



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

Leitlinienreport zur S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“

1. Geltungsbereich und Zweck

Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Die Zwangsstörung ist eine häufige psychische Erkrankung, die in epidemiologischen Studien Lebenszeitprävalenzraten von 1-3 % zeigte. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt 20 Jahre. Es dauert im Durchschnitt 10-15 Jahre, bis Patienten professionelle Hilfe aufsuchen.

Aufgrund der langen Krankheitsdauer und von Fehl- und Unterdiagnosen kommt es zu einer Unter- und Fehlversorgung der betroffenen Personen. Häufige Frühberentungen lassen die Krankheits- und Folgekosten weit über das Maß der Behandlungskosten ansteigen.

Mit der Erarbeitung dieser S3-Leitlinie zur Behandlung von Zwangsstörungen bei Erwachsenen wurde erstmals 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.

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.

Adressaten und Anwendungsbereich

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

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

sowie andere dort therapeutisch tätige Mitarbeiter.

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

Auf Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen sowie Personen mit körperdysmorphen Störungen oder Zwangsspektrumsstörungen sind diese Empfehlungen nicht anwendbar. Für den Bereich der Kinder und Jugendpsychiatrie verweisen wir auf die S1-Handlungsempfehlung Zwangsstörungen¹.

2. Zusammensetzung der Leitliniengremien und Beteiligung von Interessengruppen

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

Entsprechend des Leitlinien-Manuals wurden für die Leitlinienerstellung somit folgende „Gremien“ eingesetzt.

Projektgruppe

Der Projektgruppe gehören an: PD Dr. Andreas Kordon (Projektleitung), Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi (Leitlinienkoordination), Dr. Cathleen Muche-Borowski (Methodische Leitung) und Prof. Dr. Fritz Hohagen.

Steuergruppe

Die Steuergruppe setzt sich aus der Projektgruppe und Vertretern der verschiedenen Fachgesellschaften zusammen (s. Anhang 1).

Arbeitsgruppen

Insgesamt wurden fünf Arbeitsgruppen 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

¹ Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 73 - 86

- Kap. 3: Diagnostik und Klassifikation
- Kap. 4: Therapie
- Kap. 5: Organisation / Methodik und Fortbildung

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.

Die Konsensusgruppe / der Konsensusprozess

Teilnehmer der Konsensuskonferenz waren die Mitglieder der Projekt- und Steuergruppe sowie ausgewählte Vertreter verschiedener Berufsverbände und/oder Arbeitsgemeinschaften (s. Anhang 1). Der Konsensusprozess wurde aufgeteilt in zwei Konsensuskonferenzen und informellen Treffen mit der Steuergruppe zur Vorstellung der Arbeit und Diskussion der Inhalte.

3. Methodologische Exaktheit

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

Zur Bewertung der recherchierten bereits existierenden Leitlinien und zur Planung der aktuellen Leitlinienentwicklung wurde das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI – Fassung 2005-2008) herangezogen (www.delbi.de). Zur 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. In einem ersten Konsensusprozess wurden die zentralen Arbeitsinhalte und Ziele der Leitlinie diskutiert und schließlich im Konsens entschieden. Folgende Inhalte wurden konsentiert:

- Feststellung der NICE (National Clinical Practice Guideline Number 31) und / oder APA-Leitlinien 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

Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Formulierung von Schlüsselfragen

Die Arbeitsgruppen wurden mit der Beantwortung der Fragestellungen und der Vorformulierung von Empfehlungen beauftragt. Dafür wurden zunächst immer die Analysen der NICE-Guideline berücksichtigt. Im Anschluss daran wurde die neuere bewertete Literatur bei den Empfehlungen berücksichtigt.

Als Quelleitlinie und damit auch als Quelle der zu untersuchenden Fragestellungen wurde die NICE-Guideline berücksichtigt. Eine Zusammenstellung der klinischen Fragestellungen und der dafür berücksichtigten Literatur findet sich im Anhang 2.

Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Die internationalen Leitlinien zum Thema „Zwangsstörungen“ vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und von der American Psychological Association (APA) 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. Abschnitt „Systematische Literaturrecherche“)

Systematische Literaturrecherche

Die formale Literaturrecherche 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.

Nach der Präsentation der bisherigen Projektarbeit in der Steuergruppe der „S3-Leitlinie Zwangsstörungen“ wurde die vorhandene Suchstrategie dahingehend geändert, dass die verwendeten Schlüsselbegriffe bzw. Freitextangaben um folgende Begriffe erweitert wurden:

Im Block *Therapie*:

„behavior therapy“, „cognitive behaviour therapy“, „cognitive therapy“, „exposure and response prevention therapy“, „multimodality therapy“, „mindfulness based therapy“

Im Block *Medikamente*:

„anti-depressive drugs“, „anti-depressants“, „anti-obsessional drugs“, „SSRI“, „SRI“, „clomipramine“, „fluvoxamine“, „fluoxetine“, „citalopram“, „escitalopram“, „sertraline“, „paroxetine“, „venlafaxine“, „mirtazapine“, „duloxetine“, „milnacipran“, „phenelzine“, „tranylcypromin“, „moclobemid“, „aripiprazole“, „buspirone“, „pindolol“, „morphinsulfate“, „tramadol“, „d-cycloserin“, „riluzol“, „amantadine“.

Weiterhin wurden Begriffe zu „*computergestützten Verfahren und neuen Medien*“ als weitere Suchbegriffe aufgenommen:

„computer aided therapy“, „new media“, virtual reality“, „internet based therapy“, „telephone guidance“ und „mobile phone guidance OR cell phone“.

Die verwendeten Schlüsselbegriffe wurden in fünf Blöcke eingeteilt. Block 1 beinhaltet Schlagwörter und Freitextangaben zur Erkrankung und Block 2 zu den therapeutischen Möglichkeiten. Im Block 3 wird das Thema Pharmakotherapie abgebildet und im vierten Block werden andere medizinische Interventionen (z.B. chirurgische, neurologische) gesucht. Der Block 5 beinhaltet Schlagwörter und Freitextangaben in Bezug auf die relevanten Studientypen. Die Verknüpfung innerhalb der Blöcke erfolgte mit „oder“. Die Verknüpfung der Blöcke 1, 2, 5 (Erkrankung, Therapie, Studientypen) bzw. 1, 3, 5 (Erkrankung, Medikamente, Studientypen) bzw. 1, 4, 5 (Erkrankung, andere Interventionen, Studientypen) erfolgte mit „und“. Die Anzahl der gefundenen Studien konnte mit dem Einschluss von „human“ und der Begrenzung auf einen Publikationszeitraum von 2003-2008 begrenzt werden. Dieser Zeitraum wurde unter Berücksichtigung der Literaturrecherche der NICE-Guideline gewählt, da sich die Steuergruppe auf eine Aktualisierungsrecherche für bestimmte Themenbereiche der erarbeiteten Leitlinie verständigte.

	Suchbegriffe
1	<p>Erkrankung</p> <p>CT=("COMPULSIVE BEHAVIORS"; "COMPULSIVE BEHAVIOR:"; "COMPULSIVE BEHAVIOR THERAPY"; "COMPULSIVE BEHAVIOR") OR CT D ("OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER DIAGNOSIS"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER THERAPY"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DIS") OR UT=("OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER DIAGNOSIS"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER THERAPY"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DIS") OR IT=("OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER DIAGNOSIS"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER THERAPY"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DIS") OR SH=("OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER DIAGNOSIS"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER THERAPY"; "OBSESSIVE COMPULSIVE DIS" OR CT D ("OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DIAGNOSIS:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: TH [THERAPY]"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER") OR UT=("OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DIAGNOSIS:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: TH [THERAPY]"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER") R IT=("OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DIAGNOSIS:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: TH [THERAPY]"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER") OR SH=("OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DIAGNOSIS:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER:"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: TH [THERAPY]"; "OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER") OR CT D ("COMPULSIONS"; "COMPULSION DRUG THERAPY"; "COMPULSION") OR UT=("COMPULSIONS"; "COMPULSION DRUG THERAPY"; "COMPULSION") OR IT=("COMPULSIONS"; "COMPULSION DRUG THERAPY"; "COMPULSION") OR SH=("COMPULSIONS"; "COMPULSION DRUG THERAPY"; "COMPULSION" OR CT D ("OBSESSIONS"; "OBSESSIVE BEHAVIORS"; "OBSESSIVE BEHAVIOR"; "OBSESSIVE BEHAVIOR THERAPY"; "OBSESSION") OR UT=("OBSESSIONS"; "OBSESSIVE BEHAVIORS"; "OBSESSIVE BEHAVIOR"; "OBSESSIVE BEHAVIOR THERAPY"; "OBSESSION") OR IT=("OBSESSIONS"; "OBSESSIVE BEHAVIORS"; "OBSESSIVE BEHAVIOR"; "OBSESSIVE BEHAVIOR THERAPY"; "OBSESSION") OR SH=("OBSESSIONS"; "OBSESSIVE BEHAVIORS"; "OBSESSIVE BEHAVIOR"; "OBSESSIVE BEHAVIOR THERAPY"; "OBSESSION" OR FT=obsessive compulsive neuros? OR FT=obsessive-compulsive neuros? OR FT=obsessive compulsive disorder? OR FT=obsessive-compulsive disorder? OR FT=obsession OR FT=obsessional OR FT=obsession OR FT=compulsion OR FT=compulsions OR FT=compulsional OR FT=OCD</p>

