

Schwindel bei älteren Patienten

„Wenn Tragendes aus dem Lot gerät“

Das „Gleichgewicht“ ist ein dynamischer, stets mit und auf Veränderungen reagierender (dynamischer) Zustand, der

- von verschiedenen peripheren (empfangenden) sensorischen Impulsen abhängig ist
- die in der „Zentrale“ erkannt und verarbeitet werden müssen und dann
- meist motorisch kontrolliert und beantwortet werden.



Das normale Altern ist „per se“ kein Grund zum Schwinden, Schwindeln oder Fallen. Dennoch häufen sich mit dem „Alt“ werden die Möglichkeiten, an Schwindel zu erkranken. So geben etwa 50% aller männlichen und 60% aller weiblichen Patienten über 70 Jahre Gleichgewichtsstörungen bzw. Schwindel an.

Bei Patienten über 75 Jahren stellt der Schwindel sogar das *häufigste* Symptom dar (Walther 2008), so dass Schwindel oft schon als normales Altersphänomen verkannt wird (Bronstein, Lempert 2006).

Bevor eine genaue Krankengeschichte oder eine genaue Untersuchung durchgeführt wurde, werden zu oft „Nacken“ - oder „Durchblutungsprobleme“ für den Schwindel angeschuldigt. Dennoch gilt, wie bei jüngeren Patienten, dass es das Ziel sein muss, die eigentliche Ursache hinter dem Symptom zu finden, um eine spezifische Behandlung zu ermöglichen.

Das Gleichgewicht unterliegt einem ständigen Anpassungs- und Veränderungsprozess. Wer dabei über seine – über Jahre veränderten - Grenzen geht, kann ebenso aus der Bahn geworfen werden wie Fähigkeiten verloren gehen, die nicht (mehr) (aus)geübt werden.

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 Herz und Lunge weitestgehend in Ordnung, aber nicht mehr unendlich belastbar. So kam es bei Aufgaben, die er im Alter von 30, 40 und angeblich auch noch mit 50 gut ausführen konnte, zu Zusammenbrüchen, die bei einem normalen Arztbesuch im Ruhezustand nicht sichtbar waren.

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 etwa das Gewicht in Augenschein zu nehmen. Wenn sich dann noch die Lebensfreude in einem neuen Rahmen entwickeln kann, muss der Körper nicht zeigen, dass etwas aus dem Lot geraten ist.

In diesem Fall hatte der Patient Glück.

Sein langjähriger Hausarzt hatte nur das an Diagnostik vorgenommen, was tatsächlich für den Ausschluss einer bösartigen Krankheit nötig war. So geriet der Mann nicht in den Teufelskreislauf, durch immer mehr fraglich wirksame Medikamente behandelt zu werden, deren Nebenwirkung möglicherweise auch einen zusätzlichen Schwindel hinzugefügt hätten.

Der sog. „Multisensorische Schwindel“

Auch ohne große Auffälligkeiten können viele kleinere Schäden gemeinsam zu einer doch beträchtlichen Einschränkung des Gleichgewichtsvermögens führen:

So kann eine geringe Sehstörung zusammen mit einer abgeschwächten Empfindlichkeit der Körpereigenfühler und/oder einem kleinen Ausfall im Gleichgewichtsorgan einen so genannten „multisensorischen Schwindel“ auslösen. Dieser kann dann als Schwankschwindel oder als ein meist diffuses, vages Gefühl von den Betroffenen wahrgenommen werden.

Es wird geschätzt, dass ca. 45 % der Übelkeit Störungen des Gleichgewichtsorgans als Grundlage haben (Whitney SL (2000)). Der Schaden im Gleichgewichtsorgan kann der gleiche sein wie bei jüngeren Patienten. Dennoch sind die Folgen oft sehr viel differenzierter und schwerer wegen der fehlenden oder überfordernden Ausgleichsmöglichkeiten der älter und eingeschränkter gewordenen Patienten.

