

Peter Lehmann

Herausfordernder Paradigmenwechsel der WHO

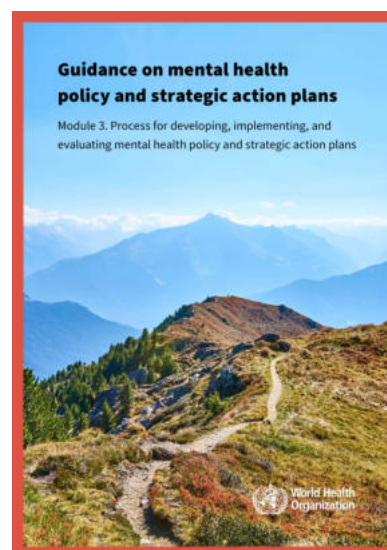
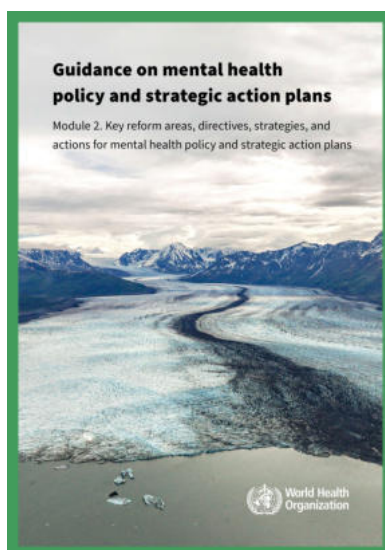
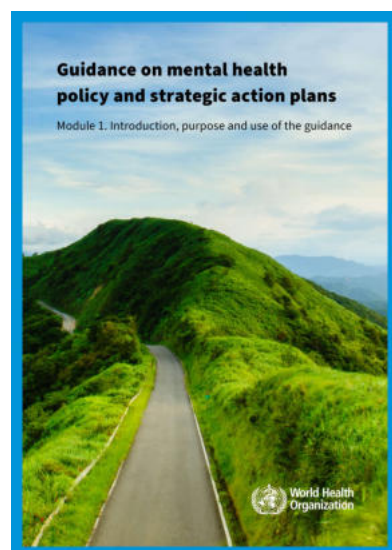
Contra zwangsweise Elektroschocks

Professionelle Pflegekräfte sind in der Regel bei Elektroschocks (»EKT«) als Assistenz an der Vorbereitung und Betreuung von Patientinnen und Patienten beteiligt. Die zunehmende Tendenz, Elektroschocks auch gegen den natürlichen Willen der Betroffenen zu verabreichen, zwingt auch Pflegekräfte, sich kritisch mit diesem Thema auseinanderzusetzen und Stellung zu beziehen. Der Paradigmenwechsel der WHO in Richtung menschenrechtsbasierte Hilfen für Menschen in emotionaler Not und insbesondere die Ablehnung zwangsweiser Elektroschocks kommt als medizinisch-wissenschaftliche und ethische Orientierung zur rechten Zeit.

Menschenrechtsbasierte Hilfen als Grundpfeiler der neuen WHO-Richtlinie

Im März 2025 veröffentlichte die WHO ihre neue »Richtlinie für die Politik zur psychischen Gesundheit und strategische Aktionspläne« (WHO, 2025a). Sie präzisiert darin ihr umfangreiches Programm für die Transformation von Unterstützung und Behandlung im psychosozialen Bereich: weg von stellvertretender Entscheidungsfindung und Zwang und hin zu Gleichheit und Nicht-diskriminierung, unterstützter Entscheidungsfindung und freier informierter Zustimmung, wie dies die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) vorsieht (Zinkler, 2025).

Die Publikation ist die erste umfassende Richtlinie zur psychischen Gesundheit der WHO in den letzten zwei Jahrzehnten. Sie stellt die Menschenrechte in den Mittelpunkt ihrer Forderung nach grundlegenden Veränderungen in der globalen Politik zur psychischen Gesundheit. Dieser Richtungswechsel betrifft auch professionelle Pflegekräfte, die in psychiatrischen Einrichtungen meist im Zentrum des Geschehens stehen.



