

Peter Lehmann

Zwangswise Elektroschocks als besondere Wohltat für alle?

Im März 2025 publizierte *Der Nervenarzt* ein von Anhängern der Elektroschocks (»Elektrokrampftherapie«) verfasstes und vom Vorstand der DGPPN mitgetragenes sogenanntes Konsensuspapier. Wie in seinen anderen Verlautbarungen pro Zwangsbehandlung pocht dieser Interessenverband von Psychiatern nun auch auf das allgemeine Recht auf zwangswise Verabreichung von Elektroschocks gegen den natürlichen Willen von Betroffenen. Psychiatrisch Tätige mit ethischen Bedenken benötigen praxisrelevante Entscheidungshilfen für den Fall, dass sie an Elektroschocks mitwirken sollen, die man mit gerichtlich angeordneten formellem oder mit informellem Zwang, das heißt nach Einholung einer Zustimmung ohne korrekte Aufklärung oder nach Falschinformation, verabreichen will.

Kampagne der Elektroschockanhänger

Derzeit propagieren Elektroschockanhänger verstärkt die von ihnen favorisierte Methode als ethisch, evidenzbasiert wirksam und von Betroffenen hochgeschätzt. Die DGPPN will, dass Elektroschocks unter denselben normativen Bedingungen wie Neuroleptika und Antidepressiva zwangswise verabreicht werden dürfen. Selbst sogenannte Erhaltungs-EKT, das heißt regelmäßig Elektroschocks alle paar Wochen, sollen Betroffenen aufgezwungen werden (Zilles-Wegner et al. 2025). Auch Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und mit Down-Syndrom sowie als autistisch diagnostizierte Patienten sollten entsprechend der »wissenschaftlichen Datenlage und auch dem Recht auf eine gleichwertige Behandlung gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention Artikel 25« (Guhra et al. 2025, S. 166) bei entsprechender Gelegenheit zur Besserung ihrer Lebensqualität häufiger und früher elektrogeschockt werden, so der Psychiater Michael Guhra vom Evangelischen Klinikum Bethel (Bielefeld) und Kollegen. Dazu sollten die Zugangsbedingungen zur Verabreichung von Elektroschocks an diesen Personenkreis erleichtert und auf ihn zugeschnittene spezialisierte Zentren geschaffen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) sprach sich im September 2025 in einem anonym verfassten sogenannten Factsheet gegen eine Durchführung von »EKT« mit formellem Zwang aus. Allerdings benutzte sie ihre Stellungnahme, um gleichzeitig diese in aller Regel nach mangelhafter oder falscher Information, d.h. ohne rechtswirksame Einwilligung, im Schulterschluss mit der DGPPN und unter Verweis auf einen – von Zuwendungsempfängern von Psychopharmaka- und Elektroschockapparate-Herstellerfirmen verfassten – Artikel als therapeutisch hochwirksam anzupreisen. Bei depressiven Menschen bestehe ein klarer Wirksamkeitsnachweis der bilateralen (gleichzeitig an beiden Schläfenseiten vollzogenen) Verabreichung von »EKT« in hohen Stromdosierungen (DGSP 2025). Diese Meinung überrascht wenig: Seit Jahrzehnten preisen der DGSP gehörende Psychiater im – ihrer Organisation nahestehenden – Psychiatrieverlag Elektroschockserien unter Bagatellisierung deren Risiken und Schäden an (Lehmann 2019).

Hintergrund der Initiative für zwangsweise sowie Hochdosis-Elektroschocks sind a) zunehmend bekannt werdende psychopharmakologisch bedingte Veränderungen im Neurotransmitter-system, b) finanzielle Anreize für psychiatrische Kliniken, mit der immensen Vergütung von Elektroschocks auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung Geld zu erwirtschaften, und c) noch bestehende juristische Schranken, die Psychiater überwinden wollen, um ihren Anspruch auf die Verabreichung zwangsweiser Elektroschocks durchzusetzen, und d) Gleichgültigkeit und Verantwortungslosigkeit gegenüber den Geschädigten, passend zu den zunehmenden autoritären gesellschaftlichen Strukturen.

Schon seit Einführung von Neuroleptika und Antidepressiva in das Behandlungsarsenal ist bekannt, dass es mit zunehmender Verabreichungszeit zum Nachlassen ihrer Wirkung, zur Toleranzbildung und schließlich zur Behandlungsresistenz und zur Refraktärheit, das heißt, Unempfindlichkeit gegenüber therapeutischen Maßnahmen, kommen kann (Fava 2023; Lehmann 2024). Vor über 60 Jahren hatte Helmut Selbach als Leiter der Westberliner Psychiatrischen Universitätsklinik wissen lassen, wie im Falle antidepressivabedingter Behandlungsresistenz bzw. neuroleptikabedingter Erstarrungszustände zu verfahren ist:

