



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Frauen in der Kriegskrankenpflege im Ersten
Weltkrieg am Beispiel der Rotkreuzschwester
Marianne Jarka

Verfasserin

Franziska Salm-Reifferscheidt

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im Jänner 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 312

Studienrichtung lt. Studienblatt: Geschichte

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Christa Ehrmann-Hämmerle

DANKSAGUNG

Zuallererst möchte ich mich bei Univ. Prof. Dr. Christa Ehrmann-Hämmerle bedanken, vor allem für ihre konstruktive Kritik, ihre Hilfe und ihre zahlreichen Anregungen.

Vor allem meinem Vater und meiner Familie möchte ich diese Arbeit widmen und bedanke mich sehr für deren Vertrauen und Geduld.

Bei Frau Dr. Ilsemarie Walter möchte ich mich sehr bedanken. Sie hat mir in zwei persönlichen Gesprächen sehr viel weiter helfen können. Auch bei Horst Jarka, dem Sohn von Marianne Jarka, mit dem ich während des Verfassens dieser Arbeit viel in Kontakt stand, möchte ich mich sehr bedanken. Bei Mag. Günter Müller von der „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“ möchte ich mich auch bedanken. Er konnte mir sehr viel weiter helfen und er hat mir auch den Kontakt zu Horst Jarka hergestellt.

1	EINLEITUNG	5
2	FRAUEN IN DER KRIEGSKRANKENPFLEGE IM ERSTEN WELTKRIEG	7
2.1	GESCHICHTE DES KRANKENPFLEGE	10
2.1.1	GEISTLICHE UND WELTLICHE KRANKENPFLEGE	12
2.1.2	PROFESSIONALISIERUNG DER KRANKENPFLEGE UND ENTWICKLUNG DER KRIEGSKRANKENPFLEGE	15
2.1.2.1	Krankenpflegeschulen	17
2.1.2.2	Die Verordnung des Ministerium des Inneren betreffend die berufsmäßige Krankenpflege	20
2.1.3	GESCHICHTE DER KRIEGSKRANKENPFLEGE	22
2.1.3.1	Das Rote Kreuz und die Genfer Konvention	23
2.1.3.2	Die Eingliederung des Roten Kreuzes in die Heeressanität	27
2.1.3.3	Die Frauenhilfsvereine vom Roten Kreuz	29
2.1.3.3.1	Schwesternschaften vom Roten Kreuz in Deutschland und Österreich	29
2.1.3.3.2	Tätigkeiten der Frauenhilfsvereine	31
2.1.3.3.3	Zentralstelle für Krankenpflegerinnen	34
2.1.4	EXKURS: ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN FÜR KRIEGSKRANKENSCHWESTERN IN DER NACHKRIEGSZEIT	36
3	DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN ÖSTERREICH-UNGARN UND DAS SANITÄTSWESEN ALLGEMEIN	38
3.1	AUFBAU DES ÖSTERREICHISCH-UNGARISCHEN SANITÄTSWESENS	38
3.2	DAS SANITÄTSPERSONAL	40
3.3	DER SANITÄTSDIENST	43
3.4	SANITÄTSANSTALTEN	44
4	DIE AUTOBIOGRAPHIE VON MARIANNE JARKA	47
4.1	THEORETISCHE UND METHODISCHE ASPEKTE DER AUTOBIOGRAPHIEFORSCHUNG	48
4.1.1	DIE AUTOBIOGRAPHIE IM 19. UND 20. JAHRHUNDERT	48
4.1.2	DIE AUTOBIOGRAPHIE ALS HISTORISCHE QUELLE	51
4.1.3	HERKUNFT UND STRUKTUR DER AUTOBIOGRAPHIE VON MARIANNE JARKA	53
4.2	BIOGRAPHIE VON MARIANNE JARKA	56
4.3	DIE ISONZO - SÜDWESTFRONT	61
4.3.1	ENTSTEHUNG DER SÜDWESTFRONT	62
4.3.1.1	Geheimverhandlungen Italiens/Gebietsansprüche	62
4.3.1.2	Gründe für die Isonzofront	63
4.3.1.1	Situation der öster.-ung. Armee zu Kriegsbeginn mit Italien	64
4.3.2	DER KRIEG AM ISONZO	66
4.3.2.1	Grausamkeit	66
4.3.2.2	Tod ohne Feindeinwirkung	67
4.3.3	KRIEG AN DER ISONZOFONT	67

4.3.3.1	Einmarsch der Italiener in Karfreit/Kobarid	67
4.3.3.2	Erste bis elfte Isonzoschlacht	69
4.3.3.2.1	Exkurs: Die elfte Isonzoschlacht	71
4.3.3.3	Die zwölfte Isonzoschlacht	71
4.3.4	KÄMPFE BIS KRIEGSENDE	73
4.3.5	SANITÄTSANSTALTEN AN DER SÜDWESTFRONT	74
4.4	MARIANNE JARKA AN DER FRONT	75
4.4.1	IHR WEG ZUM ROTEN KREUZ	75
4.4.2	STATIONEN AN DER FRONT	77
4.4.3	CHARAKTERISIERUNG IHRER TÄTIGKEIT	79
4.4.4	CHIRURGENSCHULEN HOHENEGG UND EISELSBERG	80
4.4.4.1	Exkurs Lorenz Böhler und die Chirurgenschulen	82
4.4.4.2	Exkurs: Triage und Euthanasie an der Front – Gewissenskonflikte	83
4.4.5	ANDERE KRANKENSCHWESTERN AN DER SÜDWESTFRONT	85
4.4.6	KRIEGSGEFANGENSCHAFT UND NACHKRIEGSZEIT	87
4.5	GESCHLECHTERSPEZIFISCHE ASPEKTE BEZOGEN AUF DIE FRONT	90
4.5.1	FRONT UND HEIMATFRONT	91
4.5.2	KRANKENSCHWESTER UND ARZT	93
4.5.3	KRANKENSCHWESTER UND SOLDAT	99
5	NACHWORT	102
6	BIBLIOGRAPHIE	103
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	112
8	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	118
9	LEBENS LAUF	118
10	ABSTRACT	119

1 Einleitung

Zur Geschichte der Krankenpflege, im speziellen der österreichischen Pflege, gibt es wenig Literatur. Die von mir heran gezogene Fachliteratur besteht im Wesentlichen aus Einzelbeiträgen, wobei vor allem historische Aufsätze von Ilse Marie WALTER, Elisabeth SEIDL und Birgit BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER zu nennen sind, die zu verschiedenen Themenbereichen der Pflege Stellung nehmen. Vor allem die Erstgenannte konnte mir in einem persönlichen Gespräch einige Themenaspekte genauer erläutern, was zu meinem Gesamtverständnis wesentlich beitrug.

Die Krankenpflege wurde erst sehr spät als eigenständig betrachtet und immer im Zusammenhang mit der Ärzteschaft gesehen, als jenen Berufsstand, der über die Betreuung der Kranken geschrieben hat. Es gibt dagegen wenige Aufzeichnungen von Krankenpflegerinnen und/oder Krankenschwestern. Laut Regina SCHULTE gibt es zu diesem Thema nicht einmal „*annähernd präzise sozialgeschichtliche Basisdaten*“.¹

In Österreich erfolgte die Berufswerdung der Krankenschwester erst kurz vor dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges mit einem schon lange geforderten Gesetz. Mit der steigenden Zahl an Kriegsverletzten und dem Mangel an Personal stieg auch die Bedeutung des weiblichen Pflegepersonals. Der Ruf nach genügend Krankenpflegepersonal erschallte aber schon 1913. Obwohl das Gesetz erst im darauf folgenden Jahr ratifiziert worden war:

„In letzter Zeit brachten auch die Erfahrungen des Balkankrieges weiten Kreisen der Bevölkerung die Notwendigkeit zum Bewusstsein, im Kriegsfall über eine ausreichende Anzahl vollkommen ausgebildeter Berufspflegerinnen sowie entsprechend geübter, körperlich widerstandsfähiger Hilfskräfte zu verfügen.“²

¹ SCHULTE, Regina, Die Schwester des kranken Kriegers. Krankenpflege im Ersten Weltkrieg als Forschungsproblem, in: BIOS, Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History 7, Heft 1, Opladen, 1994, 83-100, hier: S. 85.

² Vgl.: 34. Generalbericht der unter allerhöchstem Protektorate stehenden Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze, Wien, 1912/1913, hier: S.35, aus einer Note des k.k. Ministerium des Innern an den k.k. Landespräsidenten der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz.

Die in dieser Arbeit verwendeten Quellen umfassen, abgesehen von der schon zitierten Literatur und anderen Forschungsbeiträgen, vor allem die Autobiographie einer Kriegskrankenpflegerin aus dem Ersten Weltkrieg namens Marianne Jarka,³ aber auch Textstellen aus den persönlichen Erinnerungen anderer Kriegskrankenschwestern oder von Ärzten, sowie Auszüge aus Gesprächen mit Nachkommen von Zeitzeugen. Eine Autobiographie als Basis für eine historische Betrachtung zu verwenden, ist deshalb schwierig, weil sie „grundsätzlich aus einem Spannungsverhältnis zwischen durchlebter Vergangenheit und Schreibgegenwart 'komponiert' wurde.“⁴

Die vorliegende Arbeit soll ein möglichst umfassendes Bild der weiblichen Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg vermitteln.

Nach der Definition des Pflegeberufes als spezifisch weibliche Tätigkeit folgt zunächst ein längerer Abriss zur Geschichte der geistlichen und weltlichen Pflege bis zur „Verordnung des Ministers des Innern vom 2. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“, und der Rolle der freiwilligen Hilfsorganisationen im Kriegsfall, insbesondere die der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz. Anschließend folgt im dritten Kapitel auch eine kurze Schilderung des allgemeinen Sanitätswesens im k.u.k. Heer. Das vierte Kapitel versucht eine Analyse der Autobiographie von Marianne Jarka, verbunden mit einigen generellen Aussagen zu Autobiographien. Daraufhin werden die Kriegshandlungen selbst, die Stationen Marianne Jarkas an der Isonzo-Südwestfront und die Stellung von Frauen in der Heimat und an der Front behandelt, sowie die Beziehungen zwischen Arzt und Krankenschwester und Soldat und Krankenschwester.

³ Eine von ihrem Sohn, Horst Jarka, angefertigte Abschrift dieser Autobiografie befindet sich unter dem Titel: JARKA, Marianne, Erinnerungen 1889 – 1934. Unveröffentlichtes Manuskript der „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“ am Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien, MS, o.O., 1961, 111 Seiten., in der „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“ am Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien.

⁴ MÜLLER, Günter, „Vielleicht interessiert sich mal jemand ...“ Lebensgeschichtliches Schreiben als Medium familiärer und gesellschaftlicher Überlieferung, in: EIGNER, Peter, HÄMMERLE, Christa, MÜLLER, Günter (Hg.), Briefe- Tagebücher- Autobiographien. Studien und Quellen für den Unterricht, Wien, 2006, 76 – 96, hier: S.82f.

2 Frauen in der Kriegsrankenpflege im Ersten Weltkrieg

Das Konzept dieser Arbeit, weibliche Kriegsrankenpflege als separates Thema zu behandeln, legitimiert sich nicht nur durch die Tatsache, dass die Relevanz der Krankenpflege im Laufe des 19. Jahrhunderts stark zunahm, sondern ganz allgemein durch die Anliegen der Frauen- und Geschlechtergeschichte.⁵

Eine im niederösterreichischen Landesarchiv in St. Pölten überlieferte Anordnung aus dem Jahr 1796 über die Aufnahme von Frauen als Wärterinnen lautet:

„Man hat wahrgenommen, daß das weibliche Geschlecht, theils weil es mehr aus Reinlichkeit aufgelegt und mehr nüchtern - theils auch eines größeren Mitleides gegen die Kranken empfänglich sei, bey Bedienung der Kranken einen entschiedenen Vorzug verdiene, der noch dadurch begreiflicher wird, dass ein Weib mit der mäßigen Belohnung, welche von dem Spital den Krankenwärtern abgereicht, weit leichter, als ein Mann auslangen und daher zufriedener leben, und stäts besseren Willen behalten könne. Daher wird der Spitals Verwalt- und Kontrollirung hiemit aufgetragen von nun an darauf bedacht zu seyn: dass künftig selbst zur Bedienung kranker Männer auf den gemeinsamen Krankensälen, mehr Wärterinnen, als Wärter aufgenommen werden [...]“⁶

Zu diesem Zeitpunkt ging es aber noch weniger um die typisch weiblichen Attribute, die man später zur Eignung für diesen Beruf hervorhob, sondern um die Tatsache, dass Frauen sich strenger an die ärztlichen Verordnungen hielten und sich ihnen wenig andere Verdienstmöglichkeiten boten. Der soziale Status einer Krankenpflegerin war dem Dienstbotenstand gleichzusetzen. So mussten diese beispielsweise auch Reinigungsarbeiten verrichten.⁷

⁵ Vgl.: WALTER, Ilsemarie, Zur beruflichen Pflege in Österreich 1784-1914. Wärterinnen und Wärter in öffentlichen Krankenhäusern, in: WALTER, Ilsemarie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil, Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, S.25-45, hier: S.32.

⁶ Ebenda, S.33, Befehl der niederösterreichischen Landesregierung aus dem Jahr 1796, über die Aufnahmen von Wärterinnen

⁷ Ebenda, S. 34f.

Die Krankenpflegerinnen sollten zu jeder Tages- und Nachtzeit arbeiten und schliefen deshalb auch in den Krankensälen hinter einem Verschlag.⁸

Die Berufe im sozialen Sektor waren noch nicht so deutlich voneinander getrennt. Mit der Industrialisierung und den vielen technischen Neuerungen in der Medizin kam es zu einer stärkeren Trennung der Berufe. Die Ärzte verwiesen die Frauen in eine ihnen untergeordnete Rolle, ausgestattet mit der Vorstellung, wonach eine Krankenschwester passiv, selbstaufopfernd und untergeordnet sein sollte. Im Laufe des 19. Jahrhunderts war somit die Krankenpflege zu einem weiblich dominierten Beruf geworden. Aber auch die Frauen selbst hoben ihre besondere Eignung für diesen Beruf hervor. So betont Elisabeth MALLEIER in einem Aufsatz:

„Frauen diene der Rekurs auf so genannte weibliche Eigenschaften dazu, sich in einer Welt, in der sie von fast allen bezahlten Berufen ausgeschlossen waren, die Möglichkeit von qualifizierter Berufsarbeit zu erkämpfen, während Ärzte das `Weiblichkeitssargument` benützten, um die Frauen in ein anderes Gebiet als das der `wissenschaftlichen Medizin` zu verweisen und auf diese Weise den Bedarf nach gehorsamen Gehilfinnen für das, was sie jeweils für `Medizin` hielten, zu decken.“⁹

Eine Verbesserung des Standes der Krankenpflegerin erfolgte nur langsam; einerseits durch die Trägheit der staatlichen Verwaltung und andererseits durch die finanziellen Umstände: Es wurde nie genau geregelt, wer eine Veränderung im Krankenpflegewesen hinsichtlich einer Ausbildung finanzieren würde. In einem Ministerialbeschluss aus dem Jahre 1869 sollten Pflegepraktikantinnen eine dreimonatige Ausbildung bekommen, doch scheiterte diese Reformbestrebung an der besagten Trägheit des Staatsapparates.¹⁰

Nach einer weiteren Dienstanweisung aus dem Jahr 1870, in welcher u. a. die Arbeitszeit für Krankenpflegerinnen im k.k. Allgemeinen Krankenhaus geregelt

⁸ Vgl.: DORFFNER, Gabriele, Die Professionalisierung der Krankenpflege in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der „Verordnung des Ministerium des Innern vom 25. Juni 1914 betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“, Univ. Diss., Wien, 1999, hier: S. 42.

⁹ Vgl.: MALLEIER, Elisabeth, Zur Frage der Geschlechterdifferenz in der Professionalisierungsgeschichte der Krankenpflege, in: MIXA, Elisabeth, MALLEIER, Elisabeth, SPRINGER-KREMSE, Marianne, BIRKHAN (Hg.), Ingvild, Körper- Geschlecht- Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin, Wien, 1996, 285 – 300, hier: S. 294.

¹⁰ Vgl.: DORFFNER, Die Professionalisierung der Krankenpflege, hier: S. 48.

werden sollte, gab es keine weiteren nennenswerten Veränderungen zur Hebung des Berufsbildes im Ganzen.¹¹

Eine wirkliche Veränderung brachte erst die staatliche Wiener Krankenpflegeschule, die 1913 gegründet wurde. Von dieser wird im weiteren Verlauf noch die Rede sein. In ihr konnten erstmals Krankenpflegerinnen eine fundierte Ausbildung erhalten.¹²

Im Jahr darauf und drei Tage vor dem Attentat in Sarajewo am 28 Juni 1914, und damit noch vor Beginn des Ersten Weltkrieges, wurde vom k.k. Innenministerium endlich eine Verordnung betreffend die berufsmäßige Krankenpflege herausgegeben. Artikel 16 dieser Verordnung regelte unter den „Allgemeinen Bestimmungen“ die Aufnahme von männlichen Krankenpflegern, die man in den einzelnen Abteilungen des Krankenhauses brauchte. Diesen wurde dabei keinerlei Einschränkung vorgeschrieben, während weibliche Anwärterinnen beispielsweise nachweisen mussten, dass sie weder ein unmündiges Kind hatten noch einen eigenen Haushalt führten.¹³ Trotzdem war der Pflegeberuf 1914 bereits zu einem „deklarierten Frauenberuf“¹⁴ geworden. In der Folge entstand das Gesetz vom 25. Juni 1914 zu einem Zeitpunkt, da man schon davon ausgehen konnte, dass es zu einem Krieg kommen könnte.

Neben den Berufsschwestern brauchte man zusätzlich auch noch freiwillige Krankenpflegerinnen. Bei deren Rekrutierung und Ausbildung bot sich vor allem die österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz mit ihren Landes- und Frauenhilfsvereinen an.

Bereits am 2. Jänner 1909 richtete das österreichische Rote Kreuz an die niederösterreichische Statthalterei folgendes Schreiben:

„[...] Demgemäß ist der Österreichische Patriotische Hilfsverein, zugleich Landes und Frauenhilfsverein vom Roten Kreuze für Niederösterreich bemüht, ausser den ihm bereits zur Verfügung stehenden Pflegeschwestern der geistlichen Kongregationen noch gut ausgebildete „weltliche

¹¹ Vgl.: DORFFNER, Die Professionalisierung der Krankenpflege, hier: , S. 56.

¹² Vgl.: DORFFNER, Gabriele, KOZON, Vlastimil, Meilenstein oder Notlösung? Die „Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“, in: WALTER, Ilsemarie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil, Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, 45-65, hier: S. 46.

¹³ Ebenda, S.49.

¹⁴ Ebenda, S.61.

Pflegerinnen“ sich für einen eventuellen Kriegsfall zu verpflichten und überdies für eine grössere Anzahl von Hilfspflegerinnen vorzusorgen. “¹⁵

Daran schloss sich die Bitte,

„den untenstehenden k.k. Krankenanstalten die Bewilligung der Abhaltung von Pflegerinnenkursen[...]zu erteilen. “¹⁶

Erst nach vier Jahren am 10. März. 1913 richtete das k.k. Innenministerium ein Schreiben an den Landespräsidenten von Niederösterreich, in welchem dieser aufgefordert wird, Maßnahmen zur Ausbildung besagter Berufs- und Hilfskrankenpflegerinnen zu treffen. Das mündete schließlich in die Verordnung vom 25. Juni 1914.¹⁷

Beachtenswert ist dabei, dass Frauen nur im Rahmen des freiwilligen Sanitätswesens als Krankenpflegerinnen eingesetzt wurden.¹⁸

Hanna HACKER stellt dazu die Frage: „Was ist nun ´wirklich´ der Unterschied zwischen einem Sanitäter [...] und einer Rotkreuz-Schwester, wenn beide doch offenkundig dasselbe taten?“¹⁹

2.1 Geschichte des Krankenpflege

Die Ursprünge der Krankenpflege liegen bereits in der Antike, wo Schüler und Assistenten angesehener Ärzte Aufgaben als Pfleger übernahmen. Mit der zunehmenden Verbreitung des Christentums und damit einhergehend der Überzeugung, aus Barmherzigkeit zu handeln und so Dienst am Nächsten auszuüben, waren es vornehmlich religiöse Orden, die sich der Fürsorge der Kranken widmeten. So hat sich zum Beispiel schon seit dem 11. Jahrhundert der Malteser Ritterorden dem

¹⁵ Vgl.: Niederösterreichisches Landesarchiv (NÖLA), allgem. Reg., K.2045. Jahr 1909, Stammzahl 49/1909, VII86W. Note des Österreichischen Patriotischen Hilfsvereins zugleich Landes- und Frauenhilfsverein vom Roten Kreuze für Niederösterreich an die k.k. niederösterreichische Statthalterei, am 2 Jänner 1909, hier: S.1.

¹⁶ Ebenda, S. 2.

¹⁷ Vgl.: 34. Generalbericht der unter allerhöchstem Protektorate stehenden Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze, Wien, 1912/1913, hier: S.35. siehe auch Kapitel 2.1.2.2

¹⁸ Vgl.: ANGETTER, Daniela, Dem Tod geweiht und doch gerettet. Die Sanitätsversorgung am Isonzo und in den Dolomiten 1915 – 1918, in: BUCHMANN, Bertrand Michael (Hg.) Beiträge zur neueren Geschichte Österreichs, Bd. 3, Wien, 1995, hier: S. 231.

¹⁹ HACKER, Hanna, Ein Soldat ist meistens keine Frau. Geschlechterkonstruktionen im militärischen Feld, in: Österreichische Gesellschaft für Soziologie, Band 20, Heft 2, Opladen, 1995, 45 – 63, hier: S. 46.

Dienst an den „Herren Kranken“²⁰ gewidmet. Diese Orden sahen ihre Aufgabe als karitative Berufung an, weshalb eine Professionalisierung der Krankenpflege in ihren Augen nicht notwendig schien. Eine intensivere Beschäftigung mit der Pflege als solcher geht erst im Laufe des 19. Jahrhunderts mit der Industrialisierung und der Gewinnung neuer medizinischer Erkenntnisse einher. Ein Vorreiter in der Gründung von Krankenhäusern im damaligen Österreich war Joseph II. Besonders erwähnenswert ist die Gründung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses mit 2000 Betten im Jahr 1784. In diesem Krankenhaus wurde vor allem weltliches Krankenpflegepersonal eingesetzt. Viele Pflegerinnen stammten aus Arbeiterkreisen, waren meist älter und teilweise schon verwitwet. Ihre spärliche Ausbildung war nicht einheitlich geregelt.²¹

Des Weiteren wurden nun, durch die Gründung neuer Spitäler, Patienten getrennt von älteren Menschen oder Waisen untergebracht und gepflegt. Neben den großen öffentlichen Spitälern entstanden viele geistliche Privatspitäler.²²

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die Krankenpflege in der Gesetzgebung wenig bis gar nicht thematisiert. Sie oblag den Familien selbst oder war, vor allem für den armen Teil der Bevölkerung, in speziellen Häusern durch das dort beschäftigte Personal geregelt. Erst auf Basis des Reichsanitätsgesetzes von 1870 entwickelte sich eine flächendeckende Krankenversorgung, sowie eine einheitliche Ausbildung der Ärzte, welche die gesamte Heilkunde umfasste und mit einem Doktorat abschloss. Die Krankenpflege und die Organisation der Krankenhäuser fand in diesem Gesetz jedoch kaum Erwähnung.

Ein großes Problem für die Medizinstudenten war die Finanzierung dieses kostenintensiven Studiums. Viele der damals üblichen Wundärzte konnten sich diese Ausbildung nicht leisten und so kam es zu einem dramatischen Ärzteschwund von etwa 20 Prozent, bei einem gleichzeitigen Anstieg der Bevölkerung. Eine Folge davon war, dass die ärztliche Behandlung in den Gemeinden aufgrund dieser neuen Ausbildung sehr teuer wurde. Die Gründung neuer Spitäler sollte Abhilfe schaffen.

²⁰ BROUCEK, Peter, Die humanitäre Leistungen der Malteser des Großpriorates von Böhmen und Österreich während des ersten Weltkrieges, in: STEEB, Christian (Hg.): Der souveräne Malteser Ritterorden in Österreich, Wien, 1999, 207 – 227, hier: S. 224.

²¹ Vgl.: WALTER, Ilsemarie, Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich, in: Historicum. Zeitschrift für Geschichte, Linz–Puchenu, Frühling 2003, 22-29, bzw.: 1-14; online unter: <http://www.pflegewissenschaft.ac.at/hpf/historicum.pdf>, (12.02.2009), hier: S. 3f.

²² Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: 30-32.

Neben einer verbesserten medizinischen Versorgung wurde dort vor allem auf gründliche Hygiene Wert gelegt. Die Krankenpflege selbst war jedoch in diesen Regelungen - wie erwähnt - kaum berücksichtigt. Deshalb waren auch Fragen der Anwerbung, Ausbildung und Organisation des Krankenpersonals nebensächlich. Die Krankenversicherung, als weiteres Novum für die Arbeiterschaft, sollte es ermöglichen, sich ärztliche Behandlung leisten zu können. Dabei fiel es den Krankenkassen zu, zu entscheiden, ob ein Kranker in ein Spital verlegt werden sollte, wenn die Pflege zu Hause nicht garantiert war. Es ist allerdings nicht belegt, ob die Behandlung in einer Krankenanstalt tatsächlich besser war als die Hauspflege.²³

2.1.1 Geistliche und weltliche Krankenpflege

„Geschichtliche Forschung leistet Abgrenzung von alten Klischees, von aufgedrängten Identifikationsmustern, die noch in der Gegenwart wirksam sind. Das Konzept der unbezahlbaren und unbezahlten Liebestätigkeit aus der Ordenstradition vernetzt sich mit dem Klischee der ungebildeten, aus niederem Milieu stammenden Wärterin.“²⁴

Wenn man die Entwicklung der Krankenpflege betrachtet, muss man die Bedeutung der religiösen Orden betonen. Sie beeinflussten unser Bild von der sozialen Stellung der Krankenschwester nachhaltig. Die „qualifizierte“ Krankenpflege lag also in den Händen der Orden. Mit den weltlichen Wärterinnen in den öffentlichen Spitälern verband man ein völlig anderes Bild, welches im Folgenden noch genauer beschrieben wird.²⁵

Es gab in Österreich während des 18. Jahrhunderts geistliche Orden, die besondere Bedeutung für die Krankenpflege erlangten. Hervorzuheben sind dabei die Elisabethinen und die Barmherzigen Brüder. Streng nach Geschlechtern getrennt, waren erstere für weibliche Patienten zuständig, letztere für männliche. Zudem gab es auch Frauenorden, deren Schwestern trotz Eingebundenheit in das Ordensleben auch

²³ Vgl.: GRANDNER, Margarete, Krankenpflege und Sozialpolitik, in: WALTER, Ilsemarie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil, Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, 11-25, hier: 12-14.

²⁴ Vgl.: SEIDL, Elisabeth, WALTER, Ilsemarie (Hg.), Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegeforschung, Pflegewissenschaft Heute Bd. 5, Bern, München, Wien, 1998, hier: S. 7.

²⁵ Vgl.: BOLGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Birgit, Imagination „Schwester“. Zur Entwicklung des Berufsbildes der Krankenschwester in Österreich seit dem 19. Jahrhundert, in: L'Homme, Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft 8, Heft 1, Wien, 1997, 155 – 178, hier: S. 158.

in weltlichen Spitälern pflegten. Hierzu gehörten die Barmherzigen Schwestern, die Anfang des 19. Jahrhunderts aus den Vincentinerinnen hervorgingen.²⁶

Der Begriff des Wärters und der Wärterin wurde zunächst nur auf die weltlichen Pflegerinnen in öffentlichen Krankenhäusern angewandt, später wurde der Terminus auch vermehrt auf geistliche Pflegerinnen übertragen. Die Herleitung des Wortes „Wärter“ oder „Wärterin“ kommt vom Verb „warten“, was soviel bedeutet wie: jemanden oder etwas pflegen.²⁷ Weltliche Krankenpflegerinnen, bzw. Wärterinnen verrichteten auch Reinigungsdienste und wurden daher oft dem Stand der Dienstboten zugeordnet. Dies erklärt sich auch durch ihre untergeordnete Stellung, sowie die ungeklärte Regelung ihrer Arbeitsverhältnisse. Hinzu kamen die nicht geregelte Ausbildung, schlechte Bezahlung, sowie extrem lange Arbeitszeiten.²⁸

Die primäre Aufgabe einer Pflegerin bestand darin, die Grundbedürfnisse der Kranken zu decken. Neben der Durchführung ärztlicher Anweisungen war es vor allem das Verabreichen von Nahrung und die körperliche Pflege, sowie die Beobachtung der Patienten und Patientinnen, die den Alltag einer Wärterin ausfüllten. Das umfasste auch die Besänftigung des Kranken und das Wachen über den psychischen Zustand. Da eine staatlich geregelte Ausbildung nicht gegeben war, erwarben sich die Frauen ihr Wissen durch praktische Erfahrung.²⁹

Die Historikerin Birgit BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER bezeichnet die Jahre 1700 bis 1850 als das „*dunkle Zeitalter der Krankenpflege*“³⁰. Mangel an Personal war ein großes Problem, dem man selbst durch das Anstellen von zivilen Wärterinnen, die einen geringen Lohn erhielten, kaum entgegenreten konnte. Sie waren oft überfordert und den Pflegeaufgaben nicht gewachsen. In diesen 150 Jahren gab es in diesem Bereich kaum einen sozialen Fortschritt, was die amerikanischen Pflegehistorikerinnen NUTTING und DOCK zu der deprimierenden Äußerung veranlasste, dass: „*in keinem Lande ein unterdrückteres und mehr mit Füßen getretenes Pflegepersonal [...]*“ als in Österreich zu finden sei.³¹ Um dieses Problem zu lösen, wurden gegen Ende des 19. Jahrhunderts vermehrt Krankenpflegerinnen aus Ordensgemeinschaften angeworben.

²⁶ Vgl.: WALTER, Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich, hier: S. 2.

²⁷ Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: S. 27.

²⁸ Vgl.: GRANDNER, Krankenpflege und Sozialpolitik, hier: S. 17f.

²⁹ Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: S. 35f.

³⁰ BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 158.

³¹ Zitiert nach: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: S. 42.

Diese genossen in der Monarchie im Allgemeinen einen sehr guten Ruf, waren jedoch lange Zeit in der Minderheit.³² Aus einer Datenanalyse von Ilsemarie WALTER zum Jahr 1836 geht hervor, dass 2851 weltlichen Pflegerinnen nur 495 geistliche gegenüberstanden.³³

Bemerkenswerterweise kehrte sich dieses Verhältnis aber gegen Mitte des 19. Jahrhunderts um. Am 13. November 1855 wurde ein Konkordat zwischen dem österreichischen Kaiser Franz Josef I. und Papst Pius IX. abgeschlossen. Dieses brachte der katholischen Kirche innerhalb der österreichischen Monarchie mehr Einfluss. So waren beispielsweise das Schulwesen, das Eherecht und der Klerus im allgemeinen ab diesem Zeitpunkt nicht mehr unter staatlicher Aufsicht. Die Historikerin Ilsemarie WALTER schreibt dazu:

„(...)und vermutlich kam es zu einer vermehrten Übernahme der Pflege in öffentlichen Krankenhäusern durch Ordensfrauen. Es scheint, dass diese Aktion von höchster Stelle ausging, denn in der Wiener Medizinischen Wochenschrift ist zu dieser Zeit die Rede von einer Übergabe des Wart- und Pflegedienstes in den Heil- und Humanitätsanstalten der Monarchie an die Barmherzigen Schwestern.“³⁴

Die Zunahme der Bedeutung der Orden im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts hielt jedoch nicht lange an. Der Liberalismus kehrte die Verhältnisse um. Damit einhergehend kam es auch zu einem Erstarren des bürgerlichen Frauenbildes.³⁵ Obwohl Frauen vermehrt eine Betätigung außerhalb der Familie suchten, bewegten sie sich dennoch innerhalb eines gewissen Rahmens, der ihnen von der Gesellschaft vorgeschrieben wurde. Aus staatlicher Sicht war die geistliche Pflege der weltlichen durchaus vorzuziehen, denn die geistlichen Krankenpflegerinnen verrichteten ihren Dienst ehrenamtlich und aus Nächstenliebe; eine finanzielle Entlohnung dafür war nicht vorgesehen. Stattdessen verlangten die Ordensgemeinschaften nur, dass ihr Unterhalt mit Hilfe der Spitäler garantiert würde. Dies wurde in gemeinsamen

³² Vgl.: BOLGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 158f.

³³ Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: S. 27.

³⁴ Zitiert nach: ebenda, S. 28.

³⁵ Vgl.: STEPPE, Hilde, Elemente der historischen Entwicklung des Berufs Pflege. Österreichische Pflegegeschichte, in: SEIDL, Elisabeth, STEPPE, Hilde (Hg.), Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 – 1950 (=Pflegewissenschaft heute, Bd. 4), Wien, München, Bern, 1996, 18 – 35, hier: S. 18.

Abmachungen oder Verträgen festgelegt.³⁶ Hingegen wurden die Forderungen der weltlichen Pflegerinnen nach angemesseneren Gehältern immer lauter. Das Ergebnis war ein Konkurrenzdenken zwischen weltlichen und geistlichen Krankenpflegerinnen, welches einer Professionalisierung, und damit der Chance, das Pflegewesen als Beruf zu etablieren, im Wege stand.³⁷

Trotz Mangel an Arbeitskräften war der Arbeitsplatz des Pflegepersonals in jener Zeit nicht gesichert. Klagen seitens des Personals gab es wenige, denn sie mussten jederzeit mit einer Entlassung rechnen. Wenn es zu einer Beschwerde kam, so wurde diese meist nicht weitergeleitet. Erschwerend kam hinzu, dass viele Krankenhäuser, insbesondere das Wiener Allgemeine Krankenhaus, mit großen finanziellen Problemen zu kämpfen hatten, was einer schnelleren Berufsentwicklung der Krankenpflege hinderlich war.³⁸

Insgesamt lässt sich, bedingt durch die gesellschaftlichen, politischen und technischen Entwicklungen des 19. Jahrhunderts, eine Trendwende in Richtung Neustrukturierung des Pflegewesens beobachten, dessen Entwicklung vornehmlich vom Bürgertum getragen wurde.³⁹

2.1.2 Professionalisierung der Krankenpflege und Entwicklung der Kriegkrankenpflege

Diese Neustrukturierung des Pflegewesens ging Hand in Hand mit der gesellschaftlichen Entwicklung des späten 19. Jahrhunderts. Die Tatsache, dass das Pflegewesen schon vornehmlich als Frauenberuf betrachtet wurde, rückt die Rolle der Frau, wie schon zu Beginn des Kapitels erwähnt, in das Zentrum der Aufmerksamkeit – was auch für diese Arbeit gilt.

Es lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen dem gesellschaftlichen Stellenwert der Frau im Allgemeinen und der weiblichen Pflegerin erkennen, indem es allmählich zu einer positiveren Wertung des Pflegeberufs kam. Birgit BOLOGNESE-

³⁶ Vgl.: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 163.

³⁷ Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich 1784-1914, hier: S. 29.

³⁸ Ebenda, S. 43.

³⁹ Vgl.: STEPPE, Hilde, Mrs. Camp und die Folgen. Von der Wärterin zur Krankenschwester, in: SEIDL, Elisabeth, WALTER, Ilsemarie (Hg.), Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegforschung, (=Pflegewissenschaft heute, Bd. 5), Wien, München, Bern, 1998, S.23 – 42, hier: S. 23.

LEUCHTENMÜLLER schreibt in ihrem Aufsatz zu dem nun geltenden beruflichen Leitbild der Krankenschwester:

„Zum `idealen` Frauenberuf wurde er aufgrund seiner `familiennahen` Tätigkeitsbereiche deklariert, die faktische Unvereinbarkeit seiner Ausübung mit dem Anspruch auf persönliche Familiengründung - schon allein aufgrund der Arbeitsüberlastung - stellte in dieser Widersprüchlichkeit hingegen kein Thema dar, bzw. lieferte sogar noch Anlass zu weiterer Rollenfestlegung: nämlich auf die der unverheirateten Krankenschwester, die in Analogie zum Dienst der Mutter an der Familie, ihren Dienst an der Allgemeinheit in einem als erweiterter Familienzusammenhang interpretierten Krankenhaus erbringt.“⁴⁰

Mit der schon geschilderten Zunahme der Industrialisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren es vor allem die Männer, die in den Arbeitsprozess eingegliedert waren. Sie galten daher als der produktive Faktor einer Familie, während die Frauen, ökonomisch abhängig von ihren Männern, die als unproduktiv geltende Hausarbeit verrichteten. Von ihnen wurde eine gewisse Selbstlosigkeit gefordert, um die bürgerliche Idylle eines gemütlichen Familienlebens sicherzustellen.⁴¹

So war der Übergang von Mutterschaft, als Eignung zum Krankenpflegeberuf zur qualifizierten Krankenpflege, fließend. Die Krankenpflege war einer der wenigen Berufe, bei welchem die Frauen - wie gesagt - nicht dafür kämpfen mussten, um diesen ausüben zu dürfen.⁴²

Die Geschichte der Professionalisierung der Krankenpflege wird von einer grundlegend unterschiedlichen Wahrnehmung des Berufes begleitet. Das Hin und Her zwischen Arzt und Krankenschwester, sowie Frau und Mann bildete ganz allgemein ein Herzstück der Diskussion.⁴³

⁴⁰ Vgl.: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S.165.

⁴¹ Vgl.: GRUNDHEWER, Herbert, Die Kriegskrankenpflege und das Bild der Krankenschwester im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: BLEKER, Johanna, SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 – 1985, Frankfurt am Main, 1987, 135 – 153, hier: S. 137.

⁴² Vgl. BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 166.

⁴³ Vgl.: MALLEIER, Geschlechterdifferenz, hier: S. 296.

2.1.2.1 Krankenpflegeschulen

In Österreich gab es, wie oben erwähnt, im späten 19. Jahrhundert kein allgemeingültiges Gesetz, welches das Berufsbild der Krankenpflegerinnen definierte. Auch wenn einige Schulen, wie die private Institution des Rudolfinerhauses, welche 1882 von Theodor Billroth gegründet wurde, eine fundierte Krankenpflegerinnen-Ausbildung anbot, so wurde das Pflegewesen noch nicht als eigener Berufsstand betrachtet.

