

Hohagen
Wahl-Kordon
Lotz-Rambaldi
Muche-Borowski



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

S3-Leitlinie

Zwangsstörungen

S3-Leitlinie Zwangsstörungen

Fritz Hohagen
Andreas Wahl-Kordon
Winfried Lotz-Rambaldi
Cathleen Muche-Borowski
(Hrsg.)

S3-Leitlinie

Zwangsstörungen

Herausgeber

Prof. Dr. Fritz Hohagen

PD Dr. Andreas Wahl-Kordon

Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH

Universität zu Lübeck

Lübeck

Dr. Cathleen Muche-Borowski

AWMF-Institut für Medizinisches

Wissensmanagement

c/o Philipps-Universität Marburg

Marburg

ISBN 978-3-662-44137-4

DOI 10.1007/978-3-662-44138-1

ISBN 978-3-662-44138-1 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

© Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg

Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg

Lektorat: Stephanie Kaiser-Dauer, Heidelberg

Projektkoordination: Heidemarie Wolter, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Die Zwangsstörung ist nach einer neueren epidemiologischen Untersuchung mit einer Prävalenz von 3,8% die vierthäufigste psychische Erkrankung in Deutschland und hat somit eine immense gesundheitsökonomische und versorgungspolitische Bedeutung. Umso erstaunlicher ist es, dass die Zwangsstörung in unserem bestehenden Versorgungssystem oft wenig Beachtung findet. Oftmals erkranken die Betroffenen in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter und es dauert durchschnittlich zehn bis fünfzehn Jahre, bis Patienten mit einer Zwangsstörung professionelle Hilfe aufsuchen. Aufgrund der meist langen Krankheitsdauer und weil Zwangsstörungen häufig falsch oder nicht diagnostiziert werden, kommt es zu einer erheblichen Unter- und Fehlversorgung der betroffenen Patienten. Dies stellt eine zusätzliche Problematik bei der Zwangsstörung dar, neben der Tatsache, dass sich in Bevölkerungsstudien bei Betroffenen mit psychischen Erkrankungen ganz allgemein eine niedrige Behandlungsrate findet. Nicht selten kommt es durch die Zwangsstörung zu erheblichen Beeinträchtigungen des allgemeinen Funktionsniveaus. Die Zwangsstörung stellt eine häufige Ursache für Frühberentungen dar.

Mit dem Ziel, die Versorgung der betroffenen Patienten mit Zwangsstörungen nachhaltig zu verbessern, hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) die vorliegende S3-Leitlinie initiiert. Zahlreiche klinische und wissenschaftliche Experten und Vertreter von insgesamt 27 Fachgesellschaften und -organisationen sowie von Organisationen der Betroffenen und Angehörigen haben die Leitlinie erarbeitet. Die insgesamt 71 Empfehlungen und Statements zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen basieren auf der Evidenz einer systematischen Literatursuche und den Referenzquellen bereits existierender, internationaler Leitlinien zum Thema Zwangsstörungen vom NICE (National Institute for Health and Care Excellence) und von der APA (American Psychiatric Association). Die Entwicklung der Leitlinie entspricht den Vorgaben und methodischen Empfehlungen der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF-Regelwerk: ► <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>).

Die Leitlinie soll allen mit der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung befassten Berufsgruppen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sowie allen Betroffenen und deren Angehörigen eine klare und verständliche Orientierung geben und als Entscheidungsgrundlage dienen. Neben einer ausführlichen Langversion mit der Beschreibung der Evidenzgrundlage und deren Einordnung in die klinische Praxis wurden ein Leitlinienreport und eine Kurzversion veröffentlicht, um eine schnelle Beantwortung klinischer Fragestellungen zu ermöglichen. Darüber hinaus ist derzeit eine »Kitteltaschenversion« der wichtigsten Leitlinienempfehlungen in Vorbereitung.