2	Therapie
	<p>CT=("PSYCHOANALYTIC-THERAPY"; "PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY"; "PSYCHOANALYTIC THERAPIES"; "PSYCHOANALYTIC THERAPY"; "PSYCHOANALYSIS") OR CT D ("GESTALT-THERAPY"; "GESTALT THERAPY") OR UT=("GESTALT-THERAPY"; "GESTALT THERAPY") OR IT=("GESTALT-THERAPY"; "GESTALT THERAPY") OR SH=("GESTALT-THERAPY"; "GESTALT THERAPY") OR (CT D ("COUNSELING (GROUP)"; "COUNSELING") OR UT=("COUNSELING (GROUP)"; "COUNSELING") OR IT=("COUNSELING (GROUP)"; "COUNSELING") OR SH=("COUNSELING (GROUP)"; "COUNSELING")) OR CT D "HYPNOSIS" OR UT="HYPNOSIS" OR IT="HYPNOSIS" OR SH="HYPNOSIS" OR CT D "TRANSACTIONAL ANALYSIS" OR UT="TRANSACTIONAL ANALYSIS" OR IT="TRANSACTIONAL ANALYSIS" OR SH="TRANSACTIONAL ANALYSIS" OR CT D "HYPNOTHERAPY" OR UT="HYPNOTHERAPY" OR IT="HYPNOTHERAPY" OR SH="HYPNOTHERAPY" OR CT D "SUPPORTIVE THERAPY" OR UT="SUPPORTIVE THERAPY" OR IT="SUPPORTIVE THERAPY" OR SH="SUPPORTIVE THERAPY" OR CT D "SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY" OR UT="SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY" OR IT="SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY" OR SH="SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY" OR CT D ("EYE MOVEMENT DISORDER"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING"; "EYE MOVEMENT DISORDERS"; "EYE MOVEMENT DESENSITISATION AND REPROCESSING") OR UT=("EYE MOVEMENT DISORDER"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING"; "EYE MOVEMENT DISORDERS"; "EYE MOVEMENT DESENSITISATION AND REPROCESSING") OR IT=("EYE MOVEMENT DISORDER"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITISATION AND REPROCESSING") OR SH=("EYE MOVEMENT DISORDER"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY"; "EYE MOVEMENT DESENSITISATION AND REPROCESSING"; "EYE MOVEMENT DISORDERS"; "EYE MOVEMENT DESENSITISATION AND REPROCESSING") OR CT D ("COGNITIVE THERAPY."; "COGNITIVE THERAPY") OR UT=("COGNITIVE THERAPY."; "COGNITIVE THERAPY") OR IT=("COGNITIVE THERAPY."; "COGNITIVE THERAPY") OR SH=("COGNITIVE THERAPY."; "COGNITIVE THERAPY") OR CT=("COGNITIVE BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY"; "COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY"; "COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION"; "COGNITIVE BEHAVIOURAL GROUP TRAINING"; "COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY"; "COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY"; "COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY") OR CT D ("BEHAVIOR THERAPY."; "BEHAVIOR THERAPY, COGNITIVE"; "BEHAVIOR THERAPY") OR UT=("BEHAVIOR THERAPY."; "BEHAVIOR THERAPY, COGNITIVE"; "BEHAVIOR THERAPY") OR IT=("BEHAVIOR THERAPY."; "BEHAVIOR THERAPY, COGNITIVE"; "BEHAVIOR THERAPY") OR SH=("BEHAVIOR THERAPY."; "BEHAVIOR THERAPY, COGNITIVE"; "BEHAVIOR THERAPY") OR CT D ("EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION THERAPY"; "EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION") OR UT=("EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION THERAPY"; "EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION") OR IT=("EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION THERAPY"; "EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION") OR SH=("EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION THERAPY"; "EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION") OR CT D "MULTIMODALITY THERAPY" OR UT="MULTIMODALITY THERAPY" OR IT="MULTIMODALITY THERAPY" OR SH="MULTIMODALITY THERAPY") OR CT D ("MINDFULNESS BASED THERAPY"; "MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY"; "MINDFULNESS BASE COGNITIVE THERAPY") OR UT=("MINDFULNESS BASED THERAPY"; "MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY"; "MINDFULNESS BASE COGNITIVE THERAPY") OR IT=("MINDFULNESS BASED THERAPY"; "MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY"; "MINDFULNESS BASE COGNITIVE THERAPY") OR SH=("MINDFULNESS BASED THERAPY"; "MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY"; "MINDFULNESS BASE COGNITIVE THERAPY") OR CT="ERGOTHERAPY" OR FT=psychoanaly? OR FT=psychodynamic? OR FT=support"? psychothera? OR FT=EMDR OR FT=eye movement desensiti? OR FT=gestalt OR FT=counseling OR FT=hypnoterapy OR FT=transactional analy? OR FT=cognitive analy? OR FT=multimodal therapy OR FT=cognitive therapy OR FT=cognitive behavior therapy OR FT=behavior therapy OR FT=ERP OR FT=mindfulness based therapy OR FT=exposure "and" response prevention OR FT=computer aided therapy OR FT=new media OR FT=virtual reality OR internet based therapy OR=telephone guidance OR FT=ergothera?</p>

3	<p>Medikamente</p> <p>FT=adjunct? OR FT=augment? OR FT=add on OR FT=addition? OR FT=supplement? OR FT=resist? OR FT=refract? OR FT=nonrespon? OR FT=interactable OR FT=inositol OR FT=pindolol OR FT=antipsychotic agent OR FT=tryptophan OR FT=valproic acid OR FT=lithium OR FT=neuroleptic drug OR FT=neuroleptic agent OR FT=gabapentin OR FT=anti-testosteron OR FT=anti testosteron OR FT=valproate OR FT=triptans OR FT=benperidol OR FT=flupentixol OR FT=chlormpromazine OR FT=fluphenazine OR FT=haloperidol OR FT=levomepromazine OR FT=methotrimeprazine OR FT=perioyazine OR FT=perphenazine OR FT=pimozide OR FT=prochlorperazine OR FT=promazine OR FT=sulpiride OR FT=thioridazine OR FT=trifluoperazine OR FT=zucloperthixol OR FT=amisulpride OR FT=clozapine OR FT=olanzapine OR FT=quetiapine OR FT=risperidone OR FT=sertindole OR FT=zotepine OR FT=laxopine OR FT=pericyazine OR FT=trazodone OR FT=clonidine OR FT=practolol OR FT=cyproterone OR FT=ondansetron OR FT=ritanserin OR FT=anti-depress"?" drugs OR FT=anti depress"?" drugs OR FT=anti-depress? OR FT=anti depress? OR FT=anti-obsession"?" drugs OR FT=anti obsession"?" drugs OR FT=SSRI OR FT=SRI OR FT=clomipramine OR FT=fluvoxamine OR FT=fluoxetine OR FT=citalopram OR FT=escitalopram OR FT=sertraline OR FT=paroxetine OR FT=venlafaxine OR FT=mirtazapine OR FT=duloxetine OR FT=milnacipran OR FT=phenelzine OR FT=tranylcypromin OR FT=moclobemid OR FT=aripiprazole OR FT=buspirone OR FT=morphinsulfate OR FT=tramadol OR FT=d-cycloserin OR FT=riluzol OR FT=amantadine OR FT=john"?" wort OR FT=kava kava OR FT=ginkgo biloba OR FT=amphetamine OR FT=oxytocin OR FT=beta-blocker? OR FT=beta blocker? OR FT=anti-androgen OR FT=anti androgen</p>
4	<p>Andere medizinische Interventionen</p> <p>CT="NEUROSURGERY" OR CT D "PSYCHOSURGERY" OR UT="PSYCHOSURGERY" OR IT="PSYCHOSURGERY" OR SH="PSYCHOSURGERY" OR CT D ("BRAIN STIMULATION, DEEP"; "BRAIN STIMULATIONS, DEEP"; "BRAIN STIMULATION") OR UT=("BRAIN STIMULATION, DEEP"; "BRAIN STIMULATIONS, DEEP"; "BRAIN STIMULATION") OR IT=("BRAIN STIMULATION, DEEP"; "BRAIN STIMULATIONS, DEEP"; "BRAIN STIMULATION") OR SH=("BRAIN STIMULATION, DEEP"; "BRAIN STIMULATIONS, DEEP"; "BRAIN STIMULATION") OR CT D ("ELECTROCONVULSIVE-THERAPY"; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY:."; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY") OR UT=("ELECTROCONVULSIVE-THERAPY"; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY:."; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY") OR IT=("ELECTROCONVULSIVE-THERAPY"; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY:."; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY") OR SH=("ELECTROCONVULSIVE-THERAPY"; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY:."; "ELECTROCONVULSIVE THERAPY") OR CT D ("ELECTROCONVULSIVE THERAPIES"; "ELECTROCONVULSIVE THER"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCKS"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCK THERAPY") OR UT=("ELECTROCONVULSIVE THERAPIES"; "ELECTROCONVULSIVE THER"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCKS"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCK THERAPY") OR IT=("ELECTROCONVULSIVE THERAPIES"; "ELECTROCONVULSIVE THER"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCKS"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCK THERAPY") OR SH=("ELECTROCONVULSIVE THERAPIES"; "ELECTROCONVULSIVE THER"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCKS"; "ELECTROCONVULSIVE SHOCK THERAPY") OR CT D ("TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATIONS"; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION:."; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION") OR UT=("TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATIONS"; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION:."; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION") OR IT=("TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATIONS"; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION:."; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION") OR SH=("TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATIONS"; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION:."; "TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION") OR CT D "TRACTOTOMY" OR UT="TRACTOTOMY" OR IT="TRACTOTOMY" OR SH="TRACTOTOMY" OR CT D "BRAIN DEPTH STIMULATION" OR UT="BRAIN DEPTH STIMULATION" OR IT="BRAIN DEPTH STIMULATION" OR SH="BRAIN DEPTH STIMULATION" OR FT=neurosurg? OR FT=brain stimulat? OR FT=transcranial OR FT=TMS OR FT=magnetic stimulat? OR FT=ECT OR FT=electroconvulsive OR FT=cingulotom? OR FT=cingulectom? OR FT=leucotom? OR FT=leucotomy? OR FT=capsulotom? OR FT=tractotom? OR FT=electric capsular?</p>

5	Studientypen DT=("META-ANALYSIS"; "META ANALYSIS") OR DT=("REVIEW, ACADEMIC"; "REVIEW") OR DT="SYSTEMATIC REVIEW") OR FT=metaanaly? OR FT=meta analy? OR FT=meta"?" analy? OR FT=systematic OR FT=quantitative OR FT=methodologic OR FT=overview? OR FT=review? OR FT=clinical trial OR FT=cross over OR FT=cross-over OR FT=crossover OR FT=double-blind OR FT=double blind OR FT=single-blind OR FT=single blind OR FT=triple"?" blind OR FT=random allocation OR FT=randomisation OR FT=random assignment
6	Kombination der Blöcke 1 AND 2 AND 5 (Erkrankung AND Therapie AND Studientypen) LIMITS: Human, Publikationsjahr (2003-2008), Sprache: Englisch und Deutsch
7	1 AND 3 AND 5 (Erkrankung AND Medikamente AND Studientypen) LIMITS: Human, Publikationsjahr (2003-2008), Sprache: Englisch und Deutsch
8	1 AND 4 AND 5 (Erkrankung AND andere med. Interventionen AND Studientypen) LIMITS: Human, Publikationsjahr (2003-2008), Sprache: Englisch und Deutsch

Mit der beschriebenen Suchstrategie konnten zum Zeitpunkt der Suche insgesamt in den genannten elektronischen Datenbanken 4.731 Treffer gefunden werden. Arbeiten, die danach benannt wurden und den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden diskutiert und in die Bewertung aufgenommen.

