

Muz 1392

C 7059

M. kir. hadtört. levéltár és múzeum.

Helyszám: 12107

Szakbeosztás:

Melléletek: 1 db.

Állapot hiánytalan.

A kölcsönzés szabályai :

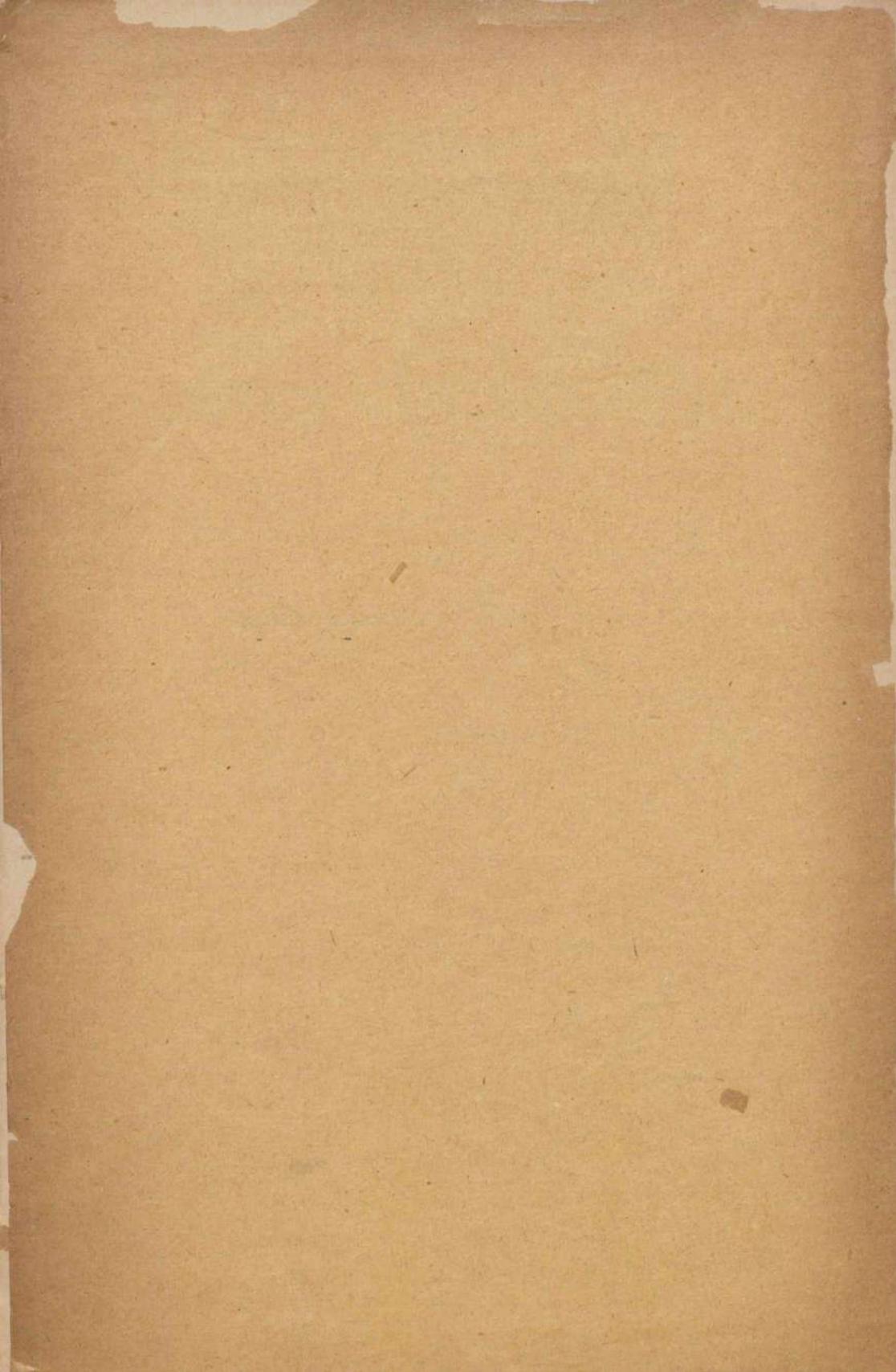
Használati idő : mindenki számára egy hónap.

Hosszabbítási idő : esetenként egy hónap. —

A műveket másoknak továbbadni tilos. A kölcsönző a könyvek teljességeért, a vasuti és postai szállítás okozta esetleges károkért felelős és térítésre kötelezett.

A könyvekbe sem tintával, sem irónnal semmit bejegyezni nem szabad.

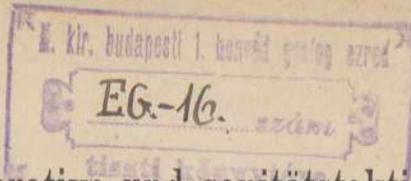




12107.

C 7059

Muz 1392



Die operative und sanitätstaktische
Tätigkeit
des
Armeechefarztes.

Von

Maximilian Ritter v. Hoen,

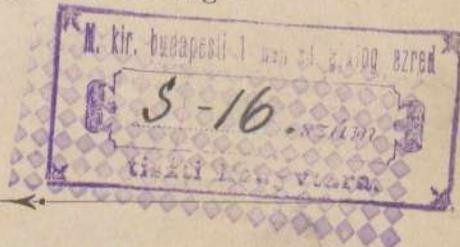
k. u. k. Oberstleutnant des Generalstabskörps,
Lehrer an der k. u. k. militärärztlichen Applikationsschule,

und

Dr. Marian Szarewski,

Regiments- und Chefarzt des k. k. Landwehr-Infanterie-Reg. Jaroslau Nr. 34.

Mit einem Schema als Beilage.



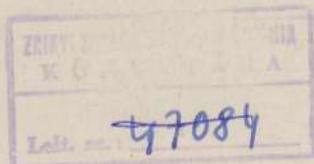
WIEN.

VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.

1910.



Alle Rechte vorbehalten.



Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Grundsätze für die sanitäre Leitung bei einem Armeekommando	5
Krankenabgabe bzw. -abschub	5
Disponierung mit den sanitären Mitteln einer Armee	8
Erwägungen und Maßnahmen des Armeechefarztes	13
Vorbemerkung	13
Beurteilung der militärischen Situation	14
Charakterisierung der Krankenzerstreuungsverhältnisse	15
A. Operationsstillstände	16
a) Krankenabschub	16
b) Krankenabgabe	19
c) Vorsorgen für die Zukunft	20
B. Märsche	20
a) Krankenabschub	20
b) Krankenabgabe	21
c) Dotierung einer detachierten Gruppe	22
d) Vorsorgen für in absehbarer Zeit zu gewärtigende Kämpfe	23
Sanitätsplan	25
C. Am Vorabend eines Kampfes	25
a) Krankenabschub	25
b) Krankenabgabe	26
1. Verwundetensammelstation	26
2. Bereitstellung der Fuhrwerke zum Abschub vom Gefechtsfelde	27
3. Verstärkung der Verbandplätze	27
c) Unterbringung der Verwundeten auf dem Schlachtfelde nach dem Sieg	27
Sanitätsplan	29

	Seite
D. Tätigkeit des Armeechefarztes auf dem Gefechtsfelde	29
<i>a)</i> Während des Kampfes	29
<i>b)</i> Nach siegreicher Entscheidung	30
<i>c)</i> Am Morgen nach einem Siege	31

Anhang.

Schema der Erwägungen und Maßnahmen des Armeechefarztes.

Grundsätze für die sanitäre Leitung bei einem Armeekommando.

Die sanitäre Leitung seitens des Armeekommandos besteht:

1. in der Schaffung eines großen Rahmens, innerhalb dessen die Korps und Kavallerietruppendivisionen die Kranken(Verwundeten)versorgung und die Kranken(Verwundeten)-abgabe selbsttätig durchzuführen vermögen;

2. in den Maßnahmen, welche — bei Vermeidung der mißlichen Anhäufung von Kranken und Verwundeten auf engem Raume — eine Beschränkung im Kranken(Verwundeten)abschub in dem Sinne bezwecken, daß Länge des Absendungsweges und voraussichtliche Dauer der Undienstbarkeit im Verhältnis stehen;

3. in der entsprechenden Disponierung mit den sanitären Mitteln, damit diese möglichst vollzählig und mit vollen Beständen versehen während und nach großen Kämpfen zeitgerecht zur Hand sind.

Krankenabgabe bzw. -abschub.

Jede Armee bedarf zu ihrer Betätigung eines großen Raumes, der sich von selbst in zwei Teile zerlegt: der eine, auf dem sich die operierenden Heereskörper mit den ihnen unmittelbar zugewiesenen Trains und Anstalten befinden, der sogenannte Operationsraum und das dahinter liegende Gebiet, in welchem sich der Zu- und Abschub vollzieht und die Reserveanstalten aufgestellt und bewegt werden, der Etappenraum, an welchen sich rückwärts das der Ingerenz des Armeekommandos entzogene Hinterland anschließt.

Das Reglement für den Sanitätsdienst IV. Teil trägt diesen drei Räumen insoferne Rechnung, als es in der Rückwärts-

verlegung der Kranken die Zone der Krankenabgabe (Operationsraum), des Krankenabschubes (Etappenraum), der Krankenzerstreuung (Hinterland) unterscheidet.

Der Armeechefarzt als Sanitätsreferent des Armeekommandanten wird in erster Linie seine Aufmerksamkeit den Vorgängen im Operationsraume, also der Krankenabgabe zuwenden. So sehr es sich empfiehlt, den höheren Kommanden (Korps, Kavallerietruppendivision) die möglichste Freiheit und Selbständigkeit des Handelns in allen sanitären Maßnahmen zu lassen, wird das Armeekommando doch sehr oft Gelegenheit zum helfenden und regelnden Eingreifen finden. Überdies verschwimmen häufig die Grenzen zwischen Krankenabgabe und Krankenabschub und es wird oft nötig sein, daß auch das Armeetappenkommando nach den Weisungen des Armeekommandos an der Krankenabgabe durch Beistellung von Eisenbahnbetriebs- und Schifffahrtsmitteln mitwirkt.

Weniger geht den Armeechefarzt der Etappenraum an, in welchem eine eigene Behörde, das Armeetappenkommando, mit einem großen Maß an Selbständigkeit zu wirken berufen ist.

Gleichwohl ist nicht zu verkennen, daß die operierende Armee mit dem Etappenraume in sehr engen Beziehungen steht, daß sie im wesentlichen aus ihm ihre Lebensbedingungen zieht und sich mit seiner Hilfe von zeitweilig oder gänzlich unbrauchbar gewordenen Elementen entlastet. Der Armeechefarzt wird somit seinen Einfluß dahin geltend machen müssen, daß der sanitäre Zu- und Abschub zwischen Operations- und Etappenraum klaglos funktionieren und daß der Etappenraum für die angestrebte Beschränkung des Abschubes von Kranken und Verwundeten zu dienen vermag.

Als allgemeiner, aus der Erfahrung abgeleiteter Grundsatz gilt, daß im Rücken einer Armee die sanitären Vorsorgen derart getroffen werden müssen, daß für etwa 10% des Verpflegsstandes Krankenbetten vorhanden sind. Mit diesen würde auch bei länger dauernden Operationen das Auslangen gefunden werden können, da man in Rücksicht ziehen muß, daß der verfügbare Belagsraum sukzessive durch Rekonvaleszenz und Entlassung der vollkommen Undienstbaren in ihre Heimat entlastet wird.

Sowohl beim Abschub wie bei der Zerstreuung gilt als Hauptgrundsatz, daß alle jene Kranken und Verwundeten, deren Zustand eine Wiederverwendung bei der Armee im Felde erwarten läßt, nur an Heilanstalten abgesendet werden sollen, die innerhalb oder zunächst des Etappenbereiches liegen, damit diese Kranken nach ihrer Genesung rasch zur Armee einrücken können (S.-R. IV., P. 382). — Selbstverständlich nehmen die sich im Etappenraume bietenden Ressourcen eventuell auch klima-

tische und sonstige Verhältnisse darauf Einfluß, ob in demselben mehr oder weniger Kranke zurückbehalten werden können.

