



<b>AWMF-Register Nr.</b>	<b>038/017</b>	<b>Klasse:</b>	<b>S3</b>
--------------------------	----------------	----------------	-----------

## Leitlinienreport zur S3-Leitlinie Zwangsstörungen

### 1. Ziel, Methoden und Anwendungsbereich der Leitlinie

#### 1.1 Geltungsbereich und Zweck

##### 1.1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Die Zwangsstörung ist eine häufige psychische Erkrankung, die in epidemiologischen Studien Lebenszeitprävalenzraten von 1-3% zeigte. Oftmals beginnt die Erkrankung bereits in der Kindheit oder Adoleszenz (Stein et al., 2020). Das mittlere Ersterkrankungsalter liegt bei ca. 20 Jahren (Ruscio et al., 2010; Sharma, Thennarasu & Reddy, 2014).<sup>1</sup> Die Erkrankung wird häufig sehr spät erkannt und diagnostiziert. Es dauert oft mehrere Jahre, bis Patienten nach dem Auftreten der ersten Symptome professionelle Hilfe aufsuchen, teilweise werden Zeitspannen von über 10 Jahren berichtet (García-Soriano et al., 2014). Eine langandauernde, unbehandelte Erkrankung kann zu weiteren psychischen und somatischen Folgeerkrankungen sowie zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen. Die verzögerte Diagnose und Behandlung der Zwangsstörung lassen die Belastung für die Betroffenen, die Angehörigen und die Gesellschaft ansteigen. Es ist gesichert, dass viele Individuen mit Zwangsstörung eine verminderte Lebensqualität haben, ebenso wie in hohem Maße soziale und berufsbezogene Beeinträchtigungen. Häufige Frühberentungen lassen zudem die Krankheits- und Folgekosten weit über das Maß der Behandlungskosten ansteigen. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, verbesserte Strategien für die akute Behandlung, wie auch für die Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe zu entwickeln und zu implementieren. Diese Behandlungsstrategien sollten frühzeitig eingesetzt werden, um so die Chance auf Remission zu maximieren (Mataix-Cols et al., 2016). Durch eine vollständige Symptomremission kann der langfristige Symptomverlauf dieser ansonsten meist chronischen Krankheit verbessert und

---

<sup>1</sup> Das mittlere Ersterkrankungsalter liegt nach Ruscio et al. (2010) bei 19,5 (SE = 1,0) Jahren. Nach Ruscio et al. bilden Männer die Mehrheit der Fälle mit frühem Krankheitsbeginn, wobei fast ein Viertel der Männer einen Krankheitsbeginn vor dem Alter von 10 Jahren hat. Bei Frauen dagegen häufen sich die Fälle nach dem 10. Lebensjahr und akkumulieren in der Adoleszenz.

damit eine günstigere langfristige Prognose erreicht werden (Pallanti et al., 2002; Bech, Lönn & Overø, 2010; Hollander et al., 2010).

Neben der Praxis und Anwendung selbst ist eine S3-Leitlinie auch relevant für die Aus- und Weiterbildung. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es noch gewisse Diskrepanzen zwischen den Empfehlungen der Experten, evidenzbasierten Therapien und der Behandlungswirklichkeit – der realen Praxis – national, wie international (Poppe et al., 2016).

Mit der Erarbeitung dieser S3-Leitlinie zur Behandlung von Zwangsstörungen bei Erwachsenen wurde in Deutschland die höchste Entwicklungsstufe einer evidenz- und konsensbasierten Leitlinie erreicht, d.h. die erarbeiteten und konsentierten Empfehlungen werden durch eine systematische Literaturrecherche gestützt. Zur Verabschiedung der Handlungsempfehlungen wurde ein formales Konsentierungsverfahren gewählt.

### **1.1.2 Zielorientierung der Leitlinie**

Ziel der deutschen evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie Zwangsstörungen ist es, die Versorgung der betroffenen Patienten zu verbessern und die Entscheidungsgrundlage für die Berufsgruppen, die an der Behandlung und Betreuung von Personen mit Zwangsstörungen beteiligt sind, zu optimieren. Die Leitlinie umfasst Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen und soll diese für betroffene Patienten und ihre Angehörigen transparent machen, um ihnen eine weitgehend selbstbestimmte Beteiligung am Behandlungsprozess zu ermöglichen.

### **1.1.3 Adressaten und Anwendungsbereich**

Adressaten dieser Leitlinie sind folgende Berufsgruppen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich:

- Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin
- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
- Pflegepersonal
- Ergotherapeuten

Die Leitlinie dient zudem zur Information für

- Hausärzte
- Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe

- Fachärzte für Dermatologie
- Sozialarbeiter

Neben den genannten Berufsgruppen sind Patienten und Angehörige sowie Selbsthilfeorganisationen weitere Adressaten der Leitlinie.

Die mit der Leitlinie angesprochenen Personengruppe und Institutionen, die an der Versorgung der Patienten direkt und indirekt beteiligt sind, umfassen auch Vertreter von Krankenversicherungen sowie Rentenversicherungen, Qualitätssicherungseinrichtungen und Projekten auf Bundes- und Länderebene, gesundheitspolitische Einrichtungen und Entscheidungsträger auf Bundes- und Länderebene und Organisationen der Patientenberatung. Auf Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen sowie Personen mit körperdysmorphen Störungen oder anderen verwandten Störungen (Zwangsspektrumsstörungen nach DSM-5) sind diese Empfehlungen nicht anwendbar. Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie verweisen wir auf die kürzlich erschienene S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter der DGKJP (AWMF, 2021).

## **1.2 Zusammensetzung der Leitliniengremien und Beteiligung von Interessengruppen**

Unter der Leitung einer im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) etablierten Projektgruppe wurden eine aus national renommierten Experten bestehende Steuergruppe und eine Konsensusgruppe gebildet. Alle relevanten deutschsprachigen Fachgesellschaften und Fachorganisationen wurden zum Konsensusprozess eingeladen und haben Mandatsträger in die Konsensusgruppe entsandt.

Entsprechend des Leitlinien-Manuals wurden für die Leitlinienerstellung somit folgende »Gremien« eingesetzt:

### **1) Projektgruppe**

Der Projektgruppe gehören an: Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Prof. Dr. Norbert Kathmann, PD Dr. Andreas Wahl-Kordon, PD Dr. Angelica Staniloiu, Dr. Bartosz Zurowski, Antonie Rubart, M.Sc., und Matthias Favreau, M.Sc. Die Erstellung der ersten Version der S3-Leitlinie Zwangsstörungen hatte Herr Prof. Dr. Fritz Hohagen geleitet, beim aktuellen Update übernahm Herr Prof. Dr. Ulrich Voderholzer die Projektleitung.

## 2) Steuergruppe

Die Steuergruppe setzt sich aus der Projektgruppe, Vertretern verschiedener Fachgesellschaften sowie weiteren Experten zusammen.

### Zusammensetzung der Steuergruppe

Dr. Götz Berberich (Windach)
Matthias Favreau, M.Sc. (München)
Dr. Tobias Freyer (Schlangenbad)
Prof. Dr. Hans Jörgen 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)
Prof. Dr. Michael Rufer (Zürich)
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)

## 3) Arbeitsgruppen

Insgesamt wurden dreizehn Arbeitsgruppen (AG) durch die Steuergruppe eingerichtet. Sie hatten die Aufgabe, die Leitlinien-Fragestellungen themenspezifisch und kapitelweise zu bearbeiten:

- Kap. 1: Anwendungsbereich, Ziele und Methoden
- Kap. 2: Grundlagen
- Kap. 3: Diagnostik und Klassifikation
- Kap. 4: Psychotherapeutische Verfahren

- Kap. 5: Ergänzende psychosoziale Therapien
- Kap. 6: Pharmakotherapie
- Kap. 7: Kombination von verhaltenstherapeutischen Verfahren und Psychopharmakotherapie
- Kap. 8: Biologisch-nicht-pharmakologische Interventionen in der Behandlung von Patienten mit therapierefraktären Zwangsstörungen
- Kap. 9: Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen
- Kap. 10: Spezielle Behandlungsaspekte
- Kap. 11: Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität
- Kap. 12: Versorgungscoordination
- Kap. 13: Algorithmen zur Diagnostik und Behandlung

Die AG-Mitglieder sollten verschiedene Aspekte/Meinungen des Gebiets abdecken, daher sollten sowohl wissenschaftlich besonders ausgewiesene Experten als auch niedergelassene Kollegen, Kollegen aus Versorgungskliniken, Patientenvertreter und Angehörigenvertreter berufen werden.

#### 4) Methodische Begleitung:

Frau Dr. Monika Nothacker, MPH (AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement)

Durch externe Auftragnehmer: Frau Dr. rer. hum. Cathleen Muche-Borowski (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg).

#### 5) Die Konsensusgruppe/der Konsensusprozess

Teilnehmende der Konsensuskonferenz waren die Mitglieder der Projekt- und Steuergruppe sowie die Vertreter der verschiedenen Berufsverbände und/oder Arbeitsgemeinschaften (siehe »Beteiligung der Interessengruppen« im Leitlinienreport). Der Konsensusprozess wurde aufgeteilt in Konsensuskonferenzen und in informelle Treffen mit der Steuergruppe zur Vorstellung der Arbeit und Diskussion der Inhalte.

##### Zusammensetzung der Konsensusgruppe

Nadine Ahke (Mühlhausen)	- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK) e.V.
Heinz Augustin (Herten)	- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V., Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen
Dr. Beate Baumgarte (Gummersbach)	- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) e.V.

