

Verantwortung übernehmen für die körperliche Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen

Martin Aigner
Abteilung für
Erwachsenenpsychiatrie

Landeskrlinikum 
TULLN

19.02.2014, 16.15 – 17.30 Uhr

Körperliche Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen

- Schizophrenie und körperliche Erkrankungen
- S3-Leitlinie
- Vorschläge für die Praxis

Körperliche Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen

- Schizophrenie und körperliche Erkrankungen
- S3-Leitlinie
- Vorschläge für die Praxis

Mortalität bei Schizophrenie

Die gesamte **Mortalität ist 1,6 fach** so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

Harris et al, 2003

Todesursachen	SMR
„Natürliche“	1,37
Infektiöse (HIV, Hepatitis B/C,..)	9,44
Neoplasmen	1,00
Endokrin (Diabetes mellitus)	2,38
Neurologische	1,88
Herz-Kreislauf	1,04
Atmung (COPD)	2,30
Verdauung	1,86
Geschlechts-Harntrakt	1,61

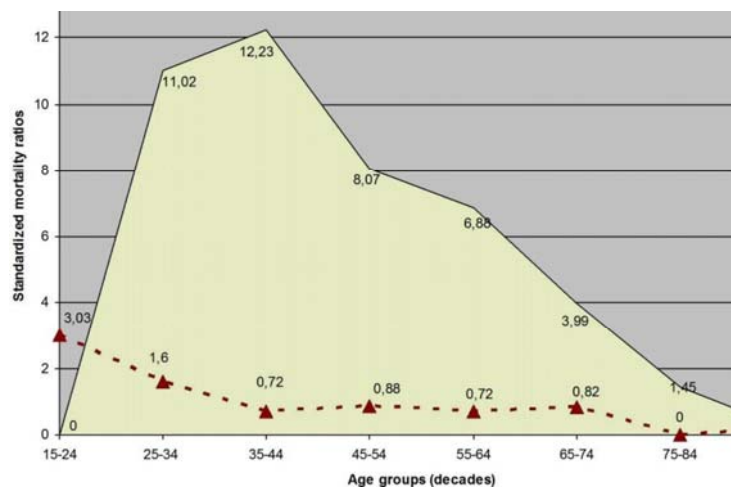
Harris & Barraclough, 1998

Mortalität bei psychischen Krankheiten

Todesursachen	SMR
Opiat-Missbrauch / Abhängigkeit	6,38
Anorexia nervosa	4,93
Psycho-organische Störungen	3,26
Bipolare Störung	2,02
Alkohol-Missbrauch / Abhängigkeit	1,97
Persönlichkeitsstörung	1,84
Schizophrenie	1,57
Major Depression	1,36
Angststörung	0,96

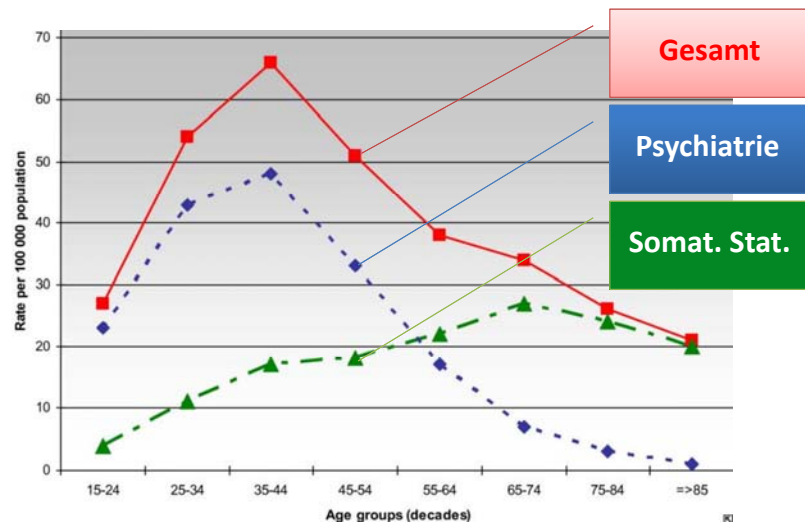
Harris & Barraclough, 1998

SMR bei PatientInnen mit Schizophrenie mit und ohne körperliche Erkrankung



Carmen Bouza, Teresa López-Cuadrado, and José María Amate. Physical disease in schizophrenia: a population-based analysis in Spain. BMC Public Health. 2010; 10: 745.

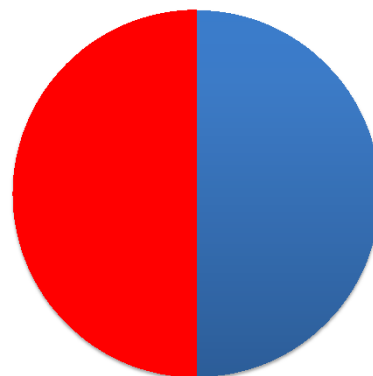
Spitalsaufnahmen – F2



Carmen Bouza, Teresa López-Cuadrado, and José María Amate. Physical disease in schizophrenia: a population-based analysis in Spain. BMC Public Health. 2010; 10: 745.

Schizophrenie und körperliche Erkrankung

- „Nearly 50% of patients with schizophrenia have a comorbid medical condition, but many of these illnesses are misdiagnosed or undiagnosed.“



■ keine körperliche Erkrankung
■ mind. eine körperliche Erkrkg.

Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 21:10-5.