Im allgemeinen hat sich jedoch die Anschauung eingebürgert, daß normal alle jene wiederverwendungsfähigen Kranken und Verwundeten, die etwa binnen Monatsfrist die Genesung erwarten lassen, noch im Etappenraume unterzubringen sind, die übrigen dieser Kategorie in der Krankenzerstreuungsstation und den derselben zunächst gelegenen Heilanstalten. Dem entspricht eine verfügbare Bettenzahl von etwa 5% des Verpflegsstandes im Etappenraume und etwa 2% in der Krankenzerstreuungsstation, eventuell unter Einrechnung der nächstbefindlichen Heilanstalten. Für die übrigen 3% genügt die Sicherstellung im Hinterland; doch empfiehlt es sich, daß die betreffenden Krankenunterbringungsorte nicht zu weit von der Krankenzerstreuungsstation entfernt sind, damit die Transportmittel keine zu lange Turnusdauer benötigen, also gut ausgenützt werden können.

Nach dem obzitierten Punkte des Sanitätsreglements sollen Leichtkranke und Leichtverwundete, welche hoffen lassen, daß sie binnen kurzer Zeit wieder dienstbar werden, den Armeebereich überhaupt nicht verlassen. Man wird sie also in der Zone der Krankenabgabe (Operationsraum) unterbringen müssen, wenn die Verhältnisse dies nur halbwegs zulassen.

Bei einer Offensive ist hiebei noch in Betracht zu ziehen, daß der Operationsraum im Maße der Vorrückung zum Etappenraum wird und daß es daher zweckmäßig erscheint, durch Ausnützung der Ressourcen zur Unterbringung von Leichtkranken und Schwertransportfähigen die spätere Einrichtung dieses Teiles des Etappenraumes vorzubereiten.

Sache des Armeetappenkommandos wird es dann sein, bei Übernahme dieser Improvisationen (Krankensammelstationen) je nach Qualität der sich bietenden Ressourcen und des augenblicklichen Krankenstandes die Entscheidung zu treffen, welche dieser Orte entweder ohne oder mit Ausgestaltung durch Sanitätsmaterial der Armee zur bleibenden Krankenunterbringung zu dienen hätten.

Es wird indessen die Arbeit des Armeetappenkommandos wesentlich erleichtern, wenn das Armeekommando auf Grund des Rekognoszierungsergebnisses den Korps bereits jene Orte bekanntgibt, wo Krankensammelstationen zu errichten wären, und bei der Auswahl jene Orte in erster Linie berücksichtigt, die vermöge ihrer Lage an den Hauptabschublinien auch in Hinkunft sanitäre Bedeutung behalten.

Die diesbezüglichen Direktiven des Armeekommandos sind indessen stets nur in großen Zügen zu halten, das Detail der Durchführung ist sowohl den Korps wie auch dem Armeetappenkommando zu überlassen. Die Entschlußfähigkeit des

letzteren darf umsoweniger eingengt werden, als auf seine Maßnahmen auch die vom Etappenoberkommando und vom Reichskriegsministerium direkt erlassenen Weisungen einschneidenden Einfluß nehmen.

Das Etappenoberkommando ist dazu berufen, die Wirkungssphäre der Armeetappenkommanden gegeneinander abzugrenzen, eventuell regelnd einzugreifen, wenn es sich nicht umgehen läßt, daß einzelne Zu- und Abschublinien den Interessen zweier Armeen dienen. Ferner stehen dem Etappenoberkommando in der Regel Reserven zur Verfügung, z. B. Spitalszüge, Spitalsschiffe etc., die es nach den jeweiligen Bedürfnissen den Armeen zuzuteilen vermag.

Das Reichskriegsministerium setzt die rückwärtige Abgrenzung des Etappenraumes gegen das Hinterland fest und regelt den Zu- und Abschub zwischen Etappenraum und Hinterland. Umstände entscheiden, ob es auf die Krankenzerstreuung einen größeren oder geringeren Einfluß nimmt und dadurch das Armeetappenkommando von dieser Sorge vollständig entlastet oder dessen Mitwirkung dabei in Anspruch nimmt.

Der Armeechefarzt muß selbstverständlich über die Anordnungen des Etappenoberkommandos und Reichskriegsministeriums orientiert sein, um in seinen Anforderungen an das Armeetappenkommando das Maß des Möglichen einhalten zu können.

Disponierung mit den sanitären Mitteln einer Armee.

Anscheinend ist die scharfe Abgrenzung der Befugnisse und Wirkungskreise des Armeekommandos und Armeetappenkommandos bei der Disponierung mit den sanitären Mitteln einer Armee, wobei beide zusammenwirken sollen, recht schwierig. Es herrschen hierüber noch recht unklare Begriffe, vielleicht weil das großzügige Sanitätsreglement in dieser Richtung nur ganz allgemeine Anhaltspunkte bieten kann und sich eine auf den Normalfall passende Praxis noch nicht eingelebt hat. Die Betätigung des Armeekommandos bei Disponierung mit den sanitären Mitteln der Armee wird meist dahin aufgefaßt, daß es sich nur darum handelt, große Direktiven zu geben, die Ausführung aber dem Armeetappenkommando mit seinem Sanitätschef zu überlassen, welcher Behörde alle nicht im Korps- oder Divisionsverbände befindlichen sanitären Mittel zu unterstehen hätten. Eine Begründung für diese Auffassung bietet anscheinend der Punkt 211 b des Sanitätsreglements IV. Teil: „Die nach Dotierung der Korps oder Armeekolonnen noch erübrigenden Feldspitäler werden von den Armeetappenkommanden auf Grund der Direktiven der Armeekommanden in der Richtung der voraussichtlichen Bedarfsorte bewegt.“

Nun steht aber dem der Punkt 34c entgegen, der dem Armeekommando als eine besondere Obliegenheit „die zeitgerechte Heranziehung und Bereitstellung der noch zur Verfügung des Armeekommandos stehenden Feldsanitätsanstalten aus dem Bereich des Armeetappenkommandos, wenn eine Schlacht bevorsteht; ihre Verteilung und Verwendung nach gefallener Entscheidung“ vorschreibt.

Dies schließt in sich, daß wenigstens zu gewissen Zeiten das Armeekommando mit Feldsanitätsanstalten ohne Inanspruchnahme des Armeetappenkommandos direkt disponiert.

Die Armee verfügt im allgemeinen über folgende sanitäre Mittel: Feldspitäler, Material für mobile Reservespitäler, Feldmarodenhäuser und mobile Krankenhaltstationen. Die ambulanten Feldsanitätsanstalten (Spitalszüge, Spitalschiffe, Krankenzüge, Krankenschiffe) können außer Betracht bleiben, weil ihre Bewegung ohnedies von der Feldeisenbahn- und Dampfschifftransportleitung, also vom Armeetappenkommando abhängt.

Der vornehmste Zweck der Feldspitäler ist, Verwundete zu übernehmen, also auf oder nächst Schlachtfeldern etabliert zu werden. Um dem zu gewärtigenden Notstand auf einem solchen ehebaldigst abzuhelpfen, sollen sie derart zur Hand sein, daß sie wenige Stunden nach gefallener Entscheidung eintreffen. Um dieser Forderung zu genügen, ist es Regel, daß die Korps die ihnen zugeteilten Feldspitäler nicht weiter als zirka 20 Kilometer von der Gefechtslinie bereitstellen und um dies zu ermöglichen, schon während der Anmarschtage dafür Sorge tragen, daß diese Anstalten sukzessive an die Tete des Korpsstrains gelangen. Gleiches muß auch für die einstweilen noch in Reserve gehaltenen Feldspitäler der Armee gelten, die sich somit schon geraume Zeit vor der Schlacht in der Zone der Korpsstrains befinden sollen. Es wäre wenig zweckmäßig, ihre Bewegungen in dieser Phase dem Armeetappenkommando aufzubürden. Es wird sich darum wohl oder übel das Armeekommando kümmern müssen.

Das Sanitätsreglement IV. Teil sagt hierüber im Punkt 211b: „Die Armeekommanden ordnen an, wann diese Feldspitäler aus dem Etappenbereiche zu den Korps- oder Kolonnenstrains oder noch über dieselben hinaus vorzuziehen sind. Zumeist werden diese Feldspitäler vorerst noch eine Dispositionsreserve der Armeekommanden bilden, da der Bedarf bei den in den Kampf tretenden Korps (Armeekolonnen) nicht vorausgesehen werden kann.“

Bei Operationen der Armee wird es sich daher empfehlen, die verfügbaren Feldspitäler sofort direkt dem Armeekommando zu unterstellen, dass sie je nach Verhältnissen ver-

einigt oder in mehreren Gruppen mit den Korpstrains marschieren läßt und fallweise darauf Einfluß nimmt, daß sie näher an die Truppenkolonnen herangezogen werden.

Das über die Feldspitäler Gesagte gilt analog für diejenige Gruppe der Feldmarodenhäuser, welche die Leichtverwundeten von den auf dem Gefechtsfelde befindlichen Feldsanitätsanstalten möglichst bald zu übernehmen haben, um die Leichtverwundetenstationen zu evakuieren, beziehungsweise die Divisionssanitätsanstalten für einen weiteren Vormarsch bereit zu machen. Diese Feldmarodenhäuser sollen gleichzeitig mit den Feldspitälern etabliert werden, welche unmittelbar nach der Schlacht zur Verwendung kommen (S.-R. IV., P. 290).

Es empfiehlt sich also auch, per Korps wenigstens ein Feldmarodenhäuser aus dem Bereiche des Armeetappenkommandos vorzuziehen und entweder direkte dem Armeekommando oder den Korps zu unterstellen, wobei ersteres ihre Vorwärtsdisponierung ähnlich wie die der Feldspitäler beeinflußt. Natürlich müssen diese Feldmarodenhäuser mit Fuhrwerken ausgestattet werden.

Eine zweite Gruppe sanitärer Mittel sind die Personalreserven. Sie sind zum Dienst bei den mobilen Reservespitälern, Feldmarodenhäusern, Krankenhaltstationen, Krankenzügen und -Schiffen bestimmt, sollen zum Ersatz der Abgänge in der vorderen Linie, zur Dotierung von Improvisationen und in Benützung genommener stabiler Heilanstalten des Operationsraumes dienen.

Das Gros der mobilen Reservespitäler und Feldmarodenhäuser dient zweifellos zur Ablösung beziehungsweise Entlastung der auf oder nächst Schlachtfeldern etablierten Feldspitäler, folglich wird auch das Gros der Personalreserven dort in Verwendung treten. Es erscheint daher wenig praktisch, die ganze Personalreserve rückwärts beim Armeetappenkommando beisammenzuhalten. Zur Schwierigkeit, das Sanitätsmaterial auf die Bedarfsorte zu bringen, gesellt sich dann noch jene des Transportes dieses Personals. Außerdem sind umständliche Befehle und Bewegungen erforderlich, wenn in vorderer Linie ein Ersatz durchzuführen oder eine Improvisation zu dotieren ist.

Das Armeetappenkommando braucht für den Dienst im Etappenraume und als Geleite des vorbeordneten Materials von Reserveanstalten nur einen beschränkten Teil der Personalreserve, höchstens ein Drittel, wozu voraussichtlich noch ansehnliche Pflegerkolonnen der freiwilligen Sanitätspflege treten dürften. Das Gros wird viel nützlichere Dienste leisten und im Bedarfsfalle viel rascher zur Hand sein, wenn es sich bereits im Bereich der operierenden Armee befindet.