Auswahl der Evidenz (Ein- und Ausschlusskriterien)

Eingeschlossen wurden Studien an Erwachsenen (> 18 Jahre alt) mit Ergebnissen, die zur Ableitung von Empfehlungen zur Therapie von Personen mit Zwangsstörungen verwendet werden können.

Studien zu Zwangsspektrumsstörungen wurden dann eingeschlossen, wenn der Obergriff benannt wurde. Die dazu zählenden Erkrankungen wie z.B. Kleptomanie, zwanghaftes Kaufen, Hypochondrie und Internetsucht wurden als Untersuchung der Einzelerkrankung ausgeschlossen.

Eine umfassende Suche erfolgte bezüglich randomisierter kontrollierter Studien, systematischer Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Des Weiteren wurden Kohortenstudien, kontrollierte Studien und Fallbeispiele in die Suche einbezogen, da eine Beschränkung der Literatur das Thema nicht erschöpfend abgedeckt hätte. 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 1. Selektionsschritt wurden auf der Grundlage der Publikationstitel eindeutig nicht themenrelevante Arbeiten aussortiert. Die verbleibenden Arbeiten wurden in einem 2.

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 Bewertung der Originalarbeiten wurden die Checklisten des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) gewählt (<http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>). Die Checklisten der bewerteten Studien für die entsprechenden Themenbereiche sind beim Leitlinienkoordinator auf Anfrage einsehbar.

Evidenzgrade

Das Zentrum für evidenzbasierte Medizin in Oxford legte „Levels of Evidence“ u.a. für Therapie fest (s. Tabelle 1). 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)** (s. Anhang).

Tabelle 1: Evidenzgrade (nach: Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence [March 2009] – www.cebm.net)

Grad	zugrundeliegende Evidenz für den Bereich Therapie
1a	systematischer Review von RCTs (mit homogenen Ergebnissen ¹)
1b	Einzelne RCTs (mit engem Konfidenzintervall)
1c	„alle oder keiner“ ²
2a	systematischer Review von Kohortenstudien (mit homogenen Ergebnissen ¹)
2b	einzelne Kohortenstudie(n) (inklusive methodisch schwacher RCTs, z.B. follow-up ≤ 80 %)
2c	„Outcome“-Forschung, ökologische Studien
3a	Systematischer Review von Fall-Kontroll-Studien (mit homogenen Ergebnissen ¹)
3b	einzelne Fall-Kontroll-Studie
4	Fallserien (und methodisch schwache Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien ³)
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)

- 1 Homogenität bedeutet, dass die Ergebnisse der in den Review eingeschlossenen Einzelstudien keine extreme Variation in Ausprägung und Richtung aufweisen.
- 2 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.
- 3 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 Vergabe der Evidenzgrade erfolgte formal nach den o.g. Oxford-Kriterien.

Tabelle 2: 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 Expertenkreisen 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.
KKP	(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 Formulierung der Empfehlungen wird in der Regel in Abhängigkeit vom Evidenzgrad zwischen drei Modalitäten unterschieden (starke Empfehlung: „soll“, Empfehlung: „sollte“ und Empfehlung offen: „kann“). Bei der Vergabe der Empfehlungsgrade werden neben der zugrunde liegenden Evidenz auch Aspekte der klinischen Beurteilung berücksichtigt (z.B. die klinische Relevanz der Studienendpunkte (outcomes) und Effektstärken und die Abwägung von potentielltem Nutzen und Schaden der geprüften Interventionen (siehe Abbildung 1).

Hierdurch begründete Abweichungen von Evidenz- und Empfehlungsgrad wurden in den Hintergrundtexten zu den Empfehlungen erläutert. Negativ-Empfehlungen werden sprachlich mit „nicht“ ausgedrückt.

Erstellung von Evidenztabelle

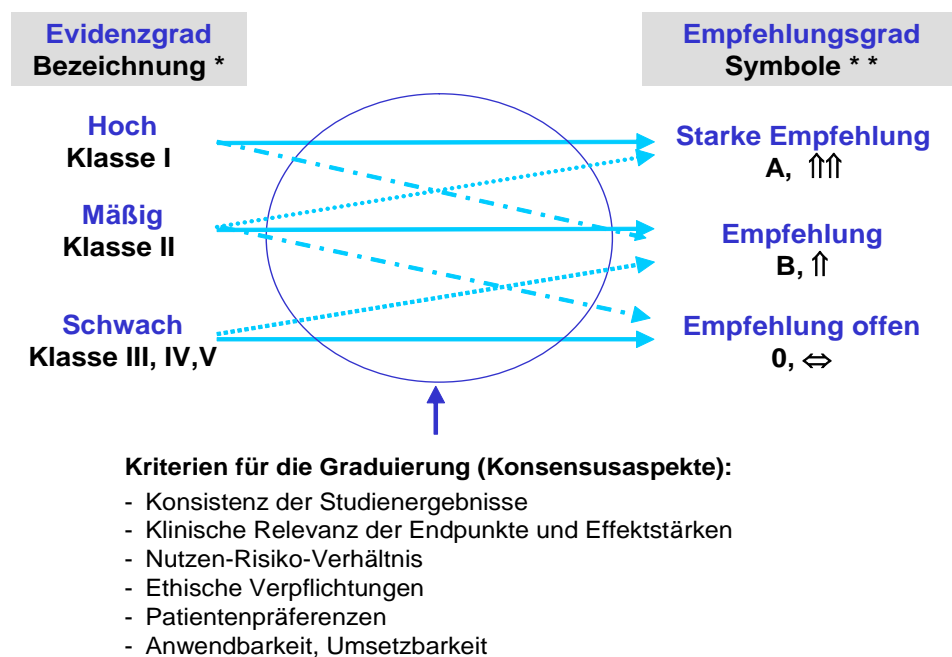
Für die angesprochenen Themenbereiche (z.B. Pharmakotherapie) wurden Evidenztabelle erstellt. Diese finden sich im Anhang 2.

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 (Abbildung 1) vorformuliert.

Abbildung 1: Kriterien für die Graduierung von Empfehlungen



* Nach GRADE (BMJ 2004) und Oxford Centre of Evidence based Medicine

** Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien

Danach erstellte die Projektgruppe in Lübeck eine Textversion. Diese Leitlinienversion wurde mit Hilfe eines Delphi-Prozesses innerhalb der Konsensusgruppe verabschiedet und gegebenenfalls korrigiert und ergänzt. Hierbei handelt es sich um eine mehrstufige Befragungsmethode, welche unter Experten verschiedener Fachbereiche schriftlich durchgeführt wird. Durch einen entstehenden Rückkopplungsprozess durch die Information der Teilnehmer über die Gruppenantwort wird versucht, den Gruppenmitgliedern die Möglichkeit einer Überprüfung bzw. eines Vergleichs ihrer Aussagen zu geben.

Ablauf:

- Einholen der Beiträge schriftlich und anonymisiert mittels strukturierter Fragebögen
- Zusammenfassung der Beiträge und Rückmeldung an die Gruppe
- Fortführung der Befragungsrunden bis zum Erreichen einer Gruppenantwort (Konsens oder begründeter Dissens)

Im Rahmen von zwei weiteren zweitägigen Konsensuskonferenzen (24. / 25.02.2011 und 06. / 07.07.2011) mit Anwesenheit der gesamten Konsensusgruppe (inklusive aller Vertreter der eingeladenen Fachgesellschaften) wurde die erstellte Leitlinie diskutiert und die Empfehlungen mit Evidenzgraden und Empfehlungsklassen konsentiert. Die Moderation der Konferenzen übernahm Frau Prof. Ina Kopp von der AWMF. Zur Konsentierung der Empfehlung wurde das formale Vorgehen im Sinne des Nominalen Gruppenprozesses gewählt, deren Ablauf sich wie folgt gestaltet.

- Präsentation der zu konsentierenden Aussagen / Empfehlungen
- Stille Notiz: „Welcher Empfehlung/Empfehlungsgrad stimmen Sie nicht zu? Ergänzung, Alternative?“

- Registrierung der Stellungnahmen im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch den Moderator
- Vorabstimmung über Diskussion der einzelnen Kommentare – Erstellung einer Rangfolge
- Debattieren / Diskussion der Diskussionspunkte
- Endgültige Abstimmung über jede Empfehlung und alle Alternativen
- Schritte werden für jede Empfehlung wiederholt

Redaktionell wurde der Text von der Steuergruppe überarbeitet und um Algorithmen und eine Lang- und Kurzversion sowie den Leitlinienreport zur Methodik ergänzt.

In einem abschließenden E-Mail-Umlaufverfahren wurde die Endversion der Leitlinie mit der Konsensusgruppe nochmals abgestimmt und schließlich formal durch die beteiligten Fachgesellschaften autorisiert.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

Pilottestung

Eine Pilottestung von einzelnen Inhalten / Empfehlungen der Leitlinie fand nicht statt.

Externe Begutachtung

Eine externe Begutachtung wurde nicht durchgeführt.

Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften / Organisationen

Nach der formalen Verabschiedung der Empfehlung durch die Mitglieder der Konsensusgruppe wurde der Leitlinientext redaktionell von der Projektgruppe überarbeitet. Diese vorläufige Endversion der Leitlinie wurde den Mitgliedern der Steuergruppe zur Kommentierung und ggf. inhaltlichen Überarbeitung vorgelegt. Nach Einarbeitung der Kommentare durch die Projektgruppe erhielten die Mitglieder der Konsensusgruppe die Endversion der Leitlinie mit der Bitte, diese auch ihren Vorständen der von ihnen vertretenden Fachgesellschaften und Verbände vorzulegen und autorisieren zu lassen. Alle Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen/ Verbände haben der Leitlinie zugestimmt.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der Leitlinie erfolgte über die DGPPN in Höhe von insgesamt 120.000 €. Die Erstellung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit.