Körperliche Erkrankung und Schizophrenie

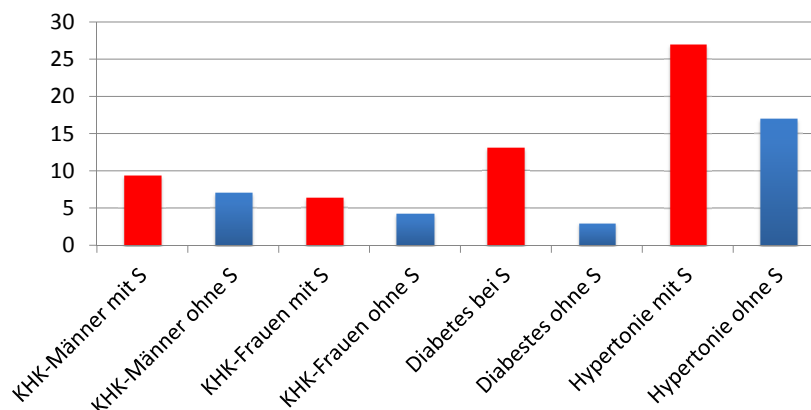
- **Höhere Prävalenz bei Patienten mit Schizophrenie:** HIV Infektion, Hepatitis B/C, Osteoporose, veränderte Schmerzwahrnehmung, sexuelle Dysfunktion, Geburtskomplikationen, verminderte Lungenfunktion, kardiovaskuläre Erkrankungen, COPD, Übergewicht, Diabetes, Zahnprobleme, Polydipsie, EPS,...
- **Evtl. niedrigere Prävalenzzahlen:** Rheumatoide arthritis und Krebs (?)

Leucht et al. (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. Acta Psychiatr Scand. 116:317-33.

A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls⁴⁹

Donald C. Goff*, Lisa M. Sullivan, Joseph P. McEvoy, Jonathan M. Meyer, Henry A. Nasrallah, Gail L. Daumit, Steven Lambert, Ralph B. D'Agostino, Thomas S. Stroup, Sonia Davis, Jeffrey A. Lieberman

10-Jahres-Risiko



KHK Risiko bei Patienten mit Schizophrenie

Age	Males		
	CATIE	NHANES	Low-risk sample
20-24	3.3 ± 2.2	2.0 ± 1.2	
25-29	4.3 ± 2.9	2.4 ± 1.3	
30-34	6.3 ± 3.6	3.8 ± 2.4	2
35-39	8.5 ± 5.4	5.1 ± 2.5	3
40-44	10.3 ± 5.3	7.5 ± 4.4	4
45-49	12.1 ± 6.6	8.8 ± 5.0	4
50-54	14.1 ± 7.7	12.9 ± 8.1	6
55-59	16.7 ± 6.8	15.9 ± 7.6	7
60-64	30.1 ± 13.4	13.0 ± 4.9	9
Mean	9.4 ± 7.2 ^a	7.0 ± 6.3	

^a CATIE vs NHANES all males: $p = .0001$.

^b CATIE vs NHANES all females: $p = .0003$.

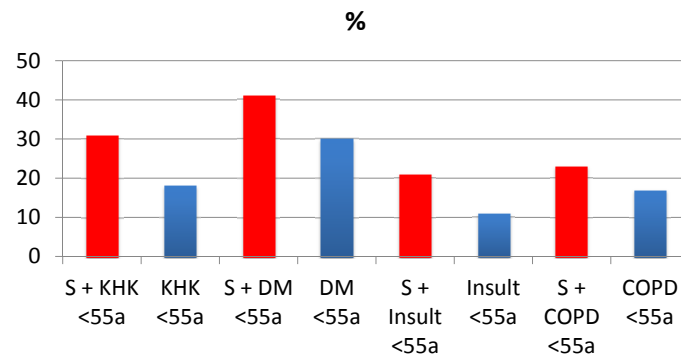
National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)

KHK Risiko bei Patienten mit Schizophrenie

Age	Females		
	CATIE	NHANES	Low-risk sample
20-24	0.2 ± 0.3	0.1 ± 0.02	
25-29	0.4 ± 0.3	0.2 ± 0.07	
30-34	1.5 ± 0.8	0.5 ± 0.02	<1
35-39	2.1 ± 1.0	1.0 ± 0.7	1
40-44	4.6 ± 2.6	2.5 ± 1.8	2
45-49	8.3 ± 5.3	3.8 ± 2.3	3
50-54	7.6 ± 4.2	6.6 ± 3.3	5
55-59	13.3 ± 9.0	11.8 ± 5.6	7
60-64	15.2 ± 8.3	11.5 ± 4.8	8
Mean	6.3 ± 6.3 ^b	4.2 ± 4.5	

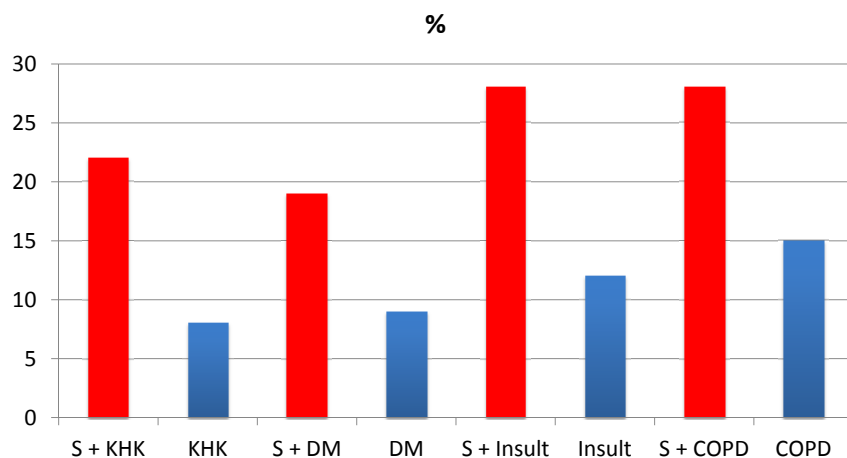
National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)

