

# Rückblick und Weiterentwicklung in der Behandlung Polio-Betroffener

Sehr geehrte, liebe Polio-Patienten!

Ich darf Sie alle zu diesem wunderbaren Zusammentreffen begrüßen und ganz bewußt zuerst vor allen Ehrengästen ansprechen.

Sie mit Ihrer selbst organisierten Hilfe untereinander können stolz auf das 25-jährige Jubiläum sein!

Natürlich möchte ich mich auch bei der gastgebenden Miriquidi-Klinik für das tolle Ambiente bedanken und alle Gäste begrüßen.

Ich bin vom Bundes-Poliovorstand angefragt worden, über historische und auch aktuelle Behandlungen der Poliofolgen zu referieren. Sicher ist es dem erst kürzlich zurückliegendem Chefarztwechsel in Wiesenbad zu schulden, dass hier nicht der Kollege Weidauer steht.

Ich bitte um Ihr Verständnis und muss mich bereits im Vorfeld entschuldigen, sollte ich zu sehr in mein orthopädisches Fachgebiet und die sächsische Perspektive abgleiten.

## Historische Behandlungsmöglichkeiten

### Konservativ

Die uns bekannte Darstellung des Mannes mit totaler Beinatrophy auf dem altägyptischen Opferstein kann auf eine Kinderlähmungsfolge deuten lassen.

Erst um 1800 wurde nachweislich in verschiedenen Orten der Alten und Neuen Welt lokal gehäuftes Auftreten einer neuen unerklärlichen Krankheit gemeldet.

Der englische Arzt UNDERWOOD beschrieb in seinem Buch von 1789 eindeutige Symptome und empfahl Schienen aus Eisen. Bei doppelseitigem Befall wären die Schienen nicht mehr hilfreich, da ein Stehen und Gehen nicht erreicht werden kann.

Das CAROLINUM in Würzburg galt als erste deutsche orthopädische Heilanstalt und wurde durch den an konservativer Behandlung interessierten Chirurgen JOHANN GEORG HEINE gegründet.

Später sehr erfolgreich weitergeführt durch seinen Neffen, Jacob von HEINE, dessen Hauptverdienst die erste anerkannte Beschreibung der Polio 1840 und später 1860 mit seinem Buch: SPINALE KINDERLÄHMUNG“ war. In diesem Band wurde ausführlich das klinische Bild der auch genannten HEINE-MEDIN´schen Krankheit beschrieben.

Prof. MEDIN forschte damals als Kinderarzt am Karolinska-Institut in Stockholm.

In dieser Zeit eröffnete Dr. BEREND in Berlin ein Gymnastisch-Orthopädisches Institut, wobei neben dem standesgemäßen Ameublement ein großer Turnsaal, eine Badeanstalt mit warmen und kalten Bädern erwähnt wurden. Sie wurde in den nächsten 20 Jahren unter anderem durch Behandlung zahlreicher Lähmungsbilder zu einer der renommiertesten deutschen Adressen mit internationalem Ruf.

In der 3. Auflage der Speziellen Pathologie und Therapie für Praktizierende Ärzte, 1887, von einem Dr. EICHHORST, war eine historische Therapieanleitung bei Kinderlähmung zu lesen:

...sind die acutesten Erscheinungen vorüber, bediene man sich zur Bekämpfung der Lähmung des galvanischen und faradischen Stromes. Man muss die Elektroden stark anfeuchten, fest aufsetzen und starke Ströme wählen um die Haut und den Panniculus adiposus zu durchdringen. Mehrfach bedienen wir uns **gleichzeitig** des galvanischen Rückenmarkstromes und der peripheren faradischen Reizung der Muskeln. Man lasse alle 6-8 Wochen Pausen in der elektrischen Behandlung einziehen, da sich sonst leicht nervöse Aufregungen einstellen. Auch hat man gegen die Lähmungen Strychin subcutan oder intern in Anwendung gezogen. Zur Beförderung der Resorption sind Sole, Jod, und Thermen, Eisenbäder und Kaltwasserkuren empfehlenswert. Desgleichen kann ein Aufenthalt im Gebirge oder auf dem Lande nutzbringend sein.“