Jene erwähnte Schule war die erste und wichtigste Krankenpflegeschule Österreichs. Die Idee des Gründers, eine Krankenpflegeschule zu errichten, entsprach weniger dem Wunsch, hier eine neue Berufsgruppe zu etablieren, als vielmehr der Umsetzung neuer medizinischer Entwicklungen. Zu diesem Zweck benötigte er gut ausgebildetes Personal, welches medizinische und hygienische Anweisungen korrekt durchführte, um die Heilungschancen der Patienten zu maximieren.⁴⁴

Andererseits war auch die Krankenpflegerin mit Blick auf ihre Ausbildung sehr wohl daran interessiert, ihr Wissen „*innerhalb des gegebenen institutionellen Rahmens auf Basis von organisatorischen, hierarchischen und pädagogischen Aspekten in eine krankenpflegerische Tätigkeit umzusetzen*“.⁴⁵ Dies sollte ja auch eine gute Ausbildung ermöglichen.

Zurück zur Struktur der Krankenpflegeschule Theodor Billroths:

Der strukturelle Aufbau dieser Schule glich der eines Mutterhauses, einem ordensähnlichen Verbund also, in dem die Pflegerinnen zusammenlebten. Die Organisation war zwar weltlich gestaltet, das Regelwerk hingegen ähnelte den Barmherzigen Schwestern. So wurde von den dort eintretenden Krankenpflegerinnen beispielsweise ein so genanntes Berufszölibat erwartet: Eine meist junge, unverheiratete Frau verpflichtete sich demnach auch weiterhin ledig zu bleiben. Dieses Versprechen spiegelt deutlich die Nähe zu einer Ordensgemeinschaft wider und betont damit die Wichtigkeit der geistlichen Mentalität innerhalb der österreichischen

⁴⁴ Vgl.: KLEIBEL, Veronika, Leben in einer Schwesterngemeinschaft. Ein Beitrag zur Geschichte des Rudolfinerhauses, in: SEIDL, Elisabeth, WALTER, Ilsemarie (Hg.), Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegforschung, Pflegewissenschaft Heute Bd. 5, Wien, München, Bern, 1998, 156- 192, hier: S.157.

⁴⁵ Zitiert nach: GARMANIKOV, Nurse or Women. Gender and Professionalism in Reformed Nursing 1869 – 1923, in: HOLDEN/LITTLEWOOD (Hg.), Anthropology of Nursing, London, 110 – 129, bei MALLEIER, Geschlechterdifferenz, hier: S. 297.

Pflegegeschichte. Selbst in Bezug auf die Schwesterntracht oder die Broschen, deren Aussehen auf die Herkunft der Schwestern hinweisen, lassen sich Ähnlichkeiten zu geistlichen Orden erkennen.⁴⁶

Das Allgemeine Wiener Krankenhaus war öffentlicher Natur und unterstand dem Wiener Krankenanstalts-Fonds. Dieser setzte sich aus etwa zehn Krankenanstalten innerhalb Wiens zusammen und verfügte über 5.500 Betten.⁴⁷ Ein Grundproblem der Zentrale war allerdings deren prekäre finanzielle Lage, die sich unter anderem auf die Personalfuktuation auswirkte und viele bangten um ihre Anstellung.⁴⁸

Ein weiterer Schritt in der Errichtung von öffentlichen Pflegeschulen war das Schwesterninstitut, welches 1904 für die Wiener Fonds-Krankenanstalten gegründet wurde. Diese Schwestern wurden „Blaue Schwestern“ genannt, um sie der Farbe ihrer Berufskleidung nach von anderen Schwestern zu unterscheiden. Sie sollten durch ihre Schwesterntracht und das Tragen einer Brosche jene Anerkennung finden, die geistliche Schwestern bereits hatten. Sie bezogen nur geringes Taschengeld und ihr soziales Ansehen war – trotz dieser Schwesterntracht, die Ansehen und Abgrenzung vermitteln sollte - noch sehr mit den Vorurteilen gegenüber den weltlichen Pflegerinnen, den Wärterinnen, im AKH, verwurzelt. So mussten sich die „Blauen Schwestern“ erst Vertrauen verdienen. Sie wurden zum Beispiel in der neu gegründeten Wiener Frauenklinik eingesetzt. Das Schwesterninstitut hatte leider zu wenig Kapital und zu wenig ausgebildete Schwestern, um alle an sie gestellten Aufgaben zu erfüllen. So versuchte man in einem Vertrag mit dem Roten Kreuz, das das Schwestern-Institut subventionieren sollte, sich im Gegenzug dazu zu verpflichten, die Hälfte des Personals im Kriegsfall an den Österreichisch-Patriotischen Hilfsverein vom Roten Kreuz zu stellen, der dieses bezahlte. Das Rote Kreuz wollte eigene Pflegerinnen im Institut ausbilden lassen, die sodann im Frieden in der Privatkanenpflege, aber auch im Krieg eingesetzt werden sollten. Der Wiener Krankenanstalts-Fonds sollte die Aufgabe übernehmen, die Pflegerinnen auszubilden - und soweit das Rote Kreuz sie nicht brauchte - bei sich zu beschäftigen. So hatte das Institut durch die Subventionen mehr Geld und durch die Pflegeschülerinnen vom Roten Kreuz mehr Personal und das Rote Kreuz eine Zusage für verpflichtete Krankenschwestern in einem Kriegsfall.

⁴⁶ Vgl.: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: 161-163.

⁴⁷ Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: S. 31.

⁴⁸ Vgl.: DORFFNER, KOZON, Meilenstein oder Notlösung?, hier: S.46.

Diese Regelung zeigt sehr deutlich, wie man sich schon früh mit einer möglichen Kriegssituation auseinandersetzte.

Diese geplante Abmachung scheiterte letztendlich am Desinteresse des Wiener Krankenanstalten Fonds, da man glaubte, dass dies mehr Vorteile für das Rote Kreuz brächte.⁴⁹

Aus den „Blauen Schwestern“ entwickelte sich dann 1913 die erste Krankenpflegeschule im k.k. Allgemeinen Krankenhaus in Wien. Damit sollte genügend Pflegepersonal bereit stehen. Dieses Vorhaben sollte aufgrund seiner Dringlichkeit durch staatliche Subventionen finanziert werden.⁵⁰

Es waren vor allem die Erfahrungen des Balkankrieges⁵¹, die eine Professionalisierung der Pflege bewirkten.⁵² Die schlechte medizinische Versorgung, die mit ein Grund für die hohe Opferzahl dieses Krieges war, zwang den Staat, sich mit einer einheitlichen Regelung auseinander zu setzen.⁵³ Es ergingen Anfragen von Seiten der örtlichen Spitalsleiter an die Ministerien für Unterricht, Landesverteidigung und sogar an das Finanzministerium, die als streng vertraulich behandelt wurden. Die Diskussion kam vor allem deshalb in Gang, weil man erkannte, welchen Nutzen gut ausgebildete Krankenschwestern für das Kriegssanitätswesen haben könnten. Man dachte dabei vor allem an spezielle Regelungen, die Frauen zur Kriegskrankenpflege verpflichten sollten. Ein wichtiger Grund dieser Anfragen war auch die Notwendigkeit einer finanziellen Unterstützung für eine angemessene Ausbildung und spezielle Sanitätskurse. Wegen der prekären Situation kam es immer wieder vor, dass Bewerberinnen für eine Ausbildung abgewiesen wurden, was zu Beschwerden bis hin zu den höchsten Instanzen führte, sodass selbst Thronfolger Erzherzog Franz Ferdinand großes Interesse an der (Kriegs)Krankenpflege zeigte und sich mit dieser Problematik beschäftigte.⁵⁴

In Punkt 2.1.3.1 wird noch auf andere Länder eingegangen, auf die man im Bezug zur Kriegskrankenpflege schaute, insbesondere auf die Erfahrungen von Florence

⁴⁹ Vgl.: DORFFNER, Die Professionalisierung der Krankenpflege, hier: S. 101.

⁵⁰ Ebenda, 111-113.

⁵¹ 1912 und 1913 war es durch den Verfall des Osmanischen Reiches und den aufkommenden Nationalstaaten zu Kriegen am Balkan gekommen. Das Ergebnis war eine weiterhin labile Lage am „Pulverfass Europas“, die durch die Julikrise 1914 im Ersten Weltkrieg mündete.

⁵² Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: S. 47.

⁵³ Vgl.: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, „Imagination „Schwester“, hier: S. 167.

⁵⁴ Vgl.: DORFFNER, KOZON, Meilenstein oder Notlösung? hier: S. 47.

Nightingale im Krimkrieg, in welchem die Notwendigkeit eines gut geregelten Pflegerinnenwesens im Kriegsfall deutlich hervorgehoben wird.

2.1.2.2 Die Verordnung des Ministerium des Inneren betreffend die berufsmäßige Krankenpflege

Am 25. Juni 1914, also kurz vor Kriegsbeginn, trat dann endlich die gesetzliche Verankerung der Krankenpflege in Kraft. Diese so genannte „*Verordnung des Ministerium des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege*“ basierte auf dem Reichssanitätsgesetz von 1870, welches das gesamte offizielle Sanitätswesen regelte. Das Krankenpflegewesen war darin aber nicht explizit erwähnt worden; Es wurde erstmals in der Neuverordnung von 1914 berücksichtigt. Ein Novum waren auch die Anweisungen im Paragraphen 11, welche den Dienst von Krankenpflegerinnen im Falle von Krieg und Epidemien regelten. Diplomierte Schwestern sollten demnach freiwillig das „*Gelöbnis der Leistung von Krankenpflege im Kriege und bei Epidemien*“ ablegen können. Damit verpflichteten sie sich, mindestens drei Jahre dem militärischen oder staatlichen Sanitätsdienst zur Verfügung zu stehen.⁵⁵

Die Krankenpflegerinnen mussten sich den neuen gesetzlichen Erfordernissen anpassen und eine entsprechende Ausbildung absolvieren, bei der nicht nur Praxis-Erfahrung gefragt war, sondern insbesondere auch ein medizinisches Grundwissen erlernt werden sollte.

Die Verordnung übertrug dem leitenden Arzt einer Krankenanstalt sowohl die Krankenpflegeschule, als auch die Aufsicht über die Ausbildung. Die Krankenpflegeschülerinnen selbst, sowie das Internat, unterstanden einer beauftragten Schuloberin. Wenn in einer Krankenpflegeschule geistliche und weltliche Pflegerinnen tätig waren, dann konnte für die Ordensschwestern eine eigene Schuloberin der jeweiligen Glaubenskongregation bestellt werden, wie in Paragraph 3 der Verordnung nachzulesen ist.⁵⁶ Die Aufnahme einer Schwester geistlichen Standes als

⁵⁵ Vgl.: Reichsgesetzblatt für die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder, Nr. 139, Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juli 1914 betreffend die berufsmäßige Krankenpflege, 741- 747, hier: S. 743.

⁵⁶ „Wenn an einer geistlichen Schule Schülerinnen geistlichen und weltlichen Standes ausgebildet werden, kann für die Angehörigen jenes Standes, dem die nach dem vorhergehenden Absatze bezeichnete Schuloberin nicht angehört eine eigene, diesem Stande angehörende Schuloberin bestellt werden. Die Bestellung erfolgt für Schülerinnen geistlichen Standes durch die geistliche Oberin“. Zitiert nach: Reichsgesetzblatt für die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder, Nr. 139,

Krankenpflegeschülerin erfolgte aber nur auf Ansuchen ihrer Ordensvorstehung und mit der Zustimmung ihres Ordens. Die Bewerbungsbedingungen, die jede Anwärtlerin, egal ob geistlich oder weltlich, erfüllen musste, wurden in der Verordnung klar formuliert:

„Als Schülerinnen einer Krankenpflegeschule dürfen nur Personen aufgenommen werden,

- 1. die, die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen;*
- 2. die das 18. Lebensjahr vollendet haben und bei Minderjährigkeit die Zustimmungserklärung des Vaters oder der vormundschaftlichen Behörde beibringen;*
- 3. die einen unbescholtenen Lebenswandel nachweisen;*
- 4. die, die körperliche und geistige Eignung für den Krankenpflegeberuf haben;*
- 5. die, die erfolgreiche Absolvierung einer Bürgerschule oder eine entsprechende allgemeine Bildung nachweisen;*
- 6. denen nicht die Fürsorge für ein unmündiges Kind oder die Führung eines eigenen Hausstandes obliegt.“⁵⁷*

Krankenschwestern wurden explizit als Hilfskraft des Arztes angesehen und mussten seinen Anweisungen daher unbedingt Folge leisten. Ihre Ausbildung dauerte zwei Jahre, aufgeteilt in ein Lehrjahr, sowie ein Probejahr, in welchem der Lehrstoff wiederholt wurde. Die Prüfung am Ende der Ausbildung wurde vom Landessanitätsreferenten, seinem Stellvertreter, dem leitenden Arzt der Krankenanstalt und/oder einem ärztlichen Lehrer der Schule geleitet. Entscheidend war, dass das Ministerium des Innern zudem jedes Mal einen Beauftragten von der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz entsandte. Die Prüfungskommission entschied schließlich mit Stimmenmehrheit über die Aufnahme einer Schwester, deren Titel im Falle eines Bestehens *„Diplomierte Krankenschwester“* war. Das Diplom verlieh den Krankenschwestern eine allgemeine Anerkennung, verhalf ihnen zu einer gesellschaftlich höheren Stellung und wurde somit in der Folge zu einem der wichtigsten Gründe, um sich vom sozial niedrigen Stand der Wärterinnen abgrenzen

Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juli 1914 betreffend die berufsmäßige Krankenpflege, 741- 747, hier: S. 741.

⁵⁷ Vgl.: Reichsgesetzblatt Nr. 139, hier: S. 741f.

zu können. Diese waren von einem Aufstieg meist ausgeschlossen, da sie, den zu erfüllenden Bewerbungsbedingungen nicht entsprachen. Viele von ihnen waren bereits verheiratet und hatten eine eigene Familie. Dagegen vermittelten die neuen, meist viel jüngeren Schwestern, ein ganz anderes Bild: Sie standen permanent zur Verfügung, weil sie wie oben schon zitiert, nicht verheiratet sein und auch keinen Haushalt führen durften.⁵⁸

2.1.3 Geschichte der Kriegskrankenpflege

Nicht nur die berufsmäßige Krankenpflege hatte durch das Gesetz von 1914 eine nachhaltige Veränderung erfahren, die sich auch im öffentlichen Bewusstsein für diesen Berufsstand niederschlug, sondern auch die freiwillige Krankenpflege. Viele Frauen wollten seit der Mobilisierung zu Beginn des Krieges zum Roten Kreuz, um Krankenpflegekurse zu besuchen. Es gab durch den Ersten Weltkrieg den verstärkten Drang, sich patriotisch zu engagieren.

Zu Beginn des Krieges gab es nach dem Gesetz noch keine diplomierten Krankenschwestern, da dieses ja sehr knapp vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges erlassen worden war. Jedoch waren viele von ihnen, die sich nun für die Kriegskrankenpflege meldeten, bereits sehr gut ausgebildet. Andere wiederum ließen sich zu Hilfsschwestern ausbilden, um die Berufsschwestern im Hinterland und im Feld zu unterstützen.

Durch die Kriegskrankenpflege war der Beruf endgültig von einem christlich-karitativen Dienst zu einer öffentlichen Aufgabe geworden. Den wichtigsten Anteil daran hatte das Rote Kreuz.⁵⁹

Es gab aber durchaus auch kritische Stimmen im Bezug auf diese Kriegskrankenpflegerinnen: So bezeichnet der Wiener Psychologe Wilhelm Stekel Krankenpflegerinnen als einen narzistischen Typ, der „*verliebt in die Pose des Liebesspendenden*“ sei.⁶⁰

Auch die für Frontschwestern oft verwendete Bezeichnung „*Todesengel*“ ist wenig schmeichelhaft.⁶¹

⁵⁸ Vgl.: Reichsgesetzblatt Nr. 139, hier: 741f.

⁵⁹ Vgl.: GRUNDHEWER, Die Kriegskrankenpflege hier: S. 141.

⁶⁰ BIWALD, Brigitte, Von Helden und Krüppeln. Das österreichisch-ungarische Militärsanitätswesen im Ersten Weltkrieg, in: RAUCHENSTEINER, Manfred (Hg.), Militärische Dissertationen österreichischer Universitäten, Bd. 1/2, Wien, 2002, hier: S. 93.

⁶¹ SCHULTE, Die verkehrte Welt des Krieges, hier: S. 84.

Manchmal wurde den Krankenpflegerinnen von den Ärzten sogar „*krankhafte Schaulust*“ vorgeworfen.⁶²

Sicherlich gab es die unterschiedlichsten Motivationen für Frauen, sich zum Fronteinsatz zu melden. So wissen wir von Marianne Jarka, dass sie hoffte, dort ihren „geliebten Fredl“ wiederzusehen. Dazu mehr in der Analyse ihrer Autobiographie und ihrem Weg zum Roten Kreuz.

Bei aller Widersprüchlichkeit muss aber festgehalten werden, dass durch das Postulat der unbegrenzten Einsatzbereitschaft und des abverlangten militärischen Gehorsams, bei vielen Krankenschwestern im Fronteinsatz eine gewisse Frustration feststellbar war. Denn das in Friedenszeiten bzw. an der Heimatfront aufgebaute Berufsethos einer „*erfüllten gesellschaftlichen Weiblichkeit*“, konnte durch die Grausamkeit des Kriegsgeschehens oft nicht gelebt werden.⁶³

Nach dieser kurzen Einleitung in den Themenkomplex der Kriegskrankenpflege folgt eine Historisierung und Charakterisierung der Patriotischen Frauenhilfsvereine vom Roten Kreuz und eine allgemeine Beschreibung der Beziehung zwischen dem freiwilligen Hilfsvereinswesen und der Armee, bevor in einem eigenen Kapitel das Heeressanitätswesen dargestellt wird.

2.1.3.1 Das Rote Kreuz und die Genfer Konvention

Um die Entstehungsgeschichte des Roten Kreuzes im Zusammenhang mit der Kriegskrankenpflege besser zu verstehen, ist ein historischer Rückblick notwendig.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es als Reaktion auf die verlustreiche Völkerschlacht bei Leipzig 1813 mit über 100.000 Toten und Verwundeten zur Gründung der ersten privaten Pflegevereine und in Preußen, als Initiative adeliger Damen, zu Vaterländischen Frauenvereinen. In diesen Vereinen gab es noch eine strenge geschlechterspezifische Arbeitsteilung: Die medizinische Behandlung blieb

⁶² BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 1, hier: S. 92.

⁶³ SCHULTE, Die verkehrte Welt des Krieges, hier: S. 87.

Ärzten und Professoren vorbehalten, während sich die Frauen um die Krankenpflege kümmerten.⁶⁴

Einen Wandel in der Verwundetenbetreuung brachten die blutigen Kämpfe im Krimkrieg 1854 zwischen England und Frankreich gegen Russland: Die verlustreichen Schlachten und die schlechte Versorgung der Soldaten empörte die englische Bevölkerung derart, dass sich der damalige Kriegsminister veranlasst sah, Florence Nightingale mit 38 anderen Krankenpflegerinnen auf die Krim zu schicken. Diese Krankenpflegerinnen, von den Armeearzten und Offizieren zunächst äußerst skeptisch aufgenommen, leisteten unter der starken Leitung von Florence Nightingale sehr bald eine anerkannte und effiziente Krankenpflege, sorgten für die Verpflegung der Verwundeten und halfen beim Aufbau von Lazaretten.⁶⁵

Fast zeitgleich, nämlich nach der Schlacht Österreichs gegen Frankreich 1859 bei Solferino wurde von Baron Suttner der „Patriotische Hilfsverein“ gegründet. Gleichzeitig kam es zur Gründung vieler Frauenhilfsvereine und in einer Versammlung im Jahre 1879 wurde der Beschluss gefasst, einen Bund aller österreichischen Landes- und Frauenhilfsvereine unter den Namen „Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz“ zu gründen.⁶⁶

Solferino war auch die Geburtsstunde der Genfer Konvention, nachdem der Schweizer Geschäftsmann Henri Dunant durch sein Buch „*Un souvenir de Solférino*“, „*das Gewissen der Welt wachgerüttelt und eine mächtige Bewegung zur Hilfe der Kriegsverwundeten und -kranken entfacht hatte*.“⁶⁷

Mittels Flugblättern und Vorträgen wollte er auf sein Buch, das er 1862 schrieb, aufmerksam machen. Darin schlug er vor, eine Organisation mit mehreren internationalen Vereinen zu gründen.⁶⁸

So fand am 8. August 1864 in Genf eine internationale Konferenz statt, deren Ergebnis die erste Genfer Konvention vom 22. August 1864 war.

⁶⁴ Vgl. GRUNDHEWER, Herbert, Von der freiwilligen Kriegsrankenpflege bis zur Einbindung des Roten Kreuzes in das Heeressanitätswesen, in: BLEKER, Johanna, SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 – 1985, Frankfurt am Main, 1987, 29-45, hier: S. 30.

⁶⁵ Vgl.: GRUNDHEWER, Von der freiwilligen Kriegsrankenpflege, hier:, S. 31.

⁶⁶ Vgl.: Das Rote Kreuz, Offizielles Organ der unter allerhöchsten Protektorate stehenden Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze, 14. Jahrgang, Nr. 1, Wien, 17. Jänner 1908, hier: S. 8. siehe Kapitel 2.1.3.3

⁶⁷ Wiener Medizinische Wochenzeitschrift, 80 Jahre Rotes Kreuz, Separatdruck., 94. Jahrgang, Nr. 31/32, Wien, 1944, hier: S. 1.

⁶⁸ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd.1, hier: S. 38.

Im gleichen Jahr gab es den Krieg Preußens und Österreich-Ungarn gegen Dänemark, sowie zwei Jahre später die Schlacht Österreich-Ungarns gegen Preußen bei Königgrätz und schließlich 1870/71 den deutsch-französischen Krieg. Gerade Bismarck war hier tonangebend, da für ihn der Krieg ein politisches Druckmittel war, um die Vormachtstellung Deutschlands in Europa zu sichern.⁶⁹

Der Zweck der Genfer Konvention wird in folgendem Zitat geschildert:

„....die internationale Konvention, die Dunant vorschlug und schließlich auch durchsetzte, steckte sich das hohe Ziel, Kriegszweck – das ist im letzten Sinne Vernichtung - und Humanität – das ist im letzten Sinne Erhaltung - in einen gewissen Einklang zu bringen.“⁷⁰

Im Gegensatz zu dieser Widersprüchlichkeit ist der Erhalt, also der Schutz, von Menschenleben, das erklärte Ziel des Roten Kreuzes.⁷¹

Die Genfer Konvention ist das Fundament für die Tätigkeit der freiwilligen Hilfsgesellschaften des Roten Kreuzes aller Länder. Kernpunkte der Genfer Konvention, die auch für den Ersten Weltkrieg galten, sind:

- „1. Neutralisierung der Feldlazarette und der dort versorgten Verwundeten und Kranken sowie des Sanitätspersonals,*
- 2. Verbot der Behinderung der Tätigkeit des Sanitätspersonals,*
- 3. Gewährung von Schutz und Freiheit für Landesbewohner, welche den Verwundeten zu Hilfe kommen,*
- 4. Versorgung verwundeter und erkrankter Militärpersonen ohne Unterschied der Nationalität,*
- 5. Kennzeichnung der Lazarette und Verbandsplätze mit der Rot-Kreuz-Fahne und Kenntlichmachung des dort tätigen Personals durch die Rot-Kreuz-Armbinde und*
- 6. Ratifizierung des Abkommens durch alle beitriftswilligen Staaten.“⁷²*

⁶⁹ Vgl.: GRUNDHEWER, Von der freiwilligen Kriegskrankenpflege, hier: S. 29.

⁷⁰ Zitiert nach: COLZE, Leo, Das Rote Kreuz. Die Bedeutung des deutschen und österreichischen Roten Kreuzes,, sowie des Roten Halbmondes, Weltkrieg 1914/1918, Berlin, hier: S. 3.

⁷¹ Ebenda, S.3.

⁷² Zitiert nach: ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 189.

Ärzte und Krankenpflegepersonal standen unter internationalem Schutz. 1907 kam es auf der zweiten Haager Konferenz zu erweiterten Regelungen für die Kriegsgefangenen. Im Wesentlichen ging es um die Wahrung ihrer Menschenrechte. Nach Artikel 4 dieser Konferenz sollten die Hilfsgesellschaften des Roten Kreuzes besonderen Schutz für die Kriegsgefangenen gewährleisten. Auch Kriegsauskunftsstellen sollten aufgebaut werden. Es bestand die Absicht, im Falle eines Krieges diese Regelungen beizubehalten, aber in der Realität waren die Gefangenen und Verwundeten vom Wohlwollen des jeweiligen Gegners abhängig.⁷³

Sanitätsdienst leisteten sowohl im Hinterland als auch im Feld die freiwilligen Hilfsorganisationen, allen voran die Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz, aber auch der Souveräne Malteser Ritter Orden und der Deutsche Ritter Orden. Sie unterstanden dem „Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege“.⁷⁴

Über die generelle Aufgabe des Sanitätswesens im Krieg hält der Sanitätschef des Armeeoberkommandos, Generalstabsarzt Steiner, in seinem Aufsatz *„Der militärärztliche Dienst des österreichisch-ungarischen Heeres während des Weltkrieges im Hinterland und bei der Armee im Felde“* folgendes fest:⁷⁵

„Während fast alle übrigen Dienstzweige des Heeres im Kriege der Niederzwingung des Gegners, also der Vernichtung von Menschenleben und materiellen Gütern dienen, hat der militärärztliche Dienst die Erhaltung und Wiederherstellung menschlicher Gesundheit zum Zweck.“

Er betont weiters:

„Er [der Sanitätsdienst] erstreckt sein Wirken überdies nicht nur auf die eigene Partei, sondern im Sinne der Genfer Konvention auch auf die gegnerische Seite.“⁷⁶

Die Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz trat 1866 der Genfer Konvention bei. Der älteste Hilfsverein in Österreich-Ungarn war der „Patriotische Hilfsverein

⁷³ Vgl.: ANGETTER, dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 189f.

⁷⁴ ÖSTA, KA, Nachlass STEINER, B 41/1-5/4. Artikel mit dem Titel: PIRQUET/STEINER, Der militärärztliche Dienst des österreichisch-ungarischen Heeres während des Weltkrieges im Hinterland und bei der Armee im Felde, o.A., hier: S. 5.

⁷⁵ Die weiteren Aufgaben des Heeressanitätswesens werden in einem eigenen Kapitel zusammengefasst.

⁷⁶ Zitiert nach: ÖSTA, KA, Nachlass STEINER, B41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, hier: S. 1.

vom Roten Kreuz“. Die Tätigkeit der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz war – ungeachtet ihres zitierten Anspruchs auf Erhalt von Leben - vornehmlich der Vorbereitung zum Sanitätsdienst im Kriegsfall gewidmet. In diesem Zusammenhang sei noch auf die Friedensnobelpreisträgerin Bertha von Suttner und ihre Friedensbewegung hingewiesen. In einem Brief an Dunant von 1899 kritisierte sie das Verhalten des Militärs und der Politiker und warf ihnen vor, sich hinter dem Roten Kreuz und der Genfer Konvention zu verstecken und eigentlich nicht die Absicht zu haben Kriege verhindern zu wollen.⁷⁷

2.1.3.2 Die Eingliederung des Roten Kreuzes in die Heeressanität

Im Einklang mit dem k.u.k. Kriegsministerium und dem k.k. Ministerium für Landesverteidigung entstand ein Mobilisierungsplan, in den die Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz eingebunden war.⁷⁸

Von militärischer Seite wurde in den Normalverordnungsblättern des k.u.k. Heeres in der Sparte „Reglements für den Sanitätsdienst des k.u.k. Heeres für die Armee im Felde“ in dessen Anhang die freiwillige Sanitätspflege geregelt.⁷⁹

An der Spitze der freiwilligen Sanitätspflege stand der „*Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege*“. Er fungierte auch als Protektorstellvertreter der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz. Sein Stab und er ordneten an, wann und wie die Militärsanität durch die freiwillige Sanität zu unterstützen sei. Von ihm gingen Weisungen an die Bundesleitung des Roten Kreuzes und andere Landesorganisationen aus. Der Deutsche Ritter Orden und der Souveräne Malteser Ritter Orden standen direkt und nicht über das Rote Kreuz mit der Militärbehörde in Kontakt.

Neben dem Generalinspektor gab es noch den k.k. Kommissär der freiwilligen Sanitätspflege, der für das Hilfsvereinswesen der österreichischen Reichshälfte

⁷⁷ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 1, hier: S. 42.

⁷⁸ Vgl.: Bericht über die Kriegstätigkeit der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuzes 1914–1917, Wien, 1917, hier: S. 5f.

⁷⁹ Vgl.: Instruktion für die freiwilligen Sanitätsabteilungen der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze bei der Armee im Felde, hier: S.1,

zuständig war.⁸⁰ Er war hauptsächlich dafür verantwortlich, sich einen Überblick über die einzelnen Vereine zu verschaffen und dafür, dass sich diese nicht aufsplitterten, sondern einheitlich organisiert waren. Ebenso hatte er die Oberaufsicht über die einzelnen Sanitätsanstalten, die unter der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz vereint waren.

Für die Aufsicht und zur Durchführung einzelner Aufgaben, sowie zur Unterstützung des k.k. Kommissärs und des Generalinspektors der freiwilligen Sanität waren Delegierte notwendig.⁸¹ Diese aufwendige Organisation führte manchmal zu Kommunikationsproblemen.⁸²

Basierend auf zuvor angelegten Kriegsfonds errichtete das Rote Kreuz Spitäler, sowie Depots zur Lagerung von Sanitätsmaterialien. Des Weiteren wurden Ärzte und Pflegepersonal verpflichtet. Die Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz wurde am 21. Tag der Mobilisierung der k.u.k. Armee in den Heeressanitätsdienst miteinbezogen. Sie unterstützte die Heeressanität in der Etappe durch die Bereitstellung von Feldspitälern, freiwilligen Sanitätsabteilungen, Felddepots, Epidemielaboratorien und Transportzügen zum Abtransport der Verwundeten.⁸³

Die Feldspitäler, davon wurden zwei vom Roten Kreuz bereitgestellt, waren für jeweils etwa 200 bis 300 Verwundete geplant, wobei diese Zahl nach nur einem Kriegsjahr mit bis zu 2000 Verwundeten deutlich überschritten wurde.

Der Kommandant dieser Spitäler war ein Stabsarzt, dem zwei Reserveärzte zur Seite standen. Während die Ärzte und die Mannschaft für die Feldspitäler der Armee den Feldsanitätsabteilungen entnommen wurden, erfolgte für das Rote Kreuz die Bereitstellung aus der k.k. Landwehr und für das Hinterland aus dem Landsturm. Die wichtigen freiwilligen Sanitätsabteilungen, welche die Feldspitäler unterstützten und sie zum Teil ersetzten, bestanden aus zwei Ärzten und 24 bis 30 Pflegerinnen, die

⁸⁰ Ebenso gab es einen K.K. Kommissär für die ungarische Reichshälfte. In der österreichischen Reichshälfte war Rudolf Graf Abensberg-Traun K.K. Kommissär während des Ersten Weltkrieges. Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege war Erzherzog Franz Salvator.

⁸¹ Vgl.: RICHTER, Maximilian, Die freiwillige Sanitätspflege im Kriege, in: Der Militärarzt. Zeitschrift für das gesamte Sanitätswesen der Armeen 19, 12.09.1914, Wien, 377 – 385, hier: S. 381f.

⁸² siehe Kapitel 4.5.2

⁸³ Vgl.: Bericht über die Kriegstätigkeit der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz 1914–1917, Wien, 1917, hier: S. 5f.

idealerweise von sechs bis zehn Berufspflegerinnen unterstützt werden sollten. Diese Feldspitäler waren vor allem für die Front gedacht.⁸⁴

Auch andere Hilfsvereine standen unter der Verantwortung der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz und deren Finanzierung erfolgte in erster Linie durch Spenden und unterstützende Komitees.⁸⁵

Während des Ersten Weltkrieges umfasste die Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz neun Landes- und Frauenhilfsvereine, die gemeinsam geführt wurden, sowie sieben Landeshilfsvereine und sechs Frauenhilfsvereine mit 755 Zweigstellen, die jeweils selbstständig geführt wurden. Davon waren fünf in Görz und Gradisca, die schon im Jahre 1915 - zur Zeit der Kriegserklärung Italiens - wieder aufgelöst wurden. 13 weitere gab es in Kärnten und Istrien. Somit waren diese großteils für die Südwestfront zuständig.⁸⁶

2.1.3.3 Die Frauenhilfsvereine vom Roten Kreuz

1866 gilt als das Geburtsjahr des ersten Österreichisch Patriotischen Frauenhilfsvereines in Krain und Salzburg. Im selben Jahr trat Österreich der Genfer Konvention bei.⁸⁷ Die Frauenhilfsvereine spielten eine Schlüsselrolle im öffentlich-sozialen Fürsorgesystem.⁸⁸

2.1.3.3.1 Schwesternschaften vom Roten Kreuz in Deutschland und Österreich

Im Prinzip ging es darum, die kämpfenden Truppen zu unterstützen. Damen meist adeligen Standes waren Schirmherrinnen dieser Vaterländischen Frauenvereine. Ihre Aufgabe war es, durch geeignete Schulungen in Krankenpflege und Erster Hilfe für einen eventuellen Kriegsfall der freiwilligen Sanität zur Verfügung zu stehen. In Friedenszeiten wurden sie in der zivilen Krankenpflege und Armenfürsorge tätig. In

⁸⁴ Vgl.: RICHTER, die freiwillige Sanitätspflege, hier: S. 381f.

⁸⁵ Vgl.: Bericht über die Kriegstätigkeit, hier: S. 19.

⁸⁶ Vgl.: ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 190.

⁸⁷ Vgl.: Das Rote Kreuz, Offizielles Organ, hier: S. 227 und Punkt 2.1.3.1.

⁸⁸ Vgl.: SCHÖNEBERGER, Bianca, Mütterliche Heldinnen und abenteuerlustige Mädchen. Rotkreuz-Schwester und Etappenhelferinnen im ersten Weltkrieg, in: HAGEMANN, Karen (Hg.), Heimat-Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, Frankfurt am Main, 2002, 108 – 127, hier: S. 108.

Deutschland wurden diese freiwilligen Organisationen später im Roten Kreuz zusammengefasst und es entstanden die Schwesternschaften vom Roten Kreuz, die nach dem Prinzip des Mutterhauses, wie geistliche Orden, organisiert waren. Die Leitung hatte die Oberin und diese verfügte auch frei über die Arbeitskraft der Schwestern. Wollte eine Frau aus diesem Verband wieder austreten, verlor sie alle Rechte auf finanziellen Anspruch gegenüber der Organisation.

Generell galt für Deutschland Mitte des 19. Jahrhunderts, dass diese Schwesternschaften vom Roten Kreuz, also die freiwilligen Verbände, ihren Dienst aus Nächstenliebe und Mitleid verrichteten. Auch die geistlichen Ordensschwestern leisteten ihre Dienste aus Nächstenliebe. Das war allerdings im Gegensatz zu den Freiwilligen Krankenpflegerinnen ein den Orden zu Grunde liegendes Glaubensgebot.⁸⁹

In Österreich-Ungarn gab es nicht die Tradition dieser Rotkreuz-Schwesternschaften wie in Deutschland. Es gab keine Rotkreuz Mutterhäuser nach dem Muster geistlicher Orden. Die Rotkreuz-Schwestern waren freiwillige Krankenpflegerinnen, von denen die meisten aus Frauenhilfsvereinen vom Roten Kreuz hervorgingen und sich deshalb so nannten. In Österreich-Ungarn waren die Rotkreuz-Schwesternschaften keine Institution, wie beispielsweise die Alice-Schwesternschaft vom Roten Kreuz in Hannover. In Österreich-Ungarn schlossen sich einige adelige Damen diesen Rotkreuz-Schwesternschaften in Deutschland an.⁹⁰

Um hier noch einmal die Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses als Beispiel zu nennen: Diese war die einzige Krankenpflegeschule in Österreich mit Ordenscharakter. Es wurden hier auch Hilfspflegerinnen für das Rote Kreuz ausgebildet. Diese wurden danach Rotkreuz-Schwestern genannt, jedoch nur deshalb, weil das Rote Kreuz mit dem Rudolfinerhaus einen Vertrag abschloss und sich fortan „*Rotes Kreuz Spital Rudolfinerhaus*“ nannte.⁹¹

Im Zuge der Recherchen konnten in der Bibliothek des Österreichischen Roten Kreuzes in Wien Unterlagen über eine Krankenpflegeschule am Krankenhaus Wieden gefunden werden. Diese Quelle belegt, dass 1913 im Zuge der Kriegsvorbereitungen

⁸⁹ Vgl.: GRUNDHEWER, Die Kriegskrankenpflege, hier: 139-141.

⁹⁰ Vgl.: WALTER, Zur beruflichen Pflege in Österreich, hier: S. 25f.

⁹¹ Ebenda, S. 26.

eine Krankenpflegeschule als Schule des Roten Kreuzes gegründet und auch nach Ende des Ersten Weltkriegs weitergeführt wurde. Das war ein so genanntes Rotkreuz-Schwesternheim, das denselben Regelungen, wie die im selben Jahr gegründete Krankenpflegeschule am Wiener Allgemeinen Krankenhaus unterlag. Auch hier sollte die Ausbildung zwei Jahre dauern. Finanziert wurde dieses Vorhaben aus privaten Geldern und Spenden der Österreichischen Gesellschaft des Roten Kreuzes.

Die Anforderungen waren sehr hoch und man nahm ausschließlich Bewerberinnen auf, die *„nach intellektuellen und physischen Qualitäten - denn auch diese spielen beim Krankenberufe eine bedeutsame Rolle - den Durchschnitt bei weitem überragen“*.⁹² Auch hier handelte es sich hauptsächlich um Frauen aus den höheren Kreisen.

