

## Pro und Kontra: Indikationsausweitung der Elektrokrampftherapie

### *For and Against: Broader Indication of Electroconvulsive Therapy*

#### Pro

Francesca Regen, Malek Bajbouj, Ion Anghelescu

Nach den Leitlinien verschiedener psychiatrischer Fachgesellschaften zur Behandlung affektiver Erkrankungen stellt die Elektrokrampftherapie (EKT) im Allgemeinen eine Behandlungsoption der zweiten Wahl dar. So wird nach den Empfehlungen der DGPPN die EKT bei schweren, insbesondere wahnhaften (uni- und bipolaren) Depressionen oder manischen Episoden bei Nichtansprechen auf eine Pharmakotherapie oder Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Behandlung eingesetzt; in den Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe findet EKT keine Berücksichtigung [1]. In den Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE) wird der Einsatz der EKT noch zurückhaltender formuliert, von einer EKT als Erhaltungstherapie wird abgeraten [2]. Diese eher restriktive Haltung zum Einsatz der EKT beruht vermutlich auf Unsicherheiten und Ängsten im Laien- aber auch Behandlerkreis bezüglich möglicher Nebenwirkungen, aber wohl auch auf der häufig schlechten Reputation sowie falschen Vorstellungen über Kosten und Aufwand der Behandlung.

Im Gegensatz zu den Empfehlungen beispielsweise der DGPPN und den NICE-Richtlinien wird in der Stellungnahme der Bundesärztekammer die EKT auch als „Therapie der ersten Wahl“ genannt, u. a. bei wahnhaften Depressionen, depressivem Stupor und schweren depressiven Episoden mit Suizidalität [3]. Wir halten einen solchen, frühzeitigen Einsatz von EKT bei noch nicht vorhandener Therapieresistenz im Sinne eines „first-line treatment“ bei depressiven Störungen für sinnvoll, da ein zu langes Warten die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Therapieresistenz erhöht, diese Zeit mit unnötigem Leid für den Patienten verbunden ist und letztendlich zu einem schlechteren Ansprechen auf alle weiteren Therapieformen führen kann [4]. Diese Auffassung von EKT als Behandlungsoption der ersten Wahl

wird auch von der American Psychiatric Association (APA) geteilt, die folgende Indikationen für den Ersteinsatz einer EKT propagiert:

- a) wenn schnelles Ansprechen erforderlich ist,
- b) andere Behandlungsverfahren mit einem höheren Risiko verbunden sind als EKT,
- c) bei früherer Non-Response auf andere Verfahren oder guter Response auf EKT,
- d) bei Patientenpräferenz [5].

Eine weitere Möglichkeit zur Ausweitung des Indikationsbereichs der EKT ergibt sich aus der Definition des Schweregrades einer depressiven Störung, ab der eine EKT als sinnvoll erachtet wird. Wird EKT bereits bei mittelschweren Depressionen eingesetzt, ist die Wahrscheinlichkeit eines Ansprechens größer als bei schwereren Episoden und der Wirkungseintritt erfolgt rascher. Möglicherweise sind insgesamt weniger Anwendungen notwendig, was sich wiederum positiv auf Kosten und Verträglichkeit der Behandlung auswirkt. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Remission, die – wie aus verschiedenen Medikamentenstudien deutlich wurde – die Gesamtprognose deutlich verbessert, bei einem frühen Einsatz von EKT größer. Positive klinische Erfahrungen haben wir in Einzelfällen auch bei Patienten gemacht, die bei einer „zähen“ persistierenden Kernsymptomatik auf andere Maßnahmen nur partiell angesprochen haben und typischerweise einen nur geringen, entsprechend psychometrischer Skalen abgebildeten Gesamtschweregrad der depressiven Symptomatik aufweisen. Diese Patienten zeigen dennoch einen hohen Leidensdruck und eine geringe psychosoziale Belastbarkeit, so dass der Einsatz einer EKT gerechtfertigt erscheint und auch häufig erfolgreich ist.

