Kompaktwissen Elektroschock

Indikationen, Wirkungsweise, Risiken, Alternativen

Von Peter Lehmann

International verabreichen psychiatrisch Tätige zunehmend Elektroschocks: in psychiatrischen Kliniken, insbesondere in Universitätskliniken, gelegentlich auch ambulant in psychiatrischen Praxen. Niedergelassene oder im Krankenhaus tätige »Zuweiser« kümmern sich darum, dass Patientinnen und Patienten in Einrichtungen mit einsatzbereiten Elektroschockapparaten überstellt werden. Dabei ist der Elektroschock als psychiatrische Behandlungsmaßnahme hoch umstritten.

Betroffene, Angehörige, medizinisches Fachpersonal, im Justizbereich und Betreuungswesen Tätige sowie Medienschaffende, die sich eine eigene Meinung bilden wollen, sie alle sollten wissen:

- Wie wirken Elektroschocks?
- Wann und wer wird elektrogeschockt?
- Welche Risiken und Schäden gestehen Hersteller ein?
- Wieso wird heute vermehrt elektrogeschockt?
- Wie verabreicht man den Elektroschock heute?
- Ist der Elektroschock alternativlos?
- Wie informiert man Betroffene, Angehörige und medizinisches Personal über Behandlungsrisiken?
- Welche Verantwortung für mögliche Schäden übernimmt der Hersteller?

Wie wirken Elektroschocks?

Der Elektroschock besteht aus der Auslösung eines ausgebreiteten epileptischen Anfalls durch einen Stromstoß, dem der Kopf in der Regel zwischen 0,5 und 8 Sekunden, manchmal auch bis zu 30 Sekunden lang ausgesetzt wird. Die Stromspannung beträgt ca. 450 Volt, die Stromstärke ca. 0,9 Ampere. (Zum Vergleich: Bei der elektrischen Defibrillation des Herzens nach einem Herzstillstand dauert der Stromstoß 4 Millisekunden.) Stellt sich der epileptische Anfall nicht wie gewünscht ein, erfolgt in einem Zeitabstand von 60 Sekunden ein erneuter Stromstoß mit einer bis zu 50-prozentigen Steigerung der Stromdosis.

Der Strom breitet sich auf zwei Wegen aus: zum einen durch das Gehirn, zum anderen entlang dem Gefäßbaum, der mit einem elektrischen Leitungsnetz verglichen werden kann. Die Blutgefäße werden von Krämpfen befallen, die Blut-Hirn-Schranke bricht zusammen, es treten über das gesamte Gehirn verteilte Blutungen auf, Hirnzellen können irreversibel zerstört werden. Das ausgelöste hirnorganische Psychosyndrom geht mit Verwirrtheit, Desorientierung, Verlust der Entscheidungsfähigkeit und von Gedächtnispotenzialen einher, die behandelte Person steht ihren ursprünglichen Problemen gleichgültig gegenüber, die »Therapie« gilt als erfolgreich. Tritt dieser Behandlungseffekt nicht sofort oder auf Dauer ein, verabreicht man Elektroschocks in Serien, auch wiederholt und regelmäßig; der ärztlich verordnete Hirnschaden verfestigt sich. Für viele psychiatrisch Tätige, unter anderem Klaus Dörner in seiner Elektroschock-Anleitung in »Irren ist menschlich«, sind diese hirnorganischen Schäden beabsichtigt. Die Wirkung des Elektroschocks sei oft günstiger, wenn man diesen als Krampfblock (drei bis vier Elektroschocks innerhalb von zwei bis drei Tagen) verabreiche:

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

Andere, beispielsweise der US-Amerikaner Peter Breggin, kritisieren die Schädigung:

> *»Was wir machen, ist Folgendes: Wir fügen Menschen in seelischen Krisen eine innere Kopfverletzung zu – eine innere Kopfverletzung. [...] Wir wissen, dass Elektroschocks eine Hirnschädigung verursachen, dass jeder einzelne Patient, jede einzelne Patientin nach einer Elektroschockserie ein hirnorganisches Psychosyndrom aufweist, mit Verwirrtheit, Desorientierung, Stimmungsschwankungen, Verlust der Entscheidungsfähigkeit.«* (1993, S. 160 f.)

Üblich sind acht bis zwölf Elektroschocks in einem Abstand von meist zwei bis drei Tagen. Möglich sind auch 30 Elektroschocks oder mehr.

