

Peter Lehmann

Die schleichende Wiederkehr des Elektroschocks

Vortrag bei der Jahrestagung des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., Kassel, 13. Oktober 2018

Seit Mitte der 1980er-Jahre führt das Ausbleiben der erwünschten Reaktion auf Antidepressiva und Neuroleptika zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Wiederbelebung des Elektroschocks. Als Anlässe zur Rechtfertigung gelten unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika und Phasenprophylaktika, Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika, insbesondere das »Nichtansprechen« auf Leponex oder gar dessen Ablehnung sowie Kontraindikationen zu Neuroleptika.

Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz riefen 2012 dazu auf, flächendeckend Elektroschock-Apparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich Elektroschocks zu verabreichen. Zeitgleich wurde vom 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. Ab Januar 2018 erhält eine psychiatrische Klinik in Deutschland für jeden Tag eines stationären Aufenthalts 300 €, für den ersten Elektroschock kommen 297 € hinzu und für jeden weiteren 220 €. Sollte eine durchgehende 1:1-Betreuung nötig werden, können noch einmal 1000 € pro Tag in Rechnung gestellt werden.

Die Befürworter begründen Elektroschocks mit nur geringen Nebenwirkungen und überlegener Ansprechrates. Weitere Argumente sind (1) das Ausbleiben von Muskel- und Knochenschäden durch den Einsatz muskelerschlaffender Substanzen, (2) die Verabreichung des Schocks unter Narkose, (3) angeblich tolerierbare zeitlich nur begrenzte Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit (»sofern diese überhaupt auftreten«), (4) fehlende neuere Berichte über elektroschockbedingte Hirnblutungen sowie (5) die angebliche Anregung zur Neubildung von Nervenzellen. Einzelne lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit jedoch unklar. Und viele Patienten würden zwangsweise verabreichte Elektroschocks im Nachhinein befürworten.

Man ist derzeit dabei, die Ausbildungsrichtlinien zu ändern. Psychiater müssen dann nicht mehr Kenntnisse der Verabreichung von Elektroschocks nachweisen, sondern Praxiserfahrungen. Offenbar sollen sie schon frühzeitig lernen, Skrupel zu überwinden, wenn sie ihren Facharztabschluss machen wollen.

Vertreter kritischer Positionen (zum Beispiel Volkmar Aderhold, Margret Osterfeld, Martin Zinkler), insbesondere solcher, die zwangsweise verabreichte Elektroschocks ablehnen, beschuldigt man einer ignoranten Leidenschaftlichkeit, der Behinderung dringend erforderlicher Behandlungen sowie unethischer Positionen.

Wie wirkt der Elektroschock?

Bei Elektroschocks geht es nicht darum, dass man den Betroffenen mit Stromstößen Schocks zufügt, sondern in deren Gehirnen mit elektrischen Stromstößen Krämpfe bewirkt, die sich in

epileptischen Anfällen äußern. Die Methode und ihre Bezeichnung als Elektroschock wurde 1938 von Psychiatern im faschistischen Italien unter Mussolini eingeführt. Hintergrund ist der Glaube, Epilepsie und die sog. Schizophrenie würden sich ausschließen.

Heutzutage benutzen Psychiater harmloser klingende Begriffe wie Elektrokrampftherapie, Elektrokonvulsionstherapie, abgekürzt EKT, oder elektrische Durchflutungstherapie oder Elektrostimulation. Am Wirkprinzip des Elektroschocks hat sich allerdings nichts geändert.

Psychiater schätzen am Elektroschock die hohe Response-rate, das heißt seine Wirkung auf Knopfdruck. Der epileptische Anfall tritt sofort ein, die psychischen Probleme treten erst mal in den Hintergrund.

Der eigentliche Elektroschock beginnt mit der Einleitung einer Narkose. Ist nach ca. 30 bis 60 Sekunden eine hinreichende Narkosetiefe erreicht, verabreicht man ein muskelerschlaffendes Mittel (in der Regel Succinylcholin). Die Elektroden platziert man einseitig oder an beiden Schläfenseiten. Neuere Positionen sind beidseitig vorne an der Stirn und vorne links und an der rechten Schläfenseite.

