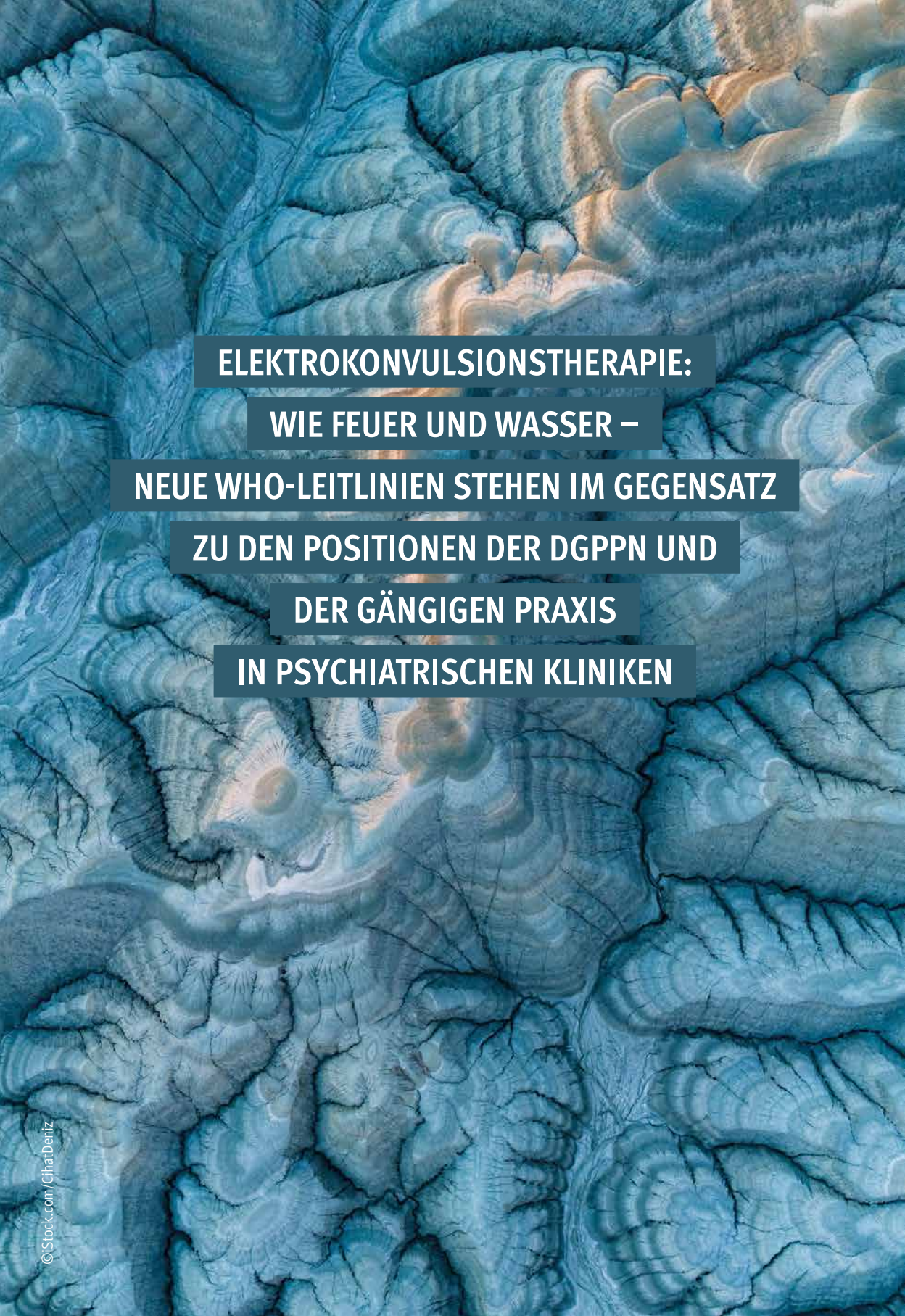
ELEKTROKONVULSIONSTHERAPIE: WIE FEUER UND WASSER – NEUE WHO-LEITLINIEN STEHEN IM GEGENSATZ ZU DEN POSITIONEN DER DGPPN UND DER GÄNGIGEN PRAXIS IN PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN



©iStock.com/CihatDeniz

Peter Lehmann

Zusammenfassung: Der vorliegende Beitrag kritisiert die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) als historisch belastete, umstrittene und potenziell schädliche Methode. Trotz sich wandelnder Bezeichnungen bleibt das Prinzip – ein durch Strom ausgelöster Hirnkrampf – unverändert. Studien verweisen auf eine umstrittene Evidenz, Risiken wie kognitive Schäden und Gedächtnisverlust sind dokumentiert. Während Fachgesellschaften den Einsatz von EKT teils weiter befürworten, manche gar unter Anwendung von Zwang, fordert die WHO 2025 eine menschenrechtsbasierte, zwangfreie Psychiatrie.