Die im Rahmen des Konsensusverfahrens und von Steuergruppentreffen angefallenen Reisekosten wurden für die Teilnehmer von den jeweils entsendenden Fachgesellschaften/Organisationen übernommen. Zwei Vertretern von Angehörigen- und Selbsthilfeverbänden wurden die Reisekosten bzw. Hotelkosten auf Antrag durch die

DGPPN erstattet. Alle Reisekosten wurden entsprechend des Bundes-Dienstreisegesetzes bzw. nach den im Hochschulbereich üblichen Richtlinien erstattet.

Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Von jedem stimmberechtigten Mitglied der Konsensusgruppe wurde eine Interessenkonflikterklärung mit dem von der AWMF bereitgestellten Formblatt eingeholt. Eine zusammenfassende Tabelle wurde erstellt (s. Anhang 3).

Nach Durchsicht und Bewertung der Angaben durch den Leitlinienkoordinator und den Mitgliedern der Projektgruppe kamen diese zu dem Schluss, dass mögliche Befangenheiten von Mitgliedern der Konsensusgruppe nicht so einflussreich waren, als dass diese Personen von der Abstimmung bzw. Bearbeitung bestimmter Themenbereiche auszuschließen gewesen wären.

Ebenso wurden der Leitlinienkoordinator sowie die Methodische Leitung von den übrigen Mitgliedern der Projektgruppe bewertet und für unbefangen erklärt.

Mit Hilfe der methodischen Anforderungen an die Erstellung von S3-Leitlinien (interdisziplinäre Gruppe, systematische Evidenzbasierung) und gerade in Bezug auf die strukturierte Vorgehensweise bei der Konsensfindung wird Auswirkungen möglicher Interessenkonflikte entgegengewirkt.

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, eine Kurzversion mit allen Empfehlungen, eine Kitteltaschenversion mit Flow-Charts und der Leitlinienreport zur Methodik.

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die evidenzbasierte und konsentiertere Leitlinie Zwangsstörungen wurde im Juni 2013 veröffentlicht und hat eine Gültigkeitsdauer von 5 Jahren. Unter Vorbehalt einer Förderung ist dann eine Überarbeitung seitens der Autoren vorgesehen. Zwischenzeitlich notwendige Änderungen werden von Seiten der Autoren und der Steuergruppe geprüft, Handlungsbedarf besprochen und entsprechende Vorgehensweisen eingeleitet (z.B. Bedarf einer frühzeitigeren Aktualisierung, Amendement).

Literatur (siehe Hauptdokument der Leitlinie)

Anhang 1: Beteiligung der Interessengruppen

Zusammensetzung der Steuergruppe

Dr. Karsten Böhm (Freiburg, Bad Säckingen, Friedenweiler)
Prof. Dr. Hans Jörgen Grabe (Greifswald)
Dipl.-Psych. Walter Hauke (Windach)
Prof. Dr. Fritz Hohagen (Lübeck)
Dipl.-Psych. Ina Jahn (Leipzig)
Dr. Deborah Janowitz (Greifswald)
Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin)
Dr. Andreas Kordon (Lübeck)
Dipl.-Psych. Thomas Lang (Bremen)
Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi (Lübeck)
Dr. Cathleen Muche-Borowski (Hamburg)
Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt)
Andreas Pfeiffer (Karlsbad)
Dr. Ulrich Stattrop (Priem am Chiemsee)
PD Dr. Katarina Stengler (Leipzig)
Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Priem am Chiemsee)
Prof. Dr. Michael Zaudig (Windach)
Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck)

Zusammensetzung der Konsensusgruppe

Prof. Dr. Lothar Adler (Mühlhausen)	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser (BDK)
Heinz Augustin (Bochum)	<ul style="list-style-type: none"> • Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V., Fachgruppe Psychiatrie
Dr. Uwe Bannert (Bad Segeberg)	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
Dr. Karsten Böhm (Freiburg, Bad Säckingen, Friedenweiler)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Dr. Dr. Reinhard Boerner (Quakenbrück)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DGGPP)
PD Dr. Claudia Frank (Stuttgart)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
Prof. Dr. Hans Jörgen Grabe (Greifswald)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Dipl.-Psych. Timo Harfst (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Wolf Hartmann (Hamburg)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ)
Dipl.-Psych. Walter Hauke (Windach)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Prof. Dr. Fritz Hohagen (Lübeck)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Dipl.-Psych. Ina Jahn (Leipzig)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Dr. Deborah Janowitz (Greifswald)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Prof. Dr. Paul L. Janssen (Dortmund)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) • Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. • Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM) • Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) • Mitglied der Steuergruppe
Carsten Kolada (Bonn)	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
PD Dr. Andreas Kordon (Lübeck)	<ul style="list-style-type: none"> • Leiter Projektgruppe Lübeck • Mitglied der Steuergruppe
Dipl.-Psych. Yvo Kühn (Wunstorf)	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (BVVP)
Prof. Dr. Armin Kuhr (Tübingen)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
Prof. Dr. Dr. Hermann Lang (Würzburg)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)
Dipl.-Psych. Thomas Lang (Bremen)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi (Lübeck)	<ul style="list-style-type: none"> • Projektgruppe Lübeck • Mitglied der Steuergruppe
Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer	<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.
Dr. Cathleen Muche-Borowski (Hamburg)	<ul style="list-style-type: none"> • Projektgruppe Lübeck

	<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied der Steuergruppe
Dipl.-Psych. Inge Neiser (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) • Mitglied der Steuergruppe
Antonia Peters (Hamburg)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ)
Andreas Pfeiffer (Karlsbad)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. • Mitglied der Steuergruppe
Irmgard Raschka-Halberstadt (Bad Emstal)	<ul style="list-style-type: none"> • Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V., Fachgruppe Psychiatrie
Prof. Dr. Hans Reinecker (Bamberg)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
Prof. Dr. Friedel Reischies (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
Dipl.-Psych. Anne A. Springer (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) • Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
Dr. Ulrich Stattrop (Prien am Chiemsee)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
PD Dr. Katarina Stengler (Leipzig)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)
Prof. Dr. Andreas Ströhle (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Aktion Psychisch Kranke e.V.
Dr. Roland Urban (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Prien am Chiemsee)	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. (AGNP) • Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) • Mitglied der Steuergruppe
Prof. Dr. Heinz Weiß (Stuttgart)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
Dr. Tina Wessels (Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> • Bundespsychotherapeutenkammer
Prof. Dr. Michael Zaudig (Windach)	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) • Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) • Mitglied der Steuergruppe
Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck)	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe)

Anhang 2:

Klinische Fragestellungen in Anlehnung an den Fragenkatalog von NICE (App. 5) und Fragestellungen aus den Leitlinien-Texten zur Beantwortung der spezifischen Fragen der NICE und APA-Leitlinie – ergänzt um die aktuellen Ergebnisse der Literaturrecherche

Erläuterung:

In den Tabellen finden sich jeweils die Anzahl der Studien, die die beschriebenen Interventionen mit dem dokumentierten Vergleich untersuchten. Im Bemerkungsfeld werden die Ergebnisse zusammengefasst. Diese beziehen sich entweder auf die Ergebnisse aus beiden Leitlinien oder sind entsprechend in den jeweiligen Kästchen dokumentiert. Die hinter der Studienanzahl in Klammern stehenden Zahlen beschreiben die Anzahl der Studien mit entsprechender Ergebnisrichtung. *Kursive Angaben: Studien, die Kinder und junge Erwachsene untersuchten*

Abkürzungsverzeichnis

BT	Behavior Therapy
CBT	Cognitive Behavior Therapy
CBGT	Cognitive Behavior Group Therapy
CT	Cognitive Therapy
CRPS	Complex Regional Pain Syndrome
DIRT	Danger Ideation Reduction Therapy
ECT	Electroconvulsive Therapy
EKT	Elektrokrampftherapie
ERP	Exposure Response Prevention
IBA	Inference-based approach
iv	intravenös
MAOI	Monoamino-oxidase Inhibitor
MBT	Mind Body Therapy
OCD	Obsessive compulsive Disorder
PMR	Progressive Muskelrelaxation
RET	Rational-Emotive Therapie
rTMS	Repetitive Transkranielle Magnetstimulation
SNRI	Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitor
SRI	Serotonin Reuptake Inhibitor
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
TCA	Tricyclic Antidepressant
TMS	Transkranielle Magnetstimulation
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

A: Psychologische Interventionen:

Zeigt die Intervention für Menschen mit Zwangsstörungen einen Nutzen bzw. Schaden im Vergleich zu den aufgeführten Vergleichen für die spezifische Zielgröße?

Psychologische Interventionen (18 Studien NICE; 29 Studien APA inkl. Doppelnennungen)							
	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen	
1	Verhaltenstherapie (BT) (ERP exposure and response prevention)	Warteliste	2 [LINDSAY 1997; GREIST 2002] (2 ↓) (Warteliste, Entspannung oder Angstmanagement zusammengefasst)	1 [CORDIOLI 2003] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome		
		Entspannung					
		Angstmanagement		1 [LINDSAY 1997] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD und depressiven Symptome		
		Stressmanagement					
		andere aktive psychologische Interventionen				Gava 2008 (Cochrane Review)	
		Kognitive Therapie (CT)	4 [COTTRAUX 2001; VANOPPEN 1995; MCLEAN 2001; WHITTAL 2005] (4→)			→ = keine einheitliche Tendenz	
		Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)	1 [VOGEL 2004] (1↓)			↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	Whittal 2005

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	Verhaltenstherapie (BT) (ERP exposure and response prevention)	Rational-Emotive Therapie (RET)	2 [EMMELKAMP 1988; 1991] (2→)		→ = keine einheitliche Tendenz	
		Individuell vs. Gruppe vs. Entspannung		1 [FALS-STEWART 1993] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD und depressiven Symptome (Gruppe besser als individuell und beide besser als Entspannung) ↓ = Reduzierung der OCD (Gruppe und Individuell ERP besser als Entspannung)	
		Therapeut vs. Guidebook oder Computer vs. Entspannung Therapeut vs. Selbstgesteuerte ERP		1 [GREIST 2002] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (ERP besser als BT STEPS und beides besser als PMR)	Tolin 2007
		Clomipramin, Clomipramin+ERP, Pillen Placebo		2 [FOA 2005; SIMPSON 2006] (2↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (alle aktiven Medikamente gegenüber Placebo oder Clomipramin allein)	SIMPSON 2006
		ERP+Pillen Placebo Fluvoxamin+autogenes Training (Psychotherapie Placebo) Autogenes Training+Placebo		1 [NAKATANI 2005] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (ERP gegenüber Fluvoxamin oder Placebo)	NAKATANI 2005
		± D-Cycloserin				Wilhelm 2008 Storch 2007
		Monotherapie (täglich vs. 2mal wöchentlich)				Abramowitz 2003