»Die Wirksamkeit des Tofranil (Antidepressiva-Prototyp, Wirkstoff Imipramin – P.L.) kann mit zunehmender Zahl der depressiven Phasen sinken. Bekanntlich wird die Auslenkung im Lauf des Lebens flacher, wobei aber das kranke System nicht selten zur Therapieresistenz erstarrt und die Fähigkeit zu spontaner oder therapeutisch provozierte Gegenregulation einbüßt oder stark vermindert ist. Hier können oft nur einer oder wenige Elektroschocks eine Auflockerung der gegenregulatorischen Insuffizienz (*Minderfunktion*) oft mit auffallend schneller Homeostasierung (*Selbstregulierung im dynamischen Gleichgewicht*) bewirken. Der Krampfanfall bewirkt in Sekundenschnelle mit extremer Amplitude also das gleiche, was ebenso unspezifisch das Tofranil mit gedeckter und flacher Amplitude über weit längere Zeit, aber schonender erreicht.« (1960, S. 267)

»Und bei den letzteren (gemeint: neuroleptikabedingten Erstarrungszuständen – P.L.) können wir pharmakologisch gar nichts erreichen, da können wir nur noch mit der Elektroschock-Therapie dazwischenfahren, und damit ist unsere Weisheit am Ende.« (1963)

Selbachs Vorschläge kamen nicht von ungefähr. Der Psychiater war ab 1934 Mitglied bei der SA und drei Jahre später bei der NSDAP. 1940 wurde er Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité in Berlin unter Max de Crinis, einem Protagonisten des psychiatrischen T4-Massenmords, und ab 1941 Chef der Chemischen Abteilung am berüchtigten, für seine Verstrickung in NS-Verbrechen bekannten Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung. Dort konnte er Versuche mit Elektroschocks unternehmen. Bis heute ist Selbach Ehrenmitglied der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie.

Ein wesentliches Element der Elektroschockkampagne ist die Aussage, die Methode sei absolut sicher. Gelegentlich nach dem Vollzug des Elektroschocks bestehende Gedächtnisprobleme würden innerhalb kurzer Zeit von alleine verschwinden. In vielen Fällen stünde keine gleichwertige Alternative zur Verfügung. Die ›Ansprechrate‹, also die Wirksamkeit der Elektroschocks, sei hoch. Und im Nachhinein würde die große Mehrheit der zwangsweise Elektrogeschockten ihre Behandlung gutheißen. Es bestehe ein medizinisch-wissenschaftlicher Konsens, dass eine gesonderte und zum Teil restriktivere Handhabung im Vergleich zu Psychofarmaka weder medizinisch noch ethisch gerechtfertigt sei. Strukturelle und juristische Hürden, die »den Zugang schwer und manchmal lebensbedrohlich erkrankter Patientinnen und Patienten zu einer indizierten Behandlung erschweren«, müssten beseitigt werden.

Was sagen Gerichte, Bundesärztekammer, WHO, UN?

2020 lehnte der BGH zwangsweise Elektroschocks bei als schizophren diagnostizierten Menschen ab, da der notwendige ›medizinisch-wissenschaftliche Konsens‹ fehle. Falls diese der geplanten Maßnahme widersprechen, sei die Einwilligung gesetzlich bestellter Betreuer in deren zwangsweise Durchführung im Regelfall nicht genehmigungsfähig (XII ZB 381/192). Außerdem hatte die Bundesärztekammer schon 2003 erklärt:

»Falls der vom Gericht eingesetzte Betreuer der EKT zustimmt, der Patient der EKT jedoch ausdrücklich widerspricht, wird im Regelfall auf die EKT verzichtet.« (S. 5)

Das BGH-Urteil wollen die Elektroschockanhänger nicht akzeptieren. Sie stellen sich generell gegen Urteile und Gesetze, die sie am Vollzug ihrer Maßnahme hindern. Schon vor Jahrzehnten hatte der BGH empörte Reaktionen bei Psychiatern ausgelöst, als er wiederholt die Ansprüche von Elektrogeschockten auf Ersatz des Schadens, der aus ihrer behandlungsbedingten Behinderung entstanden war, auf Schmerzensgeld und auf die Behandlung und Kompensierung aller Folgeschäden bejahte (VI ZR 45/54, VI ZR 251/64).

Die aktuelle ›Richtlinie für die Politik zur psychischen Gesundheit und strategische Aktionspläne‹ der WHO (2025a) zeigt, dass der von der DGPPN postulierte medizinisch-wissenschaftliche Konsens sich einzig auf die fest geschlossenen eigenen Reihen der Elektroschockanhänger beschränkt. Was die internationale medizinische Fachwelt betrifft, hat diese eine vollkommen entgegengesetzte Einstellung zu Elektroschocks. Laut WHO gehört es zu den wichtigen Rollen und Funktionen von Aufsichtsbehörden und -gremien,

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

Schon 2018 hatte das Europäische Regionalbüro der WHO unter Verweis auf Artikel 15 und 16 der UN-Behindertenrechtskonvention (›Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe‹ und ›Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch‹) klargestellt, dass Elektrokonvulsionstherapie, Psychochirurgie und andere medizinische Eingriffe, die permanente oder irreversible Auswirkungen haben können, nur bei Vorliegen einer informierten Einwilligung durchgeführt werden dürfen (WHO-ROE, S. 27).

