POLIO e.V.

Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen
Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWD)

Informationen, Kontaktadressen,
Aufklärung, Rat und Hilfe

★ ERST-INFO ★

EINE INFORMATIONS-AUSGABE
DER "REGION" GELSENKIRCHEN

Einige Informationen zu Polio und Post-Polio-Syndrom

Dr. med. Manfred Tesch, Schloßpark Klinik, Heubenerweg 2, 14059 Berlin (Charlottenburg)

Schon in ägyptischen Darstellungen vor über 3.000 Jahren wird ein Mann mit einem verkürzten und atrophierten (Atrophie = Schwund von Organen, Gewebe oder Zellen) Bein dargestellt, was Folge einer Polio als Kind gewesen sein könnte. Das Wissen um die Krankheit ist also wahrscheinlich schon sehr alt. Die erste klinische Beschreibung der Erkrankung stammt aus dem Jahr 1789.

ENDERS und WELLER erhielten 1954 den Nobelpreis für die Anzüchtung des Virus in der Zellkultur. Das Virus kommt in drei Versionen vor. SALK erprobte 1954 seinen Impfstoff; 1955, ein Jahr, bevor er in den Handel kam, gab es in den USA 55.000 Neuerkrankungen an Polio; 1958 waren es weniger als 200. Mit der Schluckimpfung nach SABIN wurde die Handhabung der Impfung noch einfacher.

Nach Beginn der Schutzimpfungen hat die Zahl der Neuerkrankungen dramatisch abgenommen; 1961 waren es noch 4.673, 1962 nur noch 296 in der BRD.

Die Krankheit Poliomyelitis ist *nicht* verschwunden! 1988 gab es eine kleine Epidemie in Israel. Dabei fand sich ein erhöhtes Risiko in der Gruppe der 18 - 40 jährigen, deren letzte Impfung über 17 Jahre zurücklag und die keinen Kontakt mit dem "wilden" Virus hatten. 1992 gab es einen Ausbruch in den Niederlanden.

Auch nach einer Polio-Erkrankung kann man erneut erkranken - man ist nicht sicher immun gegen die beiden anderen Varianten des Virus.

Von den Infizierten erkrankt aber nur ein geringer Teil (von 100 Infizierten erkranken 10 % mit grippeähnlichen Beschwerden. 1 % müssen mit bleibenden, unterschiedlich ausgeprägten, Lähmungen rechnen.). Der Krankheitsname *Poliomyelitis anterior acuta* bedeutet akute Entzündungen der vorderen grauen Rückenmarkssubstanz. Das Virus befällt aber nicht nur das Rückenmark, sondern betrifft auch das Gehirn. Möglicherweise hängt die starke Erschöpfbarkeit beim PPS hiermit zusammen, dies ist aber reine Spekulation.

Das heute sogenannte "Post-Polio-Syndrom" (PPS) ist als Phänomen spätestens seit 1875 in der medizinischen Literatur bekannt, allerdings nicht unter diesem Namen. In diesem Jahr berichtete RAYMOND in der "Gazette medicale de Paris" über einen 19jährigen Mann, der im Alter von 6 Monaten unter Fieber erkrankt war; danach waren der linke Arm und das linke Bein gelähmt. Im Alter von 7 Jahren hatte er sich soweit erholt, daß er diese Extremitäten wieder teilweise bewegen konnte. Mit 17 Jahren traten Schulterschmerzen und eine vermehrte Erschöpfbarkeit auf.

In Deutschland berichtete SEELIGMÜLLER 1879 über einen Mann, der dreijährig eine Kinderlähmung mit Atrophie des linken Beines erlitten hatte; im Alter von 18 Jahren begann eine progrediente (fortschreitende) Schwäche und Atrophie des vorher nicht betroffenen rechten Beines.

1992 wurde die Anzahl der Polio-Überlebenden in Deutschland auf 40.000 bis 110.000 geschätzt, die möglichen PPS-Opfer auf 10.000 bis 50.000.

Einen wesentlichen Anteil an der Verbreitung des Wissens um die Symptomatik hatten die Betroffenen selber, vor allem in den USA die von GINI LAURIE gegründete Selbsthilfegruppe. In Chicago fand 1981 der erste Internationale Kongreß zum Thema "Post-Polio" statt. Von der Pfennigparade, München, wurde 1988 eine Tagung über die "Spätfolgen nach Poliomyelitis" veranstaltet, 1992 erneut, nun unter dem Schwerpunkt Atemstörungen. In Deutschland war besonders Frau Gertrud Weiss als Betroffene aktiv.

Persönlichkeit

Auffälligerweise finden sich unter den Polio-Überlebenden typischerweise leistungsorientierte Persönlichkeiten, die enorm viel leisten und eher die Zähne zusammenbeißen, sich aber oft schlecht eine Erholung gönnen können.

EMG

Das EMG ist neben der körperlichen Untersuchung die wichtigste Zusatzuntersuchung; hier finden sich die Zeichen der frühen Polio; sehr oft auch in Gliedmaßen, die nie betroffen schienen.

Labor

Es findet sich häufig eine leichte Erhöhung der CK-Werte (Createninkinase = intrazelluläres Enzym) bis auf das dreifache der Norm, sehr viel höhere Werte müssen an eine andere Krankheit denken lassen.

Differentialdiagnose

Nicht jeder Mensch, der früher einmal eine Polio hatte und nun unter neuen Beschwerden leidet, hat ein PPS. Oberflächlich ähnlich, aber viel bösartiger und schneller verläuft die ALS. Stoffwechselkrankheiten wie Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes und Anämie müssen ausgeschlossen werden. Bei der Myastenie fehlt ein Überträgerstoff zwischen Nerv und Muskel, der oft gut ersetzt werden kann. Myopathien sind Muskelkrankheiten; hier sind EMG und Biopsie wichtige Untersuchungen. Depressionen können Folge der neuen Verschlechterungen sein oder auch wegen der verminderten Leistungsfähigkeit ein PPS imitieren; sie sind keineswegs gleichzusetzen mit Simulation oder Einbildung und müssen angemessen behandelt werden. Wirbelsäulenerkrankungen führen zu Rückenschmerzen, evtl. verbunden mit neuer Schwäche meist in den Beinen. Typischerweise finden sich auch Sensibilitätsstörungen, die es beim PPS nicht gibt. Für eine Polyneuropathie typisch sind Mißempfindungen vor allem an den Beinen und Sensibilitätsstörungen.

Ursachen

Nach der akuten Polioerkrankung kommt es zum Aussprossen der erhaltenen Nerven, welche die Muskelfaser neu versorgen. Ihr Versorgungsgebiet ist dadurch vergrößert. Motorische Einheiten können sich bis auf das 7-fache vergrößern. Bis zu 50 % der Vorderhornzellen eines Muskels können ausfallen, ohne daß sich klinisch eine Schwäche ergibt.

Es gibt verschiedene Hypothesen über das PPS, wie z.B. Verbleiben des Virus im Körper und Reaktivierung durch einen unbekannten Auslösemechanismus oder Immunmechanismen.

Wahrscheinlich können die Zellen die erhöhten metabolischen (stoffwechselbedingten) Bedürfnisse nach einer Reihe von Jahren nicht mehr ausreichend erfüllen, und es kommt zu einer langsamen Verschlechterung.

Im EMG stellt man oft fest, daß Muskeln, die scheinbar gesund waren, deutliche Zeichen der Polio zeigen. Wahrscheinlich erschöpft sich die Kraft dieser über Jahrzehnte stark geforderten Muskeln früher.

Verlauf und Prognose

Das PPS beginnt mit zunehmender Schwäche nach einer stabilen Phase von 20 - 50 Jahren. Der Verlauf ist in den meisten Fällen sehr langsam progredient, z.T. kontinuierlich. Es werden sowohl früher befallene als auch

andere Muskeln betroffen. Die Verschlechterung ist so langsam, daß sie oft schwer objektivierbar ist, was auch zur Unterstellung der Simulation führen kann. Am PPS erkranken in den Studien vor allem Patienten mit schwerem Primärverlauf. Häufig ist das PPS bei schweren Polioverläufen mit Beatmung, Lähmungen aller Arme und Beine und Erkrankungsalter über 7 Jahre.

Definition

Man kann zwischen Folgezuständen und dem PPS im engen Sinne unterscheiden. Um ein PPS annehmen zu können, müssen laut Definition folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. glaubhafte Vorgeschichte einer Polio; dazu gehört die Geschichte einer akuten fieberhaften Erkrankung mit Lähmungen und ohne Gefühlsstörungen, danach verbliebene Lähmungen und Atrophien (verschmächtigte Muskeln), im EMG typische Zeichen.
2. Besserung nach der Erkrankung
3. Periode der Stabilität von mindestens 15 Jahren
4. danach Beginn mit 2 oder mehr der folgenden Störungen:
   - ungewohnte Erschöpfung
   - Muskel- und/oder Gelenkschmerzen
   - neue Schwäche in einzelnen Muskeln
   - Kälteintoleranz
   - Atrophie
   - keine andere Diagnose als Erklärung!!

Die Schwäche äußert sich z.T. in einem plötzlichen Einknicken in den Knien. Die allgemeine Erschöpfbarkeit betrifft weniger die Kraft, mehr das Durchhalten bei der Arbeit und im Alltag. Oft verbunden mit dem Gefühl von Konzentrationsstörungen. Schmerzen sind ein häufiges aber sehr unspezifisches und vieldeutiges Symptom, das ja auch durch viele andere Erkrankungen entstehen kann. Meist handelt es sich um Gelenk- oder Muskelschmerzen der Arme und Beine. Die Schmerzen sind selten sehr stark. Eine Kälteempfindlichkeit besteht meist seit vielen Jahren, oft verbunden mit bläulich verfärbten und deutlich kühleren Beinen.

Blasen- und Darmstörungen

Typisch ist die oft seit der Krankheit bestehende Neigung zur Obstipation (Darmträgheit). Harnverhalten und Blasenlähmungen sind selten und oft durch andere Ursachen bedingt. Hier ist eine gründliche urologische und gynäkologische Abklärung wichtig.

Atemstörungen

Die verminderte Beweglichkeit des Brustkorbs führt vor allem zu einer gestörten CO_2-Abatmung. Dies äußert sich in einer starken Müdigkeit auch am Tag, oft verbunden mit Kopfschmerzen!

Schluckstörungen

Sind selten, können aber sehr stark beeinträchtigen.

Unspezifische Polio-Folgeschäden

Durch veränderte Statik und den Gebrauch von Gehhilfen kommt es zu zusätzlichen Druckschäden.

Es entstehen oft Haltungsfehler: zu gerade Lendenwirbelsäule, Haltung mit vorgebeugtem Kopf und runden Schultern; asymmetrischer Beckenstand und Skoliose.

Viele zeigen vermehrte seitliche Schwankungen beim Gehen oder gehen in Hüften und Rumpf vorgebeugt, um ein Einknicken im Knie zu vermeiden und den Boden beobachten zu können, um nicht zu stolpern. Diese Haltung führt zu einer Daueranspannung der Rückenmuskulatur.

Durch Ungleichgewichte der Muskelkraft kommt es zu einer vermehrten Belastung der Gelenke.

Das Carpaltunnelsyndrom ist eine Nervenschädigung am Handgelenk und tritt z.B. bei Verwendung von Gehstützen häufiger auf; es kommt zu nächtlichen Schmerzen in der Hand.

Therapie

Eine Heilung ist bisher nicht möglich.

Schmerzen können mit Analgetika wie Aspirin oder Paracetamol behandelt werden, die aber nicht für die Dauertherapie geeignet sind. Günstig sind Wärme, Massagen. TENS und Akupunktur sind oft kaum wirksam und teuer, aber im Einzelfall eine große Hilfe.

Sinnvolle physikalische Maßnahmen sind Rückenkissen, gut angepaßte Stühle, Halskissen bei Patienten, die auf der Seite oder auf dem Rücken schlafen. Weiche Schaumstoff-, Matratzenauflagen oder Wasserbetten sollen bei "Bauchschläfern" ein Überstrecken der HWS verhindern.

Knie- und Fußgelenkorthesen, aber auch einfach entsprechende Schuhe wie z.B. Cowboyboots verhindern eine Stolpergefahr bei Fußheberschwäche und reduzieren die Notwendigkeit, den Boden beim Gehen zu beobachten. Dies bessert dann die damit oft verbundene Vorneigung im Rücken mit den daraus resultierenden Schmerzen.

Oft ist eine Gewichtsabnahme angezeigt.

Schwäche und Erschöpfbarkeit

Ein gezieltes Trainingsprogramm kann zu eine Verbesserung der Kraft führen, vor allem wenn die Übungen nicht zu einer starken Erschöpfung führen. Meist ist es aber im Gegenteil erforderlich, zunächst weniger zu tun, Überlastung zu vermeiden, Fehlbelastung zu korrigieren, Erholung nutzen, Kuren etc. Hilfsmittel sollten auch verwendet werden. Die konsequente Verwendung von Hilfsmitteln, die man eigentlich nicht immer bräuchte, kann nicht nur ein Voranschreiten der Schwäche aufhalten, sondern sogar die Kraft wieder bessern. Atemtherapie kann eine große Hilfe zur Entspannung sein, wie z.B. Autogenes Training.

Carnitin ist ein in der Nahrung und im Körper vorkommender Stoff; nach Berichten der Schweizer Arztes Dr. LEHMANN-BURI, der selber Betroffener ist, kann Carnitin die Erschöpfbarkeit wesentlich bessern. Es gibt bisher aber nur einzelne zufällige Berichte. Eine wissenschaftliche Untersuchung steht noch aus.

Mestinon kann bei Schluckstörungen oder dem Einknicken eine Hilfe sein; hier können schneller Herz- und Kreislaufnebenwirkungen auftreten, weshalb dieses Medikament zunächst unter enger ärztlicher Kontrolle eingenommen werden muß.

Bei **Atembeschwerden** sollte nach anderen Ursachen gesucht und dann gezielt behandelt werden (Allergie, Asthma). Sauerstoff nutzt nichts. Intermittierende Beatmung über Stunden oder nachts oder dauernd führt oft zu einer wesentlichen Besserung des Allgemeinbefindens.

Soziales

Bei fortschreitenden Störungen ist eine Belastungsreduktion - soweit möglich (Rente, Teilzeitarbeit) - empfehlenswert. Das Beantragen einer MdE beim Versorgungsamt bringt steuerliche Vorteile.