		ERP+readiness intervention (RI)				Maltby 2005
		ERP (zu Hause / Büro, Arbeit)				Rowa 2007
	ERP + CT	ERP + Entspannung, Entspannung alleine				Hansen 2007 Vogel 2004

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen	
2	Kognitive Therapie (CT) (ohne ERP)	Warteliste		1 [JONES 1998] (1↓)	↓ = CT besser bei selbst berichteten OCD und Depression		
		Entspannung					
		Angstmanagement					
		Stressmanagement					
		andere aktive psychologische Interventionen					
		als Monotherapie			1 [WILHELM 2005] (1↓)	↓ = Besserung der selbst berichteten OCD und Depression	
		ERP			3 [COTTRAUX 2001; FOA 2005; WHITTAL 2005] (1 Studie mit Wartelistegruppe zusätzlich), 2 Fallserien [FREESTON 2001; LADOUCEUR 1996] (2→, 1↓)	→ = keine klinische Tendenz ↓=ERP besser als CT	Norton 2004 Anholt 2008
Fluvoxamin+ERP, ERP, Fluvoxamin+CT, Warteliste Sertralin vs. Gruppentherapie (CBGT)			1 [VAN BALKOM 1998] (1→)	→ = keine klinische Tendenz	Van Oppen 2005 Sousa 2006		

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
3	Kognitive Therapie (CT) (Zusatz zu ERP)	ERP		1 [VAN OPPEN 1995] (1↓)	↓ = beide Maßnahmen zeigen klinische Verbesserung	
		Warteliste		2 [VAN BALKOM 1998; MCLEAN 2001] (2↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (
		ERP+Entspannung, Warteliste		1 [VOGLE 2004] (1→↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (beide aktiven Interventionen besser als Warteliste) → = keine klinische Tendenz (zwischen den aktiven Interventionen)	
	Kognitive Therapie (CT) (Zusatz zu ERP)	als Monotherapie		4 [FOA1985; FRANKLIN 2000; ROTHBAUM 2000; WARREN 2001] (4↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	
	CT mit Verhaltensexperimenten	Gruppen ERP Warteliste		1 [MCLEAN 2001] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (beide aktiven Interventionen besser als Warteliste)	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
4	Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)	Warteliste	2 [CORDIOLI 2003; FREESTON 1997] (2↓)	1 [CORDIOLI 2003] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (NICE) und Verbesserung der Lebensqualität (APA)	CORDIOLI 2003
		Entspannung (Gruppe)				Fineberg 2005
		Angstmanagement				
		Stressmanagement				
		andere aktive psychologische Interventionen		1 [VAN NOPPEN 1997] (Multifamiliäre CBT) (1→)	→ = keine klinische Tendenz	Wilhelm 2005 mit und ohne frühere ERP
		Individuell vs. Warteliste Gruppe vs. Warteliste Individuell vs. Gruppe	1 [BARRETT 2004] (1↓)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	Anderson 2007 O'Connor 2005 Zucker 2006
		Medikament Placebo CBT+Medikament				O'Connor 2006
	Medikament+Familienmitglied als Co-Therapeut Gruppentherapie mit Angehörigenarbeit	Medikament ohne Familienmitglied als Co-Therapeut Medikamentöse Therapie mit und ohne Gruppe		1 [MEHTA 1990] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	Aigner 2004
5	Rational-Emotive Therapie (RET)	Warteliste				
		Entspannung				
		Angstmanagement				
		Stressmanagement				
		andere aktive psychologische Interventionen				

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	Rational-Emotive Therapie (RET)	ERP		3 [EMMELKAMP 1988; 1991; NEZIROGLU 1990] (3→, 2↓)	↓ = RET effektiver als ERP für (nur) zwanghafte Menschen ohne Rituale und RET folgend auf selbst kontrolliertes ERP im Vergleich zu ERP allein → RET ähnliche Effektivität im Vergleich zu selbst kontrollierten ERP	
6	Psychoanalyse Psychoanalytische Psychotherapie Psychodynamische Psychotherapie Unterstützende Psychotherapie	Warteliste	Fallserien, keine Vergleichstudien			
		Entspannung				
		Angstmanagement				
		Stressmanagement				
		andere aktive psychologische Interventionen				
7	Mind Body Therapy (MBT) Inference-based approach (IBA) DIRT Kognitives Training (auf Organisationsstrategien fokussiert)	Warteliste				Park 2006
		Entspannung				
		Angstmanagement				
		Stressmanagement				
		andere aktive psychologische Interventionen				
		CBT				O'Connor 2005 (IBA)
		ERP				Krochmalik 2004 (DIRT)

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
8	Familientherapie	Warteliste				
		Entspannung				
		Angstmanagement				
		Stressmanagement				
		andere aktive psychologische Interventionen				
		Patientenbasierte Verhaltenstherapie	1 [MEHTA 1990] (1↓)			↓ = Reduzierung der OCD-Symptome
9	Psychologische Interventionen (Yoga_Kundalini))	Warteliste	1 [SHANNAHOFF-KHALSA 1999] Vergleich von zwei Yoga-Methoden (Kundalini Yoga besser als Baseline und besser als Alternative (Entspannung + mindfulness Meditation))			
		Entspannung				SHANNAHOFF-KHALSA 2004
		Angstmanagement				
		Stressmanagement				
		andere aktive psychologische Interventionen		1 [SHANNAHOFF-KHALSA 1999] (Entspannung, mentale Aufmerksamkeit) (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	

Zusätzliche Fragestellungen aus der NICE-LL:

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
Reducing OCD Symptoms	Computerised ERP (BT STEPS) plus scheduled support	Computerised ERP (BTSTEPS) plus requested support	1 [KENWRIGHT 2005] (1↓)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	KENWRIGHT 2005
	CBT (Telefon)	CBT (Face to face)				Lovell 2006
Efficacy of treatment	Self-exposure therapy	Partner-assistent exposure therapy	1 [EMMELKAMP 1983] (1→)		→ = keine einheitliche Tendenz	
	Imaginal plus live ERP	Live ERP	1 [DEARAUJO 1995] (1→)		→ = keine einheitliche Tendenz	
	Exposure plus relapse prevention	Exposure plus associative therapy	1 [HISS 1994] (1→)		→ = keine einheitliche Tendenz	
	Audiotape exposure to anxiogenic thoughts	Audiotape exposure to neutral thoughts	1 [LOVELL 1994] (1→)		→ = keine einheitliche Tendenz	

B: Pharmakologische Interventionen:

Zeigt die Intervention für Menschen mit Zwangsstörungen einen Nutzen bzw. Schaden im Vergleich zu den aufgeführten Vergleichen für die spezifische Zielgröße?

Pharmakologische Interventionen (100 Studien NICE; 125 Studien APA inkl. Doppelnennungen)						
	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
1	Trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Desipramin, Imipramin, Nortriptylin, außer Clomipramin)	Placebo	1 [THOREN 1980a]		Studien unterstützen nicht die Wirksamkeit der trizyklische Antidepressiva für die Behandlung von OCD.	
		Vergleichsmedikament				
		Clomipramin	5 [ANANTH 1981; KHANNA 1988; THOREN 1980a; VOLAVKA 1985; ZOHAR 1987a] (1 zusätzlicher Vergleich mit Placebo)			
		SSRI	2 [GOODMAN 1990a; HOEHN-SARIC 2000]			

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
2	Clomipramin (oral, intravenös)	Placebo	7 [BURNHAM; CCSG 1991; KATZ 1990; MONTGOMERY 1990; STEIN 1992; THOREN 1980a; ZOHAR 1996a] (7↓, 3↑) 4 [DEVEAUGHGEISS 1992; FLAMENT 1985; MARCH 1990; RAPOPORT 1980] (1↓) 1 [FLAMENT 1985] (cross-over) (1↓)	5 [CCSG 1991; ACKERMAN 2002; PICCINELLI 1995; MONTGOMERY 1990; ZOHAR 1996] (5↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome ↑ = Risiko für unerwünschte Ereignisse und Studienabbrüche aufgrund unerwünschter Ereignisse → = keine Tendenz	
		Vergleichsmedikament				
		andere trizyklische Antidepressiva Nortriptylin (cross-over) Desipramin (cross-over)	5 [ANANTH 1981; KHANNA 1988; THOREN 1980a; VOLAVKA 1985; ZOHAR 1987a] (s. trizyklische Antidepressiva vs. Clomipramin) (1↓↑) 1 [KHANNA 1988] (1→) 1 [ZOHAR 1987a] (1↓) 3 [LEONARD 1989a; 1991a; RAPOPORT 1980] (1 ↓(Relapse), 1 [LEONHARD 1989a] (cross-over) (1 ↓ und Relapserate größer in Clomipramin-Desipramin Sequenz als in Desipramin-Clomipramin Sequenz)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome ↑ = Risiko für Studienabbrüche aufgrund unerw. Ereignisse → = keine Tendenz	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	Clomipramin (oral, intravenös)	SSRI	10 [ASKIN 1999; BISSERBE 1997; BURNHAM; FREEMAN 1994; KORAN 1996a; LOPEZ-IBOR 1996; MILANFRANCHI 1997; MUNDO 2001; SMERALDI 1992; ZOHAR 1996a] (s. SSRI vs. Clomipramin)			
		andere Medikamente	5 [ALBERT 2002; HEWLETT 1992; INSEL 1983b; PATO 1991; VALLEJO 1992]			
		Fluvoxamin		3 [FREEMAN 1994; KORAN 1996; MUNDO 2000] (3→)	→ = keine Tendenz	
		Paroxetin Placebo		1 [ZOHAR 1996] (1↓)	↓ = Clomipramin und Paroxetin besser als Placebo	
		MAOIs (Clorgylin, Phenelzin)		2 [INSEL 1983 (cross- over); VALLEJO 1992] (1↓, 1→)	↓ = Clomipramin besser als Clorgylin → = keine Tendenz zwischen Clomipramin und Phenelzin	
		Sertralin		1 [BISSERBE 1997] (1↑)	↑ = Sertralin effektiver	
		als Augmentation		2 [PALLANTI 1999; RAVIZZA 1996]		

