

Zwangswise Elektroschocks als besondere Wohltat für alle?

 madindeutschland.org/zwangswise-elektroschocks-als-besondere-wohltat-fuer-alle

19. Mai 2026

Im März 2025 publizierte *Der Nervenarzt*, das Mitteilungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), ein von Anhängern der Elektroschocks (»Elektrokrampftherapie«) verfasstes und von ihrem Vorstand mitgetragenes sogenanntes Consensuspapier. 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. Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) spricht sich als sozialpsychiatrischer Interessenverband zwar formell gegen zwangswise Elektroschocks aus, stützt jedoch die Position der DGPPN, indem sie die Erzählung anderer Elektroschockbefürworter verbreitet, es gäbe für Hochdosis-Elektroschocks einen klaren Effektivitätsnachweis hinsichtlich einer antidepressiven Wirkung. 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 eingeholter 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 DGSP lehnt zwar zwangsweise verabreichte Elektroschocks ab, empfiehlt aber Hochdosis-Elektroschocks, indem sie die Erzählung verbreitet, wonach diese die Neuroplastizität im Gehirn fördern und es »für Menschen mit depressiven Störungen für bilaterale, Hochdosis- bzw. Kurzpuls-EKT-Behandlungen einen klaren Effektivitätsnachweis hinsichtlich einer antidepressiven Wirkung« (DGSP 2025a, S. 2) gebe. Dabei bezieht sich dieser psychiatrische Interessenverband kritiklos auf einen Artikel von Autoren, die unter massiven Interessenkonflikten stehen und Berichte von Betroffenen über Elektroschockschäden willkürlich in Abrede stellen (Meechan et al. 2022).

Hintergrund dieser Initiativen sind

a) zunehmend bekannt werdende psychopharmakologisch bedingte Veränderungen im Neurotransmittersystem (Fava & Offidani 2011; Chouinard et al. 2017),

b) finanzielle Anreize für psychiatrische Kliniken, mit der immensen Vergütung von Elektroschocks auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung Geld zu erwirtschaften,

c) noch bestehende juristische Schranken, die Psychiater überwinden wollen, um ihren Anspruch auf die Verabreichung zwangsweiser Elektroschocks ohne Einschränkung durchzusetzen, und

b) gemeinsame Bestrebungen der DGPPN und DGSP hinsichtlich Registrierung von zwangsuntergebrachten Menschen, denen man Fremdgefährdung unterstellt, um nach ihrer Klinikentlassung eine konsequente Dauerbehandlung zu gewährleisten (DGPPN 2025; DGSP 2025a).

Für Psychiatriebetroffene, die ein Leben in Freiheit und Würde wollen, dürfte die Vorstellung, der Gefahr fortgesetzter zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ausgesetzt zu sein, den größtmöglichen Horror darstellen – abgesehen von den hoffentlich für immer aus dem psychiatrischen Behandlungsarsenal verschwundenen Methoden des Insulin- oder Cardiazolschocks sowie der Lobotomie und Zwangssterilisation.

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 Refraktärität, 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 provoziertes 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 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 Elektroschockten ihre Behandlung gutheißen. Es bestehe ein medizinisch-wissenschaftlicher Konsens, dass eine gesonderte und zum Teil restriktivere Handhabung im Vergleich zu Psychopharmaka 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« (Zilles-Wegner et al. 2025), müssten beseitigt werden.

Was sagen Gerichte, Bundesärztekammer, WHO, UN?

2020 lehnte der Bundesgerichtshof (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 Elektroschockten 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 komplett 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, Elektrokrampftherapie) nicht oder nur mit freier und informierter Zustimmung vorgenommen werden...« (2025b, S. 26)

Es würde überraschen, wenn Elektroschockanhänger die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ernst nähmen. 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.

Ohne informierte Zustimmung verabreichte Elektroschocks verletzen das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit sowie das Recht, frei und informiert in eine Behandlung einzuwilligen 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 voreuseilenden Zustimmung verleitet werden soll, beispielsweise mit der hier zitierten Formulierung. Diese beschwört ein Unheilsszenario herauf, sollte man angebotene Elektroschocks ablehnen. Gleichzeitig bleiben jedoch mögliche dauerhafte und irreversible gesundheitliche und soziale Elektroschockrisiken und -schäden komplett außen vor:

»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)

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 verfügbaren 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). Es beschleicht einen den Verdacht, dass sich Elektroschockanhänger von einem Nein zu Elektroschocks

geradezu zu einer zwangsweisen Verabreichung von Elektroschocks getriggert fühlen.

Wirkungen, Auswirkungen und Wirksamkeit 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 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 gute ›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 6 und 8 Sekunden durch den Kopf geleitet. Die Stromstärke beträgt ca. 0,9 Ampere, die Stromspannung liegt typischerweise zwischen 70 und 120 Volt, manchmal auch bei bis zu 480 Volt. 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-prozentigen Steigerung der Stromdosis.