Den sinnvollen Zusammenschluß mit anderen Betroffenen braucht man in diesem Rahmen nicht mehr vorzuschlagen, da ein flächendeckendes Netz mit Ansprechpartnern und regionalen Gruppen im Aufbau ist.

Kontaktstelle für weitere Regionen:

Bundesverband Polio e.V., Geschäftsstelle: Frau Inge Paare
Tel: 055 51 / 640 16 oder Fax 055 51 / 638 28

Allgemeine Verhaltensempfehlungen für Post-Polio-Patienten:

Achten Sie auf Ihre Körpersignale ! Zwingen Sie sich nicht zu vermehrter Leistung, wenn Ermüdungserscheinungen auftreten !
Der Wechsel zwischen Bewegung und Ruhe, Zwischen Arbeit und Erholung sollte bewußt eingehalten werden.
Körperliche Anstrengung darf nicht die Schmerzgrenze übersteigen. Ist eine kurzfristige Muskelbelastung nicht zu vermeiden, müssen unbedingt zwischendurch und danach Ruhepausen eingelegt werden.
Vermeiden Sie Gewichtszunahme. Ausgewogene Ernährung, wenig Süßigkeiten, evtl. eine Diätkur verhelfen zu einem allgemein besseren Körpergefühl. Starker Alkoholkonsum verringert die Leistungsfähigkeit der Muskeln und vergrößert die Sturzgefahr.
Überprüfen Sie Gefahrenquellen in Ihrer Wohnung oder am Arbeitsplatz: Rutschende Teppiche, glatte Schuhsohlen auf Parkett, Stolperschwellen oder gewagte Klettereien, etwa beim Hausputz, führen oft zu gefährlichen Stürzen.
Gewöhnen Sie sich an den Gedanken, daß Hilfsmittel wie etwa ein Gehstock, der Rollstuhl oder eine Atemhilfe nötig werden könnten.
Sprechen Sie anderen gegenüber offen über Ihre Behinderung und erlegen Sie sich keine unnötigen Anstrengungen auf. Auch kurze Gehstrecken können zur Qual werden, vor allem unter Zeitdruck. Nehmen Sie öfters Ihr Auto oder ein Taxi, anstatt schlecht gelaunt alleine daheim zu sitzen !
Geraten Sie nicht in Panik, wenn die Atmung Schwierigkeiten macht ! Durch regelmäßige Lebensweise, genügend Schlaf und möglichst wenig Aufregung können Sie die Atemleistung selbst gut beeinflussen. Erkältungen sollten gut ausgeheilt werden. Bei stärkeren Beschwerden einen Lungenfacharzt aufsuchen.
Gehen Sie nicht davon aus, daß Ihr Arzt das Post-Polio-Syndrom kennt. Informieren Sie sich selbst und sprechen Sie in Ruhe mit ihm darüber. Der Zusammenhang der ursprünglichen Erkrankungen mit Sekundärschäden sollte auf jeden Fall klar werden.
Überprüfen Sie Ihren Lebensstil ! Oft helfen geringfügige Änderungen des Tagesablaufes, eine Ruhepause, ein weniger anstrengendes Hobby, eine Hilfe für den Haushalt oder Garten, um wieder Lebensfreude zu gewinnen.
Narkotika sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Als gelegentlich schmerzlindemdes Mittel wird Aspirin empfohlen. Achten Sie darauf, daß Ihre meist schlecht durchbluteten Arme und Beine nicht zu sehr auskühlen. Gönnen Sie sich eine Wärmflasche, ein warmes Bad oder eine Dusche, warme Strümpfe und Schuhe. Feuchte Wärme hilft auch gegen Muskelschmerzen.
Fangopackungen in regelmäßigen Abständen (z.B. 14tägig) für den Rücken in Kombination mit Massage lindern Nackenverspannungen und die Neigung zu Hexenschuß. Gymnastik sollte sehr vorsichtig betrieben werden, kein Krafttraining ! Schwimmen ist die beste Ausdauerübung, doch nicht bei zu kaltem Wasser ! Jede Übung ist sofort abzubrechen, wenn Schmerz empfunden wird.

Spätfolgen der spinalen Kinderlähmung: das Post-Polio-Syndrom

Von B. Böthig und S. Dittmann

Die spinale Kinderlähmung wird durch Polioviren der Serotypen 1, 2 oder 3 hervorgerufen. Eine Infektion führt durch Zerstörung der motorischen Vorderhornzellen des Rückenmarks bei 0,1 bis 1 % der Erkrankten zu bleibenden Paralysen. Nach der akuten Erkrankungsphase kommt es vor allem durch physiotherapeutische Behandlung zur teilweisen Erholung und relativen Stabilisierung des Gesundheitszustandes. In 25–40 % der Fälle [1] bleiben nach überstandener Poliomyelitis atrophische Lähmungen zurück, die mit Wachstumsstörungen der Gliedmaßen, Rückgratverkrümmung und Gelenkkontrakturen einhergehen. Andere Autoren schätzen, daß bei 70 % der Lähmungsfälle Restschäden zurückbleiben [2].

Seit Beginn der achtziger Jahre werden in den USA Patienten auffällig, die vor 20 bis 40 Jahren an einer Poliomyelitis erkrankten und nach einer längeren Periode relativer gesundheitlicher Stabilität über neue funktionelle Einschränkungen klagen. Die neu auftretenden Beschwerden äußern sich in zunehmender Muskelschwäche und Müdigkeit, Schmerzen und Atemfunktionsstörungen. Teilweise werden die Betroffenen an die akute Phase ihrer Krankheit erinnert.

Derartige Spätfolgen sind schon Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben worden (zitiert bei [3]), wurden jedoch auf Grund des akuten Infektionsgeschehens mit jährlichen schweren Polio-Epidemien wenig beachtet.

Neurologen [4, 5] hatten später vereinzelt Patienten beobachtet, bei denen nach vorangegangener Poliomyelitis im Verlaufe des späteren Lebens progressive Muskelschwäche auftrat, jedoch schienen solche Beobachtungen auf Einzelfälle beschränkt zu bleiben.

In Deutschland wurde von Pinder [6] auf Spätfolgen nach Polio-Erkrankungen hingewiesen. An Hand der Symptomatik bei 414 Patienten zeigte er, daß sich diese Spätfolgen als progredient erwiesen. Er forderte orthopädisch-physiotherapeutische Maßnahmen und den Erhalt von Rehabilitationszentren bzw. entsprechender Sanatorien. Auch Frehse [7] berichtete über chronische Unterbeatmung als eine Spätfolge der Poliomyelitis.

Für die nach Jahren auftretenden Spätfolgen wurde erst Anfang der achtziger Jahre die Bezeichnung »Post-Polio-Syndrom« (PPS), vor allem durch amerikanische Autoren, in die medizinische Literatur eingeführt. In den USA schätzt man, daß nahezu die Hälfte der früheren Poliomyelitis-Patienten an einem PPS erkranken bzw. erkranken könnten [8]. Auch in anderen englischsprachigen Ländern, ebenso in Österreich und der Schweiz, hat man sich den wissenschaftlichen Problemen und der Information der Bevölkerung in der letzten Zeit gewidmet.

In Deutschland wurde im Oktober 1991 eine Selbsthilfegruppe »Polio e. V.« (Vorsitzende: Frau A. Lamey) gegründet; im Dezember 1991 verwies das BGA in einer Pressemitteilung auf die Möglichkeiten des Auftretens des PPS, um zur Aufklärung vor allem der Ärzte beizutragen, diese neuen funktionellen Probleme, die 20 bis 40 Jahre nach Einsetzen der akuten Lähmungen bei Betroffenen auftreten und deren Lebensweise und Lebensqualität entscheidend beeinträchtigen können, besser zu erkennen und zu deuten. Diese Mitteilung rief bei Betroffenen und Ärzten Resonanz hervor.

In der Tabelle 1 sind die Polio-Erkrankungen in Deutschland von 1950 bis 1990 zusammengestellt. Durch die Meldungen wurden vorrangig paralytische Erkrankungen erfaßt. Aus der Tabelle ist der starke Abfall der Erkrankungszahlen in den Jahren 1960 bis 1962 nach Einführung der Polio-Schutzimpfung deutlich zu erkennen. Die in den nachfolgenden Jahren noch aufgetretenen Erkrankungen sind vorrangig importierte Fälle, die bei Ausländern oder nach Auslandsreisen auftraten; bei einigen wenigen Erkrankungsfällen ist ein Zusammenhang mit der Schutzimpfung wahrscheinlich. Das Hauptaugenmerk der Gesundheitsbehörden richtet sich seit Anfang der sechziger Jahre auf die erforderliche Weiterführung der Impfmaßnahmen, um die erzielten Erfolge bei der Bekämpfung dieser gefährlichen Infektionskrankheit zu sichern und die Immunität der Bevölkerung gegen diese Erreger aufrechtzuerhalten. Damit gerieten jedoch auch die Polio-Erkrankten vergangener Jahre mehr und mehr in Vergessenheit.

Da es für Spätfolgen der Kinderlähmung keine Erfassung gibt, liegen in Deutschland keine exakten Angaben über die Zahl der Betroffenen vor, so daß man auf grobe Schätzungen angewiesen ist. Berücksichtigt man für die Jahre 1950 bis 1960 eine durchschnittliche Zahl von 3000 bis 4000 jährlich gemeldeten Poliomyelitiden (Tab. 1), von denen ein großer Teil (25/40–70 %) mit Restschäden verblieb, und geht man von ähnlichen Größenordnungen der Häufigkeit rückwirkend bis 1920 aus, so kann geschätzt werden, daß noch 40 000 bis 110 000 bis zu Siebzigjährige in Deutschland mit Polio-Restschäden leben könnten.

In den USA belaufen sich Schätzungen der noch lebenden Poliomyelitis-Opfer auf 250 000 bis 650 000 [9, 10], nach neuesten Angaben sogar auf 1,63 Millionen [8], wobei die Bevölkerung der USA ca. dreimal so groß wie die des vereinigten Deutschlands ist. Legt man weiterhin die Schätzung in den USA zugrunde, die davon ausgeht, daß ein Viertel bis nahezu die Hälfte dieses Personenkreises an einer PPS erkranken könnte, wird die Bedeutung dieser Problematik deutlich: Es muß mit einer hohen Anzahl Betroffener auch in Deutschland gerechnet werden, die zwischen 10 000 bis 50 000 liegen kann.

Die Patienten mit PPS klagen über zunehmende Muskelschwäche mit funktionellen Einschränkungen und über ungewöhnliche Schmerzen, die als spezifisches Symptom des PPS angesehen werden, wobei auch Muskelregionen betroffen sein können, die bei der vorangegangenen Polio-Erkrankung scheinbar nicht beteiligt waren [11–13]. So können auch Personen nach überstandener Po-

lio ohne paralytische Symptome Jahre danach das Post-Polio-Syndrom erleiden. In einem amerikanischen National Health Interview Survey wurde bei 28 % von mehr als 820 000 Personen nach überstandener nichtparalytischer Polio über das PPS berichtet [14].

Außerdem können schnelle Ermüdung, Schlaf- oder Schluckstörungen sowie Atemfunktionsstörungen und vegetative Regulationsstörungen auftreten. Besonders betroffen sind mittel- und schwerstbehinderte Polio-Patienten [15]. Agre und Mitarbeiter [16] stellten fest, daß PPS-Patienten während der akuten Polio-Erkrankung länger hospitalisiert waren, sich langsamer erholten und einen größeren Verlust von Vorderhirn-Neuronen aufwiesen. Auch waren die PPS-Patienten zur Zeit der akuten Poliomyelitis älter als Personen ohne PPS, die ebenfalls früher an einer Polio erkrankt waren.

Die Patienten zeigen eine starke emotionale Reaktion auf die erneuten Beschwerden, denn sie müssen neue Einschränkungen in ihrer Lebensweise und z. T. auch den Verlust der Arbeitsfähigkeit akzeptieren.

Nach Lehmann [17] treten

- Muskelschwäche bei ca. 87 %,
- Schmerzen bei ca. 75 %
- Müdigkeit bei ca. 75 % der Betroffenen und auch bei 24 % der früher an einer nichtparalytischen Poliomyelitis Erkrankten auf.

Andere Autoren [18] kamen zu vergleichbaren Angaben:

- Muskelschwäche bei 75 %,
- Schmerzen bei 72 %,
- Müdigkeit bei 83 % und eine Verstärkung der Symptome durch emotionellen Streß bei 75 % der Betroffenen.

Die Ursachen des Auftretens des PPS sind noch nicht völlig geklärt. Für eine Reaktivierung des Poliovirus nach längerer Latenzphase gibt es keine wissenschaftlichen Beweise [19, 8].

Bisherige Studien [11, 12] haben zu der Schlußfolgerung geführt, daß es sich um eine neue, aktiv fortschreitende Denervation bestimmter Muskelgruppen handelt, die nicht durch normale altersbedingte Veränderungen zu erklären ist.

Die Funktion der durch die Polio-Erkrankung zerstörten Neurone wird in der Phase der teilweisen Erholung durch Sprossung intakt gebliebener benachbarter Nervenzellen übernommen, die dadurch einen vielfach größeren Bereich an Muskelfasern als normalerweise zu innervieren haben [10, 21]. In Muskelbiopsien bei Patienten mit PPS wurden große Gruppierungen von Muskelfasern mit Zeichen von teilweiser Denervation festgestellt, die als Folge einer spezifischen und chronischen Überbelastung [22, 23] angesehen werden kann. Da viele frühere Polio-Patienten aktiv im öffentlichen Leben stehen, wäre eine solche Dauerbelastung durchaus erklärbar.

Ausgewogene Therapiekonzepte liegen zur Zeit kaum vor. Empfohlen wird jedoch ein angepaßtes Übungsprogramm mit leichter Belastung und entsprechenden Pausen sowie ggf. Gewichtsreduzierung zur Entlastung der Muskulatur. Intensives Training, extreme Anstrengungen und Dauerbelastungen sollten vermieden werden. Den Patienten mit PPS wird empfohlen, ihren Lebensstil zu verändern und ihre täglichen Aktivitäten den neuen Bedingungen so anzupassen, daß exzessive lokale Muskelüberanstrengungen vermieden werden [16, 20].

Lehmann [17] formulierte folgendes: »Die wirksamste Therapie der bisher beschriebenen Symptome im Spätstadium nach Poliomyelitis ist deren Vorbeugung. Das bewiesen Patienten, die sich seit Auftreten der Poliomyelitis durch ambulante Physiotherapie mit gezieltem

Tabelle 1: Poliomyelitiden in Deutschland.

