

# **ZUR WIEDERKEHR DES ELEKTROSCHOCKS –**

Therapie oder Schädigung?

**Peter Lehmann**

Zur Wiederkehr des Elektroschocks – Therapie oder Schädigung?  
Lehmann, Peter. PDF-Broschüre zum kostenfreien Download, 36 Seiten.  
Berlin/Saarburg, April 2020. Kontakt zum Autor: mail@peter-lehmann.de

Als Sonderprojekt herausgegeben von Selbsthilfe SeelenWorte RLP,  
Selbsthilfe für seelische Gesundheit in Rheinland-Pfalz, Postfach 1308,  
54439 Saarburg. Kontakt: sh\_seelenworte-rlp@email.de

<https://www.kulturgliesserei-saarburg.de/home/selbsthilfegruppen/>

Projektdurchführung und Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit der  
Medienstelle der Europäischen Gesellschaft zur Förderung von Kunst und Kultur in  
der Psychiatrie e.V. (Dortmund). Projektkoordination: gangolf.peitz@web.de

Gefördert aus Selbsthilfemitteln von Knappschaft und AOK Rheinland-Pfalz

© Alle Rechte beim Autor. Weiterveröffentlichung und Nutzung des Textes (außer  
zum privaten Gebrauch) nur nach Rücksprache und Genehmigung durch diesen.  
Für den Inhalt des hier wiedergegebenen, verschrifteten Referats ist ausschließlich  
der Verfasser Peter Lehmann (Berlin) verantwortlich, auch in Bezug auf  
Rechtschreibung, Zeichensetzung, Quellenangaben, Nachweise und sein Layout.

Die für März 2020 in der SEKIS Trier vorgesehene Vor-Ort-Veranstaltung als  
Selbsthilfe-Informationsabend mit Peter Lehmann, musste aufgrund der nicht  
vorhersehbaren öffentlichen Covid-19-Pandemie-Einschränkungen abgesagt und in  
eine Broschüre modifiziert werden. Wir danken dem Referent für die entsprechende  
zusätzliche Arbeit, sodass sein Vortrag auch in dieser Zeit die Interessierten  
erreicht, zuhause über das Internet als kostenloser pdf-Download.

*Gangolf Peitz, Projektkoordination*

---

## SPENDEN

Gerne können Sie unsere landesweite Selbsthilfe-Projektarbeit mit einer Spende  
unterstützen, aufs Konto von SH SeelenWorte RLP, IBAN DE88 1007 7777 0240  
6361 01 bei der Norisbank Berlin. – Wir danken herzlich!

Peter Lehmann

## **Zur Wiederkehr des Elektroschocks – Therapie oder Schädigung?**

### **Inhalt**

<b>Der Elektroschock und sein Zweck</b> . . . . .	4
Wirkungsweise . . . . .	4
Moderne Technik und Modifikation . . . . .	5
Indikationen . . . . .	8
Weitere Faktoren für die Verabreichung von Elektroschocks . . . . .	10
Die Ansprechrate . . . . .	11
Kontraindikationen . . . . .	12
<b>Unerwünschte Wirkungen des Elektroschocks</b> . . . . .	13
Kognitive Störungen und Gedächtnisverlust. . . . .	13
Weitere neurologische Störungen . . . . .	17
Verwirrtheit, Delir und Suizidalität . . . . .	18
Herz- und Kreislaufstörungen . . . . .	18
Weitere Organstörungen . . . . .	19
Schwangerschaftsschäden . . . . .	20
Probleme beim Beenden von Elektroschockserien . . . . .	20
Lebensgefährliche Schäden . . . . .	21
<b>Aufklärung, Diskussionen und Kritik</b> . . . . .	23
Aufklärung über Risiken und Alternativen . . . . .	23
Diskussionen pro und contra . . . . .	26
Elektroschock und Psychosoziale Patientenverfügung. . . . .	32
<b>Fazit</b> . . . . .	33
<b>Anmerkungen</b> . . . . .	34

## Der Elektroschock und sein Zweck

Wer denkt, der Elektroschock gehöre in die graue Vorzeit der Psychiatriegeschichte, täuscht sich. Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz riefen 2012 dazu auf, flächendeckend Elektroschockapparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich einzusetzen. 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). In der Schweiz verzehnfachte sich die Elektroschockrate von 2007 bis 2010. Von Österreich liegen keine Zahlen jüngerer Datums vor. Eine Liste psychiatrischer Einrichtungen mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten in Deutschland, Österreich und der Schweiz finden Sie im Internet unter <https://t1p.de/schockbereit>.

Im deutschsprachigen Raum werden derzeit die Elektroschockapparate Thyatron® und spECTrum® eingesetzt. Produziert werden sie von den US-amerikanischen Firmen Somatics LLC bzw. Mecta Corporation. Sie sind mit einem modernen Design einschließlich LCD/Touchscreen ausgestattet und computergesteuert. Mit der »Stimulation«, das heißt dem Elektroschock, lösen Psychiater den beabsichtigten epileptischen Anfall aus. Dieser soll ernsthafte psychische Probleme lindern oder lösen. Heutige Anwender des Elektroschocks bevorzugen durchweg moderne Begriffe wie »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »elektrische Durchflutungstherapie«, »Elektrokonvulsionstherapie« oder »Elektrostimulation«. Hersteller und Vertriebsfirmen benutzen in ihren Produktbeschreibungen und Gebrauchsanleitungen dagegen nach wie vor auch den eingeführten und allgemein bekannten Begriff »Elektroschock«.

## Wirkungsweise

Über die Wirkungsweise des Elektroschocks herrscht unter Psychiatern großes Einvernehmen. Sie sind sich einig,

»... dass ein generalisierter (*ausgebreiteter*) Krampfanfall – wenn auch durch die Relaxierung modifiziert – die *Conditio sine qua non* (*unerlässliche Bedingung*) für die therapeutische Wirkung darstellt.« (Folkerts, 1995, S. 244)

»Grundlage der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist ein für wenige Sekunden am Kopf des Patienten angelegter elektrischer Wechselstrom, der idealerweise so beschaffen ist, dass er einen generalisierten, epileptischen Krampfanfall auslöst (...). Die Induktion eines epileptischen Anfalls ist also notwendig für eine antidepressive, aber auch die antikonvulsive, antimani-

sche, antikatatonen (gegen das »Spannungsirresein« gerichtete) und antipsychotische Wirkung.« (Sartorius, 2013, S. 98)

Anfang der 1930er-Jahre stellte der ungarische Psychiater Ladislav Meduna die These auf, dass sich Epilepsie und Schizophrenie gegenseitig ausschließen und künstlich ausgelöste epileptische Anfälle »Schizophrenen« gut tun. Auf diesen Mann bezog sich der Psychiater Michael Grözinger, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Sachen Elektroschock, als er 2012 gemeinsam mit Kollegen die absolute Notwendigkeit betonte, einen großen epileptischen Anfall auszulösen:

»Die grundlegende Hypothese Ladislav Medunas zum Wirkmechanismus, der zufolge der generalisierte Krampfanfall das therapeutische Agens (*wirkungsaktive Mittel*) der EKT darstellt, besitzt auch heute noch Gültigkeit. Alle Versuche, diesen Kernbestandteil der Methode zu modifizieren, waren mit einer Einbuße an therapeutischer Wirkung verbunden.« (S. 919)

Klaus Dörner, ein Meinungsführer der deutschen Sozialpsychiatrie, und die Psychologin Ursula Plog offenbarten in ihrem im Psychiatrieverlag erschienenen Lehrbuch »Irren ist menschlich«:

»Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnrorganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie.« (1984, S. 537)

➔ Trotz all seiner Umbenennungen bestehen Elektroschocks nach wie vor aus der Auslösung epileptischer Anfälle.

## Moderne Technik und Modifikation

Seit ihrer Anwendung in den 1930er-Jahren modifiziert man Apparate, Pulssequenzen, Stärke und Spannung des verwendeten Stroms ständig. Eine wesentliche Neuerung stammt von Anfang der 1950er-Jahre. Mit einer Kurznarkose lindert man die Wahrnehmung von Schmerzen und sonstiges Leid beim unmittelbaren Vollzug der Behandlung. Muskeler schlaffende Substanzen senken das Ausmaß der zuvor häufig aufgetretenen Knochen- und Muskelverletzungen.

Der eigentliche moderne Elektroschock beginnt mit der Einleitung einer Narkose. Dem zu schockenden Menschen wird über eine dicht anliegende Maske über mehrere Minuten reiner Sauerstoff zum Atmen zugeführt. Dann erhält er ein Narkosemittel zur Ausschaltung der Schmerzempfindung. Ist nach ca. 30 bis 60 Sekunden eine hinreichende Narkosetiefe erreicht, verabreicht man ihm ein Muskelrelaxans (in der Regel Succinylcholin), damit die Muskulatur erschlafft. Nach weiteren 60 bis 120 Sekunden führt man einen

Zahnschutz und eventuell eine Larynxmaske zur Beatmung sowie Auflage und Abdichtung des Kehlkopfes ein (Sartorius u.a., 2013). Dabei handelt es sich um eine weiche Plastikröhre, die während der Kurznarkose die Zunge stützen und den Luftweg freihalten soll.

Der Elektroschock selbst besteht aus der Auslösung eines epileptischen Anfalls durch einen Stromstoß, der in der Regel zwischen 0,5 und 8 Sekunden, manchmal auch bis zu 30 Sekunden lang durch den Kopf geleitet wird. Die Stromspannung beträgt ca. 450 Volt, die Stromstärke ca. 0,9 Ampere.

Die Elektroden platziert man einseitig rechts (unilateral) oder an beiden Schläfenseiten (bitemporal). Die Schläfe bietet sich als Ansetzpunkt der Elektroden an, denn die Knochenplatte über dem Schläfenlappen ist der dünnste Teil des Schädels, dort ist der Widerstand am geringsten und die Wirkung des Stroms am stärksten. Mit veränderten Platzierungen haben Psychiater viele Innovationen zur Hand. Neuere Positionen sind beidseitig vorne an der Stirn (bifrontal) sowie vorne links und an der rechten Schläfenseite (links anterior rechts temporal). Dann wird per Schalter das Gehirn »angeregt« – so der Wortlaut des DGPPN-Ratgebers (Grözinger u.a., 2016, S. 8).

