

Gedanken zur sanitätsdienstlichen Versorgung der Gebirgstruppen

Autor(en): **Rossetti, M.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **ASMZ : Sicherheit Schweiz : Allgemeine schweizerische Militärzeitschrift**

Band (Jahr): **130 (1964)**

Heft 5

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-41421>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Wenn der Ausbruch oder der Entsatz gelungen ist und die Truppe moralisch nicht wiedergutzumachenden Schaden erlitten hat, besteht das Ziel aller logistischen Maßnahmen darin, die Truppe schnellstens wieder einsatzfähig zu machen.

Literatur

Hans Kissel, «Gefechte in Rußland».
Wolfgang Lange, «Korpsabteilung C».

v. Vormann, «Der Kessel von Tscherkassy».
v. Manstein, «Verlorene Siege».
Jörg Staiger, «Anzio-Nettuno».
Eike Middeldorf, «Handbuch der Taktik».
Eike Middeldorf, «Taktik im Rußlandfeldzug».
Carl Wagner, «Der Ausbruch der 1. Panzerarmee aus dem Kessel von Kamenez-Podolsk, März/April 1944», in: «Wehrwissenschaftliche Rundschau», Heft 1/1959.
H. v. Dach, «Der wandernde Igel», in: «Der Schweizer Soldat», Hefte 6-10/1958/59.

Gedanken zur sanitätsdienstlichen Versorgung der Gebirgstruppen¹

Von Major M. Rossetti, Privatdozent für Chirurgie an der Universität Basel

Bergung, Behandlung, Herstellung der Transportfähigkeit und Einleitung der Evakuierung von Verwundeten und Kranken sind die wesentlichen Aufgaben des Frontsanitätsdienstes. Eine reibungslose und möglichst schnelle Evakuierung der Kampfunfähigen hat einen doppelten Zweck: sie ermöglicht die rechtzeitige Überführung in die Basisinstallation und steigert somit die Chancen des einzelnen hinsichtlich Rettung und Wiederherstellung; sie entlastet die Kampftruppen vom moralischen und materiellen Gewicht der Leidenden, eine Maßnahme von unermeßlicher psychologischer und praktischer Bedeutung. Das Problem der Evakuierung hat indessen die Sanitätsdienste aller Armeen immer an beherrschender Stelle beschäftigt. Ihre Organisation sieht nach dem derzeitigen System in zusammengefaßter Form etwa so aus: Die Verwundeten werden durch Kameradenhilfe oder durch Sanitätspersonal in vorbereitete oder am Kampfort improvisierte *Verwundetennester* gebracht und im Sinne der Ersten Hilfe versorgt. Durch Mittel der Truppe und der Truppensanität werden sie dann sobald als möglich in die sogenannte *Sanitätshilfsstelle* abtransportiert, das heißt in die erste Einrichtung, in welcher *fortlaufende ärztliche Hilfe* geleistet werden kann. Die Hilfsstelle, in Aufnahme-, Behandlungs- und Lagerstelle gegliedert, wird durch die Truppensanität des Bataillons oder der Abteilung eingerichtet. Sie ist für die Aufnahme von 50 bis 100 Verletzten vorgesehen. Hier befinden sich ständig ein Arzt (ausnahmsweise mehrere Ärzte) und wahrscheinlich der Hauptteil des geringfügigen Sanitätspersonals des Bataillons. *Triage mit Einstufung in Dringlichkeitskategorien hinsichtlich Behandlung und Abtransport, Vornahme von dringendsten Noteingriffen, wie Blutstillung, Wiederbelebung bei Versagen des Herzens, des Kreislaufes und der Atmungsorgane, Schmerzbekämpfung, Einleitung einer medikamentösen Infektionsprophylaxe, Anlegen, Ausbessern oder Erneuern von Verbänden und Festhaltungen zum weiteren Rücktransport*, sind die mannigfaltigen Aufgaben dieses erstbehandelnden Truppenarztes. *Seine Rolle ist, fachlich gesehen, die wichtigste und schwierigste*: Der Arzt ist auf sich selbst angewiesen, mit knappen Mitteln und Hilfspersonal, vor eine Aufgabe gestellt, die in einem Großkampftag übermenschliche Dimensionen annehmen kann. Von seinem Können und seinen Entschlüssen wird das unmittelbare und spätere Schicksal der meisten Verwundeten abhängig sein.