Meistens handelt es sich um den „an sich“ gut behandelbaren Lagerungsschwindel, wenn er erkannt und behandelt wird und wenn die Menschen sich auch behandeln lassen.

Am schlimmsten ist aber die schwindende Bewegung mit der zunehmend berechtigten Angst vor Stürzen. So meiden viele alte Menschen zunehmend das Sich-Fortbewegen überhaupt.

Indem sie das Aus-Üben unterlassen, wird ihr Gleichgewichtssystem geschwächt – und zwar auch ohne Körperschaden.

Dann können schon kleinere, eigentlich banale Störungen der Raumorientierung tatsächlich zum Schwindel, zum Stolpern und schließlich auch zu Stürzen führen.



Gleichzeitig kann im Alter das Netz der sozialen Beziehungen immer dünner werden. 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.

„Die alte Mutter ist bettlägerig und wird es bleiben; die Kinder sind berufstätig und wollen es bleiben – wer also kann die alte Dame pflegen?“..

Dies trifft auf Menschen, die oft schon im Krieg, im Holocaust oder bei der Vertreibung „Abgründe“ erlebt haben, die sie im Alter in neuer Ausgeliefertheit und Hilflosigkeit oder der Angst davor erneut erleben und endet zu häufig in sozialer Isolation und depressiven Tendenzen.

Ängste und Depressionen

Darüber hinaus können ältere Menschen auch „ganz normale seelische Störungen“ wie Ängste und Depressionen erleiden. Auslösesituationen für ein Symptom mit Krankheitswert können so genannte „Schwellensituationen“ in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens werden (Heuft, Kruse, Radebold 2005) . Dies sind zum Beispiel

- Ruhestand,-
- Tod eines Partners
- oder Wegzug des letzten Kindes.

Aber auch 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 Aktualkonflikte sind – so Heuft – 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 ist bisher, dass Menschen – auch noch nach Jahrzehnten, in denen „trotzdem alles noch irgendwie gut gegangen ist“ eine Reaktivierung eines schweren Traumas – erleiden können (s. Beispiel weiter unten).

Das sind in unserer Epoche nun – gut 55 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.

Dann geht es in der Therapie oft darum, dass diese Erfahrungen erstmals (!) emotional (mit-)geteilt werden können.

Hier kann der diagnostische Kurzschluss: „Alter Mensch – weitere Körperkrankheit“ zu einer fatalen Fehldiagnose führen.

Viele der seelischen Erkrankungen können bei jungen wie 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 Abwehrleistung, die für eine hohe psychische Kompetenz spricht.

Der gutartige Lagerungsschwindel

Der gutartige Lagerungsschwindel dürfte eines der häufigsten – heilbaren ! - Verursacher für einen Schwindel bei älteren Patienten sein (ausführlich s. <http://www.drhschaaf.de/Lagerungsgschwindel.pdf>), um eine der häufigsten Schwindelursachen zu nennen.

Dabei kann die Behandlung beim älteren Menschen schwierig sein. So zeigen sie oft eine verminderte Nackenbeweglichkeit, die bei dem notwendigen Lagerungsmanöver Probleme machen kann. Auch kann es zu Blutdruckproblemen – manchmal mit Ohnmachtserleben und viel Angst – kommen, so dass oft schon viel Geduld, Verständnis und manchmal auch eine entsprechende psychische Unterstützung, manchmal sogar im Rahmen einer stationären Aufnahme, notwendig ist.

Blutdruckprobleme

Blutdruckprobleme zeigen 5 bis 30 % der älteren Patienten. Manchmal treten die Blutdruckschwankungen nur nach dem Essen auf. Dabei ist die konventionelle Blutdruckmessung mit vielen Fehlern verbunden. So sagt eine Messung im Sitzen wenig für die dynamischen Regulationsprozesse während der Lageveränderung aus.

