

Stürze und deren Verhinderung

Ursache ist die posturale Instabilität. Posture bezeichnet die Haltung. Unter posturaler Instabilität versteht man eine mangelnde Stabilität der aufrechten Körperhaltung (Gleichgewichtsprobleme) wie z.B. vergrößerte Schwankungen des Körperschwerpunktes (»postural sway«) im Sitzen oder beim Stehen, aber auch verminderte posturale Stellreflexe, die für ca. 75% aller Stürze bei Parkinson-Patienten verantwortlich zu machen sind. Das bedeutet, dass die Mehrzahl der Stürze darauf zurückzuführen ist, dass Patienten den Körperschwerpunkt beim Drehen, Aufstehen und Bücken nicht reflektorisch kontrollieren können.

Bei den posturalen Stellreaktionen können korrektive und protektive Reaktionen unterschieden werden.

Korrektive Stellreaktionen erfolgen bei konstanter Unterstützungsfläche, d.h. die Füße verlassen während der posturalen Reaktion den Boden nicht. Das Gleichgewicht wird durch Einsatz der Bein-, Rumpf- und Nackenmuskulatur gehalten (Stabilisation durch Drehung der vertikalen Körperachse, Hüft- oder Sprunggelenkstrategie). Typisch für protektive Stellreaktionen ist dagegen eine Veränderung der Unterstützungsfläche, etwa durch die Ausführung eines Ausfallschrittes. Beide Reaktionen sind (besonders bei atypischen) Parkinson-Patienten defizitär.

Reduzierte Gleichgewichtsleistungen bedingen Unsicherheiten beim Gehen, Stehen sowie bei den Transfers.

Ferner besteht eine Korrelation zwischen Muskelkraft und Gleichgewichtsleistung. Nachweislich schwächere Hüftextensoren verursachen bei Parkinson-Patienten Schwierigkeiten beim Aufstehen vom Stuhl. In der Folge werden die Gleichgewichtsreaktionen insuffizient und die Sturzgefahr nimmt zu. Gleichgewichtsleistung und Muskelkraft sind bei Parkinson jedoch trainierbar und stellen daher Kernbestandteile eines motorisch-funktionellen Behandlungsansatzes dar.

*Als sehr effektiv hat sich das **repetitive Training von Ausfallschritten** gezeigt (Schutzschritt-Training – auch als »Schubs-Training« bezeichnet). Dabei konnte bei einer Trainingsfrequenz von zweimal täglich 20 Min. über 14 Tage nicht nur ein größerer Ausfallschritt und dessen raschere Initiierung erzielt werden. Auch das Gangbild wurde günstig beeinflusst (Vergrößerung der Schrittlänge, Zunahme der Kadenz, Abnahme der Doppelstandphasen), ohne dass der Gang selbst trainiert wurde.*

Wesentlich für den Bereich der posturalen Stabilität ist, dass neben den aktiv trainierenden Verfahren auch eine Patientenschulung erfolgt, die dem Patienten Achtsamkeit vermittelt, da besonders beim atypischen Parkinson-Syndrom die posturale Stabilität durch jegliche äußere (kognitive) Ablenkung erheblich beeinträchtigt werden kann.