Interessengemeinschaft Historischer Alltag e.V.
Vereinsregister Düsseldorf VR 10209 – Vorstand Dr. Martin Klöffler, Dr. Nils Kagel, Andrea Thadewald

Dr. Martin Klöffler
Neusser Weg 72
D-40474 Düsseldorf
Germany

Montag, 25. Februar 2019
D:\MILITARY\Dokumentation\Materialien_zur_Living_History\Verlustdarstellung\Klöffler_Verlustdarstellung_2019_02_22.docx

Materialien zur Living History

Verwundeten- und Verlustdarstellung

Friderizianisch & Napoleonisch (1740-1830)

Fassung 4 (Montag, 25. Februar 2019)

Abbildung 1: Verwundung auf dem Schlachtfeld von preußisch Eylau 1807: ein verwundeter russ. Grenadier weist einen franz. Chirurg zurück. Ein Propagandabild hoher Qualität: „Der Kaiser hält nach jedem Schritt bei einem Verletzten, lässt ihn durch einen Dolmetscher in seiner Sprache befragen, trösten und medizinisch versorgen.“ (Ausschnitt: Antoine-Jean Gros, Napoléon sur le champ de bataille d’Eylau, 1808)

Die folgende Materialsammlung behandelt die Verwundungen auf den europäischen Schlachtfeldern des 18. und 19. Jahrhunderts, die Verlustdarstellung und die Behandlung nach der Schlacht. Zur Illustration werden nur zeitgenössische Abbildungen verwendet. Die Dokumentation versteht sich auch als Ideengeber für eine verbesserte Darstellung.

Ziel

Möglichst realistische Darstellung von Verwundung, Tod und Krankheit auf dem Gefechtsfeld und anderen Orten

Zusammenhang von zeitgenössischer Bewaffnung, Waffenwirkung, Taktik und Verwundung auf dem Schlachtfeld erklären.

Aufklärung über das Entstehen von typischen Verwundungen, Operationen, Heilungsaussichten und Pflege.

Einfluss der Hygiene; zeitgenössisches Verständnis von Verletzungen und ihrer Behandlung ermitteln.

Vermittlung von Schrecken und Gewalt auf dem Schlachtfeld

Aufgaben

Hinführen zum Thema klassische Verwundetenversorgung, Gewalt im Krieg

Historisch belegte Verwundungen durch Waffen[1]

Basiswissen der Taktik und Waffenwirkung ist für eine gute Darstellung unerlässlich. *Historisch belegte Verletzunge*n im Gefecht werden herbeigeführt durch:

Blankwaffen

Hiebwaffen

Säbel, Pallasch, Entermesser, …

Typisch für Kavallerie.

Hiebwunden am Kopf, den Schultern, den Armen

Abbildung 2: Säbelverwundung am Abdomen mit austretendem Gedärm (Charles Bell)

Abbildung 3: Hiebverwundung am Kopf (Charles Bell[2])

Stichwaffen

Degen, Bajonett,

Typisch für Infanterie, weniger die Kavallerie

Pallasch

Typisch für schwere Kavallerie

Stichwunden an den Gliedern, am Körper, Gesicht

Stangenwaffen

Sponton, Spieß,

Typisch für Infanterie, auch Festungskrieg

Lanze

Typisch für die leichte Reiterei: Ulanen, Chevaux lanciers, Kosaken etc.

Leichtere Stichwunden bewirken Kampfunfähigkeit, demoralisieren, sind aber selten tödlich.

[1] Beispiel Waterloo 1815, siehe Lange, Tod und Verwundung, S. 248ff.

2 Sir Charles Bell (1774 - 1842), was a Scottish anatomist, neurologist, surgeon and natural theologian

Abbildung 4: Brustverwundung (Charles Bell)

Improvisierte Waffen

Dolche, Äxte, Beile, Dreschflegel, Morgenstern, Spaten, Pickaxe, Steine, Felsbrocken, Balken…

Typisch für Partisanenkrieg, Häuserkampf, Festungskrieg

Verwundungen aller Art

Abbildung 5: Verwundeter nach einer Trepanation, wahrscheinlich schon unter Wundfieber leidend (Charles Bell)

Schusswaffen

Musketen und Büchsen

Leichte bis schwere Verwundungen, Fleisch- oder Knochenwunden. Sofortige Ausscheiden aus dem Gefecht, mitunter sofort letal, meist aber erst infolge der nachfolgenden Wundinfektion tödlich. Oft Amputationen notwendig. Wenn der Mann bewegungsunfähig ist, wird er oft liegengelassen, verblutet, verdurstet, wird abgestochen oder ausgeplündert.

Distanz bei Musketen bis zu 200 Schritt, bei Büchsen bis 500 Schritt

Abbildung 6; Augenverwundungen (Charles Bell)

Unfälle beim Laden und Abfeuern

Brandverletzung durch Hochgehen der kartuschierten Munition im Kartuschkasten oder beim Beschicken der Pfanne.

Überladen der Muskete

Verschießen des Ladestocks

Pistolen

Wie Musketen, aber geringere Treffsicherheit und Reichweite

Distanz bis zu 20 Schritt

Abbildung 7: Ein leicht Verwundeter mit bandagiertem Kopf und Arm in der Schlinge (Charles Bell)

Pluder-, Wall- und Hakenbüchsen

Wie schwere Musketen, nur im Festungskrieg

Kartätschen

Der Kanonen und Haubitzen. Reichweiten bis 800 Schritt.

Schwere Verwundungen, oft tödlich

333

Abbildung 8: Halsverwundung von einer Kartätschenkugel (Charles Bell)

Vollkugeln

Der Kanonen.

Schwerste Verwundungen, meist tödlich: Abreißen und durchlagen von Gliedern, bis zu 7 Mann tief.

Rollende Kugeln mindestens Kontusion

Auch Tod durch Luftzug oder Streifen (Schock)

In Wäldern und auf Schiffen schwerste Verwundungen durch Holzsplitter.

