



AWMF-Register Nr.	038/017	Klasse:	S3
--------------------------	----------------	----------------	-----------

S3-Leitlinie Zwangsstörungen – Kurzversion Vergleich zwischen alten und neuen Empfehlungen

Erste Revision im Juni 2022

im Auftrag der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Gültig bis 30.06.2027

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer
 Antonie Rubart, M.Sc.
 Matthias Favreau, M.Sc.
 Prof. Dr. Norbert Kathmann
 PD Dr. Angelica Staniloiu
 PD Dr. Andreas Wahl-Kordon
 Dr. Bartosz Zurowski

Steuergruppe:

Dr. Götz Berberich (Windach)
 Matthias Favreau, M.Sc. (München)
 Dr. Tobias Freyer (Schlangenbad)
 Prof. Dr. Hans Jürgen Grabe (Greifswald)
 Dipl.-Psych. Timo Harfst (Berlin)
 Dipl.-Psych. Thomas Hillebrand (Münster)
 PD Dr. Deborah Janowitz (Stralsund)
 Prof. Dr. Lena Jelinek (Hamburg)
 Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin)
 Dr. Anne Katrin Külz (Freiburg)
 Prof. Dr. Thomas Lang (Bremen)
 Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer (Heilbronn)
 Karl Heinz Möhrmann (München)
 Prof. Dr. Steffen Moritz (Hamburg)
 Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt)
 Andreas Pfeiffer (Düsseldorf)
 Prof. em. Dr. Hans Reinecker (Bamberg)
 Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (Stuttgart)
 Antonie Rubart, M.Sc. (Lübeck)
 Dipl.-Psych. Erdmute Scheufele (Erkner)
 PD Dr. Angelica Staniloiu (Hornberg)
 Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig)
 Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Priem am Chiemsee)
 PD Dr. Andreas Wahl-Kordon (Hornberg)
 PD Dr. Steffi Weidt (Zürich)
 Dr. Tina Wessels (Berlin)
 Prof. Dr. Michael Zaudig (München)
 Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck)

Gegenüberstellung der alten vs. neuen Empfehlungen der S3-Leitlinie Zwangsstörungen

Erläuterungen zur Nummerierung:

Die Nummerierungen beziehen sich auf die jeweiligen Kapitel des Leitlinientextes (Gliederung siehe unten)

1. Ziele, Methoden und Anwendungsbereich der Leitlinie
2. Grundlagen
3. Diagnostik und Klassifikation
4. Psychotherapeutische Verfahren
5. Ergänzende psychosoziale Therapien
6. Pharmakotherapie
7. Kombination von verhaltenstherapeutischen Verfahren und Psychopharmakotherapie
8. Biologisch-nicht-pharmakologische Interventionen in der Behandlung von Patienten mit therapierefraktären Zwangsstörungen
9. Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen
10. Spezielle Behandlungsaspekte
11. Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität
12. Versorgungskoordination

Diagnostik und Klassifikation

(vgl. Kapitel 3 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
<p>3-1</p> <p>Bei allen Patienten, bei denen psychische Störungen vermutet werden oder bei denen körperliche Anzeichen (z.B. Handekzem) Hinweise auf eine psychische Erkrankung liefern, sollen folgende 5 Fragen zur Zwangsstörung gestellt werden:</p> <p>(1) Waschen und putzen Sie sehr viel? (2) Kontrollieren Sie sehr viel? (3) Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können? (4) Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange? (5) Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>3-1</p> <p>Bei allen Patienten, bei denen psychische Störungen vermutet werden oder bei denen körperliche Anzeichen (z.B. Handekzem) Hinweise auf eine psychische Erkrankung liefern, sollen folgende 5 Fragen zur Zwangsstörung gestellt werden:</p> <p>(1) Waschen und putzen Sie sehr viel? (2) Kontrollieren Sie sehr viel? (3) Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können? (4) Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange? (5) Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>3-2</p> <p>Bei Verdachtsfällen sollen das Vorliegen der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 geprüft und in Frage kommende Komorbidität abgeklärt werden. Dies sollte bei diagnostischer Unsicherheit mit Hilfe eines ICD-10-basierten Untersuchungsverfahrens geschehen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>3-2</p> <p>Bei Verdachtsfällen soll das Vorliegen der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 geprüft und in Frage kommende Komorbidität abgeklärt werden. Dies sollte bei diagnostischer Unsicherheit mit Hilfe eines ICD-10-basierten Untersuchungsverfahrens geschehen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>3-3</p> <p>Bei entsprechenden anamnestischen und/oder klinischen Hinweisen auf eine relevante somatische Erkrankung ist die beschriebene weiterführende Diagnostik (Kapitel 3.5.2) zu veranlassen.</p>	<p>3-3</p> <p>Bei entsprechenden anamnestischen und/oder klinischen Hinweisen auf eine relevante somatische Erkrankung ist die beschriebene weiterführende Diagnostik (Kapitel 3.5.2) zu veranlassen.</p>

Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Empfehlungsgrad: Expertenkonsens
<p>3-4</p> <p>Nach Statusbestimmung zu Beginn sollte die im Text beschriebene Verlaufsdagnostik (z.B. Y-BOCS, Kapitel 3.2 und 3.4) durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>3-4</p> <p>Nach Statusbestimmung zu Beginn sollte die im Text beschriebene Verlaufsdagnostik (z.B. Y-BOCS, Kapitel 3.2 und 3.4) durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>3-5</p> <p>Zusätzlich zur Symptomatik sollten stets auch die Auswirkungen der Erkrankung auf Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe, Lebensqualität und interpersonelle Auswirkungen erfasst werden (zu Beginn der Therapie zur Zielsetzung und im Verlauf bzw. zum Abschluss zur Evaluation).</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>3-5</p> <p>Zusätzlich zur Symptomatik sollten stets auch die Auswirkungen der Erkrankung auf Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe, Lebensqualität und interpersonelle Auswirkungen erfasst werden (zu Beginn der Therapie zur Zielsetzung und im Verlauf bzw. zum Abschluss zur Evaluation).</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>3-6</p> <p>Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Befunderhebung in Bezug auf Alltag, Teilhabe und Lebensqualität einbezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>3-6</p> <p>Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern der Patient dies nicht ablehnt, d.h. sein Einverständnis gegeben hat, in die Befunderhebung in Bezug auf Alltag, Teilhabe und Lebensqualität einbezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>3-7</p> <p>Bei Patienten mit Zwangsstörungen mit einem Krankheitsbeginn jenseits des 50. Lebensjahres soll eine hirnorganische Abklärung erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>3-7</p> <p>Bei Patienten mit Zwangsstörungen mit einem Krankheitsbeginn jenseits des 50. Lebensjahres soll eine hirnorganische Abklärung erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>

