

Persönliche PDF-Datei für Maß R, Backhaus K, Unkelbach B.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.com

Werden Patient*innen mit Depression im Versorgungssystem unter Druck gesetzt, gegen ihren Willen Antidepressiva einzunehmen?

Psychiatrische Praxis

2026

10.1055/a-2892-1260

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2026. Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0303-4259

Werden Patient*innen mit Depression im Versorgungssystem unter Druck gesetzt, gegen ihren Willen Antidepressiva einzunehmen?

Are patients with depression pressured within the healthcare system to take antidepressant medication against their will?

Autorinnen/Autoren

Reinhard Maß, Kerstin Backhaus, Bodo Karsten Unkelbach

Institute

Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide, Marienheide, Germany

Schlüsselwörter

Antidepressiva, Depression, psychologischer Druck, Ethik

Keywords

Antidepressants, Depression, Psychological Pressure, Ethics

eingereicht 05.01.2026

akzeptiert 09.06.2026

Bibliografie

Psychiatr Prax

DOI 10.1055/a-2892-1260

ISSN 0303-4259

© 2026. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Reinhard Maß

Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide

Leppestraße 65-67

51709 Marienheide

Deutschland

reinhard.mass@klinikum-oberberg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Antidepressiva (AD) werden immer häufiger verschrieben, obwohl ihr Nutzen fraglich ist. Dennoch werden seit einigen Jahren Patient*innen mit Depression auf der Station „Aaron T. Beck“ erfolgreich ohne AD behandelt. Dabei häuften sich Be-

richte von Patient*innen, früher unter Druck gesetzt worden zu sein, gegen ihren Willen AD einzunehmen.

Methodik 146 Patient*innen, die wegen Depression in vollstationärer Behandlung waren, nahmen an einer Nachbefragung sechs Monate nach der Entlassung teil; 128 (87.7 %) waren ohne AD entlassen worden.

Ergebnisse 54 Patient*innen (37.0 %) berichteten von dem Druck, überwiegend durch Ärzt_innen, gegen ihren Willen ein AD einzunehmen, und taten das meistens auch. Frauen und Patient*innen mit Abgrenzungsproblemen berichteten besonders häufig von dieser Erfahrung.

Schlussfolgerung Patient*innen mit Depression erleben oft Druck, gegen ihren Willen ein AD einzunehmen. Bei der Behandlung dieser Gruppe ist daher eine besondere Empathie erforderlich.

ABSTRACT

Objective Antidepressants (ADs) are being prescribed with increasing frequency, although their benefit is questionable. For several years, patients with depression have been successfully treated without ADs on the ward “Aaron T. Beck.” In this context, reports accumulated from patients stating that they had previously been pressured to take ADs against their will.

Methods A total of 146 inpatients with depression participated in a follow-up survey six months after discharge; 128 (87.7 %) had been discharged without ADs.

Results Fifty-four patients (37.0 %) reported having experienced pressure to take an AD, mostly from physicians. In most cases, the AD was reportedly taken against the patient’s own will. In particular, women and patients with difficulties in setting boundaries reported this experience more frequently.

Conclusion Patients with depression often experience pressure to take an AD against their will. The treatment of these patients therefore requires particular empathy.

Einleitung

Die Verschreibungszahlen von Antidepressiva (AD) in Deutschland nehmen seit Jahrzehnten zu. Zwischen 2012 und 2022 wurde ein

Anstieg von ca. 1,3 auf ca. 1,7 Milliarden Tagesdosen ermittelt [1]. Das spiegelt sich auch in der stationär-psychiatrischen Versorgung wider. Eine Studie an 24 psychiatrische Fachkliniken [2] zeigte, dass

von den insgesamt 3.164 wegen einer Depression aufgenommen Patient*innen 2.959 (93,5 %) mit AD behandelt wurden, 983 (31,1 %) sogar ausschließlich mit AD. Ähnliche Ergebnisse finden sich in einer weiteren Studie [3]; nahezu alle der 2.133 Patient*innen aus 10 Kliniken wurden mit AD behandelt. Dies steht in starkem Kontrast zu den Behandlungspräferenzen von Patient*innen mit psychischen Störungen: Eine Metaanalyse [4] zeigte, dass 75 % aller Patient*innen Psychotherapie gegenüber AD den Vorzug geben.

Parallel zu diesem fast flächendeckenden Einsatz von AD bei der stationären Behandlung depressiver Erkrankungen nehmen die Fehltagel aufgrund psychischer Erkrankungen zu. Das betrifft vor allem Depressionen: Nach einem Bericht der DAK [5] verursachten Depressionen im Jahr 2024 durchschnittlich 183 Fehltagel je 100 Beschäftigte.

Das Therapiekonzept der Station „Aaron T. Beck“ am Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide weicht von diesem bundesweiten Trend seit einigen Jahren deutlich ab. Eine naturalistische Evaluationsstudie [6] hatte gezeigt, dass (1) die hier angebotene intensive Psychotherapie bei der Behandlung von Depression starke Effekte erzielte, (2) der zusätzliche Einsatz von AD keine besseren Ergebnisse erbrachte als die Psychotherapie allein.

Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit der Fachliteratur. Metaanalysen [7–10] zur Wirksamkeit von AD haben gezeigt, dass der Rückgang der Depressivität unter AD nur schwach vom Rückgang unter Placebos abweicht. Die durchschnittlich bei randomisierten, kontrollierten Doppelblindstudien beobachtete Differenz des Symptommrückgangs zwischen AD- und Placebogruppe beträgt etwa zwei Punkte auf der Hamilton Depression Rating Scale [11], ein auch für erfahrene Kliniker_innen kaum wahrnehmbarer Unterschied [12]. Selbst dieser marginale Effekt könnte eine Überschätzung darstellen, da Doppelblindstudien bei AD aufgrund der Nebenwirkungen kaum korrekt durchführbar sind [13]: Sowohl Patient*innen als auch Untersucher_innen können mit einiger Genauigkeit erkennen, ob jeweils das AD oder das Placebo verabreicht wurde. Dieses als „funktionale Entblindung“ oder „Breaking Blind“ bekannte Phänomen kann die Ergebnisse zugunsten des ADs verfälschen [14]. Nach heutigem Stand der Forschung ist kein pharmakologischer Wirkfaktor für therapeutische Effekte von AD bekannt. Fast alle AD zielen auf die Erhöhung des Angebots von Serotonin oder Noradrenalin, da früher vermutet wurde, Depression sei die Folge eines Mangels an diesen Neurotransmittern. Diese Hypothese wurde lange zu Marketingzwecken propagiert [15], gilt jedoch in Fachkreisen längst als widerlegt [16]. Alternativ diskutierte Wirkmechanismen von AD wie z. B. die pharmakologische Erhöhung der Neuroplastizität sind spekulativ und werden angezweifelt [17, 18].

Aufgrund dieser und anderer Schwachpunkte [19] und unserer eigenen Erfahrungen wurden AD ab Januar 2018 aus dem Therapiekonzept der Station entfernt und nur noch auf Wunsch der Patient*innen eingesetzt. Das führte zu einem drastischen Rückgang der Verordnungen; 2024 wünschten nur noch 11,3 % der Patient*innen die zusätzliche Behandlung mit einem AD, wobei es sich fast immer um von einer vorbehandelnden Stelle verordnete Medikamente handelt, welche die Patient*innen auch weiterhin einnehmen wollten. Eine Vergleichsstudie [20] an nahezu 1.000 Behandlungsverläufen zeigte, dass die Therapieeffekte auf der Station ab 2018 keineswegs schlechter geworden sind: So betrug die

Effektstärke (d_{RM}) für den Rückgang der Depressivität von der Aufnahme bis zur Entlassung 1,6 mit AD vs. 1,7 ohne AD, während die mittlere Behandlungsdauer von 59,7 Tagen auf 55,2 Tage zurückging.

Einhergehend mit dieser Änderung des Therapiesettings berichteten uns Patient*innen gehäuft von Situationen, in denen sie sich unter Druck gesetzt fühlten, AD einzunehmen. Zur Illustration sollen drei kasuistische Beispiele dienen, die unsere Patient*innen berichteten (die personenbezogenen Angaben wurden geändert).

1. Frau M. (Sekretärin, 38 Jahre alt, geschieden, in fester Partnerschaft lebend) hatte sich vor der Behandlung bei uns bei einer anderen psychiatrischen Klinik vorgestellt und dabei den Wunsch geäußert, ohne AD behandelt zu werden. Das sei vom Chefarzt rigoros abgelehnt worden; dieser habe die Einnahme eines ADs zu Bedingung für die Aufnahme gemacht.
2. Frau K. (Altenpflegerin, 57 Jahre alt, alleinlebend) sei während der Behandlung einer Krebserkrankung depressiv geworden. Sie habe kein AD einnehmen wollen. Als sie eine medizinische Reha-Maßnahme beantragte, habe der zuständige Sachbearbeiter ihrer Krankenkasse mit der Ablehnung der Kostenübernahme gedroht, weil sie durch die Ablehnung des ADs ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkomme.
3. Herr P. (Kfz-Mechatroniker, 45 Jahre alt, verheiratet) hatte während der Behandlung auf der Station „Aaron T. Beck“ sein von einem ambulant behandelnden Arzt verordnetes AD abgesetzt. Die Behandlung war erfolgreich, die Depression war vollständig abgeklungen. Dennoch habe sein Arzt auf das Absetzen wütend und vorwurfsvoll reagiert.

Es wurde wiederholt beschrieben, dass in der psychiatrischen Versorgung häufig psychologischer Druck auf Patient*innen ausgeübt wird. Damit sind kommunikative Strategien gemeint, die von Fachkräften und informellen Betreuungspersonen eingesetzt werden, um die Entscheidungsfindung von Nutzerinnen und Nutzern von Dienstleistungen zu beeinflussen und ihre Einhaltung empfohlener Behandlungen oder sozialer Regeln zu verbessern [21]. Dieses Phänomen wird auch häufig als „informelle Zwangsausübung“ oder „Behandlungsdruck“ bezeichnet. Szmukler und Appelbaum [22] unterschieden bei ihrer Definition von Behandlungsdruck zwischen Überzeugung (persuasion), interpersonellem Druck (interpersonal leverage), Anreizen (inducements) und Drohungen (threats). Überzeugung bedeutet, die Entscheidungsfindung von Patient*innen durch rationale Argumentation zu beeinflussen; interpersoneller Druck meint die Nutzung emotionaler Abhängigkeiten oder Beziehungen als „Hebel“ zur Beeinflussung von Entscheidungen; Anreize beinhalten bedingte Angebote, die darauf abzielen, Personen Vorteile zu bieten, sofern sie den Vorschlag annehmen; und Drohungen umfassen bedingte Ankündigungen, Personen schlechter zu stellen, wenn sie den Vorschlag ablehnen.