Körperliche Erkrankungen bei PatientInnen mit Schizophrenie



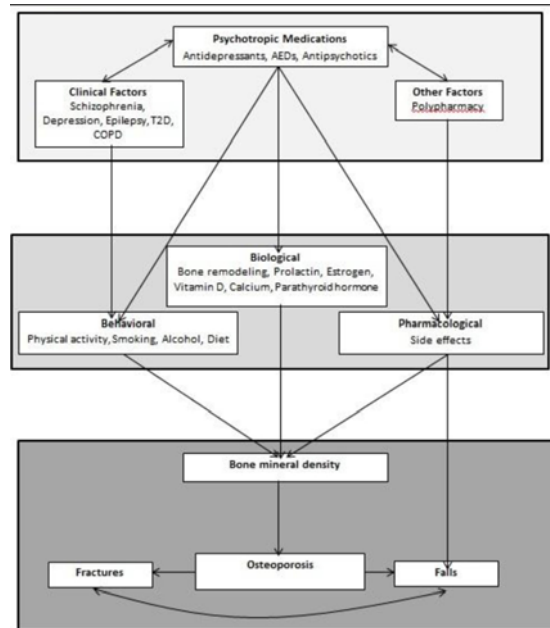
Hippisley-Cox, J., et al., A comparison of survival rates for people with mental health problems and the remaining population with specific conditions. In Equal Treatment - Closing the gap. 2006, Disability Research Council.

Mortalität nach 5 Jahren



Hippisley-Cox, J., et al., A comparison of survival rates for people with mental health problems and the remaining population with specific conditions. In Equal Treatment - Closing the gap. 2006, Disability Research Council.

Osteoporose bei schweren psychischen Erkrankungen



Zahnschäden und psychiatrische Erkrankungen

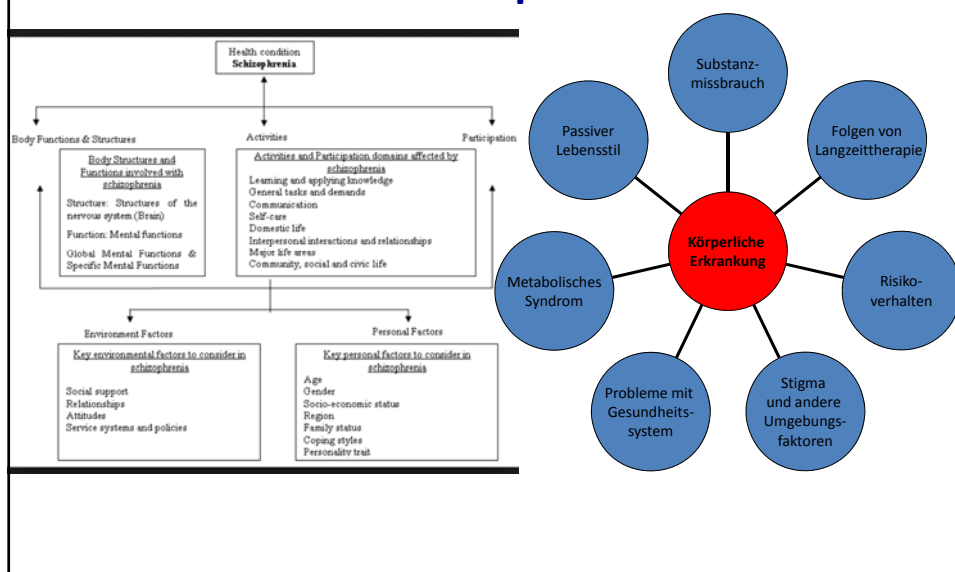
- Essstörungen wie **Bulimia nervosa** und **Anorexia nervosa** gehen häufig mit Zahnschäden einher. Durch das Erbrechen kommt es besonders bei Bulimia nervosa zu Zahnschmelzschäden (Feinmann und Harrison, 1997).
- Patienten mit **substanzinduzierten Störungen (z.B. Abhängigkeit)** oder **chronischen Psychosen** weisen häufig ebenfalls schon frühzeitig schwere Zahnschäden auf.
- *“psychiatric patients had almost 4 times more decayed teeth, slightly less missing teeth and 1.5 times less filled teeth”*

Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2013;13:227

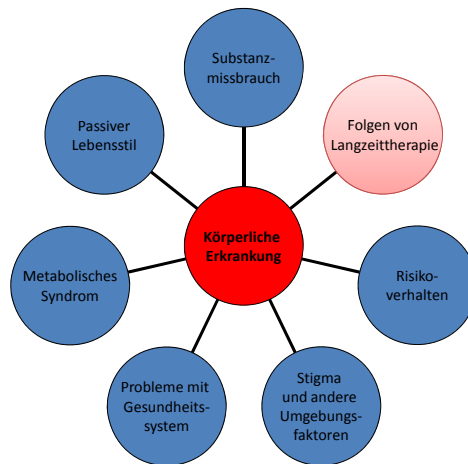
Warum ist die körperliche Gesundheit bei Schizophrenie oft schlechter?

