Praxis Lamprecht

Wichtige Grundprinzipien bei der Behandlung von Personen mit Ataxie



Newsletter

November 2026

www.hsh-lamprecht.de

Wichtige Grundprinzipien bei der Behandlung von Personen mit Ataxie

Ataxie kann im Rahmen einer eigenständigen neurologischen Erkrankung auftreten oder als Symptom beispielsweise bei Multipler Sklerose oder nach einem Schlaganfall entstehen. Für Therapeut:innen stellt die Behandlung häufig eine besondere Herausforderung dar. Betroffene können Bewegungen grundsätzlich ausführen, diese sind jedoch nicht immer zielgenau, zeitlich abgestimmt oder passend dosiert. Auch die Sprachverständlichkeit kann reduziert und das sichere Schlucken beeinträchtigt sein. Da für viele Ataxieformen keine kurative Therapie zur Verfügung steht, richtet sich die Behandlung vor allem auf die funktionellen Auswirkungen im Alltag und darauf, Selbstständigkeit, Kommunikation und Teilhabe zu erhalten oder zu verbessern.

In der Behandlung von Personen mit Ataxie (PmA) sollte man sich an klaren therapeutischen Prinzipien orientieren und diese individuell an die jeweiligen Beeinträchtigungen, Aktivitäten und Ziele anpassen. Entscheidend ist eine gezielte Dosierung von Schwierigkeit, Geschwindigkeit, Genauigkeit und Komplexität, ausreichend Wiederholung sowie ein sinnvoller Einsatz von externem Feedback. Ebenso wichtig ist die Entscheidung, wann Funktionen gezielt trainiert und wann Kompensationsstrategien oder Hilfsmittel eingesetzt werden. Das oberste Ziel ist stets eine möglichst sichere, effiziente und alltagsrelevante Bewegung und Kommunikation zu erreichen und damit größtmögliche Selbstständigkeit und Teilhabe zu ermöglichen.

Wir haben im Folgenden wichtige Grundprinzipien ausgewählt, auf die man bei der Behandlung sowie Betreuung von Personen mit Ataxie beachten sollte. Diese haben wir durch wichtige Hintergrundinformationen und praktische Tipps für den Praxisalltag so ergänzt, damit sie direkt angewendet werden können:

1. Ataxieformen unterscheiden [1,2]:

Ataxie wird häufig mit einer Schädigung des Kleinhirns gleichgesetzt, kann jedoch auch durch eine gestörte propriozeptive Informationsverarbeitung entstehen. Für die Therapie ist entscheidend, **welche Form und welcher funktionelle Mechanismus vorliegen**. Unterschieden werden cerebelläre, spinal-sensible und peripher-sensible Ataxien sowie Mischformen.

> Cerebelläre Ataxie: Gestört sind insbesondere die zeitliche und räumliche Koordination sowie die Vorhersage und Anpassung von Bewegungen. Visuelle Informationen können Orientierung und Feedback unterstützen, die cerebelläre Störung jedoch nicht direkt kompensieren.
>
> → Therapieprinzip: Visus nicht routinemäßig entziehen, sondern gezielt nutzen.

Sensorische Ataxie: Propriozeptive Informationen stehen nur eingeschränkt zur Verfügung. Bei einer spinal-sensibler Ataxie ist vor allem die zentrale Weiterleitung betroffen, bei einer peripher-sensibler Ataxie die Informationsaufnahme bzw. -weiterleitung im peripheren Nervensystem. Der Visus kann fehlende propriozeptive Informationen teilweise kompensieren.

→ Therapieprinzip: Visus im Alltag zur Kompensation nutzen und im gesicherten Training gezielt reduzieren, wenn verbliebene propriozeptive Informationen stärker genutzt werden sollen.

2. Typische Zeichen von Ataxie

Ataktische Symptome können **isoliert oder in unterschiedlicher Kombination auftreten** und in ihrer Ausprägung deutlich variieren. Das klinische Bild ist daher von Person zu Person unterschiedlich. Für Befund und Therapie ist entscheidend, das individuelle Symptommuster sowie dessen Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe zu erfassen:

Dysmetrie: Zielgerichtete Bewegungen werden über- oder unterschossen. Auch Bewegungsausmaß und Kraftdosierung können unzureichend angepasst sein.

Dysdiadochokinese: Schnelle Wechselbewegungen können nicht mehr rhythmisch, flüssig und zeitlich abgestimmt ausgeführt werden.

Intentionstremor: Unkontrollierte Korrekturbewegungen kurz vor dem Ziel nehmen zu. Sie entstehen durch eine gestörte Abstimmung von Beschleunigung, Abbremsung und Bewegungskorrektur.

