

Schwindel, Gangunsicherheiten und Stürze im Alter

Von Dr. H Schaaf

[Impressum](#), LÄK [Hessen](#), die [Berufsordnung](#) und das [Hessische Heilberufsgesetz](#)

Datenschutz-Erklärung:

Ich sammele KEINE Daten und verwende keine Cookies ([Ausführliche Datenschutzerklärung](#)).

Die Hinweise auf meiner Internet-Seite können keine ärztliche Beratung ersetzen.
Es kann auch keine Beratung per email erfolgen.

Bitte wenden Sie sich an Therapeuten Ihres Vertrauens und /
oder an das [Ohr- und Hörinstitut bzw. das Gleichgewichtsinstitut Hesse\(n\)](#)

Alt werden allein ist kein Grund zum Schwindeln oder Fallen. Dennoch lassen mit zunehmendem Lebensalter so manche Fähigkeiten nach, auch solche, die an der Aufrechterhaltung des Gleichgewichtssystems beteiligt sind. Auch werden die vom Zentralnervensystem koordinierten Ausgleichsbewegungen zur Balancekontrolle langsamer. Die Folge ist eine Zunahme der Schwindelerkrankungen mit dem Alter.

Besonders häufige Ursachen von Schwindel und Gangunsicherheit im Alter sind

- gutartiger Lagerungsschwindel
- Blutdruckschwankungen
- Nachlassen der „Nervenleistungen“ bei der Aufnahme von Außenreizen
- Nachlassen der Seh- und Hörleistungen
- zentrale Störungen, beispielsweise Kleinhirnerkrankungen, Enzephalopathien oder Normaldruckhydrozephalus
- sedierende oder blutdrucksenkende Medikamente,
- Muskelmasseverlust
- Alkohol –Erkrankung – akut oder als Dauererkrankung

Fall-Beispiel: Grenzen nicht erkennen

Ein 67-jähriger Rentner hatte sein Leben lang immer gerne gearbeitet und fühlte sich auch bei der Arbeit immer wohl. Obwohl er „für sein Alter“ einen körperlich rüstigen Eindruck machte, hatte er etwas Übergewicht angesetzt. Zwar waren die kardiopulmonalen Untersuchungsergebnisse in Ruhe weitestgehend in Ordnung, aber nicht mehr unter Belastung. So kam es bei Aufgaben, die er im Alter von 30, 40 und angeblich auch noch mit 50 gut ausführen konnte, zu „unerklärlichen“ Zusammenbrüchen.

In einem solchen Fall ist es nicht sinnvoll, die einzelnen, an sich gesunden Komponenten mit Kreislaufmitteln oder sog. durchblutungsfördernden Medikamenten „zu therapieren“. Wichtiger ist es, den eigenen Grenzen Rechnung zu tragen. Dazu gehört, Pausen einzulegen, für genügend Flüssigkeitszufuhr zu sorgen und eine Gewichtsreduktion anzustreben.

Der sog. „Multisensorische Schwindel“

Der eher ungenaue Begriff des „Multisensorischen Schwindels“ beinhaltet die Zunahme vieler kleiner, für sich alleine unbedeutender peripherer und zentraler Gleichgewichtsstörungen. Gleichzeitig verlangsamen sich auch oft die zentralen Verarbeitungsprozesse und die für die Gleichgewichtsregulation erforderliche Integration verschiedener sensorischer Informationen wird beeinträchtigt. Schonung und Vermeidung führen zu einer weiteren Schwächung an sich noch nutzbarer Fähigkeiten. Wenn die Angst zu stürzen hinzukommt, bewegen sich die Betroffenen nur zunehmend weniger. Sie kommen aus der Übung, bauen Muskeln und damit ihre Gleichgewichtsfunktion ab. So fühlen sich Menschen mit Schwindel unsicher im Raum, „sichern sich“ über einen und tippelnden und „wackligen Gang“ und sind dabei häufig nach vorn gebeugt.