Ziele der Studie

Es gibt bislang keine Untersuchungen, die sich speziell mit dem Behandlungsdruck zur Einnahme von AD befassen. Mit unserer explorativen Studie soll diese Grauzone im Gesundheitswesen erstmals beleuchtet werden. Patient*innen, die sich wegen einer schweren depressiven Episode in vollstationär-psychiatrische Behandlung begeben hatten, wurden ein halbes Jahr nach der Entlassung

systematisch nach ihren diesbezüglichen subjektiven Erfahrungen befragt. Zugleich soll untersucht werden, welche Patient*innen besonders anfällig für diesen Druck sind.

Methodik

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus $N = 146$ aufgrund einer schweren depressiven Episode zwischen Juli 2022 und Oktober 2024 konsekutiv auf der o.g. Station „Aaron T. Beck“ aufgenommenen Patient*innen, die an einer Follow-up-Befragung sechs Monate nach der Entlassung teilgenommen haben. Bei Wiederaufnahmen im Untersuchungszeitraum wurde jeweils die erste Behandlung berücksichtigt. Hinsichtlich der Häufigkeit der AD-Verschreibung zum Entlassungszeitpunkt gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Patient*innen, die später erneut aufgenommen wurden (30,8 %) und denen, die nicht wieder aufgenommen wurden (15,7 %; $\chi^2 = 2,019$, $df = 1$, $p = ,155$).

Das Durchschnittsalter der 146 Patient*innen betrug 43,1 Jahre ($SD = 14,3$), es handelt sich um 65 Männer (44,5 %) und 81 Frauen (55,5 %). In 18 Fällen (12,3 %) wurde eine komorbide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, in 13 Fällen (8,9 %) eine sonstige psychische Störung (z. B. Zwangs- und Angststörungen oder Schizotypie). Zwei der Patient*innen (1,4 %) waren ohne Abschluss, 34 (23,3 %) hatten einen Hauptschulabschluss, 53 (36,3 %) die Mittlere Reife, 57 (39,0 %) Abitur oder Fachabitur.

65 (44,5 %) dieser Patient*innen wurden mit einem vorverordneten AD aufgenommen, 18 (12,3 %) nahmen ein AD bei Entlassung ein. ► **Abb. 1** schlüsselt den genauen Verlauf der AD-Verordnungen von der Aufnahme bis zum Follow-up auf.

Am Follow-up beteiligten sich 63,8 % der 229 insgesamt in diesem Zeitraum auf der Station behandelten Patient*innen. Die Patient*innen, die sich nicht am Follow-up beteiligten, waren jünger (38,7 vs. 43,1 Jahre; $t = -2,273$, $df = 227$, $p = ,024$), wiesen häufiger komorbide Persönlichkeitsstörungen auf (31,3 vs. 12,3 %; $\chi^2 = 12,302$, $df = 1$, $p < ,001$) und nahmen häufiger AD bei Entlassung ein (25,3 % vs. 12,3 %; $\chi^2 = 6,302$, $df = 1$, $p = ,012$). Hinsichtlich Geschlechtsverteilung, Depressivität und AD-Einnahme bei Aufnahme gab es keine signifikanten Unterschiede.

Instrumente

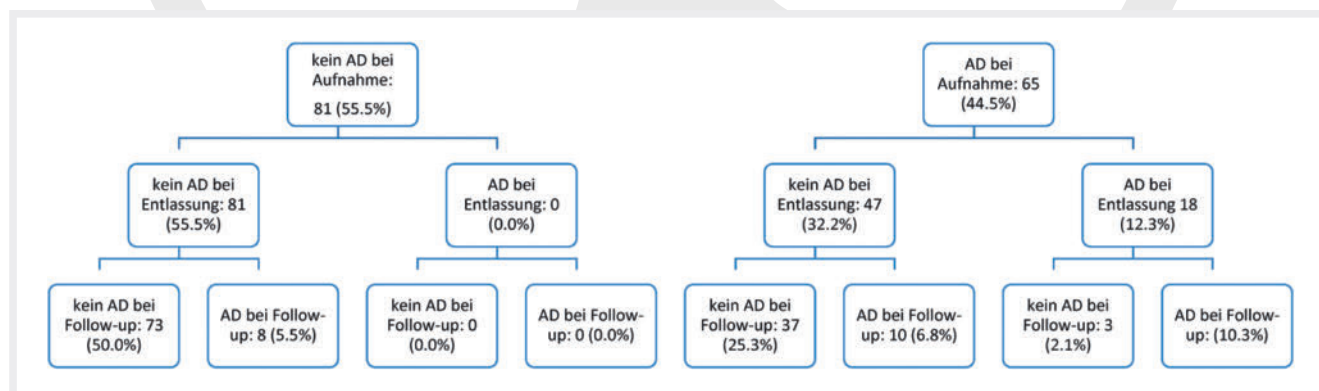
Das *revidierte Beck Depressions-Inventar* (BDI-II [23]) ist ein international verwendeter Fragebogen, der in 21 Items alle wichtigen Symptome der Depression abdeckt. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) des BDI-II beträgt laut Manual ,84.