1. Gemeinsame Grundlage für psychische und physische Erkrankung
2. Lebensstil durch psychische Erkrankung fördert körperliche Erkrankungen
3. Schlechterer Zugang / Umgang zum / mit Gesundheitssystem / Stigma
4. Nebenwirkungen von Langzeittherapien

Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie



Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie



Psychopharmaka - Auswirkungen auf körperliche Gesundheit

- Gewichtszunahme, Metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus → Sekundärschäden
- Neurologische NW: z.B. Extrapiramidale NW
- Internistische NW: z.B. kardiale, hepatische

Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL
ENDOCRINOLOGISTS
NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR THE
STUDY OF OBESITY

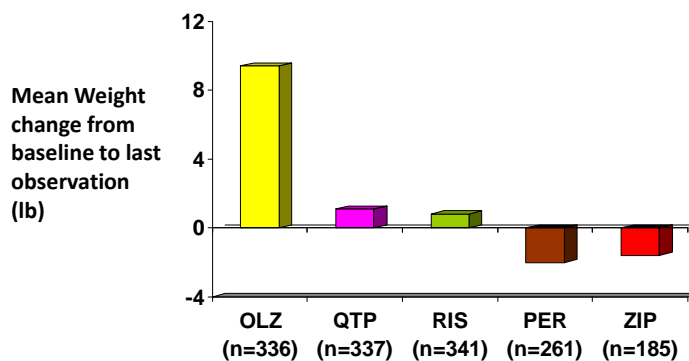
Table 2—SGA's and metabolic abnormalities

Drug	Weight gain	Risk for diabetes	Worsening lipid profile
Clozapine	+++	+	+
Olanzapine	+++	+	+
Risperidone	++	D	D
Quetiapine	++	D	D
Aripiprazole*	+/-	-	-
Ziprasidone*	+/-	-	-

+ = increase effect; - = no effect; D = discrepant results. *Newer drugs with limited long-term data.

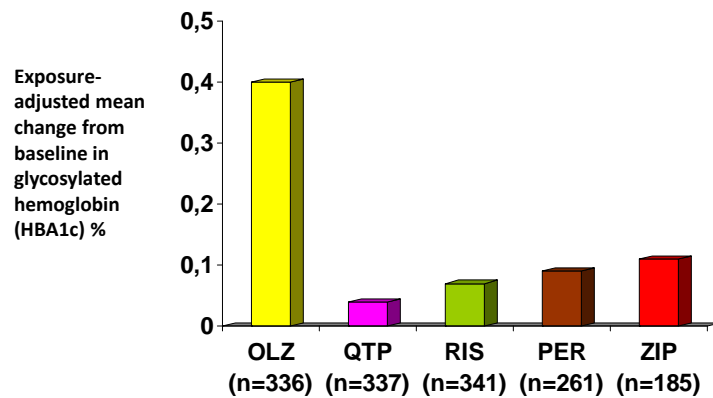
Diabetes Care, Feb 2004

Mittlere Gewichtsveränderung: prä-post



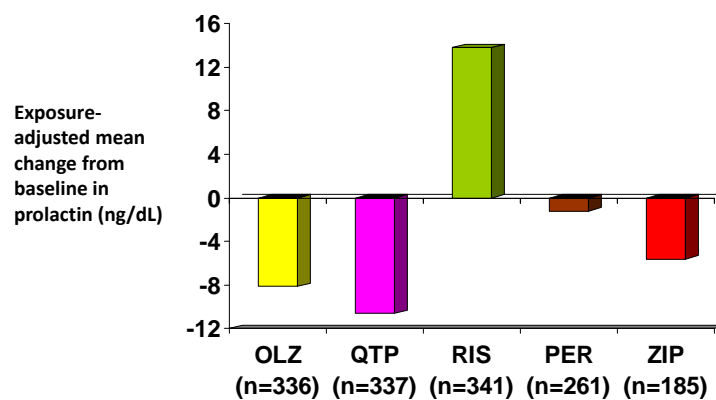
Lieberman, JA, Stroup TS, McEvoy, JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. NEJM 2005; 353: 1209-1223.

HBA1c: prä-post



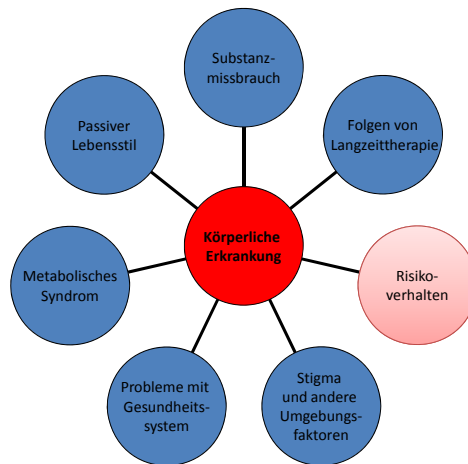
Lieberman, JA, Stroup TS, McEvoy, JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. NEJM 2005; 353: 1209-1223.

Prolaktin: prä-post



Lieberman, JA, Stroup TS, McEvoy, JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. NEJM 2005; 353: 1209-1223.

Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie



HIV-Infektion bei PatientInnen mit Schweren psychischen Erkrankungen

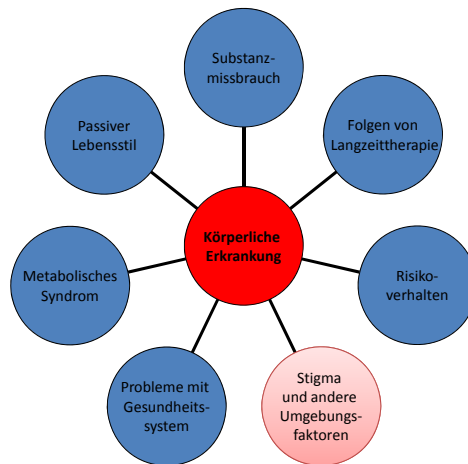
- HIV infection has been reported with increasing frequency, prevalence rates being around 7%

Sewell, Schizophrenia Bulletin, 22(3): 465-473,1996.

