

KOMPAKTWISSEN ELEKTROSCHOCK

Indikationen, Wirkungsweise, Risiken, Alternativen

International verabreichen Psychiaterinnen und Psychiater 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, Journalistinnen und Journalisten, Juristinnen und Juristen, die sich eine eigene Meinung bilden wollen, sie alle sollten wissen:

- Wie wirken Elektroschocks?
- Wann und wer wird elektrogeneschockt?
- Welche Risiken und Schäden gestehen Hersteller ein?
- Wie kam der Elektroschock in die Welt?
- 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?

Der Autor gibt knappe Antworten auf kurze Fragen.

Wie wirken Elektroschocks?

Der Elektroschock besteht aus der Auslösung eines 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 ausgebreitete epileptische Anfall nicht wie gewünscht ein, erfolgt in einem Zeitabstand von 60 Sekunden ein erneuter Stromstoß mit einer bis zu 50%igen 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 gleichgültiger gegenüber, die »Therapie« gilt als erfolgreich. Tritt dieser Behandlungseffekt nicht sofort und dauerhaft ein, verabreicht man Elektroschocks in Serien, auch wiederholt oder regelmäßig; der ärztlich verordnete Hirn-

schaden verfestigt sich. Für viele Psychiaterinnen und Psychiater, unter anderem Klaus Dörner, sind diese hirnrorganischen Schäden beabsichtigt.

»Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnrorganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie.« (Dörner & Plog, 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. (...) Bereits die Frage ›Verursachen Elektroschocks Hirnschädigungen?‹ ist eine unlautere Frage, denn wir wissen, dass Elektroschocks eine Hirnschädigung verursachen, dass jeder einzelne Patient, jede einzelne Patientin nach einer Elektroschockserie ein hirnrorganisches Psychosyndrom aufweist, mit Verwirrtheit, Desorientierung, Stimmungsschwankungen, Verlust der Entscheidungsfähigkeit.« (Breggin, 1993, S. 160f.)

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 »Heilkampf« (von Braunmühl, 1947, S. 185). Folgerichtig benutzen Anhängerinnen und Anhänger des Elektroschocks heutzutage wohlthuender klingende Begriffe wie »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »Elektrokonvulsions-

therapie«, »elektrische Durchflutungstherapie«, »elektrische Stimulation« oder »Schlaftherapie«. Das Wirkprinzip – Auslösung eines ausgebreiteten epileptischen Anfalls – blieb unverändert. Herstellerfirmen und Handelsunternehmen benutzen nach wie vor auch den eingeführten Begriff »Elektroschock«.

Wann und wer wird elektroge-schockt?

Elektroschocks können bei einer Vielzahl psychiatrischer, neurologischer und internistischer Indikationen angewandt werden (Lehmann, 2017, S. 133-139). Die häufigsten Indikationen sind Depression, Schizophrenie, drogeninduzierte Psychose, Wochenbettpsychose, Katatonie (»Spannungsirresein«, einhergehend mit Störung der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechselt), Manie, Zwangsstörung, perniziöse Katatonie (auch »akute tödliche Katatonie«, »febrile Katatonie« oder »maligne Katatonie« genannt – mit Fieber, Verstummen und Bewegungsarmut bis hin zur Erstarrung einhergehendes lebensbedrohliches Krankheitsbild) und malignes neuroleptisches Syndrom (lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörung).

Von zunehmender Bedeutung für Psychiaterinnen und Psychiater sind unbefriedigende Wirkungen und Behandlungsresistenzen gegenüber Antidepressiva und Neuroleptika, »Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika«, »Nichtansprechen« auf Clozapin (Neuroleptikum [»Antipsychotikum«], im Handel auch als Clopin®, Lanolept® und Leponex®) oder dessen Ablehnung sowie Augmentation (Wirkungsverstärkung) von Psychopharmaka.

Absolute Kontraindikationen gibt es für Anhängerinnen und Anhänger des Elektroschocks nicht.

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

Welche Risiken und Schäden gestehen Hersteller ein?

Die Firma Somatics, LLC benennt in der Produktbeschreibung ihres Apparates Thymatron® System IV Schäden, die ihre Apparate verursachen können, unter anderem: »verheerende kognitive Folgen« (Somatics, undatiert – 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)

Außerdem zählt Somatics eine ganze Reihe weiterer bekannt gewordener 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 schmerzhaft Körperempfindungen mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen], Dyskinesien [Störungen des physiologischen Bewegungsab-

laufs 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 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.

