

Peter Lehmann

**Zur Wiederkehr der Elektroschocks –
Argumente gegen den Einsatz
der sogenannten Elektrokonvulsions-»Therapie«**

Tagung »Wege aus der Depression: ›Sanfter‹ Entzug von Antidepressiva – wie geht das? Und: Zur Wiederkehr des Elektroschocks: Therapie oder Schädigung?«

Die Klinke e.V. Herford in Kooperation mit der Volkshochschule im Kreis Herford und der Westfälischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (WGSP e.V.)

Volkshochschule Herford, 1. Oktober 2019

0. EKT = Problemlose Therapie?

»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. Die EKT findet heute im Krankenhaus statt, die Patienten gehen freiwillig in die Behandlung und unterzeichnen – in Ausnahmefällen auch ihr gesetzlicher Vormund – vorab eine Einverständniserklärung.« (S. 6)

Hauth, Iris (2016): »Elektrokonvulsionstherapie kann helfen«, Vorwort zu: Michael Grözinger u.a.: »Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie«: »Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in 24 Fragen. Ein DGPPN-Ratgeber für Patienten und Angehörige«, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

<http://bit.do/dgppn-ekt>

1. Wirkprinzip epileptischer Anfall

»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.« (S. 919)

Grözinger, Michael / Conca, Andreas / DiPauli, Jan et al. (für das länderübergreifende Referat »Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie« der DGPPN in Zusammenarbeit mit der SIP, der ÖGPP und der SGPP) (2012): »Elektrokonvulsionstherapie – Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz«, in: Nervenarzt, 83. Jg., S. 919-921

www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d17b6c69d648a29836126affaf504529000677bc/stn-2012-06-07-elektrokonvulsionstherapie.pdf

1. Wirkprinzip epileptischer Anfall

Here Folkerts, mittlerweile Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Wilhelmshaven:

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

Folkerts, Here (1995): »Elektrokrampftherapie bei neurologischen Krankheiten«, in: Nervenarzt, 66. Jg., S. 241-251

1. Wirkprinzip epileptischer Anfall

»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, antimanische, antikatatone und antipsychotische Wirkung.« (S. 98)

Sartorius, Alexander (2013): »Technische Grundlagen der EKT«, in: Michael Grözinger / Andreas Conca / Thomas Nickl-Jockschat et al. (Hg.): »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, S. 97-108

1. Wirkprinzip epileptischer Anfall

Asmus Finzen, Leitender Krankenhausarzt in Deutschland (Wunstorf 1975-1987) und der Schweiz (Basel bis 2003):
50.000 Patientinnen und Patienten – null Elektroschocks:

- beim Elektroschock »ganz klein wenig Strom«:
480 V, 0,9 A, 1-6 sec
- bei elektrischer Defibrillation des Herzens:
4 mS (siehe Video, Teil 1, 1:32-2:38)

Lehmann, Peter / Schlimme, Jann E.: »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?«, Symposium der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Magdeburg, 15. November 2018; Online <https://vimeo.com/323741155> (Teil 1), <https://vimeo.com/323745443> (Teil 2)

2. Wer wird geschockt?

Indikationen

- schwere Depressionen (auch mit Suizidalität)
- depressive Episoden mit psychotischen Merkmalen
- Schizophrenie, Wochenbettpsychose, Katatonie, Manie
- agitiertes Verhalten bei frühkindlicher Hirnschädigung oder Down-Syndrom
- Zwangsstörungen und Anorexie
- malignes neuroleptisches Syndrom, febrile Katatonie etc.