Die Federführung des Leitlinienprojekts hatte die DGPPN inne. Die Finanzierung des Projekts erfolgte ohne finanzielle Unterstützung durch pharmazeutische Unternehmen und Medizinproduktehersteller durch die DGPPN und die Stiftung für Seelische Gesundheit. Hinzu kamen großzügige Reisekostenzuschüsse der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen. Umso mehr muss das außerordentlich hohe, fast ausschließlich ehrenamtliche Engagement aller Beteiligten der Steuergruppe und der Konsensusgruppe bei der Erarbeitung der Leitlinie hervorgehoben werden.

Unser besonderer Dank gilt daher allen an der Entstehung der Leitlinie Beteiligten. Neben den Mitgliedern der Konsensusgruppe sind hier insbesondere die Mitglieder der Steuergruppe zu nennen: Dr. Karsten Böhm (Friedenweiler), Prof. Dr. Hans-Jörgen Grabe (Greifswald), Dipl.-Psych. Walter Hauke (Windach), Dipl.-Psych. Ina Jahn (Leipzig), Dr. Deborah Janowitz (Greifswald), Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin), Dipl.-Psych. Thomas Lang (Bremen), Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt), Andreas Pfeiffer (Karlsbad), Dr. Ulrich Stattrop (Priem am Chiemsee), Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig), Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Priem am Chiemsee), Prof. Dr. Michael Zaudig (Windach) und Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck).

Besonderer Dank gilt auch Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) für die sehr hilfreiche und erfolgreiche Moderation der Konsenssitzungen. Schließlich danken wir allen, die uns ermutigt haben, diesen langjährigen Entwicklungsprozess zu gestalten und voranzutreiben.

Wir hoffen sehr, dass die Verbreitung und Nutzung der Leitlinie zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Zwangsstörungen und damit zu einer höheren Lebensqualität der von Zwangsstörungen betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen beiträgt.

Prof. Dr. Fritz Hohagen

PD Dr. Andreas Wahl-Kordon

Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi

Dr. Cathleen Muche-Borowski

Lübeck und Marburg, im August 2014

Beteiligung der Interessengruppen

■ Zusammensetzung der Steuergruppe (und Autoren der Leitlinie)

| |
|---|
| 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) |
| 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 (Prien am Chiemsee) |
| Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig) |
| Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Prien am Chiemsee) |
| PD Dr. Andreas Wahl-Kordon (Lübeck) |
| Prof. Dr. Michael Zaudig (Windach) |
| Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck) |

■ Zusammensetzung der Konsensusgruppe

| | |
|---|---|
| Prof. Dr. Lothar Adler (Mühlhausen) | Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser (BDK) |
| Heinz Augustin (Bochum) | Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V., Fachgruppe Psychiatrie |
| Dr. Uwe Bannert (Bad Segeberg) | Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) |
| Dr. Karsten Böhm (Freiburg, Bad Säckingen, Friedenweiler) | Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe) |
| Dr. Dr. Reinhard Boerner (Quakenbrück) | Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) |
| PD Dr. Claudia Frank (Stuttgart) | Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) |
| Prof. Dr. Hans-Jörgen Grabe (Greifswald) | Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe) |
| Dipl.-Psych. Timo Harfst (Berlin) | Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) |
| Wolf Hartmann (Hamburg) | Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ) |