Schlüsselwörter: Elektrokonvulsionstherapie, Psychiatriegeschichte, Zwangsbehandlung, Hirnschädigung, evidenzbasierte Medizin, Menschenrechte, WHO-Leitlinien, informierte Zustimmung, Psychiatrie-Reform, Elektroschock

Electroconvulsive Therapy: Like Fire and Water: new WHO guidelines contradict the positions of the DGPPN and current psychiatric clinic practices

Abstract: This article summarizes the historical controversy and potentially harmful effects associated with electroconvulsive therapy (ECT). Despite its name change (previously electroshocktherapy), the principle remains unchanged: a brain seizure triggered by electricity. Studies have reported conflicting results, and risks such as cognitive impairment and memory loss have been documented. While some professional associations continue to advocate for ECT, some even under the application of force, the WHO is calling for a shift towards human rights-based, noncoercive psychiatry by 2025.

Keywords: electroconvulsive therapy, history of psychiatry, coercive treatment, brain damage, evidence-based medicine, human rights, WHO guidelines, informed consent, psychiatric reform, electroshock

Begriffsbestimmung und Geschichte

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" (von Braunmühl 1947, S. 185). Folgerichtig benutzt man heutzutage wohltuender klingende Begriffe wie „Elektrokonvulsionstherapie (EKT)", „elektrische Durchflutungstherapie", „elektrische Stimulation" oder – zum Beispiel in Griechenland – „Schlaftherapie". Auch der lange Zeit benutzte Begriff „Elektrokrampftherapie" wird inzwischen vermieden, da er zu deutlich auf das Wirkprinzip des Elektroschocks hinweist: die Auslösung eines ausgebreiteten epileptischen Anfalls. Herstellerfirmen und Handelsunternehmen benutzen nach wie vor auch den eingeführten Begriff „Elektroschock".

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 provozierter 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 gedehnter 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 Maximinian 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.

Wirkungen, Auswirkungen, Wirksamkeit

Für die konsistente Evidenz, die die EKT-Anhänger um David Zilles-Wegner von der EKT durchführenden Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen anführen (Zilles-Wegner et al., 2025), finden sich bei genauerer Betrachtung keine Fakten. Die Wirksamkeit insbesondere zwangsweise verabreichter EKTs wird von renommierten Psychiatern bestritten. Das Wirkprinzip dieser im Faschismus entwickelten Maßnahme – die Auslösung eines Hirnkrampfes – 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 erklärten Stefan Hift und Hans Hoff von der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien:

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

Die Mehrzahl der Psychiater wertschätzt die von Hift und Hoff erläuterte Wirkung als das bereits genannte gutes ‚Ansprechen' auf die Behandlung. Auf das hirnorganische Psychosyndrom als Ergebnis von EKT beziehen sich auch Psychiater, die EKTs 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 circa 450 Volt, die Stromstärke circa 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 Autor:innengruppe um den Psychiater Martin Zinkler, Vertreter der Bundesrepublik Deutschland im UN-Unterausschuss 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 EKT-Studie 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 EKT durch. 1.144 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 Kolleg:innen, dass die Erfahrungen von Betroffenen, die während der EKT-Verabreichung 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 2021 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, Zahntraumata, 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 Ent-

äußerungen einhergehen), Komplikationen in der Lunge (zum Beispiel Ansaugung von Mageninhalt, Lungenentzündung, Mangelversorgung mit Sauerstoff, Atemwegsverschlüsse wie Laryngospasmus (krampf- und reflexartige Kontraktionen der Kehlkopfmuskulatur), Lungenembolie, längerer Atemstillstand, Koma, Sehstörungen, Hörkomplikationen, Verschlechterung psychiatrischer Symptome, Tötungsdelikte und Begünstigung suizidalen Verhaltens.

Geldwerte klinische Erfahrungen

Es würde überraschen, wenn sich EKT-Anhänger negativ über ihre bevorzugte Behandlungsmethode äußern. Gern verweisen sie auf eine verfügbare evidenzbasierte positive Wirkung von EKTs. 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 EKTs, die sie ihren eigenen Patientinnen und Patienten verabreichen. Vermutlich muss man Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (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 aktuellen 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 Euro pro Tag. Die Summe verringert sich bei längerem stationären Aufenthalt auf 388 Euro pro Tag. Für den ersten Elektroschock kommen 440 Euro dazu, für jeden weiteren 340 Euro. Sollte eine durchgehende 1:1-Betreuung erforderlich werden, können zusätzlich 1.302 Euro 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“ (www.klinikkompass.com) lässt sich nachlesen, wo man die meisten Elektroschocks verabreicht. Wenig überraschend führen Kliniken des erzkonservativen Bayern diese Liste an.