Aufgrund der hohen Rückfallgefahr nach initialem Ansprechen auf EKT, liegt die Empfehlung einer Erhaltungs-EKT bei depressiven Störungen nahe. Da man keine antidepressive Therapie zum Zeitpunkt der maximalen Wirkung beenden würde, gerade die-

#### Bibliografie

Psychiat Prax 2005; 32: 378–380 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2005-867069  
ISSN 0303-4259

jenigen Patienten, die EKT erhalten, zuvor meist auf mehrere medikamentöse Behandlungsversuche nicht reagiert haben sowie eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit zeigen und sich somit die Wahl eines geeigneten rückfallprophylaktischen Medikaments schwierig gestaltet, ist die Durchführung von Erhaltung-EKTs häufig unumgänglich und „das eigentlich evidente Vorgehen“ [6]. Eine Erhaltungstherapie mit EKT wird jedoch zu selten in Erwägung gezogen. Eine alleinige medikamentöse Erhaltungstherapie ist einer Kombination aus medikamentösem Rückfallschutz plus EKT unterlegen [7]. In einer Fallserie an unserer Klinik konnte ebenfalls eine erhöhte Rezidivneigung bei ausschließlich medikamentös nachbehandelten Patienten gefunden werden. Ungeklärt sind jedoch die ideale EKT-Frequenz (z. B. monatlich) und die Gesamtdauer der Anwendungen. Wir schließen uns der Meinung der APA an, die eine Erhaltung-EKT bei anamnestischem Ansprechen auf EKT, Wunsch des Patienten oder Nichtansprechen auf eine Pharmakotherapie (in der Indexepisode oder auch in der Erhaltungstherapie) bzw. bei Unverträglichkeit einer Pharmakotherapie empfiehlt [5]. Eine Überprüfung des Ansprechens auf diese Behandlung sollte nach 6 Monaten erfolgen.

Eine weitere wichtige Indikationserweiterung betrifft psychiatrische Komorbiditäten (sowohl Achse-I- als auch Achse-II-Störungen nach DSM) mit depressiven Störungen. Gerade bei gleichzeitigem Vorliegen von Zwangs- oder Angststörungen kann der Einsatz von EKT auch auf die komorbide Störung einen positiven Einfluss haben. Obwohl das gleichzeitige Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörung) den Behandlungserfolg einer EKT eher schmälert und per se keine Indikation dafür darstellt, halten wir auch aus eigener Erfahrung die Anwendung einer EKT bei gleichzeitig vorliegender schwerer Depression für sinnvoll, wenn eine medikamentöse Vorbehandlung keinen Erfolg brachte [8]. In diesem Zusammenhang sollte auch die Möglichkeit einer „Auflösung“ von scheinbaren Persönlichkeitsakzentuierungen unter konsequenter antidepressiver Behandlung bedacht werden [8].

In Anbetracht der klinischen Erfahrung sowie der Studienergebnisse zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der EKT in der Behandlung affektiver Störungen [9,10] ist das Indikationsfeld für EKT erweiterbar. Die EKT stellt jedoch kein psychiatrisches „Allheilmittel“ dar, das ubiquitär einsetzbar ist. Zusammenfassend erscheint uns eine Anwendung bereits zu einem früheren Behandlungszeitpunkt, bei mittelschweren depressiven Episoden, zur Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe affektiver Störungen nach Therapieerfolg durch EKT sowie bei Vorliegen auch komorbider Achse-I- oder Achse-II-Störungen durchaus erwägenswert. Wir halten die Ansichten der APA und Bundesärztekammer mit ihrer relativ weiten Auslegung der Anwendungsgebiete für die EKT für sinnvoll und plädieren – nach ausgiebiger individueller Nutzen-Risiko-Abwägung – für eine breitere Akzeptanz dieser effektiven Behandlungsmethode.

Francesca Regen  
Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin  
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Eschenallee 3, 14050 Berlin  
E-mail: francesca.regen@charite.de

## Kontra

Here Folkerts

Im Laufe der Geschichte der Elektrokrampftherapie (EKT) und ihrer Indikationen hat es seit Einführung der Behandlung in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts eine große Konstanz bei den wichtigsten Indikationen gegeben. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die schweren Verläufe von affektiven (F30 bis F33) und schizoaffektiven Störungen (F25) in ihren depressiven, manischen und bipolaren Verlaufsformen sowie Mischbildern als auch unter gewissen Umständen um akut bedrohliche Schizophrenien (F20) [2, 3, 5, 11].

