

Panikpillen. Medizinische Abseitigkeiten zur Massenmedikamentierung bei  
Katastrophen und Kriegen

Wolf R. Dombrowsky

Dreierlei trieb voran: Erst nur ein *aperçu*, thematisch zurechtzitiert. Der Krieg, so der sinngemäße Tenor, sei eine viel zu gefährliche Sache, als dass man ihn allein den Militärs überlassen dürfe. Analog dazu: Medizin ist eine viel zu gefährliche Sache, als dass man sie allein den Medizinern überlassen darf. Hintersinn in beidem: so wie Frieden kein Ergebnis professioneller Kriegführung, ist Gesundheit keines der professionellen Medizin. Der Kern kritischer Medizinsoziologie steckt in letzterem, Militär- und Katastrophensoziologie leben vom ersten. Zusammengenommen ergibt sich die verquickende Analogie: Katastrophenmedizin als doppelt gefährliche Sache an den Rändern beider Professionen, darf keiner allein überlassen bleiben...

Sodann ein Zweites: Ränder haben, für Soziologen allzumal, einen anziehenden Reiz. Dies vor allem dann, wenn nicht allein die Gruppen am unteren Rande von Stratifikation zeigen, dass die sozialen Drücke zur Peripherie hin nachlassen, Anomie herauszufordern, Normalität zu fließen beginnt (Hintergründigeres bei Merton wie Durkheim). Auch die oberen Randgruppen - hier: Ärzte und Militärs - neigen zu Strategien der "Innovation" (Merton, 1968:230f), zur Anwendung institutionell möglicher, jedoch den Werten und Zielen der Gesellschaft wie den Ansprüchen der Selbstlegitimation widersprechender Mittel. Des wissenschaftlichen Reizes politischer Stachel: Innovationsversuche von unten provozieren Sanktion, die von oben finden Nachsicht bis zur Komplizenschaft.

In der Kriegs-/Wehr-/Zivilschutz-/Katastrophenmedizin - definitorisches Abmühen bei Groeschel (1984) und Messerschmidt (1984) - birgt das Thema "Triage" den Reiz wissenschaftlicher wie politischer Herausforderung: In der Anpassung ärztlicher Ethik an die Quantität verfügbarer Ressourcen offenbart sich die tiefe Abhängigkeit des zunftlegitimierenden und als oberste Qualität definierten Ziels "Gesundheit" von Verteilungsreserven und Verteilungsmacht. Dies muss nicht grundsätzlich schrecken; die Not, angesichts knapper Mittel Leben und Tod dennoch "gerecht" verteilen zu müssen, impliziert nicht von vornherein den Mißbrauch ärztlicher Macht (vgl. Lanz u.a., 1981; Nagy, 1984; Sonntag, 1985). Der Schrecken beginnt erst dort, wo ärztliche Macht auch solche Verteilungsbedingungen zu legitimieren beginnt, die der Qualität

ärztlicher Ethik im Grundsatz widersprechen. Dies wäre diskursiv zu begründen, nicht nur mit medizinischen Zitaten à la Deneke (1981:1856f.) vorzuführen: "Was heißt das denn, dass die 'deutsche Zivilbevölkerung bei einem Atomkrieg ohnehin keine Überlebenschance' habe? Hat die deutsche Zivilbevölkerung denn ohne Atomkrieg eine Überlebenschance? Nimmt man 'Bevölkerung' als Summe aller heute Lebenden, so hat davon mit oder ohne Atomkrieg in keinem Falle irgend jemand eine Überlebenschance. Aber es sterben nicht alle auf einmal! Schon griechische Philosophen haben angesichts der Perser-Kriege gefragt, ob es sich in Gemeinschaft schwerer sterben lasse als allein." Nun denn, da wir doch alle sterblich sind - warum nicht auf einmal im atomaren Inferno des bombigen Gemeinschaftserlebnisses?

Anderen Medizinern und Paramedizinern erscheint Krieg als extremer Grund sortierender Verteilung von Überlebenschancen deswegen als inakzeptabel, weil er, um es in militärischer Logik zu formulieren, im Endeffekt zerstört wird, was zu sichern die ethische Legitimation erst begründet (vgl. Schulenburg, 1985; Sonntag 1981a; Wust, 1983). Die Vorstellung, das qualitative Ziel "Sicherheit" mit immer höheren Quantitäten der Zerstörungskraft herzustellen, schließt, systematisch zu Ende gedacht, die Drohung mit dem Selbstmord ein. Dies wäre, juristisch, Tötung auf Verlangen; medizinisch, Sterbehilfe.

Wenn sich also das gesellschaftliche Ziel "Sicherheit", so die Hypothese, mit den gegenwärtig einsetzbaren militärischen Mitteln nicht erreichen lässt (vgl. Schulenburg, 1985; Sonntag, 1981; "USA/UdSSR...", 1982), so wäre eine wie immer benannte Kriegs- oder Katastrophenmedizin weder ethisch vertretbar noch hätte sie etwas mit Sicherstellung von Gesundheit zu tun. Dennoch für eine solche Medizin zu plädieren wäre dann nur noch möglich, wenn der Beweis erbracht werden könnte, dass nationale Sicherheit ohne den Vollzug, und Gesundheit trotz des Vollzugs eines angedrohten nuklearen Selbstmordes zu erreichen ist. Hier läge eine Chance für eine rationale, militärisch begründbare Medizin, die die Prinzipien der Einzelfallversorgung gegen die der Massenversorgung auch legitim aufzugeben vermag (vgl. Groeschel, 1982; Kater, 1982; Koslowski, 1980; Vilmar, 1981).

Drittes Treibende war der Wunsch, Klarheit zu gewinnen. Doch wenn schon die europäische Generalität der All-elektronischen Feindeinblicke ihrer verbündeten Satellitenbesitzer entbehren muss (vgl. "US-Atom-manöver...", 1982), wie sollte dies erst einem normalsterblichen Zivilisten gelingen? Bleibt bestenfalls die Chance, im Rückschluß von den verfügbaren Fakten und Meinungen aus dem Gesamtzusammenhang nahezukommen.

Nun gilt allerdings der Versuch, die Welt in der Nußschale entdecken, oder, wissenschaftstheoretisch, induktiv erschließen zu wollen, zumindest den

Vertretern des Fallibilismus als unfeine Methode der beweiskräftigen Wirklichkeitserschließung. Doch den Purismus widerlegt nicht nur der tägliche Methodenmix praktischer Erkenntnisproduktion, auch die Vorteile heuristischer Kreativität lassen einen Verzicht auf induktive Verfahren wenig sinnvoll erscheinen (vgl. Elias, 1985). So gesehen sei das Folgende der Versuch, eine wenig illuminierte Abseite dieser Welt in einer noch abseitigeren Nußschale auch mit vorgeblich schlechtem Werkzeug aufzufinden.