1947 verlangte der Psychiater Anton von Braunmühl, im Faschismus Oberarzt der bayerischen T4-Zwischenanstalt Eglfing-Haar, nicht mehr vom »Schock« oder »Krampfschock« zu sprechen, sondern vom »Heilkrampf« (S. 185). Folgerichtig benutzt die Anhängerschaft des Elektroschocks heutzutage wohltuender klingende Begriffe wie »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »Elektrokonvulsionstherapie«, »elektrische Durchflutungstherapie«, »elektrische Stimulation« oder »Schlaftherapie«. Das Wirkprinzip – Auslösung eines ausgebreiteten epileptischen Anfalls – blieb unverändert. Hersteller- und Vertriebsfirmen benutzen nach wie vor auch den eingeführten Begriff »Elektroschock«.

Wann und wer wird elektrogeschockt?

Elektroschocks können bei einer Vielzahl psychiatrischer, neurologischer und internistischer Indikationen angewandt werden (Lehmann 2017a, S. 133–139). Die häufigsten Indikationen sind Depression, Schizophrenie, drogeninduzierte Psychose, Wochenbettpsychose, Manie, Zwangsstörung, (febrile) Katatonie und malignes neuroleptisches Syndrom (lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung). Von zunehmender Bedeutung sind unbefriedigende Wirkungen und Behandlungsresistenzen gegenüber Antidepressiva und Neuroleptika, »Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika«, »Nichtansprechen« auf Clozapin oder dessen Ablehnung sowie Augmentation (Wirkungsverstärkung) von Psychopharmaka. Absolute Kontraindikationen gibt es für die Anhängerschaft des Elektroschocks nicht.

Der Anteil elektrogeschockter Frauen liegt bei 70 Prozent. Auch Menschen über 50 Jahre verabreicht man bevorzugt Elektroschocks.

Welche Risiken und Schäden gestehen Hersteller ein?

Die US-amerikanische Herstellerfirma Somatics, LLC benennt in der Produktbeschreibung ihres Apparates Thymatron® System IV Schäden, die ihre Apparate verursachen können, unter anderem: *»verheerende kognitive Folgen«* (o.J. – 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 o.J.).

Außerdem zählt Somatics eine Reihe weiterer Schäden auf, mit denen nach Elektroschocks gerechnet werden müsse, unter anderem Gedächtnisstörungen und Hirnschäden, Herzrhythmusstörungen und Herzinfarkt, Blutdruckstörungen, Zahntraumata, allgemeine motorische Funktionsstörungen, manische Symptome (z.B. behandlungsbedingte Manie, posttraumatisches Delirium oder Erregung), neurologische Symptome (z.B. Parästhesien [unangenehme, manchmal schmerzhafte Körperempfindungen mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen], Dyskinesien [Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs eines Körperteils], Stürze, spontane Anfälle mit zeitlichem Abstand, anhaltende Anfälle, nichtkonvulsiver Status epilepticus [Abfolge von epileptischen Anfällen, zwischen denen die Betroffenen nicht zum Vorzustand zurückkehren und die ohne eindeutige tonische-klonische, das heißt zwischen Steifheit und krampfartigen Zuckungen wechselnde Entäußerungen einhergehen]), Komplikationen in der Lunge (z.B. 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.

Wieso wird heute vermehrt elektrogeschockt?

Aufgrund der psychiatrischen Massenmorde während des Faschismus standen hierzulande Anästhesistinnen und Anästhesisten psychiatrisch Tätigen skeptisch gegenüber, wenn diese sie zu Elektroschocks hinzuziehen wollten. Insofern wurde im deutschsprachigen Raum im internationalen Vergleich lange Zeit recht zurückhaltend elektrogeschockt. Doch mit wachsendem zeitlichen Abstand zum Faschismus spielen Zivilcourage und Hippokratischer Eid (»Primum nil nocere« – »Zuerst einmal nicht schaden«) eine immer geringere Rolle. Zudem reisen seit vielen Jahren die Interessen US-amerikanischer Herstellerfirmen vertretende psychiatrisch Tätige im deutschen Sprachraum umher, um ihre Kollegenschaft zur Anschaffung und zum Einsatz von Elektroschockapparaten zu animieren.