Es ist dann Aufgabe der Sanitätsformation (Sanitätskompanie), die Evakuierung der Hilfsstellen bis zum *Verbandplatz* vorzunehmen. Der Verbandplatz, eine Einrichtung der Sanitätskompanie, etwa 3 bis 10 km hinter den vordersten Hilfsstellen, ist als *Haupttriagestelle* des ganzen sanitätsdienstlichen Dispositivs sowie als *Behandlungs- und Lagerstelle* für etwa 200 bis 500 Verwundete organisiert. Die Installation ist hier noch feldmäßig, der Aufenthalt der Verwundeten nur vorübergehend; die sogenannte Her-

stellung der Transportfähigkeit ist immer noch Leitmotiv dieses bereits umfangreichen Betriebes. Die Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung sind hinsichtlich Materials, Personals, Raumes, «Ruhe» und Beständigkeit voraussichtlich viel besser als in der Hilfsstelle. Vor allem die Anzahl der hier tätigen Ärzte (Sollbestand 4 und ein Zahnarzt) dürfte Kontinuität des Einsatzes und Erfüllung der mehrfachen Aufgaben ermöglichen. Der Abtransport der Verwundeten vom Verbandplatz zum *chirurgischen Feldspital* (wo die dringendsten allgemeinchirurgischen Eingriffe ausgeführt werden) oder zum *Basisspital* (früher *Militärsanitätsanstalt-MSA*, wo die definitive Versorgung und Wiederherstellung geschieht) wird durch Mittel der Heeresinheit oder der Armee übernommen.

In unstabiler Lage oder in der Bewegung (Angriff, Verschiebung) werden keine mehr oder minder schwerfälligen Installationen eingerichtet. In der Front werden sanitätsdienstliche bewegliche Elemente eingesetzt, welche die in *Verwundetennestern* gesammelten Verwundeten entlang einer gegebenen *Sammelinie* fortlaufend versorgen und den nachstoßenden *Transportspitzen* der Sanitätsformation übergeben. Diese beweglichen Elemente mit variabler, dem Auftrag angepaßter personeller und materieller Zusammensetzung sind als *Sanitätspatrouillen* (ohne Arzt) beziehungsweise als *Sanitätsoffizierspatrouillen* (mit Arzt) nach der heutigen Nomenklatur bekannt.

Im Rahmen dieses allgemein gültigen Schemas der *Verwundetenversorgung* und *Evakuierung* sind für die *Gebirgstruppen* einige spezifische Aspekte zu unterstreichen: die beschränkte Einsatzmöglichkeit von Motorfahrzeugen; die Schwierigkeiten und Länge der Transporte mit Bahre, Rollgestellen und improvisierten Mitteln (zu Fuß); die oft ungünstigen, rauhen Witterungsverhältnisse. Nach unseren Erfahrungen in Gebirgsmanövern aller Art sowie nach vernünftiger spekulativer Beurteilung würde heutzutage die Evakuierung im Gebirge bei Massenansturm an Verwundeten mit teilweise unüberwindbaren Schwierigkeiten verbunden sein. Der Einsatz von Helikoptern, dem einzigen strafenunabhängigen Mittel, das sich bereits auf manchen Kriegsschauplätzen und im zivilen Rettungsdienst außerordentlich bewährt hat, wurde durch mehrfache Faktoren (limitierte Zahl, Verwundbarkeit, Abhängigkeit von Wetter und Tageszeit) wesentlich eingeschränkt. Unwegsames, steiles, unübersichtliches Gelände mit der dadurch bedingten Dispersion der Truppe und

¹ Auf Wunsch der Redaktion der ASMZ hat der Autor seine Gedanken, wie er sie den Sanitätsoffizieren in der «Vierteljahresschrift für Sanitäts-offiziere» (Heft 1/1963) vorlegte, neu gefaßt und auf die Bedürfnisse der kombattanten Waffengattungen ausgerichtet. Im Gebirge ist der Sanitätsdienst nicht nur die Angelegenheit einiger Spezialisten, sondern bedarf der tätigen Anteilnahme aller Kommandanten. Ein Versagen des Sanitätsdienstes müßte auf die Moral einer hochbeanspruchten Gebirgstruppe sehr nachteilige Auswirkungen haben.