Dr. Götz Berberich (Windach)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) e.V.</li> <li>- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dr. Alessandro Cavicchioli (Schwäbisch Hall)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) e.V.</li> </ul>
Dipl.-Psych. Rainer Cebulla (Höchberg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) e.V.</li> </ul>
Dr. Andrea Ertle (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) e.V.</li> </ul>
Matthias Favreau, M.Sc. (München)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitglied der Projektgruppe</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dr. Tobias Freyer (Schlangenbad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Prof. Dr. Hans Jörgen Grabe (Greifswald)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Dipl.-Psych. Timo Harfst (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Wolf Hartmann (Hamburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ) e.V.</li> </ul>
Dipl.-Psych. Thomas Hillebrand (Münster)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Dr. Felix Hohl-Radke (Brandenburg a.d. Havel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.</li> </ul>
Holger Höhmann (Langenfeld)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V., Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen</li> </ul>
PD Dr. Deborah Janowitz (Stralsund)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Prof. Dr. Lena Jelinek (Hamburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Prof. Dr. Wolfgang Jordan (Magdeburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.</li> </ul>
Prof. Dr. Kai Kahl (Hannover)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) e.V.</li> <li>- Mitglied der Projektgruppe</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dr. Sabine Köhler (Jena)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) e.V.</li> </ul>
Dr. Michael Krebs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) e.V.</li> </ul>
Dr. Anne Katrin Külz (Freiburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Dr. Wolfgang Kupsch (St. Blasien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) e.V.</li> <li>- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) e.V.</li> </ul>
Anja Kusserow (Freiburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) e.V.</li> </ul>
Prof. Dr. Thomas Lang (Bremen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Dipl.-Psych. Christa Leienecker (Frankfurt a.M.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.</li> </ul>
Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer (Heilbronn)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dr. Rudi Merod (Bad Tölz)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V.</li> </ul>
Möhrmann, Karl Heinz (München)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>

Prof. Dr. Steffen Moritz (Hamburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dipl.-Psych. Inge Neiser (Eppelborn)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V.</li> </ul>
Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Antonia Peters (Hamburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ) e.V.</li> </ul>
Andreas Pfeiffer (Düsseldorf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dr. Christian Popow (Wien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT)</li> </ul>
Dr. Cornelia Rabe-Menssen (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) e.V.</li> </ul>
Prof. em. Dr. Hans Reinecker (Bamberg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Prof. Dr. Tobias Renner (Tübingen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) e.V.</li> </ul>
Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (Stuttgart)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Thurid Rothländer (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e.V.</li> </ul>
Dr. Christa Roth-Sackenheim (Andernach)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsverband der Deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP) e.V.</li> </ul>
Antonie Rubart, M.Sc. (Lübeck)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitglied der Projektgruppe</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Prof. Dr. Michael Rufer (Zürich)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Dipl.-Soz. Päd. Ariadne Sartorius (Frankfurt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) e.V.</li> </ul>
Dipl.-Psych. Erdmute Scheufele (Erkner)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
PD Dr. Angelica Staniloiu (Hornberg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitglied der Projektgruppe</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dr. Ulrich Stattrop (Prien am Chiemsee)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) e.V.</li> </ul>
Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktion Psychisch Kranke (APK) e.V.</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Dr. Daniel Surall (Gelsenkirchen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V.</li> </ul>
Dr. Roland Urban	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) e.V.</li> </ul>
Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Prien am Chiemsee)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.</li> <li>- Projektleitung</li> <li>- Mitglied der Projektgruppe</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Sabine Wagner (Freiburg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) e.V.</li> </ul>
PD Dr. Andreas Wahl-Kordon (Hornberg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitglied der Projektgruppe</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>
Prof. Dr. Susanne Walitza (Zürich)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) e.V.</li> </ul>
PD Dr. Steffi Weidt (Zürich)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe)</li> </ul>
Prof. Dr. Heinz Weiß (Stuttgart)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) e.V.</li> </ul>
Dr. Tina Wessels (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)</li> <li>- Mitglied der Steuergruppe</li> </ul>

Prof. Dr. Michael Zaudig (München)	- Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck)	- Mitglied der Projektgruppe - Mitglied der Steuergruppe

### 1.3 Methodische Exaktheit

Die Entwicklung der S3-Leitlinie basiert auf den Vorgaben und methodischen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (AWMF-Regelwerk: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>).

In der Klassifizierung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gilt die Entwicklungsstufe 3 (S3) als höchste Stufe, die mit fünf Elementen der systematischen Leitlinienentwicklung verknüpft ist: (1) Logik, (2) Evidenzbasierung, (3) Konsensus, (4) Entscheidungsanalyse (wo nötig und umsetzbar) und (5) Outcome-Analyse. Dieses Niveau entspricht höchsten Ansprüchen an eine Leitlinienentwicklung (siehe auch Eccles et al., 1996), die heute auch international einheitlich definiert werden.

Bei der ersten Version der S3-Leitlinie wurde zur Bewertung der recherchierten bereits existierenden Leitlinien und zur Planung der aktuellen Leitlinienentwicklung das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien Bewertung (DELBI – Fassung 2005-2008) herangezogen ([www.delbi.de](http://www.delbi.de)). Zur Datenextraktion und Bewertung der Originalarbeiten wurden die Checklisten des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>) aus dem Jahr 2009 gewählt (Tab. 1.1).

<b>Tabelle 1.1</b> SIGN-Statement für randomisiert-kontrollierte Studien. Quelle: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2019).		
STUDIE Autor(en), Titel, Zeitschrift, Jahr, Band, Seiten		
META-INFORMATIONEN Schlüsselfrage: Checkliste ausgefüllt von:		
		In der untersuchten Studie war das Kriterium...
Abschnitt 1: Interne Validität		
1.1	Definiert die Studie eine angemessene und klar eingegrenzte Fragestellung?	Gut/adäquat/mäßig/nicht berücksichtigt/nicht berichtet/nicht anwendbar
1.2	Erfolgte die Zuordnung der Probanden zu den Behandlungsgruppen randomisiert?	

1.3	Wurde die Randomisierung mit adäquaten Methoden geheim gehalten?	
1.4	Waren die Probanden und Behandlern bezüglich der Medikamentengabe / Intervention verblindet?	
1.5	Behandlungs- und Kontrollgruppe waren zu Studienbeginn vergleichbar.	
1.6	Unterscheiden sich die Gruppen lediglich in der Art der Behandlung?	
1.7	Wurden alle relevanten Zielkriterien in standardisierter, validierter und reproduzierbarer Weise erhoben? Welche und wie?	
1.8	Wieviel Prozent der einzelnen Probanden oder Probandengruppen, die jedem Arm der Studie zugeteilt waren, sind vor Studienende ausgeschieden?	
1.9	Wurden alle Probanden in der ihnen zufällig zugeteilten Gruppe ausgewertet? (Intention-to-Treat-Analyse)	
1.10	Bei Multizentren-Studien (Studie an mehreren Einrichtungen durchgeführt): Sind die Ergebnisse der einzelnen Zentren vergleichbar?	
<b>Abschnitt 2: Gesamtbeurteilung</b>		
2.1	Wie gut wurde auf Bias / Confounding kontrolliert? Bewertung mit ++, +, oder -	
2.2	Sind Sie sicher, dass, nach Berücksichtigung klinischer Gesichtspunkte, Ihrer Bewertung der Methodik und der statistischen Aussagekraft der Studie, der beschriebene Gesamteffekt der Studie auf die Intervention / Behandlung zurückzuführen ist?	
2.3	Sind die Studienergebnisse direkt auf die Patienten-Zielgruppe der Leitlinie anwendbar?	
2.4	Fazit des Autors. Kommentieren Sie Ihre Studienbewertung und den Umfang, in dem die betrachtete Fragestellung beantwortet wird	
<b>Abschnitt 3: Studienbeschreibung</b>		
3.1	Ist bekannt, durch wen die Studie finanziert wurde?	
3.2	Von wie vielen Zentren wurden Patienten rekrutiert?	
3.3	Aus welchen Ländern wurden die Patienten ausgewählt?	
3.4	Aus welchem sozialen Umfeld (z.B. Lebensumstände) kommen die Patienten?	
3.5	Welche waren die EINSCHLUSS-Kriterien für Probanden der Studie?	

3.6	Welche waren die AUSSCHLUSS-Kriterien für Probanden der Studie?	
3.7	Welche Intervention / Risiko-Faktor(en) wurden in der Studie untersucht?	
3.8	Welche Kontrolle wurde durchgeführt?	
3.9	Welche Methoden wurden: 1) zur Randomisierung der Patienten 2) zur Verblindung von Patienten und/oder Behandlern und 3) zur adäquaten Geheimhaltung der Randomisierung (Concealment of Allocation) angewandt?	
3.10	Wie lange dauerte die aktive Phase der Studie?	
3.11	Wie lange wurden Patienten während und nach der Studie betreut?	
3.12	Wie sind die Schlüsselcharakteristika der Patienten-Population? Bitte Auflisten und signifikante Unterschiede zwischen den Armen der Studie notieren.	
3.13	Welche sind die Basisdaten für jeden Arm der Studie? Falls mehr als vier Arme existieren, notieren Sie die Daten bitte unter 3.15. - Arm 1 (Anzahl der Teilnehmer/Intervention o. Behandlung/Anzahl der Teilnehmer, die in die Analyse eingegangen sind/Anzahl der Teilnehmer mit Ereignis/Anzahl der Teilnehmer ohne Ereignis - Arm 2 (s.o.) - Arm 3 (s.o.) - Arm 4 (s.o.)	
3.14	Welche sind die Basisdaten für jedes WESENTLICHE Ergebnis der Studie? Falls mehr als vier, bitte unter 3.15 dokumentieren. - Ergebnis 1 (Zielkriterium/Effektmaß/Konfidenzintervall/p-Wert/Primäre oder sekundäre Zielgröße) - Ergebnis 2 (s.o.) - Ergebnis 3 (s.o.) - Ergebnis 4 (s.o.)	
3.15	Fazit des Autors. Kommentieren Sie Ihre Schlussfolgerungen und den Umfang, in dem es die betrachtete Fragestellung beantwortet.	
Abschnitt 4: Weitere Bemerkungen		
4.	Allgemeine Bemerkungen	

Die Vergabe der Evidenzgrade erfolgte formal nach den Oxford-Kriterien (2009).

Zur Bewertung der recherchierten, bereits existierenden Leitlinien und zur Planung des aktuellen Updates der Leitlinienentwicklung wurde die GRADE-Methodik (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) herangezogen (<https://de.gradeworkinggroup.org>). Zur Datenextraktion und Bewertung der Originalarbeiten aus der neuen Recherche wurden die Checklisten des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/>, siehe Tab. 1.1) aus dem Jahr 2009 gewählt. Für die Arbeitsgruppenarbeit wurden aus den eingeschlossenen Studien die für die Einschätzung des Studiendesigns, der untersuchten Patientenklientel, der Interventionen und der Ergebnisse notwendigen Daten in eigens erstellte Vorlagen extrahiert. In einem ersten Konsensusprozess wurden die zentralen Arbeitsinhalte und Ziele der Leitlinie diskutiert und schließlich im Konsens entschieden. Folgende Inhalte wurden konsentiert:

- Festlegung von Referenzleitlinien: NICE-Leitlinien [National Clinical Practice Guideline Number 31, 2005; inkl. Evidence Update 2013; Surveillance-Ergebnisse, weitere Aktualisierung der NICE-Leitlinien derzeit (seit 2019) in Arbeit] und/oder APA-Leitlinien (American Psychiatric Association, 2007; inkl. Guideline Watch 2013) als Referenz
- Festlegung der Suchstrategie
- Festlegung der Screening- und Bewertungsinstrumente für die Literatur
- Festlegung der zusätzlichen klinischen Fragestellungen
- Festlegung der Arbeitsgruppen
- Festlegung des weiteren Vorgehens und des Zeitplans.