Als modernste Varianten mit einer etwas geringeren Rate an kognitiven (die Erkenntnis- und Informationsverarbeitung betreffenden) Folgeschäden gelten der Einsatz von kurzen (0,5 ms) bzw. ultrakurzen (0,3 ms) Rechteckimpulsen, eine einseitige Elektrodenplatzierung, die Verabreichung von Elektroschocks an nur zwei Tagen pro Woche und die schrittweise Anpassung der Stromdosis (Kayser u.a., 2013, S. 90). Mit Rechteckimpuls ist ein sich periodisch wiederholender Stromstoß mit steiler Amplitude gemeint. Der moderne Stromstoß

»... soll nur so stark sein, dass er gerade ausreicht, um einen epileptischen Anfall hervorzurufen.« (Greve u.a., 2017, S. 72)

Psychiater können sich entscheiden, ob sie mit höherer Stromstärke einseitig oder mit etwas niedrigerer Stromstärke beidseitig schocken, wie Borwin Bandelow von der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen und Kollegen erklären:

»Die ›Dosierung‹ muss als eine Kombination aus elektrischer Stromstärke, Ort der Elektrodenplatzierung, Krampfanfalldauer und der Anzahl der Krampfanfälle verstanden werden. Es ist nicht genau bekannt, welche Konvulsionsdauer für einen Therapieerfolg notwendig ist (wahrscheinlich 15 Sekunden und länger); manche Experten empfehlen eine Dauer von mindestens 25 Sekunden. (...) Nach Kurznarkose unter Muskelrelaxation (Succinylcholin / Sucamethonium) Anlegen der Elektroden des Konvulsators; meist unilateral über der nicht sprachdominanten Hirnhälfte (geringere mnestiche [*Gedächtnis*] Störungen). Weniger günstig ist ein bitemporal-

les Anlegen der Elektroden. Andererseits soll die bilaterale Anwendung im Vergleich zur unilateralen den Therapieerfolg verbessern. Bei unilateraler Anwendung sollte die Stromstärke bzw. -spannung deutlich größer gewählt werden als die ›Schwellenstimulierung‹ (*Stromstärke oder -spannung, die gerade eben notwendig ist, um einen Krampf auszulösen*).« (2012, S. 99)

Elektroschocks werden meist in Serien verabreicht:

»Die Dauer der Krampfantladung 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.« (Dörner u.a., 2017, S. 881)

»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.« (Greve u.a., 2017, S. 72)

Im Verlauf einer Serie von Elektroschocks erhöht sich die Krampfschwelle. Älteren Menschen wird von vornherein eine höhere Krampfschwelle zugesprochen. Die gilt auch für Frauen (Eberlein, 1983, S. 3).

Der Elektroschock wird so lange wiederholt, bis aus psychiatrischer Sicht eine Besserung eintritt (Grözinger u.a., 2016, S. 11). In der Regel besteht eine akute Behandlungsserie aus 6-15 Elektroschocks. Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« werden besonders starke und viele Elektroschocks verabreicht. Zunächst einmal sollen 20 Schocks verabreicht werden, um zu sehen, ob die Patienten »ansprechen«:

»Bei einer therapieresistenten paranoiden Schizophrenie muss von einer höheren Anzahl an Behandlungen ausgegangen werden. Von einem Nichtansprechen kann erst nach 20 EKT-Sitzungen gesprochen werden.« (Graeger & Di Pauli, 2013, S. 76)

»Bei Indikationen aus dem schizophrenen Formenkreis können auch deutlich mehr, bis zu 30 Behandlungen erforderlich sein.« (Sartorius u.a., 2013, S. 122)

Bei einem als unwirksam geltenden Elektroschock können Psychiater zwecks Optimierung ihrer Bemühungen umgehend einen zweiten stärkeren verabreichen oder von ein- zu zweiseitiger Elektrodenplatzierung übergehen:

»Im Sinne der Effizienzoptimierung kann, je nach klinischem Verlauf und Zeitpunkt der EKT-Serie, eine unmittelbare Restimulation mit Intensitätsanpassung erwogen werden...« (ebd., S. 116)

»Bei Nichtansprechen nach 4-6 unilateralen Behandlungen wird der Übergang zur bilateralen Stimulierung empfohlen. Bei der bilateralen Stimulation soll die 1,5-fache Stromstärke oder -spanne der Schwellendosis verwendet werden. Bei Nichtansprechen dieser Stimulationsform kann die 2,5-fache Dosis bilateral angewendet werden (>high-energy<).« (Bandelow u.a., 2012, S. 99)

➔ Trotz all seiner Modifikationen, trotz unterschiedlicher Platzierung der Elektroden und trotz immer neuer technischer Feinheiten der verwendeten Stromvarianten und Apparate bestehen Elektroschocks nach wie vor aus der Auslösung epileptischer Anfälle.

## Indikationen

Aufgrund seiner maximalen Einwirkung auf den Organismus stellt der Elektroschock eine Universalmethode dar. Zu den Indikationen, das heißt Gründen für ihren Einsatz, zählen Probleme und Krankheiten aus vielerlei Bereichen, seien es körperliche Erkrankungen, psychische Probleme oder Störungen, die als Folge von Antidepressiva und Neuroleptika auftreten:

»Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) wirkt bei klinisch heterogenen Syndromen: neben den gut beschriebenen antidepressiven, antimanischen, antipsychotischen, antikonvulsiven, antisuizidalen, stimmungsstabilisierenden und antikatatonen Eigenschaften wurden in der Literatur auch positive Effekte der EKT bei der Behandlung von motorischen Symptomen bei M. Parkinson (*Morbus Parkinson; Schüttellähmung*) beschrieben.« (Janouschek & Nickl-Jockschat, 2013, S. 183)

Elektroschocks können bei folgenden Diagnosen verabreicht werden:

- **Psychiatrische:** Melancholie; Depression; Suizidalität; Schizophrenie; Manie; Wochenbettpsychose; Katatonie (»Spannungsirresein«, einhergehend mit Störung der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechselt); Zwangsstörung; Anorexie (Appetitlosigkeit bis hin zur lebensbedrohlichen Magersucht); aggressiv-agitiertes Verhalten bei Demenz, geistiger Behinderung, frühkindlicher Hirnschädigung oder Down-Syndrom; unbefriedigende Wirkungen und Behandlungsresistenz von Antidepressiva, Neuroleptika und Phasenprophylaktika; Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika; Nichtansprechen auf Clozapin (Neuroleptikum, im Handel auch als Clopin<sup>®</sup>, Lanolept<sup>®</sup> und Leponex<sup>®</sup>) oder dessen Ablehnung; Kontraindikationen zu Neuroleptika; Augmentation (Wirkungsverstärkung) von Psychopharmaka; Vorbeugung oder Behandlung neurolep-



tikabedingter Störungen, beispielsweise tardiver Dyskinesien (Symptomenkomplexe aus chronischen Muskelstörungen).

- **Neurologische:** Parkinson-Krankheit; Dyskinesien (Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs einer Körperregion, eines Körperteils oder eines Organs); Hypokinesie (Bewegungsarmut, verminderte Beweglichkeit oder Mangel an Spontanmotorik) mit »on-off«-Phänomen (plötzlichem Wechsel von guter Beweglichkeit zur Unbeweglichkeit); Veitstanz; Delir bei körperlichen Erkrankungen; Alkohol- und Barbiturat-Entzug; drogeninduzierte Psychose; Alzheimer-Demenz u.v.m.
- **Internistische:** Perniziöse Katatonie (auch »akute tödliche Katatonie«, »febrile Katatonie« oder »maligne Katatonie« genannt – mit Fieber, Verstommen und Bewegungsarmut bis hin zur Erstarrung einhergehendes lebensbedrohliches Krankheitsbild); malignes neuroleptisches Syndrom (lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung) u.v.m.

Ähnlich wie bei Antidepressiva und Neuroleptika gibt es für die Weite von Indikationen offenbar kaum Grenzen. Francesca Regen und Otto Benkert benennen im »Kompendium der Psychiatrischen Psychopharmakotherapie« die häufigsten Anlässe für Elektroschocks:

»Die wichtigsten Indikationen stellen schwere gehemmte Episoden einer Major Depression (auch mit Suizidalität), depressive Episoden mit psychotischen Merkmalen und therapieresistente depressive Episoden dar.« (2017, S. 41)

Insbesondere Behandlungsresistenz gilt als häufigste Indikation für Elektroschocks (Grager & Di Pauli, 2013, S. 74). Gemäß der »S3-Leitlinie Unipolare Depression« kann sie relativ rasch 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 u.a., 2015, S. 120)

Die potenziell Depressions-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva und Psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika lässt Psychiater auf den Ausweg des Elektroschocks kommen, wenn ihre Standardmethoden ausgereizt und psychische Probleme chronisch geworden sind. Dann scheinen drastische Maßnahmen vonnöten. Helmut Selbach, SA-Mann ab 1934 und ab 1950 Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin-West, tat 1960 seine Methode der Wahl bei Toleranzbildung gegenüber Antidepressiva kund:

»Die Wirksamkeit des Tofranil (Wirkstoff Imipramin – P.L.) 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 Homeostasierung (*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.« (S. 267)

Im Falle neuroleptikabedingter Erstarrungszustände offenbarte Selbach:

»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.« (1963)

## Weitere Faktoren für die Verabreichung von Elektroschocks

Als weitere Faktoren, die für die Verabreichung von Elektroschocks sprechen, gelten die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, das Alter, finanzielle Aspekte, therapeutisches Unvermögen und vor allem Ungeduld.

**Frauen und Alte.** In Deutschland, wie in ganz Europa, sind es mehrheitlich Frauen und Ältere, denen man Elektroschocks verabreicht (Conca, 2013, S. 41; Henkel & Grözinger, 2013, S. 17; Pfaff u.a., 2013, S. 387). In Deutschland lag 2008 der Anteil elektroschockter Frauen bei 57 % (Nickl-Jockschat, 2013, S. 28). In der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Klinik Königsfelden, den Kliniken mit den höchsten Schockzahlen in der Schweiz, betrug der Anteil weiblicher Elektroschockpatienten im Zeitraum zwischen August 2008 und Februar 2011 63,5 % (Pfaff u.a., 2013, S. 387). Es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass sich die Situation in Österreich anders gestaltet. Auch in Ländern anderer Kontinente, beispielsweise in Pakistan, Hongkong oder Saudi-Arabien, findet sich eine Majorität von Frauen unter den Elektroschockten. In Neuseeland liegt ihr Anteil bei ca. 70 %, in Lateinamerika über 70 % (Henkel & Grözinger, 2013, S. 19f.). Dasselbe gilt für Nordamerika:

»Der typische EKT-Patient wurde als ältere weiße Frau mit privater Krankenversicherung oder Vermögen beschrieben.« (ebd., S. 18f.)

