Diagnostik und Klassifikation

(vgl. Kapitel 3 Langversion)

Diagnostischer Stufenplan

(Kapitel 3.6)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
3-1 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: (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?	**KKP**
3-2 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.	**KKP**
3-3 Bei entsprechenden anamnestischen und/oder klinischen Hinweisen auf eine relevante somatische Erkrankung ist die beschriebene weiterführende Diagnostik (Kapitel 3.5.2) zu veranlassen.	**KKP**
3-4 Nach Statusbestimmung zu Beginn sollte die im Text beschriebene Verlaufsdiagnostik (z.B. Y-BOCS, Kapitel 3.2 und 3.4) durchgeführt werden.	**KKP**
3-5 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).	**KKP**
3-6 Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Befunderhebung in Bezug auf Alltag, Teilhabe und Lebensqualität einbezogen werden.	**KKP**
3-7 Bei Patienten mit Zwangsstörungen mit einem Krankheitsbeginn jenseits des 50. Lebensjahres soll eine hirnorganische Abklärung erfolgen.	**KKP**

Psychotherapeutische Verfahren

(vgl. Kapitel 4 Langversion)

Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie

(Kapitel 4.2)

Wirksamkeit im Vergleich zu Kontrollbedingungen

(Kapitel 4.2.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-1 Patienten mit einer Zwangsstörung soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.	**A**

Wirksamkeit der Verhaltenstherapie, Kognitiven Therapie und Kognitiven Verhaltenstherapie im direkten Vergleich

(Kapitel 4.2.3)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-2 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.	**Statement**

Wirksamkeit weiterentwickelter oder modifizierter Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie

(Kapitel 4.2.4)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-3 Zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen kann die Anwendung der Acceptance and Committment Therapy (ACT) in Erwägung gezogen werden.	**0**

Effekte von Setting, Modus und Therapiedauer auf die Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltenstherapie

(Kapitel 4.2.5)

Einzel vs Gruppentherapie

(Kapitel 4.2.5.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-4 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen auch im Gruppensetting wirksam.	**Statement**

Dauer und Intensität der Behandlung

(Kapitel 4.2.5.2)

Empfehlung	Empfehlungs-grad
4-5 Die Kognitive Verhaltentherapie (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).	**KKP**

Therapeutenanleitung und heimbasierte Therapie

(Kapitel 4.2.5.3)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-6 Expositionen im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sind in Begleitung eines Therapeuten wirksamer als ohne Therapeutenbegleitung.	**Statement**
4-7 In der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sollen die Expositionen in Therapeutenbegleitung angeboten werden und auf eine Überführung in das Selbstmanagement des Patienten abzielen.	**KKP**
4-8 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.	**KKP**

Wirksamkeit von Verhaltenstherapie unter Einsatz elektronischer Medien

(Kapitel 4.2.6)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-9 Medienbasierte (Internet, Telefon) kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote können wirksam sein.	**Statement**
4-10 Bei begrenztem Behandlungsangebot, zur Überbrückung von Wartezeiten oder zur Nachbetreuung sollten medienbasierte kognitiv-verhaltenstheapeutische Angebote verfügbar gemacht werden.	**KKP**

Einbeziehung von Bezugspersonen und Angehörigen in die Verhaltenstherapie

(Kapitel 4.2.8)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-11 Die Einbeziehung von engen Bezugspersonen bei der Durchführung einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist zu empfehlen.	**KKP**

Psychoanalyse und tiefenpsychologische Verfahren

(Kapitel 4.3)

Wirksamkeit analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

(Kapitel 4.3.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-12 Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.	**Statement**

Sondervotum der psychodynamisch tätigen Experten der Konsensusgruppe zu Empfehlung 4-12:

Aus Sicht der psychodynamisch tätigen Experten der Konsensusgruppe sollte eine tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische Psychotherapie erwogen werden, sofern Zwangssymptome im Zusammenhang mit psychodynamisch erklärbaren inneren Konflikten als (Mit-)Ursache der krankhaften Störung stehen.

Andere psychotherapeutische Verfahren

(Kapitel 4.4)

Wirksamkeit anderer psychotherapeutischer Verfahren als alleinige Intervention

(Kapitel 4.4.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-13 Weitere Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.	**Statement**

Psychopharmakotherapie

(vgl. Kapitel 5 Langversion)

Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI)

(Kapitel 5.3)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-1 Eine Monotherapie mit Medikamenten ist **nur indiziert**, wenn ▪ 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.	**KKP**
5-2 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.[1]	**A**
5-3 Bei der Therapie mit SSRI sollte auf ▪ 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 (SIADH = 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. Die Patienten sollten auf die Möglichkeit solcher Symptome zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.	**KKP**
5-4 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.	**KKP**

[1] **ACHTUNG:** Für die Empfehlung zur Anwendung bei Zwangsstörungen müssen die „off label use"-Kriterien berücksichtigt werden:

- nachgewiesene Wirksamkeit
- günstiges Nutzen-Risiko-Profil
- fehlende Alternativen – Heilversuch

Ein „off-label-use" ist dementsprechend nur bei schwerwiegenden Erkrankungen zulässig, wenn eskeine Behandlungsalternative gibt. Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss die begründete Aussicht bestehen, dass die Behandlung zu einem Erfolg führt. Darüber hinaus besteht eine besondere Aufklärungsverpflichtung. Die Patientinnen/Patienten sind auf den Umstand des „off label use" und daraus resultierenden möglichen Haftungskonsequenzen hinzuweisen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist notwendig.

5-5 Die SSRI Citalopram[1], Fluoxetin, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin sollten bis zu den maximal zugelassenen therapeutischen Dosierungen eingesetzt werden, da dann eine stärkere Wirksamkeit zu erwarten ist.	**B**
5-6 Zur Erhaltungstherapie sollten SSRI in der zuletzt wirksamen Dosis weiter eingesetzt werden.	**B**

Wirksamkeit von Clomipramin

(Kapitel 5.4)

Vergleich der Wirksamkeit intravenöser gegenüber oraler Gabe von Clomipramin

(Kapitel 5.4.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-7 Clomipramin ist vergleichbar wirksam mit SSRI, soll jedoch aufgrund der Nebenwirkungen zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen nicht als erste Wahl zum Einsatz kommen.	**A**
5-8 Die intravenöse Applikation von Clomipramin hat gegenüber der oralen Verabreichung keine bessere Wirksamkeit und sollte nicht primär eingesetzt werden.	**B**

Wirksamkeit anderer Antidepressiva

(Kapitel 5.5)

Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva

(Kapitel 5.5.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-9 Trizyklische Antidepressiva (außer Clomipramin) sind in der Behandlung von Patienten mit einer Zwangsstörung nicht wirksam und sollen daher nicht eingesetzt werden.	**A**

Wirksamkeit von Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI)

(Kapitel 5.5.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-10 Venlafaxin sollte zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht als Medikament erster Wahl eingesetzt werden.[1]	**B**

[1] **ACHTUNG:** Für die Empfehlung zur Anwendung bei Zwangsstörungen müssen die „off label use"-Kriterien berücksichtigt werden:

- nachgewiesene Wirksamkeit
- günstiges Nutzen-Risiko-Profil
- fehlende Alternativen – Heilversuch

Ein „off-label-use" ist dementsprechend nur bei schwerwiegenden Erkrankungen zulässig, wenn eskeine Behandlungsalternative gibt. Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss die begründete Aussicht bestehen, dass die Behandlung zu einem Erfolg führt. Darüber hinaus besteht eine besondere Aufklärungsverpflichtung. Die Patientinnen/Patienten sind auf den Umstand des „off label use" und daraus resultierenden möglichen Haftungskonsequenzen hinzuweisen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist notwendig.

Wirksamkeit von Mirtazapin

(Kapitel 5.5.4)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-11 Mirtazapin kann aufgrund unzureichender Wirksamkeitsnachweise zur medikamentösen Monotherapie von Patienten mit Zwangsstörung nicht empfohlen werden.	**0**

Wirksamkeit von Anxiolytika

(Kapitel 5.6)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-12 Buspiron ist in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht wirksam und soll daher nicht eingesetzt werden.	**A**
5-13 Clonazepam und andere Benzodiazepine sind in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht wirksam und bergen das Risiko einer Abhänggkeitsentwicklung und sollen daher nicht engesetzt werden.	**A**

Strategien bei ungenügender Besserung auf Psychopharmakotherapie

(Kapitel 5.9)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-14 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.	KKP
5-15 Die Behandlungsdauer mit SSRI/Clomipramin sollte mindestens 12 Wochen betragen. Dabei sollte spätestens ab Woche 6-8 eine maximal zugelassene Dosis erreicht werden.	**KKP**

Veränderung der SRI-Therapie

(Kapitel 5.9.1)

Erhöhung der Dosis

(Kapitel 5.9.1.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-16 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).	**0**

Wechsel auf ein anderes SSRI/Clomipramin

(Kapitel 5.9.1.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-17 Bei unzureichender oder ausbleibender Wirksamkeit (<25% Y-BOCS-Veränderung) einer Therapie mit SSRI oder Clomipramin kann auf ein anderes SSRI oder Clomipramin umgestellt werden.	**0**
5-18 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.	**0**

[1] **ACHTUNG:** Für die Empfehlung zur Anwendung bei Zwangsstörungen müssen die „off label use"-Kriterien berücksichtigt werden:

- nachgewiesene Wirksamkeit
- günstiges Nutzen-Risiko-Profil
- fehlende Alternativen – Heilversuch

Ein „off-label-use" ist dementsprechend nur bei schwerwiegenden Erkrankungen zulässig, wenn es-keine Behandlungsalternative gibt. Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss die begründete Aussicht bestehen, dass die Behandlung zu einem Erfolg führt. Darüber hinaus besteht eine besondere Aufklärungsverpflichtung. Die Patientinnen/Patienten sind auf den Umstand des „off label use" und daraus resultierenden möglichen Haftungskonsequenzen hinzuweisen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist notwendig.

Kombination von zwei SSRI/Clomipramin

(Kapitel 5.9.1.4)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-19 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.	**0**

Augmentationsstrategien einer Therapie mit SSRI/Clomipramin (SRI)

(Kapitel 5.9.2)

Augmentation mit verschiedenen Einzelsubstanzen

(Kapitel 5.9.2.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-20 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.	**A**

Augmentationen mit Antipsychotika

(Kapitel 5.9.2.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
5-21 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.	**B**
5-22 Die Monotherapie mit Antipsychotika kann aufgrund fehlender Wirkungsnachweise und möglicher Nebenwirkungen bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht empfohlen werden.	**KKP**

* inkonsistente Datenlage

Kombination von verhaltenstherapeutischen Verfahren und Psychopharmakotherapie

(vgl. Kapitel 6 Langversion)

Vergleich der Wirksamkeit kombinierter Therapie gegenüber alleiniger Psychopharmakotherapie

(Kapitel 6.4)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
6-1 Die psychopharmakologische Therapie einer Zwangsstörung mit SSRI/Clomipramin soll mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositionen und Reaktionsmanagement kombiniert werden.	**A**

Vergleich der Wirksamkeit kombinierter Therapie gegenüber alleiniger Kognitiver Verhaltenstherapie

(Kapitel 6.5)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
6-2 Die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement kann mit dem Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts durch eine leitlinienge-rechte Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin ergänzt werden.	**0**
6-3 Bei Patienten mit Zwangsstörung und komorbider, mindestens mittelgradiger depressiver Episode kann die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung durch eine störungsspezifische Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin ergänzt werden.	**0**

Wirksamkeit der kombinierten Therapie im Anschluss an eine alleinige Psychopharmakotherapie

(Kapitel 6.6)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
6-4 Bei nicht ausreichender Therapieresponse auf Psychopharmaka oder noch klinisch relevanter Zwangssymptomatik soll Patienten mit Zwangsstörung zusätzlich eine leitlienengerechte Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement angeboten werden.	**A**

Rezidivbehandlung und Rückfallprophylaxe

(Kapitel 6.8)

Rückfallraten nach SSRI

(Kapitel 6.8.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
6-5 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.	**KKP**

Interventionen zur Rückfallprophylaxe

(Kapitel 6.8.3)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
6-6 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).	**KKP**

Andere medizinische Verfahren

(vgl. Kapitel 7 Langversion)

Nicht invasive Stimulationsverfahren

(Kapitel 7.1)

Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

(Kapitel 7.1.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-1 Transkranielle Magnetstimulation (TMS) soll wegen fehlender Wirksamkeit zur Behandlung von Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht durchgeführt werden.	**A**

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

(Kapitel 7.1.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-2 Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sollte zur Behandlung von Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht angewendet werden.	**B**