Vermehrung der Aufträge, Länge der zurückzulegenden Distanzen, Knappheit an Personal würden sehr oft eine empfindliche, mitunter ganz beträchtliche Verzögerung der ärztlichen Versorgung und des Abtransportes zum definitiven Behandlungszentrum bedeuten. Im Gebirgseinsatz haben wir sicher mit einer Verlangsamung des ganzen Sanitätsdienstes (wie übrigens der anderen Dienste auch) zu rechnen. Die Folgen können für den einzelnen irreparabel werden. Eine Reihe von Verletzten, die primär mit Erfolg behandelt und wiederhergestellt werden könnten, erliegen dem Blutverlust oder der Erstickung, wenn nicht *sofort*, eine größere Anzahl dem Schock oder der Infektion, wenn nicht *innert 3 bis 6 Stunden* ärztliche Hilfe zur Stelle ist. Die daraus resultierenden Schlußfolgerungen sind sanitätstaktischer und fachtechnischer Natur: Wir vertreten den Standpunkt, daß man im Gebirge die voraussehbare Verzögerung der Evakuierung mit einer Vorverlegung der Behandlungselemente teilweise kompensieren kann. Die Sanitätshilfsstellen sind also so weit vorne einzurichten, daß sie tatsächlich der ersten Versorgung der Verwundeten ohne unrealisierbare lange Transporte dienen können. Dementsprechend werden auch die Etablierungen der Sanitätsformation in vernünftiger Nähe gebaut, mitunter jenseits oder oberhalb des Straßennetzes. Natürlich hat deren Ausstattung besonders unter den schwierigen klimatischen Bedingungen des Gebirges so komfortabel wie möglich zu sein, damit Personal und Einrichtungen ihrer denkbar schwierigen Aufgabe gewachsen sind. Heute noch ist ein Verbandplatz im Gebirge weitgehend auf das Zeltsystem angewiesen, wenn man ein genügendes Verwundetenaufnahmevermögen erreichen will. Allfällige Baulichkeiten (mit Ausnahme der größeren Alphütten meist zu klein und für eine Sanitätseinrichtung ungeeignet) können im Dispositiv eingegliedert werden, um so mehr, als die meist hinsichtlich der Wege und der Wasserversorgung primär günstig gelegen sind. Auf die Bedeutung dieser vorgeschobenen Installationen, welche eine tatkräftige sanitätsdienstliche Rückendeckung darstellen und in physischer wie moralischer Hinsicht die Kampftruppe unterstützen, sind weitere Hinweise überflüssig. Jeder Truppenkommandant ist darüber im Bilde und wird seinem dienstleitenden Arzt in der Wahl der geeigneten Ortschaften im Rahmen des taktischen Dispositivs niemals seine volle Unterstützung versagen. Es scheint uns also außerordentlich wichtig, an die Möglichkeit dieser Vorverschiebung der Behandlungsstellen zu denken, das heißt die Frage der erweiterten Behandlung und vor allem der chirurgischen Versorgung der Verwundeten im Bereich der vorderen Sanitätseinrichtungen zu überprüfen. Je schwieriger und zeitraubender die Evakuierung, um so dringlicher wird das Problem der therapeutischen Maßnahmen an Ort und Stelle. Wir müssen einsehen, daß in vielen Fällen das Schicksal der Verletzten abseits von fahrbaren Wegen in erster Linie von den lokalen Möglichkeiten abhängig sein wird, daß in vielen Fällen Stunden und Tage vergehen werden, ehe der Transport zum rückwärtigen Versorgungszentrum durchgeführt werden kann. Unsere Gebirgssanitätsformationen sind indessen technisch (Ausrüstung, Ausbildung) und taktisch (Wahl des Terrains, Nachschubmöglichkeiten usw.) auf die Notwendigkeiten und Möglichkeiten der verlängerten und erweiterten Lokalbehandlung der Verwundeten und nicht nur auf die Frage des Abtransportes zu schulen. Es hat sich immer wieder erwiesen, daß der Einsatz einer Sanitätsformation im Gebirge abseits der fahrbaren Straßen mit Hilfe der Trainkolonne möglich ist. Die Vorbereitung dieses kombinierten Einsatzes ist von wesentlicher Bedeutung. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß die sonst durchaus zweckmäßige Modernisierung des Korpsmaterials nicht immer mit Gewicht und Volumina für Saum-