Standataxie: Vermehrte und unregelmäßige Körperschwankungen erschweren die Kontrolle des Körpers über der Unterstützungsfläche.

Gangataxie: Typisch sind eine erhöhte Schrittvariabilität, unregelmäßige Fußplatzierung und Schwierigkeiten bei Richtungswechseln oder komplexeren Gehaufgaben. Eine verbreiterte Schrittbasis kann dabei eine sinnvolle Kompensationsstrategie darstellen.

Ataxie der oberen Extremitäten: Zielgenauigkeit, Greifen, Kraftdosierung und Objektmanipulation können eingeschränkt sein und dadurch zahlreiche Alltagsaktivitäten erschweren.

Dysarthrie und Dysphagie: Eine gestörte Koordination der Sprech- und Schluckmotorik kann Sprachverständlichkeit, Kommunikation und sicheres Schlucken beeinträchtigen. Bei Hinweisen auf eine Dysphagie ist zwingend eine gezielte logopädische Abklärung erforderlich.

Okulomotorische Störungen: Möglich sind unter anderem Nystagmus, über- oder unterschießende Sakkaden, sakkadische Intrusionen und eine gestörte Blickfolge.

3. Befund und Therapieplanung

Der therapeutische Befund sollte beim wichtigsten Alltagsproblem der Person beginnen. Ausgehend von der relevanten Aktivität wird analysiert, welche funktionellen Einschränkungen und Mechanismen die Ausführung begrenzen. Je nach Problem sollten insbesondere Mobilität und Gleichgewicht, Arm-Hand-Funktion, körperliche Leistungsfähigkeit, Kommunikation und Schlucken sowie deren Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe berücksichtigt werden.

Eine strukturierte Sturzanamnese gehört insbesondere bei eingeschränkter Mobilität zum Befund. Neben Stürzen und Beinahe-Stürzen in den vergangenen 12 Monaten sollten Auslöser, Situation, Reaktion und die Fähigkeit zum Aufstehen vom Boden erfasst werden [3].

Assessments werden gezielt entsprechend dem individuellen Problem ausgewählt. Die Scale für the Assessment and Rating of Ataxie (SARA) erfasst den Schweregrad der Ataxie anhand von acht Items, sollte jedoch durch problemspezifische Tests wie beispielsweise Mini-BESTest, 6-Minuten-Gehtest oder Nine-Hole-Peg-Test sowie die Beurteilung relevanter Alltagsaktivitäten ergänzt werden [4]. Ist kein geeignetes standardisiertes Assessment verfügbar, können individuelle Ziele beispielsweise über Zeit, Wiederholungszahl oder Videoaufnahmen dokumentiert werden.

Die Therapieziele werden gemeinsam mit der betroffenen Person formuliert und sollten konkret, messbar und alltagsbezogen sein. Eine zeitlich begrenzte Therapieerprobung mit intensivem, repetitivem Training kann zusätzlich zeigen, welche Funktionen therapeutisch veränderbar sind und wo kompensatorische Strategien oder Hilfsmittel erforderlich werden. Training und Kompensation können dabei parallel eingesetzt werden.

4. Trainingsprinzipien und Therapieinterventionen - Mobilität

Die Mobilität sollte aufgabenspezifisch, aktiv und hochrepetitiv trainiert werden. Wenn Gehen das Therapieziel ist, sollte deshalb direkt gegangen werden. Die Aufgabe wird so angepasst, dass die Person möglichst viele aktive, sichere und erfolgreiche Schritte ausführen kann. Hilfsmittel oder eine Sturzsicherung können dabei genutzt werden, um die Trainingsdosis zu erhöhen. Ihr Abbau ist kein eigenständiges Therapieziel und sollte daher nicht im Fokus des Therapieverlaufs stehen.

Die Trainingsanforderungen werden schrittweise über Geschwindigkeit, Schrittlänge, Richtung, Hindernisse, Untergrund oder zusätzliche Aufgaben gesteigert. Ziel ist nicht ein möglichst normiertes Gangbild, sondern eine sichere, selbstständige und anpassungsfähige Mobilität im Alltag. Bei sensorischer Ataxie kann die visuelle Kontrolle im gesicherten Training gezielt reduziert werden, während sie im Alltag zur Kompensation genutzt werden sollte.