Unleugbar macht sich schon beim Korps im Armeeverbande das Fehlen einer kleinen Personalreserve sehr unangenehm fühlbar. Zur Improvisierung einer Krankensammelstation muß Personal vom Feldspital oder von den Truppen abkommandiert werden, um den Dienst bis zum Eintreffen der vom Armeestappenkommando gesendeten Aushilfen zu bestreiten. Es fällt den Kommandierten schwer, dem indes vorgerückten Korps nachzukommen und Anschluß an ihre Stammkörper zu finden. Weiters ist bei der heutigen dürftigen Dotierung der Truppe mit Ärzten der Abgang eines solchen durch Krankheit oder Verwundung eine schwere Kalamität, der Ersatz äußerst dringend, aber nur dann rasch durchführbar, wenn das Korps im eigenen Wirkungskreis abhelfen kann. Endlich kommt der Tag der Schlacht, für welche das Korps Vorkehrungen zu treffen hat, damit die während des Kampfes transportfähig werdenden Verwundeten abgeschoben werden können. Dies bedingt die Einrichtung einer Nüchtigungsstation oder einer nahegelegenen Eisenbahnstation. Sehr angenehm und vorteilhaft ist es, wenn als Stamm des Personals einer solchen „Verwundetensammelstation“ eine Personalreserve zur Verfügung steht.

Dies spricht dafür, dem Korps auch im Verbande eine kleine Personalreserve beizugeben, 3—6 Ärzte, 1 oder 2 Reservesanitätsabteilungen, welches Personal dem beim Korps vorhandenen Feldspital zuzuteilen wäre.

Die übrige, in vorderer Linie einzuteilende Personalreserve käme analog bei den dem Armeekommando unterstehenden Feldspitalern in Verpflegszuteilung. Aus diesem Reservoir wären die Personalreserven der Korps zu ergänzen und fallweise zu verstärken und schließlich das Personal in jene Räume zu verteilen, wo die im Anmarsch befindlichen Reserveanstalten etabliert werden sollen. Kleine Anstände werden sich dabei wohl immer ergeben; eine Anstalt wird zu wenig, die andere zu viel Personal erhalten, doch ist es nach der Schlacht für den Sanitätschef und die Gruppenleiter leicht, mit dem Ausgleich des Verwundetenbelages auch einen solchen des Personals einzuleiten.

Endlich erscheint es im Hinblick auf den anzustrebenden Verwundetenabschub während des Kampfes angezeigt, jedes Korps mit dem notwendigsten Material zur Einrichtung einer Verwundetensammelstation zu versehen, gleichsam mit dem Kern, woran sich die vom Lande zu requirierenden Mittel angliedern sollen. Dies führt darauf, jedem Korps im Anschluß an sein Feldspital das Material einer mobilen Krankenhaltstation auf Fuhrwerken ständig beizugeben, das zur Einrichtung des vor dem Kampfe als Verwundeten-

sammelstation des Korps auszumittelnden Ortes zu dienen hat.

Außerdem würde es sich empfehlen, für die Dotierung fallweise ausgeschiedener Gruppen oder zur Verwendung in besonderen Fällen auch noch eine oder mehrere mobile Krankenhaltstationen auf Fuhrwerken zur direkten Verfügung des Armeekommandos mitzunehmen.

Bei einer zum Kampfe gruppierten Armee würden sich also befinden: bei jedem Korps ein Feldspital samt kleiner Personalreserve und Material einer mobilen Krankenhaltstation, eventuell eines Feldmarodenhauses, ferner in der Zone der Korpstrains in einer oder mehreren Gruppen die übrigen Feldspitäler mit zugeteilten Personalreserven und eventuell Material für mobile Krankenhaltstationen und Feldmarodenhäuser als „sanitäre Dispositionsreserve des Armeekommandos“ (S.-R. IV., P. 211 b).

In marschtechnischer Beziehung wären diese Dispositionsreserve beziehungsweise ihre Gruppen im Rahmen der vom Armeekommando erlassenen Weisungen selbstverständlich an die Befehle des betreffenden Korpstrain- und Korpstrainstaffel-(gruppen-)Kommandanten gebunden.

Dem Armeetappenkommando käme hingegen in der Regel nach den Direktiven des Armeekommandos die Disponierung mit den mobilen Reservespitälern und übrigen Feldmarodenhäusern zu, deren Material ohnedies weiter vom Schlachtfeld bereitgestellt wird und erst an dem der Schlacht folgenden Tage eintreffen soll, zu welcher Zeit das Armeetappenkommando und dessen Sanitätschef bereits den Befehl über die etablierten Anstalten übernommen haben müssen. Die Sorge für deren Evakuierung fällt dieser Behörde zu; ebenso die Inmarschsetzung der Anstalten und deren Dirigierung bis zu dem Zeitpunkt, wo sie wieder in die Zone der Korpstrains gelangen und entweder den Korpskommanden oder als sanitäre Dispositionsreserve dem Armeekommando unterstellt werden.

Die stete Ergänzung des verbrauchten Materials ist sowohl die Pflicht des Armeekommandos wie des Armeetappenkommandos — ersteres wird hiezu die im Operationsraume vorhandenen sanitären Ressourcen ausnützen und die zeitgerechte Heranziehung des nicht auf andere Weise zu beschaffenden Materials aus dem Sanitätsfelddepot anregen.

Erwägungen und Maßnahmen des Armeechefarztes.

Vorbemerkung.

Vor Fassung sanitärer Entschlüsse oder Anregung sanitärer Maßnahmen empfiehlt es sich, stets Erwägungen über die augenblickliche sanitäre Lage anzustellen.

In der Praxis und bei entsprechender Einarbeitung wird es wohl nicht immer nötig sein, sich über jedes Detail Rechenschaft zu geben, vieles wird der Geübte instinktiv berücksichtigen, ohne darüber erst lange nachdenken zu müssen.

Für Mindergeübte und immer wenn man vor eine neue Situation gestellt wird, empfiehlt es sich jedoch, die Situation vorerst gründlich durchzudenken, wozu sich im folgenden eine auf Erfahrung gegründete Gedankenreihenfolge empfiehlt. Sie schließt sich im Wesen jenen Erwägungen an, die für Korpschefärzte bereits in gerundeter Form vorliegen, Unterschiede ergeben sich selbstverständlich aus der anders gearteten Stellung des Armeechefarztes.

So ist es bei Beurteilung der militärischen Situation für den Armeechefarzt ziemlich belanglos, ob die Armee im engeren oder weiteren Verbands der operierenden Hauptarmee ist, da die sanitären Maßnahmen keineswegs hierdurch beeinflußt werden. Wird sich der Korpschefarzt mit der Charakterisierung der Abschubsverhältnisse begnügen können, so muß der Armeechefarzt allen Erwägungen nebst der Beurteilung der militärischen Situation die Charakterisierung der Krankenzerstreuungsverhältnisse voranschicken. Krankenabschub und Krankenabgabe bilden für ihn besondere Fragen, deren verschiedene Lösungen von der militärischen Situation und den Verhältnissen der Krankenzerstreuung abhängen und demnach ähnlich wie die Erwägung über Krankenversorgung des Korpschefarztes wech-

selnde Form annehmen beziehungsweise der jeweiligen Situation angepaßt werden müssen. Die Erwägungen über die sanitäre Vorbereitung von Kämpfen, die in kürzerer oder längerer Zeit zu erwarten sind, ähneln so ziemlich den diesbezüglichen Erwägungen des Korpschefarztes, selbstverständlich angepaßt den eingangs niedergelegten Grundsätzen.

Beurteilung der militärischen Situation.

Längerer Operationsstillstand: beeinflußt die Krankenabgabe und den Krankenabschub, indem er eine freiwillige Beschränkung zuläßt oder nahelegt.

Hiezu zählen der Aufenthalt im Aufmarschraume, Operationspausen wegen militärischer Lage, z. B. Bereitstellung zur Stromverteidigung, Einschließung und Belagerung fester Plätze oder aus politischen Gründen vereinbarte Waffenruhe von längerer Dauer.

Märsche: Bei Rück- und Flankenmärschen müssen alle transportablen Kranken abgeschoben werden, bei Vormärschen und ungünstigen Abschubverhältnissen ist stärkere Ausnützung der Heilanstalten des Etappenraumes und der Mittel des Landes im Operationsraume angezeigt.

Ansehnliche Teile (Korps) mit selbständigen Aufgaben und voraussichtlich räumlich weit getrenntem Gefechtsfeld sind mit Feldspitälern, Reserveanstalten, Personalreserven, Abschubmitteln zu dotieren.

Kampf in absehbarer Zeit zu gewärtigen, in der nächsten Zeit voraussichtlich, am nächsten Tag bevorstehend, bereits im Gange, siegreich entschieden, beendet: Die sanitären Mittel müssen stets so disponiert werden, daß sie zum frühest möglichen Termin des Zusammentreffens mit dem Feinde zur Hand sind. Steht ein Kampf unmittelbar bevor, so handelt es sich um Vorbereitung des Abschubes von Verwundeten während des Kampfes und Bereitstellung der sanitären Mittel für den Fall eines Sieges. Ob Angriff oder Verteidigung, geplantes Gefecht oder Renkontergefecht beeinflußt wesentlich die Bereitstellung.

Nach einem Siege müssen alle verfügbaren Mittel ehestens aufgeboten werden, um für die am Schlachtfeld liegenden Verwundeten erträgliche Unterkunftsverhältnisse zu schaffen; weiters ist zu trachten, ehemöglichst Sanitätsmaterial für neue Kämpfe freizumachen.

Charakterisierung der Krankenzerstreuungsverhältnisse.

Krankenzerstreuungsstation (beziehungsweise Krankenzerstreuungsstationen): Aufnahmefähigkeit mit Beziehung auf den Verpflegsstand der Armee und Ermittlung, ob sie allein oder eventuell im Verein mit den ihr direkt zugewiesenen Heilanstalten im nächsten Bereich des Hinterlandes für die Unterbringung von mindestens 2% des Verpflegsstandes ausreicht. Im Falle ungünstiger Unterkunftsverhältnisse im Armeebereich müßte eine entsprechende Erhöhung dieser Verhältniszahl eintreten. Bei günstigen Unterkunftsverhältnissen reicht auch ein geringerer Belag in der Krankenzerstreuungsstation aus.

Charakterisierung der Krankenzerstreuung im Hinblick darauf, ob sie ohne weitere Einflußnahme des Armeekommandos vom Reichskriegsministerium durchgeführt wird oder ob der Armee ein bestimmter Zerstreungstrayon zugewiesen wurde, in welchem sie die Zerstreung selbständig durchzuführen hat.

Berechnung der Abschubsintensität aus der Krankenzerstreuungsstation nach Maßgabe der entweder vom Reichskriegsministerium in Aussicht gestellten, beziehungsweise der Armee ständig zur Verfügung gestellten Abschubmittel unter Zugrundelegung der mittleren Turnusdauer, d. i. jener Zeit, welche Sanitätszüge brauchen, um nach Absendung in den Zerstreungsraum zur neuen Verwendung in der Krankenzerstreuungsstation bereitzustehen. Es ist ratsam, in diesem Falle die Fahrzeit derart zu veranschlagen, daß für je 15 Kilometer Bahnstrecke 1 Stunde entfällt und für Rast, Revision, Aus- und Einwaggonierung 24 Stunden zuzurechnen. (Bei weiten Fahrten ergibt sich durch die langen Aufenthalte in Eisenbahnknotenpunkten eine wesentliche Verminderung der Fahrgeschwindigkeit, so daß die sonst bei Fahrt auf einfacher Strecke angenommene Durchschnittsgeschwindigkeit per zirka 20 Kilometer pro Stunde wesentlich herabsinkt. In den Endstationen ist in den seltensten Fällen darauf zu rechnen, daß die Abfertigung des Zuges, der auch einer Ergänzung seiner sanitären und Verpflegsausrüstung bedarf, innerhalb der sonst normierten sechs Stunden erfolgt.)