Da dieser Zustand meist langsam und stetig eintritt, kommt es z. T. auch zu einer Adaptation an den dennoch labilen Zustand. Dieser wird oft sowohl von den Patienten als auch von den Behandlern als dem Alter zugehörig empfunden. Eine die Aktivitätenfordernde Nutzung des meist noch vorhandenen Änderungspotentials unterbleibt dann häufig.

Dabei sind einzelnen Faktoren durchaus erfolgreich therapierbar.

Multifaktorielle Störungen sollten nicht verhindern, dass Defizite erkannt und möglichst auch gezielt behandelt werden

Sehr häufig: Der gutartige Lagerungsschwindel

Der Lagerungsschwindel ist eines der häufigsten – heilbaren! - Verursacher für einen Schwindel des älteren Patienten. Typische Auslöser sind

- sich Umdrehen im Bett, zum Beispiel um auf den Wecker zu sehen
- den Kopf in den Nacken legen, beispielsweise um nach oben zu schauen
- den Kopf nach vorne neigen, etwa um beim Zahneputzen auszuspucken.
- Bücken zum Binden der Schnürenkel

Die Behandlung kann beim älteren Menschen schwieriger sein. So zeigen sie oft eine verminderte Nackenbeweglichkeit, die bei dem notwendigen Lagerungsmanöver Probleme bereitet. Auch kann es zu Kreislauf-Problemen kommen – manchmal mit Ohnmachtserleben und viel Angst. Dabei sind auch auf Seiten des Behandlers einiges an Vorsicht sowie Geduld und Verständnis notwendig.

Dies sollte aber kein Grund sein, es nicht zu versuchen.

Manchmal sind Physiotherapeuten geübter und können mit mehr Zeit auch geduldiger sein.

Augen- und Ohrenerkrankungen

Eingeschränktes Sehen (Glaukom, Katarakte) und wechselnde Bilder (Gleitsichtbrillen) lassen das Blickziel oft „schwinden“. Manche Stürze werden eingeleitet durch ein oft unnötiges Stolpern. Wenn die Blickweite schlecht ist, übersieht der Patient Hindernisse und kann im Fallen keine zusätzliche Gefahrenabwehr nutzen.

Schlechtes Hören wird zu oft als altersgegeben hingenommen. Dabei verliert der Mensch nicht nur an Kommunikations- und Verständnismöglichkeiten, sondern auch an akustischen Hinweisen und Warnzeichen und an Orientierung im Raum. Sowohl die optimale Versorgung mit Sehhilfen wie durch Hörgeräte zur Unterstützung der Hörfunktionen kann helfen, Stürze zu verhindern oder zumindest besser zu reagieren.

Neurologische Erkrankungen

Fortschreitende Störungen des Gleichgewichtssystems können überall im Nervensystem angestoßen werden, von den peripheren Nerven über das Rückenmark bis hin zum Gehirn.

Die – neurologische - Therapie zentraler Schwindelformen richtet sich im Prinzip nach der Ursache, beinhaltet aber generell auch ähnliche Trainingsprogramme (Physiotherapie) in der Genesungsphase

Orthopädische Erkrankungen

Orthopädische Erkrankungen allein können keinen wiederholten oder chronischen Schwindel erklären. Dennoch kann ein latentes Ungleichgewicht durch verminderte Mobilität der Beine verstärkt werden. Bei operierten Patienten trägt die eingeschränkte Nervenempfindung möglicherweise zum Balanceproblem bei. Selbst Patienten mit einer guten Blickweite können stolpern und fallen, wenn sie einen zu kleinen Bewegungsradius haben.

Schmerzhafte Bein- und Fußkrankheiten können zur Inaktivität und damit zur Schwäche durch Nichtgebrauch führen. Zusätzlich werden wichtige Halteraktionen, die bei einem Fall nötig sind, wegen der Schmerzen und der eingeschränkten Bewegung erschwert. Auch zu weiche Schuhe, die nicht die nötige Unterstützung geben (Hausschuhe), sind ein potentielles Risiko.