Vor der Stromdurchleitung durch das Gehirn werden die Betroffenen hierzulande in der Regel narkotisiert. Zudem erhalten sie Muskelrelaxanzien, wodurch sie für kurze Zeit nicht mehr selbst atmen. Um in dieser Phase den Sauerstoffgehalt im Blut aufrechtzuerhalten, verwendet man zur Beatmung eine Larynxmaske (Kehlkopfmaske). Diese Prozedur führt als Nebeneffekt dazu, dass der vom Elektroschock ausgelöste große Krampfanfall nicht mehr sichtbar ist, er findet ›nur noch‹ im Gehirn und in bewusstlosem Zustand statt. Betäubungsmittel und Muskelrelaxanzien geben dem Elektroschock allerdings 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).

In der Öffentlichkeit bestreiten Psychiater die Risiken und Schäden des Elektroschocks. Insofern lohnt sich der Blick in das Anwendungshandbuch der Herstellerfirma Somatics LLC zu ihrem aktuell hierzulande gebräuchlichen Elektroschockapparat *Thymatron System IV*. Unter Verweis auf einen Bericht der American Psychiatric Association (APA) weist die Firma schon auf der ersten Seite auf das Risiko massiver zentralnervöser Schäden hin:

»Es ist unerlässlich, dass Ärzte, die die Anwendung des Thymatron System IV Geräts planen, die Warnungen und Empfehlungen des Task Force Reports der American Psychiatric Association, dargelegt in ›The Practice of Electroconvulsive Therapy‹ (APA 2001), lesen und befolgen. Dort heißt es unter anderem: ›Eine kleine Minderheit der mit EKT behandelten Patienten berichtet später über *verheerende kognitive Folgen*. Patienten können angeben, dass sie eine dichte Amnesie haben, die weit in die Vergangenheit für Ereignisse von persönlicher Bedeutung zurückreicht, oder dass breite Aspekte der kognitiven Funktion so stark beeinträchtigt sind, dass die Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihren früheren Beschäftigungen nachzugehen... In einigen Selbstberichten von Patienten über tiefgreifende, durch

EKT verursachte Defizite könnte ein objektiver Funktionsverlust zum Ausdruck kommen... In seltenen Fällen kann EKT zu einer dichten und anhaltenden retrograden Amnesie (*zurückliegende Ereignisse betreffende Gedächtnisverluste*) führen, die sich über Jahre erstreckt...« (S. 1 – 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). Und Somatics listet weitere körperliche, zentralnervöse und psychische Schäden auf, mit denen gerechnet werden müsse, unter anderem Gedächtnisstörungen und Hirnschäden, Herzrhythmusstörungen und Herzinfarkt, Blutdruckstörungen, Zahntraumata, allgemeine motorische Funktionsstörungen, manische Symptome (zum Beispiel behandlungsbedingte Manie, posttraumatisches Delirium oder Erregung), neurologische Symptome (zum Beispiel Parästhesien [unangenehme, manchmal schmerzhaft Körperempfindungen mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen], Dyskinesien [Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs 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 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, Hörkomplifikationen, Verschlechterung psychiatrischer Symptome, Tötungsdelikte und Begünstigung suizidalen Verhaltens.

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. Stimmen Betroffene der Verabreichung von Elektroschocks zu, werden sie tendenziell problemlos als einwilligungsfähig beurteilt. Lehnen sie die Maßnahme jedoch ab, wird dies gerne als Symptom einer krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit gewertet. Dann schalten handlungsbereite Psychiater Betreuungsgerichte ein, um im angeblichen Betroffeneninteresse 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. 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. Die fehlenden Beweise dafür, dass die EKT wirksamer ist als Placebo, und die 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)

Die geldwerte klinische Erfahrung mit Elektroschocks

Read und Kolleginnen erklärten, dass ihre ermittelten Häufigkeitsangaben eigentlich noch höher sein müssten, da 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).

Es würde überraschen, wenn sich Elektroschockanhänger negativ über ihre bevorzugte Behandlungsmethode äußern. Gern verweisen sie auf eine evidenzbasierte positive Wirkung. 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 1.302 € pro Tag berechnet werden (InEK GmbH 2024; UKB 2024). Weitere Zuschläge sind bei komplexen diagnostischen Konstellationen und erhöhtem Betreuungsaufwand vorgesehen. Obwohl 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« (2025) lässt sich nachlesen, wo man die meisten Elektroschocks verabreicht. Naturgemäß führen Kliniken des erzkonservativen Bayern diese Liste an. Kliniken des Spitzenverbandes Diakonie belegen immerhin »gute« Mittelplätze. Zu nennen sind unter anderem die Evangelische Stiftung Tannenhof in Remscheid, das Evangelische Klinikum Bethel (Bielefeld) und das Evangelische Krankenhaus Bethanien in Greifswald.