Es würde überraschen, wenn Elektroschockanhänger die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ernst nehmen. Dieses Rechtskraft besitzende Übereinkommen verbietet jede Form von grausamer Behandlung von Menschen mit Behinderungen, zu denen per Definition auch als psychiatrisch behindert geltende Menschen zählen. Das Verbot umfasst ausdrücklich Zwangsmaßnahmen in der Medizin. Auch die Verabreichung von Elektroschocks gegen den Willen einer Person stellt einen Verstoß gegen diese Grundsätze dar. Sie verletzt das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit sowie das Recht, frei und informiert in eine Behandlung einzuhören oder diese abzulehnen (CRPD 2015). Darüber hinaus fordert die UN-BRK, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Zugang zu unterstützter Entscheidungsfindung haben, um jeglichen Zwang auszuschließen. Was mit unterstützter Entscheidungsfindung gemeint ist, erläutert die WHO in ihrer Richtlinie:

»Unterstützte Entscheidungsfindung kann viele Formen annehmen, hebt aber die Geschäftsfähigkeit nicht auf oder schränkt sie ein. Eine unterstützende Person kann nicht von einer dritten Partei ohne die Zustimmung der betroffenen Person ernannt werden, und die

Unterstützung muss in Einklang mit ihrem Willen und ihren Präferenzen sein.« (WHO 2025c, S. VIII)

Seit 2024 will die DGPPN mit einem eigenen Vorausverfügungsformular Entscheidungen von Betroffenen unterstützen, für bestimmte Maßnahmen zu votieren für den Fall, dass man sich in einer Krisensituation nicht mehr rechtswirksam äußern kann. Der Verdacht liegt allerdings nahe, dass zu einer vorauselenden Zustimmung verleitet werden soll, beispielsweise mit dieser Vorformulierung:

»Ich lehne eine psychiatrische Behandlung grundsätzlich ab. Ich bin mir darüber im Klaren, dass mir daraus unter Umständen ein schwerer, womöglich dauerhafter und irreversibler gesundheitlicher oder sozialer Schaden entstehen kann.« (S. 13)

Eine entsprechende Warnung vor behandlungsbedingten schweren, womöglich dauerhaften und irreversiblen gesundheitlichen oder sozialen Schäden durch eine psychiatrische Behandlung beispielsweise mit Elektroschocks oder Neuroleptika fehlt komplett.

Und nach Meinung der Elektroschockanhänger können laut deren Lehrbuch »Elektrokonvulsionstherapie kompakt« auch eindeutige, gegen die Verabreichung von Elektroschocks gerichtete Vorausverfügungen mit dem Argument ignoriert werden, es sei zweifelhaft, dass die verfügbten Regelungen noch dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen. Möglicherweise seien inzwischen neue Schockverfahren entwickelt worden, die zur Abfassungszeit der Verfügung nicht vorherzusehen waren. Und mit dem Argument drohender Lebensgefahr könnte man bei gegebener Gelegenheit sowieso sofort Elektroschocks verabreichen (Olzen & Nickl-Jockschat 2013, S. 224 / 226).

Die Autorengruppe um David Zilles-Wegner von der elektroschockdurchführenden Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen führt in ihrem *Nervenarzt*-Artikel aus, »dass fehlende Einwilligungsfähigkeit bei Depression sogar mit einem besseren Ansprechen auf EKT assoziiert ist« (Zilles-Wegner et al. 2025). Damit steht zu befürchten, dass sich Elektroschockanhänger von einem Nein zu Elektroschocks geradezu zu einer zwangswiseen Verabreichung von Elektroschocks getriggert fühlen.

Wirkungen und Auswirkungen des Elektroschocks

Für die konsistente Evidenz, die die Elektroschockanhänger um Zilles-Wegner anführen, finden sich bei genauerer Betrachtung keine Fakten. Die Wirksamkeit insbesondere zwangsweise verabreichter Elektroschocks wird von renommierten Psychiatern bestritten. Das Wirkprinzip dieser im Faschismus entwickelten Maßnahme – die Auslösung eines Hirnkrampfes über die Durchleitung von Strom durch das Gehirn – besteht unverändert. Üblich sind acht bis zwölf Elektroschocks in einem Abstand von meist zwei bis drei Tagen. Möglich sind auch 30 Elektroschocks oder mehr. Das Ergebnis der summierten Wirkung von Elektroschockserien herauskommt, erklärten Stefan Hift und Hans Hoff von der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien:

»Die Wirkung des Elektroschocks liegt in einem momentanen Zerschlagen der Reaktionsslage 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.« (1958, S. 1045)

Die Mehrzahl der Psychiater wertschätzt die von Hift und Hoff erläuterte Wirkung als das bereits genannte gutes ›Ansprechen‹ auf die Behandlung. Das hirnorganische Psychosyndrom als Ergebnis von Elektroschocks nennen auch Psychiater, die Elektroschocks kritisch gegenüberstehen, beispielsweise der US-Amerikaner Peter Breggin:

»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 hirnorganisches Psychosyndrom aufweist, mit Verwirrtheit, Desorientierung, Stimmungsschwankungen, Verlust der Entscheidungsfähigkeit.« (1993, S. 160f.)

