgungsformen stehen nicht am Rande oder werden von staatlichen Versorgungsformen überwältigt. Sie sind in gleicher Weise präsent und manchmal wirksamer. Sie bauen auf bereits bestehenden sozialen Bindungen auf, seien es zivilgesellschaftliche Bindungen, Verpflichtungen in Bezug auf Wohltätigkeit und andere soziale Normen oder Bindungen zwischen Regimentskameraden.

Dieser Beobachtungspunkt sagt uns etwas über das Verhältnis zwischen dem Staat und nichtstaatlichen Strukturen in einer Zeit, in der der Staat tatsächlich gestärkt wird. Sie fordert uns auf, ihre Macht und Wirksamkeit unter Berücksichtigung der anderen Funktionen, die es gibt, nicht zu überschätzen, ohne sie an den Rand zu drängen, was anachronistisch wäre. Es ist auch wichtig, die Art und Weise zu beobachten, in der nicht-staatliche und staatliche Akteure interagieren, indem diese beiden Elemente nicht künstlich voneinander getrennt werden.