Eine gute Ausrüstung, ein Stock, ein Rollator, erhöhte Sitzflächen und peripher wirkende Schmerzmittel sind oft hilfreich.

Depressionen und Ängste

Im Alter kann das Netz der sozialen Beziehungen immer dünner werden. Die guten Freunde sterben und neue Menschen kommen nur noch selten hinzu. So gibt es für alte Patienten immer weniger vertraute Personen in ihrer Umgebung, die ihnen helfen könnten. Sie verlieren also nicht selten immer mehr Sicherheit, was wiederum erst recht den Boden für Schwindelgefühle bereitet. Zu real ist oft die Angst vor einem einsamen oder auf Hilfe angewiesenen Sterben, meist weniger als vor dem Tod selbst.

Darüber hinaus können ältere Menschen auch „gewöhnliche“ seelische Störungen wie Ängste und Depressionen erleiden. Auslösersituationen für ein Symptom mit Krankheitswert können so genannte „Schwellensituationen“ in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens werden. Diese sind zum Beispiel

- Ruhestand,
- Tod eines Partners
- Verlust oder Krankheit enger Verwandter oder Freunde.

Ältere Menschen bleiben nicht von aktuellen Konflikten verschont, auch wenn sie in ihrem bisherigen Leben alle Anforderungen und Schwellensituationen gut bewältigt haben. Scheitern können Sie trotzdem an einer für sie neuen Aufgabe, die im bisherigen Lebenslauf nicht eingeübt werden konnte (zum Beispiel Umgang mit der Einsamkeit und dem Alleinsein: man wird nicht mehr gebraucht für das bisher Gewohnte und es gibt keine sinnvolle neue Aufgabe, z.B. Enkel).

Diese Aktual-Konflikte sind den Betroffenen in der Regel bewusst. Sie können jedoch nicht durch reine Willensanstrengung gelöst werden. Das heißt, es nutzt nichts, dies zu benennen („nur“ darüber zu reden), sondern es muss, ggf. auch mit psychotherapeutischer Hilfe, bearbeitet werden.

Weniger bekannt war lange, dass Menschen – auch noch nach Jahrzehnten, in denen „trotzdem alles noch irgendwie gut gegangen ist“ eine Reaktivierung eines schweren Traumas – erleiden können.

Das sind in unserer Epoche nun – gut 80 Jahre nach dem 2. Weltkrieg – Erlebnisse des Krieges, der Vertreibung und des Holocaust. Wenn mit dem Alter auch die seelischen Regulationsleistungen nachlassen, können dann – scheinbar plötzlich – die entsetzlichen Erlebnisse wieder „vor Augen treten“. Kennzeichnend für die traumatische Erfahrung sind Gefühle von Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit.

Hier rücken wieder unbeantwortete Fragen in den Vordergrund:

- nach dem Warum
- nach der „Schuld“ auch des eigenen Überlebens, obwohl die anderen umgekommen sind
- und der Brüchigkeit des menschlichen Lebens.

Viele der seelischen Erkrankungen können auch bei älteren Menschen – meist gut behandelt werden. In diesem Fall bedürfen alte Menschen keiner grundsätzlich „anderen“ Psychotherapie als jüngere. Positiv anknüpfen kann man therapeutisch dabei an der über Jahrzehnte hinweg gelungenen Lebensleistung, die für eine hohe psychische Kompetenz spricht.

Manchmal muss, manchmal nur als Überbrückung medikamentös behandelt werden.

Aber Achtung: Auch Psychopharmaka sind „richtige Medikamente“ mit Wirkungen und Nebenwirkungen.

Es ist daher sinnvoll, sich bei Angst- und Depressionsstörungen auf wenige Psychopharmaka zu beschränken, deren Wirkungsspektrum gut bekannt ist.

