

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

GANGSTÖRUNGEN IM ALTER

Wir werden immer älter – und unbeweglicher. Oder konkret: Die naturgegebenen Einschränkungen von Körper, ja Geist und Seele führen schon im normalen Alterungsprozess zu allseits registrierbaren Beeinträchtigungen im Bewegungsmuster bis hin zum „schlurfenden Gang“. Dazu kommen spezielle, zumeist neurologisch und orthopädisch behandlungsbedürftige Erkrankungen mit ihrerseits typischen Gangstörungen. Und wem das erspart bleibt, der wird sich trotzdem mit zunehmendem Alter einen „vorsichtigen“ Gang zulegen, meist aus einer erhöhten Sturz-Angst oder der Erfahrung mit tatsächlichen oder zumindest Beinahe-Stürzen heraus.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht aus fachärztlicher Sicht mit konkreten Hinweisen zu Ursache, Leidensbild, Behandlungs- und Vorbeuge-Hinweisen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Gangstörungen – Gehstörungen – gestörtes Gehen – Gangstörungen im Alter – Gang-Risiken – Geh-Beeinträchtigungen – Geh-Geschwindigkeit – Gang-Veränderungen – schlurfender Gang – breit-basiger Gang – auffälliger Gang – verlangsamte Geh-Geschwindigkeit – Gebrechlichkeit – Klassifikation von Gangstörungen – Diagnose einer Gehstörung – spezielle Erkrankungen mit Gangstörungen – der vorsichtige Gang – verlangsamtes Gangbild – ängstliches Gangbild – kleinschrittiges Gangbild – unvorsichtiger Gang – psychogene Gangstörung – seelisch bedingte Gangstörung – Gangstörung und Sturzgefahr – Therapie von Gangstörungen – Vorbeugung von Gangstörungen u.a.m.

Dass wir uns auf zwei Beinen fortbewegen, ist uns selbstverständlich. Dass das nicht so ist, sehen wir nicht nur an unseren direkten Vorfahren, den Menschenaffen, sondern auch an Kleinkindern. Die müssen nämlich die aufrechte

Gehfähigkeit, d. h. die Fortbewegung auf 2 Beinen erst erwerben. Bisweilen mühsam, wie man feststellen kann. Der aufrechte Gang ist aber eine Grundvoraussetzung unserer unabhängigen Lebensführung. Funktioniert er, machen wir uns keine Gedanken. Es ist ein scheinbar einfacher, automatisierter Vorgang, in Wirklichkeit aber ein komplexes und fein aufeinander abgestimmtes Zusammenspiel zahlreicher körperlicher, ja sogar seelischer und geistiger Organ-Systeme. Deutlich wird es erst, wenn es gestört ist.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu Gangstörungen im Alter, basierend auf einem Fortbildungsartikel der Fachärzte Drs. K. Amadori, R. Püllen und T. Steiner von der Klinik für Neurologie am Klinikum Frankfurt sowie der Medizinisch-Geriatriischen Klinik, Agaplesion Frankfurter Diakoniekliniken in der Fachzeitschrift Nervenarzt 6 (2014) 761. Im Einzelnen:

ALLGEMEINE ASPEKTE

Wie häufig sind Gangstörungen im Alter?

Dass ältere Menschen hier ihre Probleme haben (können), wird uns jeden Tag vor Augen geführt: Straßen und Plätze, Geschäfte (z. B. Supermärkte), Verkehrsmittel usw. Und so gibt es verschiedene Untersuchungen zu diesem Phänomen, vor allem aus dem englischsprachigen Bereich (Stichwort: gait disorders). Und die besagen, dass bei Bürgern über 70, die zu Hause leben, in jedem dritten Fall eine Gangstörung zu erwarten ist. Konkret: bei den 70- bis 74-Jährigen in jedem vierten und bei den 80- bis 84-Jährigen in mehr als jedem zweiten Fall.