Wie kam der Elektroschock in die Welt?

Die frühesten Elektroschocks sind aus dem Ägypten des 16. Jahrhunderts bekannt; mit Zitterraalen, deren Körper mit Muskeln versehen sind, die hohe elektrische Spannungen freisetzen können, wollte man Teufel austreiben. Im industriellen Zeitalter wurden Zitterraale durch Apparate ersetzt – erstmals 1917, als deutsche Psychiater sogenannte Kriegszitterer mit elektrischen Stromschlägen zur Raison bringen und wieder kriegstauglich machen wollten. Nach einer Reihe von Todesfällen stoppte das Berliner Kriegsministerium diese Behandlungsmethode noch im selben Jahr. Sie lebte aber 1936 wieder auf, als im faschistischen Italien der Psychiater und Mussolini-Anhänger Ugo Cerletti die

»heilsame Wirkung« von Elektroschocks erkannte: in Hunderversuchen und nach Beobachtungen in einem römischen Schlachthaus, wo man Schweine mittels Stromschlägen außer Gefecht setzte, um sie ruhiger schlachten zu können. Ab 1938 wandte man diese Behandlungsmethode in der Psychiatrie an. Man begründete dies mit dem Glauben, Menschen mit Epilepsie würden weniger oft »schizophren«. Mit seinen Vorerfahrungen der Verabreichung von Stromschlägen an Kriegszitterer im 1. Weltkrieg nahm der deutsche Psychiater Lothar Kalinowsky, der 1936 in Rom den Aktionen Cerlettis beigewohnt hatte, bei seiner Emigration in die USA sein Know-how mit, wo es auf fruchtbaren Boden fiel. Dort war man mit dem Gebrauch von Stromapparaten (»elektrischer Stuhl«) bestens vertraut (Hedrich, 2014).

Zur aktuellen Wiederkehr faschistischen Gedankenguts (Antisemitismus, Homophobie, Rassismus, Fremdenhass etc.) passt der Hype um den während der Zeit des Faschismus aufgekommenen Elektroschock. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zu den psychiatrischen Massenmorden während des deutschen Faschismus und der fortschreitenden Verrohung der Gesellschaft lösen sich bei psychiatrisch Tätigen und insbesondere schulp psychiatrisch orientierten Ärztinnen und Ärzten Zivilcourage und Festhalten am Hippokratischen Eid (»Primum nil nocere« – »Zuerst einmal nicht schaden«) immer mehr in nichts auf. Zudem stellt die Depressions-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva, die Psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika und Behandlungsresistenzen bei Antidepressiva und Neuroleptika, das heißt, deren mit der Zeit immer geringer werdende »thera-

peutische« Wirkung, psychiatrisch Tätige vor ein Dilemma, das sie anders als mit Elektroschocks nicht mehr lösen zu können glauben.

2012 rief die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) psychiatrische Einrichtungen in Deutschland, Italien, Österreich und der Schweiz dazu auf, flächendeckend Elektroschockapparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich elektrozuschocken (DGPPN, 2012). Zeitgleich wurde vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit ein Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen initiiert, mit dem Krankenhäuser mit Elektroschocks und deren krankenhausespezifischen Abrechnung als Zusatzleistung lukrative Mehreinnahmen erwirtschaften können. Seit 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. 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.

Im Falle einer Verweigerung der Zustimmung zu Elektroschocks droht Betroffenen die zwangsweise Verabreichung, eventuell sogar gegen den Wortlaut von Patientenverfügungen. Als ernstzunehmendes Problem sehen die Anhängerinnen und Anhänger 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). Voraussetzungen sind insbesondere dann wichtig, sollten sich in Ihrer Wohnortnähe psychiatrische Kliniken mit einsatzbereiten Elektroschockapparaten (siehe unten) oder mit Psychiaterinnen und Psychiatern befinden, die ihre Patientinnen und Patienten an Einrichtungen mit einsatzbereiten Elektroschockapparaten überstellen.

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 vorher in der Regel anästhesiert; die Entäußerung des Krampfanfalls wird mit Muskelrelaxanzien unterdrückt, der Krampfanfall – das Wirkprinzip des Elektro-

schocks – 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. Anhänger des Elektroschocks bezeichnen 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 hinuntergespielt wird.« (Rufer, 1992)

Ist der Elektroschock alternativlos?