Um 1900 eroberte die Bewegung als Heilmittel Deutschland, meist mit apparativer Unterstützung von sogenannten ZANDER-Apparaten oder Redressionsbehandlungen mit Zügen und Gewichten. Diese Therapieformen fanden gerade auch bei Lähmungen häufig Anwendung. Dabei adressierten die aktiven, passiven oder Widerstandsübungen eine Verbesserung der Blutzirkulation und des Stoffwechsels, aber auch Gelenkmobilisation und Dehnungen von Kontrakturen. Das KLAPPSche Kriechen mit dem Ziel einer angestrebten Umkrümmung blieb über Jahrzehnte seitdem in den Turnsälen präsent.

Im Lehrbuch für orthopädische Heilgymnasten benennt DEBRUNNER 1919 als Hauptindikation die Behandlung von Lähmungsfolgen, wie Rückgratverbiegungen und typische Deformierungen der unteren Extremität.

Begleitet wurden diese Konzepte von Therapeuten, die auch Hand anlegten. Im Handbuch der Massage beschrieb KIRCHBERG 1926 ausführlich die therapeutische Wirkung einer ergänzenden qualifizierten Massagebehandlung.

Bahnbrechend, aber auch stark von Kollegen angegriffen, waren Überlegungen und Therapieansätze von KATHARINA SCHROTH zur Behandlung der Skoliose, übrigens im bereits 1921 in Meißen gegründeten Institut. Sie selbst litt an einer Rückgratverkrümmung und wollte die Skoliose mittels Korrekturathmung und der nachhaltigen Veränderung des Körpergefühls mit speziellen Skolioseübungen lindern. Nach der Übersiedlung nach Bad Kreuznach fand die dreidimensionale Skoliosebehandlung nach SCHROTH im Rahmen einer Intensivrehabilitation mit rasch zunehmender Patientenzahl Verbreitung und Anerkennung.

In einem Merkblatt des Reichsgesundheitsamtes von 1940 wurden Ratschläge an Ärzte für die Bekämpfung der übertragbaren Kinderlähmung veröffentlicht:

**Ich zitiere:**

Jeder an typischer Kinderlähmung Erkrankte ist sofort bis zum Abklingen des akuten Stadiums mindestens 2 Monate abzusondern. Größtmöglich Ruhe und bei Bedarf eine entlastende Liquorpunktion werden empfohlen.

Die Serumtherapie ist als einzige spezifische Behandlungsmethode erwähnt, wobei bereits kritisch die divergente Literaturmeinung zitiert wird. Das Serum wurde u.a. im Sächsischen Serumwerk Dresden aus dem Blut der Wiedergenesenden hergestellt. Zur Allgemeinbehandlung wird neben Schwitzen unter Ganzpackungen oder Rumpfwickeln bei Lähmungsbeginn Quecksilber in Schmierform empfohlen, um das Ödem zu lindern.

Nach dem akuten Stadium ist das Ziel der weiteren Behandlung die Verhütung von Kontrakturen mit Lagerungshilfsmitteln und gepolsterten Gipsen. Eine intensivierete Elektrobildung mit Schwellstrom und Galvanik unterstützt die Muskelerholung. Wichtig ist es unter allmählicher Maßsteigerung und peinlichster Vermeidung jeder Übermüdung, mit den aktiven Übungen zu beginnen. Dazu kommen passive Bewegungen, milde Massagen und Einreibungen, um die kalten gelähmten Extremitäten warm zu halten. Die eingeführte Freiluftbehandlung habe sich bewährt.

In der Folgezeit sind instabile Beinlähmungsbilder unbedingt mit einem orthopädischen Apparat zu stützen. Dabei ist besonders auf das Kniegelenk zu achten. Nachtschienen sollen Kontrakturen vermeiden. Erst wenn sich nach 1-2 Jahren keine weitere Verbesserung erhoffen läßt, ist über Muskelverpflanzungen oder blutige Gelenkversteifungen zu entscheiden. Diese Operationen sind allerdings immer unter der Berücksichtigung des gesamten Bewegungsapparates zu planen.