Noch häufiger findet sich derlei natürlich bei durchaus noch gehfähigen Bewohnern in einem Pflegeheim und schließlich bei Patienten in stationärer Krankenhausbehandlung. Das gleiche gilt für neurologische Fachkliniken, was die Gangstörung zu einer der häufigsten neurologischen Krankheitsbilder überhaupt macht. Wichtigster Risikofaktor: das höhere Lebensalter.

Der Gang aus physiologischer und krankhafter Sicht

Voraussetzung für einen gesunden, unauffälligen und damit leistungsfähigen Gang (letzteres klingt etwas sonderbar, wird aber bei krankhafter Beeinträchtigung rasch deutlich) ist das so genannte lokomotorische System im Zentralen Nervensystem. Daran beteiligt sind visuelle, vestibuläre und somato-sensorische Bereiche einschließlich der Proprio- und Exterozeptoren, die alle sensorischen Informationen aus der Körperperipherie sammeln und zum Gehirn weiterleiten. So die Fachausdrücke. Oder kurz und auf Deutsch: Seh- und Hörsystem, Gleichgewichtsorgane, vor allem die darauf spezialisierten Nervenzellen, die alle Informationen von außen registrieren, umsetzen und an die ent-

sprechenden Schaltstellen des Gehirns weiterleiten. Und natürlich ganz zu schweigen von den Organen, die schließlich Bewegungen im Allgemeinen und das Gehen im Speziellen ermöglichen, sprich Muskulatur, Skelett, Gelenke, Herz-Kreislauf, Lunge u. a.

Man sieht, dass etwas scheinbar so banales wie der Gang, und hier vor allem der aufrechte Gang für die „Krone der Schöpfung“, den Menschen, ein sehr komplexes System ist. Und das kann schon beim Gesunden im Allgemeinen und vor allem gesunden älteren Menschen im Speziellen zu bestimmten Gangveränderungen führen, z. B. als Kompensations-Strategien bei reduzierter Gleichgewichtsfähigkeit.

Und so nimmt die Geh-Geschwindigkeit jenseits des 65. Lebensjahres um etwa ein Prozent pro Jahr ab. Das hört sich erst einmal ertragbar an, summiert sich aber bei der heute erfreulicherweise zu erwartenden Lebenserwartung zu respektablen Einbußen (siehe oben).

Und wie äußert sich das konkret?

Beispiele: Die Schrittlänge wird auf weniger als eine Fußlänge verkürzt und die beid-füßige Doppelkontaktphase am Boden verlängert, wie es die Experten nennen. Auffällig, hinderlich und mitunter peinlich ist der Umstand, dass die Fuß-Führung in der Schwungbein-Phase flacher wird. Oder kurz und direkt, vor allem allseits registrierbar: „schlurfender Gang“. Und ein weiterer Aspekt: Zur Stabilisierung wird bei zunehmenden Seitwärts-Schwankungen von Kopf und Rumpf das Gangbild breit-basiger. Und schließlich führt die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit im Schulter- und Becken-Gürtel zu einem geringeren Mitschwingen der Arme beim Gehen. Vielleicht nicht so auffällig wie manches andere, aber dann doch bei genauer Beobachtung deutlich werdend.

Daraus resultiert dann das, was die Fachleute einen „kompensatorisch-protectiven Gang“ nennen (vom lat.: *protegere* = schützen). Das Vollbild einer solchen Entwicklung ist dann eine „idiopathische senile Gangstörung“, entweder als natürliche Alterungsfolge oder auf eine konkrete Störung zurückgehend. Das stößt zwar auf unterschiedliche Experten-Ansichten, doch scheint sich eines dabei immer wieder zu bestätigen: Die so genannte senile Gangstörung ist ein Risiko für kognitive (geistige) Beeinträchtigungen bis hin zur Demenz.

Weitere Risiken einer verlangsamten Geh-Geschwindigkeit bei ansonsten gesunden Älteren sind: ungewollter Gewichtsverlust, subjektive Erschöpfung, Minderung der Handkraft und geringere körperliche Aktivität. Und das sind entsprechende Kriterien für das Phänomen der Gebrechlichkeit (engl.: *frailty*) mit einem erhöhten Risiko für Behinderung jeglicher Art, ja Klinikaufnahme und sogar Tod.