Beim Menschen wird der Stromstoß in der Regel zwischen 0,5 und 8 Sekunden, manchmal auch bis zu 30 Sekunden lang durch den Kopf geleitet. 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 beim psychiatrischen Elektroschock 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.

Um Knochenbrüche zu verhindern, die bei Krampfanfällen auftreten können, werden die Behandelten heutzutage in der Regel vorher anästhesiert; die Entäußerung des Krampfanfalls wird mit Muskelrelaxanzien unterdrückt, der Krampfanfall findet ›nur noch im Gehirn und in bewusstlosem Zustand statt. Mittel zur Lähmung des Zentralnervensystems, Betäubungsmittel und Muskelrelaxanzien geben dem Elektroschock aber indirekt eine noch größere Wirkung, da eine höhere Krampfschwelle wiederum eine höhere Dosis an elektrischem Strom zur Auslösung des Krampfanfalls nötig macht (Lehmann 2017, 2023).

Wenn überhaupt, so eine Autorengruppe um den Psychiater Martin Zinkler, Vertreter der Bundesrepublik Deutschland im UN-Unterausschusses zur Verhütung von Folter, stelle sich eine positive Wirkung nur kurzfristig ein. Die Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen würde bei einer Zustimmung ungeprüft akzeptiert, bei einer Ablehnung jedoch das Gericht eingeschaltet, um in deren angeblichem Interesse das Nein auszuhebeln (Zinkler et al. 2018).

Da die letzte placebokontrollierte Elektroschockstudie zur Behandlung von Depressionen vor 40 Jahren stattfand und es keine Studien gebe, die den heutigen Standards der evidenzbasierten Medizin entsprächen, führte ein Team um John Read vom Department of Psychology and Human Development an der University of East London eine umfangreiche Onlinebefragung zur positiven und – anders als üblich – auch negativen Wirkung von Elektroschocks (EKT) durch. 1144 Betroffene sowie deren Angehörige, Freundinnen und Freunde aus 44 Ländern nahmen teil. Im August 2025 publizierte das *International Journal of Mental Health Nursing* das Resultat der Studie:

»Die Ergebnisse waren: spezifisches Problem verschlechtert – 37%; Stimmung verschlechtert – 29%; Lebensqualität verschlechtert – 62%; Suizidalität erhöht – 19%. Die Ergebnisse stimmten mit den Antworten von Familienmitgliedern und dem Freundeskreis überein. Auffällig ist, dass fast die Hälfte (49%) angab, ihre Lebensqualität habe sich durch die EKT »deutlich verschlechtert« (22%) oder gar »sehr stark verschlechtert« (27%). Teilweise lässt sich dieses alarmierende Ergebnis auch dadurch erklären, dass die Lebensqualität neben den positiven Auswirkungen auch die negativen Auswirkungen der EKT umfasst. In Verbindung mit dem Fehlen von Beweisen dafür, dass die EKT wirksamer ist als Placebo, und den bekannten langfristigen negativen Auswirkungen auf das Gedächtnis veranlassen uns diese Umfrageergebnisse dazu, eine Aussetzung der EKT in klinischen Einrichtungen zu empfehlen, bis unabhängige groß angelegte placebokontrollierte Studien durchgeführt werden. Mit denen könnte man feststellen, ob die EKT im Vergleich zu Placebos eine Wirksamkeit aufweist, gegen die die vielen schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen abgewogen werden können.« (Read et al. 2025, S. 1)

Ihre Untersuchungsergebnisse einschränkend, erklärten Read und Kollegen, dass die Erfahrungen von Betroffenen, die während der Elektroschockverabreichung oder kurz danach an zerebralen oder kardiovaskulären Vorfällen oder durch Suizid gestorben waren, ebensowenig in die Studie eingehen konnten wie die Erfahrungen von Betroffenen, die wegen schwerer kognitiver Schäden nicht mehr zur Teilnahme in der Lage waren (ebd., S. 8).

Ergänzend sollen hier die Risiken und Schäden genannt sein, die die US-amerikanische Herstellerfirma Somatics LLC 2024 im Anwendungshandbuch ihres modernen Apparates Thymatron® System IV auflistete. Danach könnten ihre Geräte »verheerende kognitive Folgen« (S. 1) verursachen. 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 zählte Somatics eine ganze Reihe weiterer bekannt gewordener Schäden auf, mit denen bei Elektroschocks gerechnet werden müsse, unter anderem Gedächtnisstörungen und Hirnschäden, Herzrhythmusstörungen und Herzinfarkt, Blutdruckstörungen, Zahntumore, allgemeine motorische Funktionsstörungen, manische Symptome, Dyskinesien (Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs einer Körperregion oder eines Körperteils), Stürze, spontane Anfälle mit zeitlichem Abstand, anhaltende Anfälle, nicht-konvulsiver 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 psychischer Symptome, Tötungsdelikte und Begünstigung suizidalen Verhaltens.