Dieser Bericht verdeutlicht, dass es in Österreich-Ungarn Bestrebungen gab, es Deutschland gleichzutun. Es waren jedoch nicht viele Schwestern, die in dieser Schule ausgebildet wurden. Die vom Roten Kreuz ausgebildeten Kriegskrankenschwestern stammten aus allen Schichten der Gesellschaft.

2.1.3.3.2 Tätigkeiten der Frauenhilfsvereine

An dieser Stelle wird nun auf die geforderte besondere Eignung von Kriegskrankenpflegerinnen - auch aus Sicht der Ärzte – hingewiesen.

Die Statuten des Zweigvereines des Frauenhilfsvereines vom Roten Kreuz für Böhmen zum Beispiel schreibt über diese ihm zugewiesenen Aufgaben folgendes:

„...den Stammvereinen bei Erfüllung der ihm nach § 2 seiner Statuten in erster Reihe obliegenden Aufgabe, die pflichtgemäße Fürsorge des Staates für die Verwundeten und im Felde erkrankten Krieger zu ergänzen und über das Maß dieser staatlichen Fürsorge hinaus, die Pflege der Verwundeten und Kranken nach Thunlichkeit zu verbessern, sowie bei der Erfüllung der dem Stammvereine in zweiter Reihe obliegenden Aufgabe, das Los der hilfsbedürftigen Invaliden, Militär-Witwen und Waisen, dann

⁹² Zitiert nach: 35.Generalbericht der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz für das Jahr 1913, hier: S. 9f.

der hilfsbedürftigen Familien der Mobilisirten nach Zulässigkeit der Mittel zu verbessern.“⁹³

Diese Ziele sollten folgendermaßen erreicht werden:

*„[...]die Sammlung, Anfertigung und Vertheilung von Wäsche, Kleidungsstücken, Verband Material, von Labemitteln, die Anregung und Ausbildung der freiwilligen Krankenpflege und die Herbeischaffung von Geldmitteln, welche nur ausschließlich zu Vereinszwecken verwendet werden dürfen.“*⁹⁴

Man warb in speziellen Frauenzeitschriften und Broschüren, sich als Hilfskrankenpflegerinnen zu melden. Diese freiwillige Kriegskrankenpflege basierte durchaus auf einer professionellen Ausbildung, die vom „*Patriotischen Frauenhilfsverein vom Roten Kreuz*“ propagiert wurde. Dazu bot er den Kandidatinnen professionelle Krankenpflegekurse an und überwachte die Gründlichkeit der Ausbildung.⁹⁵ Die Regelung für das Kriegskrankenpflegerinnenwesen in den Rotkreuz-Anstalten wurde den Frauenhilfsvereinen vom Roten Kreuz übertragen. Diese strenge Zuordnung eines jeden Bereiches ist im Generalbericht des Roten Kreuzes für die Jahre 1914 bis 1917 aufgeführt.⁹⁶

Dort finden sich auch Hinweise zu finanziellen Regelungen. Der Frauenhilfsverein vom Roten Kreuz für Mähren vermerkte in demselben Generalbericht, dass die Rotkreuz-Hilfspflegerinnen während der ersten beiden Kriegsjahre zunächst überhaupt kein Gehalt bekamen, später 50 Kronen monatlich. Auch Berufspflegerinnen bekamen nur nach einer nachweislich zweijährigen Tätigkeit in einer etablierten Krankenanstalt 85 Kronen monatlich, sowie Kost und freie Unterkunft.⁹⁷

Für den Kriegsfall wurde in Paragraph 13 der Verordnung aus dem Jahr 1914 folgendes zum Thema Gehalt festgehalten:

⁹³ Zitiert nach: Statuten des Zweigvereines des Frauen-Hilfs-Vereines vom Rothen Kreuze für das Königreich Böhmen, Prag 1891, hier S. 2.

⁹⁴ Zitiert nach ebenda, hier S. 2.

⁹⁵ Vgl.: HÄMMERLE, Christa, Von den Geschlechtern der Kriege und des Militärs. Forschungseinblicke und Bemerkungen zu einer Debatte, in: KÜHNE, Thomas, ZIEMANN, Benjamin (Hg.), Was ist Militärgeschichte?, Paderborn, 2000, 229 – 265, hier. S. 233.

⁹⁶ Vgl.: Generalbericht der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze für die Zeit vom 1. März 1914 bis 31. Dezember 1917, Wien, 1917, hier: S. 74.

⁹⁷ Ebenda, S. 147.

„Die nach §11 zur Leistung von Krankenpflege einberufenen Pflegerinnen erhalten während der Dauer ihrer Verwendung Verpflegung, Unterkunft, Reisekosten und - soweit nicht der Fortbezug des bisherigen Gehaltes sichergestellt ist - eine Bargeldentlohnung, deren Ausmaß von der Staatsverwaltung für die einzelnen Verwaltungsgebiete festgesetzt und von Zeit zu Zeit verlaublich wird.“⁹⁸

Das Ministerium ging davon aus, dass das Pflegepersonal im Kriegsfall bei Weiterbezahlung der Gehälter aus Friedenszeiten durch Gratisunterkunft und Verpflegung sogar besser gestellt sei. Eine nicht nachvollziehbare Einstellung, wenn man die unbeschreiblichen Strapazen und Arbeitsbedingungen in den Feldspitälern und Sanitätsstationen berücksichtigt. Vlastimil KOZON und Gabriele DORFFNER schreiben, dass das schlechte Lohnniveau von etwa 36 Kronen monatlich in Österreich-Ungarn einen deutlichen Mangel an heimischen Schwestern verursachte. Folglich mussten Pflegefachkräfte aus Deutschland und der Schweiz nach Österreich-Ungarn geschickt werden. Der Staat sah sich dadurch genötigt das Lohnniveau auf 120 Kronen anzugleichen.⁹⁹

Zum Vergleich: Die Berufskrankenschwestern des Rudolfinerhauses, die Rudolfinerinnen, welche auch im Ersten Weltkrieg eingesetzt wurden, bekamen monatlich 40 Kronen mit einer Erhöhung von monatlich 10 Kronen nach je fünf Jahren, bis zur Erreichung eines Maximalbetrages von 70 Kronen. Wenn sie im Krieg in einer Sanitätsanstalt eingesetzt wurden, bekamen sie nach dem Krieg und bis zu ihrer Pensionierung für das jeweilige Kalenderjahr, in dem sie gedient hatten, das doppelte Gehalt.¹⁰⁰

Der Österreichische Patriotische Hilfsverein, zugleich Landes- und Frauenhilfsverein vom Roten Kreuz für Niederösterreich, formuliert in einem Schreiben an die k.k. niederösterreichische Statthalterei, dass sie im Mobilisierungsfalle sowohl geistliche als auch weltliche, gut ausgebildete, Schwestern für den Krieg verpflichten könnten.

⁹⁸ Zitiert nach: DORFFNER, KOZON, Meilenstein oder Notlösung?, hier: S. 54.

⁹⁹ Vgl.: DORFFNER, KOZON, Meilenstein oder Notlösung?, hier: S. 54.

¹⁰⁰ Vgl.: Rotes Kreuz Spital Rudolfinerhaus, Krankenpflegeschule und Krankenhaus des unter dem Protektorate Ihrer kaiserlichen und königlichen Hoheit der Durchlauchigsten Frau Erzherzogin Maria Josepha stehenden Rudolfiner-Vereines, Schwesternordnung und Statuten der Krankenschule, Wien, Oktober 1913, hier: S.8.

Der Verein würde Kurse in Theorie und Praxis für die Hilfspflegerinnen organisieren und auch selbst abhalten.

Weiters wurde die k.k. Statthalterei um Auskunft über mögliche, Verzeichnisse von Privatvereinen mit gut geschultem Krankenpflegepersonal gebeten, damit die Vereinsleitung auf dieses Personal zurückgreifen könnte.¹⁰¹

Auch in einem Schreiben der Direktion der k.k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung an die k.k. niederösterreichische Statthalterei wird vermerkt, dass Krankenpflegekurse angeboten würden, die Hilfspflegerinnen sowohl Theorie als auch Praxis vermitteln könnten. Diese Kurse dauerten sechs Wochen.¹⁰² Die Literaturangaben zu den Kursen für Hilfskrankenpflegerinnen divergieren. Einmal ist die Rede von sechsmonatigen Kursen, ein anderes Mal spricht man von sechswöchigen Kursen.

Kurz vor Ausbruch des Krieges meldeten sich zwar viele Frauen aus den unterschiedlichsten Schichten, sicher ist aber, dass es nicht genügend Pflegerinnen gab. Das Monopol des Roten Kreuzes in der Ausbildung der Kriegskrankenpflegerinnen trug nicht gerade zu Verbesserung der Situation bei. Deshalb wurde die Zentralstelle für Krankenpflegerinnen beim Roten Kreuz eingerichtet. Die dort erfassten Schwestern, egal ob Oberschwester, Berufspflegerin oder Hilfspflegerin, trugen den Titel „*Armeeschwestern vom Roten Kreuz*“ und waren als solche mit einer Feldtracht gekleidet.

2.1.3.3.3 Zentralstelle für Krankenpflegerinnen

Um alle Frauen, die sich für die Kriegskrankenpflege meldeten zentral zu erfassen, aber auch wegen des Schwesternmangels im zweiten Kriegsjahr, hatte die Heeresverwaltung im Einvernehmen mit dem k.k. Ministerium des Innern dem Roten Kreuz „*die Bereitstellung von Krankenpflegerinnen für die Militärsanitätsanstalten bei der Armee im Felde*“ übertragen. Das Übereinkommen wurde am 18. Dezember 1915 unterzeichnet.¹⁰³

¹⁰¹ Vgl.: NÖLA, allgem. Reg. K. 2045, 1909, Stammzahl: 49/1909, VII 86 W; hervorgehend aus einem Schreiben des österreichischen patriotischen Hilfsvereines zugleich Landes- und Frauenhilfsvereines vom Roten Kreuz an die k.k. niederösterreichische Statthalterei.

¹⁰² Ebenda, hervorgehend aus einem Schreiben der Direktion der k.k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung an die k.k. niederösterreichische Statthalterei.

¹⁰³ Vgl: ÖSTA, AVA, M.d.I, S-Akten, K. 2987, Akt 1270 S/1916, „Übereinkommen zwischen der k.u.k. Heeresverwaltung und der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze, betreffend die Beistellung von Krankenpflegerinnen für die Armee im Felde“, besonders Punkt I. Allgemeine Bestimmungen: 1.

Aus diesem Grund errichtete das Rote Kreuz „Zentralstelle für Krankenpflegerinnen“ (Z.f.K.). Alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser wurden angewiesen, Pflegerinnen für die Kriegskrankenpflege abzustellen. Wenn eine Pflegerin in das Verzeichnis der Z.f.K. aufgenommen wurde, galt das als „Zustimmung der Anstaltsleitung zum Eintritt in den Dienst bei der Armee im Felde“¹⁰⁴ Gleichzeitig wurden auch die Militärsanitätsanstalten angewiesen, Berufs- und Hilfskrankenpflegerinnen – wenn sich diese freiwillig meldeten und mindestens acht Monate tätig waren – bereitzustellen, bzw. in ein gesondertes Verzeichnis aufzunehmen.¹⁰⁵ Die Übernahme in den Dienst der Heeresverwaltung erfolgte aber nicht mit der Eintragung in diesen Zentralkataster, sondern erst mit dem Tag der Einberufung. Diese Krankenpflegerinnen, wenn sie in einem vertraglichen Arbeitsverhältnis standen, wurden vom bisherigen Arbeitgeber nicht gekündigt, sondern erhielten nur „Urlaub gegen Karenz der Gebühren“,¹⁰⁶ also unbezahlten Urlaub. Jede Schwester, die von dieser Z.f.K. der Armee zur Verfügung gestellt wurde, erhielt ein Taggeld von vier Kronen und Ersatz der Reisegebühren sowie eine Verköstigung im Ausmaß der üblichen Kriegsverpflegung.

Interessant ist der Punkt zur „Bekleidung und Ausrüstung“¹⁰⁷, dass „geistliche Krankenpflegerinnen, Rot-Kreuz-Schwestern, Rudolfinerinnen, dann jene Krankenpflegerinnen, die den mit Genehmigung des Ministeriums des Innern errichteten Krankenpflegeschulen angehören [...]“, die vorgegebene einheitliche Feldtracht nur dann tragen mussten, „wenn sie darum bitten [...]“. Damit sind indirekt alle jene Institutionen angesprochen, die zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen berechtigt waren. Deutlich kommt der hohe Stellenwert des Roten Kreuzes zum Ausdruck, da diese Krankenpflegerinnen zuvor in den Dienst der Heeresverwaltung traten, aber die Bezeichnung „Armeeschwestern vom Roten Kreuze“¹⁰⁸ führten. Zur Ausbildung heißt es in diesem Übereinkommen lediglich, dass sich Berufskrankenpflegerinnen, wenn sie noch ohne Diplom waren, „einer achttägigen, im

Die Heeresverwaltung überträgt nach gepflogenen Einvernehmen mit dem k.k. Ministerium des Innern der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze die Beistellung von Krankenpflegerinnen für die Militärsanitätsanstalten bei der Armee im Felde. 2. Die Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuze errichtet zu diesem Zwecke eine Zentralstelle für Krankenpflegerinnen in Wien, von welcher seitens der Heeresverwaltung, die für die Sanitätsanstalten der Armee im Felde erforderlichen Krankenpflegerinnen allein angesprochen werden.

¹⁰⁴ Ebenda, Punkt II, Nr.4, 2.

¹⁰⁵ Ebenda, Punkt II, Nr.2.

¹⁰⁶ Ebenda, Punkt II, Nr.6.

¹⁰⁷ Ebenda, Punkt VI, i.

¹⁰⁸ Ebenda, Punkt V, 3.

Falle der Bestimmung für den Dienst in einem Epidemiespital, einer dreiwöchigen Probendienstleistung in einer von der Z.f.K zu bestimmenden Militär – oder Rot-Kreuz-Sanitätsanstalt zu unterziehen[...]“¹⁰⁹ hätten.

2.1.4 Exkurs: Übergangsbestimmungen für Kriegskrankenschwestern in der Nachkriegszeit

Nach der Geschichte der Pflege bis zur Entwicklung der Kriegskrankenpflege folgt nun ein kurzer Überblick zur Entwicklung nach dem Ersten Weltkrieg. Als dieser begann, waren die Grenzen zwischen unausgebildeten und ausgebildeten Krankenpflegerinnen nicht mehr eindeutig.

Die Ausbildung einer Krankenpflegerin, welche ein Diplom erhalten wollte, sollte (ja) zwei Jahre und ein Probejahr betragen. Abschließend fand eine Diplomprüfung statt.¹¹⁰ Ergänzend sei noch auf die Übergangsbestimmungen in dieser Verordnung hingewiesen werden, in denen es darum ging, dass man durch Fortbildungskurse auch schneller zu einem Diplom kommen konnte. Dies richtete sich vor allem an Krankenpflegerinnen, die schon länger arbeiteten. Dem Wort nach sollten diese Fortbildungskurse eigentlich denjenigen Krankenpflegerinnen dienen, die nach ihrem Diplom auch tatsächlich Fortbildungen brauchten, so wie dies in unserem Sprachgebrauch heute geläufig ist. Die Betroffenen sollten Theoriekurse besuchen, denn die Praxis hatten sie sich ja durch ihre jahrelange Tätigkeit schon erworben.¹¹¹

Paragraph 21 der Verordnung besagt: *„Bis zum 31. Dezember 1919 steht der Anspruch auf Zulassung zur Diplomprüfung auch ohne Ausbildung in der Krankenpflegeschule [...] jenen Personen zu, die eine entsprechende Ausbildung erlangt haben und durch wenigstens drei Jahre in der Krankenpflege tätig waren.“*¹¹²

Ilsemarie WALTER schreibt weiter, dass diese Bestimmung des zitierten Gesetzes aufgrund des Krieges nicht eingehalten werden konnte. Nach dem Krieg wurden diese Fortbildungskurse mit abschließendem Diplom auch Kriegskrankenpflegerinnen angeboten. Es sollte aber dafür gesorgt werden, dass nur die Geeigneten aufgenommen würden. Wer diese Entscheidung über die Eignung oder Nicht-Eignung traf, geht aber

¹⁰⁹ Ebenda, Punkt II, Nr. 7.

¹¹⁰ Siehe Kapitel 2.1.2.2

¹¹¹ Vgl.: WALTER, Pflegende in Österreich, hier. S. 44f.

¹¹² Zitiert nach ebenda, hier: S.45, Übergangsbestimmungen der Verordnung des Ministerium des Innern betreffend die berufsmäßige Krankenpflege, hier: S.21.

aus diesem Text nicht hervor. Auch viele Krankenpflegerinnen, die erst nach dem Krieg zu arbeiten begannen, versuchten dieses Schlupfloch für eine kürzere Ausbildung zu nutzen. Im Wiener Allgemeinen Krankenhaus war 1925 die Rede davon, dass etwa die Hälfte aller Bewerberinnen für diesen Fortbildungskurs vor Kriegsbeginn noch nicht dienstverpflichtet war. Die Gültigkeit dieser Regelung wurde im weiteren Verlauf dann auf 24 Jahre verlängert. Die Fortbildungskurse hatten eine Dauer von einem halben Jahr, manchmal auch neun bis zwölf Monate. Die Kurse mussten an Krankenhäusern abgehalten werden, denen eine Krankenpflegeschule angeschlossen war.¹¹³

Da der Themenschwerpunkt dieser Arbeit auf Frauen in der Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg liegt, wird auf die weitere Situation nach dem Krieg nicht ausführlicher eingegangen. Zusammenfassend für diesen Exkurs lässt sich sagen, dass die Situation für Krankenschwestern nach dem Krieg sehr schwierig war. Viele kamen erschöpft von den Fronten zurück und suchten nach Arbeit. Viele versuchten ihr Glück nun als Krankenpflegerinnen und sahen sich mit großer Arbeitsnot konfrontiert.

¹¹³ Vgl.: WALTER, Pflegende in Österreich, hier. S. 46f.

3 Die medizinische Versorgung in Österreich-Ungarn und das Sanitätswesen allgemein

Im letzten Theorieteil vor der Analyse der Autobiographie soll nun ein Überblick über den Aufbau des österreichisch-ungarischen Sanitätswesens geschaffen werden, um einen besseren Bezug zum freiwilligen Sanitätswesen allgemein und zur weiblichen Kriegsrankenpflege im Besonderen herzustellen. Diese Schilderung bezieht sich auf den allgemeinen Aufbau der Heeressanität, des Sanitätspersonals, des Sanitätsdienstes, sowie der unterschiedlichen Sanitätsanstalten.

3.1 Aufbau des österreichisch-ungarischen Sanitätswesens

„Die Hauptaufgabe des Militär-Sanitätswesens ist die Pflege, Erhaltung und Wiederherstellung der physischen Kriegstüchtigkeit der Personen des Heeres.“¹¹⁴. Somit war der Erhalt der Gesundheit einer der wesentlichen Eckpfeiler eines Soldaten, dessen *„Kriegstüchtigkeit“* gesichert sein sollte.

1866 wurde das gesamte Sanitätswesen anlässlich der Niederlage Österreich-Ungarns gegen Preußen in der Schlacht von Königgrätz - mit 20.000 Toten und ebensoviel Verwundeten - reorganisiert.¹¹⁵ Es wurden zahlreiche Feldspitäler errichtet und sogar Blessiertenträger¹¹⁶ übernahmen die Erste Hilfe, doch fehlte es an geeigneten Transportmitteln, einer angemessenen Zahl an Lazaretten und ausreichend Nahrungsmitteln. Deswegen gestaltete sich die Organisation der Transporte als sehr schwierig. Man errichtete Krankenhaltstationen, um den Krankenabschub und den Krankentransport unter Kontrolle zu bekommen.¹¹⁷

Neuerungen gab es hinsichtlich des militärärztlichen Offizierskorps, das neu gebildet und direkt den Chefärzten der Sanitätsanstalten unterstellt wurde. Militärärzte hatten allerdings kein militärisches Befehlsrecht über Soldaten. Dieses oblag den

¹¹⁴ Ausspruch von Josef Urban, K. K. Regimentsarzt im 73. Infanterie-Regimente sowie Chefarzt und Lehrer einer Kavallerie-Kadettenschule

¹¹⁵ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 1. hier: S. 55.

¹¹⁶ Blessiertenträger sind Kranken und Verwundetenträger

¹¹⁷ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, hier: S. 35f.

Sanitätsabteilungskommandanten. An der Spitze des militärärztlichen Dienstes stand der Generalstabsarzt als Chef des militärärztlichen Offizierskorps. Als problematisch erwies sich, dass Ärzte und Offiziere nicht gleichgestellt waren.¹¹⁸

In den Feldzügen der Jahre 1859, 1864 und 1866 und nach erfolgreicher Unterstützung der Armee durch die freiwillige Sanitätshilfe¹¹⁹, wurden diese strukturell in den allgemeinen Sanitätsdienst miteinbezogen und weiter ausgebaut. Mit der Annektierung Bosnien-Herzegowinas 1908 wurde im Sanitätswesen das Personal aufgestockt weil mit Ausschreitungen und aus diesem Grunde mit einer höheren Anzahl von Verwundeten zu rechnen war. Trotzdem gab es einen Mangel an Sanitätspersonal und Militärärzten. In Österreich-Ungarn versuchte man dieser Tatsache mit der Verleihung von Stipendien an Medizinstudenten entgegenzuwirken, die sich dafür für den militärärztlichen Dienst verpflichten mussten. Die Besserstellung des Arztberufes sollte damit einhergehen.

Die Chefärzte erhielten ein uneingeschränktes Befehlsrecht und hießen Kommandanten. Ihnen unterstanden die Kommandanten der Sanitätsabteilungen. Die Sanitätsabteilungen und Apotheken bildeten Unterabteilungen der 23 existierenden Garnisonsspitäler. Um Ärzte zu unterstützen und zu entlasten, wurde die Zahl des Sanitätshilfspersonals um etwa ein Drittel erhöht. 1879 erschien das erste Reglement für den Sanitätsdienst im Feld, welches immerhin bis 1904 in Kraft blieb und mit einigen Veränderungen die Grundlage des Sanitätswesens im Ersten Weltkrieg wurde. Man erhöhte die Anzahl der Ärzte und führte eine Verbesserung in der Organisation des Hilfspersonals durch, weil insbesondere ein rascher Abtransport entscheidend für die Versorgung der Verwundeten und Kranken war. Weiters wurden die Blessiertenträger-Unteroffiziere durch Sanitätsunteroffiziere ersetzt. Auch die Sanitätsanstalten wurden wesentlich flexibler gestaltet, indem die Zahl der Hilfsplätze nicht mehr vereinheitlicht war, sondern eigenständig je nach Lage der Kampfhandlungen nach eigenem Ermessen eingesetzt werden konnte.

Eine große Unterstützung fand der freiwillige Sanitätsdienst, im Hinterland durch die im vorigen Kapitel thematisierten freiwillige Hilfsorganisationen, unter denen sich die Österreichische Gesellschaft vom Roten Kreuz, der Souveräne Malteser Ritter Orden

¹¹⁸ Vgl.: WANDRUSKA, Adam, URBANITSCH, Peter, Die Habsburger Monarchie 1848 – 1918, In: Die bewaffnete Macht, Bd. 5, Wien, 1987, hier: S. 525.

¹¹⁹ Deutscher Ritterorden und Souveräner Malteser Ritter Orden

und der Deutsche Ritter Orden befanden. Sie unterstanden dem „*Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege*“.¹²⁰

3.2 Das Sanitätspersonal

Das AOK, das Armeeoberkommando, war die höchste Befehlsgstelle für die „*Armee im Felde*“. Es organisierte sich in zwei großen Gruppen:

Eine Abteilung beschäftigte sich mit der militärischen Führung (operierendes Kommando) und eine mit der Versorgung (Etappenoberkommando). Die oberste Leitung des Sanitätswesens übernahm ein Sanitätschef, in diesem Fall ein Militärarzt, dem die gesamte Leitung des Sanitätsdienstes im Feld unterstand. Mit zunehmender Dauer des Krieges wurden die Agenden dieser Position immer umfangreicher, sodass bereits 1916 eine Änderung in der Organisation des AOK erforderlich wurde. Es bestand nunmehr aus sechs dem Chef des Generalstabes untergeordneten Abteilungen. Der als jeweiliger „*Sanitätschef des Armeeoberkommandos*“ ernannte leitende Militärarzt des Feldheeres gehörte der Quartiermeisterabteilung einer Generalstabsabteilung des Etappenoberkommandos an.¹²¹

Generalstabsarzt Dr. Steiner berichtete 1917 über die Aufgaben eines Militärarztes und dessen Pflichten gegenüber seinen Mitmenschen. Seiner Meinung nach hat der militärärztliche Dienst „*die Erhaltung und Wiederherstellung menschlicher Gesundheit zum Zweck*“ und nicht den Sieg über den Feind und die Vernichtung von Menschenleben. Mit Hilfe guter Organisation und guter Ausrüstung sollte das Sanitätswesen als „*hemmende oder beseitigende Kraft gewertet werden*“.¹²²

Dem Kriegsministerium unterstanden die Militärkommandos und in jedem dieser Kommandos leitete ein Berufsmilitärarzt als Sanitätschef den kompletten Sanitätsdienst, sowie die sich unter diesen Kommandos befindlichen Anstalten. Zu Beginn des Krieges gab es etwa 1500 Berufsmilitärärzte. Da dies nicht ausreichend war, griff man zunächst auf ältere Ärzte zurück, die zum Teil nie beim Militär gedient hatten.. Im Verlauf des Krieges fielen viele von ihnen und man war gezwungen vermehrt auf Medizinstudenten zurückzugreifen. Diese mussten mindestens vier

¹²⁰ ÖSTA, KA, Karton B 41/1-5/4, Der militärärztliche Dienst, hier: S. 5.

¹²¹ HERRMANN, Friedrich, Organisatorische Aspekte des Sanitätsdienstes im deutschen und österreichisch – ungarischen Heer 1914 – 1918, In: Wehrmedizinische Monatszeitschrift, Heft 8, o.O., 1983, hier: 346.

¹²² ÖSTA, KA, Karton B 41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, hier: S. 1.

Semester absolviert haben, bevor sie zum Sanitätsdienst zugelassen wurden. Die unteren Semester wurden als „*Kombattanten*“ eingezogen.¹²³

Probleme ergaben sich nun dabei vor allem im Hinterland, weil alle verfügbaren Ärzte an der Front ihren Dienst verrichteten. Vielfach wurden Infektionskranke ins Hinterland abgeschoben, wo man auf diese Extremsituation nicht vorbereitet war und viele Ärzte, wie auch Pfleger, nicht genügend praktisches Wissen hatten. Zum Teil erkannten sie die Krankheiten nicht und standen Seuchen hilflos gegenüber.¹²⁴ Deshalb wurden zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei jedem Etappenoberkommando so genannte Salubritätskommissionen (Salkos) eingerichtet. Diese Kommissionen beschäftigten sich allgemein mit dem Gesundheitszustand und den Heilungschancen der Patienten. Der Präsident einer Salko unterstand dem Sanitätschef beim Etappenkommando und musste ein Hygieniker sein. Weitere Mitglieder dieser Kommissionen waren Humanmediziner, Tierärzte, Apotheker, Chemiker und auch Techniker. Ein großes Problem war immer wieder die Trinkwasserqualität. Für Abhilfe sorgten in den Salkos aufgestellte Filterapparate für keimfreies Wasser. Auch Impfungen gegen Blattern, Cholera und Typhus wurden von diesen Kommissionen durchgeführt. Das Rote Kreuz, das schon seit einem halben Jahrhundert Erfahrung im Umgang mit Epidemien hatte, stellte 1914 diesen Salkos ein mobiles Epidemielaboratorium, zwölf bakteriologische Feldlaboratorien, sowie speziell ausgebildete Epidemieflegerinnen zur Verfügung. Jedes dieser Laboratorien hatte einen Detachierungstornister, mit dem der zuständige Arzt per Pferd zu jeder Stelle gelangen konnte, an der sich ein Soldat mit Verdacht auf eine Epidemieerkrankung befand. Trotz aller dieser Vorsichtsmaßnahmen sind bekanntlich viele Soldaten nicht durch Verwundungen, sondern meist infolge von epidemologischen Erkrankungen gestorben.¹²⁵

Unter dem Oberstabsarzt und Chef der Feldsanität - Dr. Johann Steiner¹²⁶ – wurden seit 1916 folgende Referate gebildet:

- **Hygienereferat** : Allgemeine Hygiene, Seuchenbekämpfung, Epidemiespitäler

¹²³ ÖSTA, KA, Nachlass STEINER, B 41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, hier: S. 3.

¹²⁴ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: 531f.

¹²⁵ Ebenda, Bd.1, 73-75.

¹²⁶ Seit 1917 Generalstabsarzt

- **Personalreferat** : Disponierung mit Ärzten und Sanitätspersonal
- **Organisationsreferat**: Gliederung der Sanitätsformationen und Aufstockung mit Personal
- **Materialreferat**: Ersatz von Sanitätsmaterial, Gasschutz, Röntgenwesen, Änderungen in der Sanitätsausrüstung
- **Referat für sanitätsoperative Angelegenheiten**: Regelung des Krankenabschubes, Disponierung mit den Feldsanitätsanstalten, Sanitätsstatistik
- **Referat für freiwillige Sanitätspflege**: Regelung der freiwilligen Sanitätsformationen, Pflegerinnenwesen, Vermisstennachforschung, Kriegsgräber-Angelegenheiten, Exhumierungen

Zur Entlastung des Arztes wurde ihm ab Ende 1917 ein „*Sanitätsinspizierende*“ zur Seite gestellt, der den Sanitätschef vertreten sollte, da dieser alleine diese Aufgabe kaum alleine übernehmen konnte.¹²⁷

Sanitätsunteroffiziere, Bandagen- und Blessiertenträger waren die rechte Hand des Arztes beim Sanitätshilfsdienst.¹²⁸

Bei einer weiteren Reorganisation der höheren Kommandos zu Beginn 1916 wurde das „*Operierende Armeekommando*“ in die „*Generalstabsabteilung des Armeekommandos*“ umgewandelt und der „*Sanitätsreferent*“ beseitigt, so dass nun eine einheitliche Leitung durch den Armeesanitätschef ermöglicht war. Bei Korps, Infanterie und Kavalleriedivisionen sowie selbständigen Brigaden lag die sanitäre Leitung in der Hand eines Oberstabsarztes, der die Bezeichnung „*Korps- sowie Divisions- Sanitätschef*“ hatte. Diese Bezeichnungen wurden später in „*Korpsarzt*“ oder „*Divisionsarzt*“ umgewandelt.¹²⁹

¹²⁷ ÖSTA, KA, Nachlass STEINER, B 41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, hier: S. 7.

¹²⁸ Bandagenträger sind Verbandszeugträger

¹²⁹ ÖSTA, KA, Nachlass Steiner, B 41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, hier: S. 7.

3.3 Der Sanitätsdienst

Die oberste Leitung des militärischen Sanitätsdienstes lag bei den Divisionssanitätsanstalten, die gegliedert waren in:

- eine Leichtverwundetenstation
- einen Verbandsplatz
- eine Blessiertenwagenstaffel
- eine Hilfsplatzwagenstaffel

Die Hauptaufgabe bestand darin, Verbandsplätze für die erweiterte Erstversorgung der Verwundeten einzurichten und zu führen. Diesen Verbandsplätzen waren unmittelbar an der Front so genannte Hilfsplätze vorgelagert, wohin die Verletzten mit oder ohne Benutzung von Tragen oder Blessiertenwagen für eine Erste Hilfe gebracht wurden. Dort wurde auch im Sinne der Triage¹³⁰ rasch entschieden, ob ein Soldat wieder zurück zur kämpfenden Truppe geschickt werden konnte, oder aber zum Verbandsplatz transportiert werden musste.

Ein Verbandsplatz wurde in der Regel von vier Ärzten und zwei Offizieren geführt und bestand aus acht Soldaten der Sanitätstruppe und 29 so genannten Trainsoldaten. 1917 wurden diese Sanitätsanstalten im Zuge einer Reorganisation in Kolonnen umbenannt und durch einen Militärarzt geführt.¹³¹

Für die Arbeit der Blessiertenträger, hauptsächlich Infanteristen, und Jägertruppen, gab es an den Hilfsplätzen ein Handbuch mit 80 Fragen und Antworten zur Handhabung der Ersten Hilfe.¹³²

.Da die Hilfsplätze möglichst nahe dem Frontverlauf eingerichtet sein mussten, kam es vor, dass diese bei einem überraschenden Angriff des Feindes die Verwundeten nicht rechtzeitig verlegt werden konnten. In diesen Fällen wurde die Rotkreuz Fahne gehisst und damit darauf verwiesen, dass Personal und Ausstattung der Genfer Konvention unterstellt seien.

Der Verbandsplatz sollte, soweit es möglich war, mit den Hilfsplätzen durch befahrbare Wege verbunden sein, und sollte in der Nähe der Hauptrückzugslinie

¹³⁰ Einteilung der Verletzten nach der Schwere der Verletzungen, siehe auch Kapitel 4.4.4.2

¹³¹ Vgl.: HERRMANN, Organisatorische Aspekte des Sanitätsdienstes, Heft 9, hier: S. 383.

¹³² Vgl.: ZEMANEK, Adolf, Der Dienst des Krankenpflegers und Blessiertenträgers sowie die Erste Hilfe vor Ankunft des Arztes, Wien, 1916, hier: S. 5.

derselben Division und etwa 3000 bis 5000 Schritte entfernt von der Gefechtslinie liegen. Für einen Verbandsplatz eigneten sich vor allem Scheunen, Kirchen oder leer stehende Gebäude. Für so schwer verwundete Soldaten, die auf dem Verbandsplatz nicht versorgt werden konnten, sondern operiert werden mussten, wurde eine Ambulanz oder ein Feldspital eingerichtet, welches als Bindeglied zwischen Verbandsplatz und Sanitätsanstalten im Hinterland dienen sollte.¹³³

Wenn Verwundete nicht transportfähig waren, wurden diese auch in „mobilen Reservespitälern“ untergebracht. Die Leichtverletzten wurden in „Feldmarodenhäuser“ verlegt.¹³⁴

Der Transport erfolgte mittels Wägen der „Blessiertentransportcolonnen“¹³⁵ oder mittels anderer vom Feld-Sanitätskommandanten bereitgestellten und für den Verwundetentransport hergerichteten Fuhrwerke. Sobald eine gewisse Anzahl von Fuhrwerken mit Verwundeten beladen war, wurden diese unter Begleitung von Sanitätssoldaten zu Übernahmestellen gebracht. Das waren Bahnhöfe oder so genannte Abschubsstationen. Während die personelle Besatzung in diesen Einrichtungen gut organisiert war, gab es bei den Transportmitteln große Mängel: Sie waren vor allem schlecht gefedert und wurden per Hand oder von Pferden gezogen..¹³⁶

3.4 Sanitätsanstalten

Folgende Sanitätsanstalten standen während des Ersten Weltkrieges zur Verfügung:

Divisions-(Brigade)sanitätsanstalten

Jede selbständige Infanteriedivision oder Infanteriebrigade hatte ihre eigene Sanitätsanstalt. Diese musste den Verwundetentransport in die Feldsanitätsanstalten gewährleisten. Die Sanitätsanstalten, und ab 1917– Divisionssanitätskolonnen genannt, setzten sich aus fünf Ärzten, einem Offizier, 128 Personen der Sanitätstruppe, einem Geistlichen, einem Apotheker, 56 Mann der Traintruppe, 108 Pferden und 48 Fuhrwerken zusammen. Davon dienten 21 für das Material, 24 für den

¹³³ Vgl.: ANGETTER, Daniela Das österreichische Militärsanitätswesen. gestern – heute – morgen, Univ. Dip., Wien, 1993, hier: S. 32f.

¹³⁴ Ebenda, S. 44.

¹³⁵ Vor 1917 Blessiertenwagenstaffel

¹³⁶ Vgl.: HERRMANN, Organisatorische Aspekte des Sanitätsdienstes, Heft 9, hier: S. 385.

Krankentransport, zwei für die Nahrungsmittelversorgung und eine zur Fortbringung von „unberittenen“ Offizieren. Der Kommandant einer solchen Sanitätsanstalt war ein Stabsarzt, dem eine Feldsanitätsabteilung unter dem Kommando eines Offiziers der Sanitätstruppe zugewiesen war.¹³⁷

Feldspitäler

Feldspitäler hatten die Aufgabe, den verwundeten und erkrankten Soldaten die erste spitalsmäßige Behandlung zuteil werden zu lassen. Sie konnten zirka 600 Verwundete aufnehmen. Die Feldspitäler unterstanden dem Armeekommando, daher bezog sich ihre Anzahl auf die in der Armee befindlichen Divisionen.¹³⁸ Die Feldspitäler besaßen auch eine Apotheke und einen besonderen Vorrat an Reservesanitätsmaterial. Es gab auch fahrbare Dampfdesinfektoren und Trinkwasseraufbereiter. Den Befehl über dieses Spital hatte ein Stabs- oder Oberstabsarzt.¹³⁹

Mobile Reservespitäler:

Mobile Reservespitäler hatten eine ähnliche Aufgabe wie die Feldspitäler und befanden sich im Operationsraum. Sie unterstützten die Feldspitäler. Sie unterschieden sich dadurch, dass ihr Material auf Landesfuhrwerken verladen war und sie kein Reservesanitätsmaterial besaßen. Anfang 1917 wurde jedoch das mobile Reservespital aufgelassen und mit dem Feldspital zusammengelegt.

Mobile Epidemiespitäler

Mobile Epidemiespitäler wurden besonders unter Mitwirkung des Roten Kreuzes ausgerüstet, die über besondere Desinfektionsapparate und bakteriologische Laboratorien verfügten. Die mobilen Reservespitäler wurden bei Bedarf zu mobilen Epidemiespitälern umgewandelt.¹⁴⁰

¹³⁷ ÖSTA, KA, Nachlass Steiner, B 41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, 11.

¹³⁸ Vgl.: ANGETTER, Daniela, Die Militärsanitätsversorgung an der Südwestfront 1915-1918, Univ. Diss., Wien, 1995, hier: S. 78.

¹³⁹ ÖSTA, KA, Nachlass Steiner, B 41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, hier: S. 12.