Klassifikation der Gangstörungen

Eine einheitliche Klassifikation von Störungen des Ganges hat sich bisher nicht durchgesetzt. Interessant, wenngleich im klinischen Alltag nicht unbedingt hilfreich, ist eine neuro-anatomisch orientierte Einteilung. Die differenziert in lower, middle und higher mit unterschiedlichen anatomischen Lokalisationen und neurologischen Erkrankungs-Beispielen (z. B. in Fachbegriffen: Myopathie, Neuropathie, Amyotrophische Lateralsklerose, Hirninfarkt, Hirnblutung, Kleinhirn-Ataxien, Myelopathie, Parkinson, Demenz, psychogene Gangstörung usf.).

Alternativ gibt es eine so genannte syndromatische Klassifikation mit den Fachbegriffen hemiparetisch, paraparetisch, ataktisch, apraktisch, hypokinetisch, sensorisch, dyston, choreatisch usw. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur.

Wie diagnostiziert man eine Gehstörung?

Der Arzt, zumeist der Allgemeinarzt, im Speziellen dann der Neurologe oder Orthopäde, bemüht sich zuerst um eine ausführliche Anamnese (Krankheits-Vorgeschichte). Die kommt entweder vom Patienten selber, oder als Fremd-Anamnese von nahen Angehörigen, wobei es vor allem um mögliche Sturz-Risiken geht. Danach eine ausführliche körperliche Untersuchung.

Bei der so genannten inspektorischen Gang-Analyse geht es vor allem um die selbst gewählte Geh-Geschwindigkeit, die Schrittlänge, Schrittbreite, Schritthöhe und Schrittfrequenz. Aber auch um Symmetrie, Variabilität, mögliche Abnormitäten im Gangmuster, die Stellung und Bewegung in den Hüft-, Knie- und Sprunggelenken sowie die Mitbewegung der Arme.

Ergänzt wird dies durch den so genannten Blind- und Seiltänzer-Gang. Und wenn möglich durch entsprechende Tests (z. B. in Fachbegriffen Timed-up-and-go-Test, Five Chair Rise, modifizierter Romberg-Test, SPPB, Dual Tasking u. a., so die Experten K. Amadori, R. Püllen und T. Steiner.

Wichtig aber ist dabei auch die Geh-Geschwindigkeit. Sie wird in einer Strecke von mindestens 10 m pro Sekunde gemessen. Normwerte der Geh-Geschwindigkeit im Alter sind zwischen 60 und 69 Jahren etwa 1,34 (Männer) bzw. 1,24 (Frauen) Meter pro Sekunde. Das reduziert sich dann deutlich bei den 70- bis 79-Jährigen (1,26/1,13) und vor allem 80- bis 89-Jährigen (0,97/0,94).

Wem dies etwas zu abstrakt erscheint: Das sichere Überqueren einer Straße während der Grün-Phase erfordert eine Gehgeschwindigkeit von 1,4 m/s. Werte unter 0,8 m/s sind mit einer erhöhten Sturzgefährdung verbunden.

GANGSTÖRUNGEN BEI SPEZIELLEN ERKRANKUNGEN

Es sind vor allem so genannte geronto-neurologische Erkrankungen, die zu entsprechenden Gangstörungen führen. Oft reicht dem Experten schon die so genannte Blick-Diagnose, z. B. bei der gebundenen und vorn übergebeugten Körperhaltung, den leicht angewinkelten Hüft- und Kniegelenken sowie Armen, dem verminderten Mitschwingen der Arme und einem begleitenden Zittern, wie es für die nicht seltene Parkinson-Krankheit typisch ist. Hier ist natürlich auch die Geh-Geschwindigkeit verlangsamt. Eine so genannte Start-Hemmung führt außerdem dazu, dass mitunter der Gang mit sonderbar getrippelten Schritten auf der Stelle begonnen werden muss. Schrittlänge und -höhe sind reduziert, die Füße schlürfen über den Boden, die Bodenkontakt-Zeit ist verlängert, die Wendeschritt-Zahl erhöht. Dazu kommen unwillkürliche Bewegungs-Blockaden oder – umgekehrt – eine plötzliche Beschleunigung der Schrittfolge bei zunehmender Verkürzung der Schrittlänge mit einer unkorrigierbaren Neigung nach vorne zu stolpern und ggf. zu stürzen.

