pt
ZEITSCHRIFT FÜR PHYSIO THERAPEUTEN
78. Jahrgang
September 2026



THERAPIE BIS IN DEN TOD

physiotherapeuten.de

AUTORENABDRUCK

Nicht ins Stocken geraten

Worauf es bei Parkinson ankommt

Von Felix Gaus und Simon Bahsitta

Die Parkinson-Krankheit (PK) ist eine neurodegenerative Erkrankung, die Motorik, Alltag und Lebensqualität zunehmend beeinträchtigt. Eine medikamentöse Therapie allein reicht langfristig nicht aus: Gefragt ist eine symptomorientierte, interdisziplinäre Therapiebegleitung, um Mobilität und Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Physiotherapie nimmt dabei eine zentrale Rolle ein, da sie alltagsrelevante Funktionen gezielt fördert und Betroffene zu einem aktiven Umgang mit der Erkrankung befähigt.

Für Eilige

Physiotherapie bei Parkinson heißt, den Alltag in den Blick zu nehmen: von Beweglichkeit und Gleichgewicht über Freezing bis zur Sturzangst. Doch nicht jeder Patient ist gleich. Welche Behandlungsschritte besonders wichtig sind und wie sich Training wirksam in den Alltag übertragen lässt, zeigt ein Praxisbeispiel.

Eine sinnvolle Grundlage bietet die mediterrane Ernährung, die mit positiven Effekten auf Kognition, Darmfunktion und Gehirngesundheit in Verbindung gebracht wird. Wichtig ist zudem die zeitliche Trennung von L-Dopa und eiweißreichen Mahlzeiten, da die Wirkung sonst verzögert oder abgeschwächt eintreten kann. L-Dopa sollte möglichst nüchtern, mindestens 30 Minuten vor oder etwa eine Stunde nach einer Mahlzeit eingenommen werden. Die Broschüren der Parkinsonstiftung zu Ernährung und Schlafstörungen sind eine gute Patientenlektüre (1, 2).

Auf die Beine

Personen mit Parkinson-Krankheit (PmP) sollten außerdem einen aktiven Lebensstil pflegen. Entscheidend ist weniger die konkrete Sportart als eine regelmäßige und ausreichend intensive Aktivität. Orientierung bieten die Weltgesundheitsorganisation und das American College of Sports Medicine: Diese empfehlen mindestens 150 Minuten moderate oder 75 Minuten intensive aerobe Aktivität pro Woche. Das entspricht etwa 7.500 bis 10.000 Schritten pro Tag. Experten empfehlen Krafttraining an mindestens zwei Tagen pro Woche, ab 65 zusätzlich Gleichgewichtstraining an drei Tagen pro Woche (3, 4). Außerdem gibt es ergänzende Angebote wie Parkinson-Gymnastikgruppen, Ping-Pong-Parkinson oder Rehasport.

Soziales Netz

Neben Sport- und Bewegungsgruppen gibt es ein breites Angebot an Selbsthilfegruppen, die zur aktiven Teilhabe und sozialen Vernetzung beitragen. Organisationen wie die Deutsche Parkinson Vereinigung (dPV) bieten neben umfangreichen Informationen über die Krankheit auch eine Übersicht aller Regionalgruppen in Deutschland für den „kurzen Draht“ (5). Daneben gibt es auch Webangebote wie „PARKINSonLINE“ (6).

Mehr als Üben

Aufklärung und Beratung sind zentrale Bestandteile der Therapie und gehen über das reine Üben hinaus. Physiotherapeuten sollten PmP über zentrale Symptome wie Bradykinese, Rigor und Ruhetremor informieren. Auch ist es wichtig, deren Auswirkungen auf Alltag und Bewegung zu erläutern. Dies kann die Therapieadhärenz fördern, Eigenverantwortung stärken und regelmäßiges großamplitudiges Bewegungstraining unterstützen. Bradykinese ist das Kardinalsymptom der PK. Sie zeigt sich in einer verlangsamten, erschwerten und kleiner werdenden Bewegungsausführung (7). Auch zeigt sich eine erhöhte Muskelsteifigkeit über den

gesamten Bewegungsumfang. Betroffene sollten diesen Rigor aktiv trainieren (7). Der Ruhetremor tritt in Ruhe auf. Er beginnt meist einseitig, nimmt bei Bewegung oft ab und kann sich durch Stress, Dual Task oder Schmerz verstärken. Physiotherapeutisch ist er nicht beeinflussbar (8).

