

Psychiatrische Alterserkrankungen bei MigrantInnen



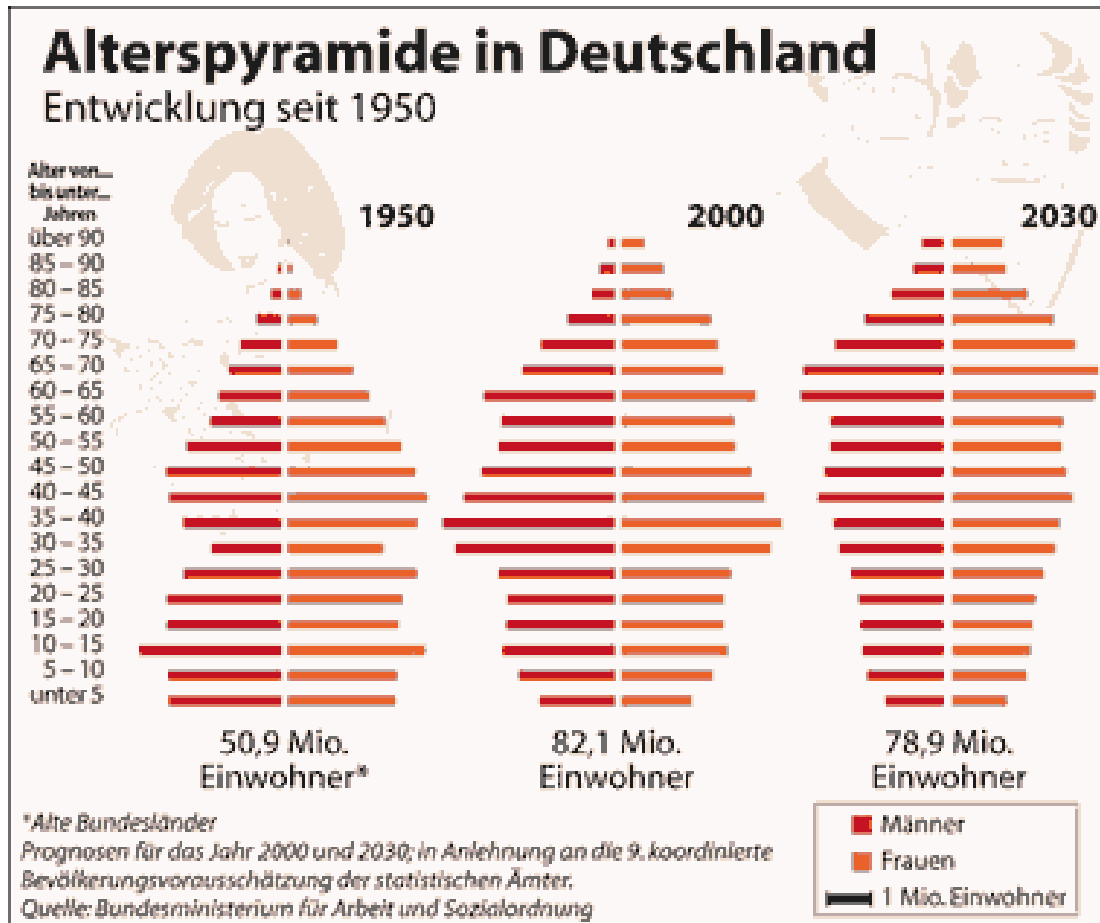
Migrantenambulanz
Амбулатория для эмигрантов



Dement – Im fremden Land

- ▶ Warum dieses Thema?
- ▶ Migration und psychische Erkrankungen im Alter
- ▶ Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Regelversorgung

Überalterung der Gesellschaft



Winblad et al. (2005):
Alzheimer's Association
International Conference on
Prevention of Dementia

Kosten weltweit für
Demenzkranken 2003:
156 000 000 000 US \$

Größter Risikofaktor für Demenz: **Alter**

z.Zt. ca. 1 Million Alzheimer-Patienten in D, bis 2050: ca. Verdreifachung

➡ enorme gesellschafts- und finanzpolitische Herausforderung

Prognosen

MigrantInnen über 60 Jahre

| | |
|-------------|-----------------------|
| 2001 | 665 000 |
| 2010 | 1,30 Millionen |
| 2030 | 2,86 Millionen |

Die Ausgangslage

- ▶ Keiner *sollte* und *wollte* sich „integrieren“
- ▶ Die Gastarbeiter *sollten* und *wollten* wieder in ihre Heimat
- ▶ Das Ziel wieder in die Heimat zu gehen ist immer noch da, wird aber nur sehr selten umgesetzt

Hindernisse der Rückkehr der „Gastarbeiter“

- familiäre Gründe
- bessere gesundheitliche und soziale Versorgung in der BRD
- Entfremdung von den sozialen Netzwerken im Herkunftsland
- Angst vor Enttäuschungen
- Scham, das Ziel der Migration nicht erreicht zu haben

Postmigratorische Stressoren

- ▶ Aufenthalts- und arbeitsrechtliche Belastungen
- ▶ **Familiäre Belastungen**
- ▶ Kommunikationsschwierigkeiten
- ▶ ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen
- ▶ schlechtere Qualifikation in Schule und Beruf
- ▶ wenig planbare Zukunftsperspektiven
- ▶ schlechtere gesundheitliche Versorgung

Prävalenz depressiver Störungen im Alter

Analyse aus 34 weltweiten Studien:

- 1,8% der Älteren leiden an schweren Depressionen (major depression)
- 9,8 % an leichteren Depressionen (minor depression)
- 13,5 % an „krankheitswertigen“ depressiven Störungen
- 9 – 20 % an „subdiagnostischen“ depressiven Störungen

Trotz aller entgegenstehenden Vermutungen zeigen die Studien trotz altersabhängiger Risikofaktoren (Verluste, chronische Krankheiten, soziale und ökonomische Einschränkungen) weder ein häufigeres Vorkommen von Depressionen im Vergleich mit der jüngeren Bevölkerung, noch deuten sie konsistent auf einen innerhalb der Altenbevölkerung sich vollziehenden Altersanstieg hin.

Übereinstimmung besteht, dass (auch ältere) Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer an Depressionen erkranken.