¹⁴⁰ Ebenda, 12f.

Feldmarodenhäuser

Feldmarodenhäuser wurden für leichtverletzte, rekonvaleszente und erschöpfte Soldaten errichtet. Sie befanden sich nahe der Front und boten für 600 Menschen Platz. Bei jedem Armeekorps gab es drei Feldmarodenhäuser.¹⁴¹

Mobile Krankenhaltstationen

Mobile Krankenhaltstationen waren für 200 Verwundete berechnet und befanden sich entlang der Etappenlinien und in den Abschubsstationen. Sie umfassten einen Arzt als Kommandant, einen Apotheker, 22 Mann der Sanitätstruppe, 17 Mann der Traintruppe, 34 Pferde und 16 Fuhrwerke. Bei jedem Armeekorps gab es zwei bis drei Krankenhaltstationen. Im Ganzen gab es etwa 36 mobile Krankenhaltstationen.

Mobile Chirurgengruppen

Mobile Chirurgengruppen wurden aufgrund ihrer großen Erfahrung in den Balkankriegen auch an der Front im Ersten Weltkrieg eingesetzt. Es arbeiteten Fachärzte zusammen, die Schwerverwundete möglichst direkt operieren konnten, ohne diese weit transportieren zu müssen. Diese Ärzte konnten in vielen Fällen Schwerverletzten noch an Ort und Stelle das Leben retten. Gegründet wurden diese von Dr. Anton Eiselsberg und Dr. Julius Hohenegg. Sie sorgten auch für die Ausbildung und Weiterbildung weiterer Feldärzte. Diese Chirurgengruppen kamen meist im Anschluss an Feldspitäler zum Einsatz.¹⁴²

¹⁴¹ Vgl.: ANGETTER, die Militärsanitätsversorgung, hier: S. 80.

¹⁴² Vgl.: ÖSTA, KA, Nachlass Steiner, B 41/1-5/4, der militärärztliche Dienst, 13.

4 Die Autobiographie von Marianne Jarka

Nach eingehender Beschäftigung mit der Entwicklung der Krankenpflege und deren Professionalisierungsbestrebungen bis hin zur Kriegskrankenpflege soll nun Marianne Jarka in den Mittelpunkt dieses zweiten Kapitels rücken. **Punkt 4.1** gibt einen kurzen Einblick in die **Theorie der Autobiographie**, der Geschichte der Gattung im Hinblick auf die populäre Autobiographik, sowie der Autobiographie als historischer Quelle. Es folgt dann eine Beschreibung der Herkunft ihres Textes. In **Punkt 4.2** folgt eine kurze **Biographie von Marianne Jarka**, in der die wichtigsten Daten und Phasen ihres Lebens erwähnt werden. Danach folgt eine kriegsgeschichtliche Darlegung der Geschehnisse an der Südwestfront in **Punkt 4.3**, die die Zeit Marianne Jarkas an der Front kontextualisieren.

In **Punkt 4.4** wird dann Marianne Jarkas Leben an der Front nachgezeichnet, so wie sie es persönlich darstellte, unter Zuhilfenahme von Primärquellen, die ihre Aussagen untermauern.

In **Punkt 4.5** mit dem Titel **geschlechterspezifische Aspekte**, werden dann Themen betreffend die Beziehung zwischen Soldat und Krankenschwester, Arzt und Krankenschwester und ihrem übrigen Umfeld behandelt, sowie die „Rolle“ der Weiblichkeit an der männlich codierten Front im Gegensatz zur weiblich codierten Heimatfront. Marianne Jarka musste manchmal auch selbst als Operationsschwester chirurgische Tätigkeiten ausführen, die zeitweise ihre theoretische Ausbildung übertrafen. Dies war dann der Fall, wenn es Mangel an Ärzten gab und sich diese gleichzeitig um andere Patienten kümmern mussten. Jarka engagierte sich dann dank der ihr erworbenen Praxis.

4.1 Theoretische und methodische Aspekte der Autobiografieforschung

4.1.1 Die Autobiographie im 19. und 20. Jahrhundert

Autobiographien gehören zur Quellengattung der Selbstzeugnisse, wie auch Briefe, Tagebücher und die in der Oral History ausgewerteten Zeitzeugeninterviews. Solche Zeugnisse werden auch mit dem Sammelbegriff Ego-Dokumente bezeichnet. Sie wurden in der Regel, wie der Namen schon sagt, vom jeweiligen Autor/der jeweiligen Autorin selbst verfasst und handeln von deren Leben beziehungsweise von deren lebensgeschichtlichen Erlebnissen und Erfahrungen.

Autobiographien hatten schon vor dem 19. Jahrhundert große Bedeutung für die Selbstverortung und -beschreibung, vor allem in religiöser Hinsicht. Sie folgten, wie lebensgeschichtliche Aufzeichnungen generell, einem traditionellen Kanon, durch den – gebunden an die Gemeinschaft – Werte und Normen vermittelt wurden.¹⁴³

Seit Ende des 18. Jahrhundert vollzog sich ein Wandel im erinnernden Darstellen. Die eigene Person und ihre persönliche, subjektive Sicht rückten immer mehr in den Vordergrund, anstelle einer kollektiven Wahrnehmung der Person in einem geschlossenen, beispielsweise familiären Zusammenschluss.¹⁴⁴ Wichtig für diese Entwicklung waren die Industrialisierung und die Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft, was mit einem Wandel in Richtung Individualisierung verbunden war.¹⁴⁵

In der damals entstandenen klassischen bürgerlichen Autobiographie ging es also vor allem um eine Legitimierung oder auch eine Selbstpositionierung des – zunächst nur männlichen – Bürgers im Sinne seines Lebenslaufs und seiner erreichten Ziele.¹⁴⁶

Günter MÜLLER spricht in seinem Aufsatz mit dem Titel: „*Von der Geschichte im Ich und dem Ich in den Geschichten der popularen Autobiographik*“ davon, dass sich Lebensgeschichten in dieser veränderten Zeit nicht mehr so sehr an den kollektiv

¹⁴³ Vgl.: HOPP, Andrea, Jüdisches Bürgertum im 19. Jahrhundert in Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, 1997, hier: S. 26.

¹⁴⁴ Ebenda, S. 27.

¹⁴⁵ Vgl.: MÜLLER, Günter, „So vieles ließe sich erzählen...“. Von der Geschichte im Ich und dem Ich in den Geschichten der popularen Autobiographik, in: Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Univ. Wien (Hg.), Wiener Wege der Sozialgeschichte. Themen- Perspektiven- Vermittlungen, Wien, Köln, Weimar, 335 – 357, hier: S. 337.

¹⁴⁶ Vgl.: STEPHAN, Anke, Erinnertes Leben: Autobiographien, Memoiren und Oral- History - Interviews als historische Quellen, 1-31; online unter: <http://epub.ub.uni-muenchen.de/627/1/Stephan-Selbstzeugnisse.pdf> , (1.10.2009), hier: S. 6.

verbindlichen oder gängigen Gesellschaftsformen orientierten und wie vorher von diesen abhängig waren, sondern sich nun vielmehr auf die eigene Person und das eigene Handeln konzentrierten. Solche Autobiographien wurden zunächst von Männern geschrieben, die darin ihren „*sozialen Status*“ und „*ihre gesellschaftlichen Verdienste*“ zum Ausdruck bringen wollten.¹⁴⁷ Da die soziale Stellung der bürgerlichen Frau im 19. Jahrhundert auf Ehe und Familie beschränkt war, wurden Autobiographien von Frauen meist in Verbindung mit einer männlichen Bezugsperson, wie Ehemann oder Vater, geschrieben.¹⁴⁸

Die Historikerin Anke STEPHAN weist in ihrem Aufsatz darauf hin, dass Autobiographien sehr wichtige Quellen sein können, da sie „[...] *Auskünfte über soziale und materielle Verhältnisse oder kulturelle Praktiken*“¹⁴⁹ vermitteln. Man erfährt darin viel über das kulturelle und soziale Umfeld eines Menschen. Autobiographien sind damit interessante Quellen in Bezug auf die vermittelten Werte, Lebensanschauungen und Verhaltensweisen. Wenn man das soziale und kulturelle Umfeld eines Menschen betrachtet, kann man seine Handlungen besser verstehen und leichter analysieren.¹⁵⁰

Die „*Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen*“ am Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien, aus der auch die im Rahmen dieser Diplomarbeit behandelte Autobiographie von Marianne Jarka stammt, beschäftigt sich mit schriftlichen Lebensgeschichten, deren Verfasser oder Verfasserinnen zum Großteil nicht aus dem Bildungsbürgertum, sondern eher aus den unteren Bildungsschichten stammten. Einen Begriff dafür prägte WARNEKEN mit der „*popularen Autobiographik*“.¹⁵¹ Solche Aufzeichnungen sind, je weiter zurück wir in der Geschichte gehen, umso seltener überliefert, auch weil viele Menschen aus „*bildungsfernen*“ Schichten in früheren Zeiten nicht lesen und schreiben konnten. Doch schon für das 19. Jahrhundert existiert eine relative Fülle solcher Texte, die häufig in Auftrag gegeben waren beziehungsweise „*von `oben` nach `unten`*“¹⁵²

¹⁴⁷ STEPHAN, *Erinnertes Leben*, hier: S.10.

¹⁴⁸ Ebenda, S. 11.

¹⁴⁹ STEPHAN, *Erinnertes Leben*, hier: S. 12.

¹⁵⁰ Ebenda, S. 12.

¹⁵¹ HÄMMERLE, Christa, Formen des individuellen und kollektiven Selbstbezugs in der popularen Autobiographik, in: „*Biographieforschung*“. Schriften und Kataloge des Fränkischen Freilandmuseums, Bad Windsheim, 1991, S.30 - 60, hier: S. 36.

¹⁵² Ebenda, S. 36.

angeregt wurden. Ihre Initiatoren waren, vornehmlich im frühen 20. Jahrhundert, aus dem Bildungsbürgertum stammende Ärzte, Pfarrer, Lehrer usw., oder auch Frauen aus der Ersten Frauenbewegung. Die so entstandenen Ego-Dokumente von Menschen aus dem breiten Spektrum der sozialen Unterschichten beweisen, dass schon damals Interesse an deren lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen bestand.

Daran knüpfte in den 1980er Jahren indirekt die neue Alltagsgeschichte beziehungsweise eine neue „*Geschichte von unten*“ an, auch mit ihren zahlreichen Schreibaufrufen in Zeitungen oder anderen Medien, mittels denen „*einfache*“ Menschen zur Niederschrift ihrer Erinnerungen motiviert wurden. Es kam nun zu einem regelrechten „Boom“ in der Produktion solcher lebensgeschichtlichen Erzählungen, vor allem bezogen auf die Unterschichten und auf Frauen. Dieser Boom ist wiederum eng verbunden mit der Anregung zu solchen Aufzeichnungen. WARNEKEN etwa gründete in Tübingen das „*Erzählarchiv*“ und in Wien entstand die „*Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen*“.¹⁵³ In dieser Wiener „*Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen*“ werden hauptsächlich Texte von Männern und – noch häufiger – von Frauen archiviert, die nach der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert geboren wurden. Ein großer Teil von ihnen stammt aus den ländlichen oder städtischen Unterschichten und dem Kleinbürgertum, viele davon sind in der Reihe „*Damit es nicht verlorengeht ...*“ veröffentlicht.¹⁵⁴ Außerdem gibt es mittlerweile zahlreiche historische Forschungsarbeiten auf Basis dieser schriftlichen Lebenserinnerungen. Der beforschte Zeitraum behandelt vor allem die ersten 50 Jahre des 20. Jahrhunderts.

Zur Auto/Biographieforschung soll noch angemerkt werden, dass diese während der 1970er Jahre einen großen Aufschwung erlebte, zunächst besonders in den Literaturwissenschaften, die sich mit der formalen und strukturellen Theorie der Autobiographie beschäftigte. Aber auch in der Geschichtswissenschaft, vor allem im sozialgeschichtlichen Bereich, wie auch in den Sozialwissenschaften allgemein – wie das Beispiel der „*Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen*“ in Wien zeigt. Gudrun WEDEL schreibt dazu treffend: „*Dahinter stand ein allgemeiner Interessenswandel, der zunehmend den individuellen Menschen in seiner historischen*

¹⁵³ Vgl.: HÄMMERLE, Formen des individuellen und kollektiven Selbstbezugs, hier: S. 38f, sowie die aktuelle Website: <http://wirtschaftsgeschichte.univie.ac.at/vereine/doku/>

¹⁵⁴ Veröffentlichung der Editionsreihe: *Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen* (Hg.), „*Damit es nicht verlorengeht ...*“, 61 Bände, Wien, 1983 – 2009. Verzeichnis der einzelnen Bände auch online unter: http://www.boehrlau.at/Damit_es_nicht_verlorengeht.htm

*Gebundenheit, seinen Handlungs- und Ausdrucksmöglichkeiten in den Blick nahm.*¹⁵⁵ Und Günter MÜLLER hält in seinem Text „So vieles ließe sich erzählen ...“ über die Relevanz der Autobiographieforschung Folgendes fest: *„Und nicht zuletzt bilden Erzähl, Schreib- und Erinnerungsweisen sowie Formen der Selbstrepräsentation in Erzähltexten eine Untersuchungsthematik für sich, die noch viel zu wenig in ihren sozial-historischen Bedingungen ergründet wurde, wobei gerade die populäre Autobiographik ein ebenso aufschlussreiches wie bislang unerschlossenes Feld darstellt.“*¹⁵⁶ Meine Arbeit will, am konkreten Beispiel der Autobiographie von Marianne Jarka, an der Bestellung dieses Feldes ein wenig mitwirken.

4.1.2 Die Autobiographie als historische Quelle

Bei der kritischen Betrachtung eines autobiographischen Textes spielen immer auch eigene, subjektive Fragen an den Text eine sehr wichtige Rolle.¹⁵⁷ Günter MÜLLER bezeichnet das Wissen darüber als eine Grundvoraussetzung, um überhaupt mit einer Autobiographie arbeiten zu können, denn auch der/die **Forschende** bringt in die Auswertung seine/ihre eigene persönliche Geschichte mit ein, wodurch das wissenschaftliche Arbeiten mit lebensgeschichtlichen Quellen subjektiv beeinflusst ist.¹⁵⁸

Wichtig ist außerdem in jedem Fall, in einer ersten Phase der Analyse den autobiographischen Text als Ganzes zu betrachten und sich Fragen nach seiner Herkunft und Struktur zu stellen, sowie darüber, welche Geschichte eigentlich erzählt wird und in welchem sozialen Umfeld sich der/die Schreibende bewegt, an wen der Text adressiert ist und wann er geschrieben wurde. Auch muss der/die **Schreibende** als solche/r gesondert betrachtet werden, denn er/sie beschreibt das Leben aus seiner/ihrer Sicht heraus. All das berücksichtigt etwa Alice KANELUTTI eingehend in ihrer Diplomarbeit über die lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen der Greta Haba. Des Öfteren spricht sie dabei in Anlehnung an Günter MÜLLER und Michael von ENGELHARDT auch von der Notwendigkeit einer Unterscheidung des gelebten und

¹⁵⁵ Zitiert nach WEDEL, Gudrun, *Lehre zwischen Arbeit und Beruf. Einblicke in das Leben von Autobiographinnen aus dem 19. Jahrhundert*, (= L'Homme Schriften 4), Wien, 2000, hier: S. 14.

¹⁵⁶ Zitiert nach: MÜLLER, „So vieles ließe sich erzählen ...“, hier: S. 353.

¹⁵⁷ Vgl.: KANELUTTI, Alice, *Lebensgeschichte schreiben, Den Zweiten Weltkrieg erinnern. Zu den lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen einer ehemaligen Luftwaffenhelferin*, Univ. Dip., Wien, 2007, hier: S. 39f.

¹⁵⁸ Vgl.: MÜLLER, „Vielleicht interessiert sich mal jemand ...“, hier: S. 86

geschriebenen Lebens. Das schreibende ICH, also das Gegenwarts-ICH, schreibt über das Vergangene ICH und versucht es neu zu verorten. Die Schreiberin reflektiert ihre Vergangenheit aus der Gegenwart heraus.¹⁵⁹

Diese analytische Trennung zwischen Gegenwarts- und Vergangenheits-Ich ist besonders wichtig. Die zwei Formen des autobiographischen ICH befinden sich jedoch immer in einem regen Austausch. So versucht die schreibende Person sich mit ihrer Vergangenheit in der Form auseinanderzusetzen, dass sie beispielsweise Erklärungen und Rechtfertigungen für erlebte vergangene Situationen sucht.¹⁶⁰ Günter MÜLLER meint dennoch, dass sich Autobiographien – bei ausreichender Quellenkritik – gerade aufgrund ihrer subjektiven Sichtweise gut als Quelle dafür eignen, „in Verbindung mit anderen aussagekräftigen Materialien [...] einzelne Aspekte historischer Lebenszusammenhänge zu erhellen oder historiographische Erkenntnisse zu differenzieren.“¹⁶¹

Interessant an der Arbeit mit Autobiographien ist auch, dass Einzelschicksale in den Mittelpunkt rücken und beforscht werden können. So wird Geschichte „greifbarer“, weniger abstrakt. Anhand der Analyse eines oder mehrerer Menschenleben lässt sich auch ein Blick auf sozialgeschichtliche Aspekte werfen, soziale und politische Begebenheiten werden so anschaulich. Der Mensch ist in die allgemeine Geschichte eingebunden.¹⁶²

Wichtig im Umgang mit der Quelle Autobiographie ist auch die Frage, was erzählt wird und wie, mittels welcher Sprache, in was für einem Stil das geschieht. Was ist dem Autor/der Autorin wichtig und schreibenswert und wie präsentiert er/sie es? Einen Anknüpfungspunkt dafür bietet auch die Oral History.¹⁶³ Oral History ist sowohl Quelle als auch Methode, denn sie beinhaltet nicht nur die Befragung des Zeitzeugen, sondern auch die Vorbereitungszeit und die Auswertung der Aussagen. Der ihr gegenüber häufig erhobene Vorwurf der Subjektivität trifft nicht nur mündliche

¹⁵⁹ Vgl.: KANELUTTI, Lebensgeschichte schreiben, hier: S. 39f, angelehnt an: VON ENGELHARDT, Michael, Geschlechtsspezifische Muster des mündlichen autobiographischen Erzählens im 20. Jahrhundert, in: HEUSER, Magdalena (Hg.), Autobiographien von Frauen. Beiträge zu ihrer

Geschichte, Tübingen, 1996, und an MÜLLER, „Vielleicht interessiert sich mal jemand ...“, hier: S. 83.

¹⁶⁰ Vgl.: MÜLLER, „So vieles ließe sich erzählen ...“, hier: S. 348f.

¹⁶¹ Zitiert nach MÜLLER, „Vielleicht interessiert sich mal jemand ...“, hier: S. 84.

¹⁶² Ebenda, S. 84.

¹⁶³ Vgl.: STEPHAN, Anke, Erinnerungtes Leben: Autobiographien, Memoiren und Oral- History - Interviews als historische Quellen, 1-31; online unter: <http://epub.ub.uni-muenchen.de/627/1/Stephan-Selbstzeugnisse.pdf>, (1.10.2009), hier: S. 13.

Quellen, sondern auch schriftliche, wie die Autobiographie. Doch sind auch, so schreibt Anke STEPHAN „[...] sorgloser benutzte `harte` Quellen wie Chroniken, Polizeiberichte und statistische Untersuchungen niemals objektiv, sondern geprägt von einer Ideologie, Intention oder einem bestimmten Blickwinkel.“¹⁶⁴

Ein weiterer Aspekt jeder lebensgeschichtlichen Quelle oder Erzählung, sei sie schriftlich oder mündlich fixiert, ist eine ihr ebenfalls eingeschriebene Fiktionalität. Daher ist es, abseits des unbestreitbaren Wahrheitsgehaltes von Autobiographien, auch wichtig zu erkennen, dass darin viel verklärt und manchmal auch verdrängt wird. Es sind selektive, häufig auch literarisierte Texte, mit denen wir es in der auto/biographischen Forschung zu tun haben. Ihre Analyse kann aufwendig sein, umso mehr, da eine große Formvielfalt herrscht, das heißt die einzelnen autobiographischen Texte sehr verschieden gestaltet sein können – abhängig von der sozialen Herkunft, der Schichtzugehörigkeit, dem Beruf, dem Stand, dem Geschlecht, etc. der/des Schreibenden. Das gilt, obwohl es gleichzeitig literarische oder kulturelle Normen und Muster für das autobiographische Schreiben gibt.¹⁶⁵

Günter MÜLLER weist auch darauf hin, wie unterschiedlich und ungleichzeitig sich Geschehnisse in Autobiographien niederschlagen können, bezogen wiederum vor allem auf die sozialen und auch lokalen Unterschiede in der Herkunft der Verfasser/innen. Dabei ist interessant, wie das Gegenwarts-ICH die Vergangenheit strukturiert und wiedergibt, wie es sie ordnet und benennt, auch durch die Bezeichnung einzelner Kapitel oder den Gesamttitel.¹⁶⁶

4.1.3 Herkunft und Struktur der Autobiographie von Marianne Jarka

Die „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“ am Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien wurde in den frühen 1980er Jahren von Michael MITTERAUER unter anderem mit dem Ziel gegründet, älteren Menschen zu ermöglichen, ihre Lebenserinnerungen schriftlich niederzulegen. Dies gelang durch zahlreiche Schreibaufrufe in Zeitungen oder im Rundfunk. Darauf wuchs die „Dokumentation schriftlicher Lebensaufzeichnungen“ kontinuierlich. Heute enthält sie weit über tausend autobiographische Texte, die ihr zur wissenschaftlichen Forschung übergeben wurden. Betreut wird das Archiv von Günter Müller. Es gibt

¹⁶⁴ STEPHAN, *Erinnertes Leben*, hier: S. 14.

¹⁶⁵ Vgl.: MÜLLER, „So vieles ließe sich erzählen ...“, hier: S. 336.

¹⁶⁶ Ebenda, S. 338.

auch die autobiographische Reihe – wie vorher schon erwähnt – „Damit es nicht verlorengeht ...“ heraus, in der je nach Thematik historisch kommentierte Auszüge aus verschiedenen lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen veröffentlicht werden.¹⁶⁷ Im 59. Band dieser Reihe zum Thema „*Ledige Mütter erzählen*“¹⁶⁸ ist auch ein Ausschnitt aus Marianne Jarkas Aufzeichnungen enthalten.

In dieser Arbeit habe ich mich mit Marianne Jarkas Zeit als Kriegskrankenschwester im Ersten Weltkrieg auseinandergesetzt. Ich wollte mich mit einer subjektiven Quelle zur Geschichte der Kriegsrankenpflege und der Rolle der Frauenhilfsvereine vom Roten Kreuz beschäftigen und dabei insbesondere auf die Bereitstellung von Krankenpflegerinnen zur Unterstützung des Sanitätswesens des k. u. k. Heeres eingehen. Auch wenn es zu diesem Thema nicht einmal „*annähernd präzise sozialgeschichtliche Basisdaten, wie Anzahl, Herkunft, Einsatzorte und –dauer[...]*“ gibt, wie Regina SCHULTE festgestellt hat, versuche ich in dieser Arbeit am Beispiel der Geschichte von Marianne Jarka und anhand weiterer Primärquellen „*Mikroanalysen einzelner Lazarette oder Frontabschnitte [...]*“ darzulegen.¹⁶⁹

Die Autobiographie von Marianne Jarka hat mir dabei insbesondere in anderen Quellen nicht thematisierte Einblicke in die Brutalität des Krieges ermöglicht – vor allem auch im Hinblick auf ihre Kriegserfahrungen als Frau. Diese Autobiographie diente für mich als Stütze, um dem Thema Frauen in der Kriegsrankenpflege genauer nachzugehen. Dabei habe ich ihre ganze Autobiographie öfter gelesen und mich nicht nur mit dem Ersten Weltkrieg beschäftigt. Denn man muss ihre lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen als Ganzes betrachten: Ihre Kindheit und Jugend sowie ihre Zeit als Kinderfräulein insbesondere bei dem Chirurgen Dr. Lichtenstern; nur so können ihre Beweggründe, Kriegskrankenschwester zu werden und als solche in den Ersten Weltkrieg zu ziehen, erklärt werden. Ebenso wenig lassen sich ihre Erzählungen zur Nachkriegszeit und zum späteren Lebensverlauf ohne genauere Betrachtung der Kriegsereignisse beschreiben. Das Gegenwarts-ICH gewinnt beim Schreiben und Erinnern des Öfteren die Überhand; Jarka greift manchmal in den Erinnerungsfluss ein, macht rechtfertigende oder erklärende Einwürfe. Ihre Kindheit beschreibt sie

¹⁶⁷ Ebenda, 335 - 337.

¹⁶⁸ Marianne Jarka, Von Liebe, Krieg, Armut, und anderen Umständen, in: Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen (Hg.), *Ledige Mütter erzählen*. (= Damit es nicht verlorengeht, Bd. 59), Wien, Köln, Weimar, 2008, 25 – 67.

¹⁶⁹ SCHULTE, Die Schwester des kranken Kriegers, hier: S. 85.

einerseits sehr genau und kann sich erstaunlich gut an alles erinnern. Andererseits lässt sich nicht feststellen, ob Jarka manche Details bewusst ausgespart hat. Manchmal wüsste man beispielsweise gerne genauer, wie sie an die Front kam und ob wirklich ihre Beziehung zu einem Mann („Fredl“ genannt), von dem im weiteren Verlauf noch die Rede sein wird, der einzige Grund war, dass sie dorthin ging. Viele Fragen werden immer offen bleiben müssen und konnten auch nicht von ihrem Sohn, Horst Jarka, beantwortet werden.

Sehr schön drückt dieses Manko biographischer Forschung auch Günter MÜLLER in seinem Aufsatz *„Vielleicht interessiert sich mal jemand ...“* aus. Ihm zufolge bieten solche Texte *„eine von der Gegenwart her ´organisierte`, auf der Summe aufgeschichteter persönlicher Lebenserfahrungen basierende selektive Zusammenschau vergangener Erlebnisse.“*¹⁷⁰

MÜLLER meint weiter, dass auch durch vorgenommene Wertungen und Rückschlüsse, welche der Autor/die Autorin aus längst Vergangenen zieht, viele Details aus dem Leben, die wichtig gewesen sein könnten und über die man noch einen besseren Einblick in dessen/deren Leben bekommen hätte können, ausgespart werden.¹⁷¹

Horst Jarka, ihr Sohn, hat das handschriftliche Manuskript seiner Mutter abgetippt. Zuvor entstanden Marianne Jarkas Aufzeichnungen über mehrere Jahre hinweg, in denen sie immer wieder etwas hinzufügte oder veränderte – während Horst Jarka laut eigener Aussage beim Verfassen der Abschrift nichts an den Worten seiner Mutter verändert hat. Sie schenkte ihm einmal zu Weihnachten den Text in fast kompletter Form. Er hat aber die Überschriften und Unterkapitel, die im Text vorkommen und diesen gliedern, eingefügt, sowie Arbeitszeugnisse und Kriegsdienstzeugnisse beigelegt. Für die Abschrift stand ihm neben dem Haupttext eine zweite, von seiner Mutter etwas geänderte Fassung eines Teiles des Haupttextes sowie 80 Einzelblätter, die doppelseitig beschrieben waren und die Ergänzungen und Wiederholungen von verschiedenen Begebenheiten enthielten, zur Verfügung. Er fügte den Inhalt dieser Einzelblätter sinngemäß in den Haupttext mit ein, veränderte aber nichts am Inhalt. Des Weiteren bereinigte er Rechtschreib- und andere Fehler. Die Abschrift verfasste er

¹⁷⁰ Zitiert nach MÜLLER, „Vielleicht interessiert sich mal jemand...“, hier: S. 83.

¹⁷¹ Ebenda, S. 83.

nach dem Tod Marianne Jarkas am 8. April 1980. Probleme mit der Entzifferung der Handschrift seiner Mutter hatte er – nach eigenen Angaben – nicht.¹⁷²

Obwohl Marianne Jarka vor 1961, als sie begann, ihre Autobiographie zu schreiben, keinerlei schriftlichen Aufzeichnungen über ihre Erinnerungen angefertigt hat, ist ihr Gedächtnis dadurch lebendig geblieben, dass sie ihren Kindern einige Episoden aus ihrem Leben immer wieder erzählte, sodass sie sich dadurch ihre eigene „oral tradition“ schuf, wie mir Horst Jarka in einem E-Mail bestätigte.¹⁷³ Wem sie ihren Text widmete, ist nicht feststellbar, jedenfalls dürfte ihr Sohn sie dazu angeregt haben, ihre Erinnerungen zu verschriftlichen. So soll dieses Kapitel mit einem Zitat aus dem ersten Absatz ihrer lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen beendet werden. Sie schreibt dort: *„Nun, einmal muß ich doch beginnen. Wer weiß, wie lange ich meine fünf Sinne beisammen habe, denn mit 71 ist es nicht mehr so sicher, ob nicht Schmerzen die Lust zum Schreiben nehmen. Mein Sohn hat mich schon so oft gebeten, aus meinem Leben niederzuschreiben, was in meinem Kopf haften blieb von dem Zeitpunkt an, wo man sich als Kind an verschiedene Begebenheiten erinnert, bis zu jenem Abschnitt, wo das Gehirn noch halbwegs intakt ist- Der Weg in die Vergangenheit ist weit! [...]“*¹⁷⁴

4.2 Biographie von Marianne Jarka

Marianne Jarka wurde am 27. Dezember 1889 in Gloggnitz geboren.¹⁷⁵

Ihr Vater kam in Böhmen auf die Welt und hatte zwei Brüder, er war der Mittlere. Der Beruf des Försters hatte seit Generationen Tradition in der Familie, und so übte auch er nach einigen Schicksalsschlägen diesen Beruf aus.

Marianne Jarka betont in ihren Aufzeichnungen des Öfteren das jähzornige Temperament ihres Vaters, wenn es darum ging, Ungerechtigkeiten aus der Welt zu schaffen. Bezogen auf die öfter stattfindenden Umzüge der Familie sind dies sicher prägende Erlebnisse geblieben, denn sie schreibt: *„Jähzorn und auf sein Recht*

¹⁷² Diese Informationen stammen aus Unterlagen, die Horst Jarka an die „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“, z. Hd. Herrn Günter MÜLLER, geschickt hat, bevor es zur Veröffentlichung des 59. Bandes der Reihe „Damit es nicht verlorengeht ...“ mit dem Titel „Ledige Mütter erzählen“ kam. Diese Aufzeichnungen stammen vom 6. August 2008.

¹⁷³ Diese Information stammt aus einem E-Mail von Horst Jarka vom 11. Februar 2009.

¹⁷⁴ Vgl.: JARKA, Marianne, Erinnerungen 1889 – 1934. Unveröffentlichtes Manuskript der „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“ am Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien, MS, o.O., 1961, 111 Seiten., hier: S. 1.

¹⁷⁵ Diese Biografie beruht ausschließlich auf den Eigenangaben Marianne Jarkas in ihren autobiographischen Aufzeichnungen, aus denen sie filtriert wurde.

*beharren hat Vater auch in seinem späteren Leben oft geschadet. Öfter kündigte er im Jähzorn, und Mutter musste uns durch die Arbeit ihrer geschickten Hände vor Not bewahren, denn es gab damals keine Arbeitslosenunterstützung[...]*¹⁷⁶

Mariannes Mutter kam aus einer großen Familie und war das erste von fünf Kindern. Ihre Eltern starben sehr früh, wodurch sie schon in jungen Jahren Verantwortung übernehmen musste. Sie entwickelte ein Talent fürs Nähen und konnte so sich und vielen anderen helfen, wie im obigen Zitat ersichtlich wurde. *„Bei Unglücksfällen unerschrocken war sie zur Hilfe bereit“*¹⁷⁷, heißt es außerdem an anderer Stelle, was das Wesen ihrer Mutter wohl am besten trifft. Viele Schicksalsschläge, welche die Familie ereilte, konnten vermutlich durch diese Charaktereigenschaft gelindert werden.

Die Position, welche der Vater zur Zeit der Geburt von Marianne innehatte, war die des Gutsverwalters des Schlosses Gloggnitz. Zwei ältere Brüder sind kurz nach ihrer Geburt gestorben. Des Weiteren gab es noch Zwillingswestern, Aurelia und Lina, von denen eine – Lina - im Kindesalter starb. Jarkas Beschreibungen des Lebens in Gloggnitz schildern eine unbeschwerte Jugend, wenngleich der Vater streng war und die Eltern nicht viel besaßen. *„Als Gutsverwalter gehörte Vater zu den Männern in gehobener Stellung, mit wohl kleinem Gehalt[...]*Wir hatten alles was wir brauchten, doch von Luxus keine Spur[...]*“*¹⁷⁸

Die Schwester Aurelia -,„Relly“, wie sie auch genannt wurde - unternahm viel gemeinsam mit Marianne und immer wieder beschreibt Jarka, dass punkto *„Fleiß und Nähfertigkeiten“* ihre Schwester wohl das Talent und die Ausdauer der Mutter geerbt hätte.

Der erwähnte Gerechtigkeitssinn und der Jähzorn des Vaters müssen wohl ein Grund dafür gewesen sein, dass er seine Anstellung am Gutshof verlor. Er machte sich durch seine Überkorrektheit und das Kritisieren von Fehlverhalten bei seinen Mitmenschen unbeliebt.

Im Alter von 12 Jahren zog Marianne mit ihren Eltern und ihrer Schwester in eine alte Mühle um. Zunächst fand der Vater keine passende Anstellung. Erst nach längerer Zeit wurde ihm die Stelle eines Försters in Reichenau an der Rax angeboten, was der Familie vorübergehend eine glücklichere Zeit verschaffte.

¹⁷⁶ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 2.

¹⁷⁷ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 3.

¹⁷⁸ Ebenda, S. 19.

Marianne Jarka beendete ihre Grundschulzeit in Reichenau. Anschließend machte sie eine Ausbildung zur Handarbeitslehrerin in Kladno in Böhmen. Ihre Interessen lagen aber eher beim Kunsthandwerk. Die Ausbildung dauerte zwei Jahre. Danach fand Marianne eine Anstellung als Kinderfräulein. Ein eigenes Kapitel ihrer Aufzeichnungen mit der Überschrift „*Kinderfräulein*“ widmet sie dieser Tätigkeit. Die Fürsorge für andere Menschen, die sie als Krankenpflegerin später auszeichnen sollte, hat hier ihre erste Prägung erfahren.

Ein weiterer Einschnitt im Leben von Marianne Jarka war der plötzliche Tode der letzten überlebenden Schwester „Relly“, die mit nur 22 Jahren an Kehlkopftuberkulose starb. Nach ihrem Tod verließen die Eltern Reichenau und zogen nach Wien, wo der Vater eine Stelle als Portier in einem Amtsgebäude erhielt. Doch Marianne Jarka bezweifelt in ihrer Autobiographie, dass ihn dieser „Käfig“ je glücklich gemacht hat. Sie schreibt auch, dass er - wenn er die Zeit dazu hatte – Ausflüge in die Berge machte.

Als Kinderfräulein war Marianne von 1908 bis 1911 bei einer Wiener Familie beschäftigt und besuchte dann eine „Haushaltungsschule“ in Budweis, aber nur für drei Monate. Danach kam sie zu einer Familie namens Scarpa, die „*bunt zusammengewürfelt*“¹⁷⁹ war, mit griechischen, italienschen sowie ungarischen Wurzeln. Einmal reiste sie mit dieser Familie in die Gegend von Triest, wo die Familie während eines Urlaubes verweilte. Darüber schrieb sie später: „*wir landeten damals mit diesem Zug in Nabresina. Zwei Jahre später stieg ich auch dort aus dem Zug,...unter ganz anderen Umständen. Aber 1913 dachte kein gewöhnlich Sterbender an den Krieg.*“¹⁸⁰

Nach zwei Jahren bei Scarpas folgte ein Aufenthalt bei der Familie Lichtenstern. Dr. Lichtenstern war Chirurg und Militärarzt in der Stiftskaserne und während ihres Dienstes hatte Marianne Jarka Gelegenheit, Fachbücher über das Operationswesens zu lesen und sich Fachwissen anzueignen. Dort blieb sie aber nur ein halbes Jahr. Nach dieser Phase als Kinderfräulein - der Erste Weltkrieg war inzwischen ausgebrochen – stellte sie sich dem Spital in der Stiftskaserne zur Verfügung. Ihre Ausbildung erhielt sie am Sanatorium Löw und Hera. Ihr erster Arbeitsplatz als Krankenschwester war die Wiener Stiftskaserne, die zu einem Reservespital umfunktioniert worden war.

¹⁷⁹ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 58.

¹⁸⁰ Ebenda, S. 61.

Nach der Kriegserklärung Italiens an Österreich-Ungarn im Mai 1915 meldete sich Marianne Jarka über das Rote Kreuz für ein mobiles Feldspital, darauf hoffend, ihre damalige erste große Liebe – Fredl - wiederzusehen. Prompt bekam sie die „*Marschrout*“ zugeschickt, obwohl das Rote Kreuz sie an die Ostfront schicken wollte.¹⁸¹ Stationiert war sie in einem mobilen Feldspital an der Südwestfront, im Karst, in der Nähe der Hochfläche von Doberdo, also im südlichen Abschnitt der Isonzofront.¹⁸² Jarkas Kriegsschilderungen, wie man unter Beschuss operieren musste und wie brutal die Kämpfe wirklich waren, geben einen sehr persönlichen Einblick in die Ereignisse während des Ersten Weltkriegs, abseits der militärischen Geschichtsschreibung. Diese psychische und physische Belastung einer Krankenschwester an der Front wird in Punkt 4.4 allgemein mit einigen Zitaten noch genauer erläutert.

Noch während des Ersten Weltkrieges starb die Mutter, für deren Begräbnis Marianne Jarka beurlaubt werden konnte. Fredl - ihre erste Liebe - traf sie noch einmal in Gorjansko, als dieser sie besuchte.