In Gebäuden, im Gebirge oder in Festungen Verletzungen durch Steinsplitter.

Reichweiten bis 2000 Schritt, typische Gefechts-Distanz 200-800 Schritt

Abbildung 9: Verwundeter mit einem amputierter Arm (Charles Bell)

Bomben / Granaten

Der Haubitzen und Mörser

Auf freiem Felde: Schwerste Verwundungen bis wenige Schritte vom letzten Aufschlag entfernt. Wirkung durch massive Splitter war fast immer tödlich, auch durch Schock.[3]

Im Festungskrieg: Durchschlagen von Decken und Gewölben. zum Abkämmen von Wällen. Auch mit Brandsatz gefüllt. Dort Splitter- und Brandverletzungen möglich.

[3] Lieutenant Kretzschmer, 1. Bataillon, 2. Kurmärkisches Landwehr-Infanterie-Regiment (Bataillon aus Anklam in Vorpommern) »Eine Kugel schlug, indem ich mich nach meinen Leuten umsah, dicht vor mir nieder, und bespritzte mich ganz und gar mit dem moorigen Erdboden; - "da liegt sie, und kann noch nicht Ruhe finden, wie sie wühlt ?" sagte der mich begleitende Hornist; lass sie liegen, antwortete ich, und sprang einige Schritte seitwärts, um besser die Bewegungen meiner [im Tirailleur-Gefecht] zerstreuten Leute sehen zu können, er aber, unerfahren und unbekannt mit der Beschaffenheit der Kugel, trat heran, um die noch wühlende zu besehen, in dem Augenblick platzte sie, es war eine Granate, und warf mir den Hornisten auseinandergerissen vor die Füße; es war ein scheußlicher Anblick, der mir noch vor Augen steht; ich hätte beinahe in diesem Augenblicke die Fassung verloren.«

Sichtbarkeit und Aufschlag der Geschosse

Abschuss mit Knall und Rauch wahrnehmbar.

Der Flug der Musketenkugeln ist überhaupt nicht mit dem Auge wahrnehmbar. Dagegen:

Bomben mit glimmendem Zünder nur nachts sichtbar. Aufschlag nach 10-20 Sekunden. Bombe gräbt sich ein, springt und bildet dann einen Trichter. Splitter und Rauchentenwicklung.

Granaten und Vollkugeln: in Schussrichtung oder vom Geschütz mit geübten Auge wahrnehmbar, jedoch nicht quer zur Schussrichtung.

Aufschlag nach 1-4 Sekunden im direkten Schuss-

Aufschlag auf dem trockenen Boden erzeugt Staubwolken, auf weichem Boden Dreckfontänen und Furchen. Kugel springt (rikoschettiert) und rollt bis zum Liegenbleiben (Rollschuh).

Granaten springen mit Rauchentwicklung i.e. beim Ausrollen oder beim Liegenbleiben[4]. Tempierung i.a. länger als die Flugzeit, d.h. bis zum ersten Aufschlag.

Kartätschen sind i.a. mit den bloßen Augen nicht sichtbar, nur Abpraller (Rikoschett) auf dem trockenen Boden sind als kleine Staubfontänen, in Getreidefeldern und Gebüsch durch Rascheln wahrnehmbar.

Abbildung 10: Verwundeter Soldat mit einem amputiertem Arm, sich an einem Seil haltend (Charles Bell)

Stangenkugeln

Über eine Stange oder Kette verbundene Kugeln; diese werden an Land wie Kartätschen eingesetzt. Diese verursachen schwerste Verwundungen, die meist letal sind.

Zur See meist nur zum Enttakeln und Entmasten der Segelschiffe verwendet.

Brandgeschosse

Diese dienen zum Entzünden von Dachstühlen, hölzernen Gebäuden, brennbaren Depots (Holz, Stroh, Heu, Getreide, etc.) und Schiffen; sie werden nicht primär für die Bekämpfung von Truppen eingesetzt.

Glühende Kugeln aus kleinkalibrigen Kanonen, i.a. max. 6-Pfünder.

Karkassen und Brandkugeln, gefüllt mit einem Satz (meist Schwefel und/oder Phosphor enthaltend), der auch unter Wasser brennt und der mit Sand nur schwer zu löschen ist.

Brandverletzungen beim Löschen möglich.

[4] Nicht beim Aufschlag, wie bei Filmen dargestellt.

Abbildung 11: Gefallene nach der Schlacht von Borodino auf der Brücke über die Kolocha, russische Campagne 1812 (Faber du Faur)

Weitere Verwundungen

Unfälle mit Pulver

Auffliegen eines Munitionswagens der Artillerie (frz. Caisson), eines Pulvermagazins in einer Festung, des Munitionskastens auf der Protze oder eines Laboratoriums (Geschoßherstellung) durch direkten Treffer, Feuer oder unvorsichtigen Umgang:

Verletzungen:

Absolut letal in nächster Nähe.

Schwerste Verletzungen durch umherfliegende Trümmer und einstürzende Bauten

In der Nähe schwere Brandverletzungen Kategorie I-III

Durch Luftdruck Lungenriss oder Trommelfellriss, in minderen Fällen Knalltrauma

In weiterer Entfernung: Umwerfen durch Luftdruck

Fahrunfälle

Verursacht von angespannter Artillerie oder sonstigen Fuhrwerken

Überfahren, Quetschen mit der Achsbuchse oder Deichsel (Stangenreiter)

Bremsunfälle bei Gefälle oder auf dem Pflaster

Sonst wie:

Reitunfälle

Durchgehende Pferde

Ausrutschen auf dem Pflaster

Fehlende reiterische Erfahrung, nicht-eingerittenes Pferd

Sturz vom Pferd mit Kontusion bis zum Genickbruch

Quetschungen beim An- und Abschirren

Tritt mit dem Huf beim Beschlagen oder Aufsitzen

Überreiten von Verwundeten oder Gefallenen

Abbildung 12: Tragen der Verwundeten vom Schlachtfeld

Anteil der Waffen an den Verwundungen

Faustregel in geschlossener Fechtweise auf dem Felde: ein großer Teil der Verwundungen wird durch Artillerie herbeigeführt, dann Handfeuerwaffen, aber vergleichsweise wenig durch Blankwaffen.

