

# **Elektrokonvulsionstherapie: Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz**

**Psychotherapie und Pharmakotherapie haben bei der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte gemacht. Gleichzeitig zeigt sich immer deutlicher, dass auch bei optimaler Anwendung nicht alle Patienten ausreichend auf diese Therapien ansprechen. Mit der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) steht insbesondere für depressive Störungen, aber auch für schizophrene Psychosen eine ergänzende Therapiemethode zur Verfügung, die selbst bei schwer kranken Patienten oft hervorragende Ergebnisse zeigt. Unter der Federführung des länderübergreifenden Referats „Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie“ wollen die vier nachfolgend genannten Fachgesellschaften von Deutschland, Südtirol, Österreich und der Schweiz mit dieser Stellungnahme auf die wissenschaftliche Evidenz und die bestehenden Empfehlungen aufmerksam machen. Sie setzen sich gemeinsam für einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz der EKT ein. Nur so kann die Therapiemethode optimal genutzt werden, um die Chronifizierung von Krankheitsepisoden zu verhindern.**

## **Beteiligte Fachgesellschaften**

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)  
Società Italiana di Psichiatria, Trentino Alto Adige (SIP)  
Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)  
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

## **Entwicklung und Stand der Elektrokonvulsionstherapie**

Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) wurde im Lauf ihrer fast 75 jährigen Geschichte durch technische Innovationen und qualitätssichernde Maßnahmen stetig weiterentwickelt: Im Gegensatz zur Anfangsphase der EKT ist das Indikationsgebiet heute präziser abgegrenzt und die Durchführung ausschließlich Ärzten vorbehalten. Die juristische Stellung als medizinischer Eingriff beinhaltet obligat die Aufklärung und Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters. Kurznarkose mit Muskelrelaxation, moderne Überwachungstechniken, supportive anästhesiologische Maßnahmen und schonende Stimulationsparadigmen haben das Sicherheitsprofil der EKT erheblich verbessert. Insbesondere die kognitiven Nebenwirkungen konnten durch diese Maßnahmen deutlich reduziert werden. Das Risiko für vital bedrohliche Komplikationen unterscheidet sich heute kaum von dem einer sonst üblichen Kurznarkose. Dieser moderne medizinische Standard zusammen mit der guten Wirksamkeit bei sonst therapieresistenten Störungen verleiht der EKT bei der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen einen hohen Stellenwert (Shorter 1997, Conca et al. 2004, DGPPN et al. 2010).

Die grundlegende Hypothese Ladislas Medunas zum Wirkmechanismus, der zufolge der generalisierte Krampfanfall das therapeutische Agens der EKT darstellt, besitzt auch heute noch Gültigkeit. Alle Versuche, diesen Kernbestandteil der Methode zu modifizieren, waren mit einer Einbuße an therapeutischer Wirkung verbunden. Die EKT hat ein sehr breites syndromales Anwendungsspektrum. (Swartz 2009, Baghai et al. 2004).

In den deutschsprachigen Ländern zeigt sich derzeit eine allmählich zunehmende Akzeptanz des früher stigmatisierten Verfahrens. In Deutschland wendet knapp die Hälfte der psychiatrischen Kliniken die Methode selbst an, die Anzahl der Behandlungen stieg im Lauf der letzten 13 Jahre auf das 2,5-fache an (Loh et al. 2011, Müller et al. 1998). Ähnliche Entwicklungen zeigen sich in den Nachbarländern: in Österreich wuchs die Anzahl der EKT-Zentren von 7 auf 11, in Südtirol wurden zwei Zentren im öffentlichen Bereich etabliert. In Italien gab es Mitte der 1990er Jahre in drei Regionen politische Bestrebungen, die EKT gesetzlich verbieten zu lassen, was der Oberste Gerichtshof (OGH) Italiens 2002 jedoch als verfassungswidrig verwarf. Begründet wurde das Urteil damit, dass eine evidenzbasierte Therapie nicht abgeschafft und den Patienten vorenthalten werden könne. Gleichzeitig forderte der OGH Italiens die Fachleute auf, solche fachspezifischen Anfragen in den Fachgremien nach wissenschaftlichen Kriterien zu entscheiden und nicht der Jurisprudenz zu überlassen. In der Schweiz ist die Situation infolge der kantonalen Struktur sehr heterogen. So gibt es Kantone mit einer relativ großen Akzeptanz des Verfahrens (Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Wallis, Zürich, Zug), Kantone mit eher reservierter Haltung gegenüber der EKT (Basel-Stadt, Waadt) sowie Kantone (Genf, Jura), in denen das politische Klima von Ablehnung geprägt ist. Trotz der gewachsenen Akzeptanz wird die EKT im internationalen Vergleich in den deutschsprachigen Ländern erheblich seltener als in anderen industrialisierten Ländern wie Australien, Dänemark, Großbritannien und den USA angewendet.