Lebensrettende und willkommen geheiene Elektroschocks?

Würden Toleranzbildungen 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. In ihrem Beitrag zum aktuellen psychiatrischen Standardwerk »Elektrokonvulsionstherapie kompakt« schreiben Mark Berthold-Losleben und Michael Grözinger:

»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 sich Elektroschocks so auswirken, dass sie ihre quälenden Gefühle 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 nahestehende Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG 2025) diesem Standpunkt 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 Tatsachen, dass man diese Methode weltweit mehrheitlich – zu 70 % – bei Frauen einsetzt und dass fortgesetzte natürliche epileptische Anfälle bei ca. 50 % der Betroffenen zu einer chronischen psychischen Veränderung, das heißt zu einer Wesensveränderung führen, so Walter Fröscher von der Neurologischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Ulm in seinem Neurologie-Lehrbuch (1991, S. 606). Bei den organisch bedingten Langzeitveränderungen nannte er unter anderem »episodisch auftretende Psychosen sowie persistierende (*anhaltende*) gewöhnlich paranoide oder paranoid-halluzinatorische chronisch schizophreniforme Psychosen« (ebd.).

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 psychosozial Tätige. Eine wissenschaftliche nicht-psychiatrische Sicht legt nahe, bei der bestehenden Gesetzeslage aus medizin-ethischen Erwägungen für Elektroschocks besonders restriktive Maßstäbe anzulegen.

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 Nonkonformisten – als gäbe es keine ernstzunehmenden Risiken und Schäden bei modernen Elektroschocks 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« (zitiert nach: Ganter 2021), erklärte beispielsweise Annette Brühl, Chefärztin an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und Beraterin bei der Erstellung des DGPPN-Consensuspapiers in einem Interview; eine ›sehr geringe Strommenge‹ löse einen generalisierten, das heißt großen epileptischen Anfall aus, wodurch das Gehirn ›in Schwung gebracht‹ werde. »Der durch die EKT verursachte Anfall alarmiert das Gehirn, das daraufhin Hunderte Wachstumsprozesse in Gang setzt« (zitiert nach: Weber 2026, S. 2), erklärte der Elektroschockanhänger Alexander Sartorius vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim einem gutgläubigen Journalisten der *Süddeutschen Zeitung*, der diese Behauptung prompt am 1. April 2026 (kein Aprilscherz) bedenkenlos unkritisch kolportierte.

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 Veränderungen in Gehirnen 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 bis 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). Gliaaktivierung als Folge fortgesetzter epileptischer Anfälle bei Menschen nannte auch Fröscher (1991, S. 585); diese krankhafte anatomische Veränderung trete im Kleinhirn, in der Großhirnrinde und im Thalamus auf. Letzterer ist eine zentrale Struktur im Zwischenhirn, gilt als Tor zum Bewusstsein, filtert und sortiert die meisten eingehenden Sinnesinformationen und steuert Aufmerksamkeit, Emotionen u.v.m.

Einer der weltweit größten Elektroschockanhänger ist Harold Sackeim, 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.

Psychosozial Tätigen, 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 diese Frage: Schweigen und mitmachen oder Zivilcourage zeigen und widersprechen?

Anmerkung

Die Übersetzungen der englischsprachigen Zitate und die in Zitaten in Klammern kursiv gesetzten Erläuterungen stammen vom Autor.

Quellen

Alle Internetzugriffe erfolgten am 2. April 2026.

- APA – American Psychiatric Association (Hg.) (2001). *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for treatment, training and privileging – A Task Force Report*. Washington: American Psychiatric Association Publishing
- 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 (o. J.). »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*. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag. Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/breggin.htm>
- Bundesärztekammer (2003). *Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme*. Online-Ressource [https://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/bundesa%CC%88rztekammer-2003-stellungnahme-zur-elektrokrampftherapie-\(-ekt-\)-als-psychiatische-behandlungsma%C3%9Fnahme.pdf](https://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/bundesa%CC%88rztekammer-2003-stellungnahme-zur-elektrokrampftherapie-(-ekt-)-als-psychiatische-behandlungsma%C3%9Fnahme.pdf)
- Chouinard, G., Samaha, A.-N., Chouinard, V.-A. et al. (2017). Antipsychotic-induced dopamine supersensitivity psychosis: Pharmacology, criteria, and therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 189-219
- 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>
- Deutsches Ärzteblatt (22.8.2025). *Wirtschaftliche Situation psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken angespannt*. Online-Publikation <https://www.aerzteblatt.de/news/wirtschaftliche-situation-psychiatrischer-und-psycho-somatischer-kliniken-angespannt-1cf22fd4-05b7-4c58-b3e8-9aff5d087f64>
- DGPPN – Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2024). *Patientenverfügung für den Bereich der psychischen Gesundheit*. Version 1.0. Online-Ressource https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/db5562c2b524293c99525f3e28c1accb6d62d16e/2024-04-24_Psychiatische_Patientenverf%C3%BCgung_DGPPN_Formular.pdf