transporte gerechnet hat. Nun, die Wiederanpassung ist ein relativ leicht zu lösendes Problem. Es ist aber wichtig, daß diese Koordination zwischen Sanitätspersonal und Train in allen Diensten gut eingespielt wird. Es ist ein dankbares Ziel, wenn wir erreichen können, daß eine mit Train verstärkte Gebirgssanitätskompagnie eine Installation von Typ und Leistungsfähigkeit eines Verbandplatzes im Gebirge, unabhängig von fahrbaren Wegen, errichten und betreiben kann. Es wäre denkbar, daß die Trainstaffel den fortlaufenden Nachschub von Sanitätsmaterial und Proviant übernehmen würde, wenn es mit anderen Mitteln (Seilbahn, Helikopter) nicht möglich wäre. Das scheint uns zur Zeit die bestmögliche Lösung des Problems eines tatkräftigen Sanitätsdienstes im Gebirge zu sein. Man wird wohl einwenden können, daß derartige schwerfällige Einrichtungen nur bei stabiler Lage möglich seien. Nun, die Kriegserfahrungen sowie die Rückschlüsse aus unseren Manövern berechtigen wohl zur Annahme, daß im Gebirge Blitzkriege kaum oder nur in Ausnahmefällen geführt werden können.

Grund zu diesem qualitativen Ausbau von vorgeschobenen sanitätsdienstlichen Stellen ist also die Ermöglichung einer umfangreicheren Behandlung und längeren Betreuung der Kampfunfähigen dann, wenn die Evakuierung gestört, verzögert oder undurchführbar wird. Je länger Verletzte aller Kategorien und Schweregrade an Ort und Stelle verweilen, um so häufiger und verschiedenartiger die Verwicklungen, die vom Arzt erkannt und beherrscht werden müssen; um so mehr ist mit der Möglichkeit einer plötzlichen oder schleichenden Verschlimmerung des Zustandes bis zur unmittelbaren Lebensbedrohung zu rechnen. Auf einem vorgeschobenen Verbandplatz kämen unter den erwähnten Umständen therapeutische Maßnahmen in Frage, die man bei reibungslosem Abtransport erst im chirurgischen Feldspital oder im Basisspital durchführen würde. Darüber hinaus werden eine Reihe von *chirurgischen Noteingriffen* bei Verwundeten ausgeführt, die auf keinen Fall den Transport bis zum besser ausgebauten rückwärtigen Spital ertragen würden. Diese Noteingriffe sind allein lebensrettend, wenn der Arzt über die minimale technische Ausrüstung verfügt, die ihre Vornahme ermöglicht. Dazu gehören als Beispiele:

1. die *Stillung einer schweren Blutung*, die bei der Ersten Hilfe mit der Umschnürung des befallenen Gliedes provisorisch beherrscht wurde. Es ist bekannt, daß diese künstliche Kreislaufausschaltung auf keinen Fall über maximal zwei Stunden verlängert werden soll, wenn man ein Absterben der Extremität jenseits der Ligatur vermeiden will;

2. die *Behebung von Atemnotzuständen*, welche als Folge einer Verlegung der Atemwege bei Verwundungen oder Verbrennungen an Hals und Gesicht mit entzündlicher Schwellung, bei Kieferbrüchen, beim Erbrechen in bewußtlosem Zustand nach einem Schädeltrauma, bei Brustkorbverletzungen mit ungehindertem Luftzutritt in die Pleurahöhle auftreten können. Die unmittelbare Erstickungsgefahr kann in diesen Fällen nur durch das sofortige Einlegen eines Kunststoffschlauches zum Eröffnen, Offenhalten und Absaugen der Luftröhre beziehungsweise im Falle der Brustwanderöffnung durch die chirurgische Versorgung der Wunde behoben werden;

3. die Wiederauffüllung des Gefäßsystems beim sogenannten *Verblutungsschock* mit rasch verabreichten Transfusionen von Vollblut, Plasma oder deren Ersatzmittel.