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
3	SSRI (Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin)	Vergleichsmedikament				
		andere SSRI	2 [BERGERON 2002; MUNDO1997a] (2↓)	1 (Fluoxetin) [BERGERON 2002] (1→) 2 (Sertralin) [BERGERON 2002;](1↑) 2 (Paroxetin, 1 mit Escitalopram) [MUNDO 1997; DHILLON 2006] (1→, 1↑) 1 (Paroxetin, Fluvoxamin, Clomipramin) [ERZEGOVESI 2001] (1→) 1 (Paroxetin, Citalopram) [MUNDO 1997] (1→)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome → = keine Tendenz ↑ = Sertralin / Escitalopram besser	
	SSRI (Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin)	Clomipramin	10 [ASKIN 1999; BISSERBE 1997; BURNHAM; FREEMAN 1994; KORAN 1996a; LOPEZ-IBOR 1996; MILANFRANCHI 1997; MUNDO 2001; SMERALDI 1992; ZOHAR 1996a] (9 →, 10↑)	7 [BISSERBE 1997; FREEMAN 1994; KORAN 1996; LOPEZ-IBOR 1996; MUNDO 2001; PIGOTT 1990; SMERALDI 1992] (6→, 1↓)	→ unwahrscheinliche klinische Relevanz von Clomipramin im Vergleich zu SSRI auf OCD Symptome ↑ klinische Relevanz von Clomipramin im Vergleich zu SSRI auf Studienabbrüche, Studienabbrüche aufgrund unerwünschter Ereignisse ↓ = SSRI besser	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	SSRI (Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin)	andere Medikamente Desipramin Phenelzin, Placebo Venlafaxin	2 [GOODMAN 1990a; HOEHNSARIC 2000] 1 [JENIKE 1997] 1 [DENYS 2003a]	2 [GOODMAN 1990; HOEHNSARIC 2000] (2↓) 1 [JENIKE 1997] (1→) 2 [DENYS 2003; 2004] (1→, 1↓)	↓ = SSRI besser → = keine Tendenz	DENYS 2003 Tenney 2003 DENYS 2003
	Citalopram iv	Citalopram oral		1 [PALLANTI 2002] (1↑)	↑ = Citalopram iv besser	
	Citalopram + Mirtazapin	Citalopram + Placebo				Pallanti 2004
	Sertralin + Clonazepam	Sertralin + Placebo				Crockett 2004
4	Atypische SRI	Placebo				
		Vergleichsmedikament				
5	SNRI (Venlafaxin)	Placebo		1 [YARYURATOBIA 1996] (1→)	→ = keine Tendenz	
		Vergleichsmedikament				
		andere Antidepressiva Clomipramin Paroxetin	2 (2→) 1 [ALBERT 2002] (1↑) 1 [DENYS 2003a]	1 [ALBERT 2002] (1→) 2 [DENYS 2003; 2004] (1→, 1↓)	→ = unwahrscheinliche klinische Relevanz ↑ = Wahrscheinlichkeit unerwünschter Ereignisse zu Gunsten von Venlafaxin ↓ = Paroxetin besser	DENYS 2004

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
6	MAOIs (Clorgylin, Phenelzin)	Placebo	1 [JENIKE 1997] (1→)	1 [JENIKE 1997] (1→)	→ = unwahrscheinliche klinische Relevanz und die Wahrscheinlichkeit, die Studie eher zu verlassen	
		Vergleichsmedikament				
		Andere Medikamente (Fluoxetine, Clomipramin)	3 [JENIKE 1997; INSEL 1983b; VALLEJO 1992] (1 zusätzlich Vergleich mit Placebo) (1↑)	1 [VALLEJO 1992] (1→)	↑ = Phenelzin gegenüber Clomipramin besser zur Reduzierung von Angst → = keine Tendenz	
		Placebo-Clomipramin- Placebo vs. Placebo- Clorgylin-Placebo	1 [INSEL 1983b] (cross-over) (1→)		→ = unwahrscheinliche klinische Relevanz	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
7	Anxiolytics (Buspiron, Clonazepam)	Placebo	1 [HOLLANDER 2003c] (1→)		→ = unwahrscheinliche klinische Relevanz	HOLLANDER 2003
		Vergleichsmedikament				
		andere Medikamente	2 [HEWLETT 1992; PATO 1991] (1→)		→ = unwahrscheinliche klinische Relevanz	
		Clomipramin, Clonazepam, Clonidin oder Diphenhydramin vs. eines dieser Medikamente	1 [HEWLETT 1992] (cross-over)			

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
8	Antipsychotika (Buspiron, Clomipramin, Desipramin, Haloperidol, Inositol, Lithium, Nortriptylin, Olanzapin, Pindolol, Quetiapin, Risperidon, Triiodothyronin)	Monotherapie		1 [MCDUGLE 1995] (1↓,)	↓ = Clozapin ist als Monotherapie ineffektiv	
		Placebo vs Augmentation mit Antipsychotika		2 (Haloperidol) [MCDUGLE 1994; LI 2005] (2↓) 3 (Risperidon) [MCDUGLE 2000; HOLLANDER 2003; ERZEGOVESI 2005] (3↓) 2 (Olanzapin) [BYSTRITSKY 2004; SHAPIRA 2004] (1↓, 1→) 4 (Quetiapin) [DENYS 2004; CAREY 2005; FINEBERG 2005; ATMACA 2002] (2↓, 2→)	↓ = Antipsychotika besser als Placebo → = keine Tendenz	Fineberg 2006 Bloch 2006 Skapinakis 2007 ERZEGOVESI 2005 LI 2005 DENYS 2004 BYSTRITSKY 2004 De Geus 2007 Kordon 2008 FINEBERG 2005 SHAPIRA 2004
	Andere antipsychotische Agentien (Ziprasidon, Aripiprazol)	Monotherapie		2 [CONNOR 2005; CRANE 2005] (2↑)	↑ = einige Personen könnten von Aripiprazol Monotherapie profitieren	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
9	Trizyklisch-orientierte Antidepressiva (Trazodone, Nortriptylin, Imipramin)	Placebo	<p>1 [PIGOTT 1992] (1→) 2 [KHANNA 1988; ZOHAR 1987a] (crossover) (1→, 1↑)</p> <p>[ANSSEAU 1987; CASAS 1986; ERIKSSON 2000; FELDMAN 1988; KNESEVICH 1982 (5 Fallserien); HEWLETT 2003; SALZBERG 1992; TAYLOR 2000; YARYURA-TOBAIS 1977 (4 mit kleinen Fallzahlen)]</p>	4 [THOREN 1980; FOA 1987; 1992; PIGOTT 1992] (1↑, 2→, 1↓→)	<p>→ = unwahrscheinliche klinische Relevanz ↑ = Clomipramin besser als Desipramin in Reduktion der OCD-Symptome (NICE) ↑ = Clomipramin besser als Placebo in Reduktion der OCD-Symptome, aber kein Unterschied zw. Clomipramin und Nortriptylin (APA) ↓ → = Imipramin-Besserung der depressiven Symptome, aber keinen Effekt auf OCD-Symptome</p>	
10	Andere pharmakologischen Interventionen (Inositol, Oxytocin)	Placebo	2 [FUX 1996; DENBOER 1992] (1→, 1↓)		<p>→ = unwahrscheinliche klinische Relevanz ↓ = Erhöhung der unerwünschten Ereignisse</p>	
		Vergleichsmedikament				

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen	
11	Andere Agentien (Pindolol, Clonidin)	Placebo					
		Monotherapie					
		Kombi Pindolol+Serotonin			1 [BLIER 1996] (1↓)	↓ = Kombi zeigt therapeutischen Effekt	
		Augmentation			2 [MUNDO 1998; DANNON 2000] (1→, 1↓)	→ = keine Unterschiede ↓ = Augmentation reduziert die OCD- Symptome	
	Benzodiazepin	Monotherapie			5 [HOLLANDER 2003; STEIN 1992; HEWLETT 1992; APA 1998; 2006] (4↑, 1↓)	↑ = kann nicht als Monotherapie empfohlen werden	
	Buspiron	Placebo, Augmentation			3 [GRADY 1993; PIGOTT 1992; MCDUGLE 1993] (2→, 1↓)	→ = keine Unterschiede ↓ = Augmentation effektiv	
		Clomipramin			1 [PATO 1991] (1→)	→ = keine Unterschiede	
		Monotherapie			1 [JENIKE 1988] (1→)	→ = kein Effekt	
	Inositol	Placebo, Augmentation			2 [LEVINE 1997; FUX 1999] (1↓, 1→)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome → = keine Unterschiede	
		zu SSRI zusätzlich			1 [SEEDAT 1999] (1↓)	↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	
	Lithium	Placebo, Augmentation			2 [PIGOTT 1991; MCDUGLE 1991] (2→)	→ = kein Effekt	
	Mirtazapin	Monotherapie			2 [KORAN 2001; 2005] (2↓)	↓ = Mirtazapin könnte effektiv sein	KORAN 2005

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
12	Andere Medikamente					
	Morphin Sulfate oral	Placebo		2 [WARNEKE 1997; KORAN 2005]	als Augmentationsstrategie nützlich	KORAN 2005
	Tramadol Monotherapie			1 [SHAPIRA 1997]	Evidenz für Effektivität vorhanden	
	Antikonvulsantien			5 [JOFFE 1987; JENIKE 1984; CORA-LOCATELLI 1998; SPORN 2001; VAN AMERINGEN 2006]	Augmentation zeigt gewissen Effekt (3), kein Effekt (1), keine Aussage (1)	
	L-Tryptophan +Nikotinsäure			2 [YARYURA-TOBIAS 1977; 1981]	zeigt gewissen Nutzen	
	D-Amphetamine			3 [INSEL 1983; JOFFE 1987; 1991]	Reduktion der selbst berichteten Symptome, aber mit Placebo kein Effekt mehr (1) Reduzierung der OCD-Symptome (2)	
	Halluzinogene			2 [LEONARD 1987; MORENO 1997]	Lindern OCD Symptome, aber keine praktikables Medikament?	
	Ondansetron			1 [HEWLETT 2003]	Reduktion der OCD Symptome	
	St. John´s wort			5 [TAYLOR 2000; KOBAK 2005; APA 2000; MURPHY 2005; HAMMERNESS 2003]	Nicht besser als Placebo und interagiert mit anderen Medikamenten (Anti HIV, Kontrazeptiva und andere)	
	Bupropion			1 [VULINK 2005]	Kein Effekt auf OCD Symptome	
	Riluzol			1 [CORIC 2005]	zus. mit SSRI oder als Augmentation Reduzierung der OCD Symptome	
	EPA (Eicosapentaensäure)					Fux 2004