Da Beweglichkeit, Gangbild und Gleichgewicht vom Medikamentenfenster abhängen können, sollten Therapeuten Informationen rund um die Medikation einholen. Hierzu gehören Einnahmezeitpunkte, Wirkdauer, On-/Off-Phasen und mögliche Nebenwirkungen. Es gilt, Auffälligkeiten wie Schwindel, Müdigkeit, Dyskinesien oder orthostatische Hypotonie zu dokumentieren und ärztlich rückzumelden. Empfehlenswert ist auch die Patientenleitlinie der Deutschen Hirnstiftung im Rahmen der Edukation (9).

Therapieplanung

Bei der Behandlung von PmP sollten die Form der PK, das Hoehn-&-Yahr-Stadium, alltagsrelevante Einschränkungen und gemeinsam formulierte Therapieziele systematisch erfasst werden. Die Einteilung nach Hoehn & Yahr bietet eine wichtige Orientierung für den Praxisalltag, da sie den Schweregrad der Erkrankung beschreibt (10).

Zusätzlich sollten Therapeuten Gleichgewichtsprobleme, (Beinahe-)Stürze, Freezing und das Symptomverständnis berücksichtigen. Bei Bedarf stehen weitere Fachdisziplinen zur Verfügung. Bei Schluckstörungen oder Dysarthrie steht die Logopädie mit Rat und Tat zur Seite, bei kognitiven Auffälligkeiten die Ergotherapie.

Für die Verlaufsdokumentation empfehlen wir je nach Therapieziel standardisierte Assessments (11):

- Mini-BEST (Gleichgewicht)
- Timed Up and Go (Mobilität und Sturzrisiko)
- 6-Minuten-Gehtest (Gangausdauer)
- 10-Meter-Gehtest (Gehgeschwindigkeit)
- New Freezing of Gait Questionnaire (Freezing)
- COPM (alltagsrelevante Ziele)

Hilfsmittel gezielt einsetzen

Im Verlauf der Erkrankung können Hilfsmittel zunehmend wichtig werden, um Selbstständigkeit, Aktivität und gesellschaftliche Teilhabe möglichst lange zu erhalten. Der REHADAT-Hilfsmittelfinder unterstützt bei der Auswahl geeigneter Hilfsmittel und lässt sich auch in Einfacher Sprache nutzen (12).

Kognitives Training

Bereits früh im Krankheitsverlauf können bei PmP kognitive Störungen auftreten. Etwa 30 % weisen bereits zum Zeitpunkt der Diagnose eine leichte kognitive Störung auf. Nach mehr als zwölf Jahren Krankheitsdauer sind über 50 % von einer Parkinson-Demenz betroffen. Bei leichter bis mittelschwerer Demenz kann regelmäßiges kognitives Training im Rahmen der Ergotherapie sinnvoll sein, möglichst kombiniert mit angeleitetem Eigentraining (13). Bei milden Einschränkungen sollten alltagsbezogene Strategien im Vordergrund stehen. Bei stärkeren Einschränkungen sind Kompensation, Angehörigenberatung und der Erhalt der Selbstständigkeit besonders wichtig. Experten empfehlen ergänzendes aerobes Ausdauertraining.

Sturzprävention

PmP haben ein deutlich erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko. Etwa 70 % stürzen mindestens einmal pro Jahr, 39 % sogar mehrfach. Sturzgefährdete PmP stürzen im Durchschnitt bis zu 21-mal pro Jahr (14). Im Rahmen einer strukturierten Sturzanamnese sollten Therapeuten Stürze, Beinahe-Stürze, Sturzangst, mögliche Auslöser und die Fähigkeit zum Aufstehen vom Boden konkret erfragen.