Psychotherapeutische Verfahren

(vgl. Kapitel 4 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
<p>4-1</p> <p>Bei einer Zwangsstörung soll eine störungs- spezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>Editorisch leicht, aber inhaltlich nicht verändert.</p> <p>4-1</p> <p>Bei einer Zwangsstörung soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>
	<p>Aus anderem Kapitel hier integriert, inhaltlich unverändert</p> <p>4-2</p> <p>Die Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung mit Kognitiver Verhaltenstherapie einschließlich Exposition (KVT) sollte Strategien zur Rückfallprophylaxe beinhalten (z.B. Boostersitzungen zur Verstärkung und Wiederauffrischung von Therapieinhalten, Selbsthilfegruppe, Übergang in ambulante Psychotherapie nach stationärer Behandlung).</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>4-3</p> <p>Besteht die Wahl zwischen der Behandlung mit Serotoninwiederaufnahmemhemmern (SSRI) oder Clomipramin und der</p>

	<p>Verhaltenstherapie (VT) mit Exposition, dann sollte die (K)VT bevorzugt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
<p>4-2</p> <p>Für Verhaltenstherapie (VT), Kognitive Therapie (KT) und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) haben sich in der wissenschaftlichen Literatur keine Wirksamkeitsunterschiede ergeben und sie können in der klinischen Praxis nicht sinnvoll getrennt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>Als Empfehlung gestrichen, wird nun im Hintergrundtext erwähnt</p>
<p>4-3</p> <p>Zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen kann die Anwendung der Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>4-4</p> <p>Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) kann für die Therapie von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
<p>4-4</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen auch im Gruppensetting wirksam.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>Verändert</p> <p>4-5</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) im Gruppensetting sollte bei der Behandlung von Zwangsstörungen, insbesondere wenn Einzeltherapie nicht verfügbar ist, angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
	<p>Neu</p>

	<p>4-6</p> <p>Besteht die Möglichkeit der Durchführung hochfrequenter Exposition mit Reaktionsmanagement (Blockexposition an unmittelbar konsekutiven Therapietagen; mindestens aber zwei lange Expositionseinheiten pro Woche), sollte diese Anwendung genutzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
<p>4–5</p> <p>Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement sollte in ihrer Intensität und Dauer den individuellen Gegebenheiten angepasst und bis zum Erreichen einer klinischen Besserung fortgeführt werden (Y-BOCS-Reduktion um mindestens 50 %, Verbesserung der Lebensqualität).</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Verändert</p> <p>4-7</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition sollte unter der Voraussetzung eines Ansprechens auf dieses Vorgehen bis zum Erreichen einer klinischen Remission fortgeführt werden (Y-BOCS-Gesamtwert bei Therapieende ≤ 12, sowie Verbesserung der Lebensqualität)</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
<p>(neu) 4–6</p> <p>Expositionen im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sind in Begleitung eines Therapeuten wirksamer als ohne Therapeutenbegleitung.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>Entfällt (da in Empfehlung 4-8 mit enthalten)</p>
<p>4–7</p> <p>In der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)</p>	<p>Editorisch, aber nicht inhaltlich verändert</p> <p>4-8</p> <p>In der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sollen die Expositionen</p>

<p>sollen die Expositionen in Therapeutenbegleitung angeboten werden und auf eine Überführung in das Selbstmanagement des Patienten abzielen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>in Begleitung von Therapeuten angeboten werden und auf eine Überführung in das Selbstmanagement der Patienten abzielen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>4–8</p> <p>Expositionen im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sollten von Therapeuten im häuslichen Umfeld oder in zwangsauslösenden Situationen (außerhalb der Praxis /Klinik) durchgeführt werden, falls die Zwangssymptome im Praxis- bzw. Klinik-Setting nicht reproduzierbar sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>4-9</p> <p>Expositionen im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sollten von Therapeuten im häuslichen Umfeld oder in zwangsauslösenden Situationen (außerhalb von Praxis/Klinik) durchgeführt werden, falls die Zwangssymptome im Praxis- bzw. Klinik-Setting nicht aktualisierbar sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>4–9</p> <p>Medienbasierte (Internet, Telefon) kognitiv- verhaltenstherapeutische Behandlungsangebote können wirksam sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>4-9 und 4-10 zusammengefasst in Neu</p> <p>4-17 (siehe unten)</p> <p>Bei begrenztem Behandlungsangebot (z.B. regionalen Versorgungsengpässen) oder zur Überbrückung von Wartezeiten sollten KVT-basierte Therapieformen (inkl. Selbsthilfe) über das Internet verfügbar gemacht werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
<p>4–10</p> <p>Bei begrenztem Behandlungsangebot, zur Überbrückung von Wartezeiten oder zur Nachbetreuung sollten medienbasierte kognitiv- verhaltenstherapeutische Behandlungsangebote verfügbar gemacht werden.</p>	