Nach dem Rückzug der Italiener von der Hochfläche von Doberdo im Laufe der 12. Isonzoschlacht, zog ihr mobiles Feldlazarett über Görz hinunter nach Vincentin bei Monfalcone. Dazu schreibt sie: „*Die Italiener zogen sich zurück. Für uns ein Vormarsch, keine einfache Sache für ein mobiles Feldspital[...] Letztes Kriegsjahr. Immer wieder kamen wir an einem Baum vorbei, an dem ein Verräter hing[...]*“¹⁸³

In der Phase der allgegenwärtigen Zerstörung auf den Rückzugswegen der Italiener und der sich äußerst schwierig gestaltenden Situation, sich in dieser Gegend in einem neuen Spital einzurichten, welches die Italiener kurz zuvor verlassen hatten, wurde Marianne Jarka von einem jungen Medizinstudenten, der Franzen hieß, schwanger. Dieser „*galante Schwabe*“¹⁸⁴ war auch ihrem Feldspital zugeteilt. In dieser Situation kehrte sie vom Bahnhof in Nabresina nach Wien zurück, wo nun auch ihr Vater lebte und brachte 1918 ihre erste Tochter Ruth auf die Welt. Sie gab das kleine Mädchen zu einer alten Frau in Brandl bei Wels in Obhut und ging wieder zurück an die Front. Sie weist darauf hin, dass es ihrer Tochter, dort besser ging, da es in Wien kaum genug zu essen gab. Franzen – Ruth`s Vater - kam sie in Wien besuchen, blieb jedoch nicht lange. Marianne Jarka und der junge Mann blieben nicht zusammen. Sie schreibt: „*Ich*

¹⁸¹ Dazu mehr in Kapitel 4.4.1, ihr Weg zum Roten Kreuz

¹⁸² Historische Informationen zur Südwestfront folgen im nächsten Kapitel

¹⁸³ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 82.

¹⁸⁴ Ebenda, S. 69.

*bin heute noch der Überzeugung, wären wir damals vermögend gewesen, er wäre vielleicht bei mir geblieben. Doch die Umgebung sah nicht danach aus, so zog er davon, ich habe ihn nicht gehalten [...]*¹⁸⁵

Die nächste Etappe war Udine. Im November 1918 endete der Krieg für jene, die nicht schnell genug in die Heimat flüchten konnten in Kriegsgefangenschaft so auch für Marianne Jarka. Aufgrund der Freundlichkeit eines ehemaligen gefangenen italienischen Offiziers und dessen Mutter überstand sie die Gefangenschaft gut; sie übte weiterhin ihren Beruf aus, arbeitete als Operationsschwester und assistierte den Chirurgen.

Nach der Kriegsgefangenschaft kehrte sich nach Wien zurück und wohnte bei ihrem Vater. Da sie *„an den Händen ein Ekzem hatte“*¹⁸⁶, war es ihr nicht möglich als Ordinationshilfe zu arbeiten, was ihr Wunsch war. Das Geld, welches Marianne Jarka an der Front verdient hatte, war nach dem Krieg nichts mehr wert. Ohne eine sichere Anstellung lebte sie am Existenzminimum. Um nicht vom Vater anhängig zu sein, arbeitete sie als Pflegerin für ein Kind auf einem Landgut, einer so genannten „Pussta“, nahe der Grenze bei Pressburg/Bratislava. Es gehörte zwar zur österreichischen Grenzgemeinde Kittsee, lag aber auf slowakischer Seite. Die Eltern des zu pflegenden Kindes waren die Gutsverwalter.

Ihre Beschreibungen dieser Zeit sind stark geprägt von den Problemen der Nachkriegszeit, wie beispielsweise den neu entstandenen Grenzen und deren immer strengeren Überwachung sowie dem offen zur Schau gestellten Hass gegenüber den verschiedenen Nationalitäten, vor allem zwischen Tschechen und Ungarn. Nach etwa zwei Jahren kehrte Jarka mit ihrer Tochter wieder zurück nach Wien und konnte vorerst nicht auf die Pussta zurück, da man ihr in Ungarn als Österreicherin den Pass zerriss.

Nach der Pensionierung ihres Vaters, suchten sie gemeinsam nach einem Haus am Land. Leider konnte nichts Passendes gefunden werden und so mussten sie sich wieder eine Mietwohnung nehmen. Vergebliche Arbeitssuche und die Erkrankung des Vaters kamen erschwerend dazu. Eine große Stütze war eine Tante Mariannes namens Luis - die jüngste Schwester ihrer Mutter -, die während dieser schweren Zeit für sie da war. Kurz nach dem Tod ihres Vaters lernte Marianne Jarka den Vater ihres zweiten Kindes, des Sohnes, Horst kennen. Horst, der ihre Autobiographie transkribierte, kam 1925 zur Welt. In Wien fand sie nach wie vor keine rechte Anstellung und hatte kaum

¹⁸⁵ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 81.

¹⁸⁶ Ebenda, S. 90.

noch Geld. Da bekam sie noch einmal das Angebot ein weiteres Mal auf der erwähnten Pussta zu arbeiten. Weil das Geld für die Fahrt nicht mehr reichte und das Fahrgeld, welches von ihrem Arbeitgeber mittels Boten überbracht werden sollte, nicht pünktlich kam, musste sie - obwohl, schon über die Grenze und am Weg zu ihrem Arbeitsort -, eine Nacht in einem Obdachlosenasyll des Roten Kreuzes verbringen. Nach einer kurzen und sehr schweren Zeit, der schlechten Behandlung durch den Pächter der „Pussta“ und einer schweren Erkrankung des Sohnes, fuhren sie wieder in die Heimat zurück. So sind ihr diese Erfahrungen in sehr negativer Erinnerung geblieben. Zur Familie Halmos kehrte sie nie wieder zurück.

Diesmal fand Jarka in Wien zum Glück Arbeit in einer Fabrik, in der sie als Näherin angestellt wurde. Mit dieser Arbeit konnte sie ihre zwei Kinder und sich ernähren, sowie sich eine größere Wohnung leisten. Für diesen Arbeitgeber arbeitete sie fast 25 Jahre.

Ihre lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen enden mit dem Jahr 1934. Auch während des Zweiten Weltkrieges arbeitete sie als Näherin weiter. Ihr Sohn kam 1943 zur Wehrmacht und kehrte erst nach zweijähriger Kriegsgefangenschaft wieder zurück, studierte in Wien und heiratete eine Amerikanerin. In den 1950er Jahren ging er in die USA und wurde Professor für Germanistik an der University of Montana. Seine Mutter emigrierte 1962 und starb am 8. April 1980 in Missoula, Montana. Von der Tochter ist wenig bekannt. Sie wurde später jedenfalls Krankenschwester im Salzburger Landeskrankenhaus.

4.3 Die Isonzo - Südwestfront

Um an die Autobiographie besser herangehen zu können, ist es notwendig einen historischen Überblick über die Lage und Entwicklung an der Südwestfront zu geben, wobei der Schwerpunkt die Karstfront in der Gegend um Görz ist, wo Marianne Jarka als Rotkreuzschwester tätig war. In Punkt 4.4, werden zur besseren Verdeutlichung der Kriegszeit, Ausschnitte aus ihren eigenen Kriegsschilderungen und Fronterlebnissen in Form von Zitaten wiedergegeben, teilweise unter Zuhilfenahme anderer Primärquellen.

4.3.1 Entstehung der Südwestfront

4.3.1.1 Geheimverhandlungen Italiens/Gebietsansprüche

Seit 1882 gehörte Italien zum „Dreibund“ mit Deutschland und Österreich-Ungarn. Bereits eine Woche nach der Kriegserklärung der Habsburgermonarchie an Serbien (28. Juli 1914) und nur zwei Tage nach der Kriegserklärung Deutschlands an Russland (1. August) bzw. am Tag jener an Frankreich, kündigte Italien am 3. August seine Verpflichtungen aus diesem Bund auf und erklärte sich für neutral. Die Vereinbarungen aus dem Dreibund hätten Italien jedoch nicht verpflichtet, sich an einem Angriff auf Serbien zu beteiligen; doch es bestand großer Unmut, dass Italien von seinen Bündnispartnern über diesen Angriffsplan nicht informiert worden war. Gleichzeitig begann es in geheimen Verhandlungen, sowohl mit den alten Verbündeten Deutschland und Österreich, als auch mit den Staaten der Entente, vor allem mit England und Frankreich, möglichst große Gebietsforderungen zu stellen.¹⁸⁷

Die Mehrheit im römischen Parlament, die katholische Kirche und sogar die wichtigste sozialistische Partei (PSI) waren zwar gegen ein Militärbündnis mit der Entente, jedoch setzte sich die persönliche Haltung des Königs, die Meinung der Mehrheit der Regierungsmitglieder und schließlich die Forderung „*der immer lauter werdenden Irredentisten*“¹⁸⁸ durch.

Österreich-Ungarn hatte zwar schon am 9. März 1915 einer Abtretung des Trentino/Trient zugestimmt, aber das war Italien nicht genug.¹⁸⁹

Obwohl im Vielvölkerstaat Österreich-Ungarn mit insgesamt 50,8 Millionen Einwohnern nur 0,7 Millionen Italiener wohnten, also zum Beispiel nur etwa halb soviel wie Slowenen, die immerhin 1,3 Millionen der Gesamtbevölkerung ausmachten¹⁹⁰, hat Italien in Parallelverhandlungen mit der österreichischen Seite über weitere Gebietsforderungen verhandelt. Schließlich erklärte der deutsche Reichskanzler Theobald von Bethmann-Hollweg am 5. Mai 1915 - also 9 Tage nach Unterzeichnung des „*Treaty of London*“¹⁹¹ - offenbar noch ohne Wissen über dieses Geheimabkommen, dass Österreich-Ungarn bereit sei, Italien einige Gebiete, in denen überwiegend Italiener lebten, abzutreten. Demnach wurde Italien im Fall eines Sieges

¹⁸⁷ Vgl.: STEVENSON, David, 1914 – 1918. Der Erste Weltkrieg, Düsseldorf, 2006, hier: S. 143.

¹⁸⁸ KLAVORA, Vasja, Die Karstfront. 1915 – 1916, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 2008, hier: S. 10.

¹⁸⁹ Ebenda., S. 10

¹⁹⁰ Vgl.: STEVENSON, Der Erste Weltkrieg, hier: S. 25.

¹⁹¹ KLAVORA, Die Karstfront, hier: S. 10.

Österreich-Ungarns das bereits erwähnte Trento (Gebiet Trient), einige Gebiete westlich des Isonzo mit kleineren Städten wie z.B. Gradiska am Isonzo (Gradisca d'Isonzo) angeboten. Triest sollte eine freie Stadt mit neuer Verwaltung und einer italienischen Universität werden.¹⁹²

So kam es also am 25. April 1915 zur Unterzeichnung des geheimen Londoner Abkommens, in dem seitens der Entente - also von den Bündnispartnern England, Frankreich und Russland - für den Fall eines Sieges, Italien großzügigere Zugeständnisse hinsichtlich der Gebietsforderungen gemacht wurden, so heißt es in Artikel 4: *„Im Friedensvertrag wird Italien erhalten: das Trentino, das cisalpine Tirol mit seiner geographischen und natürlichen Grenze (Brenner), desgleichen Triest, die Markgrafschaften Görz und Gradisca, ganz Istrien bis zum Quarnero und mit Einschluß von Volosca und der istrischen Inseln Cherso, Lussin sowie der kleinen Inseln Plavnik, Unije, Canidole, Palazzuoli, San Pietro di Nembi, Asinell, Gruica und der benachbarten Eilande.“* Im Gegenzug musste sich Italien verpflichten, binnen eines Monats der Entente beizutreten und innerhalb dieser Frist Österreich-Ungarn und seinen Verbündeten den Krieg zu erklären.¹⁹³

Die Ostgrenze Italiens sollte demnach von Tarvis/Tarvisio im Norden über den Gipfel des Triglav nach Süden weit in slowenisches Gebiet über Idrija bis Rijeka an der Kvarner Bucht, inklusive der istrischen Halbinsel, verlaufen. Auch zahlreiche Inseln, wie z.B. Cres und Losinj, sollten dazugehören.¹⁹⁴

Die Stadt Triest sollte – ähnlich wie beim Angebot Österreichs – eine autonome Stadt sein. Im Norden wurde Italien - neben dem Trento - das gesamte Gebiet bis zum Brenner, also auch Südtirol, zugesprochen. Als Gegenleistung verlangte die Entente, neben der erwähnten Kriegserklärung bis spätestens 26. Mai 1915, dass sich Italien in einer am 16. Mai zusätzlich abgeschlossenen Militärkonvention zu einer koordinierten Zusammenarbeit mit den Russen und Serben verpflichtet.¹⁹⁵

4.3.1.2 Gründe für die Isonzofront

Zur Beantwortung der Frage, warum sich die ersten italienischen Angriffe ausgerechnet auf dieses schwer zugängliche und relativ kleine Gebiet mit einer Frontlänge von nur ca. 90 km konzentrierten, muss man sich mit dem Zustand der

¹⁹² Ebenda, S. 12.

¹⁹³ Zitiert nach: ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier S. 31.

¹⁹⁴ Vgl.: KLAVORA, Die Karstfront, hier: S. 13. (siehe Abbildungsverzeichnis, Abbildung 1)

¹⁹⁵ Ebenda, S. 11.

italienischen Armee zu Kriegsbeginn auseinandersetzen. KLAVORA schildert das sehr anschaulich: Als General Graf Luigi Cadorna nach dem Tod seines Vorgängers Alberto Pollio im Juli 1914 Chef des italienischen Generalstabs geworden war, galt – aus den Zeiten der Mitgliedschaft im Dreibund – noch immer die Strategie einer Verteidigung gegen Frankreich.

Die kurzfristige Änderung dieser Strategie war das kleinere Problem. Problematischer war die geringe Anzahl der Soldaten und ihre Bewaffnung: Noch 1912 hatte Italien nur ca. 300.000 Soldaten. Zwar wurde diese Zahl im Zuge der Mobilisierung auf 1,2 Millionen erhöht, aber in so kurzer Zeit konnten weder die Bewaffnung und Ausrüstung aufgestockt werden, noch gab es ausreichend erfahrene Offiziere und Unteroffiziere.

Die gesamte Südwestfront war 800 km lang und erstreckte sich vom Stilfser Joch am Dreiländereck Italien/Schweiz/Österreich, über die Dolomiten und Friaul bis zur Adria bei Duino (nördlich von Triest). Deshalb wählte Cadorna für die ersten Angriffe ein möglichst begrenztes Gebiet und entschied sich letztlich für den Abschnitt zwischen dem Flitscher Becken (Bovec) und der Adria. Wohl auch deshalb, weil die Besetzung von Triest und Görz (neben Trient/Trento und Bozen/Bolzano) oberstes politisches und strategisches Ziel war. Militärisch hat Italien das Ziel, Triest zu erobern – trotz aller verlustreichen Anstrengungen - nicht erreicht. Erst durch den Vertrag von Rapallo vom 12. November 1920 wurde es Italien zugesprochen.

Ein weiterer strategischer Faktor dürfte auch darin zu sehen sein, dass in diesem Abschnitt der Nachschub für die österreichisch-ungarischen Truppen aus dem Hinterland – im Gegensatz zu Südtirol/Trient mit der Straße über den Brenner - äußerst schwierig war. Die Benützung der Straße aus dem Norden über den Mojstovkapaß/Vrsic war extrem aufwendig und zu Kriegsbeginn noch nicht fertig gestellt.¹⁹⁶

4.3.1.1 Situation der öster.-ung. Armee zu Kriegsbeginn mit Italien

Die österreichisch-ungarische Armee war im Gebiet am Isonzo auf einen Krieg nicht ausreichend vorbereitet. Italien hatte sich ja zu Kriegsbeginn für neutral erklärt, auch wenn das von der obersten Heeresleitung, insbesondere von General Conrad von Hötzendorf, mit großem Misstrauen gesehen wurde. Er schrieb voller Pessimismus fünf Tage nach der italienischen Kriegserklärung an den Chef der kaiserlichen

¹⁹⁶ Vgl.: KLAVORA, Die Karstfront, hier: S. 14f.

Militärkanzlei, Baron Bolfras, dass „*bei der numerischen Überlegenheit der Italiener und bei der großen Wirkungsfähigkeit ihrer ganz modernen Artillerie sehr bald damit gerechnet werden müsse, daß sie unsere Befestigungen demolieren und in unser Gebiet einrücken.*“¹⁹⁷

Diese pessimistische Sicht der Dinge war angesichts der zahlenmäßigen Überlegenheit der italienischen Truppen nicht unrealistisch, denn sie hatten die 13-fache Übermacht bei der Infanterie und die 18-fache an Geschützen.¹⁹⁸

Dazu kam, dass sich die Habsburgermonarchie bereits seit neun Monaten im Krieg befand und zwar an der Front mit Serbien und mit Russland; allein bis Jahresende wurden die Verluste „*mit eineinviertel Millionen Gefallenen, Verwundeten, Erkrankten und Gefangenen beziffert.*“¹⁹⁹ Ende April 1915 hatte der von Kaiser Franz Josef zum Oberbefehlshaber der neuen österreichisch-ungarischen, 5. Armee, General Svetozar Boroevic, in diesem südlichen Abschnitt zwischen dem Fluß Wippach/Vipava und Duino am Meer als einsatzfähige Truppe nur eine einzige Gebirgsbrigade zur Verfügung und diese war schlecht ausgerüstet. Erst in den folgenden Monaten kam Verstärkung, dabei fiel dem 152. Landsturmбатаillon die strategisch wichtige Aufgabe zu, die damals vorhandenen vier Isonzobrücken, als die einzigen Eisenbahnbrücken in diesem Abschnitt und den Westrand des Karstplateaus zu sichern.²⁰⁰ Durch das Sprengen dieser strategisch wichtigen Brücken hoffte man dem zu erwartenden Angriff der militärisch überlegenen italienischen Streitkräfte standhalten zu können.²⁰¹ Dieses Landsturmбатаillon 152 wurde aus der 60. Infanteriebrigade des Generalmajor Lukachich der zweiten Gebirgsbrigade zugeteilt. Verstärkt wurde es um die 57. Infanteriedivision unter Feldmarschallleutnant Goigginger und der 93. Infanteriedivision des Generalmajor Boog.²⁰² Eine Landkarte mit den Truppenaufstellungen beider Seiten verdeutlicht die Stationierung dieser Truppen.²⁰³

¹⁹⁷ Zitiert nach: RAUCHENSTEINER, Manfred, Der Krieg am Isonzo aus der Sicht eines österreichischen Historikers, in: Andreas MORITSCH, Gudmund, TRIBUTSCH (Hg.), Isonzo - Protokoll, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 1994. 15 – 29, hier: S. 17.

¹⁹⁸ Vgl.: KLAVORA, Die Karstfront, hier S. 50.

¹⁹⁹ KLAVORA, Die Karstfront, hier: S. 21.

²⁰⁰ Ebenda, S. 21

²⁰¹ Vgl.: KLAVORA, Die Karstfront, hier: S. 27.

²⁰² Ebenda, S. 24.

²⁰³ Ebenda, S. 26 (siehe Abbildungsverzeichnis, Abbildung 2).

Italien hatte den Vorteil, seine ganze Armee an diese Front schicken zu können, während große Teile der k.u.k. Armee bereits seit Kriegsbeginn im Sommer 1914 an der Ostfront im Einsatz waren.²⁰⁴

4.3.2 Der Krieg am Isonzo

4.3.2.1 Grausamkeit

„Isonzo – das ist das Synonym für eine faszinierende Landschaft mit dem vielleicht schönsten Fluß Europas“²⁰⁵ Im Ersten Weltkrieg wurde der Fluß – Soca auf slowenisch - aber zu einem Synonym für Grausamkeit. FABI meint in seinem Beitrag „Der Krieg am Isonzo aus italienischer Sicht“, dass der Krieg am Oberlauf des Isonzo/Soca vor allem ein Gebirgskrieg mit Überlebensbedingungen war, die sich „hart an der Grenze des Erträglichen“ gestalteten, dass aber von Görz bis zum Meer, also in jenem Abschnitt, in dem Marianne Jarka tätig war, die Front das eigentliche „Inferno des Karst“ gewesen sei - wie Soldaten selbst es nannten - weil „sommers und winters mit unerhörter Grausamkeit“ gekämpft worden sei. Die Nähe zum Feind, der oft nur wenige Meter in Sichtweite in seiner Stellung lag „verstärkte die Furcht, und von daher rührten der Haß und die Aggressivität.“²⁰⁶

Es darf dabei nicht übersehen werden, dass auch an anderen Kriegsschauplätzen, sowohl an der West- als auch an der Ostfront, erbittert gekämpft wurde. So wurde z. B. die Schlacht um Verdun als „Blutpumpe“²⁰⁷ bezeichnet. Angesichts der Verluste der italienischen Armee mit weit über 300.000 Toten und Verwundeten und einer nicht ganz so hohen Zahl auf österreichisch-ungarischer Seite in den ersten elf Isonzoschlachten von Mai 1915 bis September 1917 verwendet der Historiker Manfred RAUCHENSTEINER diesen Ausdruck auch für diesen kurzen Frontabschnitt. Im Vergleich dazu war die Ostfront 1.700 km und die Westfront etwa 800 km lang.²⁰⁸

²⁰⁴ Vgl.: ANGETTER, dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 33.

²⁰⁵ Vgl.: MORITSCH, Andreas, TRIBUTSCH, Gudmund (Hg.), Isonzo Protokoll, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 1994, hier: S. 7.

²⁰⁶ FABI, Lucio, Der Krieg am Isonzo aus italienischer Sicht, in: Andreas MORITSCH, Gudmund, TRIBUTSCH (Hg.), Isonzo Protokoll, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 1994, 29-47, hier: S. 32.

²⁰⁷ RAUCHENSTEINER, der Krieg am Isonzo, hier: S. 18

²⁰⁸ Ebenda, S. 18.

4.3.2.2 Tod ohne Feindeinwirkung

Abseits der Kriegshandlungen sind tausende Soldaten und Kriegsgefangene nicht durch Feindeinwirkung, sondern durch Lawinen, Erfrierungen und Krankheiten ums Leben gekommen.

Allein am 12. und 13. Dezember 1916 kamen nach starken Schneefällen auf österreichisch-ungarischer Seite ca. 6000 Soldaten in Lawinen um. „*Die Verluste auf italienischer Seite dürften eher größer gewesen sein*“, wird Anton MÖRL von Brigitte BIWALD zitiert.²⁰⁹

Auch die teilweise katastrophalen hygienischen Zustände forderten viele Opfer: In den heißen Sommermonaten herrschte vor allem im Karst große Wassernot, sodass die von Durst gequälten Soldaten oft in ihrer Verzweiflung, auf Deckung vergessend, Wassermulden aufsuchten, die aber oft verseucht waren. So starben viele, wenn sie nicht unter feindlichen Beschuss gerieten, an Typhus oder Cholera.²¹⁰

Auch die Grippe-Pandemie forderte im letzten Kriegsjahr weltweit mit ca. 30 Millionen Opfern mehr Tote als Gefallene im Krieg. Die USA hatten damals mit ca. 500.000 Toten mehr Menschenleben durch diese Grippe zu beklagen, als sie Gefallene in beiden Weltkriegen, im Korea- und Vietnamkrieg zusammengekommen, hatten.²¹¹

In einer Aufstellung bei BIWALD für die Jahre 1914–1917 sieht man auch die mit 43.253 Toten hohe Zahl, der an Tuberkulose verstorbenen Soldaten, sowie 1,275.885 Soldaten mit Geschlechtskrankheiten, wovon allerdings nur 246 verstorben sind.²¹²

4.3.3 Krieg an der Isonzofront

4.3.3.1 Einmarsch der Italiener in Karfreit/Kobarid

Am Tag nach der Kriegserklärung vom 23. Mai 1915 richtete Kaiser Franz Joseph ein Rundschreiben an alle Völker seines Reiches, worin er verbittert schrieb: „*Der König von Italien hat Mir den Krieg erklärt. Ein Treuebruch, dessen gleichen die Geschichte nicht kennt, ist von dem Königreich Italien an seinen beiden Verbündeten begangen worden [...]*“ Zur gleichen Zeit schreibt Benito Mussolini, der damals Redakteur der

²⁰⁹ Zitiert nach: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 383f.

²¹⁰ Ebenda, S. 398.

²¹¹ Vgl.: STEVENSON, Der Erste Weltkrieg, hier: S. 588.

²¹² Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 526.

sozialistischen Zeitung *Il popolo d'Italia* war: „[...]wir wollen siegen. Koste es, was es wolle. Um den Preis jeglichen Opfers...“²¹³

Die italienischen Truppen überschritten in der Nacht vom 23. auf den 24. Mai 1915 die Grenze und besetzten kampflos Karfreit/Kobarid, sowie nicht verteidigte Gebiete, wie die Dörfer Saga, Serpenizza oder Trnovo und die Höhen von Kolovrat (1193m), westlich von Tolmein/Tolmin und des Stol (1673m, westlich von Flitsch/Bovec). In diesem Gebiet waren fast nur Gendarmerie- oder Landsturmbesatzungen stationiert, sodass sich diese in den Gebirgsbereich des linken Isonzoufers zurückzogen, um dort mit dem Bau von Verteidigungsstellungen zu beginnen.²¹⁴

Gleichzeitig besetzten italienische Truppen im Südabschnitt die Städte Cervignano, Krmin und Medea. Sie gingen dabei so langsam vor, dass die österreichisch-ungarischen Truppen Zeit genug hatte, die Isonzobrücken zu zerstören. Die Friaulaner Ebene wurde kampflos überlassen. Die Verteidigung konzentrierte sich gleich zu Beginn auf den Westrand des Karstplateaus und die Hochebene von Doberdo, sowie den nördlich davon gelegenen Monte San Michele/Debela Griza (275m), weil es den Österreichern wegen der erwähnten Übermacht der Italiener zwecklos erschien, die nach Westen vorgelagerte Ebene zu verteidigen. Die Italiener traten dort als Befreier auf, doch muss gesagt werden, dass die meisten Slowenen aufgebracht darüber waren, dass Italien im Geheimabkommen von London über slowenisches Gebiet verhandelt hat. Es ist deshalb auch verständlich, dass viele Slowenen, die zur österreichisch-ungarischen Armee eingezogen wurden, lieber in ihrer Heimat am Isonzo und im Karst als an der Ostfront kämpfen wollten. Italienische Quellen stellen das anders dar: So schreibt DEL BIANCO in seinem Buch *„La grande guerra e il Friuli“*, dass die slowenische Bevölkerung die italienischen Soldaten begeistert begrüßt hätten und ein feindseliges Verhalten gegenüber den Österreichern hatten.²¹⁵

Es wird wohl beide Haltungen gegeben haben. Was allerdings gegen die italienische Sicht der Dinge spricht, ist die Tatsache, dass General Cadorna seinen Offizieren die Weisung gab, *„mit einschüchternder Strenge“* loszuschlagen und dass ein Großteil der Bevölkerung bis nach Genua und an die französische Grenze ausgesiedelt wurde.²¹⁶

²¹³ Zitiert nach KLAVORA, Vasja, Blaukreuz. Die Isonzofront. Flitsch/Bovec. 1915 – 1917, hier: S. 54.

²¹⁴ Ebenda, S. 55.

²¹⁵ Vgl.: KLAVORA, Blaukreuz, hier: S. 76.

²¹⁶ Ebenda, 78-80.

4.3.3.2 Erste bis elfte Isonzoschlacht

Nach dieser kampflosen Besetzung gleich nach dem Kriegseintritt Italiens, kam es erst am 16. Juni 1915 mit einem nächtlichen Vorstoß durch die Italiener und der Einnahme des Krn (2244m, östlich von Karfreit/Kobarid) zu den ersten Kämpfen, wobei fast alle italienischen Offiziere, die den Angriff an vorderster Front mitgemacht hatten ums Leben kamen. Obwohl das zur Verstärkung an die Isonzofront verlegte ungarische vierte Honvéd-Infanterieregiment über den noch nicht fertiggestellten Mojstrovkapaß/Vrsic zu spät kam, konnten die italienischen Truppen keine nennenswerten Erfolge erzielen. Das gleiche gilt für die Karstfront, zumindest bis Juli 1916, bis zur sechsten Isonzoschlacht. In den folgenden zweieinhalb Jahren – bis zur 11. Isonzoschlacht im August/September 1917 – waren die Kämpfe an Isonzo und im Karst äußerst verlustreiche Stellungskriege. Alles in allem brachten sie den Italienern einen Raumgewinn von wenigen Kilometern. RAUCHENSTEINER spricht „*von wenig mehr als 30 km*“, bei – verglichen mit anderen und wesentlich längeren Frontabschnitten – enormen Verlusten von über 300.000 Toten und zwei Millionen Verwundeten allein auf italienischer Seite. Auch die österreichisch-ungarischen Verluste lagen mit insgesamt etwa 800.000 Toten, Gefangenen, Vermissten und Verwundeten nur knapp darunter.²¹⁷

Sehr anschaulich zeigen dies die Landkarten mit eingezeichnetem Frontverlauf bei KLAVERA; Hier sieht man den Frontverlauf bei Beginn der 1. Isonzoschlacht am 23. Juni 1915, auf der zweiten Karte jenen von Mitte Dezember 1915 (nach der 4. Isonzoschlacht) und auf der dritten jene vom 6. August 1916. Bis dahin hatte sich fast nichts geändert: Görz sowie die umkämpften Höhen von Monte San Michele und Doberdo waren nach wie vor in österreichisch-ungarischer Hand.²¹⁸

Diese erfolglosen und verlustreichen Angriffe waren für Italien nicht nur militärisch, sondern auch politisch prekär, sodass sich General Cadorna entschloss, dem als äußerst fähig eingeschätzten Herzog d'Aosta für einen massiven neuerlichen Angriff in diesem Gebiet das Kommando zu übertragen. Die sechste Isonzoschlacht war aber auch eine Reaktion auf den österreichisch-ungarischen Gasangriff in der fünften Isonzoschlacht am Doberdo-Plateau, bei der am 29. Juni 1916 laut einer Studie des Schwedischen Internationalen Friedensforschungsinstituts von 6.000 gefallenen Italienern allein

²¹⁷ RAUCHENSTEINER, Der Krieg am Isonzo, hier: S. 18.

²¹⁸ Siehe Abbildungsverzeichnis, Abbildung 3 bis 5

5.000 durch das von den Österreichern eingesetzte Chlor-Phosphorgemisch ums Leben gekommen sind. Der Einsatz dieses Gases war laut Haager Kriegsordnung verboten.²¹⁹ Es war – laut KLAVORA – bekannt, dass die Italiener zu dieser Zeit über keine Gasmasken verfügten. KLAVORA zitiert auch den österreichischen Oberleutnant Weber, der über die Verluste bei diesem Gasangriff unter Anderem schreibt: *„Erst nach der zwölften Schlacht, als die Italiener weit nach Westen zurückgeworfen waren und wir die Schauplätze aller Greuel der elf Offensiven in die Hand bekamen, trat auch die Wahrheit über unseren Gasangriff auf der Hochfläche von Doberdo zutage. Die mordenden Chlorschwaden hatten [...] alles Leben in einer Tiefe von zwei bis drei Kilometern erstickt...Zwölf Bataillone lautlos umgesunken!“*²²⁰

In der nun folgenden sechsten Isonzoschlacht die vom 4. bis 17. August 1916 dauerte, konnten die Truppen des Herzog d’Aosta immerhin Görz und den seit langem umkämpften Hügel Monte San Michele (275m) südlich davon mit dem Hochplateau von Doberdo erobern. Der Kommandant der bisher so erfolgreichen österreichisch-ungarischen Verteidiger, Generaloberst Borojevic, war gegen die italienische Übermacht chancenlos. Allerdings zeigt die dritte Karte auch, dass es den Italienern nach wie vor nicht gelungen war, südlich davon – bei Duino – über den Isonzo weiter nach Südosten Richtung Triest vorzudringen.²²¹

Die dicht aufeinander folgenden Isonzoschlachten sieben bis neun zwischen 14. September und 4. November 1916 brachten – ohne nennenswerte Geländegewinne – wiederum extrem hohe Verluste. Auf italienischer Seite waren es 2664 Offiziere und 73.000 Soldaten und auf österreichisch-ungarischer Seite 2088 Offiziere und fast 100.000 Mann.²²² Diese blutigen Gefechte und der einbrechende schneereiche Winter zwangen beide Seiten zu einer länger anhaltenden Waffenruhe, die zur Befestigung der eigenen Stellungen genutzt wurde.²²³ Es gab zwar vereinzelt kleinere Gefechte, doch zur zehnten, Isonzoschlacht kam es erst vom 12. Mai bis 5. Juni 1917. BIWALD zählt die Isonzoschlachten sieben bis zehn und die folgende elfte zur Phase der *„Materialschlachten am Isonzo“*.²²⁴

²¹⁹ Vgl.: KLAVORA, Die Karstfront. 1915 – 1916, hier: S. 262.

²²⁰ Zitiert nach ebenda, S. 263.

²²¹ Siehe Abbildungsverzeichnis, Abbildung 5.

²²² Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, hier: Bd. 2, S. 397.

²²³ Vgl.: KLAVORA, Die Karstfront, hier: S. 161-163.

²²⁴ BIWALD. Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 382.

4.3.3.2.1 Exkurs: Die elfte Isonzoschlacht

Die 11. Isonzoschlacht fand zwischen dem 17. August und dem 13. September 1917 statt und war die bis dahin blutigste. Das hängt auch damit zusammen, dass es ein heißer und trockener Spätsommer im Gebiet des umkämpften Monte S. Gabriele (646m, nordöstlich von Görz) war, sodass es großen Wassermangel gab. Soldaten, auch Offiziere, verließen ihre Deckung, um nach Wasser zu suchen. Viele erkrankten an Typhus. Selbst gefallene Kameraden konnten nicht geborgen werden, als der Gipfel des Berges von ungefähr 80.000 italienischen Soldaten – ca. 100 Bataillonen – bestürmt wurde. Dem standen nur 20 Bataillone auf österreichisch-ungarischer Seite gegenüber. Die Versorgung war fast völlig zusammengebrochen.²²⁵

So gab es bei dieser 11. Isonzoschlacht auf österreichisch-ungarischer Seite 10.000 Tote und 45.000 Verwundete, aber auch 30.000 Vermisste. Die dramatische Schwächung der österreichischen Armee – an allen Fronten waren bis dahin bereits über fünf Millionen Menschen gefallen - und die Sorge, eine weitere Offensive der Italiener könnte den Zusammenbruch der Front und somit ein Vordringen Richtung Laibach/Ljubljana zur Folge haben, war der Grund für Überlegungen des Armeoberkommandos, eine Entlastungsoffensive zu starten.²²⁶

4.3.3.3 Die zwölfte Isonzoschlacht

Diese Offensive, die am 24. Oktober 1917 um zwei Uhr Früh begann, hat aber noch andere Gründe: Die kritische wirtschaftliche Situation, politische Spannungen im langsam auseinanderbrechenden Vielvölkerstaat und schließlich den Kriegseintritt der USA auf Seiten der Westmächte. Die verbündeten Deutschen waren zunächst dagegen und Österreich-Ungarn wollte diese Offensive auch alleine starten. So schrieb Kaiser Karl in seinem denkwürdigen Brief an Kaiser Wilhelm vom 26. August 1917 „*Meine ganze Armee nennt den Krieg gegen Italien ´unseren Krieg`!*“ und weiter „*Durch den erfolgreichen Stoß gegen Italien bringen wir das Kriegsende vielleicht rasch heran.*“²²⁷ Deutschland sollte seine Zustimmung geben, dass österreichische Truppen von der Ostfront an den Isonzo verlegt und dort durch deutsche Truppen ersetzt werden. In seiner Antwort vom 1. September 1917 hielt Kaiser Wilhelm nichts von

²²⁵ Vgl.: BIWALD. Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 398.

²²⁶ Vgl.: RAUCHENSTEINER, Manfred (Hg.), Waffentreue. Die 12. Isonzoschlacht 1917, Wien 2007, hier: S. 3f.

²²⁷ Zitiert nach: RAUCHENSTEINER, Isonzo-Protokoll, hier: S. 21.

dieser Idee des österreichischen Kaisers und meinte, „*daß deutsche Truppen mit Deinen braven Isonzokämpfern dem wortbrüchigen Italien zu Leibe*“ gehen sollten.²²⁸

RAUCHENSTEINER schreibt, dass die Italiener von dieser Offensive, die unter dem Decknamen „Waffentreue“ vorbereitet wurde, zwar grundsätzlich nicht überrascht worden seien, wohl aber von der Massierung der Angriffstruppen.²²⁹

Der Angriffsplan wurde zwar vom österreichischen General Boroevic entworfen, der als General der fünften Isonzoarmee das erste und zweite Korps im Süden leitete, aber die entscheidende Aufgabe, den Durchbruch zwischen Flitsch und Tolmein durchzuführen, wurde der deutschen 14. Armee unter General Otto von Below mit seinem Stabskommandanten General Krafft von Dellmensingen übertragen. Diese 14. Armee war es dann auch, die mit ihrem 35. Gaswerferpionierbataillon mit einem einzigen Schlag 894 mit Phosgen („Grünkreuz“) gefüllte Gasminen auf die italienischen Stellungen südlich von Flitsch/Bovec abfeuerte. Diese Gasminenwerfer, schreibt Ian HOGG in der „Encyclopedia of Weaponry“, seien eine englische Entwicklung. So waren es auch die Engländer, die diese wesentlich wirkungsvolleren Phosgen-Geschosse - gegenüber jenen, die die Österreicher in der fünften Isonzoschlacht eingesetzt hatten – bereits am 17. April 1917 an der Westfront - in Arras - gegen die Deutschen abfeuerten. Aus Beutewaffen entwickelten diese in der Folge ihre eigenen Gasminenwerfer.²³⁰

Dieser Gasminenbeschuss auf die italienischen Stellungen dauerte nur etwa 30 Sekunden. Die Wirkung war aber verheerend: „*Er hatte die gesamte italienische Infanterie in diesem Gebiet vernichtet.*“²³¹

Am zweiten Tag schlossen sich den deutschen Truppen auch jene der Heeresgruppe des General Boroevic an und gemeinsam wurde dann die italienische Armee zunächst am 2. November bis zum Tagliamento und schließlich am 3. Dezember bis zur Piave zurückgedrängt. Trotz dieses letzten großen Erfolges der Habsburg-Monarchie nennt ihn Manfred RAUCHENSTEINER einen „*klassischen Pyrrhussieg*“²³²

Am 14. Dezember 1917 rückten die deutschen Truppen wieder ab. Gleichzeitig verlegte die Entente französische und britische Divisionen nach Italien. Das ist aber

²²⁸ Vgl.: FELBERBAUER, Franz, Die 12. Isonzoschlacht der Operationsplan und seine Durchführung, in: RAUCHENSTEINER, Manfred (Hg.), Waffentreue. Die 12. Isonzoschlacht 1917, Wien, 2007, 13–33, hier: S. 21f.