Im Timed-Up-and-Go-Test weisen Werte ab 14 Sekunden auf ein hohes Sturzrisiko hin (3). Im 10-Meter-Gehtest sind Werte über 12 Sekunden mit einem erhöhten Sturzrisiko und einer erhöhten Sturzrate verbunden (17). Das sichere Aufstehen vom Boden lässt sich ergänzend über die Backward-Chaining-Methode trainieren (18).

Hilfe bei Freezing

Externe Cues sind Schrittmachersignale, die das Initiieren und Aufrechterhalten von Bewegungen unterstützen. Sie lassen sich akustisch, visuell, taktil oder mental einsetzen. Beispielsweise gehören Musik, Bodenmarkierungen, Laser, taktile Reize, Zählen oder bewusst große Bewegungen dazu (20). Die Wirkung dieser Cues beruht darauf, dass sich dopaminbedingt verminderte motorische Signale teilweise kompensieren lassen (19).

Für die praktische Umsetzung im Gangtraining ist es hilfreich, die individuelle Schrittfrequenz per Tap-Counter-App zu ermitteln. Für die Auswahl rhythmischer Musik im Gangtraining können Therapeuten auf kuratierte Playlists zurückgreifen, etwa über das Angebot „Mit Musik geht Reha besser“. PmP mit ausgeprägter Kleinschrittigkeit profitieren von einer Ziel-Taktfrequenz 5–10 bpm unter der Ausgangsfrequenz.

Hausaufgaben nicht vergessen

Ein gezieltes Heimübungsprogramm ist wichtig, um die Therapiedosis und Trainingseffektivität zu erhöhen. Die Leitlinie empfiehlt mindestens drei Stunden Physiotherapie pro Woche. Wenn dies nicht möglich ist, sollte ein Teil des Trainings als angeleitetes Eigentraining erfolgen (13). Die Übungen sollten individuell ausgewählt, verständlich erklärt, alltagsrelevant, sicher durchführbar und ausreichend intensiv dosiert sein. Feste Trainingszeiten, wenige gezielte Übungen und ergänzende Angebote wie Reha-Sport können die Umsetzung unterstützen und die Selbstverantwortung stärken.

In die Praxis

Unser Fallbeispiel veranschaulicht, wie sich die genannten Grundprinzipien in der therapeutischen Praxis umsetzen lassen. Das zentrale Vorgehen liegt darin, Anamnese, Befund, Zielsetzung und Therapiedurchführung miteinander zu verknüpfen.

Patient: Herr I., 84 Jahre, Parkinson-Krankheit, Erstdiagnose Sommer 2024, Hoehn-&-Yahr-Stadium 2, rechtsseitig stärker betroffen

Parkinsonspezifische Medikation: Levodopa/Benserazid 100/25 mg 1-1-1, Levodopa/Benserazid retard am späten Abend sowie Rotigotin 3 mg als transdermales 24-Stunden-Pflaster. Herr I. berichtet über keine wahrgenommenen On-/Off-Phasen. Bei der Einnahme von Levodopa achtet er auf einen ausreichenden Abstand zu Mahlzeiten.

Neurotherapeut/in

der Interdisziplinären Fortbildungsakademie (IFA)

IFA Interdisziplinäre Fortbildungsakademie



Sabine Lamprecht:

„Wir zeigen, dass neurologische Fortbildungen, die sich an Leitlinien orientieren, spannend, umfassend und klar praktisch umsetzbar sind."

Entdecken Sie unsere weiteren Kursformate unter:
www.hsh-lamprecht.de

Ausgangssituation

Herr I. ist seit Dezember 2024 einmal wöchentlich für 30 Minuten in Behandlung. Zu Beginn erarbeiteten wir ein tägliches Eigenübungsprogramm, das er unter Supervision seiner Frau durchführt. Aufgrund zunehmender kognitiver Einschränkungen erhält er seit August 2025 zusätzlich Ergotherapie mit den Schwerpunkten Arbeitsgedächtnis, Merkfähigkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Im PANDA zeigen sich leichte kognitive Einschränkungen. Selbstpflege und Selbstversorgung gelingen teilweise mit Unterstützung seiner Frau.