	Bundesrepublik	Berlin-West	Saarland	Ostdeutschland	gesamt
1950	2 830	49	39	451	3 369
1951	1 269	115	219	671	2 274
1952	9 517	211	22	509	10 259
1953	2 242	86	90	2 663	5 081
1954	2 713	85	31	1 151	3 980
1955	2 869	240	46	1 001	4 156
1956	4 109	50	78	676	4 913
1957	2 271	61	70	1 596	3 998
1958	1 508	194	48	958	2 708
1959	2 114	(inkl. West-Berlin u. Saarland)		958	3 072
1960	4 198			126	4 324
1961	4 673			4	4 677
1962	296			2	298
1963	241			5	246
1964	54			–	54
1965	48			1	49
1966	17			2	19
1967	54			–	54
1968	59			1	60
1969	25			4	29
1970	15			2	17
1971	17			–	17
1972	15			1	16
1973	29			1	30
1974	15			–	15
1975	24			1	25
1976	40			–	40
1977	25			2	27
1978	13			–	13
1979	9			1	10
1980	7			1	8
1981	11			1	12
1982	4			1	5
1983	7			–	7
1984	1			1	2
1985	5			–	5
1986	4			–	4
1987	3			2	5
1988	1			–	1
1989	2			–	2
1990	2			1	3

Durchbewegen der Muskulatur und Gelenke und/oder jährlichen Rehabilitationsaufenthalten von 3 bis 4 Wochen in entsprechenden Heilbädern und mit Einhaltung einer sinnvollen adäquaten Erholungsphase und/oder mit angepaßter Bewegungstherapie in Form hielten und gleichzeitig unter erfahrener fachärztlicher Kontrolle ihre orthopädischen und prothetischen Probleme sorgfältig wahrnahmen und lösen ließen.« Dabei muß betont werden, daß solche Hilfen und eine regelmäßige Therapie nicht als Luxus anzusehen sind, sondern als unerläßliche Voraussetzung zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und einer angepaßten Lebensqualität der Betroffenen.

Da es bisher kaum wissenschaftliches oder praktisches Interesse an dieser Problematik in Deutschland gab, kann davon ausgegangen werden, daß auch die Kenntnisse über das Post-Polio-Syndrom in der Ärzteschaft und den medizinischen Heilberufen gering ist. Andererseits bedürfen gerade diese Patienten des Verständnisses informierter Ärzte. Für sie ist eine angepaßte Therapie von größter Bedeutung, aber auch die Kenntnis der Versorgungsämter der Bundesländer über dieses Krankheitssyndrom, da letztlich von diesen Stellen über den Grad der Behinderung und die Bereitstellung von Rehabilitationshilfen entschieden wird. Bei Auftreten des Post-Polio-Syndroms kann eine Neufestlegung einer eventuellen Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. eine Neubewertung der Behinderung erforderlich werden.

Literatur:

[1] Cumakov, M. P., und Voroshilova, M. K.: Picornavirus-Infektionen. In: Handbuch der Inneren Erkrankungen, Bd. 5: Infektionskrankheiten, Herausgeber: G. Brütschke, Jena: VEB Gustav Fischer Verlag 1983.

[2] Kleinschmidt, H. In: Feer, E.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart: Fischer 1955.

[3] Cosgrove, J. L., et al.: Late effects of poliomyelitis; Arch. Phys. Med. Rehabil. 68 (1987) 4–7.

[4] Campbell, A. M. G., Williams, F. R., and Pearce, J.: Late motor neuron degeneration following poliomyelitis. Neurology 15 (1969) 1101–1106.

[5] Agre, J. C., and Rodriques, A. A.: Neuromuscular function in polio survivers. Orthopedics 14 (1991), 12, 1343–1347.

[6] Pinder, H.-E.: Die Spätfolgen der Poliomyelitis. Beitr. Orthop. u. Traumatol. 31 (1984) 233–242.

[7] Frehse, U.: Spätfolgen nach Poliomyelitis: Chronische Unterbeatmung und Möglichkeit selbstbestimmter Lebensführung Schwerbehinderter. Schriftenreihe zur Praxis der Rehabilitation 3 (1989) 5.

[8] Bruno, R. L.: Post-Polio Sequelae: Research and Treatment in the Second Decade. Orthopedics 14 (1991), 11, 1169–1170.

[9] Munsat, T. L.: Poliomyelitis – new problems with an old disease; N. Engl. J. Med. 324 (1991), 17, 1206–1207.

[10] Sullivan, L.: Rehabilitation Gazette 31 (1991), 2, 14.

[11] Cashman, N. R., Maselli, R., Wollmann, R. L., Roos, R., Simon, R., and Antel, J. P.: Late denervation in patients with antecedent paralytic poliomyelitis. N. Engl. J. Med. 317 (1987) 7–12.

[12] Dalakas, M. C.: New neuromuscular symptoms after old polio (»The post-polio syndrome«): Clinical studies and pathogenic mechanisms. Birth defects 23 (1987) 241–263.

[13] Halstead, L. S.: Assessment and differential diagnosis for Post-Polio Syndrome. Orthopedics 14 (1991), 11, 1209–1217.

[14] Parsons, P. E.: Data on polio survivors from the National Health Interview Survey. Washington. DC: National Center for Health Statistics 1989.

[15] Halstead, L. S., and Wiechers, D. O. (eds.): Late effects of poliomyelitis Miami: Symposia Foundation, 1985, 15–20.

[16] Anderson, A. D., Levine, S. A., and Gellert, H.: Loss of ambulatory ability in patients with old anterior poliomyelitis. Lancet 2 (1972) 1061–1063.

[17] Lehmann, Th. Chr.: Poliomyelitis anterior acuta – Die Spätfolgen (Manuskript 1991).

[18] Bruno, R. L., and Frick, M. M.: The psychology of polio as prelude to Post-Polio Sequelae: Behavior modification and psychotherapy Orthopedics 14 (1991), 11, 1185–1193.

[19] Salazar-Grueso, E. F., Grimaldi, L. M., Ross, R. P., Variakojis, R., Jubelt, B., and Cashman, N. R.: Isoelectric focusing studies of serum and cerebrospinal fluid in patients with antecedent poliomyelitis. Ann. Neurol. 26 (1989) 709–713.

[20] Henriksson, K. G.: Collateral nerve regeneration in partially denervated muscles. Assoc. Europ. Poliomyel. IX, Stockholm 1963, 447–450.

[21] Wiechers, D.: New concepts of reinnervated motor unit revealed by vaccine-associated poliomyelitis. Muscle Nerve 11 (1988) 356–364.

[22] Dalakas, M. C., Elder, G., Hallett, M., et al.: A long-term follow-up study of patients with post-poliomyelitis neuromuscular symptoms. N. Engl. J. Med. 314 (1986) 959–963.

[23] Perry, J., Barnes, G., and Gronley, J. K.: The postpolio syndrome: an overuse phenomenon. Clin. Orthop. 233 (1988) 145–162.

[24] Young, G. R.: Energy Conservation occupational therapy and the treatment of post-polio sequelae. Orthopedics 14 (1991), 11, 1233–1239.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Barbara Böhig, Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis u. Enteroviren, Robert Koch-Institut des BGA, Bereich Schönewelde, Britzer Str. 1–3, O-1190 Berlin, und Prof. Dr. Sieghart Dittmann, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des BGA, General-Pape-Str. 62–66, W-1000 Berlin 42

Freie Presse Freitag, 21. April 1995

Thermalschwimmbad im Osten einzigartig

Wiesenbad feiert heute Einweihung des neuerrichteten Kurkomplexes

Von unserem Redaktionsmitglied Udo Lindner

In der 900-Einwohner-Gemeinde Wiesenbad im Landkreis Annaberg wird heute das erste neugebaute Thermalschwimmbad im Osten Deutschlands vollendet. Fast viereinhalb Jahre war die Kurklinik eine Baustelle. Für rund 80 Millionen Mark wurde die Rehabilitationsklinik modernisiert und ausgebaut. 170 Fachkräften bietet die Einrichtung einen sicheren Arbeitsplatz.

„Die Kurklinik in Wiesenbad ist die einzige im Freistaat Sachsen, die von einer Kommune betrieben wird", betont Bernd Geisler, Geschäftsführer des Sächsischen Heilbäderverbandes. Die Gesellschaft für Kur und Rehabilitation mbH ist eine 100prozentige Tochter der Gemeinde. „Damit hat Wiesenbad für alle anderen 21 Heilbäder und Kurorte Sachsens eine Vorreiterfunktion. Die Gemeinde hat bewiesen, daß man nicht auf fremde Investoren angewiesen ist, sondern auch aus eigener Kraft solch eine Klinik bauen und betreiben kann", so Geisler.

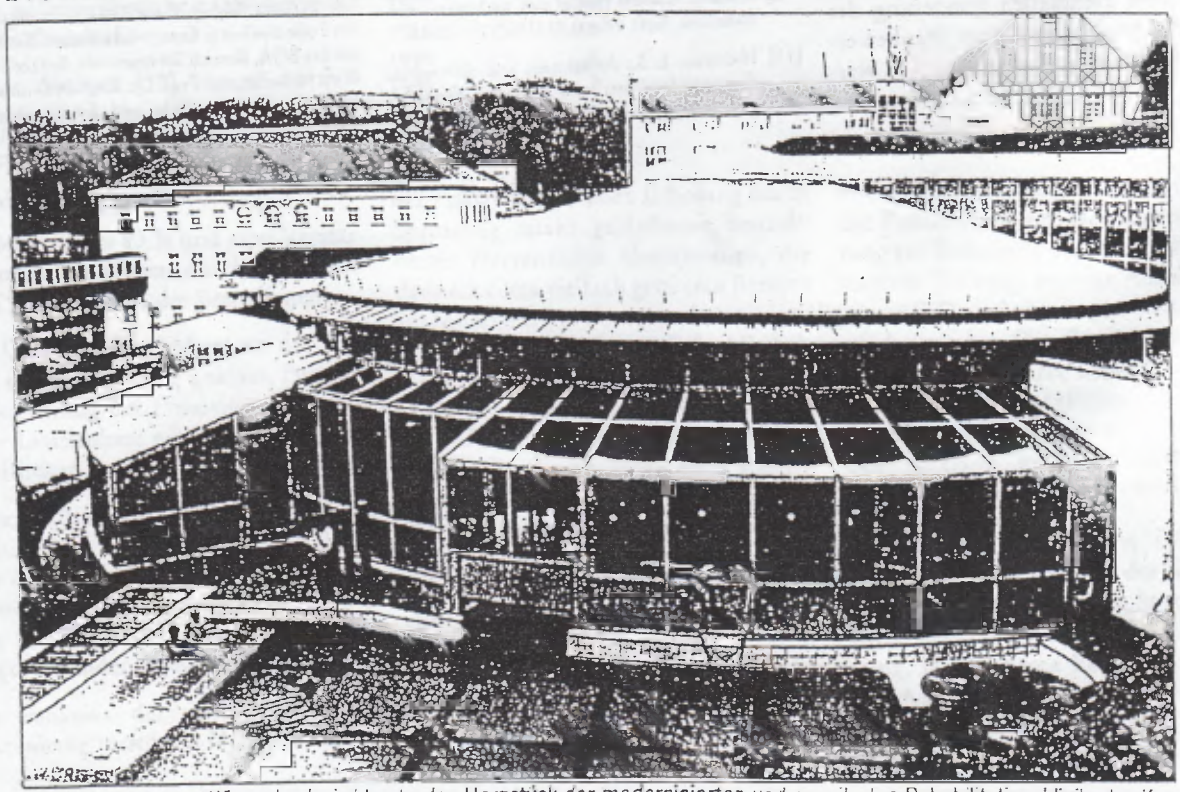
Die Grundlage für diese Investitionen schuf Wiesenbad schon kurz nach der Wende. Mit den Belegungszusagen der Krankenkassenverbände und der Bundesversicherungsanstalt BfA konnte der bestehende Kurbetrieb mit damals noch 210 Betten und 90 Beschäftigten gesichert werden. Bereits im Juni 1994 zogen die Kurpatienten in die zwei neu errichteten Bettenhäuser mit insgesamt 190 Plätzen ein. Die historische Substanz der Klinik blieb zum Großteil erhalten. Zentrum ist das heute offiziell einzuweihende Kurmittelhaus mit Thermalschwimmbad. Die zwei miteinander kommunizierenden Quellen (Hiobs- und Georgenquelle) liefern das Wasser für die Trink- und Badekuren zur Behandlung von Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungssystems. Zusammen ergeben sie 240 Liter Wasser pro Minute, das mit einer Temperatur von 26 Grad aus dem Berg gefördert wird.

„Unsere Devise lautet: Konzentration auf einige wenige Indikatoren. Das ist wirtschaftlich", sagt Geschäftsführer Dieter Frenzel, der auch Bürgermeister von Wiesenbad ist. Gemeinsam mit dem Kurortwissenschaftlichen Institut Bad Elster wurde für Wiesenbad ein neues therapeutisches und medizinisches Konzept erarbeitet. Zu mehr als 60 Prozent flossen darin eigene Erfahrungen aus DDR-Zeiten ein. Erstmals in den neuen Bundesländern wird eine Therapie angewendet, bei der die Patienten in aufgeheizten Schaffellen behandelt werden.

Ab Mitte Mai etwa sollen das Thermalschwimmbad samt Außenbecken und das Kurmittelhaus mit Sauna und Dampfbad auch der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. „Wir rechnen mit bis zu 500 Tagesgästen aus der Region", so Frenzel.

Obwohl Wiesenbad in den zurückliegenden Jahren eine hochmoderne Klinik mit entsprechender Infrastruktur aufgebaut hat, steht der Gemeinde noch ein mehrjähriges Anerkennungsverfahren als Heilbad bevor. Erst wenn ein Kurort den begehrten staatlichen Status hat, kann er die wirtschaftlich wichtigen ambulanten Badekuren, bei denen die Gäste nicht stationär in eine Klinik eingewiesen werden, sondern sich privat anmelden, mit den Krankenkassen abrechnen.