Einen weiteren wichtigen Grund für die zunehmende Verabreichung von Elektroschocks spielt die Eigenwirkung psychiatrischer Psychopharmaka. Die depressionschronifizierende Wirkung von Antidepressiva, die psychosenchronifizierende Wirkung von Neuroleptika und Behandlungsresistenzen bei Antidepressiva und Neuroleptika, das heißt deren mit der Zeit immer geringer werdende »therapeutische« Wirkung, stellt die meist biologisch orientierten psychiatrisch Tätigen vor ein Dilemma, das sie anders als mit Elektroschocks (oder dem Einsatz von Ketamin oder halluzinogenen Wirkstoffen) nicht mehr lösen zu können glauben (Lehmann 2023).

Anfang der 2010er Jahre rief die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. psychiatrische Einrichtungen in Deutschland, Italien (Südtirol), Österreich und der Schweiz dazu auf, flächendeckend Elektroschockapparate anzuschaffen und diese konsequent, vorbeugend und kontinuierlich einzusetzen (DGPPN 2012). Zeitgleich wurde vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit ein Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen initiiert, mit dem Krankenhäuser mit Elektroschocks und deren krankenhausindividuellen Abrechnung als Zusatzleistung lukrative Mehreinnahmen erwirtschaften können. Seit Januar 2018 erhält eine psychiatrische Klinik in Deutschland für jeden Tag eines stationären Aufenthalts 300 Euro, für den ersten Elektroschock kommen 297 Euro hinzu und für jeden weiteren 220 Euro. Sollte eine durchgehende 1:1-Betreuung nötig werden, können noch einmal 1.000 Euro pro Tag in Rechnung gestellt werden. Da der organisatorische und personelle Aufwand für die Verabreichung von Elektroschocks hoch ist, lohnt sich diese Maßnahme speziell für Einrichtungen, die zentriert – gleichsam am Fließband und in Serien – Elektroschocks verabreichen.

Wie verabreicht man den Elektroschock heute?

Seit ihrer Anwendung in den 1930er Jahren modifiziert man Elektroschockapparate, Pulssequenzen, Stärke und Spannung des verwendeten Stroms ständig. Die beiden Elektroden werden mal »bilateral« (= bitemporal) an beiden Schläfen platziert, mal »links-anterior-rechts-temporal« (= »unilateral«, LART), das heißt links frontal und an der rechten Schläfe; neuerdings auch »bifrontal«, das heißt beidseits an der Stirn. Um Knochenbrüche zu verhindern, die bei Krampfanfällen auftreten können, werden die Behandelten in der Regel vorher anästhesiert; die Entäußerung des Krampfanfalls wird mit Muskelrelaxanzien unterdrückt, der Krampfanfall – das Wirkprinzip des Elektroschocks – findet »nur noch« im Gehirn und in bewusstlosem Zustand statt. So unterbleibt auch die erfahrungsgemäß auftretende »Wehr und Gegenwehr« (von Braunmühl 1942, S. 605). Mittel zur Lähmung des Zentralnervensystems, Betäubungsmittel und Muskelrelaxanzien geben dem Elektroschock indirekt eine noch größere Wirkung, da die Erhöhung der Krampfschwelle wiederum eine höhere Dosis an elektrischem Strom zur Auslösung des Krampfanfalls nötig macht.

Bei unilateral verabreichten Elektroschocks werden die Elektroden an der für die Sprachproduktion nichtdominanten – in der Regel rechten – Hirnseite angesetzt. Die Anhängerschaft des Elektroschocks bezeichnet dieses Verfahren

als »Goldstandard für eine möglichst nebenwirkungsarme und effiziente Behandlung« und den betroffenen Hirnbereich als »stumme Zone«, in der keine Funktionen des Gedächtnisses beheimatet seien. Demzufolge sei mit ernsteren Gedächtnisstörungen nicht zu rechnen. Der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer kritisierte diese Haltung mit den Worten:

> *»Es ist unverantwortlich, von stummer Zone zu sprechen, die geschockt wird bei dieser unilateralen, einseitigen Anwendung. Es sind dort räumliche Wahrnehmungsfunktionen, visuelle Funktionen, emotionale Funktionen. Akustisches, musikalisches Verständnis und die ganzheitliche Wahrnehmung von Zusammenhängen finden dort statt. Es ist ein Gebiet des Gehirns, das sehr wichtig ist für das Menschsein als Ganzes. Und es ist entsetzlich, dass das einfach heruntergespielt wird.«* (1992)

Ist der Elektroschock alternativlos?