Ebenso sollte man sich nicht scheuen, bei Problemen mit mangelnder Wirksamkeit und bei Unverträglichkeit einen Facharzt für Psychiatrie hinzuziehen.

Ältere Menschen benötigen – abhängig von der körperlichen Konstitution sowie der Verstoffwechselung (Kreatinin!) - oft deutlich geringe Dosierungen.

Gangstörungen im Alter

Die meisten älteren Patienten mit lang andauernden Schwindelbeschwerden sind auch gangunsicher.

Sinnvoll ist oft ein kombiniertes motorisch-kognitives Training, um die Gangsicherheit **und** die Hirnleistung zu verbessern. Ansätze wie das „Tai Chi“ erreichen eine durchschnittliche Sturzreduktionsrate von rund 50 %. Der Grund dafür dürfte sein, dass sie sich an Methoden orientierten, die klassischerweise gleichzeitig motorische und kognitive Fähigkeiten beanspruchen und fördern.

Muskel(schnell)krafttraining, am besten in Kombination mit ausreichender Proteinzufuhr (1,2–1,5 g/kg Körpergewicht/Tag) ist geeignet, Muskelkraft zurückzugewinnen. Auch hier dürfte der verbindliche Gang in die „Mucki-Bude“ mit einem – manchmal simplen Belohnungssystem (pro Woche ist eine feste Anzahl von Übungen und Punkten angegeben und aufgezeichnet) erfolgversprechender sein als „Übungen für zuhause“. Ebenso hilft die Umsetzung in einer Gruppe, sei es im Sportverein oder im Seniorenheim.

Um Alltagsfunktionen und Gangsicherheit wiederzuerlangen braucht es zusätzlich ein Training der Muskelkoordination und -kontrolle.

Stürze

Bei einem Sturz handelt es sich „um ein unerwartetes Ereignis, bei dem der Betroffene auf dem Boden oder einer tieferen Ebene landet“.

Eine erfolgversprechende Sturzprävention beinhaltet

- Die Ansprache und Aufklärung
- eine Überprüfung der Sehleistung
- eine kardiovaskuläre Abklärung mit entsprechender Behandlung
- die Überprüfung der Medikation (insbesondere Blutdruckmedikation)
- die Vermeidung von Sedativa und Benzodiazepinen
- die Anpassung der häuslichen oder institutionellen Umgebung
- das Nutzen von Hilfsmitteln (Stock, Rollator, stabiles Schuhwerk)
- ein – angeleitetes - Balance- und Gehtraining
- ein Muskelaufbautraining

Ansprache und Aufklärung

Aufzuklären ohne Angst zu schüren, dennoch Betroffenheit zu erzeugen und gleichzeitig abzuwägen, was umsetzbar ist, ist eine hohe Kunst. Wie diese Botschaften "ankommen", hängt in hohem Maß von den Hör- und Auffassungsmöglichkeiten des Patienten ab. Sicherlich ist eine alleinige Information ohne Aufzeigen und ggfs. Initiierung von konkreten Angeboten nicht wirksam.

Meist ist es sinnvoll, Verwandte oder Betreuer hinzuzuziehen, in Absprache mit dem Betroffenen.

Ein-Reden die Betroffenen alleine reichen meist nicht!

Wichtig sind aktivierende Interventionen und deren konsequente Umsetzung.

(s. auch http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/sturzpraevention.pdf)

Meist müssen oft viele Dinge zu Hause verändert werden, um die Sturzgefahr zu verringern.

- So müssen **Stolperfallen** wie Teppiche, Leisten auf Türschwellen und lose Kabel entfernt werden.
- Zwischen den Möbeln muss ausreichend Platz geschaffen werden, z.B. um entsprechend breite Gehwege auch für einen Rollator zu haben
- Scharfe Kanten müssen abgerundet werden.
- Der Weg vom Bett zur Toilette muss stolperfrei und nachts beleuchtet sein (Bewegungsmelder mit heller, aber nicht blendender **Beleuchtung**)
- Die Toilette sollte im Sitz erhöht sein.