Sollte die Krankenzerstreuungsstation mit Rücksicht auf ihren Belag oder auf die Intensität der Zerstreung den unumgänglich nötigen Ansprüchen nicht genügen, so muß das Armeekommando rechtzeitig beim Reichskriegsministerium um entsprechende Abhilfe einschreiten.

Abschubwege aus den Bereichen der Korps in die Krankenzerstreuungsstation, Bahn, Schiffahrtslinie, Feldbahn, Straße.

Bei Bahn und Schifffahrt Anführung der zur Verfügung stehenden Sanitätszüge und Schiffe, wobei in Rücksicht zu ziehen ist, ob mit diesen Mitteln auch die Krankenzerstreuung durchgeführt werden muß, weiters ob im Bedarfsfalle eine Aushilfe an Mitteln vom Etappenoberkommando oder vom Reichskriegsministerium erwartet werden kann, daraus abgeleitet, ob Bahn und Flußlinie für den Abschub genügen, oder ob eine Beschränkung schon aus diesem Grunde notwendig ist, welche Beschränkung sich bei genügenden Ressourcen des Armeebereiches und größerer Länge der Abschubwege stets empfiehlt, wenn die militärische Lage dies zulässig erscheinen läßt. Bei Rückzugsbewegungen z. B. ist eine Beschränkung ausgeschlossen, ebenso bei jenen Flankenmärschen, die mit einem Wechsel der Operationsbasis verbunden sind.

A. Operationsstillstände.

a) Krankenabschub.

Bei länger dauernden Kantonierungen wird sich der Krankenabschub möglichst auf jene beschränken, die einer sehr langen Heilungsdauer bedürfen oder deren Diensttauglichkeit in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. Die Möglichkeit dieser Beschränkung hängt allerdings von den Ressourcen, klimatischen und sanitären Verhältnissen des Operationsraumes, weiters auch von der militärischen Lage ab. Sind z. B. bei einer Bereitstellung zur Stromverteidigung in jedem Augenblick Kämpfe zu erwarten, so wird es nicht angehen, die Korps mit allzuviel Kranken zu belasten. Hier wird nach Möglichkeit der weiter rückwärts gelegene Etappenraum intensiv ausgenützt werden müssen.

Beim Aufmarsch hinwiederum entfällt gewöhnlich der Etappenraum, die Kranken werden der überwiegenden Mehrzahl nach bei den Korps verbleiben und nur Invalide oder voraussichtlich sehr lange Undienstbare direkt in die Krankenzerstreuungsstation abgeschoben.

Bei den Anordnungen für den Abschub wird sich das Armeekommando stets den Punkt 383 des S.-R. IV. Teil vor Augen zu halten haben, wonach Kranke und Verwundete auf dem kürzesten Wege und womöglich direkt in jene Heilanstalt zu befördern sind, in welcher sie bis zu ihrer Genesung oder bis zum sonstigen Abgange voraussichtlich dauernd zu verbleiben haben. Um hierüber schlüssig zu werden, sind in Rücksicht zu ziehen: 1. die Zulässigkeit der Beschränkung des Abschubes

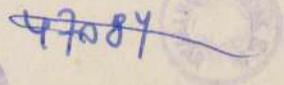
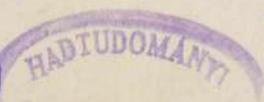
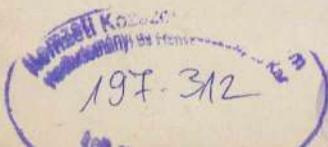
nach militärischer Lage, Ressourcen und sonstigen Verhältnissen; 2. ob ein entsprechender Etappenraum mit genügender Belagsfähigkeit vorhanden ist; 3. welche Abschubwege von den Korps in den Etappenraum beziehungsweise in die Krankenzerstreuungsstation führen.

Dementsprechend wird das Armeekommando diesbezüglich anzuordnen haben, inwieweit der Abschub aus den Korpsbereichen stattzufinden hat und ob derselbe direkt in die Krankenzerstreuungsstation oder zunächst in den Etappenraum oder endlich gleichzeitig in die Krankenzerstreuungsstation und in den Etappenraum zu erfolgen hat.

Schieben die Korps nur sehr langer Heilung Bedürftige und Invalide direkt in die Krankenzerstreuungsstation ab, während alles andere bei den Korps bleibt, so beschränkt sich die Tätigkeit der Armeekommandos darauf, den Korps die zu benützendem Abschubmittel durch das Armeetappenkommando zur Verfügung zu stellen, also z. B. Spitalszüge in regelmäßigen Zeitabschnitten einleiten zu lassen. Sehr häufig genügt die Verweisung auf die Benützung von Personenzügen, die für den geringfügigen Abschub ausreichen werden. Hierbei ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Ankunftszeit in der Krankenzerstreuungsstation womöglich nicht in die Dunkelheit fällt.

Erfolgt der Abschub der Korps in den Etappenraum, so kann dies entweder direkt in speziell zugewiesene Heilanstalten und eventuell gleichzeitig auch in die Krankenzerstreuungsstation oder im Wege einer Krankenabschubstation geschehen. Besondere Umstände entscheiden darüber, inwieweit der Abschub im Hinblick auf die voraussichtliche Heilungsdauer beschränkt wird. Der höchst zulässige Umfang des Abschubes soll den Korps unzweideutig bekanntgegeben werden. Am einfachsten ist es, fixe Zahlen anzusetzen: entweder welche Höhe der tägliche Abschub im Maximum erreichen darf oder welcher Belagsraum zur Verfügung gestellt wird, z. B. jedes Korps kann täglich 80 Kranke abschieben oder dem xten Korps steht zum Abschub jeden dritten Tag ein Normalkrankenzug ab x Uhr von N. zur Verfügung, oder dem xten Korps werden die Heilanstalten in N. und N. mit 1000 Spitals- und Marodenhausbetten ständig zur Ausnutzung zugewiesen, wobei überdies anzugeben ist, ob außerdem der Abschub an eine Krankenzerstreuungsstation und in welcher Intensität erfolgen darf.

Maßgebend für die Art des Abschubes in den Etappenraum ist die Zahl der dahin führenden leistungsfähigen Eisenbahn- oder Schiffahrtslinien. Kann ein Korps eine eigene Linie benützen und befinden sich an dieser ausreichende Heilanstalten, so entfällt die Einschaltung einer Krankenabschubstation, deren Funktionen sodann die Krankensammelstation des Korps über-



nimmt, indem sie mit den zur Verfügung gestellten Abschubmitteln die in absehbarer Zeit Genesenden in die zugewiesenen Anstalten des Etappenraumes, die längere Zeit Undienstbaren und Invaliden in die Krankenzerstreuungsstation instradiert. Müssen hingegen mehrere Korps an eine Linie gewiesen werden, so ist es zweckmäßig, an derselben in einem ressourcenreichen Ort nächst dem Beginn des Etappenraumes eine Krankenabschubstation einzurichten, dieser die Heilanstalten im Etappenbereich zu unterstellen, eventuell, wenn an mehreren Linien Krankenabschubstationen nötig sind, jeder derselben nach dem Zuge der Kommunikationen einen Teil der Heilanstalten im Etappenraum zuzuweisen.

Ob für eine Armee eine oder mehrere Abschublinien eingerichtet werden, wird in der Regel von der Zahl und Richtung der Krankenzerstreuungsstation führenden Eisenbahn- und Schifffahrtslinien sowie von der Gruppierung der Armee abhängen (S.-R. IV. Teil, Punkt 420).

Beim Bestehen von Krankenabschubstationen sind die Korps von den Sorgen des Krankenabschubes und der Krankenzerstreuung vollkommen entlastet. Die Krankenabschubstation fungiert als Sortierungsstelle im Sinne des Punktes 390, S.-R. IV. Teil, sie verteilt nach Belagsverhältnissen und den zur Verfügung stehenden Transportmitteln die in absehbarer Zeit Genesenden in die unterstehenden Heilanstalten, scheidet die übrigen aus und sendet sie in die Krankenzerstreuungsstation, wo abermals eine Sortierung erfolgt. In diesem Fall muß das Armeekommando den Etablierungsort der Krankenabschubstation angeben, deren Einrichtung samt Zuteilung von direkt unterstellten Anstalten des Etappenraumes dem Armeetappenkommando nach Weisung des Armeekommandos obliegt.

In jeder Krankenabschubstation, die gewöhnlich im Etappenhauptorte zur Errichtung gelangt, muß unbedingt für die Manipulation mit den Kranken eine Krankenhaltstation mit Nächtigung aufgestellt werden; ob hiezu ärarische oder Landesmittel heranzuziehen sind, hängt von den Verhältnissen ab, letzteres ist vorzuziehen.

In der Station oder nächst derselben soll sich (S.-R. IV. Teil, Punkt 423) ein Marodenhäus für Baldgenesende befinden; das Vorhandensein von Spitalsunterkunft ist wünschenswert und unbedingt geboten, wenn sich nicht in der Nähe an der weiteren Abschublinie eine solche befindet. Überdies muß ein höherer Arzt als Sortierungs- und Abschubleiter fungieren, dem das nötige Personal beizugeben ist.

b) Krankenabgabe.

Damit die Krankenabgabe beziehungsweise der Abschub seitens der Korps bei Operationsstillständen unter den hierfür gegebenen Bedingungen beschränkt werden könne, müssen in deren Kantonierungsräumen Krankenunterkünfte in größerem oder geringerem Maße — die sogenannten Krankensammelstationen — improvisiert oder etabliert werden. Auf die Wahl der Etablierungsorte wird das Armeekommando unter normalen Verhältnissen keinen Einfluß nehmen. Eine Einflußnahme ist jedoch unumgänglich notwendig, wenn eine Krankensammelstation für mehr als ein Korps ausreichen muß (Kommunikationsverhältnisse) oder wegen größeren Ressourcenreichtums von mehr als einem Korps auszunützen wäre.

Die Aufgabe, welche den Krankensammelstationen zugemutet wird und die Ressourcen des betreffenden Raumes entscheiden darüber, inwieweit ärarisches Material zur Einrichtung herangezogen werden muß.

Die Einrichtung ist beim Aufmarschraum reglementmäßig durch das in den ersten Tagen zugeschobene Material für ein mobiles Reservespital und ein Feldmarodenhaus samt entsprechendem Personal leicht ermöglicht. In allen anderen Fällen kann vom Armeekommando die Zuteilung von Material und Personal verfügt werden, wobei eine Sektion mobilen Reservespitals per Korps und ein Feldmarodenhaus für je eine Gruppe von etwa zwei Korps und eine Kavalerietruppendivision bei halbwegs ressourcenreichen Gebieten genügen dürfte. Eventuell müssen sich die Korps nur mit Landesmitteln behelfen. An Personal dürften per Korps zweckmäßig 3—6 Ärzte und 1—2 Reservesanitätsabteilungen als Personalreserve ausreichen.

Die Evakuierung aus den Krankensammelstationen wird, wie dies bei Gelegenheit der Erörterung der Maßnahmen für den Krankenabschub erwähnt wurde, vom Armeekommando sowohl hinsichtlich Intensität als auch Richtung geregelt. Bei der Zuweisung von Eisenbahnbetriebsmitteln zur Krankenabgabe beziehungsweise zum Krankenabschub ist nach Möglichkeit darauf Bedacht zu nehmen, daß die Absendung ähnlich wie im Frieden nach der Ausspeisung erfolgen kann.

Haben Krankentransporte bis zur Eisenbahn- oder Schifffahrtsstation mehr als einen Tagmarsch zurückzulegen, so muß das Armeekommando, wenn der Nächtigungsort außerhalb des Bereiches des absendenden Korps liegt, für die Einrichtung Sorge tragen. Entweder wird ein anderes Korps, in dessen Bereich der Ort fällt, mit der Improvisierung einer Krankenhaltstation mit Nachtruhe beauftragt oder das Armeetappenkommando hiezu angewiesen. Bei größeren Weg-

strecken, die jedoch in einem Tage bewältigt werden können, soll das Armeekommando in der Einwaggonierungsstation Gelegenheit zur Verabreichung der Mittagskost schaffen.