Neues Herz der Wiesenbader Kurklinik beginnt zu schlagen



Im erzgebirgischen Wiesenbad wird heute das Herzstück der modernisierten und erweiterten Rehabilitationsklinik, das Kur-

Rehabilitationszentren

Dr. med. Apel
Orthopäde
Klinik Salztal
63 628 Bad Soden-Salmünster Tel.: o6o56 - 745o

OBM Buschbeck
Orthopäde - Med. Beirat des BV Polio e.V.
Rehabilitationsklinik Miriquidi
Annaberger Str. 3
o9488 Thermalbad Bad Wiesenbad / Tel.:o3733 - 5o4-o

Privatdozent
Dr. med. Frank
Neurologe und Orthopäde
Rhein-Sieg-Klinik
51 588 Nümbrecht/Gummersbach / Tel.: o2293 - 92oo

Dr. med. Gudrun Japp
Neurologin
Taunusklinik Falkenstein
Debusweg 4
61 462 Königstein / Tel.: o6174-201233

Dr. med. Tesch
Neurologe / Med. - Beirat des BV Polio e.V.
c/o Schloßpark-Klinik
Heubnerweg 2
14o59 Berlin / Tel.: o3o - 32o93

Dr. med. Walther
Anaesthesist / Med. Beirat des V Polio e.V. -Skoliose-O.P.
c/o Werner-Wicker-Klinik

34 53o Bad Wildungen-Reinhardshausen Tel.: o5621 - 8o3-o

Prof. Dr. med. Zwacka
Schlaflabor / Med. Beirat des Polio e.V.
c/o Robert-Koch-Krankenhaus
Rob.-Koch-Weg
99 15o Apolda / Tel.: o3644-611o

Wassertherapie:
Barbara Krafft
Meerwassertherapie
Blauenblickstraße 19
79 424 Auggen / Baden / Tel.: o7631-3698o

Polio-Gruppe Dresden

Literaturzusammenstellung zu den Themen

Poliomyelitis/Spätfolgen nach Poliomyelitis

[in deutscher Sprache vorliegende Literatur]

Verfasser	Thema	Quelle
Backmund, M. und Eichenlaub, D.	Spätfolgen der Poliomyelitis - das "Postpoliosyndrom"	Bayerisches Ärzteblatt 6/93, S. 194 und S .195
BGA, Bekanntmachungen	Impfempfehlungen ... (u. a. Poliomyelitis)	Bundesgesundhbl. 9/91, S. 384 und s. 385
BGA	Das "Post-Polio-Syndrom" (PPS) - Spätfolgen der Kinderlähmung BGA erinnert an die Bedeutung der Polio-Impfung	bga pressedienst, 54/1991 vom 16.12.1991
Bockelbrink, A.	POLIOMYELITIS	Broschüre der Stiftung Pfennigparade, 20 Seiten
Bockelbrink, A.	UNTERBEATMUNG	Broschüre der Stiftung Pfennigparade, 5 Seiten
Böthig, B. und Dittmann, S.	Spätfolgen der spinalen Kinderlähmung: das Post-Polio-Syndrom	Bundesgesundhbl. 8/92, S. 408 bis S. 410
Decher, B.	Behandlung des Post-Polio-Syndroms aus orthopädischer Sicht	Krankengymnastik 4/1992, S. 440 bis S. 451
Hofer, P.	WAS BRINGT L-CARNITIN WIRKLICH?	DAS NEUE SCHWEIZER SPORTMAGAZIN, LCZ-MEETING-SPEZIAL, NR 3; AUGUST 94, 5 S.
Kießig, R.	Polio-Spätfolgen - Eine neue alte Krankheit	Leben und Weg 3/92, S. 20

Kießig, R.	Polio-Spätfolgen: Eine Selbsthilfegruppe nimmt den Kampf auf	Humanitas 3/92, 1 S. (S. unbekannt)
Kießig, R.	Spätfolgen nach Poliomyelitis Ein Ratgeber für Betroffene und Ärzte	Broschüre, 07/1993, 64 Seiten
Laier-Groeneveld, G.	Richtlinien zur Indikation und Durchführung der intermittierenden Selbstbeatmung(ISB)	Medizinische Klinik 9/1993, S. 509 und S. 510
Lamey, A.	Gründung einer bundesweiten Selbsthilfe-Initiative für Poliopatienten: Polio e. V.	Leben und Weg 1/92, S.29
Lehmann, Th.	Spätfolgen nach Poliomyelitis(Kinderlähmung) Hauptzeichen und Behandlungsmöglichkeiten	FAIRE FACE 1-2/1991, 2 S. (S. unbekannt)
Lehmann, Th.	Spätfolgen nach Polio Hauptzeichen und Behandlungsmöglichkeiten	Leben und Weg 2/91, S. 26 und S. 27
Lehmann, Th.	Poliomyelitis anterior acuta Über den Umgang mit den Spätfolgen	Der informierte Arzt, Gazette Médicale, 17/92, S. 1427 bis S. 1429
Lehmann, Th.	Klinik und Behandlungsmöglichkeiten Poliomyelitis-Spätfolgen	THERAPIEWOCHE SCHWEIZ 7/1993, S. 421 bis S. 424
Lehmann, Th.	Poliomyelitis-Spätfolgen (Aktuelles Interview)	Thüringer Ärzteblatt, 1993 S. 510 und S. 511
Lehmann, Th.	Poliomyelitis anterior acuta Die Spätfolgen - insbesondere die chronische Unterbeatmung	Broschüre, 10/1992, 53 Seiten *nur zum Verleih*, [#]
Lehmann, Th.	Kinderlähmung und ihre Spätfolgen - insbesondere die chronische Unterbeatmung	Broschüre, 06/1993, 40 Seiten *nur zum Verleih*, [#]
Pfennigparade	SPÄTFOLGEN nach Poliomyelitis Chronische Unterbeatmung und die Möglichkeiten selbstbestimmter Lebensführung Schwerbehinderter	Die Dokumentation einer intern. Arbeitstagung der PFENNIGPARADE e.V. vom 07. bis 10.04.1988, 304 Seiten [#]
Pfennigparade	genaue Titel unbekannt	Die Dokumentation einer intern. Arbeitstagung der PFENNIGPARADE e.V. vom 19. bis 21.11.1992 *nur zum Verleih*, [#] Der Eingang der Literatur steht noch aus.
Pinder, H.-E.	Die Spätfolgen der Poliomyelitis	Beitr. Orthop. u. Traumatol., 05/1984, S. 233 bis S. 242

Raffenberg, M., Schaberg, T., Müller-Pawlowski, H. und Lode, H.	Indikation und Praxis der Heimbeatmung	Dtsch. med. W.schr.(DMW), 06/1994, S. 187 bis S. 191
Tesch, M.	Ergebnisse und Kasuistik Das Post-Polio-Syndrom	Der Nervenarzt 64/1993, S. 244 bis S. 249
Weiss, G.	Ursachenforschung für Spätschäden der Poliomyelitis noch wenig ergiebig Höchste Zeit für individuelle Hilfe und Beratung	Die Neue Ärztliche , Nr. 93/88 vom 17.05.1988, 3 Seiten
Weiss, G.	Über die Spätfolgen der Kinderlähmung ist noch wenig bekannt	FAZ vom 07.01.1988, S. 8
Weiss, G.	Spätfolgen der Kinderlähmung Jahrzehnte nach der Erkrankung treten erneute Beschwerden auf	Leben und Weg 4/89, S. 26 und S. 27
Weiss, G.	Spätfolgen von Kinderlähmung (Poliomyelitis) Eine Übersicht	Faltblatt, 1992
Weiss, G.	POLIO-SPÄTFOLGEN - WELCHE GYMNASTIK? Allgemeinrezepte kann es nicht geben	Beitrag zum Arztsymposium Hannover, 05/1994, 2 Seiten
Weiss, G.	Späte Folgen einer Kinderlähmung	Das AOK Magazin 2/94, Ausgabe Rosenheim, S. VI
–	Div. Themen	1. bis 4. Mitteilungsblatt, POLIO e.V.,1991 bis 1993

[#] Literaturbestellung beim Verfasser möglich.
Stand: 26.11.1994; Bearbeiter: Horst Böhmer, Mathildenstraße 23, 01069 Dresden.

Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen
Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV)

Stand: 04.04.95

Geschäftsstelle:	z. Hd. Frau Inge Paare Tel.: 05551 - 64 0 16 Fax: 05551 - 63 8 28	Am Mühlenberg 20 37154 Northeim
Vorsitzende:	Edeltraud Hendrich Tel.: 0641 - 23 4 33 Fax:	Thaerstr. 27 35392 Gießen
1. Stellvertreter:	Dr. Claus-Peter Kos Tel.: 09288 - 63 65 Fax: 09288 - 63 65	Bad Stebener Str. 8 95138 Bad Steben
Schatzmeister:	Hans Richelshagen Tel.: 02246 - 68 04 Fax:	An den Steinen 29 53797 Lohmar
Regionalgruppenbetreuung:	Bertram Hönicke Tel.: 033 832 - 40 367 Fax:	Dorfstr. 67 14789 Viesen
	Maria Tanneberger Tel.: 0371 - 21 14 91	Carl-Bobach-Str. 1 09120 Chemnitz

Regionalgruppen/ Kontaktstellen:

Regionalgruppe Dresden	Regionalgruppe Leipzig	Regionalgruppe Dessau/Köthen	Kontaktstelle Dessau
Horst Böhmer Mathildenstr. 23 01069 Dresden Tel.:0351 - 45 911 19 Fax:	Renate Wehner Potschkaustr. 34 04209 Leipzig Tel.: 0341 - 41 11 526 Fax:	Roswitha Puchert Kantorstr. 20 06842 Dessau Tel.: 0340 - 22 04 062 Fax:	Gerhard Henning An der Hohen Lache 06846 Dessau Tel.: Fax:
Regionalgruppe Jena	**Regionalgruppe Chemnitz**	**Regionalgruppe Oberes Erzgebirge**	**Regionalgruppe Berlin**
Ursula Schäfer Am Hirschberge 3 07745 Jena Tel.: 03461 - 60 71 08 Fax: 03461 - 67 76 00	Erhard Meixner Paul-Bertz-Stz 123 09120 Chemnitz Tel.: 0371 - 22 75 88 Fax:	Rositta Klose Barbara-Uthmann-Ring 168 09456 Annaberg-Buchholz Tel.: 03733 - 57 769 Fax.	Erika Bülow Windenweg 6a 12357 Berlin Tel.: 030 - 66 246 17 Fax: 030 - 66 251 68

Kontaktstelle Berlin	Kontaktstelle Viesen	Kontaktstelle Frankfurt/Oder	Kontaktstelle Frankfurt/Oder
Werner Murach Arnold-Knoblauch-Ring 10 14109 Berlin-Wannsee Tel.: 030 - 805 35 93 Fax: 030 - 805 35 93	Bertram Hönicke Dorfstr. 67 14789 Viesen Tel.: 033 832 - 40 367 Fax:	Ronika Gaeczki Bruno-Peters-Berg 2 15230 Frankfurt/Oder Tel.: 0335 - 36 59 96 Fax:	Dagmar Munkelt Robert-Havemann-Str. 13 15236 Frankfurt/Oder Tel.: 0335 - 52 86 73 Fax:
Kontaktstelle Lichterfelde	**Regionalgruppe Hamburg**	**Regionalgruppe Kiel**	**Kontaktstelle Rickert**
Hans-Jürgen Schlender Feldstr. 15 16230 Lichterfelde Tel.: 03334 - 21 91 65 Fax:	Dieter Merkel Birkenkoppel 15 22761 Norderstedt Tel.: 040 - 52 24 541 Fax:	Angelika Koch Metzstr. 66 24116 Kiel Tel.: 0431 - 17 5 14 Fax:	Marion Hülk Meisenweg 10 24782 Rickert Tel.: 04331 - 36 2 30 Fax:
Kontaktstelle Heide	**Regionalgruppe Weser/Ems**	**Kontaktstelle Bremen**	**Regionalgruppe Hannover**
Friederike Stürtz Sauerbruchstr. 17 25746 Heide Tel.: 0481 - 71 8 74 Fax:	Nikolaus Jürgens Bäke 10 27804 Berne Tel.: 04406 - 52 61 Fax:	Helga Wiedemann Schenkendorfstr. 28 28211 Bremen Tel.: 0421 - 23 10 73 Fax:	Judith Nowak Rubensstr. 8 30177 Hannover Tel.: 0511 - 69 21 32 Fax: 0511 - 69 58 28
Kontaktstelle Bielefeld	**Kontaktstelle Kassel**	**Kontaktstelle Fritzlar**	**Kontaktstelle Nordhessen**
Maria-Regina Hupperich Winterstr. 10 33649 Bielefeld Tel.: 0521 - 43 15 72 Fax:	Carola Hiedel Wilhelmshöher Allee 329 34131 Kassel Tel.: 0561 - 33 1 66 Fax:	Fred Schindler Gudensberger Pfad 11 34560 Fritzlar Tel.: 05622 - 48 55 Fax:	Marianne Bron Am Rain 14 35039 Marburg Tel.: 06421 - ~~14 1 70~~ Fax: 63631
Regionalgruppe Gießen	**Regionalgruppe Northeim**	**Kontaktstelle Hardegsen**	**Regionalgruppe Gifhorn**
Edeltraud Hendrich Thaerstr. 27 35392 Gießen Tel.: 0641 - 23 4 33 Fax:	Inge Paare Am Mühlenberg 20 37154 Northeim Tel.: 05551 - 64 0 16 Fax: 05551 - 63 8 28	Elisabeth Sattelmeier Gartenstr. 13 37161 Hardegsen Tel.: 05505 - 15 61 Fax:	Jörg Friedrich Winkeler Str. 16 b 38518 Gifhorn Tel.: 05371 - 58 402 Fax:
Regionalgruppe Magdeburg	**Kontaktstelle Magdeburg**	**Regionalgruppe Rhein/Ruhr**	**Kontaktstelle Wuppertal**
Dr. Rolf Kießig Breiter Weg 20 39104 Magdeburg Tel.: 0391 - 562 03 88 Fax:	Peter Fuhrmann Am Scharnhorstring 25 39130 Magdeburg Tel.: 0391 - 71 35 54 Fax:	Horst Weidemann Jühlicher Str. 62 40477 Düsseldorf Tel.: 0211 - 46 22 32 Fax: 0211 - 48 67 71	Peter Spindler-Rohloff Bembergstr. 5 42103 Wuppertal Tel.: 0202 - 44 80 77 Fax:
Regionalgruppe Velbert	**Regionalgruppe Gelsenkirchen**	**Kontaktstelle Duisburg**	**Kontaktstelle Duisburg**
Christe Fleischer An der Lantert 18 42551 Velbert Tel.: 02051 - 25 21 94 Fax:	Günter Jestremski Borgmannshof 10 45888 Gelsenkirchen Tel.: 0209 - 87 14 98 Fax:	Sülemann Sen Musfeldstr. 60 47053 Duisburg Tel.: 0203 -27 1 61 Fax:	Siegfried v. Bützinslöwen Mülheimer Str. 82 47058 Duisburg Tel.: 0203 - 35 90 43 Fax:

Kontaktstelle Stadtlohn	Kontaktstelle Cloppenburg	Kontaktstelle K ö l n	Regionalgruppe Leverkusen
Gerhard Terhürne Marienburger Str 3 48703 Stadtlohn Tel.: 02563 - 17 33 Fax:	Christa Lüske Osnabrücker Str. 49 49661 Cloppenburg Tel.: 04471 - 58 04 Fax:	Helmut Schwägerl Mühlenweg 57 51145 K ö l n Tel.: 02203 - 23 5 32 Fax:	Karin Becker Am Hühnerberg 4 51381 Leverkusen Tel.: 02171 - 81 7 95 Fax:
Regionalgruppe Mainz	**Kontaktstelle Koblenz**	**Regionalgruppe Bergkamen**	**Kontaktstelle Wiesbaden**
Rosemarie Lauterbach Gartenfeldplatz 12 55118 Mainz Tel.: 06131 - 67 17 57 Fax:	Christel Buß-Seinsch Am Alten Hospital 14 56068 Koblenz Tel.: 0261 - 35 7 14 Fax:	Hans-Joachim Wöbbeking Alisostr. 67 59192 Bergkamen Tel.: 02306 - 80 5 74 Fax:	Linda Rossi Plattenstr. 1e 65193 Wiesbaden Tel.: 0611 - 59 04 24 Fax:
Regionalgruppe Südhessen	**Regionalgruppe Frankfurt/Main**	**Regionalgruppe Völklingen**	**Kontaktstelle Baiersbronn**
Elisabeth Arheilger Bahnstr. 24 65719 Hofheim/Ts. Tel.: 06192 - 36 1 55 Fax:	Gerda Dorsch Hermann-Brill-Str. 9 65931 Frankfurt/Main Tel.: 069 - 37 34 16 Fax: 069 - 37 34 16	Helma Mörsdorf Sauerbruchweg 1 66333 Völklingen Tel.: 06898 - 24 2 68 Fax:	Horst Ringsleben Silberberg 47 72270 Baiersbronn Tel.: 07447 - 14 01 Fax:
Regionalgruppe Bretzfeld	**Regionalgruppe B ü h l**	**Regionalgruppe München**	**Kontaktstelle Rosenheim**
Ruth Jäger Keplerstr. 5 74626 Bretzfeld Tel.: 07946 - 27 39 Fax:	Walter Weisbrod Karl-Reinfried-Str. 7 77815 B ü h l Tel.: 07223 - 25 8 24 Fax:	Konrad Schuder Oskar-Maria-Graf-Ring 5 81737 München Tel.: 089 - 67 033 27 Fax:	Gertrud Weiss Ebersberger Str. 33 83022 Rosenheim Tel.: 08031 - 85 2 49 Fax:
Regionalgruppe Augsburg	**Kontaktstelle Schrobenhausen**	**Kontaktstelle W a i n**	**Kontaktstelle Bad Steben**
Helmut Schaffer Am Leiterle 21 86391 Stadtbergen Tel.: 0821 - 43 41 54 Fax:	Werner Hieber Nordenstr. 8 86529 Schrobenhausen Tel.: 08252 - 74 20 Fax:	Helmut Gotschy Mühlgäßle 17 88489 W a i n Tel.: 07353 - 30 35 Fax:	Dr. Claus-Peter Kos Bad Stebener Str. 8 95138 Bad Steben Tel.: 09288 - 63 65 Fax: 09288 - 63 65
Kontaktstelle Ottendorf	**Kontaktstelle Bad Mergentheim**	**Regionalgruppe Erfurt**	**Regionalgruppe Weimar**
Bernd Heinrichsmann Mönchsgang 25 97503 Ottendorf Tel.: 09727 - 17 21 Fax:	Mechthild Lill Lange Steige 20 97980 Bad Mergentheim Tel.: 07931 - 51 4 33 Fax:	Ingrid Sander Carl-Zeiss-Str. 33 99097 Erfurt Tel.: 0361 - 41 10 77 Fax:	Wolfgang Knaut Bei der Kirche 22 99441 Kromsdorf-Süd Tel.: 0364 51 - 60 1 89 Fax:

Kontaktstelle für Polio-Neuerkrankungen:

Mülheim/Ruhr

Angelika Spanke
Am Großen Berg 6
45479 Mülheim/Ruhr
Tel.: 0208 - 42 40 01
Fax:

Bundesverband Poliomyelitis e.V.

Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen
Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV)

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich/wir erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zum Bundesverband POLIO e.V.
mit Wirkung vom .....19.. ... als

..... **ordentliches Mitglied** (PPS-Betroffene/r, Angehörige oder Sonstige)

..... **Fördermitglied** (nicht stimmberechtigt)

Name, Vorname .....

Straße ..... Wohnort .....

Geburtsdatum: ..... Beruf ..... Tel : .....
Ich bin PPS-Betroffener ..... Angehörige/r ..... Sonstiger .....
Rollstuhlfahrer ja/nein

Ich möchte die Informationen von der für mich nahegelegenen Regionalgruppe / der Regionalgruppe in _____ bekommen / ich möchte die bundesweiten Informationen erhalten (Bitte streichen Sie durch, was Sie nicht wollen).

Der Jahresbeitrag beträgt 60,-- DM (Stand: März 1995)

Mit meinem/unseren Eintritt erkläre(n) ich mich/wir uns einverstanden, daß meine/unsere personenbezogenen Daten auf elektronische Datenträger gespeichert werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes

.....
Ort, Datum, Unterschrift

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Bundesverband Polio e.V. widerruflich, die Beitragszahlungen für o.a. Mitglied/er zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber (Name/Vorname) .....
Geldinstitut .....
Bankleitzahl ..... Konto-Nr.: .....

.....
Unterschrift des Kontoinhabers

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung der Einlösung.

Bankverbindung: B.f.S. GmbH BLZ 25120 510
Konto-Nr. 7 430 500 (Beiträge) Konto-Nr. 7 430 501 (Spenden)

Die Mitgliedbeiträge sind nach § 10 b EStG und § 9 Nr. 3 KStG steuerlich (Spenden) absetzbar
Bundesverband Polio e.V. VR 1763 - Finanzamt Augsburg - Stadt Az.: 396/41972

Oberhess. sche Presse v. 28.3.1995

Verein hilft bei der Bewältigung aller möglichen Folgen von Kinderlähmung

Marburg (ga). „Schluckimpfung ist süß, Kinderlähmung ist grausam!" Wer kennt diesen Slogan nicht? Kinderlähmung (wissenschaftlicher Name: Poliomyelitis) wird hervorgerufen durch ein Virus, das Rückenmark entzündet sich, als Folge bleiben oft Lähmungen zurück. Die Zahl der Erkrankten ging seit den 50er Jahren zwar extrem zurück, „ausgerottet" ist sie aber nicht. Es gibt nach wie vor Betroffene, die Hilfe brauchen - und darum kümmert sich der „Bundesverband Poliomyelitis". Die Regionalgruppe Gießen/Nordhessen dieses Verbands lädt nun für Freitag, 31. März, erstmals zu einem Treffen nach Marburg ein.

Die Marburgerin Marianne Bron, die der Gruppe Gießen/Nordhessen des Bundesverbands Poliomyelitis, berichtete gegenüber unserer Zeitung über den Stand der Dinge:

Noch in den 50er Jahren war Kinderlähmung ein großes Problem: Zwischen 1951 und 1955 gab es etwa 50 000 Fälle jährlich in Europa. Seither ist die Zahl der Erkrankungen ganz erheblich zurückgegangen. 1985 kamen auf 800 Millionen Einwohner nur noch 264 Fälle.

Das bedeutet allerdings nicht, daß der Polio-Virus vor der Ausrottung steht. Vielmehr sind durch den hohen Impfschutz in der Bevölkerung (über 80 Prozent in den Industrie-Nationen) sind die meisten Menschen immun gegen die Krankheit.

„In Deutschland sind rund 100 000 Fälle von Poliomyelitis erfaßt," berichtet Marianne Bron. Viele der Betroffenen haben sich im Bundesverband Poliomyelitis zusammengeschlossen. „Unserer Organisation gehören mittlerweile ungefähr 700 bis 900 Menschen an. Wir wollen versuchen, noch weitaus mehr Erkrankte zu erreichen, denn es ist so wichtig, zu anderen Kontakt aufzubauen, die in der gleichen Lage sind."

So unterschiedlich die Auswirkungen der Krankheit sind, die Schwierigkeiten der Betroffenen gleichen sich häufig: allein der „Kleinkrieg" mit Ämtern wenn es um Behindertenausweise, finanzielle Unterstützung, Pflegegeld, Kuraufenthalte oder Jobsuche geht.

Außerdem informiert der Verband mit Vorträgen und Referaten über Arzneimittel und Krankheitsbilder. Wie zum Beispiel über die erst seit rund vier Jahren bekannten Spätfolgen der Kinderlähmung das sogenannte PPS-Syndrom (Ermatten, Nachlassen der Muskelkraft). Daneben bietet der Verein seinen Mitgliedern auch eine kleine Zeitung, die viermal im Jahr erscheint. „Allein schon bei der Wahl des Urlaubsortes sind wir auf Tips und Erfahrungen Anderer angewiesen, denn oftmals sind Hotels, Gaststätten, Parkplätze oder öffentliche Toiletten nicht für Rollstuhlfahrer ausgelegt", erzählt Marianne Brons Ehemann.

In der Gruppe, der die Brons angehören gibt es 25 Mitglieder. „Ich selbst weiß von einigen Polio-Erkrankten in Marburg, im Hinterland oder in Herborn und Dillenburg, die nicht im Verband organisiert sind. Sie wollen wir ansprechen. Jetzt haben wir beschlossen, das nächste Treffen unserer Gruppe in Marburg zu veranstalten. Dazu laden wir besonders Leute aus diesen Gebieten ein", so Marianne Bron.

Dieses erste Treffen dient dem gegenseitigen Kennenlernen. Es findet am 31. März im neuen Alten-Zentrum „Auf Der Weide" in Marburg statt. Wer Interesse hat, kann sich an Marianne Bron - Telefon (0 64 21) 6 36 31 - oder an die Bundesvorsitzende Edeltraut Hendrich in Gießen - Telefon 0 64 1/2 54 33) - wenden.

Die Marburgerin Marianne Bron gehört zu den Organisatoren des ersten Treffens, das die hiesige Regionalgruppe des Bundesverbands Poliomyelitis in Marburg veranstaltet. Es findet im Altenzentrum Auf der Weide statt. (Foto: ga)

Tageszeitung Gelsenkirchen
19.11.94

Polioimpfung: Ein süßer Schluck bewahrt vor der Kinderlähmung

Gesundheitsamt und AOK: „Vorsorge ist besser als heilen" / Termine ab 26. November

BUER. (hw) „Vorsorge ist besser als heilen!" Wer kennt den Spruch nicht? Allerdings halten sich – vor allem was Impfungen betrifft – immer weniger Menschen an diese Faustregel. Die Tatsache, daß in der Bundesrepublik viele Krankheiten „von der Bildfläche verschwunden" sind, wiegt sie in Sicherheit. Das Resultat: Es gibt erhebliche Impflücken, die nicht ungefährlich sind. Um vor allem auf die Notwendigkeit der Polio-Schutzimpfung hinzuweisen, haben sich jetzt die AOK, das Gesundheitsamt und die Polio-Selbsthilfegruppe Gelsenkirchen zusammengeschlossen. Eindringlich warnen sie vor den Folgen der tückischen Krankheit.

„Es ist nach wie vor dringend geboten, daß sowohl Kinder als auch Erwachsene an der Schluckimpfung teilnehmen", betonte Dr. Burkhard Übing, Kinderarzt beim Gesundheitsamt, gestern bei einer Pressekonferenz. Die Schluckimpfung koste nichts, tue nicht weh – verhindere aber Schlimmes. „Auch heute kann man sich noch mit Kinderlähmung infizieren", warnt Übing. Die Krankheit grassiert vor allem in Indien, Ägypten, aber auch im ehemaligen Jugoslawien. Dr. Burkhard Übing „Sicher vor einer Infektion können nur die Personen sein, die über einen ausreichenden Impfschutz verfügen."

Ausreichend geschützt sind all diejenigen, die dreimal an einer Schluckimpfung teilgenommen haben, und deren letzte Impfung nicht länger als zehn Jahre zurückliegt. Zur Auffrischung des Impfschutzes genügt die einmalige Teilnahme an einer Schluckimpfung, um dann für die nächsten zehn Jahre wieder geschützt zu sein. Wichtig ist, so Übing, daß alle Mitglieder einer Familie oder Wohngemeinschaft sich gleichzeitig impfen lassen beziehungsweise alle über einen ausreichenden Impfschutz verfügen. Auch Menschen, die bereits an Polio erkrankt sind, sollten die Impftermine nicht verpassen.

In Zweifelsfällen helfen die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes bei den Impfterminen – der erste Durchgang der Polio-Impfung beginnt am 26. November im Rathaus Buer (siehe Kasten), ein zweiter Durchgang ist für Anfang Januar geplant. Nähere Auskünfte über die Krankheit erteilt auch Günter Jestremski, Vorsitzender der Gelsenkirchener Polio-Selbsthilfegruppe. Jestremski ist unter ☎ 87 1498 zu erreichen.

Werben für die Schluckimpfung (v.l.): Dr. Burkhard Übing, Kinderarzt beim Gesundheitsamt, Günter Jestremski, Vorsitzender der Gelsenkirchener Polio-Selbsthilfegruppe, und AOK-Regionaldirektor Ulrich Neumann. Foto: Björn Kanka

Termine für die Schluckimpfung

BUER. (hw) Zur kostenlosen Polio-Schluckimpfung des Gesundheitsamtes eingeladen sind sowohl Kinder als auch Erwachsene, bei denen eine Grundimmunisierung oder eine Auffrischung erforderlich ist.