### **1.3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)**

#### ***Formulierung von Schlüsselfragen***

Die Leitlinienfragestellungen wurden von der Steuergruppe formuliert und in den themenspezifischen Arbeitsgruppen bearbeitet. Die Arbeitsgruppen wurden mit der Beantwortung der Fragestellungen und der Vorformulierung von Empfehlungen beauftragt. Als Basis wurden die Schlüsselfragestellungen der britischen Leitlinie des National Institute of Clinical Excellence (NICE) Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment clinical guideline [CG31] (2005), einschließlich der Schlüsselfragestellungen der

NICE, die durch periodische Updates [Literaturrecherche und deren Analyse inkl. Feedback von Schwerpunktexperten (Topic Experts) und Feedback der Sachverständigen und ‘Stakeholder‘] seit dem Publikationszeitraum 2005 bis 2019 aktualisiert oder erweitert wurden, genutzt und berücksichtigt; wo nötig, wurden sie spezifiziert und erweitert. Zu Themen, die nicht abgedeckt waren, wurden von der Steuergruppe eigene Fragen entwickelt. Als Basis der Erstversion der S3-Leitlinie 2013 wurde zunächst die Studienbasis der Leitlinie des britischen National Institute of Clinical Excellence (NICE) von 2005 genutzt. Mit Adaptierung der NICE-Suchstrategie in verschiedenen Datenbanken (siehe unten) erfolgte eine de novo Recherche. Im Anschluss daran wurde die neuere bewertete Literatur bei den Empfehlungen berücksichtigt.

Für das Update der S3-Leitlinie wurden die Ergebnisse der Nice Update-Recherchen/Surveillance berücksichtigt, die 2007, 2011, 2013, 2015 und 2019 erfolgt waren. Darüber hinaus erfolgte eine neue Literaturrecherche (mit Adaptierung der NICE Suchstrategien in verschiedenen Datenbanken – siehe unten) ab Juni 2008 (ab dem Zeitpunkt der abgeschlossenen Recherche der ersten Version der S3 -Leitlinie für Zwangsstörungen).

Als Quelleitlinie und damit auch als Quelle der zu untersuchenden Fragestellungen wurden die NICE-Guidelines (inkl. Surveillance Ergebnisse und Updates) berücksichtigt.

### ***Verwendung existierender Leitlinien zum Thema***

Die systematische Recherche nach aktuellen, bereits publizierten, deutsch- oder englischsprachigen Leitlinien zum Thema Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung wurde für die Version 2008 (publiziert 2013) und die aktuelle Version (2019) in der G.I.N. Database (Guidelines International Network: <http://www.g-i-n.net>, <http://www.leitlinien.de>) durchgeführt. Die Recherche ergab eine nationale Behandlungsleitlinie (Deutschland) und drei internationale Behandlungsleitlinien (NICE-Guidelines, American Psychiatric Association Practice Guidelines, Danish Health Authority National Clinical Guideline for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)) zum Thema Zwangsstörung bei Erwachsenen. Die systematische Recherche nach aktuellen, bereits publizierten, deutsch- oder englischsprachigen Leitlinien zum Thema Therapie der Zwangsstörung wurde zusätzlich auf den Webseiten der medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt und über eine händische Suche im Internet und in Fachzeitschriften ergänzt.

Die Suche erbrachte folgende Ergebnisse:

**National**

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2013): S3-Leitlinie Zwangsstörungen (2013)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP): Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter (2021)

**International**

- National Institute of Clinical Excellence (NICE) obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment clinical guideline [CG31] (2005) (UK)
- American Psychiatric Association Practice Guidelines (2007, 2015)
- Danish Health Authority National Clinical Guideline for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) (2016)
- Accreditation Task Force of The Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders. Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults (Fineberg et al., 2015)
- Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders (ADAC/Anxiety Disorder Association of Canada) (Katzman et al., 2014)
- The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP 2004): Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care (Bandelow et al., 2012)
- British Association for Psychopharmacology (BAP Guidelines 2014): Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology

Die existierenden Leitlinien wurden mit dem Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) der AWMF beurteilt. Das Instrument DELBI stützt sich auf das Instrument der AGREE Collaboration (AGREE Collaboration 2001) und berücksichtigt neben der methodischen Qualität der Leitlinien auch die Anwendbarkeit der Leitlinien im deutschen Gesundheitssystem.

Die internationalen Leitlinien zum Thema »Zwangsstörungen« vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2005) und von der American Psychiatric Association

(APA) (2007) wurden aufgrund der hohen methodischen Qualität als primäre Referenzquellen herangezogen. Diese Entscheidung basiert auf einer Konsensentscheidung der Gruppe. Auf Basis dieser Leitlinien erfolgte eine de novo Recherche (s. folgenden Abschn.).

### ***Systematische Literaturrecherche***

Die formale systematische Literaturrecherche für die erste Version der S3-Leitlinie wurde im Juni 2008 abgeschlossen. Die elektronische Literatursuche wurde in den Datenbanken COCHRANE, MEDLINE (1966-06/2008, EMBASE (1974-06/2008), PsycINFO (1967-06/2008) und PSYINDEX (1981-06/2008) durchgeführt. Weiterhin wurden die elektronischen Datenbanken CINAHL und PsycLIT ebenfalls bis Juni 2008 auf relevante Literatur durchsucht. Die Suchstrategie wurde in PUBMED gespeichert und hinterlegt, sodass die Steuergruppe 14-tägig bis kurz vor Publikation der Leitlinie über neu publizierte Arbeiten per E-Mail informiert wurde. Das Titelscreening fand wie beschrieben zeitnah kontinuierlich statt. Relevante Originalarbeiten fanden nach Rücksprache in der Projektgruppe Eingang in die Leitlinie. Als eine hinsichtlich Sensitivität und Spezifität optimierte Suchstrategie wurde die Suchstrategie aus der NICE-Guideline weitestgehend übernommen. Die formale systematische Literaturrecherche für das Update der S3-Leitlinie für Zwangsstörungen wurde im Mai 2019 abgeschlossen. Für das Update der S3-Leitlinie wurde die vorhandene Suchstrategie nach der Präsentation der bisherigen Projektarbeit in der Projektgruppe der »S3-Leitlinie Zwangsstörungen« dahingehend geändert, dass die verwendeten Schlüsselbegriffe bzw. Freitextangaben um folgende Begriffe deutlich erweitert wurden (Tab. 1.2). Ergänzungen bzw. Modifikation der verwendeten Schlüsselbegriffe konnten von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppen vorgeschlagen werden und wurden innerhalb der Projektgruppe abgestimmt. Die systematische elektronische Literatursuche wurde in den Datenbanken COCHRANE, GIN Library (Guidelines International Network), MEDLINE (2008-06/2019-05, PsycINFO (2008-06/2019-05) und PSYINDEX (2008-06/2019-05) durchgeführt. Eine Aktualisierung der systematischen Recherche mit den gleichen nach der NICE-Guideline adaptierten Suchstrategien fand ab 10.05.2019 bis zum 24.03.2021 statt. Die Suchstrategie wurde mittels PUBMED weitergeführt, sodass die Projektgruppe circa 28-tägig bis kurz vor Publikation der Leitlinie über neu publizierte Arbeiten per E-Mail informiert wurde. In der Cochrane Datenbank wurde circa alle 2-3 Monaten gesucht. Zusätzlich wurde eine händische Suche in den identifizierten Metaanalysen und Übersichtsarbeiten (Reviews) durchgeführt. Das Titelscreening fand wie beschrieben zeitnah kontinuierlich statt. Relevante Originalarbeiten fanden nach Rücksprache in der Projektgruppe Eingang in die Leitlinie. Als eine hinsichtlich

Sensitivität und Spezifität optimierte Suchstrategie wurde die Suchstrategie aus der NICE-Guideline weitestgehend übernommen.

Die verwendeten Schlüsselbegriffe wurden in sieben Blöcke eingeteilt. Block 1 beinhaltet Schlagwörter und Freitextangaben zu relevanten Erkrankungen, während in Block 2 Schlagwörter zu Therapiemöglichkeiten- und verfahren enthalten sind. In Block 3 wird das Thema Pharmakotherapie abgebildet. Anhand von Block 4 werden andere medizinische Interventionen (z. B. chirurgische, neurologische Maßnahmen) gesucht. Block 5 beinhaltet Schlagwörter und Freitextangaben des Erkrankungsverlaufs. In Block 6 sind Begriffe und Schlagwörter zu Komorbiditäten enthalten. Relevante Studientypen werden anhand der Schlagwörter von Block 7 differenziert. Die Verknüpfung innerhalb der Blöcke erfolgte mit der Bedingung »oder«. Die Verknüpfung der Blöcke 1, 2, 7 (Erkrankungen, Therapie, Studientypen) bzw. 1, 3, 7 (Erkrankungen, Medikamente, Studientypen), bzw. 1, 4, 7 (Erkrankungen, andere Interventionen, Studientypen) erfolgte mit der Bedingung »und«. Die Anzahl der gefundenen Studien konnte mit dem Einschluss von »human« als weitere Bedingung und der Begrenzung auf einen Publikationszeitraum von 2008-2019 begrenzt werden. Dieser Zeitraum wurde unter Berücksichtigung der Literaturrecherche der NICE-Guideline und der letzten Revision der deutschen S3-Leitlinie Zwangsstörungen aus dem Jahr 2008 gewählt, da sich die Steuergruppe auf eine Aktualisierungsrecherche für bestimmte Themenbereiche der erarbeiteten Leitlinie verständigte (Tab. 1.2). Eine Aktualisierung der systematischen Recherche fand ab 10.05.2019 bis zum 24.03.2021 statt. Relevante randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) oder Metaanalysen aus der Aktualisierung der Literaturrecherche fanden nach Rücksprache mit der Projektgruppe Eingang in die revidierte Leitlinie, wurden standardisiert analysiert und bewertet.