Empfehlungsgrad: Statement	
	<p>Neu</p> <p>4-10</p> <p>Stationäre Therapie, die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement im Rahmen multimodaler, für Zwangsstörungen spezialisierter Therapieprogramme anbietet, ist bei Zwangsstörungen wirksam und erzielt hohe Effektstärken.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>
<p>4-11</p> <p>Die Einbeziehung von engen Bezugspersonen bei der Durchführung einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist zu empfehlen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>4-11</p> <p>Die Einbeziehung von engen Bezugspersonen bei der Durchführung einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist zu empfehlen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>4-12</p> <p>Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie als Gruppenangebot (MBCT) kann zur Behandlung von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden, wenn zuvor keine ausreichende Response auf (K)VT erfolgt ist.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
	<p>Neu</p> <p>4-13</p> <p>Achtsamkeitsbasierte Exposition in der Gruppe kann zur Behandlung von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden</p>

	<p>Empfehlungsgrad: 0</p>
	<p>Neu</p> <p>4–14</p> <p>Metakognitive Therapieansätze können zur Behandlung von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
	<p>Neu</p> <p>4-15</p> <p>Inferenzbasierte Therapie kann bei Patienten mit wenig Einsicht in die Irrationalität der Zwangsinhalte eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
	<p>Neu</p> <p>4–16</p> <p>Für eine Reihe von weiteren Therapievarianten (EMDR, Schematherapie, Assoziationsspaltung, Sättigungstherapie, DIRT) existieren keine hinreichenden Wirksamkeitsnachweise.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>
<p>4–9</p> <p>Medienbasierte (Internet, Telefon) kognitiv- verhaltenstherapeutische Behandlungsangebote können wirksam sein.</p>	<p>Geändert und zusammengefasst</p> <p>4-17</p> <p>Bei begrenztem Behandlungsangebot (z.B. regionalen Versorgungsempässen) oder zur Überbrückung von Wartezeiten sollten KVT-basierte Therapieformen (inkl.</p>

<p>Empfehlungsgrad: Statement</p> <p>4–10</p> <p>Bei begrenztem Behandlungsangebot, zur Überbrückung von Wartezeiten oder zur Nachbetreuung sollten medienbasierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsangebote verfügbar gemacht werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>Selbsthilfe) über das Internet verfügbar gemacht werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
	<p>Neu</p> <p>4-18</p> <p>Es gibt Hinweise, dass die Effekte internetbasierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsangebote mit zunehmendem Therapeutenkontakt gesteigert werden können.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>
	<p>Neu</p> <p>4-19</p> <p>Sofern die Durchführung von KVT nicht im direkten persönlichen Kontakt mit dem Therapeuten möglich ist (z.B. aus organisatorischen Gründen, wegen großer Distanzen, pandemiebedingt, etc.), kann die Durchführung der KVT per Videosprechstunde/-behandlung erwogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>4-20</p>

	<p>Auch bei einer hauptsächlich im persönlichen Kontakt durchgeführten KVT kann Exposition per Videosprechstunde/-behandlung oder unter telefonischer Begleitung erwogen werden, wenn spezielle Expositionen in Therapeutenbegleitung nicht im häuslichen Umfeld möglich sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>4–12</p> <p>Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörung eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>Leicht modifiziert</p> <p>4-21</p> <p>Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt keine Evidenz für ihre Wirksamkeit aus randomisierten kontrollierten Studien vor.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>
<p>4–13</p> <p>Weitere Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>4-22</p> <p>Weitere Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt keine ausreichende Evidenz für ihre Wirksamkeit aus randomisierten kontrollierten Studien vor.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>
	<p>Neu</p> <p>4-23</p> <p>Therapeuten sollen im Verlauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) die Adhärenz von Patienten (Umsetzung vereinbarter Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen)</p>

	<p>fördern und überprüfen, um ein gutes Therapieergebnis sicherzustellen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
--	---

Ergänzende psychosoziale Therapien

(vgl. Kapitel 5 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
	<p>Neu</p> <p>5-1</p> <p>Sport- und Bewegungstherapeutische Interventionen wie z.B. Ausdauertraining können eine sinnvolle Ergänzung von leitliniengerechter Therapie sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>11-4</p> <p>Ergotherapie kann durch konkretes Einüben von Alltagstätigkeiten und Übungen im häuslichen Umfeld eine sinnvolle Ergänzung von leitliniengerechter Psychotherapie sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Neu Kapitel 5 zugeordnet, inhaltlich nicht verändert</p> <p>5-2</p> <p>Ergotherapie kann durch konkretes Einüben von Alltagstätigkeiten und Übungen im häuslichen Umfeld eine sinnvolle Ergänzung von leitliniengerechter Psychotherapie sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>

Psychopharmakotherapie

(vgl. Kapitel 6 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
<p>5-1</p> <p>Eine Monotherapie mit Medikamenten ist</p>	<p>6-1</p> <p>Eine Monotherapie mit Medikamenten ist indiziert, wenn</p>

<p>nur indiziert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ab- gelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt wer- den kann – KVT wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> –damit die Bereitschaft des Patienten, sich auf weitere Therapiemaßnahmen (KVT) ein- zulassen, erhöht werden kann. <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<ul style="list-style-type: none"> ·Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) abgelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt werden kann ·KVT wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder ·damit die Bereitschaft des Patienten, sich auf weitere Therapiemaßnahmen (KVT) einzulassen, erhöht werden kann. <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>6-2</p> <p>Eine Monotherapie mit Medikamenten kann auf Wunsch/Präferenz des Patienten und/oder bei positiver Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>5–2</p> <p>Wenn eine medikamentöse Therapie indiziert ist, sollen SSRI (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) angeboten werden. Citalopram ist in Deutschland jedoch zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>6-3</p> <p>Wenn eine medikamentöse Therapie indiziert ist, sollen SSRI (Citalopram¹, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) angeboten werden. Citalopram¹ ist in Deutschland jedoch zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>
<p>5–3</p> <p>Bei der Therapie mit SSRI sollte auf</p>	<p>Ergänzt:</p> <p>6-4</p> <p>Bei der Therapie mit SSRI sollte auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übelkeit, Diarrhöe