Zu den sonstigen Vorsorgen beim Beziehen einer länger dauernden Kantonierung gehören die rechtzeitige Verlautbarung der Namen verseuchter Ortschaften und Maßnahmen zur Errichtung von Epidemiespitälern.

c) Vorsorgen für die Zukunft.

Komplettierung des Sanitätsmaterials unter möglichster Ausnützung der Ressourcen des Landes, Angabe von Apotheken, Drogerien, bei welchen die Bestände an Sanitätsmaterial ergänzt werden können.

B. Märsche.

a) Krankenabschub.

Beim Vormarsch erweitert sich sukzessive der Etappenraum; dies muß, wenn es die örtlichen Verhältnisse zulassen, zur Schaffung von Krankenunterkünften ausgenützt werden, damit die anzustrebende Unterbringung von etwa 5% des Verpflegsstandes im Laufe der Zeit durchführbar ist. Dies bedingt, daß die im Operationsraume günstig gelegenen Ortschaften sanitär rekognosziert und darnach jene fürgewählt werden, wo später vom Armeetappenkommando Heilanstalten zu improvisieren oder aufzustellen sind. Vielfach werden die vorbereitenden Einleitungen zweckmäßig schon von der vormarschierenden Armee getroffen werden können.

Die Vergrößerung des Etappenraumes bedingt ferner die Einschaltung bzw. die zeitweilige Vorverlegung bereits bestehender Krankenabschubstationen. Werden beim Vormarsch die diesen begleitenden Eisenbahn- oder Schiffahrtslinien betriebsfähig angetroffen, so unterliegt es keinem Anstand, die Krankenabschubstation jeweilig, sobald eine größere ressourcenreiche Bahnstation in den Etappenraum übertritt, in diese vorzuverlegen.

Dies geschieht derart, daß in der neuen Station Anstalten improvisiert oder aufgestellt werden, während in der früheren Station die Krankenhaltstation zur Auflösung gelangt, die anderen Heilanstalten aber in der Regel bestehen bleiben und der neuen Station unterstellt werden.

Muß die Bahn erst streckenweise wieder hergestellt werden, so daß sie mit der Vorrückung der Armee nicht gleichen Schritt hält, so hängt die Vorverlegung der Krankenabschub-

station selbstverständlich von der Herstellung der Strecke bis zur nächsten größeren Station ab; sie wird sich also stets an oder nicht weit vom Ende der betriebsfähigen Linie befinden.

Die Bewegung der Kranken von der Krankenabschubstation in den Etappenraum oder in die Krankenzerstreuungstation ist vom Armeetappenkommando selbständig durchzuführen.

b) Krankenabgabe.

Begleiten eine oder mehrere betriebsfähige Eisenbahn- oder Schifffahrtslinien den Marsch, so muß das Armeekommando erwägen, welche Korps an die einzelnen Linien zu weisen sind, daraus die mutmaßliche Belastung jeder Linie ableiten und dementsprechend das Armeetappenkommando zur Beistellung von Betriebsmitteln anweisen. Es empfiehlt sich, die Abfahrtszeit aus den in Betracht kommenden Einwaggonierungsstationen derart zu bemessen, daß die Krankentransporte ohne allzufrühen Aufbruch oder gar Nachtmarsch rechtzeitig eintreffen können und die umständliche Nächtigung an der Bahn vermieden wird. Ist die Armee breit gruppiert und stehen nur eine oder zwei Abschublinien zu Gebote, so wird es sich kaum umgehen lassen, daß für Krankentransporte entfernterer Korps Vorkehrungen zur Nächtigung an der Bahn getroffen werden müssen.

Da derartige Krankenhaltstationen beim Vormarsch nur kurze Wirksamkeitsdauer besitzen, sind sie vorzugsweise zu improvisieren. Das Personal kann ein- für allemal in diesen Dienst gestellt werden, indem es nach der jeweiligen Auffassung der Station mit Bahn vorgezogen wird. Mit 3 oder 4 derartigen Abteilungen, die sich wechselweise bei der Etablierung übergreifen, wird zumeist das Auslangen gefunden werden können. Den Korpskommanden muß gesagt werden, mit welchen Zügen sie die Krankenabgabe zu bewirken haben, eventuell welche Vorsorgen für die Verköstigung oder Unterbringung der Kranken getroffen wurden.

Zur Unterstützung des Personals kann die Abgabe von Maroden eines oder des anderen Korps an jene Bahnstationen verfügt werden, wo Krankenhaltstationen improvisiert werden sollen. Dieses ist insbesondere dann geboten, wenn die Zahl der beim Train einzuteilenden Maroden sehr anschwillt und insofern unbedenklich, als die Bahn zum Vorziehen der vollkommen Dienstfähigen zur Verfügung steht.

Hält die Herstellung der Betriebsfähigkeit verfügbarer Bahnlinien mit der Vorrückung der Armee nicht Schritt, so wird sich alsbald die Notwendigkeit mehrtägiger Straßentransporte ergeben, welche Unannehmlichkeit in dem Maße zunimmt, als die Offensive vordringt. Ähnliche Verhältnisse treten ein, wenn

die Armee in Räume gelangt, in welchen überhaupt keine Bahnen bestehen oder bei breiter Gruppierung hinsichtlich der Flügelkorps, die unter Umständen 2—3 Märsche bis zur Bahn haben.

Sobald die Krankenabgabe mit mehrtägigem Straßentransport erfolgen muß, ist der Abschub, wenn es die Ressourcen halbwegs möglich erscheinen lassen, zu beschränken. Hiezu müssen die Korps in größeren ressourcenreichen Orten etwa jeden zweiten oder dritten Marschtag Krankensammelstationen improvisieren; im Armeeverbande wird es sich meist empfehlen, daß das Armeekommando diesbezüglich eingreift, indem es Orte auswählt, an welche zwei oder drei Korps vorteilhaft abgeben können.

Bei der Wahl dieser Orte sind in erster Linie solche in Kalkul zu ziehen, die später, wenn die Herrichtung von zerstörten Eisenbahnen oder der Ausbau von Feldbahnen bis dahin gediehen ist, sich leicht evakuieren können. Auch auf die Möglichkeit späterer Ausnützung als Heilanstalten im Etappenbereiche muß hiebei Bedacht genommen werden.

Welches Korps die Einrichtung zu besorgen hat und der Zeitpunkt der Aufnahmbereitschaft sind vom Armeekommando bekanntzugeben. Das unumgänglich nötige militärische Personal ist von den Korps den ihren Feldspitälern angeschlossenen Personalreserven zu entnehmen.

In gewissem Sinne fällt der Feldbahntransport hinsichtlich seiner Schädlichkeit für Kranke und Verwundete mit dem Straßentransport überein, dies bedingt eine wesentliche Beschränkung der Abzuschiebenden, also die Einschaltung einer Krankenabschubstation am jeweiligen vorderen Endpunkte, ferner Vorsorgen zur Verköstigung und Nächtigung an der Strecke.

Für Kavallerietruppendivisionen wird der Armeechefarzt nur insoferne vorsorgen, als er sie mit der Krankenabgabe an das nächst ihrer Vormarschlinie befindliche Korps weist.

c) Dotierung einer detachierten Gruppe.

Erhält ein Heereskörper eine Aufgabe, welche denselben voraussichtlich in ein selbständiges, räumlich weit getrenntes Operationsgebiet führt, so muß er sanitär mehr oder weniger selbständig gemacht werden. Hiezu gehört in erster Linie die Anordnung, wohin er mit dem Abschub für die Zukunft gewiesen wird, das heißt, an welchen Ort er fürderhin seinen Abschub anzuknüpfen hat. Er kann entweder an eine Krankenzerstreuungsstation gewiesen werden oder aber an eine schon bestehende Krankenabschubstation, wobei tunlichst dafür gesorgt sein soll, daß diese Station nach Aufnahmefähigkeit und Evakua-

tionsmöglichkeit offen und unbeschränkt ist, eventuell sind Vorsorgen für eine entsprechende Erweiterung zu treffen.

Erfolgt die Zuweisung an eine Krankenzerstreuungsstation, so müssen dem Heereskörper unbedingt Mittel zur Errichtung einer Krankenabschubstation zugewiesen werden, desgleichen auch in dem Fall, wenn ihm voraussichtlich eine längere Offensive bevorsteht, die später die Einrichtung einer neuen Krankenabschubstation wünschenswert erscheinen läßt.

Steht dem detachierten Teil eine Bahn oder Schiffahrtslinie zum Abschub in die zugewiesene Krankenzerstreuungsstation oder Krankenabschubstation zur Verfügung, so müssen ihm auch entsprechende Betriebsmittel dauernd zugeteilt werden.

Für den Kampf ist unbedingt die sanitäre Ausrüstung des Heereskörpers auf die gebührende Anzahl von Feldspitälern zu ergänzen. Aufgabe und Schubmöglichkeit entscheiden darüber, ob die ganze oder ein Teil der Korpseinheit sowie der zustehenden Personalreserve dem Kommando überwiesen wird.

d) Vorsorgen für in absehbarer Zeit zu gewärtigende Kämpfe.

Beim Operationsbeginn müssen Vorsorgen für in absehbarer Zeit zu gewärtigende Kämpfe sowohl für die einzelnen Korps wie auch für die Armee als Ganzes getroffen werden.

1. Jedem Korps muß das Material einer mobilen Krankenhaltstation, das lediglich für die Errichtung einer Verwundetensammelstation bestimmt ist, entweder von Haus aus mitgegeben oder doch bis spätestens am Vorabend des Kampfes zugeschoben werden. Ersteres bedingt die Mobilmachung auf Landesfuhrwerken, letzteres ist nur möglich, wenn betriebsfähige Eisenbahnen in den Operationsraum führen.

Für den Dienst in der Verwundetensammelstation benötigt das Korps eine Personalreserve von 3—6 Ärzten, 1—2 Reservesanitätsabteilungen. Bei der Bemessung der den Korps für den Vormarsch zuzuteilenden Personalreserven ist daher der voraussichtliche Bedarf zur Improvisierung von Krankensammelstationen, für kleine Abgänge etc. stets in Rechnung zu stellen und dementsprechend soviel Personal zuzuteilen, daß für den Kampf zuverlässig genug übrig bleibt. Es ist selbstverständlich, daß die Korps bei allen Kommandierungen die denkbar größte Ökonomie beobachten müssen, um für den Kampf genügend Personal zu behalten. Unter Umständen ist es auch zweckmäßig, jedem Korps das Material eines Feldmarodenhauses, das aber ebenfalls nur für den Kampf bestimmt ist, behufs Ablösung der Leichtverwundetensstationen auf Fuhrwerken mitzugeben.

Bemerkt sei, daß das den Korps im Aufmarschraume zugeteilte Sanitätspersonal und Material grundsätzlich zurückzu-

bleiben und unter den Befehl des Armeetappenkommandos zu treten hat. Will das Armeekommando Teile dieses Personals oder das Material des Feldmarodenhauses im Falle der Nichtverwendung im Aufmarschraum den Korps für den Vormarsch begeben, so muß dies ausdrücklich befohlen werden.

2. Die sanitäre Dispositionsreserve der Armee steht zur direkten Verfügung des Armeekommandos und wird aus den nach Dotierung der Korps erübrigenden Feldspitälern und der — nach Abschlag des dem Armeetappenkommando zu belassenden Drittels — verbleibenden Personalreserve, eventuell dem Material eines Feldmarodenhauses per Korps und einiger mobilen Krankenhaltstationsstationen, auf Fuhrwerken verladen, gebildet.