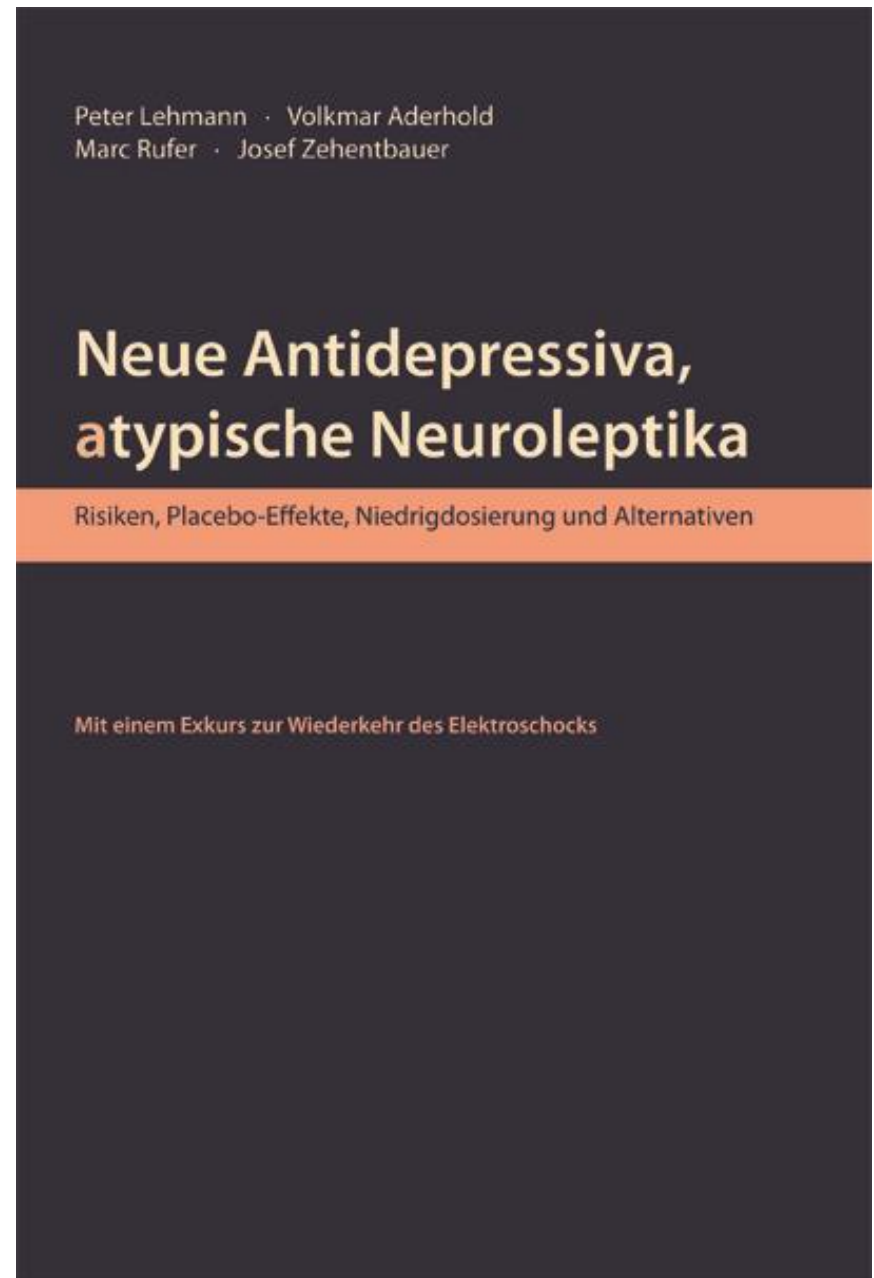
Weitere Indikationen siehe Peter Lehmann: »Aufklärungsbogen Elektroschock«, Internetveröffentlichung vom 17. Mai 2019 –

<http://bit.do/schock>

2. Wer wird geschockt?

Peter Lehmann / Volkmar Aderhold /
Marc Rufer / Josef Zehentbauer:
»Neue Antidepressiva, atypische
Neuroleptika – Risiken, Placebo-
Effekte, Niedrigdosierung
und Alternativen. Mit einem Exkurs
zur Wiederkehr des Elektroschocks«,
Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann
Publishing 2017/2018

www.peter-lehmann-publishing.com/neue



2. Wer wird geschockt?

»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.« (S. 43)

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. / BÄK – Bundesärztekammer / KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung / AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hg.) (2017): »S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung«, 2. Auflage, Internet-Ressource

www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf

2. Wer wird geschockt?

»Die Wirksamkeit des Tofranil (*Wirkstoff Imipramin*) 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 provozierte 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.« (S. 267)

Selbach, Helmut (1960): »Klinische und theoretische Aspekte der Pharmakotherapie des depressiven Syndroms. II. Regel-theoretische Ansätze«, in: Wiener Medizinische Wochenschrift, 110. Jg., S. 264-268