| | |
|--|--|
| Dipl.-Psych. Walter Hauke (Windach) | Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe) |
| Prof. Dr. Fritz Hohagen (Lübeck) | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychosomatik, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Projektgruppe Lübeck (Mitglied der Steuergruppe) |
| Dipl.-Psych. Ina Jahn (Leipzig) | Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe) |
| Dr. Deborah Janowitz (Greifswald) | Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe) |
| Prof. Dr. Paul L. Janssen (Dortmund) | Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) |
| Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin) | 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) | Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) |
| Dipl.-Psych. Yvo Kühn (Wunstorf) | Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (BVVP) |
| Prof. Dr. Armin Kuhr (Tübingen) | Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) |
| Prof. Dr. Dr. Hermann Lang (Würzburg) | Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) |
| Dipl.-Psych. Thomas Lang (Bremen) | Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe) |
| Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi (Lübeck) | Projektgruppe Lübeck (Leitlinienkoordinator) (Mitglied der Steuergruppe) |
| Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer | Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. |
| Dr. Cathleen Muche-Borowski (Hamburg) | Projektgruppe Lübeck (Mitglied der Steuergruppe) |
| Dipl.-Psych. Inge Neiser (Berlin) | Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) |
| Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt) | Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) (Mitglied der Steuergruppe) |
| Antonia Peters (Hamburg) | Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ) |
| Andreas Pfeiffer (Karlsbad) | Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Mitglied der Steuergruppe) |
| Irmgard Raschka-Halberstadt (Bad Emstal) | Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V., Fachgruppe Psychiatrie |
| Prof. Dr. Hans Reinecker (Bamberg) | Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) |
| Prof. Dr. Friedel Reischies (Berlin) | Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) |
| Dipl.-Psych. Anne A. Springer (Berlin) | Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) |

| | |
|--|--|
| Dr. Ulrich Stattrop (Prien am Chiemsee) | Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe) |
| Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig) | Externe Expertin (Mitglied der Steuergruppe) |
| Prof. Dr. Andreas Ströhle (Berlin) | Aktion Psychisch Kranke e.V. |
| Dr. Roland Urban (Berlin) | Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) |
| Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Prien am Chiemsee) | Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. (AGNP) Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) (Mitglied der Steuergruppe) |
| PD Dr. Andreas Wahl-Kordon (Lübeck) | Leiter Projektgruppe Lübeck (Mitglied der Steuergruppe) |
| Prof. Dr. Heinz Weiß (Stuttgart) | Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) |
| Dr. Tina Wessels (Berlin) | Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) |
| Prof. Dr. Michael Zaudig (Windach) | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (Mitglied der Steuergruppe) |
| Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck) | Externer Experte (Mitglied der Steuergruppe) |