Die WHO fordert eine Abkehr von der übermäßigen Abhängigkeit von Psychopharmaka im psychosozialen Bereich. Die aktuellen Hilfsangebote seien nicht mit evidenzbasierten Praktiken und Menschenrechtsstandards vereinbar. Rechtliche Betreuer und Betreuerinnen sollen nur noch in Einklang mit dem Willen der Betroffenen und deren Präferenzen entscheiden dürfen. Letztere sollen informiert werden über unerwünschte Wirkungen der psychiatrischen Anwendungen einschließlich des schwerwiegenden Entzugssyndroms, das beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika auftreten kann. Und sie sollen Unterstützung erhalten für ein sicheres Absetzen. Weltweit wachse die Dynamik für eine rechtebasierte, personenzentrierte und genesungsorientierte Politik und für Aktionspläne zur psychischen Gesundheit, die einen gerechten Zugang zu qualitativ hochwertigen Diensten im Rahmen der universellen Gesundheitsversorgung gewährleisten müssen.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, ein Immunologe und zuvor Gesundheitsminister in Äthiopien, hielt als WHO-Generaldirektor die Eröffnungsrede, als die neue Richtlinie weltweit publik gemacht wurde, und erklärte:

»Dieser Leitfaden zur Politik im Bereich psychische Gesundheit und zu strategischen Aktionsplänen bietet den Ländern einen umfassenden Weg zur Reform der Politik im Bereich psychische Gesundheit. Dies steht im Einklang mit einem wachsenden Konsens über die Bedeutung von rechtebasierten, personenzentrierten und genesungsorientierten Ansätzen, die Autonomie und Würde betonen und gleichzeitig Betroffene in die Planung und Entscheidungsfindung einbeziehen.

Unsere gemeinsame Vision ist eine Welt, in der psychische Gesundheit in die primäre Gesundheitsversorgung integriert ist und in der die Dienste leicht erreichbar, respektvoll und unterstützend sind. Bei der Planung der psychischen Gesundheit sollten auch soziale und strukturelle Faktoren wie Armut, Wohnen, Bildung und Arbeit sowie die negativen Auswirkungen von Stigmatisierung, Diskriminierung und anderen systembedingten Hindernissen berücksichtigt werden. Die Auseinandersetzung mit diesen miteinander verknüpften Themen ist von grundlegender Bedeutung, um ganzheitliche und nachhaltige Ergebnisse zu erzielen. Eine sektorübergreifende Zusammenarbeit ist für die Umsetzung fairer und effizienter gemeindenaher Dienste unerlässlich. (...)

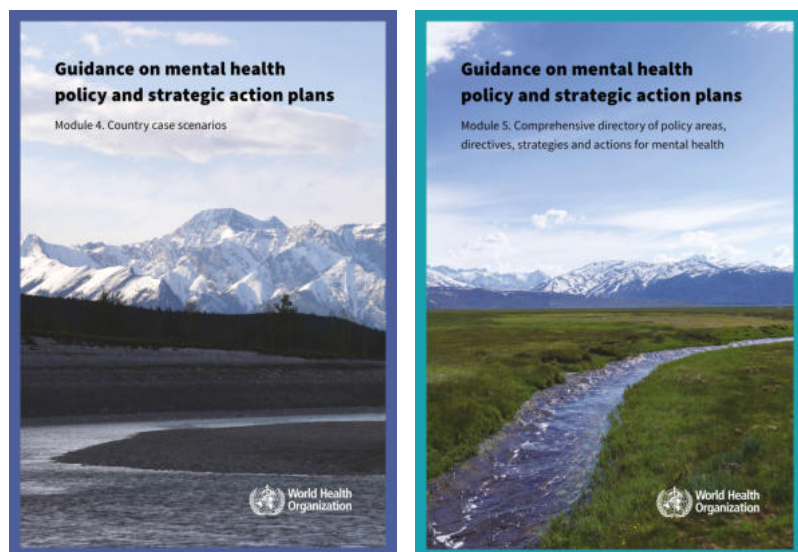
Dieser Leitfaden ist eine unverzichtbare Ressource für politische Entscheidungsträger, Praktiker und Interessenvertreter gleichermaßen und bietet praktische und umsetzbare Strategien, um den Fortschritt zu beschleunigen und gleichzeitig die Rechte und die Würde der Hilfesuchenden zu schützen.« (Adhanom Ghebreyesus, 2025)



