

„Stürze und Schwindel im Alter“

Es gibt nahezu keinen Bereich menschlichen Lebens und organischer Funktion, der nicht zur Ursache von Stürzen werden kann. Die rüstige 82-jährige Patientin, die vom Küchenstuhl auf die nasse Ablagefläche der Spüle steigt, einen Hocker in das Spülbecken stellt und diesen dann erklimmt um die Oberlichter des Fensters zu putzen, oder der demente Patient, dem es nicht mehr gelingt, die Bewegungsabläufe zum Übersteigen einer Teppichkante koordiniert anzusteuern, sind Beispiele aus der täglichen Praxis.

Stürze und ihre Folgen gehören zu den ungelösten medizinischen Problemen nicht nur in der Geriatrie. Sie sind für den Stürzenden nicht nur erschreckend und in der Regel schmerzhaft, sondern bedrohen seine Selbständigkeit in hohem Maße. Da 40 % aller über 65-jährigen mindestens 1 x pro Jahr stürzen, Frauen und Hochbetagte sogar noch häufiger, stellen Stürze ein enormes Gefährdungspotential dar. Glücklicherweise bleiben mehr als die Hälfte der Stürze ohne gesundheitliche Folgen. 10 % aller dieser Stürze bedingen allerdings schwere Verletzungen und 5 – 6 % führen zu Frakturen. Stürze haben wegen ihrer Häufigkeit neben dem medizinischen und dem menschlichen Aspekt auch finanzielle Bedeutung.

Zu 60 – 80 % handelt es sich dabei um häusliche Stürze, die tagsüber passieren, meistens im Wohn- oder Schlafbereich, gefolgt von Stürzen in Küche und Bad. Diese Stürze stellen 70 % aller Seniorenunfälle im Haushalt dar. Die häufig und gern angeführte Behauptung, nach der alte Menschen besonders in ungewohnter und fremder Umgebung sowie nachts vom Sturz bedroht seien, ist demnach nur teilweise zutreffend. Gerade dort, wo sich der ältere Mensch vermeintlich besonders sicher fühlen kann, nämlich zu Hause, droht ihm die größte Gefahr.

Die medizinische Beschäftigung mit Stürzen und ihren Folgen läuft noch immer weitgehend reaktiv ab. Erst dann, wenn es durch einen Sturz zu gravierenden Folgen gekommen ist, wird die Medizin aktiv und versucht, so gut es geht, zu reparieren. Dies ist aus medizinischer Sicht unvollkommen, aus Sicht des Patienten fahrlässig und aus ökonomischer Sicht unwirtschaftlich. Stürze sind erst dann richtig behandelt, wenn sie nicht mehr stattfinden. Das bedeutet aber, daß der bisher deutlich zu kurz gekommenen Prophylaxe die entscheidende Bedeutung in der Therapie zukommen muß.

Stürze haben unterschiedliche Ursachen. Diese Ursachen sind sehr häufig nur individuell richtig einzuordnen. Selten nur gelingt es, eine einzige Ursache eines Sturzereignisses zu isolieren, denn in der Regel sind Stürze multifaktoriell bedingt. Insbesondere beim älteren Menschen genügt es nicht, sich mit der Erklärung zufriedenzugeben, man sei eben gestolpert. Interessant ist nicht die Tatsache daß, sondern der Grund warum ein Sturz stattgefunden hat. Es reicht nicht aus, eine Oberschenkelhalsfraktur „nur“ operativ zu behandeln und anschließend fachgerecht zu rehabilitieren. Erst dann, wenn es gelungen ist, möglichst genau herauszufinden, warum dieser Sturz passiert ist, warum er so und nicht anders stattgefunden hat, wird eine Prävention möglich sein.

