

II-6263 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

BUNDESMINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

BM
WF

GZ 10.001/92-Parl/92

Herrn Präsidenten
des Nationalrates
Dr. Heinz FSICHER
Parlament
1017 Wien

2758/AB

1992 -06- 05

ZU 2816 N

MINORITENPLATZ 5
A-1014 WIEN
TELEFON
(0222) 531 20-0
DVR 0000 175

Wien, 3 . Juni 1992

Die schriftliche parlamentarische Anfrage Nr. 2816/J-NR/1992, betreffend den steigenden Einsatz der Elektroschock-Therapie in Österreich, die die Abgeordneten SRB und FreundInnen am 10. April 1992 an mich gerichtet haben, beehre ich mich wie folgt zu beantworten:

1) Wie stehen Sie persönlich zur E-Schock-Therapie?

Antwort:

Ich halte mich an das Urteil jener Ärzte, deren moralische Integrität ebenso unbestritten ist wie ihre wissenschaftliche Kompetenz. Zum Kreis dieser Experten zählt der Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz O.Univ.Prof. Dr. Zapotoczky, unter dessen Vorsitz das "Erste Europäische Symposium über Elektroheilkampftherapie" in Graz stattfand. An dieser Veranstaltung, die der Diskussion über die Ergebnisse einer weltweiten Forschung diente, nahmen über 160 Teilnehmer aus europäischen und außereuropäischen Staaten teil. Elektroheilkampftherapie wird z.B. in Dänemark, Schweden, Großbritannien, Frankreich, Spanien, Australien und in den USA angewendet. Dieser Umstand allein würde noch keine ethische und medizinische Rechtfertigung darstellen. Aus Schreiben von Psychiatern und aus persönlichen Gesprächen ist mir bekannt, daß die Elektroheilkampftherapie nur dann angewendet wird,

- 2 -

wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagen, insbesondere bei schweren therapieresistenten Depressionen, bei Katatonie oder bei bestimmten Formen von Schizophrenie. Bei diesen Krankheiten kann die angeführte Therapieform lebensrettende Funktion haben.

Beim erwähnten Symposium wurden nicht nur medizinische Probleme im Zusammenhang mit der ECT (Electro Convulsive Therapy) diskutiert, sondern die Referenten befaßten sich auch mit ethischen Fragestellungen.

Zur näheren Information der anfragenden Abgeordneten übermittle ich in der Anlage einige Schriftstücke, die das hohe wissenschaftliche Niveau der Veranstaltung dokumentieren und in einer kurzen Darstellung über die Indikationen und die bisherigen Erfahrungen mit ECT Aufschluß geben (Beilage 1-3).

2) Wurde der Grazer Kongreß von Ihrem Ministerium bis jetzt finanziell unterstützt?

Wenn ja, was sind die Gründe dafür?

Wenn nein, warum nicht?

3) Ist eine finanzielle Unterstützung seitens Ihres Ministeriums geplant?

Wenn ja, was sind die Gründe dafür?

Wenn nein, warum nicht?

4) Finden Sie es angebracht, für eine Veranstaltung, die derart umstritten ist, den Ehrenschatz zu übernehmen?

Antwort:

Da für mich kein Zweifel an der wissenschaftlichen Seriosität des Symposiums bestand, und ich überdies der Auffassung bin,

- 3 -

daß eine solche Veranstaltung zur Versachlichung der Diskussion einen wesentlichen Beitrag zu leisten vermag, habe ich den Ehrenschatz übernommen.

Über die finanzielle Förderung von Tagungen und Symposien im Bereich der Medizin wird nicht vom BMWF unmittelbar entschieden. Die Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung und Forschung erhält hiefür eine jährliche Globalsubvention und entscheidet selbst über die Aufteilung dieser Mittel.

Der Bundesminister:



Beilagen

Beilage 1

CONVULSIVE THERAPY

Editor: Max Fink, M.D.
State University of New York at Stony Brook
School of Medicine, Department of Psychiatry
P.O. Box 457
St. James, N.Y. 11780
Telephone: 516/444-2929
Telefax: 516/862-8604

April 4, 1992

Hans Georg Zapotoczky, M.D.
University Clinic of Graz
Department of Psychiatry
Auenbruggerplatz 22
8036 Graz, Austria

Dear Dr. Zapotoczky,

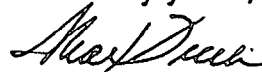
I write to congratulate you and your young associates on organizing and managing such a historic event in the history of convulsive therapy. By inviting discussions of the concerns with ECT as well as its science, you led your compatriots to re-assess their hostility and antagonism to an effective and useful treatment. By contrasting the views of Dr. Dörner with the arguments of Dr. Reiter-Thiel, you encouraged the audience to examine their prejudices. I am optimistic that these discussions will have an impact on the practices in Graz and by extension, to German speaking European psychiatry where ECT, both in its practice and research, has languished for decades.

In your request for assessments, you asked whether another Congress should be held. In the U.S., we formed the *Association for Convulsive Therapy* which holds its annual meetings in May, in conjunction with the meetings of the *American Psychiatric Association*. This year, we will have a full day of scientific presentations, as reflected in the Abstracts in *Convulsive Therapy*. Another European meeting should surely be held within two years, and I am confident that the collaboration and participation of the members of this group will be forthcoming.