Die Abseite um die es gehen soll, ist die Sonder-Welt des bundesdeutschen Zivilschutzes; die sonderlich-abseitige Nußschale, die ihn in jähes Zwielicht tauchte und dabei die Schattenseiten katastrophen- und kriegsmedizinischer Planungen sichtbar werden liess, hieß Psychopharmaka.

Der Hintergrund: Im Rahmen normaler Beschaffungsroutine schrieb das Bundesinnenministerium im Juli 1982 in der "Deutschen Apothekerzeitung" den Ankauf dämpfend wirkender Medikamente aus (darunter "Haloperidol" und "Diazepam"). Obgleich derartige Mittel seit langem zum Bestand zivil- und katastrophenschützerischer Vorsorge gehören, provozierte der Vorgang heftige politische und publizistische Reaktionen (vgl. Biel, 1983; Dickmann, 1983; Metzner/Hegenbart, 1984).

Europäischen Nachbarn mit einem weniger schwierigen Verhältnis zum Zivilschutz mag die Intensität dieser Reaktionen als innenpolitisches Sommertheater der Bundesrepublik Deutschland erschienen sein und keiner tiefer schürfenden Erörterung bedürfen. Die Erfahrungen zweier Weltkriege haben ein Bewußtsein dafür geschaffen, was es heißt, sich mit allen verfügbaren Mitteln gegen Feindeinwirkungen zu schützen, Besetzungen zu überstehen und Widerstand zu leisten. Von daher fällt in diesen Ländern das Mißtrauen gegen eine Mitwirkung im Zivil- und Katastrophenschutz deutlich geringer aus. Insbesondere im Bereich der Katastrophenmedizin werden die Unterschiede deutlich: Was an schweizerischen Universitäten als eigenständige Disziplin studiert werden kann, gerät in der Bundesrepublik zunehmend in den Ruch von Kriegsvorbereitung, in die nun auch die Medizin eingebunden zu werden scheint (vgl. "Ärzte warnen...", 1981).

Das Flair bundesdeutscher Sonderheit fällt jedoch ab, beleuchtet man die Legitimation ärztlichen Handelns von den Aufgaben her, die die Zivilschutzbehörden aller westeuropäischen Staaten im Kriegsfall von ihrem Gesundheitswesen erwarten. Das Beunruhigende, so die zweite Hypothese, besteht nämlich darin, dass im Krisen- und Verteidigungsfall alle Länder den Einsatz von Psychopharmaka geplant haben, dass aber weder klare Kriterien darüber vorliegen, wer diese Mittel wann, wem und unter welchen Bedingungen verabreichen soll, noch darüber, was wann als eine Krise anzusehen ist, die eine derartige Medikamentierung rechtfertigt.

Statt dessen bestehen begründete Verdachtsmomente, dass die Indikation nach politischen und militärischen, nicht aber nach medizinischen Gesichtspunkten erfolgen könnte. Sollte dies stimmen, machte sich das Personal des Gesundheits- und Sanitätswesens möglicherweise zum Werkzeug von Berufsgruppen, die dem hippokratischen Eid selbst nicht verpflichtet sind und deren Planungen diesem Eid vielleicht sogar widersprechen. Die Ungereimtheiten der deutschen Psychopharmaka-Debatte könnten zu Fragestellungen führen, die auch Anderswo nach Antworten drängen.

Nach Aussage der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 10/86, 18.5.1983) sollen die für den Zivilschutz vorgehaltenen Psychopharmaka in erster Linie der "Narkosevorbereitung und zur Schmerzbekämpfung bei einem Massenansturm von Schwerverletzten" dienen und nur "in einem ganz geringen Umfang" auch der Behandlung von Patienten, "deren Krankheitsbild befürchten lässt, dass sie sich oder andere Personen gefährden könnten". Der Ausgangsfrage, ob derartige Mittel "im Kriegsfall zur Ruhigstellung so genannter Panikpatienten dienen" sollen, wurde nicht widersprochen.

Die Abgabe der Mittel, so die Bundesregierung weiter, stehe unter strenger Kontrolle. Sie erfolge "nur auf besondere Weisung", nur "an solche Bedarfsträger (Krankenhäuser, Hilfskrankenhäuser) ... die von den für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden als anforderungsberechtigte Stellen benannt sind", nur "im Bedarfsfall" und nur "unter ärztlicher Überwachung".

An der Wirksamkeit der Kontrolle muss jedoch gezweifelt werden. Bei der Aufzählung der "Bedarfsträger" fehlten die insgesamt 966 Sanitätszüge des Katastrophenschutzes ebenso, wie die 119 über die Bundesrepublik verteilten Sanitätslager, aus denen auch der medizinische Bedarf der öffentlichen Schutzräume (2,184 Mio. = 3,55% der Bevölkerung) gedeckt werden soll.

Da Zahlenangaben zur Gesamtlagermenge oder zur Bedarfsplanung als vertraulich gelten, lassen sich aufgrund der verstreuten und teilweise widersprüchlichen Einzeldaten nur Schätzungen anstellen. Für Hilfskrankenhäuser (HKH) und Sanitätsdienste liegen Angaben vor: Pro HKH-Einheit (=200 Betten) steht jedem der 209 Hilfskrankenhäuser mit insgesamt 80.574 Betten (Stand 1983) neben Diazepam (5000 Tabletten à 10mg; 500 Zäpfchen à 5mg; 1000 Ampullen à 2ml) und Morphinum (2000 Amp. à 1ml) auch Promethazin (200 Amp. à 2ml), Baralgin (1000 Dragees und 200 Amp. à 5ml) und Haloperidol (200 Amp. à 1ml) zur Verfügung. Jeder Sanitätszug ist mit Sedativa (Diazepam, 1000 Tabletten à 10mg, 500 Ampullen à 2ml; Baralgin, 100 Amp. à 5ml) und Betäubungsmitteln (Morphinum hydrochloricum, 800 Ampullen à 1ml) ausgestattet.