Auch bei den Demenzen finden sich eine mehr oder weniger typische Gang-Störung. So ist die Schrittlänge variabler als bei Gesunden, insgesamt jedoch verkürzt. Die Gehgeschwindigkeit ist verlangsamt, was mit dem Schweregrad der geistigen Beeinträchtigung zusammenhängt (bei der so genannten vaskulären Demenz ausgeprägter als beim Alzheimer-Typ).

Ähnliche charakteristische Gang-Hinweise finden sich dann jeweils auch bei so speziellen Erkrankungen wie der subcortikalen vaskulären Enzephalopathie, dem Normal-Druck-Hydrozephalus, der Hemi- und Para-Parese (z. B. nach Hirninfarkt), der zerebellären Gang-Ataxie, der sensiblen Gang-Ataxie, der Gangstörung bei zervikaler Myelopathie und bei Myopathien u. a.

Bei den nicht-neurologischen Ursachen für Gangstörungen im Altern sind es vor allem die Arthrose, die nicht seltenen Fuß- und Zehen-Deformitäten, die periphere arterielle Verschlusskrankheit und das, was man schließlich als multifaktorielle Gangstörung bezeichnet, d. h. wenn mehrere Erkrankungen auf einmal belasten, und hier dann nicht nur den Gang.

Der „vorsichtige“ Gang

Der so genannte „vorsichtige Gang“ (englischer Fachbegriff: cautious gait) ist bei älteren Menschen häufig – nachvollziehbar. Meist resultiert er aus einer erhöhten Sturz-Angst nach tatsächlichen oder Beinahe-Stürzen.

Hier ist das Gangbild hochgradig verlangsamt, ängstlich, kleinschrittig und breitbasig (Einzelheiten siehe oben). Die Betroffenen suchen stets Halt an Wänden, Möbelstücken oder Begleitpersonen. Hüft- und Kniegelenke sind angebeugt, der Muskeltonus (die Muskelspannung) in den Beinen ist erhöht.

Interessant ist dabei das Gegenteil, der „unvorsichtige Gang“ (engl.: careless gait). Er beruht auf der Überschätzung der eigenen Möglichkeiten und droht beispielsweise bei Demenz, Delir oder Stirnhirn-Beeinträchtigungen. Hier findet sich ein unangemessen schnelles, vor allem wenig koordiniertes Gang-Bild, oft mit der Neigung nach vorne zu fallen und damit hoher Sturz- und Verletzungs-Gefahr.

Eher selten ist dafür im Alter eine so genannte psychogene Gangstörung durch eine rein seelische Ursache. Auch hier kann der Gang auffallend verlangsamt sein, manchmal sogar bizarr, wenn nicht dramatisch ausgestaltet mit extremen Körperhaltungen. Dafür sind folgenschwere Stürze mit Verletzungsgefahr selten. Typisch ist vor allem ein Auf und Ab auffälliger Gangreaktionen, je nach dem ob der innerseelische Anteil verstärkt nach außen getragen oder verleugnet werden soll, so die Experten K. Amadori, R. Püllen und T. Steiner.

GANGSTÖRUNGEN UND STURZGEFAHR – WAS KANN MAN TUN?

Wenn man die konkrete Ursache, sprich das entsprechende Krankheitsbild diagnostiziert hat, dann geht es um die möglichst kausale Behandlung des *ursächlichen Leidens*. D. h. Parkinson-Störung, Enzephalopathie, Hemiparese, Gang-Ataxie, Myopathie usf. Ist man dort erfolgreich, lässt sich auch die entsprechende Gangstörung mildern, ggf. ganz beheben.

Ansonsten bietet sich eine Reihe individualisierte (d. h. für jeden Betroffenen angepasste), so genannte störungs-spezifische *physiotherapeutische Trainings-Programme* an. Das muss allerdings ggf. lebensbegleitend erfolgen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur.