Zum Mobilitätstraining gehören insbesondere Gangtraining auf dem Laufband und Overground, Gleichgewichtstraining sowie Transfertraining. Laufbandtraining ermöglicht viele Schrittwiederholungen und eine gezielte Steuerung von Geschwindigkeit und Ausdauer. Overground sollten zusätzlich Richtungswechsel, Start-Stopp, Hindernisse, unterschiedliche Untergründe, Steigungen und alltagsrelevante Gehstrecken trainiert werden. Bei schwer betroffenen Personen können Gangtrainer, Gurtsicherung oder geeignete Hilfsmittel genutzt werden, um eine ausreichende Zahl aktiver Schritte zu ermöglichen.

Das Gleichgewichtstraining sollte je nach Befund sensorische, dynamische und reaktive Gleichgewichtskontrolle gezielt berücksichtigen. Transfers wie Aufstehen, Umsetzen oder Ein- und Aussteigen sollten repetitiv unter möglichst realistischen Bedingungen geübt werden. Kraft- oder Ausdauertraining ergänzen das Mobilitätstraining, wenn entsprechende Defizite die Aktivität begrenzen, ersetzen jedoch nicht das spezifische Geh- und Gleichgewichtstraining.

5. Trainingsprinzipien und Therapieinterventionen – Obere Extremitäten

Für die Therapie der oberen Extremitäten ist entscheidend, welche Arm-Hand-Aktivität im Alltag eingeschränkt ist und welche Anforderung sie begrenzt. Beispielsweise können die Zielgenauigkeit, Geschwindigkeit, Mehrgelenkkoordination, Griffkraftdosierung oder Manipulation betroffen sein. Diese Anforderungen werden zunächst so trainiert, dass wiederholt erfolgreiche Bewegungen möglich sind. Anschließend wird die Aufgabe schrittweise über Distanz, Zielgröße, Richtung, Geschwindigkeit, Unterstützungsgrad, Anzahl beteiligter Gelenke oder Objektgewicht erschwert und zunehmend in die relevante Alltagsaktivität übertragen. Dabei gilt: Langsamer ist nicht automatisch besser und leichter nicht automatisch einfacher. Entscheidend ist die individuell erfolgreichste Bewegungsausführung.

Bei cerebellärer Ataxie sollte visuelle Information für Zielbewegungen nicht routinemäßig entzogen werden. Bei spinal- oder peripher-sensibler Ataxie kann die visuelle Kontrolle im gesicherten Training dagegen gezielt reduziert werden, wenn verbliebene propriozeptive und taktile Informationen stärker genutzt werden sollen.

Im Mittelpunkt der Therapieinterventionen steht ein spezifisches Zielmotoriktraining mit vielen Wiederholungen. Bei schwerer Ataxie kann die Bewegung zunächst durch Abstützung, weniger beteiligte Gelenke oder Gewichtsentlastung vereinfacht werden. Gelingt eine funktionelle Mehrgelenkbewegung bereits erfolgreich, sollte diese direkt trainiert werden. Unterschiedliche Geschwindigkeiten und Objektgewichte können gezielt variiert werden.

Zusatzgewichte am Arm oder Handgelenk können individuell erprobt werden. Da ihre Wirkung aufgabenspezifisch ist, sollte dieselbe Zielbewegung oder Alltagsaktivität mit und ohne Gewicht verglichen und das Gewicht nur bei einem unmittelbaren und reproduzierbaren funktionellen Vorteil eingesetzt werden [5-7].

Als impairmentorientiertes Training kann beispielsweise ein angepasstes Arm-Fähigkeits-Training eingesetzt werden, um Koordination, Zielmotorik, Geschwindigkeit und Manipulation hochrepetitiv zu üben [8]. Ergänzend sollte ein ADL-Training erfolgen, bei dem relevante Tätigkeiten wie Essen, Trinken, Ankleiden, Schreiben, Smartphone- und PC-Nutzung oder Haushaltsaktivitäten unter möglichst realistischen Bedingungen trainiert werden. Restaurative und kompensatorische Strategien können dabei parallel eingesetzt werden.

6. Durch Hilfsmittel und Kompensation Selbständigkeit und Teilhabe ermöglichen

Hilfsmittel sollten nicht allein anhand der Diagnose ausgewählt werden, sondern danach, welche Aktivität oder Teilhabe sicherer, selbstständiger oder überhaupt erst möglich werden soll [9]. Therapeut sollten deshalb die relevante Aktivität, vorhandene Fähigkeiten und den individuellen Kontext erfassen und die Versorgung möglichst unter realistischen Bedingungen erproben [10]. Ziel ist nicht möglichst lange Hilfsmittelfreiheit, sondern größtmögliche Selbstständigkeit, Sicherheit und Teilhabe. Training und Kompensation können dabei parallel erfolgen.