In aller Welt sind es mehrheitlich Frauen und ältere Menschen, denen man Elektroschocks verabreicht (ebd., S. 17).

**Geld.** Der Finanzbedarf von gewinnorientierten Kliniken spielt eine weitere wichtige Rolle für die Verabreichung von Elektroschocks. Als Psychiaterverbände 2012 hierzulande dazu aufriefen, flächendeckend Elektroschockapparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich Elektroschocks zu verabreichen, wurde zeitgleich vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit ein Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen initiiert, mit dem Krankenhäuser mit Elektroschocks und deren krankenhaushausindividueller Abrechnung als Zusatzleistung lukrative Mehreinnahmen erwirtschaften können.

Seit Januar 2018 erhält beispielsweise eine psychiatrische Klinik in Deutschland bei der Abrechnung über PEPP (»Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik«) für jeden Tag eines stationären Aufenthalts 300 €, für den ersten Elektroschock kommen 297 € hinzu und für jeden weiteren 220 €. Da der organisatorische und personelle Aufwand für die Verabreichung von Elektroschocks relativ hoch ist, lohnt sich diese Maßnahme besonders für Kliniken, die zentriert Elektroschocks verabreichen, insbesondere wenn sie Gewinn erwirtschaften müssen.

**Therapeutisches Unvermögen und Ungeduld.** Begrenzte therapeutische Fähigkeiten stellen für Dörner einen weiteren Anlass für Elektroschocks dar. Mit ihnen könne man Patienten in Angst und Schrecken versetzen, vorhandene psychotische Ängste würden in den Hintergrund gedrängt. Elektroschocks könnten verabreicht werden

»... bei sehr qualvoll erlebten akuten schizophrenen oder depressiven Krisen, wenn ich als Therapeut unfähig zu einer ausreichend wirksamen therapeutischen Beziehung und pharmakotherapeutischen Hilfe bin. (...) Lebens- oder Körperangst kann psychotische Angst erübrigen.« (Dörner & Plog, 1992, S. 546)

## Die Ansprechrare

Am meisten schätzen Psychiater am Elektroschock die hohe Ansprechrare, das heißt seine Wirkung per Knopfdruck. Der Anfall tritt sofort ein, die ursprünglichen psychischen Probleme treten in aller Regel erst mal in den Hintergrund, die Reaktion (»Response«) gilt als erfolgreich. Regen und Benkert loben:

»Vorteile der EKT liegen in einem raschen Therapieerfolg und hohen Response- und Remissionsraten (*Ansprechraten und Raten der Symptomabschwächung*).« (2017, S. 41)

Der Psychiater Nils Greve und Kolleginnen preisen die Ansprechrate des Elektroschocks in ihrem 2017 im Psychiatrieverlag erschienenen Buch »Umgang mit Psychopharmaka«:

»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.« (S. 72)

## Kontraindikationen

Die DGPPN sieht heute keine *absoluten* Kontraindikationen mehr, wenn Psychiater Elektroschocks verabreichen wollen. Sie wirbt in ihrer Ratgeberbrochure 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 u.a., 2016, S. 8f.)

Elektroschockfreunde sehen auch kaum *relative* Kontraindikationen:

»Keine Kontraindikationen für die EKT sind sehr hohes oder junges Alter, Herzschrittmacher, Gravidität (*Schwangerschaft*), Osteoporose (*Knochenschwund*), Grüner Star (*Glaukom – Gruppe unterschiedlicher Augenkrankungen*) oder länger zurückliegende Herz- oder Hirninfarkte.« (Kayser u.a., 2013, S. 87)

Bei älteren Menschen gelten Elektroschocks als besonders wirksam:

»Hohes Alter allein ist keine Kontraindikation für die Behandlung. Einige der lohnendsten Ergebnisse der Konvulsionstherapie werden bei älteren, debilen Patienten erzielt, deren ursprünglich affektive oder paranoidale Verwirrung Alters-Dementia vortäuscht.« (FBI Medizintechnik, 2005, S. 17)

Hinzu komme das Problem der begrenzten Lebenszeit, weshalb Eile angebracht sei:

»Eine Besonderheit besteht darüber hinaus in der mit steigendem Alter geringer werdenden Lebenserwartung. Es können beispielsweise 6 Monate einer schweren, ineffizient behandelten Erkrankung einen beträchtlichen Teil der noch verbleibenden Lebenszeit ausmachen: Somit bleibt nicht »alle Zeit der Welt« zur Behandlung. Es kann folglich sinnvoll sein, eine EKT früh einzusetzen und einer pharmakologischen Behandlung vorzuziehen.« (Michael & Di Pauli, 2013, S. 130)

Als unkalkulierbares Risiko gilt Elektroschockfreunden die Nicht-Verabreichung von Elektroschocks:

»EKT ist grundsätzlich eine Behandlung mit niedrigem Risiko. (...) Dabei ist auch das schwer zu beziffernde Risiko einer unterlassenen EKT in die Überlegungen einzubeziehen.« (ebd., S. 128)

»Als ernstliche Gesundheitsschädigung wird angesehen, wenn durch die verspätete Ausführung bzw. Nichtvornahme der EKT eine schwere Körperverletzung droht...« (Olzen & Nickl-Jockschat, 2013, S. 218)

## Unerwünschte Wirkungen

Kognitive Störungen und Gedächtnisschäden gelten allgemein als die häufigsten unerwünschten Wirkungen des Elektroschocks. Hinzu kommen psychische Probleme, vegetative und Organschäden sowie Schädigungen von Föten, wenn man Schwangeren Elektroschocks verabreicht.

## Kognitive Störungen und Gedächtnisverlust

Die häufigsten unerwünschten Wirkungen des Elektroschocks sind kognitive Störungen und Gedächtnisstörungen, wie beispielsweise Sarah Kayser von der Psychiatrischen Universitätsklinik Bonn samt Kollegen mitteilen:

»Diese gehen z. T. mit einer erheblichen objektiven und subjektiven Beeinträchtigung der Betroffenen einher, leichte Formen treten bei bis zu 40% aller Patienten auf. (...) Bei der kurzdauernden retrograden Amnesie (*Verlust des Gedächtnisses hinsichtlich zurückliegender Ereignisse*) bestehen Gedächtnislücken, die sich auf einzelne Ereignisse, v. a. Faktenwissen, beziehen, die in einem Zeitrahmen von Wochen bis wenigen Monaten vor oder während der EKT stattgefunden haben (lakunäre Gedächtnisstörung [*»Blackout«*]); im Regelfall bilden sie sich spätestens innerhalb von 7 Monaten nach der Therapie wieder zurück. (...) Die retrograden Amnesien sind meist schwerer ausgeprägt und halten länger an als die anterograden (auf die aktuelle Zeit nach Verabreichung der Elektroschocks bezogenen – P.L.) Amnesien. (...) Das höchste Risiko für das Auftreten von Gedächtnisstörungen ist durch die bitemporale Stimulation bedingt.« (2013, S. 87-89)

Über lange anhaltende sowie chronische Gedächtnisschäden berichten Psychiater seit Jahrzehnten und bis heute (Alpers, 1946; Freeman u.a., 1980a, 1980b; Squire u.a., 1981; Ministry of Health, 2004). Larry Squire und Pamela Slater (1983) von der Psychiatrischen Abteilung des Veterans Administration

Hospital in San Diego nannten im *British Journal of Psychiatry* für anhaltende Gedächtnisprobleme eine Häufigkeitsrate von 50 %.

Nichtsdestotrotz stellen Kliniken mit betriebsbereiten Elektroschockgeräten wie auch Händler gleichzeitig alternative Fakten zur Verfügung. Die Vertriebsfirma des Thymatron<sup>®</sup> in Europa, die FBI Medizintechnik – Fred Berninger Importe GmbH, schlägt im Anhang zu ihrer Bedienungsanleitung als Patienteninformation folgenden Wortlaut der Aufklärung vor:

»Selten bilden sich während der Behandlungsserie vorübergehende Erinnerungslücken, die sich aber innerhalb von ein paar Tagen nach Ende der Behandlung wieder schließen. Sie sind mit der neuen Impulsform und besonders bei einseitig angelegten Elektroden kaum noch wahrnehmbar.« (2005, S. 54)

Entsprechend lässt das Psychiatriezentrum Münsingen in der Schweiz – ein Beispiel unter vielen – zu elektroschockbedingten Gedächtnisstörungen wissen:

»Diese treten häufiger bei bitemporalem Stromimpuls und hochfrequenter Elektrokonvulsionstherapie auf und bilden sich wieder vollständig zurück.« (PSM AG, undatiert)

Gedächtnisstörungen nach Elektroschocks sind ein allgemeines Problem. Greve und Kolleginnen räumen ein:

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

Auch die American Psychiatric Association (APA) informierte, dass Elektroschocks zu chronischen Gedächtnisstörungen führen können:

»Einige Patienten erholen sich von retrograder Amnesie nicht vollständig, und die Befunde haben gezeigt, dass EKT zu langanhaltendem oder dauerhaftem Gedächtnisverlust führen kann.« (2001, S. 71)

Speziell in der US-amerikanischen Bedienungsanleitung des Thymatron<sup>®</sup> spricht die Herstellerfirma Somatics von teilweise gravierenden Folgen:

»Eine kleine Minderheit der mit EKT behandelten Patienten berichtet später von verheerenden kognitiven Folgen. Patienten konnten aufzeigen, dass sie eine dichte Amnesie haben, die weit in die Vergangenheit zurückreicht, wenn es sich um Ereignisse von persönlicher Bedeutung handelt, oder dass eine breite kognitive Funktion so beeinträchtigt ist, dass die Patienten nicht mehr in der Lage sind, frühere Berufe auszuüben. In einigen Selbstberichten von Patienten über schwerwiegende EKT-induzierte Defizite kann sich

ein objektiver Funktionsverlust widerspiegeln... In seltenen Fällen kann die EKT zu einer dichten und anhaltenden retrograden Amnesie führen, die sich über Jahre erstreckt...« (undatiert)

Generell ist man in diesen Warnungen einig mit Autorinnen und Autoren, die ihre Aussagen eher auf Berichte von Betroffenen stützen. Nach deren Erfahrung bestehen retrograde Amnesien aus gravierenden Erinnerungslücken, die sich auf mehrere Monate oder sogar Jahre vor den Elektroschocks beziehen. Sie haben ein offensichtliches subjektives Leiden der Betroffenen zur Folge. Persönliche (autobiografische) Inhalte könnten nicht mehr erinnert werden (Rose u.a. 2003; Robertson & Pryor, 2006).