Frühe Alterungsprozesse der ersten Migrantengeneration

Gründe:

- ▶ schlechte medizinische Versorgung im Herkunftsland
- ▶ Körperlich belastende Tätigkeiten nach Ankunft
- ▶ Hohes Risiko gesellschaftlicher Desintegration
- ▶ geringe / fehlende Nutzung medizinischer Dienste

Kränkungen im Alter

- ▶ Das Gefühl unerwünscht zu sein
- ▶ Finanzielle Unsicherheit
- ▶ Langweile und Ziellosigkeit
- ▶ Das Gefühl, nutzlos zu sein
- ▶ Einsamkeit und soziale Isolation
- ▶ Körperliche Gebrechlichkeit
- ▶ Plötzliche Veränderung der Lebensumstände
(z.B. Heimeinweisung, Tod eines nahen Menschen)
- ▶ Angst vor dem eigenen Tod

Migration ist ein Stress auslösendes Ereignis, das auch noch in späteren Lebensphasen, wenn der Erfolg der Anstrengungen nicht eintritt, zu psychischen Krisen führen kann.

Brucks, U.: Psychoneuro 2004, 30:228-231

„Wir sind seelisch krank, automatisch – und körperlich auch“

Brucks, U. et al.: Zum Krankheitsverständnis türkischer Arbeiter

In: Gesundheit für alle, Verlag Bissler, 1985

Der „healthy migrant effect“,
der daher rührt, dass sich eher
gesündere Probanden
auf eine Migration einlassen,
wird bei älteren
Migranten mit langer
Aufenthaltsdauer
durch kumulierte
Gesundheitsbelastungen
teilweise aufgehoben.

Mohammedzdeh & Tempel:
Gesundheitswesen 2005, 67:832-839

Ausgangssituation

- ▶ Zahl älterer MigrantInnen steigt
- ▶ Integrationsbarrieren (sprachlich, kulturell, strukturell etc.)
- ▶ Hohes Risiko gesellschaftlicher Desintegration
- ▶ Öffentliches Problembewusstsein gering
- ▶ Informationsdefizite zu Förderinstrumenten

Zahlen: Migration und Demenz (Farhur 2010)

1.2 Millionen Demenzerkrankte in BRD

Davon etwa 100.000 mit Migrationshintergrund (8%)

- ca. 27.000 EU - Europäer
- ca. 35.000 Spätaussiedler

Staaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS-Staaten), den baltischen Staaten und den übrigen Aussiedlungsgebieten (Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn und Rumänien)

- ca. 9000 mit türkischem Migrationshintergrund
- alle anderen Länder

Organfunktionen im 80. Lebensjahr (1)

- ▶ **Gehirngewicht** ▶ **56 %**
- ▶ **Gedächtnisleistung** ▶ **herabgesetzt**
- ▶ **Reaktionsgeschwindigkeit** ▶ **Herabgesetzt**
- ▶ **Zerebrale Zirkulation** ▶ **80 %**
- ▶ **Regulationsgeschwindigkeit des Blut-pH** ▶ **17 %**
- ▶ **Maximaler Pulsschlag** ▶ **75 %**
- ▶ **Herzschlagvolumen in Ruhe** ▶ **70 %**
- ▶ **Anzahl der Nierenglomeruli** ▶ **65 %**
- ▶ **Glomeruläre Filtration** ▶ **69 %**
- ▶ **Nieren-Plasmafluss** ▶ **50 %**
- ▶ **Anzahl der Nervenfasern** ▶ **63 %**
- ▶ **Nervenleitungsgeschwindigkeit** ▶ **90 %**
- ▶ **Anzahl der Geschmacksknospen** ▶ **35 %**

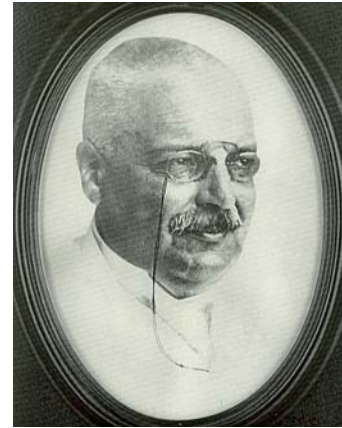
Organfunktionen im 80. Lebensjahr (2)

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| ▶ Max. Sauerstoffaufnahme im Blut | ▶ 40 % |
| ▶ Max. Ventilationsrate | ▶ 53 % |
| ▶ Max. Expirationsstoß | ▶ 43 % |
| ▶ Mineralgehalt der Knochen | |
| ▶ - Frauen | ▶ 70 % |
| ▶ - Männer | ▶ 85 % |
| ▶ Vitalkapazität | ▶ 56 % |
| ▶ Nebennierenfunktion | ▶ Abnahme |
| ▶ Gonadenfunktion | ▶ Abnahme |
| ▶ Handmuskelkraft | ▶ 55 % |
| ▶ Muskelmasse | ▶ 70 % |
| ▶ Max. Dauerleistung | ▶ 70 % |
| ▶ Max. kurzfristige Spitzenleistung | ▶ 40 % |
| ▶ Grundstoffwechsel | ▶ 84 % |
| ▶ Gesamtkörperwasser | ▶ 82 % |

Demenzformen

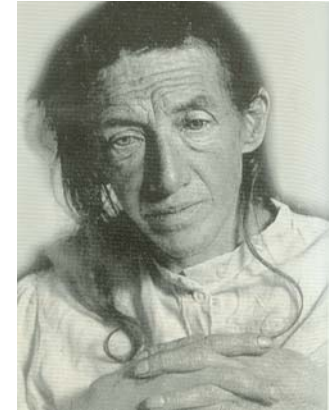
Primär degenerative Demenzen

- Alzheimer Demenz (AD): **ca. 50-70%**
- Lewy-Body-Demenz (LBD)
- Frontotemporale Lobärdegeneration
 - Frontotemporale Demenz (FTD)
 - Semantische Demenz (SD)
 - Progressive nicht flüssige Aphasie (PA)



Alois Alzheimer

Auguste D.