### **Evidenzbasierte Indikation der Elektrokonvulsionstherapie**

Die EKT wird derzeit überwiegend zur Behandlung schwerer depressiver Episoden und deren Prophylaxe eingesetzt. Bis heute gibt es eine erhebliche Anzahl von Patienten, die nur unzureichend auf antidepressive Medikamente und Psychotherapie ansprechen (Gaynes et al. 2009). Oberstes Ziel der Behandlung müssen die Vollremission der Depression und deren Erhaltung bleiben (DGPPN et al. 2010). Die EKT gilt als indiziert, wenn

- es sich um besonders schwere, z.B. vital bedrohliche, Zustandsbilder handelt (aufgrund des raschen Wirkungseintritts und der hohen Ansprechrate ist die EKT besonders bei Depressionen mit suizidalen und psychotischen Symptomen indiziert)
- EKT weniger Risiko beinhaltet als medikamentöse Therapie (manchmal bei hohem Alter, Schwangerschaft oder Medikamentenunverträglichkeit)
- EKT in der Vergangenheit bereits gut geholfen hat oder der Patient im Rahmen einer fachspezifischen Indikation EKT bevorzugt
- Therapieresistenz vorliegt (mindestens zwei lege artis durchgeführte Behandlungen mit Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen haben zu keiner Besserung geführt)

(Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 2003, Payne und Prudic 2009, DGPPN et al. 2010). Als weitere Indikationen für die EKT sind Katatonien und therapieresistente

schizophrene Erkrankungen zu nennen (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 2003).

Entgegen den dargestellten Empfehlungen wird die EKT in Deutschland, Italien, Österreich und der Schweiz weithin noch als Ultima Ratio eingesetzt. Demzufolge erhalten Patienten nur dann eine EKT, wenn sie mit anderen Therapiemethoden als nicht mehr behandelbar gelten. Manche ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter der Psychiatrie, aber auch Patienten und die allgemeine Bevölkerung haben diese Maxime leider stark verinnerlicht, was den Einsatz der EKT oft monate- bis jahrelang verzögert. Da die Episodendauer und die Anzahl der erfolglosen Therapieversuche als negative Prädiktoren für die weitere Therapie gelten (Kho et al. 2005) und die EKT eine sehr erfolgversprechende Behandlungsoption darstellt (UK ECT Review Group 2003, DGPPN et al. 2010, Folkerts 2011), sollte ihr Einsatz jedoch früh und konsequent erfolgen.

### **Warum sollte der Einsatz der EKT als Ultima Ratio überwunden werden?**

In Anbetracht der jetzigen Datenlage muss der verspätete Einsatz der EKT oder gar der generelle Verzicht auf diese Therapieoption als problematisch gelten. Bei schweren Krankheitsverläufen ist aus juristischer Sicht eine frühzeitige und adäquate Aufklärung über die Behandlungsalternative EKT zu fordern. In Deutschland, Italien und Österreich gibt es Gesetze und Urteile, die eine Behandlung von Patienten ohne umfassende Aufklärung über alternative Therapiemöglichkeiten wie die EKT sehr angreifbar macht. Hinsichtlich der praktischen Rechtsprechung gilt dies ebenfalls für die Schweiz, wenn sich auch die gesetzlichen Grundlagen der Kantone unterscheiden. Damit ist der Arzt verpflichtet, über die Möglichkeit der EKT aufzuklären, sobald sie eine Erfolg versprechende Behandlungsoption darstellt.

