



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion, sie dürfen gekürzt und in allen Ausgaben und Kanälen des Bayerischen Ärzteblatts/der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), gedruckt wie digital, veröffentlicht werden, stets unter Angabe von Vor- und Nachname und des Wohnorts.

Schreiben Sie Ihre Beiträge unter Bezugnahme auf die jeweiligen Artikel im Bayerischen Ärzteblatt an aerzteblatt@blaek.de. Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Adresse und Telefonnummer an.

Postalisch erreichen Sie uns unter: Bayerisches Ärzteblatt, Redaktion, Mühlbauerstr. 16, 81677 München.



Psychiatrie und Psychotherapie heute

Zum Titelthema von Professor Dr. Peter Zwanzger und Dr. Niels-Christian Köstner in Heft 1-2/2026, Seite 8 ff.

Ich finde es äußerst begrüßenswert, dass dem Absetzen von Antidepressiva so viel Raum gegeben wird und eine der drei Kasuistiken sich ausschließlich diesem Thema widmet. Vielen Dank dafür!

Allerdings werden die Empfehlungen auf eine Weise dargestellt, als bestünde hierfür eine klare Evidenz: „empfiehlt es sich, die Erhaltungstherapie über mehrere Jahre fortzusetzen, im Einzelfall, zum Beispiel bei schweren und jahrzehntelangen Verläufen, ist eine lebenslange Prophylaxe notwendig.“ Ein Blick in die NVL Unipolare Depression (als einzige Quelle hierfür angegeben) zeigt hingegen, dass die Evidenz äußerst schwach ist.

Unter „medikamentöse Erhaltungstherapie“ heißt es dort unter „Evidenzbeschreibung“: „Limitationen bestehen vor allem in der hohen Heterogenität bezüglich der untersuchten Zeiträume als auch im Verzerrungsrisiko durch negative Effekte in den Placebo-Gruppen“. So wird zum Beispiel ein „qualitativ hochwertiger Cochrane-Review“ zitiert, wo es heißt: „Bei ausschließlicher Berücksichtigung der Studien mit niedrigem Verzerrungsrisiko war das Ergebnis nicht mehr statistisch signifikant.“ Deshalb heißt es in der NVL auch: „Die Leitliniengruppe betont in einer gesonderten Empfehlung, dass die Behandlung über diesen Zeitraum hinaus nur in besonderen Situationen indiziert ist und zielt damit auf die Verringerung einer in der Versorgungspraxis wahrgenommenen Überversorgung“.

Bei der „medikamentösen Rezidivprophylaxe“ wird unter „Evidenzbeschreibung“ exakt eine (!) Arbeit aufgeführt, wo es heißt: „Die Metaanalyse einer selektiv eingebrachten Übersichtsarbeit speziell zur medikamentösen Rezidivprophylaxe erbrachte im Mittel 27 Monate nach Remission geringere Rezidivraten im Vergleich zu Placebo.“

Das heißt, über den Zeitraum von zwei bis drei Jahren Hinaus existieren so gut wie keine (hochwertigen) Studien zum Nutzen und Risiko von Antidepressiva, die allermeisten Zulassungsstudien für Antidepressiva haben eine durchschnittliche Dauer von sechs bis zehn Wochen. Deshalb lautet die Empfehlung in der NVL zur Rezidivprophylaxe auch „mindestens zwei Jahre lang zur Langzeitprophylaxe“.

Die Empfehlung, die medikamentöse Therapie sei über mehrere Jahre fortzuführen oder diese sei sogar lebenslang notwendig, ist somit weder durch die Leitlinie noch durch die vorliegende Evidenz gedeckt.

Die Wahrheit ist: Wir wissen bis heute nicht, auf welche Weise Antidepressiva tatsächlich wirken (die Serotoninmangelhypothese ist lange widerlegt), daher wissen wir auch nicht, was eine langjährige Einnahme bewirkt und ob sie mehr nutzt als schadet.

Dr. Daniel Walz,
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
83093 Bad Endorf

Antwort der Autoren

Danke für die differenzierte Auseinandersetzung mit der Kasuistik und für die Würdigung des Themas „Absetzen von Antidepressiva“. Die Frage nach Dauer, Nutzen und Risiken einer antidepressiven Langzeitbehandlung ist klinisch wie

wissenschaftlich bedeutsam und verlangt eine sorgfältige Diskussion. Gleichzeitig möchten wir einige Aspekte klarstellen:

1. Zum eigentlichen Fokus der Kasuistik: Überbewertung von Absetzphänomenen

Der zentrale Fokus der Kasuistik lag nicht auf einer generellen Empfehlung zur mehrjährigen oder lebenslangen antidepressiven Therapie. Vielmehr sollte anhand eines konkreten Verlaufs verdeutlicht werden, dass Absetzphänomene in der aktuellen Diskussion teilweise in einer Weise dargestellt werden, die ihre Häufigkeit und klinische Relevanz überschätzt und dabei nicht immer hinreichend zwischen Absetzsymptomatik und Rezidiv differenziert. In der klinischen Praxis erleben wir zunehmend, dass unspezifische Beschwerden nach Dosisreduktion vorschnell als „schwere und regelhafte Absetzsyndrome“ interpretiert werden – teils auch durch vorgeprägte Erwartungen auf Seiten der Patientinnen und Patienten. Die Literatur beschreibt Absetzphänomene, insbesondere bei abruptem Absetzen oder kurz wirksamen Substanzen, durchaus valide. Sie sind jedoch in der Mehrzahl der Fälle zeitlich begrenzt und bei adäquatem, schrittweisem Vorgehen gut beherrschbar.

Problematisch wird es dort, wo aus der Existenz von Absetzsymptomen eine generelle Infragestellung antidepressiver Erhaltungstherapie abgeleitet wird. Nicht das Absetzen als solches wurde infrage gestellt, sondern die Tendenz, Absetzphänomene als regelhafte, schwerwiegende und langfristig schädigende Ereignisse zu generalisieren.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Differenzierung zwischen Absetzsymptomatik und beginnendem Rezidiv. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit multiplen schweren Episoden ist diese Unterscheidung klinisch anspruchsvoll. Wird jede Symptomverschlechterung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Dosisreduktion primär als Absetzsyndrom gedeutet, besteht die Gefahr, ein Rezidiv zu spät zu erkennen – mit entsprechenden funktionellen und psychosozialen Konsequenzen.

2. Zum Stellenwert der Leitlinienempfehlungen

Sie weisen zutreffend auf methodische Limitationen der Evidenzlage zur Langzeitbehandlung hin. Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression beschreibt diese Limitationen transparent, auf der unsere Darstellung basiert. Die NVL empfiehlt bei erhöhtem Rezidivrisiko eine mindestens zweijährige Rezidivprophylaxe und betont, dass darüberhinausgehende Zeiträume nur in besonderen Situationen indiziert sind. Unsere Formulierung bezog sich ausdrücklich auf solche besonderen Konstellati-

onen – etwa bei schweren, rezidivierenden und über Jahrzehnte verlaufenden Erkrankungen. Wir denken hier beispielsweise an Patienten mit schweren Suizidversuchen in der Anamnese, an Patienten mit krankheitsbedingt monatelangen Phasen einer Hospitalisierung oder an schwere wahnhaftige Verläufe. Dies entspricht der leitliniengerechten Individualisierung, nicht einer pauschalen Dauertherapie. Auch gilt es zu beachten: Leitlinien sind keine bloße Evidenzsummaration, sondern konsentrierte Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung klinischer Erfahrung und Versorgungskontext. Die Existenz methodischer Limitationen bedeutet daher nicht, dass eine differenzierte, einzelfallbezogene Langzeitstrategie leitlinienwidrig wäre.

3. Zur Frage der Wirkmechanismen

Die Feststellung, die Serotoninmangelhypothese sei als vereinfachtes Modell überholt, ist unstrit-

tig. Daraus folgt jedoch nicht, dass die klinische Wirksamkeit antidepressiver Therapien grundsätzlich infrage steht. In vielen Bereichen der Medizin werden Therapien eingesetzt, deren vollständige molekulare Wirkmechanismen nicht abschließend geklärt sind. Maßgeblich bleibt die klinische Evidenz in definierten Indikationsbereichen.

4. Zur Verantwortung im öffentlichen Diskurs

Die gegenwärtige Diskussion um Antidepressiva ist nicht nur fachlich, sondern oftmals auch medial stark aufgeladen. In öffentlichen Debatten werden Risiken – insbesondere Abhängigkeit und Absetzphänomene – teils in einer Weise dargestellt, die differenzierende klinische Zusammenhänge nur unzureichend abbildet. Dies führt nicht selten zu erheblicher Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten. Zunehmend erleben wir jedoch auch eine Verunsicherung auf

Seiten verordnender Ärztinnen und Ärzte. Wenn die legitime Diskussion über Evidenzqualität in eine pauschale Infragestellung antidepressiver Langzeitstrategien übergeht, kann dies zu therapeutischer Zurückhaltung führen, die im Einzelfall nicht im Interesse schwer erkrankter Patientinnen und Patienten liegt. Unser Anliegen war daher eben gerade nicht, eine medikamentöse Dauertherapie zu propagieren, sondern zu einer ausgewogenen, leitlinienorientierten und individualisierten Entscheidung zu ermutigen – einschließlich der Option eines strukturierten Absetzens, aber ebenso der Option einer fortgeführten Erhaltungstherapie bei hohem Rezidivrisiko.

*Professor Dr. Peter Zwanzger,
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie,
83512 Wasserburg am Inn*