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 und betreffe mindestens ein Drittel der Behandelten. Eine solche Amnesie habe vielfältige Dimensionen. Die Menge des Lebens, das ihr zum Opfer falle, könne nicht vorhergesagt werden, sie könne sich auf zehn bis 20 Jahre ausdehnen und beschränke sich nicht nur auf Informationen über einzelne leicht rekonstruierbare Ereignisse oder Tatsachen wie Termine und Telefonnummern, sondern umfasse alle mit der ausgelöschten Zeitperiode verbundenen Gedanken, Gefühle, Beziehungen, Bildung und Qualifikationen. Wenn eine Amnesie von Dauer sei, habe dies tiefe und selten positive Auswirkungen auf alle Aspekte des weiteren Lebens. 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, S. 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 zu Elektroschocks, sie hätten keinerlei Belege gefunden, wonach Elektroschocks therapeutisch wirksam seien. Es gebe jedoch

»... gewichtige neue Befunde, die bestätigen, dass die Schädigung des Gehirns in Form von Gedächtnisstörungen verbreitet, langanhaltend und wesentlich ist und dass sie eher mit der EKT zu tun hat als mit der Depression. Nur wenige, die dem Risiko des Gedächtnisverlusts und einem leichten, wenn auch signifikanten Todesrisiko ausgesetzt sind, profitieren in irgendeiner auch nur kurzfristigen Form. Es gibt keinerlei Nachweis, dass die Behandlung über den Zeitraum ihrer Anwendung hinaus irgendeinen

Nutzen hat oder dass sie Suiziden vorbeugt. Der äußert kurzfristige Nutzen, den eine kleine Minderheit erzielt, kann die substanziellen Risiken nicht rechtfertigen, denen die Gesamtheit der EKT-Empfänger ausgesetzt ist.« (2010, S. 344)

Die Gedächtnisverluste haben verschiedene Ausprägungen, können sich auch als Verschlechterung altersbedingter kognitiver Defizite darstellen, sind gelegentlich vorübergehend, gelegentlich dauerhaft. Statt eines unversehrten Gedächtnisses bleibt oft nur das Gefühl übrig, etwas einmal gekannt zu haben:

»Das rasche Vergessen, das erhaltene Metagedächtnis (›Gefühl des Kennens‹) wie auch weitere umschriebene kognitive Symptome sind hingegen Folge der EKT.« (Schulz-Du Bois & Conca, 2013, S. 167)

Manche vergessen nach Elektroschocks sogar, dass sie Kinder haben (Tyler & Löwenbach, 1947; Medlicott, 1948). Andere leiden unter visuell-motorischen Gedächtnisstörungen (Cohen u.a., 1968; Templer u.a., 1973). Das heißt, ihre Auge-Hand-Koordination ist gestört, sie können Aufgaben, bei denen sie über die Augen aufgenommene Information verwenden, um die Hände zu leiten, nur noch unter Schwierigkeiten bewältigen.

Einer der weltweit größten Befürworter des modernen Elektroschocks ist der Psychologe Harold Sackeim, ehemaliger Leiter der Abteilung für biologische Psychiatrie am New York State Psychiatric Institute in New York City. Er erklärte die Folgen elektroschockbedingter Hirnveränderungen:

»Die elektroschockbedingten Krampfanfälle münden ebenso wie generalisierte spontane Krampfanfälle bei Epileptikern einerseits und schwere Hirn- und Kopfverletzungen andererseits in unterschiedlich lange Perioden der Desorientierung. Patienten wissen möglicherweise nicht mehr, wie sie heißen, wie alt sie sind usw. Im Allgemeinen führt man eine anhaltende Desorientierung auf ein organisches Hirnsyndrom zurück.« (1986, S. 482)

Ähnlich äußerte sich der US-amerikanische Neurologe Sydney Sament:

»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)

Mit »Gravierenderem« könnte Sament Atrophien gemeint haben, das heißt Gehirnvolumenminderungen, wie sie als Elektroschockfolgen bekannt sind (Rami-Gonzalez u.a., 2001). Sie treten speziell im Frontalhirn auf (Calloway u.a., 1981; UK ECT Review Group, 2003). Folge seiner Schädigung kann ein Frontalhirn-Syndrom sein. Dessen Symptomatik ist recht unspezifisch. Es kann gekennzeichnet sein durch eher hemmende Symptome wie Verlust von Interessen, Energie und Arbeitsgedächtnis, durch Sprechverarmung, Gefühllosigkeit, Depression, Selbstzweifel, sozialen Rückzug, Antriebslosigkeit, Aufmerksamkeitsdefizit, Müdigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, aber auch durch eher enthemmende Symptome wie Hyperaktivität und -sexualität, Distanzlosigkeit, Manie, Euphorie, Größenwahn und Aggressivität.

Der US-amerikanische Neurologe John Friedberg (1977, S. 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.

## **Weitere neurologische Störungen**

Als weitere neurologische Störungen nach Elektroschocks nennen Psychiater Aphasie (Sprachversagen), Agnosie (beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung) und Apraxie: eine neurologische Bewegungsstörung, bei welcher Patienten darin beeinträchtigt sind, erlernte und zweckmäßige Bewegungen durchzuführen, beispielsweise was die Mimik, die Sprache, die Gestik oder den Gebrauch von Werkzeugen betrifft. Mit Kopfschmerzen nach Elektroschocks ist offenbar bei mindestens einem Drittel der Patienten zu rechnen. Ein gewöhnlicher epileptischer Anfall findet sich nicht in der Liste unerwünschter Wirkungen, schließlich stellt er die erwünschte Hauptwirkung dar. Als »Neben«-Wirkungen können allerdings anhaltende epileptische Anfälle von mindestens mehreren Minuten (Status epilepticus) auftreten, spontane Anfälle mit zeitlichem Abstand sowie spontane Anfälle einhergehend mit Atemstillstand, krankhaftem Atemmuster und Lungenödem (Flüssigkeitsansamm-

lung in der Lunge). Dass nach Elektroschocks ein bis zwei epileptische Anfälle pro Woche auf Dauer auftreten können, ist Ärzten schon lange bekannt (Parfitt, 1942).

## **Verwirrtheit, Delir und Suizidalität**

Für den psychischen und zentralnervösen Bereich nennen Psychiater Unruhezustände, delirante Zustände und verstärkte Suizidalität nach Elektroschocks, beispielsweise ein

»mittelschweres bis schweres organisches Psychosyndrom im Sinne eines mnestischen (*das Gedächtnis betreffenden*) Syndroms mit Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen« (Bandelow u.a., 2012, S. 102).

Ein solches hirngorganisches Psychosyndrom geht mit Verwirrtheit, Desorientierung, Verlust der Entscheidungsfähigkeit und von Gedächtnispotenzialen einher:

»Bei postiktalen (*nach dem epileptischen Anfall auftretenden*) Verwirrheitszuständen oder Unruhe in der Reorientierungsphase können Patienten um sich schlagen, sich verletzen oder aufstehen und stürzen. Meist liegt die Dauer dieser Periode in einem Bereich bis 20 min, kann aber in seltenen Fällen bis zu Stunden anhalten.« (Gillmann u.a., 2013, S. 150)

Bei Menschen mit der Diagnose »unipolare Depression« würde nach Elektroschocks in einer Rate von 10% die Symptomatik in Richtung eines hypomanischen, das heißt leicht manischen oder ausgeprägt manischen Zustandsbilds, kippen, bei Menschen mit »bipolarer affektiver Krankheit« bei einem Drittel, so Kayser und Kollegen. Auch Delire, die nicht so schnell von selbst wieder nachlassen, könnten auftreten:

»Delirien mit formalen und inhaltlichen Denkstörungen, qualitativ veränderter Bewusstseinslage mit und ohne Bewegungsstürme sind in 1-2% der Behandlungsfälle zu beobachten und sind nicht zeitnah selbstlimitierend.« (Kayser u.a., 2013, S. 88)

Als weitere unerwünschte psychische Wirkungen werden eine im Vergleich mit nicht elektrogeschockten Klinikpatienten fünffach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche (Munk-Olsen u.a., 2007) sowie ernsthaftere Suizidversuche nach Elektroschocks im Vergleich zu Antidepressiva (Brådvik & Berglund, 2006) genannt.

## **Herz- und Kreislaufstörungen**

Bradycardien (sehr langsamer Herzschlag mit einer Frequenz unter 50 Schlägen pro Minute mit gestörtem Rhythmus) und andere Herzrhythmusstö-

runger kämen in einer Häufigkeit bis zu 10 % vor, schreiben Psychiater, insbesondere wenn gleichzeitig die üblichen Begleitmedikamente verabreicht werden. Diese seien potenziell kardiotoxisch, das heißt möglicherweise schädlich für den Herzmuskel. Darüber hinaus nennen sie weitere Komplikationen, die das Herz und das Gefäßsystem betreffen, beispielsweise eine verlangsamte Herzschlagfolge bis zur Asystolie (Herzstillstand). Das Herz werde durch den epileptischen Anfall regelhaft massiv belastet und könne an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit kommen. Wo diese überschritten wird, weiß man vermutlich erst, wenn das Herz aufgehört hat zu schlagen. Unmittelbar zu Beginn des Anfalls werde das vegetative Nervensystem aktiviert:

»In den folgenden Minuten steigen das Herzzeitvolumen (HZV) im Mittel um 81 % und die Herzfrequenz (HF) um 34 % an. Ein gesundes Herz wird diese Leistung erbringen, ein vorgeschädigtes Herz kann an seine Grenzen stoßen und die kardiale Reserve ausschöpfen.« (Gillmann u.a., 2013, S. 138)

Hypo- und speziell hypertone Krisen, das heißt 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 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 (Hirn-) Blutungen publiziert.« (ebd., S. 152)

Gerechnet werden müsse auch mit einer anhaltenden Belastungsdyspnoe, das heißt einer Atemnot bei normaler körperlicher Belastung:

»In Einzelfällen kann diese Form von Nebenwirkung auch über Wochen oder sogar Monate bestehen und dann zu einem deutlichen Leidensdruck bei den Patienten führen.« (Kayser u.a., 2013, S. 86)

## Weitere Organstörungen

Aspirationspneumonien (Lungenentzündungen infolge Ansaugung von Fremdkörpern in die Lunge, beispielsweise von Mageninhalt) würden selten auftreten, mit geringfügig höherem Risiko bei Rauchern. Möglich seien auch Komplikationen der Lungenfunktion wie Asthmaanfälle sowie Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, einhergehend mit Hämoptysen (Aushusten von bluthaltigem Sekret). Als weitere vegetative und Organrisiken

nennen Psychiater Schwindel, Übelkeit (bis zu 33 %), Einkoten, Einnässen und Riss in der Blasenwand.