Dann wird per Schalter das Gehirn »angeregt«, wie man sagt, das heißt, der Hirnkrampf, also der epileptische Anfall ausgelöst. Der Hirnkrampf findet statt, auch wenn die Schleuderbewegungen der Gliedmaßen durch muskelerschlaffende Mittel unterdrückt werden, auch wenn die Patientin bewusstlos ist – vergleichbar einer Vergewaltigung unter K.-o.-Tropfen, die die Betroffene ebenfalls nicht bewusst erlebt und die dennoch stattfindet... und ihre Spuren hinterlässt.

Menschen mit der Diagnose Schizophrenie werden besonders starke und viele Elektroschocks verabreicht. Zunächst einmal sollen 20-30 Schocks verabreicht werden. Man wolle sehen, ob die Patienten auf die Schocks »ansprechen«. Die Wirkung sei deutlicher, wenn Elektroschocks als Serie (sechs bis maximal zwölf Behandlungen in mindestens zweitägigem Abstand) eingesetzt würden, nachzulesen in *Irren ist menschlich* (erschienen 2017 im Psychiatrieverlag).

Wo und wer wird geschockt?

Eine Liste von Kliniken in Deutschland und Österreich mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten findet man im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/schock. Allerdings sind dort nicht all diese Kliniken erfasst.

2008 wurden in Deutschland ca. 30.000 Elektroschocks (36,7 Schocks pro 100.000 Einwohner) verabreicht. Neuere Zahlen gibt es nicht. Im Vergleich zu einigen europäischen Ländern, von denen Zahlen vorliegen, befinden sich die deutschsprachigen Länder im unteren Drittel. In Dänemark beispielsweise ist die Rate 10-mal höher. Entsprechend heftig sind die Anstrengungen der deutschsprachigen Psychiater, den internationalen »Rückstand« aufzuholen.

In Deutschland verabreicht man Elektroschocks bevorzugt Frauen sowie Patienten über 50 Jahren. Weltweit sind es typischerweise ebenfalls mehr weibliche Patienten, die dem Elektroschock unterzogen werden.

Gelegenheiten für Elektroschocks

Elektroschocks werden unter psychiatrischen, neurologischen und internistischen Diagnosen verabreicht. Allen voran schwere Depressionen (auch mit Suizidalität) und depressive Episoden mit psychotischen Merkmalen. Weitere Indikationen sind Schizophrenie, Wochenbettpsychose, Katatonie (sog. Erstarrungsirresein), Manie, Zwangsstörungen und Magersucht. Aber auch Menschen mit Demenz bekommen Elektroschocks verabreicht, ebenfalls Kinder im vorpubertären Alter und Menschen mit geistiger Behinderung, frühkindlicher Hirnschädigung oder Down-Syndrom. So lasse sich ein aggressiv-agitiertes Verhalten verbessern, heißt es.

Zu den internistischen Indikationen zählt das maligne neuroleptische Syndrom, ein lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörung, der eine Reaktion auf die Verabreichung von Neuroleptika und Antidepressiva sein kann. Man findet Informationen hierzu und zu Frühwarnzeichen dieser Medikamentenreaktion in *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika* (siehe Anmerkung).

In der Öffentlichkeit rechtfertigen Psychiater Elektroschocks oft als Ultima ratio, d.h. den alternativlosen letztmöglichen Weg in höchster Gefahr für Leib und Leben. Intern, beispielsweise im psychiatrischen Standardwerk *Elektrokonvulsionstherapie kompakt*, schreiben sie das Gegenteil. Die Darstellung des Elektroschocks als Ultima Ratio sein unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig und deshalb grundsätzlich abzulehnen.

Behandlungsresistenz, also das unzureichende Ansprechen auf eine Behandlung, gilt als häufigste Indikation. Gemäß S3-Leitlinie Unipolare Depression von 2017 könne sie bei Depressionen leicht festgestellt werden. Die Verabreichung von Elektroschocks sei angezeigt, wenn zwei »nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführte Behandlungen mit Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen« zu keiner Besserung geführt hätten.

Die potenziell Depressions-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva und Psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika lässt Psychiatern Elektroschocks als Ausweg erscheinen, wenn ihre Standardmethoden ausgereizt und psychische Probleme chronisch geworden sind. Dann scheinen drastische Maßnahmen vonnöten. Seine Methode der Wahl bei Toleranzbildung gegenüber dem Antidepressiva-Prototyp Tofranil tat Helmut Selbach 1960 kund, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin-West. Sei das »kranke System« zur Therapieresistenz erstarrt, könnten es Elektroschocks »auflockern« und auffallend schnell eine Selbstregulierung im dynamischen Gleichgewicht bewirken. Für Neuroleptika-bedingte Erstarrungszustände nannte er drei Jahre später dieselbe Lösung. Hier könne man mit Psychopharmaka gar nichts erreichen, da könne man nur noch »mit der Elektroschock-Therapie dazwischenfahren« und damit sei die psychiatrische Weisheit am Ende.