Erst unter Berücksichtigung entwicklungsphysiologischer Aspekte durch BOBATH und VOIJTA konnten in den 50iger Jahren 3-dimensionale Bewegungsmuster erfolgreich in die Therapie eingeführt werden. KABAT entwickelte in Kalifornien therapeutische Komplexbewegungen, die heute als PNF-Übungen, der propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation, bekannt sind. Es gelang dadurch bei schwerwiegenden neurologischen Krankheitsbildern Behandlungserfolge zu erringen, die bis dato nicht möglich waren.

Mit den Ideen und Fähigkeiten der Manualtherapeuten konnten sekundäre gestörte Gelenkfunktionen der Extremitäten und der Wirbelsäule detektiert und gezielt mitbehandelt werden. Namentlich sind z.B. das Wirken des Norwegers KALTENBORNS und JANDA aus Prag zu nennen.

Heute fasziniert uns der ganzheitlich orientierende Behandlungsansatz der Osteopathie. In akribischen anatomischen Studien und Selbstversuchen, bereits vor über 100 Jahren in Amerika durch STILL inauguriert, wurde sie auch vor Ort lange kolportiert und konnte sich daher nicht verbreiten.

Wenn über die Behandlung von Poliofolgen gesprochen wird, kann man orthopädisch-chirurgische Verfahren nicht ausklammern. Im ersten Drittel des 18. Jahrhunderts bestand noch bei einigen Chirurgen Deutschlands die Auffassung, ein lähmungsbedingter Klumpfuß könne nur durch Amputation therapiert werden.

Maßgeblich mitentwickelt hat die Sehnenchirurgie FRIEDRICH STROMEYER, der eine orthopädische Heilanstalt in Hannover betrieb. Aus Frankreich übernommen durchtrennte er mit einem gekrümmten Fistelmesser über einen kleinen Schnitt an der Wade komplett die Achillessehne. Die Nachbehandlung erfolgt dann schrittweise in eigens entwickelten Apparaten. Allerdings war die graduelle Korrektur nur bedingt möglich, sodass häufig eine Überkorrektur mit Hackenfußstellung resultierte.

In England fand diese Methode durch das Schicksal einer Person schnelle Verbreitung. WILLIAM JOHN LITTLE, dem späteren Beschreiber der Infantilen Cerebralparese erkrankte selbst mit 4 Jahren an einer Poliomyelitis, wovon er im Erwachsenenalter einen Klumpfuß zurückbehielt. Nach Empfehlungen wurde er von STROMEYER sehr erfolgreich operiert und verfasste dann voller Begeisterung seine Doktorarbeit über die Behandlung des Klumpfußleidens. Nach Einführung moderner Narkose- und Antisepsisverfahren wurde die offene und teils heute noch geläufige z-förmige Sehnenverlängerung durchgeführt.

Modernerweise werden bei jungen Lähmungspatienten verschiedenste komplexe sehnenplastische Operationen kombiniert mit gelenkkapselerweiternden Eingriffen.

Ich habe in den vergangen vielen Jahren zahlreiche Krankheitsgeschichten von Poliopatien gehört und sehr aufmerksam auf Verläufe nach Sehnen- und Muskelverpflanzungen im jungen Alter geachtet. Bis auf die Verlängerungsoperation der Achillessehne waren die funktionellen Erfolge oft nur dürftig. Bei unseren durchweg über 55-jährigen Patienten kann ein weichteiliger Operationeingriff allenfalls zur Ermöglichung einer Orthesenfähigkeit geprüft werden.

Während sicher bei dem einen oder anderen noch die Umkrümmungsgipse zur Behandlung von Lähmungsskoliosen bekannt sind, wurden seit den 70igern mit Wirbelsäulen - Aufrichtoperationen bei heranwachsenden Polio-Betroffenen begonnen. Mit den einseitigen hakenfixierten Stäben wurde oft nur eine Teilaufrichtung erreicht, eine für die Poliopatien mehrmonatige Gipsnachbehandlung war obligat. Operationstechnische Komplikationen traten gehäuft auf. Mit der Entwicklung von Doppelstabsystemen fixiert mittels Wirbelkörperverschraubung können heutzutage lähmungsbedingte Deformitäten suffizient korrigiert werden. Auf eine Orthesennachbehandlung kann meist verzichtet werden. Aufgrund der exponentiell ansteigenden Operationsrisiken werden derart große Wirbelsäuleneingriffe für Patienten über 25Jahren nur unter größter Zurückhaltung angeboten. Wenige Erfahrungen aus dem Deutschen Skoliosezentrum nach Wirbelsäulenaufrichtung älterer Polio-Patienten zeigten wider Erwarten eine Verschlechterung der Lungenfunktion.