Vaskuläre Demenzen

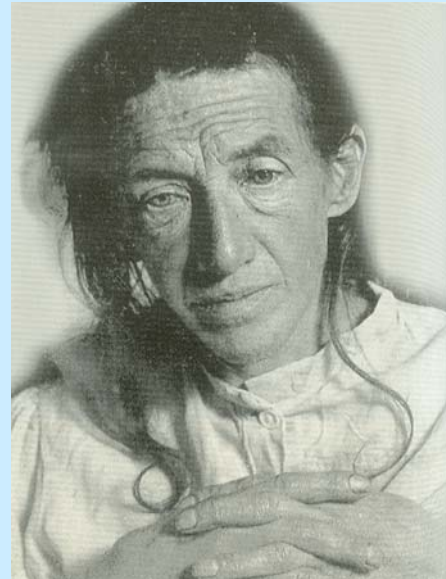
Sekundäre Demenzen, z.B. bei:

- Intoxikationen
- Infektionen
- Hirntumoren

Alois Alzheimer

Auguste D.: 51-jährige Patientin

- paranoide Denkinhalte
- Gedächtnisschwäche
- zeitliche, örtliche Desorientierung
- Sprachstörungen
- “völlige Ratlosigkeit”



Auszug aus Alzheimers Protokoll vom 6.11.1901

Sie saß auf ihrem Bett mit einem hilflosen Gesichtsausdruck.

„Wie heißen Sie?“ – „Auguste.“

„Ihr Familienname?“ – „Auguste.“

„Wie heißt Ihr Mann?“ – „Ich glaube, Auguste.“

„Sind Sie verheiratet?“ – „Zu Auguste.“

Neuronale Degeneration

Die Pathobiologie der Alzheimer-Demenz ist charakterisiert durch:

- Amyloide Plaques
- Neurofibrilläre Bündel

Amyloide Plaques

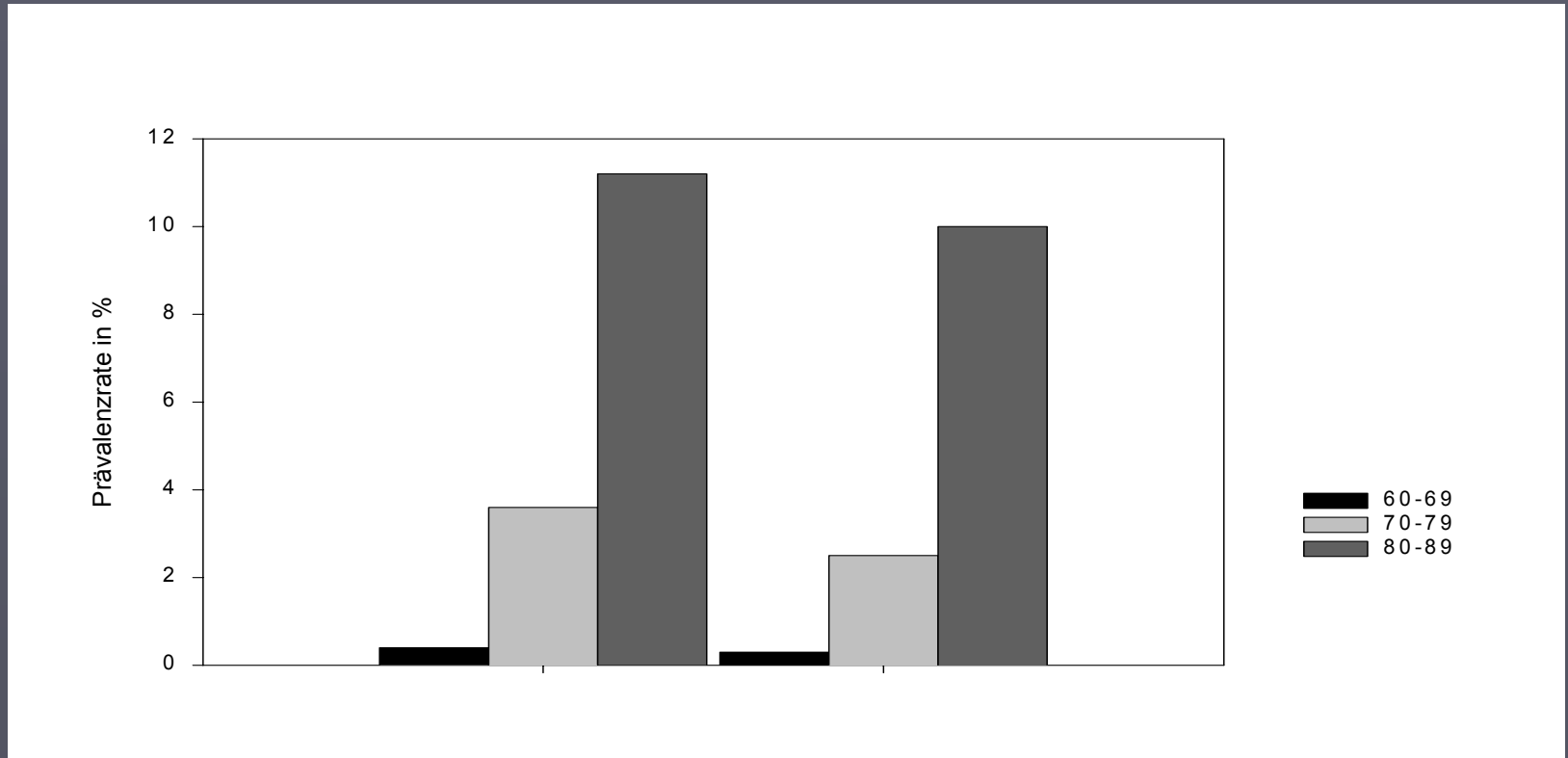
- Amyloide Plaques sind extrazelluläre Strukturen, die in Gehirnen von Alzheimer-Patienten häufiger vorkommen, insbesondere im Hippocampus und im Neocortex.
- Amyloide Plaques sind dichte und unauflösbare Strukturen.
- Die Plaques bestehen aus einem beta-amyloid Kern, umgeben von veränderten Axonen und Dendriten

Neurofibrilläre Bündel

- Intrazellulär eingeschlossene Körperchen, bestehend aus paarweise umeinander gewundene Filamenten, die in einer charakteristischen Doppel-Helix-Struktur vorliegen
- Die Helix-Filamente scheinen größtenteils aus einem hyperphosphorylierten Protein zu bestehen - *tau* genannt, das für Microtubuli innerhalb der Axone verantwortlich ist
- Die Neurofibrillen entsprechen Überresten von zerstörten neuronalen Mikrotubuli

Risikofaktoren bei dementiellen Erkrankungen

Risikofaktor Nummer 1: *Alter*



Frauen

Männer

Demenzrisiko und Alter

Aus 5 Inzidenzstudien lässt sich ableiten, dass das kumulierte Demenzerkrankungsrisiko zunächst sehr langsam steigt:

- bis zum Alter von 70 Jahren ca. 2 % der Bevölkerung
- bis zum Alter von 75 Jahren ca. 5 % der Bevölkerung
- bis zum Alter von 80 Jahren ca. 12 % der Bevölkerung
- bis zum Alter von 90 Jahren ca. 45 % der Bevölkerung
- bis zum Alter von 95 Jahren ca. 70 % der Bevölkerung

Dies alles ist ein starkes Indiz für alterungsbezogene Prozesse und lässt vermuten, dass nicht nur ein prädisponierter Teil der Bevölkerung unter dem Risiko einer Demenzerkrankung steht, sondern dass fast jeder Mensch eine Demenz entwickelt, wenn er ein sehr hohes Lebensalter erreicht (und nicht vorher an anderen Erkrankungen stirbt).