²²⁹ Vgl.: RAUCHENSTEINER, Der Krieg am Isonzo, hier: S. 25.

²³⁰ Vgl.: Fussnote 119 in: FELBERBAUER, Franz, Die 12. Isonzoschlacht der Operationsplan und seine Durchführung, hier: S. 26.

²³¹ KLAVORA, Blaukreuz, hier: S. 240f.

²³² RAUCHENSTEINER, Der Krieg am Isonzo, hier: S. 19.

nur die militärische Seite. Eine große negative Auswirkung dieser scheinbar so erfolgreichen Offensive war das Problem des Nachschubs an Kriegsmaterial und Verpflegung. Allein für den Bahntransport wurde ein Bedarf von 64 Militärzügen pro Tag plus 15 bis 20 Züge für Truppen- und sonstige Transporte berechnet. Damit stand für die Versorgung der Zivilbevölkerung nur mehr ein Minimum zur Verfügung. Das gleiche galt für Kohle oder Kartoffeln. So wurde nur an der Südwestfront im Herbst 1917 ein Kohlevorrat von 440.000 Tonnen angelegt, während es für die Zivilbevölkerung im Hinterland kein Heizmaterial und kaum Lebensmittel gab.²³³

Die Verluste waren wieder einmal gewaltig: Von den vier italienischen Armeen wurde eine fast zur Gänze aufgerieben und eine zweite stark dezimiert. RAUCHENSTEINER spricht von rund 10.000 Toten und 30.000 Verwundeten auf italienischer Seite, sowie ca. 265.000, die in Gefangenschaft gerieten, die bei der ohnedies prekären Versorgungslage mitversorgt werden mussten.²³⁴ STEVENSON spricht sogar von 294.000 Gefangenen. Die Verluste auf der österreichisch-ungarischen Seite *„ließen sich merkwürdigerweise nie genau erheben“*, schreibt RAUCHENSTEINER, doch werden von ihm *„an die 70.000 Mann Gesamtverluste, davon vielleicht ein Viertel Tote“* genannt.²³⁵ Allerdings konnten bei diesem Vormarsch bis zur Piave so große Vorratsmengen der Italiener aquiriert werden, dass damit die Versorgung bis ca. Februar/März 1918 gesichert war.²³⁶

4.3.4 Kämpfe bis Kriegsende

Mit Unterstützung der Engländer und Franzosen sowie der USA, die am 7. Dezember 1917 Österreich den Krieg erklärten, konnten die Italiener unter Herzog d'Aosta ihre Verteidigung an der Piave wieder aufbauen. Im Juni 1918 versuchten die österreichisch-ungarischen Truppen zwar noch eine letzte Offensive, die aber schon nach drei Tagen zusammenbrach. Am Jahrestag des Beginns der 12. Isonzoschlacht, also am 24. Oktober 1918, starteten schließlich die Italiener, unterstützt von Franzosen und Engländern, ihre letzte Offensive, die nur eine Woche dauerte und zum militärischen Zusammenbruch der Habsburg-Monarchie führte. Es war aber auch die Zeit der politischen Auflösung. David STEVENSON schreibt dazu, es hatten *„weder Bürokratie noch Armee den Willen oder die Fähigkeit mehr, die abtrünnigen*

²³³ Vgl.: RAUCHENSTEINER, Der Krieg am Isonzo, hier: S. 27.

²³⁴ Vgl.: RAUCHENSTEINER, Waffentreue, hier: S. 7.

²³⁵ RAUCHENSTEINER, Waffentreue, hier: S. 8.

²³⁶ Vgl.: STEVENSON, Der Erste Weltkrieg, hier: S. 451.

*Nationalitäten zu kontrollieren, und Kaiser Karl verlor seinen Thron lieber auf friedliche Weise, als dass er einen Bürgerkrieg riskiert hätte.*²³⁷

Obwohl es keine genauen Angaben über die Gesamtverluste der österreichisch-ungarischen in diesem blutigen zwölf Isonzoschlachten gab, so spricht RAUCHENSTEINER von „etwa 140.000 österreichisch-ungarischen Gefallenen“, die auf den vielen Militärfriedhöfen dieses Gebietes der Südwestfront ruhen. Wie immer die vielen Besucher der Gedenkstätten und Friedhöfe auch beurteilen mögen, *„eines sollten sie jedenfalls sein: eine Mahnung, Frieden zu erhalten und die Verständigung unter den Völkern zu praktizieren.“*²³⁸

In einem Gespräch mit dem Museum von Kobarid, sagte ein Museumsführer, dass bei etwa 86 existierenden Friedhöfen im Isonzoraum etwa 320.000 Menschen begraben und etwa 100.000 allgemein vermisst wurden. Das ergäbe eine geschätzte Zahl von 420.000 österreichisch-ungarischen Toten in den 12 Isonzoschlachten. Diese Angaben weisen darauf hin, wie schwierig es ist Zahlen zur wirklichen Anzahl der Verluste zu finden.²³⁹

4.3.5 Sanitätsanstalten an der Südwestfront

Viele der am Isonzo gelegenen Sanitätsanstalten, besonders Krankenhaltstationen, waren aufgrund des italienischen Beschusses immer wieder in Gefahr. Deswegen war der schnelle Abtransport der verwundeten Soldaten sehr wichtig. Die größte Schwierigkeit beim Krankentransport war das karstige Gelände. Man brauchte gut gefederte Karren, damit der Abtransport, der in diesem Gelände meist einige Stunden dauerte, möglichst schonend erfolgen konnte.²⁴⁰

Eine der wichtigsten Sanitätsanstalten an der Südwestfront, insbesondere an der Isonzofront, war ein Feldspital an der Südspitze des Plateaus von Doberdo. In Görz gab es ein Spital der Barmherzigen Schwestern und in Krn war eine Divisionssanitätsanstalt errichtet worden. In diese Anstalt wurden hauptsächlich Verwundete mit schweren Bauch- und Schädelverletzungen gebracht. Diese Anstalt stand immer wieder unter Beschuss der Italiener. Auch die Divisionssanitätsanstalt in

²³⁷ STEVENSON, Der Erste Weltkrieg, hier: S. 574.

²³⁸ RAUCHENSTEINER, Waffentreue, hier: S. 114.

²³⁹ Gespräch vom 12. Dezember 2009 mit dem Museum in Kobarid.

²⁴⁰ Vgl.: ANGETTER, Das österreichische Militärsanitätswesen, hier: S. 161.

Soca war eine derjenigen, die immer wieder unter Beschuss stand. Dennoch gelang es den Sanitätseinheiten viele Verwundete schnell abzutransportieren.²⁴¹

Durch ständige Kämpfe und die immer größer werdende Zahl der Verwundeten war die Anzahl der Betten in den Sanitätsanstalten bald nicht mehr ausreichend. So musste zusätzlich Platz geschaffen werden. In der Flitscher Klause unterhalb des Rajblsees an der Nordseite des Passes gab es z. B. einen Verbandsplatz, welcher einige hundert Meter in einen Stollen hineingebaut wurde. In Hermagor gab es eine Verwundetensstation, die immer wieder unter italienischem Beschuss stand. In ihr wurden vor allem Granat- und Schrapnellverletzungen behandelt. In Veliki Dol gab es eine der besten Barackenstationen für Verwundete und Kranke. Für bis zu 10.000 Patienten Platz bot die Barackenstadt Sterntal bei Pettau. In Opcina gab es ein Barackenzuhause, welches kreisförmig um eine Doline angelegt war. Auch Zivilspitäler wurden genutzt, wie jene in Cormons und in Udine, welche auch mit speziellen Laboratorien ausgestattet waren.

Die Sanitätseinrichtungen im „Hinterland“ waren zum Beispiel in Klagenfurt zwei Spitäler des Deutschen Ritter Ordens in Fridau und in Friesach, sowie das Rotkreuz-Spital in Pörschach, welches in einem Hotel untergebracht war.²⁴²

4.4 Marianne Jarka an der Front

4.4.1 Ihr Weg zum Roten Kreuz

Wie schon in ihrer Biographie in Punkt 4.2 kurz hingewiesen, war Marianne Jarka, nachdem sie ihre Tätigkeit bei der Familie Scarpa aufgegeben hatte, bei Familie Lichtenstern beschäftigt, wo sie ebenfalls als Kinderfräulein arbeitete. Dort kam sie mit medizinischer bzw. hauptsächlich chirurgischer - Fachliteratur in Berührung und fasste, beeindruckt vom Ausbruch des Krieges, den Entschluss, sich als Krankenschwester ausbilden zu lassen.

Später kam sie zur chirurgischen Abteilung von Dr. Robert Lichtenstern in die Wiener Stiftskaserne und wurde im Sommer 1914 Operationsschwester. Über ihre Gründe, an die Südwestfront zu gehen, schreibt sie Folgendes:

²⁴¹ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 409.

²⁴² Vgl.: ANGETTER, Das österreichische Militärsanitätswesen, hier: S.162f.

„Die Mobilisierung war befohlen. Fredl wurde eingezogen zu einem Regiment in Bosnien, wo er sich sein Studiengeld verdient hatte. Ich verließ das Haus Durutti Scarpa und ging zu Franzis Vater [Dr. Robert Lichtenstern] und stellte mich einem Spital zur Verfügung. Er brachte mich in das Sanatorium Löw und Hera, um zu lernen“²⁴³

sowie:

„Damals [nach Italiens Kriegserklärung 1915], meldete ich mich in ein mobiles Feldspital, hoffte ich doch Fredl, der mit einer Gebirgsartillerie Abteilung in den Julischen Alpen stand, wiederzusehen. Ich schrieb dem zum Oberstabsarzt beförderten Stabsarzt Melinsky, einem Polen von Zivil ein Zahnarzt in Lemberg. Ich bekam die Marschrouten prompt zugesandt.... Zum großen Verdruss des roten Kreuzes, das mich unbedingt nach Osten schicken wollte.“²⁴⁴

Dieser „Fredl“ war, wie schon erwähnt, Marianne Jarkas erste große Liebe und seinetwegen hatte sie sich an die Front gemeldet. Kennengelernt hatte sie ihn jedoch schon früher, als sie als Kinderfräulein bei der Familie Scarpa gearbeitet hatte. Die Familie war auf Sommerfrische in Hinterbrühl in Niederösterreich. Fredl war Student der technischen Hochschule und wollte später Bahn- und Brückenbauingenieur werden. Die erste Begegnung mit Fredl beschreibt sie mit folgenden Worten:

„An jenem Tag kamen Studenten der technischen Hochschule. Zu Übungszwecken vermaßen sie das Terrain und sprangen ungefragt in die Gärten, um weiter arbeiten zu können. Und ein großer blonder Student fing sich im Fuchseisen [...] Später wurde der vom Fuchseisen Gefangene mein langjähriger Freund“²⁴⁵

²⁴³ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 64.

²⁴⁴ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 66.

²⁴⁵ Ebenda, S. 60.

Dass Marianne Jarka vor allem auch deswegen an die Front gegangen ist, um ihren Fredl wiederzusehen, bestätigte mir auch ihr Sohn Horst Jarka.²⁴⁶ Sie trafen sich auch noch einige Male vor Beginn des Krieges und verbrachten viel freie Zeit miteinander. Der beginnende Krieg und die Suche nach neuen Tätigkeitsfeldern oder eine Liebesbeziehung konnten Grund genug sein, sich für den Dienst als Kriegskrankenpflegerin zu melden. Interessant ist, dass Marianne Jarka offenbar selbst entscheiden konnte, wohin man sie schickte, in dem sie dem Stabsarzt Melinsky, wie sie in ihrem Zitat schreibt, einen Brief sandte. Ob Marianne Jarka auch einen dieser mehrmonatigen Krankenpflegerinnenkurse des Roten Kreuzes besuchte ist fraglich, sicher scheint jedoch, dass sie Hilfspflegerin und keine Berufspflegerin war. Für letzteres hätte ihr die nötige Ausbildungszeit gefehlt. Ihre Ausbildung erhielt sie - wie sie selber schreibt - am Sanatorium Löw und Hera.²⁴⁷ Wie alle anderen Schwestern musste sie über die Zentralstelle für Pflegerinnen des Roten Kreuzes vermittelt worden sein.²⁴⁸ Vielleicht konnte Dr. Lichtenstern für sie ein gutes Wort einlegen, damit sie zu ihrer Jugendliebe an die Südwestfront konnte. Mehr kann an dieser Stelle aber dazu nicht gesagt werden.

4.4.2 Stationen an der Front

Von 1. August 1914 bis 18. Dezember 1918 war Marianne Jarka als Operationsschwester in Militär- und Feldspitälern tätig, zuerst im Reservespital Nr. 1, in der Wiener Stiftskaserne und seit Jänner 1916 bis 8. Jänner 1918 in verschiedenen Feldspitälern in den Orten Dutovlje Skopo und Gorjansko, später auf der Hochfläche von Doberdo im heutigen Italien, in dem kleinen italienischen Ort Vincentin und als letzte Etappe in Udine.

²⁴⁶ Diese Information stammt aus einer E-Mail von Horst Jarka am 9. Februar 2009.

²⁴⁷ Leider konnten keine Quellen gefunden werden, die belegen ob die Sanatorien Löw und Hera tatsächlich auch Krankenpflegerinnenkurse anboten. Anzunehmen ist, dass Marianne Jarka durch ausreichend Kontakte von Dr. Lichtenstern in diesen Sanatorien angelernt werden konnte. Auf der Bibliothek für die Geschichte der Medizin, welche sich im Josephinum befindet, wurde versucht Literatur zu diesen beiden Anstalten zu finden. Das Sanatorium Löw hatte jedenfalls um 1908 auch eine chirurgische Abteilung; für das Sanatorium Hera können diesbezüglich keine Angaben gemacht werden. Des Weiteren hatten im Sanatorium Löw geistliche Schwestern des göttlichen Heilandes auch Schlafräume und sie pflegten die Patienten des dortigen Privatspitals zu dieser Zeit. Ob diese zwei Sanatorien im Krieg auch als Reservespitäler im Krieg genutzt wurden und ob auch sie Krankenpflegerinnenkurse anboten, kann nicht gesagt werden. Literatur dazu: BERKEMEIER, Waltraud, Gründungsgeschichte der zur Regierungszeit Kaiser Franz-Josef eingerichteten Krankenanstalten, Wien, 1979.

²⁴⁸ Siehe Kapitel 2.1.3.3.3.

Diese Orte befanden sich im südlichen Abschnitt der Isonzofront, also im Karst. Dort war Marianne Jarka als Operationsschwester im Einsatz. In Gorjansko war ihr erster Einsatzort. Sie war dort in einem mobilen Feldspital knapp 20 km östlich von Monfalcone im heutigen Slowenien und unweit der italienischen Grenze. Das mobile Feldspital befand sich in einem alten Meierhof, welches den Ansprüchen gemäß umfunktioniert wurde. Die Ruhe, die die ersten Tage herrschte, hielt leider nicht an und Gorjansko stand unter Beschuss. Als Konsequenz musste Gorjansko geräumt werden. Alle Instrumente, die Wäsche etc. mussten verpackt und für die Verlegung in das ca. 10 km weiter östlich gelegene Dutvolje Skopo - an der Bahnlinie Görz-Triest - vorbereitet werden. Dieses Barackenspital lag neben dem Bahnhof und wurde sehr bald das Ziel einer Fliegerbombe. Dort begegnete Marianne Jarka der späteren Kaiserin Zita, die sie als „*sehr zarte Frau mit dunklem Haar*“²⁴⁹ beschreibt. Auch deren Ehemann, der spätere Kaiser Karl, war in Skopo zu Besuch. Marianne Jarka kannte ihn schon aus Reichenau an der Rax als Zwölfjährigen. Sie sah ihn „*fast täglich*“ in einem „*grauen Bubenanzug mit Schillerkragen und schwarzer Schleife*“.²⁵⁰

Die letzte Verlegung vor Jarkas Kriegsgefangenschaft war von der Hochfläche von Doberdo hinunter Richtung Westen in das heutige Villa Vicentina, von ihr als Vincentin bezeichnet. Es lag am rechten Isonzoufer, nördlich von Grado. Dort wurde sie schwanger. Dieses erste Kind wurde am 7 März 1918 in Wien geboren. Vater war der Soldat „Franzen“, den sie in Gorjansko kennengelernt hatte.

Ihre letzte Station an der Front war schließlich Udine. Als das dortige Spitalskommando am 1. November 1918 zum Rückzug gezwungen war und ca. 250 nicht transportfähige Verwundete im Feldspital 405 mit nur zwei Ärzten zurückgelassen werden mussten, „*war die Schwester Marianne eine der ersten, welche bereit waren, bei diesen Verwundeten zu bleiben.*“ Erst nach dem 18. Dezember 1918 und „*nach Absolvierung dieses vielleicht allerschwierigsten Teiles ihrer Feldtätigkeit*“²⁵¹, konnte sie vollkommen mittellos in die Heimat nach Wien zurückkehren.

²⁴⁹ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 34.

²⁵⁰ Ebenda, S. 76.

²⁵¹ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 89. Bei diesen Zitaten handelt es sich um Auszüge aus ihrem Zeugnis, welches (abgeschrieben von ihrem Sohn) von Oberstabsarzt Dr. Friedrich Melinski, dem seinerzeitigen Kommandant des Reservespitals No. 1 in der Stiftskaserne, sowie des Feldspitals Nr. 211 und 405, verfasst wurde.

Fragen, wie und warum Marianne Jarka ihre erste Tochter zwar in die Heimat brachte, aber dann wieder an die Front zurückkehrte, konnten nicht beantwortet werden. Auch ihr Sohn konnte mir zu dieser Frage keine Antwort geben.²⁵²

Leider gibt es in ihren Beschreibungen keine genauen Jahreszahlen, weshalb es schwierig ist nachzuverfolgen, wo sich das Feldspital, je nach Frontverlauf, gerade befand. Auch im Kriegarchiv waren keine genauen Angaben zu ihrem Feldspital zu finden. Lediglich in den Qualifikationslisten konnte eine Beschreibung zur Tätigkeit ihres Spitalskommandanten gefunden werden²⁵³. Man kann aber sagen, dass sich das mobile Feldspital gemäß den Entwicklungen an der italienisch/österreichisch-ungarischen Front in den ersten zwei Jahren Richtung Osten bewegte (von Gorjansko nach Dutovlje-Scopo). Dabei handelte es sich lediglich um wenige Kilometer und Dutovlje-Skopo lag an einer Bahnlinie. Nach der erfolgreichen 12. Isonzoschlacht, bei welcher sich die Front wieder gegen Westen verschob, rückte auch das mobile Feldspital nach, nämlich- wie schon kurz zuvor erwähnt- von der Hochfläche von Doberdo hinunter nach Vincentin/Villa Vincentina. Da diese Schlacht jedoch nur von kurzem Erfolg war, kann Jarkas Aufenthalt dort auch nicht sehr lange gedauert haben. Jedenfalls geriet sie im November 1918 in Udine in Kriegsgefangenschaft.

4.4.3 Charakterisierung ihrer Tätigkeit

Im erwähnten Zeugnis, das anlässlich des Antrages auf „*Erwirkung der Allerhöchsten Auszeichnung*“ durch Ihren Vorgesetzten Dr. Melinski verfasst wurde, ist zu lesen, dass Marianne Jarka „*als Operationsschwester ausgezeichnet ausgebildet*“ war und sich durch „*Pflichtgefühl sowie außerordentliches humanes Vorgehen gegen die Verwundeten*“²⁵⁴ ausgezeichnet hat.

Im Kriegsarchiv findet sich in der bereits zitierten Qualifikationsakte von Dr. Friedrich Melinski die Angabe, dass dieser seit 15. Mai 1915 Kommandant des Feldspitals Nr.11/2 war und während des Krieges an der Front eingesetzt wurde. Vorgesetzt war

²⁵² Diese Information stammt aus einem E-Mail von Horst Jarka vom 10. November 2009.

²⁵³ Vgl.: ÖSTA, KA, Qualifikationslisten, Karton 2012, Me/ich-Melk. Qualifikationsbeschreibung des k.u.k. Stabsarztes Dr. Friedrich Melinski

²⁵⁴ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 88.

ihm der Sanitätschef des 5. Armeekommandos und des 7. Korpskommandos, welches sich zu dieser Zeit im Karst aufhielt.²⁵⁵

Jarkas Fachkenntnisse kommen auch in ihren eigenen Erinnerungen zum Ausdruck, wenn sie z.B. nach einer herben Kritik an einem Zahnarzt, der sich als Chirurg versuchte und eine Beinamputation vornahm, Folgendes schreibt:

*"Ich habe bei unzähligen Operationen instrumentiert. Der Chirurg verlangt kein Instrument, man muss es ihm in die Hand geben, was er braucht."*²⁵⁶

Und an einer anderen Stelle, in der auch die Brutalität des Kriegsalltags und der Hilflosigkeit im Feldspital zum Ausdruck kommt, heißt es:

*„Und dann kamen die Blessiertenwagen, mit vier mageren Pferden bespannt. Je vier Verwundete in einem Wagen. Was kam da für eine traurige Last! Freund und angeblicher Feind nebeneinander, von Schmerzen gepeinigt, nicht nur von den Geschossen durch Menschenhand verletzt auch von den Steinsplittern. Und jung waren sie alle, so jung ... Die Ärzte vor mir suchten sich die Fälle aus, die sofort auf den Tisch mussten. Ich ging mit der Morphiumsspritze. Und dann wurde geflickt, amputiert. Schädel- und Bauchoperationen ohne Pause die Nacht durch, am Tag und bei Nacht, bis alle versorgt oder im Steingeröll notdürftig verscharrt waren“*²⁵⁷

4.4.4 Chirurgenschulen Hohenegg und Eiselsberg

Marianne Jarka lernte an der Front auch die beiden konkurrierenden Chirurgenschulen des Dr. Eiselsberg und Dr. Hohenegg kennen. Nach ihren Angaben „*bekriegten sich die zwei*“, da sie offenbar unterschiedliche Auffassungen von der chirurgischen Arbeit hatten und Konkurrenten waren. Des Weiteren schreibt sie: „*Klinik Eiselsberg war die I, die Hohenegg die II. Von den Ärzten angefangen bis zu den Putzfrauen waren die*

²⁵⁵ Vgl.: ÖSTA, KA, Qualifikationslisten, Karton 2012, Me/ich-Melk, Dr. Friedrich Melinski sowie KLAVORA, Die Karstfront. 1915 – 1916, hier: S. 136.

²⁵⁶ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 74.

²⁵⁷ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 70.

von I über die von der II erhaben. Wie diese Unstimmigkeiten entstanden, weiß ich natürlich nicht, vor meiner Spitalszeit jedenfalls [...]“²⁵⁸

Im selben Jahr der Kriegserklärung Italiens wurden von den Kliniken des Dr. Hohenegg und des Dr. Eiselsberg im Rahmen der freiwilligen Sanitätshilfe zwei motorisierte Chirurgengruppen aufgestellt, welche die Sanitätsanstalten ärztlich unterstützen sollten. Die Leitung dieser Chirurgengruppen unterstand nicht dem Souveränen Malteser Ritter Orden und seinen Mitgliedern, sondern dem jeweiligen Chefarzt der Chirurgengruppen. Sie konnten entweder selbstständig oder bei einer Armeesanitätseinheit tätig werden. Zur selben Zeit, am selben Ort, war auch die mobile Chirurgengruppe III, welche in Gorjansko im September 1915 stationiert war. Nach Auflösung dieser Chirurgengruppe durch die Chirurgengruppe I unter der Leitung des Chefarztes Dr. Schleinzner erfolgte deren Rückversetzung an die Klinik von Prof. Dr. Hohenegg.²⁵⁹

Eine neue Chirurgengruppe III war von 15. Oktober 1916 bis 15. Jänner 1918 im Dienst, unter Chefarzt Dr. Demmer. Ihr Standort war vom 1. Mai bis 8. November 1917 in Dutovlje Skopo, also direkt an der Eisenbahnlinie²⁶⁰, zur Versorgung der k.u.k. Soldaten an der Isonzofront.²⁶¹

Zu den wichtigsten Aufgaben dieser Chirurgengruppen zählte die Hilfe beim schnellen Abschub der Kranken von der vordersten Linie in die weiter hinter der Kampflinie gelegenen Hilfsplätze und Verbandsplätze, sowie zu den weiteren militärischen Sanitätsanstalten.²⁶²

In Gorjansko begegnete Marianne Jarka auch Anton von Eiselsberg persönlich und beschreibt ihn als einen alten Mann (1916 war dieser erst 56 Jahre alt), der auch an die Front gekommen war „um sich die interessanten Fälle für seine Klinik auszusuchen.“²⁶³

Hofrat von Eiselsberg schreibt allerdings in seinem „Lebensweg eines Chirurgen“, dass er auf Wunsch des Oberbefehlshabers der Südwestfront, Erzherzog Eugen, die sanitären Einrichtungen an diesem Frontabschnitt besichtigt hat. Es ist verständlich, dass die Chirurgen Sprache eine andere ist, als die einer Kranken- und Operationsschwester. So berichtet Eiselsberg anlässlich einer Besichtigung eines

²⁵⁸ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S.70.

²⁵⁹ Vgl.: Archiv der Ordens Kanzlei des SMRO Österreich, Protokollbuch der Chirurgengruppe 3, 1914-1917, hier: S. 12.

²⁶⁰ Eisenbahnlinie zwischen Dutolvje Skopo und Kostanjevice na Krasu.

²⁶¹ Vgl.: Protokollbuch der Chirurgengruppe 3, hier: S. 9.

²⁶² Vgl.: ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 210.

²⁶³ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S.71.

vorgeschobenen Feldspitals trocken: „[...] während meiner Anwesenheit waren ein schwerer Bauchschuss und drei schwere Schädelchüsse eingeliefert worden.“²⁶⁴

4.4.4.1 Exkurs Lorenz Böhler und die Chirurgeschulen

Beim Erwähnen des besagten Chirurgen Dr. Anton von Eiselsberg, den Marianne Jarka an der Front kennen gelernt hat und dessen medizinischen Erkenntnisse noch heute anerkannt sind, soll nun auch Lorenz Böhler (1885-1973) genannt werden, weil er sich mit der damals geltenden Meinung „die Frakturenbehandlung ist ein abgeschlossenes Kapitel“ nicht abgefunden hat und erfolgreich neue Methoden aufgezeigt und angewandt hat. Insbesondere forderte er Sonderlazarette mit entsprechend ausgebildeten Chirurgen.²⁶⁵ In einem persönlichen Gespräch mit Prof. Nikolaus Böhler, einem Enkel von Lorenz Böhler, wurde deutlich, dass dieser zwar ein Anhänger der Schule Hohenegg war, aber dass Eiselsberg trotzdem nicht nur diese neuen Methoden anerkannte, sondern sie sogar in seinen Vorträgen über die Behandlung von Knochenbrüchen erwähnte.²⁶⁶ Lorenz Böhler wurde mit 30 Jahren der jüngste Regimentsarzt der österreichisch-ungarischen Armee.²⁶⁷

Nikolaus Böhler erwähnte in diesem Gespräch auch die große volkswirtschaftliche Bedeutung seines Großvaters nach dem Ersten Weltkrieg, weil es ihm gelang, nicht nur viele Amputationen zu vermeiden, sondern dadurch auch eine Dauerinvalidität zu verhindern, wodurch sich die AUVA²⁶⁸ und somit der Staat die – höhere – Invaliditätspension ersparte und es insbesondere dem jeweiligen Soldaten ermöglichte, ohne größere Behinderung leben zu können.

Lorenz Böhler sei hier auch erwähnt, weil er angesichts der Brutalität des Krieges und trotz der Kritik Marianne Jarkas an Eiselsberg, der sich offenbar nur die interessanten Fälle für seine Klinik ausgesucht hatte, einer von jenen war, die nicht nur aus wissenschaftlichem Nutzen heraus handelten, sondern auch, um den Soldaten das Leben an der Front und nach dem Krieg zu erleichtern.

²⁶⁴ EISELSBERG, Anton von, Lebensweg eines Chirurgen. Eine Autobiographie aus der großen Zeit der Wiener Medizin 1960 – 1937, Wien, 1991, hier: S. 188.

²⁶⁵ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 478f.

²⁶⁶ Ebenda, S. 481.

²⁶⁷ Ebenda, S. 478.

²⁶⁸ Allgemeine-Unfalls-Versicherungs-Anstalt

4.4.4.2 Exkurs: Triage und Euthanasie an der Front – Gewissenskonflikte

Wie der auch schon im vorangegangenen Punkt erwähnte – von Marianne Jarka angesprochene - Disput zwischen den Chirurgeschulen Eiselsberg und Hohenegg, soll nun auch in diesem Unterpunkt die Relevanz der Entscheidungen des Arztes und des Personals, welches diese tragen musste, anhand der Aufteilung der Verwundungen und der Entscheidungen des Arztes, wer behandelt werden konnte und für wen jede Behandlung zu spät kam, näher gebracht werden.

Angesichts der Schwere der Verletzungen, des Mangels an Personal und Medikamenten, bei gleichzeitiger Notwendigkeit von sofortigen Operationen muss die physische und psychische Belastung sehr hoch gewesen sein.²⁶⁹

Eiselsberg widmet in seinem Buch ein eigenes Kapitel „Zur Frage der Euthanasie“ diesem Thema und erwähnt die Aussichtslosigkeit von eingelieferten Frontsoldaten z.B. mit Schädeldurchschüssen mit Austritt von Hirnmasse oder bei Soldaten, die er an der Isonzofront nach einem Giftgasangriff kurz vor dem Erstickungstod gesehen hat. Er schreibt sehr eindringlich, es *"spare der Arzt, wenn er einmal zur Überzeugung gekommen ist, dass jede Hilfe vergeblich ist, nicht mit Morphin."*²⁷⁰

Diese Gewissensentscheidungen des Arztes im Frontlazarett darüber, wer zuerst zu behandeln ist, wann die Schwerverletzten auf den Blessiertenwagen ins Hinterland gebracht würden, wer auf die Behandlung warten musste oder bei wem eine solche aussichtslos war, müssen unbeschreiblich gewesen sein. So nannte John Keegan diese Sichtung aller Verwundeten, „*Triage*“²⁷¹ genannt, eine „*brutale Selektivität*“²⁷². Dieses „*Sortieren*“ wurde auch schon in früheren Kriegen angewandt, weil der Erfolg medizinischer Hilfe immer auch eine Frage der raschen Entscheidung über die Schwere von Verletzungen und den Abtransport der Verletzten war. Der russische Militärchirurg Nicolai Pirogoff schrieb schon 1864 unter dem Eindruck des Krimkrieges *„In meiner Überzeugung steht es fest, dass die gut geordnete Administration auf dem Schlachtfelde und auf dem Verbandsplatze viel wichtiger und segensreicher ist, als die rein ärztliche Tätigkeit[...].“*²⁷³ Er teilte die Verwundeten je nach der Schwere der Verletzungen in fünf Kategorien ein:

²⁶⁹ Vgl.: BROUCEK, Die humanitäre Leistungen der Malteser, hier: S. 226.

²⁷⁰ Zitiert nach EISELSBERG, Lebensweg eines Chirurgen, hier: S. 401.

²⁷¹ Das Wort „*trier*“ kommt aus dem Französischen und bedeutet in diesem Zusammenhang „*aussortieren*“, siehe auch Kapitel 3.3.

²⁷² BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 1, hier: S. 65.

²⁷³ Zitiert nach: PIROGOFF, Nicolai, Grundzüge der allgemeinen Kriegschirurgie, Leipzig, 1979. bei BLEKER, Johanna, vom „*Sortiergeschäft im Großen*“ zur „*Triage*“. Das Problem der Krankensichtung

1. „*Hoffnungslose*“, die nach dem damaligen Stand der Medizin keine Überlebenschance hatten.
2. „*Lebensgefährlich Getroffene*“, bei denen eine sofortige Hilfe erforderlich ist, insbesondere bei schweren Blutungen.
3. Verletzte, bei denen eine Amputation noch möglich ist, sowie Knochenbrüche etc.
4. Verwundete, die abtransportiert werden können
5. Einfachere Verwundungen, die mittels Verband oder einfacher chirurgischer Eingriffe behandelt werden können.²⁷⁴

Während im 19. Jahrhundert Verletzte mit Bauchschüssen noch kaum Überlebenschancen hatten, verbesserte sich die Situation durch medizinische Fortschritte im Ersten Weltkrieg merklich. Allerdings erkannte man auch, dass sich lange Transportwege negativ auswirkten, weshalb die Sanitätsstationen des Etappenraumes immer näher an die Front verlegt wurden.²⁷⁵

Auch in den Lebenserinnerungen von Marianne Jarka klingt dies manchmal durch, vor allem wenn sie in die Gewissensentscheidungen des Arztes miteingebunden war. In Kapitel 4.5.2 Krankenschwester und Arzt wird eines ihrer Erlebnisse beschrieben bei welchem sie Zeugin einer Entscheidung darüber war, einen Soldaten wieder fronttauglich zu machen, oder ihn auf einen Heimaturlaub zu schicken.

Der Begriff der Triage, den das Rote Kreuz noch heute bei der Organisation der Sanitätshilfsstellen im Fall von Großunfällen und Katastrophen verwendet, gliedert sich - kurz zusammengefasst - in vier Bereiche:

- *Priorität der Bergung (Bergetriage),*
- *Priorität der Behandlung (Triagestellen),*
- *Priorität des Transportes (Behandlungsstellen),*
- *Ggf. Änderungen der Behandlungs- oder Transportpriorität (Behandlungsstellen)* ²⁷⁶

im Krieg in: BLEKER, Johanna, SCHMIEDEBACH, Heinz- Peter (Hg.), Krieg und Medizin. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 – 1985, Frankfurt am Main, 1987, 211 – 232, hier: S. 214.

²⁷⁴ Zitiert nach ebenda, S. 215.

²⁷⁵ Ebenda, S. 219.

²⁷⁶ Zitiert nach: Lehrbuch des Österreichischen Roten Kreuzes zur Ausbildung von Rettungssanitätern, Katastrophen- Großunfälle- Gefahrgutunfälle, Organisation der Sanitätshilfsstation, Wien, 2004, hier: S. 70

Ob Marianne Jarka an dieser Einteilung der Verwundeten mitgewirkt hat, geht aus ihren Erinnerungen zwar nicht hervor, aber sie erwähnt die Eindrücke, die die Ankunft der Blessiertenwägen von den Schützengräben im Feldlazarett auf sie gemacht haben. Es kann angenommen werden, dass sie als Operationsschwester und angesichts des Ärztemangels in diese schwierigen Entscheidungen miteingebunden war.

4.4.5 Andere Krankenschwestern an der Südwestfront

Wie im ersten Kapitel unter dem Punkt Frauenhilfsvereine schon angemerkt, gab es viele Krankenschwestern, die durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit bei diversen Vereinen, aus patriotischen Gründen Krankenschwester wurden aber leider gab es nur wenige, die Tagebuch führten oder eine Autobiographie verfassten. Jedenfalls weiß man nur von jenen, deren Manuskripte veröffentlicht wurden und solchen, die ihre Nachlässe zur Verfügung stellten.

Eines der bekanntesten Werke ist sicherlich das Tagebuch von Nora Gräfin von Kinsky, die ihren Rotkreuz Einsatz an der Ostfront versah. Ihre Aufzeichnungen ermöglichen einen beeindruckenden Einblick in die dortigen Geschehnisse, da sie diese sehr genau beschreibt.²⁷⁷

Über den Einsatz an der Südwestfront schreibt Eveline Hrouda.²⁷⁸ Sie meldete sich beim Roten Kreuz aus Lust am Abenteuer und weniger aus patriotischem Denken, was in den Schriften des Roten Kreuzes aus dieser Zeit zu lesen ist. Ihre Ausbildung erhielt sie in Brünn, dann wurde sie Hilfspflegerin. Wichtige pflegerische Erfahrungen machte sie vor allem in einem Epidemiespital in Petrikau und anschließend in Troppau. So war ihr erstes Einsatzgebiet an der Nordost Front. An die Südwestfront kam sie am 23. Juli 1917, als freiwillige Malteser Schwester, in die Chirurgengruppe IV.²⁷⁹ Unter anderem schildert sie in ihrem Tagebuch ihre Eindrücke an der Südwestfront im Oktober 1917 wie folgt:

„An der Front wurden eifrigst Vorbereitungen zur zwölften Isonzoschlacht getroffen. Imposant war der Aufmarsch des zur Verstärkung herbeikommandierten deutschen Militärs. Tage und nächtelang marschierte und fuhr es, so dass unsere Barracken erzitterten, ein nie

²⁷⁷ KINSKY, Nora Gräfin von, Russisches Tagebuch 1916 – 1918, Stuttgart, 1976.

²⁷⁸ HROUDA, Eveline, Barmherzigkeit. Als freiwillige Malteserschwester im Weltkrieg, Graz, 1995.

²⁷⁹ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 410f.

endenwollender Zug. Truppen, Fuhrwerke, Geschütze reihten sich aneinander und es regnete in Strömen. Plötzlich geht ein Ruck durch die ganze Kolonne; die Straße war wegen einer Erdrutschung unpassierbar geworden [...]. Mit Schauern denke ich noch heute an jene Begräbnisse, als man die armen Menschen, nackt, nur mit ihren Verbänden in die Grube warf, wo sie in dem Grundwasser fast verschwunden. Welch ein Glück, dass den Angehörigen der Schmerz erspart geblieben ist, ihr Liebstes so in fremder Erde ruhen zu sehen.“²⁸⁰

Es ist beeindruckend, wie genau Eveline Hrouda ihre Tätigkeit in ihrem Tagebuch darstellt. Sie stellt ihre anfänglichen Schwierigkeiten, sich unter dem Kommandanten und Chefarzt zu positionieren, sehr anschaulich dar: Denn dieser wollte sich von seinen Berufskrankenschwestern nicht trennen, weil sie schon gut eingearbeitet waren. Hrouda arbeitete zusammen mit vier Ärzten und sechs Krankenschwestern, sowie weiterem Sanitätspersonal.²⁸¹ In ihren Aufzeichnungen wird man, ähnlich wie bei Marianne Jarka, als Lesender/Lesende Teil der unglaublichen Situationen, in welchen sich diese Frauen befunden haben.²⁸² Der Anblick der dem Tode geweihten Soldaten beschreibt Marianne Jarka wie Eveline Hrouda als kaum zu ertragen.