Einhergehend mit dem vom Elektroschock ausgelösten epileptischen Anfall kann es auch zu Kiefergelenkschmerzen kommen, zu Muskelkater (20 %) und Muskelschmerzen sowie Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut.

## **Schwangerschaftsschäden**

Nach Psychiatermeinung ist bei Schwangeren das Risiko eines Elektroschocks gegen die Risiken psychiatrischer Psychopharmaka sowie gegen »das Risiko einer unbehandelten psychischen Erkrankung für Mutter und Ungeborenes« abzuwägen. Zur Vermeidung einer Unterversorgung des Mutterkuchens mit Blut infolge einer Einklemmung der unteren Hohlvene durch die Gebärmutter beim Elektroschock reiche es, vor dessen Verabreichung einen Keil unter die rechte Hüfte der Schwangeren zu schieben (Michael & Di Pauli, 2013, S. 129f.). 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 [*Gebärmutter-*] Kontraktionen oder zu frühzeitigen Geburten zwischen der 29. und 37. SSW [*Schwangerschaftswoche*]). Die kindliche Mortalität (*Sterblichkeit*) lag bei 7,1%.« (Paulzen & Benkert, 2017, S. 928)

## **Probleme beim Beenden von Elektroschockserien**

Wenn Psychiater ihre Elektroschockserien verabreicht haben und die ursprünglichen psychischen Probleme – aus welchem Grund auch immer – in den Hintergrund getreten oder abgeklungen sind, kommen EEKT ins Spiel, »Erhaltungs-Elektrokrampf-Therapien«:

»Nach einer EKT-Behandlung ist in der Regel eine weitere Behandlung erforderlich, damit die Symptome nicht nach kurzer Zeit wieder auftreten.« (Freundlieb & Luderer, 2018, S. 3)

Vorsorglich fortgesetzte Elektroschocks in verminderter Frequenz böten den besten Schutz vor Absetzproblemen und Rückfällen, schreiben sie:

»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, S. 174)

Jan Di Pauli vom Landeskrankenhaus Rankweil in Österreich und Grözingler 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., S. 165)

## **Lebensgefährliche Schäden**

Die Frage, wie gefährlich Elektroschocks sind, beantworten Freunde des Elektroschocks unterschiedlich. Eine Antwort lautet, seine moderne Variante sei »sicherer als Aspirin«, er sei »im Regelfall ausgesprochen gut verträglich«. Gedächtnisprobleme kämen nur vorübergehend vor, wenn überhaupt. Bei näherem Hinschauen auf Fachveröffentlichungen und Herstellerinformationen stellt sich ein anderes Bild dar.

Nicht anders als bei Antidepressiva und Neuroleptika können Delire, die nach Elektroschocks auftreten, mit Hirnschäden einhergehen und tödlich verlaufen. Auch mit Deliren einhergehende Bewegungstürme gelten als potenziell lebensbedrohlich (Scharfetter u.a., 2006). Der Blutdruck unter Elektroschocks steigt gelegentlich auf lebensbedrohliche Werte; Hirnblutungen drohen, Herz und Kreislauf werden durch den epileptischen Anfall regelhaft massiv und eventuell bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Herzens belastet, das heißt bis hin zum Atem- und Herzstillstand.

»HerzKreislaufverhältnisse sind für die meisten Sterbefälle bei der Elektroschockbehandlung verantwortlich...« (FBI Medizintechnik, 2005, S. 16)

Lebensbedrohlich sind auch Lungenentzündungen infolge einer Ansaugung von Mageninhalt in die Lunge, was – wie bei Neuroleptika auch – zum Ersticken führen kann.

Bernard Alpers von der Neurologischen Abteilung des Jefferson Medical College in Philadelphia studierte Autopsieberichte zu Patienten, die kurz nach der Verabreichung von Elektroschocks oder wenige Monate danach gestorben

waren. Die elektrochockbedingten Hirnveränderungen, die für Psychiater damals als etwas Neues noch interessant und publikationswürdig waren, fasste er wie folgt zusammen:

»Die Blutungen variierten stark an Anzahl und Größe. Sie traten zum größten Teil verstreut auf, in einem einzigen Bereich der Hirnrinde und nirgendwo sonst oder als vereinzelt punktförmige Blutungen in einem andern Hirnbereich oder am Hirnstamm. Alle Teile des Gehirns waren betroffen: die Großhirn-Hemisphäre, das Kleinhirn, der dritte Ventrikel und der Hypothalamus.« (1946, S. 363)

Auch andere Berichte zu tödlichen Hirnschäden infolge Elektroshocks nannten immer wieder Hirnblutungen (Alpers & Hughes, 1942a; Ebaugh u.a., 1943; Allen, 1959). Die näheren und nicht nur auf das Gehirn beschränkten Ursachen elektrochockbedingter Todesfälle recherchierte David Impastato (1957) in den USA. Dabei stieß der Psychiater auf tödliche Schäden am Gehirn, am Atemapparat, am Herzen und an den Blutgefäßen des Kreislaufs. Über 60-jährige waren in einer fünffach höheren Rate unter den 254 untersuchten Todesfällen vertreten. Eine spätere Studie brachte Übergewicht und die Vorbehandlung mit Neuroleptika als weitere Risikofaktoren speziell für elektrochockbedingte tödliche Embolien zutage (Kursawe & Schmickaly, 1988).

Die Auswirkungen seiner Behandlungsmethode beschrieb Robert Heath, ein Elektrochockbefürworter aus den USA, mit anschaulichen Worten:

»Die Behandlung mit einem Elektrochock wirkt auf das Gehirn wie der Schuss aus einer Schrotflinte.« (1984, S. 28)

Sein Landsmann, der Neurophysiologe und Psychiater Karl Pribram, meinte:

»Ich mag viel lieber eine kleine Lobotomie (operative Durchtrennung von Stirnhirn-Thalamus-Nervenbahnen – P.L.) als eine Reihe von Elektroshocks. (...) Ich weiß genau, wie das Gehirn nach einer Schockserie aussieht – und es ist nicht sehr angenehm, sich das anzusehen.« (1974)

Auf ein Elektrochockrisiko, das Psychiater eher nicht ansprechen, machten Uriel Halbreich und Kollegen (1996, S. 559) der Gynäkologischen Abteilung der State University of New York in Buffalo aufmerksam: Nicht nur Neuroleptika und Antidepressiva, sondern auch Elektroshocks führen zu einer erhöhten Ausschüttung von Prolaktin. Prolaktin ist ein Hormon, das vor allem während der Schwangerschaft das Brustwachstum und die Milchbildung fördert. Bei Männern wie bei Frauen beeinflusst es zudem die Sexualhormonregulation im Hypothalamus und in der Hirnanhangdrüse, zwei Hirnzentren. Die gesteigerte Prolaktinfreisetzung ist offenbar an dem um ein Vielfaches höheren Vorkommen von Brustkrebs unter psychiatrischen Patientinnen beteiligt.

Dass mit zunehmender Zahl von Elektroschocks und epileptischen Anfällen Hirnschäden stärker und wahrscheinlicher werden, insbesondere bei Menschen mit Status epilepticus, das heißt, einem länger als fünf Minuten anhaltenden Grand-mal-Anfall, wie er von Elektroschocks verursacht werden kann, sollte Medizinern bekannt sein. Dieser Zusammenhang wurde zu Beginn der Elektroschockära ausgiebig nachgewiesen, als man Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen, Hunden und Affen Elektroschockserien verabreichte und in deren danach aufgeschnittenen Gehirnen Gefäßverletzungen, Blutungen und Wucherungen (als Reaktion auf die Zellverletzungen) fand (Heilbrunn & Liebert, 1941; Neubuerger u.a., 1942; Heilbrunn & Weil, 1942; Alpers & Hughes, 1942b; Alexander u.a., 1944; Ferraro u.a., 1946; Ferraro & Roizin, 1949; Hartelius, 1952; Sommer, 1971).

## **Aufklärung, Diskussionen und Kritik**

Wer sich von einem Psychiater über Elektroschockrisiken und Alternativen aufklären lassen will, sollte deren interne Diskussion kennen, um einschätzen zu können, ob die Aufklärung und die Praxis der Verabreichung Gesetzen und wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Darüber sollte man auch die Argumente jener kennen, die Elektroschocks kritisch gegenüberstehen.