Das *Selbstverantwortungs-Inventar* (SVI; [24]) erfasst, inwieweit eine Person die Verantwortung für ihr eigenes Verhalten und alle resultierenden Konsequenzen akzeptiert. Es besteht aus drei Skalen zu je 10 Items, nämlich *Fremdbestimmung* (FB; zielt auf den Eindruck, dass andere Personen mehr Einfluss auf das eigene Leben haben als man selbst. Beispiel-Item: „Andere sind an meinem Unglück schuld“; Cronbachs α laut Manual = ,70 – ,84), *Selbstbestimmung* (SB; eine unabhängige und selbstbewusste Haltung: „Ich bestimme selbst, was ich tue oder lasse“; $\alpha = ,76 – ,86$) sowie *Orientierung an den Erwartungen anderer* (OE; der Wunsch, die Erwartungen anderer zu erfüllen und die Angst, Fehler zu machen oder zurechtgewiesen zu werden: „Ich habe oft ein schlechtes Gewissen, wenn ich jemandem eine Bitte abschlage“; $\alpha = ,87$). Die SVI-Skalen hängen in der Normalpopulation z.T. mit Alter und Geschlecht zusammen. Um diese Effekte zu kontrollieren, wurden bei den Analysen nicht die Rohwerte, sondern die z-Werte verwendet.

Das *Aggressionshemmungs-Inventar* (AHI [25]) zielt auf die Hemmung der sogenannten „konstruktiven Aggression“. Damit ist ein evolviertes Verhaltenssystem gemeint, das eine Person dazu befähigt, sich innerhalb ihres sozialen Bezugsrahmens angemessen und gewaltfrei für die eigenen Interessen, Bedürfnisse und Grenzen einzusetzen. Die klinische Relevanz dieses neuartigen Konstruktes für die Behandlung von Depression wurde gezeigt [26]. Das AHI besteht aus 20 Items, die zu der Skala Aggressionshemmung zusammengefasst werden (Beispiel-Items: „Ich bin hilflos, wenn andere Menschen meine Grenzen überschreiten“; „Ich habe oft das Gefühl, zu kurz zu kommen“; $\alpha = ,88 – ,91$). Die AHI-Werte hängen in der Normalpopulation mit dem Geschlecht zusammen, auch hier wurden daher die z-Werte verwendet.

Zusätzlich zu diesen Instrumenten wurden folgende Fragen vorgelegt:

- „Fühlten Sie sich schon einmal unter Druck gesetzt, ein Antidepressivum einzunehmen, obwohl Sie es selbst nicht wollten?“ (Antwortvorgaben: „ja, mehrfach“ vs. „ja, einmal“ vs. „nein, noch nie“)



► **Abb. 1** Verlauf der AD-Verordnungen der 146 Patient*innen von der Aufnahme bis zum Follow-up.

- „Wenn Sie oben „ja, mehrfach“ oder „ja, einmal“ angekreuzt haben: Durch wen wurde der Druck ausgeübt?“ („Arzt/Ärztin“ vs. „Krankenkasse“ vs. „andere Stelle – bitte nennen“)
- „Wenn Sie oben „ja, mehrfach“ oder „ja, einmal“ angekreuzt haben: Haben Sie schon einmal wegen dieses Druckes ein Antidepressivum eingenommen?“ („ja“ vs. „nein“)
- Die Patient*innen wurden um eine Bewertung der Behandlung gebeten: „Mit dem Ergebnis der Behandlung auf der Station „Aaron T. Beck“ bin ich aus heutiger Sicht zufrieden“ („stimmt genau“ = 3 Punkte, „stimmt überwiegend“ = 2 Punkte, „stimmt etwas“ = 1 Punkt, „stimmt gar nicht“ = 0 Punkte).

Ablauf

Die Patient*innen erhielten zur Follow-up-Befragung sechs Monate nach der Entlassung den vereinbarten Brief mit den Fragebögen und einem frankierten, adressierten Rückumschlag. Falls nach einem Monat keine Antwort eintraf, wurde ein Erinnerungsschreiben verschickt.

Ethikvotum

Unsere Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt und von der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein unter dem Aktenzeichen 2014346 genehmigt. Alle Patientinnen und Patienten wurden über die Ziele der Studie informiert und gaben eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme.

Ergebnisse

79 Patient*innen (54,1 %) stimmten dem Statement zur Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis *vollständig* zu, 50 Patient*innen (34,2 %) *überwiegend*, 11 (7,5 %) *etwas* und 6 (4,1 %) *gar nicht*; daraus ergibt sich ein Mittelwert von 2,38 Punkten (SD = 0,78). Der durchschnittliche Score im BDI-II betrug 19,8 Punkte (SD = 13,6). Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und BDI-II ($r = -.40$, $p < .001$): je geringer die Depressivität beim Follow-up, desto höher die retrospektive Zufriedenheit. Die 33 Patient*innen, die zum follow-up-Zeitpunkt AD einnahmen, wiesen höhere Werte im BDI-II auf ($\bar{x} = 25,7$, $SD = 14,1$) als die 113 Patient*innen, die keine AD einnahmen ($\bar{x} = 18,1$, $SD = 13,0$; $t = 2,907$, $df = 144$, $p = .004$).

Druck zur Einnahme von Antidepressiva

92 Patient*innen (63,0 %) gaben an, noch nie unter Druck gesetzt worden zu sein, gegen ihren Willen ein AD einzunehmen. 54

Patient*innen (37,0 %) berichteten, einen derartigen Druck erfahren zu haben, davon 31 (21,2 %) einmal und 23 (15,8 %) mehrfach. Der Druck sei in 46 Fällen (85,2 %) von Ärzt_innen und in jeweils vier Fällen (7,4 %) von Psychotherapeut_innen und von Familienangehörigen ausgegangen. Wenn Druck erlebt wurde, habe das bei 32 Patient*innen (59,3 %) tatsächlich zur Einnahme eines ADs gegen den eigenen Wunsch geführt.