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
13	Strategien zur Augmentation (Buspiron, Citalopram, Clomipramin, Desipramin, Fluvoxamin, Haloperidol, Inositol, Lithium, Nortriptylin, Olanzapin, Paroxetin, Pindolol, Quetiapin, Risperidon, Triiodothyronin, Thyroid-Hormon)					
14	irgendeine Medikation	irgendeine psychologische Intervention				
15	Kombination aus Medikamenten und psychologischer Intervention	Medikament allein				
		psychologische Intervention allein				
16	SSRI/Clomipramin (SSRI, Clomipramin, TCAs, MAOIs, Anxiolytics)	Non SRI	6 [GOODMAN 1990a; HOEHN-SARIC 2000; JENIKE 1997; PATO 1991; VALLEJO 1992; VOLAVKA 1985] (4 ↓, 5↑)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome ↑ = Erhöhung der Studienabbrüche aufgrund unerwün- schte Ereignisse	

Medikamentöse Therapien bei Patienten mit inkompletter Response zu SRI

Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
Wechsel von einem SSRI zu einem anderen		4 [MARCH 1997; KORAN 2002; DENYS 2004; HOLLANDER 2003b]		Patienten würden von Wechsel profitieren	
Erhöhung der Dosis Sertralin		2 [BEJEROT 1998; BYERLY 1996]		Erhöhung hat für einige Patienten einen besseren Effekt	Ninan 2006
Änderung der Darreichungsform von Medikamenten		2 [FALLON 1998; PALLANTI 2002b]		Clomipramin iv besser als Placebo Citalopram iv zeigt Nutzen	
Clomipramin iv (medikamenten-resistente Patienten)	Placebo iv (medikamenten-resistente Patienten)	1 [FALLON 1998] (1 →)		→ unwahrscheinliche klinische Relevanz bezogen auf Studienabbrüche	
Kombination von 2 SRI		3 [MARCH 1997; SZEGEDI 1996; PALLANTI 1999]		Verbesserung des Y-BOCS Ratings Interaktionen bedenken	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	Kombination von SRI und Medikamenten, die die Wirksamkeit von Antidepressiva und Anxiolytics beeinflussen		13 [MCDUGLE 1991; 1993; PIGOTT 1991; 1992a+b; GRADY 1993; HOLLANDER 2003c; HEWLETT 1992; DANNON 2000; MUNDO 1998; BLIER 1996; NOORBALA 1998; BARR 1997]		Lithium Augmentation nicht effektiv Kombination von Bupropion SRI nicht hilfreich Clonazepam: keinen Einfluss auf OCD Symptome oder anti-obsessionalen Effekt oder limitierte Wirksamkeit als Kombination mit Fluoxetin oder Clomipramin Pindolol: wirksam in Kombination mit Paroxetin, nicht wirksam in Kombination mit Fluvoxamin Nortryptilin+Clomipramin effektiver als Clomipramin+Placebo Desipramin keinen zusätzlichen Effekt	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	Kombination von SRI und Medikamenten mit antipsychotischer Wirkung		<p>20 [MCDUGLE 1990; 1994; 1995a; 2001; 2000a; HOLLANDER 2003a; DENYS 2002a; 2004; MOHR 2002; SEVINCOK 2003; ATMACA 2002; BOGETTO 2000; CROCQ 2002 D'AMICO 2003; FRNCOBANDIERA 2001; KORAN 2000; WEISS 1999; SHAPIRA 2004; METIN 2003; MAINA 2003</p>		<p>Nutzen von open-label Pimozid für Nonresponder zu Fluvoxamin</p> <p>Signifikante Y-BOCS Verbesserung bei Gabe von gering dosierten Haloperidol zu Fluvoxamin</p> <p>Risperidon Augmentation zeigt Wirksamkeit (Reduzierung Y-BOCS Score)</p> <p>Signifikanter Vorteil von Quetiapine zusätzlich zu SRI</p> <p>Quetiapin Augmentation: Verbesserung des Y-BOCS Scores</p> <p>Kein zusätzlicher Nutzen von Olanzapin gegenüber Fluoxetin Monotherapie</p> <p>Antipsychotics in der 2. Generation werden als Augmentation 1. Wahl favorisiert</p> <p>werden die zusätzlichen Antipsychotika jedoch abgesetzt, kommt es nachträglich zu Relapsen bei den Personen</p>	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	Andere Maßnahmen bei refraktorischen Zwangsstörungen		2 [FUX 1999; KORAN 2001]		Inositols milde anti- obsessionale Wirkung wird von Studie widerlegt Sumatriptan (Migränemedikament) verschlechtert OCD	

C: Kombinierte und Intensive Interventionen:

Zeigt die Intervention für Menschen mit Zwangsstörungen einen Nutzen bzw. Schaden im Vergleich zu den aufgeführten Vergleichen für die spezifische Zielgröße?

Kombinierte und Intensive Interventionen (16 Studien NICE; 12 Studien APA inkl. Doppelnennungen)						
	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
1	ERP	Clomipramin ERP+/- Clomipramin vs. Clomipramin vs. Placebo ERP+SRI vs. SRI alleine	1 [FOA 2005] (1↓)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome, Studienabbrüche	FOA 2005 Hembree 2003
	Intensive ERP	Clomipramin, Clomipramin+intensiv ERP, Placebo		1 [FOA 2005] (1↓)	↓ = Clomipramin effektiver als Placebo, intensive ERP + Clomipramin effektiver als Clomipramin alleine aber nicht effektiver als intensive ERP alleine Aktive Interventionen zeigen Reduktion der OCD- Symptome gegenüber Placebo	
	ERP+Placebo	Entspannung+Clomi- pramin	1 [MARKS 1980] (1↓)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	
	ERP+Fluvoxamin	Anti-ERP+Fluvoxamine	1 [COTTRAUX 1990] (1→)		→= keine klinische Tendenz	
	Fluvoxamin+ERP	Fluvoxamin+Anti- exposure Placebo+ERP		1 [COTTRAUX 1990] (1↓)	↓ = Fluvoxamin+ERP, Fluvoxamin+Anti- exposure Größte Reduktion bei den Ritualen pro Tag (n.s.)	
	Fluvoxamin+ERP	ERP, CT, Fluvoxamin+CT, Warteliste			1 [VAN BALKOM 1998]	Aktive Interventionen zeigen Reduktion der OCD-Symptome, aber keine signifikanten Gruppenunterschiede

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
2	BT+SRI	BT	5 [HOHAGEN 1998; FOA 2005; VAN BALKOM 1998; COTTRAUX 1990; MARKS 1980] (3↓, 2↓, 4↓)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome (3), kompulsiven Symptome und verbrachten Zeit mit Ritualen (2), depressive Symptome (4)	Tenneij 2005
		SRI				
	BT+Clomipramin	Clomipramin	1 [FOA 2005] (1↓)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	
	BT+Fluvoxamin	CT+Fluvoxamin	1 [VAN BALKOM 1998] (1→)		→ = keine klinische Tendenz bezogen auf Studienabbrüche	
	BT+Fluvoxamin	Fluvoxamin	1 [NEZIROGLU 2000] (1↓)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome	
3	CT+Fluvoxamin	CT	1 [VAN BALKOM 1998] (1→)		→ = keine klinische Tendenz bezogen auf Studienabbrüche	
4	CBT	Clomipramin	1 [DEHAAN 1998] (1 →)		→ = keine klinische Tendenz	
	CBT	Sertralin	1 [POTS 2004] (1 →)		→ = keine klinische Tendenz	
	CBT (inkl. ERP alleine)	SRI alleine ERP+Medikamente		1 [HEMBREE 2003] (1↓)	↓ = Langzeitbesserung für ERP oder Medikamenten-Gruppe	
	CBT+Sertralin	Sertralin	1 [POTS 2004] (1↓ →)		↓ = Reduzierung der OCD-Symptome und Relapserate → = keine klinische Tendenz bezogen auf Studienabbrüche	
	SSRI/ Clomipramin ± CBT	SSRI / Clomipramin				Biondi 2005

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
	CBT+Sertralin	CBT	1 [POTS 2004] (1→)		→ = keine klinische Tendenz bezogen auf Studienabbrüche	
	CBT+SRI	Monotherapie		4 [HOHAGEN 1998; FOA 2005; TENNEIJ 2005; SIMPSON 2004] (4↓)	↓ = Kombitherapie zeigt Vorteil	Kordon 2005
	Fluvoxamin+CBT	Placebo+CBT		1 [HOHAGEN 1998] (1↓)	↓ = Personen mit OCD und Depressionen profitieren mehr von Fluvoxamin+CBT	Rufer 2005
	Fluvoxamin+CBT	CBT alleine CBT+Placebo		1 [COTTRAUX 1990] (1→ ↑)	→ = keine Tendenz auf OCD-Symptome ↑ = Fluvoxamin+CBT besser als ERP+Placebo auf depressive Symptome	
5	Clomipramin oral	Pillen Placebo+CBT (mit ERP)		1 [MARKS 1980]	keine sign. Interaktion zw. Clomipramin und ERP	
	Clomipramin	ERP (Self-Controlled, Therapeutic-aided)		1 [MARKS 1988] (1↓)	Clomipramin+ERP sign. Verbesserung in Bezug auf Rituale und Depression im Vergleich zu Placebo+ERP oder Clomipramin und Anti-Exposed	

D: Andere medizinische Interventionen:

Zeigt die Intervention für Menschen mit Zwangsstörungen einen Nutzen bzw. Schaden im Vergleich zu den aufgeführten Vergleichen für die spezifische Zielgröße?