On a number of occasions, your juniors and I discussed the publication of the reports to the Congress. If no single volume is anticipated, I would be pleased to have the authors advised that submissions to *Convulsive Therapy* would be welcome. I enclose our advice to authors and a copyright release for your use.

As the history of biological psychiatry is written in the next years, the occasion in Graz will stand out as a milestone. You are to be congratulated for your enthusiasm and success. My best regards.

Sincerely yours,



Max Fink, M.D.
Editor

Akademie für

Beilage 2

Ethik in der
Medizin e.v.

Dr. Stella Reiter-Theil

An den
Vorstand der Universitätsklinik für
Psychiatrie
Herrn Prof.Dr. H.G. Zapotoczky
Auenbruggerplatz 22
A-8036 Graz

Geschäftsstelle:
Institut für Geschichte der Medizin
der Georg-August-Universität
Humboldtallee 11
Telefon 05 51 / 39 96 80
Telefax 05 51 / 39 95 54
D-3400 Göttingen

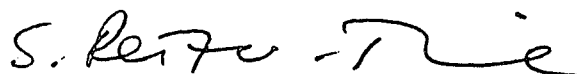
Datum

23.4.1992
bo

Sehr geehrter Herr Professor,

für Ihre Einladung, im Rahmen des First Symposium on ECT in Graz über ethische Fragen der Elektrokrampfbehandlung zu sprechen, danke ich Ihnen nochmals herzlich. Die Teilnahme und die Diskussionen im Rahmen des Symposiums waren eine sehr intensive Erfahrung für mich. Das gesamte Symposium und die geführte Auseinandersetzung um diese umstrittene Behandlungsmethode kann m.E. selbst als Beispiel für das Bemühen um eine wissenschaftliche und ethische Orientierung in der Medizin betrachtet werden. Es würde mich sehr interessieren zu erfahren, ob dieses Symposium auch über den Kreis der Teilnehmer hinaus zu einem Abbau von Vorurteilen beitragen konnte.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Stella Reiter-Theil

152 Körperliche Behandlungsverfahren

8.3.2 Elektroschock

Diese Behandlungsmethode wird in Narkose und medikamentöser Muskelerschlaffung durchgeführt und ist deshalb schmerzlos. In bezug auf lebensbedrohliche Zwischenfälle ist sie nicht gefährlicher als die Behandlung mit den gängigen Antidepressiva. Dennoch wird sie aus irrationalen Gründen in vielen Ländern heute sehr viel seltener angewendet als es einer vernünftigen Indikationspraxis entsprechen würde. In der Öffentlichkeit wird die Elektroschockbehandlung – z. T. schon wegen ihres Namens – unter der unzutreffenden Vorstellung abgelehnt, daß sie qualvoll und persönlichkeitszerstörend sei. Am Personal der psychiatrischen Kliniken bestätigt sich die massenpsychologische Regel, daß verbreitete und affektbetonte öffentliche Meinungen auch dann übernommen werden, wenn sie durch die eigene persönliche und berufliche Erfahrung keineswegs gestützt werden.

Unter den Ärzten verfügen nur wenige über Zeit und Motivation, sich aus der Fachliteratur eine eigene Meinung zu erarbeiten, die fundiert genug ist, um wenn nötig dem öffentlichen Vorurteil standzuhalten. Schließlich ist das Behandlungsverfahren für den Arzt auch noch mühsam; er muß mit Patienten und Bezugspersonen eingehend sprechen oder sogar korrespondieren, und er muß den Narkosedienst organisieren, statt daß er einfach ein weiteres Antidepressivum verschreibt. So beschließt er, die an sich indizierte Behandlung zu unterlassen. Wo Zeitströmung und Bequemlichkeit zusammenwirken, erfordert der Widerstand gegen ein Vorurteil besondere Hartnäckigkeit.

Die relativ häufigste *Indikation zur Elektroschockbehandlung* ist spätestens dann gegeben, wenn eine schwere quälende Depression endogenen, v. a. wahnhaften Gepräges sich durch zwei verschiedene, evtl. durch Tropfinfusion verabreichte Antidepressiva innerhalb von je drei Wochen nicht wesentlich mildern ließ. Andere seltene Indikationen sind die lebensgefährliche Katatonie (mit Fieber und Austrocknung) und langwierige katatone Stuporen (qualvolle Sprech- und Bewegungshemmungen auf wahnhaftem Hintergrund).

Zur *Technik* geben die Lehrbücher die nötigen Anweisungen. Das allmähliche Erwachen aus der Narkose bietet günstige Voraussetzungen für die Intensivierung des therapeutischen Kontakts

mit Arzt und Pflegepersonal, sofern sich die Betreuer hierfür die nötige Zeit nehmen.

Die *gesetzlichen Bestimmungen* über Information und Zustimmung des Patienten und/oder seines Stellvertreters sind einzuhalten. Wer sich aber bei diesen Bezugspersonen nicht für die Behandlung einsetzt, wenn der wahnhaft depressive Kranke ihr nicht zustimmt (und wegen seiner psychotisch begründeten Hoffnungslosigkeit auch gar nicht zustimmen kann), macht es sich leicht und überläßt den Kranken seinem Leiden.