Tedros Adhanom Ghebreyesus
Generaldirektor WHO

Zur Umsetzung ihrer Leitlinie schlägt die WHO vor, die Lehrpläne zur psychischen Gesundheit unter Berücksichtigung der spezifischen Rollen und Aufgaben der einzelnen Berufe anzupassen. An erster Stelle nennt sie dabei

»Menschenrechte, gesellschaftliche Inklusion und Recovery-Ansätze. Nutzung von Menschenrechtsrahmen als Grundlage für Pflege und Unterstützung, insbesondere zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung, zur Abschaffung von Zwangsmaßnahmen, zur Gewährleistung der Achtung der Rechtsfähigkeit und zur Deckung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen.« (WHO, 2025b, S. 81)



Mit Situationsanalysen soll geklärt werden, inwieweit internationale Menschenrechtsstandards mit ihrer Betonung des Rechts auf evidenzbasierte und menschenrechtsbasierte Interventionen eingehalten werden. Dabei soll unter anderem festgestellt werden,

»... ob die Beurteilung des Unterstützungsbedarfs der Anforderung an eine vollständige und informierte Zustimmung entspricht und wie die Dienste sicherstellen, dass die Eingriffe, einschließlich Psychopharmaka, mit dem Willen und den Präferenzen der Person übereinstimmen.« (WHO, 2025c, S. 14)

Contra zwangsweise verabreichte Elektroschocks

Eine Aussage der WHO bezieht sich speziell auf Elektroschocks. Aufsichtsbehörden müssen demnach sicherstellen,

»... dass schwerwiegende, invasive oder irreversible Eingriffe (zum Beispiel Psychochirurgie, Elektrokrampftherapie) nicht oder nur mit freier und informierter Zustimmung vorgenommen werden.« (WHO, 2025b, S. 26)

Elektroschocks bei Kindern seien gesetzlich zu verbieten. Hier sind massive Konflikte programmiert, fordert doch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zeitgleich im Mai 2025 in einem sogenannten Consensuspapier, dass Elektroschocks in der Allgemeinpsychiatrie wie auch in der Forensik gegen den natürlichen Willen der Betroffenen verabreicht werden dürfen. Selbst sogenannte Erhaltungs-EKT, monatliche Elektroschocks auf Dauer, wollen sie diesen aufzwingen. Es sei allgemeiner medizinisch-wissenschaftlicher Konsens, dass zwangsweise Elektroschocks ethisch korrekt und ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen seien (Zilles-Wegner et al., 2025). Damit stellt sich die DGPPN in exakte Opposition zur WHO. Die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und die Società Italiana di Psichiatria teilen die Forderung der DGPPN. Schon seit Jahren fordern psychiatrische Interessenverbände den vorbeugenden, konsequenten und dauerhaften Einsatz von Elektroschocks (Grözinger et al., 2012). Absolute Kontraindikationen sehen sie

nicht, auch nicht bei Schwangeren, Kindern, Alten und Behinderten (Kayser et al. 2013, S. 86; Grözingen et al. undatiert, S. 8).

Elektroschocks werden heutzutage mit modernen Apparaten und gleichzeitiger Gabe von Muskelrelaxanzien verabreicht, die Betroffenen mit Anästhetika betäubt. Das Wirkprinzip – die Auslösung eines Hirnkrampfes über die Durchleitung von Strom durch das Gehirn – ist jedoch unverändert. Dasselbe gilt für die erheblichen Risiken. Unter Verweis auf einen Bericht der American Psychiatric Association (APA) weist die Herstellerfirma Somatics LLC schon auf der ersten Seite des Anwendungshandbuchs zu ihrem aktuell hierzulande gebräuchlichen Elektroschockapparat *Thymatron System IV* auf das Risiko massiver zentralnervöser Schäden hin:

»Es ist unerlässlich, dass Ärzte, die die Anwendung des Thymatron® System IV Geräts planen, die Warnungen und Empfehlungen des Task Force Reports der American Psychiatric Association, dargelegt in »The Practice of Electroconvulsive Therapy« (APA 2001), lesen und befolgen. Dort heißt es unter anderem: »Eine kleine Minderheit der mit EKT behandelten Patienten berichtet später über *verheerende kognitive Folgen*. Patienten können angeben, dass sie eine dichte Amnesie haben, die weit in die Vergangenheit für Ereignisse von persönlicher Bedeutung zurückreicht, oder dass breite Aspekte der kognitiven Funktion so stark beeinträchtigt sind, dass die Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihren früheren Beschäftigungen nachzugehen... In einigen Selbstberichten von Patienten über tiefgreifende, durch EKT verursachte Defizite könnte ein objektiver Funktionsverlust zum Ausdruck kommen... In seltenen Fällen kann EKT zu einer dichten und anhaltenden retrograden Amnesie (*zurückliegende Ereignisse betreffende Gedächtnisverluste*) führen, die sich über Jahre erstreckt...« (Somatics LLC 2024, S. 1 – Hervorhebung P.L.)

Mit »kognitiv« bezeichnet man »... Funktionen des Menschen, die mit Wahrnehmung, Lernen, Erinnern, Denken und Wissen in Zusammenhang stehen. Zu den kognitiven Fähigkeiten zählen unter anderem Aufmerksamkeit, Erinnerung, Lernen, Kreativität, Planen, Orientierung, Vorstellungskraft oder Wille.« (BMSGPK undatiert). Und Somatics listet weitere körperliche, zentralnervöse und psychische Schäden auf, mit denen gerechnet werden müsse, unter anderem Gedächtnisstörungen und Hirnschäden, Herzrhythmusstörungen und Herzinfarkt, Blutdruckstörungen, Zahntraumata, allgemeine motorische Funktionsstörungen, manische Symptome (zum Beispiel behandlungsbedingte Manie, posttraumatisches Delirium oder Erregung), neurologische Symptome (zum Beispiel Parästhesien [unangenehme, manchmal schmerzhaft Körperempfindungen mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen], Dyskinesien [Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs einer Körperregion oder eines Körperteils], Stürze, spontane Anfälle mit zeitlichem Abstand, anhaltende Anfälle, nicht-convulsiver Status epilepticus [Abfolge von epileptischen Anfällen, zwischen denen die Betroffenen nicht zum Vorzustand zurückkehren und die ohne eindeutige tonisch-klonische, das heißt zwischen Steifheit und krampfartigen Zuckungen wechselnde Entäußerungen einhergehen]), Komplikationen in der Lunge (zum Beispiel Ansaugung von Mageninhalt, Lungenentzündung, Mangelversorgung mit Sauerstoff, Atemwegsverschlüsse wie Laryngospasmus [krampf- und reflexartige Kontraktionen der Kehlkopfmuskulatur], Lungenembolie, längerer Atemstillstand), Koma, Sehstörungen, Hörkomplikationen, Verschlechterung psychiatrischer Symptome, Tötungsdelikte und Begünstigung suizidalen Verhaltens.

Bekannt sind auch extrem traumatisierende Wirkungen, die wiederholte Suizidversuche und mehrjährige Psychiatrieaufenthalte nach sich ziehen (Kempker, 2000). Durch den Einsatz von Muskelrelaxanzien kommt es zwar zu weniger Knochenbrüchen und Gelenk- und Muskelschäden als

früher; die notwendigerweise zur Auslösung des Hirnkrampfes höhere Stromstärke entfaltet dafür eine entsprechend stärkere Wirkung auf das Gehirn.