- Das Anbringen von Handgriffen und von rutschfesten Badematten in Badewanne oder Dusche ist oft notwendig
- Handläufe oder Geländer an Treppen helfen

Stock, Rollator und sicheres Schuhwerk sind – auch prophylaktisch - sinnvoll.

Sicheres Schuhwerk

Wichtig sind gut sitzende Schuhe, die besonders im Fersenbereich einen festen Halt bieten.

- Bei Schwierigkeiten, gutschuhende Schuhe anzuziehen, kann ein **verlängerter Schuhöffel** helfen.
- Schuhe mit Klettverschlüssen lassen sich oft leichter anziehen als geschnürte Modelle.
- Mit verdickter Hornhaut und Nagelproblemen lassen sich normalerweise gut passende Schuhe nur schwer anziehen. Medizinische Fußpflege kann hier eine Hilfe sein.

Hüftprotektoren

Obwohl sie keine Stürze verhindern können, hat der Gebrauch von Hüftprotektoren zumindest bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen zu einer deutlichen Senkung der Hüftfrakturrate geführt. Notwendig ist **eine entsprechende Schulung** im Gebrauch von Hüftprotektoren sowohl bei den Bewohnern, den Angehörigen als auch beim Pflegepersonal.

Bewegung – Förderung von Kraft und Balance

Ausreichende Muskelkraft und ein gutes körperliches Balancegefühl sind wichtige Komponenten für das sichere Gehen. Sie können somit helfen, Stürze zu vermeiden. Auch hochbetagte Menschen können Balance und Kraft verbessern. Kraft und Balance lassen sich durch Übungen im Alltag mit einfachen Hilfsmitteln wie Handgewichten und Gewichtsmanschetten verbessern.

Am besten geht es oft in der Gruppe – also mit anderen Betroffenen gemeinsam. Durch geeignete Bewegungsförderung konnte bei Heimbewohnern das Sturzrisiko um mehr als 40% reduziert werden. Auch bei Senioren mit ambulanter Pflege reduzierte sich das Sturzrisiko durch ein geeignetes Training.

Sturzprophylaxe	
Risikofaktoren	Prophylaxe
Alleinlebend	Funktionierendes und einfaches Notrufsystem (Alarmsysteme am Bett)
Ungeeignete Aufbewahrung von Alltagsgegenständen und Essensvorräten	Wenig und übersichtlich anordnen
lockeres Schuhwerk	Tragen stabilen Schuhwerks, nachts Stoppersocken
Bodenbelag, Stolperschwellen	Anpassung der häuslichen Umgebung: Teppiche und Kabel wegräumen
Schlechte Lichtverhältnisse	Einrichtung geeigneter Beleuchtung besonders nachts z.B. mit Bewegungsmeldern
Fehlende Handläufe und Rutschmatten im Bad	rutschfeste Matte und Haltegriffe in die Dusche, Badewanneneinstiegshilfen, Badmatten wegräumen,
Kraftdefizit	Häufige Durchführung von einfachen (häuslichen) Trainingsprogrammen
Visusminderung	Überprüfung der Sehleistung und neue Brille oder etwa Katarakt-Op, ausreichende Beleuchtung
Einnahme von sedierenden Medikamenten	Überprüfung der Medikation, Vermeidung von Benzodiazepinen
Verwendung von riskanten Hilfsmitteln (Arbeiten in der Höhe auf einem Stuhl oder einer Trittleiter)	Hilfen arrangieren und akzeptieren, z.B. Fensterputzer
Sturz-assoziierte Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Depression, Demenz, Z. n. Schlaganfall	Ausreichende, geordnete Medikation (wenn sinnvoll unter Aufsicht) Hilfsmittel nutzen: Stock, Rollator, Hüftprotektoren