In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg galten lange Zeit die fulminant auftretende und lebensbedrohliche febrile (perniziöse, maligne) Katatonie als wichtigste Indikation des Elektroschocks. Unbemerkt von der psychiatrischen Kollegenschaft ist die Behandlungszuständigkeit für diese Erkrankung jedoch längst in die Fachbereiche der Inneren Medizin, der Neurologie und der Anästhesiologie übergegangen, wo man sie meist mit Benzodiazepinen oder anderen krampflösenden Medikamenten wie z.B. Dantrolen risikoarm behandelt (Häfner & Kutscher 1982; Lehmann 1996, S. 92–96).

Was schwere Depressionen betrifft, so gestehen Psychiater ein, dass Elektroschocks auch hier mitnichten eine Ultima ratio darstellen, das heißt das letzte Mittel bei Lebensgefahr. Es bestünden immer Alternativen, z.B. die Intensivierung psychotherapeutischer Maßnahmen (Lehmann 2017, S. 154 f.).

Im Falle einer Verweigerung der Zustimmung zu Elektroschocks droht Betroffenen die zwangsweise Verabreichung, eventuell sogar gegen den Wortlaut von Patientenverfügungen. Als ernstzunehmendes Problem sieht die Anhängerschaft des Elektroschocks nur die Nichtverabreichung von Elektroschocks:

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

Hier zeigt sich die Notwendigkeit, sich per Psychosozialer Patientenverfügung präzise zu äußern, ob man im Fall des Falles Elektroschocks, egal welcher Variante, verabreicht bekommen möchte oder ob man dies für all seine Varianten untersagt (Lehmann 2015). Vorausverfügungen sind insbesondere dann wichtig, sollten sich in Wohnortnähe psychiatrische Kliniken mit einsatzbereiten Elektroschockapparaten (siehe Anmerkung) oder mit psychiatrisch Tätigen befinden, die ihre Patientinnen und Patienten an Einrichtungen mit einsatzbereiten Elektroschockapparaten überstellen.

Wie informiert man Betroffene, Angehörige und medizinisches Personal über Behandlungsrisiken?

Die Anhängerschaft des Elektroschocks erklärt ihn und insbesondere seine jeweils modernste Variante für »sicherer als Aspirin«, er sei »im Regelfall ausgesprochen gut verträglich«. Gedächtnisprobleme kämen, wenn überhaupt, nur vorübergehend vor oder seien Teil der behandelten psychischen Krankheit und sowieso nicht objektiv messbar. Sie erwähnt nicht die bleibenden Hirn- und Gedächtnisschäden, auch wenn diese weltweit beklagt werden: sowohl von Betroffenen (u.a. Frank 1996; Kempker 2000; Andre 2009; Lehmann & Schlimme 2018) als auch von sozial- und medizinwissenschaftlichen Fachleuten (u.a. Friedberg 1977; Breggin 1980; Rufer 1992a, 2007; Lehmann 2017a, 2020; Newnes 2018; Robertson & Pryor 2018; Zinkler et al. 2018). Sie erwähnt auch nicht die intern speziell in US-amerikanischen Bedienungsanleitungen der Herstellerfirma Somatics eingestandenen traumatisierenden Langzeitwirkungen und in Suizidalität endenden Verzweiflungszustände nach Elektroschocks. Auch nicht die hohe

Zahl von Früh- und Totgeburten elektrogeschockter Schwangerer. Auch nicht die feingeweblichen, massive Hirnzellverluste aufweisenden Befunde an Gehirnen zu Versuchszwecken elektrogeschockter Katzen. Und schon gar nicht die Tatsache, dass man – im Gegensatz zur Psychiatrie – in der Neurologie in der Regel alles unternimmt, um epileptischen Anfällen vorzubeugen.

In einem Zeitungsinterview brachte Annette Brühl, stellvertretende Chefärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, einer den Apparat Thymatron® System IV der Herstellerfirma Somatics einsetzenden Elektroschockhochburg in der Schweiz, die Argumentationsweise der Anhängerschaft des Elektroschocks auf den Punkt. Eine ›sehr geringe Strommenge‹ löse einen generalisierten, das heißt ausgebreiteten epileptischen Anfall aus, wodurch das Gehirn ›in Schwung gebracht‹ werde: »Wir kitzeln das Hirn« (zitiert nach: Badische Zeitung 2021), erklärte sie der Leserschaft. Dadurch würden vermehrt Neurotransmitter ausgeschüttet, Wachstumsprozesse im Gehirn angestoßen, mit Depressionen verbundene (behauptete) Hirnschrumpfungen und eine gewisse ›Starrheit‹ im Gehirn rückgängig und dieses flexibler für neue Prozesse gemacht. Nach einer Serie von zwölf Elektroschocks gingen mögliche, zwei bis drei Wochen anhaltende Gedächtnisprobleme innerhalb von zwei bis sechs Wochen wieder komplett weg.