Für viele Psychiaterinnen und Psychiater sind – vermeintlich nur kurzfristig auftretende – hirnorganische Schäden beabsichtigt:

»Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmako-Therapie.« (Dörner & Plog 1992, S. 545)

Üblich sind acht bis zwölf Elektroschocks in einem Abstand von meist zwei bis drei Tagen. Möglich sind auch 30 oder mehr Elektroschocks. Was bei der summierten Wirkung von Elektroschockserien herauskommt und noch heute zutrifft, erklärten Stefan Hift und Hans Hoff von der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien schon vor Jahrzehnten:

»Die Wirkung des Elektroschocks liegt in einem momentanen Zerschlagen der Reaktionslage des Organismus. Im organischen Bereich ist diese schlagartige Änderung am deutlichsten am vegetativen Nervensystem zu beobachten, wo eine gewaltige ›Stress‹-Reaktion mit langsamem Zurückpendeln in die Ausgangslage zu beobachten ist. Psychisch werden die aktuellen Erlebnisse durch die plötzliche Bewusstlosigkeit unterbrochen und durch die nachfolgende Amnesie (*schwere globale Gedächtnisstörung*) abgeschwächt. Bei Summation der Wirkung mehrerer Elektroschocks pendelt das Vegetativum mehr in Richtung der Sympathikotonie (*Verschiebung des vegetativen Gleichgewichts im Sinne einer erhöhten Erregbarkeit des sympathischen Systems einhergehend unter anderem mit erhöhter Herzfrequenz*), die Amnesie verdichtet sich zum amnestischen Syndrom (*Syndrom mit deutlicher Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, zeitlicher Desorientierung, Konfabulation [sinnlos-fantastischen Erdichtungen] und eingeschränkter Fähigkeit zum Erlernen neuen Materials*), das eine Sonderform des psychoorganischen Syndroms (*der körperlich begründbaren Psychose*) darstellt.« (Hift & Hoff, 1958, S. 1045)

Die Mehrzahl der Psychiater wertschätzt die von Hift und Hoff erläuterte Wirkung als gutes »Ansprechen« auf die Behandlung. In der Öffentlichkeit bezeichnen sie Elektroschocks gerne als Ultima ratio, das heißt lebensrettende Maßnahme bei behandlungsresistent gewordenen Depressionen. Intern in ihrem Standard-Lehrbuch »Elektrokonvulsionstherapie kompakt« gestehen sie jedoch das Gegenteil ein:

»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.« (Berthold-Losleben & Grözinger, 2013, S. 51)

Gleichzeitig lässt sich die früher als klassische Ultima-Ratio-Indikation von Elektroschocks angesehene febrile Katatonie längst risikoarm mit dem Spasmolytikum Dantrolen oder mit speziellen Benzodiazepinen wie Lorazepam und eventuell in Kombination mit der Zufuhr von Elektrolyten behandeln. Febrile Katatonie wird auch »akute lebensbedrohliche Katatonie« (ALK) genannt und ist eine mit Fieber und Störungen der Motorik, gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechselnde Symptomatik. Schon vor über vier Jahrzehnten berichteten Heinz Häfner und Siegfried Kasper vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim von erfolgreich medikamentös behan-

delten Fällen febriler Katatonien:

»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.« (Häfner & Kasper, 1982, S. 393)

Programmierte Konflikte von Psychiatriepflegekräften mit der Mainstreampsychiatrie

Elektroschocks werden schon heute weltweit durch vorenthaltene volle Informationen über mögliche behandlungsbedingte Schäden mit informellem Zwang verabreicht (Lehmann, 2023). Würden Elektroschocks nun unter denselben normativen Bedingungen wie Antidepressiva und Neuroleptika verabreicht, kämen für Pflegekräfte erhebliche Konflikte dazu.

Die zwangsweise Verabreichung von Elektroschocks stellt einen schwerwiegenden Angriff auf fundamentale Menschenrechte und geltendes Recht in Deutschland, Österreich und der Schweiz dar. Pflegekräfte, die an solchen erzwungenen Eingriffen mitwirken, verstoßen gegen ihre berufsethische Haltung, niemanden Schaden zuzufügen, und zudem gegen eine Vielzahl von Schutzbestimmungen. Unter anderem sind dies das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit, wie es in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und in den Verfassungen von Deutschland, Italien, Österreich und der Schweiz festgelegt ist. Hinzu kommen ein Verbot von Folter und unmenschlicher Behandlung, das Recht auf Selbstbestimmung und informierte Zustimmung, wie sie in der UN-BRK in den Artikeln 12, 14, und 25 definiert sind.