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Ziel, Methoden und Anwendungsbereich der Leitlinie | 1 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 1.1 | Geltungsbereich und Zweck | 2 |
| 1.1.1 | Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas | 2 |
| 1.1.2 | Zielorientierung der Leitlinie | 2 |
| 1.1.3 | Adressaten und Anwendungsbereich | 2 |
| 1.2 | Zusammensetzung der Leitliniengremien und Beteiligung von Interessengruppen .. | 2 |
| 1.3 | Methodologische Exaktheit | 3 |
| 1.3.1 | Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung) | 3 |
| 1.3.2 | Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung | 9 |
| 1.4 | Externe Begutachtung und Verabschiedung | 10 |
| 1.4.1 | Pilottesting | 10 |
| 1.4.2 | Externe Begutachtung | 10 |
| 1.4.3 | Verabschiedung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen | 11 |
| 1.5 | Redaktionelle Unabhängigkeit | 11 |
| 1.5.1 | Finanzierung der Leitlinie | 11 |
| 1.5.2 | Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten | 11 |
| 1.6 | Verbreitung und Implementierung | 11 |
| 1.7 | Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren | 11 |
| 2 | Grundlagen | 13 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 2.1 | Deskriptive Epidemiologie | 14 |
| 2.1.1 | Prävalenz und Inzidenz | 14 |
| 2.1.2 | Epidemiologische Zusammenhänge | 14 |
| 2.1.3 | Komorbidität | 14 |
| 2.2 | Ätiopathogenese | 15 |
| 2.2.1 | Kognitiv-behaviorales Modell | 15 |
| 2.2.2 | Psychodynamisches Modell | 17 |
| 2.2.3 | Gesprächspsychotherapeutische Erklärungsansätze | 18 |
| 2.2.4 | Familiengenetische Befunde | 19 |
| 2.2.5 | Molekulargenetische Befunde | 19 |
| 2.2.6 | Neurobiologisches Modell | 20 |
| 2.2.7 | Immunologisches Modell | 20 |
| 2.2.8 | Veränderungen und deren Auftreten im Krankheitsverlauf | 21 |
| 2.3 | Verlauf und Prognose | 21 |
| 2.3.1 | Allgemeiner Verlauf einer Zwangsstörung | 21 |
| 2.3.2 | Erstaufreten von Symptomen und Dauer bis zum Beginn einer Behandlung | 22 |
| 3 | Diagnostik und Klassifikation | 23 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 3.1 | Symptomatik und Diagnosestellung nach ICD-10 / DSM-IV | 24 |
| 3.1.1 | Symptomatik von Zwangsstörungen | 24 |
| 3.1.2 | Diagnosekriterien und Subgruppen | 24 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.1.3 | Diagnostisches Vorgehen | 26 |
| 3.1.4 | Instrumente zur Diagnosestellung..... | 27 |
| 3.1.5 | Screening-Diagnostik..... | 27 |
| 3.2 | Verfahren zur Bestimmung des Schweregrades und der Ausprägung der Zwangssymptomatik | 28 |
| 3.2.1 | Instrumente zur Fremdeinschätzung | 28 |
| 3.2.2 | Instrumente zur Selbsteinschätzung..... | 28 |
| 3.3 | Diagnostik der Auswirkungen auf Alltag, Beruf und Lebensqualität | 29 |
| 3.4 | Diagnostische Maßnahmen zur Verlaufsbeurteilung | 30 |
| 3.5 | Differenzialdiagnostik und Komorbidität | 31 |
| 3.5.1 | Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Erkrankungen | 31 |
| 3.5.2 | Somatische Differenzialdiagnostik..... | 33 |
| 3.6 | Diagnostischer Stufenplan | 34 |
| 4 | Psychotherapeutische Verfahren | 37 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 4.1 | Einführung | 38 |
| 4.2 | Verhaltenstherapie und Kognitive Verhaltenstherapie | 38 |
| 4.2.1 | Gegenwärtige Praxis..... | 38 |
| 4.2.2 | Wirksamkeit im Vergleich zu Kontrollbedingungen..... | 39 |
| 4.2.3 | Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Kognitiver Therapie und Kognitiver Verhaltenstherapie im direkten Vergleich | 41 |
| 4.2.4 | Wirksamkeit weiterentwickelter oder modifizierter Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie | 42 |
| 4.2.5 | Effekte von Setting, Modus und Therapiedauer auf die Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltenstherapie | 43 |
| 4.2.6 | Wirksamkeit von Verhaltenstherapie unter Einsatz elektronischer Medien | 46 |
| 4.2.7 | Wirksamkeit medikamentöser Augmentation der Verhaltenstherapie | 47 |
| 4.2.8 | Einbeziehung von Bezugspersonen und Angehörigen in die Verhaltenstherapie | 47 |