Folge der Verwundungen

Unmittelbar:

Schock

Blutverlust bis zum Ausbluten

Ohnmacht

Langfristig:

Bewegungsunfähig, in der Folge Verhungern, Verdursten, Hitzschlag

Ausscheiden aus dem Verband, Langwierige Heilung

Infektionen aller Art, z.B.Wundstarrkrampf

Wundfieber

Eiter, gelb und weiß, in den Wunden

Maden

Sekundärerkrankung durch Seuchen => siehe dort.

Oft mit Exitus

Abbildung 13: Beerdigung nach der Schlacht, russische Campagne 1812 (Faber du Faur)

Orte der Darstellung

Diese sind für die Verlustdarstellung und Versorgung der Verwundeten:

Offenes Schlachtfeld

Immer in Bezug auf eine historische Schlacht. Bis 6.000 Mann in EU. Hoher überregionaler Besucherandrang.

Es sind grundsätzlich zwei Arten der Schlachtdarstellung möglich: nämlich als

1. ***Manöver ohne Verlustdarstellung***[5]
2. ***Simulation eines Gefechts mit Verlustdarstellung.***

Nur für die Simulation gelten die hier gemachten Anmerkungen

In der Regel moderiert, Verwundetendarstellung ist nur ein Thema unter vielen.

Stationäres Display (s.u.) für Operationen möglich am Rande.

Belagerte Festungen

Ein paar hundert Mann, meist fiktives Ereignis. Oft nur Besucher aus der Region.

Mitunter moderiert.

Manchmal Stationäres Display für Operationen im Lager oder in der Festung.

Kleine Dörfer und coupiertes Terrain im kleinen Krieg oder Krieg der Parteigänger[6]

Immer fiktiv, in der Regel nicht öffentlich, bis zu ca. 200 Mann, meist bei Übungslagern oder *Tacticals*.

Nur geladene Besucher. Keine Moderation der Veranstaltung.

Meist kein Display.

Biwak, Zelt- und Hüttenlager

Bei fast allen Veranstaltungen in der Nähe des Gefechtsfeldes, außer in Städten, Festungen und Museumdörfern, wo in der Regel festes Quartier genommen wird.

Meist offen für Besucher nach dem Gefecht.

Stationäres Display für Operationen.

In einer Ortschaft

Meist in einem Museumsdorf, oft also eine eigenständige Veranstaltung.

Lazarett, Hospital, Kirche, Scheune, Segel als Operationsplatz nach der Schlacht oder während einer Belagerung

Display nur für Besucher.

Stationäres Display für Operationen.

---

[5] Siehe historisches Vorbild wie zum Beispiel: *Scharnhorst, G. von: Allgemeine Regeln zur Befolgung in den Übungen. Dann ist ein Schiedsrichter notwendig, s.u.*

[6] Modern: Partisanenkrieg

Abbildung 14: „Der Kronprinz von Preußen besucht mit Prinzen Friedrich das Lazarett der verwundeten Krieger zu Cöln am Rhein“. Hier wird die patriarchalische Fürsorge des angestammten Herrscherhauses für seine Soldaten demonstriert. Die Einrichtung des Lazaretts kann nämlich als vorbildlich aus zeitgenössischer Sicht gewertet werden: ein anwesender Wundarzt, sauber gewaschene Verwundete, reine Verbände, saubere Hemden, eigene Betten, saubere Bettwäsche, Wandhaken für die Kleidung und Montur, gefegter Steinboden. Die Wirklichkeit der Versorgung nach der Schlacht sah oft genug erbärmlich aus, hier findet sich nichts Heldenhaftes mehr (siehe folgenden Abbildungen).

Schiffe im Seekrieg[7]

Auf Museumsschiffen in Museumshäfen

Offen für Besucher.

Stationäres Display für Operationen an Land?

Verwundungen und ihre Darstellung

Auf dem Gefechtsfeld ist immer Rücksicht zu nehmen auf die

Taktischen Situationen

Bei denen eine Verlustdarstellung unter Beachtung der Sicherheitsregeln gefordert ist. Die taktische Lage wird vorab durch das Skript /Drehbuch grob festgelegt. Verwundungen werden aber immer situativ dargestellt!

Der Einfachheit halber werden im Folgenden nur die drei Waffengattungen Infanterie, Kavallerie und Artillerie betrachtet. Der Angreifer wird zuerst genannt.

Infanterie versus Infanterie:

Rolle der Infanterie: defensiv und offensiv

Geschlossenes Gefecht, Austausch von Bataillonssalven in Linie. Hohe Verluste.

Bajonettattacke: Verluste bei den Angreifern, sofern auf sie gefeuert wird. Die Angegriffenen sollten kehrt machen und sich zerstreuen. Bajonettkämpfe sind eher singulär[8].

Die historischen Übungen sehen kein Melée[9] vor!

Zerstreutes Gefecht: punktuelle Verluste, z.B. Offiziere, Unteroffiziere.

Kavallerie und Infanterie versus Artillerie:

Roll der Artillerie: mehr defensiv, weniger offensiv. Unterstützungswaffe für Infanterie und Kavallerie, bedarf also immer des Schutzes.

Bei feuerbereiter Artillerie, die von Infanterie frontal oder schräg angegriffen wird, sollte bei einer Distanz von unter 200 Schritt der Totalverlust oder die Flucht (Auflösen der Formation) simuliert werden. Bei über 200 Schritt sollten Schneisen der Geschosse beim Angreifer gezeigt werden. Es gilt die Faustregel, dass die Verluste sofort nach Abfeuern dargestellt werden, nicht irgendwann später.