Aktivitätslevel und Hauptproblematik

Herr I. ist tagsüber ohne Hilfsmittel mobil und nutzt nachts einen Rollator. In den vergangenen Monaten haben Freezing-Episoden insbesondere beim Losgehen und Drehen zugenommen. Hypo- und Bradykinese zeigen sich bei Herrn I. in einem rechtsbetont kleinschrittigen Gangbild und einem fehlenden rechten Armpendel. Zudem benötigt er mehr Zeit für Alltagsaktivitäten wie Aufstehen und Selbstversorgung. Ruhetremor und Rigor sind vorhanden, stehen jedoch nicht im Vordergrund.

In den vergangenen zwölf Monaten kam es zu keinen Stürzen. Herr I. und seine Frau verhalten sich im Alltag jedoch sehr vorsichtig. Der selbstständige Mobilitätsradius ist weitgehend auf das häusliche Umfeld in einer barrierefreien Wohnung mit Aufzug begrenzt. Das Haus verlässt er nicht mehr allein. Aufgrund von Sturzangst beim Treppabsteigen vermeidet er Treppen. Einmal täglich geht er mit seiner Frau etwa 2 km zum Einkaufen.

Befund Dezember 2024

Den 10-Meter-Gehtest absolvierte Herr I. ohne Hilfsmittel in 12 Sekunden. Der Schwellenwert für unabhängiges außerhäusliches Gehen bei PmP liegt bei ca. 3,2 km/h (16). Zeiten über 12 Sekunden sind mit



Fotos: HSH Lamprecht

Funktioneller Sitz-Stand-Transfer mit Zusatzgewicht



Proaktive Rückwärtsschritte in Richtung Wand als Teil des Heimübungsprogramms

erhöhtem Sturzrisiko und erhöhter Sturzrate verbunden (17). Im Timed Up and Go benötigte Herr I. 17 Sekunden. Werte ab 14 Sekunden weisen auf ein hohes Sturzrisiko hin (21). Im Mini-BEST erreichte er 16/28 Punkten (15). Auffällig waren insbesondere reaktive Gleichgewichtsreaktionen, Einbeinstand, Zehenstand sowie Drehen mit schneller Kehrtwende und Dual Task. Der New Freezing of Gait Questionnaire lag bei 16/28 Punkten, mit auftretendem Freezing vor allem beim Drehen und teilweise beim Losgehen (23).

Therapieziele

Verbesserung des reaktiven und dynamischen Gleichgewichts

Zur Verbesserung des dynamischen Gleichgewichts trainiert Herr I. auf dem Laufband ohne Festhalten und mit Sturzsicherungsgurt bei 3,5–4 km/h. Ergänzend kommen kognitive Dual-Task-Aufgaben und Kopfdrehungen zum Einsatz. Reaktive Gleichgewichtsreaktionen trainiert Herr I. über Störimpulse auf dem Perturbationslaufband. Da ihm reaktive Ausgleichsschritte schwerfallen, übt er zusätzlich proaktive Schritte in alle Richtungen, Rückwärtsschritte und Drehungen auf der Square-Stepping-Matte. Im Heimtraining führt Herr I. proaktive Rückwärtsschritte in Richtung Wand sowie großamplitudige LSVT-BIG-Übungen im Sitzen und Stehen durch.

Erarbeitung von Cueing-Strategien zum Losgehen und Drehen

Für Losgehen und Drehen erprobten wir verschiedene Cueing-Strategien erprobt und wiederholten sie regelmäßig. Beim Losgehen helfen Herrn I. vor allem verbale Strategien wie „Und los“, taktile Reize durch Klatschen auf den Oberschenkel sowie die Vorstellung, über ein Hindernis zu steigen. Beim Drehen nutzt er in der Therapie visuelle Markierungen auf dem Boden und die Vorgabe, die Drehung in vier Schritten auszuführen.