Wichtig dabei ist grundsätzlich ein flankierendes *Muskel-Aufbau-Training*, insbesondere bei muskulär geschwächten Patienten mit Kraft-Defizit. Von großer Bedeutung sind auch die verfügbaren *Hilfsmittel* wie Peronäus-Schiene, Gehstöcke, Unterarm-Gehstützen, Rollatoren usw., die die Standfläche vergrößern und damit die Balance verbessern. Das setzt allerdings auch ein physiotherapeutisches Gebrauchs-Training sowie eine regelmäßige Wartung und Anpassung an die sich ändernden Bedürfnisse voraus. Auch das Schuhwerk soll passend und bequem sein. Mit flachen, breiten Absätzen und rutschfester Sohle. Ähnliches gilt für Anti-Rutsch-Socken.

Bei entsprechenden Schmerzbildern geht es natürlich um eine effektive *Schmerzlinderung*, bei *Seh- und Hör-Störungen* um entsprechende Hilfen. Schließlich gilt es auch *ernährungs-therapeutische Maßnahmen* zu ergreifen, besonders bei Untergewicht, Eiweißmangel u. a. Interessant ist die Empfehlung von Vitamin D als tägliche Gabe in entsprechender Dosierung zur Sturz- und Fraktur-Vorbeugung. Auch hier: Einzelheiten siehe der betreuende Arzt.

Ein ungelöstes Problem sind *Medikamente mit Sturzgefahr*. Besonders die so genannte Polypharmazie, d. h. mehrere Medikamente auf einmal, können mit wachsendem Alter ein fast unlösbares Problem werden. Hier weiß der betreuende Arzt allerdings Bescheid, dafür gibt es entsprechende Listen, die insbesondere bei Neuroleptika, Benzodiazepin-Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln, Antidepressiva, aber auch bestimmten Anticholinergika, Antihypertensiva, Antidiabetika und Opiaten zur Vorsicht mahnen, vor allem im höheren Lebensalter.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Menschen werden immer älter, und das ist erfreulich. Dadurch aber erhöht sich auch nachvollziehbarer Weise die Zahl gesundheitlicher Risiken: seelisch, geistig, psychosozial – und körperlich. Eine der folgenschwersten sind die Gangstörungen im Alter. Was weiß man und was sollte man tun?

Gangstörungen nehmen zu. Beispielsweise mehr als die Hälfte der über 80-Jährigen. Dabei gibt es zahlreiche geronto-neurologische Erkrankungen, die mit ganz bestimmten Gangstörungen belastet sind, manchmal sogar als Leit-Symptom, wie Mediziner ein charakteristisches Beschwerdemuster nennen. Das setzt also eine jeweils fachärztliche Untersuchung voraus, die schließlich in gezielte Therapie-Empfehlungen mündet.

Ein solches Behandlungskonzept ist grundsätzlich multiprofessionell, d. h. von mehreren medizinischen Fachbereichen getragen. Das pflegt zumindest zu einer spürbaren Entlastung und vor allem Ermutigung zu führen, zumal die Verunsicherung nach Sturz oder Beinahe-Sturz eine der riskantesten Zusatz-Belastungen werden kann. Schwierig ist auch das Problem drohender sturzgefährlicher Nebenwirkungen von ansonsten unverzichtbaren Medikamenten. Hier empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharzt, um die Risikofaktoren für Gangstörungen und Stürze in Grenzen zu halten, so die Experten K. Amadori, R. Püllen, und T. Steiner in ihrem informativen Weiterbildungsbeitrag in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 6/2014.

LITERATUR

Wichtiges, eigentlich immer wichtiger werdendes Alltags-Problem in unserer Zeit und Gesellschaft, deshalb zunehmend auch von der Wissenschaft untersucht und in Fachbeiträgen vorgestellt. Einzelheiten dazu, einschließlich weiterführender Fachliteratur, siehe der Fachartikel als Grundlage dieses Beitrags:

K. Amadori, R. Püllen, T. Steiner: Gangstörungen im Alter. Der Nervenarzt 6(2014)761