- HIV prevalence may be increased by as much as eight times.

Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. Issues Ment Health Nurs. 2011;32(9):589-97.

Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie



Stigmatisierung und andere Umgebungsfaktoren

- Stigmatisierung
- Schlechte Ernährung
- Schlechte Hygiene
- Schlechte Wohnsituation
- Ökonomische und soziale Situation
- Institutionelle Charakteristiken: z.B. psychiatrisches Großkrankenhaus ohne ausreichende somatisch medizinische Versorgung

Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie

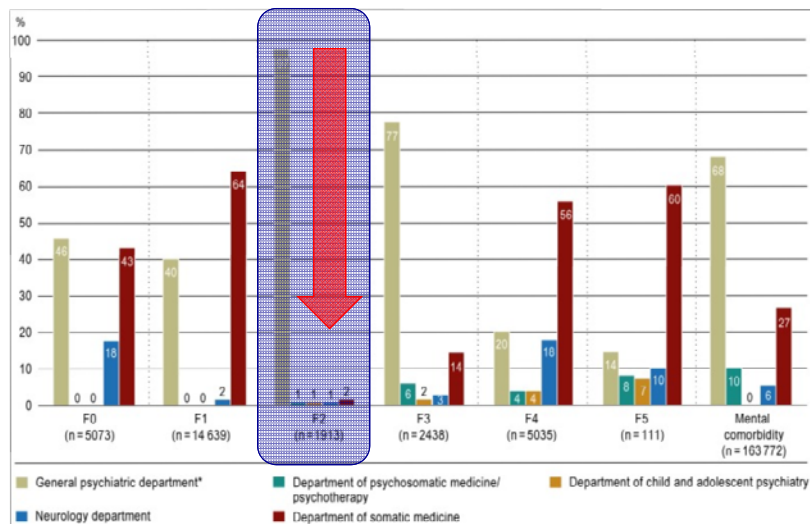
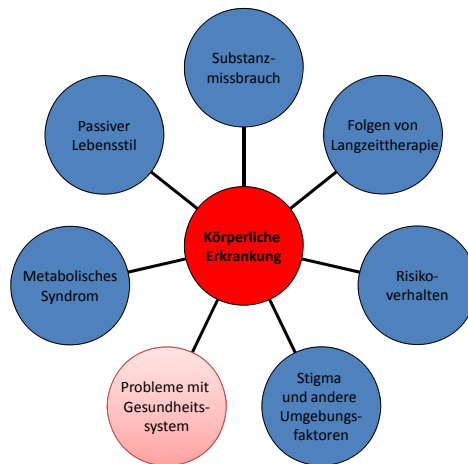


Figure 3. From: Use of Health Care Services by People With Mental Illness. Percentages of care provided in inpatient and day-patient facilities for patients with a main diagnosis of mental illness during the study period, 2005 to 2007, by department type. All insurance holders receiving inpatient treatment for a main diagnosis of a mental illness F0 to F5 (N = 192 981). Multiple cases for a single individual permitted (individuals with multiple inpatient stays, possibly in multiple departments).

Postoperative Komplikationen bei Patienten mit Schizophrenie

- 10 Studien betreffend Schizophrenie
- höhere Schmerzschwellen
- höhere Raten betreffend Tod, postoperative Komplikationen und neg. Outcome (z.B.: Delir, Ileus)
- werden die psychiatrischen Medikamente vor OP abgesetzt: höhere Raten an Verwirrtheitszuständen bzw. Delir

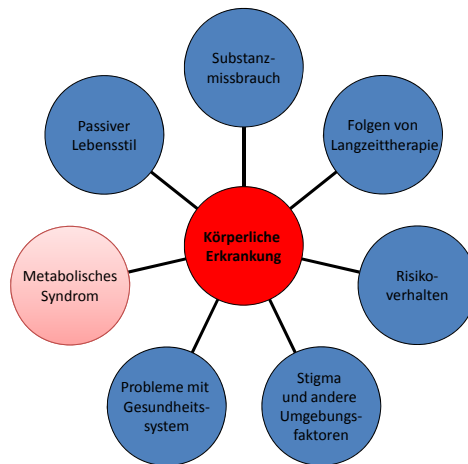
Copeland et al. (2008) Postoperative complications in the seriously mentally ill: a systematic review of the literature. Ann Surg. 248:31-8.

Erhöhte Komplikationsraten bei Schizophrenie sind assoziiert mit...

- Körperlichen Erkrankungen
- Psychotischem oder gefährlichem Gesundheitsverhalten
- Medikamenteninteraktionen zwischen Antipsychotischen und anästhesiologischen Medikamenten

Kudoh (2005) Perioperative Management for Chronic Schizophrenic Patients. Anesth Analg 101:1867-72.

Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie



Metabolisches Syndrom

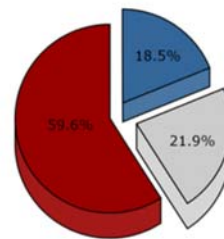
- Das metabolische Syndrom, das Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre von Gerald M. Reaven erstmals als **Insulinresistenz-Syndrom** beziehungsweise „Syndrom X“ beschrieben wurde.
- Kombination aus **Fettleibigkeit (Adipositas)**, **arterieller Hypertonie**, **beeinträchtigter Glukosetoleranz** sowie **pathologisch veränderten Plasma-Lipidspiegeln**. **Hyperurikämie** wird von manchen Autoren ebenfalls als ein assoziiertes Symptom des Syndroms gesehen.