2. Wer wird geschockt?

Bei neuroleptikabedingten Erstarrungszuständen:

»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.« (S. 73)

Selbach, Helmut (1963): Diskussionsbemerkung, in: Johann Daniel Achelis / Hoimar von Ditfurth (Hg.): »Starnberger Gespräche 2«, Stuttgart: Thieme Verlag

2. Wer wird geschockt?

Zur Situation in Nordamerika:

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

Henkel, Karsten / Grözinger, Michael (2013): »EKT im internationalen Vergleich«, in: Michael Grözinger / Andreas Conca / Thomas Nickl-Jockschat / Jan Di Pauli (Hg.): »Elektrokonvulsionstherapie kompakt. Für Zuweiser und Anwender«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, S. 15-24

3. Kontraindikationen

»Absolute Hindernisse gegen eine EKT-Behandlung gibt es nicht. (...) Sie ist wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher und im Verhältnis zur Schwere der behandelten Erkrankungen nebenwirkungsarm.« (S. 8f.)

Grözinger, Michael / Först, Christiane / Conca, Andreas / Waschk-Schleich, Petra unter Mitarbeit des DGPPN-Referats »Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie« (2016): »Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in 24 Fragen. Ein DGPPN-Ratgeber für Patienten und Angehörige«, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde <http://bit.do/dgppn-ekt>

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

»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.« (S. 72)

Greve, Nils / Osterfeld, Margret / Diekmann, Barbara (2017):
»Umgang mit Psychopharmaka«, 5. Auflage, Köln: Balance Verlag

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

»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.« (S. 71)

American Psychiatric Association (2001): »The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging«, 2. Auflage, Washington: American Psychiatric Association

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

Elektroschockbetroffene aus Magdeburg: Bericht vom Arbeitsplatzverlust infolge elektroschockbedingter Gedächtnisschäden (siehe Video, Teil 2, 11:27-12:30)

Lehmann, Peter / Schlimme, Jann E.: »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?«, Symposium der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Magdeburg, 15. November 2018; Online <https://vimeo.com/323741155> (Teil 1), <https://vimeo.com/323745443> (Teil 2)

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

»Eine kleine Minderheit der mit EKT behandelten Patienten berichtet später von verheerenden kognitiven (*die Erkenntnis- und Informationsverarbeitung betreffenden*) Folgen. Patienten können darauf hinweisen, dass sie eine dichte Amnesie (*Gedächtnisverlust*) 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...

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

...In einigen Selbstberichten von Patienten über schwerwiegende EKT-induzierte Defizite kann sich ein objektiver Funktionsverlust widerspiegeln... In seltenen Fällen kann die ECT zu einer dichten und anhaltenden retrograden Amnesie führen, die sich über Jahre erstreckt.«

Somatics, LLC – the Makers of the Thymatron®: »Thymatron® System IV – Cautions and Warnings«, Venice, FL (USA), Internet-Ressource www.thymatron.com/catalog_cautions.asp

Häufigkeitsraten von über 50%

Squire, Larry R. / Slater, Pamela C. (1983): »Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction: a prospective three-year follow-up study«, in: British Journal of Psychiatry, Band 142, S. 1-8

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

Weitere Behandlungsrisiken und -schäden

- Unruhezustände und delirante Zustände, teils stundenlang
- Kopfschmerzen, Sprachversagen und Agnosie (beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung)
- anhaltende epileptische Anfälle von mindestens mehreren Minuten (Status epilepticus)
- spontane Anfälle
- Flüssigkeitsansammlung in der Lunge und Atemstillstand.
- im Vergleich mit nicht elektrogeshockten Klinikpatienten fünffach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

Weitere Behandlungsrisiken und -schäden

sehr langsamer und gestörter Herzschlag mit einer Frequenz unter 50 Schlägen pro Minute

- Herzstillstand
- krankhaft erniedrigter oder erhöhter Blutdruck
- Einreißen vorgeschädigter Gefäßwände mit nachfolgenden Hirnblutungen
- Lungenentzündungen infolge Ansaugung von Fremdkörpern in die Lunge