Nicht feuerbereite Artillerie kann überrannt werden, d.h. die Bedienung wird niedergehauen, entwaffnet oder flieht zum Soutien. Dann beginnt das Gefecht mit der als Soutien bereitstehenden Infanterie und/oder Kavallerie. Kann auch mit Rückzug des Angreifers enden.

Artillerie ohne Soutien wird in den Flanken angegriffen und überrannt.

[7] Keine eigene Erfahrung; nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

[8] z.B. Hagelsberg, Göhrde 1813

[9] Melée = Nahkampf mit dem Bajonett, siehe Scharnhorst, Übungen, $7, S.

Abbildung 15: Abtransport der Verwundeten mit Schubkarren von einem sächsischen Schlachtfeld von 1813 (Beyer)

Kavallerie versus Infanterie[10]:

Rolle der Kavallerie: meist offensiv, fast nie defensiv.

Offene Formationen wie Linie werden an den Flanken und hinten angegriffen und niedergeritten

Die Schützenklumpen werden umkreist. Punktuelle Verluste bei Kavallerie

Der Angriff auf ein Karree wird in der Regel unter hohen Verlusten der Kavallerie zurückgeschlagen.

Kavallerie versus Kavallerie:

Kampf in der Regel mit Blankwaffen oder Lanzen.

Punktuelle Stich- und Hiebverwundungen.

Entscheidung über die Verlustdarstellung auf dem Feld

Diese erfolgt entweder durch den Darsteller, dessen Vorgesetzten oder den beigestellten Schiedsrichter[11]. Die Spielregeln sind bei der Vorbesprechung für beide Seiten zu bestimmen.

Dargestellte Versorgung nach der Verwundung

Wegführen vom Gefechtsfeld

Verwundeter sitzend auf Muskete (Knüppel / Stange, getragen von 2 Mann

Verwundeter auf Decke oder Bahre mit 4 bis 6 Mann.

Fassen unter die Achsel mit 1 oder 2 Mann

Wegfahren mit einrädrigem Karren oder auf Schubkarren

Abbildung 16: Französische Soldaten tragen Verwundete aus dem Gefecht

Provisorische Versorgung

Hinter der Linie von Kameraden.

erstes Verbinden von Fleischwunden, Abbinden von stark blutenden Wunden; Wassergeben.

[10] Angriff von Infanterie auf Kavallerie ist singulär.

[11] Historisches Vorbild sind Manöver oder Übungen zu Friedenszeiten, siehe z.B. Scharnhorst, Übungen, § 5, Kommando, S. 525-526. Hier ist ein höherer Offizier als Schiedsrichter einzusetzen, der die Übung beaufsichtigt. Er entscheidet z.B. wann eine Einheit sich zurückziehen muss oder vernichtet ist. § 8 Unordnungen: Bei Exzessen werden die Vorgesetzten bestraft,

Abbildung 17: Transport der Verwundeten auf einem Leiterwagen von dem Schlachtfeld Großgörschen 1813 (Knötel)

Anlieferung zum Feldscher hinter der Schlachtlinie

Ein stationäres Display mit Feldscher ist möglich (aber nicht notwendig), und sollte nahe bei den Zuschauern liegen.

Triage-Prinzip

Operation

Versorgung nach der Operation

In der Regel wird hier keine differenzierte Moderation möglich sein => siehe Abschnitt Stationäres Display

Umfang und Qualität der Darstellung

Auf Grund großer Distanzen ist keine Detaildarstellung notwendig, da sie vom Besucher ohnehin nicht erkannt wird, für diesen muß die Waffenwirkung eines Gefechts durch Verluste sichtbar gemacht werden. Ausreichend sind also Umfallen, Liegenbleiben, Weiterschleppen, aus der Linie tragen lassen etc. Schwerste Verletzungen wie ein abgerissener Fuß oder Arm sollen und brauchen nicht dargestellt werden.

Nach der Schwere der Verwundung kann unterschieden werden:

- Leichte Verwundung (z.B. Streifschuss), Verletzter bleibt weiter in der Darstellung
- Mittlere Verwundung (z.B. Fleischwunde im Bein), Verletzter fällt aus der Linie, ist kampfunfähig, kann sich noch bewegen, erste Versorgung
- Schwere Verwundung (z.B. Bauchschuss), Verletzter bleibt liegen.
- Sofortiger Exitus

Die temporäre Verlustdarstellung[12] sollte i.d.R. nicht die ganze Einheit (wie Sektion, Kompanie, Bataillon etc.) außer Gefecht setzen, Ausnahmen sind taktisch bedingt, s.o. In der Regel ist es ausreichend, die Verluste bei einer taktischen Bewegung zu zeigen und nach dargestellter Versorgung die Verwundeten wieder in die Einheit eintreten zu lassen.

Möglicherweise sind hier Figurinen oder Säcke[13] hilfreich, was aber nach Wissens des Autors bisher nicht erprobt wurde.

In Vorschlag zu bringen wäre auch eine finale Verlustdarstellung, d.h. am Schluss legen sich ca. ¼ der teilnehmenden Infanterie oder Artillerie auf den Boden, um die während der Schlacht erlittenen Verluste für das Publikum zu verdeutlichen.

Simulation der Geschosseinschläge

Diese ist durch vergrabene Kanonenschläge, die elektrisch gezündet werden, weit verbreitet, hat aber mit der historisch belegten Einschlägen ziemlich wenig zu tun.

Ein Bericht über die Versorgung nach der Schlacht von Leipzig

„Die dringendste Sorge war nach der Schlacht zunächst den unglücklichen Verwundeten gewidmet. Ihrer lagen 30.000 auf den Straßen umher; man machte 31 große Gebäude zu Lazarethen, aber sie reichten nicht aus. Hunderte verschmachteten in den Straßen und Tausende auf dem Schlachtfelde., weil nicht genug Wundärzte aufzutreiben waren und es auch an

[12] Kein Teilnehmer wird eine 1 Stunde auf dem Boden liegenbleiben wollen, ein Komparse vielleicht schon.