Neben zivilrechtlichen Ansprüchen gegen Tatbeteiligte auf Schmerzensgeld und Schadenersatz kommen auch strafrechtliche Konsequenzen in Betracht: Zwangsweise Elektroschocks erfüllen grundsätzlich den Tatbestand der gefährlichen Körperverletzung. Rechtfertigungen wie Verweise auf einen gemutmaßten Willen oder das Betreuungs- und Unterbringungsrecht sind durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die hierzulande längst geltendes Recht sind, hinfällig. Darüber hinaus erweist sich das Ultima-Ratio-Argument als reine Schutzbehauptung und als Verstoß gegen das Gebot der Verhältnismäßigkeit.

Ein Verstoß liegt dann auch gegen ethische Normen vor: Medizin- und pflegeethische Grundprinzipien wie Autonomie (Selbstbestimmung), Nicht-Schaden (*nil nocere*) und Fürsorge werden fundamental verletzt. Die Mitwirkung widerspricht dem Berufsethos der Pflege, das zu Respekt, Fürsprache und Schutz der Rechte der Patientinnen und Patienten verpflichtet.

Auch wenn ich, der Autor, einige Jahre als Fortbildner für Psychiatriefachpflegekräfte gearbeitet und Betroffenenperspektiven vertreten habe, besitze ich keine aktive pflegerische Erfahrungen. Deshalb bot sich an, die künstliche Intelligenz zur psychischen Belastung von Pflegekräften bei der Mitarbeit an zwangsweise durchgeführten Elektroschocks zu befragen. Das Ergebnis war überschrieben mit »Die unsichtbare Last: Psychiatriepflege bei Zwangs-EKT«:

»Für Psychiatriepfleger:innen stellt die Mitwirkung bei einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) unter Zwang eine der größten ethischen und emotionalen Herausforderungen dar. Diese Aufgabe hinterlässt oft tiefe Spuren.

Das zentrale Problem ist der fundamentale Konflikt zwischen Fürsorgepflicht und Autonomieverletzung. Pflegende sind darauf ausgerichtet, zu unterstützen und Leiden zu lindern. Die Teilnahme an einem Eingriff gegen den klar geäußerten Willen eines Patienten widerspricht diesem Kernwert zutiefst. Dies löst massive Gewissenskonflikte und moralische Not aus: ›Tue ich Gutes oder füge ich Schaden zu?‹

Hinzu kommt die emotionale Belastung durch die unmittelbare Situation. Den körperlichen Widerstand und die oft extreme Angst des Patienten während der Vorbereitung und Durchführung zu erleben, ist psychisch erschütternd. Das Gefühl, an einer traumatisierenden Erfahrung für den Patienten mitgewirkt zu haben, kann zu Schuldgefühlen, Mitgefühlerschöpfung und im schlimmsten Fall zu sekundärer Traumatisierung führen.

Pflegende müssen auch mit eigenen Ängsten und Unsicherheiten umgehen. Die Frage nach der absoluten medizinischen Notwendigkeit und Ultima Ratio bei Zwangsanwendung beschäftigt sie. Gleichzeitig stehen sie unter dem Druck der Hierarchie und müssen ärztliche Anordnungen ausführen, selbst wenn sie diese innerlich ablehnen. Dies kann zu Ohnmachtsgefühlen und innerer Distanzierung führen.

Die Bewältigung dieser enormen Belastung erfordert professionelle Unterstützung: regelmäßige, qualifizierte Supervision, ethikbasierte Fallbesprechungen im Team und einen offenen Raum, um die komplexen Gefühle zu verarbeiten. Nur so kann verhindert werden, dass die stille Last der Mitwirkung an Zwangsmaßnahmen die Berufszufriedenheit und das Mitgefühl der Pflegenden dauerhaft untergräbt.