Berechnet man für Hilfskrankenhäuser und Sanitätszüge die bereitgehaltenen Gesamtmengen, so ergibt sich allein schon zu den bekanntgewordenen Beschaffungen der Jahre 1979 und 1983 ein beachtlicher rechnerischer Fehlbetrag (nach: DATEN ZUM ZS, 1983/84; Bundestagsdrucksachen):

#### Diazepam/Valium-Beschaffung

-----

- Ampullen a 10mg 684.000
- Tabletten a 2mg 2.060.000
- Tabletten a 10mg 4.149.000

-----

6.893.000

#### Diazepam/Valium-Bevorratung

-----

- Hilfskrankenhäuser 2.517.937
- Sanitätszüge 1.449.000

-----

3.966.937

Unterstellt man, dass über die bekanntgewordenen Mengen und Mittel hinaus keine weiteren Beschaffungen vorgenommen worden sind und die Bevorratungsangaben stimmen, so bleibt zu fragen, wo und zu welchem Zweck die restlichen rund 3 Millionen Einheiten Diazepam/Valium eingelagert, wann und von wem sie verteilt und wie die Verteilung sichergestellt werden soll? Vielleicht wirkt eine solche Frage läppisch. Umgelegt auf alle Bundesbürger dürfte die zu erwartende Ruhigstellung weder mit sechs noch mit drei Millionen Pillen zu erreichen sein. Dennoch weist die Frage in zwei untersuchungswürdige Richtungen. Zum einen befürchten nicht allein Zivilschützer, dass weder bei einer länger anhaltenden und flächendeckenden Katastrophe noch bei einer bewaffneten Auseinandersetzung Versorgungsgüter und Medikamente rechtzeitig an ihre Bestimmungsorte gebracht werden können (vgl. Metzner/ Hegenbart, 1984:22), auch Experten der ZMZ (Zivil-Militärische-Zusammenarbeit) vertreten die Ansicht, dass man mindestens 14 Tage Vorwarnzeit brauchte, um die notwendigsten Mindestvorkehrungen treffen zu können (vgl. Janssen, 1981; Kalkreuth, 1983). Als eines der größten Probleme wird dabei die Tatsache angesehen, dass viel zu wenig und nicht ausreichend geschultes Personal zur Verfügung steht, um

anleiten und kontrollieren zu können. Zum anderen führt die Bewertung der vorgehaltenen Psychopharmakamengen sehr schnell zu den Widersprüchen über ihren Einsatz und die dem Einsatzzweck zugrundeliegenden Szenarien. Unter welchen Bedingungen reichen wie viele Pillen für welchen Zweck?

Wenden wir uns dem ersten Problem zu. Die Frage, ob unter den extremen Einsatzbedingungen eines Krieges ärztliche Kontrolle gewährleistet werden kann, muß nicht nur für den mit Ärzten unterversorgten Sanitätsbereich bezweifelt werden. Die um sich greifende Bedenkenlosigkeit, mit der schon heute - sozusagen im Frieden - selbst Kindern unter 11 Jahren (950.000 Verordnungen auf 8,1 Mio. dieser Gruppe für 1980, vgl. Zehle, 1984) die verschiedensten Psychopharmaka verschrieben werden, läßt vielmehr den Verdacht aufkommen, dass diese Mittel zunehmend zu einem Instrument der beruhigenden Ruhigstellung werden, mit dem nicht allein die sozialen und psychischen Probleme der Patienten sondern auch die dadurch induzierten Reibungsverluste in der Arzt-Patient-Interaktion verdeckt werden: Längere Gespräche über Sorgen und Nöte verringern den Patientendurchfluß oder stören die Vollzugsroutinen eines Krankenhauses. Von daher beruhigen Sedativa das soziale Gewissen des Arztes in dem Maße, wie die Ruhigstellung der Patienten gelingt.

Überträgt man diese Überlegungen auf die unvergleichlichen Streßbedingungen, die bei einem Massenansturm von Verletzten auftreten werden, dann liegt der Schluß nahe, dass die vorhandenen Mittel gerade ausreichen könnten, jene beruhigende Ruhigstellung zu erzielen, die notwendig ist, um das wenig erfahrene Personal (z.B. Dienstverpflichtete, Paramediziner, z.T. Mediziner) auf der einen Seite zu beruhigen (auch Pillenverteilen ist tätige Hilfe) und das von der Behandlung zurückgestellte oder aussortierte "Patientengut" auf der anderen Seite ruhigzustellen, damit zumindest das Maß an störenden Belastungen durch Schreiende und Sterbende, durch Widerspenstige und Querulanten, durch Simulanten und Wehleidige minimiert werden kann.

Die Erfahrungen aus der Kriegschirurgie bestätigen, dass die psychischen Anspannungen des helfenden Personals zu Veränderungen der Einstellung und der Medikamentierung führen. Die anfänglich (und bei Anfängern besonders) hohe Neigung, schmerzstillende und lindernd-ruhigstellende Mittel zu verabreichen, sank in dem Maße, wie sich die Ressourcen erschöpften. Parallel dazu stieg die Selbstmedikamentierung und der Grad abgestumpfter Härte. (Unter "friedlichen" Normalbedingungen findet sich Vergleichbares im ärztlichen Alkoholkonsum und dem Versuch, durch "Ärztewitze" Distanz zu setzen.) Die sog. "ärztliche Kontrolle" über den "Giftschrank" wurde dabei stillschweigend reduziert, um vor allem das Personal bei Laune und bei der Stange zu halten. Das soziologisch Interessante daran ist die Entstehung einer Grauzone medizinischer Ethik, in der der individuelle Handlungs- und

Entscheidungsspielraum bis zum Auswuchs (Mitleidlosigkeit, Drogensucht) geduldet wurde, solange der Gesamtbetrieb funktionierte.

Das andere Problem: Fließende Übergänge hin zu derartigen Grauzonen finden sich auch im Frieden. Die Angst, der ganze Betrieb könne zusammenbrechen sobald die eigenen Leute zu viel wissen (vgl. Bittorf, 1982) oder nicht mehr bei Laune sind, findet selbst auf der staatlichen Ebene ihren Ausdruck: Vom Regierungsbunker im Ahrtal bis hinunter zu den inzwischen beinahe obligatorischen Schutzräumen der Kreisverwaltungen werden Maßnahmen getroffen, um zuallererst sich selbst, offiziell: die "Regierungs- und Verwaltungsfunktion", zu schützen (vgl. "Aus der Asche", 1983).

Wen sollte es da noch wundern, wenn auch die Besatzungen von ABC-Zügen hinter vorgehaltener Hand zugeben, im Ernstfall zuerst sich selbst zu dekontaminieren und danach erst diejenigen, die die Regierungs- und Verwaltungsfunktionen aufrechterhalten wollen. Für die Bevölkerung ist, dies zeigen die verfügbaren Kapazitäten, ohnehin keine Entseuchung vorgesehen. Ähnliches hört man von höherrangigen Sanitätern: Zuerst werden auch sie für sich selbst sorgen müssen, danach für die, die noch übriggeblieben sind.