Deswegen ist oft eine Kombination sowohl aus der entsprechenden Krankheitsgeschichte und einer sorgfältigen Messung zu einer geeigneten Zeit unter geeigneten Bedingungen nötig, um die Medikamente optimal anzupassen.

Medikamenten-Wirkungen und Nebenwirkungen

Viele ältere Menschen nehmen – ärztlich verordnet - oft mehr als drei Medikamente gleichzeitig – hinzu kommen noch die, die noch zusätzlich genommen werden

Unnötige Verschreibungen, unbekannte Eigenmedikation, Unkenntnis der möglichen Interaktionen sowie eine Unterschätzung des veränderten Stoffwechsels beim älteren Patienten verstärken den häufigen Schwindel. Dabei fördern verschiedene Medikamentennebenwirkungen wie Sedierung, Verlangsamung der Reaktion und Gleichgewichtsstörungen die Fallneigungen.

Man sollte den Patienten, sich und den Kollegen fragen, ob alle Medikamente wirklich nötig sind, ehe man an ein zusätzliches denkt. In dem spezifischen Fall von müde machenden Medikamenten sollte gefragt werden, ob nicht eine – realistische – Lebensstiländerung den gewünschten Effekt bieten kann, wie der Verzicht auf den Schlaf über den Tag, verbesserte körperliche Aktivität und verminderter Alkohol- und Kaffee-Konsum am Abend.

Orthopädische Erkrankungen

Orthopädische Erkrankungen allein können keinen wiederholten oder chronischen Schwindel erklären. Dennoch kann das Ungleichgewicht durch verminderte Mobilität der Beine verstärkt werden. Bei operierten Patienten trägt die eingeschränkte Nervenempfindung möglicherweise zum Balanceproblem bei.

Schmerzhafte Bein- und Fußkrankheiten können zur Inaktivität und damit zur Schwäche durch Nichtgebrauch führen. Zusätzlich werden wichtige Haltereaktionen, die beim Fall von Nöten sind, wegen der Schmerzen und der eingeschränkten Bewegung erschwert.

Peripher wirkende Schmerzmittel oder eine entsprechende Hilfe durch den Orthopäden kann sinnvoll sein, ebenso die Änderung der Fußbekleidung. Stöckelschuhe können zum Stolpern, Fallen und zu Frakturen führen. Schuhe, die zu weich sind und nicht die nötige Unterstützung geben, typischerweise Hausschuhe, sind ein potentielles Risiko.

Auch hängen die Fähigkeit des guten Sehens und die Umgebung des Patienten zusammen. Manche Stürze werden eingeleitet durch ein (oft unnötiges) Stolpern. Wenn die Blickweite schlecht ist, sieht der Patient keine Hindernisse. Aber selbst Patienten mit einer guten Blickweite können stolpern und fallen, wenn sie einen zu kleinen Bewegungsradius haben.

Neurologische Erkrankungen

Fortschreitende Gleichgewichtsstörung können überall im Nervensystems auftreten, beginnend von den peripheren Nerven bis hin zum Gehirn. Häufige Erkrankungen beinhalten die Erkrankung der sensiblen Nervenendigungen vor allem unter den Füßen und den Beinen (Polyneuropathie), die Muskelerkrankungen und Kleinhirnerkrankungen wie die Parkinson Krankheit.

Problematisch wird es, wenn – bei Epilepsien oder Synkopen (Fallen mit Bewusstseinsverlust) - Stürze und Schwindel mit Bewusstseinsverlusten hinzukommen.

Gedächtnisstörungen, verringerte Einsichtsfähigkeit oder ein schlechtes Risikomanagement können dazu führen, das die Patienten in – für sie - neuen Situationen vermehrt sturzgefährdet sind.