Wenn eine Bahn die Marschlinie begleitet, so ist der unmittelbare Anschluß von Personal und Material nicht nötig. Es verursacht vielmehr weniger Umstände, diesen Teil der Dispositionsreserve ruckweise mit Bahn nachzuziehen. Als zeitweilige Aufenthalte sind größere Orte fürzuwählen, wo das Personal auf die Dauer der Bereitstellung für sanitäre Zwecke auszunützen ist.

Die Inmarschsetzung der sanitären Dispositionsreserve kann vereinigt oder in Gruppen erfolgen, ersteres ist nur möglich, wenn die Armee schmal gruppiert ist und von der mittleren Marschlinie gute Querverbindungen zu den Flügelkorps führen. Jedenfalls soll die Entfernung zu den Flügeln nicht über 25 Kilometer betragen. Andernfalls sind zwei oder drei Gruppen zu formieren. Manchmal scheint es sogar vorteilhaft, auf die Marschlinie jedes Korps eine Gruppe zu setzen, z. B. beim Vormarsch in gebirgigem, stark durchschnittenem und bedecktem Terrain, bei geringer Wegsamkeit. Auf der jeweilig gewählten Marschlinie wird die sanitäre Dispositionsreserve im Korpstrain nach denselben Grundsätzen wie das dort eingeteilte Feldspital bewegt, den Korps muß aber mitgeteilt werden, daß die betreffende Gruppe ihrem Verfügungsrecht entzogen bleibt; das Armeekommando hat zeitgerecht die Heranziehung an die Tete des Korpstrains, eventuell die Verschiebung bis zu einem genau bezeichneten Ort oder Abschnitt anzuordnen. Das Armeekommando kann eventuell die Blessiertentransportkolonnen des Roten Kreuzes und die Subalternärzte der Feldspitäler der sanitären Dispositionsreserve von Haus aus an jene Feldspitäler anschließen lassen, die bei den Korps eingeteilt sind. Doch ist hiebei wie auch bei der früher erwähnten Zuteilung Veranlassung zu treffen, daß die Pauschalgebühren der Verpflegung dementsprechend vermehrt beziehungsweise vermindert werden.

Die Reserveanstalten bleiben beim Vorhandensein einer betriebsfähigen Bahn in der Deponierungsstation, sonst muß für rechtzeitige Mobilmachung gesorgt und die Inmarsch-

setzung derartig veranlaßt werden, daß sie sich am Vorabend des Gefechtes nicht mehr als 40—50 Kilometer hinter der Tete befinden.

Sanitätsplan.

Da auf Grund dieser Erwägungen eine größere Anzahl von Anordnungen teils sofort, teils in weiterer Folge erlassen werden muß, empfiehlt es sich für den Armeechefarzt, das Resultat seiner Erwägungen teils zum eigenen Gebrauch, teils zur Orientierung des Armeekommandanten oder des Generalstabschefs in einem **Sanitätsplan** zusammenzufassen.

Dem Sanitätsplan muß zu entnehmen sein:

1. wie sich der Armeechefarzt in großen Zügen die künftige Krankenabgabe durchgeführt denkt;
2. welche Einrichtungen er für den Krankenabschub im Laufe des Vormarsches zu treffen beabsichtigt; ferner
3. Dotierung der Korps für den Vormarsch;
4. Formierung und Bewegung der sanitären Dispositionsreserve;
5. Verfügung hinsichtlich des Sanitätsfelddepots;
6. falls größere Teile der Armee detachiert werden, die Basierung des künftigen Abschubes derselben und ihre sanitäre Ausstattung.

C. Am Vorabend eines Kampfes.

a) Krankenabschub.

Während großer Kämpfe fallen Verwundetenabschub und Verwundetenabgabe in eine Bewegung zusammen, so daß der sonst vom Standpunkte des Armeechefarztes mehr oder minder ausgeprägte Unterschied zwischen Krankenabschub und Krankenabgabe wegfällt. Das Armeetappenkommando wird an dem Abschub hervorragend mitwirken und sich überdies beeilen, die Leitung in die Hand zu bekommen, wozu es spätestens am Morgen nach dem Siege verpflichtet ist.

Der Armeechefarzt soll sich von dem Eintritt in einen Kampf nicht überraschen lassen; tunlichst früh, einige Tage vorher soll er bereits dahin wirken, daß das Armeetappenkommando von dem Bevorstehen eines Kampfes verständigt und angewiesen werde, im Etappenraume und in den Krankenzerstreuungsstationen für ausreichende Verwundetenunterkünfte durch Abschub, Erweiterung oder Neuaufstellung, ferner für die Bereitstellung von Eisenbahnbetriebs- und Schiffahrtsmitteln mit entsprechender Einrichtung zu sorgen.

Auch die in Betracht kommenden **A b s c h u b l i n i e n** sind frühzeitig auszumitteln und die Einrichtung, soweit es geht, vorzubereiten. Ist der Armeechefarzt diesen Forderungen nachgekommen, so kann er am Vorabend der Schlacht seine Aufmerksamkeit vornehmlich den Korps widmen.

b) Krankenabgabe.

Damit die Korps die für die Verwundetenabgabe nötigen Einleitungen treffen, also Verwundetensammelstationen errichten können, muß das Armeekommando den Korps die Abschublinien respektive Krankenabschubstationen zuweisen. (S.-R. IV. Teil, Punkt 34 e.)

1. Verwundetensammelstation.

Die Wahl des Ortes kann den Korps in der Mehrzahl der Fälle überlassen werden, insbesondere bei Straßentransport; doch werden sich auch hier oft Verhältnisse ergeben, die ein Eingreifen seitens des Armeekommandos notwendig machen, z. B. wenn infolge günstiger Situation eines ressourcenreichen Ortes mehr als ein Korps an eine Verwundetensammelstation zu weisen wäre.

Manchmal wird ein Korps zweier Verwundetensammelstationen bedürfen, welchem Umstand das Armeekommando nach Möglichkeit durch Zuweisung von Personal und Material einer mobilen Krankenhaltstation Rechnung zu tragen hätte; gleiches gilt für die Ausstattung fallweise gebildeter neuer Gruppen von Heereskörpern, z. B. je eine Infanterietruppendivision und eine Brigade verschiedener Korps mit einer Kavallerietruppendivision.

Ist ein mehrtägiger Straßentransport notwendig, so muß das Armeetappenkommando rechtzeitig angewiesen werden, die mit der Schaffung der ersten Nächtigungsstation (Verwundetensammelstation) durch die Korps angebahte Einrichtung der Abschublinien zu ergänzen, wobei die Zusammenführung des Abschlusses von zwei oder drei Korps anzustreben ist. Sind die Abschublinien bis in die Nähe des Gefechtsfeldes oder auf das Schlachtfeld führende **E i s e n b a h n e n**, so muß das Armeekommando bestimmen, welche Stationen zur Einwaggonierung als Verwundetensammelstationen einzurichten, welche Teile der Armee an selbe gewiesen sind und wer das Material und Personal beizustellen hat. Jede Verwundetensammelstation ist möglichst mit einem Spitalzug und einem Normalkrankenzug zu dotieren. Vorziehungsrecht weiterer Betriebsmittel im Einvernehmen mit dem Eisenbahnlagen-Kommando ist dem Kommandanten der Verwundetensammelstation zu übertragen.

Beim Armeekommando ist die Erlaubnis zu erwirken, leer zurückfahrende Munitions- und Verpflegszüge zum Verwunden-

transport ausnützen zu dürfen. Ausrüstung und Personalzuteilung obliegt den Verwundetensammelstationen, welchen in diesem Falle das Krankenzugsmaterial aus dem Sanitätsfelddepot vom Armeetappenkommando zuzuschicken ist.

2. Bereitstellung der Fuhrwerke zum Abschub vom Gefechtsfelde.

Die erste Sorge des Armeechefarztes ist, bei seinem Kommando, wenn es die Verpflegungssituation nur halbwegs erlaubt, die Genehmigung zur Ausnützung leerer Staffelnwagen, eventuell noch vorhandener Fuhrwerksreserven der Korps zum Verwundenenabschub zu erwirken.

Weiters sind die Blessiertentransportkolonnen des Roten Kreuzes der Feldspitäler der sanitären Dispositionsreserve des Armeekommandos den Korps behufs Abschub von den Verbandplätzen zur Verfügung zu stellen, falls es das Armeekommando nicht vorzog, diese von Haus aus jenen Feldspitalern zuzuteilen, die bei den Korps eingeteilt sind, wodurch unnötige große Marschleistungen, Kolonnenkreuzungen und dergleichen vermieden werden.

3. Verstärkung der Verbandplätze.

Nach Möglichkeit wäre von der Erlaubnis, je zwei Subalternärzte jeder Feldspitalssektion auf Verbandplätzen zu verwenden, Gebrauch zu machen, wenn dies auch zu Komplikationen Anlaß gibt, falls nach der Entscheidung die Feldspitäler ungleichmäßig auf die Korps verteilt werden.

Für den ersten Augenblick könnte dem übrigens durch Beigabe von Ärzten der Personalreserve an einzelne Sektionen abgeholfen werden.

Es wird ohnedies sehr oft möglich sein, die Ärzte der Personalreserve, welche sich bei der sanitären Dispositionsreserve befinden, zum Dienst auf Verbandplätzen heranzuziehen. Diese reichliche Ausstattung mit Ärzten läßt das etwaige Bedenken geringfügig erscheinen, daß späterhin die Feldspitäler nicht gleichmäßig auf die Korps verteilt werden, also stellenweise in der ersten Zeit ihre Subalternärzte entbehren müssen. An ihre Stelle kämen zeitweilig Personalreserveärzte; Sache des Armeetappenkommandos wird es dann bei der Herstellung ordentlicher Belagsverhältnisse sein, die Ärzte wieder in ihre normalen Verbände zu bringen.

c) Unterbringung der Verwundenen auf dem Schlachtfelde nach dem Sieg.

Als oberster Grundsatz gilt, nach siegreicher Entscheidung alle verfügbaren sanitären Mittel der Armee auf das Schlachtfeld

zu werfen, um die Verwundeten so schnell als möglich unterzubringen bzw. zu besorgen. Dies ist jedoch nur durchführbar, wenn bereits während des Anmarsches die in der sanitären Dispositionsreserve der Armee gruppierten Anstalten samt Personalreserve sukzessive so nahe herangezogen wurden, daß sie wenige Stunden nach der Entscheidung bereits am Gefechtsfelde eintreffen können.

Führt eine Bahn in die Nähe des Gefechtsfeldes, so kann die Personalreserve nebst Feldmarodenhaus- und Krankenhaltstations-Material als eine Gruppe der sanitären Dispositionsreserve in einer Bahnstation bereitgestellt sein, um auf ein telegraphisches Aviso vorgezogen zu werden; die Feldspitäler müssen aber unbedingt schon beim Anmarsch in den Bereich der Korpstrains eingeteilt und sukzessive derart vorgezogen werden, daß sie von den kämpfenden Truppen zirka 15—20 Kilometer entfernt stehen, wo sich bei Mangel einer Bahn auch die übrigen Teile der Dispositionsreserve zu befinden haben.

Ob die sanitäre Dispositionsreserve als eine Gruppe hinter der Mitte an einem Wegeknoten, wo Kommunikationen auf alle Teile des Schlachtfeldes führen, oder verteilt in einigen Gruppen an der Tete einzelner Korpstrains bzw. in oben angegebener Entfernung bereitgestellt wird, hängt von der Gruppierung beim Anmarsch, von der Frontbreite, vom Vorhandensein entsprechender Kommunikationen ab. Bei Wahl der Aufstellung in nur einer Gruppe ist die Entfernung vom Aufstellungsorte bis zu den äußersten Flügeln immer in Kalkul zu ziehen.