Die Polio-Betroffenen ab dem fortgeschrittenen Erwachsenenalter profitieren besonders von den schonenden minimal-invasiven Operationsverfahren bei Bandscheibenvorfällen oder notwendigen

knöchernen Erweiterung des Rückenmarkkanales. Auf die für den Polio-Patienten schädliche lange postoperative Bettlägerigkeit kann durchweg verzichtet werden.

Zur Besprechung der Polio-Behandlung gehört auch die chirurgische Erfolgsstory des 20. Jahrhunderts, der Endoprothesenersatz des Hüft- und Kniegelenkes. Wir alle kennen schmerz- und kontrakturgeplagte ältere Arthrosepatienten, die allein durch eine konservative Behandlung nicht mehr gelindert werden können. Durch die lähmungsbedingte Fehlstatik, einseitige Überlastung ist auch der Polio-Patient über die Jahrzehnte nicht vor der schmerzhaften Gelenkdegeneration gefeit.

Durch die Pionierarbeiten CHARNLEY und dem Schweizer MAURICE-MÜLLER nahm die zementierte Hüft-Totalendoprothese zu Beginn der 80iger ihren Siegeszug. Stete Weiterentwicklungen führten mittlerweile zu zementfreien und modularen Titanprothesen, die weit über 20 Jahre halten können. Von den mehr als 200 000 operierten Hüftprothesenpatienten sind etwa 90% mit dem Op-Ergebnis zufrieden.

Mit einem zeitlichen Versatz von 10-15 Jahren entwickelte sich ebenso die Knieendoprothetik. Ein umfassendes Repertoire von Teil-, Oberflächen- und stielgeführten gekoppelten Knieprothesen steht zur Verfügung.

Für Poliopatien konnten erfolgreiche Prothesenimplantationen zumindest eine schmerzhaft Baustelle beheben. Der Nachbehandlungsbedarf ist in jedem Fall aufwendiger und sollte unter erfahrener Anleitung erfolgen.

All diese Operationen können nur unter sicherer professioneller Narkoseführung gelingen. Von einigen Patienten berichtet, weiß ich um frühere Narkosekomplikationen und erheblich längere Nachbeatmungen. Kritische Auseinandersetzung mit diesen Komplikationen und zunehmende Kenntnis des Post-Polio-Syndroms führten zu spezifischen Empfehlungen, die sich teilweise mit anderen Muskelerkrankungen decken. Ich kann Ihnen aus meiner Erfahrung versichern, dass Polio-Patienten in versierten Anästhesieabteilungen sowohl in Notfallsituationen, als auch bei Wahloperationen gut und sicher aufgehoben sind.

Polio-Patienten waren auf Grund der spezifischen Lähmungsfolgen immer auf Hilfsmittel angewiesen

In den medizinhistorischen Schriften finden sich bereits im 17. Jahrhundert Beschreibungen von stabilisierenden hölzernen Beinapparaten, den Vorläufern der Ihnen gut bekannten Orthesen. Über Krankheitsverläufe bei Beininstabilitäten mit dem HILDANUS-Apparat wurde aus dem Züricher Spital hundert Jahre danach berichtet. Klumpfußschienen wurden erstmals mit erwähnt.

Frühe Abbildungen von Funktionsverlusten eines Beines zeigten Stockstützen als Stabilisierungshilfen. Um die damit erforderliche Handverwendung frei zu bekommen, trachtete man nach verbesserten Konstruktionen. THOMAS veröffentlichte Ende des 19. Jahrhunderts die Urform der Beinorthese, damals noch mit Abstützung am Sitzbein. Hauptindikationen vorerst waren allerdings Erkrankungen vornehmlich des Hüftgelenkes.