Die Untersuchung der neurologischen Funktionen, die für Balance nötig sind, ist wichtig. Die übliche „grob orientierende“ Untersuchung ist oft nicht ausreichend. Dann kann eine ausführlichere neurologische Untersuchung notwendig sein, um z.B. periphere neurologische Erkrankungen, einen frühen Morbus Parkinson oder die Ursache für eine Synkope zu finden und oft eben auch segensreich zu behandeln (Bronstein, Lempert 2006).

Sturzprophylaxe

Über direkte medizinische Erkennung von Problemen müssen oft einige Dinge zu Hause verändert werden, um die Fallneigung zu verhüten. Dazu gehört Beweglichkeit und Gymnastik, aber auch Dinge ohne Aufregung zu tun.

Wichtig sind aktivierende Interventionen, Aufklärung alleine reicht – auch bei den Älteren - meist nicht.

Eine professionell angeleitete Umgebungsanpassung zeigt sich als wirksam insbesondere bei Menschen mit Sturzvorgeschichte.

Es sprechen einige Hinweise dafür, dass in Alten- und Pflegeheimen, in denen die Rate an Hüftfrakturen hoch ist, Hüftprotektoren dazu beitragen können, das Risiko für eine Fraktur zu verringern. Oft scheitern aber sinnvolle Maßnahmen, daran, dass sie – oft aus Scham – nicht angewandt werden. ([aus http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/sturzpraevention.pdf](http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/sturzpraevention.pdf))

Zusammenfassung:

Auch ältere Patienten können ihre Gleichgewichtssituation verbessern, aber sie benötigen umsichtige Therapeuten, die naturgemäß meistens jünger sind und die Probleme nicht aus eigener Erfahrung kennen können.

Dabei ist sowohl die Sicherheit der Patienten als auch die Ermutigung zur Aktivität wichtig. Unerlässlich ist es aber, das Gleichgewicht zu trainieren, am besten schon vor dem Schwindel und dem ersten Sturz:

*Gesundheit bekommst du nicht im Handel,
sondern durch den Lebenswandel*

(S. Kneipp)

Fallbeispiel**Vom Körper zur Seele und zurück: Eine Fehldiagnose und ihre Behandlung**

Bei einem 74jährigen evangelischen Pfarrer wurde vor acht Jahren die Diagnose eines Morbus Menière gestellt. Gleich nach seiner Pensionierung sei erstmals ein heftiger Drehschwindelanfall aufgetreten. Dieser zog eine lang anhaltende Hilflosigkeit, Ohnmacht und Übelkeit nach sich. Ein HNO – Arzt stellte dann auch noch eine beidseitige Schwerhörigkeit fest. Beim gleichzeitigen Vorliegen eines Schwindels und einer Schwerhörigkeit habe man an einen Morbus Menière gedacht und so wurde der Patient erst mit Infusionen und „durchblutungsfördernden“ Mitteln behandelt.

In den letzten sieben Jahren hätten sich die Schwindelanfälle öfter wiederholt, wobei die Heftigkeit in keiner Weise nachgelassen habe. Zugenommen habe aber dann die Verzweiflung und Ohnmacht. Auch sei eine Gangunsicherheit oft über Tage geblieben.

Der Patient schilderte uns auf Nachfrage, dass der Schwindel immer in bestimmten Bewegungssituationen aufgetreten sei. Seine Idee war deshalb, dass die Halswirbelsäule den Schwindel auslöst. Daher versuchte er ständig, Kopfbewegungen nach links zu vermeiden. Dabei hat er gut sichtbar eine Schonhaltung angenommen. Ihm selbst ist weiter aufgefallen, dass die Schwindelanfälle immer in Situationen mit großem psychischen Druck aufgetreten seien.