Bis zum Ende durchdacht, machen diese Prioritäten Sinn. Ohne vorangige Selbsthilfe finden auch andere keine Hilfe. Dennoch befremdet die Dimension des Verhältnisses von Schutzressourcen und Schutzethik. Wo nämlich der legitime Multiplikatoreffekt solcher Selbsthilfe durch die Winzigkeit des Multiplikators Lügen gestraft wird, verkommt Selbsthilfe zum brutalen Survivalismus auf Kosten derer, die noch an Hilfe glauben (vgl. Dombrowsky, 1981). Wen aber vermag dieser Zivilschutz zu schützen, wem im Ernstfall zu helfen? Vor allem aber: Welche moralischen Grauzonen mag ein Zivilschutz bei jenen entstehen lassen, die sein Unvermögen kennen und ihn dennoch in seiner bestehenden Form bejahen (vgl. Groeschel, 1982; Kalkreuth, 1984; Teller, 1984)?

Zumindest näherungsweise lässt sich auch diese Frage mit der Nußschale "Psychopharmaka" beantworten. Geht man davon aus, dass im Kriegsfall wesentlich mehr Betten zur Verfügung stehen, als nur die der Hilfskrankenhäuser (vgl. Kalkreuth, 1984), aber deutlich weniger, als ohne Waffeneinwirkung rechnerisch erfasst waren, so ergibt sich ein denkwürdiges Zahlenspiel:

Bettenzahl   Therapiedauer in Psychopharmaka/Bett  
Tag/Woche/Monat   (auf Basis 6 Mio)

---

100.000	1T/1W/1M	60/8,57/2,0
200.000	dto.	30/4,25/1,0
300.000	dto.	20/2,85/0,67
400.000	dto.	15/2,14/0,50
500.000	dto.	12/1,71/0,40
1.000.000	dto.	6/0,85/0,20
6.000.000	dto.	1/0,14/0,03

---

Da die Psychopharmaka nach Aussagen der Bundesregierung zur Narkosevorbereitung (einmalig pro Operation) und zur Schmerzbekämpfung (wiederholte Anwendung) von Schwerverletzten verwendet werden sollen, wird bei einer durchschnittlichen Bettenbelegzeit von drei bis vier Wochen die pro Patient und Tag verfügbare Dosis von der Gesamtzahl der zu behandelnden Schwerverletzten abhängen. Schon beim Anfall von 200.000 Schwerverletzten und einer Belegzeit von 4 Wochen steht jedem Patienten nur noch eine Einheit (d.h. hier: 10mg) pro Tag zur Verfügung. Berücksichtigt man, dass von einer verfügbaren Menge von 6 Millionen Einheiten ausgegangen wurde, - die in den Sanitätslagern und -zügen verbliebenen Mittel also nicht abgezogen worden sind -, so dürften die von der Bundesregierung beschafften Mengen für die angegebenen Zwecke absolut unterdosiert sein. Stimmt der Zweck, so konterkarieren ihn die unzureichenden Mittel; stimmt dagegen die Menge der beschafften Mittel, lassen sich die angegebenen Zwecke nicht erreichen. Beide Alternativen tauchen die Maßnahme des Zivilschutzes ins Zwielficht.

Erhaltung und Schutz des Lebens gelten unseren westlichen Demokratien als vornehmste Aufgabe; nicht zuletzt um ihretwillen lohnt es sich, für ihre Erhaltung einzutreten. Zivilschutz als die Fortsetzung dieser Aufgabe mit anderen Mittel unter anderen Bedingungen darf sich dann "humanitär" nennen, wenn es ihm glaubhaft nachzuweisen gelingt, dass er tatsächlich zu schützen vermag. Bezogen auf die obigen Überlegungen bedeutet dies, dass zuerst zu überprüfen wäre, ob die angegebenen Zwecke auch im Detail stimmen. Stimmt der Zweck, wären nur fehlende Mittel zu beschaffen (und eine verfehlte Informationspolitik zu beklagen); stimmte er nicht (und sei es auch nur das Detail in der Nußschale), so verlöre das Gesamtkonzept an Glaubwürdigkeit.

Glaubt man den Aussagen von Ärzten, so scheinen die von der Bundesregierung angegebenen Zwecke des Psychopharmakaeinsatzes in wesentlichen Teilen falsch



zu sein. Zwar wird Diazepam (z.T. auch Baralgin und Morphinum) unterstützend zur Schmerzbekämpfung und zur Narkosevorbereitung eingesetzt, doch dient es dabei vor allem der Streßreduzierung und der psychischen Entspannung. Ob unter Ernstfallbedingungen noch die Zeit bleibt, vorbereitende und unterstützende Zwischenschritte einzubauen, muß bezweifelt werden.

Therapeutisch sinnvoll angezeigt seien Psychopharmaka nur dort, wo erregte Patienten auf eine relativ sanfte Art beruhigt werden sollen. Unter Katastrophen- oder Kriegsbedingungen wäre es in jedem Falle wirkungsvoller, sofort zu schnell wirkenden Mitteln zu greifen, um den Patientendurchfluß möglichst groß zu halten.

Die Untersuchungen der pharmazeutischen Industrie bestätigen diese Ansicht. Danach dienen die in Frage stehenden Medikamente dem Zweck, akute Erregungszustände zu dämpfen und eine längerfristige "gefühlsmäßige Gleichförmigkeit" (Sedierung) zu erzielen. Nach Aussage der Bundesregierung soll dieser Zweck jedoch nur "in einem ganz geringen Umfang" verfolgt werden. Wie "in normalen Zeiten" sei dieser geringe Umfang ausreichend, um jene Patienten zu behandeln, "deren Krankheitsbild befürchten lässt, dass sie sich oder andere Personen gefährden könnten." Ganz offensichtlich sind hier der Regierung die Ergebnisse ihrer eigenen Psychiatrie-Enquete entgangen. Danach sind in der Bundesrepublik Deutschland rund sechs Millionen Menschen mehr oder weniger therapiebedürftig. Nach Schätzungen von Ellinger (1974) greifen rund 2 - 3 Prozent der Bevölkerung regelmäßig zu Psychopharmaka; 450 - 500.000 sind medikamentensüchtig und annähernd 90.000 gelten als drogenabhängig. Darin nicht enthalten sind die 1,8 Millionen auffällig Gewordenen, die von der Legaldroge Alkohol abhängen. Von daher wäre die Antwort der Bundesregierung der Realität angemessener gewesen, hätte sie die Gewichtung umgekehrt: In erster Linie würden die Präparate im Krisenfall gebraucht, um den Normalbedarf befriedigen zu können, für die Narkosevorbereitung und zur Schmerzbekämpfung benötigte man sie dagegen nur in ganz geringem Maße.

Nun sei eingeräumt, dass eine solche Aussage innen- und außenpolitisch problematische Wirkungen entfalten könnte. Was sollten die Bürger, was die NATO-Verbündeten von der Verteidigungsfähigkeit eines Landes halten, in dem der Zivilschutz für die psychisch Instabilen besser zu sorgen scheint als für die Stablen? Würde damit nicht Instabilität, vielleicht sogar Unzuverlässigkeit prämiert? Lohnt es sich dann noch, den Anforderungen der Normalität gerecht zu werden und angepasst zu funktionieren? Oder wäre es nicht klüger, nach Psychopharmaka zu verlangen und sich unter dem Deckmantel seelischer Labilität allen Belastungen zu entziehen?