Risikofaktoren

Weitere Risikofaktoren:

- Genetische Faktoren
- niedrige Bildung
- hohes Alter der Eltern bei der Geburt
- schlechte Ernährung (Vitamin B₁₂-Mangel)
- prämorbidie Persönlichkeitsmerkmale
- Schädel-Hirn-Traumata
- psychiatrische Vorerkrankungen
- übermäßiger Alkoholkonsum
- Exposition von toxischen Substanzen

Diagnosekriterien für Demenz

Kernsymptom:
Gedächtnisstörung

Mindestens 6 Monate andauernde
Beeinträchtigung
von Gedächtnisfunktionen

und ...

Beeinträchtigung heißt:

weniger als vorher!

Diagnosekriterien für Demenz

mindestens ein weiteres intellektuelles Defizit:

Abstraktes Denken (z.B. Ähnlichkeiten oder Unterschiede verwandter Begriffe erkennen)

Urteilsvermögen (Bewältigung von Problemen vernünftig planen)

Andere höhere kortikale Funktionen

Aphasie (Störung der Sprache).

Apraxie (beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen, trotz intakter Motorik).

Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen oder zu identifizieren, trotz intakter sensorischer Funktionen)

Visuokonstruktive Aufgaben (Zeichnen von Figuren, Uhr-Test)

Persönlichkeitsveränderungen

Diagnosekriterien für Demenz

und die Störung ist so schwer, dass hierdurch

- die Arbeit,
- soziale Alltagsaktivitäten und
- persönliche Beziehungen zu anderen Menschen

im Vergleich zum **früheren Leistungsniveau** deutlich beeinträchtigt sind.

Klinische Aspekte des altersassoziierten kognitiven Abbaus, der Depression, der leichten kognitiven Störung (MCI) und der Demenz

| | Altersassoziiertes kognitives Abbau | Depression | Leichte kognitive Störung | Demenz |
|--------------------------------------|---|---|--|--|
| subjektive Besorgnis um Gedächtnis | häufig | sehr häufig | meistens | möglich im frühen Stadium |
| Besorgnis der Angehörigen | nicht vorhanden | Sorgen um Antrieb und Stimmung | häufig | obligat |
| objektivierbare Gedächtnisstörung | semantisches Gedächtnis erhalten, Langzeitgedächtnis vermindert | häufig | obligat nach Definition von 2004 und beim amnestischen Subtyp | ausgeprägt |
| Störungen anderer kognitiver Domänen | Aufmerksamkeit und Geschwindigkeit reduziert | allgemeine Klagen der Überforderung | je nach Subtyp: Defizite der Sprache, des Planens und der räumlichen Vorstellung | ausgeprägt, Alltagsaktivitäten eingeschränkt |
| sensorische Störungen | häufig leichte Hör- und Sehminderung | altersentsprechend | häufig Geruchsidentifikationsstörung | meist Geruchsidentifikationsstörung |
| funktionelle Einschränkungen | nein | bei schwerer Depression obligat | Alltagsaktivitäten intakt | obligat |
| Verhaltensauffälligkeiten | nein | Hemmung oder Agitation häufig | Grübeln, Depressivität häufig | meist Agitation, Depressivität, Angst, Apathie |
| morphologische Auffälligkeiten | altersabhängig, häufig Läsionen der weißen Substanz | altersabhängig, häufig Läsionen der weißen Substanz | leichte Atrophie mediotemporal, Läsionen in weißer Substanz | häufig Atrophie und/oder ausgeprägte Läsionen in der weißen Substanz |
| typische Kardinalklagen | „Früher war es besser.“ | „Ich kann nichts mehr.“ | „Ich vergesse mehr.“ | „Er/sie findet sich nicht mehr zurecht.“ (sagt der Angehörige) |

modifiziert und erweitert nach Ellison, JAMA 2008 (25)

Kann man sich vor einer
Demenz schützen?

Was hat das mit älteren
türkischen Migranten zu tun?

Da kann man also (fast) nichts machen:



Da kann man also (fast) nichts machen: **Oder doch?**



Faktoren, um eine Demenz 20 Jahre später vorherzusagen

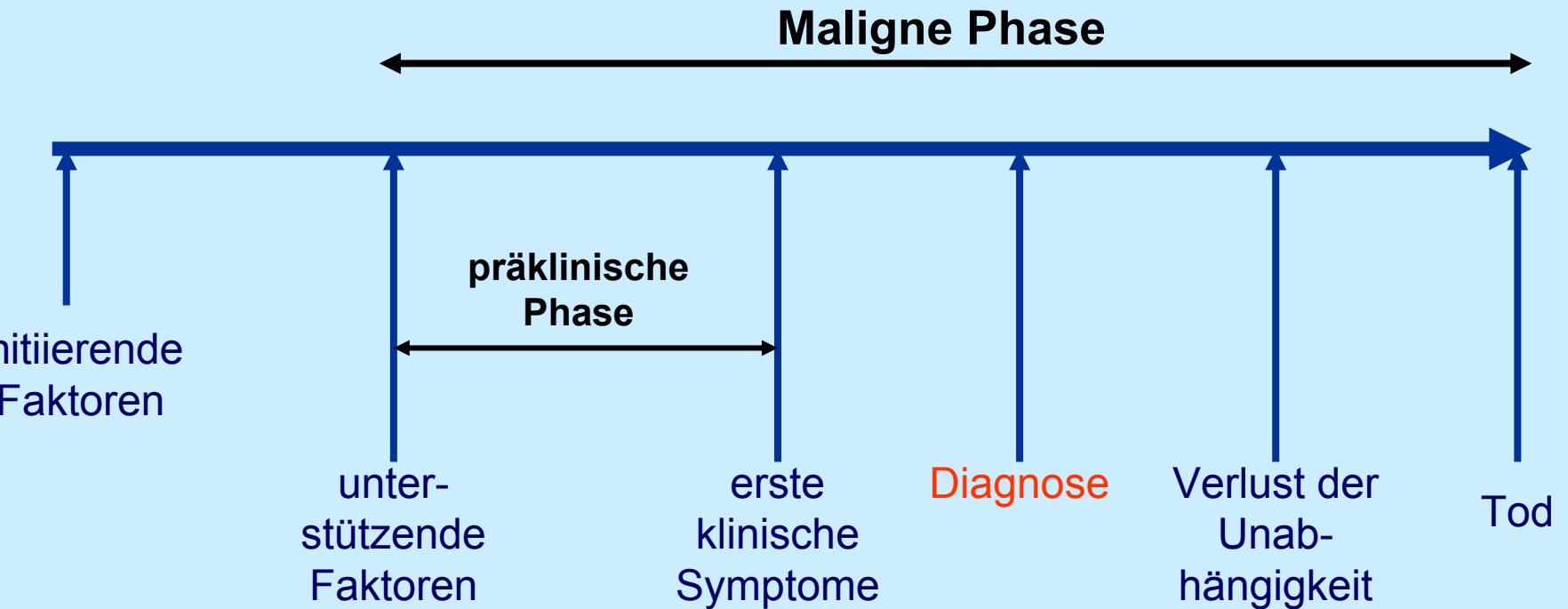
(Kivipelto et al. 2006, Lancet-Neurology)