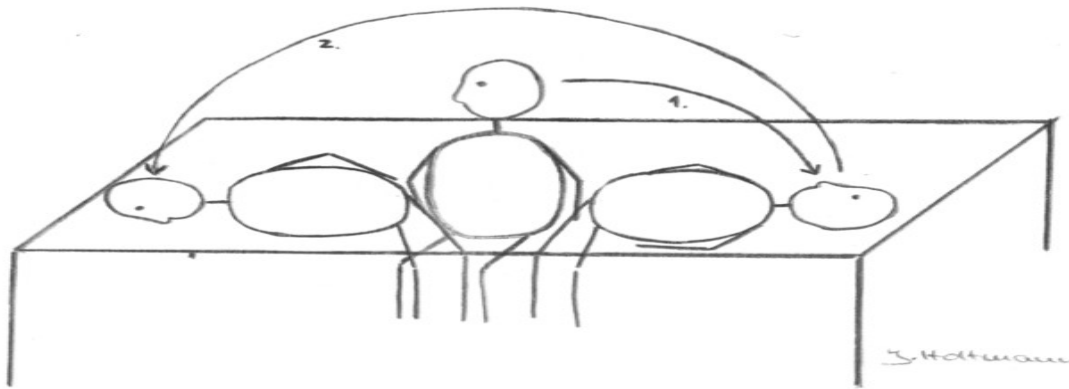
Bei der gründlichen Untersuchung der Halswirbelsäule zeigte sich tatsächlich eine deutliche Verhärtung der linken Nackenmuskulatur. Die Röntgenuntersuchungen ergaben allerdings keinen auffälligen Befund.

Im Hörbefund sah man zwar einen deutlichen Abfall im Hochtonbereich, nicht aber im Tieftonbereich, wie es beim M. Menière zu vermuten gewesen wäre. Auch war kein Tinnitus vorhanden.

Nach einer gezielten Befragung zeigte sich, dass das Schwindelereignis zeitlich und vom Schwindelcharakter her in zwei Anteile zergliedert werden konnte:

1. Den ersten Anteil machten für ca. 30 Sekunden bis (subjektiv sehr lang erscheinende) zwei Minuten dauernde heftige Drehschwindelattacken mit Fallneigung nach links aus. Dies „wirbelte“ ihn mit Wucht zu Boden. Dabei drehte sich für ihn der Raum, und er bekam ein Vernichtungsgefühl – bei erhaltenem Bewusstsein
2. Dem folgte im zweiten Anteil für eine lange Zeit ein sich verfestigendes Gefühl der Ohnmacht, der Verzweiflung, des „Deprimiert-Seins“ und der Unsicherheit. Dann könne er nur noch schwankend gehen und auch nur „gestützt“ seinen Arzt aufsuchen. Dieses Schwindelgefühl halte über sechs Stunden, in einigen Fällen sogar über zwei, drei Tage an.

Bei einer anschließend durchgeführten Lagerungsuntersuchung konnten Schwindel und Augenzitterbewegungen (Nystagmus) festgestellt werden, wenn der Patienten zur linken Seite (1) gelagert wurde. Subjektiv äußerte er dabei einen – ihm vertrauten – heftig einsetzenden Schwindel, der nach 30 Sekunden abklang. Bei der Rechtslagerung traten dagegen weder Schwindel noch Nystagmus auf.



Lagerungsmanöver

So zeigte sich, dass der Patient nicht unter einem M. Menière, sondern unter einem – verkannten – gutartigen Lagerungsschwindel links litt.

Gegen einen Morbus Menière sprach

- die dafür untypische Art des Schwindel,
- der untypische über Jahre konstante Hörbefund
- sowie das Fehlen eines Tinnitus.

Für den gutartigen Lagerungsschwindel sprach die gezielt erhobene Krankengeschichte und – als Beweis– die nachfolgend geschilderte Untersuchung.

Diese sollte „eigentlich“ zum Standard gehören, da der sog. gutartige Lagerungsschwindel zu den häufigsten organischen Schwindelformen gehört. Betroffen sind überwiegend Patienten in der zweiten Lebenshälfte.