Tabelle 1

Sturzursachen

- **Allgemeine Faktoren**
 - ◆ Soziales Umfeld
 - ◆ Ortswechsel
 - ◆ Alter
 - ◆ Geschlecht

- **Physiologische Altersveränderungen**
 - ◆ Allgemeine Verlangsamung körperlicher Abläufe
 - ◆ Geringere Flexibilität des Bewegungsapparates
 - ◆ Muskelatrophie
 - ◆ Nachlassender Gleichgewichtssinn
 - ◆ Nachlassende Sehkraft
 - ◆ Nachlassendes Gehör

- **Erkrankungen**
 - ◆ Erkrankungen des Bewegungsapparates
 - ◆ Cerebrale Durchblutungs - und Funktionsstörungen
 - ◆ Herzrhythmusstörungen
 - ◆ Schwindel
 - ◆ PNP
 - ◆ Nachlassende Sehkraft
 - ◆ Sensibilitätsstörungen
 - ◆ Lähmungen
 - ◆ Morbus Parkinson
 - ◆ RM – Schädigungen
 - ◆ Epilepsien

- **Verlängerte Reaktionszeiten**
 - ◆ Kognitive Einschränkungen
 - ◆ Nachlassendes Situationsverständnis
 - ◆ nachlassendes Gefahrenbewußtsein
 - ◆ Eigenwilligkeit
 - ◆ Fehleinschätzungen

Da gleichzeitig auch alle einschlägigen Statistiken bestätigen, daß das häusliche Umfeld Unfallort Nummer eins ist, müssen die Sturzursachen dort besonders gewürdigt werden (Tabelle 2).

Gerade der häusliche Sturz muß für den Arzt ein Warnsignal oberster Priorität darstellen. Allein die Tatsache, daß er in der selbstgeschaffenen Umgebung stattfinden konnte, ist als entlarvend anzusehen, beweist er doch, daß die Instabilität des Patienten den Kulminationspunkt der möglichen Kompensation überschritten hat. Wenn es nicht mehr möglich ist, die im eigenen Haushalt auftretenden Störungen zu überwinden, dann ist die soziale Kompetenz des älteren Patienten im höchsten Maße bedroht .