2016 wirbt die DGPPN in ihrer Ratgeberbroschüre für Patienten und Angehörige mit dem Titel *Elektrokonvulsionstherapie in 24 Fragen*, absolute Hindernisse gegen eine EKT-Behandlung gebe es nicht. Die Methode sei wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher und im Verhältnis zur Schwere der behandelten Erkrankungen nebenwirkungsarm. In *Elektrokonvulsionstherapie kompakt* kann man nachlesen, dass sehr hohes oder jugendliches Alter, Herzschrittmacher, Schwangerschaft, Knochenschwund, Grüner Star (Gruppe von Augenerkrankungen) oder länger zurückliegende Herz- oder Hirninfarkte gesundheitliche Probleme für Psychiater keine Kontraindikation für Elektroschocks darstellen.

Behandlungsschäden

Die bekanntesten Behandlungsschäden sind Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und Gedächtnisstörungen. Manche Patienten vergessen nach Elektroschocks, dass sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen, wie alt sie sind. Der amerikanische Neurologe Sydney Sament äußerte 1983, er habe viele Patienten nach der Verabreichung von Elektroschocks gesehen und keine Zweifel, dass die Auswirkungen des Elektroschocks mit denen einer Kopfverletzung identisch seien. Nach einer Elektroschockserie leide der Patient unter Symptomen, die denen eines ehemaligen Boxers nach mehreren Kopftreffern gleichen. In allen Fällen sei das sogenannte Ansprechen auf die EKT auf eine Art Gehirnerschütterung oder Gravierenderes zurückzuführen. Der Patient vergesse seine Symptome, weil der Hirnschaden Gedächtnisspuren im Gehirn zerstöre, und müsse durch eine herabgesetzte geistige Leistungsfähigkeit dafür bezahlen.

Über lange anhaltende sowie chronische Gedächtnisschäden berichten Psychiater intern schon seit Jahrzehnten. Gegenüber einer kritischen Öffentlichkeit werden solche Schäden totgeschwiegen, bagatellisiert, mit Anekdoten erfolgreicher Elektroschocks relativiert oder Berichten einzelner dankbarer Elektroschockpatienten weggeredet. Manche Psychiater nennen Häufigkeitsraten von Gedächtnisschäden von über 50 %. Harold Robertson und Robin Pryor, zwei amerikanische Wissenschaftler, durchforschten die medizinische Literatur zu Elektroschocks. 2006 schrieben sie in der *Psychiaterzeitschrift Advances in Psychiatric Treatment*, dauerhafter Gedächtnisverlust sei eine verbreitete, ernste und häufig vorkommende Auswirkung. Für viele Menschen würden diese Auswirkungen jeglichen möglichen kurzfristigen Nutzen auf Dauer zunichte machen.

Weitere Behandlungsschäden sind Unruhezustände und delirante Zustände. Verwirrtheitszustände können über Stunden anhalten, die Patienten schlagen um sich, sie können sich verletzen oder aufstehen und stürzen. Hinzu kommen Kopfschmerzen, Sprachversagen und beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung. Auch anhaltende epileptische Anfälle von mehreren Minuten (Status epilepticus) können auftreten, ebenso spontane Anfälle einhergehend mit Flüssigkeitsansammlung in der Lunge und Atemstillstand. Dass nach Elektroschocks auf Dauer ein bis zwei epileptische Anfälle pro Woche auftreten können, ist Ärzten schon lange bekannt. Bekannt aus medizinischen Veröffentlichungen sind auch 5-fach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche sowie ernsthaftere Suizidversuche nach Elektroschocks im Vergleich zu Antidepressiva.

Lucy Johnstone von der University Bristol in England befragte Betroffene für eine Studie und kam 1999 zum Schluss, dass die Verabreichung von Elektroschocks für einen Teil der Patienten eine tiefgreifende und dauerhaft traumatische Erfahrung bedeutet. In den Interviews sei eine Vielzahl von Themen aufgekomen darunter Gefühle von Angst, Scham und Demütigung, Wert- und Hilflosigkeit sowie das Gefühl, misshandelt und vergewaltigt worden zu sein. Einige hätten darauf hingewiesen, dass Elektroschocks qualitativ anders einzuschätzen seien als Psychopharmaka, nämlich als brutalen Angriff auf die Person an sich.