“Risk Scores“

Risikoprofil

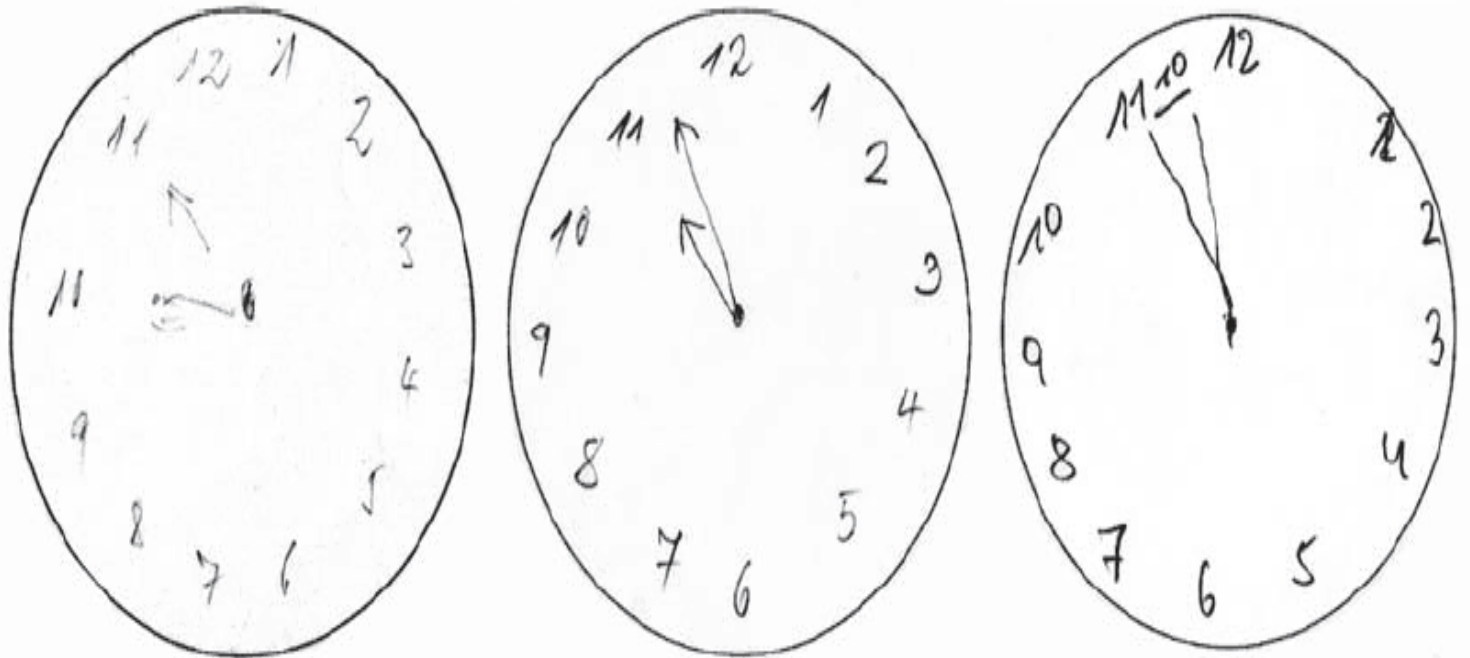
| | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| | niedrig (score=0) | hoch (score=18) |
| Alter | ≤ 47 Jahre | ≥ 53 Jahre |
| Geschlecht | Frau | Mann |
| Bildung | ≥ 10 Jahre | ≤ 6 Jahre |
| systemischer Blutdruck | ≤ 140 mm Hg | ≥ 140 mm Hg |
| Body-mass-Index | ≤ 30 kg/m ² | ≥ 30 kg/m ² |
| gesamtes Cholesterin | ≤ 6,5 mmol/l | > 6,5 mmol/l |
| sportliche Aktivität | aktiv | inaktiv |
| APOE ε4 | – | ε4 |
| Risiko einer Demenz | 0,13 % | 49% |