In der »Patientenaufklärung« der Thieme Compliance GmbH teilt der Elektroschockfreund Here Folkerts mit, bei psychischen Erkrankungen verändere sich das Nervengewebe in bestimmten Teilen des Gehirns. Bei den elektroschockbedingten Hirnveränderungen würde es sich vermutlich um eine Regeneration des Gehirns handeln – der Elektroschock wirke gleichsam als Jungbrunnen, und bei einer Ablehnung von Elektroschocks würden sich die ursprünglichen Probleme verschlimmern. Elektroschocks würden Hormone und Botenstoffe günstig beeinflussen und Kontaktstellen der Nervenzellen vermehren (Folkerts 2018). Im Patientenblatt der unter anderem von der Bundesärztekammer herausgegebenen »Nationalen Versorgungsleitlinie

Elektroschockapparat Thymatron System II, Hersteller Somatics

Foto: Stefan Bellini, CCO

Depression« heißt es, die »EKT ist insgesamt ein sicheres Verfahren«, kleine Stromimpulse würden das Gehirn anregen, nur ca. 25 Prozent der Betroffenen hätten danach Gedächtnisstörungen, wobei »[...] Daten zeigen, dass die Probleme nach etwa 2 Wochen wieder weg sind« (BÄK & KBV 2022).

Einer der weltweit größten Befürworter des modernen Elektroschocks ist Harold Sackeim, ehemaliger Leiter der Abteilung für biologische Psychiatrie am New York State Psychiatric Institute. Er sieht im Elektroschock einen universellen Jungbrunnen:

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

Sackeims Kenntnisse kommen nicht von ungefähr. Er erhielt Honorare von den Firmen LivaNova (Vagusnervenstimulation), MECTA Corporation (Elektrokrampftherapie) und Neuronetics (transkranielle Magnetstimulation) für seine Beratertätigkeit. In der Vergangenheit beriet er auch die einschlägigen Unternehmen Brainsway, Cyberonics, Cervel Neurotech/NeoStim, Magstim, NeoSync und NeuroPace sowie die Pharmaunternehmen Cambridge Neuroscience, Eli Lilly & Co., Forest Laboratories, Hoffmann-La Roche, Interneuron Pharmaceuticals, Novartis International, Pfizer, Warner-Lambert und Wyeth-Ayerst oder erhielt Forschungsunterstützung von ihnen.

Allerdings warnt man diejenigen, die Elektroschocks verabreichen, sich durch Berühren der geschockten Person ebenfalls einem Stromschlag auszusetzen. FBI Medizintechnik – Fred Berninger Importe OHG aus Taufkirchen, Generalvertretung von Somatics, LLC für Deutschland, Italien, Österreich, Schweiz, Benelux und Osteuropa – warnt entsprechend in ihrer Bedienungsanleitung des marktführenden Elektroschockapparats Thymatron® System IV: »Während der Defibrillation dürfen der Patient, das Gerät und das Bett nicht berührt werden.« (2005, S. 6)

Welche Verantwortung für mögliche Schäden übernimmt der Hersteller?

Somatics stellt in ihrer Produktbeschreibung klar, welche Verantwortung sie für den Einsatz ihres Thymatron® System IV übernimmt:

»Somatics, LLC lehnt jede Verantwortung für medizinische Komplikationen ab, die direkt oder indirekt aus der Verwendung dieses Produkts resultieren.« (o.J.) ■

Dr. phil. h.c. Peter Lehmann,
Dipl.-Pädagoge, Autor, Verleger und Fortbildner in Berlin. Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP. Mehr unter: www.peter-lehmann.de und www.antipsychiatrieverlag.de/lehmann-newnes.htm

Anmerkung
Die Quellenhinweise, weitere Informationen über den Autor und Verzeichnisse psychiatrischer Einrichtungen mit einsatzbereiten Elektroschockapparaten in Deutschland, Österreich, Italien (Südtirol) und der Schweiz stehen im Internet unter www.peter-lehmann.de/docu/sp-q