Bei Gangataxie kommen je nach Unterstützungsbedarf Stock, unterschiedliche Rollator-Modelle oder Rollstuhl infrage. Entscheidend ist der funktionelle Nutzen im Alltag. Ein Rollstuhl schließt aktives Gehen auf kürzeren Strecken nicht aus.

Bei sensorischer Ataxie sollte der Visus im Alltag gezielt zur Kompensation genutzt werden. Gute Beleuchtung, kontrastreiche Stufen und übersichtliche Laufwege können die Sicherheit verbessern [11].

Für die Arm-Hand-Funktion und Selbstversorgung können beispielsweise Unterarmauflagen, dynamische Armunterstützungen, angepasste Ess- und Anziehhilfen sowie Veränderungen der Wohnumgebung sinnvoll sein. Zusatzgewichte oder Kompressionssysteme sollten nur eingesetzt werden, wenn sich ein direkter und reproduzierbarer funktioneller Vorteil zeigt [12].

Bei schweren Einschränkungen können technische Assistenzsysteme wie angepasste Rollstuhlsteuerungen, Essassistenz, alternative Computersteuerungen, Smart-Home-Systeme oder Unterstützte Kommunikation Selbstständigkeit und Teilhabe ermöglichen. Bei progredienten Ataxien sollte die Versorgung regelmäßig überprüft und angepasst werden [10].

Bei der Suche nach geeigneten Hilfsmitteln kann der kostenlose REHADAT-Hilfsmittelfinder herstellerübergreifend unterstützen und bei Bedarf auch in einfacher Sprache genutzt werden: https://www.hilfsmittelfinder.de/ [05.11.2026]

7. Dysarthrie – Sprechmotorik verbessern und Kommunikation ermöglichen

Eine Dysarthrie ist eine Störung der Sprechmotorik, bei der die Steuerung und Koordination der für das Sprechen benötigten Muskulatur beeinträchtigt ist. Bei Ataxie können insbesondere Artikulation, Sprechtempo, Prosodie, Lautstärke und Atem-Sprech-Koordination betroffen sein. Typisch ist eine erhöhte Variabilität der Aussprache, ein wechselndes oder verlangsamtes Sprechtempo sowie Veränderungen von Rhythmus und Betonung.

Für die Therapie ist nicht allein der sprechmotorische Befund entscheidend, sondern vor allem die Frage, wie verständlich die Person im Alltag kommunizieren kann und welche Kommunikationssituationen eingeschränkt sind. Die Therapie sollte deshalb am individuellen Dysarthrieprofil ansetzen und möglichst konkrete Sprech- und Kommunikationssituationen trainieren.

Eine intensive, gezielte Sprechtherapie kann die Sprachverständlichkeit verbessern [13]. Langsameres Sprechen ist dabei nicht automatisch besser, sondern sollte nur eingesetzt werden, wenn es die Verständlichkeit tatsächlich verbessert [14]. Bei progredienter Dysarthrie können frühzeitig auch ergänzende oder alternative Kommunikationsmöglichkeiten sinnvoll sein, zum Beispiel Schrift, Buchstaben- oder Symboltafeln, Kommunikations-Apps oder Geräte mit Sprachausgabe, wenn die Lautsprache zunehmend schwer verständlich wird.

8. Dysphagie – Schluckfunktion unterstützen und Schlucksicherheit gewährleisten

Eine Dysphagie bezeichnets eine Störung des Schluckens, bei der die sichere und effiziente Aufnahme und Weiterleitung von Nahrung oder Flüssigkeit beeinträchtigt sein kann. Schluckstörungen können bei verschiedenen hereditären und degenerativen Ataxien auftreten und mit Aspiration, Mangelernährung, Dehydratation und einer eingeschränkten Lebensqualität verbunden sein [1, 15]. Warnzeichen sind unter anderem Husten oder Räuspern beim Essen und Trinken, eine veränderte Stimme nach dem Schlucken, verlängerte Mahlzeiten, Probleme mit bestimmten Konsistenzen, Gewichtsverlust oder wiederholte Atemwegsinfekte.

Besonders wichtig ist, dass auch eine stille Aspiration ohne Hustenreaktion auftreten kann und Schlucksicherheit deshalb nicht allein klinisch beurteilt werden sollte. Bei Verdacht ist eine logopädische Abklärung und je nach Fragestellung eine instrumentelle Diagnostik mittels FEES, bei der der Schluckvorgang endoskopisch über eine Kamera durch die Nase beurteilt wird, oder VFSS, bei der das Schlucken mithilfe von Röntgen und Kontrastmittel dynamisch dargestellt wird, sinnvoll [16].