Metabolisches Syndrom

- Folgen des metabolischen Syndroms beinhalten bei insgesamt **erhöhter Mortalität (und damit reduzierter Lebenserwartung)** ein höheres Risiko für **Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung** oder **zerebrovaskuläre Erkrankungen**.
- Schon ein einziger Risikofaktor für das metabolische Syndrom führt zu einer signifikanten Erhöhung von Morbidität und Mortalität.

Overweight and Obesity in Individuals With Schizophrenia

■ Normal Weight (BMI ≤ 24.9)
 ■ Overweight (BMI = 25–29.9)
 ■ Obese (BMI ≥ 30)



Metabolisches Syndrom

- hohe Prävalenz des voll ausgeprägten Syndroms in der **Allgemeinbevölkerung von rund 20 Prozent**
- Das metabolische Syndrom ist bei **schizophrenen und affektiven Störungen** häufiger anzutreffen als in der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenzraten schwanken dabei **zwischen 50 und 75 Prozent**.
- Untersuchungen legen nahe, dass ein signifikanter Teil des Risikos für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms Teil der Krankheit ist, und die Therapie ein indirekter Faktor sein dürfte, der das Risiko modifiziert

Metabolisches Syndrom bei Schizophrenie

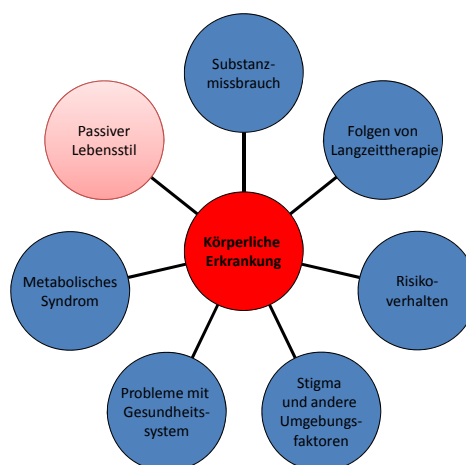
100 patients with schizophrenia and related disorders (50 antipsychotic-free/naïve and 50 on antipsychotic medications for more than 3 months) attending a psychiatric outpatient setting:

- Subjects on treatment **with antipsychotics** had significantly **higher mean weight, body mass index, waist circumference, calorie intake, triglycerides (TGL), very-low-density lipoproteins (VLDL), fasting blood sugar (FBS) and positive family history of diabetes mellitus compared with the antipsychotic-free/naïve ones**. Subjects on antipsychotics also had significantly **higher prevalence of MS**.
- A positive association of MS was observed with age, being married, higher education, executive jobs and ICD-10 diagnosis of schizophrenia, duration of illness, family history of diabetes mellitus and family history of hypertension.

- 1) Antipsychotics are associated with **increased risk of hyperlipidemia and MS**;
- 2) **regular monitoring** of lipid profile and other metabolic parameters should be done in patients on antipsychotics;
- 3) psychiatrists need to lay **emphasis on lifestyle and dietary modifications** in their patients on antipsychotics.

Pallava A, Chadda RK, Sood M, Lakshmy R. Metabolic syndrome in schizophrenia: a comparative study of antipsychotic-free/naïve and antipsychotic-treated patients from India. Nord J Psychiatry. 2012;66(3):215-21.

Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie



ungesunder Lebensstil

- Metabolisches Syndrom: wenig Bewegung, ungesunde Ernährung
- Rauchen und Substanzabusus
- starker „psychischer“ Stress
- mangelndes Körperbewusstsein, -pflege
- Hochriskantes Sexualverhalten

Illness	Lifestyle behavioral factor affecting the illness			
	Smoking	Exercise	Obesity	Diet
Heart disease	✓	✓	✓	✓
Cancer	✓		✓	✓
Stroke	✓	✓	✓	✓
Respiratory diseases	✓			
Diabetes		✓	✓	✓

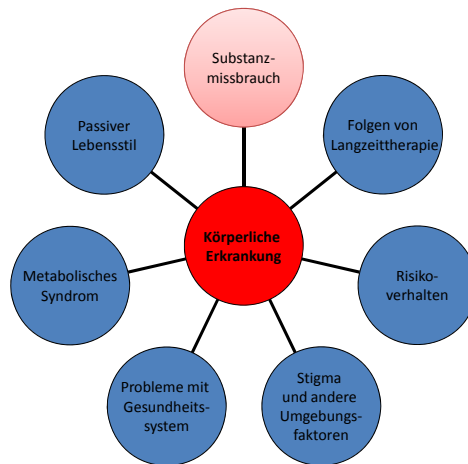
TABLE 1. Types of Physical Activity in the Last Month Reported by Persons With Severe Mental Illness Compared to the General Population (NHANES III)

Type of physical activity	Severe mental illness (N = 185) %	NHANES (N = 2705) %
Walking	49.7	51.5
Jogging or running [†]	4.9	11.9
Biking*	9.2	19.9
Swimming	6.5	9.2
Aerobics	7.0	7.2
Dancing	11.9	17.2
Calisthenics	20.5	20.3
Gardening or yard work*	17.8	50.8
Weight lifting	11.4	10.6
Competitive, other*	3.8	12.6

[†]p < 0.05.