Training des Drehens auf der Stelle mit visuellem Cue auf dem Boden



Training von Rückwärtsschritten und Drehungen auf der Square-Stepping-Matte

Im Alltag hilft ihm ein motorisches Manöver, bei dem er das Gewicht auf die Fersen verlagert und mit den Füßen beim Drehen auf den Boden stampft. Die Wirksamkeit der Strategien variiert abhängig von der Tagesform. Zu Hause trainiert er mit einem aufgeklebten Kreuz als visueller Orientierung für Drehungen.

Erhalt der motorischen Leistungsfähigkeit

Zur Erhaltung der motorischen Leistungsfähigkeit trainiert Herr I. großamplitudige Bewegungen aus dem LSVT-BIG-Programm sowie ein progressives Ausdauertraining auf dem Laufband mit einer aktuellen Maximalgeschwindigkeit von ca. 4,5 km/h. Zur Verbesserung der Beinkraft, insbesondere der Kniestrecker, führt er funktionelle Sitz-Stand-Transfers aus unterschiedlichen Höhen mit 5 kg Zusatzgewicht und ein Krafttraining an der Beinpresse durch. Den Transfer vom Boden in den Stand erarbeitete Herr I. mithilfe der Backward-Chaining-Methode und über das Hochstützen an einem Möbelstück. Zu Hause übt er täglich großamplitudige Bewegungen, Aufstehtraining und den Transfer vom Boden in den Stand.

Aktueller Stand

Im 10-Meter-Gehtest verbesserte sich Herr I. auf 10 Sekunden. Im Timed Up and Go erreichte er 16 Sekunden. Im Mini-BEST erzielte er 18/28 Punkten. Verbesserungen zeigten sich insbesondere bei reaktiven Schutzschritten. Weiterhin auffällig sind der Einbeinstand, Schutzschritte nach links, das Gehen mit Kopfdrehung, Drehen auf der Stelle sowie Dual-Task-Anforderungen.

Kleine Schritte vorwärts

Im Verlauf zeigen sich leichte Verbesserungen der Gehgeschwindigkeit, des Timed Up and Go und des Mini-BEST. Trotz verbesserter Gehgeschwindigkeit besteht weiterhin ein erhöhtes Sturzrisiko. Einschränkungen zeigen sich vor allem bei Drehungen, Dual Task und reaktiven Schutzschritten nach links. Therapeutisch sollten daher Sturzprävention, reaktive Gleichgewichtskontrolle, Cueing-Strategien und alltagsnahes Gangtraining weiter im Fokus stehen.

Die Progression der Parkinson-Krankheit lässt sich durch die Behandlung nicht aufhalten. Bei Herrn I. ist daher weiterhin eine symptomorientierte, interdisziplinäre und an den Schweregrad angepasste Therapie indiziert. Entsprechend der europäischen Physiotherapie-Leitlinie ist es wichtig, Therapieziele beim Übergang in ein anderes H&Y-Stadium zu überprüfen und anzupassen. Zudem empfiehlt es sich, die kognitive Entwicklung zu beobachten und die Angehörigenberatung fortzuführen. Bei Veränderungen von Stimme, Sprechen oder Schlucken gilt es, eine logopädische Mitbehandlung einschließlich Schluckscreening zu veranlassen. ●

Die vollständige **Literaturliste** finden Sie in der Web-Version.



Foto: Simon Bahsitta

Simon Bahsitta

Er ist staatlich examinierter Physiotherapeut und hat 2022 an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera den Master of Science Neurorehabilitation abgeschlossen. In seiner Position als Fachkompetenzleiter in der Praxis Lamprecht verantwortet er die Implementierung evidenzbasierter Therapieinterventionen in den Praxisalltag.



Foto: Felix Gaus

Felix Gaus

Er ist staatlich examinierter Physiotherapeut und hat 2023 an der Donau-Universität Krems den Master of Science Neurorehabilitationsforschung abgeschlossen. Derzeit ist er Physiotherapeut und Projektkoordinator in der Praxis Lamprecht in Kirchheim unter Teck. Dort kann er seine fundierte klinische Erfahrung mit seiner wissenschaftlichen Expertise vereinen