Die Möglichkeit, Druck zur Einnahme eines ADs zu erleben, besteht vorwiegend dann, wenn kein AD eingenommen wird. Daher ist es plausibel, dass diese Erfahrung signifikant häufiger von den Patient*innen beschrieben wurde, die zum Follow-up kein AD einnahmen (40,6 % vs. 11,1 %, $\chi^2 = 8,722$, $df = 1$, $p = .003$). Aus demselben Grund kann die Tatsache, dass am Follow-up häufiger Patient*innen teilgenommen haben (s.o.), die bei Entlassen kein AD einnahmen, die Ergebnisse beeinflusst haben.

► **Tab. 1** zeigt die psychometrischen Ergebnisse bei der Follow-up-Befragung. Demnach erleben Patient*innen um so eher Druck zur Einnahme eines ADs, je depressiver sie sind (BDI-II), je mehr sie sich an den Erwartungen anderer Personen orientieren (SVI-OE) und je aggressionsgehemmter sie sind (AHI).

Frauen gaben signifikant häufiger als Männer an, unter Druck gesetzt worden zu sein, ein AD einzunehmen (49,4 % vs. 21,5 %, $\chi^2 = 11,996$, $df = 1$, $p < .001$). Zusammenhänge mit dem Lebensalter oder der Schulbildung gab es nicht.

Diskussion

Diese Studie hat Pilotcharakter. Erstmals wurde an einer Gruppe von Patient*innen, die wegen einer schweren Depression in vollstationär-psychiatrischer Behandlung waren, eine systematische Befragung zu Erfahrungen mit subjektiv erlebtem Druck zur Einnahme von Antidepressiva und den Konsequenzen durchgeführt. Diese Stichprobe ist aufgrund des Behandlungskonzepts der Station besonders geeignet, da fast 90 % der Patient*innen zum Zeitpunkt der Entlassung auf eigenen Wunsch kein AD einnahmen und dadurch die theoretische Möglichkeit, zur Einnahme eines ADs bewegt zu werden, in sehr viel größerem Ausmaß gegeben ist als üblicherweise [2, 3].

Mehr als ein Drittel der von uns befragten Patient*innen berichteten, mindestens einmal unter Druck gesetzt worden zu sein, gegen ihren Willen ein AD einzunehmen. Dieser Druck sei meistens von Ärzt_innen ausgegangen und habe in mehr als der Hälfte der Fälle tatsächlich zur Einnahme des Medikaments geführt. Man kann davon ausgehen, dass Behandler_innen i.d.R. die besten Absichten haben und ihre Patient*innen nicht in diese Situation bringen

► **Tab. 1** Psychometrische Ergebnisse bei der Follow-up-Befragung.

	Druck: noch nie; $\bar{x}$ (SD)	Druck: einmal; $\bar{x}$ (SD)	Druck: mehrmals; $\bar{x}$ (SD)	F (2,143)	p
BDI-II	17,5 (13,1)	20,6 (13,3)	27,8 (13,2)	5,719	0,004
SVI-FB (z)	0,16 (1,09)	0,11 (1,08)	0,58 (1,37)	1,433	0,242
SVI-SB (z)	0,22 (0,90)	0,08 (1,14)	-0,06 (0,76)	0,920	0,401
SVI-OE (z)	0,43 (1,27)	0,59 (1,12)	1,14 (1,12)	3,141	0,046
AHI (z)	0,49 (1,26)	0,72 (1,24)	1,34 (1,13)	4,343	0,015

wollen. Das subjektive Erleben von Druck ist auch nicht automatisch mit dem gezielten Ausüben von Druck gleichzusetzen. Dennoch sollte es alarmieren, dass in der Wahrnehmung von derartigen vielen Patient*innen dieser Eindruck entstanden ist, denn das Ausüben von Druck entspricht weder dem modernen ärztlichen Selbstverständnis noch der ärztlichen Ethik. Überdies zeigen aktuelle Forschungsergebnisse, dass die Berücksichtigung der Behandlungspräferenzen der Patient*innen zu besseren Therapieergebnissen führt [27].

Das Ausüben von Druck auf Patient*innen zur Einnahme von AD ist nicht durch die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (NVL [28]) gedeckt. Ganz im Gegenteil; in den Empfehlungen der NVL werden durchgehend die Begriffe „anbieten“ oder „empfehlen“ verwendet. So heißt es z. B. in der Empfehlung 5-8: »Patient*innen mit akuten mittelgradigen depressiven Episoden soll gleichwertig eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie angeboten werden« (ebd., S. 109).

Ärztlicher Druck widerspricht dem Prinzip des Shared Decision Making (SDM), bei dem Ärzt_innen und Patient*innen gemeinsam über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen entscheiden. SDM wurde auch für die Psychiatrie gefordert [29]. Die Kombination von ärztlicher Expertise und wissenschaftlicher Evidenz mit den Werten, Präferenzen und Lebensumständen der Patient*innen resultiert in einer Kooperation, bei der Ärzt_innen ihren fachlichen Rat einbringen. Es wurde gezeigt, dass dieses partizipative Entscheidungsmodell zu höherer Zufriedenheit und besseren Behandlungsergebnissen führt.