Nach der ungesunden Schuhmode des 19. Jahrhunderts waren die Anfänge der modernen maßgefertigten orthopädischen Schuhtechnik zu verzeichnen und in der Versorgung von Poliopatien nicht wegzudenken.

Verschiedenste aufwendige und starre Lähmungs-Stammkorsetts wurden zur Mobilisation nach durchgemachter Kinderlähmung eingesetzt.

Systematische Weiterentwicklung der Orthopädietechnik in Deutschland war einerseits nach Einführung der sozialen Krankenversicherung und andererseits durch die Versorgungsnotwendigkeit der Kriegsversehrten nach dem 1. Weltkrieg zu sehen. Orthopädische Zentren in Heidelberg, Berlin und nach der Contergan-Tragödie in Münster haben sich verdient gemacht und versorgten spezialisiert Lähmungspatienten. Erfahrene Orthopädeschuhmacher und Orthopädietechniker arbeiteten kooperativ zusammen. Für die Polio-Patienten wurden individuell angepasste Schienen-Schellen-Apparate gefertigt, häufig in Kombination mit orthopädischen Schuhen. Die sogenannte Schweizer Sperre ermöglichte eine stabile Standbeinphase beim Gehen und nach Entriegelung das problemlose Sitzen in Kniebeugung. Dadurch konnte vielen Polio-Patienten die Mobilität wieder ermöglicht werden, nicht wenige erzählten sogar von ausgedehnten Unternehmungen mit Familie und Altersgenossen.

Erst das **Post-Polio-Syndrom** mit schleichendem Kraftverlust ließ vielen das Orthesengewicht von 3-5kg bemerken. Gefragt waren stabile und leichte Hilfsmittel.

Materialien aus dem Segelflugzeugbau faszinierten WOLFGANG SEIFERT; der 1987 im Rahmen seiner Meisterarbeit eine Polioorthese aus Karbonfaser herstellte. Diese spezielle Fertigungstechnik wurde publiziert und im Rahmen von Kursen an interessierte Kollegen weitergegeben.

Namhafte Firmen, wie OTTO BOCK, bieten eine Vielzahl von konfektionierten Gelenken an, die in die neuen Rahmen eingepasst werden können. Die Karbonfaserorthese in Leichtbautechnik gehört heute zur bevorzugten Versorgung von PolioPatienten.

Ich hatte die Möglichkeit, WOLFGANG SEIFERT vor genau 20 Jahren kennen zu lernen. Seitdem konnte ich hunderte Orthesenversorgungen mit begleiten und mit ihm zusammen eine Orthesenklassifikation angelehnt an Lähmungshöhen für Polio-Versorgungen erarbeiten.

Von den verschiedenen schwunghasengesteuerten Orthesengelenken wie der UTX-Orthese, E-MAG-, Neuromatic- oder Hortongelenken, haben wir uns mehr versprochen. Nach Pilotversorgungen konnten sich diese im Dauereinsatz bei PolioPatienten nicht durchsetzen.

Zuversichtlich sehen wir Weiterentwicklungen der elektronisch gesteuerten schwunghasengedämpften C-Brace-Orthese von OttoBock entgegen. Um eine abschließende Bewertung gerade in den anspruchsvollen Polioversorgungen abzugeben, ist es viel zu früh.

Für den aktiven PolioPatienten mit funktionellem Ausfall der Fußsenker oder erheblicher einseitiger Beinverkürzung hat sich der Einsatz von Carbonfedern bewährt.

Unsere zunehmend älter werden PolioPatienten sind darüber hinaus auf angepasste Rollstühle mit assistiertem Anschub, PKW-Umbauten und behindertgerechtem Wohnumfeld angewiesen.

Leider erleben sie oft in der Finanzierung dieser medizinisch notwendigen Versorgung ihrer schicksalshaften Polio-Erkrankung eine Ablehnung durch die Kostenträger. In der Argumentation und Widerspruchsführung sind sie auf unseren ärztlichen Beistand angewiesen.

In der Besprechung der Polio-Behandlung darf ein weiteres Hilfsmittel nicht fehlen.