Die – geldwerte – klinische Erfahrung von Elektroschockanhängern

Es würde überraschen, wenn sich Elektroschockanhänger negativ über ihre bevorzugte Behandlungsmethode äußern. Gern verweisen sie auf eine verfügbare evidenzbasierte positive Wirkung von Elektroschocks. Damit meinen sie die übliche Praxis in der Schulpsychiatrie: Ohne eine Erklärung möglicher Interessenkonflikte und ohne eine Reflexion eigener Befangenheit bewerten sie nicht unabhängig überprüfbare Folgen von Elektroschocks, die sie ihren eigenen Patientinnen

und Patienten verabreichen. Vermutlich muss man Mitglied der DGPPN sein, um solch selektiv für die eigene Anschauung ausgewählte und interpretierte Assoziationen als evidenzbasierte wissenschaftliche Fakten wahrzunehmen.

Kliniken sind auf Einnahmen angewiesen, um ihre Existenz zu sichern, Löhne zu bezahlen und möglicherweise Gewinne für Aktionäre zu erwirtschaften. Dies gilt auch für Kliniken, in denen Elektroschocks als Behandlungsmethode angeboten werden. Dem Psychiatrie-Barometer zufolge erwarten 30% der Psychiatrischen Klinikabteilungen und 16% der Psychiatrischen Kliniken, in den kommenden sechs Monaten ihr Personal reduzieren zu müssen, so das *Deutsche Ärzteblatt* am 22. August 2025. 21% der Einrichtungen hätten bereits Liquiditätskredite bei Banken aufgenommen. Erhöhte Verabreichungszahlen von Elektroschocks bieten sich somit als Ausweg aus finanziellen Krisen bzw. zur Sicherung des eigenen Arbeitsplatzes an.

Eine Psychiatrische Klinik in Deutschland erhält für jeden Tag eines stationären Aufenthalts einen bestimmten Betrag, der sich anhand des sogenannten Basisentgeltwerts und einer Bewertungsrelation errechnet. In der Universitätsklinik Bonn beispielsweise sind dies bei einer diagnostizierten Depression und Standardbehandlung 459 € pro Tag. Die Summe verringert sich bei längerem stationären Aufenthalt auf 388 € pro Tag. Für den ersten Elektroschock kommen 440 € dazu, für jeden weiteren 340 €. Sollte eine durchgehende 1:1-Betreuung erforderlich werden, können zusätzlich 1302 € pro Tag berechnet werden (InEK GmbH 2024; UKB 2024). Weitere Zuschläge sind bei komplexen diagnostischen Konstellationen und erhöhtem Betreuungsaufwand vorgesehen. Da der organisatorische und personelle Aufwand für die Verabreichung von Elektroschocks hoch ist, lohnt sich diese Maßnahme speziell für Einrichtungen, die zentriert und in Serien Elektroschocks verabreichen.

Im »Klinik Kompass« (2023) lässt sich nachlesen, wo man die meisten Elektroschocks verabreicht. Naturgemäß führen Kliniken des erzkonservativen Bayern diese Liste an. Kliniken des Spaltenverbandes Diakonie belegen immerhin ›gute‹ Mittelplätze. Zu nennen sind unter anderem die Evangelische Stiftung Tannenhof in Remscheid, das Evangelische Klinikum Bethel und das Evangelische Krankenhaus Bethanien in Greifswald.

Lebensrettende und willkommen geheißene Elektroschocks?

Würden Toleranzbildung und Behandlungsresistenzen durch einen Verzicht auf eine Langzeitbehandlung gar nicht erst entstehen, wäre der Argumentation mit ›einer indizierten Behandlung manchmal lebensbedrohlich erkrankter Patientinnen und Patienten‹ von vornherein der Boden entzogen. Aber auch andere Begründungen haben längst ihre Berechtigung verloren. Die lebensbedrohliche perniziöse Katatonie beispielsweise lässt sich längst risikoarm internistisch mit speziellen Benzodiazepinen oder dem Spasmolytikum Dantrolen behandeln (Häfner & Kasper 1982). Diese Erkrankung wird auch »akute tödliche Katatonie«, »febrile Katatonie« oder »maligne Katatonie« genannt, geht einher mit Fieber, Verstummen und Bewegungsarmut bis hin zur Erstarrung und kann unbehandelt zum Tod führen.