Wo, so wäre weiter zu fragen, lägen die Grenzen des so genannten Normalbedarfs

und wer stellt den Bedarf überhaupt fest? Werden nur an jene Psychopharmaka verteilt, denen sie bislang verschrieben wurden? Was ist dann mit denen, die sie sich auf anderen Wegen besorgen? Was mit den Hunderttausenden Medikamentensüchtiger, die nicht auffällig sind? Und warum sollten nur Psychopharmaka zur Verteilung anstehen, nicht aber Alkohol und harte Drogen? Der tägliche Genuß von Marihuana und LSD auf britischen Atom-U-Booten (vgl. WESER KURIER, 41.Jg. Nr. 186, 13.8.1985:2) und in amerikanischen Raketenstellungen (vgl. Muller, 1982) macht nur allzu deutlich, dass in den um des Gesamtfunktionierens willen geduldeten Grauzonen ein sehr "innovatives" Verständnis von "Normalbedarf" herrscht.

Zudem: Wie will man den bestehenden sozialen Unterschieden Rechnung tragen, die sich auch in der Wahl der benutzten Mittel ausdrücken? Valiumbenutzer nach rechts, Haloperidolbenutzer nach links? Cognac- und Kokainbedürftige ins Clubzimmer, Bier- und Heroinabhängige in die Waschküche? Mehr noch: Wer definiert die Kriterien des Innovativen, wer die Grenzen der Grauzonen? Werden für Bundesbürger, die nach besonderen ZV-Richtlinien (Aktenzeichen "ZV-71 000/63", zit. nach WIRTSCHAFTSWOCHE Nr. 50, 2.12.1977: 23, 24) als "betriebswichtig" gelten, mehr und bessere Drogen verabreicht als für die "betriebsunwichtigen"? Und steigt mit dem Grad der Betriebswichtigkeit die Chance, Privilegien einzutauschen um mögliche Nachteile vermeiden zu können? Dibold und Wechselberger (1983:24) zeigen am "Einsatz atomverseuchter Ärzte, Krankenschwestern und Sanitäter" wie sich Betriebswichtigkeit auch definieren ließe: Bei einer atomaren Katastrophe solle versucht werden, "zuerst die älteren und ältesten Ärzte in die gefährlichsten Zonen" zu schicken und "schwängere und gebärfähige Ärztinnen" abzuschirmen. Eine kanadische Feministinnen-Organisation erhob diese Selektionsmethode Marke "Arterhaltung" zum Überlebenskriterium: Im Ernstfall sollten nur gebärfähige Frauen einen Bunkerplatz erhalten, nicht aber jene, die den Ernstfall hervorgerufen haben (vgl. FRANKFURTER RUNDSCHAU Nr.46, 23.2.1984:1).

Derartige Ideen legen natürlich das Kernproblem jeder Triage frei: Die Naivität zu glauben, ein einziges Kriterium genüge, um gerecht sortieren zu können, übersieht den sozialen und situativen Kontext, in dem Handeln jeweils stattfindet. Bei absoluter Gleichheit aller sonstigen Bedingungen mag das Alter Grund genug sein, um früher in den Tod zu schicken. Was aber, wenn ausgerechnet der älteste Arzt der leistungsfähigste ist, oder "nur" eine Krankenschwester schwanger geht? Und wie sähe "Betriebswichtigkeit" aus, wenn die drogensüchtige Bunkerwachts-Crew ihrem Dealer statt einem Arzt zum letzten Platz verhilft?

Der Vorrat an Ungereimtheiten ließe sich mit jeder weiteren Frage vergrößern; die Vermutung, dass die von der Bundesregierung angegebene Zweckbestimmung der beschafften Psychopharmaka in sich unschlüssig ist, dürfte sich schon jetzt bestätigt haben. Wozu aber werden die Mittel dann vorgehalten?

Die Medien der Bundesrepublik waren mit einer Antwort schnell bei der Hand. Für sie galten die Psychopharmaka unisono der Behandlung von "Panikpatienten" (vgl. DER STERN, Nr.2, 5.1.1984:23; DIE ZEIT, Nr. 32, 5.8.1983:xx; NDR III, 1.6.1983, Beitrag von Carsten Biel im Abendmagazin) oder der Beruhigung gewalttätiger Demonstranten (vgl. DER STERN, Nr.28, 7.7.1983:115). Doch auch diese Erklärung vermag nicht zu befriedigen. Der Begriff "Panikpatient" verwirrt auf doppelte Weise. Was ist Panik und wer ist Patient?

Gewöhnlich gilt als Patient, wer sich in ärztlicher Behandlung befindet, und als Panik bezeichnen Zivil- und Katastrophenschützer eine Art plötzlichen, ansteckenden Massenschreck, der zu Flucht, Durchdrehen, Kopflösigkeit und anderen unkontrollierbaren Verhaltensweisen führt (vgl. Schuh/Trum, 1979; Dombrowsky, 1982).

Die medizinsoziologisch interessante Frage ist nun, wie aus Personen, die unvorhersehbar plötzlich in Panik geraten, auf die Schnelle ärztlich behandelte Patienten werden? Es bedarf unbürokratisch hoher Phantasie, um sich eine von Panik ergriffene Masse vorstellen zu können, die zuerst durch die Praxen der niedergelassenen Ärzte flieht, den Krankenschein abgibt, sich untersuchen lässt, ein Rezept empfängt, die Flucht zur Apotheke fortsetzt und dort, nach dem Bezahlen, brav die verordnete Dosis schluckt.

Da klingt schon wahrscheinlicher, was die vom Bundesinnenministerium herausgegebene Broschüre "Katastrophenmedizin" (1982:18) zur Beruhigung psychisch Erregter empfiehlt: Erst wenn sich kein Gesprächskontakt herstellen lässt, der Betroffene nicht zuhört und nicht zu angepaßtem Verhalten zurückfindet, sich die Erregung gar steigert und "auch laute Befehle und hartes Angreifen das Verhalten nicht beeinflussen, muss man den Erregten, gegebenenfalls mit vereinten Kräften, festhalten, wenn möglich außer Sicht bringen und ihm ein kräftiges, angstreduzierendes Beruhigungsmittel spritzen." Diazepam wird als geeignet angeführt. Es heißt dann weiter: "Erregungszustände, verbunden mit kopflosem Verhalten, sind panikinduzierend und auch für den Betroffenen selbst gefährlich. Daher ist energisches Handeln nötig. Panikstifter müssen so schnell wie möglich isoliert und ruhiggestellt werden."