Die Positionen der Fachgesellschaften

Im März 2025 publizierten deutsche Befürworter und Befürworterinnen der EKT ein

sogenanntes Konsensuspapier, das von der DGPPN unterstützt wird. Wie schon in anderen Stellungnahmen der DGPPN, die eine zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka als ethisch gerechtfertigt erklärt, pocht die DGPPN nun auf das Recht, EKT auch unter Anwendung von Zwang gegen den natürlichen Willen der Betroffenen verabreichen zu dürfen. Diesen wollen sie selbst sogenannte Erhaltungs-EKT aufzwingen, das heißt, auf Dauer jeden Monat EKT (Zilles-Wagner et al., 2025). Im Januar 2020 hatte ihnen der Bundesgerichtshof (BGH) das Recht auf zwangsweise Verabreichung von EKT mit der Begründung verwehrt, dass EKT nicht dem notwendigen „medizinisch-wissenschaftlichen Konsens" entsprechen (BGH, 15.01.2020).

Schon einmal hatte der BGH ein für Befürworterinnen und Befürwortern von EKT desaströses Urteil gefällt: 1954 hatte er den Anspruch eines Klägers auf Ersatz des Schadens bejaht, der aus seiner körperlichen Beschädigung infolge der in einer psychiatrischen Klinik verabreichten EKT entstanden war, ebenso seinen Anspruch auf Schmerzensgeld. Der BGH verpflichtete die beklagte Klinik zudem, jeden weiteren Schaden zu tragen, der aus der körperlichen Beschädigung des Klägers infolge der EKT herrührte (BGH, 10.07.1954).

Mittlerweile hat sich die Form der Verabreichung von EKT gewandelt, das Wirkprinzip – die Auslösung eines Hirnkrampfes – ist jedoch dasselbe geblieben.

Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) sprach sich im September 2025 in einem sogenannten Factsheet gegen eine zwangsweise Durchführung von EKT aus, benutzte ihre Stellungnahme jedoch, um gleichzeitig diese – in aller Regel faktisch mit informellem Zwang, also nach mangelhafter oder falscher Information ohne rechtswirksame Einwilligung angewandte – Methode im Gleichklang mit der DGPPN und unter Verweis auf einen von Autoren verfassten Artikel, die sich als Zahlungsempfänger von Herstellerfirmen von Elektroschockapparaten und Psychopharmaka erweisen, als therapeutisch hochwirksam anzupreisen; es bestehe ein klarer Wirksamkeitsnachweis bei Hochdosis-EKT-Behandlungen depressiver Menschen (DGSP, 2025, S. 2).

Das aktuelle Konsensuspapier der DGPPN versucht nun, das Bild eines medizinisch-wissenschaftlichen Konsens' zu zeichnen, indem es den Konsens innerhalb der DGPPN als übereinstimmende Sichtweise der medizinischen Wissenschaft ausgibt. Die Stellungnahme lässt sich im Internet nachlesen (Zilles-Wegner et al., 2025). Wie wenig das dort gezeichnete Bild einem medizinisch-wissenschaftlichen Konsens entspricht, veranschaulichen die neuen, aus fünf Modulen bestehenden „Leitlinien für die Politik zur psychischen Gesundheit und strategische Aktionspläne" der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die im März 2025 veröffentlicht wurden (WHO, 24.03.2025). Die folgenden ausführlichen Auszüge aus den Leitlinien – nicht nur am Beispiel EKT – zeigen, dass sich die DGPPN mit ihrer Psychiatriepolitik ins psychiatriepolitische Abseits gestellt hat und inzwischen extreme Positionen fernab von jeglichem medizinischen und wissenschaftlichen Konsens einnimmt.