[13] Erst ab 200 m Entfernung von den Zuschauern? Müsste erprobt werden.

Lebensmitteln gebrach. Tief beweinenswerth war das Los derer, die noch lebensfähige, aber aus schweren Wunden blutend, oft nur an den Beinen beschädigt waren, so sich nicht fortschleppen konnten, obwohl ein leichter Verband genügt hätte, ihnen das Leben zur erhalten. Jetzt aber lagen sie auf der meilenweiten Wahlstatt umher, mit Todten und Sterbenden, Freunden und Feinden vermischt, nach Hülfe und Rettung jammernd, ohne dass sie sie fanden.“[14]

Verlustraten der großen Feldschlachten

Leipzig 1813[15]

ca. 30.000 Tote und Verwundete von 500.000, also ca. 6%.

Als Verhältnis insgesamt 1: 17, also jeder siebzehnte

Waterloo 1815[16]

Partei	Gesamt	Tote und Verwundete	Prozent
Franzosen	72.000	25.000	35%
Engländer	68.000	15.000	22%
Preußen	48.000	7.000	14%
Gesamt	188.000	47.000	25%

Also insgesamt ca. 1:4, also jeder vierte

Leuthen 1757[17]

Partei	Gesamt	Tote und Verwundete	Prozent
Österreicher	66.000	10.000	15%
Preußen	35.000	6.400	18%
Gesamt	101.000	16.400	16%

Also insgesamt ca. 1:6, also jeder sechste.

Verletzungen und Krankheiten auf dem Marsch

Überhitzung

Bis zum Hitzschlag und Exitus

Wunden

Scheuern, Wundreiben, Blasen an den Füßen

Sonstiges

Dehydrieren, Unterernährung Erschöpfung, Unterernährung, Kälte, Hitze, Panik

Darstellung

Teilweise möglich, da sich einige Wunden auf längerem Marsch von selbst einstellen.

Infektionen und Seuchen im Quartier, Lager und Hospital

Abbildung 18: Trauerzug mit Sargträgern für einen betuchten Bürger und der Sarg eines Armen auf einem Schubkarren. Die Bürger im belagerten Dresden waren ebenso durch Krankheiten und Hunger betroffen wie das Militär: „Epidemische Krankheiten und Sterben vergrößerten das Unglück der bedrängte Stadt“ (Sauerweid, Dresden, 1813)

Seuchen

Übertragbare Krankheiten sind:

Typhus (Nervenfieber)

Ruhr (Dysenterie)

Cholera

[14] Vollmuth, S. 37

[15] URL https://de.wikipedia.org/wiki/V%C3%B6lkerschlacht_bei_Leipzig

[16] Die Anzahl der Toten war nicht zu ermitteln, siehe URL https://de.wikipedia.org/wiki/Schlacht_bei_Waterloo

[17] URL https://de.wikipedia.org/wiki/Schlacht_bei_Leuthen

Fleckfieber (übertragen durch Ektoparasiten)

Pedikulose (ausgelöst durch massenhaft auftretende Ektoparasiten)

Grippe

Erkältungskrankheiten

Lungenentzündung

Etc.

Abbildung 19: Versorgung der franz. Soldaten während der Belagerung von Glogau 1813-14. Hier liegen die Verwundeten auf Strohschütten, notdürftig mit Decken versehen. Im Mittelgrund gibt ein Apotheker oder Arzt Medikamente aus. (Knötel)

Mangelkrankheiten

Skorbut (histor. Scharbock), verursacht durch Vitamin C Mangel.

Dieser tritt i.d.R. bei langen Belagerungen während der Winterzeit auf, z.B. in Glogau und Küstrin 1813/14

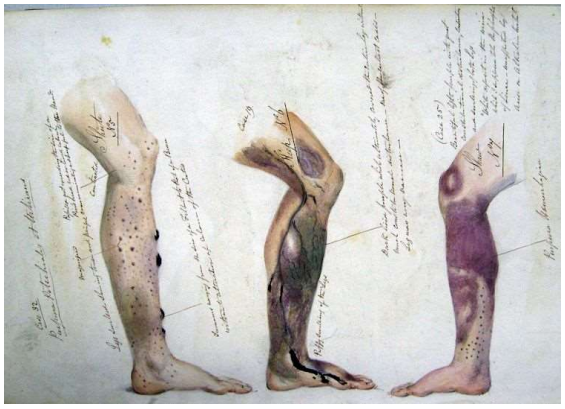

Abbildung 20: Die fortgeschrittene Auswirkung von Skorbut am Unterschenkel (Henry Walsh Mahon[18])

Infektionen

Wundstarrkrampf, Wundbrand, Eiter

Prophylaxe: Hygiene, Desinfektion, Vermeiden von Massenquartieren, Mindestfläche pro Person, Licht, Luft, Nahrung, Sauberkeit

Desinfektion: chlorsaurer Schwefel ist nicht wirksam…

Therapie: Keine direkte, da bakteriologische Ursachen noch nicht bekannt. Stattdessen nur Isolation der Kranken, Pflege in luftigen, geheizten Räumen, saubere Lager und Bettwäsche, eigene Betten, sauberes Trinkwasser, kräftige Nahrung. Siehe Torgau 1814.

Todesrate

in den Hospitälern.: ca. 9%

Abbildung 21: Ankunft eines Verwundeten an einem Hospital, Dresden, 1813. „Ein edles teutsches Mädchen rettet am 5. Nov. 1813 einen am späten Abend noch vor dem Hospital hülflos liegenden kranken Franzosen im Angesicht seiner hartherzigen Kameraden vom wahrscheinlichen Tode,“

Darstellung

Nur als Demonstration möglich, die Darstellung ist eigentlich über einen langen Zeitraum erforderlich, daher nur temporär in Ausschnitten zu realisieren; denn langes Siechtum über Wochen ist kein Publikumsrenner!

[18] Henry Walsh Mahon showing the effects of scurvy, from his time aboard HM Convict Ship Barrosa.