Bei poliobedingten peripheren Atemlähmungen war die 1929 von DRINKER und COLLINS entwickelte „Eiserne Lunge“ über Jahrzehnte das

lebensrettende Mittel der Wahl. Die Anwendung von Rumpfrespiratoren spielte eher bei leichteren Fällen eine zweitrangige Rolle.

1952 wurde auch bei akut ateminsuffizienten Polio-Betroffenen die Kanülenbeatmung über den Luftröhrenschnitt eingeführt, nachdem in Dänemark im Rahmen einer rasanten Epidemie die Kapazität der Eiserne Lungen völlig zusammenbrach. Damals standen nur 3 „Eiserne Lungen“ zur Verfügung, die Zahl der Atemlähmung stieg akut auf über 300 Patienten an. Die Praktikabilität dieser sogenannten intratrachealen Beatmung erwies sich als richtungsweisender Glücksfall, die Methode wurde ständig weiterentwickelt.

Ich möchte in diesem Zusammenhang an die in diesem Jahr hochbetagt verstorbene Kollegin Frau Dr.Fritsch erinnern, die sich ihr gesamtes Berufsleben auf der Polio-Beatmungsstation Dresden-Neustadt verdient gemacht hatte.

Eine qualifizierte Beatmungsmedizin heutzutage wird bei Problemen der nächtlichen PPS-Unterbeatmung gefordert. Systematische Untersuchungen dazu liegen in wissenschaftlichen Arbeiten von Prof.Zwacka/Apolda vor. Das Schlafmedizinische Zentrum ist auch heute noch Referenzadresse für die assistierte Beatmung Polioerkrankter.

Mit Unterstützung des Preußischen Ministeriums wurde 1906 eine systematische Erfassung von körperbehinderten Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Eine eklatante Diskrepanz der Behandlungs- und Versorgungskapazität wurde trotz beginnender öffentlicher Gesundheitsfürsorge festgestellt. Nicht zuletzt durch die notwendige Versorgung tausender Kriegsversehrter nach dem 1. Weltkrieg wurden große Heilstätten betrieben, die sich auch den komplexen Ansprüchen in der Behandlung von Polio-Patienten annahmen. Exemplarisch zu nennen ist das Berliner Oskar-Helene-Heim unter der Leitung von Prof. BIESALSKI.

In damaligen Jahresberichten gehörte die Kinderlähmung zu eine der 5 häufigsten stationären Behandlungsdiagnosen. Angeschlossene Beschulungen ermöglichten vielen Körperbehinderten einen Übergang ins Berufsleben.

In dieser Zeit machte sich auch das neu etablierte Krüppelheim Annastift zu Hannover Verdienste in der Behandlung und Betreuung von Poliopatien.

Die spezifische politische Situation in der damaligen DDR machte es möglich, die Rehabilitation der Polio-Betroffene zentral zu organisieren. Neben Wermsdorf, Berlin-Buch, Neuruppin spielte das Thermalbad Wiesenbad unter der Leitung von Prof.ARNOLD eine herausragende Bedeutung.

Im Rahmen einer internationalen Arbeitstagung 1962 mit über 500 Kollegen wurden die Grundzüge der regelmäßigen und mehrwöchigen Polio-Rehabilitation diskutiert.

Die allen bekannte KENNY-Packung wurde insbesondere für das chronische Stadium uneinheitlich bewertet.

Der Nutzen einer regelmäßigen stationären komplexen Rehabilitation bei der Langzeitbehandlung von PolioPatienten ist untersucht und veröffentlicht. Wie mehrfach im medizinischen Beirat artikuliert, ist das Regelintervall von 4 Jahren für stationäre Rehabilitationen viel zu lang. Ich appelliere an alle betreuenden Ärzte, eine vorzeitige und regelmäßige Beantragung argumentativ zu unterstützen und verweise in diesem Zusammenhang auf die medizinisch begründbaren Ausnahmen im Sozialgesetzbuch.

Die durch den Bundes-Polioverband vorgenommenen Zertifizierungen einzelner Kliniken haben sich sowohl bei den Patienten als auch bei den Kostenträgern bewährt.