In vier Fällen wurde Druck zur AD-Einnahme durch Psychotherapeut_innen beschrieben. In diesem Kontext ist eine paternalistische Haltung besonders problematisch. Das Ausüben von Druck zur Einnahme eines ADs steht in Widerspruch zu einem zentralen Ziel jeder Psychotherapie, nämlich der Übernahme von Selbstverantwortung durch die Patient*innen. Das ist eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg, auch und gerade bei der Behandlung von Depression [30].

Bedeutung von Patient*innenmerkmalen

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die subjektive Erfahrung von Druck zur Einnahme eines ADs signifikant mit Merkmalen der Patient*innen zusammenhängen. Eine ausgeprägte Depressivität (BDI-II), eine gehemmte konstruktive Aggression (AHI), eine starke Orientierung an den Erwartungen anderer (SVI-OE) und weibliches Geschlecht sind signifikant häufiger mit der Erfahrung des Drucks verbunden.

Depressivität

Je depressiver Patient*innen sind, desto höher die Wahrscheinlichkeit, Druck zur Einnahme eines ADs zu erleben. Auch, wenn damit das Ausüben von Druck nicht gerechtfertigt wird, lässt sich dieser Zusammenhang mit dem durch den Leidensdruck der Patient*innen ausgelösten Wunsch der Behandler_innen erklären, zu helfen.

Aggressionshemmung und Orientierung an den Erwartungen anderer

Bei der partizipativen Entscheidungsfindung haben immer auch die Werte und Überzeugungen der Behandler_innen Einfluss auf ihre Behandlungen [31]. Eine aus Überzeugung vorgebrachte Empfehlung kann von Patient*innen als Druck erlebt werden, auch wenn

es nicht so intendiert ist. Aggressionshemmung und die Orientierung an den Erwartungen anderer sind psychologische Faktoren, die dazu führen können, die eigene Position nicht hinreichend einzubringen oder im Extremfall gar nicht erst zum Ausdruck zu bringen. Das wäre aber für eine gelungene partizipative Entscheidungsfindung erforderlich. Erschwerend kommt hinzu, dass beide Aspekte – Aggressionshemmung und Orientierung an den Erwartungen anderer – bei depressiven Patient*innen besonders ausgeprägt sind [26, 30].

Geschlecht

Es wurde wiederholt berichtet, dass Frauen sich im Gesundheitswesen häufig benachteiligt fühlen. Eine aktuelle, repräsentative Umfrage im deutschsprachigen Raum ergab, dass Frauen häufiger als Männer von dem Eindruck berichten, bei Arztbesuchen nicht ernst genommen zu werden [32]. Diese Tendenz scheint sich auch bei der hier untersuchten Fragestellung zu zeigen.

Psychologischer Druck vs. Zwangsmaßnahmen

Die hier untersuchten subjektiven Erfahrungen der Patient*innen sind abzugrenzen von Zwangsmaßnahmen nach Betreuungsrecht oder PsychKG. Die Verabreichung von Psychopharmaka gegen den Willen der Betroffenen ist in Deutschland streng geregelt und setzt u. a. akute Selbst- oder Fremdgefährdung und fehlende Urteils- und Einsichtsfähigkeit voraus [33]. Die mit derartigen Eingriffen in körperliche Unversehrtheit und persönliche Autonomie verbundenen ethischen und verfassungsrechtlichen Probleme sind Gegenstand ständiger Reflektion. Die richterliche Überwachung ist zwingend vorgeschrieben. Bei Zwangsmedikation werden Antipsychotika oder Benzodiazepine eingesetzt, aber keine Antidepressiva. Und das aus gutem Grund: Antidepressiva können das Suizidrisiko sogar erhöhen [34, 35]. Folgerichtig wird in der NVL von der Verwendung von AD zur Behandlung von Suizidalität ausdrücklich *abgeraten* [26]: »Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollen Antidepressiva nicht eingesetzt werden« (ebd., Empfehlung 12-13, S. 182). Dies erscheint umso bemerkenswerter, da Suizidalität als das schwerwiegendste Symptom depressiver Erkrankungen gilt [36].

Druck durch Kostenträger

Das Ausüben von Druck zur AD-Einnahme durch eine Krankenkasse wurde den Teilnehmer_innen unserer Studie nicht beschrieben. Dennoch wurde es wiederholt von einigen Patient*innen berichtet (s. o.). Hintergrund ist die sogenannte „Mitwirkungspflicht“ nach § 61 bis 63 Sozialgesetzbuch (SGB). Patient*innen können sich zwar weigern, müssen dann aber mit negativen Konsequenzen rechnen. Nach § 66 SGB ergeben sich daraus in erster Linie finanzielle Konsequenzen, da die Krankenkassen als Leistungsträger Leistungen so lange kürzen oder vollständig einbehalten kann, bis die Mitwirkungspflicht nachgeholt wurde. Es gibt dafür aber Grenzen. So müssen laut § 65a SGB I Behandlungen oder Untersuchungen nicht in Anspruch genommen werden, bei denen ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht ausgeschlossen werden kann, die mit Schmerzen verbunden sind oder einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Zahlreiche unerwünschte Nebenwirkungen [37] bis hin zu einem erhöhten Suizidrisiko [35], ein bestenfalls kaum – vielleicht sogar gar nicht – über die Placebo-Response hinausgehender Nutzen [10], eine bei AD-Einnahme langfristig

verschlechterte Prognose [38, 39] und das Fehlen eines zusätzlichen Nutzens von AD bei Psychotherapie [20, 40, 41] sind u.E. hinreichende Gründe, die Einnahme von AD abzulehnen. Patient*innen, die sich gegen AD entscheiden, sollten daher bei den Verhandlungen mit Kostenträgern von ihren ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandler_innen unterstützt werden.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

Patient*innen mit Depression fühlen sich häufig unter Druck gesetzt, ein Antidepressivum einzunehmen, obwohl sie es eigentlich nicht wollen; meistens kommt es dabei zur Einnahme des Medikaments.