Abbildung 22: Napoleon besucht 1799 die Pestkranken in Jaffa und berührt die Eiterbeule eines Kranken unter der Achsel. Sein Arzt sucht ihn zurückzuhalten, während sein Adjutant sein Schnupftuch vor das Gesicht hält. Im Vordergrund sticht ein arab. Arzt eine Eiterbeule auf. Die Propaganda zeigt hier den unerschrockene Feldherrn, der selbst vor der Pest nicht zurückweicht. (Ausschnitt: Antoine-Jean Gros, Bonaparte visitant les pestiférés de Jaffa, 1804)

Detaillierte Vorbereitung ist erforderlich. U.a. ist Schminken der Darsteller erforderlich, um das Krankheitsbild sichtbar zu machen. Bett- oder Strohlager sind notwendig.

Personal: Arzt (nicht Feldscher), 1-2 Pfleger, einige Kranke mit guten schauspielerischen Qualitäten.

Am besten noch in einer Spielszene umsetzbar.

Olfaktorische (Geruch, Gestank) Erfahrung möglich?

Moderation

Diese ist für Besucher immer erforderlich. Ein Hinweis auf die extreme Gewalt ist am Beginn der Demonstration zu geben, damit empfindsame Besucher diese verlassen können. Voyeurismus soll nicht bedient werden.

Abbildung 23: Preußischer Chirurg mit einreihigem Rock und Feldmütze, vermutl. Bataillon Garde (Landecker Bildhandschrift 1813, Fig. 12d)

Wir unterscheiden je nach Situation:

Moderator auf dem Schlachtfeld, dort ist die Verwundung nur ein Nebenthema. Der Moderator ist i.d.R. kein Spezialist für Medizingeschichte.

Dagegen im Lager etc. ist das stationäre Display ein eigenständiges Thema:

Red T-Shirter als Führer durch das Lager, führt die Besucher zum stationären Display, moderiert an, kann aber nach entsprechender Einweisung auch erklären.

Chirurgus / Feldscher, Spezialist für Medizingeschichte, am stationären Display (s.u.), wahlweise in erster und dritter Person.

Ersatzweise ein eloquenter *Helfer*

Pädagogische Erfahrung ist hierbei hilfreich, aber nicht notwendig. Wichtig ist, dass die Botschaften authentisch vermittelt werden.

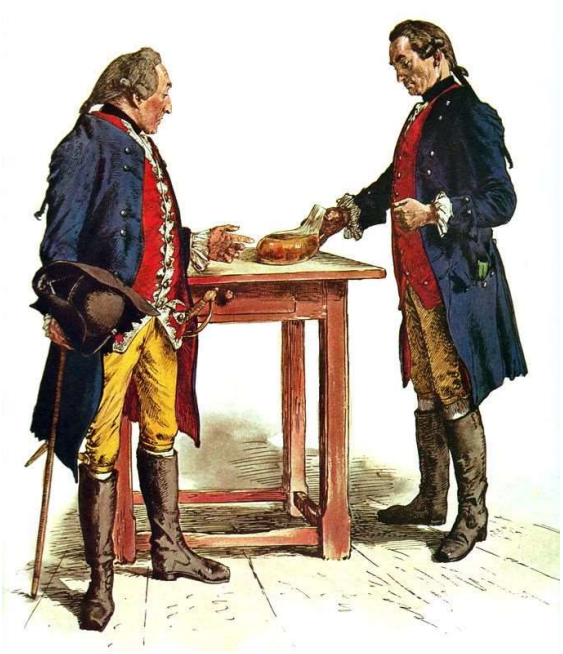

Abbildung 24: Preuß. Chirurg und Apotheker, ca. 1760 (Menzel, Die Armee Friedrichs des Großen)

Stationäres Display[19]

Ist immer Interpretation & Handwerk!

Personal

Wundarzt, Feldscher, Schmied, Barbier oder Chirurgus bei Operationen

Achtung: Arzt nur für die Behandlung von Krankheiten (niemals Verwundungen)

2-3 Pfleger, weitere Helfer

Schreiber in der Registratur (optional)

Inspekteur (optional)

Von der Ausbildung sind also Heilberufe wie Ärzte, Krankenpfleger, Sanitäter etc. an erster Stelle gefragt. Ebenso möglich sind Medizinlaien, die sich in das Thema eingearbeitet haben. Medizinhistoriker und Maskenbildner beraten oder helfen bei der Vorbereitung.

Erste Hilfe

Mit einer medizinischen Ausbildung kann auch tatsächliche Erste Hilfe geleistet werden, in der Regel wird das aber von den Rettungssanitätern übernommen.

Ausstattung des stationären Displays

In Feldlazaretten, beispielsweise:

Segel

Böcke, darauf Bretter oder Tür als Operationstisch

Kunstblut

Anschauungsobjekte wie trepanierte Schädel etc., abgetrennte Glieder etc.

Schlachtabfälle

Operationsbesteck

Abbildung 25: Operationsbesteck eines Feldchirurgen im Kasten, ca. 1815, wahrscheinlich englisch

Tinkturen

Branntwein

Desinfektionsmittel: Alkoholische Essiglösung etc.

Wetzstein

Wassereimer

Krug und Schüssel zum Waschen

Tücher

Schwämme

Decken

Schemel, Bank, Tisch

Zeitgenössische Abbildungen der Verwundungen

Etc.

Vorbereitung der Verwundeten

Zettel mit Namen, Alter, Einheit, Rang, Art der Verletzung

[19] Synonym für Feldlazarett

Schminken, mit Verband etc. in der Regel ca. 15min pro Darsteller.

Instruktion über Verhalten. Schauspielerisches Talent hilft.