Der gute Ruf der MIRIQUIDI-Klinik in der Behandlung von Polio-Patienten hat sich herumgesprochen. Patienten sind über Jahre und Jahrzehnte hier zu Hause und fühlen sich gut aufgehoben. Dank gilt natürlich seit der ARNOLD´sche Ära besonders den professionellen Physiotherapeuten und Masseuren unter Leitung später von Kollegen Siegmund, Buschbeck und Frau Frohberg. Ich wünsche Herrn Kollegen Weidauer für die angenommene Leitung dieser Klinik viel Erfolg.

Andere zertifizierte Einrichtungen stehen bei der rehabilitativen Betreuung von Polio-Betroffenen zur Verfügung und zeichnen sich mit Schwerpunkten, wie Rollstuhl- oder Orthesenversorgung aus.

An dieser Stelle darf das Polio-Zentrum in Koblenz nicht ungenannt bleiben. Dr.Ruetz konnte sich bereits an seinen vorhergehenden Wirkstätten kompetent und interdisziplinär mit den Problemen und Ansprüchen in der Betreuung von Kinderlähmungspatienten befassen. Nach einigen sozialjuristischen Hürden konnte die einzige Polio-spezialisierte Abteilung im Krankenhaus-Akutbereich im Brüderhaus Koblenz aufgebaut werden. Der national weite Zulauf spricht für die

fachliche Ausstrahlung. Wir sind dankbar, dass Herr Kollege Ruetz als Sprecher des medizinischen Beirates fungiert.

Die Gründungszeit der Polio-Selbsthilfe vor 25 Jahren ist in eine Phase größter Unsicherheit vieler Polio-Patienten zu verorten. Jahrzehnte nach dem Schock der Akuterkrankung und der intensiven Behandlungsphase traten die uns heute bekannt Symptome auf und verunsicherten die Betroffenen. Sie fühlten sich bei ihren ärztlichen Behandlern nicht verstanden, oft sogar fehlgedeutet. Sozialrechtliche Mißverständnisse häuften sich.

Etwa eine Dekade zuvor waren diese neuen Symptome bei Polio-Patienten in den Vereinigten Staaten Gegenstand vieler Untersuchungen, vor allem auch mit breiter öffentlicher und privater Unterstützung. Unter der Federführung von HALSTEAD wurden die Diagnosekriterien eines Post-Polio-Syndroms 1984 festgeschrieben und veröffentlicht. Mit überragendem persönlichen Einsatz haben selbst Polio-Betroffene, unter vielen anderen Frau GERTRUD WEISS und mit der deutschen Übersetzung Herr Dr. KIESSIG diese Inhalte nach Deutschland getragen.

Ohne auf die Vielfältigkeit des PPS näher einzugehen, darf ich behaupten, dass diese Diagnose aktuell in der neurologischen Differentialdiagnostik bekannt ist.

Von mir sehr geschätzt sind die fundierten Ausführungen von Dr. BRAUER zur Verbreitung des typischen Spätfolgesyndroms bei den nichtparalytischen Polioverläufen.

Leider kann ich Ihnen keinen kausalen Behandlungsansatz für das Post-Polio-Syndrom liefern. Lebensstiländerung mit der Ökonomisierung des körperlichen Alltages ergänzt das konservative und rehabilitative Behandlungskonzept.

Allen bekannt ist der Versuch einer medikamentösen Behandlung mit hochdosiertem L-Carnitin, inauguriert durch den Schweizer Lungenarzt Dr. Lehmann-Buri, , der selbst an den Poliofolgen litt.

Wie wir gerade im medizinischen Beirat hörten, werden andere medikamentöse Ansätze mit Lamotrigin und L-Citrullin geprüft. Pilotuntersuchungen zur PPS-Behandlung mit Immunglobulinen am Karolinska wurden aufgegriffen. Derzeit läuft die FORCE-Multicenter-Studie, einem Ergebnis kann nicht vorgegriffen werden.