Geleitwort des WHO-Generaldirektors

In seinem Geleitwort hebt der WHO-Generaldirektor Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus den Wert der Beiträge von Menschen mit gelebter Krisenerfahrung hervor:

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

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

Diese Publikation zeugt von den unschätzbaren Beiträgen der Menschen mit gelebter Erfahrung *[mit psychischen Krisen – P. L.]*, deren Stimmen und Erkenntnisse für diese transformative Agenda von zentraler Bedeutung sind. Es sind ihre Geschichten, ihre Widerstandsfähigkeit und ihre Fürsprache, die die Dringlichkeit dieser Arbeit untermauern und uns auf dem Weg zu einer integrativeren und mitfühlenderen Welt inspirieren. Dieser Leitfaden ist eine unverzichtbare Ressource für politische Entscheidungsträger, Praktiker und Befürworter gleichermaßen und bietet praktische und umsetzbare Strategien, um den Fortschritt zu beschleunigen und gleichzeitig die Rechte und die Würde der Hilfesuchenden zu schützen. (Modul 1, S. VI)

Die neuen WHO-Leitlinien

Weltweit wachse die Dynamik für eine rechtebasierte, personenzentrierte und genesungsorientierte Politik und für Aktionspläne zur psychischen Gesundheit, schreibt die WHO einleitend. Ziel sei es, einen gerechten Zugang zu qualitativ hochwertigen Diensten im Rahmen der universellen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Eine wichtige Rolle spielt dabei die UN-Konvention der Menschen mit Behinderung (CRPD). In Modul 1 („Einführung, Zweck und Verwendung der Leitlinien“) betont die WHO deren Bedeutung und erläutert das Prinzip einer betroffenenorientierten unterstützten Entscheidungsfindung:

> Die CRPD beschreibt unterstützte Entscheidungsfindung als System, das verschiedene Unterstützungsoptionen bietet, die es einer Person ermöglichen, ihre Rechtsfähigkeit auszuüben und Entscheidungen mit Unterstützung zu treffen. 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 deren Willen und Präferenzen sein. (…)
>
> Einleitung, Zweck und Anwendung der Leitlinien beschreiben die wichtigsten Überlegungen zur Politik im Bereich der psychischen Gesundheit sowie die Herausforderungen und den dringenden Bedarf an Reformen zur Bewältigung der sozialen und strukturellen Bedingungen. Sie betonen die Notwendigkeit, sich an internationalen Menschenrechtsrahmen zu orientieren, heben wesentliche Faktoren hervor und schlagen eine neue Ausrichtung für eine faire und rechtebasierte Unterstützung der psychischen Gesundheit vor. (S. VIII / XIV)

Gleichzeitig fordert die WHO psychiatrische Einrichtungen auf, sich von der Anwendung von Zwang zu verabschieden:

> Die Verankerung der Politik in einem menschenrechtsbasierten Ansatz erfordert eine ausdrückliche Bezugnahme auf die Rechte und Grundsätze, die in der CRPD festgelegt sind, einschließlich Gleichheit, Rechtsfähigkeit, Zwangsfreiheit, Beteiligung, Einbeziehung der Gemeinschaft und des Recovery-Ansatzes. Diese sollten alle Aspekte der Reform beeinflussen: von der übergreifenden Vision und den Werten bis hin zu spezifischen Politikbereichen, Richtlinien, Strategien und Maßnahmen. Ein rechtebasierter Ansatz sollte sich nicht auf einen separaten Abschnitt der Politik beschränken, sondern in die gesamte Politik integriert sein. (…)
>
> Zwangspraktiken wie unfreiwillige Einweisung, unfreiwillige Behandlung, Isolation und die Anwendung körperlicher, mechanischer oder chemischer Zwangsmaßnahmen sind in psychosozialen Diensten in aller Welt weit verbreitet. Es gibt jedoch keine Belege dafür, dass diese Praktiken irgendwelche Vorteile bieten, während sie nachweislich physische und psychische Schäden, Entmenschlichung, Traumata und eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit verursachen sowie das Vertrauen in die Dienste untergraben. Diese Praktiken können sich auch negativ auf Familienmitglieder und psychosoziale Fachkräfte auswirken; sie können junge Fachkräfte davon abhalten, in diesem Bereich tätig zu werden, und sie können diejenigen demotivieren, die bereits in diesem Bereich arbeiten. (S. 3f.)

Strategien für die Umsetzung

In der Einleitung zu Modul 2 benennt die WHO die anstehenden nächsten Schritte:

> Wichtige Reformbereiche, Richtlinien, Strategien und Maßnahmen für die Politik im Bereich der psychischen Gesundheit und strategische Aktionspläne beschreiben fünf wichtige Politikbereiche für Reformen, wobei jede Diskussion mit einem Überblick über die wichtigsten Herausforderungen beginnt und eine Reihe von politischen Richtlinien, Strategien für deren Umsetzung und potenzielle Maßnahmen für die Umsetzung enthält.