In ihren internen Publikationen nennen Psychiater als weitere Schäden Komplikationen der Lungenfunktion wie Asthmaanfälle sowie Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, Schwindelzustände, Übelkeit, Einkoten, Einnäsen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut sowie – in einer Rate von 7,1 % – fötale Sterblichkeit beim Schocken von Schwangeren.

Erhaltungs-Elektroschocks

Auch wenn – aus welchem Grund auch immer – die psychischen Probleme abgeklungen sind, bedeutet dies nicht, dass Psychiater von der Verabreichung von Elektroschocks ablassen wollen. Jetzt kommen sog. Erhaltungs-Elektrokrampf-Therapien (EEKT) ins Spiel. Vorsorglich fortgesetzte Elektroschocks in verminderter Frequenz würden den besten Schutz vor Absetzproblemen und Rückfällen bieten. Laut Elektrokonvulsionstherapie kompakt soll nach erfolgreicher Symptomlinderung, wie bei Psychopharmaka, auch die Verabreichung von Elektroschocks nicht abrupt abgesetzt werden. Deshalb empfiehlt man dieses EEKT-Behandlungsschema: 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«). Menschen mit dieser Diagnose solle man mindestens alle drei Wochen einen Elektroschock verabreichen.

Elektroschocks als Jungbrunnen

Intern beschreiben Psychiater und Neurologen Hirnschäden durch Elektroschocks. In der Öffentlichkeit verneint man diese mit Vehemenz. Elektroschock würden das Erinnerungsvermögen nicht verschlechtern, sondern – im Gegenteil – es mittel- und langfristig stärken.

Chronischer Gedächtnisverlust nach Elektroschocks gilt Psychiatern jetzt als möglicherweise psychisch bedingt, Status epilepticus mit einhergehenden Hirnschäden als nicht existent, eine hirnzellenschädigende Blutung als harmlos.

Offenbar kommt der Elektroschock fast einem Jungbrunnen gleich, folgt man der Sichtweise der DGPPN. In ihrem Ratgeber für Patienten und Angehörige steht, es gebe keinerlei Hinweise für Schäden des Hirngewebes durch Elektroschocks. Im Gegenteil würden neue wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass manche psychischen Erkrankungen das Schrumpfen von Hirngewebe verursachen und sich dieser Prozess durch Elektroschocks wieder umkehrt. Diese führten durch eine Ausschüttung von Nervenwachstumshormonen zur Neubildung von Nervenzellen, deren Kontaktstellen und den sie verbindenden Bahnen.

Merkwürdig ist, dass Elektroschockfreunde nicht Schlange stehen, um sich selbst durch Elektroschockserien neue Nervenzellen im Gehirn bilden zu lassen. Laut Peter Göttsche, Facharzt für innere Medizin in Dänemark, handelt es sich bei den genannten Neubildungen im Gehirn lediglich um Narbengewebe.

Dass Hirnschäden unter Elektroschocks und Folgesymptome für Psychiater kein großes Thema sein müssen, meinte schon 1941 der Psychiater Walter Freeman, als er diese Methode in den USA einführte und die Bewertung des sogenannten Therapieerfolgs richtungsweisend vorgab; je größer die Beeinträchtigung, desto wahrscheinlicher die Symptomlinderung psychotischer Symptome, und möglicherweise könne man nachweisen, dass der psychisch kranke Patient mit weniger Gehirn klarer und konstruktiver denke.

Aufklären, Gesetze befolgen?