<ul style="list-style-type: none"> – Hinweise auf ein Serotoninsyndrom (Verwirrtheit, Delir, Zittern/Frösteln, Schwitzen, Veränderungen des Blutdrucks, Myoklonus und Mydriasis) – Blutungsneigung in Verbindung mit der Gabe von nichtsteroidalen Antirheumatika – Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SI- ADH = vermehrte Produktion oder Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH); – Diarrhöe – Suizidgedanken – sexuelle Funktionsstörungen – erhöhtes Frakturrisiko – eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe und von Angst und Agitiertheit geachtet werden. <p>Die Patienten sollten auf die Möglichkeit solcher Symptome zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sexuelle Funktionsstörungen • Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SIADH = vermehrte Produktion oder Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH); • eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe, • Angst und Agitiertheit • Suizidgedanken • Blutungsneigung, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten einschließlich nichtsteroidaler Antirheumatika • Absetzschwierigkeiten nach längerdauernder SSRI-Einnahme geachtet werden. <p>Die Patienten sollen auf die Möglichkeit dieser unerwünschten Wirkungen zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.</p> <p>Das Monitoring unter medikamentöser Therapie soll gemäß Tabelle 6.1 erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu, herausgelöst aus 6-3</p> <p>6-5</p> <p>Die Entscheidung für eine medikamentöse Therapie soll partizipativ nach Aufklärung der Patienten über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, deren Erfolgchancen und Risiken getroffen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>5-4</p>	<p>6-6</p>

<p>Da alle SSRI klinisch vergleichbar gut wirksam sind, soll die Auswahl des SSRI anhand des Profils unerwünschter Wirkungen und möglicher Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Da alle SSRI klinisch vergleichbar gut wirksam sind, soll die Auswahl des SSRI anhand des Profils unerwünschter Wirkungen und möglicher Wechselwirkung mit anderen Medikamenten erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>5–5</p> <p>Die SSRI Citalopram, Fluoxetin, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin sollten bis zu den maximal zugelassenen therapeutischen Dosierungen eingesetzt werden, da dann eine stärkere Wirksamkeit zu erwarten ist.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>6-7</p> <p>Die SSRI Citalopram¹ (Off-Label-Use), Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin sollten in Abhängigkeit vom Verlauf der Symptomatik und etwaiger unerwünschter Wirkungen bis zu den maximal zugelassenen therapeutischen Dosierungen eingesetzt werden, da dann eine stärkere Wirksamkeit zu erwarten ist.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>¹Off-Label-Use</p>
<p>5–6</p> <p>Zur Erhaltungstherapie sollten SSRI in der zuletzt wirksamen Dosis weiter eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>Neu</p> <p>6-8</p> <p>Falls eine Therapie mit SSRI wirksam war, sollte eine Erhaltungstherapie mit der zuletzt wirksamen Dosis bei guter Verträglichkeit und fehlenden Kontraindikationen fortgeführt werden (siehe Empfehlung 6-27).</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
<p>5–7</p> <p>Clomipramin ist vergleichbar wirksam mit SSRI, soll jedoch aufgrund der Nebenwirkungen zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen nicht als erste Wahl zum Einsatz kommen.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>6-9</p> <p>Clomipramin ist vergleichbar wirksam mit SSRI, soll jedoch aufgrund der Nebenwirkungen zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen nicht als erste Wahl zum Einsatz kommen.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>

Neu

6-10

Bei der Therapie mit Clomipramin sollte auf

- Mundtrockenheit
 - Verstopfung, schwere Obstipation
 - Akkomodationsstörungen
 - Schwindel, Blutdrucksenkungen mit Kreislaufbeschwerden und Herzrasen, Herzrhythmusstörungen
 - Gewichtszunahme
 - Probleme beim Wasserlassen
 - sexuelle Funktionsstörungen
 - Darmverschluss
 - Glaukom
 - kognitive Störungen
 - Verwirrheitszustände/Delir
 - Krampfanfälle
 - Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SIADH = vermehrte Produktion oder Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH)
 - eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe, Angst und Agitiertheit
 - Suizidgedanken
 - Blutungsneigung, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten einschließlich nichtsteroidaler Antirheumatika
 - Absetzschwierigkeiten nach längerdauernder Clomipramin-Einnahme
- geachtet werden.

Die Patienten sollen auf die Möglichkeit dieser unerwünschten Wirkungen zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Das Monitoring unter medikamentöser Therapie soll gemäß Tabelle 6.2 erfolgen.

Empfehlungsgrad: Expertenkonsens

<p>5–8</p> <p>Die intravenöse Applikation von Clomipramin hat gegenüber der oralen Verabreichung keine bessere Wirksamkeit und sollte nicht primär eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>6-11</p> <p>Die intravenöse Applikation von Clomipramin hat gegenüber der oralen Verabreichung keine bessere Wirksamkeit und sollte nicht primär eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
<p>5–9</p> <p>Trizyklische Antidepressiva (außer Clomipramin) sind zur Behandlung von Patienten mit einer Zwangsstörung nicht wirksam und sollen daher nicht eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>6-12</p> <p>Trizyklische Antidepressiva (außer Clomipramin) sind zur Behandlung von Patienten mit einer Zwangsstörung nicht wirksam und sollen daher nicht eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>
<p>5–10</p> <p>Venlafaxin sollte zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen nicht als Medikament erster Wahl eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>Geringfügig modifiziert</p> <p>6-13</p> <p>Venlafaxin sollte nicht als Medikament erster Wahl eingesetzt werden.¹</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>
<p>5–11</p> <p>Mirtazapin kann aufgrund unzureichender Wirksamkeitsnachweise zur medikamentösen Monotherapie von Patienten mit Zwangsstörungen nicht empfohlen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>Geringfügig ergänzt</p> <p>6-14</p> <p>Mirtazapin soll nicht zur medikamentösen Monotherapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt werden.¹</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>