Circulus vitiosus

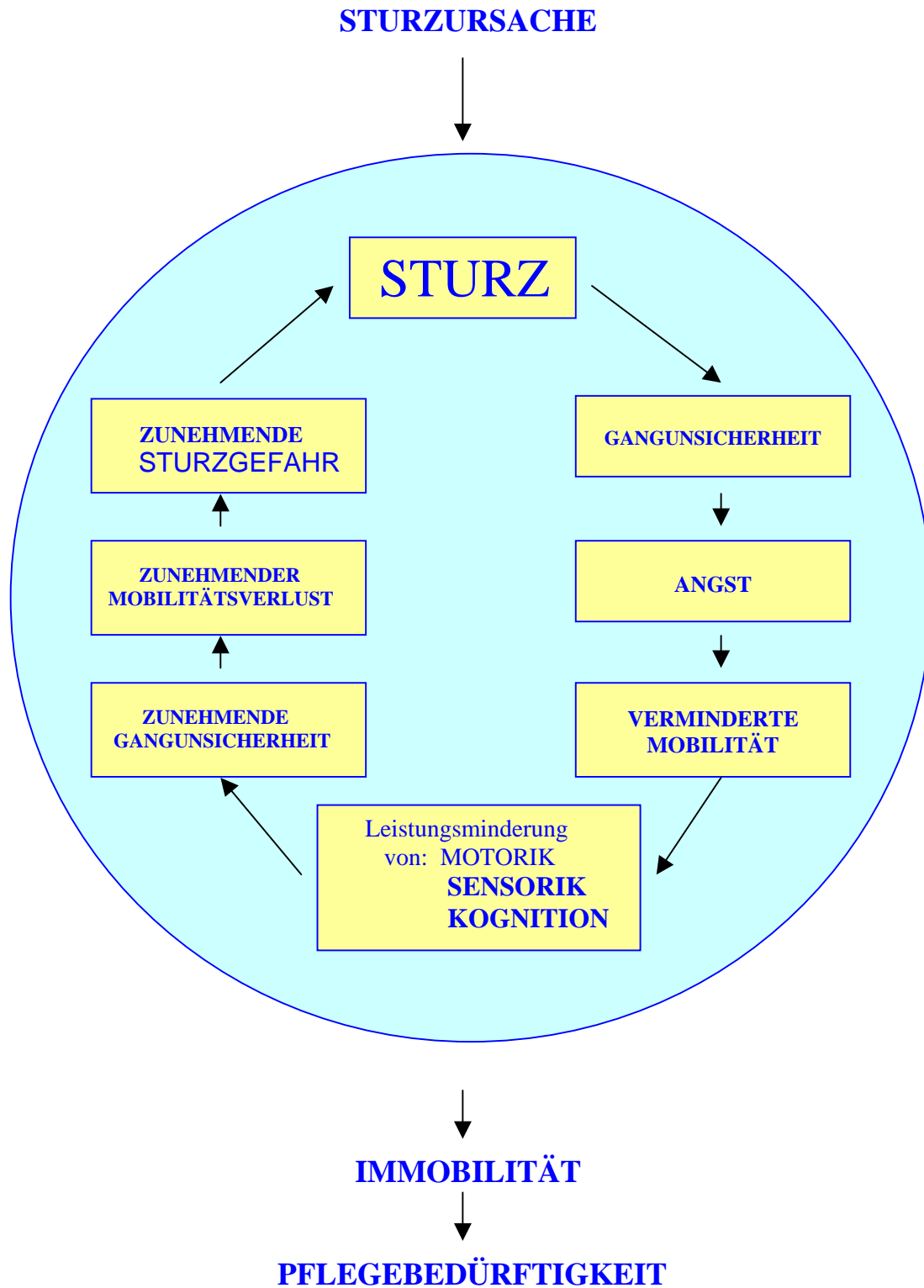


Tabelle 2

Gefahrenherde im häuslichen Umfeld

- Glattgebohrter Fußboden
- Ausgetretene Treppen
- Wackelige Geländer
- lokale Öl- oder Kohlefeuerstellen,
- zu niedrige Betten und Toiletten
- Unzureichende Beleuchtung
- Loser Teppichläufer
- Verlängerungskabel
- Gegenstände im Gehbereich
- Schuhe/ unzuweckmäßige Kleidung
- Duschen/Badewannen
- Notbehelfe zum Hinaufsteigen
- Standunsichere Möbel

Unter den Sturzursachen nimmt der Schwindel neben dem häuslichen Umfeld sicher eine Sonderstellung ein. Das beruht vor allem darauf, daß es zum einen oft schwierig ist, Schwindel einer erkennbaren Ursache zuzuordnen und andererseits nicht viele Möglichkeiten bestehen, Schwindel ursächlich zu therapieren. Dies führte häufig auch zu einer gewissen Resignation gegenüber dem oft noch sogenannten Altersschwindel

Zwischen dem Schwindel, den der Patient empfindet und dem Schwindel, den der Diagnostiker meint, gibt es oft erhebliche Diskrepanzen. Es ist demnach erforderlich, zunächst einmal zu erreichen, daß Arzt und Patient das Wort Schwindel mit demselben Inhalt füllen.

Eine große Schwierigkeit besteht darin, daß gerade der betagte Patient oftmals selbst nicht in der Lage ist, genau zu beschreiben, was ihm fehlt. In Ermangelung einer definierenden Alternative bezeichnet er zudem häufig eine Kombination mehrerer einzelner Beschwerden als Schwindel.

Immer wieder werden hierunter auch altersphysiologisch ablaufende Leistungseinschränkungen subsumiert, die vom Patienten nicht als einzelne Symptome erkannt, bzw. wahrgenommen werden (vgl. Tab. 1).

Um diese Verständigungsprobleme zu überwinden, ist es erforderlich, eine saubere und umfangreiche Anamnese, die das persönliche, häusliche und soziale Umfeld einschließt, zu erheben. Beim betagten Patienten ist hierfür auch die Fremdanamnese (soweit zu erheben) unverzichtbar. Erst wenn die Vorgeschichte des Sturzereignisses sicher bekannt ist, können technische Untersuchungen gezielt und damit auch kostengünstig eingesetzt werden.