Fazit: Die Mitwirkung von Pflegepersonal an der zwangsweisen Verabreichung von EKT verstößt eklatant gegen international verbrieft Menschenrechte (insbesondere der UN-BRK), nationale Strafgesetze und ethische Grundsätze. Sie ist rechtlich nur in extrem engen, gesetzlich klar definierten und richterlich überprüften Notfallausnahmen denkbar. Jede routinemäßige oder nicht streng kontrollierte Anwendung von Zwang bei EKT ist ein unhaltbarer Rechtsbruch, der konsequent geahndet und durch echte Alternativen sowie freiwillige, unterstützte Entscheidungsfindung ersetzt werden muss. Die Würde und Selbstbestimmung der Betroffenen sind unantastbar.« (DeepSeek, 2025)

Mitmachen, wegducken oder die Einhaltung der Menschenrechte einfordern?

Die juristischen und ethischen Probleme, die auf Pflegekräfte zukommen, sind gravierend. Insofern sind ihre Fachgesellschaften aufgerufen, sich dem Thema zu widmen und dazu beizutragen, dass sichergestellt wird, dass schwerwiegende, invasive oder irreversible Eingriffe wie zum Beispiel die »Elektrokrampftherapie« nicht oder nur mit freier und informierter Zustimmung vorgenommen und bei Kindern verboten werden. In Deutschland, Österreich, Südtirol und der Schweiz sind dies

- Der Verbändedialog Psychiatrische Pflege, in dem sich verschiedene deutsche Verbände und Fachgesellschaften zusammengeschlossen haben, der Verband der Fachpflege in der Psychiatrie (VFP), der Berufsverband Pflege in Psychiatrie und Therapie e.V. (BVPPT) und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK),
- die Österreichische Gesellschaft für psychiatrische und psychische Gesundheitspflege (ÖGVP) und der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV),
- das Collegio Provinciale Infermieristico di Trento in Südtirol und
- der Verband Pflegefachpersonen Psychiatrie Schweiz (VPPS), der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft (VFP).

Man darf auf deren Verlautbarungen gespannt sein. Mit gutem Beispiel könnten der VPPS und der VFP vorangehen. Bereits 2024 bekräftigten sie in ihrer von der Angehörigenbewegung Stand by You Schweiz

und dem Verein EX-IN unterstützten *Charta für eine Psychiatrie ohne Zwang*, Widersprüche zwischen Haltung und Handlung auch in der Kollegenschaft und gegenüber Vorgesetzten anzusprechen und auf Geschäftsleitungs- oder Verwaltungsebene die Verpflichtung zur Psychiatrie ohne Zwang als Teil der Unternehmensstrategie zu definieren (VPPS & VFP, 2024). Eine öffentliche Erklärung zur Gefahr zwangsweiser Elektroschocks als neue Standardbehandlung neben Antidepressiva und Neuroleptika könnte andere Fachgesellschaften ermutigen, sich ebenfalls für den Schutz der Menschenrechte psychiatrisch Behandelte stark zu machen.

Editorische Notiz

Die Übersetzungen aus dem Englischen und die in Klammern kursiv gesetzten Erklärungen in Zitaten stammen vom Autor.

Autor

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Diplom-Pädagoge, Autor und Verleger in Berlin. Patientenvertreter im G-BA. Mehr siehe <https://www.peter-lehmann.de>