Im allgemeinen ist darauf zu achten, daß die Anstalten an etwa vorkommenden Hindernislinien oder im Rückzug als neue Stellung Bedeutung habenden Abschnitten nicht feindwärts aufgestellt werden dürfen, um bei ungünstigem Ausgang des Kampfes nicht die Gefahr der Versperrung des Defilees heraufzubeschwören. Dies zwingt manchmal sogar dazu, die Bereitstellung weiter rückwärts als oben angegeben anzuordnen.

Das Material der sonst noch zur Verfügung stehenden Reserveanstalten soll erst im Laufe des nächsten Tages zur Stelle sein. Führt eine betriebsfähige Eisenbahn in die Nähe des Schlachtfeldes, so bleibt das Material in irgendeiner größeren Station in einigen Waggons verpackt unter Aufsicht einer Reservesanitätsabteilung. Auf telegraphisches Aviso werden diese Waggons in die Endstation vorgezogen, von wo das Material mit leeren Feldspitals-Packwagen abgeholt wird.

Steht aber längerer Straßentransport bevor, so bleibt, wenn die Eisenbahnstation nicht über 40 Kilometer entfernt ist, das Material in Waggons verladen, doch soll die nötige Anzahl von Landesfuhrern (Lastautomobilen) beim Bahnhof sichergestellt werden; bei noch längerem Straßentransport muß das Material

bereits auf Fuhrwerken verladen und bespannt sein und wird 40—50 Kilometer vom Gefechtsfelde bereitgestellt. In diesem Falle befinden sich die Reservesanitätsanstalten meist schon mehrere Tage in der Zone der Korpstrains, es hätte somit das Armeekommando im Wege der betreffenden Korps direkt mit ihnen zu disponieren.

Sanitätsplan.

Auf Grund dieser Erwägungen wird der Armeechefarzt zweckmäßig die zutreffenden Anordnungen behufs Genehmigung durch den Generalstabschef in einem Sanitätsplan zusammenfassen:

Dieser hätte zu enthalten:

1. Weisung an die unterstehenden Korps bezüglich Verwundetenabgabe während des Kampfes an Krankenabschubstationen bzw. Abschublinien, eventuell Bestimmung gemeinsamer Verwundetensammelstationen für mehrere Korps und Auftrag, wer die Einrichtung zu besorgen hat. Einrichtung von Verwundetensammelstationen für fallweise gebildete Gruppen nebst Zuweisung von Material (mobile Krankenhaltstation) und Personal aus der sanitären Dispositionsreserve; eventuell Maßnahmen zur Vorbereitung der Einrichtung der weiteren Abschublinien, falls bis zur Bahn mehr als zwei Märsche zurückzulegen sind.

2. Vorbereitung des Verwundetenabschubes durch Anweisung an das Armeetappenkommando, Sanitätszüge beizustellen.

3. Bereitstellung bzw. Zuweisung der Blessiertentransportkolonnen des Roten Kreuzes, der Subalternärzte der Feldspitäler und der Personalreserveärzte der sanitären Dispositionsreserve.

4. Bereitstellung des Gros der sanitären Dispositionsreserve (Feldspitäler, Feldmarodenhäuser) am Tage der Schlacht.

5. Bereitstellung der Reservesanitätsanstalten.

D. Tätigkeit des Armeechefarztes auf dem Gefechtsfelde.

a) Während des Kampfes.

Während des Kampfes gewinnt der Armeechefarzt aus den Situationsmeldungen einen allgemeinen Überblick über die Abschubbewegung und die beiläufige Intensität des Verlustes. Aus diesen entnimmt er auch, ob etwa Verwundetensammelstationen

stärker in Anspruch genommen sind und dirigiert Verstärkung an Personal und Material (mobile Krankenhaltstationen) dahin.

Beim Einsetzen der Armeereserve ist diese an eine der bestehenden Verwundetensammelstationen zu weisen und deren eventuelle Verstärkung aus der sanitären Dispositionsreserve anzuregen.

Schlachten von mehrtägiger Dauer werden die Korps möglicherweise zwingen, ihre Feldspitäler zur Entlastung der mit Untransportablen überlegten Verbandplätze einzusetzen, insbesondere wenn deren Etablierungsorte wenig Ressourcen bieten. Das Armeekommando wird alsdann für eine entsprechende Verstärkung aus der Dispositionsreserve zu sorgen haben.

b) Nach siegreicher Entscheidung.

Sowie sich der Rückzug des Feindes auszusprechen beginnt, ist:

1. der sanitären Dispositionsreserve der Befehl zum Vormarsche zu erteilen. Hierauf erfolgt unter Berücksichtigung der Situationsmeldungen die Verteilung der Feldspitäler und Feldmarodenhäuser an die Korps, deren Perlustrirungsräume ehebdaldigst durch Angabe im Terrain deutlich ausgeprägter Linien seitlich abzugrenzen sind;

2. Befehl an das Armeetappenkommando zum sofortigen Antritt der Vorwärtsbewegung der Reservesanitätsanstalten, eines Teiles des Verbrauchersatzes und der noch verfügbaren Personalreserve auf das Schlachtfeld;

3. Weisung an die Korpschefärzte, bis in die ersten Vormittagsstunden zu melden:

a) wie weit die Durchsuchung des Schlachtfeldes fortgeschritten ist,

b) wo Feldspitalssektionen und Feldmarodenhäuser etabliert wurden, mit annähernder Bekanntgabe des Belages und der augenblicklichen Dotierung mit Ärzten und Reservesanitätsabteilungen,

c) ob und wo sich improvisierte Verwundenunterkünfte befinden und welches Personal daselbst Dienst macht,

d) welche Abschubmittel noch zur Verfügung stehen und in welchen Räumen sie anzutreffen sind,

e) welches Sanitätspersonal in den Verwundetensammelstationen noch tätig ist und inwieweit letztere zur dauernden Verwundenunterbringung ausgenützt werden;

4. Einrichtung des Verwundenabschubweges, falls die Eisenbahn von den etablierten Verwundetensammelstationen

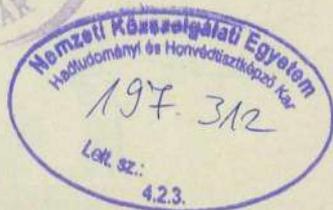
weiter als einen Marschtag entfernt ist. In diesem Fall ist darauf Bedacht zu nehmen, nach Möglichkeit den Abschub auf einer oder zwei Linien zu vereinigen und es wird von den vor der Schlacht getroffenen Einleitungen abhängen, ob die Einrichtung der nächsten Nüchtigungsstationen vom Armeetappenkommando durch Vorschiebung von Personal und Material oder von einer oder der anderen Verwundetensammelstation durch Rücksendung von Personal und Material besorgt wird; eventuell Kombination beider Systeme.

c) Am Morgen nach einem Siege.

Auf Grund der Berichte der Korpschefsärzte als Gruppenleiter gewinnt der Armeechefarzt ein Bild über die Verhältnisse in den Korpsbereichen und erteilt auf dieser Basis die Direktiven für die Verteilung der Reservesanitätsanstalten und für die Fortsetzung des Abschubes.

Anzustreben ist zunächst, daß keine der etablierten Anstalten mehr Verwundete enthält, als sie bei normalem Überbelag unterzubringen vermag, es sei denn, daß der Etablierungs-ort ganz besondere Ressourcen bietet. Sollten mehr Betten zur Verfügung stehen, als Verwundete vorhanden sind, so kann ein Teil der Reserveanstalten zur sofortigen Ablösung von Feldspitalssektionen verwendet werden.

Der Armeechefarzt wird sich im allgemeinen auf einen diesbezüglichen Kalkul im großen beschränken können, da die Durchführung dem Armeetappenkommando zukommt, dessen Sanitätschef spätestens am Vormittag nach der Schlacht zur Übernahme des Dienstes auf dem Schlachtfelde eintreffen soll. Er erhält die Berichte der Korpschefsärzte zur Kenntnis, ferner Direktiven bezüglich sofortiger Evakuierung von Feldspitalssektionen und deren Nachsendung zur Armee sowie über die in Zukunft anzustrebende Freimachung der Feldsanitätsanstalten und deren Inmarschsetzung behufs entsprechender Dotierung der Korps und Formierung einer sanitären Dispositionsreserve.



Handwritten text, possibly a signature or date, in blue ink, located in the lower-left quadrant of the page.

S.-16.



S. - 16.

Schema
der Erwägungen und Maßnahmen
des Armeefarztes.



I. Beurteilung der militärischen Situation.

Ob **Aufmarsch**, länger dauernder **Operationsstillstand** mit oder ohne Möglichkeit eines **Kampfes**, **Märsche** (Rück-, Flanken-Vormarsch, Kolonnenbildung), **Kampf**: in absehbarer Zeit, frühestens am xten zu erwarten, unmittelbar bevorstehend, **Verteidigung** oder **Angriff**; Ausscheidung **detachierter** Gruppen; **während**, **nach einer Schlacht**.

II. Charakterisierung der Krankenzerstreuungsverhältnisse.

Krankenzerstreuungsstation (eventuell mehrere): Aufmarsch

III. Operationsstillstand.

1. Krankenabschub.

Organisierung des Krankenabschubes:

- a) direkt in die **Krankenzerstreuungsstation** (Aufmarschraum): Züge zuweisen, Ankunftszeit vor Nacht;
- b) in **Krankenzerstreuungsstation und Etappenraum** (bei eigenen Abschublinien aus jedem Korps): für Abschubmittel sorgen;
- c) in den **Etappenraum**: Bei Benützung einer Linie für mehrere Korps, Einschaltung einer (mehrerer)

Krankenabschubstationen:

Ort: Etappenhauptort, Eisenbahn-Endstation.

Einrichtung: durch das Armeetappenkommando. Nötig: Krankenhaltstation mit Nachtruhe, Spitals- und Marodenhausunterkünfte. Anstalten nicht nur in der Station, sondern auch in nahegelegenen Orten. Zuweisung jener Anstalten des Etappenraumes, an welche in absehbarer Zeit Genesende (1 Monat) abzugeben sind, eventuell der Krankenzerstreuungsstation, falls mehrere vorhanden.

Material: vom Lande; Sektionen mob. Reservespitales, Feldmarodenhaus, mob. Krankenhaltstation.

Personal: Personalreserve, Zivilärzte, Pfleger vom Lande.

2. Krankenabgabe.

Krankensammelstationen der Korps:

Ort: Wahl desselben nur beeinflussen, wenn mehr als ein Korps an einen sehr ressourcenreichen Ort zu weisen wäre. Sonst nicht eingreifen!

Einrichtung: im allgemeinen Sache des Korps, in Ausnahmefällen speziell ein Korps- oder Armeetappenkommando und Zeit der Aufnahmebereitschaft bestimmen.

Personal: per Korps für Krankensammelstation, Ersatz und dgl. eine kleine Personalreserve, 3—6 Ärzte, 1—2 Reserve-sanitätsabteilungen zuweisen.

Material: Ressourcen des Landes! Nur bei Ressourcenarmut oder längerer Dauer ärarisches Material, per Korps genügt Zuweisung einer Sektion mob. Reservespitales und für zwei Korps ein Feldmarodenhaus.

Organisierung der Krankenabgabe:

Indienststellung von Zügen (falls nötig) möglichst im Laufe des Nachmittags.

Vorsorgen für Nächtigung oder Verköstigung der Kranken-transporte, wenn dies außerhalb des Bereiches der absendenden Korps notwendig erscheint.

3. Sonstige Vorsorgen.

Verseuchte Orte: Verlautbarung derselben.

Epidemiespitäler: Ermittlung von Etablierungsorten.

4. Vorsorgen für die Zukunft.

Sanitätsmaterial: Vorsorgen für rechtzeitige Ergänzung und Komplettierung.

Personal: Schulung; Vorsorgen für rechtzeitige Ergänzung und Komplettierung.