Zu den wichtigen Rollen und Funktionen von Aufsichtsbehörden und -gremien gehöre es „sicherzustellen, dass schwerwiegende, invasive oder irreversible Eingriffe (zum Beispiel Psychochirurgie, Elektrokrampftherapie) nicht oder nur mit freier und informierter Zustimmung vorgenommen werden …“ (S. 26)

Als zentrale Herausforderung sieht die WHO eine personenzentrierte, genesungsorientierte und rechtebasierte Unterstützung. Diese zeichne sich durch die Abkehr von der Dominanz des biologischen Ansatzes in der Psychiatrie aus und schließe die Aufklärung über Behandlungsrisiken einschließlich des Risikos der körperlichen Abhängigkeit von Psychopharmaka ebenso ein wie die Unterstützung beim Absetzen:

> Weltweit stützen sich die psychosozialen Dienste in erster Linie auf Psychopharmaka und biomedizinische Interventionen. Obwohl diese für die Genesung wichtig sein können, wird ihnen zu viel Bedeutung beigemessen, und Studien haben große Bedenken hinsichtlich der übermäßigen Abhängigkeit von Psychopharmaka und problematischen Aspekten geäußert, darunter unvollständige Informationen über unerwünschte Wirkungen (einschließlich des schwerwiegenden Entzugssyndroms, das bei manchen Menschen auftreten kann, wenn sie die Einnahme von Psychopharmaka beenden); potenzielle Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, wenn die Menschen viele Medikamente einnehmen (Polypharmazie); fehlende sichere Überwachung und Verschreibung ohne informierte Zustimmung; und hohe Verschreibungsraten. Die Dienste sollten Psychopharmaka mit Bedacht verschreiben, ein sicheres Absetzen unterstützen und wirksame lebensstilbezogene, körperliche, psychologische, soziale und wirtschaftliche Interventionen anbieten, um das psychische Wohlbefinden zu verbessern. (S. 86)

Neue Lehrpläne braucht das Land!

Um psychosoziale Dienste in die Lage zu versetzen, menschenrechtsbasiert und angemessen

auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen, sollten die Lehrpläne unter Berücksichtigung der spezifischen Rollen und Aufgaben der einzelnen Berufe angepasst werden. Dabei nennt die WHO unter anderem diese Schwerpunktthemen:

> *Menschenrechte, Einbeziehung der Gemeinschaft und Genesungsansätze*. Nutzung von Menschenrechtsrahmen zur Untermauerung von Versorgung und Unterstützung, u. a. zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung, zur Beseitigung von Zwangsmaßnahmen, zur Gewährleistung der Achtung der Rechtsfähigkeit und zur Erfüllung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen. (…)
>
> *Körperliche Gesundheit, Lebensstil, psychologische, soziale und wirtschaftliche Interventionen*. Verstehen, wie man Menschen eine Reihe von Interventionen anbietet und vermittelt; Interventionen, die evidenz- und rechtebasiert sind, um einen umfassenden Ansatz zur Behandlung der psychischen Gesundheit zu bieten.
>
> *Medikamentöse Interventionen*. Einschließlich der sicheren Verschreibung, des Gebrauchs, des Absetzens und der Behandlung von Entzugserscheinungen und unerwünschten Wirkungen. (…)
>
> *Verständnis und Reaktion auf die sozialen und strukturellen Determinanten der psychischen Gesundheit in klinischen und gemeindenahen Einrichtungen*. Zu diesen Determinanten gehören: Stigmatisierung und Diskriminierung, Ausgrenzung, Marginalisierung, Armut, Geschlecht (z. B. Ungleichheit und schädliche Geschlechternormen), fehlende oder niedrige Bildung, Arbeitslosigkeit, instabile Wohnverhältnisse, Ernährungsunsicherheit, gesundheitliche Notlagen, Klimawandel, Umweltverschmutzung, humanitäre Krisen, Zwangsumsiedlung und Migration, Gewalt und Missbrauch sowie Einsamkeit und soziale Isolation. (…)
>
> *Partizipative Ansätze*. Zusammenarbeit mit Menschen mit eigener Erfahrung, Familien, Fachleuten aus verschiedenen Sektoren und anderen relevanten Gruppen, um das Wissen und die Erfahrung der Beteiligten zu schätzen und zu nutzen. (S. 81)

Multidisziplinäre Teams, Orientierung an Stärken

Als wichtig sieht es die WHO an, von der Fokussierung auf Krankheitseinsicht und Compliance wegzukommen und einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen, der das gesamte Spektrum des Unterstützungsbedarfs der Menschen berücksichtigt:

> Diese politische Richtlinie geht vom biomedizinischen Modell zu einem ganzheitlichen, personenzentrierten, genesungsorientierten und rechtebasierten Ansatz über, in dessen Mittelpunkt die informierte Zustimmung und das Recht der Person auf eine eigene Entscheidung stehen. Sie schafft einen neuen Rahmen für die Einschätzung (Assessment) von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen, der sich auf ihren Unterstützungsbedarf und ihre Herausforderungen konzentriert. Bei den Einschätzungen wird ein Ansatz verfolgt, der sich an den Stärken der Betroffenen orientiert und auf ihre individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Ressourcen konzentriert und nicht einzig auf ihre Probleme. Dabei werden wichtige Lebensbereiche wie Beziehungen, Arbeit, Bildung, Wohnen und Integration in die Gemeinschaft in den Vordergrund gestellt und gleichzeitig alle Diskriminierungen und Barrieren analysiert, denen die Menschen ausgesetzt sind. Dieser Rahmen vermeidet die Pathologisierung und Übermedikalisierung von psychischen Erkrankungen und Problemen. (S. 87)

Checklisten für Situationsanalysen

Modul 3 („Verfahren zur Entwicklung, Umsetzung und Bewertung der Politik und der stra-

tegischen Aktionspläne zur psychischen Gesundheit") enthält Checklisten für die wichtigsten Komponenten von politischen und strategischen Aktionsplänen und den Prozess zu ihrer Entwicklung. Hierzu gehören eine Situationsanalyse, eine Analyse des Kontextes, der Prioritäten, der Herausforderungen und Chancen einer personenzentrierten, genesungsorientierten und rechtebasierten und Unterstützung:

> Internationale Menschenrechtsstandards betonen das Recht auf evidenzbasierte und menschenrechtsbasierte Interventionen, die den Lebensstil, psychologische, soziale und wirtschaftliche Interventionen sowie Psychopharmaka einschließen. Die Beurteilung sollte die Arten von Maßnahmen aufzeigen, die in jeder Dienstleistungskategorie angeboten werden. Es sollte beschrieben werden, ob die Beurteilung des Unterstützungsbedarfs der Anforderung an eine vollständige und informierte Zustimmung entspricht und wie die Dienste sicherstellen, dass die Eingriffe, einschließlich Psychopharmaka, mit dem Willen und den Präferenzen der Person übereinstimmen. (S. 14)

Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im WHO-Papier

Hinsichtlich der Verabreichung von EKT empfiehlt die WHO:

> In Ländern, in denen die Elektrokrampftherapie (EKT) angewandt wird, darf dieser Eingriff nur mit schriftlicher oder dokumentierter, freier und informierter Zustimmung der betroffenen Person durchgeführt werden. (...) Die Anwendung von EKT bei Kindern wird nicht empfohlen und sollte gesetzlich verboten werden. (S. 15)

Dringender Reformbedarf

„Eine Reform der Politik im Bereich der psychischen Gesundheit ist dringend erforderlich", lesen wir in Modul 4 („Länderspezifische Szenarien"), und weiter:

> Psychische Gesundheit ist zu einer globalen Priorität geworden, die anerkanntermaßen jeden Aspekt des Lebens beeinflusst – vom emotionalen und sozialen Wohlbefinden bis hin zu körperlicher Gesundheit, sozialen Beziehungen und gesellschaftlichem Engagement. Sie ist ein lebenswichtiges Gut, das geschützt und gefördert werden sollte, damit die einzelnen Menschen und die Gesellschaft gedeihen können. Um dies zu erreichen, müssen die Regierungen solide politische Strategien und Ansätze entwickeln, um den Bedürfnissen ihrer Bevölkerung im Bereich der psychischen Gesundheit gerecht zu werden und gleichzeitig das psychische Wohlbefinden kontinuierlich zu schützen und zu fördern. Als Reaktion darauf gibt es eine wachsende Dynamik für eine Politik, die im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsverpflichtungen einen rechtebasierten, personenzentrierten und genesungsorientierten Ansatz verfolgt, wie dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und dem *Umfassenden Aktionsplan für psychische Gesundheit 2013–2030* der WHO. Bei diesen Ansätzen geht es vor allem darum, Stigmatisierung und Diskriminierung zu bekämpfen und sicherzustellen, dass die Autonomie, die Würde und die Rechte der Menschen geachtet werden. Sie betonen auch, dass die psychische Gesundheit als Kernbestandteil der universellen Gesundheitsversorgung integriert werden sollte, und betonen die universelle Notwendigkeit eines gleichberechtigten Zugangs zu umfassenden, hochwertigen psychosozialen Diensten unabhängig vom sozioökonomischen Status oder der geografischen Lage der Menschen.
>
> Trotz dieser globalen Verpflichtungen fehlt es in vielen Ländern noch immer an Strategien und Plänen zur psychischen Gesundheit, die mit den internationalen Menschenrechtsnormen in Einklang stehen oder die umfassenderen gesellschaftlichen Faktoren, die die psychische Gesundheit beeinflussen, berücksichtigen. Alle Länder, die den *Umfassenden Aktionsplan für psychische Gesundheit 2013–2030* der WHO angenommen haben, haben sich verpflichtet, nationale Leitli-