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

Weitere Behandlungsrisiken und -schäden

- Weitere Komplikationen der Lungenfunktion wie Asthmaanfälle sowie Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes
- Schwindelzustände, Übelkeit, Einkoten, Einnässen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut
- Erhöhte Zahl von Früh- und Totgeburten elektrogeschockter Schwangerer

4. Behandlungsrisiken und -schäden?

Weitere Behandlungsrisiken und -schäden

»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...« (S. 370)

Müller, Matthias J. / Benkert, Otto (2017): »Antipsychotika«, in: Otto Benkert / Hanns Hippus (Hg.): »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie«, 11. Aufl., Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, S. 269-478

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

Sartorius, Alexander / Pycha, Roger / Grözinger, Michael et al. (2013): »Praktische Durchführung der EKT«, in: Michael Grözinger et al. (Hg.): »Elektrokonvulsions-therapie kompakt«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, S. 109-126

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Asmus Finzen, Leitender Krankenhausarzt in Deutschland (Wunstorf 1975-1987) und der Schweiz (Basel bis 2003):

- Einsatz zur Disziplinierung
- nicht evidenzbasiert (siehe Video, Teil 2, 7:42-9:39)

Lehmann, Peter / Schlimme, Jann E.: »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?«, Symposium der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Magdeburg, 15. November 2018; Online <https://vimeo.com/323741155> (Teil 1), <https://vimeo.com/323745443> (Teil 2)

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Auswertung medizinischer Literatur zu Elektroschocks

- Auswirkungen der chronischen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der kognitiven Fähigkeiten machen jeglichen kurzfristigen Nutzen der Elektroschocks auf Dauer zunichte

Robertson, Harold / Pryor, Robin (2006): »Memory and cognitive effects of ECT«, in: Advances in Psychiatric Treatment, Band 12, S. 228-238

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Befragung Betroffener durch Lucy Johnstone von der University of the West of England in Bristol

»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.« (S. 69)

»Ich denke, einen Menschen festzuschnallen und ihm einen Stromschlag zu versetzen ... erinnert doch sehr an Frankenstein, nicht wahr?« (Zitat, S. 79)

Johnstone, Lucy (1999): »Adverse psychological effects of ECT«, in: Journal of Mental Health, Band 8, S. 69-85

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Zeitgeist

- PC-unterstützt
- Erneutes Aufkeimen faschistischen Gedankenguts, Fremdenhass, Homophobie, Antisemitismus, Relativierung von Menschenrechten, Lobpreisung von Wehrmacht, Elektroschocks usw.



Abbildung aus: Albrecht, Bernhard (16.3.2019): »Umstritten, aber wirkungsvoll – wie die Elektrokrampf-Therapie bei Depressionen hilft«, in: Der Stern, Online-Ausgabe, Internet-Ressource www.stern.de/gesundheit/gesundheitsnews/wirkungsvoll-bei-depressionen--die-elektrokrampftherapie-8623072.html

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Zeitgeist

Schnelle Wirkung auf Knopfdruck

Medizinische Maßnahme als Lifestyle-Methode

- Fett absaugen
- Nase zurechtbiegen
- Lippen aufblasen
- Brüste vergrößern
- Penis verlängern
- Schamlippen verkleinern
- Depression wegschocken

Verzweiflung überragt alle Bedenken

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Response

»Vorteile der EKT liegen in einem raschen Therapieerfolg und hohen Response- und Remissionsraten (*Ansprech-raten und Raten der Symptom-Abschwächung*).« (S. 41)

Regen, Francesca / Benkert, Otto (2017): »Antidepressiva«, in: Otto Benkert / Hanns Hippus (Hg.): »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie«, 11. Aufl., Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, S. 1-200

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Response

»EKT ist hinsichtlich der Ansprechrate den anti-depressiven 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)

Greve, Nils / Osterfeld, Margret / Diekmann, Barbara (2017):
»Umgang mit Psychopharmaka«, 5., vollständig überarbeitete
Auflage, Köln: Balance Verlag

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Response

»Nach einem stärkeren epileptischen Anfall muss man erst einmal wieder zu sich finden. Manche Menschen sind in den Stunden nach einem Anfall erschöpft und schlafen dann sehr viel. Es kann auch zu depressiven Beschwerden, Vergesslichkeit, Sprachstörungen oder Lähmungen kommen...«