Beim Verweilen der Verletzten an Ort und Stelle über die angeführten 3 bis 6 Stunden hinaus erweitern sich die den Ärzten gestellten Anforderungen hinsichtlich chirurgischer Behandlung sofort beträchtlich. Die meisten sogenannten Trümmer- und

Rißquetschwunden bedürfen einer operativen Revision mit sorgfältigster Entfernung der zerstörten, verschmutzten und bereits infizierten Gewebeteile. Kriegswunden sind in viel größerem Ausmaß als die Unfallwunden der Friedenszeit der *Infektionsgefahr* ausgesetzt. Neben der bekannten Wundeiterung droht die Entwicklung des sogenannten *Gasbrandes*, einer schweren, für den Gesamtorganismus giftigen Entzündung durch typische, im Felde überall verbreitete, mit Erde und Kleiderstücken in den tiefen Wundspalten sich ansiedelnde Erreger. Auch die *Starrkrampfgefahr* ist sehr groß. Allerdings hat man hier in der *präventiven Impfung der Armee und der Bevölkerung* ein praktisch sicheres Mittel zu deren Verhütung. Die Einführung der Antibiotikabehandlung (Penizillin, Streptomycin, Aureomycin usw.) hat die Gefahr der Wundinfektion keineswegs gebannt, auch dann nicht, wenn der erstbehandelnde Arzt an der Front diese Therapie sofort einleitet. Obwohl die Häufigkeit der Infektionen von Kriegswunden, die anfangs des Jahrhunderts noch nahezu 100 Prozent und im ersten Weltkrieg um 50 bis 70 Prozent betrug, durch diese Mittel erheblich gesenkt wurde, gibt es unempfindliche (oft die Gasbranderreger) oder unempfindlich gewordene Bakterienstämme, welche dem Antibiotikum trotzen. Obendrein sind diese Medikamente nutzlos, wenn es nicht gelingt, innert nützlicher Frist die Wunde auf chirurgischem Wege zu reinigen. Eine bereits eindeutige Infektion erfordert eine ausgiebige Wundspaltung, in gewissen Fällen stellt sich die Frage der Absetzung eines befallenen Gliedes. Die *Amputation*, zu der Napoleonischen Zeit noch der häufigste Eingriff im Felde, ist heute dank den Fortschritten in der Infektionsbekämpfung und in der Wiederherstellung von Gefäßverletzungen und Knochenbrüchen viel seltener geworden. Schwere Zertrümmerungen oder fudroyant sich entwickelnde Infektionen sind jedoch immer noch Zustände, welche eine nicht aufzuschiebende Absetzung der Extremität eventuell schon an der Hilfsstelle oder im Verbandplatz verlangen.

Es geht daraus hervor, daß die Notsituationen, welche eine differenzierte und umfangreiche chirurgische Tätigkeit in den vordersten sanitätsdienstlichen Elementen erfordern, recht zahlreich sein können. Diese Tätigkeit wird nur dann erfolgreich sein, wenn es uns gelingt, diese Stellen am richtigen Ort und zur richtigen Zeit auszubauen und sie fortlaufend mit dem nötigen Material zu versorgen. Denken wir nur an die großen Mengen von *Blut- und Plasmakonserven*, die zur Schockbekämpfung notwendig wären. Die Rettung von *Verbrannten* (einer besonders stark vertretenen Kategorie von Kriegsverletzten) wäre bei aus-

gedehnten Wunden ohne diese Mittel undenkbar. Denken wir an die großen Mengen sterilen Materials, die im Gebirge in gebrauchsfertigem Zustand geliefert werden sollten, da man schwerfällige Sterilisationsgeräte abseits von fahrbaren Straßen kaum transportieren und betreiben könnte.