Der erste Durchgang der Polioimpfung beginnt am Samstag, 26. November, 10 bis 12 Uhr und 14 bis 16 Uhr, im Rathaus Buer und im Gesundheitsamt Gelsenkirchen, Kurt-Schumacher-Straße 4. Zweiter Termin ist Montag, 28. November, 14 bis 16 Uhr, in der Sonderschule Turfstraße in Horst und in der Grundschule Hohenfriedberger Straße 2 in Ückendorf. Weiter geht's am Dienstag, 29. November, 14 bis 16 Uhr, in der Hauptschule am Eppmannsweg 34 in Hassel und in der Grundschule Lenaustraße 5 in Bismarck sowie am Mittwoch, 30. November, erneut im Gesundheitsamt und in der Grundschulen Schonnebecker Straße 32 in Rotthausen und Schulstraße 19 in Erle. Am Donnerstag, 1. Dezember, 14 bis 16 Uhr, machen die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes in der Grundschule Lange Straße 2 und im Rathaus Buer Station. am Freutag, 2. Dezember, 14 bis 16 Uhr, sind sie schließlich in der Grundschule Im Brömm 6 in Scholven zu Gast.

L-Carnitin bei Poliomyelitis-Spätfolgen

Dr. med. Thomas Chr. Lehmann-Buri, Abt. für Langzeitbeatmete und PoliomyelitikerInnen, Krankenheim Bern-Wittigkofen, CH - 3000 Bern 15

Carnitin - "aus dem Fleisch (lat.: caro, carnis)" - ist schon sehr lange bekannt und wurde früher fälschlicherweise als Vitamin (BT) angesehen. Es kann aber im Körper des Menschen (und der Tiere) - aus den Aminosäuren Lysin und Methionin und mit Hilfe von Vitamin B6, Vitamin C, Niacin, Pantothensäure und Eisen in der Niere und Leber aufgebaut und vor allem in Geweben mit hohem Fettumsatz wie Skelettmuskulatur, Herzmuskulatur und Leber - gespeichert werden. Carnitin ist vermehrt in Schaf-, Lamm- und Kaninchenfleisch oder Kaninchenleber, in Mutter-/Frauen- und Kuhmilch und in Hefe vorhanden.

Carnitinvergiftungen gibt es nicht; das überschüssige Carnitin wird durch die Niere ausgeschieden. D-carnitin hemmt die Wirkung von L-Carnitin. L-Acetyl-Carnitin wird eine Verbesserung einer Wiederbenervung zugeschrieben.

Dank L-Carnitin ist es möglich, daß Stoffwechselprozesse (ß-Oxidation der freien Fettsäuren, Glycolyse) und Enzymwirkungen (Pyruvatdehydrogenase, Coezym A(CoA), AdenylatTranslokase) optimiert werden und durch verbesserten Transport von Fettsäuren (ggf. aus diesbezüglich überladenen Zellen) in die "Energiefabriken" der Zellen (Mitochondrien) diese besser versorgt werden. Der Stoffwechsel von Sauerstoff, Fett und Traubenzucker - grundsätzlicher Vorgang bei allen Lebensaktivitäten, insbesondere der Muskelaktivität - wird somit verbessert, und ein (z.B. Muskel-) Eiweißabbau für die Energiegewinnung kann vermieden werden.

Bei Gewebeübersäuerung (z.B. Lactat/Milchsäure) oder Sauerstoffentsättigung (z.B. bei Atemfunktionsstörung, Durchblutungsstungsstörung) kommt es zu einem Konzentrationsabfall des L-Carnitins in Blut, Gewebe und Zellen. Dann/daneben bewirkt ein Anstieg der Fettsäuren- und Milchsäurenkonzentration eine (weitere) Hemmung der Enzymwirkung und bei folgenden (Zell-) Membransschädigungen und ATP (Energie-) mangel den Zelltod.

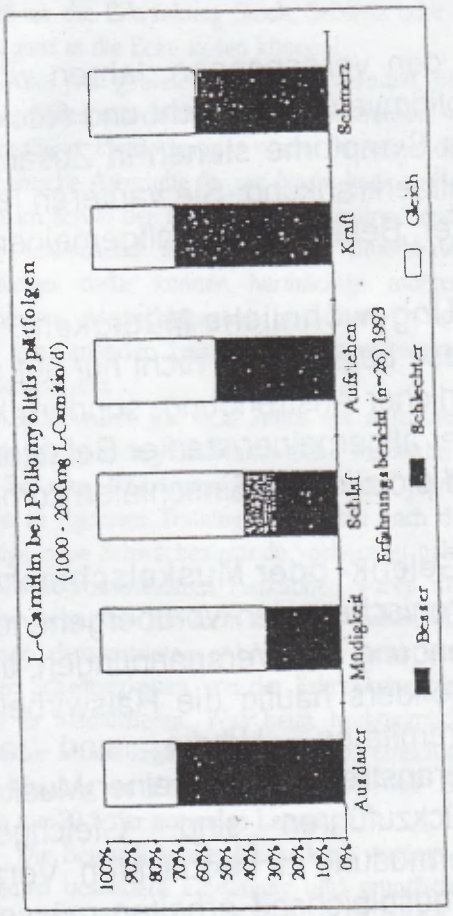
L-Carnitin spielt angeblich auch eine Rolle im Cortison- und Endorphin-Stoffwechsel und bezüglich immunulogischer Aspekte. Die Anwendung von L-Carnitin (z.B. Biocam^{R} Medice D-Iserlohn, Carnitene^{R} sigmatau Schwewiz/Italien u.a.m.) finden wir sinnvoll mit/bei folgenden Überlegungen:

Der gelähmte oder geschwächte Poliomyelitiker hat im Zusammenhang mit den unmittelbaren Folgen und auch den Spätfolgen eine geschwundene und schwindende Muskulatur. Diese Muskulatur bildet somit einen kleineren Speicher an Carnitin, das zur Verfügung steht. Andererseits ist bekannt, daß bei langandauernder (Über-) Belastung der Muskulatur - sowohl der verminderten als auch der äußerlich nicht verminderten, aber überlasteten - es zu einer örtlichen Verarmung an Carnitin kommt und somit die obenerwähnten (Fettsäure-, Traubenzucker-, Sauerstoff-, Energie-) Stoffwechselvorgänge, welche für ein Wirken der Muskulatur und anderer Strukturen nötig sind, gestört sind. Carnitin-Mangelkrankheiten zeigen ähnliche Erscheinungen wie die Poliomyelitisspätfolgen, doch ausgeprägter. Inwieweit ein effektiver resp. funktioneller (L)Carnitin-Mangel bei Spätfolgenbetroffenen besteht, wurde meines Wissens noch nicht nachgewiesen.

L-Carnitin-Studien werden meist bei Hochleistungssportlern und Herzkranken gemacht. Wir halten Poliomyelitiker auch als Hochleistungssportler (muskuläre (Über-)Belastung), als auch für Risikoträger für Herz-Kreislaufprobleme (Streß, Atemfunktionsstörungen und deren Folgen)

Wirkung von L-Carnitin (Carnitene^{R} sigmatau (Schweizer Betroffene)/Biocam^{R} Iserlohn (Deutsche Betroffene) 1992/1993 (Dosierung: 1000 mg - 2000 mg täglich; unter höherer Dosierung Durchfall oder Nervosität/Hyperaktivität gemeldet.

Wirkung von l-Carnitin bei 26 Patienten mit Polio-Spätfolgen



	Besser	Schlechter	Gleich	Weiß nicht
Ausdauer	17	0	7	2
Müdigkeit	6	0	13	7
Schlaf	6	3	14	3
Aufstehen	12	0	12	2
Kraft	16	0	8	2
Schmerz	13	0	10	3

Verbesserungen bei Betroffenen mit Poliomyelitisspätfolgen nach Einnahme von 1000-2000mg/d L-Carnitin (Carnitine^{R} sigmatau (CH) / Biocam^{R} (D)

a) der Ausdauer in 70 %
b) der Müdigkeit in 28 %
c) des Schlafes in 27 %
(Verschlechterung in 14 % wegen Überaktivität)
d) der Kraft in 67 %
f) der Schmerzen in 57 %

Literatur beim Verfasser

Wer sind wir ?

Ein Selbsthilfeverein für Personen, die an den Folgen einer Spinalen Kinderlähmung (Poliomyelitis) leiden

Spätfolgen-Symptome (Post-Polio-Syndrom) und ihre Auswirkungen:

In den vergangenen Jahren wurden in den USA die Spätwirkungen nach Poliomyelitis erforscht und Rückschlüsse daraus gezogen. Die hier genannten Symptome stehen in Zusammenhang mit einer früher durchgemachten Polioerkrankung. Sie variieren je nach Schwere der ursprünglichen Infektion, Alter, Belastung und allgemeiner Konstitution. Vier Kategorien sind bekannt:

1. Ungewöhnliche Müdigkeit

Diese bezieht sich nicht nur auf stark beanspruchte Muskelpartien nach körperlicher Anstrengung, sondern kann auch anfallsweise bei nervlichen Streß oder allgemeiner starker Belastung auftreten. Es kann zu geistigen Ausfällen und plötzlichem Einschlafen kommen.

2. Gelenk- oder Muskelschmerzen

Chronische oder vorübergehende Muskelschmerzen rühren von Überanstrengung und Verspannungen, treten aber auch spontan auf. Betroffen sind besonders häufig die Halswirbelsäule und das untere Rückgrat sowie die Extremitäten. Häufig sind auch sekundäre Schmerzen, die auf Überanstrengung einzelner Muskelpartien oder auf Verformung der Gelenke zurückzuführen sind. Gleichgewichtsstörungen sind vor allem bei Übermüdung zu beobachten. Vorzeitige Osteoarthritis tritt bei Gelenken auf, die ausgleichend arbeiten müssen. Es wird auch von nicht lokalisierbarem "grippeähnlichem" Schmerzgefühl im ganzen Körper berichtet.

3. Zunehmende Muskelschwäche

Die Muskeln, die sich von der ursprünglichen Lähmung im Anfangsstadium gut erholt haben und die seitdem "normal" beansprucht wurden, sind am stärksten von Spätfolgen betroffen. Zunehmende Schwäche und Schmerzen zeigen die Veränderungen an. Aber auch die Körperregionen, die scheinbar keine Ausfälle hatten, erweisen sich nach Jahrzehnten als eingeschränkt funktionsfähig und werden zusehends schwächer.

4. Atembeschwerden

Schwierigkeiten beim Atmen werden oft nicht als Folge der früheren Erkrankung erkannt. Die Brustmuskulatur verliert - genau wie andere Muskelpartien - an Leistungsfähigkeit, so daß der Brustkorb nicht immer genügend gedehnt werden kann. Die Folge ist ein geringeres Lungenaufnahmevolumen, was zu Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und allgemeiner Abgeschlagenheit führen kann. In extremen Fällen treten Atemstillstände während des Schlafes auf.

POLIO-SPÄTFOLGEN - welche Gymnastik?

Allgemeinrezepte kann es nicht geben

Möglichst erhalten, was an Funktionen und Kraft vorhanden ist - darauf muß die Physiotherapie bei Personen mit chronischen und sekundären Schäden infolge einer früheren Polioerkrankung konzentriert sein. Training zur Verbesserung der Ausdauer ist außerordentlich wichtig. Dagegen kann Training zur Kraftsteigerung, gar wenn es forciert wird, mehr schaden als nützen und sollte daher unbedingt fachärztlich überwacht werden.

Schmerzen an Wirbelsäule, Gelenken, Sehnenansatzpunkten und in Muskeln, verursacht vor allem durch die Auswirkungen veränderter Statik und lange bestehender Fehlhaltungen und Fehlbelastungen, sind meist der Anlaß, den Arzt wieder aufzusuchen. Aber auch ungewöhnliche Müdigkeitsattacken und rasche Erschöpfung bei körperlichem und seelischem Streß sowie unvermutet auftretende neue Muskelschwächen kristallisieren sich Jahrzehnte nach der Erkrankung mit oder ohne erkennbare Lähmungsfolgen als Anzeichen für das sog. Post-Polio-Syndrom (PPS) heraus.

Wenn Spätfolgen der Infektionskrankheit "spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis)" dem angesprochenen Arzt bekannt sind und nach sorgfältiger Abklärung andere Krankheitsursachen nicht vorliegen, wird er als erstes raten, langsamer zu treten und tagsüber öfter kurze Pausen zu machen. Als nächstes müssen Reizzustände am Bewegungsapparat behandelt und eventuell Hilfsmittel zur Entlastung in Anspruch genommen werden. Sofort eine Kur zu verordnen hat nur Sinn, wenn in der betreffenden Klinik Erfahrungen mit PPS-Patienten vorliegen oder man dort auf medizinischer Seite bereit ist, sich mit der (meist englischen) Fachliteratur über Spätfolgen der Polio ernsthaft zu befassen. Daran mangelt es im deutschen Sprachraum sehr. Und in der Medizinerausbildung und an Krankengymnastikschulen wird kaum oder überhaupt nicht von einem Krankheitsbild Notiz genommen, das allein in Deutschland auf weit über zehntausend Personen in Altersgruppen von Mitte Dreißig aufwärts zutreffen dürfte. Erst die 1961 begonnene Schutzimpfung machten den Massenerkrankungen ein Ende.

Vorbeugen durch regelmäßige ambulante Physiotherapie mit gezieltem passivem und aktivem Durchbewegen von Muskulatur und Gelenken, dazu jährlich ein 3 - 4 wöchiger Aufenthalt in einer Reha-Einrichtung wäre, so Dr. Thomas Lehmann (Bern), die wirksamste Behandlung. Sie wurde bei vielen bereits versäumt. Das zeigt ein Vergleich zwischen dem Gros der jetzt von Spätfolgen geplagten und einer Gruppe Polios, die unter erfahrener fachärztlicher Kontrolle ihre körperlichen Probleme über Jahre sorgfältig wahrnahmen und lösen ließen. Nur wenige erfuhren entscheidende Arbeits-, Freizeit- und Gesundheitseinbußen.