Über die *Technik*, die *Wirksamkeit*, die *Kontraindikationen* (zu denen das Alter nicht gehört) und die *Nebenwirkungen* geben die Sammelreferate Auskunft (C. Ernst 1982 L; Janicak 1985 L; Sauer 1987 L). Besonders sorgfältig sind die *Gedächtnisstörungen* untersucht worden. In der Regel sind die Gedächtnisleistungen nach erfolgreichen Behandlungen besser als vorher, was auf der Besserung der depressiven Leistungshemmung beruht. Bei einer Minderzahl der Behandelten konnten mnestiche Störungen bisher mit differenzierten Testverfahren bis zu drei Monaten nach Behandlungsende wahrscheinlich gemacht werden, nach sechs Monaten kaum mehr (z. B. Weeks 1980 K, L). Dennoch dürfen Klagen über subjektiv länger dauernde Erinnerungsstörungen, wie sie bis zu 1/3 der Behandelten auf entsprechende Befragung angeben, nicht bagatelisiert werden, auch wenn die Beschwerden nicht sicher von depressiven Klagen zu unterscheiden sind. Dagegen sind „Persönlichkeitsveränderungen“, die auch nur entfernt diesen Namen verdienen, nie beschrieben worden.

Wie beurteilen die Patienten selbst die Elektroschockbehandlung? Über entsprechende Befragungen berichten Freeman (1980 K), Hughes (1981 K), Kalayam (1981 K) und Kerr (1982 K).

Das übereinstimmende Resultat lautet, daß die meisten Kranken die Behandlung rückblickend als hilfreich beurteilen und sie im Bedarfsfall trotz der Nebenwirkungen erneut akzeptieren würden. Die beiden letzteren Arbeiten verglichen die Urteile der Behandelten mit denjenigen von Bezugspersonen sowohl dieser wie anderer, unbehandelter Kranker; die Studie von Kalayam außerdem noch mit den Urteilen von Zufallsrepräsentanten der Allgemeinbevölkerung. Es ergab sich, daß die Bewertungen generell um so positiver ausfielen, je mehr die Befragten über persönliche Erfahrung mit Elektroschockbehandlung verfügten.

Als unerwarteter Nebenbefund ergab sich, daß die Elektroschockbehandlung in der Allgemeinbevölkerung einen bedeutend weniger schlech-

154 Körperliche Behandlungsverfahren

ten Ruf genießt als in den Medien. Der Grund ist klar: Die Medien benötigen im Überlebenskampf Sensation. Der Durchschnittsbürger weiß das und nimmt an den entsprechenden dramatischen Informationen automatisch einen Abzug vor. Dies fällt ihm um so leichter, als er – ungleich dem Politiker – keine Rücksicht auf die Medien zu nehmen braucht.

Zusammenfassend sind im konkreten Fall gegeneinander abzuwägen: Wahrscheinlichkeit monatelangen (manchmal jahrelangen, gelegentlich lebensbedrohlichen) Leidens auf der einen Seite; Möglichkeit mehrmonatiger Gedächtnisstörungen auf der anderen Seite. In rund $\frac{1}{3}$ der zurückhaltend indizierten (und damit prognostisch besonders hartnäckigen) Fälle hilft auch die Elektroschockbehandlung nicht. Eine Regionsklinik mit Aufnahmepflicht für Schwerstkranke und 1000 Aufnahmen im Jahr, die grundsätzlich keine Elektroschockbehandlung durchführt, wird jährlich einem runden Dutzend schwerstleidenden Kranken mindestens temporär eine wesentliche Erleichterung *vorenthalten*.

8.3.3 Physiotherapie und leiborientierte Therapie

Eine Übersicht über die *physiotherapeutischen Anwendungen* innerhalb der Psychiatrie gibt Maurer 1979 L. Der therapeutische Zugang zu depressiv kommunikationsgehemmten, organoneurotisch verspannten oder hypochondrisch eingeengten Patienten findet sich nicht selten besser über das Leiberlebnis als über das Gesprächserlebnis der Kranken. Vom aktivierenden Gesamtkonzept der Klinik her wird man motorisch anregenden Verfahren wie Gymnastik und Bewegungstherapie zunächst den Vorrang geben. In manchen Fällen führen aber „passive“ Methoden wie Bäder, Massagen oder Packungen eher zum Ziel einer therapeutischen Beziehung. Wo derartige relativ aufwendige Bemühungen innerhalb angemessener Frist aber nichts helfen, sollten sie nicht über viele Wochen weitergeführt werden.

Für die Physiotherapie gilt dasselbe wie für alle anderen zentralen Dienste der Klinik: die Anmeldungen sollten nicht schriftlich, sondern *mündlich* erfolgen. Nur so können die betreffenden Fachleute ihre Rückfragen und Vorschläge anbringen – Äußerungen, von denen die Nichtspezialisten (hier Arzt und Pflegepersonal) einiges lernen können.