Nun, diese *Behandlung an Ort und Stelle* würde die Rettung von vielen bedeuten, die sonst während des Transportes oder des Abwartens zugrunde gehen würden. Eine leistungsfähige vorgeschobene Sanitätsinstallation im Gebirge würde jedoch erst dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn Erste Hilfe am Ort der Verwundung und Transport zur vordersten Arztstelle rechtzeitig und korrekt durchgeführt werden können. Die Versorgung jedes Postens oder Stützpunktes mit geschultem Sanitätspersonal ist undurchführbar. Die Ausbildung im Sinne der *Kameradenhilfe* erlangt deshalb besonders im Gebirge unerhörte praktische Bedeutung. Man sollte noch weiter gehen und das *alpine Rettungswesen* (Bergung, Wiederbelebung, Transporte in Schnee und steilem Gelände usw.) immer mehr in die normale Grundschulung der Gebirgstruppen einbauen. Die Kampftruppe soll wissen, daß in erreichbarer Nähe Arzt und Sanitätsinstallation bereit sind; daß der Verwundete, der diese Stellen erreichen kann, eine unter den gegebenen Umständen bestmögliche Behandlung erhält; sie muß aber auch wissen, daß der Erfolg in erster Linie von den korrekten Maßnahmen am Ort der Verwundung und vom raschen und trotzdem schonungsvollen Transport abhängt. Kameradenhilfe ist also im Gebirge – sofern es der Auftrag erlaubt – ein entscheidender Faktor.

Wir möchten nun die Grundpfeiler zu einem wirksamen Sanitätsdienst im Gebirge wie folgt formulieren:

- vorgeschobene sanitätsdienstliche Einrichtung vom Typ der Bataillons-Sanitätshilfsstellen und des reduzierten Verbandplatzes, welche bei verzögerter Evakuierung umfangreichere ärztliche Maßnahmen und Überwachung auch während Tagen ermöglicht. Diese Stellen sind im Rahmen des taktischen Dispositifs durch die Truppenkommandanten mit der nötigen Priorität (auch in den Friedensübungen) und gemäß Beratung durch den dienstleitenden Sanitätsoffizier festzulegen.
- Förderung der Ausbildung in Kameradenhilfe und alpinem Rettungswesen bei der Gebirgstruppe.

Wie auf jedem anderen Gebiet in der Armee werden auch hier engste Zusammenarbeit und gegenseitiges Verständnis zwischen taktischem Kommandanten und Arzt auf allen Stufen die Voraussetzungen zur Realisierung einer immer wirksameren Organisation schaffen.

Der Territorialdienst in der Problematik der totalen Landesverteidigung

Von Major Hugo Faesi

In den Überlegungen über unsere Landesverteidigung spielt die Bezugnahme auf die Gegebenheiten und Forderungen einer dem totalen Krieg entsprechenden totalen Abwehr eine Hauptrolle. Auf keiner Kommandostufe unterläßt man es, diesen Begriff der totalen Landesverteidigung in Übungsanlagen einzubeziehen. Man wird sich dabei der umfassenden «Totalitätsproblematik» erst richtig klar, wenn man neben den rein militärischen (und schon reichlich komplexen) Aspekten auch die Fragen der Kriegswirtschaft, des Zivilschutzes und der psychologischen Kriegführung berührt.

Nach der erfolgreichen Durchführung der Armeereform und der Verwirklichung der Truppenordnung 61 darf heute füglich die Frage gestellt werden, ob auch unser Territorialdienst, als

Instrument der Armee mit wichtigen Aufgaben betraut, den Gegebenheiten dieser totalen Abwehr als Antwort auf die totale Kriegführung noch in allen Teilen entspricht. Eine gültige Beantwortung der Frage verlangt, daß man sich zuvor über den vielschichtigen Aufgabenkreis der territorialdienstlichen Stäbe und Formationen und deren beschränkte Mittel ein richtiges Bild macht.

Die neue Truppenordnung hat von einer eigentlichen Territorialreorganisation abgesehen und sie einer früheren oder späteren Zukunft anheimgestellt. Die einzige ins Gewicht fallende Anpassung brachte die Schaffung von sechs Territorialbrigaden an Stelle der vier Territorialzonen und ihre direkte Unterstellung unter die Armeekorps. Jede Territorialbrigade gliedert sich in