## **Aufklärung über Risiken und Alternativen**

Psychiater halten eine detaillierte Aufklärung über Risiken und Schäden von Elektroschocks eher für nicht erforderlich:

»Medizinische Einzelheiten können manche Patienten emotional oder intellektuell überfordern...« (Berthold-Losleben & Grözinger, 2013, S. 48)

Deshalb könne die Aufklärung

»... aus »erheblichen therapeutischen Gründen« entbehrlich sein, soweit sie das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährden würde.« (Olzen & Nickl-Jockschat, 2013, S. 202)

Dies komme vor allem bei einer übermäßigen und vom Patienten nicht zu bewältigenden psychischen Belastung in Betracht, wofür ausreichend sei, dass er den Erfolg der Behandlung insgesamt in Frage stellen könnte (ebd., S. 215). Das in Deutschland, Österreich und der Schweiz bestehende »therapeutische Privileg«, das Ausnahmen von einer uneingeschränkten Aufklärungsverpflichtung erlaube, trage

»... dafür Sorge, dass der Patient die Informationen auch verkraften kann und nicht etwa durch die Aufklärung in einen für die Gesundheit schädlichen Angstzustand versetzt wird.« (ebd., S. 221)

Dass die Betroffenen durch eine korrekte – gesetzlich eigentlich vorgeschriebene – Aufklärung in Angst und Schrecken versetzt werden könnten, ist angesichts der bekannten Risiken und Gefahren nachvollziehbar. Dabei könnte eine Aufklärung über Alternativen, die gesetzlich ebenso vorgeschrieben ist, den Schrecken mindern. Denn selbst die Befürworter von Elektroschocks nennen Alternativen. Es handle sich mitnichten um die Ultima Ratio, also das letzte Mittel bei Lebensgefahr, schreiben Mark Berthold-Losleben von der Klinik für Neurologie in Würselen-Bardenberg und Grözingen:

»Tatsächlich gibt es in der Praxis immer eine Alternative zur EKT, auch wenn sie vielleicht weniger wirksam ist. Im Fall einer ablehnenden Haltung können psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen intensiviert oder modifiziert werden. Patienten müssen über diese Alternativen aufgeklärt werden und können sich dann entscheiden. Die Darstellung der EKT als Ultima Ratio ist unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig. Sie ist deshalb grundsätzlich abzulehnen.« (2013, S. 51)

Lange Zeit galt die febrile Katatonie (auch akute lebensbedrohliche Katatonie – ALK genannt; mit Fieber und Störungen der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechseln, einhergehendes »Spannungsirresein«) als klassische Ultima-Ratio-Indikation für Elektroschocks. Wie sich jedoch herausstellte, kann diese Erkrankung längst medikamentös behandelt werden. Dies berichteten Heinz Häfner und Siegfried Kasper vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim 1982, nachdem sie in einer Recherche auf medizinisch behandelte Fälle febriler Katatonien gestoßen waren:

»Diese Beispiele sprechen für die Vermutung, dass die Versorgung der ALK, vom Psychiater weitgehend unbemerkt, in die Verantwortung der Inneren Medizin, teilweise auch der Neurologie und Anaesthesiologie übergegangen ist.« (S. 393)

Mit dem krampflösenden Medikament Dandrolen oder mit Benzodiazepinen wie Lorazepam (im Handel auch als Sedazin<sup>®</sup>, Tavor<sup>®</sup>, Temesta<sup>®</sup>) und eventuell in Kombination mit der Zufuhr von Elektrolyten könne man Menschen mit febriler Katatonie risikoarm aus ihrem lebensbedrohlichen Verspannungszustand heraushelfen (Britt, 1984; Renfordt & Wardin, 1985; Spieß-Kiefer & Hippus, 1986; Möller, 2006, S. 242).

Dass der Einsatz von Elektroschocks weniger vom Ausmaß der psychischen



Probleme abhängt als vielmehr vom Charakter eines Psychiaters, zeigt das Beispiel von Asmus Finzen (2018), dem ehemaligen Leitenden Krankenhausarzt in Wunstorf (Niedersachsen, 1975-1987) und Basel (bis 2003). Bei einer Tagung berichtete er 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.

Psychiater schätzen gesundheitliche Risiken ihrer Behandlungsmethoden verständlicherweise anders ein als die Behandelten, schließlich sind die Risiken unterschiedlich verteilt. Oft genug können Psychiater ihre Maßnahmen nur unter Zwang durchsetzen. Deren zwangsweiser Einsatz sei nicht anders oder schwerwiegender einzuschätzen als jede andere in der Psychiatrie übliche Behandlungsform, lautet mittlerweile die von der Mainstreampsychiatrie akzeptierte Haltung; Vertretern kritischer Positionen bescheinigt man eine ignorante Leidenschaftlichkeit, die Behinderung dringend erforderlicher Behandlungen sowie unethische Positionen (Grözinger u.a., 2018; Folkerts, 2017; Gather & Vollmann, 2017; Zilles u.a., 2018).

So kommt der Verdacht auf, dass ihr Wille, sich an bestehende Gesetze zu halten, beispielsweise an das deutsche Patientenverfügungsgesetz, nur bedingt vorhanden ist. Bei Fremdgefährdung bleibe eine psychiatrische Patientenverfügung unbeachtlich, heißt es etwa. Die »höhere« Wirkung des Elektroschocks habe vor den »nur geringfügig größeren Nebenwirkungen« Vorrang, deshalb sollten bei Notfallindikationen, die auf Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr hinweisen, Elektroschocks rasch verabreicht werden, zudem immer bilateral 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 sie sowieso nicht nötig (Sartorius u.a., 2013; Olzen & Nickl-Jockschat, 2013), so die Autoren von »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«.

Eine Patientenverfügung sei nicht stets in der Weise in den Behandlungsplan aufzunehmen, dass man ihr entspreche. Der Arzt habe sie lediglich zu berücksichtigen. Wenn jedoch begründete Zweifel vorlägen, dass die verfügbaren Regelungen noch dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen, wenn die Patientenverfügung vor längerer Zeit errichtet wurde und wenn die medizinische Entwicklung Maßnahmen ermögliche, die in der Verfügung nicht vorhergesehen wurden: Dann sei dem Arzt empfohlen, sich auch bei an sich eindeutigen Patientenverfügungen auf evtl. verbleibende Zweifel und einen gemutmaßten Willen des Patienten zu stützen und sich zur eigenen Absicherung »in dubio pro vita« (»im Zweifel für das Leben«) zu entscheiden, das

heißt für die gewaltsame Verabreichung von Elektroschocks. So legten der deutsche Medizinrechtler Dirk Olzen und der Psychiater Thomas Nickl-Jockschat von der Neurologischen bzw. Psychiatrischen Universitätsklinik Aachen (2013, S. 224 / 226) das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit, die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und das deutsche, österreichische und schweizerische Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Notfallbehandlung aus, die – an sich – grundsätzlich an den Wünschen der Betroffenen ausgerichtet sein muss.

## **Diskussionen pro und contra**

Wie in allen Bereichen der Psychiatrie kommt es auch bei Elektroschocks zu massiven Unterschieden bei der Bewertung, sowohl unter Medizinern einschließlich Psychiatern wie auch unter Betroffenen. Während die einen auf den Elektroschock als sichere und unverzichtbare Methode geradezu schwören und dabei jegliche Diskussion mit Kritikern ablehnen und diese als verantwortungslos und unethisch bezeichnen, betonen Letztere die bekannt gewordenen Schäden auch des modernen Elektroschocks und fordern den Widerruf seiner behördlichen Zulassung sowie zivil- und strafrechtliche Konsequenzen bei eingetretenen Schäden für Hersteller, Händler und Anwender.

### **Pro Elektroschock**

Als Präsidentin der DGPPN erklärte Iris Hauth 2016, jegliche Kritik am Elektroschock sei überholt:

»Die Wirksamkeit der EKT ist seit vielen Jahren wissenschaftlich belegt, trotzdem ranken sich noch viele Mythen und falsche Vorstellungen um diese Therapie. Die Darstellung in Filmen, Büchern und historischen Berichten hat mit der heutigen Behandlungsrealität nichts mehr gemeinsam.« (S. 6)

Mit der konzentrierten Position der Elektroschockbefürworter, die sie nach dem Studium von deren Literatur eingenommen hat, beginnt Anja Grigoli-Bretschneider die Zusammenfassung ihrer Diplomarbeit an der Höheren Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich. Detailliert schildert sie das Anästhesiemanagement und die bei der Verabreichung des Elektroschocks verwendeten Medikamente und resümiert:

»Die Elektrokrampftherapie (EKT) stellt ein einzigartiges, humanes und sicheres Verfahren für die Behandlung vieler therapieresistenter psychischer Erkrankungen dar.« (2016)

Dieselbe Aussage traf vor fast acht Jahrzehnten der US-amerikanische Psychiater Abraham Myerson:

»Die Elektroschocktherapie scheint ohne nennenswerte Gefahr zu sein.«  
(1941, S. 1084)

Viele Patienten würden sogar zwangsweise verabreichte Elektroschocks im Nachhinein befürworten (Gather & Vollmann, 2017, S. 314; Zilles u.a., 2018, S. 314). Eine nennenswerte Gefahr nennen die Hersteller nur für die Behandler:

»Während der Defibrillation dürfen der Patient, das Gerät und das Bett nicht berührt werden. Leitende Teile von Elektroden, Elektrodenanschlüssen und besonders der Behandlungselektroden dürfen andere leitende Teile nicht berühren bzw. dürfen keinen Erdkontakt haben.« (FBI Medizintechnik, 2005, S. 6)

Außerhalb ihrer Fachveröffentlichungen verneinen Psychiater das Vorkommen von Hirnschäden nach Elektroschocks vehement. Noch nie seien Hirnschäden bei modernen Varianten des Elektroschocks nachgewiesen worden. Insbesondere der unilaterale Elektroschock sei ungefährlich, so Reimer 1992 in der deutschen Fernsehsendung *Monitor*, da man

»... diese Elektrode an einer Stelle ansetzt, wo nachweislich im Gehirn eine stumme Zone ist, also wo auch Funktionen des Gedächtnisses gar nicht beheimatet sind.«

Für die FBI Medizintechnik sind Gedächtnisprobleme nach Elektroschocks kaum von Bedeutung. Der Händler schreibt:

»Selten bilden sich während der Behandlungsserie vorübergehende Erinnerungslücken, die sich aber innerhalb von ein paar Tagen nach Ende der Behandlung wieder schließen. Sie sind mit der neuen Impulsform und besonders bei einseitig angelegten Elektroden kaum noch wahrnehmbar.