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (13. Januar 2016): »Epilepsie«, Internet-Ressource www.gesundheitsinformation.de/epilepsie.2587.de.html

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Response

»... wir wissen, dass (...) jeder einzelne Patient, jede einzelne Patientin nach einer Elektroschockserie ein hirnorganisches Psychosyndrom aufweist, mit Verwirrtheit, Desorientierung, Stimmungsschwankungen, Verlust der Entscheidungsfähigkeit. (...) Neun von zehn Menschen mit Hirnschädigungen werden Ihnen erzählen, dass es ihnen gut geht. Stellen Sie sich einen Alkoholisierten auf der Party vor. Sagt er etwa: "Ich kann nicht Autofahren"? Er wird Ihnen weismachen wollen, dass er besser denn je fahren kann! Diese Reaktion tritt grundsätzlich auf, wenn das Gehirn eines Menschen auf diese Art gestört ist; der erste Reflex lässt sie sagen: "Mir geht's prima!"« (S. 161/163)

Breggin, Peter R. (1993): »Auf dem Weg zum Verbot des Elektroschocks«, in: Kerstin Kempker & Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Antipsychiatrieverlag, S. 156-172 <http://bit.do/breggin-eschock>

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Jungbrunnen

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

Sackeim, Harold A. (2017): »Modern electroconvulsive therapy: Vastly improved yet greatly underused«, in: JAMA Psychiatry, Vol. 74, S. 779-780

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2633172>

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

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

Harold A. Sackeim: »Modern electroconvulsive therapy: Vastly improved yet greatly underused«, in: JAMA Psychiatry, Vol. 74 (2017), S. 779-780

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2633172>

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Bei Abrechnung nach PEPP («Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik«):

- Stationärer Klinikaufenthalt pro Tag: 300 €
- Erster Elektroschock: 297 € (zusätzlich)
- Jeder weitere Elektroschock: 220 € (zusätzlich)
- 1:1-Betreuung, falls nötig: 1000 € pro Tag (zusätzlich)

Vinzenz von Paul Hospital gGmbH (27. Dezember 2017): »Pflegekosten. PEPP-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPflV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6 BPflV«, Rottweil; Internet-Ressource www.vvph.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Kostentarife/PEPP-Entgelttarif_Klinik_Psychiatrie.pdf

6. Ratschläge für Gefährdete

Sich informieren

- Unabhängige Informationen zum Elektroschock
<http://bit.do/e-schock>
- Aufklärungsbogen Elektroschock – <http://bit.do/schock>
- Peter Lehmann: »Wiederkehr des Elektroschocks«, in: Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer u.a. (2017): »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2017, S. 125-121 (E-Book 2018)
- <http://bit.do/ketzer>

6. Ratschläge für Gefährdete

Sich schützen

PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung.

Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a

»Wegen des Risikos mit dieser Maßnahme 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... In solchen Fällen bevorzuge ich krampflösende Mittel wie Dandrolen oder geeignete Benzodiazepine, internistische Maßnahmen...«

<http://bit.do/psychpav>

6. Ratschläge für Gefährdete

Alternativen

»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.« (S. 51)

Berthold-Losleben, Mark / Grözinger, Michael (2013): »Informationen für Patienten und Angehörige«, in: Michael Grözinger / Andreas Conca / Thomas Nickl-Jockschat et al. (Hg.): »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, S. 47-57

6a. Ratschläge für Geschädigte

Marina Langfeldt, Oberstaatsanwältin bei der
Generalstaatsanwaltschaft Zweibrücken a.D.:

- Schadensbericht ans Bundesamt für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte schicken (siehe Video, Teil 2, 21:08-22:09)

www.bfarm.de/SharedDocs/Formulare/DE/Medizinprodukte/caVorkommnisse/Idungen-sonstige-Inverkehrbringer-PDF.pdf?__blob=publicationFile&v=7

Lehmann, Peter / Schlimme, Jann E.: »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?«, Symposium der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Magdeburg, 15. November 2018; Online <https://vimeo.com/323741155> (Teil 1), <https://vimeo.com/323745443> (Teil 2)

Kontakt

Peter Lehmann

Eosanderstr. 15

10587 Berlin

Tel. 030 / 85 96 37 06

www.peter-lehmann.de

mail@peter-lehmann.de