Quellen

- Adhanom Ghebreyesus, Tedros (24.3.2025): Foreword (S. VI). In: World Health Organization, *Guidance on mental health policy and strategic action plans*. Modul 1, *Introduction, purpose and use of the guidance*. Genf: WHO. Online-Ressource <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380465/9789240106796-eng.pdf?sequence=1>
- APA – American Psychiatric Association (Hg.) (2001): *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for treatment, training and privileging – A Task Force Report*. Washington: American Psychiatric Association Publishing
- Berthold-Losleben, Mark / Grözinger, Michael (2013): Informationen für Patienten und Angehörige (S. 47-57). In: Michael Grözinger, Andreas Conca, Thomas Nickl-Jockschat et al. (Hg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt. Für Zuweiser und Anwender*. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (undatiert). »kognitiv«. Wien: BMSGPK. Online-Ressource <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/K/lexikon-kognitiv.html>
- DeepSeek (31.7.2025): *Ergebnis der die Anweisung »Schreibe einen Artikel in deutscher Sprache mit 200 Worten über die Probleme, die Psychiatriepfleger bei der Mitarbeit an zwangsweise durchgeführten Elektroschocks bewältigen müssen«*
- Dörner, Klaus / Plog, Ursula (1992): *Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie*. 7., überarbeitete Auflage der Neuausgabe von 1984. Bonn: Psychiatrieverlag
- Grözinger, Michael / Conca, Andreas / Di Pauli, 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. Online-Ressource https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d17b6c69d648a29836126affaf504529000677bc/stn-2012-06-07-elektrokonvulsionstherapie.pdf
- Grözinger, Michael / Först, Christiane / Conca, Andreas et al. unter Mitarbeit des DGPPN-Referats »Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie« (undatiert): *Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in 24 Fragen. Ein DGPPN-Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin: DGPPN. Online-Ressource https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/e06f9f009532ab7ec4e098a5cec77a74e5ebcd72/EKT
- Häfner, Heinz / Kasper, Siegfried (1982): Akute lebensbedrohliche Katatonie. In: *Nervenarzt*, 53. Jg., S. 385-394

- Hift, Stefan / Hoff, Hans (1958): Die organische Therapie der Psychosen. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 108. Jg., S. 1043-1048
- Kayser, Sarah / Bewernick, Bettina H. / Conca, Andreas et al. (2013): Sicherheits- und Nebenwirkungsprofil der EKT (S. 81-95). In: Michael Grözinger, Andreas Conca, Thomas Nickl-Jockschat et al. (Hg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt. Für Zuweiser und Anwender*. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag
- Kempker, Kerstin (2000): *Mitgift – Notizen vom Verschwinden*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag (E-Book 2026)
- Lehmann P (2023): Kompaktwissen Elektroschock – Indikationen, Wirkungsweise, Risiken, Alternativen. In: Soziale Psychiatrie, 47. Jg., Nr. 3, S. 27-30. Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-elektroschock-sp.pdf>
- Lehmann, Peter (2023): Aktuelle Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie in Deutschland. In: Rundbrief des Bayerischen Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., Nr. 2, S. 14-27. Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/lehmann-menschenrechtsverletzungen.pdf>
- Somatics LLC (2024): *Thymatron® System IV. User Manual, UM-TS4, Rev. 22*, Venice, FL: Somatics LLC. Online-Ressource https://www.thymatron.com/downloads/System_IV_Instruction_Manual_Rev22.pdf
- VPPS – Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz / VFP – Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (21.2.2024): *Charta für eine Psychiatrie ohne Zwang. Zwölf Thesen mit Umsetzungsbeispielen*. Online-Ressource <https://www.vfp-apsi.ch/web/content/28745?unique=54095c9a9984ae7db0d6c9935273b9d4d8088fbf&download=true>
- WHO – World Health Organization (24.3.2025a): *Guidance on mental health policy and strategic action plans*. Genf: WHO. Online-Ressource <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106796>
- WHO – World Health Organization (24.3.2025b): *Guidance on mental health policy and strategic action plans*. Modul 2: *Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans*. Genf: WHO. Online-Ressource <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380466/9789240106819-eng.pdf?sequence=1>
- WHO – World Health Organization (24.3.2025c): *Guidance on mental health policy and strategic action plans*. Modul 3: *Process for developing, implementing, and evaluating mental health policy and strategic action plans*. Genf: WHO. Online-Ressource <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380467/9789240106833-eng.pdf?sequence=1>
- Zilles-Wegner, David / Gather, Jakob / Hasan, Alkomiet et al. (5.3.2025): Zugang zur Elektrokonvulsionstherapie bei Menschen mit fehlender Einwilligungsfähigkeit und als Behandlung gegen den natürlichen Willen. In: Nervenarzt. Online-Publikation <https://doi.org/10.1007/s00115-025-01816-8>
- Zinkler, Martin (2025): Neue Leitlinien der WHO zur Psychiatriepolitik (Guidance on Mental Health Policy and Strategic Action Plans). Editorial. In: R & P – Recht und Psychiatrie, 43. Jg., S. 140-141. Online-Ressource https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.1486/rp-03-2025_ed