Separater Raum erforderlich

Beispiele für Verletzungen:

Augendurchschuss

Falsch geschienter Armbruch

Beinschuss, Fortbewegung mit Krücken,

Quetschung am Fuß

Bauchschuss

Säbelhieb auf den Kopf, Schulter, Arm

Zitterer

Schock

Fleckfieber

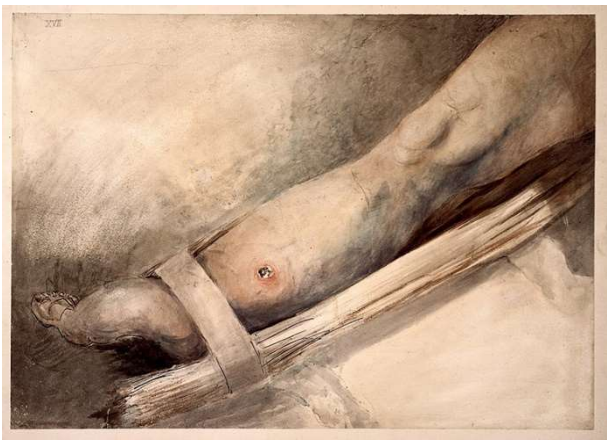

Abbildung 26: Geschienter Unterschenkel, wahrscheinlich eine Schussverletzung (Charles Bell)

Es kann also das ganze Arsenal des Schreckens, wie es bei Terror- und Unfallübungen bekannt ist, praktiziert werden.

Umsetzung der Displays als:

Demonstration / Vorführung

Dauer ca. 20-40min, in der dritten Person

Hinweis an die Zuschauer, dass Verletzungen gezeigt werden

Je nach Aufgabenstellung werden z.B. thematisiert:

histor. Verwundetenversorgung, Triage

Instrumente

Operation

Typische Verletzungen etc.

Hygiene und Desinfektion

Heilungsaussichten

Pflege im Hospital

Administration des Hospitalwesens

Versehrte/Invaliden nach dem Krieg

Intensive und aufwendige Vorbereitung notwendig.

Abbildung 27: Französischer Chirurg und Apotheker dritter Klasse in Felduniform ca. 1812.

Spielszene

Dauer ca. 20min, in der ersten Person

Beispiele:

Untersuchung der Verwundeten

Inspektion eines Vorgesetzen

Simulation einer Operation

Sehr Intensive und aufwendige Vorbereitung mit Proben notwendig. Hohe Anforderung an die schauspielerischen Qualitäten notwendig.

Einfaches Display = Showroom

Nur Instrumente und Accessoires werden auf einem Tisch bereitgelegt. Der Darsteller erläutert je nach Bedarf in der dritten Person für einige Minuten. Keine

Spielszenen, keine Demonstration, also auch kein Team notwendig. Nur wenig Vorbereitung notwendig.

Organisatorische Vorbereitung

Vor der Veranstaltung wird die Verwundetendarstellung auf dem Gefechtsfeld abgesprochen mit:

Veranstalter

Drehbuchautor

Moderator

Schiedsrichter, die dem Veranstalter unterstellt sind (nicht den Stäben)

Stab der jeweiligen Partei (nur z.K.), dieser spricht die

Bataillonschefs an.

Rettungssanitäter/Erste Hilfe

Weitere Absprachen für einen stationären Display im Lager / Ort werden getroffen mit:

Lagerkommandant (Platzreservierung, Sicherheitskonzept)

Red-T-Shirter im Lager (Führer, Programm)

Die Vorbereitung des stationären Displays ist Sache der Darsteller.

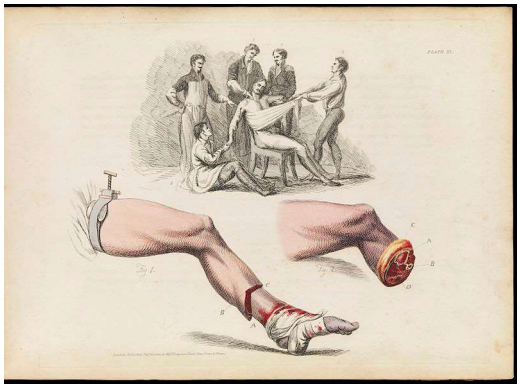

Abbildung 28: Amputation eines Unterschenkels (Charles Bell, Plate XI)

Umsetzung für Darsteller auf dem Gefechtsfeld

Die Anzahl der Verluste kann vorab bestimmt werden, entweder durch gezielte Auswahl der Personen (Mannschaften, Offizieren oder Unteroffizieren) oder zweckmäßigerweise durch eine Art Losverfahren bei den Mannschaften, z.B.:

1. 2 Münzen Werfen von jedem Darsteller werfen lassen: 2x Kopf macht ¼ Wahrscheinlichkeit für Verwundung.
2. Strohhalme/Hölzchen ziehen lassen: Wer den Kürzeren zieht, muß den Verwundeten spielen.
3. Aussuchen der Gefallenen im Gefecht: durch den Kommandeur/Schiedsrichter ruft Zahlen zwischen 1 bis 12, bei höheren nötigen Verlusten auch mal zwei bis drei Zahlen zugleich. Die Zahlen entsprechen den Monatsnamen, wird z. B. "acht, elf" gerufen, fallen alle Darsteller, die im August oder im November geboren sind.
4. Ausgabe von rot markierten Kartuschen bei der Infanterie: Wer eine solche Kartusche zieht, stellt eine Verwundung dar.

Am besten wird vorab die Art der Verwundung bestimmt; einige mit Kunstblut getränkte Lappen sind mitzuführen, z.B. im Brotbeutel, unter dem Rock, im Kartuschkasten, in den Satteltaschen, im Munitionskasten der Artillerie. Die Marketenderin kann für die Erstversorgung weitere Tücher, Wasser, Schwämme, Branntewein etc. bereithalten. Hier sind der Improvisationsfreude keine Grenzen gesetzt.

Umsetzung für Darsteller beim stationären Display

Hier wird der Darsteller immer in der *Maske* mit einer Verwundung unter Ausschluss der Besucher präpariert (siehe Abschnitt stationäres Display). Die drastischen Verwundungen, wie von Charles Bell, können nur von exzellenten Maskenbildnern modelliiert werden. In der Regel wird das nur bei Film-Dreharbeiten möglich sein.