| 4.2.9 | Gegenwärtige Praxis der stationären Verhaltenstherapie | 48 |
| 4.3 | Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | 49 |
| 4.3.1 | Gegenwärtige Praxis..... | 49 |
| 4.3.2 | Wirksamkeit analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie | 49 |
| 4.4 | Andere psychotherapeutische Verfahren | 51 |
| 5 | Psychopharmakotherapie | 53 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 5.1 | Einführung | 54 |
| 5.2 | Ergebnis der Literaturrecherche | 54 |
| 5.3 | Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) | 54 |
| 5.4 | Wirksamkeit von Clomipramin | 58 |
| 5.4.1 | Vergleich der Wirksamkeit von Clomipramin gegenüber SSRI | 58 |
| 5.4.2 | Vergleich der Wirksamkeit intravenöser gegenüber oraler Gabe von Clomipramin | 59 |
| 5.5 | Wirksamkeit anderer Antidepressiva | 59 |
| 5.5.1 | Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva..... | 59 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.5.2 | Wirksamkeit von Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI) | 59 |
| 5.5.3 | Wirksamkeit von Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAOI) | 60 |
| 5.5.4 | Wirksamkeit von Mirtazapin | 60 |
| 5.6 | Wirksamkeit von Anxiolytika | 61 |
| 5.7 | Vergleich der Wirksamkeit von SSRI / Clomipramin (= SRI) gegenüber Non-SRI | 62 |
| 5.8 | Wirksamkeit anderer Substanzen | 62 |
| 5.9 | Strategien bei ungenügender Besserung auf Psychopharmakotherapie | 64 |
| 5.9.1 | Veränderung der SRI-Therapie | 65 |
| 5.9.2 | Augmentationsstrategien einer Therapie mit SSRI/Clomipramin (SRI) | 66 |
| 6 | Kombination von verhaltenstherapeutischen Verfahren und Psychopharmakotherapie | 71 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 6.1 | Einführung | 72 |
| 6.2 | Gegenwärtige Praxis | 72 |
| 6.3 | Ergebnis der Literaturrecherche | 72 |
| 6.4 | Vergleich der Wirksamkeit kombinierter Therapie gegenüber alleiniger Psychopharmakotherapie | 72 |
| 6.5 | Vergleich der Wirksamkeit kombinierter Therapie gegenüber alleiniger Kognitiver Verhaltenstherapie | 73 |
| 6.6 | Wirksamkeit der kombinierten Therapie im Anschluss an eine alleinige Psychopharmakotherapie | 75 |
| 6.7 | Effekte von Verhaltenstherapie beim Absetzen einer Psychopharmakotherapie | 76 |
| 6.8 | Rezidivbehandlung und Rückfallprophylaxe | 77 |
| 6.8.1 | Rückfallraten nach KVT | 77 |
| 6.8.2 | Rückfallraten nach SSRI | 77 |
| 6.8.3 | Interventionen zur Rückfallprophylaxe | 78 |
| 7 | Andere medizinische Verfahren in der Behandlung von Patienten mit therapierefraktären Zwangsstörungen | 79 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 7.1 | Nicht invasive Stimulationsverfahren | 80 |
| 7.1.1 | Transkranielle Magnetstimulation (TMS) | 80 |
| 7.1.2 | Elektrokonvulsionsstherapie (EKT) | 81 |
| 7.2 | Chirurgische Verfahren | 81 |
| 7.2.1 | Tiefe Hirnstimulation (THS) | 82 |
| 7.2.2 | Ablative Verfahren | 83 |
| 7.2.3 | Vagusnervstimulation (VNS) | 84 |
| 8 | Behandlungsziele und Einbeziehung von Patienten und Angehörigen | 85 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 8.1 | Patientenaufklärung über die Diagnosestellung | 86 |
| 8.2 | Krankheitsspezifische allgemeine Behandlungsziele | 86 |
| 8.3 | Patientenrelevante Ziele | 86 |
| 8.4 | Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsprozess (Shared Decision Making) ... | 88 |
| 8.5 | Beratung und Einbeziehung von Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen | 88 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 9 | Spezielle Behandlungsaspekte | 91 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 9.1 | Geschlechtsspezifische Besonderheiten | 92 |
| 9.2 | Behandlung von Schwangeren oder Stillenden | 93 |
| 9.3 | Sozioökonomische Faktoren | 94 |
| 9.4 | Kulturspezifische Faktoren | 94 |
| 9.5 | Höheres Lebensalter | 95 |
| 10 | Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität | 97 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 10.1 | Behandlung bei psychischer Komorbidität | 98 |
| 10.1.1 | Depressive Störung | 98 |
| 10.1.2 | Substanzabhängigkeit | 99 |