I. Beurteilung der militärischen Situation.

Ob **Aufmarsch**, länger dauernder **Operationsstillstand** mit oder ohne Möglichkeit eines **Kampfes**, **Märsche** (Rück-, Flanken-Vormarsch, Kolonnenbildung), **Kampf**: in absehbarer Zeit, frühestens am xten zu erwarten, unmittelbar bevorstehend, **Verteidigung** oder **Angriff**; Ausscheidung **detachierter** Gruppen; **während, nach einer Schlacht**.

II. Charakterisierung der Krankenerstreuungsverhältnisse.

Krankenerstreuungsstation (eventuell mehrere): Aufnahme

III. Marsch.

1. Krankenabschub.

Krankenabschubstation (eventuell mehrere, dann Zuweisung von Krankenerstreuungsstation u. Anstalten im Etappenraume).

Ort: Errichtung oder zeitweilige (4—6 Tage) Vorverlegung in größere, ressourcenreiche Bahnstation.

Vorbereitung der Einrichtung: durch die vormarschierende Armee.

Einrichtung: durch das Armeetappenkommando. Bei Vorverlegung in der früheren Station die Krankenhaltstation auflösen, die anderen Anstalten bleiben und werden der neuen Station unterstellt.

Material: Ressourcen des Landes ausnützen! Sektionen mob. Reservespitales, Feldmarodenhause, mob. Krankenhaltstation.

Personal: Personalreserve, Zivilärzte, Pfleger vom Lande.

2. Krankenabgabe.

Krankensammelstationen der Korps (nur bei längerem Straßen-transport).

Ort: Wahl nur beeinflussen, wenn mehr als ein Korps an einen Ort zu weisen wäre. Hierbei Anlehnung an wiederherzustellende Bahnlinien zweckmäßig. Kavallerietruppendivisionen an nächstgelegenes Korps weisen.

Einrichtung: durch Korps, bei gemeinsamer Benützung speziell ein Korps und Zeitpunkt der Aufnahmbereitschaft bestimmen.

Personal: die den Feldspitalern der Korps zugeteilte Personalreserve.

Material: Ressourcen des Landes! nur in ressourcenloser Gegend ärarisches Material (Feldmarodenhäuser) zuweisen.

Organisierung der Krankenabgabe (bei Vorhandensein von betriebsfähigen Bahn[Schiffahrts]linien im Operationsraume).

Indienststellung von Zügen: Abfahrtszeit derart ansetzen, daß Nächtigung der Krankentransporte möglichst vermieden wird.

Sonstige Vorsorgen: Improvisation von Krankenhaltstationen mit Nachtruhe für entfernte Korps. Hier kann eventuell die Abgabe der Maroden zur Unterstützung des Personals fallweise angeordnet werden.

3. Dotierung einer detachierten Gruppe.

Vorsorgen für den künftigen Krankenabschub:

- a) **Weisung an eine Krankerztreuungsstation** oder bestehende Krankenabschubstation.
- b) **Mittel zur Errichtung einer eigenen Krankenabschubstation** (längere Offensive).
- c) **Betriebsmittel** bei Bahn- oder Schifffahrtslinien.

Vorsorgen für den Kampf: Ergänzung der **Feldspitäler** auf die gebührende Anzahl, eventuell Teile der **Korpseinheit** und **Personalreserve**.

4. Vorsorgen für in absehbarer Zeit zu gewärtigende Kämpfe.

Vorsorgen für die einzelnen Korps:

Material: einer mobilen Krankenhaltstation als Kern für die künftige Verwundetensammelstation.

Personal: Die Personalreserve ist derart zu bemessen, daß für den Kampf 3—6 Ärzte und 1—2 Reservesanitätsabteilungen verfügbar bleiben.

Vorsorgen für die Armee als Ganzes:

Sanitäre Dispositionsreserve: Formierung aus den nach Dotierung der Korps erübrigenden Feldspitalern, zugeleiteter Personalreserve, Material eines Feldmarodenhauses per Korps und einiger mobilen Krankenhaltstationen auf Fuhrwerken. — **Inmarschsetzung:** in einer Gruppe bei schmaler Front und guten Querverbindungen, hiebei Angabe der Marschlinie, oder in mehreren Gruppen. Marschtechnische Unterstellung unter das Kommando des betreffenden Korps. Bei Bahnverbindung Anschluß des Personals und Reservesanitätsmaterials nicht notwendig.

Reserveanstalten: bei Vorhandensein von Bahn in der Deponierungsstation. Falls Lastautomobile: bis 100 *km* rückwärts. Falls Straßentransport: bis 40 *km* vorziehen, event. dem Armeekommando direkt unterstellen.

I. Beurteilung der militärischen Situation.

Ob **Aufmarsch**, länger dauernder **Operationsstillstand** mit oder ohne Möglichkeit eines **Kampfes**, **Märsche** (Rück-, Flanken-Vormarsch, Kolonnenbildung), **Kampf**: in absehbarer Zeit, frühestens am xten zu erwarten, unmittelbar bevorstehend, **Verteidigung** oder **Angriff**; Ausscheidung **detachierter Gruppen**; **während**, **nach einer Schlacht**.

II. Charakterisierung der Krankenzerstreungsverhältnisse.

Krankenzerstreungssituation (eventuell mehrere): **Aufnahme**

III. Am Vorabend eines Kampfes.

1. Krankenabschub.

Avisierung des Armeetappenkommandos:

1. **Vorsorgen für Verwundetenunterkünfte** im Etappenraum und Krankenzerstreungsstationen.
2. **Betriebsmittel** bereitstellen.
3. **Abschublinien**, deren Einrichtung vorbereiten.

2. Krankenabgabe.

a) **Verwundetensammelstation.**

Ort: Wahl in der Regel den Korps überlassen, doch Abschublinie zuweisen. Nur beeinflussen, wenn mehr als ein Korps an eine oder ein Korps an zwei Verwundetensammelstationen zu weisen wären (Kommunikationsverhältnisse, Ressourcen).

Einrichtung: Nur anordnen, wenn auf die Wahl Einfluß genommen wurde oder Mittel der sanitären Dispositionsreserve verwendet werden.

Betriebsmittel bei Eisenbahnverkehr direkt vom Schlachtfeld: Per Verwundetensammelstation tunlichst einen Spitals- und einen Normalkrankenzug zuweisen. Vorziehungsrecht weiterer Züge den Kommandanten der Verwundetensammelstationen übertragen. Ausnützung leerer Munitions- und Verpflegszüge anregen, eventuell Krankenzugsmaterial zu den Verwundetensammelstationen vorschicken.

b) **Bereitstellung der Fuhrwerke zum Abschub vom Gefechtsfelde.**

Staffelwagen: Erlaubnis zur sanitären Ausnützung erwirken.

Fuhrwerksreserven der Korps: Erlaubnis zur sanitären Ausnützung erwirken.

Blessiertentransportkolonnen des Roten Kreuzes der sanitären Dispositionsreserve, wenn dies nicht früher geschehen, den Korps zuteilen.

c) Verstärkung der Verbandplätze.

Feldspitalsärzte: je zwei Subalternärzte jeder Sektion auf Verbandplätzen verwenden, hiezu entweder den Korps zuweisen oder einstweilen bereitstellen.

Personalreserve: Ärzte derselben aus der sanitären Dispositionsreserve zum Dienst auf Verbandplätzen zuteilen.

3. Unterbringung von Verwundeten auf dem Schlachtfelde nach dem Sieg.

Bereitstellung der sanitären Dispositionsreserve: 15—20 *km* von der Gefechtslinie, jedoch nie feindwärts an etwa vorkommenden Hindernislinien oder im Rückzug als neue Stellung Bedeutung habenden Abschnitten.

Bereitstellung der Reserveanstalten: Wenn Straßentransport, so 40—50 *km* von der Gefechtslinie. Ist das Material in einer Eisenbahnstation, so bei Entfernung von über 40 *km* Fuhrwerke bereitstellen, Material in Waggons belassen.

I. Beurteilung der militärischen Situation.

Ob **Aufmarsch**, länger dauernder **Operationsstillstand** mit oder ohne Möglichkeit eines **Kampfes**, **Märsche** (Rück-, Flanken-Vormarsch, Kolonnenbildung), **Kampf**: in absehbarer Zeit, frühestens am xten zu erwarten, unmittelbar bevorstehend, **Verteidigung** oder **Angriff**; Ausscheidung **detachierter** Gruppen; **während**, **nach einer Schlacht**.

II. Charakterisierung der Krankenzerstreuungsverhältnisse.

Krankenzerstreuungsetation (eventuell mehrere): **Aufnahme**

III. Auf dem Gefechtsfelde.

A. Während des Kampfes.

Verstärkung der Verwundetensammelstationen: Wenn von Korpschefärzten beantragt oder auf Grund der Situationsmeldungen notwendig erscheinend, aus der sanitären Dispositionsreserve Personal und Material (mobile Krankenhaltstation) hindirigieren.

Armeerreserve: Beim Einsetzen an eine Verwundetensammelstation weisen, letztere mit Personal und Material eventuell verstärken.

B. Nach siegreicher Entscheidung.

1. **Abgrenzung der Perlustrierungsräume.**
2. **Sanitäre Dispositionsreserve**: Befehl zum **Vormarsch**, sobald Rückzug des Feindes beginnt. Verteilung an die Korps oder Armeegruppen auf Grund der Situationsmeldungen.
3. **Reserveanstalten**: Befehl an Armeetappenkommando zur **Vordirigierung** einschließlich der noch verfügbaren Personalreserve.
4. Abverlangung der **Meldungen von den Korpschefärzten** über:
 - a) Resultat der **Perlustrierung des Schlachtfeldes**.
 - b) Ort, Belag, Personaldotierung der etablierten **Feldspitalssektionen und Feldmarodenhäuser**.
 - c) **Unprovisierte Verwundetenunterkünfte**: Ort, Belag, Personal.
 - d) **Verwundetensammelstationen**: Ort, Belag, Personal.
 - e) Wo und wieviele **Abschubmittel** noch zur Verfügung sind.
5. Einrichtung der **Verwundenenabschublinien** bei weiterem Straßentransport: Nächtigungstationen.

C. Am Morgen nach einer Schlacht.

Allgemeiner Orientierungskalkul: auf Grund der Berichte der Korpschefärzte als Gruppenleiter.

Direktiven an das Armeetappenkommando:

1. Verteilung der anrückenden Reserveanstalten,
2. Fortsetzung des Abschubes,
3. Nachsendung evakuierter Feldsanitätsanstalten.

I. Beurteilung der militärischen Situation.

Ob **Aufmarsch**, länger dauernder **Operationsstillstand** mit oder ohne Möglichkeit eines **Kampfes**, **Märsche** (Rück-, Flanken-Vormarsch, Kolonnenbildung), **Kampf**: in absehbarer Zeit, frühestens am xten zu erwarten, unmittelbar bevorstehend, **Verteidigung** oder **Angriff**; Ausscheidung **detachierter** Gruppen; **während**, **nach einer Schlacht**.

II. Charakterisierung der Krankenzerstreuungsverhältnisse.

Krankenzerstreuungsstation (eventuell mehrere): **Aufnahmefähigkeit** einschließlich der direkt unterstellten Heilanstalten mit Beziehung auf den Verpflegsstand der Armee und die Unterkunftsverhältnisse im Armeebereich (normal für 2% notwendig); **Krankenzerstreuung**: von wem und wie sie durchzuführen ist (Reichskriegsministerium oder Armee in zugeteilten Zerstreustrayon); **Zerstreungsintensität**: Abschubmittel, Turnusdauer (hieraus Schlußfolgerung, ob Aufnahmefähigkeit und Zerstreungsintensität genügen). **Abschubwege aus den Räumen der Korps** in die Krankenzerstreuungsstation: deren Zahl, Qualität (Bahn, Schiff, Straße, Feldbahn), Länge (hieraus Schlußfolgerung auf das Maß der Beschränkung des Abschlusses).

NKE EKK

HHK Kari Könyvtár



84758008

DR