In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg galten lange Zeit die fulminant auftretende und lebensbedrohliche maligne (perniziöse, febrile) Katatonie (Krankheitsbild mit motorisch-muskulärer bzw. mentaler Anspannung) als wichtigste Indikation des Elektroschocks. Aufgrund der bekannt gewordenen Verbrechen deutscher Psychiater in der Zeit während des Faschismus standen hierzu-lande Anästhesistinnen und Anästhesisten Psychiaterinnen und Psychiatern skeptisch gegenüber, wenn diese sie zu Elektroschocks hinzuziehen wollten. Insofern wurde im deutschsprachigen Raum im internationalen Vergleich lange Zeit recht zurückhaltend elektroschockt. Zudem kamen Patientinnen und Patienten mit maligner Katatonie in die internistische Medizin, wo man sie meist mit Benzodiazepinen oder anderen krampflösenden Medikamenten risikoarm behandelte. Intern gestehen Psychiater ein, dass Elektroschocks auch bei schweren Depressionen mitnichten eine Ultima ratio darstellen, das heißt das letzte Mittel bei Lebensgefahr. Es bestünden immer Alternativen, zum Beispiel die Intensivierung psychotherapeutischer Maßnahmen (Lehmann, 2017, S. 154f.).

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

Anhängerinnen und Anhänger des Elektroschocks erklären den Elektroschock – und insbesondere seine jeweils modernste Variante – für »sicherer als Aspirin«, er sei »im Regelfall ausgesprochen gut verträglich«. Gedächtnisproble-

me kämen, wenn überhaupt, nur vorübergehend vor oder seien Teil der behandelten psychischen »Krankheit« und sowieso nicht objektiv messbar. So argumentieren auch sich kritisch gebende Reformpsychiaterinnen und -psychiater. Anhängerinnen und Anhänger des Elektroschocks erwähnen nicht die bleibenden Hirn- und Gedächtnisschäden, die weltweit von Betroffenen (u.a. Frank, 1996; Kempker, 2000; Andre, 2009; Lehmann & Schlimme, 2018) und von Sozial- und Medizinwissenschaftlerinnen und -schafflern (u.a. Friedberg, 1977; Breggin, 1980; Rufer, 1992a, 2007; Lehmann, 2017, 2020; Newnes, 2018; Robertson & Pryor, 2018; Zinkler et al., 2018) beklagt werden. Sie erwähnen 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 elektroschockter Schwangerer. Auch nicht die feingeweblichen, massive Hirnzellverluste aufweisenden Befunde an Gehirnen zu Versuchszwecken elektroschockter 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 Chefarztin 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 großen 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 sehr viele 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 den Behandlungskandidatinnen und -kandidaten mit, bei (sogenannten) 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. Im Patientenblatt der unter anderem von der Bundesärztekammer herausgegebenen »Nationalen Versorgungsleitlinie Depression« heißt es, die »EKT ist insgesamt ein sicheres Verfahren«, kleine Stromimpulse würden das Gehirn anregen, nur ca. 25% der Betroffenen hätten danach Gedächtnisstörungen, wobei »... Daten zeigen, dass die Probleme nach etwa 2 Wochen wieder weg sind.« (BÄK & KBV, 2022) Manche psychiatrische Kliniken schrei-

ben von günstiger Beeinflussung von Hormonen und Botenstoffen durch Elektroschocks, Kontaktstellen der Nervenzellen würden dadurch vermehrt (Folkerts, 2018).

Einer der weltweit größten Befürworter des modernen Elektroschocks ist Harold Sackeim, ehemaliger Leiter der Abteilung für biologische Psychiatrie am New York State Psychiatric Institute. In seinem Artikel »Modern electroconvulsive therapy: Vastly improved yet greatly underused« (»Moderne Elektrokonvulsionstherapie: erheblich verbessert, aber viel zu wenig eingesetzt«) sieht er 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.« (Sackeim, 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, Cerevel 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.