| 10.1.3 | Tic-Störung | 99 |
| 10.1.4 | Schizophrenie | 100 |
| 10.1.5 | Bipolare Störung | 101 |
| 10.1.6 | Angststörungen | 101 |
| 10.1.7 | Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) | 101 |
| 10.1.8 | Körperdysmorphie Störung (BDD=Body dysmorphic disorder) | 102 |
| 10.1.9 | Essstörungen | 102 |
| 10.1.10 | Pathologisches Spielen | 102 |
| 10.1.11 | Trichotillomanie | 102 |
| 10.1.12 | Autismus und Asperger-Syndrom | 102 |
| 10.1.13 | Persönlichkeitsstörungen | 102 |
| 10.2 | Behandlung bei somatischer Komorbidität | 103 |
| 11 | Versorgungskoordination | 105 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 11.1 | Indikation zur stationären Behandlung | 106 |
| 11.2 | Vorgehensweise bei Therapieresistenz | 106 |
| 11.3 | Indikationen und Kriterien für eine Ergänzung psychotherapeutischer/ medikamentöser Therapie durch Ergotherapie/Arbeitstherapie und andere psychosoziale Therapien | 108 |
| 12 | Gesundheitsökonomische Aspekte | 111 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 12.1 | Wirksamkeit und Behandlungsergebnisse verschiedener Arten der Versorgung | 112 |
| 12.2 | Direkte und indirekte Kosten unterschiedlicher Versorgungsangebote | 113 |
| 12.3 | Über-, Unter- und Fehlversorgung | 114 |
| 13 | Algorithmen zur Diagnostik und Behandlung | 117 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 13.1 | Algorithmus zur Diagnostik der Zwangsstörung | 118 |
| 13.2 | Algorithmus zur psychotherapeutischen Behandlung der Zwangsstörung | 118 |
| 13.3 | Algorithmus zur medikamentösen Therapie der Zwangsstörung | 118 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 14 | Kurzfassung der Leitlinie Zwangsstörungen | 123 |
| | <i>Steuergruppe Leitlinie</i> | |
| 14.1 | Diagnostik und Klassifikation | 125 |
| 14.1.1 | Diagnostischer Stufenplan | 125 |
| 14.2 | Psychotherapeutische Verfahren | 125 |
| 14.2.1 | Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie | 125 |
| 14.2.2 | Psychoanalyse und tiefenpsychologische Verfahren | 127 |
| 14.2.3 | Andere psychotherapeutische Verfahren | 127 |
| 14.3 | Psychopharmakotherapie | 127 |
| 14.3.1 | Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) | 127 |
| 14.3.2 | Wirksamkeit von Clomipramin | 129 |
| 14.3.3 | Wirksamkeit anderer Antidepressiva | 129 |
| 14.3.4 | Wirksamkeit von Anxiolytika | 130 |
| 14.3.5 | Strategien bei ungenügender Besserung auf Psychopharmakotherapie | 130 |
| 14.4 | Kombination von verhaltenstherapeutischen Verfahren und Psychopharmakotherapie | 131 |
| 14.4.1 | Vergleich der Wirksamkeit kombinierter Therapie gegenüber alleiniger Psychopharmakotherapie | 131 |
| 14.4.2 | Vergleich der Wirksamkeit kombinierter Therapie gegenüber alleiniger Kognitiver Verhaltenstherapie | 132 |
| 14.4.3 | Wirksamkeit der kombinierten Therapie im Anschluss an eine alleinige Psychopharmakotherapie | 132 |
| 14.4.4 | Rezidivbehandlung und Rückfallprophylaxe | 132 |
| 14.5 | Andere medizinische Verfahren | 133 |
| 14.5.1 | Nicht invasive Stimulationsverfahren | 133 |
| 14.5.2 | Chirurgische Verfahren | 133 |
| 14.6 | Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen | 133 |
| 14.6.1 | Patientenrelevante Ziele | 133 |
| 14.6.2 | Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsprozess (Shared Decision Making) | 134 |
| 14.6.3 | Beratung und Einbeziehung von Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen | 134 |
| 14.7 | Spezielle Behandlungsaspekte | 134 |
| 14.7.1 | Behandlung von Schwangeren oder Stillenden | 134 |
| 14.8 | Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität | 134 |
| 14.8.1 | Behandlung bei psychischer Komorbidität | 134 |
| 14.9 | Versorgungskoordination | 135 |
| 14.9.1 | Indikation zur stationären Behandlung | 135 |
| 14.9.2 | Vorgehensweise bei Therapieresistenz | 135 |
| 14.9.3 | Indikationen und Kriterien für eine Ergänzung psychotherapeutischer/medikamentöser Therapie durch Ergotherapie/Arbeitstherapie und andere psychosoziale Therapien | 136 |
| | Serviceteil | |
| | A Anhang | 138 |
| | Literatur | 175 |