Die Mehrzahl der Patienten, die mit Elektrokonvulsion behandelt wurden, halten diese kleinen Gedächtnisbeeinträchtigungen für nicht sehr wichtig und viele Personen aus dem Berufsleben, aus hohen akademischen Stellungen und Führungspositionen in Handel und Industrie kehren zu ihren früheren Berufsaufgaben zurück und füllen sie vollständig aus.« (2005, S. 54)

Laut dem Berliner Psychiater Adolf Pietzcker (1996) verschlechtern Elektroschocks das Erinnerungsvermögen nicht, sondern – im Gegenteil – sie stärken es mittel- und langfristig. Chronischer Gedächtnisverlust nach Elektroschocks gilt Psychiatern als möglicherweise psychisch bedingt und Status epilepticus mit einhergehenden Hirnschäden als nicht existent. Der Berliner Psychiater Jann Schlimme (2018, S. 24) ist sich einerseits sicher, dass »laut Studienlage« der einzelne elektrisch ausgelöste Krampfanfall aufgrund seiner Intensität (Dauer, Häufigkeit) bei Erwachsenen keinerlei Nervenschäden aufweist. Andererseits sei es jedoch unwahrscheinlich, dass die betroffenen Nervenzellen

keine dezidierten Veränderungen aufweisen. Veränderungen der Nervenzellverbindungen könnten jedoch nur mit Elektronenmikroskopen sichtbar gemacht werden, was aber methodisch derart herausfordernd sei, das für die nähere Zukunft entsprechende Aussagen von der neuroanatomischen Forschung nicht zu erwarten seien. Seine Kollegen sind sich allerdings nicht nur sicher, dass es nicht zu schädlichen Veränderungen von Nervenzellveränderungen kommt, sondern auch, dass sich die Veränderungen gesundheitsfördernd auswirken:

»Eine Schädigung neuronaler Strukturen durch eine EKT kann sicher verneint werden. Im Gegenteil gibt es zunehmend Hinweise dafür, dass die Neubildung von Nervenzellen und von neuen Verbindungen zwischen diesen durch die Therapie angeregt wird.« (Berthold-Losleben & Grözinger, 2013, S. 54)

»Die Konzentration von Hormonen und Botenstoffen (Neurotransmitter und Neurohormone) werden günstig beeinflusst. Kontaktstellen der Nervenzellen werden vermehrt.« (Pfalzkränkung, undatiert)

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

Der Elektroschock kommt 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 u.a., 2016, S. 10)

Sackeim sieht im Elektroschock gar einen universellen Gesundheitsschutz:

»Mehrere Langzeitnachfolgestudien legen nahe, dass Patienten, die EKT erhalten, im Vergleich zu Kontrollpatienten ohne EKT eine verringerte Sterblichkeit jedweder Ursache haben.« (2017, S. 779)

Seine Kenntnisse kommen nicht von ungefähr, wie aus seiner Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten hervorgeht:

»Dr. Sackeim war als Berater tätig für LivaNova (Vagusnervenstimulation), MECTA Corporation (Elektrokrampftherapie) und Neuronetics (transkranielle Magnetstimulation). In der Vergangenheit beriet er auch die Hirnstimulationsunternehmen Brainsway, Cyberonics, Cervel Neurotech/NeoStim, Magstim, NeoSync und NeuroPace sowie die Pharmaunternehmen Cambridge Neuroscience, Eli Lilly & Co., Forest Laboratories, Hoff-

mann-La Roche, Interneuron Pharmaceuticals, Novartis International, Pfizer, Warner-Lambert und Wyeth-Ayerst oder erhielt Forschungsunterstützung von ihnen.« (ebd., S. 780)

Dass Hirnschäden unter Elektroschocks und Folgesymptome für Psychiater kein großes Thema sein müssen, führte schon der Psychiater Walter Freeman aus, als er 1941 Elektroschocks in den USA einführte und 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.«

### **Contra Elektroschock**

Elektroschockfreunde belegen die Wirksamkeit ihrer Anwendungen gerne mit sogenannten Wirksamkeitsstudien. Diese verfassen sie selbst; sie können nicht von unabhängiger Seite überprüft werden; was »Therapieerfolge« ausmacht, ist ausgesprochen zweifelhaft. Verlässlichen Informationen über Schäden, Todesfälle und Suizide infolge von Elektroschocks steht der Selbstschutz vor Approbationsverlust und zivil- und strafrechtlichen Konsequenzen entgegen.

Die Voraussetzungen für eine evidenzbasierte, das heißt auf empirische Belege gestützte Vorgehensweise, wie sie die moderne Schulmedizin fordert, sind bei der Verabreichung von Elektroschocks nicht vorhanden. Es gibt keine auf Zufallsauswahl basierende doppelblinde Studien, also Versuchsanordnungen, bei denen weder Arzt noch Patient weiß, ob ein Elektroschock verabreicht wird oder nicht. Selbstversuche (gar mit Elektroschockserien), wie sie bei der Erprobung von Antidepressiva und Neuroleptika üblich waren, sowie Verabreichungen an normale Testpersonen, fanden nicht statt.

So wie es unter Psychiatern und Neurologen sowie unter Betroffenen positive Einstellungen zu Elektroschocks gibt, gibt es auch die genau entgegengesetzten. Diese, insbesondere diejenigen der Betroffenen, tauchen in Publikationen der Elektroschockfreunde nicht auf. Lucy Johnstone von der University of the West of England in Bristol befragte Personen, die negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung einschließlich Elektroschocks gemacht hatten. Dabei kam sie zum Schluss, dass Elektroschocks für einen Teil der Betroffenen 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, missandelt und vergewaltigt worden zu sein.« (1999, S. 69)

Einige hätten darauf hingewiesen, dass Elektroschocks qualitativ anders einzuschätzen seien als Psychopharmaka, nämlich als brutalen 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?« (ebd., S. 79)

Verlage und Redaktionen, die mit ihren Büchern und Zeitschriften für Elektroschocks werben, unterdrücken die Publikation kritischer Artikel mit dem Argument, es sei nicht überzeugend, dass Psychiater die Unwahrheit zu den Risiken und Schäden sagten. Zudem bestehe die Gefahr, dass einer Darstellung des Elektroschocks als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode< Vorschub geleistet werde (Lehmann, 2019, S. 38f.). Berichte wie »Mitgift – Notizen vom Verschwinden« von Kerstin Kempker (2000) oder die folgende Schilderung von Maria Sander, in der sie ihren Zustand nach der Verabreichung von Elektroschocks beschreibt, hätten in Mainstreammedien keine Chance auf Veröffentlichung:

»Leider habe auch ich mich in der Hoffnung auf Besserung dieser Methode 2019 mit 28 Jahren unterzogen und hatte und habe massive Einschränkungen. Ich weiß leider nicht mehr, wo genau am Kopf die Elektroden angebracht wurden. Ich habe gerade nochmal den Arztbrief angesehen. Ich weiß leider – auch wegen der Erinnerungslücken damals und heute – auch nicht mehr, wie viele EKTs durchgeführt wurden. Ich glaube es waren aber unter sechs und auf jeden Fall mindestens drei. Ich habe danach wochenlang Menschen, mit denen ich in einem Mehrfamilienhaus wohne, nicht erkannt oder ich habe diese ständig gefragt, ob ich mit ihnen verwandt sei. Ich habe mich sehr blamiert. Erinnerungen an früher fühlen sich an wie ein kurz gesehener Film, aber nicht wie ein tatsächlich selbst erlebtes Leben. Empathie und Liebe sind seit der Behandlung auch stark bei mir eingeschränkt. Ich habe mich vom Wesen leider sehr verändert. Das Schlimmste sind allerdings die kognitiven Einbußen. Ich habe früher ein Abi und Examen mit einer 1 vor dem Komma geschafft, jetzt kann ich allerdings kaum noch gut schriftlich formulieren. Am meisten belastet mich das mangelnde Zeitgefühl. Es fühlt sich alles an wie eine lange Zeitspanne und ich komme nicht mehr zur Ruhe. Ich kann die Tage nicht voneinander unterscheiden und muss öfter meine Nachbarn fragen. Die EKT ist nun ein Dreivierteljahr her und ich habe von dem Krankenhaus nach Rückfrage am Telefon gesagt bekommen, dass könne nicht mehr von der EKT kommen. Ich muss nun mit diesen Schäden leben und traue mich so auch nicht mehr zu arbeiten. Ich war Bibliothekarin.« (2020)

Eine Erklärung für den Umstand, dass sich viele Betroffene nicht über Elekt-

roschockschäden beschweren, geben Friedberg und Renato Sabbatini. Friedberg wies auf den spezifischen Schaden der einseitigen Elektroschockverabreichung hin und erläuterte:

»In dieser Variante ist der Stromweg und der größte Teil des Schadens auf die nonverbale Seite des Gehirns beschränkt, normalerweise die rechte Hälfte. Ihr kommt das bekannte neurologische Phänomen der Anosognosie (*krankhaftes Nichterkennen einer Schädigung*) oder Verleugnung zugute, das mit Verletzungen der rechten Hirnhälfte verbunden ist. Die Opfer können ihre Schwierigkeiten nicht verbalisieren. Sie beschweren sich weniger.« (1977, S. 1012)

Renato Sabbatini, ein brasilianischer Neurophysiologe an der Universidade de São Paulo und Postdoc-Stipendiat an der Abteilung für Verhaltensphysiologie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München, erklärt einen weiteren Vorteil des Elektroschocks:

»Einer der unerwarteten Vorteile des transkraniellen (*durch den Schädel hindurch verabreichten*) Elektroschocks bestand darin, dass er eine retrograde Amnesie oder den Verlust der Erinnerung an Ereignisse unmittelbar vor dem Schock einschließlich seiner Wahrnehmung auslöste. Daher hatten die Patienten keine negativen Gefühle gegenüber der Therapie...« (2004)

Here Folkerts, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Wilhelmshaven, informiert entsprechend:

»Nach den ersten Behandlungen werden Sie selbst feststellen, dass mögliche Ängste vor der EKT unbegründet sind.« (2018, S. 3)

Auf die durch die Anästhesie bedingte erhöhte Stromdosis und die von ihr ausgehende Gefahr machte der US-amerikanische Psychiater Peter Breggin aufmerksam, ein erklärter Gegner von Elektroschocks:

»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.« (2018)

Der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer kritisierte die Behauptung Reimers, das Anlegen der Elektrode an der nicht sprachdominanten Hirnhälfte, der sogenannten stummen Zone, sei wegen einer geringeren Rate an Gedächtnisstörungen weniger folgenschwer:

»Es ist unverantwortlich, von stummer Zone zu sprechen, die geschockt wird bei dieser unilateralen, einseitigen Anwendung. Es sind dort räumliche Wahrnehmungsfunktionen, visuelle Funktionen, emotionale Funktio-

nen. Akustisches, musikalisches Verständnis und die ganzheitliche Wahrnehmung von Zusammenhängen finden dort statt. Es ist ein Gebiet des Gehirns, das sehr wichtig ist für das Mensch-Sein als Ganzes.« (1992)

Finzen erläuterte Laien, was es mit dem »ganz klein wenig Strom« bei Elektroschocks in Wirklichkeit auf sich habe: Bei der elektrischen Defibrillation des Herzens nach einem Herzstillstand würden dem Herzen für 4 Millisekunden Stromstöße versetzt, beim Elektroschock dem Gehirn für 1 bis 6 Sekunden.

Bei den genannten Neubildungen im Gehirn handelt es sich laut Peter Gøtzsche, Facharzt für innere Medizin und 2018 geschasster Direktor des Nordic Cochrane Centers am Rigshospitalet in Kopenhagen, lediglich um Narbengewebe, eine Reaktion auf den gesetzten Hirnschaden (2016, S. 216).