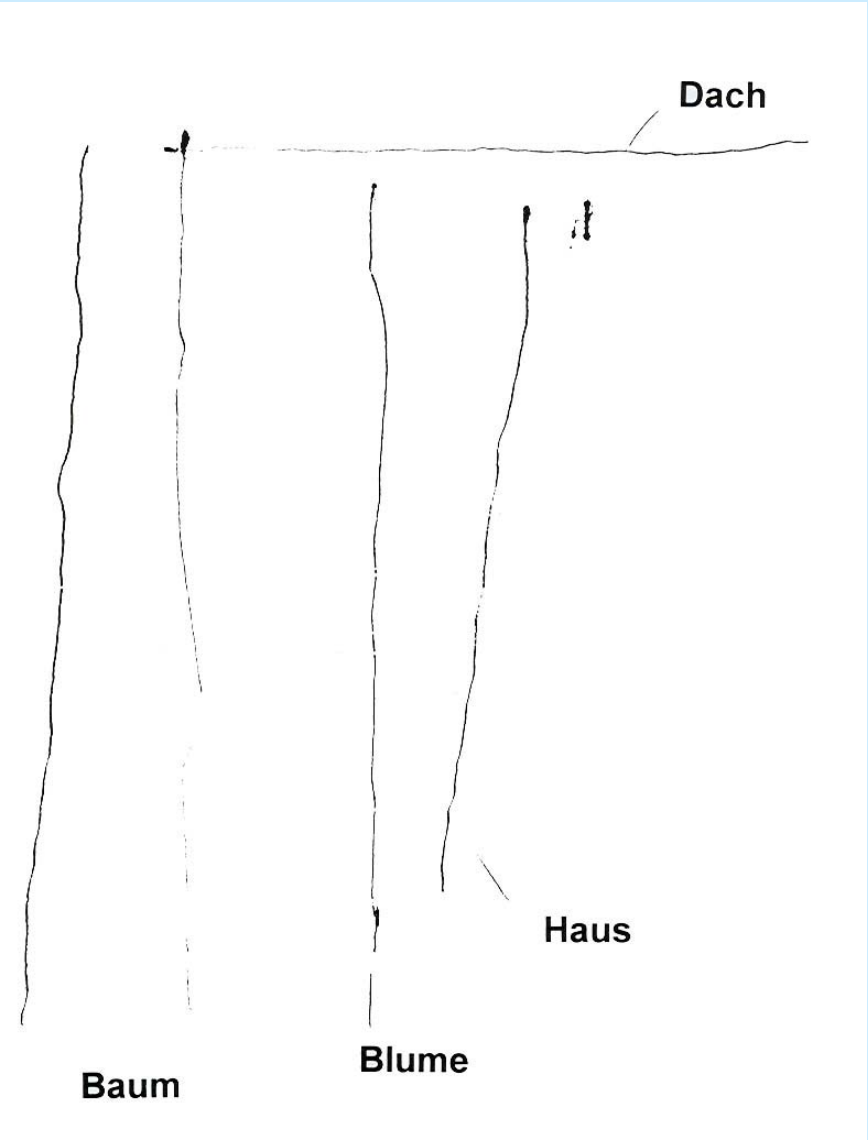
Verlauf der AD



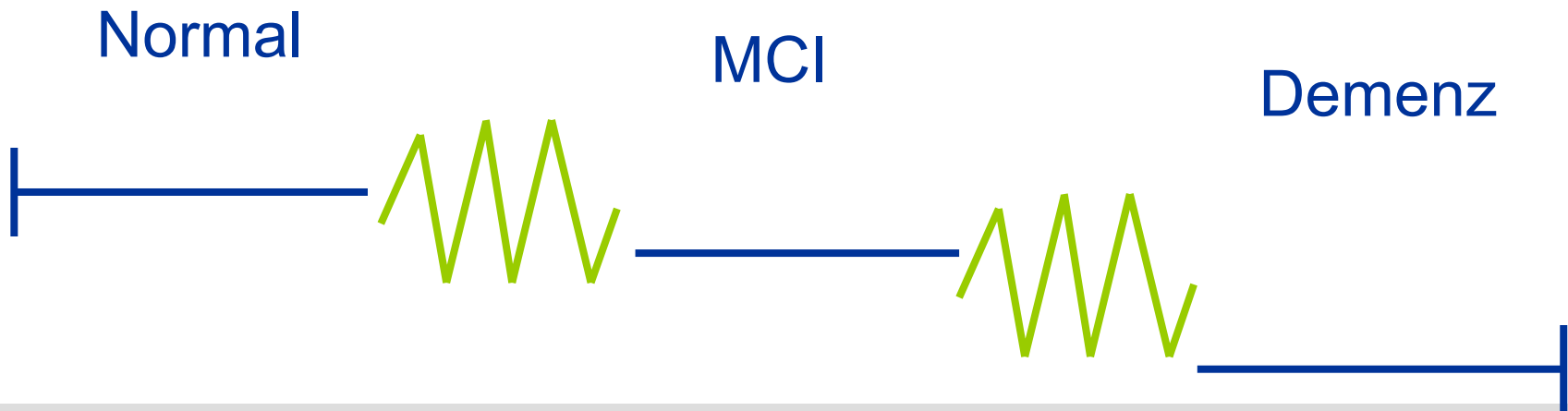
Charakteristische
Uhrzeichnungen
von Patienten mit
beginnender AD. Es
sollte das Zifferblatt
einer Uhr und die
Uhrzeit „10 Minuten
nach 11“ in einen
vorgegebenen Kreis
eingezeichnet wer-
den. Die Platzierung
des Minutenzeigers
gelingt nicht mehr
(15), mit freundli-
cher Genehmigung
des Verlags SAGE.

GRAFIK 2





Mild Cognitive Impairment



MCI-Kriterien

Petersen et al. (1999)