Was die Argumentation mit der Ultima Ratio, also dem letzten Mittel beispielsweise bei lebensbedrohlicher Depression betrifft, so lehnen sie Elektroschockanhänger ab – zumindest intern. Mark Berthold-Losleben und Michael Grözinger schreiben in »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«:

»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.« (2013, S. 51)

Die Glaubwürdigkeit von Psychiatern wie Zilles-Wegner zeigt sich auch an ihrer Aussage, Betroffene würden in großer Mehrheit im Nachhinein die zwangsweise Verabreichung von Elektroschocks gutheißen. Zweifellos gibt es einzelne Betroffene, die es gutheißen, wenn sie nach Elektroschocks ihr psychisches Leid nicht mehr spüren. Solche Aussagen absolut zu setzen und die Masse an kritischen Stimmen zu verschweigen, ist bezeichnend für die einseitige Argumentation der Elektroschockanhänger. Das Weltnetzwerk sowie das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen und auch der deutsche Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener lehnen insbesondere zwangsweise Elektroschocks einstimmig ab (ENUSP et al. 2014). Jüngst schloss sich das der Aktion psychisch Kranke e.V. nahestehende Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG 2025) dieser Phalanx an. Dass einer Studie von Lucy Johnstone (1999) von der University of the West of England in Bristol zufolge manche elektrogeschockte Frauen diese Behandlung mit Vergewaltigung gleichsetzen, ist für Elektroschockanhänger ebenso belanglos wie die Tatsache, dass man diese Methode weltweit mehrheitlich – zu 70% – gegen Frauen einsetzt.

Entscheidungshilfen

Der zunehmende Einsatz von Elektroschocks in der Psychiatrie wirft juristische, ethische und gesundheitliche Fragen auf. Von juristischen Beurteilungen abgesehen, die Rechtsanwältinnen und -anwälte und die Richterschaft treffen, geben sowohl medizinische als auch allgemeine moralisch-ethische Werte Entscheidungshilfen für psychiatrisch Tätige und freiwillig Engagierte. Eine wissenschaftliche nicht-psychiatrische Sicht legt nahe, bei der bestehenden Gesetzeslage aus medizinethischen Erwägungen für Elektroschocks besonders restriktive Maßstäbe anzulegen.

Diese Folgerung sollten auch psychiatrisch Tätige ziehen, die in Einrichtungen unter kirchlicher Trägerschaft arbeiten. Die Diakonie der evangelischen Kirche beispielsweise versteht ihren Auftrag als gelebte Nächstenliebe und setzt sich laut Selbstdarstellung für Menschen ein, die am Rande der Gesellschaft stehen, auf Hilfe angewiesen oder benachteiligt sind. Neben dieser Hilfe versteht sie sich als Anwältin der Schwachen. Das christliche Menschenbild betont die Unantastbarkeit der Würde des Einzelnen. Gewaltsame Eingriffe in Körper und Geist widersprechen dem Gebot der Nächstenliebe und dem Prinzip der Schonung der Schwachen. Statt Zwangsbehandlung fordert der christliche Glaube geduldige, mitfühlende Therapieansätze. Ähnlich gilt im Islam, dem sich viele Aktive im psychiatrischen Bereich zugehörig fühlen, der menschliche Körper als anvertrautes Gut Gottes, der zu schützen ist. Der Koran verbietet unnötiges Leid. Die Prinzipien von Schadensvermeidung und Gemeinwohl verlangen risikoarme Alternativen.

Widerlegt man die Behauptungen von Elektroschockanhängern, sprechen sie einem in aller Regel eine rationale Haltung ab mit der Unterstellung, durch unsachgemäße und emotionale mediale Darstellungen beeinflusst zu sein. Als Hauptursache für eine kritische Einstellung verweisen sie gern auf den Film »Einer flog über das Kuckucksnest« von Miloš Forman aus dem Jahr 1975, eine Anklage gegen die psychiatrische Unterdrückung von Schwächeren und Non-konformisten – als gäbe es keine ernstzunehmenden Risiken und Schäden bei modernen Elek-

troschocks und als wären Menschen mit kritischer Haltung nicht in der Lage, sich eine eigene Meinung zu bilden.

Ohne Belege zu liefern, erzählt man auch gern, moderne Elektroschocks führten durch eine Ausschüttung von Nervenwachstumshormonen zur Neubildung von Nervenzellen, deren Kontaktstellen und den sie verbindenden Bahnen. Mit Depressionen verbundene (behauptete) Hirnschrumpfungen würden rückgängig und das Gehirn flexibler für neue Prozesse gemacht. »Wir kitzeln das Hirn« (zit.n.: Badische Zeitung 2021), erklärte beispielsweise Annette Brühl, Chefärztin an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und Beraterin bei der Erstellung des DGPPN-Konsensuspapiers in einem Interview; eine ›sehr geringe Strommenge‹ löse einen generalisierten, das heißt großen epileptischen Anfall aus, wodurch das Gehirn ›in Schwung gebracht‹ werde.

Vielleicht verwechseln Psychiater die behaupteten Zellneubildungen mit der Gliaaktivierung nach Elektroschocks, das heißt, der Wucherung von Stützzellen im Gehirn, und mit den Veränderungen im zellulären Schichtungsgefüge der Hirnrinde im fronto-basalen (vorderen unteren) Bereich. Auf solche Hirnveränderungen war die Neurologin Helma Sommer bei Experimenten an Katzen gestoßen. Sie hatte deren Gehirne, die im Aufbau den menschlichen vergleichbar seien, nach der Verabreichung von 2, 3, 4 und 10 Elektroschocks, die in Abständen von 2-3 Tagen erfolgten, seziert und die ab dem dritten Elektroschock zutage getretenen Hirnzellveränderungen untersucht. Nach zwei Elektroschocks sei ein geringfügiger Nervenzelluntergang erkennbar, nach drei Schocks seien die Veränderungen auffällig, nach vier stark ausgeprägt und nach zehn fände man schwerste Veränderungen in allen Rindenschichten des Gehirns (Sommer 1971, S. 57).