Gewarnt werden allerdings die Anwenderinnen und Anwender von Elektroschocks, sich durch Berühren der ge-

schockten 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.« (FBI Medizintechnik, 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.« (Somatics, undatiert)

Anmerkungen

Übersetzung der englischsprachigen Zitate: Peter Lehmann. Soweit nicht anders angegeben, erfolgten die Internetzugriffe am 12. August 2022. Der vom Autor für den Rundbrief des BayPe e.V. leicht überarbeitete Artikel erschien original in: Schattenblick, Ausgabe 177 (Sonderausgabe 20) vom 1. Oktober 2022, S. 40-47.

Erklärung des Autors zu möglichen Interessenkonflikten

Peter Lehmann hat keinerlei Verbindung zur pharmazeutischen Industrie und zu Herstellerfirmen von Elektroschockapparaten sowie zu Organisationen, die von ihnen gesponsert werden, ebenso wenig zu Scientology oder anderen Sekten jeglicher Couleur.

Über den Autor

Dr. phil. h.c. Peter Lehmann, Dipl.-Pädagoge, arbeitet als Autor, Verleger und Fortbildner in Berlin. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde in Anerkennung des »außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener« durch die Aristoteles-Universität Thessaloniki. 2011 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes durch den deutschen Bundespräsidenten. Mehr unter www.peter-lehmann.de.

Psychiatrische Einrichtungen mit einsatzbereiten Elektroschockapparaten

- Deutschland siehe <http://bit.do/eschock-d>
- Österreich und Südtirol (Italien) siehe <http://bit.do/eschock-a>
- Schweiz siehe <http://bit.do/eschock-ch>

Quellen

- Andre, Linda (2009): »Doctors of deception – What they don't want you to know about shock treatment«, Piscataway, NJ: Rutgers University Press
- Badische Zeitung (20.1.2021): »BZ-Interview: Annette Brühl therapiert in Basel Depressionen mit elektrischen Impulsen – »Wir kitzeln das Hirn««, in: Badische Zeitung, S. 21
- BÄK – Bundesärztekammer / KBV – Kassenärztlicher Bundesvereinigung (Hg.) (Sept. 2022): »Depression – Was passiert bei einer Elektrokonvulsions-Therapie?«, Online-Ressource <http://bit.do/pat-info-ekt>, Anhang zu: Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung / Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften u.a. (Hg.): »Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung – Version 3.0«, Online-Ressource <http://bit.do/leit-dep> (Downloads jeweils am 5.10.2022)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (undatiert): »kognitiv«, Wien: BMSGPK; Online-Ressource www.gesundheit.gv.at/lexikon/K/lexikon-kognitiv.html
- Breggin, Peter R. (1980): »Elektroschock ist keine Therapie«, München / Wien / Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Breggin, Peter R. (1993): »Auf dem Weg zum Verbot des Elektroschocks« (S. 156-172), in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Antipsychiatrieverlag; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/breggin.htm
- DGPPN – Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (8.6.2012): »Elektrokonvulsionstherapie – Rechtzeitiger und adäquater Einsatz empfohlen«, Online-Ressource <http://bit.do/e-schocken>
- Dörner, Klaus / Plog, Ursula (1984): »Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie«, völlig neubearbeitete Ausgabe, Rehbun-Loecum: Psychiatrieverlag
- FBI Medizintechnik – Fred Berninger Importe OHG (2005): »Thymatron – IV. Beschreibung und Bedienungsanleitung«, Broschüre, Taufkirchen: FBI Medizintechnik
- Folkerts, Here W. (2018): »Elektrokrampftherapie (EKT)«, Aufklärungsbogen Psy 11 Diomed, Erlangen: Thieme Compliance GmbH
- Frank, Leonard Roy (1996): »Elektroschock« (S. 287-319), in: Peter Lehmann: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, Berlin: Antipsychiatrieverlag (eBook 2022)
- Friedberg, John M. (1977): »Shock treatment, brain damage, and memory loss: A neurological perspective«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 134, S. 1010-1014; im Internet unter <http://bit.do/j-friedberg>
- Hedrich, Markus (2014): »Medizinische Gewalt – Elektrotherapie, elektrischer Stuhl und psychiatrische »Elektroschocktherapie« in den USA, 1890-1950«, Bielefeld: transcript Verlag
- Kempker, Kerstin (2000): »Mitgift – Notizen vom Verschwinden«, Berlin: Antipsychiatrieverlag (eBook 2022)
- Lehmann, Peter (18.12.2015): »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Online-Ressource www.antipsychiatrieverlag.de/psychpav.htm
- Lehmann, Peter (2017a): »Wiederkehr des Elektroschocks« (S. 125-151), in: 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 (UK): Peter Lehmann Publishing (eBook 2022)
- Lehmann, Peter (2017b): »Alternativen zu Elektroschocks« (S. 154-155), in: 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 (UK):