Das Risiko ist erhöht bei Frauen oder bei Patient*innen, die ihre Wünsche im ärztlichen Gespräch schwer einbringen können.

Bei der Behandlung dieser Patientengruppe sind ein Bewusstsein der eigenen Wirkung und eine besondere Empathie erforderlich, zumal es sich hier um Personen handelt, denen das Einbringen der eigenen Interessen oft überdurchschnittlich schwerfällt.

Limitationen

Bei der Interpretation der hier berichteten Daten sind zahlreiche Limitationen zu beachten.

- In dieser Studie konnten nur die subjektiven Erfahrungen der Patient*innen erfragt werden. Es wurde nicht zwischen Überzeugungsversuchen, interpersonellem Druck, Anreizen und Drohungen unterschieden. Darüber hinaus kann nicht unterschieden werden, inwieweit hinter dem subjektiven Erleben der Patient*innen tatsächlich ein gezielt oder unbewusst ausgeübter Behandlungsdruck steht, die Perspektive der Behandler_innen wurde nicht erfasst.
- Wir haben die Patient*innen nach ihren retrospektiven Einschätzungen befragt. Es ist gerade bei Depression bekannt, dass die Erinnerungen einem kognitiven Bias unterliegen, der auch nach Remission noch vorhanden ist [42]; so werden negative Erlebnisse besser erinnert als positive (was nicht bedeutet, dass es sich um falsche Erinnerungen handelt). Künftige Untersuchungen könnten die Erfahrungen der Patient*innen in einem prospektiven Design erfassen.
- Die Befragung bezieht sich auf frühere Behandlungserfahrungen; nähere Angaben zum jeweiligen Kontext (genauer Zeitpunkt, Schweregrad der Erkrankung, Suizidalität oder Behandlungssetting) wurden nicht erfragt, hätten aber u.U. zur Einordnung der Erfahrungen beitragen können.
- Es ist unklar, inwieweit die hier berichteten Prävalenzen repräsentativ für die Allgemeinversorgung sind. Nicht alle Patient*innen mit einer Depression werden vollstationär behandelt. Alle in dieser Studie befragten Patient*innen wurden auf einer einzigen Station behandelt, es wurde keine Vergleichsgruppe untersucht. Der Anteil von Patient*innen mit AD-kritischer Haltung könnte überdurchschnittlich sein, weil das Therapiekonzept der Station im Laufe der Jahre einen gewissen Bekanntheitsgrad erlangt hat und von AD-kritischen Patient*innen gezielt aufgesucht werden könnte. Andererseits hat sich an dem Versorgungssektor der Station nichts

verändert, was einem möglichen Selektionseffekt entgegenwirken würde. Darüber hinaus stehen die Ergebnisse der eingangs erwähnten Metaanalyse zu Behandlungspräferenzen [4] – 75 % aller Patient*innen geben Psychotherapie den Vorzug gegenüber AD – eher in Einklang mit Verschreibungszahlen der Station (88 % der Patient*innen nahmen bei Entlassung auf eigenen Wunsch kein AD) als mit denen anderer Kliniken [2, 3].

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Statista. Wie viel Antidepressiva werden verschrieben? https://de.statista.com/infografik/amp/16707/verordnungen-von-antidepressiva-in-deutschland/?utm_source=chatgpt.com (abgerufen am 09.04.2026).
- [2] Härter M, Sitta P, Keller F et al. Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. *Nervenarzt* 2004; 75: 1083–1091. DOI: 10.1007/s00115-004-1705-8
- [3] von Wolff A, Meister R, Härter M et al. Treatment patterns in inpatient depression care. *Int J Methods Psychiatr Res* 2016; 25: 55–67. DOI: 10.1002/mpr.1487
- [4] McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD et al. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 595–602. DOI: 10.4088/JCP.12r07757
- [5] DAK Gesundheit. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: 2024 verursachten Depressionen erneut die meisten Fehltag. 15.04.2025 https://www.dak.de/presse/bundesthemen/umfragen-studien/psychische-erkrankungen-in-der-arbeitswelt-2024-verursachten-depressionen-erneut-die-meisten-fehltage_131626
- [6] Maß R, Backhaus B, Hestermann D et al. Inpatient treatment decreases depression but antidepressants may not contribute: A prospective quasi-experimental study. *Compr Psychiatry* 2019; 94: 152124. DOI: 10.1016/j.comppsy.2019.152124
- [7] Kirsch I, Sapirstein G. Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prev Treat* 1998; 1: Article 0002a. DOI: 10.1037/1522-3736.1.1.12a
- [8] Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008; 5: e45. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050045
- [9] Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018; 391: 1357–1366. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7
- [10] Stone MB, Yaseen ZS, Miller BJ et al. Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo-controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: Individual participant data analysis. *BMJ* 2022; 378:e067606. DOI: 10.1136/bmj-2021-067606
- [11] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56–62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56