Einer der weltweit größten Elektroschockanhänger ist Harold Sackheim, ehemaliger Leiter der Abteilung für biologische Psychiatrie am New York State Psychiatric Institute und Honorarempfänger einer Vielzahl einschlägiger Unternehmen. Folgt man seiner Erzählung, wirken Elektroschocks gleichsam wie universelle 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)

Angesichts dieser wundersamen Aussage bleibt eigentlich nur noch die Frage an die Elektroschockanhänger, weshalb sie nicht Schlange stehen, um sich eine der üblichen 10er-, 20er- oder 30er-Elektroschockserien verabreichen zu lassen.

Psychiatrisch Tätigen und freiwillig Engagierten, die bei Elektroschocks kooperieren und merken, dass die Betroffenen keine Zustimmung oder nur eine Zustimmung nach mangelhafter oder Falschinformation oder unter Psychopharmakaeinfluss gegeben haben, stellt sich eine andere Frage: Schweigen und mitmachen oder Zivilcourage zeigen?

Editorische Notiz

Die Übersetzungen aus dem Englischen und die in Klammern kursiv gesetzten Erklärungen in Zitaten stammen vom Autor. Alle Internetzugriffe erfolgten am 18. Oktober 2025.

Quellen

Badische Zeitung (20.1.2021). BZ-Interview: Annette Brühl therapiert in Basel Depressionen mit elektrischen Impulsen – »Wir kitzeln das Hirn«. *Badische Zeitung*, S. 21

- Berthold-Losleben, M. & Grözinger, M. (2013). Informationen für Patienten und Angehörige (S. 47-57). In: M. Grözinger, A. Conca, T. Nickl-Jockschat et al. (Hg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt. Für Zuweiser und Anwender*. Berlin & Heidelberg: Springer
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (ohne Jahresangabe). *Kognitiv*. Wien: BMSGPK. Online-Ressource <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/K/lexikon-kognitiv.html>
- Breggin, P.R. (1993). Auf dem Weg zum Verbot des Elektroschocks (S. 156-172). In: K. Kempker & P. Lehmann (Hg.), *Statt Psychiatrie*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag. Online-Ressource <https://antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/breggin.htm>
- Bundesärztekammer (2003). *Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme*. Online-Ressource <https://www.bundesaerztekammer.de/bericht2002-2003/pdf/130507.pdf>
- CRPD – Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities – The right to liberty and security of persons with disabilities*. Online-Ressource <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CRPD/14thsession/GuidelinesOnArticle14.doc>
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (24.4.2024). *Patientenverfügung für den Bereich der psychischen Gesundheit*. Version 1.0. Online-Ressource https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/db5562c2b524293c99525f3e28c1accb6d62d16e/2024-04-24_Psychiatrische_Patientenver%C3%BCfung_DGPPN_Formular.pdf
- DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (5.9.2025). *Factsheet Elektrokrampftherapie*. Online-Ressource https://www.dgsp-ev.de/images/Stellungnahmen/2025/20250905_DGSP_Factsheet_EKT_1.pdf
- ENUSP – European Network of (ex) Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP – World Network of Users and Survivors of Psychiatry, MFI – MindFreedom International et al. (2014). Dresden Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung (S. 2-3). In: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) (Hg.), *Hinter verschlossenen Türen – Zwang und Gewalt in deutschen Psychiatrien*. Bochum: BPE. Online-Ressource <http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/dd-deutsch.pdf>
- Fava, G.A. (2023). *Antidepressiva absetzen – Anleitung zum personalisierten Begleiten von Absetzproblemen*. Stuttgart: Schattauer
- Guhra, M., Kreisel, S.H., Zilles-Wegner, D. et al. (2025). Elektrokonvulsionstherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Nervenarzt*, 96, 166-175. Online-Ressource <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-024-01713-6.pdf>
- Häfner, H. & Kasper, S. (1982). Akute lebensbedrohliche Katatonie. *Der Nervenarzt*, 53, 385-394
- Hift, S. & Hoff, H. (1958). Die organische Therapie der Psychose. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 108, 1043-1048
- InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (26.9.2024). *PEPP-Entgeltkatalog*. PEPP-Version 2025. Online-Ressource <https://www.g-drg.de/pepp-entgeltsystem-2025/pepp-entgeltkatalog/pepp-entgeltkatalog>
- Johnstone, L. (1999). Adverse psychological effects of ECT. *Journal of Mental Health*, 8, 69-85. Online-Ressource <https://www.wisnerbaum.com/wp-content/uploads/adversepsychologixaoeffectsofE.pdf>
- Klinik Kompass (26.3.2025). *Kliniken für eine Elektrokonvulsionstherapie*. Online-Ressource <https://www.klinikkompass.com/kliniken-fuer-eine-elektrokonvulsionstherapie>
- Lehmann, P. (2017). Wiederkehr des Elektroschocks (S. 125-151). In: [P. Lehmann, V. Aderhold, M. Rufer et al., Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen](#). Berlin & Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing (E-Book 2025)
- Lehmann, P. (6.4.2019). *Belege für die Anpreisung von Elektroschocks und Elektroschockserien (auch gegen den Willen) im Psychiatrieverlag*. Online-Ressource <https://antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/eschock-im-psychiatrieverlag.pdf>
- Lehmann, P. (2023). Kompaktwissen Elektroschock – Indikationen, Wirkungsweise, Risiken, Alternativen. *Soziale Psychiatrie*, 47(3), 27-30. Online-Ressource <https://antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-elektroschock-sp.pdf>