Neben der Form des Schwindels ist seine Dauer und die Frage, bei welchen Ereignissen und zu welchen Tageszeiten er auftritt, zu klären. Auch ist interessant, ob dem Patienten beispielsweise immer dann schwindelig wird, wenn es um seine Zukunft geht, oder er körperlich und geistig aktiv werden soll? Und nicht zuletzt müssen wir die bereits getroffenen ärztlichen Maßnahmen, insbesondere die Medikation genau überprüfen. Körperliche Untersuchung und medizintechnische Abklärung führen erfreulicherweise immer häufiger zur richtigen Einordnung des Schwindels. So wird die resignative Einstellung gegenüber dem „Altersschwindel“ als Sturzursache seltener.

Die Folgen eines Sturzes sind ebenso vielschichtig wie die Ursachen, die dazu führen können (Tab. 2). Als Folgen sind dabei nicht nur die direkten Auswirkungen des Sturzes zu werten. Viele Folgen treten auch gar nicht in erkennbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Ereignis auf, sondern entwickeln sich vielmehr häufig erst im weiteren Verlauf. Nicht selten werden sie, vor allem bei Patienten, die nicht adäquat rehabilitiert werden, gar nicht erkannt, oder erst dann registriert, wenn der Sturz sich mit schlimmen Folgen wiederholt.

Wenn der Sturz sich im häuslichen Umfeld ereignet, wird zusätzlich das „Urvertrauen“ in die schützende häusliche Umgebung erschüttert, so daß zu den direkten Sturzfolgen von Anfang an die Sorge um die weitere Selbständigkeit hinzukommt. Daraus entwickeln sich oft reaktive Depressionen, die unberücksichtigt den Rehabilitationsprozess behindern oder sogar verhindern können.

Tabelle 3

Sturzfolgen

- ◆ Verletzungen
- ◆ Schmerzen
- ◆ Operationen
- ◆ Komplikationen
- ◆ Verlust des Selbstvertrauens
- ◆ Angst, erneut zu stürzen
- ◆ Mobilitätsverlust
- ◆ Muskelatrophie
- ◆ Immobilität
- ◆ Pflegebedürftigkeit

Dabei ist die psychische Belastung sicher diejenige Sturzfolge, die am häufigsten vernachlässigt wird. Dies ist um so fataler, als gerade sie die Eintrittspforte in einen Circulus vitiosus darstellt, der leider allzu oft in Immobilität und Pflegebedürftigkeit endet (Abb. 1).

Der Verlust an Selbstvertrauen, der durch den Sturz ausgelöst wird, bezieht sich nur selten lediglich auf die Funktionen des Bewegungsapparates. Häufig werden viele andere ADL-relevante Funktionen mit erfaßt, die primär durch den Sturz nicht betroffen sind. Insbesondere die komplexen Funktionen des Kommunikations - und Selbsthilfebereiches können schwer gestört werden.

Der Behandlungs- bzw. Präventionsansatz muß das Ziel haben, den beschriebenen Circulus vitiosus zu durchbrechen. Die beschriebene Vielschichtigkeit der Sturzfolgen bedingt eine Vielschichtigkeit des therapeutischen Ansatzes (Tab. 3). Dabei muß Behandlung immer mit Prävention gleichgesetzt werden. Nur unter dieser Vorgabe wird das Behandlungsziel gleichzeitiger Überwindung der Sturzfolgen und weitestmöglicher Vorbeugung vor einem erneuten Ereignis erreicht.