- [12] Moncrieff J, Kirsch I. Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressant-placebo differences. *Contemp Clin Trials* 2015; 43: 60–62. DOI: 10.1016/j.cct.2015.05.005
- [13] Margraf J, Ehlers A, Roth WT et al. How "blind" are double-blind studies. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 184. DOI: 10.1037/0022-006X.59.1.184
- [14] Baethge C, Assall OP, Baldessarini RJ. Systematic review of blinding assessment in randomized controlled trials in schizophrenia and affective disorders 2000–2010. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 152–160. DOI: 10.1159/000346144
- [15] Lacasse JR, Leo J. Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Med* 2005; 2: e392. DOI: 10.1371/journal.pmed.0020392
- [16] Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T et al. The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry* 2022; 28: 3243–3256. DOI: 10.1038/s41380-022-01661-0
- [17] Rief W, Barsky AJ, Bingel U et al. Rethinking psychopharmacotherapy: the role of treatment context and brain plasticity in antidepressant and antipsychotic interventions. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 60: 51–64. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.11.008
- [18] Seymour J, Mathers N. Placebo stimulates neuroplasticity in depression: implications for clinical practice and research. *Front Psychiatry* 2024; 14: PMID: 1301143. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1301143
- [19] Hengartner MP. Methodological flaws, conflicts of interest, and scientific fallacies: implications for the evaluation of antidepressants' efficacy and harm. *Front Psychiatry* 2017; 8: 275. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00275
- [20] Maß R, Backhaus K, Lohrer K et al. No benefit of antidepressants in inpatient treatment of depression: A longitudinal, quasi-experimental field study. *Psychopharmacology* 2023; 240: 1963–1971. DOI: 10.1007/s00213-023-06417-4
- [21] Potthoff S, Gather J, Hempeler C et al. "Voluntary in quotation marks": A conceptual model of psychological pressure in mental healthcare based on a grounded theory analysis of interviews with service users. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 186. DOI: 10.1186/s12888-022-03810-9
- [22] Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *J Ment Health* 2008; 17: 233–244. DOI: 10.1080/09638230802052203
- [23] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory. Second Edition (3rd revised edition German adaptation by Hautzinger M, Keller F, Kühner C). Frankfurt/Main: Pearson Clinical; 2023
- [24] Maß R. SVI – Selbstverantwortungs-Inventar. Berlin: Springer; 2025. DOI: 10.1007/978-3-662-71227-6
- [25] Maß R. AHI. Das Aggressionshemmungs-Inventar. Göttingen: Hogrefe; 2024
- [26] Maß R, Müller-Alcazar A. Hemmung konstruktiver Aggression: Konzept, Operationalisierung und klinische Implikationen. *Z Klin Psychol Psychother* 2023; 52: 181–194. DOI: 10.1026/1616-3443/a000727
- [27] Swift JK, Callahan JL, Cooper M et al. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *J Clin Psychol* 2018; 74: 1924–1937. DOI: 10.1002/jclp.22680
- [28] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2.2022 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>
- [29] Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 403–409. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x
- [30] Maß R, Schottke M-L, Müller M et al. Selbstverantwortung: Zusammenhänge mit Depression und Angst und Relevanz für das Behandlungsergebnis bei schwer depressiven Patientinnen in vollstationärer Behandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2022; 72: 78–86. DOI: 10.1055/a-1559-4251
- [31] Baldt B. The influence of values in shared (medical) decision making. *Ethik Med* 2020; 32: 37–47. DOI: 10.1007/s00481-019-00549-y
- [32] YouGov. Umfrage: Fast jede dritte Frau berichtet von Benachteiligung im Gesundheitssystem. 2025; <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/news/umfrage-fast-jede-dritte-frau-berichtet-von-benachteiligung-im-gesundheitssystem/?cookie-state-change=1766496240508>
- [33] Henking T, Vollmann J. (eds). Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen: Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015. DOI: 10.1007/978-3-662-47042-8
- [34] Cheung A. Review: Antidepressant use increases the risk of suicidal behaviour and ideation in children. *Evid Based Ment Health* 2007; 10: 20. DOI: 10.1136/ebmh.10.1.20
- [35] Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA et al. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Epidemiol Community Health* 2021; 75: 523–530. DOI: 10.1136/jech-2020-214611
- [36] Thomson W. Long term follow up of suicide in a clinically depressed community sample. *J Affect Disord* 2012; 139: 52–55. DOI: 10.1016/j.jad.2012.02.012
- [37] Hiller G, Voderholzer U. Nebenwirkungen von Antidepressiva. *Psychiatr Psychother up2date* 2012; 6: 149–164. DOI: 10.1055/s-0031-1298962
- [38] Vittengl JR. Poorer long-term outcomes among persons with major depressive disorder treated with medication. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 302–304. DOI: 10.1159/000479162
- [39] Hengartner MP, Angst J, Rössler W. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: results from a prospective community cohort study over 30 years. *Psychother Psychosom* 2018; 87: 181–183. DOI: 10.1159/000488802
- [40] Cuijpers P, Miguel C, Harrer M et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry* 2023; 22: 105–115. DOI: 10.1002/wps.21069
- [41] Voderholzer U, Barton BB, Favreau M et al. Enduring effects of psychotherapy, antidepressants and their combination for depression: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2024; 15: PMID: 1415905. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1415905
- [42] Everaert J, Vrijzen JN, Martin-Willett R et al. A meta-analytic review of the relationship between explicit memory bias and depression: Depression features an explicit memory bias that persists beyond a depressive episode. *Psychol Bull* 2022; 148: 435–463. DOI: 10.1037/bul0000367