	<p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>
<p>5–12</p> <p>Buspiron ist zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht wirksam und soll daher nicht eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>Geringfügig ergänzt</p> <p>6-15</p> <p>Buspiron¹ soll nicht eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>
<p>5–13</p> <p>Clonazepam und andere Benzodiazepine sind in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht wirksam und bergen das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung und sollen daher nicht eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>Geringfügig ergänzt</p> <p>6-16</p> <p>Clonazepam¹ und andere Benzodiazepine¹ sollen nicht eingesetzt werden und bergen das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>¹Sind zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>
<p>5–14</p> <p>Spricht ein Patient mit Zwangsstörung nicht auf eine SSRI-/Clomipramin-Therapie an (Y-BOCS-Reduktion < 25%), dann sollten Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören ggf. die mangelnde Mitarbeit des Patienten, eine nicht angemessene Dosis und ein zu niedriger Serumspiegel.</p>	<p>6–17</p> <p>Spricht ein Patient mit Zwangsstörung nicht auf eine SSRI-/Clomipramin-Therapie mit einer Reduktion der Zwangssymptomatik um mindestens 25% an, dann sollten Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören ggf. die mangelnde Mitarbeit des Patienten, eine nicht angemessene Dosis und ein zu niedriger Serumspiegel.</p>

Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Empfehlungsgrad: Expertenkonsens
<p>5–15</p> <p>Die Behandlungsdauer mit SSRI/Clomipramin sollte mindestens 12 Wochen betragen. Dabei sollte spätestens ab Woche 6-8 eine maximal zugelassene Dosis erreicht werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>6–18</p> <p>Die Behandlungsdauer mit SSRI/Clomipramin sollte mindestens 12 Wochen betragen. Dabei sollte spätestens ab Woche 6-8, falls nicht bereits Remission¹ bzw. klinische Remission eingetreten ist, eine maximal zugelassene Dosis erreicht werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p> <p>¹(Y-BOCS < 12)</p>
<p>5–16</p> <p>Bei unzureichender oder ausbleibender Wirksamkeit (<25% Y-BOCS-Veränderung) einer SSRI-Therapie kann eine Dosissteigerung des SSRI individuell erwogen werden, auch in höherer als zugelassener Dosis.¹ Hierbei ist eine engmaschige ärztliche Betreuung des Patienten mit Überprüfung möglicher unerwünschter Wirkungen erforderlich (s. 5-3).</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>Neu bzw. leicht verändert</p> <p>6–19</p> <p>Spricht ein Patient mit Zwangsstörung nicht auf eine SSRI-Therapie mit einer Reduktion der Zwangssymptomatik um mindestens 25% an, kann eine Dosissteigerung individuell erwogen werden, auch in höherer als zugelassener Dosis.¹ Hierbei ist eine engmaschige ärztliche Betreuung der Patienten mit Überprüfung möglicher unerwünschter Wirkungen erforderlich (s. 6-4).²</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p> <p>¹Die Patienten müssen dazu über die besonderen Risiken der off-label-Anwendung aufgeklärt werden, die auch eine besondere ärztliche Sorgfaltspflicht nach sich zieht. ²Für Deutschland ist erstattungsrechtlich die Bestimmung des §2 Abs. 1a SGB V zu berücksichtigen.</p>
<p>5–17</p> <p>Bei unzureichender oder ausbleibender Wirksamkeit (< 25 % Y-BOCS-</p>	<p>6–20</p> <p>Spricht ein Patient mit Zwangsstörung nicht auf eine SSRI-/Clomipramin-</p>

<p>Veränderung) einer Therapie mit SSRI/Clomipramin kann auf ein anderes SSRI oder Clomipramin umgestellt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>Therapie mit einer Reduktion der Zwangssymptomatik um mindestens 25% an, kann auf ein anderes SSRI oder Clomipramin umgestellt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
<p>5–18</p> <p>Wenn Therapieversuche mit zwei oder mehr verschiedenen SSRI bei adäquater Dauer und Dosierung (s. 5-15) wirkungslos geblieben sind, kann eine Behandlung mit Clomipramin erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>6–21</p> <p>Wenn Therapieversuche mit zwei oder mehr <u>ereren</u> verschiedenen SSRI_s bei adäquater Dauer und Dosierung (s. 6-18) wirkungslos geblieben sind, kann eine Behandlung mit Clomipramin erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
<p>5–19</p> <p>Wenn Therapieversuche mit zwei oder mehr verschiedenen SSRI/Clomipramin bei adäquater Dauer und Dosierung wirkungslos geblieben sind, kann eine kombinierte Therapie eines SSRI mit Clomipramin erwogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>6–22</p> <p>Wenn Therapieversuche mit zwei oder mehr verschiedenen SSRI/Clomipramin bei adäquater Dauer und Dosierung (s. 6-18) wirkungslos geblieben sind, kann eine kombinierte Therapie eines SSRI mit Clomipramin erwogen werden¹.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p> <p>¹CAVE: höheres Risiko eines serotonergen Syndroms</p>
<p>5–20</p> <p>Die Augmentation einer SSRI-/Clomipramin- Therapie mit Lithium, Pindolol, noradrenergen Antidepressiva (Nortriptylin, Desipramin) oder Buspiron ist bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht indiziert.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>Neu bzw. leicht ergänzt</p> <p>6-23</p> <p>Bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen sind folgende Substanzen zur Augmentation einer SSRI-/Clomipramin-Therapie nicht indiziert: Glutamatmodulatoren (wie z.B. Riluzol, N-Acetylcystein), Lithium, noradrenerge Antidepressiva (z.B. Desipramin), Buspiron.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>

<p>5–21</p> <p>Bei ausbleibendem oder unzureichendem Ansprechen (insbesondere bei Vorliegen von komorbiden Tic-Störungen) auf eine leitliniengerechte Therapie mit SSRI/Clomipramin sollte als Augmentation eine zusätzliche Therapie mit den Antipsychotika Risperidon, Haloperidol oder mit Einschränkung Quetiapin angeboten werden. Bei Nicht-Ansprechen auf die Augmentation sollten die Antipsychotika spätestens nach 6 Wochen abgesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>Neu bzw. modifiziert</p> <p>6–24</p> <p>Bei ausbleibendem oder unzureichendem Ansprechen auf eine leitliniengerechte Therapie mit SSRI/Clomipramin über mind. 12 Wochen (s. 6-20 bis 6-22) sollte als Augmentation eine zusätzliche Therapie mit den Antipsychotika Aripiprazol¹ oder Risperidon¹ angeboten werden. Bei Nicht-Ansprechen auf die Augmentation sollten die Antipsychotika nach 6 Wochen abgesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>
<p>5–22</p> <p>Die Monotherapie mit Antipsychotika kann aufgrund fehlender Wirkungsnachweise und möglicher Nebenwirkungen bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht empfohlen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>6–25</p> <p>Die Monotherapie mit Antipsychotika kann aufgrund fehlender Wirkungsnachweise und möglicher Nebenwirkungen bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht empfohlen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>6-26</p> <p>Die medikamentöse Augmentation einer Expositionstherapie mit D-Cycloserin¹ verstärkt nicht die Wirkung von Expositionen und soll nicht angewendet werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>¹off-label</p>

	<p>Neu, bzw. modifiziert (war zuvor in anderem Kapitel)</p> <p>6-27</p> <p>Bei Ansprechen auf eine Therapie mit SSRI sollte diese zur Vermeidung von Rückfällen für 1-2 Jahre fortgesetzt werden.</p> <p>Das Absetzen einer Therapie mit SSRI sollte über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter kontinuierlicher Symptombeobachtung erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
--	--

Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka

(vgl. Kapitel 7 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
<p>6-1</p> <p>Die psychopharmakologische Therapie einer Zwangsstörung mit SSRI/Clomipramin soll mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositionen und Reaktionsmanagement kombiniert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>7-1</p> <p>Die psychopharmakologische Therapie einer Zwangsstörung mit SSRI/Clomipramin soll mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen kombiniert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>
<p>6-2</p> <p>Die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement kann mit dem Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts durch eine leitliniengerechte Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin ergänzt werden.</p>	<p>Neu bzw. modifiziert</p> <p>7-2</p> <p>Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition kann mit dem Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts und/oder bei Vorliegen einer komorbiden, mindestens mittelgradigen depressiven Episode durch eine leitliniengerechte Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin ergänzt werden.</p>

<p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>Empfehlungsgrad: 0</p>
<p>6–3</p> <p>Bei Patienten mit Zwangsstörung mit komorbider, mindestens mittelgradiger depressiver Episode kann die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung durch eine störungsspezifische Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin ergänzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>gestrichen, jetzt in 7-2 enthalten</p>
<p>6–4</p> <p>Bei nicht ausreichender Therapieresponse auf Psychopharmaka oder noch klinisch relevanter Zwangssymptomatik soll Patienten mit Zwangsstörung zusätzlich eine leitliniengerechte Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>Editorisch leicht, inhaltlich nicht verändert</p> <p>7-3</p> <p>Bei nicht ausreichender Therapieresponse auf Psychopharmaka oder noch klinisch relevanter Zwangssymptomatik soll Patienten mit Zwangsstörung zusätzlich eine leitliniengerechte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>
<p>6–5</p> <p>Eine erfolgreiche Pharmakotherapie sollte zur Vermeidung von Rückfällen 1-2 Jahre fortgesetzt werden. Deren Absetzen sollte über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter kontinuierlicher Symptombeobachtung erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Jetzt im Kapitel Pharmakotherapie, siehe Empfehlung 6-24</p>
<p>6–6</p>	

<p>Die Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung mit Kognitiver Verhaltenstherapie sollte Strategien zur Rückfallprophylaxe beinhalten (z. B. Boostersitzungen [Verstärkung und Wiederauffrischung von Therapieinhalten], Selbsthilfegruppe, ambulante Psychotherapie nach stationärer Behandlung).</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Muss gestrichen werden, da als Empfehlung 4-2 in Kapitel 4 integriert</p>
--	--

Biologische, nicht pharmakologische Verfahren in der Behandlung von Patienten mit therapieresistenten Zwangsstörungen

(vgl. Kapitel 8 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
<p>7-1</p> <p>Transkranielle Magnetstimulation (TMS) soll wegen fehlender Wirksamkeit zur Behandlung von Patienten mit therapieresistenter Zwangsstörung nicht durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>Neu bzw. modifiziert</p> <p>8-1</p> <p>Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) kann bei Patienten mit Zwangsstörung mit unzureichendem Ansprechen auf Verfahren der ersten Wahl mit dem Ziel einer kurzfristigen Symptomlinderung angewendet werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
	<p>Neu</p> <p>8-2</p> <p>Die Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) sollte wegen unzureichender Wirksamkeitsnachweise bei Patienten mit Zwangsstörung nicht durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>

<p>7-2</p> <p>Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sollte zur Behandlung von Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht angewendet werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>8-3</p> <p>Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sollte zur Behandlung von Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht angewendet werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>
<p>7-3</p> <p>Die beidseitige tiefe Hirnstimulation kann unter kritischer Nutzen-/Risikoabwägung bei schwerstbetroffenen Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung erwogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>Leicht modifiziert und um Statement ergänzt</p> <p>8-4</p> <p>Die beidseitige tiefe Hirnstimulation kann unter kritischer Nutzen-/Risikoabwägung bei schwerstbetroffenen Patienten mit Zwangsstörung mit fehlendem Ansprechen auf mehrere leitliniengerechte Therapien¹ durchgeführt werden.</p> <p>¹siehe Statement 8-5</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>
	<p>Neu</p> <p>8-5</p> <p>Die Indikation zur tiefen Hirnstimulation stellen psychiatrische Zentren mit Expertise für dieses Verfahren.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>
<p>7-4</p> <p>Die beidseitige tiefe Hirnstimulation bei schwerstbetroffenen Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung soll nur im Rahmen kontrollierter Studien durchgeführt werden.</p>	<p>Modifiziert</p> <p>8-6</p> <p>Die beidseitige tiefe Hirnstimulation bei schwerstbetroffenen Patienten mit therapierefraktärer¹ Zwangsstörung soll möglichst nur an spezialisierten Zentren durchgeführt werden.</p>

<p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p> <p>¹ Nach Ausschöpfung leitliniengerechter psychotherapeutischer und medikamentöser Standardverfahren (Empfehlungsgrad A) inkl. Empfehlungen zum Umgang mit Therapieresistenz (insb.: Ausr. Anzahl durchgeführter Expositionssitzungen? Stationäre Behandlung an spezialisiertem Zentrum erfolgt? Augmentation erfolgt?)</p>
<p>7-5</p> <p>Ablative neurochirurgische Verfahren sollten wegen schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen bei Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>8-7</p> <p>Ablative neurochirurgische Verfahren sollten wegen schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen bei Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>

Behandlungsziele und Einbeziehung von Patienten und Angehörigen

(vgl. Kapitel 9 Langversion)

<p>Bisherige Empfehlung</p>	<p>Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert</p>
<p>8-1</p> <p>Aufklärung und Informationsvermittlung haben bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen einen hohen Stellenwert und sollen im Rahmen des diagnostischen Prozesses und im Sinne einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung möglichst frühzeitig erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>9-1</p> <p>Aufklärung und Informationsvermittlung haben bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen einen hohen Stellenwert und sollen im Rahmen des diagnostischen Prozesses und im Sinne einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung möglichst frühzeitig erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>8-2</p>	<p>9-2</p>

<p>In Gesprächen mit Patienten und/oder Angehörigen ist eine verständliche Sprache zu verwenden und Fachausdrücke sind zu erklären.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>In Gesprächen mit Patienten und/oder Angehörigen ist eine verständliche Sprache zu verwenden und Fachausdrücke sind zu erklären.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>8–3</p> <p>Psychoedukation soll Bestandteil jeder Behandlung sein. Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Psychoedukation einbezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>9-3</p> <p>Psychoedukation soll Bestandteil jeder Behandlung sein. Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Psychoedukation einbezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>8–4</p> <p>Neben der Symptomreduktion sollte die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität von Patienten mit Zwangsstörung als Behandlungsziel Beachtung finden inklusive Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe und interpersonelle Auswirkungen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>9-4</p> <p>Neben der Symptomreduktion sollte die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität von Patienten mit Zwangsstörung als Behandlungsziel Beachtung finden inklusive Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe und interpersonelle Auswirkungen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>8–5</p> <p>Der Patient soll aktiv in die diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsprozesse einbezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>9-5</p> <p>Patienten sollen aktiv in die diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsprozesse einbezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>8–6</p> <p>Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.</p>	<p>Empfehlungsgrad verändert</p> <p>9-6</p> <p>Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, soweit wie möglich, in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.</p>

Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Empfehlungsgrad: B
----------------------------------	--------------------

Spezielle Behandlungsaspekte

(vgl. Kapitel 10 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
	<p>Neu</p> <p>10-1</p> <p>Patientinnen mit Zwangsstörungen im gebärfähigen Alter sollen vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie über die Bedeutung wirksamer Empfängnisverhütung aufgeklärt und beraten werden. Die Gabe von Psychopharmaka bei Patientinnen im gebärfähigen Alter soll dabei einer sorgfältigen Nutzen- und Risikoabwägung folgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>10-2</p> <p>Bei Patientinnen mit geplanter Schwangerschaft, schwangeren Patientinnen und bei Patientinnen in der postpartum Periode soll die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen als Therapie der Wahl zur Anwendung kommen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>10-3</p> <p>Bei Patientinnen mit geplanter Schwangerschaft sollte eine Neueinstellung auf ein Medikament nur</p>

	<p>in Einzelfällen erfolgen. Die Patientinnen sollen über das möglicherweise erhöhte Teratogenitätsrisiko (Fehlbildungsrisiko) und die möglichen postpartalen Komplikationen aufgeklärt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>9–1</p> <p>Auch bei gegebener Schwangerschaft sollte bei Patientinnen mit Zwangsstörung die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Therapie der ersten Wahl eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Zusammengefasst mit Empfehlung 10-2</p>
	<p>Neu</p> <p>10-4</p> <p>Die Gabe von Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit soll einer sorgfältigen Nutzen- und Risikoabwägung folgen, welche die individuelle Vorgeschichte, das bisherige Ansprechen auf ein Medikament, die Verfügbarkeit und den potenziellen Nutzen einer KVT und die Präferenz der betroffenen Frauen berücksichtigt.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>9–2</p> <p>Zum Schutz des Fetus sollte bei schwangeren Patientinnen mit Zwangsstörung eine vorbestehende psychopharmakologische Therapie auf das unbedingt nötige Maß reduziert werden bzw. wenn möglich im ersten Trimenon gänzlich unterbleiben.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>10–5</p> <p>Zum Schutz des Fetus sollte bei schwangeren Patientinnen mit Zwangsstörung eine vorbestehende psychopharmakologische Therapie auf das unbedingt nötige Maß reduziert werden bzw. wenn möglich im ersten Trimenon gänzlich unterbleiben.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>

	<p>Neu</p> <p>10-6</p> <p>Wenn eine Pharmakotherapie bei schwangeren Patientinnen erfolgen soll, sollte einer SSRI- Monotherapie der Vorzug gegeben werden. Zu beachten ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> •es sollte die geringste effektive Dosis gewählt werden; •der Einfluss fluktuierender medikamentöser Plasmaspiegel während der Schwangerschaft sollte berücksichtigt werden; •es sollte ein regelmäßiges Monitoring der Wirkstoffspiegel erfolgen und ein niedriger wirksamer Wirkstoffspiegel angestrebt werden; •ein abruptes Absetzen der Medikation sollte vermieden werden. <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>10-7</p> <p>Wenn eine Pharmakotherapie mit SSRI bei schwangeren Patientinnen erfolgt ist, sollte eine fetale sonographische Feindiagnostik in der 20. SSW empfohlen werden. Dabei sollten die möglichen Konsequenzen aus den Untersuchungsbefunden vorher mit der Patientin und ggf. ihrem Partner erörtert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>10-8</p> <p>Alle Psychopharmaka können Schwangerschaftsverlaufs- und Geburtskomplikationen hervorrufen und zu zentralnervösen, gastrointestinalen</p>