Tabelle 4

Sturzbehandlung = Sturzprävention

- Therapie ursächlicher Erkrankungen
- Hausbesuch
- Gangschulung
- Kräftigung und Haltungsschulung
- Gleichgewichtsschulung
- Einüben von Schutzschritten
- Behandlung reaktiv depressiver Zustände
- Küchen- und Selbsthilfetraining
- Alltagsorientiertes Training (AOT)
- Brillenanpassung
- Hörgerät überprüfen

Vor jeder Therapie steht die Diagnostik. Neben den medizinisch apparativen Untersuchungen müssen bei der Sturzabklärung die funktionellen und kognitiven Fähigkeiten des alten Patienten erfaßt werden, sind sie doch oft die eigentliche Ursache des Übels

Wie bereits angesprochen ist die Beschäftigung mit dem häuslichen Umfeld unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. Hier kann ungeachtet aller praktischer und finanzieller Einwände eine „*Conditio sine qua non*“ postuliert werden. Dabei ist zu beachten, daß die Berichte des Patienten selbst, der ja i.d.R. unbedingt wieder nach Hause will, häufig rosarot gefärbt und von den wahren Verhältnissen weit entfernt sind.

Dies kann in erforderlichem Umfang häufig nur über einen Hausbesuch geschehen, wobei der Hausarzt naturgemäß eine zentrale Rolle spielt. Aber auch die geriatrische Rehaklinik kann hierbei, wenn sie, wie anzustreben, wohnortnah liegt, ihre fachliche Kompetenz einbringen.

Natürlich ist ein solches Vorgehen personal- und zeitintensiv und damit vordergründig teuer. Ganz sicher aber könnte die häusliche Selbständigkeit des Patienten über deutlich längere Zeiträume aufrechterhalten werden. Unter dieser Vorgabe jedoch würde sich eine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit für einen rehabilitativ diagnostischen Hausbesuch in einer Gesamtwirtschaftlichkeitsrechnung rasch bezahlt machen.

Aus den diagnostischen Maßnahmen müssen therapeutische Konsequenzen gezogen werden. Dabei konzentrieren sich die Maßnahmen auf 2 wesentliche Behandlungsfelder.

Zum einen ist es natürlich unumgänglich, behandelbare Erkrankungen auch zu behandeln. Da Stürze erhebliche Folgen nach sich ziehen, darf hier auch nicht zu zögerlich vorgegangen werden. In der Güterabwägung älterer Menschen steht der Erhalt der sozialen Kompetenz ganz im Vordergrund. Deshalb werden gut begründete Therapievorschläge oft auch dann akzeptiert, wenn sie invasiver Natur sind, wie beispielsweise Schrittmacherimplantationen oder Gefäßoperationen.

Zum anderen muß jede Behandlung von Sturzfolgen (=Prävention!) funktionell erfolgen. Denn in den Aktivitäten des täglichen Lebens zählt nicht mehr die Funktionsfähigkeit einzelner Organe. Letztlich entscheidet nur die Funktionalität des Gesamtorganismus über die Fähigkeit, selbständig zu leben. Daher sind Krankengymnastik, physikalische Therapie und Ergotherapie unverzichtbare Bestandteile einer suffizienten Sturzbehandlung. Es kann nur als bedauerlich kurzsichtig angesehen werden, wenn die Kostenträger nicht mehr bereit sind, diese Behandlungskosten zu übernehmen. Diese nur vom Tageserfolg geprägte Einstellung wird im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung zu ungeahnten Kostenexplosionen führen.

R. Siegel, 1997

Literaturverzeichnis

Downton, J.H.: Wenn alte Menschen stürzen, Ernst Reinhardt Verlag, München – Basel, 1995.

Kare, R., Ousland, J., Abrams, J.: Instability and falls, Essential of clinical geriatrics. 3rd edit, 1994.

Siegel, N.-R.: Schwindel – diagnostische Irrwege meiden, *extracta geriatrica* 3 (1995) 12 – 14.

Tideiksaar, R.: Preventing falls: how to identify risk factors, reduce complications, *Geriatrics* 51, 1996, 43 – 53.

Tragl, K.H.: Stürze, in Füsgen I.: Der ältere Patient, Urban & Schwarzenberg, München - Wien – Baltimore 1995.

Weitere Literatur beim Verfasser