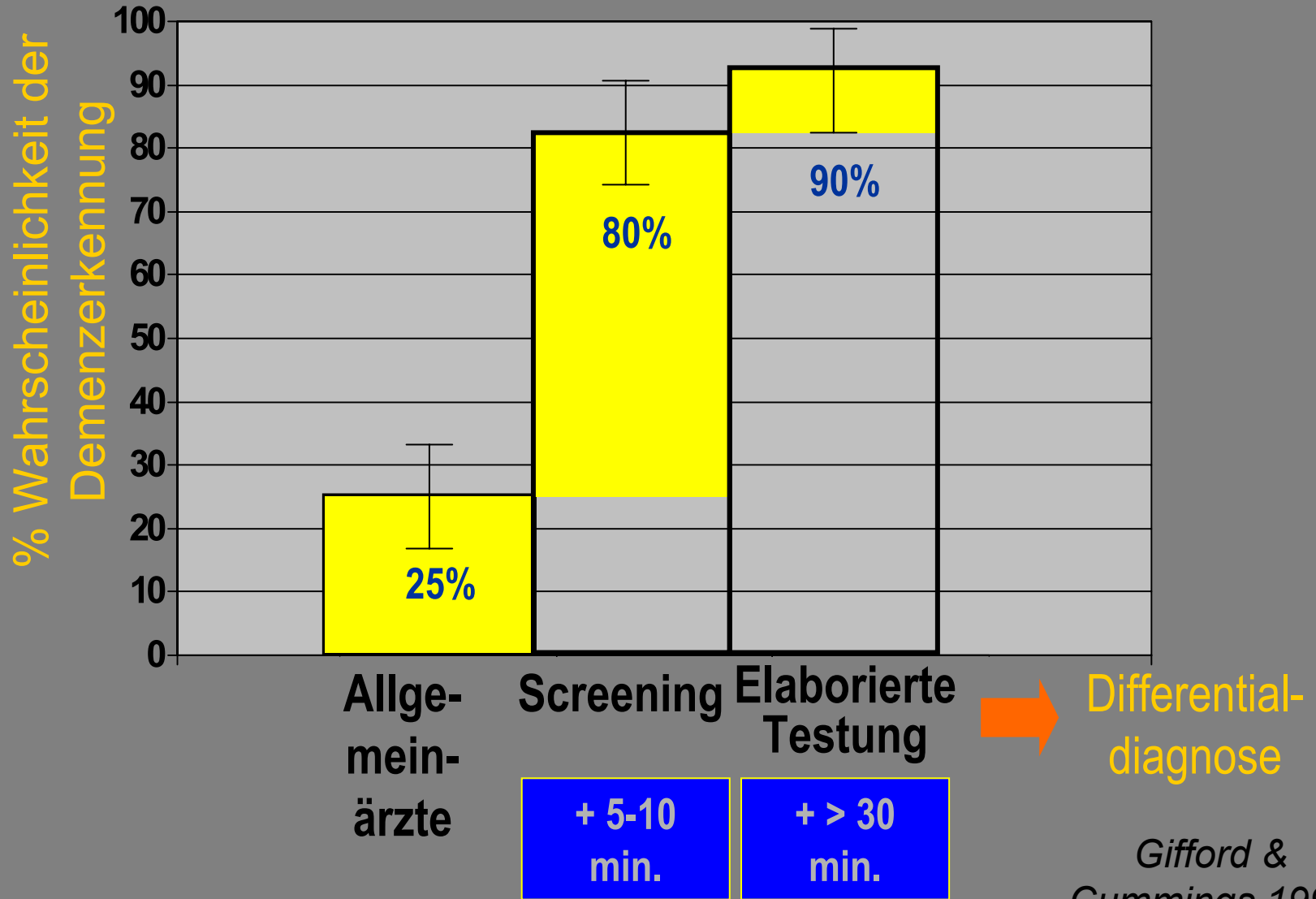
- subjektive Gedächtnisbeeinträchtigung
- unterdurchschnittliche Gedächtnisleistung
- normale „Alltagsaktivitäten“
- normales kognitives Funktionsniveau
- nicht dement

Konversionsraten zur Demenz hoch

z.B. 3-Jahreszeitraum: 20% - 53% (Wolf et al., 1998, McKelvey et al. (1999)

6-Jahreszeitraum: bis 80% (Petersen et al., 2003)

Neuropsychologische Demenzdiagnostik



Gründe für eine frühzeitige Diagnosestellung

- ▶ **Aufhebung der Ungewissheit**
- ▶ **Einordnung der Symptome**

Die Probleme mit dem MMST

- ▶ sehr sprachlastig (lesen, schreiben, rechnen)
- ▶ gregorianischer versus islamischer Kalender
- ▶ Jahreszeiten werden nicht immer eingehalten
- ▶ Zahlen werden „umgekehrt“ ausgesprochen
- ▶ Kenntnisse über die Aufteilung in einzelne Bundesländer
- ▶ abzeichnen kann Probleme bereiten

Zu den ADL

(activities of daily living)

- ▶ Die bestehenden ADL-Skalen werden älteren türkischen Mitbürgern nicht gerecht
- ▶ Es besteht dringender Bedarf zu einer Neukonstruktion
- ▶ Es muss zwischen Männern und Frauen unterschieden werden



**UNIKLINIK
KÖLN**



TRAKULA








**Transkulturelles Assessment mentaler
Leistungen**

Prof. Dr. J. Kessler, Uniklinik Köln








Prof. E. Kalbe, Uniklinik Köln








Dr. Dr. M. Ozankan, LVR Langenfeld















Symboltest















| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |
| ⊂ | ∧ | + | - | ○ | | / |

Beispiel:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| | | | | | | | | | | | | | |

Zugangsbarrieren zur Kranken- und Altenhilfe

- ▶ **Sprach- und Verständigungsprobleme**
- ▶ Informationmangel
- ▶ „Rückkehrillusion“
- ▶ Angst vor deutschen Institutionen
- ▶ Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen
- ▶ Zunehmende „Ethnizität“, Religiösität im Alter
- ▶ Kulturelle Faktoren

Probleme bei „Gastarbeitern“

oft funktionelle Analphabeten

geringe Bildung

geringe Deutschkenntnisse

familiär kulturabhängige Faktoren

unterschiedliche Krankheitswahrnehmung und -zuschreibung

„The Problem With Interpreters“

5 Fehlerquellen (Vasquez & Javier, 1991)

- **Auslassungen**
- **Ergänzungen**
- **unzulässige Verdichtungen**
- **Ersetzen von Aussagen**
- **Rollentausch (der Übersetzer wird Therapeut)**

Die verschiedenen Kulturen haben verschiedene Ansichten von Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Krankheit wird gerade bei Menschen aus dem asiatischem und afrikanischem Raum oft als bedrohlich empfunden und gilt als exogen verursacht

Schicksal... Strafe...

Prävention spielt keine große Rolle!

Krankheitsverständnis

Koen-Enge, 1986

Magische und religiöse Krankheitsvorstellungen

(der böse Blick, Besessenheit von Geistern, Einfluss von Zauber, Schicksalhaftigkeit)

naturgebundene Krankheitsvorstellungen,

(der Einfluss von Witterungen und der Natur)

mechanische Krankheitsvorstellungen

(Verrutschen und Lageveränderung der Organe)

und aus der modernen Schulmedizin übernommene Krankheitsvorstellungen

Organchiffren

- ▶ mein Bauchnabel sitzt nicht richtig
- ▶ meine Leber fällt
- ▶ mein Magen fällt
- ▶ „alles kaputt“ – Gruppe
- ▶ mein Inneres brennt
- ▶ ich habe meinen Kopf erkältet

Aus medizinischer und pflegefachlicher Sicht:

- ▶ Der Mangel an sprachlicher und kultureller Verständigung führt in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung zu Informationsdefiziten
- ▶ Falsche pflegerische und medizinische Handlungsansätze können die Folge sein

Aus medizinischer und pflegefachlicher Sicht:

Ein falscher Ansatz produziert...