Der Auftritt kann als geschlossene Einheit marschfähiger oder transportfähiger, leicht Verwundeter erfolgen. Schwer Verwundete werden herangetragen.

Jeder Darsteller erhält einen Merkzettel, s.o.

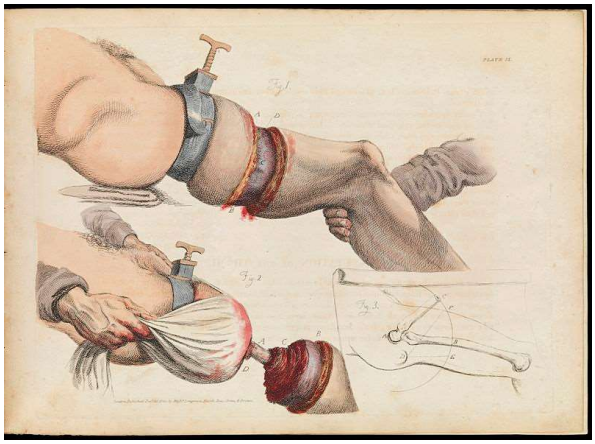

Abbildung 29: Vorbereitung zur Amputation eines Oberschenkels (Charles Bell, Plate IX).

Mediale Wahrnehmung

Die Aufnahmen sind entweder für die Öffentlichkeit, den privaten Auftraggeber oder die Teilnehmer selbst bestimmt.

Filmaufnahmen:

Berichte werden i.a. hinterher zusammengeschnitten, dagegen ist die Live-Übertragung wenig verbreitet, was die Domäne der professionellen Teams ist.

Wir haben also:

Kamerateam entweder hinter der Absperrung, auf einem Kameraturm oder abgetarnt hinter einer Kulisse. Nahaufnahmen sind mit Telezoom möglich (bevorzugt von öffentlich-rechtlichen Anstalten und privatem TV).

Eingebetteter professioneller Kameramann mit Handkamera bei den Teilnehmern,

Vogelschau (Drohnenaufnahmen) vom Schlachtfeld, Lager oder Ortschaft

Bodycam bei Teilnehmern, z.B. Kavallerie

Video mit Handykamera der Teilnehmer

Photo-Aufnahmen

Bildreporter mit Zoom von außerhalb

Eingebetteter professioneller Photograph

Drohnen and Handy wie oben.

Interview

Mit Teilnehmern für Radio oder TV.

Historische Quellen

Zur vorbereitenden oder vertiefenden Recherche sind i.a.:

Rapporte der Chirurgen (siehe z.B. Charles Bell)

Zeitgen. Lehrbücher der Chirurgie[20]

Befunde der Schlachtfeldarchäologie[21]

Relationen des Generalstabs zu den Verlusten in der Schlacht

Augenzeugenberichte, Lebensläufe

Bildliche Darstellungen zu Verletzungen auf dem Schlachtfeld als Lehrmaterial für die Chirurgen (siehe z.B. Charles Bell)

Genredarstellungen, wie Schlachtengemälde etc. (Vorsicht, oft Propaganda, siehe z.B. die hier genannten Gemälde von Antoine-Jean Gros)

Bildquellen mit Alltagsszenen sind ab 1812 von Faber du Faur, Albrecht Adam, Johann Adam Klein etc. als zeichnende Kriegsberichterstatter. Vorher ist nichts dergleichen bekannt.

[20] z.B. Borges: Sabatiers Lehrbuch für praktische Wundärzte, Wien, 1800 https://books.google.de/books?id=fTh-ZAAAAcAAJ&pg=PA277&dq=lehrbuch+wundarzt&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwjooumirtf-fAhXGbVAKHbe3CQIQ6AEIKTAA#v=onepage&q=lehrbuch%20wundarzt&f=false

[21] Siehe z.B. https://de.wikipedia.org/wiki/Schlachtfeldarch%C3%A4ologie

Literatur und Links

Bell, Charles: Illustrations of war injured [at the battle of Waterloo, 1815], Source: Welcome Library, London; CC BY URL http://metalonmetal-blog.blogspot.com/2010/12/charles-bells-illustration-of-war.html

Birk, Eberhard et al. (Hrsg.): Wie Napoleon nach Waterloo kam – Eine kleine Geschichte der Befreiungskriege 1813-1815, Rombach-Verlag, Freiburg i. Brsg., 2015, darin:

Vollmuth, Rolf: Sanitätsdienst und medizinische Versorgung während der Befreiungskriege, in: Birk: Wie Napoleon nach Waterloo kam, S. 136-140

Lange, Sven: Tod und Verwundung in Waterloo, in: Birk: Wie Napoleon nach Waterloo kam, S. 248-252

Scharnhorst, G. von: Allgemeine Regeln zur Befolgung in den Übungen, in: Klippel, Georg Heinrich: Das Leben des Generals von Scharnhorst, Dritter Theil, 5. Und 6. Buch, 1801-1813, Leipzig, Brockhaus, 1871, S. 523ff.

Winkle, Stefan: Kulturgeschichte der Seuchen; Zürich: Artemis & Winkler, 1997

Christina Lammer: Performing Surgery URL http://www.corporealities.org/ps/ (13.1.2015)

Videoaufnahmen

Roger Kneebone; Abigail Woods 2: Recapturing the History of Surgical Practice Through Simulation-based Re-enactment URL https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866005/

Surgery During the Napoleonic Wars, Youtube, https://www.youtube.com/watch?v=ctKKpBTWwwo

Civil War Field Hospital Surgery Demonstration, Youtube https://www.youtube.com/watch?v=WpGWqJ2ue3I

Civil War re-enactment field hospital, Youtube,

https://www.youtube.com/watch?v=lm7_z5M7nK0

https://de.wikipedia.org/wiki/Schlachtfeldarch%C3%A4ologie