"Nicht trotz, sondern mit der Behinderung leben" - dieses Motto von Sunny Roller am Klinikum Ann Arbor (Michigan, USA), die jetzt ganz auf den Rollstuhl angewiesen ist, erleichtert die unumgängliche Anpassung der Lebensweise von Menschen mit Polio-Spätfolgen ungemein. Das bedeutet: Das Tagesprogramm gut planen, immer wieder Ruhepausen einlegen, Hast vermeiden, körperliche Leistungsgrenzen *rechtzeitig* respektieren, in aufregenden Situationen möglichst innere Ruhe bewahren. Die von Natur aus leistungsorientierten und gerne spontan handelnden Polios wehren sich anfangs dagegen, wollen sich nicht in ein Aktivitäten-"Korsett" zwingen lassen. Auf Vorschläge, Hilfsmittel zu benutzen, reagieren sie meist reserviert. Hatte man doch nach oft jahrelanger Plackerei im Anschluß an die Erkrankung Stock, Schiene oder Rollstuhl vielleicht ganz in die Ecke stellen können!

Aber jetzt gebietet einfach die Vernunft, sich je nach Lage des Falles mit orthopädischen Hilfsmitteln, vor allem aber regelmäßiger Physiotherapie wieder anzufreunden. Auch eine mechanische Atemhilfe für die Nacht kann notwendig werden, wenn im Schlaf der Gasaustausch unzureichend ist und es zu einer schleichend fortschreitenden Unterbeatmung kommt. Anzeichen dafür können hartnäckige morgendliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit trotz ausreichender Nachtruhezeit, zunehmender Leistungsabfall und unerklärlicher Bluthochdruck sein.

Sport wurde für viele Polios ein nützliches Hobby. Nur wurde oft zu wenig bedacht, welche Maßstäbe anzulegen seien. So mag Überanstrengung in jenen Jahren, womöglich schon zu rigoroses Training unmittelbar nach der Erkrankung, heutige neue Schwächezustände vorbereitet haben. Ihrer Defizite in neuromuskulären Funktionen waren sich die meisten Polios vermutlich gar nicht bewußt, wollten überdies Leistenkönnen demonstrieren. Aber auch Ärzte und Therapeuten hatten Schwierigkeiten, von der Erkrankung geschwächte Muskeln zu identifizieren. Was beim herkömmlichen manuellen Test der Muskelkraft normal erschien, erreichte bei quantitativer Messung im Forschungslabor u.U. nur 50 %, manchmal auch nur 20 % der normalen Leistung.

Die Beurteilung der Muskelkraft verlangt vom Physiotherapeuten besondere Einfühlung und gründliches Beobachten. Aufgrund ihrer Erfahrungen schlägt M. Weiss (Canton, Ohio) den *manuellen* Kraft- und Ausdauertest vor, der an einem bestimmten Muskel drei- bis viermal hintereinander vorzunehmen ist. Der erste *und* der letzte Wert sind entsprechend der Skala 1 - 5 (nach Kendall) zu protokollieren. Geräte zur Leistungsmessung führen infolge unwillkürlichen Einsatzes von Kompensationsmuskeln durch den Probanden leicht zu Fehlmessungen.

Die z.B. für die Sportmedizin gültigen Leistungsgrade 1 - 5 können für Polios *nicht* herangezogen werden. (Stufe 1 entspräche 10 %, Stufe 2 ca. 25 %, Stufe 3 etwa 50 % einer normalen Muskelleistung, was bedeutete, daß der Proband zum Ausführen einer Bewegung das Gewicht des betreffenden Körperteils gegen die Schwerkraft überwindet.) Aber bei Poliopatienten funktioniert, wie Dr. Beasely 1961 ermittelte, in einem Muskel der 3. Leistungsstufe nur 9,1 %, in der 2. Stufe durchschnittlich 2,5 % und in der Stufe 1 nur 1 % der Muskelfasern. In Stufe 4 sind es 42,5 %, in Stufe 5 nicht, wie erwartet, 100 %, sondern zwischen 53,5 % und 100 %.

Schwimmen erwies sich auch jetzt als hilfreiche Bewegungsart, sofern die Arme kräftig genug sind. Es ist zwei- bis dreimal pro Woche für jeweils 20 bis 30 Minuten in Rücken-

und Seitenlage, mit Kraulen und Gehen im Schwimmbecken bei Temperaturen nicht unter 28 ^{0} C und nicht über 33 - 34 ^{0} C angebracht. Der Nebeneffekt, Stärkung von Herz- und Kreislauffunktionen, ist so besser als z.B. mit Jogging oder einem Heimtrainer (falls dafür die Beinmuskulatur überhaupt kräftig genug ist) zu erreichen. Vom Üben mit Maschinen ähnlich jenen in Fitness-Studios raten Polio-Therapeuten meist ab, weil die unterschiedliche Leistungssituation der Muskeln eines Polio-Patienten nicht berücksichtigt werden kann. Schwache Muskelgruppen werden leicht überfordert und so zusätzlich geschwächt.

Zur Unterstützung der Herz- und Lungentätigkeit sind selbst bei den jetzt vorhandenen Einschränkungen modifizierte Aerobic-Übungen möglich, wenn die Rumpfmuskulatur ausreichend funktionsfähig ist. Zuvor ist jedoch zu klären, ob Arm- und Beinmuskeln 20 Minuten Aktivität ohne Leistungsabfall und Ermüdung vertragen und nicht mit Muskelkater reagieren. Hier haben sich Intervallprogramme bewährt - d.h. nach 2 - 3 Minuten Üben folgt jeweils eine Pause von 1 Minute. Allgemein gilt: Üben bzw. Aktivität bis zu 50 % der größten individuellen Leistungskapazität darf nicht ermüden und keine Schmerzen verursachen, weder an Gelenken noch an Muskeln. Ziel: Der Betreffende soll sich, ohne außer Atem zu geraten, um einiges über den fürs Alltägliche erforderlichen Grad hinaus anstrengen können.

Was der eine ohne weiteres bewältigt und seine Ausdauer steigert, kann jedoch den anderen völlig überfordern. Dessen Pensum mag schon mit den alltäglichen Prozeduren der Toilette am Morgen und Abend, An- und Auskleiden und notwendigen Verrichtungen tagsüber erfüllt sein. Ihm könnte z.B. mehrmaliges Anspannen aller verfügbarer Muskulatur und ausgiebiges Recken im Bett vor dem Aufstehen mit der Zeit etwas Kräftigung verschaffen. Auch läßt sich die Badewanne recht gut als "Übungszentrum" benutzen, besonders dann, wenn ein an die Wasserleitung anschließbarer hydraulischer Lifter vorhanden ist. Leichte Widerstandsübungen sind z.B. durch Anhängen eines bei Kindern häufig gebrauchten Schwimmflügels mit geringer Luftfüllung an Fuß- oder Handgelenk möglich.

Kräftigungsübungen im Trockenen mit leichtem Widerstand müssen nach Prof. Jacquelin Perry (Los Angeles) stets *unterhalb* der größten Muskelleistungskapazität bleiben. Erreicht diese nur Stufe 3 oder weniger, sind sie nicht angebracht. Falls undurchführbar, soll zur besseren Durchblutung des Muskelgewebes mit kurzem kräftigen Anspannen (60 bis 70 % der Leistungskapazität) mit bis zu fünf Wiederholungen begonnen werden. Sobald das Üben leichter geht, steigert man auf zehn Wiederholungen, gibt später noch etwas mehr Widerstand. Dies erfordert Geduld, Beständigkeit und sorgfältiges Beobachten der Muskel- und Gelenkreaktionen seitens des Patienten *und* des Therapeuten.

Drei Regeln sind unbedingt zu beachten: Hat der Patient das Gefühl, das Üben tue ihm gut - fortsetzen. Fühlt er sich schlechter - auf die Hälfte reduzieren. Fühlt er sich auch dann noch schlecht - aufhören, sich etwas anderes überlegen. Perry und Mitarbeiter machten die Erfahrung, daß dieses Programm 40 % der Patienten zu mehr Ausdauer bzw. Kraftgewinn um 1/2 Grad verhalf. Bei 30 % gab es keine Veränderung, bei weiteren 30 % sogar eine Verschlechterung. Diese Gruppe beanspruchte die Muskulatur schon durch die Alltagsaktivitäten bis zum äußersten.

Auf Anhieb vermag der Arzt oder Therapeut nicht zu sagen, ob Muskelschwäche und rasche Ermüdung auf Unter- oder Überforderung zurückzuführen ist, ob muskuläre oder chronische, generelle Müdigkeit vorliegt. Das Dilemma bei Personen mit alter Polio ist der unsymmetrische Befall der großen Motoneuronen in den Vorderhörnern des Rückenmarks und im Hirnstamm im Akutstadium der Erkrankung. Die völlige oder teilweise Zerstörung solcher Zentren für die Impulsübertragung an Skelettmuskeln führte zur kompletten oder teilweisen Lähmung der betreffenden Muskelgruppen. Durch Anpassungs- und Kompensationsprozesse kamen dennoch bei zahlreichen Patienten mit dem Training Muskelfunktionen teilweise oder sogar ganz zurück - wenn auch nicht im ursprünglichen Leistungsgrad. Jetzt jedoch ist in Folge solcher Prozesse die Masse und Struktur des Muskelgewebes - hinsichtlich Mengenverhältnis, Ansprechbarkeit und Stoffwechselverhalten der Muskelfasertypen - gegenüber dem Zustand unmittelbar nach der Erkrankung z.T. erheblich verändert.

Deshalb ist vor Beginn einer Übungstherapie langsames, vorsichtiges Herantasten an den realen Zustand so wichtig. Sie sollte durch gezielte und langsame, nie ruckartige Dehnung, vielleicht kombiniert mit gezielter Elektrotherapie, vorbereitet werden. Die Anwendung der "propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation" (PNF) mit sogenannter Komplexbewegung spielt bei Poliopatienten eine wichtige Rolle. Der um 1950 von dem amerikanischen Neurophysiologen H. Kabat entwickelten, inzwischen erheblich modifizierten Methode liegt die Erkenntnis zugrunde, daß jede Bewegung mehrere Komponenten hat und durch sie ganze Bewegungsketten stimuliert werden können. Dabei werden reizaufnehmende Organe und Zellen in der Skelettmuskulatur, in Muskelsehnen und Gelenkkapseln ("Propriorezeptoren") eingeschaltet. Auf diesem Wege lassen sich paretische (teilgelähmte) Muskelketten aktivieren. Ursprünglich "für Gelähmte" entwickelt, wurden z.B. 1992 einige amerikanische Olympiasportler wegen überanstrengter, geschwächter Muskeln und Gelenke mit dieser Methode erfolgreich behandelt.

Gertrud Weiss, Rosenheim

(Literaturangaben bei der Verfasserin)

Späte Folgen einer Kinderlähmung

„Herzlichen Dank für die interessanten und wichtigen Unterlagen, die ich gestern meinem Hausarzt mitgegeben habe. Dieser hatte noch nie von Spätfolgen der Kinderlähmung gehört und war sehr aufgeschlossen. Hoffentlich kann er mir eines Tages helfen, denn meine Schmerzen sind schier unerträglich."

Nach der akuten Erkrankung an Poliomyelitis (spinale Kinderlähmung) 1949 im Alter von 23 Jahren benötigte die zunächst völlig gelähmte und sogar auf die Eiserne Lunge angewiesene junge Frau zwei Jahre, bis sie wieder ein paar Schritte machen konnte. Geduldig mühte sie sich um weitere Verbesserung der Muskelfunktionen. Aber die Beine blieben sehr schwach und dünn, die Bauch- und Rückenmuskulatur beeinträchtigt. Weil sie später beim Sitzen immer häufiger nach vorne kippte, mußte sie vor 13 Jahren ihren Beruf als Malerin aufgeben. „Psychisch bin ich mit meiner Behinderung gut fertig geworden", schreibt sie, „Dies nicht zuletzt dank der Hilfe meines lieben Mannes."

Massenimpfungen seit Beginn der 60iger Jahre beendeten in den Industrieländern die Polioepidemien, die auf dem Höhepunkt im Jahre 1952 in Deutschland zu über 40000, in den USA zu über 52000 Erkrankungen führten. In der Dritten Welt – Südamerika ausgenommen – ist Polio noch immer nicht besiegt, kann somit eingeschleppt werden. Und infolge der Impfverweigerung ein paar kleiner religiöser Gruppen in Europa und Nordamerika flackert sie dort ab und zu auf.

Die große Mehrzahl der Opfer hat die Erkrankung nicht in so krasser Form erlebt. Aber selbst wenn sie mit geringen oder gar keinen Lähmungsfolgen überstanden wurde, können sich jetzt beunruhigende Symptome einstellen: Ungewöhnliche Müdigkeit mit raschem Nachlassen der Muskelkraft bei körperlicher Anstrengung und emotionalem Streß, Muskelschwäche und neue Atrophien (Muskelschwund), Schlaf-, Atmungs- und Schluckprobleme, Bewegungs- und Funktionseinbußen, Störungen im vegetativen Nervensystem, Schmerzen.

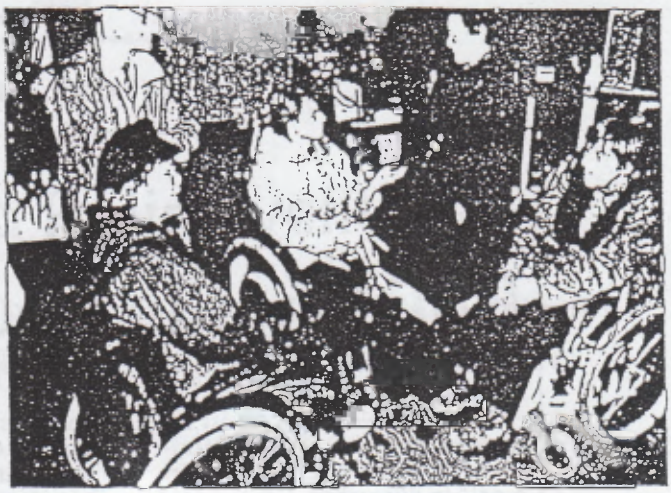
Letztere machen sich an Wirbelsäule und Gelenken, Sehnenansätzen und in Muskeln bemerkbar – einmal als Folge chronischer Fehl- oder Überbelastung, zum andern wegen lange bestehender Stoffwechselstörungen und strukturellen Veränderungen von Muskelfasern mit Entzündung und Ödembildung. Die Beschwerden sind altersunabhängig. Sie zeigen sich bei ca. 25% der Personen, die in der Akutphase gelähmt waren. Die Jüngsten stehen in den Dreißigern.