## **Elektroschock und Psychosoziale Patientenverfügung**

Da juristische Entscheidungen über Zwangsmaßnahmen selten den Wünschen der Betroffenen entsprechen, sollten diese rechtzeitig eine Psychosoziale Patientenverfügung (PsychPaV) verfassen. Sogar die DGPPN empfiehlt Voraussetzungen als Mittel, damit auch in Krisenzeiten das Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleibt:

»Patientenverfügungen haben auch bei psychischen Erkrankungen rechtsverbindlichen Charakter, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (u. a. schriftliche Form, gegebene Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung). Ihre Rechtsverbindlichkeit schützt Patienten davor, dass ihre Behandlungswünsche übergangen werden, verdeutlicht aber auch die hohe Verantwortung, die Patienten für die eigene Gesundheit und den eigenen Behandlungsverlauf haben.« (2014, S. 10)

Dass man mit Voraussetzungen nicht umfassend Vorsorge für alle Eventualitäten treffen kann, versteht sich von selbst. Die mit einer zwangsweisen bzw. ohne Einwilligung erfolgten Verabreichung von Elektroschocks einhergehenden Risiken sind jedoch absehbar und vielleicht auch abwendbar – sofern man rechtzeitig Vorsorge trifft. Die »Psychosoziale Patientenverfügung« kann verhindern, dass man während einer psychischen Krise oder beim Nachlassen der Kräfte im Alter starken Behandlungswünschen psychiatrisch Tätiger hilflos ausgeliefert ist, und liefert Formulierungsvorschläge, wie man sich im voraus für oder gegen Elektroschocks erklären kann. Die beiden alternativ zu verwendenden Bausteine zeigen Pro- und Contra-Formulierungen, die selbstverständlich beliebig vereinfacht oder abgewandelt werden können:

»Sollten die behandelnden Psychiater den Eindruck haben, dass sich meine Situation nicht bessert, dürfen sie nach freiem Ermessen – jedoch mit spä-



terer Begründung – entscheiden, welche Substanzen bzw. Elektroschocks sie mir dann ggf. ohne meine informierte Zustimmung und notfalls unter Anwendung von Gewalt gegen meinen Willen verabreichen – so wie dies auch in Behandlungsvereinbarungen geregelt ist.«

»Wegen des Risikos mit Elektroschocks verbundener nicht auszuschließender Hirn- und Gedächtnisstörungen und der von Betäubungsmitteln und Muskelrelaxanzien ausgehenden zusätzlichen Risiken untersage ich die Verabreichung von Elektroschocks gleich welcher Art und Bezeichnung auch bei behaupteter Lebensgefahr – beispielsweise bei einer perniziösen Katatonie (auch »akute tödliche Katatonie«, »febrile Katatonie« oder »maligne Katatonie« genannt – einem mit Fieber, Verstummen und Bewegungsarmut bis hin zur Erstarrung einhergehenden Krankheitsbild), einem Raptus (»Bewegungssturm im Rahmen einer Katatonie«) oder einem Neuroleptischen Malignen Syndrom (MNS – Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörung). In solchen Fällen bevorzuge ich krampflösende Mittel wie Dandrolen oder geeignete Benzodiazepine wie Lorazepam (im Handel u. a. als Tavor – P.L.), bei einem MNS interistische Maßnahmen und das Aussetzen / Absetzen der für die aktuellen Probleme ursächlichen Antidepressiva und/oder Neuroleptika.« (Lehmann, 2015)

## Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Psychiater international sowie in den deutschsprachigen Ländern zunehmend Elektroschocks verabreichen, vorzugsweise an Frauen und ältere Menschen. Sie engagieren sich für deren schnellere, frühere und konsequentere Verabreichung. Trotz all seiner Umbenennungen und Modifikationen, trotz unterschiedlicher Platzierung der Elektroden und trotz immer neuer technischer Feinessen des verwendeten Stroms besteht das Wirkprinzip des Elektroschocks nach wie vor aus der Auslösung eines epileptischen Anfalls. Dieser soll ernsthafte psychische Probleme lindern oder lösen. Entgegen ihren eher an die Öffentlichkeit gerichteten Aussagen vom sicheren und nebenwirkungsarmen Elektroschock benennen Neurologen, Psychiater, Hersteller und Händler intern eine Vielzahl an Schäden – angefangen von kognitiven Beeinträchtigungen über Gedächtnisverlust, Verwirrheitszustände, Kopfschmerzen, Manien, Delire, Herzrhythmus- und Kreislaufstörungen bis hin zu Früh- und Totgeburten.

Für einen Teil der Betroffenen stellt der Elektroschock ein massives Trauma dar, neben organischen Schäden klagen sie, die Behandlung als Demütigung erfahren zu haben, als Vergewaltigung. Daran ändert nichts, dass der moderne

Elektroschock unter Narkose stattfindet und ein Teil der Betroffenen – mitbedingt durch den Verlust der Erinnerung an den unmittelbaren Elektroschock – keine Klagen äußert.

Es ist deshalb allen Betroffenen und solchen, die zu den Risikogruppen gehören, sowie ihren Angehörigen geraten, sich ausgewogen zu informieren. Aufgrund der interessensgeleiteten Aufklärung durch die Behandler sollten sie vor einer möglichen Entscheidung pro Elektroschock auch Publikationen anzuschauen, die Berichte von geschädigten Betroffenen berücksichtigen. Eine Übersicht kritischer Literatur steht unter [www.peter-lehmann.de/ekt](http://www.peter-lehmann.de/ekt) im Internet.

Sinnvoll ist eine eindeutige Erklärung zu Elektroschocks in einer Psychosozialen Patientenverfügung, die man besser heute als morgen verfassen sollte. Und da die Konsequenzen einer dauerhaften Verabreichung von Antidepressiva und Neuroleptika schließlich Elektroschocks sein können, sollte man sich grundsätzlich überlegen, ob man sich auf dieses Risiko einlässt.

## Anmerkungen

Dieser Text ist eine gekürzte und aktualisierte Fassung des Kapitels »Die Wiederkehr des Elektroschocks« (S. 125-151), Teil des Artikels »Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und atypischer Neuroleptika« (S. 19-174), publiziert in dem Buch »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen« von Peter Lehmann, Volkmar Aderhold, Marc Rufer und Josef Zehentbauer, erschienen 2017 bei Peter Lehmann Publishing (E-Book 2020).

Die umfangreichen Quellenangaben – in aller Regel aus »Elektrokonvulsionstherapie kompakt« (Standardbuch der Elektroschockfreunde), aus weiteren psychiatrischen Lehrbüchern und aus Artikeln deutscher sowie englischsprachiger medizinischer Zeitschriften – stehen aus Platzgründen separat unter [www.peter-lehmann.de/document/eschock-modern](http://www.peter-lehmann.de/document/eschock-modern) im Internet.

Die Übersetzungen aus dem Englischen und die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern in Zitaten stammen von Peter Lehmann.

Eiligen Leserinnen und Lesern steht unter <http://bit.do/schock> im Internet ein kurzer »Aufklärungsbogen Elektroschock« zum kostenfreien Download bereit.

## Peter Lehmann



geb. 1950 in Calw. Dr. phil. h.c., Diplom-Pädagoge. Heute selbstständiger Sozialwissenschaftler, Autor, Verleger, Medizinjournalist und Versandbuchhändler (Antipsychiatrieverlag) in Berlin. Verfechter der humanistischen Antipsychiatrie. Partner des International Institute for Withdrawal of Psychiatric Drugs (Internationales Institut zum Absetzen von Psychopharmaka). 1986 Mitbegründer von PSYCHEX (Schweiz), seither Vorstandsmitglied. Seit 1990 Mitherausgeber des Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy. 1991 Mitbegründer und langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP). 1994-2000 neben Dorothea Buck Vorstandsmitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. 1996 Mitbegründer Weglaufhaus Berlin. 2010 Ehrendoktorwürde durch die Philosophische Fakultät der Aristoteles-Universität Thessaloniki. 2011 Bundesverdienstkreuz. Zahlreiche Vorträge und Seminare, europaweit.

Buchpublikationen u.a.: »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen« (1986, 6. Aufl. 2010), »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern« (1996, E-Books 2018); »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern« (Hg. 1998, 5. Aufl. 2019, E-Book 2020); »Statt Psychiatrie2« (Hg. 2007 mit Peter Stastny, E-Book 2018); »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks« (2017, gemeinsam mit Volkmar Aderhold, Marc Rufer und Josef Zehentbauer, E-Book 2020)

Mehr unter [www.peter-lehmann.de](http://www.peter-lehmann.de)

(Foto: Archiv P. Lehmann)

## Rechtlicher Hinweis

Unser Wissen ist ständigen Entwicklungen unterworfen. Erfahrungen erweitern unsere Erkenntnisse, auch was die medizinische Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen und die Beendigung der Behandlung anbelangt. Soweit unerwünschte Wirkungen von Elektroschocks in diesem Buch erwähnt werden, dürfen die Leserinnen und Leser darauf vertrauen, dass der Autor große Sorgfalt darauf verwandt hat, dass diese Angaben dem Wissensstand bei Fertigstellung der Publikation entsprechen. Da individuelle Faktoren (körperlicher und psychischer Zustand, Alter, soziale Lebensverhältnisse etc.) die Verträglichkeit elektrotechnischer Anwendungen beeinflussen, dürfen die Aussagen jedoch nicht als problemlos auf alle Menschen übertragbar aufgefasst werden.

Die Leserinnen und Leser sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten bzw. einer Spezialistin festzustellen, ob ihre Entscheidung, sich nach der Lektüre dieser Publikation Elektroschocks verabreichen zu lassen oder nicht, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt. Eine sorgfältige Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Apparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Aufgrund dieser Umstände übernehmen der Autor und der Herausgeber dieser Broschüre keine Verantwortung für die Folgen unerwünschter Wirkungen bei einem Ja oder Nein zu Elektroschocks.

Peter Lehmann ist kein Arzt, sondern Diplom-Pädagoge, Psychatriebetroffener mit Erfahrung im Selbsthilfebereich seit 1979, Angehöriger und (ehemaliger) Diensteanbieter. Als Nichtarzt kann und wird er keine ärztlichen Ratschläge erteilen. Seine Qualifikation ist in der Kurzbiographie in dieser Broschüre beschrieben.

Peter Lehmann & Gangolf Peitz, 15. April 2020