- ▶ Fehldiagnosen
- ▶ lange Liegezeiten
- ▶ zusätzliche kostspielige Apparatebefunde

Aus medizinischer und pflegefachlicher Sicht:

Ein falscher Ansatz produziert...

- ▶ Drehtüreffekte
- ▶ „Doctorhopping“
- ▶ Gabe von Medikamenten aus Hilflosigkeit
- ▶ Gesundheitsprozess wird verlangsamt

Kultursensible Versorgungsangebote

- Sonnenberger Leitlinien, 2002
- Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe, 2002
- Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe, 2004
„Aufeinander zugehen – voneinander lernen“
- Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit
Älteren Migranten (IKoM)
- IKoM-Newsletter
- Aktion Courage
- Leuchtturmprojekt Evident, 2010

Langenfeld'de bulunan Rheinische Kliniken ruhsal sorunları olan Türk hastaları ve onların yakınları için kendi dillerinde psikiyatrik tedavi ve danışma hizmeti sunmaktadır.

Bölümümüze tedavi için nasıl başvurabilirsiniz?

Evdoktorunuza (Hausarzt) başvurarak Migrantenambulanz'a bir sevk kağıdı (Überweisung) yazmasını isteyebilirsiniz. Daha sonra telefonla, Türkiye bilen Arzthelfer'in'den randevu almanız gerekmektedir.

Migrantenambulanz'ta ilk görüşmeniz

İlk görüşme sırasında hekim sizden olası olduğu ölçüde kendinizi ve sorunlarınızı anlatmanızı ister. Bazen sorunlarınızın daha iyi anlaşılabilmesi için birden fazla görüşme gerekebilir. İlk görüşmeye daha önceden başvurduğunuz hekimlerin yazdığı ilaçları ve hastane raporlarını da beraber getirmanız son derece önemlidir. Bize verdiğiniz kişisel bilgiler meslek sırtı alanına girer. Sizin yazılı izniniz olmadan kimseye sizinle ilgili bilgileri vermeyiz.

Hangi hastalıkların tedavileri yapılmaktadır?

Depresyon (Ruhsal Çökkünlük), bunaltı, panik atağı, korku rahatsızlığı, seplanti zorlanma hastalığı, sıkıntı nöbeti, ruhsal kaynaklı bedensel hastalıklar, hastalık hastalığı, yeme ve uyku bozuklukları, psikoitik bozukluklar (Akıl Hastalığı, Şizofreni), bunama ve kişilik bozuklukları.

Görüşme için nasıl randevu alabilirim?

Muayene için pazartesten cumaya kadar **9.00 - 16.00** arasında **0 21 73 / 1 02 22 41** numaralı telefondan **mut-laka** randevu alınması gereklidir.

Herhangi bir nedenden dolayı görüşmeye katılmayacaksanız, bunu en az 24 saat önceden bildiriniz. Bu yardım hizmetlerinin düzenli yürütmesi bakımından önemlidir.



ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКО – ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУССКОГОВОРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ НА РОДНОМ ЯЗЫКЕ

Кто принадлежит к группе пациентов?

Приехавшие из России лица от 18 лет с такими психическими расстройствами как психозы (паранойя, шизофрения), маниакально-депрессивные и депрессивные состояния, страхи, атаки паники, невротические расстройства, нарушения личности, навязчивые идеи, зависимость от медикаментозных и нелегальных веществ, а также разными формами душевных расстройств в престарелом возрасте.

Что предлагает наш амбулаторный центр?

Возможность квалифицированного психиатрического и психотерапевтического лечения на родном языке, учитывая ментальные особенности группы эмигрантов. Вы получите диагностику, медикаментозную терапию и поддерживающую психотерапию; при желании возможно подключение родственников или доверенных лиц соответствующих служб.

Условия для лечения:

Пациент, домашний врач (Hausarzt) или родственники получают время приема (Termin) на основании направления (Überweisung) врача, Befreiung или оплаты 10 евро. Лечение переносится всеми больничными кассами.

Приём ведёт врач-психиатр/психотерапевт Инна Кудашкина

Часы приема: с понедельника по пятницу **9.00 - 16.30** по вторникам 14.00 в амбулатории по заболеваниям зависимости (Здание No.3)

Телефон: **0 21 73 / 1 02 22 41**
Телефакс: **0 21 73 / 1 02 22 49**
E-Mail: **inna.kudaschkina@lvr.de**

Время для первого приема пациента можно согласовать в короткий срок.

Как Вы нас найдёте?

Городским транспортом:

Из Дюссельдорфа, Кельна, Эссена S-Bahn 6 до вокзала Langenfeld, далее автобусом 231 до остановки Rheinische Kliniken Langenfeld. На территории клиники находится амбулатория для эмигрантов (Здание 31).

Kooperationspartner der Migrantenambulanz

- Niedergelassene türkisch- und russischsprachige ÄrztInnen
- Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM)
- Gesellschaft türkischsprachiger Psychotherapeuten (GTP)
- Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP)
- Dachverband Transkultureller Psychiatrie
- Sozialpsychiatrische Zentren – Familienberatung
- Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit Älteren Migranten (IKoM)
- Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge
- Sozialabteilungen der jüdischen Gemeinden in NRW

Migrantenambulanzen im Rheinland

- ▶ LVR Langenfeld (2004)
 - ▶ LVR Viersen (2006)
 - ▶ LVR Bedburg-Hau (2006)
 - ▶ LVR Bonn (2007)
 - ▶ LVR Düsseldorf (2008)
-
- ▶ LWL-Bochum (2005)
 - ▶ Alexianer Köln (2007)
 - ▶ Klinik Königshof Krefeld (2007)
 - ▶ Marien-Hospital Duisburg (2007)

Projekt

Diagnostik und Behandlungsstrukturen von Demenzerkrankungen bei MigrantInnen und der Gesamtbevölkerung Deutschlands

- ▶ Klinik und Poliklinik für Neurologie der Uniklinik Köln
- ▶ Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Uniklinik Köln
- ▶ Migrantenambulanz der LVR – Klinik Langenfeld

▶ Screeningsinstrument TRAKULA / EASY

▶ Literaturzusammenstellung und Auswertung bestehender Studien zur Diagnostik demenzkranker MigrantInnen

▶ Bestehende Institutionen und Netzwerke für demenzkranke MigrantInnen

▶ Bestandsaufnahme der interkulturellen Inanspruchnahme

- Sprache und Verstehen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Bedarfsanalyse und Angebotsstruktur
- Netzwerkanalyse
- Darstellung der Versorgungssituation und Erfahrungsberichte