Bei dieser Erkrankung des Gleichgewichtsorgans haben sich kleine Kalkkristalle (Otolithen) „verirrt“. Spontan oder etwa nach einer Kopfverletzung konnten sie sich aus einem Anteil des Gleichgewichtsorgans (Gleichgewichtssäckchen) ablösen und in einen „falschen“ (Bogengang) ablagern.-

Bei einem Lagewechsel geraten sie in Bewegung und verursachen dabei einen zwar kurzen, aber intensiven Drehschwindel. Die Schwindelattacken gehen einher mit spezifischen Augenzitterbewegungen (Nystagmen), die gut untersucht werden können (genauer s. Lempert 1999).

Bei dem oben beschriebenen Patienten konnte nun ein Morbus Menière ausgeschlossen werden. Zu klären waren aber noch der zweite Teil des länger anhaltenden Schwindelgeschehens und die beidseitige Hochtonschwerhörigkeit. Dies ließ sich über die Lebensgeschichte des Patienten aufklären.

1928 in Danzig geboren, war der Patient als Jugendlicher den Bombenangriffen der deutschen, und später der sowjetischen Armee ausgesetzt. Die dabei aufgetretenen mehrfachen Lärmeinwirkungen erklären die von dem Patienten bewusst nicht mehr wahrgenommene Hochtonschwerhörigkeit. Während der Vater des Patienten weit außerhalb von Danzig als Soldat eingesetzt war, musste der Sohn zu Hause die Vergewaltigungen der jeweiligen „Befreier Danzigs“ auf die Mutter ohnmächtig in einer Nebenkammer miterleben.

Soweit es in diesem Gespräch möglich war, schienen nun die Lagerungsschwindelattacken ein früheres psychisches Erleben von Ohnmacht, Machtlosigkeit, Verzweiflung und Depressionen angestoßen zu haben. Dies löste den lang anhaltenden – psychogenen – Schwindel aus, der über Stunden bzw. Tage anhielt.

Mit der organischen Krankheit selbst hatte dies gar nichts zu tun. So ist man als Behandler – ohne Kenntnis des Lebenshintergrundes – schnell geneigt (verführt) zu glauben, dass sich der Patient „anstellt“ oder dass eine andere Krankheit dahinter stecken muss, etwa ein „M. Menière“. Das kann dann zur Folge haben, dass der Patient zum einen nicht verstanden wird und vor allem nicht so behandelt wird, wie es möglich wäre.

So war es wichtig nachzuempfinden, auf welche persönliche Biographie ein „objektives“ Krankheitsgeschehen „gestoßen“ ist. Dann wird verständlich,

- was der Auslöser ist,
- wie damit umgegangen werden kann
- und was die Gesundung herbeiführen könnte.

Die Therapie bestand aus:

- Lagerungsmanövern, die die organische Symptomatik restlos beseitigen konnten,
- Krankengymnastik zur Behebung der fast schon verkürzten Nackenmuskulatur,
- der Verordnung von zwei Hörgeräten, die die Kommunikationsfähigkeit des Patienten verbesserten,
- sowie einer Kurzzeit-Psychotherapie, die sich auf die Bearbeitung der Erlebnisse in der Kriegssituation konzentrierte.

Lit.

Bronstein, A., Lempert, Th (2006) Dizziness, imbalance and falls in the elderly. In: Bronstein, A., Lempert, Th (2006) Dizziness. Cambridge university press 172 -194

Heuft, Kruse, Radebold (2005) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie (UtB)

Schaaf, H (2007) Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen. Asanger.

Walther, LE, Nikolaus, T Schaaf, H, Hörmann, K (2008) Schwindel und Stürze im Alter . Epidemiologie, Pathophysiologie, vestibuläre Diagnostik und Sturzrisiko HNO 2008. 6+7: 833–842,

Whitney SL (2000) Management of the elderly Person with vestibular Dysfunktion. In: Herdman SJ (ed) Vestibular rehabilitation. F.A. Davis Company, Philadelphia, pp 510–533