Frühzeitige Aufklärung bedeutet, dass Patienten mit depressiven Episoden spätestens nach zwei erfolglosen standardgemäßen Behandlungen mit Antidepressiva und Psychotherapie über die Möglichkeit einer EKT aufgeklärt werden sollten. Diese der EKT vorausgehenden Therapien sollten sorgfältig durchgeführt werden, dennoch zeitlich sinnvoll begrenzt sein. Bei wahnhaften oder akut bedrohten depressiven Patienten sollte schon zu Therapiebeginn über die Möglichkeit einer EKT informiert werden. Auch schizophrene Patienten mit affektiver oder positiver Symptomatik sollten nach erfolgloser medikamentöser Therapie zeitnah über diese Möglichkeit informiert werden. Eine adäquate Aufklärung setzt voraus, dass der Arzt über Grundkenntnisse zur EKT verfügt und für die Methode aufgeschlossen ist. Beides sollte er bei der Aufklärung vermitteln.

Nicht selten erfahren Patienten erst durch Internet-Recherchen von der Option einer EKT und bitten eigeninitiativ in Psychiatrischen Abteilungen um diese Therapie, anstatt die Informationen von professioneller Seite erhalten zu haben. Häufig verstreicht wertvolle Zeit durch Therapieversuche nach komplizierten Algorithmen, die auf fraglicher Evidenz basieren. Gleichzeitig verschlechtert sich die Prognose mit zunehmender Krankheitsdauer. Bei der EKT dagegen zeigen sich selbst bei besonders therapieresistenten depressiven Patienten in der Regel Ansprechraten von über 50%. Abgesehen von wenigen Einschränkungen eignet sich die EKT im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans problemlos für eine Kombination mit Pharmako- und Psychotherapie. Überdies gibt es Hinweise, dass EKT die Therapieresistenz gegenüber Psychopharmaka reduziert.

Auch unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten kann es den Patienten erheblich beeinträchtigen, wenn er im Sinn einer Ultima Ratio über EKT aufgeklärt wird oder einen solchen Kontext intuitiv erspürt. Jeder, dem eine Therapie explizit als letzte Möglichkeit angeboten wird, muss sich konsequenterweise die Frage stellen: Was geschieht mit mir, wenn auch diese letzte Möglichkeit nicht hilft? Damit fördert die Anwendung der EKT als Ultima Ratio fatalisierende Denkmuster und assoziiert sie mit Chronizität sowie Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit.

### **Wie kann eine evidenzbasierte Anwendung der EKT erreicht werden?**

Generell sollte eine frühzeitige und adäquate Aufklärung der Patienten über die EKT erfolgen, unabhängig vom Behandlungssetting, Wohnort und den besonderen Bedingungen der Vorbehandlung. Gleichzeitig sollten ausreichend EKT-Kapazitäten flächendeckend, sektorenübergreifend und ohne übermäßige Wartezeiten zur Verfügung stehen. Hier gibt es in den genannten vier Ländern unterschiedlich ausgeprägte Defizite, die die beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften derzeit in einer Erhebung detailliert analysieren.

Eine flächendeckende adäquate Aufklärung über EKT ist bei der gegenwärtigen Facharztausbildung in Deutschland, Italien und der Schweiz nicht gewährleistet. In Österreich ist die EKT zumindest in den theoretischen Unterricht integriert. In Deutschland sind in der derzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung Fallseminare zu „pharmakologischen und anderen somatischen Therapieverfahren mit praktischen Übungen“ vorgeschrieben, ohne die EKT explizit zu nennen. Da viele psychiatrische Krankenhäuser diese Behandlung nicht anbieten, sind Defizite vorprogrammiert. Eine strukturierte, theoretische und praktische EKT-Ausbildung sollte deshalb in die Facharztweiterbildung integriert werden. Zudem darf das Verfahren im Lernstoff und in den Vorlesungen für Medizinstudenten nicht fehlen.