Die Dysphagietherapie sollte sich am individuellen Schluckmechanismus orientieren. Kompensatorische Strategien, Konsistenzanpassungen oder Schluckübungen sollten nicht pauschal aufgrund der Diagnose eingesetzt, sondern auf Grundlage des Befundes gezielt ausgewählt und auf ihre funktionelle Wirkung überprüft werden. Bei progredienten Ataxien ist zudem eine regelmäßige Verlaufskontrolle wichtig.

Referenzen:

[1] Kuo SH. Ataxia. Continuum (Minneap Minn). 2019;25(4):1036–1054. doi:10.1212/CON.0000000000000753.

[2] Mariotti C, Fancellu R, Di Donato S. An overview of the patient with ataxia. J Neurol. 2005;252(5):511–518. doi:10.1007/s00415-005-0814-z.

[3] Montero-Odasso M, et al.; Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022 Sep 2;51(9):afac205. doi: 10.1093/ageing/afac205. Erratum in: Age Ageing. 2023 Sep 1;52(9):afad188. doi: 10.1093/ageing/afad188. Erratum in: Age Ageing. 2023 Oct 2;52(10):afad199. doi: 10.1093/ageing/afad199. PMID: 36178003; PMCID: PMC9523684.

[4] Schmitz-Hübsch T, du Montcel ST, Baliko L, Berciano J, Boesch S, Depondt C, et al. Scale for the assessment and rating of ataxia: development of a new clinical scale. Neurology. 2006;66(11):1717–1720. doi:10.1212/01. wnl.0000219042.60538.92.

[5] Bhanpuri NH, Okamura AM, Bastian AJ. Predicting and correcting ataxia using a model of cerebellar function. Brain. 2014;137(7):1931–1944. doi:10.1093/brain/awu115.

[6] Zimmet AM, Cowan NJ, Bastian AJ. Patients with cerebellar ataxia do not benefit from limb weights. Cerebellum. 2019;18(1):128–136. doi:10.1007/s12311-018-0962-1.

[7] Morgan MH, Hewer RL, Cooper R. Application of an objective method of assessing intention tremor—a further study on the use of weights to reduce intention tremor. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1975;38(3):259–264. doi:10.1136/jnnp.38.3.259.

[8] Platz T, Winter T, Müller N, Pinkowski C, Eickhoff C, Mauritz K-H. Armfähigkeits-Training für Schlaganfall-Patienten und Schädel-Hirn-Trauma-Patienten mit leicht- bis mittelgradiger Armparese. Eine randomisierte kontrollierte Studie. Neurol Rehabil, 6:245-250, 2000.

[9] Corben LA, Collins V, Milne S, Farmer J, Musheno A, Lynch D, et al. Clinical management guidelines for Friedreich ataxia: best practice in rare diseases. Orphanet J Rare Dis. 2022;17:415. doi:10.1186/s13023-022-02568-3.

[10] Pott C., Thieme H.: Physiotherapie in der Neurologie, Thieme-Verlag 2024, S. 217, ISBN: 978-3132444447.

[11] Pirker W, Katzenschlager R. Gait disorders in adults and the elderly: a clinical guide. Wien Klin Wochenschr. 2017;129(3–4):81–95. doi:10.1007/s00508-016-1096-4.

[12] Zimmet AM, Cowan NJ, Bastian AJ. Patients with cerebellar ataxia do not benefit from limb weights. Cerebellum. 2019;18(1):128–136. doi:10.1007/s12311-018-0962-1.

[13] Vogel AP, Stoll LH, Oettinger A, Rommel N, Kraus EM, Timmann D, et al. Speech treatment improves dysarthria in multisystemic ataxia: a rater-blinded, controlled pilot-study in ARSACS. J Neurol. 2019;266(5):1260–1266. doi:10.1007/s00415-019-09258-4.

[14] Yorkston KM, Hammen VL, Beukelman DR, Traynor CD. The effect of rate control on the intelligibility and naturalness of dysarthric speech. J Speech Hear Disord. 1990;55(3):550–560. doi:10.1044/jshd.5503.550.

[15] Bodranghien F, Bastian A, Casali C, Hallett M, Louis ED, Manto M, et al. Consensus paper: revisiting the symptoms and signs of cerebellar syndrome. Cerebellum. 2016;15(3):369–391. doi:10.1007/s12311-015-0687-3.

[16] Dziewas R, Glahn J, Helfer C, Ickenstein G, Keller J, Ledl C, et al. Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia – S1 guideline of the German Society of Neurology. Neurol Res Pract. 2021;3:23.