Das klinisch wichtigste Indikationsgebiet der Elektrokrampftherapie ist auch von den Zahlen her die therapieresistente (bzw. pharmakoresistente) Depression [10–12]. In dieser Indikation kann die EKT bei sachgerechter Durchführung Patienten – die oftmals suizidal gefährdet sind – in ca. 70% der Fälle aus der Depression heraus helfen. Sowohl in Deutschland als auch international ist dies mit Abstand die häufigste Indikation zur EKT, gleichwohl wird auch diese nach rein wissenschaftlichen und klinischen Daten besonders überzeugende Indikation zur EKT aus verschiedensten Gründen nicht allen hierfür infrage kommenden Patienten angeboten. Dabei spielen oft weniger medizinische als andere Aspekte eine Rolle: Hierzu gehört, dass nur ein Drittel bis knapp die Hälfte aller psychiatrischen Kliniken und Abteilungen die EKT direkt oder indirekt (durch Zuweisung zu anderen Kliniken) anbieten. Da zumindest in einem größeren Teil von psychiatrischen Kliniken in Deutschland EKT nicht verfügbar ist, findet hier keine Ausbildung statt und insofern fehlt häufig das Wissen über Durchführung und Wirkung. Hinzu kommen aus verschiedensten Quellen Unsicherheit und Ängste oder zumindest Skepsis bei Behandlern und Patienten. Es zeigt sich also, dass selbst bei der klinisch bedeutsamsten Indikation zur EKT nicht unerhebliche Schwierigkeiten und Hemmnisse bei der Anwendung bestehen.

Weitere Indikationen im Rahmen depressiver Erkrankungen wären die wahnhaftige Depression, die akut bedrohliche Depression (Suizidalität), postpartale Depressionen und ggf. schwere depressive Episoden im Rahmen des Rapid cycling.

Eine weitere gesicherte Indikation ist die therapieresistente Manie; die Erfolgsquote der EKT wäre in dieser Indikation zwar laut Literatur mit ca. 80% anzugeben; in der klinischen Realität ist der Einsatz der EKT in dieser Indikation jedoch extrem selten erforderlich. Ebenfalls zu den gesicherten Indikationen zählt im Bereich der schizophrenen Psychosen die perniziöse Katatonie sowie die akuten therapieresistenten Psychosen. Die perniziöse Katatonie als die klassische Lehrbuchindikation für EKT spielt jedoch heutzutage dank moderner Psychopharmakotherapie so gut wie keine Rolle mehr. Von der hiesigen Klinik mit ca. 50 EKT-Patienten im Jahr (1300 Patienten insgesamt/Jahr) kann ich berichten, dass wir im letzten Jahr seit vielen Jahren erstmals wieder eine Patientin mit einer perniziösen Katatonie mittels EKT erfolgreich behandelt haben. Die Indikation zur EKT bei therapieresistenten akuten schizophrenen Psychosen stellt sich ebenfalls selten, kann aber insbesondere in klinisch kritischen Situationen (z. B. ausgeprägte Suizidalität bei Wahnerleben) sinnvoll sein.

Um den unbestrittenen engen Indikationsschwerpunkt der EKT (Depression, Schizophrenie, Manie in ihren Mischformen) hat sich im historischen Ablauf mal ein engerer, mal ein weiterer Indikationskreis für die EKT gelegt. Es sind ggf. Einzelfälle oder kleine Serien beschrieben worden, bei denen die EKT hilfreich war (z. B. bei Zwangsstörungen, deliranten Zuständen und organischen Psychosen).

Die sehr weite Indikationsstellung für die EKT hat diese Therapie auch auf dem Gebiet ihres unbestrittenen Einsatzes, wo sie unentbehrlich ist, eher in Misskredit gebracht, zumal ihr Einsatz bei unsicheren bzw. weichen Indikationen durch die wissenschaftliche Literatur nicht oder nur eingeschränkt begründbar ist bzw. weil die therapeutischen Erfolge insgesamt deutlich geringer sind.

Besonders problematisch erscheint mir die Anwendung der EKT bei Persönlichkeitsstörungen. Aus der Historie der EKT ist durchaus bekannt, dass es immer wieder einmal auch bei Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz der EKT gekommen ist. Sowohl ältere als auch jüngere Studien [8,11] belegen jedoch, dass zwar unter Umständen vorhandene depressive Symptomatik durch die EKT gebessert wird, dass jedoch hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung erwartungsgemäß keinerlei Veränderung eintritt.