Andere medizinische Interventionen (44 Studien NICE; 21 Studien APA)						
	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
1	Neurochirurgische Interventionen		49			
	Subcaudate Traktotomie		5 [BARTLETT 1977; COSYNS 1994; GOKTEPE 1975; HODGKISS 1995; STROM-OLSEN 1971]		Methode durch limbische Leukotomie ersetzbar	
	anteriore Kapsulotomie		8 [LIPPITZ 1997; 1999; MINDUS 1994; 1999; NYMAN 2001; CHRISTENSEN 2002; OLIVER 2003; GREENBERG 2003]	1 [OLIVER 2003]	effektiv in retrospektiven Studien Thermokapsulotomie Verbesserung von mind. 50% in CRPS und Y-BOCS Scales positive Ergebnisse postoperativ	
	Anteriore Kingulotomie		5 [FODSTAD 1982; TIPPIN 1982; JENIKE 1991; DOUGHERTY 2002; KIM 2003]	3 [DOUGHERTY 2002; KIM 2003; RICHTER 2004]	Einige Effekte Reduktion der OCD-Symptome	
	Limbische Leukotomie		7 [MITCHELL-HEGGS 1976; CHIOCCA 1990; CUMMING 1995; HAY 1993; SACHDEV 1995; 1996; MONTOYA 2002]	2 [MONTOYA 2002; HAY 1993]	positive Ergebnisse postoperativ	

	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
2	tiefe Hirnstimulation (elektrische Kapselstimulation)		7 [LAITINEN 1988; TASS 2003; NUTTIN 1999; 2003a+b; GABRIELS 2003; ANDERSON 2003]	4 [NUTTIN 1999; 2003; GABRIELS 2003; ABELSON 2005; ANDERSON 2003; AOUIZERATE 2004; FONTAINE 2004; MALLET 2002; STURM 2003 (5 Fallserien)]	Studien zu klein für Aussagen zur Wirksamkeit	
3	Transkraniale magnetische Stimulation (TMS)	Placebo		1 [GREENBERG 2000] (TMS zeigt veränderte kortikordale Erregbarkeit bei OCD-Personen)		Sachdev 2007 Prasko 2006
		rechts vs. links	1 [SACHDEV 2001] (1→)	1 [SACHDEV 2001] (beide Gruppen Reduktion der OCD-Symptome, aber kein Vorteil einer Methode)	→ = keine klinische Tendenz	
		rechts vs. links vs. Schein	1 [GREENBERG 1997] (1→)	1 [GREENBERG 1997] (rTMS zeigt Reduktion der zwanghaften Antriebe)	→ = keine klinische Tendenz	
		recht vs. Schein	1 [ALONSO 2001] (1→)	1 [ALONSO 2001] (kein Vorteil rTMS gegenüber Schein)	→ = keine klinische Tendenz	
		nur rechts (Monotherapie)		1 [MANTOVANI 2006] (3 von 5 Patienten zeigte Verbesserung der OCD-Symptome)		
		Placebo, Regionen				Rodriguez-Martin 2009
4	Elektrokonvulsive Stimulation (EKT)		9 [CASEY 1994; HUSAIN 1993; MELLMAN 1984; THOMAS 2003; CHUNG 2001 (5 Fallserien); KHANNA 1988a (offene Studie); MALETZKY 1994 (retrospektiver Review)] (1 deskriptive Studie, 1 Briefe (3 Fälle beschrieben)	6 [MALETZKY 1994; MELLMAN 1984; CASEY 1994; LAVIN 1996; THOMAS 2003; STRASSNIG 2004 (5 Fallserien)]	3 Fallserien beschreiben positiven Ausgang für ECT	

5	andere Interventionen Punktstimulation (Akupunktur?) + Clomipramin	Placebo				
		Warteliste				
		Medikament (Clomipramin)				Bin 2007
		Psychologische Intervention				

Zeigt die Intervention für Menschen mit Zwangsstörungen einen Nutzen bzw. Schaden im Vergleich zu den aufgeführten Vergleichen für die spezifische Zielgröße?

Medizinische Interventionen bei Kindern mit PANDAS						
	Intervention	Vergleich	Anzahl Studien NICE	Anzahl Studien APA	Bemerkung	Up-date S3-LL Zwangsstörungen
1	Penizillin (Streptokokken)	Placebo	1 (cross-over) [GARVEY 1999] (1 ↓)		↓ = Reduzierung von neuropsychiatrischen Exazerbationen	
	Plasma Austausch, IVIG (Immunglobulin iv)	Placebo	1 [PERLMUTTER 1999] (1 ↓)		↓ = Reduzierung von neuropsychiatrischen Symptome	

Anhang 3:
Erklärungen über Interessenkonflikte: Tabellarische Zusammenfassung

Leitlinienkoordinator: Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi Leitlinie: S3-Leitlinie Zwangsstörungen Registernr: 038/017					
		<i>Adler, Lothar</i>	<i>Augustin, Heinz</i>	<i>Bannert, Uwe</i>	<i>Böhm, Karsten</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Es besteht kein Interessenkonflikt. Finanzielle Unterstützung (Drittmittel) durch EMDRIA Deutschland, jedoch kein Einfluss auf Publikation oder Durchführung der Behandlungen
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Deutsche Krankenhausgesellschaft Bundesdirektorenkonferenz	Mitglied im Vorstand der Fachgruppe Psychiatrie im VDK	BVDN BVDP BVP-SH	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Ökumenisches Hainach Klinikum gGmbH	Landschaftsverband Westfalen-Lippe		Uniklinik Freiburg bis August 2009; 2009 bis Mai 2011: Rhein-Jura Klinik, Bad Säckingen, ZWM GmbH; aktuell: Privatklinik Friedenweiler GmbH & Co. KG

		<i>Börner, Reinhard</i>	<i>Grabe, Hans</i>	<i>Hauke, Walter</i>	<i>Hohagen, Fritz</i>	<i>Janowitz, Deborah</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Advisory Board Pfizer Pregabalin	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Janssen-Cilag Lilly	In den letzten 5 Jahren: Lilly, Janssen, AstraZeneca, Servier, BMS, Novartis, Boehringer Ingelheim, Pfizer, Wyeth, Eisai, Salus-Institut	Nein	Bristol Myers Squib Otsuka Pharma	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Nein	Nein	Vorstandstätigkeit DGPPN	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	CKQ Quakenbrück		Klinik Windach (seit 1983)	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	Universitätsklinikum Greifswald Nachwuchsförderungsstipendium Community Medicine der Krupp von Bohlen und Halbach Stiftung Wellcome Trust / University Oxford Centre for Human Genetics

		<i>Frank, Claudia</i>	<i>Jahn, Ina</i>	<i>Janssen, Paul</i>	<i>Kathmann, Norbert</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Dozent an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Psychologische Psychotherapie
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Gesellschafter des „Zentrums für Psychotherapie“ an der Humboldt-Universität GmbH (ZPHU)
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Einfache Mitgliedschaften in der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) sowie Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) Keine Verbandsaufgaben	Mitgliedschaft in DPV, DGPT, DGPM	Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin (DGVM) und der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Andere, nämlich psychoanalytische Grundorientierung, als die Gruppe, welche den Entwurf jetzt vorlegt	Nein	Ich habe eine psychoanalytisch-psychotherapeutische Identität und Praxis	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre		Universitätsklinikum Leipzig	Privatpraxis	Humboldt-Universität zu Berlin

		<i>Kolada, Carsten</i>	<i>Kordon, Andreas</i>	<i>Kühn, Yvo</i>	<i>Lang, Thomas</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Advisory Board Janssen Cilag zu ADHS	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Vortragshonorare von Lundbeck, Servier, AstraZeneca, Fortbildungskolleg	Nein	Tätigkeit für Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Forschungsvorhaben Medtronic	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Gesellschaftsanteile am Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	DGPPN	Vorstandsmitglied bvvp	Fachgruppe Klinische Psychologie, DGPs, Gesellschaft für Angstforschung
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre		UKSH, Campus Lübeck	Eigene Praxis	Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie, Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung (IPP Bremen), TU Dresden (IAP)

		<i>Luderer, Hans-Jürgen</i>	<i>Neiser, Inge</i>	<i>Osen, Bernd</i>	<i>Peters, Antonia</i>	<i>Pfeiffer, Andreas</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Honorar für Fortbildungsvortrag 11/2010 Fa. Astra-Zeneca; Finanzierung Hotelunterkunft und Kongressgebühr, DGPPN 2008, Fa. Lilly	Nein	Nein	Nein	Dozent an verschiedenen Ausbildungs- instituten für Ergotherapie
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GWG, Köln)	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)	DÄVT – Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Nein	Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Ehrenamt)
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Verhaltenstherapeutische Grundausrichtung	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Klinikum am Weissenhof, Weinsberg	Eigene Praxis	Schön-Klinik Bad Bramstedt	Nein	LVR Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

		<i>Reinecker, Hans</i>	<i>Reischies, Friedel</i>	<i>Springer, Anne</i>	<i>Stattrop, Ulrich</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Janssen-Cilag, Lundbeck, Aatrs Zeneca, Servier	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DVT, Deutscher Fachverband Verhaltenstherapie	BGPN DGPPN DGGPP	DGPT	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Aufbau und Leitung eines VT-Ausbildungsinstitutes (CIP, gemeinnützig!)	AMDP-Systemgruppe	Psychoanalytikerin	FA für Psychiatrie u. Psychotherapie „verhaltenstherapeutischer Weg“
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Universität Bamberg	Bethel, v. Bodelschwingsche Stiftungen		Schön Klinik Roseneck, Prien Bis 9/2008: Bezirksklinikum Schwaben

		<i>Stengler, Katarina</i>	<i>Ströhle, Andreas</i>	<i>Urban, Roland</i>	<i>Voderholzer, Ulrich</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	2009 Bristol Myers Squibb bez. Einführung Aripiprazol bei Depression
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Vortragstätigkeit für: Lundbeck, Pfizer, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Wyeth und UCB	Nein	Lundbeck-Vorträge, Expertenmeetings, Servier: Vorträge, Cephalon-Vorträge, Pfizer-Vorträge
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Forschungsförderung durch Lundbeck	Nein	Lundbeck, Investigator-initiated trial
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Evtl. sind in Fonds, die meine Bank für mich kauft, solche Beteiligungen enthalten.	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DGPPN DGVT	Mitglied DGPPN und Gesellschaft für Angstforschung	Berufsverband	DGPPN DGZ wissenschaftlicher Beirat AGND
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Medizinische Fakultät Universität Leipzig (Land Sachsen)	Charité Universitätsmedizin Berlin		Schön Klinik Roseneck

		<i>Wessels, Tina</i>	<i>Zaudig, Michael</i>	<i>Zurowski, Bartosz</i>	<i>Muche-Borowski, Cathleen</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Nein	Nein	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Bundespsychotherapeutenkammer		Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	AWMF, UKE Hamburg

Erstellungsdatum:

05/2013

Nächste Überprüfung geplant:

05/2018

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

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!**

© Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online