Der politische Sinn der sogenannten Panikvermeidung wird deutlich, betrachtet man das Ziel der "medizinischen" Bemühungen: Der Patient soll in seinem Verhalten so beeinflusst werden, dass er zu "angepaßtem Verhalten" zurückfindet, oder, invers, nicht rebelliert, nicht erregt ist, nicht gegen die Rolle verstößt, die ihm die offiziell geltende Strategie zuweist. Die Parallelität zum gewöhnlichen Drogenkonsum ist verblüffend. Auch dort werden seelische Probleme möglichst in aller Stille mit Psychopharma verdeckt, um

weiter angepaßt funktionieren zu können (vgl. Weser-Kurier, Nr. 218, 19.9.1985:8). Gefragt ist Identifikation mit bestehenden Verhältnissen, nicht deren Veränderung. Die jüngste Kontroverse um die sicherheitspolitischen Alternativvorschläge der SPD (vgl. Bülow, v., 1985) markiert die Verengungen. Offensichtlich geht es weniger um die "Schaffung und Erhaltung von Nicht-Krieg" (Baudissin, 1982) als vielmehr um die Erhaltung überkommener Vorstellungen von mannhafter Trutzigkeit. Durch "eine immer intensivere Identifizierung der Bevölkerung mit *ihrem* Staat werden *wir* unangreifbar und werden Strahlenkatastrophen in einem Verteidigungsfall von vornherein vermieden" (Pohlitz, 1982:39, Hervorheb. W.D.). Identifizierungsunwillige sind, zur Vorbeugung, zu eliminieren und ruhigzustellen.

Ganz offensichtlich liegt der Schlüssel zur Lösung aller bisherigen Ungereimtheiten in den letztgenannten Vorstellungen. Die, wie Brickenstein (1980:103) formuliert, "Eliminierung von Keimzellen einer Panik" im Vorfeld beginnender Unruhe ist, bezogen auf Menge und Art der für den Zivilschutz vorgehaltenen Psychopharmaka, die wohl plausibelste Verwendung.

Vorfelder, in denen eine panikvorbeugende Behandlung sinnvoll sein könnte, lassen sich durchaus vorstellen: Suren/Tscherne (1980:41) machen am Beispiel des Massenankomms von Verletzten bei einer Großkatastrophe deutlich, dass nicht nur für die Verletzten das "therapeutische Intervall" bis zur Behandlung überbrückt werden muss, sondern auch das informatorische Defizit, das die Angehörigen seelisch belastet. Hier durch beruhigende Mittel vor allem das reibungslose Funktionieren des Krankenhausbetriebs sicherzustellen erscheint nicht illegitim.

Legitimatisierende, mit der ärztlichen Ethik nicht zu vereinbarende Probleme tauchen jedoch dort auf, wo Erregungen eliminiert werden sollen, die nicht auf seelischem Leiden beruhen. Brickenstein (1980:100), für den sich Panikbereitschaft auch aus "wilden Streiks" und "politisch brisanten Großveranstaltungen" entwickelt, sieht offenbar Vorteile darin, nicht den Ereignissen gemäß mit politischen sondern mit medizinischen Mitteln zu intervenieren. Die Verwandlung von politischen Gegnern in Patienten mag, besonders in Kriegen und Katastrophen, den Vorteil bieten, innenpolitischer Kritik dadurch die Spitze zu nehmen, dass sie als "psychisch krank" erscheint. Erinnerung man sich jedoch an den berechtigten Abscheu, den die in der Sowjetunion praktizierte Methode der psychiatrischen Verwahrung von Systemgegnern hervorrief, so ziehen Analogien herauf, die weder eine demokratische Regierung noch eine ethisch legitimierte Ärzteschaft auf sich sitzen lassen darf. Dennoch stehen befriedigende Antworten aus.

Ein weiteres Interventionsvorfeld gibt zu denken: wer wollte den Gebrauch ruhigstellender Medikamente verweigern, wenn es im Falle eines Angriffs denen

im Bunker zu Bewusstsein kommt, dass sie die Draußengebliebenen nie wiedersehen werden? Wäre es dann nicht Ausdruck von Humanität, Linderung zu verschaffen? Gehörte nicht generell in jeden Schutzraum auch eine Notfall-Apotheke? Und warum sollte dann der Tranquilizer, die Droge, das Morphinum fehlen? Was, wenn das Leid mit dem Üblichen nicht mehr zu stillen ist? Die Fachzeitschrift "Zivilverteidigung" (1/1982:10) benennt das Dilemma: Wie kann im schlimmsten Falle human geholfen, aber dennoch ein zu frühzeitiger Zugriff verhindert werden?

Gerade die Frage der humanitären Hilfe wirft die größten Probleme auf. Das "CaDeWe", das "Cabaret des Westens", liess sie in der Satire aufblitzen: Mit der an alle Zuschauer verteilten Pille "Wennallesegalist", dem bei Endzeitzuständen einzunehmenden "Erstschlagsemulgator", wurde die letzte Grauzone zivilschützerischer Medikamentierung sichtbar. Linderung muss, will sie kein leidensverlängernder Zynismus sein, die begründete Hoffnung auf Zukunft einschliessen. Amerikanische Studenten an der Brown University hoben auf diesen Zusammenhang ab, als sie forderten, an Haushalte in extrem gefährdeten Zielgebieten Selbstmordpillen zu verteilen. Nach ihrer Beurteilung aller möglichen Szenarien könne der Bevölkerung solcher Gebiete in keinem Falle wirkungsvoll geholfen werden, so dass die Möglichkeit eines selbstbestimmten Todes noch die humanste Art sei, dem Grauen zu entgehen (vgl. auch Zuckerman, 1982).

Mit der Möglichkeit der Sterbehilfe als letztem Mittel zivilschützerischer Medikamentierung erscheint der Zusammenhang von ärztlicher Ethik und Katastrophenmedizin unverstellt. Er besteht, soziologisch formuliert, darin, dass der Arzt einen sozial höchst wichtigen Definitionsvorgang mit Legitimation vollziehen darf: Die Verwandlung von Personen in Patienten. Erst als Patient ist der Kranke von den Leistungsanforderungen der Gesellschaft entbunden, so dass er sich ganz dem Heilverfahren des kompetenten Spezialisten überlassen darf. Zugleich aber bedeutet dies, als nur noch bedingt tauglich von den Prozessen aktiver Weltgestaltung ausgegrenzt zu sein. Bei psychisch Kranken sind diese Prozesse der Entmündigung evident.

Nun bemißt sich ärztliche Ethik nicht zuletzt daran, in- wie weit die Verwandlung von Personen in Patienten für deren Heilung notwendig und gerechtfertigt ist. Am Beispiel des Simulanten und Drückebergers zeigt sich das Problem ebenso wie an der Psychiatrisierung von Regimegegnern oder den Experimenten in deutschen KZ's. So gesehen verletzt eine Teilnahme an katastrophenmedizinischer Fortbildung die ärztliche Ethik nicht prinzipiell. Der humanitäre Leitgedanke, mit geringen Mitteln möglichst Vielen zu helfen, wird nicht dadurch falsch, dass dem Eventualfall nicht mit ausreichenden Mitteln vorgebeugt worden ist. Zudem entscheidet nicht der Arzt, mit welchen Mitteln welchen Risiken vorgebeugt wird; dies sind politische, ökonomische,

gesellschaftliche Entscheidungen, an denen der Arzt als Staatsbürger teilhaben kann, sofern er will.

Dennoch lassen sich die Bereiche nicht scheiden. Dort, wo der Arzt zum Patienten definiert, ohne dass im medizinischen Sinne "Krankheit" gegeben ist oder Heilung erzielt werden kann, werden Definitionsmacht und ethischer Anspruch mißbraucht. Der Streikende, der Demonstrant, der Wehrkraftzersetzer, sie alle sind keine Patienten; die möglicherweise im Spannungsfall zu Hunderttausenden vor dem strategisch kalkulierten Selbstmord Fliehenden sind keine seelisch erregten Kranken sondern schutzlos Preisgegebene, die mit ihren Mitteln das Überleben suchen. Will, darf, kann oder soll sie der Arzt krank schreiben? Bis zu welcher Grenze darf er sich für Vorfeldkontrollen und Rasterfahndungen mit Krankheitsdaten einspannen lassen (vgl. Damolin, 1981)?

Eine solche Frage lässt sich durchaus mit ärztlicher Kompetenz beantworten. Aber indem sie beantwortet wird, ist die Grenze zwischen fachlicher Kompetenz und ihrer gesellschaftlichen Einbettung unkenntlich verwischt. Die Einbeziehung der Medizin in den Zivil- und Katastrophenschutz macht den Arzt, der sein Handeln nicht von den politischen Bedingungen dieser Einbeziehung her reflektiert, zum Popanz jener, die von den Definitionen zum Patienten profitieren.

Es sei nicht verhohlen, dass eine solche Reflexion an Grenzen stösst und selbst Grauzonen des Egoismus und der Selbstbeschwichtigung bergen. Zutreffend bemerkt daher Potyka (1977:40) über die Schwierigkeiten, für den Bereich militärischer und ziviler Verteidigung Klarheit zu gewinnen, dass Strategiekritik Sisyphusarbeit ist. Doch gerade "in Zeiten kaum mehr durchschaubarer Bedrohungs- und Verteidigungsdebatten liegt ihre Aufgabe darin, die Übertreibungen der verschiedenen Extrempositionen zu analysieren und zu relativieren. Zweitens hat Strategiekritik die geltenden strategischen Doktrinen, nach denen - falls die Abschreckung versagt - ein bewaffneter Konflikt ablaufen dürfte, auf deren Widersprüche hin abzuklopfen und in dem Sinne zu 'verunsichern', dass sie den Verantwortlichen nicht als politisch mit Gewinn verwend- bare Mechanismen erscheinen."

Dies gilt auch für die Widersprüche einer Zivilverteidigungsdebatte (vgl. Baudissin, 1982; "Ist atomare Abschreckung unmoralisch?", 1982; Magenheimer, 1983; Schmelzer/Schneider, 1984; Sonntag, 1981; Teller, 1984), deren Widersprüche an einem Detail beleuchtet wurden, das sich der ärztlichen Kompetenz nicht entzieht. Hier verunsichernd zu wirken, soll dazu dienen, den Verantwortlichen den politischen Gewinn einer ethischen Reputation zu entziehen, die schon einmal mißbraucht worden ist (vgl. Mitscherlich/Mielke, 1978; Bastian, 1983).

## Literatur

"Aus der Asche", Der Spiegel, Nr.12/1983:120-122

BASTIAN, T.: "Maschinengewehre hinter der Front. Deutschen Ärzte - Deutscher Militarismus", Psychosozial Nr.19 "Bürgerlicher Ungehorsam", Reinbek 1983:47-56

BAUDISSION, W., Graf v.: "Neuer Grundwert Frieden. Schaffung und Erhaltung von Nicht-Krieg", Das Parlament, 14./21.8.1982:32/33

BIEL, C.: "Zivilschutz", Sendung des NDR III, 1.6.1983, Abendmagazin

BITTORF, W.: "Ich sag' dem Schwein nicht, wann es stirbt", Der Spiegel, Nr.9/1982:105-108

BRICKENSTEIN, R.: "Individualreaktionen, Summationsphänomene und Kollektivreaktionen in Katastrophen", Münchener Medizinische Wochenschrift, 42/1980:1459ff.

BÜLOW, A.v.: "Atomwaffen sind etwas für Irre", Der Stern Nr.39, 19.9.1985:206

BUNDESTAGSDRUCKSACHEN, 7/905, 7.Wahlperiode, "Situation der zivilen Verteidigung"; 10/255, 10.Wahlperiode, Frage der MdB Dr. Hickel (Die Grünen); 10/819, 10.Wahlperiode, Frage der MdB Kelly (Die Grünen); 10/958, 10.Wahlperiode, "Medizinische Versorgung im Atomkrieg".

DAMOLIN, M.: "Wie entdeckt man den potentiellen Attentäter?", Teil 1 u. 2, Psychologie Heute, 8(1981)9:10 u. 12-13

DATEN ZUM ZIVILSCHUTZ 1983/84, Hg.: Bundesamt für Zivilschutz, Bonn, veröff. in Zivilverteidigung 2/1984:14

DENEKE, J.F.V.: "Ein Angriff auf die sittliche Substanz des Arztiums", Deutsches Ärzteblatt, 40/1981:1856-57

DIBOLD, H./WECHSELBERGER, F.: "Einsatz atomverseuchter Ärzte, Krankenschwestern und Sanitäter./Zur ärztlichen Hilfe bei Katastrophen - auch nuklearen Katastrophen", Zivilverteidigung 2/1983:24-26

DICKMANN, B.: "Valium für den 'heißen Herbst'?", Der Stern, Nr.28, 7.7.1983:115

DOMBROWSKY, W.R.: "Panikmache", Teil 1 u. 2, Zivilverteidigung 3/1982:41-46  
u. 4/82:49-53

-----: "Katastrophensoziologische Erkenntnisse zur gegenwärtigen  
Notwendigkeit von Kriegen", Betz, K./Kaiser, A. (Hgg.): Wissenschaft zwischen  
Krieg und Frieden, Berlin (W) 1983:54-56

-----: "Survivalism. Die vermarktete Fiktion vom individuellen  
Überleben", Frankfurter Hefte, 12/1981:23-30

ELIAS, N.: "Das Credo eines Metaphysikers. Kommentare zu Poppers 'Logik der  
Forschung'", ZfS, 14(1985)2:93-114

ELLINGER, H. (Hg.): Betäubungsmittel und Strafbarkeit. Ein Beitrag zur  
Änderung der Strafbestimmungen des Opiumgesetzes durch das Gesetz vom  
22.12.1971 und zum Problem Rauschgift aus rechtlicher Sicht, Wiesba-den:  
Bundeskriminalamt 1974

FETTER, S./TSIPIS, K.: "Nukleare Katastrophen: ein Vergleich", Spektrum der  
Wissenschaft 6/1981:130-137

GROESCHEL, K.: "Katastrophen-Medizin warum, wie, wo und warum? Versuch einer  
Begründung und Begrenzung", Zivilverteidigung 2/1984:23-30

-----: "Fortbildung in Katastrophen-Medizin - kann und darf man sie  
verweigern?", Zivilverteidigung 1/1982:6-10

-----: "Zivilschutz = Kriegsvorbereitung?", Zivilverteidigung  
2/1982:14-16

HOYNG, H./SHABTAI, T.: "Der 107-Sekunden-Krieg. Angriffsziel Atomkraftwerk",  
Der Stern, Nr.26, 18.6.1981:16-26

"Ist atomare Abschreckung unmoralisch? Katholische Bischöfe in Amerika  
stellen die Nato-Doktrin in Frage - Auszüge aus dem Entwurf eines  
Hirtenbriefes über Krieg und Frieden", Die Zeit, Nr.46, 12.11.1982:17-20

JANSSEN, A.: "Der Verbund macht's", Zivilverteidigung 1/1981:54-59

KALKREUTH, J.v.: "Streitkräfte und zivile Verteidigung", Zivilverteidigung  
3/1983:9-11

-----: "Gesundheitssicherstellung der Bevölkerung und der



Streitkräfte im Frieden und im Krieg", Zivilverteidigung 1/1985:24-27

-----: "Zivilschutz in der Diskussion", Zivilverteidigung  
3/1984:41-45

KATASTROPHENMEDIZIN. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im  
Katastrophenfall, hrsg.v. Bundesminister des Innern, Bonn 1982 (2.Aufl.)

KATER, H.: "3.Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges",  
Zivilverteidigung 3/1983:37-38

-----: "Ärztliche Hilfe bei atomaren Katastrophen", Zivilverteidigung  
2/1982:17-22

KOSLOWSKI, L.: "Einfach unglaublich! Wo bleibt das  
Gesundheits-Sicherstellungsgesetz?", Zivilverteidigung 2/1980:21-22

LANZ, R./RENFER, H./ROSSETTI, M.: "Katastrophenmedizin nach Einsatz von  
Massenvernichtungsmitteln", Zivilverteidigung 1/1981:36-43

MAGENHEIMER, H.: "Das Konzept der Zivilverteidigung im strategischen Kalkül  
der beiden Weltmächte", Zivilverteidigung 2/1983:13-18

MERTON, R.K.: Social Theory and Social Structure, New York, 1968 (3rd. ed.)

MESSERSCHMIDT, O.: "Katastrophenmedizin - Zivilschutzmedizin",  
Zivilverteidigung 3/1984:54

METZNER, W./HEGENBART, Th.: "Ab in den Bunker. Zivilschutz in der  
Bundesrepublik", Der Stern, Nr.2, 5.1.1984:12-23

MULLER, J.E.: "On Accidental Nuclear War", Newsweek, March 1, 1982:9

NAGY, J.: "Die Triage", Zivilverteidigung 1/1984:14-18

POHLIT, W.: "Strahlenwirkungen und Strahlenschutz im Katastrophenfall",  
Zivilverteidigung 1/1982:34-39

POTYKA, Chr.: "Strategiekritik als Sisyphusarbeit. Zur Kunst des Überlebens  
im Abschreckungszeitalter", Aus Politik und Zeitgeschichte, B 13/77,  
2.4.1977:1-18

SCHLESINGER, H.: "Schutz vor Schadwirkungen im Katastrophen- und  
Verteidigungsfall", Zivilverteidigung 1/1983:34-41

SCHMELZER, J.A./SCHNEIDER, K.: "Zivilschutz - Glaube und Wirklichkeit",  
Zivilverteidigung 1/1984:10-13

SCHUH, H./TRUM, H.: "Zur Entstehung, Verhütung und Bekämpfung von  
Katastrophenreaktionen", Brandschutz/Deutsche Feuerwehrzeitung  
4/1979:97-100

SCHULENBURG, H.: Schutz der Zivilbevölkerung - Wege aus einer Sackgasse",  
Zivilverteidigung 3/1985:6-12

SONNTAG, Ph.: "Schrecken um die Abschreckung. Die Psychologie des atomaren  
Gleichgewichts", Bild der Wissenschaft, 10/1981:112-116

-----: Verhinderung und Linderung atomarer Katastrophen, Bonn 1981

-----: Umstrittener Zivilschutz. Kommentar zum neuen Gesetzentwurf.  
Hessische Stiftung Friedens- und Konfliktforschung, Frankfurt/M. 1985

SUREN, E.G./TSCHERNE, H.: "Massenanfall von Verletzten im Katastrophenfall.  
Planungen eines chirurgischen Zentrums am Beispiel der Medizinischen  
Hochschule Hannover", Zivilverteidigung 2/1980:39-42

TELLER, E.: "Zivilschutz als Kriegsverhütung", Zivilverteidigung 2/1984:14

"USA/UdSSR. Das Zivilverteidigungsprogramm", Zivilverteidigung 1/1983:32-33,  
Nachdruck der Österreichischen Militärischen Zeitschrift 4/1982

"US.ATOMMANÖVER: Für Europa geheim", Der Spiegel, Nr.5/1982:14

VILMAR, K.: "Ärztliches Berufsethos erfordert Fortbildung in  
Katastrophenmedizin", Deutsches Ärzteblatt, 47/1981 (19.11.1981):2213-2214

"Weniger Schutz für mehr Bürger", Wirtschaftswoche Nr.50, 2.12.1977:23-24

WHO, Weltgesundheitsorganisation: Auswirkungen eines Atomkriegs auf die  
Gesundheit und das Gesundheitswesen. Bericht des Internationalen  
Fachausschusses Medizin und Gesundheitswesen zur Verwirklichung der  
Resolution WHA34.38, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1984

WUST, H.: "Zivilverteidigung in der Bundesrepublik Deutschland",  
Zivilverteidigung 2/1983:5-11

ZEHLE, S.: "Pillen für die Penne", Die Zeit, Nr.15, 6.4.1984:14

ZUCKERMAN, E.: "How Would the U.S. Survive a Nuclear War?", Esquire,  
3/1982:37-46