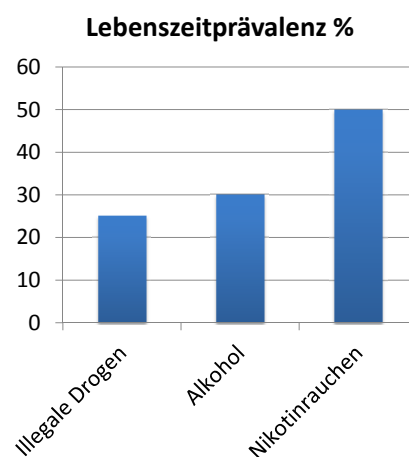
*p < 0.001.

Ursachen für körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie



Substanzabusus /-abhängigkeit bei PatientInnen mit Schizophrenie

- „The impact of comorbidity with substance abuse is **significant in reducing treatment effectiveness, worsening positive psychotic symptoms, increasing social disability and raising the likelihood of violence.**“



Masterson and O'Shea, 1984; Regier et al., 1990; Cuffel et al., 1994

Körperliche Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen

- Schizophrenie und körperliche Erkrankungen
- **S3-Leitlinie**
- Vorschläge für die Praxis



Falkai P. (Hrsg.) (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag.

Empfehlung 10 - S3 LL

- Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung **die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen** sein und so die **Behandlungskontinuität** sichern.
- *Abstimmung erfolgte am 09.03.2010, Ergebnis: Konsens*
- Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung *ambulant vor stationär* sollen wo möglich stationäre Behandlungen vermieden werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP (Klinischer Konsensus Punkt)** *Abstimmung erfolgte am 09.03.2010 à Ergebnis: Konsens*

Statement 6 – S3 LL

- Ohne die Durchführung der Selbstpflege (Körper-, Kleider- und Wohnungspflege) ist kein selbstbestimmtes Leben mit dauerhafter Integration in Familie, Arbeitsprozesse etc. möglich.

Sport- und Bewegungstherapie

Empfehlung 30: Bei Menschen mit einer Schizophrenie sollten - je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit - Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzeptes zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Ib

Abstimmung erfolgte am 28.06.2011 à Ergebnis: Konsens Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

Empfehlung 31: Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit einer Schizophrenie zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: IIa

Abstimmung erfolgte am 28.06.2011 à Ergebnis: Konsens

Empfehlung 32: Bei depressiven Patienten sollte - unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit – gezielt regelmäßiges Trainieren zum Einsatz kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Ib

Abstimmung erfolgte am 28.06.2011 à Ergebnis: Konsens Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

Empfehlung 33: Patienten sollten zur selbständigen Fort- bzw. Durchführung regelmäßiger körperlicher Aktivität in ihrem Alltag ermutigt und angeleitet werden.

Empfehlungsgrad: O, Evidenzgrad: III

Abstimmung erfolgte am 28.06.2011 à Ergebnis: starker Konsens

Empfehlung 34: Regelmäßige körperliche Aktivität unter Anleitung sollte angeboten werden, um psychische Symptomatik zu bessern, Körperwahrnehmung zu fördern, Gemeinschaft zu finden und Fitness zu stärken. **Empfehlungsgrad: KKP**

Abstimmung erfolgte am 24.01.2011 à Ergebnis: starker Konsens

Statement 14 – S3 LL

„Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. Hierfür ist die Erstellung eines **Gesamtbehandlungsplanes unter Partizipation der Betroffenen und aller am Behandlungsprozess Beteiligten**, eine Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Koordination und Kooperation der Behandlungsinstitutionen und der Einbezug des nicht-professionellen Hilfe- und Selbsthilfesystems notwendig. Alle Behandlungs- [und Rehabilitations-] schritte sollten in diesen Gesamtbehandlungsplan integriert werden sowie individuell und phasenspezifisch im Rahmen einer multiprofessionellen und möglichst wohnortnahen Behandlung abgestimmt werden.“

Statement 16 – S3 LL

- Für die Erweiterung und Qualifizierung notwendiger Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern und ihre Familien sind „(präventive) Hilfen und systemübergreifende Vernetzungen“ sowie eine **verstärkte „Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Hilfesystemen**, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, der Erwachsenenpsychiatrie und anderen medizinischen Diensten“ erforderlich.

Körperliche Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen

- Schizophrenie und körperliche Erkrankungen
- S3-Leitlinie
- **Vorschläge für die Praxis**

Verantwortung übernehmen für körperliche Erkrankungen bei PatientInnen mit Schizophrenie



Ambulant

- **Programme:** Kontrolluntersuchung, Bewegungsprogramme,...
- **multidisziplinäre** Herangehensweise
- *"different to the routine care provided to the general public. This approach can and should be accomplished within the usual organizational structure. However, this requires tailoring of the health care to the needs of patients with SMI, as well as structural collaboration between mental health care professionals and GPs"*

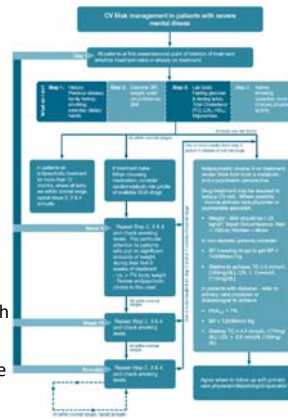


Vreeland B. Bridging the gap between mental and physical health: a multidisciplinary approach. J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 4:26-33.

van Hasselt FM, Oud MJ, Loonen AJ. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):426.