- Peter Lehmann Publishing (eBook 2022)
- Lehmann, Peter (2020): »Zur Wiederkehr des Elektroschocks – Therapie oder Schädigung?«, Saarbürg: Selbsthilfe SeelenWorte-RLP; im Internet unter www.peter-lehmann.de/eschock.pdf
- Lehmann, Peter / Schlimme, Jann E. (15.11.2018): »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?«, Symposium mit den Diskutantinnen & Diskutanten Prof. Dr. med. Asmus Finzen (»Die Renaissance des Elektroschocks«), Dr. med. Eva Heim (»Neurologische Schäden und Wesensveränderungen durch Elektroschocks«), Dr. jur. Marina Langfeldt (»Notwendige zivil- und strafrechtliche Regelungen rund um den Elektroschock«), Dr. phil. h.c. Dipl.-Päd. Peter Lehmann (»Für ein Verbot des Elektroschocks?«), Michael Proctor & Astrid Krause (»Eine Angehörige und ein Betroffener berichten«), Priv.-Doz. Dr. med., Dr. phil., M.A. Jann E. Schlimme (»Argumente gegen EKT nach klinischer Studienlage«), Vorveranstaltung zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Magdeburg; gefilmte Vorträge; Download über <http://bit.do/psych-exit>
- Newnes, Craig (2018): »A critical A-Z of electroshock«, Steyning (UK): The Real Press
- Olzen, Dirk / Nickl-Jockschat, Thomas (2013): »Rechtliche Aspekte der EKT in Deutschland, Österreich und der Schweiz« (S. 201-228), in: Michael Grözinger / Andreas Conca / Thomas Nickl-Jockschat / Jan Di Pauli (Hg.): »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag
- Robertson, Harold / Pryor, Robin (2.1.2018): »Memory and cognitive effects of ECT: Informing and assessing patients«, in: *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 12, S. 228-238; Online-Publikation <http://bit.do/robertson-pryor>
- Rufer, Marc (1992a): »Biologische Psychiatrie und Elektroschock – Für ein Verbot des Elektroschocks«, in: *Widerspruch* (Zürich), 12. Jg., Heft 23, S. 113-124; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/rufer_eschock.htm
- Rufer, Marc (3.8.1992b): Interviewaussage, in: Jürgen Bevers / Pietro Nuvoloni: »Elektroschocks«, Redaktion »Monitor«, Sendung im ARD – Erstes Deutsches Fernsehen
- Rufer, Marc (2007): »Wie steht es um den Elektroschock?« (S. 413-415), in: Marc Rufer: »Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht« (S. 400-418), in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene, OR / Shrewsbury (UK): Antipsychiatrieverlag (eBook 2022)
- Sackeim, Harold A. (2017): »Modern electroconvulsive therapy: Vastly improved yet greatly underused«, in: *JAMA Psychiatry*, Band 74, S. 779-780; im Internet unter <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2633172>
- Somatics, LLC – the Makers of the Thymatron® (undatiert): »Thymatron® System IV – Cautions and Warnings«, Venice, FL: Somatics, LLC; Online-Ressource www.thymatron.com/catalog-cautions.asp
- Von Braunmühl, Anton (1942): »Über mobile Elektrodentechnik bei der Elektrokrampftherapie«, in: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Band 114, S. 605-610
- Von Braunmühl, Anton (1947): »Insulinshock und Heilkrampf in der Psychiatrie. Ein Leitfaden für die Praxis«, 2., verbesserte und vermehrte Auflage, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Zinkler, Martin / Beine, Karl-Heinz / von Cranach, Michael / Osterfeld, Margret / Kaiser, Martin / Weinmann, Stefan / Aderhold, Volkmar (2018): »Zwangsbildung mit Elektrokrampftherapie – wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie«, in: *Nervenarzt*, 89. Jg., S. 837-838; im Internet unter <http://bit.do/zinkler-eschock>

© Peter Lehmann 2022. Alle Rechte vorbehalten.

BayPE e.V. Rundbrief IV / 2022

Von und für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung



BayPE e.V.