Verzeichnis der Herausgeber

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

Universität zu Lübeck
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck
E-Mail: fritz.hohagen@uksh.de

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Wahl-Kordon

Universität zu Lübeck
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck

Oberbergklinik Schwarzwald
Oberberg 1
D-78132 Hornberg
E-Mail: andreas.wahl-kordon@oberbergkliniken.de

Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi

Universität zu Lübeck
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck
E-Mail: winfried.lotz-rambaldi@uksh.de

Dr. Cathleen Muche-Borowski, MPH

AWMF-Institut für Medizinisches
Wissensmanagement
c/o Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Str. 1
D-35043 Marburg
E-Mail: muche-borowski@awmf.org

und

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Allgemeinmedizin
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg
E-Mail: c.borowski@uke.de

Abkürzungsverzeichnis

| | | | |
|------------------|---|-----------------|---|
| ACT | Acceptance and Commitment Therapy | IDCL | Internationale Diagnose Checklisten |
| AMPS | Assessment of Motor and Process Skills | IIP-D | Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme |
| ÄZQ | Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin | ITT | Intention to treat |
| AMDP | Arbeitsgemeinschaft für Dokumentation und Methodik in der Psychiatrie | KT | Kognitive Therapie |
| APA | American Psychiatric Association | KVT | Kognitive Verhaltenstherapie |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften | LL | Leitlinie |
| BDD | Body dysmorphic disorder | MAO | Monoaminoxidase |
| BDI | Beck Depressions-Inventar | MAOI | Monoaminoxidase-Inhibitoren |
| BDNF | brain-derived neurotrophin factor | MCT | Metacognitive Therapy |
| CEBM | Centre for Evidence-based Medicine | MKT | Magnetkonvulsionstherapie |
| CIDI | Composite International Diagnostic Interview | MOCI | Maudsley Obsessive Compulsive Inventory |
| CGI | Clinical Global Impressions | MRT | Magnetresonanztomographie |
| COPM | Canadian Occupational Performance Measure | NaSSA | Noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum |
| DELBI | Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument | NICE | National Institute for Health and Clinical Excellence |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information | NIMH-OCS | National Institute of Mental Health Obsessive Compulsive Scale |
| DIPS | Diagnostisches Interview für Psychische Störungen | NNT | Number-Needed-to-Treat |
| DIRT | Danger Ideation Reduction Therapy | NVL | Nationale Versorgungsleitlinie |
| DSM-IV | Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage | O-AFP | Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil |
| DSM-IV-TR | Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage, text revision | OCI-R | Obsessive Compulsive Inventory - Revised |
| EKT | Elektrokrampftherapie | OLIG2 | Oligodendrocyte lineage transcription factor 2 |
| EMDR | Eye Movement Desensitization and Reprocessing | OSA | Occupational Self Assessment |
| ERP | Exposure Response Prevention | PET | Positronen-Emissions-Tomographie |
| fmRT | Funktionelle Magnetresonanztomographie | PANDAS | Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcus |
| FWIT | Farbe-Wort-Interferenztest | PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| GAF | Global Assessment of Functioning | RC | Rollen-Checkliste |
| GAS | Goal Attainment Scaling | RCFT | Rey Complex Figure Test |
| GIN | Guidelines International Networks | RCT | Randomized Controlled Trial |
| GRADE | Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation | Response | Ansprechen/klinische Besserung |
| HAM-A | Hamilton Anxiety Rating Scale | SCL-90-R | Symptom-Checkliste |
| HAM-D | Hamilton Depression Rating Scale | SERT | Serotonin-Transporter |
| HZI-K | Hamburger Zwangsinventar - Kurzform | SF-36 | Short Form (36) Gesundheitsfragebogen |
| IBA | Inference-Based Therapy | SIGN | Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) |
| IC | Interessencheckliste | SKID I | Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (Achsen I und II) |
| ICD-10 | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision | SNRI | Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer |
| ICF | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit | SRI | Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer |
| | | SSRI | Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer |
| | | TAP | Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung |
| | | tDCS | transcranial direct current stimulation (Transkranielle Gleichstromstimulation) |