Die Akutbehandlung der Spinalen Kinderlähmung ist derzeit in unseren Breitengraden keine Tagesaufgabe mehr dank der bahnbrechenden Entwicklung von Impfstoffen Ende der 50iger Jahre. Daher ist es mehr als wichtig, die Impfprogramme überall weiterzuführen. Leider sind auch noch 2016 in politisch instabilen Gebieten wie Afghanistan, Zentralafrika, aber auch der Ostukraine, neue Poliofälle aufgetreten. In den westlichen Industriestaaten wird seit Jahren der inaktivierte Polioimpfstoff ohne Risiko einer Impfpoliomyelitis verwandt. Mit großer Unterstützung der WHO, privater Stiftungen und Initiativen wird das Ziel einer völligen Ausrottung der Kinderlähmung auf der Welt verfolgt.

Im internationalen Vergleich dürfen wir hinsichtlich der Polio-Betreuung in Deutschland nicht pessimistisch sein. Wir leben in einem der weltbesten Sozialsysteme, um das uns viele beneiden. Die vor Jahren eingeführte Pflegeversicherung sichert vielen Betroffenen Unterstützung, das ambulante Pflegesystem ist nahezu flächendeckend präsent. Das sogenannte Pflegestärkungsgesetz ist auf den Weg gebracht und wird sich ab 2017 an der Beeinträchtigung der Selbständigkeit orientieren. Es besteht Bestandschutz für bereits pflegebedürftige Patienten.

Das 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht einige Verbesserungen vor. Anreize für ärztliche Niederlassungen in strukturschwachen Gebieten werden genauso gefördert wie hausärztliche Weiterbildungsassistenten. Von den in der Ärzteschaft umstrittenen sogenannten Termin-Servicestellen hat man sich mehr erhofft. Das Wahlrecht zur Rehabilitation wurde nochmals gestärkt, ebenso bei verschiedenen Operationen das Recht einer Zweitmeinung.

Besonders interessant finde ich den §119. Es wird für schwer oder mehrfach behinderte Erwachsene, ähnlich den Sozialpädiatrischen Zentren, ein ambulantes interdisziplinäres Betreuungszentrum ermöglicht. Nach meiner Recherche gibt es allerdings bis dato erst 4 deutschlandweite Anträge dafür.

Im September dieses Jahres wurde ein Gesetzentwurf zur Verbesserung der Heil- und Hilfsmittelversorgung vorgelegt. Dabei soll das Hilfsmittelverzeichnis verpflichtend bis 2018 aktualisiert werden. Die Praxis der Ausschreibung darf sich nicht nur am Preis, sondern auch an

Qualitätskriterien und Dienstleistung orientieren. Insgesamt sind Verträge einzelner Krankenkassen mit Leistungserbringer öffentlich und transparent zu machen.

Leider stoßen sie und wir oft an den sektoralen Grenzen unseres Gesundheitssystems zwischen Niederlassung und Krankenhaus, Haus- und Facharzt, Kranken- und Pflegekasse. Sollte es uns in Deutschland gelingen, diese Schwäche zu überwinden, wäre Ihnen und uns sehr geholfen und viel Energie für die Reibungsverluste erspart.

Abschließend möchte ich Ihnen versichern, dass wir Sie auch weiterhin im Rahmen unserer Möglichkeiten unterstützen. Ich rufe alle Behandler und Kollegen auf, ganz aufmerksam auf die Bedürfnisse der Polio-Betroffenen zu hören, denn sie sind die Spezialisten, die die vielen zugänglichen Informationen mit Ihrer Situation tagtäglich abgleichen.

Wenn man berücksichtigt, dass Sie mit der Selbsthilfebewegung erst einen Teil aller Betroffenen erreicht haben, liegt eine Strecke noch vor Ihnen. Ich appelliere an alle Interessenverbänden, geschlossen aufzutreten und Anschluss an die Deutsche Gesellschaft für Muskelerkrankungen zu suchen.

Ich bedanke mich auch im Namen des medizinischen Beirates für die jetzt schon lange vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Bundesvorstand und den Landesverbänden.

Dem Bundesverband Poliomyelitis e.V. wünsche ich in den nächsten vielen Jahren, dass er weiterhin in bewährter Weise seine Mitglieder fachlich, aber auch menschlich bereichern kann.

Herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit.