Peter Lehmann

Elektroschocks in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahre 2019

In: Ketzerbriefe – Flaschenpost für unangepaßte Gedanken, Heft 215, ISBN 978-3-89484-279-6, Freiburg: Ahriman-Verlag 2019, S. 37-57

Im Internet unter
https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/elektroschock-ketzerbriefe.pdf

Vorwort der Redaktion: Elektroschocks – Wie sich das technisierte Mittelalter in der Medizin breitmacht

Während der Besseren Zeit *sensu* Steinbach, in der Selbstbestimmung und zunehmende Glücksmöglichkeiten für weite Kreise der Gesellschaft erlebbar waren, erlebte auch die Psychiatrie mit ihren so häufig gegen die Restpersönlichkeit gerichteten, oft mehr an gesellschaftlicher Gleichschaltung statt Heilung orientierten Methoden eine Welle der Kritik, etwa derselben, die André Breton ca. 100 Jahre zuvor geäußert hatte, als ihm eine andere Bessere Zeit, gegen welche die herrschende Klasse kein leichteres Geschütz als die NSDAP auffahren mußte, um sie zu beenden, Gelegenheit und Publikum dazu gegeben hatte. Eine zweite, schwächere Bessere Zeit eröffnete sich erst wieder ca. 1965–1975, und in dieser rückte, nicht zuletzt durch den damals bekannten Film »Einer flog über das Kuckucksnest«, in der das sympathische Schlitzohr, gespielt von Jack Nicholson, zwecks Disziplinierung und Willensbrechung zum dumpfen Zombie geschockt wurde, der im faschistischen Italien entwickelte Elektroschock ins Kreuzfeuer der Kritik. (Auch an Heinar Kipphardts Film »März« läßt sich denken.) Diese Kritik setzte schon ein, als eines der prominentesten Opfer des Elektroschocks, der Schriftsteller Ernest Hemingway, welcher wegen Depressionen 1960 eine Serie von elf Elektroschocks ohne therapeutischen Erfolg erhielt, die aber seine Schreibfähigkeit zerstörten, deshalb Selbstmord beging. Er schrieb damals: »Sie nehmen mir mein Gedächtnis weg, sie zerstören mir meinen Lebensunterhalt, ich habe nichts zum Leben, wenn ich nicht schreiben kann. Es war eine ausgezeichnete Kur, aber der Patient ging verloren.« Die Hirnzerstörer mußten also zurückweichen, und die zu Recht verpönten Elektroschocks verschwanden erst einmal weitgehend aus den psychiatrischen Kliniken.

Doch bereits seit den 1980er Jahren, also seit dem Ende der Besseren Zeit, wird diese gedächtnis- und damit persönlichkeitszerstörende, herzhaft destruktive »Therapie« unter euphemistischen Namen wie »Elektrokrampftherapie« oder gar »Heilkrampftherapie« wieder zunehmend salonfähig gemacht. [1]

Nach dieser Anlaufphase wird seit Anfang 2017 der Elektroschock zunehmend in Gesundheitsratgeber-Sendungen von Rundfunk und Fernsehen offensiv als heilbringende Methode gepriesen. Am 15. November 2018 fand ein Symposium »Die Wiederkehr des Elektroschocks – Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?« mit über 350 Besuchern im Rahmen der Jahrestagung der »Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie« statt. Ursprünglich als Podiumsdiskussion von Gegnern und Verfechtern konzipiert, waren lediglich die Gegner des Elektroschocks vertreten, sämtliche eingeladenen Befürworter kniffen Stück für Stück, und ihre Plätze blieben leer. Diese Damen und Herren schätzen eine Diskussion in der Öffentlichkeit – ohne die Gewalt im

[1] »Neuroelektrische Therapie« – die Wiederkehr des Elektroschocks, Ketzerbriefe 44, Sonderheft Kritische Medizin (IV), November 1993, p. 55–71.

Rücken – offensichtlich nicht.[2]

Im Anschluß drucken wir als Gastbeitrag eine aktuelle Übersicht zur Elektroschock»therapie« von Dr. Peter Lehmann ab. Dr. Lehmann war Mitorganisator und einer der Referenten des Magdeburger Symposiums und ist einer der profiliertesten Kritiker des Elektroschocks.

Elektroschocks in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahre 2019

Ohne Widerstand ist die als »Elektrokrampftherapie« bezeichnete Auslösung eines Grand-mal-Anfalls in den deutschsprachigen Ländern ins Repertoire der Psychiatrie zurückgekehrt. Deren Befürworter begründen den vorbeugenden, konsequenten und dauerhaften Einsatz mit nur geringen unerwünschten Wirkungen und überlegener Ansprechrate. Sie befürworten den Einsatz auch bei Schwangeren, Kindern, Alten und Behinderten und sehen keinerlei absolute Kontraindikation. Auch gegen den Wortlaut von Patientenverfügungen soll elektrogeschockt werden. Anwender wie auch Kritiker berichten von teilweise chronischen und lebensbedrohlichen Folgen für Herz, Kreislauf und Hirngefäße, Tot- und Frühgeburten und spontan wiederkehrenden epileptischen Anfällen.

Mit ausgelöst durch den Buchbeitrag »Wiederkehr des Elektroschocks« (Lehmann, 2017) sowie weitere kritische Publikationen, die zudem die übliche Gleichgültigkeit von weiteren Beteiligten im psychiatrischen Bereich kritisieren (Lehmann, 2018, p. 27; Newnes, 2018, p. 15 sqq.), sehen sich die Freunde des Elektroschocks, die ihre Maßnahme ohne große Worte wieder hoffähig machen wollen, einiger Kritik ausgesetzt. Einer der wenigen aktuellen kritischen Artikel, verfaßt von einem Kollegenkreis um Martin Zinkler, verweist auf eine nicht nachgewiesene Wirksamkeit von Elektroschocks und kritisiert deren zwangsweise Verabreichung als unethisch:

> »Einen (…) wenn überhaupt nur kurzfristig symptomatisch wirksamen biologischen Eingriff ohne bekannten Wirkmechanismus und ohne gesicherte Kenntnisse über mittel- und langfristige Nebenwirkungen außerhalb lebensrettender intensivmedizinischer Situationen in das Set an psychiatrisch indizierten *[angezeigten]* Zwangsmaßnahmen zu nehmen und dem Risiko einer Indikationsausweitung auszusetzen, erscheint uns aus ethischen Gründen nicht zu rechtfertigen. Ethisch ebenso problematisch ist, dass die Autoren offensichtlich Einwilligungsfähigkeit annehmen, wenn ein Patient ja zur EKT sagt, bei Ablehnung aber dem Gericht die Verantwortung übertragen wollen.« (Zinkler et al., 2018, p. 838)

[2] Die Zusammenfassung des Symposiums mit Redebeiträgen der Referenten ist nachzulesen in: soziale psychiatrie, 43. Jahrgang, Heft 02/2019, p. 28–31 oder www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/eschock-sozialepsychiatrie.pdf

Mainstream-Psychiater, insbesondere die Propagandisten des Elektroschocks, pochen unisono auf angeblich schonendere Praktiken der Elektroschockverabreichung, auf die »selbstverständliche« Einhaltung von Patientenrechten und Trialog-Prinzipien (Angebot an Angehörige, der Verabreichung von Elektroschocks zuzuschauen, und Angebot an Betroffene, im nachhinein über zwangsweise verabreichte Elektroschocks zu sprechen). Weitere Argumente sind das angeblich gute und sofortige »Ansprechen« auf Elektroschocks, die Unterdrükkung der Muskelkrämpfe durch die Gabe von Narkosemitteln, tolerierbare »zeitlich nur begrenzte kognitive Nebenwirkungen« (sofern diese überhaupt aufträten), fehlende neuere Berichte über elektroschockbedingte Hirnblutungen, dafür jedoch die angebliche Anregung zur Neubildung von Nervenzellen durch Elektroschocks. Vertreter kritischer Positionen beschuldigt man einer ignoranten Leidenschaftlichkeit, der Behinderung dringend erforderlicher Behandlungen sowie unethischer Positionen gegenüber zwangsweise verabreichten Elektroschocks. Einzelne lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, jedoch bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit unklar. Und viele Patienten würden – belegt durch anekdotenhafte »Fallberichte« – zwangsweise verabreichte Elektroschocks im nachhinein befürworten (Grözinger et al., 2018; Folkerts, 2017; Gather & Vollmann, 2017; Zilles et al., 2018).[1]

[1] Mit einem elektroschockkritischen Artikel in den im Psychiatrieverlag erscheinenden Sozialpsychiatrischen Informationen (SPI) wollte der Autor dieses Artikels auf das Symposium »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?« bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) in Magdeburg im November 2018 hinweisen. Gleichzeitig wollte er dazu beitragen, daß das Risiko lang anhaltender sowie chronischer Gedächtnisschäden durch Elektroschocks nicht weiterhin totgeschwiegen, bagatellisiert oder mit Berichten einzelner dankbarer Elektroschockpatientinnen und -patienten weggeredet wird. Dieser Versuch wurde jedoch von der SPI-Redaktion mit der Zurückweisung seines Artikels und dieser Argumentation zunichte gemacht: Der Text sei zwar informativ, manchmal aber auch polemisch. Weiterhin nicht überzeugend, so die SPI-Redaktion, sei die Annahme, daß Psychiater nicht die Wahrheit zu den Risiken und Schäden sagen. Zudem lasse der Artikel alle modernen Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens komplett vermissen; »im Sinne der Betroffenen« habe eine kritische Auseinandersetzung jedoch sorgfältig und seriös zu geschehen. Der Artikel berge die Gefahr, daß der »immer wieder gezielt in die Öffentlichkeit getragenen Darstellung der Elektrokrampftherapie als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode« Vorschub geleistet werde.

Zu den SPI-Redaktionsmitgliedern zählen Peter Brieger, Psychiater und Ärztlicher Direktor des kbo-Isar-Amper-Klinikums München (mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten) und Eva-Maria Franck, Oberärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Kinderkrankenhaus Auf der Bult in Hannover (Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten). Im SPI-Redaktionsbeirat sitzen Helmut Haselbeck, ehemaliger Chefarzt der psychiatrischen Klinik Bremen-Ost (mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten) und Renate Schernus vom Evangelischen

Wirkprinzip epileptischer Anfall

Seit den 1980er Jahren sind Elektroschock-Verabreichungen weltweit stetig angestiegen. Auch wenn man heutzutage harmloser klingende Begriffe wie »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »elektrische Durchflutungstherapie« oder »Elektrokonvulsionstherapie« benutzt: Am Wirkprinzip des Elektroschocks, so seine ursprüngliche Bezeichnung, hat sich nichts geändert. Von »Elektroschocks« zu sprechen ist allerdings problematisch, geht es doch nicht darum, daß man den Betroffenen mit elektrischen Stromstößen Schocks zufügt, sondern bei ihnen mit elektrischen Stromstößen epileptische Anfälle bewirkt. Gemeinsam mit Kollegen betonte Michael Grözinger, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Sachen Elektroschock und Mitherausgeber des Standardwerks »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, die absolute Notwendigkeit, einen großen epileptischen Anfall als wirkungsaktives Mittel auszulösen:

> »Die grundlegende Hypothese Ladislas Medunas zum Wirkmechanismus, der zufolge der generalisierte Krampfanfall das therapeutische Agens der EKT darstellt, besitzt auch heute noch Gültigkeit. Alle Versuche, diesen Kernbestandteil der Methode zu modifizieren, waren mit einer Einbuße an therapeutischer Wirkung verbunden.« (Grözinger et al., 2012, p. 919)

Meduna war ein ungarischer Psychiater, der glaubte, daß sich Epilepsie und Schizophrenie ausschließen. Deshalb forschte er ab 1933 an der Budapester Univer-

---

Krankenhaus Bielefeld – Standort Bethel (mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten). Das Editorial der SPI, Heft 3/2018, für das der Artikel gedacht war, schrieb Dyrk Zedlick, SPI-Redaktionsmitglied und Chefarzt des Rudolf-Virchow-Klinikums Glauchau (Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten). Bezeichnend ist, daß trotz der Tatsache, daß die genannten Redaktionsmitglieder in teilweise leitenden Stellungen ihrer Kliniken tätig sind und diese mit Elektroschocks erhebliche Zusatzeinnahmen erwirtschaften, jegliche Erklärung der Interessenkonflikte unterbleibt.

Der nachfolgende, nur unwesentlich bearbeitete Text zu den Verabreichungspraktiken, Risiken und Schäden von Elektroschocks stellt das nach Meinung der SPI-Redaktion unsachliche, unwissenschaftliche, unseriöse, kontraproduktive, gefährliche und der Sache der Betroffenen abträgliche Manuskript dar. Hinzugefügt wurden lediglich Zitate von Psychiatrieverlagsautoren zur Verabreichung von Elektroschockserien, das Lob der Deutschen Depressionsliga für den Elektroschock, der Absatz über die Zuordnung des Elektroschocks zu den Gewaltkuren, der Nachtrag »Der erste Elektroschock« und die Schlußbetrachtung.

Mittlerweile wurden eine gekürzte Fassung des Artikels sowie der Bericht vom oben erwähnten DGSP-Symposium vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. veröffentlicht (Lehmann, 2018, 2019). Was »im Sinne der Betroffenen« ist, entscheiden und publizieren seit einigen Jahrzehnten diese selbst. Es wäre vermessen, von Psychiatern, die den im Faschismus entwickelten Elektroschock grundsätzlich immer noch gutheißen, eine solche Einsicht zu erwarten.

sitätsklinik, wie man beim Menschen mit Kampfer epileptische Anfälle auslösen kann. Später nahm er Pentetrazol, dann Cardiazol, dann elektrischen Strom.

Psychiater schätzen am Elektroschock die hohe Ansprechrate, das heißt seine Wirkung auf Knopfdruck. Der epileptische Anfall tritt sofort ein, die psychischen Probleme treten in aller Regel erst mal in den Hintergrund, die Reaktion (»Response«) gilt als erfolgreich.

Die Elektroden plaziert man unilateral (einseitig – in der Regel an der rechten Schläfenseite – und am Hinterkopf) oder an beiden Schläfenseiten (bitemporal). Der eigentliche Elektroschock beginnt mit der Einleitung einer Narkose. Ist nach ca. 30 bis 60 Sekunden eine hinreichende Narkosetiefe erreicht, verabreicht man ein Muskelrelaxans (in der Regel Succinylcholin), damit die Muskulatur erschlafft. Dann wird per Auslösetasten das Gehirn »angeregt«, das heißt, der epileptische Anfall, also der Hirnkrampf, ausgelöst.

Mit veränderten Plazierungen haben Psychiater eine Vielzahl von Neuerungen zur Hand. Neuere Positionen sind beidseitig vorne an der Stirn (bifrontal) und vorne links und an der rechten Schläfenseite (links anterior, rechts temporal). Dabei wird die erste Elektrode mittig über der linken Augenbraue angesetzt und die zweite rechts 1,5 bis 2,5 cm oberhalb der Mitte der Linie zwischen der Stelle, unter der der Gehörgang verläuft, und dem äußeren Augenwinkel.

Der epileptische Anfall findet statt, auch wenn der Patient bewußtlos ist. Hier drängt sich der Vergleich mit einer Vergewaltigung unter K.-o.-Tropfen auf. Von dieser bekommt die Betroffene ebenfalls direkt nichts mit, aber sie hinterläßt dennoch ihre Spuren. Vergleichbares beim Elektroschock, auch wenn der Hauptangriffspunkt nicht der Genitalbereich ist, sondern das Gehirn: »Die Patientin bekommt eine Narkose, sie wird von der Behandlung nichts mitbekommen.« Mit diesen Worten wollte Stefanie Kara, 2015 Trägerin des »Georg von Holtzbrinck Preis für Wissenschaftsjournalismus«, 2017 im Deutschlandfunk in typischer Weise die Folgen von Elektroschocks ausblenden, unter denen viele Betroffene leiden. Zu den Medien der Holtzbrinck-Gruppe gehört der Springer Medizin Verlag; dort erschien 2013 »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«.

Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« werden besonders starke und viele Elektroschocks verabreicht. Zunächst einmal sollen 20 Schocks verabreicht werden, um zu sehen, ob sie auf die Schocks »ansprechen«:

> »Bei schizophrenen Störungen wird überwiegend bitemporal und bevorzugt mit einer etwa 2- bis 4-fachen Krampfschwellendosis stimuliert. Die notwendigen Stimulationssitzungen werden mit 6–20 (2–3 Sitzungen pro Woche) angegeben (…)« (Müller & Benkert, 2017, p. 370)

> »Bei Indikationen aus dem schizophrenen Formenkreis können auch deutlich mehr, bis zu 30 Behandlungen erforderlich sein.« (Sartorius et al., 2013, p. 122)

Auch Autoren des Psychiatrieverlags, der mit seinen Publikationen laut veröffentlichtem Selbstverständnis ein humanes und patientengerechtes Gesund-

heitswesen erreichen will, und des ihm angeschlossenen Balance-Verlags empfehlen seit Jahrzehnten die Verabreichung von Elektroschockserien:

> »Die Wirkung ist oft günstiger, wenn die EKT als Krampfblock (3–4 Krämpfe in 2–3 Tagen) eingesetzt wird.« (in »Irren ist menschlich« von Dörner & Plog, 1992, p. 547)

> »Die Elektrokrampfbehandlung wird typischerweise in ›Serien‹ dreimal pro Woche durchgeführt. Eine erwünschte Wirkung tritt häufig bereits nach drei, in der Regel nach fünf bis sechs Behandlungen ein. In vielen Fällen können jedoch bis zu zwölf Behandlungen erforderlich sein.
>
> EKT ist hinsichtlich der Ansprechrate den antidepressiven Medikamenten überlegen (80–90 gegenüber etwas 60 Prozent), allerdings hält die Wirkung oft nicht lange an. Deswegen wird die EKT meist mit einer medikamentösen Behandlung kombiniert. Manche Kliniken empfehlen sogar eine ›Erhaltungs-EKT‹ einmal pro Woche über längere Zeit.« (in »Umgang mit Psychopharmaka« von Greve et al., 2017, p. 72)

> »Ebenso wie eine EKT als bewährte Methode bei der Behandlung einer therapieresistenten [!] Depression selbstverständlich eingesetzt wird, ist ein solcher Einsatz bei einer therapieresistenten Manie genauso unvoreingenommen wünschenswert.« (in »Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen« von Finzen et al., 2017, p. 92)

> »Die Dauer der Krampfentladung wird durch die gewählte Stromstärke und Stromdurchlaufzeit bestimmt und sollte mindestens 25 Sekunden betragen. Die Wirkung ist oft deutlicher, wenn die EKT als Serie (sechs bis maximal zwölf Behandlungen in mindestens zweitägigem Abstand) eingesetzt wird.« (in »Irren ist menschlich – Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie« von Dörner et al. 2017, p. 881)

Der moderne Elektroschock findet in zeitgemäßer Form computergesteuert statt und entspricht dem Zeitgeist der Computertechnologie und Internetvernetzungen, deren Funktionsweise dem menschlichen Geist zugrunde gelegt wird (Eckoldt, 2016, p. 207 sqq.). Gegenwärtig entwickeln Mathematiker, Informatiker, Biologen und Neurologen mathematische Modelle (»Neuromodeling«), die individuelle Mechanismen menschlichen Verhaltens oder neuronaler Aktivität zu beschreiben und vorherzusagen versuchen (Universität Zürich, 2015; Fuchs, 2015; Lehmann, 2016, p. 20 sq.). Ähnlich Facebook oder Amazon, wo Logarithmen neue Freunde oder Waren empfehlen, liest die künstliche Intelligenz die in der Psychiatrie gemessenen Hirnströme in Rechenprogramme ein und empfiehlt die Diagnose und Behandlung. Eine solche Formel für die Diagnose »Schizophrenie« publizierte

2019 ein Team um Sunil Vasu Kalmady vom Alberta Machine Intelligence Institute, Department of Computing Science sowie Department of Psychiatry an der University of Alberta in Edmonton, Kanada, in Partnerschaft mit der (u. a. von den Pharmafirmen Boehringer Ingelheim, Lundbeck, Otsuka und Sunovion) gesponserten Schizophrenia International Research Society im Nature Partner Journals Schizophrenia:

»$P^*_{1,j} = \{P^k_{1,j}\}$ over k = 1..K, j = 1..14 to $P^*_{6,j} = \{P^k_{6,j}\}$ over k = 1..K, j = 1..14.«

Man braucht wenig Phantasie um vorauszusagen, daß – wenn die Patientinnen und Patienten eh schon verdrahtet auf dem Behandlungsbett liegen – über kurz oder lang der Hirnstrommessung aus Optimierungsgründen gleich ein Elektroschock folgen wird.

Wer wird geschockt?

Mainstream-Psychiater drängten jahrzehntelang, vermehrt Elektroschocks zu verabreichen. Fritz Reimer, langjähriger Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz (Verband der Leiter psychiatrischer Kliniken und Krankenhausabteilungen in Deutschland), äußerte 1988:

> »Ich hoffe, daß bald alle wieder schocken. In Schweden, der Schweiz, England oder Holland hat die Psychiatrie einen wesentlich höheren Standard, d. h. es wird dort sehr viel mehr geschockt als bei uns.« (zitiert nach Förster, 1988, p. 22)

Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz riefen 2012 dazu auf, flächendeckend Elektroschockapparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich Elektroschocks zu verabreichen. Einzig in Italien regt sich noch vereinzelt Widerstand gegen die Elektroschockpraxis. Er geht vermutlich zurück auf die Haltung der demokratischen Psychiatrie, wie sie unter anderem von Franco Basaglia (1924–1980) entwickelt worden war. Lorenzo Toresini, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Meran, stellte 2012 bei der Anhörung vor dem Parlamentarischen Ausschuß des Nationalen Gesundheitsdienstes klar:

> »(…) die Anwendung des Elektroschocks, wie EKT in Italien immer noch weitverbreitet unter Fachleuten genannt wird, entspringt dem nationalsozialistischen Geiste der Repression (…)« (zitiert nach Conca, 2013, p. 44)

Mit Abstand am häufigsten und mit der höchsten Zuwachsrate werden Elektroschocks in Universitätskliniken verabreicht, den Stätten psychiatrischer Ausbildung. 2008 wurden in Deutschland ca. 30 000 Elektroschocks (36,7 Schocks pro 100 000 Einwohner) verabreicht. Nach der jüngsten Statistik, so ein Artikel im STERN im März 2019, wurden 2016 in Deutschland 5700 Menschen Elektroschocks verabreicht, siebenmal mehr als vor 40 Jahren (Albrecht, 2019). »Immer noch zu wenige« (zitiert nach ebd.), sagte dazu Peter Falkai, Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik München und ehemaliger Präsident der DGPPN.

In der Schweiz und Österreich lagen die Zahlen unter den deutschen Zahlen. Im Vergleich mit einigen europäischen Ländern, von denen Zahlen vorliegen, befinden sich die deutschsprachigen Länder im unteren Drittel. In Dänemark beispielsweise ist die Rate zehnmal höher als in Deutschland. Während sich in den Niederlanden zwischen 1999 und 2008 die Zahl der verabreichten Elektroschocks vervierfachte, stieg sie in Deutschland zwischen 1995 und 2008 »nur« um das 2,5fache an (Henkel & Grözinger, 2013, p. 17). Der Psychiater Asmus Finzen, Leitender Krankenhausarzt in Wunstorf (1975–1987) und Basel (bis 2003), berichtete 2018, in all den Jahren seiner Berufstätigkeit sei er für ca. 50 000 Patientinnen und Patienten zuständig gewesen, habe aber kein einziges Mal die Verabreichung von Elektroschocks für nötig befunden. Entsprechend heftig sind die Anstrengungen der Mainstream-Psychiater, den internationalen Rückstand aufzuholen.

In Deutschland verabreicht man Elektroschocks bevorzugt Frauen sowie über 50jährigen. Auch in ganz Europa sind es mehrheitlich Frauen und Ältere, denen man Elektroschocks verabreicht (Conca, 2013, p. 41; Henkel & Grözinger, 2013, p. 17; Pfaff et al., 2013, p. 387). Dasselbe gilt für Länder anderer Kontinente, beispielsweise Pakistan, Hongkong oder Saudi-Arabien. In Nordamerika ist die Situation nicht anders:

> »Der typische EKT-Patient wurde als ältere weiße Frau mit privater Krankenversicherung oder Vermögen beschrieben.« (Henkel & Grözinger, 2013, p. 18 sq.)

In Neuseeland liegt der Anteil von Frauen bei ca. 70 %, in Lateinamerika über 70 % (ebd., p. 19 sq.). Daß feministisch orientierte psychiatrisch Tätige damit Probleme haben, ist nicht bekannt.

Gelegenheiten für Elektroschocks

Seit Mitte der 1980er Jahre führte das Ausbleiben der erwünschten Reaktion auf Antidepressiva und Neuroleptika, bedingt durch im Lauf der Behandlung stattfindende Rezeptorenveränderungen, zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Wiederbelebung des Elektroschocks (Reinke et al., 2013, p. 13). Als Anlässe zur Rechtfertigung des Elektroschocks gelten unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika und Phasenprophylaktika, »Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika«, insbesondere »Nichtansprechen« von Clozapin (im Handel auch als Clopin, Lanolept und Leponex) oder gar dessen Ablehnung sowie Kontraindikationen von Neuroleptika. Auch bei Behandlungsresistenz seien Elektroschocks zu verabreichen.

Elektroschocks werden unter psychiatrischen, neurologischen und internistischen Indikationen verabreicht, allen voran schwere Depressionen (auch mit Suizidalität) und depressive Episoden mit psychotischen Merkmalen. Schizophrenie, Wochenbettpsychose, Katatonie, Manie, Zwangsstörungen und Anorexie sind weitere psychiatrische Indikationen. Aber auch Menschen mit Demenz

bekommen Elektroschocks verabreicht, ebenfalls Kinder im vorpubertären Alter und Menschen mit geistiger Behinderung, frühkindlicher Hirnschädigung oder Down-Syndrom; so lasse sich ein aggressiv-agitiertes Verhalten verbessern. Zu den internistischen Indikationen zählen das maligne neuroleptische Syndrom und die perniziöse Katatonie (auch »akute tödliche Katatonie«, »febrile Katatonie« oder »maligne Katatonie« genannt). Dies bedeute aber auf keinen Fall, daß Elektroschocks Ultima ratio seien, schreiben Berthold-Losleben und Grözinger:

> »Die Darstellung der EKT als Ultima ratio ist unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig. Sie ist deshalb grundsätzlich abzulehnen.« (2013, p. 51)

Behandlungsresistenz gilt als häufigste Indikation für Elektroschocks (Grager & Di Pauli, 2013, p. 74). Gemäß »S3-Leitlinie Unipolare Depression« kann sie leicht festgestellt werden:

> »Wenn zwei lege artis *[nach den Regeln der ärztlichen Kunst]* durchgeführte Behandlungen mit Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen zu keiner Besserung geführt haben, ist eine Behandlung mit EKT indiziert.« (DGPPN et al., 2017, p. 43)

Die potenziell depressions-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva und psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika läßt Psychiatern Elektroschocks als Ausweg erscheinen, wenn ihre Standardmethoden ausgereizt und psychische Probleme chronisch geworden sind. Dann scheinen drastische Maßnahmen vonnöten.

Ehrenmann Helmut Selbach

Als einer der ersten seiner Berufsgruppe erkannte dies Helmut Selbach, SA-Mitglied ab 1934, ab 1940 Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité in Berlin unter Max de Crinis, einem Protagonisten des psychiatrischen T4-Massenmords, und ab 1941 Chef der Chemischen Abteilung am für seine Forschungen an Gehirnen ermordeter Psychiatriepatienten und andere Verbrechen berüchtigten Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung. Dort hatte Selbach freie Hand, unter anderem die Wirkung von Elektroschocks zu erforschen (Klee, 2015, p. 578). Noch heute (April 2019) ist dieser Mann bei der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (BGPN) kommentarlos als Ehrenmitglied gelistet (BGPN, o. J.), zählen doch auch die Kliniken, die von Vorstandsmitgliedern der BGPN geleitet werden oder in denen sie ihr Geld verdienen, zu den Einrichtungen mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten (Schlosspark-Klinik Berlin, Immanuel Klinik in Rüdersdorf, Charité Klinik Berlin, Vivantes Kliniken Berlin).

1960 tat Selbach, inzwischen Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin-West, seine Methode der Wahl bei Toleranzbildung gegenüber dem Antidepressiva-Prototyp Tofranil (Wirkstoff Imipramin) kund:

> »Die Wirksamkeit des Tofranil kann mit zunehmender Zahl der depressiven Phasen sinken. Bekanntlich wird die Auslenkung im Lauf des Lebens flacher, wobei aber das kranke System nicht selten zur Therapieresistenz erstarrt und die Fähigkeit zu spontaner oder therapeutisch provozierter Gegenregulation einbüßt oder stark vermindert ist. Hier können oft nur einer oder wenige Elektroschocks eine Auflockerung der gegenregulatorischen Insuffizienz *[Minderfunktion]* oft mit auffallend schneller Homöostasierung *[Selbstregulierung im dynamischen Gleichgewicht]* bewirken. Der Krampfanfall bewirkt in Sekundenschnelle mit extremer Amplitude also das gleiche, was ebenso unspezifisch das Tofranil mit gedehnter und flacher Amplitude über weit längere Zeit, aber schonender erreicht.« (Selbach, 1960, p. 267)

Für neuroleptikabedingte Erstarrungszustände bot Selbach dieselbe Lösung an:

> »Und bei den letzteren können wir pharmakologisch gar nichts erreichen, da können wir nur noch mit der Elektroschock-Therapie dazwischenfahren, und damit ist unsere Weisheit am Ende.« (Selbach, 1963)

Wirkungsverstärkend und ohne Kontraindikation

Selbstverständlich verabreichen Psychiater Elektroschocks auch augmentativ, das heißt zur Wirkungsverstärkung ihrer Psychopharmaka. Die kombinierte Verabreichung von Elektroschocks und Neuroleptika sei der jeweiligen Monotherapie überlegen und führe zu einer höheren Reaktionsrate und zu einem schnelleren »Ansprechen der Symptomatik«. Die Kombination von Elektroschocks mit Antidepressiva sei ebenso wirksam wie mit atypischen Neuroleptika. Folgt man der psychiatrischen Argumentation, wird es nicht mehr lange dauern, bis Psychiatriepatientinnen und -patienten sofort bei Klinikaufnahme systematisch Elektroschocks und Psychopharmaka in Kombination verabreicht werden.

Während die Bundesärztekammer 2002 in ihrer Stellungnahme pro Elektroschock immerhin noch einige *absolute* Kontraindikationen nannte (kritischer Anstieg des Blutdrucks, kürzlich überstandener Herz- oder Hirninfarkt, akuter Glaukomanfall [schlagartig erhöhter Augeninnendruck], Hirnschwellung, Funktionseinschränkungen von Herz und Lunge) (Folkerts et al., 2002), sieht die DGPPN wenige Jahre später keine *absoluten* Kontraindikationen mehr, wenn Psychiater Elektroschocks verabreichen wollen. Sie wirbt in ihrer Ratgeberbroschüre für Patienten und Angehörige:

> »Absolute Hindernisse gegen eine EKT-Behandlung gibt es nicht. (…) Sie ist wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher und im Verhältnis zur Schwere der behandelten Erkrankungen nebenwirkungsarm.« (Grözinger et al., 2016, p. 8 sq.)

Elektroschockfreunde sehen auch kaum *relative* Kontraindikationen:

> »Keine Kontraindikationen für die EKT sind sehr hohes oder jugendliches

> Alter, Herzschrittmacher, Gravidität *[Schwangerschaft]*, Osteoporose *[Knochenschwund]*, Grüner Star *[Glaukom – Gruppe unterschiedlicher Augenerkrankungen]* oder länger zurückliegende Herz- oder Hirninfarkte.« (Kayser et al., 2013, p. 87)

Behandlungsschäden

Die bekanntesten Behandlungsschäden sind kognitive (die Erkenntnis- und Informationsverarbeitung betreffende) Störungen und Gedächtnisstörungen, die mit einer erheblichen objektiven und subjektiven Beeinträchtigung der Betroffenen einhergehen. Manche Patienten vergessen nach Elektroschocks, daß sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen, wie alt sie sind. Der US-amerikanische Neurologe Sidney Sament äußerte:

> »Ich habe viele Patienten nach einer Elektroschockbehandlung gesehen und habe keine Zweifel, daß die Auswirkungen des Elektroschocks mit denen einer Kopfverletzung identisch sind. Nach einer Elektroschockserie leidet der Patient unter Symptomen, die denen eines ehemaligen Boxers nach mehreren Kopftreffern gleichen. Nach einem Elektroschockblock sind die Symptome dieselben wie bei einer Gehirnerschütterung (einschließlich retro- und anterograder *[auf einen kürzeren oder längeren Zeitraum vor der Behandlung sowie die erste Zeit danach bezogener]* Amnesie). Nach einigen Elektroschockbehandlungen sind die Symptome die einer mittelschweren Prellung des Gehirns, und die weitere engagierte Verabreichung von Elektroschocks kann dazu führen, daß der Patient auf einer subhumanen *[nur noch menschenähnlichen]* Ebene funktioniert. (…) In allen Fällen ist das ›Ansprechen‹ auf die EKT auf eine Art Gehirnerschütterung oder Gravierenderes zurückzuführen. Der Patient ›vergißt‹ seine Symptome, weil der Hirnschaden Gedächtnisspuren im Gehirn zerstört, und muß durch eine herabgesetzte geistige Leistungsfähigkeit in unterschiedlichem Ausmaß dafür bezahlen.« (1983)

Saments Landsmann John Friedberg (1977, p. 1012) zog den Vergleich mit dem Korsakow-Syndrom, einer speziellen Form der Amnesie, bei der die Erkrankten neu erlebte oder erlernte Dinge nicht mehr behalten können und ältere Fakten, Erlebnisse und Gedächtniselemente vergessen. Nils Greve und Kolleginnen räumen ein:

> »Die wichtigste unerwünschte Wirkung – neben den Risiken der Kurznarkose – sind Gedächtnislücken. Diese klingen zwar meist nach einigen Wochen ab, manche bleiben aber auch dauerhaft bestehen und können als extrem belastend erlebt werden.« (2017, p. 72)

Auch die American Psychiatric Association informiert, daß Elektroschocks zu chronischen Gedächtnisstörungen führen können:

> »Einige Patienten erholen sich von retrograder Amnesie *[Verlust des Gedächtnisses hinsichtlich zurückliegender Ereignisse]* nicht vollständig, und

> die Befunde haben gezeigt, daß EKT zu lang anhaltendem oder dauerhaftem Gedächtnisverlust führen kann.« (2001, p. 71)

Über lang anhaltende sowie chronische Gedächtnisschäden berichten Psychiater schon seit Jahrzehnten. Manche nennen Häufigkeitsraten von über 50 % (Squire & Slater, 1983). Nachdem Harold Robertson und Robin Pryor die medizinische Literatur zu Elektroschocks durchforscht hatten, beschrieben sie in den Advances in Psychiatric Treatment auftretende Gedächtnisstörungen differenziert: dauerhafte Amnesie sei eine verbreitete, ernste und häufig vorkommende Auswirkung des Elektroschocks. Für viele Menschen würden die Auswirkungen der chronischen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der kognitiven Fähigkeiten jeglichen kurzfristigen Nutzen der Elektroschocks auf Dauer zunichte machen (2006, p. 234).

John Read von der Psychologischen Fakultät der Universität von Auckland (Neuseeland) und Richard Bentall von derselben Fakultät der Universität von Bangor (Wales) schrieben nach einer umfassenden Studie der medizinischen Literatur, sie hätten keinerlei Belege gefunden, wonach Elektroschocks therapeutisch wirksam seien:

> »Es gibt keinerlei Nachweis, daß die Behandlung über den Zeitraum ihrer Anwendung hinaus irgendeinen Nutzen hat oder daß sie Suiziden vorbeugt. Der äußerst kurzfristige Nutzen, den eine kleine Minderheit erzielt, kann die substanziellen Risiken nicht rechtfertigen, denen die Gesamtheit der EKT-Empfänger ausgesetzt ist.« (2010, p. 344)

Weitere Behandlungsschäden sind Unruhezustände und delirante Zustände. Verwirrtheitszustände können über Stunden anhalten, die Patienten schlagen um sich, sie können sich verletzen oder aufstehen und stürzen. Hinzu kommen Kopfschmerzen, Sprachversagen und Agnosie (beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung). Auch anhaltende epileptische Anfälle von mindestens mehreren Minuten (Status epilepticus) können auftreten, spontane Anfälle mit zeitlichem Abstand sowie spontane Anfälle einhergehend mit krankhaftem Atemmuster, Flüssigkeitsansammlung in der Lunge und Atemstillstand. Daß nach Elektroschocks ein bis zwei epileptische Anfälle pro Woche auf Dauer auftreten können, ist Ärzten schon lange bekannt.

Neben den neurologischen sind auch die psychischen Schäden zu nennen, beispielsweise eine im Vergleich mit nicht elektrogeschockten Klinikpatienten fünffach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche sowie ernsthaftere Suizidversuche nach Elektroschocks im Vergleich zu Antidepressiva. Lucy Johnstone von der University of the West of England in Bristol befragte Betroffene, die negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht hatten, und kam zum Schluß, daß die Verabreichung von Elektroschocks für einen Teil der Patienten eine tiefgreifende und dauerhaft traumatische Erfahrung bedeutet:

> »Eine Vielzahl von Themen kamen auf, darunter Gefühle von Angst, Scham und Demütigung, Wert- und Hilflosigkeit sowie das Gefühl, mißhandelt und vergewaltigt worden zu sein.« (1999, p. 69)

Einige hätten darauf hingewiesen, daß Elektroschocks qualitativ anders einzuschätzen seien als Psychopharmaka, nämlich als brutaler Angriff auf die Person an sich. Eine Interviewte meinte:

> »Ich denke, einen Menschen festzuschnallen und ihm einen Stromschlag zu versetzen … erinnert doch sehr an Frankenstein, nicht wahr?« (zitiert nach ebd., p. 79)

Zu einer ähnlichen Einschätzung war mehr als ein halbes Jahrhundert zuvor der Schweizer Psychiater Medard Boss gekommen, als er den Elektroschock – ähnlich Karl Jaspers knapp zehn Jahre später (Jaspers, 1946, p. 132) – den historisch alten, zu verurteilenden und grausamen Gewaltkuren zuordnete; deren Ziel sei das »Erschüttern oder zum mindesten ein Bedrohen der Integrität des Organismus« (Boss, 1937, p. 387). Der Sozialpsychiater Klaus Dörner hat in seinem Lehrbuch »Irren ist menschlich«, in welchem er die Verabreichung von Elektroschocks lehrt, dasselbe Verständnis dieser Methode als Gewaltkur:

> »So entspricht die EKT-Wirkung einer der ältesten psychiatrischen Erfahrungen überhaupt: Hirnorganische oder andere körperliche Krankheiten führen u. U. zu Abschwächung, Unterbrechung oder Abbruch des psychotischen Handelns. Sie entziehen ihm den Boden, die Angst, die Aufmerksamkeit, den Antrieb: Lebens- oder Körperangst kann psychotische Angst erübrigen.« (Dörner & Plog, 1992, p. 546)

An vegetativen und Organschäden sind sehr langsamer Herzschlag mit einer Frequenz unter 50 Schlägen pro Minute mit gestörtem Rhythmus zu nennen. Solche und andere Herzrhythmusstörungen kommen in einer Häufigkeit bis zu 10 % vor, insbesondere wenn gleichzeitig die üblichen, potenziell kardiotoxischen, das heißt sich möglicherweise schädlich auf den Herzmuskel auswirkenden Begleitmedikamente verabreicht werden. Das Herz werde durch den epileptischen Anfall regelhaft massiv belastet und könne an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit kommen, auch Herzstillstände können eintreten.

Krankhaft erniedrigter oder erhöhter Blutdruck sind allgemeine Erscheinungen unter Elektroschocks. Während der systolische (die Kontraktionsphase des Herzmuskels betreffende) Blutdruckwert eines gesunden Menschen in Ruhe und bei normaler psychischer Verfassung zwischen 120 und 130 mm Hg liegt, steigt er unter Elektroschocks auf lebensbedrohliche Werte. Vorgeschädigte Gefäßwände können leicht einreißen, es kann zu gefährlichen Blutungen im Gehirn kommen:

> »Bei fast allen Patienten tritt direkt nach dem Anfall eine hypertone Kreislaufreaktion auf. Zum Teil liegen dann Blutdruckwerte über 200 mm Hg systolisch vor. In Anbetracht dessen sind auffällig wenige Fälle zerebraler *[Gehirn-]* Blutungen publiziert.« (Gillmann et al., 2013, p. 152)

Als weitere potenzielle Schäden nennen Psychiater in ihren internen Publikationen Lungenentzündungen infolge Ansaugung von Fremdkörpern in die Lunge, Komplikationen der Lungenfunktion wie Asthmaanfälle sowie Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes. Auch Schwindelzustände können auftreten, ebenso Übelkeit, Einkoten, Einnässen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut. Im »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie« sind die Ergebnisse der »risikoarmen« Verabreichung von Elektroschocks an Schwangere nachzulesen:

> »In einer Übersichtsarbeit bei 169 schwangeren Frauen, die mit EKT behandelt wurden, zeigte sich eine sehr hohe Rate an unerwünschten Ereignissen (in 29 % der Fälle kam es zu einem Abfall fetaler Herzraten, zu uterinen Kontraktionen oder zu frühzeitigen Geburten zwischen der 29. und 37. SSW *[Schwangerschaftswoche]*). Die kindliche Mortalität *[Sterblichkeit]* lag bei 7,1 %.« (Paulzen & Benkert, 2017, p. 928)

In Berichten zu tödlichen Hirnschäden infolge Elektroschocks werden immer wieder Hirnblutungen erwähnt. Die näheren und nicht nur auf das Gehirn beschränkten Ursachen elektroschockbedingter Todesfälle recherchierte David Impastato (1957) in den USA. Dabei stieß der Psychiater auf tödliche Schäden im Gehirn, am Atemapparat, am Herzen und an den Blutgefäßen des Kreislaufs. Über 60jährige waren in einer fünffach höheren Rate unter den 254 untersuchten Todesfällen vertreten. Eine spätere Studie brachte Übergewicht und die Vorbehandlung mit Neuroleptika als zusätzliche Risikofaktoren speziell für elektroschockbedingte tödliche Embolien (teilweise oder vollständige Gefäßverschlüsse) zutage (Kursawe & Schmickaly, 1988). Die Auswirkungen seiner Behandlungsmethode beschrieb Robert Heath, ein Elektroschock-Befürworter aus den USA, mit anschaulichen Worten: »Die Behandlung mit einem Elektroschock wirkt auf das Gehirn wie der Schuß aus einer Schrotflinte.« (Heath, 1984, p. 28)

Auf die in den Zeitschriften von Mainstream-Psychiatern publizierten Studien bezieht sich der Berliner Psychiater Jann Schlimme in seiner Einschätzung des elektrisch ausgelösten Krampfanfalls (EAK), wie er den Elektroschock nennt. Hirnveränderungen hätten nicht verläßlich mit den positiven oder negativen Wirkungen des EAK in Verbindung gebracht werden können, schreibt er. Dabei setzt er offenbar voraus, daß Freunde des Elektroschocks mögliche negative Ergebnisse von Studien zur Wirksamkeit der eigenen Tätigkeiten eingestehen – ganz abgesehen von der in der Regel eigenen willkürlichen und nicht überprüfbaren Interpretation von Behandlungsergebnissen, die jeder Diskussion von Wirksamkeitsstudien den wissenschaftlichen Boden entzieht. Allerdings, so Schlimme:

> »(…) ist es unwahrscheinlich, daß die vom elektrischen Impuls direkt betroffenen Nervenzellen keine dezidierten Veränderungen aufweisen. Das hierzu erforderliche Sichtbarwerden der synaptischen *[den Spalt zwischen Nervenzellen betreffenden]* Verbindungen von Nervenzellen wäre

> jedoch nur elektronenmikroskopisch möglich, was methodisch derart herausfordernd ist, daß auch für die nähere Zukunft entsprechende Aussagen von der neuroanatomischen Forschung nicht erwartet werden können.« (Schlimme, 2018, p. 23 sq.)

Im Verlauf einer Serie von Elektroschocks erhöht sich die Krampfschwelle. Älteren Menschen wird grundsätzlich eine höhere Krampfschwelle zugesprochen. Die gilt ebenso für Frauen (Eberlein, 1983, p. 3). In anderen Worten, mit der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, mit zunehmendem Alter und mit zunehmender Anzahl von Elektroschocks ist das Risiko für Schäden an Gehirn und Herz noch einmal erhöht.

»Erhaltungs«-Elektroschockserien

Auch wenn – aus welchem Grund auch immer – die psychischen Probleme abgeklungen sind, bedeutet dies nicht, daß Psychiater von der Verabreichung von Elektroschocks ablassen wollen. Jetzt kommen EEKT ins Spiel, »Erhaltungs-Elektrokrampf-Therapien«. Vorsorglich fortgesetzte Elektroschocks in verminderter Frequenz böten den besten Schutz vor Absetzproblemen und Rückfällen:

> »Ebenso wenig wie ein Pharmakon, das zu Remission geführt hat, sollte auch die EKT nach erfolgreicher Remission nicht abrupt abgesetzt werden.« (Di Pauli & Grözinger, 2013, p. 174)

Di Pauli und Grözinger empfehlen dieses

> »Behandlungsschema für die EEKT
> 6- bis 12-mal im wöchentlichen Abstand
> 4-mal im Abstand von 2 Wochen
> 4-mal im Abstand von 3 Wochen
> Anschließend monatlich (Ausnahme Schizophrenie)
> (…) Bei einer bedarfsorientierten EEKT (z. B. Cafeteria Style) erfolgen Behandlungen nur dann, wenn sich der Zustand des Patienten subjektiv oder objektiv verschlechtert.« (ebd.)

Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« sollen nicht so lange auf den jeweils nächsten Elektroschock warten müssen:

> »Zur Weiterbehandlung der Schizophrenie wird empfohlen, einen Behandlungsabstand von 3 Wochen nicht zu überschreiten.« (ebd., p. 165)

Elektroschocks als Jungbrunnen

Beschreiben Psychiater intern Hirnschäden durch Elektroschocks, verneinen sie diese außerhalb ihrer Fachveröffentlichungen mit Vehemenz. Laut dem Berliner Psychiater Adolf Pietzcker (1996) verschlechtern Elektroschocks das Erinnerungsvermögen nicht, sondern – im Gegenteil – stärken es mittel- und langfristig. Chronischer Gedächtnisverlust nach Elektroschocks gilt Psychiatern jetzt

als möglicherweise psychisch bedingt, Status epilepticus mit einhergehenden Hirnschäden als nicht existent, eine hirnzellenschädigende Blutung als harmlos und nach den Hirnverletzungen entstehendes Narbengewebe als Neuaufbau von Hirnstrukturen:

> »Statt Hirngewebe zu schädigen, stimuliert sie im Gegenteil die Entstehung von Nervenzellen und den Aufbau von neuen Verbindungen zwischen ihnen.« (Grözinger et al., 2013, p. VI)

Offenbar kommt der Elektroschock fast einem Jungbrunnen gleich, folgt man der Sichtweise der DGPPN:

> »Zahlreiche Studien mit unterschiedlichsten Methoden ergaben keine Hinweise für Schäden des Hirngewebes durch EKT. Im Gegenteil zeigen neue wissenschaftliche Ergebnisse, daß manche psychischen Erkrankungen das Schrumpfen von Hirngewebe verursachen und sich dieser Prozess durch EKT wieder umkehrt. Die Therapie führt durch eine Ausschüttung von Nervenwachstumshormonen zur Neubildung von Nervenzellen, deren Kontaktstellen und den sie verbindenden Bahnen.« (Grözinger et al., 2016, p. 10)

In der DGPPN-Ratgeberbroschüre plädiert der Vorsitzende der Deutschen Depressionsliga e.V., Thomas Müller-Rörich (2016), Elektroschocks bei schweren Depressionen nicht als Ultima ratio mißzuverstehen, sondern frühzeitig in Erwägung zu ziehen. Im Internet preist sein Verein Elektroschocks fast noch begeisterter an als die Elektroschockfreunde in der DGPPN:

> »Man geht u. a. davon aus, daß die EKT die Hirndurchblutung verbessert, einige Hormone und Botenstoffe vermehrt ausgeschüttet werden und sich die Dichte der Rezeptoren für Botenstoffe erhöht.« (Deutsche Depressionsliga, 2018)

Merkwürdig ist, daß Elektroschockfreunde nicht Schlange stehen, um sich selbst Elektroschockserien verabreichen und damit neue Nervenzellen im Gehirn bilden zu lassen. Laut Peter Gøtzsche, Facharzt für Innere Medizin und 2018 geschaßter Direktor des Nordic Cochrane Centers am Rigshospitalet in Kopenhagen, handelt es sich bei den genannten Neubildungen im Gehirn lediglich um eine Reaktion auf den gesetzten Hirnschaden (2016, p. 216). Wie dieses zustande kommt, hat der US-amerikanische Psychiater Peter Breggin 1990 bei einer Anhörung vor dem Ausschuß für kommunale Dienste der Stadt San Francisco unter Bezug auf Studien an Affen und Hunden erklärt:

> »Einheitlich zeigen sie alle eine ausgebreitete Zellzerstörung, im allgemeinen über das gesamte Gehirn verteilte Blutungen, kleine Blutungen. Und es sieht so aus, daß sich der Strom auf zwei Wegen ausbreitet: zum einen durch das Gehirn, zum anderen entlang dem Gefäßbaum, der mit einem elektrischen Leitungsnetz verglichen werden kann. Die Blutgefäße werden von Krämpfen befallen. Die Blut-Hirn-Schranke bricht zusammen. Verstehen Sie, es gibt eine Barriere zwischen Gehirn und Blut. Diese bricht

> zusammen. Man hat folgendes Experiment gemacht: Zuerst legt man das Gehirn eines Hundes frei und injiziert ein wenig Farbstoff – aber nicht in die Hirnteile, sondern in die Blutgefäße. Dann gibt man dem Gehirn einen winzig kleinen Elektroschock – sehr, sehr schwach, weniger als bei einer Schockbehandlung. Die Gefäße werden von Krämpfen befallen. Der Farbstoff tritt aus dem Blut aus, tritt über ins Gehirn.« (1993, p. 166)

Tritt Blut über ins Gehirn, werden die betroffenen Hirnzellen geschädigt. Ein Vierteljahrhundert nach der genannten Anhörung charakterisierte Breggin den modernen Elektroschock:

> »Beim modernen Elektroschock (EKT) wird bis zu zehnmal soviel Strom durchgeleitet wie zur Auslösung eines Krampfanfalls benötigt. Dies führt zu einem sehr starken Krampfanfall, zu Bewußtlosigkeit, Koma, Verflachung der Hirnströme und Nachwirkungen, die mit einer schweren Gehirnerschütterung mit Schädel-Hirn-Trauma (SHT) identisch sind. (…) Da die Medikamente *[hier gemeint: Antidepressiva, P. L.]* mehr schaden als nützen, fühlen sich die meisten Menschen mit der Zeit ›behandlungsresistent‹ oder werden entsprechend diagnostiziert.« (2018)

In seinem Buch »Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen« schreibt Gøtzsche nach der Auswertung und Diskussion unterschiedlicher Elektroschock-Studien an Tieren und an Menschen:

> »Die EKT hat offenbar keinen langfristigen Nutzen, aber sie verursacht dauerhafte und schwere Schäden. Sie ›wirkt‹, weil sie Menschen verwirrt und ihre Erinnerungen zerstört, die Erinnerungen, die sie zu Menschen machen.« (2016, p. 216)

Daß Hirnschäden unter Elektroschocks und Folgesymptome für Psychiater kein großes Thema sein müssen, führte schon der Psychiater Walter Freeman aus, als er Elektroschocks in den USA einführte und 1941 die Bewertung des »Therapieerfolgs« richtungsweisend vorgab:

> »Je größer die Beeinträchtigung, desto wahrscheinlicher die Remission psychotischer Symptome. (…) Möglicherweise kann man nachweisen, daß der psychisch kranke Patient im aktuellen Einsatz mit weniger Gehirn klarer und konstruktiver denkt.«

Elektroschocks als Geldquelle

Sofern sie nach PEPP (»Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik«) abrechnen kann, erhält eine psychiatrische Klinik in Deutschland ab Januar 2018 für jeden Tag eines stationären Aufenthalts 300 €. Für den ersten Elektroschock kommen 297 € hinzu und für jeden weiteren 220 €. Sollte eine durchgehende 1:1-Betreuung nötig werden, können den Krankenkassen noch einmal 1000 € pro Tag in Rechnung gestellt werden (Vinzenz von Paul Hospital gGmbH, 2017).

Aufklären, Gesetze befolgen?

Die frühere Darstellung in Filmen, Büchern und historischen Berichten habe mit der heutigen Behandlungsrealität nichts mehr gemeinsam, schreibt Iris Hauth (2016) als damalige Präsidentin der DGPPN in ihrer Ratgeberbroschüre. Die Behandlung finde im Krankenhaus statt, die Patienten gingen freiwillig dorthin und würden – offenbar nach Aufklärung – vorab eine Einverständniserklärung unterzeichnen. Nur in Ausnahmefällen würde ein gesetzlicher Vormund an ihrer Stelle zustimmen. Elektroschockfreunde wie beispielsweise Hendrik Uwe Peters, ehemaliger Direktor der Neuropsychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Mainz, der in den 1970er Jahren ohne informierte Zustimmung und aus nichtigem Anlaß – vermutlich nicht nur eine – Heranwachsende mit Insulin- und Elektroschocks schwerst traumatisierte (siehe Kempker, 2000), sitzen im Ethikbeirat der DGPPN.

Was Psychiater »Aufklärung« über Behandlungsrisiken nennen, besteht im allgemeinen aus der Information, Elektroschocks würden kurzfristig und vorübergehend zu Gedächtnisproblemen führen. Die in der Fachliteratur wiedergegebenen erheblichen Risiken und Schäden werden den Betroffenen vorenthalten. Gleichzeitig findet vor der Verabreichung von Antidepressiva und Neuroleptika keinerlei Aufklärung statt über das Risiko, daß diese Substanzen zur Toleranzbildung und Behandlungsresistenz führen und demzufolge Elektroschocks nach sich ziehen können.

Mainstream-Psychiater halten eine detaillierte Aufklärung über Risiken und Schäden von Elektroschocks tendenziell für schädlich; medizinische Einzelheiten könnten manche Patienten emotional oder intellektuell überfordern, die Aufklärung könnte zu einer nicht zu bewältigenden psychischen Belastung führen und Leben oder Gesundheit der Patienten ernstlich gefährden und sie in einen für die Gesundheit schädlichen Angstzustand versetzen.

Patientenverfügungen habe der Arzt lediglich zu berücksichtigen. Lägen jedoch begründete Zweifel vor, daß die verfügten Regelungen noch dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen, wenn sie vor längerer Zeit errichtet wurden und wenn die medizinische Entwicklung Maßnahmen ermögliche, die in der Verfügung nicht vorhergesehen wurden: Dann sei dem Arzt empfohlen, auch bei an sich eindeutigen Patientenverfügungen evtl. verbleibende Zweifel auf einen gemutmaßten entgegengesetzten Willen des Patienten zu stützen und sich zur eigenen Absicherung *»in dubio pro vita«* (»im Zweifel für das Leben«), das heißt für die gewaltsame Verabreichung von Elektroschocks zu entscheiden – so der Medizinrechtler Dirk Olzen und der Psychiater Nickl-Jockschat (2013, p. 224 sqq.) in ihrer höchstpersönlichen Auslegung des Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit, der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Notfallbehandlung, die laut Gesetz an den Optionen der Betroffenen ausgerichtet sein muß (Lehmann, 2015a, p. 21).

Bei Fremdgefährdung bleibe eine psychiatrische Patientenverfügung unbeachtlich, meinen die Freunde des Elektroschocks. Die »höhere« Wirkung des

Elektroschocks habe vor den »nur geringfügig größeren Nebenwirkungen« Vorrang, deshalb sollten bei Notfall-Indikationen, die auf Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr hinweisen, Elektroschocks rasch verabreicht werden, zudem immer bilateral (an beiden Schläfenseiten) und mit einer zunächst hohen Behandlungsfrequenz; die gerichtliche Einwilligung könne hinterher immer noch eingeholt werden. Bei zwar einwilligungsfähigen, aber »psychisch kranken« Personen sowie bei Minderjährigen sei die Einwilligung sowieso nicht nötig (Sartorius et al., 2013; Olzen & Nickl-Jockschat, 2013), so die Autoren von »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«.

Daß man mit Vorausverfügungen nicht umfassend Vorsorge für alle Eventualitäten treffen kann, versteht sich von selbst. Die mit zwangsweiser bzw. ohne Einwilligung erfolgte Verabreichung von Elektroschocks einhergehenden Risiken sind jedoch absehbar und vielleicht auch abwendbar – sofern man rechtzeitig Vorsorge trifft, zum Beispiel mit einer Psychosozialen Patientenverfügung (Lehmann, 2015b). Gesetzeswidrigen psychiatrischen Praktiken kann jedoch nur dann begegnet werden, wenn rechtsstaatlich orientierte psychiatrisch Tätige anfangen, Zivilcourage zu entwickeln, vorsätzlich schädigende Behandlungsstrategien mit Elektroschocks publik zu machen und den Strafverfolgungsbehörden anzuzeigen, und diese dann entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag tätig werden.

Nachtrag: Der erste Elektroschock

»Am 11.4.2018 ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) 80 Jahre alt geworden« (Grözinger et al., 2018, p. 841) – so beginnen Grözinger und Kollegen in ihrem Loblied auf den Elektroschock im »Nervenarzt«, dem Mitteilungsorgan der DGPPN. Dies soll Anlaß sein, einen Blick auf die historischen Wurzeln des Elektroschocks zu werfen.

Der erste Elektroschock an einem Menschen wurde von dem italienischen Psychiater Ugo Cerletti und seinem Kollegen Lucio Bini verabreicht. Cerletti war nicht nur ein Schüler des Psychiaters Emil Kraepelin, eines kriegsbegeisterten, homophoben und antisemitischen Psychiaters, sondern auch ein technisch interessierter Mann. Schon 1917, im 1. Weltkrieg, tat sich Cerletti mit derselben Kriegsbegeisterung hervor, als er – nachzulesen bei Wikipedia (2018) – einen Verzögerungszünder für Artilleriegranaten erfand, der die Geschosse Minuten und sogar Stunden nach dem Abschuß hinter den gegnerischen Linien zur Explosion bringen und dort zusätzliche Menschenleben fordern sollte. Nachdem sein Zünder 1918 in die Serienproduktion gegangen und an die Front transportiert worden war, kam er wegen des Kriegsendes nicht mehr zum Einsatz, worauf sich Cerletti enttäuscht wieder der Medizin zuwandte. 20 Jahre später, mittlerweile zum Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik La Sapienza in Rom aufgestiegen, kam erneut die Chance, sich mit einer Neuerung hervorzutun, als er zusammen mit Bini nach einer nicht tödlichen Methode zur Auslösung von Krampfan-

fällen suchte. In seinen Versuchen an Tieren hatte Cerletti Hunden Elektroden ins Maul und in den After gesteckt, wobei allerdings jedes zweite Versuchstier nach den Elektroschocks starb (vgl. Gøtzsche, 2016, p. 163). Als er einen Schlachthof besuchte, sah er, daß dort Schweine die Betäubung mit bitemporalen Elektroschocks überlebten, worauf sie sich leichter abstechen ließen. Diese Reaktion der Schweine auf die Elektroschocks brachte ihn auf die Idee, den an den beiden Schläfenseiten angesetzten Elektroschock auch beim Menschen auszuprobieren:

> »Meine erste Beobachtung war, daß die Tiere selten starben, und wenn, dann nur, wenn der Strom durch den Körper und nicht durch den Kopf geleitet wurde. Diejenigen Tiere, die die stärkste Dosis empfingen, erstarrten während des Stromstoßes, blieben nach einem heftigen Krampfanfall manchmal minutenlang auf der Seite liegen und versuchten schließlich, sich aufzurichten. Nach vielen, zunehmend verstärkten Anstrengungen gelang es ihnen aufzustehen, einige zögernde Schritte zu machen und schließlich davonzulaufen. Diese Beobachtungen lieferten mir den überzeugenden Beweis für die Harmlosigkeit eines 125-Volt-Stromstoßes durch den Kopf von einigen Zehntelsekunden Dauer, der mehr als ausreichend war, um einen vollständigen Krampfanfall auszulösen. Zu diesem Zeitpunkt schien es mir, daß wir unsere Experimente auf Menschen ausdehnen können, und ich gab meinen Assistenten Anweisung, nach einer geeigneten Versuchsperson Ausschau zu halten.« (1956, p. 93; zitiert nach Szasz, 1980, p. 239)

Ausgewählt für den ersten psychiatrischen Elektroschock wurde schließlich der 39jährige Maschinist Enrico, der auf dem Bahnhof in Rom verhaftet worden war, weil er ohne Fahrkarte kurz vor der Abfahrt in Zügen umherlief und nicht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte zu sein schien (ebd.). Der wehrlose Mann war vom römischen Polizeipräsidenten zur Beobachtung in die Psychiatrie überstellt worden, wo man ihn als schizophren diagnostizierte.

Es war der Monat, als sich die faschistische Regierung Italiens unter dem Duce Benito Mussolini und ihre Anhänger auf den für den 3. Mai 1938 anstehenden Besuch Hitlers in Rom vorbereiteten – dessen ersten offiziellen Besuch in Italien als Reichskanzler. Mit seiner außerordentlich hohen symbolischen Bedeutung hatte die Vorbereitung von Hitlers Empfang die Faschisten Italiens in Hochstimmung versetzt (Hansen, 1938).

Ungefähr drei Wochen vor dem historischen 3. Mai hatte Cerletti, ein Bewunderer des Faschistenführers Mussolini, mit Enrico endlich ein geeignetes Objekt zur Verabreichung des ersten Elektroschocks an der Hand. Umgeben von mehreren Kollegen verabreichte er Enrico am 11. April 1938 den ersten Schock. Aufgrund der niedrigen Spannung führte dieser jedoch keinen Krampfanfall herbei. Als die Psychiater das weitere Vorgehen diskutierten, reagierte Enrico, wie Cerletti berichtete:

> »Plötzlich sagte der Patient, der unserer Unterhaltung offensichtlich gefolgt war, klar und bestimmt, ohne das bisher gewohnte Kauderwelsch:

> ›Nicht noch einmal! Es ist tödlich!‹« (1956, p. 93; zitiert nach Szasz, 1980, p. 239 sq.)

Daraufhin ordnete Cerletti einen zweiten, stärkeren Stromschlag an. Dieser rief den erhofften Krampfanfall hervor. Das Experiment galt als erfolgreich. Zu den näheren Umständen seiner psychiatrischen Experimente sagte Cerletti nichts. Dies tat allerdings Lothar Kalinowsky, der spätere Mentor des US-amerikanischen Elektroschocks. Dieser Psychiater hatte das faschistische Deutschland 1933 in Richtung Italien verlassen, wo er schließlich mit Cerletti zusammenkam, den man damals – einem weiteren Elektroschockkollegen zufolge – als »Maestro« bezeichnete (Accornero, 1988, p. 42). Kalinowsky verpaßte das erste Elektroschockexperiment, war aber beim zweiten dabei. In einem späteren Interview äußerte er sich dazu:

> »Cerletti war besorgt gewesen, daß bei der ersten Behandlung irgendetwas schieflaufen könnte; sie fand daher heimlich statt. (…) Als die erste Behandlung gut verlief, gestattete man uns allen, der zweiten beizuwohnen. Ein Trompetenstoß kündigte uns die Behandlung an!« (zitiert nach Abrams, 1988, p. 30)

Auf die Frage nach seinem Eindruck vom Elektroschock, den er zum ersten Mal gesehen hatte, antwortete Kalinowsky:

> »Meiner Frau zufolge – ich selbst kann mich nicht genau erinnern – war ich sehr blaß, als ich nach Hause kam, und sagte: Ich habe heute etwas Furchtbares gesehen. Ich will so etwas nie wieder sehen!« (ebd.)

Kalinowsky überwand jedoch seinen anfänglichen Widerwillen gegen den Elektroschock, und in den Jahren 1939 bis 1940 half er dann bei der Einführung des Verfahrens in Frankreich, England, den Niederlanden und den USA. Cerlettis erster Eindruck vom Elektroschock war dem Kalinowskys ähnlich gewesen:

> »Als ich die Reaktion des Patienten sah, dachte ich: Dies sollte abgeschafft werden! Seitdem habe ich immer gehofft, daß eines Tages der Elektroschock von einer anderen Behandlungsmethode abgelöst wird.« (zitiert nach Ayd, 1963, p. A7)

Schlußbetrachtung

Elektroschocks werden 2019 in westlichen Ländern zusammen mit muskelerschlaffenden Mitteln unter Narkose und unter einer anderen Bezeichnung verabreicht. Wenn Freunde des Elektroschocks seinen 80. Geburtstag feiern, gilt seine Geschichte deshalb als überholt, auch wenn sie – wie Cerletti – weiterhin Krampfanfälle zu »therapeutischen« Zwecken auslösen.

Berichte von Personen, die durch Elektroschocks geschädigt wurden, ignorieren die Freunde des Elektroschocks ebenso penetrant wie die bezeichnende Tatsache, daß es die wehrlosen oder gutgläubigen Menschen sind, denen man besonders gerne Elektroschocks verabreicht – Frauen und Alte. Ignoriert wird

die Ursache der Behandlungsresistenz – der Hauptindikation, die Psychiater mit ihren eigenen Antidepressiva und Neuroleptika verursachen. Und ignoriert wird die Strafbarkeit der Verabreichung von Elektroschocks ohne informierte Zustimmung.

Dafür stellen die Freunde des Elektroschocks mit Wohlwollen die Bereitwilligkeit solcher psychiatrischer Patientinnen und Patienten heraus, die ihre quälenden Emotionen wenigstens zeitweise mit Elektroschocks unterdrückt haben wollen.

Der Grad der Ethik dieser Herangehensweise läßt sich bemessen an der Gleichgültigkeit der Elektroschockfreunde gegenüber dem Teil psychiatrischer Patientinnen und Patienten,

- die Elektroschocks aufgrund deren Risiken und Schäden rundherum ablehnen,
- die durch Elektroschocks geschädigt wurden,
- die Elektroschocks aufgrund vorenthaltener Informationen über wahrscheinliche, mögliche und nicht auszuschließende Schäden sowie über Alternativen zugestimmt haben oder unter der Wirkung apathisch machender Psychopharmaka über sich ergehen ließen,
- denen man Elektroschocks zwangsweise verabreicht, eventuell gegen den Wortlaut von Patientenverfügungen,
- die Elektroschocks erhalten, nur weil sie der Gruppe wehrloser Kinder, Heranwachsender, Alter, Frauen oder Menschen mit Behinderungen angehören.

Peter Lehmann

Anmerkungen

Die Übersetzungen aus dem Englischen und die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern in Zitaten stammen von Peter Lehmann. Informationen zum Autor finden Sie unter www.peter-lehmann.de. Das Quellenverzeichnis zum Artikel kann unter www.peter-lehmann.de/document/eschock-ketzerbriefe eingesehen werden.