| | |
|----------------|--|
| THS | Tiefe Hirnstimulation |
| TMS | Transkranielle Magnetstimulation |
| VLMT | Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest |
| VNS | Vagusnervstimulation |
| VT | Verhaltenstherapie |
| WCST-64 | Wisconsin Card Sorting Test |
| WHO | World Health Association (Weltgesundheitsorganisation) |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of Life Instruments |
| WIE | Wechsler Intelligenztest für Erwachsene |
| WRI | Worker Role Interview |
| WST | Wortschatztest |
| Y-BOCS | Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale |
| ZF-OCS | Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen |
| ZNS | Zentralnervensystem |
| ZVT | Zahlenverbindungstest |

Ziel, Methoden und Anwendungsbereich der Leitlinie

Leitlinienreport zur S3-Leitlinie »Zwangsstörungen«
AWMF-Registernr. 038/017

Steuergruppe Leitlinie

- 1.1 Geltungsbereich und Zweck – 2**
 - 1.1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas – 2
 - 1.1.2 Zielorientierung der Leitlinie – 2
 - 1.1.3 Adressaten und Anwendungsbereich – 2
- 1.2 Zusammensetzung der Leitliniengremien und Beteiligung von Interessengruppen – 2**
- 1.3 Methodologische Exaktheit – 3**
 - 1.3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung) – 3
 - 1.3.2 Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung – 9
- 1.4 Externe Begutachtung und Verabschiedung – 10**
 - 1.4.1 Pilottestung – 10
 - 1.4.2 Externe Begutachtung – 10
 - 1.4.3 Verabschiedung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen – 11
- 1.5 Redaktionelle Unabhängigkeit – 11**
 - 1.5.1 Finanzierung der Leitlinie – 11
 - 1.5.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten – 11
- 1.6 Verbreitung und Implementierung – 11**
- 1.7 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren – 11**

1.1 Geltungsbereich und Zweck

1.1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Die Zwangsstörung ist eine häufige psychische Erkrankung, die in epidemiologischen Studien Lebenszeitprävalenzraten von 1-3 % zeigte. 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.

1.1.2 Zielorientierung der Leitlinie

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

1.1.3 Adressaten und Anwendungsbereich

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

- 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 Selbsthilfeeorganisationen 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 Zwangsstörungen.¹

1.2 Zusammensetzung der Leitliniengremien und Beteiligung von Interessengruppen

Unter der Leitung der im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik 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.

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

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

■ Projektgruppe

Der Projektgruppe gehören an: PD Dr. Andreas Wahl-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 (► »Beteiligung der Interessengruppen« am Buchanfang).

■ 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 (s. ► Kap. 1 in diesem Buch)
- Kap. 2: Grundlagen (s. ► Kap. 2 in diesem Buch)
- Kap. 3: Diagnostik und Klassifikation (s. ► Kap. 3 in diesem Buch)
- Kap. 4: Therapie (s. ► Kap. 4-10 in diesem Buch)
- Kap. 5: Organisation/Methodik und Fortbildung (s. ► Kap. 11-12 in diesem Buch)

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 (► »Beteiligung der Interessengruppen« am Buchanfang). Der Konsensusprozess wurde aufgeteilt in zwei Konsensuskonferenzen und in informelle Treffen mit

der Steuergruppe zur Vorstellung der Arbeit und Diskussion der Inhalte.

1.3 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:

- Festlegung 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

1.3.1 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