CVD & DM in people with severe mental illness

- People with severe mental illnesses, such as schizophrenia, depression or bipolar disorder, have worse physical health and reduced life expectancy compared to the general population. The excess cardiovascular mortality associated with schizophrenia and bipolar disorder is attributed in part to an increased risk of the modifiable coronary heart disease risk factors; obesity, smoking, diabetes, hypertension and dyslipidaemia.
- Antipsychotic medication and possibly other psychotropic medication like antidepressants can induce weight gain or worsen other metabolic cardiovascular risk factors. Patients may have limited access to general healthcare with less opportunity for cardiovascular risk screening and prevention than would be expected in a non-psychiatric population.
- The **European Psychiatric Association (EPA)**, supported by the **European Association for the Study of Diabetes (EASD)** and the **European Society of Cardiology (ESC)** published this statement with the aim of improving the care of patients suffering from severe mental illness. The intention is to initiate cooperation and shared care between the different healthcare professionals and to increase the awareness of psychiatrists and primary care physicians caring for patients with severe mental illness to screen and treat cardiovascular risk factors and diabetes.



De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry. 2009;24(6):412-24.

Stationär

- Vernetzung von somatischen Abteilungen und Psychiatrischen Abteilungen
- Psychiatrie am Allgemeinkrankenhaus
- Konsiliardienste
- Spezifisches Augenmerk auf körperliche Gesundheit!

TABLE 1. Recommendations for Mental Health Care Providers' Systematic Physical Health Monitoring of Patients With Schizophrenia for Whom Antipsychotic Medication Is Prescribed*

Physical Health Monitoring Parameter	Recommendation
Weight gain	Weight gain in patients with schizophrenia should be monitored for both baseline and follow-up. Weight gain of 5% or more in 1 year is a red flag for increased risk of metabolic syndrome. Patients who gain weight should be monitored for both baseline and follow-up. Weight gain of 5% or more in 1 year is a red flag for increased risk of metabolic syndrome.
Diabetes	Patients with schizophrenia should be monitored for both baseline and follow-up. Fasting glucose level or hemoglobin A _{1c} should be monitored. Patients with significant risk factors for diabetes and those who are gaining weight should have more frequent monitoring. Mental health care providers should be aware of the symptoms of new-onset diabetes including weight loss, polyuria, polydipsia, and blurred vision and should monitor patients for these symptoms.
Hypertension	Mental health care providers should monitor the lipid profiles of all patients with schizophrenia. Blood pressure should be monitored for both baseline and follow-up. Patients with hypertension should be monitored for both baseline and follow-up. Patients with hypertension should be monitored for both baseline and follow-up.
Lipid profile	Patients with schizophrenia should be monitored for both baseline and follow-up. Lipid profile should be monitored. Patients with abnormal lipid profile should be monitored for both baseline and follow-up. Patients with abnormal lipid profile should be monitored for both baseline and follow-up.
Physical health monitoring	Physical health monitoring should be performed for both baseline and follow-up. Physical health monitoring should be performed for both baseline and follow-up. Physical health monitoring should be performed for both baseline and follow-up.

*Recommendations were developed by the World Health Organization, a consensus conference of psychiatrists and experts in obesity, diabetes, hypertension, dyslipidemia, endocrinology, and epidemiology. World Health Organization, 2000. (11-18, 2002). In: World Health Organization.

improving somatic health for patients with severe mental illness (SMI)

- published from January 2000 till June 2011. Randomized interventions directed toward improving somatic health for adult patients with SMI were selected.
- **22 original studies** were included, presenting four types of interventions: health education (n = 9), exercise (n = 6), smoking cessation (n = 5), and changes in health care organization (n = 2). To evaluate the effect of these studies 93 different outcome measures were used in 16 categories.
- Many interventions directed toward improving somatic health for patients with SMI have been started. These studies did not apply similar evaluations, and did not use uniform outcome measures of the effect of their interventions. Valuable comparisons on effectiveness are therefore almost impossible.

van Hasselt FM, Krabbe PF, van Ittersum DG, Postma MJ, Loonen AJ. Evaluating interventions to improve somatic health in severe mental illness: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Feb 26.

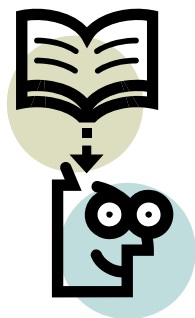
Forschung

- searched the Cochrane Schizophrenia Group Trials Register (October 2009, update in October 2012), which is based on regular searches of CINAHL, EMBASE, MEDLINE and PsycINFO.
- All randomised clinical trials focusing on physical health monitoring versus standard care, or comparing i) self monitoring versus monitoring by a healthcare professional; ii) simple versus complex monitoring; iii) specific versus non-specific checks; iv) once only versus regular checks; or v) different guidance materials.
- **No relevant randomised trials which assess the effectiveness of physical health monitoring in people with serious mental illness have been completed.** We identified one ongoing study.
- There is still no evidence from randomised trials to support or refute current guidance and practice. Guidance and practice are based on expert consensus, clinical experience and good intentions rather than high quality evidence.

Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jan 17;1:CD008298.

Zusammenfassung

- Verantwortung übernehmen für die körperliche Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen
- Körperliche Erkrankungen bei psychischen Erkrankungen ein großes Problem: Morbidität und Mortalität erhöht!
- Leitlinien gerechte Programme!
- Multidisziplinäre Zusammenarbeit
- Forschung intensivieren, um zu einem „State-of-the Art“ zu kommen.



**Danke für die
Aufmerksamkeit!**

martin.aigner@tulln.lknoe.at