<b>Tabelle 1.2</b> Suchbegriffe der Literaturrecherche	
1	Erkrankung
	(PANDAS or pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder or PANS or pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome) OR (obsessive compulsive disorder or obsessive-compulsive disorder or compulsive behavior or obsession or obsessional or compulsion or compulsional or OCD) OR ((Obsessive compulsive and related disorders) or OCD or obsessive compulsive spectrum disorder or tic-related or tic related or tics or delusional obsessive compulsive disorder beliefs)
2	Therapie
	(mindfulness meditation or meditation or mindfulness-based skills training or mindfulness-based stress reduction or mindfulness-based intervention or detached mindfulness or MBCT or MCT or stress management therapy or SMT or relaxation therapy or progressive relaxation or progressive muscle relaxation or relaxation response training or kundalini yoga or MBST) OR (behavioral

<p>activation or exercise or aerobic exercise or physical exercise) OR ((acceptance and commitment therapy) or (acceptance and commitment therapy-focused ERP) or acceptance enhanced behavior therapy or TAU-ERP or AEBT or psychodynamic therapy or schema therapy or supportive expressive therapy or supportive-expressive therapy or supportive expressive psychotherapy or supportive-expressive psychotherapy or supportive group therapy or supportive counseling or SGT or support therapy on internet or (psychoeducation and supportive therapy) or internet supported group behavior therapy or peer facilitated or manualized or support group or interactive crowd-sourced or patient-provider tool or self-help group or PST) OR (flooding or brief intervention or brief intensive or (exposure and response prevention) or personalized exposure or ERP or concentrated exposure treatment or exposure therapy or pharmacological facilitation or cET or intensive cognitive behavioral therapy or low intensive cognitive behavioral therapy or CBT or association splitting or inference-based therapy or IBT) OR (((group cognitive behavior therapy or short-term or group therapy or functional behavior-based cognitive behavioral therapy or cognitive behavioral therapy or cognitive-behavioral therapy or standard practice or traditional or stepped care CBT or stepped-care CBT or flexibly dosed intensive exposure) and response prevention) or gradual exposure or EXP-G or variable exposure or EXP-V) OR (internet delivered cognitive behavior therapy or internet-delivered cognitive behavioral therapy or ICBT or online-delivered treatment or online delivered treatment or online treatment or online-based treatment or online based treatment or internet-based cognitive behavioral therapy or internet based cognitive behavioral therapy or face-to-face cognitive behavioral therapy or face to face cognitive behavioral therapy or trial-based cognitive therapy or TBCT or trial based cognitive therapy or videophone administered cognitive behavioral therapy or videophone-administered cognitive behavioral therapy or smartphone-delivered cognitive behavioral therapy or smartphone delivered cognitive behavioral therapy) OR (app based cognitive behavioral therapy or app-based cognitive behavioral therapy or treatment app or computer assisted cognitive behavioral therapy or computer-assisted cognitive behavioral therapy or computerized treatment or computerized treatment or computer-based treatment or computer based treatment or computer-aided treatment or computer aided or computer-delivered treatment or computer delivered treatment) OR (OC fighter or internet OCD treatment program or eHealth intervention or e-mental-health or Mobile application or mobile app or therapist assisted mobile or mobile treatment or Telepsychotherapy or artificial intelligence or behavioral team intervention or team-ERP or team ERP or T-ERP or motivational interviewing or (exposure and response) or MI plus EX RP or motivational interview or (exposure and response inhibition) or response inhibition training or P-CIT or personalized inhibitory control training or instructional cognitive behavioral or habit override practice) OR (cognitive anxiety sensitivity treatment or brief anxiety cognitive treatment or exposure or home-based treatment or home based treatment) OR (treatment pure obsession or pure obsession or repugnant obsession or self-help or self help or self-administered or self administered or self-management intervention or self management intervention) OR (physical health education or psychoeducation or psycho-education or family interaction therapy or family based treatment or family-based treatment or metacognitive therapy or metacognitive training or music therapy or attention modification or attention training or attentional training or attentional bias or refocusing or defocusing or</p>
--

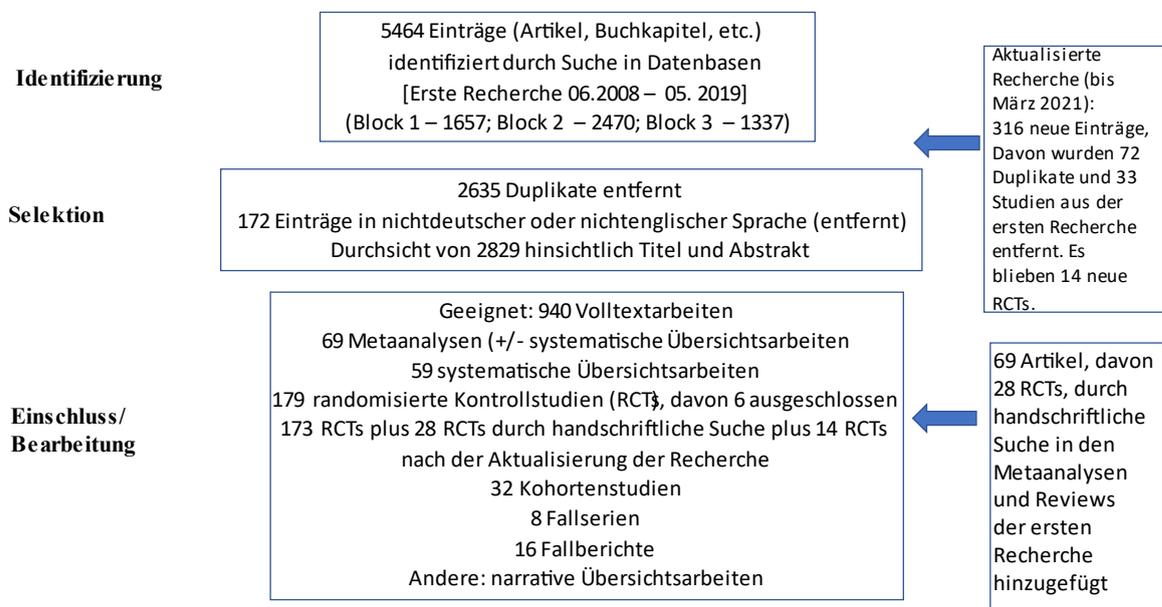
	<p>decentering or competence training) OR (treatment protocol or cognitive training or compensatory training or compensation training or retraining or social skills training or working memory training or cognitive remediation or therapeutic learning or self-enhancement or self enhancement) OR (laughter therapy or reminiscence therapy or coping skills training or critical time intervention or CTI-HD or buried in treasures workshop or BIT or in-home decluttering or in home decluttering or in-home sorting or in home sorting or cognitive rehabilitation or CREST or surf the urge or online response inhibition training or COMB or comprehensive behavioral model of treatment) OR (habit reversal training or habit reversal therapy or AEMD or (enhancement and monitoring) or StopPulling or psychodrama or PGT or crooked mirror externalization therapy or mirror retraining method or I-CBT or bias modification or self-evaluation or self evaluation or sensory retraining or perceptual retraining or McLean anxiety mastery program or open care or aftercare treatment or occupational therapy or rehabilitation or case management or ADL or activities of daily living or disability or disabled or disabilities) OR (return to work or employment or work or work accommodation or work modification or vocation or occupation or vocational-based or vocational based or vocational training or vocational rehabilitation or psychosocial intervention or rehabilitative or functional restoration or reintegration or re-integration or integration or outpatient or inpatient or day clinic) OR (psychoanalytic therapy or psychoanalytic therapies or psychoanalytic psychotherapy or counseling or gestalt therapy or hypnosis or transactional analysis or hypnotherapy or supportive therapy or psychotherapy or supportive psychotherapy or eye movement disorder or eye movement desensitization or cognitive therapy or cognitive behaviour therapy or cognitive behavioural therapy or cognitive behavioural psychotherapy or cognitive behavioural intervention or cognitive behavioural group training or cognitive behavior therapy or (exposure and response prevention) or multimodality therapy or mindfulness based therapy or mindfulness-based therapy or mindfulness based cognitive therapy or mindfulness-based cognitive therapy or ergotherapy or psychodynamic or EMDR or eye movement desensitization or psychoanalysis or psychotherapy or exposure or response or computer aided therapy or new media or virtual reality or telephone guidance)</p>
3	Medikamente
	<p>(intractable or evidence-based treatment or evidence based treatment or boost or booster or pharmacological facilitation) OR (neuroleptic or Clozapine or Cariprazine or Loxapine or Periciazine or Pericyazine or Periciazine or Propericiazine or Zotepine or Moclobemide or Moclobemid or Riluzole or SNRI or tricyclic or tetracyclic or monoamine oxidase inhibitors or MAOIs or Bupropion or memantine or Vortioxetine or Lurasidone or Paliperidone or Ziprasidone or dopamine blocker or L-Carnosine or glutamate or glutamine or glutamatergic or neutraceuticals or paliperidone or N-Acetylcysteine or N-Acetyl cysteine or myo-inositol or myo inositol or glycine or seromycine or N-methyl glycine or sarcosine or D-serine or milk thistle or Silybum marianum or 5-HTP or 5-hydroxytryptophan or L-5-hydroxytryptophan or glutathione) OR (ketamine or lamotrigine or pregabalin or carbamazepine or oxcarbazepine or divalproex sodium or levetiracetam or st john's wort or hypericum perforatum or Johanniskraut or desmethylclomipramine or d-cycloserine or d-cycloserin or vasopressing or tranlycypromine or tranlycypromine or selegiline or agomelatine or levomilnacipran or vilazodone or asenapine) OR (naltrexone or</p>