	<p>und respiratorischen Anpassungsstörungen beim Neugeborenen führen. Besteht bis zur Geburt eine Exposition des Fötus mit Psychopharmaka, so sollte diese in einer Klinik mit angeschlossener Neonatologie erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
--	---

Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität

(vgl. Kapitel 11 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
<p>10-1</p> <p>Patienten mit Zwangsstörung mit komorbider depressiver Störung soll leitliniengerechte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	<p>11-1</p> <p>Patienten mit Zwangsstörung mit komorbider depressiver Störung soll Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>
<p>10-2</p> <p>Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden schweren depressiven Episode sollten initial eine leitliniengerechte Behandlung der depressiven Störung vor der Behandlung der Zwangsstörung erhalten.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>11-2</p> <p>Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden psychischen Störung (z.B. schwere Depression, Essstörung, Abhängigkeitserkrankung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung), die die Behandlung der Zwangsstörung mit KVT erheblich erschwert, sollten initial eine leitliniengerechte Behandlung der komorbiden Störung vor der Behandlung der Zwangsstörung erhalten.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>

<p>10–3</p> <p>Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden Substanzabhängigkeit können Interventionen bezüglich beider Erkrankungen erhalten.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	<p>in 11-2 enthalten</p>
<p>10–4</p> <p>Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden Tic-Störung sollten mit einem SSRI und ggf. bei fehlender Therapieresponse zusätzlich mit Antipsychotika wie Risperidon oder Haloperidol behandelt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	<p>Siehe Kapitel Pharmakotherapie</p>
<p>10–5</p> <p>Zu vielen klinisch bedeutsamen Komorbiditäten bei Vorliegen einer Zwangsstörung existieren keine ausreichenden Studien, auf deren Grundlage spezifische Therapieempfehlungen ausgesprochen werden könnten: Schizophrenie, Bipolare Störung, Angststörungen, körperdysmorphe Störung, Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörung, pathologisches Spielen, Trichotillomanie, ADHS und komorbide Persönlichkeitsstörungen (Achse- II-Störung).</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	<p>Entfällt als Empfehlung</p>
<p>10–6</p> <p>In der individuellen Situation sollte geprüft werden, welche Störung im Vordergrund steht. Es wird auf die entsprechenden Leitlinien verwiesen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Entfällt</p>

Versorgungskoordination

(vgl. Kapitel 12 Langversion)

Bisherige Empfehlung	Empfehlungen nach Revision zur Abstimmung Neues ist rot markiert
<p>11-1</p> <p>Bei Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien soll eine stationäre Therapie erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Gefahr für das Leben – bei schwerwiegender Vernachlässigung oder Verwahrlosung – wenn das Zwangs- und Vermeidungsverhalten entweder so schwerwiegend ist oder so gewohnheitsmäßig ausgeführt wird, dass ein normaler Tagesablauf und das Wahrnehmen einer ambulanten Therapie nicht mehr möglich sind – bei starkem Leidensdruck und starker Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit – Versagen leitliniengerechter störungsspezifischer ambulanter Therapie – Vorliegen psychischer oder somatischer Komorbiditäten, die eine ambulante Behandlung erheblich erschweren – Fehlen leitliniengerechter störungsspezifischer ambulanter Therapiemöglichkeiten <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Gering ergänzt</p> <p>12-1</p> <p>Bei Vorliegen mindestens eines oder mehrerer der folgenden Kriterien soll bei Zwangsstörung eine stationäre Therapie in einer spezialisierten Therapieeinrichtung¹ erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fehlen oder Nicht-Ansprechen leitliniengerechter störungsspezifischer ambulanter Therapie – Gefahr für das Leben – schwerwiegende Vernachlässigung oder Verwahrlosung – wenn das Zwangs- und Vermeidungsverhalten entweder so schwerwiegend ist oder so gewohnheitsmäßig ausgeführt wird, dass ein normaler Tagesablauf und das Wahrnehmen einer ambulanten Therapie nicht mehr möglich sind – bei starkem Leidensdruck und starker Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit – Vorliegen psychischer oder somatischer Komorbiditäten, die eine ambulante Behandlung erheblich erschweren – ausgeprägt krankheitsförderndes häusliches Umfeld <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>12-2</p> <p>Menschen mit schweren Zwangserkrankungen, die insbesondere in der sozialen und beruflichen Teilhabe aufgrund der Zwänge und der potenziellen Folgeschäden schwer</p>

	<p>beeinträchtigt sind, sollen Angebote aufsuchender intensiver, vor allem multiprofessioneller Behandlung erhalten.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>11-2</p> <p>Bei Therapieresistenz sollte überprüft werden, ob die Leitlinien-Empfehlungen zur Therapie angewendet worden sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Gering umformuliert</p> <p>12-3</p> <p>Bei ungenügendem Ansprechen auf die Therapie sollte überprüft werden, ob die Leitlinien-Empfehlungen zur Therapie angewendet worden sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
<p>11-3</p> <p>Bei Therapieresistenz sollte ein Behandlungsversuch in einer spezialisierten Therapieeinrichtung, ggf. stationär, durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	<p>Entfällt, da bereits in 12-1 enthalten</p>
	<p>Neu</p> <p>12-4</p> <p>Kultur- und migrationsspezifische Faktoren sollen im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen berücksichtigt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>
	<p>Neu</p> <p>12-5</p> <p>Die Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheits- und Behandlungskonzepte im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung erleichtert die</p>

	Akzeptanz der Behandlung und die therapeutische Mitarbeit (Adhärenz). Empfehlungsgrad: Statement
--	---

Versionsnummer: 2.0

Erstveröffentlichung: 05/2013

Überarbeitung von: 06/2022

Nächste Überprüfung geplant: 06/2027

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online