Zusammenfassend vertrete ich den Standpunkt, dass primär die gesicherten Indikationen zur EKT im klinischen Alltag differenzialtherapeutisch vermehrt zu berücksichtigen sind. Realität ist jedoch, dass aus verschiedensten Gründen (am wenigsten jedoch aus medizinischen Überlegungen heraus) die EKT auch bei den eindeutig gesicherten Indikationen nicht oder häufig erst (zu?) spät erwogen wird. Dies ist meines Erachtens ein dramatischer Missstand in der Versorgung psychiatrischer Patienten in Deutschland. Für mich als überzeugten EKT-Anwender ist es immer wieder ein überwältigendes Erlebnis, wenn Patienten nach vieljähriger Krankheitsvorgeschichte z. B. einer schweren therapieresistenten Depression mittels EKT innerhalb weniger Tage bzw. Wochen aus ihrer Depression „auftauchen“. Mittels EKT kann die klinische Psychiatrie ihre Leistungsfähigkeit bei diesen schwer kranken Patienten unter Beweis stellen, auch wenn die Erhaltungstherapie dieser Patienten (ggf. mit EKT) eine Herausforderung darstellen kann. Alle weiteren oben erwähnten gesicherten Indikationen zur EKT werden in der deutschen Versorgungsrealität noch weniger berücksichtigt.

Mein Plädoyer lautet, dass die gesicherten Indikationen zur EKT mehr zu berücksichtigen sind, wohingegen der Einsatz bei unsicheren Indikationen (z. B. Zwangsstörung) zwar in Einzelfällen

vertretbar erscheint, insgesamt aber u. U. eher dazu beiträgt, die EKT in Misskredit zu bringen, da die therapeutischen Erfolge bei diesen unsicheren Indikationen deutlich schlechter sind.

Prof. Dr. med. Here Folkerts  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Georg-August-Universität Göttingen  
Friedrich-Paffrath-Straße 100  
26389 Wilhelmshaven  
E-mail: Here.Folkerts@rnk-whv.de

## Literatur

- <sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 5: Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff, 2000
- <sup>2</sup> National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of electroconvulsive therapy (2003). <http://www.nice.org.uk>
- <sup>3</sup> Bundesärztekammer. Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100 (8): 504 – 506
- <sup>4</sup> Maletzky BM. The first-line use of electroconvulsive therapy in major affective disorders. J ECT 2004; 20 (2): 112 – 117
- <sup>5</sup> A Task Force Report of the American Psychiatric Association. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training and Privileging 2001
- <sup>6</sup> Sartorius A, Henn FA. Treating depressive disorders with continuation electroconvulsive therapy. Nervenarzt, 2005 Jul 13
- <sup>7</sup> Gagne Jr GG, Furman MJ, Carpenter LL, Price LH. Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared to long-term antidepressants alone in depressed patients. Am J Psychiatry 2000; 157 (12): 1960 – 1965
- <sup>8</sup> DeBattista C, Mueller K. Is electroconvulsive therapy effective for the depressed patient with comorbid borderline personality disorder? J ECT 2001; 17 (2): 91 – 98
- <sup>9</sup> Husain MM, Rush AJ, Fink M, Knapp R, Petrides G, Rummans T, Biggs MM, O'Connor K, Rasmussen K, Little M, Zhao W, Bernstein HJ, Smith G, Mueller M, McClintock SM, Bailine SH, Kellner CH. Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): a Consortium for Research in ECT (CORE) report. J Clin Psychiatry 2004; 65 (4): 485 – 491
- <sup>10</sup> UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2003; 361 (9360): 799 – 808
- <sup>11</sup> Folkerts H. Elektrokrampftherapie: Monitoring Effektivität und pathischer Aspekt. Monografien aus dem Gesamt der Psychiatrie. Darmstadt: Steinkopff, 1999
- <sup>12</sup> Folkerts H. Wissenschaftliche Untersuchung zur Steigerung von Effizienz und Verträglichkeit der Elektrokonvulsionstherapie. In: Baghai TCR, Kasper S, Möller HJ (Hrsg): Elektrokonvulsionstherapie. Wien: Springer, 2004