Mainstream-Psychiater halten eine detaillierte Aufklärung über Risiken und Schäden von Elektroschocks tendenziell für schädlich. Die Aufklärung könnte zu einer nicht zu bewältigenden psychischen Belastung führen und Leben oder Gesundheit ernstlich gefährden und die Patienten in einen für die Gesundheit schädlichen Angstzustand versetzen. Patientenverfügungen habe der Arzt lediglich zu berücksichtigen. Lügen jedoch begründete Zweifel vor, dass die verfügbaren Regelungen noch dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen, wenn sie vor längerer Zeit errichtet wurden und die medizinische Entwicklung Maßnahmen ermögliche, die in der Verfügung nicht vorhergesehen wurden: Dann sei dem Arzt empfohlen, auch bei an sich eindeutigen Patientenverfügungen evtl. verbleibende Zweifel auf einen gemutmaßten entgegengesetzten Patientenwillen zu stützen und sich zur eigenen Absicherung in dubio pro vita zu entscheiden, auf deutsch: im Zweifel für das Leben, also für die gewaltsame Verabreichung von Elektroschocks – so der Medizinrechtler Dirk Olzen und der Psychiater Nickl-Jockschat in *Elektrokonvulsionstherapie kompakt*. Bei Fremdgefährdung bleibe eine psychiatrische Patientenverfügung unbeachtlich. Die behauptete höhere Wirkung des Elektroschocks habe vor den angeblich nur geringfügig größeren Nebenwirkungen Vorrang. Deshalb sollten bei Notfall-Indikationen, die auf Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr hinweisen, Elektroschocks rasch verabreicht werden, zudem immer bilateral, das heißt an beiden Schläfenseiten, und mit einer zunächst hohen Behandlungsfrequenz. Die gerichtliche Einwilligung könne hinterher immer noch eingeholt werden. Bei zwar einwilligungsfähigen, aber psychisch kranken Personen sowie bei Minderjährigen sei eine Einwilligung sowieso nicht nötig.

Alternativen zu Elektroschocks

Selbst Befürworter von Elektroschocks nennen intern Alternativen. Es handele sich mitnichten um die Ultima Ratio, also das letzte Mittel bei Lebensgefahr. Tatsächlich gebe es in der Praxis immer eine Alternative zu Elektroschocks, auch wenn sie vielleicht weniger wirksam sei. Im Fall einer ablehnenden Haltung könnten psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen intensiviert oder modifiziert werden.

Die febrile Katatonie, auch akute lebensbedrohliche Katatonie genannt, war lange Zeit die klassische Ultima-Ratio-Indikation von Elektroschocks. Es handelt sich um ein Symptomenkomp-

lex aus Fieber und Störungen der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechseln. Dass man dieses Syndrom mit Medikamenten behandeln kann, schrieben Psychiater schon 1982. Die Versorgung der akuten lebensbedrohlichen Katatonie sei von ihren Kollegen weitgehend unbemerkt in die Verantwortung der Inneren Medizin, teilweise auch der Neurologie und Anästhesie übergegangen. Mit dem krampflösenden Medikament Dantrolen oder mit Benzodiazepinen wie Lorazepam und eventuell in Kombination mit der Zufuhr von Elektrolyten könne man Menschen mit febriler Katatonie risikoarm aus ihrem lebensbedrohlichen Verspannungszustand heraushelfen.

Was tun?

- **Sich informieren.** Aktuellstes zum Elektroschock findet man im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/schock
- **Sich individuell schützen.** Formulierungsvorschläge für Behandlungs- oder Nichtbehandlungswünsche mit Elektroschocks findet man in der Psychosozialen Patientenverfügung unter www.antipsychiatrieverlag.de/psychpav
- **Als Betroffenenverband an Betreuer und Juristen herantreten.** Beispielsweise zum Betreuungsgerichtstag einen qualifizierten und elektroschockkritischen Redner (oder Rednerin) vorschlagen.
- Die interessierte Öffentlichkeit informieren. Ein Schritt ist

das Symposium Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung? am 15. November 2018 bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie in Magdeburg, geleitet von PD Dr. med. Dr. phil. Jann Schlimme und Peter Lehmann (Infos siehe www.peter-lehmann.de/magdeburg.htm).

- **Zivil- und strafrechtliche Maßnahmen gegen Hersteller von Elektroschockapparaten und Anwender von Elektroschocks einleiten und unterstützen.**

Anmerkungen

Die Quellen zu den indirekten Zitaten und weitere Informationen stehen in dem Buch »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks« von Peter Lehmann, Volkmar Aderhold, Marc Rufer & Josef Zehentbauer (2017)

Ich hatte dieses Jahr einen Artikel mit demselben Inhalt geschrieben für die Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen. Die Zeitschrift erscheint im Psychiatrieverlag. Nach Meinung ihrer Redaktion, der eine Reihe von Elektroschockfreunden angehören, sei er unsachlich, unwissenschaftlich, unseriös, kontraproduktiv, gefährlich und der Sache der Betroffenen abträglich. Er wurde empört zurückgewiesen. Im Psychiatrieverlag erscheinen schon seit Jahrzehnten Bücher, in denen Elektroschocks angepriesen und die Risiken und Schäden bagatellisiert werden.