Daniela ANGETTER und Brigitte BIWALD haben beide in ihren Dissertationen jeweils ein eigenes Kapitel über Frauen in der Krankenpflege verfasst, eine betitelt es als „*Erfahrungen von Krankenpflegerinnen*“ und die andere als „*Frauen an der Front*“. Es zeigt sich, dass es leider wenig Erfahrungsberichte von Krankenschwestern gibt, zumal beide Autorinnen jeweils Eveline Hrouda und Mary Gasch zitieren; letztere war ebenfalls an der Südwestfront stationiert und war auf italienischer Seite auf 1700m in Caldonazzo. Auch sie wurde als Operationsschwester eingesetzt. Mary Gasch hatte alles Menschenmögliche getan, um die an sie geschickten Verletzten am Leben zu erhalten. Eine weitere Krankenschwester, Marie Gabrielle Gräfin Lodron, wurde ebenfalls beim Roten Kreuz, und zwar in München ausgebildet. Sie war eine Berufskrankenschwester und wurde in Pellizzano, Vermiglio und Santa Catharina eingesetzt. Sie bekam sogar die selten verliehene Florence Nightingale Medaille.

²⁸⁰ Vgl.: HROUDA, Barmherzigkeit. Als freiwillige Malteserschwester im Weltkrieg, Graz, 1935, hier: 160 – 162.

²⁸¹ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 410f.

²⁸² Leider können keine genauen Angaben gemacht werden, wie viele Krankenschwestern sich tatsächlich an der Front befanden. Jedoch wird in Kapitel 4.5.2 versucht, der Frage noch einmal genauer nachzugehen.

Besonders erwähnenswert ist, dass sie am Tonnale Paß alleine eine Typhusinfektionsanstalt leitete, was aus ihrem Nachlass hervorgeht, den Daniela ANGETTER zitiert.²⁸³

Brigitte BIWALD zitiert noch Susanne Hoerner Heintze, welche - wie alle anderen hier beschriebenen Krankenschwestern - auch Operationsschwester war. Ihr Arbeitsort war die Gebirgsbrigadesanitätsanstalt Soca, welche eine der wichtigsten Anstalten in diesem Gebiet war und auch sehr oft unter Beschuss lag. In der Dissertation von BIWALD werden auch „*zwischenmenschliche Beziehungen*“ stark betont. So beschreibt sie Probleme wie Streit zwischen dem Sanitätspersonal vor Ort und dem alltäglichen Stress, sowie den großen Schlafmangel. „... *bei nur zwei Stunden Schlaf pro Nacht waren Ärzte und Pflegepersonal äußerst gereizt*“, schreibt BIWALD und weiter, dass die Schwestern manchmal zwei Wochen nicht „*aus den Kleidern heraus*“ kamen. Auch lernte Mary Gasch junge und alte Soldaten kennen, die in fünf Sprachen gedruckte Grußkarten mit dem einzigen Satz „*Ich bin gesund - es geht mir gut*“ verschicken mussten.²⁸⁴

4.4.6 Kriegsgefangenschaft und Nachkriegszeit

Marianne Jarka schreibt zum Ende des Krieges Folgendes:

„Man merkte es geht dem Ende zu. In einer Allee in der Umgebung hingen auf einigen Bäumen schon abtrünnige Soldaten mit der Tafel „So geht es jedem Verräter“ Auch im Spital fanden sie einen. Im Überschwang im halbierten Leder fanden sie angeblich den Beweis. Schon wurden die mobilen Spitäler nahe der Front ausgelöst. [sic]“²⁸⁵

Jarka beschreibt diese Übergangszeit zwischen Flucht der eigenen Soldaten ins Hinterland und der nahenden Kriegsgefangenschaft weiters mit folgenden Worten:

„[...]Bertha und ich blieben bei den armen Teufeln. Wir blieben dann zusammen mit den Soldaten als Gefangene

²⁸³ Vgl.: ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 233f.

²⁸⁴ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 412.

²⁸⁵ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 84.

zurück. Die hässlichste Zeit war der Übergang zwischen der Flucht unserer Truppen und der Übernahme des Spitals durch die Italiener. Wir hatten viele Tote, die beerdigt gehörten - knapp vorher war eine Grippewelle gewesen — wir durften aber das Kloster nicht verlassen.“²⁸⁶

Diese letzten Kriegswochen sollen zunächst kurz dargelegt werden:

In den letzten Oktobertagen 1918 kam es an der Südwestfront zur Auflösung des k. u. k. Heeres und Tausende von Soldaten stürmten die Bahnhöfe und Züge. Einen „zweiten Schub“ gab es - vor allem auf den Bahnhöfen von Trient und Latisana, als insbesondere ungarische Truppen über Udine, Görz und Triest in ihre Heimat zurück wollten.²⁸⁷

Gegen Kriegsende mangelte es an Bekleidung und vielen anderen essentiellen Dingen. Den Soldaten setzte auch die Witterung extrem zu.²⁸⁸ Und schließlich war für viele von ihnen der Empfang in der Heimat - nach wochenlangen Märschen und Transporten - ein enttäuschendes Erlebnis, denn inzwischen war die Monarchie zerfallen und der jungen Republik galten die Heimgekehrten nicht als Angehörige ihrer eigenen Armee, sondern es wurde vielerorts versucht, sie in andere Gemeinden abzuschieben, damit man sich nicht um sie zu kümmern brauchte.²⁸⁹

Das war für viele Soldaten und auch für die vielen heimgekehrten Krankenpflegerinnen sehr ernüchternd. Aus einem von fünf Schwestern an den Sanitätschef des Militärkommandos Wien am 8. Dezember 1918 verfassten Schreiben geht hervor, dass sich diese mit der Massenkündigung der Krankenpflegerinnen nicht abfinden wollten. Im Kriegsspital in Meidling wurden von 135 Schwestern 75 zum ersten Jänner 1919 gekündigt. „Das Zurückströmen von etwa 2500 Armeeschwestern“ habe „*beklagenswerte Verhältnisse unter den Pflegerinnen*“ ausgelöst, heißt es in diesem Schreiben. Diese fünf Schwestern erklären „*es geht nicht an durch Massenkündigungen dieses Elend noch zu steigern.*“ Sie forderten deshalb „*eine*

²⁸⁶ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 85.

²⁸⁷ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 593.

²⁸⁸ Ebenda, S. 591.

²⁸⁹ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 2, hier: S. 583.

allmähliche Überführung der Militärflegerinnen in die berufsmäßige Krankenpflege“²⁹⁰

Als mit dem Gesetz vom 18. Dezember 1918 – also unmittelbar nach Kriegende – das Wahlrecht für Frauen eingeführt wurde, konnte man noch davon ausgehen, dass dies der Beginn einer Besserstellung der Frauen mit sich bringen würde; nicht zuletzt als Dank für die wichtige Rolle, die Frauen im Ersten Weltkrieg gespielt haben. So schrieb der Wiener Bürgermeister in der Reichspost vom 9. Dezember 1918: „*Es ist ein Zoll der bescheidenen Dankbarkeit, den Frauen die vollsten Staatsbürgerrechte zuzuerkennen.*“²⁹¹

Frauen übten aber nicht nur das aktive, sondern auch das passive Wahlrecht aus und so gab es mit 19 Frauen von 408 Abgeordneten im ersten Nationalrat der Ersten Republik eine Quote an weiblichen Abgeordneten von zunächst 4,67 Prozent.²⁹²

In der Arbeitswelt änderte sich allerdings wenig. Nachdem etwa ab Dezember 1915, vor allem auf Betreiben von Frauenorganisationen viele Arbeitsbereiche in Österreich von Frauen eingenommen wurden, beanspruchten die aus dem Krieg heimgekehrten Soldaten wieder ihre alten Arbeitsplätze. Die im Ministerium für soziale Fürsorge bereits im Jänner 1918 eingerichtete Kommission für Frauenarbeit, an der auch verschiedene Frauenorganisationen mitarbeiteten „*unterstützte zum Beispiel die Bestrebungen, die entlassenen `weiblichen Hilfskräfte` aus der Armee und die ehemaligen Arbeiterinnen aus der Kriegsindustrie vor allem wieder in hauswirtschaftlichen Betrieben oder in der Landwirtschaft unterzubringen.*“, wie BADER-ZAAR und HÄMMERLE schreiben. So wurde versucht „*Frauen wieder dorthin zu drängen, wo sie nach Einschätzung der meisten hingehörten, nämlich in die Land- und Hauswirtschaft, die Heimarbeit etc.*“²⁹³

Selbst jene Frauen, die höhergestellte Positionen innehatten, wie beispielsweise die Kriegskrankenschwestern, wurden, wie oben geschildert, benachteiligt. Die Leistungen der Krankenschwestern wurden in vielen Fällen erst sehr spät gewürdigt, manchmal erst im Nationalsozialismus. So erhielt eine, Anna Steiger, erst am 18. Oktober 1937

²⁹⁰ ÖSTA./AdR/Min. f. Soz. Verw./VG/Akt/ 2127 – 1918, Karton 1591, Krankenpflegewesen: Fachorganisation der g. Krankenpflege, Fürsorge. u. verwandte Berufe, betrifft Massenkündigungen von Pflegerinnen im Kriegsspital Nr. 4, Meidling, An den Sanitätschef des Militärkommandos Wien.

²⁹¹ BADER-ZAAR, Birgitta, HÄMMERLE, Christa, Times of Trouble. Transformationen von Geschlechterordnungen in Nachkriegszeiten des 20. Jahrhunderts - Erster Weltkrieg: Fallbeispiel Österreich, 1-21; online unter: <http://www.univie.ac.at/Geschichte/Neuverortung-Geschlechtergeschichte/salon21/?p=1245>, (18.11.2009), hier: S. 12.

²⁹² Vgl.: HAUCH, Gabriella, Frauen bewegen Politik. 1848 – 1938, Innsbruck, Wien, 2009, hier: S. 158.

²⁹³ Zitiert nach: BADER-ZAAR, HÄMMERLE, Times of trouble, hier: S. 13.

zur Erinnerung für ihren Einsatz im Ersten Weltkrieg „*im Namen des Führers und Reichskanzlers das `Ehrenkreuz für Frontkämpfer`*“²⁹⁴

Bei den wenigen Ärztinnen, die es am Ende des Ersten Weltkrieges gab „*geschah der `Hinauswurf` explizit durch einen Erlass des Staatsamtes für Volksgesundheit vom 15. Dezember 1918, der sie zwang, ihre im Krieg erhaltenen Stellen in den Spitälern der Etappenbereiche zugunsten männlicher Kriegsheimkehrer aufzugeben.*“²⁹⁵

Wie schon geschildert, gab es nach der Rückkehr ins Heimatland auch große Probleme am Wohnungsmarkt. Ein Kapitel in Marianne Jarkas Autobiographie nennt sie „*Mit 54 Millionen auf Haussuche*“²⁹⁶. So suchte sie mit ihrem Vater, um den sie sich unter Anderem nach dem Krieg kümmerte, ein Haus für sich und ihn. Doch sie fanden nichts Passendes und landeten schließlich wieder in Wien, wo Marianne Jarka nun eine Zeit lang lebte. Nach dem Tod ihres Vaters versuchte sie als Näherin zu überleben. Es war sehr schwer für sie, ausreichend bezahlte, Arbeit zu finden, nachdem auch sie ein Opfer dieser Verdrängung weiblicher Arbeitskräfte wurde.²⁹⁷

In dieser für sie wohl sehr schweren Zeit verkaufte sie auch das wenige Wertvolle, was ihr von ihren Eltern geblieben war. Folgendes Zitat ist sehr charakteristisch für diesen Zustand: „*Und ich gab die Sachen her und kaufte Milch dafür. So ging Stück für Stück aus der Wohnung. Die Kriegsauszeichnungen gab ich der Milchfrau für einen Liter, sie gab sie ihrem Buben zum Spielen*“²⁹⁸

Dieses Zitat, das auch BADER-ZAAR und HÄMMERLE in ihrem Vortrag „Times of Trouble“ am Schluss erwähnen, zeigt deutlich, dass die Existenzsorgen größer waren als die Wertschätzung für die erworbenen Kriegsdekorationen.²⁹⁹

4.5 Geschlechterspezifische Aspekte bezogen auf die Front

Motivationen für Frauen im Ersten Weltkrieg an die Front zu gehen, gab es viele; In Marianne Jarkas Fall war dies offenbar auch die Sehnsucht nach ihrer Jugendliebe. Im Folgenden werden die geschlechterspezifischen Aspekte beschrieben, die sich durch das Bearbeiten ihrer Autobiographie ergaben. Kapitel 4.5.1 leistet Aufklärung über die gängige Dichotomie von Front und Heimatfront, als männlich und weiblich codierten Ort. Dann folgen Ausführungen zur Rolle der Krankenschwester in Beziehung zum

²⁹⁴ Vgl.: ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 149.

²⁹⁵ BADER-ZAAR, HÄMMERLE, Times of Trouble, hier: S.14.

²⁹⁶ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 96.

²⁹⁷ Siehe Kapitel 4.2, Biografie, in der genauer beschrieben wird, wo sie sich in jener Zeit aufhielt.

²⁹⁸ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 103.

²⁹⁹ BADER-ZAAR, HÄMMERLE, Times of trouble, hier: S. 21.

Arzt als ihrem Arbeitgeber, und Soldaten als ihrem Patienten. Durch ihre spezifische Position drang sie in den männlich codierten Raum der Front ein.

4.5.1 Front und Heimatfront

Da Österreich-Ungarn und seine Verbündeten mit der Kriegserklärung an Serbien im Juli 1914 noch davon ausgingen, diesen lokalen Krieg mit einem raschen Sieg beenden zu können, wurde vor allem die wirtschaftliche Dimension einer länger andauernden Kriegsführung vernachlässigt.

Durch den steigenden Bedarf an Kriegsmaterial, aber auch an Medikamenten, Bekleidung, Heizmaterial etc. war der Staat gezwungen, teilweise zu stark überhöhten Preisen zu kaufen. Es gab zwar ein eigenes „*Kriegswucheramt*“, das Preistreiberei verhindern sollte, aber mangels rechtzeitiger Vorsorge waren Preissteigerungen um 50 bis 100 Prozent, z.B. für Verbandsmaterial und medizinische Geräte, schon im Herbst 1914 nicht zu vermeiden.³⁰⁰

Die Zivilbevölkerung war nicht nur in die Kriegsindustrie eingebunden, sondern auch in Arbeiten in sozialen und karitativen Einrichtungen der Heimat.³⁰¹

So entstand im Ersten Weltkrieg der Begriff „*Heimatfront*“, wodurch ersichtlich wurde, welche Bedeutung – insbesondere die Frauen – im Hinterland hatten.³⁰²

Bereits am 31. Juli 1914 wurde in Deutschland aus dem „*Bund deutscher Frauenvereine*“ der „*Nationale Frauendienst*“ mit dem Ziel gegründet, Frauen für die „*vaterländische Arbeit an der Heimatfront*“ zu mobilisieren. In Österreich-Ungarn wurde als ähnlicher Zusammenschluss die „*Frauenhilfsaktion im Krieg*“ gegründet. Sie war eine Zusammenführung aller wichtigen Frauenvereine und „*Flügel der Frauenbewegung*“³⁰³. Dazu schreibt Christa HÄMMERLE, dass sich diese Frauenvereine „*gewissermaßen als Kompensation für den Frauen verwehrten Wehrdienst – der Sammlung von Spenden und der Herstellung von Kleidung oder Verbandsmaterial für Soldaten sowie der Hilfe in den Lazaretten widmeten.*“³⁰⁴

Ergänzend dazu muss noch das sowohl in Österreich-Ungarn, als auch in Deutschland populäre „*Liebesgabensystem*“ genannt werden: Das Verschicken von

³⁰⁰ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 1, hier: S. 157f.

³⁰¹ Ebenda, S. 169.

³⁰² Vgl.: HAGEMANN, Heimat-Front, hier: S. 20.

³⁰³ Ebenda, S. 21. Über die Geschichte der Frauenhilfsvereine des Roten Kreuzes wird in Kapitel 2.1.3.3 genauer Stellung bezogen, besonders die Kriegskrankenpflegerinnen anbetreffend, weil sie den Männern an der Front am Nächsten waren.

³⁰⁴ HÄMMERLE, Von den Geschlechtern der Kriege, hier: S. 129.

Geschenkpaketen mit Lebensmitteln und Zigaretten, sowie mit selbst gestrickten Wollsachen und sonstiger Wäsche etc. Diese Kriegsfürsorgeaktion richtete sich direkt an die Soldaten an der Front und sollte deren Motivation für den Kampf gegen den Feind und für die Heimat stärken: *„Das Liebesgabensystem des Ersten Weltkrieges war somit ein Versuch, die familiären Bande zwischen Mutter und Sohn, Vater und Tochter, Ehemann und Ehefrau, Bruder und Schwester auf ein abstraktes Geschlechterverhältnis zwischen der männlich assoziierten Front und der weiblich assoziierten Heimat auszuweiten oder zu übertragen.“*³⁰⁵

Dabei muss man aber berücksichtigen, dass die Initiatorinnen des „Nationalen Frauendienstes“ bzw. der „Frauen-Hilfsaktion im Kriege“ vor allem politische Ziele verfolgten, denn sie wollten Vereine der bürgerlichen Frauenbewegung, die bisher getrennt agierten, ebenso integrieren wie die sozialistische Frauenbewegung.³⁰⁶

In Wien stand diese parteiübergreifende Organisation unter der Patronanz der Gattin des Bürgermeisters, Bertha Weiskirchner, die es ermöglichte, dass die Gemeinde Wien bereits ab August 1914 für die Aktivitäten dieser „Frauen-Hilfsaktion im Kriege“ Amtsräume zur Verfügung stellte. Das stärkte *„das Selbstbewusstsein der im Rahmen der Frauen-Kriegshilfe mobilisierten Frauen.“* und *„hob gleichzeitig ihren öffentlichen Status und Einfluß“*³⁰⁷

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch noch, auf die Etappenhelferinnen zu verweisen, die auf Grund der großen Verluste an der Front eingesetzt wurden, um Soldaten für den Frontdienst freizumachen.³⁰⁸ Vor allem ab dem Frühjahr 1917 wurden von der Heeresverwaltung den Ersatzkommanden *„weibliche Hilfskräfte bei der Armee im Felde“* zugewiesen. HACKER spricht von über 50.000 Ambulanzgehilfinnen, Telefonistinnen, Köchinnen, Schneiderinnen etc. *„Die stille Resistenz der gesunden Männer gegen den Verlust ihrer Arbeitsplätze in der Etappe und gegen ihre Verschickung in die Schützengräben“*, ist verständlich, war doch Front und Militär eindeutig männlich codiert.³⁰⁹

³⁰⁵ HÄMMERLE, Christa, „Habt Dank ihr Wiener Mägdelein ...“. Soldaten und weibliche Liebesgaben im Ersten Weltkrieg, in: L'Homme, Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft 8, Heft 1, Wien, 1997, 132 – 155, hier: S. 135.

³⁰⁶ Vgl.: HAGEMANN, Front-Heimatfront, hier: S. 21f.

³⁰⁷ Zitiert nach BADER-ZAAR, HÄMMERLE, Times of Trouble, hier: S. 6.

³⁰⁸ Vgl.: BADER-ZAAR, HÄMMERLE, Times of Trouble, hier: S. 22.

³⁰⁹ HACKER, Ein Soldat ist meistens keine Frau, hier: S. 52.

Damit traten Frauen direkt an die Stelle von Männern und übernahmen deren Aufgaben, wodurch diese Etappenhelferinnen „*die Grenzen der Geschlechterordnung stärker in Frage stellten*“³¹⁰

4.5.2 Krankenschwester und Arzt

Um das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenschwestern an der Front und im Etappenraum zu verstehen, muss die geschlechterspezifische Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen traditionell männlicher (medizinischer) und traditionell weiblicher Pflege bedacht werden. Während in den USA Frauen bereits 1853 zum Medizinstudium zugelassen waren, in England immerhin schon 1876³¹¹, war es ihnen in Österreich erst durch das Gesetz vom 3. September 1900 möglich den Arztberuf zu ergreifen. Damals öffneten sich die „Tore“ der medizinischen Fakultät für Frauen, das heißt sie durften ab jetzt studieren. Die erste Ärztin in Wien war Gabriele Possaner von Aehrental, deren in der Schweiz abgeschlossenes Medizinstudium 1897 anerkannt wurde.³¹²

Nach Meinung der meisten Ärzte waren Frauen in der Krankenpflege vor allem für Arbeiten wie Wäsche waschen, Betten machen und das Putzen der Krankensäle geeignet, also für Tätigkeiten, die von männlichem Pflegepersonal ohnedies abgelehnt wurden. Hinzu kam – schon eher bezogen auf den eigentlichen Pflegedienst – das Anlegen und Wechseln von Verbänden.³¹³

Da nach damaligem Verständnis die Frau „*in der Dienstpflicht der Heimat*“ dem „*Krieger*“ an der Front gegenüber stand, ist es auch verständlich, dass im Ersten Weltkrieg drei Fünftel des gesamten Pflegepersonals Träger, Sanitäter und Ärzte, also Männer, waren.³¹⁴ Diese Relation bezieht sich zwar auf Deutschland aber „*die unbestreitbare Rückständigkeit des (weltlichen) Pflegewesens in Österreich vor dem Ersten Weltkrieg*“ wird wohl eine ähnliche Relation zwischen männlichem und weiblichem Pflegepersonal in Österreich-Ungarn bedeutet haben.³¹⁵

³¹⁰ Ebenda, 22f.

³¹¹ Vgl.: GRUNDHEWER, Die Kriegskrankenpflege, hier: S. 158.

³¹² Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, hier: S. 90.

³¹³ Vgl.: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 155.

³¹⁴ SCHULTE, Die verkehrte Welt des Krieges, hier: S. 83-85.

³¹⁵ BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 160.

Wie viele Schwestern „während des Ersten Weltkrieges zum Einsatz kamen lässt sich nicht genau belegen“³¹⁶ Aber in einem Schreiben von fünf Schwestern an das Militärkommando Wien vom Dezember 1918 – siehe in Kapitel 4.4.6 – ist „von etwa 2500 Armeeschwestern“ die Rede. Wesentlich höher dürfte die Zahl der weiblichen Hilfskräfte nicht gewesen sein. So berichtet Hanna HACKER von über „50.000 Ambulanzgehilfinnen“, die ab dem Frühjahr 1917 von der Heeresverwaltung den Ersatzkommanden zugewiesen worden seien.³¹⁷

Die abwertende Haltung der Ärzte gegenüber Krankenpflegerinnen war nicht neu: Schon im Krimkrieg, also Mitte des 19. Jahrhunderts, wird von Florence Nightingale berichtet, dass sie und ihre Krankenpflegerinnen von den Ärzten und Offizieren zunächst ignoriert wurden. Anfangs wurden sie deshalb auch nur für Reinigungsarbeiten im Lazarett herangezogen. Die eigentliche Kriegsrankenpflege war damals noch klare Männersache. Hinweise darauf wurden schon im ersten Kapitel dieser Diplomarbeit bei der Beurteilung der Geschichte der Kriegsrankenpflege gegeben.³¹⁸

Noch negativer in der Beurteilung weiblicher Krankenpflege ist der Beitrag eines Wiener Chirurgen aus dem Ersten Weltkrieg, welcher dies schon am Titel erkennen lässt: „*Das Debacle der Frau im Feldsanitätsdienst*“³¹⁹

Mit der zunehmenden Zerstörungsgewalt und Brutalität des Krieges, mit vielen Toten und Verwundeten, kam es zwar zu einem vermehrten Bedarf an Pflegepersonal und damit auch zu einem Statusgewinn der Krankenpflegerinnen, jedoch zunächst nur gegenüber Patienten und nicht im Verhältnis zu den Ärzten.³²⁰

Es muss aber an dieser Stelle gesagt werden, dass nicht alle Ärzte eine negative Einstellung zu Kriegsrankenpflegerinnen hatten. So sei das Beispiel des Generalstabsarztes Kirchenberger erwähnt, von dem die Äußerung überliefert ist, dass „*das Weib die geborene Krankenpflegerin sei*“³²¹ Allerdings ist das ganz in

³¹⁶ PANKE-KOCHINKE, Birgit, SCHAIDHAMMER-PLACKE, Monika, Frontschwestern und Friedensengel. Kriegsrankenpflege in der Etappe im Ersten und im Zweiten Weltkrieg, in: WALTER, Ilsemarie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil (Hg.), Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, 123-155, hier: S. 129.

³¹⁷ Vgl.: HACKER, Ein Soldat ist meistens keine Frau, hier: S. 52, siehe auch Kapitel 4.5.1

³¹⁸ Vgl.: GRUNDHEWER, Die Kriegsrankenpflege, hier: S. 143.

³¹⁹ Zitiert nach: STIASSNY, Sigmund, Über die angebliche Verrohung und Verwilderung im Kriege und durch denselben, in: der Militärarzt I, 1918, bei BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 1, hier: S. 91.

³²⁰ Vgl.: BOLGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 172.

³²¹ Zitiert nach BIWALD, Von Helden und Krüppeln, hier: S. 91.

Übereinstimmung mit einer biologistischen Sicht der Geschlechterdifferenz. Es gab wohl auch verständliche Gründe für die negative Einstellung:

Zunächst lag das vor allem daran, dass die meisten dieser Krankenpflegerinnen noch nicht fertig ausgebildet waren. Die im ersten Kapitel erwähnte Verordnung, die die berufsmäßige Krankenpflege mit zweijähriger Ausbildungsdauer regelte, war ja erst wenige Tage vor Kriegsbeginn erlassen worden. Dazu kam, dass sehr viele – zum Teil noch sehr junge – Hilfspflegerinnen sich für den Einsatz an der Front gemeldet hatten, die nur sehr mangelhaft ausgebildet waren.³²² Wohl auch darum war die Aufnahme dieser Krankenpflegerinnen in den Feldlazaretten nicht gerade freundlich. So schreibt Eveline Hrouda in ihren Erinnerungen, dass sie und ihre Kollegin vom „*Chefarzt Dr. St. als ganz unwillkommene Ankömmlinge*“ empfangen wurden.³²³ Sie musste sich mit ihrer Mitschwester selbst eine Unterkunft besorgen und die beiden erhielten zunächst nicht einmal irgendwelche Anweisungen, ihre Arbeit betreffend.³²⁴

Im Folgenden werden noch einige andere Faktoren genannt, die diese ablehnende Haltung - neben der erwähnten - oft mangelnden Ausbildung und der Haltung gegenüber Frauen ganz allgemein – etwas klarer herausstreichen sollen:

- Frontärzte waren „oft überarbeitet, gereizt, saugrob.“³²⁵ Ein verständlicher Schutzmechanismus, wenn man bedenkt, unter welchen Bedingungen häufig gearbeitet und operiert werden musste. Diese Gereiztheit kann man im zitierten Fall aber auch auf große organisatorische Mängel und damit auf Kommunikationsprobleme zurückführen. Wie schon im Kapitel „*die Eingliederung des Roten Kreuzes in die Heeressanität*“ geschildert, gab es neben dem Generalinspektor der freiwilligen Sanitätspflege in Person des Erzherzog Franz Salvator einen k.k. Kommissär der freiwilligen Sanitätspflege. Graf Rudolf Abensperg-Traun bekleidete dieses Amt seit 31. Juli 1914 und er war in dieser Funktion nicht nur für die Organisation des Roten Kreuzes im Hinterland und an der Front verantwortlich, sondern auch für die

³²² Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, hier: S.91.

³²³ ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 234.

³²⁴ Ebenda, S. 234.

³²⁵ Zitiert nach: STRIFFLER, Robert, Minenkrieg in Ladinien 1915/1916, in: Schriftenreihe zur Zeitgeschichte Tirols 19, 1996, bei BIWALD, Von Helden und Krüppeln, hier: S. 101.

„Koordination sämtlicher sanitätsdienstlicher Leistungen aller Vereine der freiwilligen Krankenpflege“³²⁶

Johann Steiner, Chef der Feldsanität und damit Sanitätschef der Armee war in seiner Arbeit, organisatorisch durch die Einschlebung von drei Zwischenstellen (Chef des Generalstabes, Generalquartiermeister und Chef der Quartiermeisterabteilung) behindert.³²⁷

Dadurch konnte es geschehen, dass Krankenschwestern an die Front abkommandiert wurden, obwohl sie vom zuständigen Frontarzt nicht angefordert worden waren. So wurden die erwähnten Krankenschwester Eveline Hrouda und ihre Kollegin als „unwillkommene Ankömmlinge“ empfangen. Der Chefarzt war nicht informiert, dass zwei seiner „tüchtigen und eingearbeiteten Schwestern“ ausgetauscht werden sollten.³²⁸

Andererseits kam es auch vor, dass Krankenschwestern an der Front zwar dringend benötigt worden wären, aber – siehe das Zitat eines Kaiserjägers weiter unten – noch in der Heimat auf ihren Einsatz warteten.

- Ein Spannungsverhältnis ergab sich auch aus der unterschiedlichen Einstellung zu militärischer Disziplin: Während die Ärzte an der Front einen militärischen Rang bekleideten und damit den von ihnen geforderten Gehorsam und Disziplin auch von den ihnen unterstellten Krankenpflegerinnen und Helferinnen forderten, waren diese - in militärische Strukturen nicht eingebunden – bestrebt, ihre Arbeit vor dem Hintergrund ihres Wissens und ihrer praktischen Erfahrung auszuführen. Sie setzten sich dabei manchmal, nicht zuletzt wegen der Arbeitsüberlastung der Ärzte, über die ihnen zugewiesenen Aufgaben hinweg, was „zu merkwürdigen Grauzonen in den Kompetenzen der Pflegepersonen“³²⁹ führte.

Auch Marianne Jarka berichtet von Arbeiten im Feldspital, die ihre eigentliche Kompetenz auf Grund der faktischen Situation im Feldspital überstiegen. Es ging um eine Beinamputation, bei welcher sie assistierte und auch „instrumentieren“ musste: „[...]der Zahnarzt hätte den armen Teufel schon im Anfang abgehäutelt, die Blutgefäße gekürzt, die Nerven

³²⁶ ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 191.

³²⁷ Vgl.: BIWALD, Von Helden und Krüppeln, Bd. 1, hier: S. 116.

³²⁸ ANGETTER, Dem Tod geweiht und doch gerettet, hier: S. 234.

³²⁹ MALLEIER, Zur Frage der Geschlechterdifferenz, hier: S. 297.

abgebunden, denn ich habe ihm jede Vene oder Arterie gezeigt, die Klemme dafür in die Hand gedrückt, mit der Krallenpinzette den Nerv hervorgezogen und gekürzt. Sonst würde der arme Kerl brüllen vor Schmerzen. Oh, wie waren wir alle froh, als es vorüber war. Und der Operateur auch. Es ist keine Prahlerei, wenn ich das niederschreibe; ich habe bei unzähligen Operationen instrumentiert. Der Chirurg verlangt kein Instrument, man muß es ihm in die Hand geben, was er braucht. Außerdem hat mich dies alles persönlich interessiert. Der Dozent, wenn er sah, dass man aufmerksam war, erklärte einem die Sache“³³⁰.

Die Tatsache, dass ein Zahnarzt sich als Chirurg versuchte, klingt sehr seltsam, wird aber verständlich, wenn man bedenkt, dass es mit Fortdauer des Krieges und dem Anstieg der Zahl an Verwundeten an der Front einen Ärztemangel gab, sodass sogar Medizinstudenten im Rahmen der Ausbildung als Einjährig-Freiwillige *„nach ganzen sechs Wochen Ausbildungszeit bei Infanterie und Jägertruppe [...] zum Frontdienst herangezogen“³³¹* wurden. So heißt es in einer Denkschrift des Kriegsministeriums, in welcher die Ausbildung der Ärzte der Reserve und der Einjährig-Freiwilligen Mediziner kritisiert wird: *„So wies man ihm ohne Rücksicht auf sein fachliches Wissen dem SanHilfsdienst zu [...]“³³²*

- Ein nicht unwesentlicher Aspekt ist das ethisch-moralische Spannungsverhältnis: Frontärzte waren grundsätzlich dazu angehalten, verwundete Soldaten nicht nur zu heilen, sondern sie so rasch wie möglich wieder fronttauglich zu machen. *„Die Ärzte des Ersten Weltkrieges huldigten vielmehr einer neuen ärztlichen Sittlichkeit, welche das Wohl des gefährdeten Vaterlandes höher einstuft als dasjenige der einzelnen Kranken“* schreibt Esther FISCHER-HOMBERGER in einem Aufsatz über *„Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik“*, im Zusammenhang mit den *„so genannten Kriegsneurotikern.“³³³* Dagegen hatte die Krankenpflegerin das

³³⁰ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 74.

³³¹ BIWALD, von Helden und Krüppeln, Bd. 1, hier: S. 105.

³³² Ebenda, S. 106.

³³³ FISCHER-HOMBERGER, Esther, Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik, in: BLEKER, Johanne, SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 – 1985, Frankfurt am Main, 1987, 122 – 135, hier: S. 123.

Image, die hilflosen Verwundeten wie eine Mutter zu versorgen, weshalb sie nicht selten als „Friedensengel“ bezeichnet wurde.³³⁴

Marianne Jarka beschreibt dies so: *„Die vielen leicht Verwundeten mussten frische Verbände bekommen und wurden mit einer kurzen Krankengeschichte ins Hinterland geschickt. Wieviele blutverkrustete Verbände habe ich aufgeschnitten! Waren auch solche dabei, die nachgeholfen haben, ins Hinterland zu kommen. Sie mussten angezeigt werden, und das Kriegsgericht blühte ihnen. Mir hatte niemand etwas gesagt. Fand ich einen, bearbeitete ich die Wunde mit Jod und die Pulverschwärze mit dem scharfen Löffel. Sie bissen die Zähne zusammen, und ich machte mir keine Gewissensbisse. Kam er glücklich ins Hinterland, hatte ich vorläufig einer Mutter ihren Sohn, Kindern den Vater erhalten. Wer weiß, wie lange?“*³³⁵

Man kann sich angesichts der Begeisterung, mit der diese Krankenpflegerinnen an die Front kamen, die anfängliche Frustration gut vorstellen, wenn sie keine oder nur wenig Anerkennung bekamen und der erste Anblick von Schwerverletzten mit Bauch- oder Kopfschüssen Entsetzen auslöste.³³⁶

Auch Jarka war sichtlich beeindruckt, wenn sie ausruft: *„Du lieber Himmel, wer wusste, was Krieg ist.“*³³⁷

Gebraucht wurden aber all diese Schwestern – ob ausgebildete Krankenpflegerinnen oder Hilfspflegerinnen - mit Fortdauer des Krieges dringend, wie ein Kaiserjäger - wenn auch in abwertender Art und Weise - schrieb: *„Wo sind die vielen freiwilligen Pflegerinnen? Die sitzen wahrscheinlich in den Städten und warten und hier braucht man sie wie Salz.“*³³⁸

³³⁴ PANKE-KOCHINKE, SCHAIDHAMMER-PLACKE, Frontschwestern und Friedensengel, hier: S. 130.

³³⁵ Zitiert nach: JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 70.

³³⁶ Vgl.: PANKE-KOCHINKE, SCHAIDHAMMER-PLACKE, Frontschwestern und Friedensengel, hier: S. 136.

³³⁷ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 64.

³³⁸ Zitiert nach: OBERKOFER, Das Tagebuch von Hauptmann Huslig, o.A, bei BIWALD, Von Helden und Krüppeln, hier: S. 91.

4.5.3 Krankenschwester und Soldat

In einem Unterrichtsbuch über die Kriegskrankenpflege von 1913 liest man, in einer für damals üblichen Form, über die Charakterisierung einer „idealen“ Krankenpflegerin wie folgt: Nach Meinung des Autors sollte sie einem Verwundeten oder Kranken „erfüllt mit Sanftmut und Geduld“, „still und unverdrossen, ehrlich und verschwiegen“ gegenübertreten. Weiters heißt es hier, dass sie als Frau „dank ihrer sanften Natur, ihren zarten Händen, sowie nicht zuletzt dank ihrer angeborenen Charaktereigenschaften natürlicherweise den Männern in der Krankenpflege weit überlegen“ ist, da diese „grob und rauh [...] nichts zur Genesung beitragen konnten“.³³⁹

Das liest sich wie eine Schrift gegen die männliche Krankenpflege, die ja an der Front zunächst die Regel war. Allerdings verdoppelte sich die Zahl der zu Kriegsbeginn nur in der Etappe eingesetzten Krankenpflegerinnen von Dezember 1914 bis September 1915 – also in nur neun Monaten – von 3.344 auf 6.731. Daraus lässt sich schließen, dass die Krankenpflegerin nur nicht nur gebraucht, sondern wohl auch geschätzt wurden.³⁴⁰

PANKE-KOCHINKE und SCHAIDHAMMER-PLACKE zitieren aus Lazarettberichten im Ersten Weltkrieg ein ideologisiertes Bild von Soldat und Krankenpflegerin mit folgenden Worten: „Gegenüber treten sich in diesem frühen Modell der freudige Mut des Soldaten und die feine Liebe der Krankenschwester“ und weiter: „Sie zeigt sich ihm gegenüber als mütterliche und schwesterliche Kameradin, durchdrungen von einem Gefühl der Nächstenliebe und dem Bedürfnis zu helfen durch ihre Pflege.“³⁴¹

Vor allem bei jüngeren Soldaten galt eine Schwester häufig als „Mutter“, die, wie die Rot-Kreuz-Schwester Helene Mierisch in ihrer Autobiographie schreibt, die Soldaten trösten musste, wenn diese vor Heimweh und Kriegsschreck weinten.³⁴² Ähnlich auch eine andere Krankenpflegerin, die rückblickend schrieb, „Unter ihrer Pflege und

³³⁹ GRUNDHEWER, Herbert, Die Kriegskrankenpflege, hier: S. 141.

³⁴⁰ Vgl.: PANKE-KOCHINKE, SCHAIDHAMMER-PLACKE, Kriegskrankenpflege, hier: S. 129.