> nien und Strategien zu entwickeln, zu aktualisieren und umzusetzen … (S. XIV)

Maßnahmenverzeichnis

In Modul 5 begründet die WHO die Notwendigkeit eines umfassenden Verzeichnisses von Politikbereichen, Richtlinien, Strategien und Maßnahmen für die psychische Gesundheit:

> Es kann Diskussionen über politische Reformen und Planungen mit Mitarbeitern und wichtigen Interessengruppen erleichtern. Ein umfassender Ansatz hilft politischen Entscheidungsträgern bei der schnellen Beurteilung von Schlüsselelementen, die in ihrem psychosozialen System oder ihrer Politik vorhanden sind, fehlen oder verstärkt werden müssen.

Fazit

Die WHO-Leitlinien sprechen eine klare Sprache: Es geht um einen weltweiten medizinisch-wissenschaftlichen Konsens über menschenrechtbasierte Dienste, ganzheitliche Einschätzungen und Behandlungsansätze, Überwindung des biomedizinischen Krankheitsmodells, die Einbeziehung des Erfahrungswissens von Betroffenen, interdisziplinäre Teams, rechtskonforme Aufklärung über Behandlungsschäden, unterstützte Entscheidungsfindung, Unterlassung von Zwang etc. Die Leitlinien haben keine Rechtskraft. Sie stellen lediglich Empfehlungen für Regierungen, Verwaltungen, Kliniken und Organisationen mit Entscheidungsgewalt dar.

Umso wichtiger ist es, dass im psychiatrischen Bereich aktive Organisationen, die immer noch dem biomedizinischen Modell anhängen und sich noch nicht zu den Forderungen der UN-Behindertenkonvention, der Weltgesundheitsorganisation und des Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Menschenrechte bekannt haben, über ihre Schatten springen: dass sie

- bereit sind, in Kooperation mit gleichgesinnten Personen und Verbänden Wege zur Umsetzung der WHO-Leitlinien zu beschreiten,
  Maßnahmen gegen die strukturelle Verabreichung von Psychopharmaka ohne informierte Zustimmung treffen,
  strukturelle Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka aufbauen,
  die mit schwerwiegenden Entzugssyndromen einhergehende Leiden ernst nehmen und
  überprüfbare Aufklärungsformate einführen.

Man darf gespannt sein, welche konkreten Schritte Gesundheitsministerien, DGPPN, DGSP und andere Organisationen zur Umsetzung der neuen WHO-Leitlinien unternehmen oder ob sie diese wie bisher weiterhin schlichtweg ignorieren.

Anmerkungen

Danke an Dr. Martin Zinkler für die Hilfe bei der Auswahl der Textpassagen und ihrer Übersetzung.

Die Verwendung des euphemistischen Begriffs „Therapie“ in Zusammenhang mit Elektroschocks geschieht einzig auf Wunsch der Redaktion von *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*.

Die Übersetzung der englischsprachigen Zitate und die in eckigen Klammern kursiv gesetzten Erläuterungen in Zitaten stammen von Peter Lehmann. ■

Quellen

Breggin, Peter Roger (1993). Auf dem Weg zum Verbot des Elektroschocks. In Kerstin Kempker & Peter Lehmann (Hrsg.), *Statt Psychiatrie* (S. 156–172). Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag. Verfügbar unter: https://antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/breggin.htm (Zugriff am 27.10.2025)

Bundesgerichtshof (BGH) (10.07.1954). Urteil VI ZR 45/54. *Neue Juristische Wochenschrift, 30/1956,* 1106–1108. Online-Ressource: https://research.wolterskluwer-online.de/document/651958f2-b589-4ec9-a6a9-1943c905db86 (Zugriff am 23.04.2025)

Bundesgerichtshof (BGH) (15.01.2020). *Beschluss XII ZB 381/19.* Verfügbar unter: https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=pm&Datum=2020-2&nr=103742&linked=bes&Blank=1&file=dokument.pdf (Zugriff am 23.04.2025)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (ohne Jahresangabe). *Kognitiv.* Wien: BMSGPK. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/K/lexikon-kognitiv.html

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) (2025). *Factsheet Elektrokrampftherapie.* Verfügbar unter: https://www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/standpunkte-stellungnahmen/factsheet-elektrokrampftherapie

Deutsches Ärzteblatt (22.08.2025). Wirtschaftliche Situation psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken angespannt. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/news/wirtschaftliche-situation-psychiatrischer-und-psychosomatischer-kliniken-angespannt-1cf22fd4-05b7-4c58-b3e8-9aff-5d087f64

Hift, Stefan & Hoff, Hans (1958). Die organische Therapie der Psychosen. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 108,* 1043–1048.