	<p>psilocybin or LDS or minocycline or penicillin or azithromycin or amoxicillin or IVIG or intravenous immunoglobulin or microbioma or probiotic or lactobacillus helveticus or Bifidobacterium longum or gut microbiota or topiramate or xenon or flumazenil or rapastinel or tolcapone or pregnenolone or nabilone or cannabinoid medication or dronabinol or marijuana) OR (bitopertin or pramipexole or SAM-e or S-adenosyl methionine or methionine or guanfacine or methylphenidate or lisdexamfetamine or dextroamphetamine or levodopa or levo-dopa or lorazepam or alprazolam or clonazepam or intranasal midazolam or benzodiazepine or propranolol or caffeine or caffenin or corticosteroids or pentoxifylline or omega-3 fatty acids or omega 3 fatty acids or olive oil or mavoglurant or withania somnifera or ashwagandha or meta-chloro-phenyl-piperazine or meta chloro phenyl piperazine or mCCP) OR (augmentation or augment or add-on or addition or supplement or resist or refract or non-respon or non respon or inositol or pindolol or antipsychotic agent or tryptophan or valproic acid or lithium or neuroleptic drug or neuroleptic agent or gabapentin or anti testosterone or anti-testosterone or valproate or triptans or benperidol or flupentixol or chlorpromazine or fluphenazine or haloperidol or levomepromazine or methotrimeprazine or perioyazine or perphenazine or pimozide or prochlorperazine or promazine or sulphiride or thioridazine or trifluoperazine) OR (zuclopenthixol or amisulpride or clozapine or olanzapine or quetiapine or risperidone or sertindole or zoteprine or laxopine or periciazine or trazodone or clonidine or practolol or cyproterone or ondansetron or ritanserlin or anti depress or anti-depress or anti obsession or anti-obsession or SSRI or SRI or clomipramine or fluvoxamine or fluoxetine or citalopram or escitalopram or sertraline or paroxetine or venlafaxine or mirtazapine or duloxetine or milnacipran or phenelzine or tranylcypromine or moclobemide or aripiprazole) OR (buspirone or morphinsulfate or tramadol or d-cycloserin or riluzol or amantadine or kava kava or ginkgo biloba or amphetamine or oxytocin or beta-blocker or beta blocker or anti androgen or anti-androgen)</p>
4	Andere medizinische Maßnahmen
	<p>(tonsillectomy or PANDAS or phototherapy or light therapy or neuromodulation or electrical stimulation or transcranial cortical stimulation or low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation or rTMS or low frequency repetitive magnetic stimulation or transcranial magnetic stimulation or dTMS or TMS or rapid non-invasive brain stimulation or oTMS or theta burst stimulation or cTBS or magnetic seizure therapy or MagPro MST or transcranial direct current stimulation or tDCS or DCS or capsulotomy or limbic surgery or psychiatric neurosurgery or PNS or radiosurgical treatment or exablate or mri-guided focused ultrasound thermal ablation or mri guided focused ultrasound thermal ablation or stereotactic brain procedures) OR (attenuation of ltd or biofeedback or EEG or neurofeedback or maintenance electroconvulsive therapy or bilateral surgical implantation or deep brain stimulation or DBS or neuromodulation or electrical modulation or electrical stimulation or PINS or stimulator system or STN DBS or subthalamic stimulation or vagal stimulation or VNS or vagal nerve stimulation or placebo or sham or sugar pill or inert pill or treatment as usual or TAU or waiting list or wait-list or control or wait list control) OR (neurosurgery or psychosurgery or brain stimulation or electroconvulsive therapy or electroconvulsive-therapy or electroconvulsive therapies or electroconvulsive-therapies or electroconvulsive shock therapy or electroconvulsive shocks or tractotomy or brain depth stimulation or transcranial</p>

	or electroconvulsive or cingulotomy or cingulectom or leucotom or leucotomy or capsulotomy or tractotomy or electric capsular or magnetic stimulation)
5	Verlauf
	(long-term or long term or follow-up or follow up or efficacy or chronic or maintenance or maintaining or wellness or adherence or aftercare treatment or rehabilitation or outcome or prognosis or prognostication or disability or LDs or DALYs or predictor or insight or burden of care or acute care burden or burden of illness or psychosocial burden or functional status or suicide or mortality or lethality or lethal or fatality or morbidity or quality of life or QOL or symptom burden or symptom-burden or satisfaction or happiness)
6	Komorbiditäten
	(perinatal or postnatal or peripartal or postpartum or postpartal or pregnancy or conception or pre-conception or pre-conceiving or breast feeding or peri-natal or post-natal or peri-partal or post-partum or post-partal or breast-feeding or reproductive or contraceptive counseling or medication safety or teratogenic or teratogenicity or bipolar disorder or bipolar illness or manic-depressive disorder or manic depressive disorder or lamotrigine-induced or lamotrigine induced or schizo-obsessive or schizo obsessive or spectrum disorder or disorder or schizophrenia or schizoaffective disorder or schizo affective disorder or schizo-affective disorder or antipsychotic-induced or antipsychotic induced or second generation antipsychotics or SGAs or SGA-induced or SGA induced or de novo or de-novo or clozapine-induced or clozapine induced)
7	Studientypen
	(clinical study.pt. or clinical study.tw. or clinical trial.pt. or clinical trial.tw. or controlled clinical trial.pt. or controlled clinical trial.tw.) OR (guideline.tw. or guideline.pt. or meta-analysis.pt. or meta-analysis.tw. or meta analysis.pt. or meta analysis.tw. or metaanalysis.pt. or metaanalysis.tw. or multicenter study.pt. or multicenter study.tw. or multi-center study.pt. or multi-center study.tw. or multi center study.pt. or multi center study.tw.) OR observational study.pt. or observational study.tw. or randomized controlled trial.pt. or randomised controlled trial.pt. or randomized controlled trial.tw. or randomised controlled trial.tw. or controlled trial.pt. or controlled trial.tw. or systematic review.pt. or systematic review.tw. or review.pt. or review.tw. or quantitative.tw. or cross-over.tw. or cross over.tw. or crossover.tw. or double.blind.tw. or double blind.tw. or randomized.tw. or randomised.tw. or single-blind.tw. or single blind.tw)
8	Kombination der Blöcke
	Block 1 UND 2 (Erkrankungen UND Therapie)
	Block 1 UND 2 UND 7 (Erkrankungen UND Therapie UND Studientypen)
	Block 1 UND 2 UND 7 UND LIMITS (Erkrankungen UND Therapie UND Studientypen UND 2008-2019)
	Block 1 UND 3 (Erkrankungen UND Medikamente)
	Block 1 UND 3 UND 7 (Erkrankungen UND Medikamente UND Studientypen)

	<p>Block 1 UND 3 UND 7 UND LIMITS (Erkrankungen UND Medikamente UND Therapie UND Studientypen UND 2008-2019)</p> <p>Block 1 UND 4 (Erkrankungen UND andere medizinische Interventionen)</p> <p>Block 1 UND 4 UND 7 (Erkrankungen UND andere medizinische Interventionen UND Studientypen)</p> <p>Block 1 UND 4 UND 7 UND LIMITS (Erkrankungen UND andere medizinische Interventionen UND Therapie UND Studientypen UND 2008-2019)</p>
--	---

Mit der beschriebenen Suchstrategie konnten zum Zeitpunkt der Suche in den genannten elektronischen Datenbanken insgesamt 5.880 Treffer seit der letzten Aktualisierung der S3-Leitlinie im Jahr 2008 gefunden werden. Arbeiten, die danach benannt wurden und den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden diskutiert und in die Bewertung aufgenommen. Die erste Aktualisierung der Recherche (Juni 2008 bis Mai 2019) ergab 5464 Einträge. Die Reaktualisierung der Recherche vom 10.05.2019 bis zum 24.03. 2021 ergab 316 Einträge.



***Auswahl der Evidenz (Ein- und Ausschlusskriterien)***

Für die Literaturrecherche wurden zunächst Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, um die Entscheidung zu erleichtern, welche Studien berücksichtigt werden. Die Einschlusskriterien orientierten sich an der Population, der Fragestellung, den Zielen der Arbeit sowie der Outcome-Messung. Das PICO(C)-Schema diene deswegen als Orientierung. ‚P‘ steht dabei für Population (Wer?, Typus der Individuen, die von der Intervention betroffen sind); ‚I‘ für Intervention (Was/Wie?, Therapie, Managementtechnik/Methode, Faktor, unabhängige Variable); ‚C‘ für Comparison Group oder alternative Intervention (Vergleichsgruppe, Faktor, Variable); ‚O‘ für Outcome (Ziel, was soll erreicht /erzielt / verbessert / verändert werden). Nach dem PICO-Schema (Patienten, Intervention, Kontrolle, Outcome/Endpunkte und Studien) wurden Studien an Erwachsenen ( $\geq 18$  Jahre alt), die die formellen Diagnosekriterien einer Zwangsstörung nach ICD oder DSM erfüllten, eingeschlossen. Die therapeutischen Interventionen wurden mit Warteliste/Treatment as usual (TAU)/anderer Art der Therapie oder Medikation, Pill-Placebo, Add-on, Sham-Intervention etc. verglichen. Primäre Outcome-Kriterien wurden nach Konsensus prä-spezifiziert (Pallanti et al., 2002; Mataix-Cols et al., 2016).

Studien zu „verwandten Störungen“ (Zwangsspektrumsstörungen nach ICD-11 und DSM-5) wurden dann eingeschlossen, wenn der Obergriff benannt wurde. Die dazu zählenden Erkrankungen wie z. B. die körperdysmorphe Störung, olfaktorische Referenzstörung, pathologisches Horten, Hypochondrie und körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen (z.B. Tricho- und Dermatillomanie) wurden als Untersuchung der Einzelerkrankung ausgeschlossen.

Eine umfassende Suche erfolgte bezüglich randomisierter kontrollierter Studien, systematischer Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Des Weiteren wurde nach Kohortenstudien, kontrollierten Studien und Fallserien gesucht, um das Thema möglichst vollständig abzudecken. Einzelne Fallbeispiele wurden nicht in die systematische Suche einbezogen. Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Literatur beschränkt.

Ausgeschlossen wurden Studien, die nicht Zwangserkrankungen als Zielgröße hatten (z. B. Studien zu Tourette-Syndrom oder Essstörungen). Des Weiteren fanden Studien an Kindern und Adoleszenten sowie Studien zur Pathophysiologie keine Berücksichtigung.

**Abgleich**

Von zwei unabhängigen Personen der Projektgruppe erfolgte die Selektion der Studien. In einem ersten Selektionsschritt wurden auf der Grundlage der Publikationstitel eindeutig nicht themenrelevante Arbeiten aussortiert. Die verbleibenden Arbeiten wurden in einem zweiten Selektionsschritt auf der Grundlage der Abstracts bzw. Volltexte hinsichtlich ihrer Eignung beurteilt. Diskrepanzen zwischen den Personen wurden durch Diskussionen nach den Selektionsschritten aufgelöst.

**Bewertung der Evidenz**

Zur Planung der aktuellen Leitlinienentwicklung wurde die GRADE-Methodik (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) herangezogen (<https://de.gradeworkinggroup.org>). Zur Datenextraktion und Bewertung der Originalarbeiten wurden die Checklisten des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) gewählt (siehe Tab. 1.2, 1.4) (<https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/>). Die Checklisten der bewerteten Studien für die entsprechenden Themenbereiche sind bei der Leitlinienkoordination auf Anfrage einsehbar.

**Evidenzgrade**

Das Zentrum für evidenzbasierte Medizin in Oxford legte »Levels of Evidence« u.a. für Therapie fest (siehe Tab. 1.3). Diese Evidenzgrade finden bei den zu diesem Thema bewerteten Studien Anwendung. Teil der Arbeit ist die standardisierte Bewertung der Meta-Analysen, RCTs und Kohortenstudien nach dem Instrumentarium des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Die Vergabe der Evidenzgrade erfolgte formal nach den o. g. Oxford-Kriterien (2009 und 2011).

