

Der medizinisch-wissenschaftliche Beirat des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V. hat diese Informationen zusammengestellt, um eine medizinische Beurteilung und adäquate Versorgung der vom PPS Betroffenen zu erleichtern.

Beiratssprecher

Dr. med. A. Ruetz
FA für Orthopädie
Kath. Klinikum Koblenz-Montabaur
56073 Koblenz

Dr. med. M. Tröger
FA für Neurologie
Kantonsspital Aarau
CH 5000 Aarau

Beiratsmitglieder

Dipl. Ing. N. Kamps
Beratender Ingenieur u. Referent für Hilfsmittelversorgung beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
46509 Xanten

Prof. Dr. med. F. Kehl
FA für Anästhesiologie
Städtisches Klinikum Karlsruhe
76042 Karlsruhe

Prof. Dr. med. G. Laier-Groeneveld
FA für Pneumologie, Schlafmedizin, Allergologie
Ev. u. Johanniter Klinikum Niederrhein
46145 Oberhausen

Dr. med. C. Schröter
FA für Neurologie
Klinik Hoher Meißner
37242 Bad Sooden-Allendorf

Dr. med. F. Steinfeldt
FA für Orthopädie
Rehaklinik Raupennest
01773 Altenberg

Dr. med. J. Steinmetz
FA für Neurologie
Klinikum Bad Bramstedt
24576 Bad Bramstedt

Dr. med. E. Weidauer
FA für Orthopädie
Rehaklinik Miriquidì
09488 Thermalbad Wiesenbad

Als Vertreter des medizinisch-wissenschaftlichen Beirates des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V. stehen wir gern zu fachlichen Fragen bzw. zur Fortbildung zur Verfügung. Mit diesem Informationsschreiben möchten wir eine Diskussion anregen und würden uns über Rückmeldungen sehr freuen.

Bundesverband Poliomyelitis e. V. - Beratungs- und Geschäftsstelle
Freiberger Straße 33 09488 Thermalbad Wiesenbad
Telefon 03733 5041187 Telefax 03733 5041186
E-Mail info@polio-selbsthilfe.de

08/2018

Bundesverband
Poliomyelitis e. V.
medizinisch-wissenschaftlicher Beirat



Behandlung von Patienten mit Post-Polio-Syndrom PPS ICD-10-G14

Frankfurt am Main 16.03.2012

Beim Post-Polio-Syndrom handelt es sich über die verbliebenen Spätfolgen der Poliomyelitis hinaus um eine neue, progrediente neuromuskuläre Erkrankung. Ca. 15 – 50 Jahre nach der akuten spinalen Kinderlähmung treten bei bis zu 85% der Patienten neue Muskel- und Gelenkschmerzen, neue Muskelschwächen in den betroffenen aber auch in scheinbar bisher gesunden Muskeln, eine abnorme Erschöpfbarkeit sowie Atembeschwerden auf.

In internationalen wissenschaftlichen Konsensuskonferenzen wurden allgemein akzeptierte, diagnostische Kriterien des PPS definiert (Halstead und Rossi, 1984):

1. *Bestätigte Anamnese einer Poliomyelitis (Anamnese einer akut fieberhaften Erkrankung mit motorischen und ohne sensible Ausfällen; Paresen und Atrophien bei der Untersuchung; im EMG chronische Denervierungszeichen, vereinbar mit einer Vorderhornerkrankung).*
2. *Partielle bis komplette Besserung der Erkrankung.*
3. *Periode neurologisch-funktioneller Stabilität über 15 Jahre.*
4. *Danach Beginn mit zwei oder mehr der folgenden Störungen: ungewohnte Erschöpfung, Muskel- und / oder Gelenkschmerzen, neue Schwäche, funktioneller Verlust / Abbau, Kälteintoleranz, Atrophie.*
5. *Keine andere Diagnose als Erkrankung.*

Auch wenn die Pathophysiologie des PPS bisher nicht vollständig geklärt ist, kann als gesichert gelten, dass eine chronische Überlastung des vorgeschädigten neuromuskulären Funktionssystems eine wichtige Rolle in der Entstehung des PPS spielt. Hinzu kommt häufig eine Insuffizienz des respiratorischen Systems.

In der Konsequenz steht ein Vermeiden weiterer Überlastung und angepasste physikalische Therapie im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen.

Durch umfassende Nutzung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten und insbesondere Durchführung regelmäßiger stationärer Therapien in Fach- bzw. Rehabilitationskliniken kann es gelingen, die Krankheitsprogredienz zu verzögern. In diesem Zusammenhang fällt den sozialmedizinischen Gutachtern der jeweiligen Kostenträger die hohe Verantwortung zu, auf dem Boden

der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachgerechte Beurteilungen als Grundlage für die Leistungsentscheide abzugeben.

Nach den Erfahrungen von PPS-Spezialambulanzen, neuroorthopädischen oder orthopädischen Akutkrankenhäusern sowie Rehabilitationseinrichtungen ist häufig in der Regel eine stationäre Therapie in spezialisierten Einrichtungen mit entsprechender ärztlicher und physiotherapeutischer Kompetenz der ambulanten Therapie vorzuziehen.

Gegen die ambulante Behandlung spricht häufig auch der damit verbundene Aufwand (Anreise), der schon eine Überbelastung bedeuten kann. Ein wesentliches Therapieziel beim PPS ist das Unterbrechen der Progredienz bzw. die Zustandserhaltung. Wissenschaftliche Studien belegen die Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen.

Das Fortschreiten der Erkrankung sowie die individuelle Problematik machen oft eine jährliche Rehabilitationsbehandlung erforderlich, wie es nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 23 und 40 SGB V) möglich ist. Diese sollte für PPS-Patienten mindestens 4 Wochen betragen. Ohne den Wert der Einzelfallbegutachtung des jeweiligen Medizinischen Dienstes der Sozialleistungsträger in Frage zu stellen, empfehlen wir für PPS-Erkrankte im Wiederholungsfall ein vereinfachtes Antrags- und Bewilligungsverfahren.

Die Versorgung der PPS-Patienten mit Hilfsmitteln ist nach heutigem Kenntnisstand oft inadäquat.

Die progrediente muskuläre Dekompensation wird durch chronische Überlastung begünstigt, deshalb müssen die Betroffenen rechtzeitig mit individuell angepassten Orthesen und Transferhilfen versorgt werden. Für eine Mobilität außerhalb der Wohnung sind hier insbesondere Elektrorollstühle und behindertengerechte PKW-Umbauten zu erwähnen.

Für die Begutachtung nach dem Schwerbehindertengesetz zur Anerkennung des Merkmals „aG“ – außergewöhnliche Gehbehinderung – muss mit beurteilt werden, ob „die akute Gefahr einer erheblichen Verschlimmerung eines progredienten Leidens“ vorliegt, weil dies unter bestimmten Voraussetzungen die Anerkennung mit begründen kann (BSG Urteil vom 11.3.1998 Az. B 9 SB 1/97 R).