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (26.9.2024). *PEPP-Entgeltkatalog.* PEPP-Version 2025. Verfügbar unter: https://www.g-drg.de/pepp-entgeltsystem-2025/pepp-entgeltkatalog/pepp-entgeltkatalog (Zugriff am 27.10.2025)

Read, John; Johnstone, Lucy; Price Hancock, Sarah; Harrop, Chris; Morrison, Lisa & Cunliffe, Sue (2025). A survey of 1144 ECT recipients, family members and friends: Does ECT work? *International Journal of Mental Health Nursing, 34* (4), e70109, https://doi.org/10.1111/inm.70109

Selbach, Hans (1960). Klinische und theoretische Aspekte der Pharmakotherapie des depressiven Syndroms. II. Regel-theoretische Ansätze. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 110,* 264–268

Selbach, Hans (1963). Diskussionsbemerkung. In Johann Daniel Achelis & Hoimar von Ditfurth (Hrsg.), *Starnberger Gespräche 2* (S. 73). Stuttgart: Thieme.

Somatics LLC (2021). *Thymatron® System IV. User Manual. UM-TS4, Rev. 22,* S. 1. Venice, FL: Somatics LLC.

Von Braunmühl, Anton (1947). *Insulinshock und Heilkrampf in der Psychiatrie. Ein Leitfaden für die Praxis* (2., verbesserte und vermehrte Auflage). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

World Health Organization (WHO) (24.03.2025). *Guidance on mental health policy and strategic action plans.* Genf: WHO. Retrievable from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240106796 (Zugriff am 23.04.2025)

Zilles-Wegner, David; Gather, Jakov; Alkomiet, Hasan; Müller, Jürgen L.; Pollmächer, Thomas; Simon, Alfred; Steinert, Tilman & Sartorius, Alexander (05.03.2025). Zugang zur Elektrokonvulsionstherapie bei Menschen mit fehlender Einwilligungsfähigkeit und als Behandlung gegen den natürlichen Willen. Expertenkonsensus und Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). *Nervenarzt*. https://doi.org/10.1007/s00115-025-01816-8 (Zugriff am 23.04.2025)

Zinkler, Martin; Beine, Karl; von Cranach, Michael; Osterfeld, Margret; Kaiser, Martin; Weinmann, Stefan & Aderhold, Volkmar (2018). Zwangsbehandlung mit Elektrokrampftherapie – wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie. *Nervenarzt, 89,* 837–838 (2018). Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/325880130_Zwangsbehandlung_mit_Elektrokrampftherapie_-_wissenschaftlich_ungesichert_und_menschenrechtlich_fragwurdige_Therapie (Zugriff am 27.10.2025)

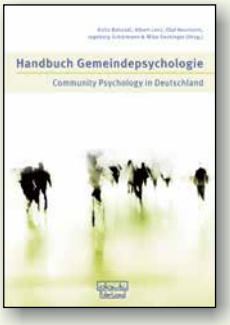
Über den Autor

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, Autor, Verleger & Fortbildner. Inhaber des Antipsychiatrieverlages. Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie. Patientenvertreter im G-BA. Mehr unter www.peter-lehmann.de

Kontakt

E-Mail: mail@peter-lehmann.de

Copyright 2025 by Peter Lehmann, Berlin. Alle Rechte vorbehalten.



Asita Behzadi, Albert Lenz, Olaf Neumann,
Ingeborg Schürmann & Mike Seckinger (Hrsg.)

Handbuch Gemeindepsychologie

Community Psychology in Deutschland

2023, 1072 Seiten, Hardcover, EUR 88,–
(ermäßigt für DGVT-Mitglieder: EUR 70,–)
ISBN 978-3-87159-174-7
Auch als E-Book erhältlich:
EUR 81,99 | ISBN 978-3-87159-474-8

Henriettenweg 3 • 72072 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 79 28 50
E-Mail: mail@dgvt-verlag.de • Internet: www.dgvt-verlag.de

DGVT-Verlag