- Lehmann, P. (2024). Gibt es eine Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika? (S. 80-102). In: [P. Lehmann & C. Newnes \(Hg.\), Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige](#). Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag / Köln: Psychiatrieverlag
- NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (6.7.2025). *Stellungnahme zur aktuellen Situation von EKT*. Online-Ressource
https://www.netzg.org/fileadmin/downloads/Stellungnahmen/Stellungnahme_EKT.pdf
- Olzen, D. & Nickl-Jockschat, T. (2013). Rechtliche Aspekte der EKT in Deutschland, Österreich und der Schweiz (S. 201-228). In: M. Grözinger, A. Conca, T. Nickl-Jockschat et al. (Hg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt. Für Zuweiser und Anwender*. Berlin & Heidelberg: Springer
- Read, J., Johnstone, L., Price Hancock, S. et al. (2025). A survey of 1144 ECT recipients, family members and friends: Does ECT work? *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(4), e70109. Online-Publikation
<https://doi.org/10.1111/inm.70109>
- Sackeim, H.A. (2017). Modern electroconvulsive therapy: Vastly improved yet greatly underused. *JAMA Psychiatry*, 74, 779-780. Online-Ressource <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2633172>
- Selbach, H. (1960). Klinische und theoretische Aspekte der Pharmakotherapie des depressiven Syndroms. II. Regel-theoretische Ansätze. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 110, 264-268
- Selbach, H. (1963). Diskussionsbemerkung (S. 73). In: J.D. Achelis & H. von Ditfurth (Hg.), *Starnberger Gespräche 2*. Stuttgart: Thieme
- Somatics LLC (2024). *Thymatron® System IV. User Manual*. Venice, FL: Somatics LLC. Online-Ressource
https://www.thymatron.com/downloads/System_IV_Instruction_Manual_Rev22.pdf
- Sommer, H. (1971). *Die aktive psychiatrische Therapie unter Berücksichtigung tierexperimenteller Untersuchungen*. Jena: Gustav Fischer
- UKB – Universitätsklinikum Bonn (2024). *PEPP-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPfIV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BPfIV*. Online-Ressource
https://www.ukbonn.de/site/assets/files/41479/01032024_pepp_entgelttarif_ukb.pdf
- WHO – World Health Organization (24.3.2025a). *Guidance on mental health policy and strategic action plans*. Genf: WHO. Online-Publikation <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-Publikation <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 1: *Introduction, purpose and use of the guidance*. Genf: WHO. Online-Publikation <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380465/9789240106796-eng.pdf?sequence=1>
- WHO-ROE – World Health Organization Regional Office for Europe (2018). *Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. Online-Ressource
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d25eddee-22f9-4261-bb0c-c96b6d835511/content>
- Zilles-Wegner, D., Gather, J., Hasan, A. et al. (5.3.2025). Zugang zur Elektrokonvulsionstherapie bei Menschen mit fehlender Einwilligungsfähigkeit und als Behandlung gegen den natürlichen Willen. *Der Nervenarzt*. Online-Publikation <https://doi.org/10.1007/s00115-025-01816-8>
- Zinkler, M., Beine K.-H., von Cranach, M. et al. (2018). Zwangsbehandlung mit Elektrokrampftherapie – wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie. *Der Nervenarzt*, 89, 837-838. Online-Ressource
https://www.researchgate.net/publication/325880130_Zwangdbehandlung_mit_Elektrokrampftherapie - wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie

Autor

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Diplom-Pädagoge, Autor und Verleger in Berlin. Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Buchpublikationen: »[Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen](#)« (1986), »[Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren, Ritalin und Tranquillizern](#)« (Hg. 1998), »[Statt Psychiatrie 2 – Das große Buch der Alternativen zur Psychiatrie in aller Welt](#)« (Hg. 2007 mit Peter Stastny), »[Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Praxiskonzepte für Betroffene, Angehörige, Fachkräfte](#)« (Hg. 2024 mit Craig Newnes), »[Humanistische Antipsychiatrie – Texte aus 45 Jahren](#)« (2025) u.v.m. Mehr siehe www.peter-lehmann.de