Bis diese Maßnahmen greifen können, ist es wichtig, potentielle Zuweiser über das Verfahren durch Kurse und andere Medien zu informieren. Kongresse bieten hierfür eine sehr gute Gelegenheit, aber auch lokale Veranstaltungen der EKT-Zentren können als Fortbildungsangebote dienen. Besondere Bedeutung hat eine angemessene Repräsentation der EKT in Lehrbüchern und Therapiealgorithmen.

Trotz intensiver Forschungsaktivitäten zum Wirkmechanismus der EKT (Swartz 2009) konnte der Zusammenhang zwischen dem Auslösen eines Krampfanfalls und der Besserung psychischer Erkrankungen bisher nicht geklärt werden. Es ist naheliegend, dass Kenntnisse über den Wirkmechanismus die Akzeptanz der Behandlungsmethode vergrößern würde. Deshalb sind weitere wissenschaftliche Anstrengungen zur Aufklärung des Wirkmechanismus dringend erforderlich.

### **Maßnahmen für eine evidenzbasierte Anwendung der EKT**

- frühzeitige und adäquate Aufklärung für Patienten, Angehörige und Betreuer
- strukturierte theoretische und praktische Ausbildung für Ärzte in Weiterbildung
- theoretische und praktische Einblicke für Medizinstudenten
- Weiterbildungsangebote bei psychiatrischen Kongressen
- angemessene Repräsentation in Lehrbüchern und Therapiealgorithmen
- intensive Forschung zum Wirkmechanismus

## Literatur

Baghai T, Möller H, Frey R, and Kasper S. 2004. Elektrokonvulsionstherapie: Klinische und wissenschaftliche Aspekte. 1. Auflage, Springer, Wien.

Conca A, Hinterhuber H, Prapotnik M, Geretsegger C, Frey R, Hausmann A, Hofmann P, Kasper S, Knoflach-Rei chart C, Lahousen T, König P, Nemes C, Pramsohler B, Rittmansberger H, Wagner W, and Pycha R. 2004. Die Elektrokrampftherapie: Theorie und Praxis. Neuropsychiatrie 18(1):1-17.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.). 2010. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. 1. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Folkerts HW. 2011. Elektrokrampftherapie: Indikation, Durchführung und Behandlungsergebnisse. Nervenarzt 82(1), 93-102.

Gaynes BN, Warden D, Trivedi MH, Wisniewski SR, Fava M, Rush AJ. 2009. What did STAR\*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. Psychiatr Serv. 60(11), 1439-45.

Kho KH, Zwinderman AH, and Blansjaar BA. 2005. Predictors for the efficacy of electroconvulsive therapy: chart review of a naturalistic study. J Clin Psychiatry 66, 894-899.

Loh N, Nickl-Jockschat T, Sheldrick AJ, Grözinger M. 2012. Accessibility, standards and challenges of electroconvulsive therapy in western industrialized countries: a German example. World J Biol Psychiatry. In Press.

Müller U, Klimke A, Janner M, Gaebel W. 1998. Die Elektrokrampftherapie in psychiatrischen Kliniken der Bundesrepublik Deutschland 1995. Nervenarzt 69(1):15-26.

Payne NA, Prudic J. 2009. Electroconvulsive therapy Part I: A perspective on the evolution and current practices of ECT. J Psychiatr Pract 15(5): 346-368.

Shorter E. 1997. A history of psychiatry. J. Wiley & Sons, Inc.

Swartz C. 2009. Electroconvulsive and Neuromodulation Therapies. Cambridge University Press, New York.

UK ECT Review Group. 2003. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet 361, 799-808.

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer. 2003. Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme. Dtsch Arztebl 100(8): A 504-506.

Michael Grözinger (Aachen/Deutschland), Andreas Conca (Bozen/Italien), Jan DiPauli (Rankweil/Österreich), Fritz Ramseier (Brugg/Schweiz) für das länderübergreifende Referat „Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie“ der DGPPN in Zusammenarbeit mit der SIP, der ÖGPP und der SGPP