Ersatzversorgung bricht zusammen

Motoneurone („Kraftzentren") im Vorderhorn des Rückenmarks, die die Skelettmuskulatur innervieren, versorgten, sofern ihnen die Virusinfektion nicht oder nur geringfügig geschadet hatte, in der Folgezeit Muskelfasern mit, deren benachbartes Kraftzentrum ausgefallen war. Neue Nervenfasern sproßten aus und stellten die Verbindung zu den „verwaisten" Muskelfasern z. T. wieder her. So entstanden stark vergrößerte motorische Einheiten, die aber jetzt den Stoffwechselbedarf nicht mehr bewältigen und immer häufiger ausfallen.

Seit etwa 15 Jahren wird, vor allem in den USA, über Polio-Spätprobleme geforscht. Einige der Resultate: Für die Betroffenen ist jetzt, im Gegensatz zur ersten Zeit nach der Erkrankung, Krafttraining nicht mehr angezeigt, sondern Schwimmen, leichte Massagen, individuelle Krankengymnastik zur Erhaltung der Kraft und zur Schmerzlinderung. Angebracht sind mehrmals täglich kurze Ruhepausen, Gewichtsreduzierung, Vollwertkost, viel Obst und Gemüse, Vitamin-B-Komplex (insbes. B 12). Rauchen und Alkoholkonsum, Psychopharmaka, starke Schmerzmittel und Betablocker können poliobedingte Muskelschwächen verstärken und die Atmung beeinträchtigen. Die Aufwachphase nach Operationen erfordert besondere Überwachung, Muskelrelaxantien sollten vermieden werden. Häufig sind jetzt Gehhilfen und andere Hilfsmittel angebracht, auch wenn es zunächst Überwindung kostet.

Ausführlich wurden auf den internationalen Kongressen der Pfennigparade e. V. (München) 1988 und 1992 über Polio-Spätfolgen die möglichen Atemfunktionsstörungen behandelt.



Erfahrungsaustausch unter Polio-Betroffenen auf dem Kongreß 1992 der Pfennigparade e. V. über die Spätfolgen (Aufnahme: Pfennigparade)

Da sie anfangs nur nachts auftreten, werden für Abgeschlagenheit, morgendliche Kopfschmerzen, verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, auch z. B. Bluthochdruck, meist andere Ursachen vermutet und erst dann mit Atemschwäche in Zusammenhang gebracht, wenn sich diese tagsüber manifestiert. Dann aber ist die Atemmuskulatur kaum mehr zu kräftigen, mechanische Atemhilfen werden erforderlich. Durch schleichende Unterbeatmung entstandene Sekundärerkrankungen sind chronisch geworden. Deshalb ist für Polio-Betroffene eine frühzeitige stationäre Überprüfung von Atmung und Blutgaswerten in einer Spezialklinik sehr wichtig.

Kontaktadresse:
Gertrud Weiss
Ebersberger Str. 33
83022 Rosenheim
Tel. 08031/85249

Weitere Informationen:
Bundesverband Polio e. V.

Edeltraud Hendrich
Iharstr. 27
35392 Giessen

Tel. 0641 / 23433

oder bei der örtlichen A O K Geschäftsstelle

Freie Presse 26.09.1994 Chemnitz

Polio heute noch gefährlich

Tagung des Polioverbandes macht auf Risiken und Prävention aufmerksam

WIESENBAD (STh). Es ist ein schöner Anblick – die modernisierte Rehabilitationsklinik „Miri quidi" in Wiesenbad. Der bundesdeutsche Polioverband eV hat diese Klinik für sich entdeckt. Am Samstag wurde hier eine Tagung abgehalten, die sich sowohl an Betroffene der Polio wandte als auch an Ärzte und Orthopädieschuhmacher. Daß sich der Verband ausgerechnet die Klinik im Erzgebirge ausgesucht hat, ist kein Zufall. „Wir sind das einzige Zentrum in der gesamten Bundesrepublik, das auf über 35 Jahre Erfahrung zurückgreifen kann", ist von Chefarzt Dr. Buschbeck zu erfahren.

Eigentlich war die Tagung für die Selbsthilfegruppe Oberes Erzgebirge eV gedacht. Angereist waren 90 Menschen, unter anderem aus Hannover, Leipzig oder Bad Steben, die an den Spätfolgen der spinalen Kinderlähmung leiden. Das verhältnismäßig große Interesse der Patienten zeigt einen enormen Nachholebedarf an Information. Das kann Dr. Claus-Peter Kos vom Bundesverband Polio bestätigen: „Viele Ärzte haben Polio abgehakt. Aber es ist Quatsch, daß diese Krankheit nicht mehr vorkommt."

Fast alle, die im Polioverband organisiert sind, haben die Krankheit durchlitten und wissen, wovon sie reden. Das erste Anliegen ihrer Arbeit ist die Aufklärung, und zwar sowohl in der Bevölkerung als auch unter den Medizinern. Leider kam keiner der eingeladenen Ärzte.

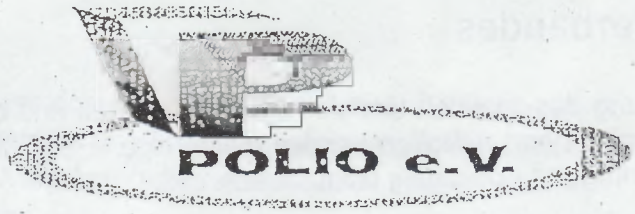
Besonders wichtig sei es, so Dr. Kos, darauf aufmerksam zu machen, daß es nach wie vor Fälle von Polio gibt, auch bei erwachsenen Menschen. Dr. Buschbeck erinnert daran, daß eine vorbeugende Impfung ausreichend Schutz gewähren kann. „Dieser Schutz hält sicher für etwa 15 Jahre. Danach muß wieder geimpft werden." Um eine Infektion zu verhindern, sollte sich also auch ein Erwachsener regelmäßig impfen lassen. Das gilt besonders bei Auslandsreisen. Polio-Krisengebiete sind der asiatische und der afrikanische Kontinent.

In Deutschland ist man nicht vor dieser Krankheit gefeit. „Man muß darauf achten, daß der Durchimpfungsgrad der Bevölkerung hoch genug ist. Bei einem Anteil von 30 Prozent Nicht-Geimpften kann in dieser Gruppe eine Epidemie auftreten", warnt der Chefarzt.

Wer diesen Infekt einmal überlebt hat, ist immun. Allerdings ist das nur ein schwacher Trost, denn viele haben mit Spätschäden zu kämpfen. Es ist ein weiteres Anliegen des Verbandes, über diese Schäden aufzuklären. Dr. Kos: „Viele Kranke neigen dazu, sich zu überfordern. Es ist dringend erforderlich, seine Grenzen zu erkennen und die tunlichst zu unterschreiten. Wer sich dauernd überansprucht, landet im Rollstuhl." So strebt der Verband neue Formen der Behandlung an. Krankengymnastik zum Muskelaufbau sollte mit Vorsicht angewendet werden. Die unbedingte Schonung der Kranken treffe aber oft auf sozialen Widerstand. Auch die Krankenkassen, die am Samstag einige Vertreter geschickt hatten, müßten hier noch dazulernen. „Das Problem ist, daß die Leute nicht mehr fünf oder zehn Jahre alt sind, wenn die Schäden auftreten. Dann wird viel aufs Alter geschoben, obwohl die Polio daran schuld ist", sagt Dr. Kos.

Die Tagung am Samstag war in erster Linie ein Erfahrungsaustausch. Es wurde damit begonnen, ein Adressenverzeichnis von Ärzten, Mechanikern, Physiotherapeuten und Schuhmachern zu erstellen. Für Betroffene und deren Angehörige ist es wichtig, einen Anlaufpunkt zu haben. In Absprache mit der Leitung der Klinik soll im Rehazentrum „Miri quidi" ein Infozentrum für Polio und Bechterew (Entzündung der Wirbelsäule) entstehen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf den Aufbau einer Fachbibliothek gelegt.

Wer die Arbeit des Polioverbandes Oberes Erzgebirges unterstützen will: Kontonummer 33093123 bei der Kreissparkasse in Annaberg, Bankleitzahl 87055952.



Bundesverband Poliomyelitis e. V.

Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen
Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV)

Aufgaben und Ziele

Ausgangslage

Über 100 000 Menschen in Deutschland leiden an den Folgen von Poliomyelitis (der sogenannten Kinderlähmung), einer heimtückischen Krankheit, die seit Einführung der Schluckimpfung in den neuen Bundesländern seit 1958 und in den Altbundesländern seit Anfang der 60er Jahre als überwunden gilt.
Aber immer mehr wird diese Krankheit eine Importkrankheit. Durch Reisen in andere Länder kommt diese Krankheit wieder zu uns zurück, wenn wir nicht ausreichend geimpft sind.

Völlig unbekannt, vor allem in Deutschland, waren aber bisher die Spätfolgen der Poliomyelitis oder PPS, das Post-Polio-Syndrom. Folgende Symptome sind kennzeichnend für die PPS:

zunehmend ungewöhnliche Müdigkeit

- sowohl bei nervlichem Streß als auch körperlicher Anstrengung

Gelenk- oder Muskelschmerzen

- besonders an der Halswirbelsäule und den Extremitäten.
- bei Übermüdung - Gleichgewichtsstörungen

zunehmende Muskelschwäche

- auch in Körperregionen, die scheinbar bei der Akuterkrankung keine Ausfälle hatten

Atembeschwerden

- bei Belastungen und als Folge dann Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit.

Diese Symptome, kann bisher kaum ein Betroffener oder Arzt einordnen.

Unkenntnis in ärztlicher und krankengymnastischer Praxis erschweren die rechtzeitige Behandlung eines PPS.

Ziel des Verbandes

Unter Einbindung des sozialen Umfeldes, der Arbeitswelt und der Familie soll dem PPS-Betroffenen weitgehend geholfen werden, seine eigene Situation besser einzuschätzen und seinen künftigen Lebensweg umzustellen.

Durch eine vielfältige Öffentlichkeitsarbeit soll die Problematik des PPS aus der Unwissenheit gelöst werden und der/die PPS-Betroffene in die Lage versetzt werden, daß die Problematik der Erkrankung nicht mehr als Hypochondrie oder psychosomatische Erkrankungen abgewertet werden.

Vor allem aber soll unter dem Motto "GEMEINSAM SIND WIR STARK" bundesweit und flächendeckend der Aufbau von Selbsthilfegruppen vor Ort tatkräftig unterstützt und vorangetrieben werden. Es werden Mitgliederadressen gesammelt und an die jeweiligen Regionalgruppen weitergegeben, so daß dort ein Netz von Ärzten und Krankengymnasten für die jeweilige Region zum Tragen kommt.

Ein Informationsnetz für Betroffene, Angehörige und alle medizinischen Amtsstellen soll vorangetrieben und ausgebaut werden, damit unnötige Verunsicherung und Orientierungslosigkeit verhindert werden.

Vorträge, Kurse, Gesprächsgruppen in Zusammenarbeit zwischen den Regionalgruppen und dem Bundesverband sollen die Betroffenen und ihre Angehörigen befähigen und motivieren das Leben mit den Symptomen anzunehmen und zu gestalten.

Ein PPS-Betroffener fühlt sich nur von einem PPS-Betroffenen richtig verstanden, deshalb kann auch nur ein PPS-Erkrankter ein guter Botschafter seiner Erkrankung sein.

Der Weg des Verbandes

Nach Gründung der ersten Regionalgruppe in Augsburg durch Annegret Lamey wuchs die kleine Regionalgruppe bald zu einem Verband, der innerhalb der Republik bekannt wurde. Es folgten weitere Regionalgruppen in Berlin, Hannover, Dresden, Chemnitz, und Magdeburg.

Im Jahre 1993 wurden diese Regionalgruppen zu einem Bundesverband zusammengeschlossen und die Arbeit konnte auf Bundesebene, vor allem im Öffentlichkeitsbereich besser ausgebaut werden.

Die Geschäftsstelle ist der erste Ansprechpartner für alle Betroffenen, sie steht den Betroffenen und ihren Angehörigen mit folgenden Hilfen zur Verfügung:

- Weiterleitung spezieller Post an den jeweiligen medizinischen Beirat
- berät hinsichtlich der Reha-Plätze, verweist auf Therapeuten der jeweiligen Region bzw. verweist an die zuständige Regionalgruppe

Eine Mitgliederzeitung, Erst-Infos, eine medizinische Monographie sowie ständig neue Informationen bezüglich der PPS-Forschung, vor allem in Amerika und in der Schweiz runden das Informationsbild ab.

Hier werden die Namen und Anschriften unseres neu gewählten Vorstandes aufgezeigt, in den nächsten Ausgaben stellen sich alle noch einmal persönlich vor.

Edeltraud Hendrich, Thaerstr. 27, 35392 Gießen, Tel.: 0641/23433
Zuständigkeit: allgem. Aufgaben der 1. Vorsitzenden eines Vereines

Dr. med. Claus-Peter Kos, Berliner Str. 6, 95138 Bad Steben, Tel.: 09288/80265
Zuständigkeit: medizinische Angelegenheiten

Hans Richelshagen, An den Steinen 29, 35797 Lohmar, Tel.: 02246/6804
Zuständigkeit: er verwalte die Finanzen

Bertram Hönicke, Dorfstr. 67, 14789 Viesen, 033832/40367
Zuständigkeit: Ansprechpartner für die Regionalgruppen

Hans-Peter Spindler-Rohloff, Bembergstr. 5, 42103 Wuppertal, Tel.: 0202/448077
Zuständigkeit: Protokollführer /Schriftführer, ebenso für Fachberatung "Feldenkrais"

Ehrenvorsitzende
Gertrud Weiss, Ebersberger Str. 33, 83022 Rosenheim

Die Geschäftsstelle liegt weiterhin in bewährten Händen von:
Inge Paare, Am Mühlenberg 20, 37154 Northeim, Tel.: 05551/64016 - Fax: 05551/1388

Ratgeber

Ende 1993 wurde unser Ratgeber Spätfolgen nach Poliomyelitis für Betroffene und Ärzte von Dr.Rolf Kießig fertig. Dieser Ratgeber ist gegen eine Spende von 5,-- DM in Briefmarken beim Ressort Öffentlichkeitsarbeit erhältlich.

Sollten Sie mehrere Exemplare benötigen, dann wenden Sie sich bitte an:
MEDIMED GmbH
Gröperstraße 14 - 39124 Magdeburg
Telefon 0391-223310 - Fax 0391-2515082
Kosten: 1,80 DM + Mwst.+Porto