<b>Tabelle 1.3</b> Oxford Centre of Evidence-based Medicine: Evidenzgrade (2011)					
Fragestellung	Stufe 1 (Level 1*)	Stufe 2 (Level 2*)	Stufe 3 (Level 3*)	Stufe 4 (Level 4*)	Stufe 5 (Level 5)
Verbreitung/ Häufigkeit der Problematik	Lokale und aktuelle Zufalls- stichprobe (oder	Systema- tisches Review von Umfragen, die einen Abgleich mit	Lokale, nicht- zufällige Stichprobe **	Fallseri e**	n.a.

	Volkszählungen)	lokalen Gegebenheiten ermöglichen**			
Validität diagnostischer Tests bzw. Instrumente zur Verlaufsbeobachtung (Diagnostik)	Systematisches Review von Querschnittstudien mit konsistent angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Einzelne Querschnittstudien mit konsistent angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Nicht-konsequente Studien oder Studien ohne konsistent angewandte Referenzstandards*	Fall-Kontroll-Studien, oder „schlechter oder nicht unabhängiger Referenzstandard“***	Pathophysiologisch-mechanistische Argumentation
Prognose ohne Therapie	Systematisches Review prospektiver Kohortenstudien	Prospektive Kohortenstudie	Kohortenstudie oder Kontrollarm einer randomisierten Studie*	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder prognostische Kohortenstudie von schlechter Qualität**	n.a.
Wirksamkeit von Interventionen (Nutzen von Behandlungen)	Systematisches Review von randomisierten Studien oder n-of-1 Studien	Randomisierte Studie oder Beobachtungsstudie mit großem Effekt	Nicht-randomisierte kontrollierte Kohorten-/Follow-up-Studie**	Fallserien, Fall-Kontroll-Studien oder historisch kontrollierte	Pathophysiologisch-mechanistische Argumentation

				Studien **	
Auftreten häufiger unerwünschter Nebenwirkungen/Risiken (mögliche Schädigungen durch Behandlung)	Systematisches Review von randomisierten Studien, systematisches Review von genesteten Fall-Kontroll-Studien, n-of-1-Studie mit Stichprobe passend zur Fragestellung oder Beobachtungsstudie mit großem Effekt	Einzelne randomisierte Studie oder (ausnahmsweise) Beobachtungsstudie mit großem Effekt	Nicht-randomisierte kontrollierte Kohorten-/Follow-up-Studie (Anwendungsbeobachtung), sofern die Stichprobengröße ausreicht, um einen allgemeinen Schaden auszuschließen (für Langzeitschäden muss die Dauer der Nachbeobachtung ausreichend sein)**	Fallserien, Fall-Kontroll- oder historisch kontrollierte Studien**	Pathophysiologisch-mechanistische Argumentation
Auftreten seltener unerwünschter Nebenwirkungen/Risiken? (mögliche Schädigungen durch Behandlung)	Systematisches Review von randomisierten Studien oder n-of-1 Studien	Randomisierte Studie oder Beobachtungsstudie mit großem Effekt			
Wirksamkeit von Instrumenten zur Früherkennung (Screening)	Systematisches Review von randomisierten Studien	Randomisierte Studie	Nicht-randomisierte kontrollierte Kohorten/Follow-up-Studie**	Fallserien, Fall-Kontroll- oder historisch kontrollierte	Pathophysiologisch-mechanistische Argumentation

				Studien **	
<p>*Die Einschätzung von Stufen kann aufgrund von Studienqualität, Ungenauigkeit, Unbestimmtheit (Studien-PICO stimmt nicht mit Fragestellungs-PICO überein), wegen Inkonsistenz zwischen den Studien oder weil die absolute Effektgröße sehr klein ist, herabgestuft werden; die Stufe kann bei großer oder sehr großer Effektgröße herabgestuft werden.</p> <p>**Üblicherweise ist eine systematische Übersichtsarbeit im Allgemeinen einer einzelnen Studie vorzuziehen.</p> <p>OCEBM Levels of Evidence Working Group<sup>1</sup>. "The Oxford Levels of Evidence 2". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <a href="https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence">https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence</a></p> <p><sup>1</sup>OCEBM Levels of Evidence Working Group = Jeremy Howick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Goddard and Mary Hodgkinson</p>					

<b>Tabelle 1.4</b> Evidenzgrade (nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence [March 2009] –www.cebm.net)	
<b>Grad zugrundeliegende Evidenz für den Bereich Therapie</b>	
1a	systematischer Review von RCTs (mit homogenen Ergebnissen <sup>1</sup> )
1b	Einzelne RCTs (mit engem Konfidenzintervall)
2a	systematischer Review von Kohortenstudien (mit homogenen Ergebnissen <sup>1</sup> )
2b	einzelne Kohortenstudie(n) (inklusive methodisch schwacher RCTs, z. B. follow-up ≤ 80 %)
2c	»Outcome"-Forschung, ökologische Studien
3b	einzelne Fall-Kontroll-Studie
4	Fallserien (und methodisch schwache Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien <sup>3</sup> )
5	Expertenmeinungen (ohne explizite kritische Bewertung oder auf der Basis von Physiologie, Benchmarking oder »ersten Grundsätzen")

Erstellt von Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes (November 1998)

<sup>1</sup>Homogenität bedeutet, dass die Ergebnisse der in den Review eingeschlossenen Einzelstudien keine extreme Variation in Ausprägung und Richtung aufweisen.

<sup>2</sup>Bezieht sich auf das Studienergebnis: Bei einer vormals für alle Erkrankten tödlichen Erkrankung überleben unter der neuen Therapie wenigstens einige Patienten oder an einer vormals für einige Patienten tödlichen Erkrankung stirbt jetzt keiner mehr.

<sup>3</sup>Methodisch schwache Kohortenstudien: uneindeutig definierte Studienpopulation(en) und/oder Outcome-Messung in exponierter und nicht exponierter Gruppe nicht gleich und/oder keine Identifizierung bzw. Adjustierung für bekannte Confounder und/oder Nachbeobachtungsdauer zu kurz oder unvollständig. Methodisch schwache Fall-Kontroll-Studien: unklar definierte Vergleichsgruppen und/oder Expositions-/Outcome-Messung bei Fällen und Kontrollen nicht gleich und/oder keine Identifizierung bzw. Adjustierung für bekannte Confounder.

Die angegebenen Evidenzgrade in den neu erstellten Evidenztabelle (Abschnitt A.1) sind formale Einstufungen ausschließlich nach der Art der Studie (z.B. RCT, nicht kontrollierte klinische Studie) ohne Herabstufung nach Studienqualität. Zur Einschätzung der Studienqualität sollten die ausführlich benannten Stärken und Schwächen in den Evidenztabelle, die eine Orientierung für die globale Einschätzung der empirischen Verankerung der Empfehlungen anbieten, berücksichtigt werden. Zur weiteren Graduierung der Studien, die im Rahmen der neuen Recherche analysiert wurden, wurde in dieser Leitlinie das von der GRADE Working Group (<http://www.gradeworkinggroup.org>) entwickelte System herangezogen. Dazu wurden zunächst die Endpunkte für die einzelnen PICO-Fragen von den AG-Leitern priorisiert. Die (studienübergreifende) Evidenz pro Leitlinienfragestellung wurde in den Arbeitsgruppen in Anlehnung an GRADE (Atkins et al., 2004), The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (short GRADE) working group: [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)) beurteilt. Das System sieht eine strukturierte und transparente Ab- und Aufwertung des Evidenzgrads in Abhängigkeit von maßgeblichen Faktoren für die Ergebnissicherheit eines Effektschätzers vor.

Zur Abwertung des Evidenzgrades führten folgende Studien- oder Qualitätscharakteristika:

- Ein nicht-randomisiertes Studiendesign
- Ein potentiell hohes Verzerrungsrisiko des zugrundeliegenden Evidenzkörpers

- Heterogenität oder Inkonsistenz eines Ergebnisparameters in den betrachteten Einzelstudien
- Ein Ergebniswert, der indirekt auf die Zielpopulation oder den untersuchten Ergebnisparameter zu übertragen ist
- Ein unpräzise geschätzter Effekt mit einem breiten Konfidenzintervall
- Ein Hinweis auf Publikationsbias

Folgende Charakteristika führen zur Aufwertung der Qualität des zugrundeliegenden Evidenzkörpers:

- Ein sehr ausgeprägter Effekt
- Eine Dosis-Wirkungsbeziehung
- Residuales Confounding

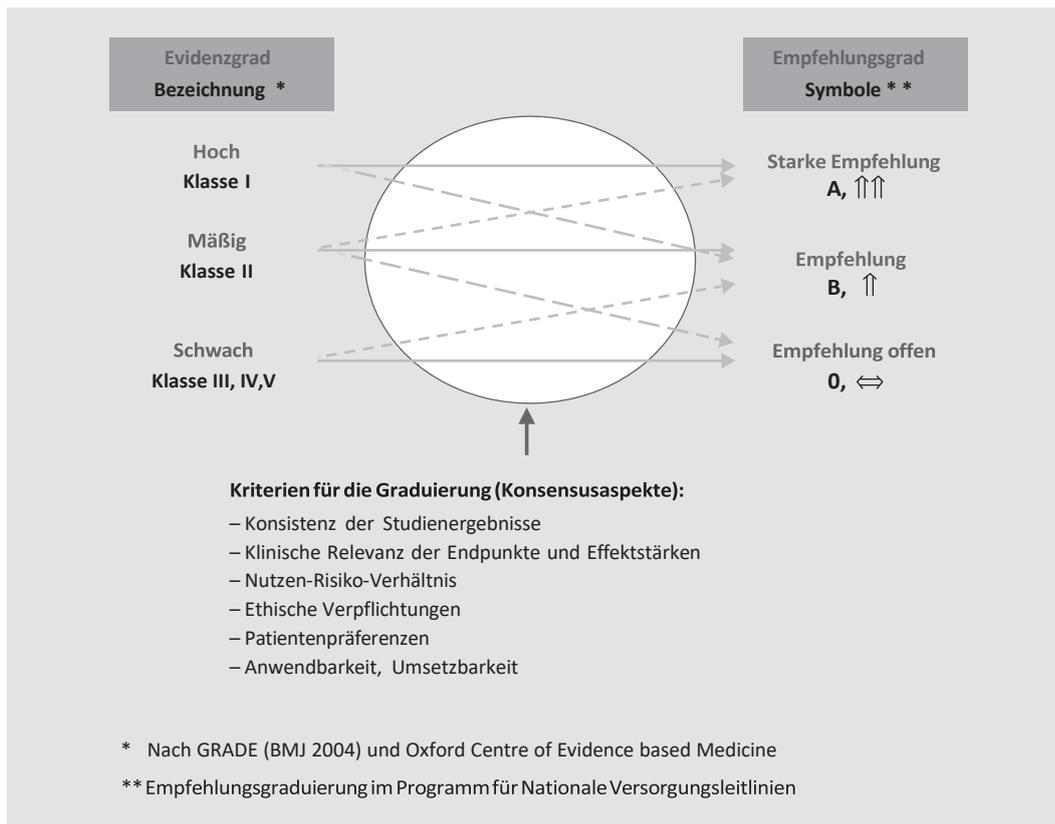
Das GRADE-System sieht ein vierstufiges Schema der Evidenzqualität vor, das in den Empfehlungskästen bei allen evidenzbasierten Statements und Empfehlungen jeweils endpunktbezogen angegeben wird.