³⁴¹ Ebenda, S. 125.

³⁴² Vgl.: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 171.

Fürsorge wird der Kämpfer dankbar lächelnd wieder zum Kinde. Willenlos überlässt er sich den Mutterhänden, die für ihn sorgen.“³⁴³

Im Laufe des Krieges entwickelte sich, bedingt durch die unmittelbare Teilnahme vieler Krankenpflegerinnen an einer „*Risiko- und Extremsituation*“ auch ein anderes Bild, nämlich jenes der „*Kamerad Schwester*.“ So schreibt Margarethe von Rohrer: „*Auch mit den Patienten verband uns herrliche Kameradschaft, geschlossen in engster Schicksalsgemeinschaft ernster Tage.*“³⁴⁴ Marianne Jarka verwendet ebenfalls diesen Ausdruck, wenn sie über eine „*Oberschwester Bertha*“ schreibt, die „*zuverlässig und ein treuer Kamerad*“ gewesen sei.³⁴⁵

Auch wenn der nun folgende Kommentar den Zweiten Weltkrieg betrifft, so ist er doch kennzeichnend für das, was Frauen an der Front – z.B. bei Giftgasangriffen – miterleben mussten: Den Schwestern kam „*bisweilen die Rolle der einfühlsamen Trösterin für diejenigen Soldaten zu, die der Vernichtungskrieg überforderte. Zwischen Distanzierung und Loyalität entstand eine hilflose Kumpanei des Verschweigens.*“³⁴⁶ Ganz in diesem Sinne ist auch das heroische Gedicht vom 1. September 1942 mit dem Titel „*Kamerad – Schwester*“ zu sehen, das mit den Worten „*Treu ist der Kämpfer, der sich Schwester nennt, der für Dich sorget, nur ein Opfern kennt*“ beginnt.³⁴⁷ Nun war die Frontschwester als „*Heldin nach dem Kampf*“ dem „*Helden im Kampf*“ auch gleichgestellt.³⁴⁸

Andererseits gab es gleichzeitig ein völlig konträres Image. So meinte beispielsweise der Wiener Psychologe Wilhelm Stekel abwertend, Krankenpflegerinnen seien „*narzistisch*“ veranlagt, „*verliebt in die Pose der Liebesspendenden.*“³⁴⁹ Zweifellos muss es für viele von ihnen schwierig gewesen sein, sich einerseits von den Männern, die sie zu pflegen hatten, zu distanzieren, und andererseits erforderte gerade die Pflege eine besondere Nähe. Die Bezeichnung „*Kamerad Schwester*“ bildete eine Art „*sexuellen Schutzwall um die Schwester*“, weil sie damit den männlichen Soldaten brüderlich/kameradschaftlich verbunden war.³⁵⁰

³⁴³ Zitiert nach: PFLUG-HARRTUNG, Elfriede von, Frontschwestern. Ein deutsches Ehrenbuch. Unter Mitarbeit von zahlreichen Frontschwestern, Berlin, 1936, bei GRUNDHEWER, Die Kriegskrankenpflege, hier: S. 144.

³⁴⁴ ROHRER, Margarete von, Im Krieg gegen Wunden und Krankheit, Brünn, München, Wien, 1944, zitiert in: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Imagination „Schwester“, hier: S. 170.

³⁴⁵ JARKA, Erinnerungen 1889 – 1934, hier: S. 78.

³⁴⁶ PANKE-KOCHINKE, SCHAIDHAMMER-PLACKE, Kriegskrankenpflege, hier: S. 140.

³⁴⁷ Ebenda, Abbildung 2, S. 127.

³⁴⁸ GRUNDHEWER, Die Kriegskrankenpflege, hier: S. 145.

³⁴⁹ STEKEL, Wilhelm, Psychosexueller Infantilismus, Wien, 1922, zitiert nach: BIWALD, Brigitte, Von Helden und Krüppeln, Bd.1, hier: S. 93.

³⁵⁰ GRUNDHEWER, Die Kriegskrankenpflege, hier: S. 146.

PANKE-KOCHINKE und SCHAIDHAMMER-PLACKE formulieren noch konkreter: „Zwischen dem entsexualisierten Frauenbild der Krankenschwester als Mutter/Schwester/Dienerin/Jungfrau/Engel/Heldin und der erwachsenen Frau als Ehefrau und Geliebte, als sexuell begehrenswertem Wesen, steht die Angst und vermittelt eine androgyn konzipierte Variante der Kameradschaft [...]“³⁵¹ Bei der Charakterisierung der Kriegsschwester im Zweiten Weltkrieg heißt es hier sogar: „In ihrer Rolle als Kriegsschwester ist sie sexuell tabu.“³⁵²

Oft war es aber nicht nur platonisch eine „Ebene der Phantasie“, sondern reale Verliebtheit, wie ja auch Marianne Jarka bekennt, die von ihrem Soldatenfreund, Franzen, ein Kind bekam. Sie selbst ist sich nicht sicher, ob sie nicht doch dem „Zauber der Uniform“ erlegen war. Trotzdem kann man sie als eine selbst- und pflichtbewusste Krankenschwester charakterisieren, die sich ihrer großen Verantwortung als Operationsschwester bewusst war.

³⁵¹ PANKE-KOCHINKE,, SCHAIDHAMMER-PLACKE, Kriegskrankenpflege, hier: S. 152.

³⁵² Ebenda, S. 126.

5 Nachwort

Trotz der eingangs erwähnten mangelnden Basisdaten hoffe ich mit dieser Arbeit einen Einblick in die Geschichte der weiblichen Kriegkrankenpflege geben zu können, die ja den Grundstein für die Bedeutung der Frau in der Pflege ganz allgemein gelegt hat.

Alle Fragen, die ich mir selbst gestellt habe, konnten nicht beantwortet werden. So wollte ich zum Beispiel wissen, ob Marianne Jarka selbst entscheiden konnte, an die Südwestfront zu gehen, oder ob auch sie die Demütigungen der Soldaten nach verlorenem Krieg und Untergang der Monarchie erlebt hat, bzw. wie sie die Nachkriegszeit verkraftet hat. Der Antwort von Horst Jarka, dem heute 84 jährigen Sohn von Marianne Jarka, in seinem Mail vom 2. November 2009, habe ich nichts hinzuzufügen. Er schrieb: *„Ihre anderen Fragen gehören zu den vielen, die ich mir seit dem Tod meiner Mutter oft gestellt habe und deren Beantwortung nur ihr selber zustand. Uns bleiben nur Mutmaßungen übrig, die im Bereich des ganz Persönlichen immer gewagt sind.“*

6 Bibliographie

PRIMÄRQUELLEN

Archiv der Ordens Kanzlei des SMRO Österreich, Protokollbuch der Chirurgengruppe 3, 1914 -1917.

Bericht über die Kriegstätigkeit der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz 1914 – 1917, Wien, 1917.

COLZE, Leo, Das Rote Kreuz. Die Bedeutung des deutschen und österreichischen Roten Kreuzes, sowie des Roten Halbmondes, Weltkrieg 1914/1918, Berlin.

Das Rote Kreuz, Offizielles Organ der unter allerhöchsten Protektorate stehenden Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze, 14. Band, Heft 1, Wien, 17. Jänner 1908.

34. Generalbericht der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz für das Jahr 1913, Wien, 1913.

Generalbericht der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze für die Zeit vom 1. März 1914 bis 31. Dezember 1917, Wien, 1917.

Instruktion für die freiwilligen Sanitätsabteilungen der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze bei der Armee im Felde, o. J., o. O.

HROUDA, Eveline, Barmherzigkeit. Als freiwillige Malteserschwester im Weltkrieg, Graz, 1935.

JARKA, Marianne, Erinnerungen 1889 – 1934. Unveröffentlichtes Manuskript der „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“ am Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Wien, o. O., 1961, 111 Seiten.

Marianne Jarka. Von Liebe, Krieg, Armut, und anderen Umständen, in: Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen (Hg.), Ledige Mütter erzählen. (= Damit es nicht verlorengeht ... , Bd. 59), Wien, Köln, Weimar, 2008, 25–67.

Lehrbuch des Österreichischen Roten Kreuzes zur Ausbildung von Rettungssanitätern, Katastrophen- Großunfälle- Gefahrgutunfälle, Organisation der Sanitätshilfsstation, Wien, 2004.

NÖLA, allgem. Reg. K. 2045, 1909, Stammzahl: 49/1909, VII 86 W.

ÖSTA, AdR, Min. f. soz. Verw./VG, K1591, Krankenpflegewesen, Akt 3129/1918.

ÖSTA, AVA, M.d.I, S-Akten, K. 2987, Akt 1270 S/1916

ÖSTA, AVA, M.d.I, S-Akten, K. 2987, Akt 1270 S/1916, “Übereinkommen zwischen der k.u.k. Heeresverwaltung und der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze, betreffend die Beistellung von Krankenpflegerinnen für die Armee im Felde.

ÖSTA,KA, Qualifikationslisten, Karton 2012, Me/ich-Melk, Dr. Friedrich Melinski.

ÖSTA, KA, Karton B41/1-5/4, Nachlass Dr. Johann Steiner. Artikel mit dem Titel:, Der militärärztliche Dienst des österreichisch – ungarischen Heeres während des Weltkrieges im Hinterland und bei der Armee im Felde.

Reichsgesetzblatt für die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder, Nr. 139, Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juli 1914 betreffend die berufsmäßige Krankenpflege, 741-747,

RICHTER, Maximilian, Die freiwillige Sanitätspflege im Kriege, in: Der Militärarzt. Zeitschrift für das gesamte Sanitätswesen der Armeen, 19, 12.09.1914, Wien, 377–385.

Rotes Kreuz Spital Rudolfinerhaus. Krankenpflegeschule und Krankenhaus des unter dem Protektorate Ihrer kaiserlichen und königlichen Hoheit der Durchlauchigsten Frau

Erzherzogin Maria Josepha stehenden Rudolfiner-Vereines, Schwesternordnung und Statuten der Krankenschule, Wien, Oktober 1913.

Statuten des Zweigvereines des Frauen-Hilfs-Vereines vom Rothen Kreuze für das Königreich Böhmen, Prag, 1891.

URBAN, Josef, Der Sanitätsdienst im Frieden und im Felde. Ein Auszug aus den Reglements und den Einschlägigen Dienstesvorschriften, Mährisch-Weißkirchen, 1884.

Wiener Medizinische Wochenzeitschrift, 80 Jahre Rotes Kreuz, Separatdruck 94. Jahrgang,, Nr. 31/32, Wien, 1944.

ZEMANEK, Adolf, Der Dienst des Krankenpflegers und Blessiertenträgers sowie die Erste Hilfe vor Ankunft des Arztes, Wien, 1916.

SEKUNDÄRQUELLEN

ANGETTER, Daniela, Dem Tod geweiht und doch gerettet. Die Sanitätsversorgung am Isonzo und in den Dolomiten 1915 – 1918, in: BUCHMANN, Bertrand Michael (Hg.) Beiträge zur neueren Geschichte Österreichs, Bd. 3, Wien, 1995.

ANGETTER, Daniela, Das österreichische Militärsanitätswesen. gestern – heute – morgen, Univ. Dip., Wien, 1993.

ANGETTER Daniela, Die Militärsanitätsversorgung an der Südwestfront 1915-1918, Univ. Diss., Wien, 1995.

BERKEMEIER, Waltraud, Gründungsgeschichte der zur Regierungszeit Kaiser Franz-Josef eingerichteten Krankenanstalten, Wien, 1979.

BIWALD, Brigitte, Von Helden und Krüppeln. Das österreichisch- ungarische Militärsanitätswesen im Ersten Weltkrieg, in: RAUCHENSTEINER, Manfred (Hg.), Militärische Dissertationen österreichischer Universitäten, Bd. 14/1 und 2, Wien, 2002.

BLEKER, Johanna, vom „Sortiergeschäft im Großen“ zur „Triage“. Das Problem der Krankensichtung im Krieg in: BLEKER, Johanna, SCHMIEDEBACH, Heinz- Peter (Hg.), Krieg und Medizin. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 – 1985, Frankfurt am Main, 1987, 211–232.

BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Birgit, Imagination „Schwester“. Zur Entwicklung des Berufsbildes der Krankenschwester in Österreich seit dem 19. Jahrhundert, in: L'Homme, Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft 8, Heft 1, Wien, 1997, 155–177.

CULLEY, Margo, Introduction to A Day at a Time: Diary Literature of American Women from 1764 to 1985, in: SMITH, Sidonie, WATSON, Julia, (Hg.), Women, Autobiography, Theory. A Reader, Wisconsin 1998 , 217–221.

DORFFNER, Gabriele, KOZON, Vlastimil, Meilenstein oder Notlösung? Die „Verordnung des Ministers des Innern vom 25.Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“, in: WALTER, Ilsemarie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil (Hg.), Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, 45-65.

DORFFNER, Gabriele , Die Professionalisierung der Krankenpflege in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der „Verordnung des Ministerium des Innern vom 25. Juni 1914 betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“, Univ. Diss., Wien, 1999.

EISELSBERG, Anton von, Lebensweg eines Chirurgen. Eine Autobiographie aus der großen Zeit der Wiener Medizin 1960–1937, Wien, 1991.

FELBERBAUER, Franz, Die 12. Isonzoschlacht. Der Operationsplan und seine Durchführung, in: RAUCHENSTEINER, Manfred (Hg.), Waffentreue. Die 12. Isonzoschlacht 1917, Wien, 2007, 13–33.

FISCHER-HOMBERGER, Esther, Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik, in: BLEKER, Johanna, SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865–1985, Frankfurt am Main, 1987, 122- 35.

GRANDNER, Margarete, Krankenpflege und Sozialpolitik, in: WALTER, Ilsemarie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil (Hg.), Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, 11-25.

GRUNDHEWER, Herbert, Die Kriegskrankenpflege und das Bild der Krankenschwester im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: BLEKER, Johanna, SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 – 1985, Frankfurt am Main, 1987, 135–153.

GRUNDHEWER, Herbert, Von der freiwilligen Kriegskrankenpflege bis zur Einbindung des Roten Kreuzes in das Heeressanitätswesen, in: BLEKER, Johanna, SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter (Hg.), Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 – 1985, Frankfurt am Main, 1987, 29-45.

HÄMMERLE, Christa, „Habt Dank ihr Wiener Mägdelein ...“. Soldaten und weibliche Liebesgaben im Ersten Weltkrieg, in: L'Homme, Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft 8, Heft 1, Wien, 1997, 132–155.

HACKER, Hanna, Ein Soldat ist meistens keine Frau. Geschlechterkonstruktionen im militärischen Feld, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 20, Heft 2, Opladen, 1995, 45–63.

HAUCH, Gabriella, Frauen bewegen Politik. 1848–1938, Innsbruck, Wien, 2009.

HAGEMANN, Karen, SCHÜLER-SPRINGORUM, Stefanie (Hg), Heimat-Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, (=Geschichte und Geschlechter 35), Frankfurt am Main, 2002.

HÄMMERLE, Christa, Von den Geschlechtern der Kriege und des Militärs. Forschungseinblicke und Bemerkungen zu einer neuen Debatte, in: KÜHNE, Thomas, ZIEMANN, Benjamin (Hg.), Was ist Militärgeschichte?, (= Krieg in der Geschichte Bd. 6), Paderborn, 2000, 229–265.

HÄMMERLE, Christa, Formen des individuellen und kollektiven Selbstbezugs in der populären Autobiographik, in: „Biographieforschung“. Schriften und Kataloge des Fränkischen Freilandmuseums, Bad Windsheim, 1991, 30–60.

HERRMANN, Friedrich., Organisatorische Aspekte des Sanitätsdienstes im deutschen und österreichisch-ungarischen Heer 1914–1918. Personal und Material im Bereich der mobilen Divisionen In: Wehrmedizinische Monatsschrift, Heft 8, o. O., 1983, 342–348.

HERRMANN, Friedrich., Organisatorische Aspekte des Sanitätsdienstes im deutschen und österreichisch-ungarischen Heer 1914–1918. Personal und Material im Bereich der mobilen Divisionen In: Wehrmedizinische Monatsschrift, Heft 9, o. O., 1983, 379–384.

HOPP, Andrea, Jüdisches Bürgertum im 19. Jahrhundert in Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, 1997.

KANELUTTI, Alice, Lebensgeschichte schreiben, den Zweiten Weltkrieg erinnern. Zu den lebensgeschichtlichen Aufzeichnungen einer ehemaligen Luftwaffenhelferin, Univ. Dip., Wien, 2007.

KLAVORA, Vasja, Die Karstfront. 1915–1916, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 2008.

KLAVORA, Vasja, Blaukreuz. Die Isonzofront. Flitsch/Bovec. 1915–1917, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 1993.

KLAVORA, Vasja, Schritte im Nebel. Die Isonzofront – Karfreit/Kobarid-Tolmein/Tolmin 1915–1917, Klagenfurt, Laibach, Wien, 1995.

MALLEIER, Elisabeth, Zur Frage der Geschlechterdifferenz in der Professionalisierungsgeschichte der Krankenpflege, in: MIXA, Elisabeth, MALLEIER, Elisabeth, SPRINGER-KREMSER, Marianne, BIRKHAN (Hg.), Ingvild, Körper – Geschlecht - Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin, Wien, 1996, 28–300.

MORITSCH, Andreas, TRIBUTSCH, Gudmund (Hg.), Isonzo Protokoll, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 1994.

MÜLLER, Günter, „So vieles ließe sich erzählen ...“. Von der Geschichte im Ich und Ich in den Geschichten der populären Autobiographik, in: Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Univ. Wien (Hg.), Wiener Wege der Sozialgeschichte. Themen-Perspektiven- Vermittlungen, Wien, Köln, Weimar, 1997., 333–357.

MÜLLER, Günter, „Vielleicht interessiert sich mal jemand ...“ Lebensgeschichtliches Schreiben als Medium familiärer und gesellschaftlicher Überlieferung, in: EIGNER; Peter, HÄMMERLE, Christa, MÜLLER, Günter (Hg.), Briefe – Tagebücher - Autobiographien. Studien und Quellen für den Unterricht, Wien, 2006, 76-93.

PANKE-KOCHINKE, Birgit, SCHAIDHAMMER-PLACKE, Monika, Frontschwester und Friedensengel. Kriegskrankenpflege in der Etappe im Ersten und im Zweiten Weltkrieg, in: WALTER, Ilse Marie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil (Hg.), Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, 123-155.

RAUCHENSTEINER, Manfred, Der Krieg am Isonzo aus der Sicht eines österreichischen Historikers, in: Andreas MORITSCH, Gudmund, TRIBUTSCH (Hg.), Isonzo Protokoll, Klagenfurt, Ljubljana, Wien, 1994, 15–29.

RAUCHENSTEINER, Manfred (Hg.), Waffentreue. Die 12. Isonzoschlacht 1917, Wien, 2007.

SCHÖNEBERGER, Bianca, Mütterliche Heldinnen und abenteuerlustige Mädchen. Rotkreuz- Schwestern und Etappenhelferinnen im ersten Weltkrieg, in: HAGEMANN, Karen (Hg.), Heimat- Front. Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege, Frankfurt am Main, 2002, 108–127.

SCHULTE, Regina, Die Schwester des kranken Kriegers. Krankenpflege im Ersten Weltkrieg als Forschungsproblem, in: BIOS, Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History, Band 7, Heft 1, Opladen, 1994, 83-100.

STEPPE, Hilde, Mrs. Camp und die Folgen. Von der Wärterin zur Krankenschwester, in: SEIDL, Elisabeth, WALTER, Ilsemarie (Hg.), Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegforschung, (=Pflegewissenschaft heute, Bd. 5), Wien, München, Bern, 1998, 23 – 42.

STEPPE, Hilde, Elemente der historischen Entwicklung des Berufs Pflege. Österreichs Pflegegeschichte, in: SEIDL, Elisabeth, STEPPE, Hilde (Hg.), Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 – 1950 (=Pflegewissenschaft heute, Bd. 4), Wien, München, Bern, 1996, 18–35.

STEVENSON, David, 1914 – 1918. Der erste Weltkrieg, Düsseldorf, 2006.

WALTER, Ilsemarie, Zur beruflichen Pflege in Österreich 1784-1914. Wärterinnen und Wärter in öffentlichen Krankenhäusern, in: WALTER, Ilsemarie, SEIDL, Elisabeth, KOZON, Vlastimil (Hg.), Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien, 2004, 25-45.

WANDRUSKA, Adam, URBANITSCH, Peter (Hg.), Die Habsburger Monarchie 1848 – 1918, Bd. V, Die bewaffnete Macht, Wien, 1987.

WEDEL, Gudrun, Lehre zwischen Arbeit und Beruf. Einblick in das Leben von Autobiographinnen aus dem 19. Jahrhundert, (= L`Homme Schriften 4), Wien, 2000.

INTERNETQUELLEN:

BADER-ZAAR, Birgitta, HÄMMERLE, Christa, Times of Trouble. Transformationen von Geschlechterordnungen in Nachkriegszeiten des 20. Jahrhunderts - Erster Weltkrieg: Fallbeispiel Österreich, 1-21; online unter: <http://www.univie.ac.at/Geschichte/Neuverortung-Geschlechtergeschichte/salon21/?p=1245>, (18.11.2009).

Homepage der „Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen“:
<http://wirtschaftsgeschichte.univie.ac.at/vereine/doku/>

Verzeichnis der Reihe „Damit es nicht verlorengeht ...“, hg. von der Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen, 61 Bände, Wien, 1983 – 2009; online unter: http://www.boehrlau.at/Damit_es_nicht_verlorengeht.htm (02.12.2009).

STEPHAN, Anke, Erinnertes Leben: Autobiographien, Memoiren und Oral- History - Interviews als historische Quellen, 1-31; online unter: <http://epub.ub.uni-muenchen.de/627/1/Stephan-Selbstzeugnisse.pdf> , (1.10.2009).

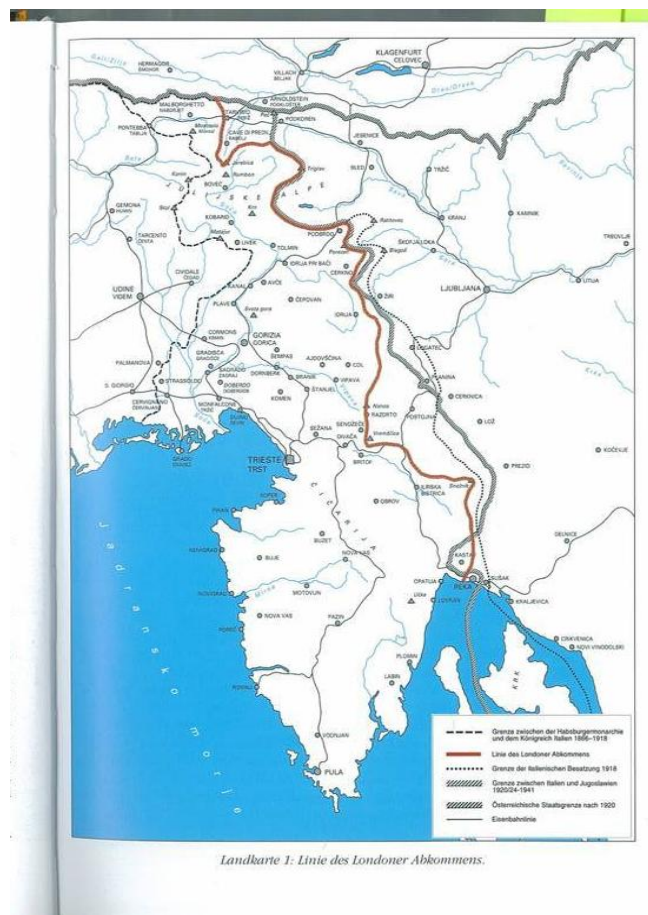
WALTER, Ilsemarie, Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich, in: Historicum. Zeitschrift für Geschichte, Linz–Puchenu, Frühling 2003, 22-29; online unter: <http://www.pflegewissenschaft.ac.at/hpf/historicum.pdf>, (12.02.2009).

7 Abbildungsverzeichnis

Die Abbildungen eins bis fünf stammen aus dem Buch von Vasja KLAVORA über die Geschehnisse an der Südwestfront im Ersten Weltkrieg, insbesondere der Karstfront. Die Abbildungen sechs bis acht zeigen zwei private Aufnahmen, die bei einem Besuch der Gegend in der Marianne Jarka stationiert war, aufgenommen wurden.

Abbildung 1³⁵³:

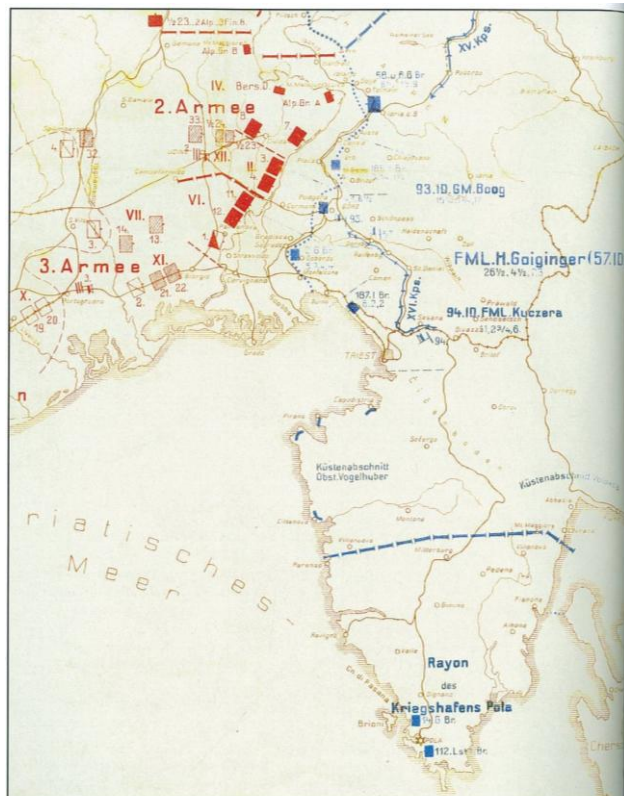
zeigt die Grenzziehung zur Zeit des Londoner Abkommens:



³⁵³ Vgl.: KLAVORA, Die Karstfront, hier: S. 13.

Abbildung 2³⁵⁴ :

zeigt die Aufstellung der österreichisch-ungarischen Einheiten zu Kriegsbeginn 1915 gegen Italien.

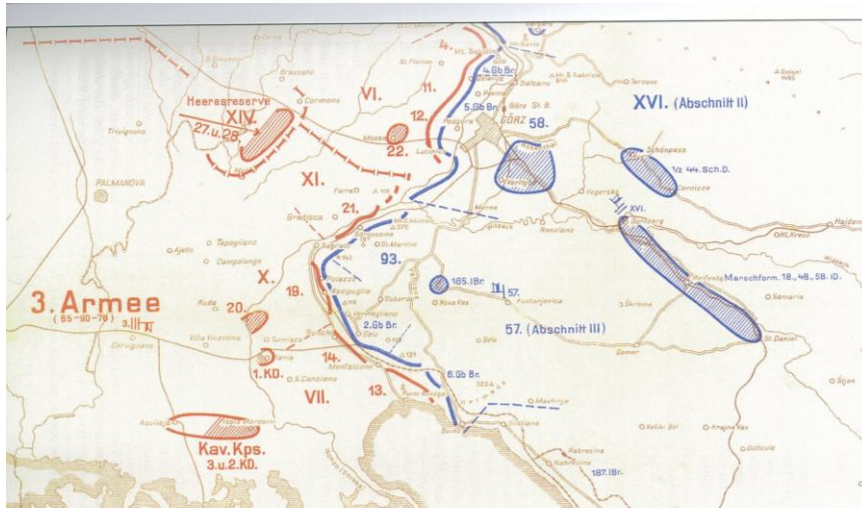


Landkarte 4: Die Aufstellung der österreichisch-ungarischen Einheiten vor Beginn des Angriffs (OULK II, Beilage 26).

³⁵⁴ Vgl.: KLAVORA, die Karstfront, hier: S. 26

Abbildung 3³⁵⁵:

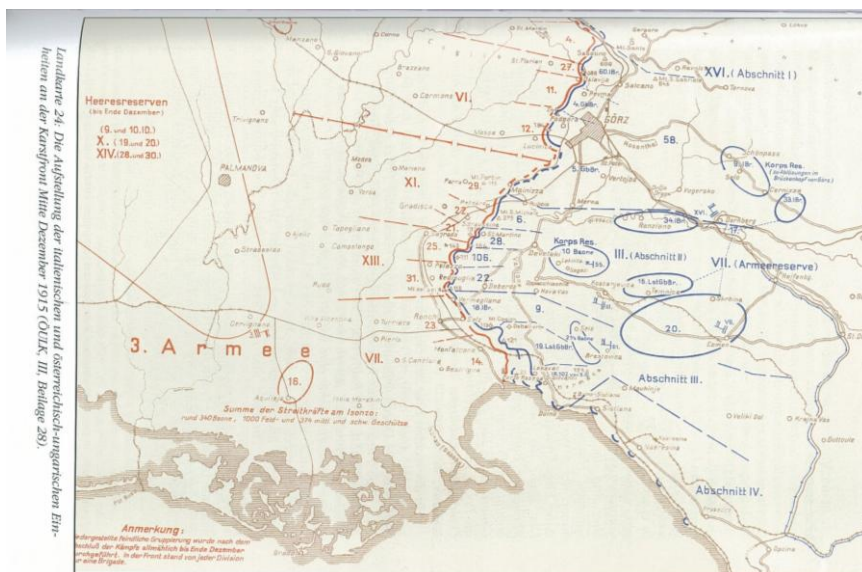
Zeigt die Aufstellung der italienischen und österreichisch-ungarischen Einheiten an der Karstfront bei Beginn der 1. Isonzschlacht am 23. Juni 1915:



Landkarte 8: Die Aufstellung der italienischen und österreichisch-ungarischen Einheiten an der Karstfront bei Beginn der 1. Isonzschlacht am 23. Juni 1915 (ÖULK II, Beilage 37).

Abbildung 4³⁵⁶:

Zeigt die Aufstellung der italienischen und österreichisch-ungarischen Einheiten an der Karstfront Mitte Dezember 1915:



³⁵⁵ Vgl.: KLAVORA, die Karstfront, hier: S. 61.

³⁵⁶ Ebenda, S. 169.

Abbildung 5³⁵⁷ :

Zeigt die Aufstellung der italienischen und österreichisch-ungarischen Einheiten an der Karstfront am 6. August 1916:

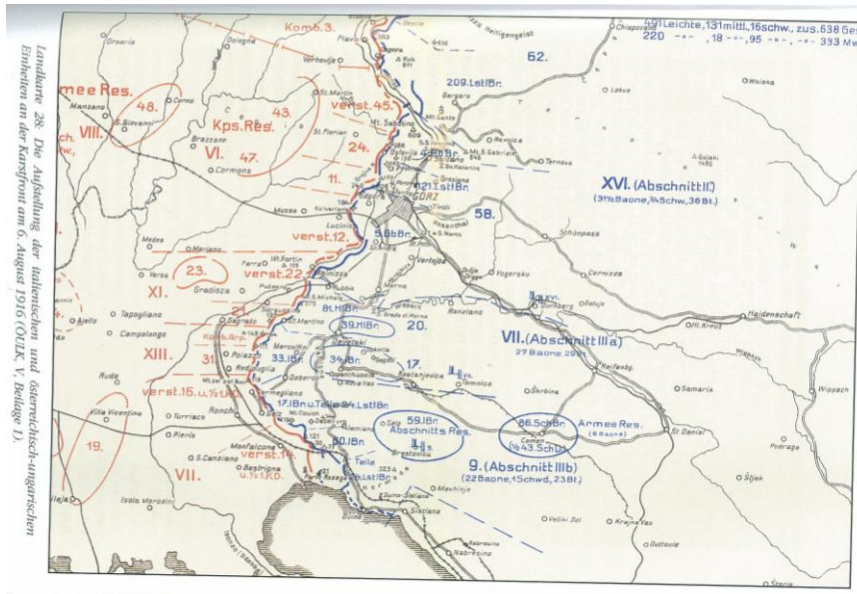
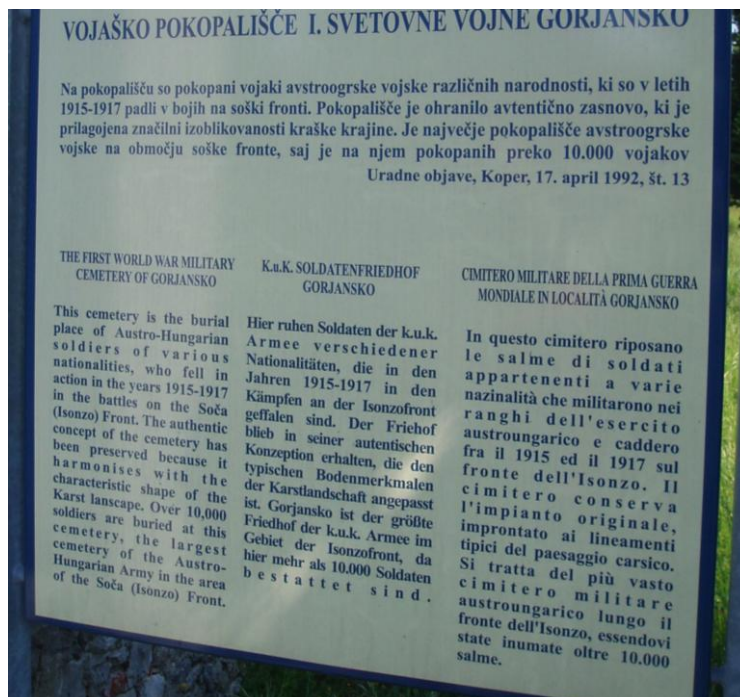


Abbildung 6:

Zeigt eine Gedenktafel vor dem Soldatenfriedhof in Gorjansko:



³⁵⁷ KLAVORA, die Karstfront, hier: S. 275.

Abbildung 7:

Zeigt eine Reihe von Gräbern von österreichisch-ungarischen Soldaten, die während des Ersten Weltkrieges gefallen sind. Dieser befindet sich ebenfalls in Gorjansko.



Abbildung 8:

Zeigt Gorjansko mit dem Blick auf die umliegende Umgebung



8 Abkürzungsverzeichnis

AdR:	Archiv der Republik
AvA:	Allgemeines Verwaltungsarchiv
KA:	Kriegsarchiv
M.d.I.:	Ministerium des Innern
Min. f. soz. Verw	Ministerium für soziale Verwaltung
ÖSTA:	Österreichisches Staatsarchiv
SMRO:	Souveräner Malteser Ritter Orden

9 Lebenslauf

Name: Franziska Salm-Reifferscheidt

Geb.: 10/12/1981

Geb.ort.: Vöcklabruck

Familienstand: ledig

Matrikelnr.: 0104971

Studienkennzahl: A312

Sprachen: Deutsch, Französisch, Englisch, Spanisch

2005 Erasmus in Paris an der Université de la Sorbonne, Paris IV

2002 – 2010 Studium der Geschichte an der Universität Wien

mit einem Schwerpunkt auf: Frauen und Geschlechtergeschichte, Europäische und Osteuropäische Geschichte sowie Kulturgeschichte

2001 – 2002 Studium der Theater- Film und Medienwissenschaften und der Kommunikationswissenschaften an der Universität Wien

2000 Matura an der HIB Schloss Traunsee

10 Abstract

Diese Diplomarbeit behandelt das Leben einer österreichischen Krankenschwester im Ersten Weltkrieg.

Im Theorieteil geht es um die Geschichte der Krankenpflege und deren Entwicklung zu einem gesellschaftlich anerkannten Beruf. Kurz vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges wurde – bereits im Hinblick auf den nahenden Krieg – ein Gesetz erlassen, welches die berufsmäßige Krankenpflege regeln sollte. Desweiteren gab es in diesem Gesetz einen Paragraphen, der die Krankenpflegerinnen verpflichten sollte, sich im Kriegsfall der Heeressanität zur Verfügung zu stellen. Auch seitens des Roten Kreuzes wurden viele freiwillige Krankenschwestern angeworben, die sich in verschiedenen Kursen zu Hilfspflegerinnen ausbilden lassen konnten. Nach dem Krieg verschwammen die Grenzen zwischen gut ausgebildeten und den im Krieg eingesetzten Hilfspflegerinnen zusehends, weil letzere in viel kürzerer Zeit zu einem Diplom kommen konnten.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch das Verhältnis zwischen dem Roten Kreuz und der Heeressanität, welches in der Diplomarbeit genauer beschrieben wird. Das Rote Kreuz hatte im Einvernehmen mit der k.u.k Heeresverwaltung - betreffend die Beistellung von Krankenpflegerinnen für die Armee im Felde - ein Übereinkommen verfasst, in welchem es darum ging, ein Verzeichnis der sich meldenden (Kriegs)Krankenpflegerinnen zu schaffen, auf welche die Heeresverwaltung zurückgreifen konnte.

Den Hauptteil der Arbeit bildet die Analyse der Autobiographie von Marianne Jarka. Ihre Zeit an der Front wird hier kontextualisiert und wie sie die Geschehnisse dort beschreibt, wie z.B. die verschiedenen Stationen in den Frontspitälern, oder den Konkurrenzkampf zwischen den Chirurgenschulen Eiselsberg und Hohenegg. Es wird hier auch auf geschlechterspezifische Aspekte eingegangen, die die Beziehung zwischen Arzt und Krankenschwester und Soldat und Krankenschwester nachzeichnen.

Marianne Jarka wurde am 27. Dezember 1889 in Gloggnitz geboren. 1914 ließ sie sich als Kriegskrankenschwester in Wien ausbilden, um dann an der Südwestfront ihren Dienst zu versehen. Sie bekam während des Ersten Weltkrieges eine Tochter und nach dem Krieg noch einen Sohn.. Eine kurze Biographie bietet einen Überblick ihres Lebens.

In Übereinstimmung mit dem Theorieteil „Frauen in der Kriegsrankenpflege im Ersten Weltkrieg“ und dem Hauptteil „Die Autobiographie von Marianne Jarka“ wird auch versucht zu klären, wie Marianne Jarka zum Roten Kreuz und im Folgenden, wie sie an die Südwestfront kam. Ihre genaue Beschreibung der Geschehnisse an der Front brachte ebenfalls einige interessante Schilderungen zu Tage.