- DGPPN – Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (Juni 2025). *Prävention von Gewalttaten*. Positionspapier. Online-Ressource https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/4a43e25e5cbbd478eabca991860146cdb4c501e5/DGPPN_Positionspapier_Prävention_von_Gewalttaten_05022026_web.pdf
- DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (5.9.2025a). *Factsheet Elektrokrampftherapie*. Online-Ressource https://www.dgsp-ev.de/images/Stellungnahmen/2025/20250905_DGSP_Factsheet_EKT_1.pdf
- DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (Juni 2025b). *Positionspapier der DGPPN: Prävention von Gewalttaten*. Online-Publikation <https://www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/standpunkte-stellungnahmen/praevention-von-gewalttaten-juni-2025>
- 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). Dresdener 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 <https://www.peter-lehmann.de/articles/enusp/dd-deutsch.pdf>
- Fava, G. A. (2023). *Antidepressiva absetzen – Anleitung zum personalisierten Begleiten von Absetzproblemen*. Stuttgart: Schattauer
- Fava, G. A. & Offidani, E. (20.8.2011). The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 1593-1602
- Fröscher, W. (1991). *Lehrbuch Neurologie mit Repetitorium*. Berlin & New York: de Gruyter
- Ganter, K. (20.1.2021). Annette Brühl therapiert in Basel Depressionen mit elektrischen Impulsen – »Wir kitzeln das Hirn«. *Badische Zeitung*, 21. Online-Ressource <https://www.badische-zeitung.de/annette-bruehl-therapiert-in-basel-depressionen-mit-elektrischen-impulsen-199573999.html>
- Guhra, M., Kreisel, S. H., Zilles-Wegner, D. et al. (2025). Elektrokonvulsionstherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Der 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 Psychosen. *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/39.-Johnstone-L.1999.-Adverse-Psychological-Effects-of-ECT.pdf>
- Klinik Kompass (26.3.2025). *Kliniken für eine Elektrokonvulsionstherapie*. Onl e70109. Online-Publikation <https://doi.org/10.1111/inm.70109>
- 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 2026)
- Lehmann, P. (2023). Kompaktwissen Elektroschock – Indikationen, Wirkungsweise, Risiken, Alternativen. *Soziale Psychiatrie*, 47(3), 27-30. Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.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 (E-Book 2024)
- Meechan, C. F., Laws, K. R., Young, A. H. et al. (2022). A critique of narrative reviews of the evidence-base for ECT in depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 31:e10. Online-Publikation <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridgecore/content/view/9661DA40F061600ED202C716C154E4BB/S2045796021000731a.pdf/a-critique-of-narrative-reviews-of-the-evidence-base-for-ect-in-depression.pdf>
- 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. 201-208). 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). Online-Publikation <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/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*. UM-TS4, Rev. 22. 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 BpflV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BpflV*. Online-Ressource https://www.ukbonn.de/site/assets/files/41479/01032024_pepp_entgelttarif_ukb.pdf
- Weber, C. (1.4. 2026). Warum Psychiater die Therapie mit Stromschlägen verteidigen. *Süddeutsche Zeitung, Online-Ausgabe*. Online-Publikation <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/therapie-stromschlaege-psychiater-wirksamkeit-who-kritik-li.3348002?reduced=true>
- 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://www.klinikkompass.com/kliniken-fuer-eine-elektrokonvulsionstherapie>
- 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_Zwangsbehandlung_mit_Elektrokrampftherapie_-_wissenschaftlich_ungesichert_und_menschenrechtlich_fragwuerdige_Therapie

Mad in Deutschland veröffentlicht Blogbeiträge einer vielfältigen Gruppe von Autor:innen. Diese Beiträge sollen zur Diskussion über Psychiatrie und ihre Behandlungsmethoden in Deutschland anregen. Die geäußerten Meinungen sind die der Autor:innen.



Peter Lehmann

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, Autor und Verleger in Berlin. 1987 Gründungs- und seither Vorstandsmitglied von PSYCHEX (Schweiz). Gründungsmitglied und bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP). Patientenvertreter der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Partner des International Institute for Psychiatric Drugs Withdrawal (IIPDW; Internationales Institut zum Absetzen von Psychopharmaka). Blogger auf Mad in America und Mad in Deutschland. Verschiedene Buchpublikationen, zuletzt „Humanistische Antipsychiatrie – Texte aus 45 Jahren“ (August 2025). Mehr auf seiner Webseite: www.peter-lehmann.de