Bei der Formulierung der Empfehlungen wird in der Regel in Abhängigkeit vom Evidenzgrad zwischen drei Modalitäten unterschieden (starke Empfehlung: »soll«, Empfehlung: »sollte« und Empfehlung offen: »kann«) (Tab. 1.5).

<b>Tabelle 1.5</b> Empfehlungsgrade	
A	»Soll«-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	»Sollte«-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	»Kann«-Empfehlung: Bericht von Expertengremien oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene

	IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar sind.
Expertenkonsens	(Klinischer Konsenspunkt): Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Bei der Vergabe der Empfehlungsgrade werden neben der zugrunde liegenden Evidenz auch weitere ergänzende Aspekte der klinischen Beurteilung berücksichtigt, insbesondere die klinische Relevanz der Studienendpunkte [Outcomes] und Effektstärken, die Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden der geprüften Interventionen, ethische Verpflichtungen, Präferenzen der Patienten, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe und Umsetzbarkeit im Alltag, insbesondere in den diversen Versorgungsbereichen. Zusätzlich wurden weitere Kriterien bei der Wahl des Empfehlungsgrades (z.B. Konsistenz der Studienergebnisse, rechtliche, ökonomische Erwägungen) berücksichtigt. (s. Abb. 1.1). Entsprechend dieser Konsensusaspekte konnte eine Auf- oder eine Abwertung des Empfehlungsgrades gegenüber dem Evidenzgrad erfolgen. Hierdurch begründete Abweichungen von Evidenz- und Empfehlungsgrad wurden in den Hintergrundtexten zu den Empfehlungen erläutert. Negativ-Empfehlungen werden sprachlich mit »nicht« ausgedrückt.



**Abb. 1.1** Kriterien für die Graduierung von Empfehlungen. (AWMF 2012 mit freundl. Genehmigung)

Zusätzlich zu Empfehlungen wurden von der Konsensusgruppe auch sogenannte Statements verabschiedet. Diese fanden Verwendung, wenn es für praktische Behandlungs- oder Vorgehenshinweise keine Evidenz gab, obwohl sie aus Expertensicht plausibel waren, oder wenn auf fehlende Evidenz und entsprechenden Forschungsbedarf hingewiesen werden sollte.

### ***Erstellung von Evidenztabellen***

Für die angesprochenen Themenbereiche (z. B. Pharmakotherapie) wurden neue Evidenztabellen erstellt, die die Studienauswertungen der systematisierten Literaturrecherche aus der Zeit von Juni 2008 bis Mai 2019 enthalten. Diese wurden durch Evidenztabellen der relevanten randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) aus der Aktualisierung der Literaturrecherche sowie aus den manuellen Recherchen der Metaanalysen und Übersichtsarbeiten nach Rücksprache mit der Projektgruppe ergänzt.

### 1.3.2 Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

#### Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Von den Arbeitsgruppen und innerhalb der Projektgruppe wurden Textentwürfe erstellt und die Empfehlungen und deren Evidenzgrade und Empfehlungsgrade vorformuliert. Die Empfehlungen wurden entweder als handlungsleitende Empfehlungen oder als informierende Statements formuliert. Im Anschluss wurden die Empfehlungen in einem strukturierten, interdisziplinären Konsensusprozess abgestimmt. Der Prozess der Konsensfindung wurde unter Beratung und Mitwirkung von neutralen, in den Konsensustechniken geschulten und erfahrenen Moderatoren (AWMF Leitlinienberatern) durchgeführt.

Im Rahmen einer zweitägigen Konsensuskonferenz (06./07.07.2011) mit Anwesenheit der gesamten Konsensusgruppe (inklusive aller Vertreter der eingeladenen Fachgesellschaften) wurde die erstellte erste Version der S3-Leitlinie diskutiert und die Empfehlungen mit Evidenzgraden und Empfehlungsklassen konsentiert. Die Moderation der Konferenzen übernahm Frau Prof. Dr. Ina Kopp von der AWMF.

Die erste und zweite Konsensuskonferenz zur zweiten Version (Auflage) der S3-Leitlinie fanden am 17.05.2018 und 11.11.2021 in Berlin statt und wurden von Frau Dr. Cathleen Muche-Borowski bzw. Frau Dr. Monika Nothacker moderiert (Tab. 1.6). Die Teilnahme an der Konsensuskonferenz zur revidierten Fassung der S3-Leitlinie Zwangsstörungen am 11.11.2021 war sowohl vor Ort als auch per Videokonferenz über das Portal Zoom möglich (hybrides Format). Die dritte Konsensuskonferenz zur zweiten Version (Auflage) der S3-Leitlinie fand am 15.03.2022 online statt und wurde von Frau Dr. Monika Nothacker moderiert. Um eine effiziente Durchführung der Konsensuskonferenz am 11.11.2021 sowie eine breite Beteiligung zu gewährleisten, wurden alle unveränderten alten Empfehlungsvorschläge der Arbeitsgruppen vor der hybriden Konsensuskonferenz am 11.11.2021 im Rahmen einer anonymisierten Online-Umfrage (mittels Unipark) vorabgestimmt. Hierbei hatten alle Abstimmungsberechtigten die Möglichkeit, den unveränderten alten Empfehlungsvorschlägen zuzustimmen oder diese abzulehnen und Verbesserungsvorschläge einzubringen oder sich zu enthalten. Eine Teilnahmequote von 90.90% (40 von 44 Abstimmungsberechtigten) wurde erreicht. Empfehlungen, die im Rahmen dieser Vorabstimmung eine Zustimmung von >90% bei mindestens 75%iger Beteiligung der stimmberechtigten Personen erhielten und zu denen es keine inhaltlich relevanten Änderungsvorschläge gab, galten als vorab-konsentiert und mussten bei der Konsensuskonferenz am 11.11.2021 nicht erneut abgestimmt werden.

Bei der hybriden Konsensuskonferenz am 11.11.2021 wurden die veränderten und neuen Empfehlungen abgestimmt sowie die alten unveränderten Empfehlungen, zu denen es inhaltlich relevante Änderungsvorschläge gab oder bei denen die Vorabstimmung eine Zustimmung unter 90% ergab. Von 45 stimmberechtigten Personen nahmen 39 teil (86.67%). Davon nahmen 19 Personen online (per Zoom-Portal) teil.

Bei der Konsentierung wurde auf ein Online-System (Vevox) zurückgegriffen, um anonym abstimmen zu können. Ein zweites mobiles Endgerät für die Teilnahme an der Abstimmung (z.B. Smartphone, Tablet) und das Installieren der Vevox App bereits vor der Konsensuskonferenz auf diesem Gerät wurde empfohlen.

Alternativ konnten die Abstimmungsberechtigten an der Abstimmung auch über den Webbrowser ihres PCs teilnehmen und den dazugehörigen Link aufrufen. Hierbei erhielt jede berechnigte Person einen Link, mit welchem die Zustimmung/Ablehnung oder Enthaltung übermittelt werden konnte. Die Abstimmungsergebnisse wurden parallel zur Präsentation vorgestellt, so dass sie für jeden Konferenzteilnehmer direkt nachvollziehbar waren.

Zur Konsentierung der Empfehlungen wurde ein formales Vorgehen im Sinne des Nominalen Gruppenprozesses gewählt, dessen Ablauf sich wie folgt gestaltet.

Folgende Schritte wurden berücksichtigt:

Präsentation der zu konsentierenden Aussagen (Statements)/Empfehlungen vor dem Plenum;  
Rückfragen und Diskussion durch das Plenum; ggf. Einbringen von neuen Vorschlägen bzw. Änderungen (zusätzlich zu denen aus der Online-Vorabstimmung)

Registrierung der Stellungnahmen im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch die Moderatorin

Vorabstimmung über Diskussion der einzelnen Kommentare – Erstellung einer Rangfolge  
Debattieren/Diskussion der Diskussionspunkte

Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung/Statement und alle Alternativen mittels Vevox oder bei technischem Ausfall via Nachricht per Zoom-Portal/E-Mail an die Moderatorin

Bei fehlendem Konsens: Fortführung der moderierten Diskussion mit Einbeziehung der Methodiker und der AG-Leiter und erneute Abstimmung.

Dieser Prozess wurde für jede Empfehlung bzw. jedes Statement durchgeführt.

Eine Empfehlung galt ab einer Zustimmung von mindestens 75% als angenommen. Ab einer Zustimmung von mindestens 95% wurde der Konsens als starker Konsens bezeichnet. Siehe hierzu auch Tabelle 1.7.

Die in der hybriden Konsensuskonferenz aus zeitlichen Gründen nicht konsentierten Empfehlungen wurden über ein anonymisiertes Online-Abstimmungsverfahren (Unipark) abgestimmt. Alle stimmberechtigten Personen erhielten hierfür über eine Online-Umfrage die zu konsentierenden Empfehlungen. Die Beteiligungsrate der Stimmberechtigten war 95.5% (43 von 45 Stimmberechtigten). Die Teilnehmenden konnten nun, wie bei der hybriden Konsensuskonferenz am 11.11.2021, einer Empfehlung zustimmen, sich enthalten, sich aufgrund von Interessenkonflikten enthalten oder die Empfehlung ablehnen. Im letzteren Fall wurden die Teilnehmenden um einen Änderungsvorschlag gebeten. Empfehlungen, die eine mehr als 90%-ige Zustimmungsrage erreichten und bei denen keine inhaltlichen Kommentare gegeben wurden, galten dann als konsentiert. Alle anderen Empfehlungen wurden im Rahmen einer circa dreistündigen online (per Zoom-Portal) dritten Konsensus-Konferenz am 15.03.2022 abgestimmt. Insgesamt nahmen 35 von 45 stimmberechtigten Personen teil (77.78%).