Chirurgische Verfahren

(Kapitel 7.2)

Tiefe Hirnstimulation

(Kapitel 7.2.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-3 Die beidseitige tiefe Hirnstimulation kann unter kritischer Nutzen-/Risikoabwägung bei schwerstbetroffenen Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung erwogen werden.	**0**
7-4 Die beidseitige tiefe Hirnstimulation bei schwerstbetroffenen Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung soll nur im Rahmen kontrollierter Studien durchgeführt werden.	**KKP**

Ablative Verfahren

(Kapitel 7.2.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-5 Ablative neurochirurgische Verfahren sollten wegen schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen bei Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht durchgeführt werden.	**B**

Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen

(vgl. Kapitel 8 Langversion)

Patientenrelevante Ziele

(Kapitel 8.3)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
8-1 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.	**KKP**
8-2 In Gesprächen mit Patienten und/oder Angehörigen ist eine verständliche Sprache zu verwenden und Fachausdrücke sind zu erklären.	**KKP**
8-3 Psychoedukation soll Bestandteil jeder Behandlung sein. Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Psychoedukation einbezogen werden.	**KKP**
8-4 Neben der Symptomreduktion sollte die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität von Patienten mit Zwangsstörung als Behandlungsziel Beachtung finden inklusive Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe und interpersonelle Auswirkungen.	**KKP**

Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsprozess (Shared Decision Making)

(Kapitel 8.4)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
8-5 Der Patient soll aktiv in die diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsprozesse einbezogen werden.	**KKP**

Beratung und Einbeziehung von Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen

(Kapitel 8.5)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
8-6 Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.	**KKP**

Spezielle Behandlungsaspekte

(vgl. Kapitel 9 Langversion)

Behandlung von Schwangeren oder Stillenden

(Kapitel 9.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
9-1 Auch bei gegebener Schwangerschaft sollte bei Patientinnen mit Zwangsstörung die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Therapie der ersten Wahl eingesetzt werden.	**KKP**
9-2 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.	**KKP**

Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität

(vgl. Kapitel 10 Langversion)

Behandlung bei psychischer Komorbidität

(Kapitel 10.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
10-1 Patienten mit Zwangsstörung mit komorbider depressiver Störung soll leitliniengerechte Kognitive Verhaltentherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement angeboten werden.	**A**
10-2 Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden schweren depressiven Episode sollten initial eine leitliniengerechte Behandlung der depressiven Störung vor der Behandlung der Zwangsstörung erhalten.	**KKP**
10-3 Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden Substanzabhängigkeit können Interventionen bezüglich beider Erkrankungen erhalten.	**0**
10-4 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.	**B**
10-5 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).	**Statement**
10-6 In der individuellen Situation sollte geprüft werden, welche Störung im Vordergrund steht. Es wird auf die entsprechenden Leitlinien verwiesen.	**KKP**

Versorgungskoordination

(vgl. Kapitel 11 Langversion)

Indikation zur stationären Behandlung

(Kapitel 11.1)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
11-1 Bei Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien soll eine stationäre Therapie erfolgen: ▪ 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 Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien sollte eine stationäre Therapie erfolgen: ▪ 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	**KKP**

Vorgehensweise bei Therapieresistenz

(Kapitel 11.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
11-2 Bei Therapieresistenz sollte überprüft werden, ob die Leitlinien-Empfehlungen zur Therapie angewendet worden sind.	**KKP**
11-3 Bei Therapieresistenz sollte ein Behandlungsversuch in einer spezialisierten Therapieeinrichtung*, ggf. stationär, durchgeführt werden.	**KKP**

* gekennzeichnet durch ein kontinuierlich vorgehaltenes störungsspezifisches Angebot (obligat Kognitive Verhaltenstherapie) und eine hinreichend große Behandlungserfahrung; entsprechende Zentren sind z.B. über die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ) zu erfahren

Indikationen und Kriterien für eine Ergänzung psychotherapeutischer/medikamentöser Therapie durch Ergotherapie/Arbeitstherapie und andere psychosoziale Therapien

(Kapitel 11.3)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
11-4 Ergotherapie kann durch konkretes Einüben von Alltagstätigkeiten und Übungen im häuslichen Umfeld eine sinnvolle Ergänzung von leitliniengerechter Psychotherapie sein.	**KKP**