Zu Empfehlungen, für die nach der anonymisierten Online-Abstimmung mit der Möglichkeit, Änderungsvorschläge einzubringen, kein (starker) Konsens bestand, wurde eine moderierte Besprechung mit den Methodikern und den AG-Leitern im Rahmen der Video-Konsensus-Konferenz durchgeführt. Über die überarbeiteten Vorschläge wurde erneut abgestimmt.

Für alle Empfehlungen konnte schließlich ein Konsens oder starker Konsens erreicht werden. Eine Empfehlung galt ab einer Zustimmung von mindestens 75% als angenommen. Ab einer Zustimmung von mindestens 95% galt der Konsens als starker Konsens. Siehe hierzu auch Tabelle 1.7.

**Tabelle 1.6** Treffen der Gesamtleitliniengruppe

<b>Treffen</b>	<b>Datum</b>	<b>Thema</b>
Konsensuskonferenz	06./07.07.2011	Konsentierung der Empfehlungen der ersten Version der S3 LL
1. Konferenz zur Revision der S3 LL (am Ort Teilnahme)	17.05.2018	Auftakttreffen der gesamten Leitliniengruppe und der AWMF: Besprechung der methodischen Vorgehensweise zum Update der abgelaufenen S3 LL, grobe Planung, offene Fragen, Zuteilung der Arbeitsgruppen

2. Konferenz zur Revision der S3 LL (Hybride Teilnahme)	11.11.2021	Konsentierung der veränderten Empfehlungen und neuen Empfehlungen, der alten unveränderten online vorabgestimmten Empfehlungen, bei denen kein (starker) Konsens bestand, der alten unveränderten online vorabgestimmten Empfehlungen bei denen inhaltliche Vorschläge gemacht wurden
3. Konferenz zur Revision der S3-LL (Onlineteilnahme)	15.03.2022	Konsentierung der überarbeiteten Empfehlungen, der aus zeitlichen Gründen nicht konsentierten Empfehlungen, der neuen Empfehlungen, bei denen kein starker Konsens bei online Abstimmung bestand, der Empfehlungen bei denen inhaltliche Vorschläge gemacht wurden

### ***Stimmberechtigung***

Jede teilnehmende Fachgesellschaft/Organisation erhielt im Konsensusverfahren eine Stimme und das Mandat wurde schriftlich von der Organisation erteilt. In den Abstimmungsprozessen wurden die benannten Mandatsträger (in ihrer Abwesenheit der jeweilige Stellvertreter), die Steuergruppenmitglieder ohne Mandat und zusätzliche Fachexperten stimmberechtigt. Der Personenkreis mit Stimmberechtigung wurde nach Zustimmung aller Teilnehmer der jeweiligen Konsensuskonferenz erweitert. Von den Abstimmungen ausgeschlossen waren die begleitenden externen Methodiker. Die Protokolle der Konsensuskonferenzen können auf Nachfrage beim Leitliniensekretariat eingesehen werden.

**Tabelle 1.7** Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke

<b>Konsensstärke</b>	<b>Prozentuale Zustimmung</b>
Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 - 95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	50 - 75% der Stimmberechtigten
Dissens	< 50% der Stimmberechtigten

Redaktionell wurde der Text der Leitlinie von der Steuergruppe weiter überarbeitet und um Algorithmen und eine Lang- und Kurzversion sowie den Leitlinienreport zur Methodik ergänzt. Während des Erstellungszeitraums der Leitlinie wurden die Kapitelentwürfe durch die Koordinatoren und die Methodiker, vertreten durch die AWMF (Frau Dr. Nothacker) inhaltlich und redaktionell begleitet.

Nach Abschluss der Leitlinienarbeit erfolgte ein abschließendes internes Review. In einem abschließenden E-Mail-Umlaufverfahren wurde die Endversion der Leitlinie, Algorithmen zur Diagnostik und Behandlung mit der Konsensusgruppe nochmals abgestimmt und schließlich formal durch die beteiligten Fachgesellschaften autorisiert.

#### **1.4 Externe Begutachtung und Verabschiedung**

Eine externe Begutachtung wurde bislang nicht durchgeführt. Angedacht sind auf der Leitlinie basierende Veröffentlichungen in anerkannten Peer Review Journals.

Die Leitlinie wurde von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften verabschiedet.

#### **1.5 Redaktionelle Unabhängigkeit**

##### **1.5.1 Finanzierung der Leitlinie**

Die Finanzierung der Leitlinie erfolgte über die DGPPN in Höhe von insgesamt 60.000€. Die Erstellung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Organisation.

Die im Rahmen des Konsensusverfahrens und von Steuergruppentreffen angefallenen Reisekosten wurden für die Teilnehmer von den jeweils entsendenden Fachgesellschaften/Organisationen übernommen.

##### **1.5.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten**

Von jedem stimmberechtigten Mitglied der Konsensusgruppe wurde eine Interessenkonflikterklärung mit dem von der AWMF bereitgestellten Formblatt eingeholt.

Mitglieder der Projektgruppe waren „Interessenkonfliktbeauftragte“ (AWK, NK, BZ) und haben die Interessenkonflikterklärungen aller Mitglieder der Konsensusgruppe beurteilt, eigene Interessenkonflikterklärungen wurde von den jeweiligen beiden anderen Mitgliedern bewertet (siehe tabellarische Darstellung aller Bewertungen der Mitglieder der Konsensusgruppe im Anhang). Die Bewertung erfolgte nach folgender Operationalisierung:

1. **Geringe** Interessenkonflikte: finanzielle Interessen durch Honorartätigkeiten oder andere Nebentätigkeiten, die **nicht durch die Industrie** (insbesondere keine Pharmazeutische Industrie oder Medizingerätehersteller) finanziert werden, z.B. für Weiter- oder Ausbildungsinstitute, mindestens in der Höhe Umsatzsteuerpflichtiger Beträge. Diese führten zur Limitierung von Leitungsfunktionen, was durch die Ausgewogenheit der Zusammensetzung der Leitliniengruppe und andere protektive Faktoren ausgeglichen wurde.
2. **Moderate** Interessenkonflikte: finanzielle Interessen durch Honorartätigkeiten oder andere Nebentätigkeiten, die **durch die Industrie** (insbesondere Pharmazeutische Industrie oder Medizingerätehersteller) finanziert werden, z.B. für Referententätigkeiten oder Advisory Board Tätigkeit, mindestens in der Höhe Umsatzsteuerpflichtiger Beträge. Diese führten zur Stimmenenthaltung bei Themen, die in Zusammenhang der gesponserten Tätigkeit stehen (Pharmakotherapie, Kap. 6).
3. **Hohe** Interessenkonflikte: finanzielle Interessen durch überwiegende Einkünfte (im Vergleich zu anderen Einkünften), die **durch die Industrie** (insbesondere Pharmazeutische Industrie oder Medizingerätehersteller) finanziert werden, mindestens in der Höhe Umsatzsteuerpflichtiger Beträge.

Nach Durchsicht und Bewertung der Angaben (siehe Anhang mit tabellarischer Auflistung aller Interessenkonflikte inklusive Bewertungen) durch die Interessenkonfliktbeauftragten kamen diese zu dem Schluss, dass mögliche Befangenheiten von Mitgliedern der Konsensusgruppe nur in einem Fall so einflussreich waren, so dass diese Person von der Abstimmung bzw. Bearbeitung bestimmter Themenbereiche (Kap. 6) auszuschließen war.

Mit Hilfe der methodischen Anforderungen an die Erstellung von S3-Leitlinien (interdisziplinäre Gruppe, Ausgewogenheit der Zusammensetzung der Projekt- und Steuergruppe, sowie Konsensusgruppe, Pluralismus der Interessen und insbesondere systematische Evidenzbasierung) und gerade in Bezug auf die strukturierte Vorgehensweise bei der Konsensfindung wird Auswirkungen möglicher Interessenkonflikte entgegengewirkt.

## 1.6 Verbreitung und Implementierung

Die fertige Leitlinie wird auf der Homepage der AWMF sowie auf den Homepages der beteiligten Fachgesellschaften publiziert. Als unterstützende Materialien dienen die Langversion in deutscher Sprache, eine Kurzversion mit allen Empfehlungen in deutscher Sprache und der Leitlinienreport zur Methodik. Alle genannten Formate der Leitlinie werden

auch über die Internetseiten der DGPPN Gesellschaft (Leitlinien – Leitlinien & Publikationen – DGPPN Gesellschaft) sowie des Guidelines International Network (<https://g-i-n.net/>) verfügbar sein.

Intensive Öffentlichkeitsarbeit mittels Beiträgen in Fachzeitschriften, Vorträgen auf Kongressen, Symposien, Schulungen und Fortbildungen wird die Verbreitung und Implementierung der Leitlinie unterstützen. Eine Patientenleitlinie in deutscher Sprache sowie eine englische Publikation einer Kurzversion der Leitlinie zur Dissemination auf internationaler Ebene sind geplant.

### **1.7 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren**

Die evidenzbasierte und konsenterte Leitlinie Zwangsstörungen wurde im 2013 Jahr veröffentlicht und hatte eine Gültigkeitsdauer von 5 Jahren. Die zweite Auflage der S3-Leitlinie ist bis zur nächsten Aktualisierung gültig, die Gültigkeitsdauer wird auf maximal 5 Jahre geschätzt. Vorgesehen sind regelmäßige Aktualisierungen, bei dringendem Änderungsbedarf werden diese gesondert publiziert. Für die Zukunft wird eine „Living-Leitlinie“ angestrebt, vorbehaltlich gegebener organisatorischer und finanzieller Voraussetzungen. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an Herrn Prof. Dr. Voderholzer gesendet werden (UVoderholzer@Schoen-Klinik.de). Ansprechpartner für die nächste Aktualisierung ist ebenfalls Prof. Dr. Ulrich Voderholzer.

### **1.8 Besondere Hinweise**

In der Online-Konsensuskonferenz am 15.03.2022 wurde beschlossen, dass jeweils nur die männliche Form verwendet wird. Die in dieser Leitlinie verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche und diverse Form mit ein. Auf die Verwendung der Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die verbesserte Lesbarkeit des Textes verzichtet. Der Text ist geschlechtsneutral und wertfrei zu verstehen.

**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