

Post-Polio-Syndrom (PPS) – Wissenswertes zu diesem Krankheitsbild

Geschrieben von: Prof. Dr. med. Kai Paschen
am 23.07.2008

Poliomyelitis – vergessen? besiegt? ausgerottet?

Vergessen? Weitgehend leider ja! Besiegt? Ausgerottet? Beileibe nicht! Zwar haben wir die Poliomyelitis durch die großen Impfkampagnen (vor allem in Form der so genannten "Schluckimpfung") in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts so in den Griff bekommen, dass zumindest in West-Europa keine neuen eigenständigen Infektionen mehr entstanden sind. Jedoch traten sporadisch immer wieder vereinzelte Polio¹-Infektionen auf, die durch Urlauber und Migranten eingeschleppt worden sind. In der täglichen Routine sah man in den letzten 3 Jahrzehnten Polio-Infektionen in Praxen und Kliniken fast gar nicht mehr und das klinische Bild der Polio verschwand damit fast völlig aus unserem Blickfeld, die Polio war zur medizinischen Rarität geworden. Damit verschwanden natürlich auch das Wissen darum und die Notwendigkeit, neuere Wissen über diese uralte Infektionskrankheit im Studium, in der Facharztweiterbildung oder in Fortbildungen zu vermitteln oder zu erwerben. Aber die Polio holt uns heute leider in Form der Polio-Spätfolgen und des so genannten Post-Polio-Syndroms (PPS) mehr und mehr wieder ein.

Warum diese späten Folgen nach Poliomyelitis ein dunkler und kaum erforschter Bereich der Medizin blieben, ist bis heute nicht ganz klar. Wenige Erkrankungen sind heute so weit verbreitet in der Welt oder sind ebenso intensiv erforscht wie die Polio. Wegen des rapiden und dramatischen Einsetzens der Symptome, wurde die Poliomyelitis als das klassische Beispiel einer akuten viralen Infektionserkrankung angesehen. Im Ergebnis wurden jedoch die meisten wissenschaftlichen Energien und die meisten Mittel auf die frühe Bewältigung und die Verhütung konzentriert, ohne dass irgendein Forschungsbereich sich mit den Langzeitfolgen oder Spätfolgen beschäftigt hätte. Bis heute wird die paralytische² Form der Polio in medizinischen Lehrbüchern immer noch als eine statische oder stabile neurologische Erkrankung beschrieben. Dies ist, wie man heute weiß, jedoch keinesfalls richtig.

Obgleich wir in den letzten Jahrzehnten viele neue und sehr wertvolle Erkenntnisse über die Ätiologie³ und optimale Behandlung des PPS⁴ gewinnen konnten, gelang es offensichtlich nicht, dieses Wissen auch in Kliniken und Praxen hinreichend bekannt zu machen und zu etablieren. Das Wissen um die Sachverhalte einer qualifizierten Therapie von PPS-Patienten ist bei Ärzten und Physiotherapeuten in der Regel gleich null. Die meisten von ihnen behaupten sogar, so etwas gäbe es überhaupt gar nicht. Es ist deshalb unser Bestreben, Ihnen wichtige Grundlagen zur Diagnostik und Therapie des Post-Polio-Syndroms näher zu bringen.

Um die Ätiologie und Pathophysiologie⁵ des PPS besser verstehen zu können, hier zunächst einige wichtige

pathophysiologische Voraussetzungen:

1. Während der akuten Phase der Polio-Infektion werden durch das neurotrope⁶ Polio-Virus nicht nur, mal mehr mal weniger, motorische Vorderhornzellen im Rückenmark, die so genannten α -Motoneurone, sondern stets auch zahlreiche Motoneurone in diversen Kernen des ZNS⁷ zerstört.
2. Meist treten erst bei Ausfall von etwa 50 % der Nervenzellen der betreffenden Funktionseinheit (Muskeln, Schaltkerne im ZNS, z. B. für die Atmung) klinische Symptome auf.
3. Benachbarte Neurone⁸ übernehmen nach Überstehen der akuten Infektionsphasen in der Regenerationsphase teilweise die Arbeit der zugrunde gegangenen α -Motoneurone. Dadurch wird die funktionelle neuromuskuläre⁹ Einheit enorm vergrößert. D. h., dass ein Motoneuron jetzt ein mehr oder minder großes Vielfaches an Muskel-

¹ Polio = Kurzform von Poliomyelitis (Kinderlähmung)

² paralytisch = mit Lähmungen einhergehend

³ Ätiologie = Ursache bzw. Entstehungsweise einer Erkrankung

⁴ PPS = Abkürzung für das Post-Polio-Syndrom

⁵ Pathophysiologie = Lehre davon, wie der Körper unter krankhaften Veränderungen abweichend funktioniert und welche Funktionsmechanismen zu der krankhaften Veränderung führen

⁶ neurotrop = gezielt Nervenzellen befallend

⁷ ZNS = Abkürzung für das Zentral-Nerven-System (Gehirn)

⁸ Neurone = Nervenzellen

⁹ neuromuskulär = die funktionelle Verbindung eines Muskels mit seinem zugehörigem, ihn versorgenden, Nerv betreffend

fasern zu versorgen hat. Das bedeutet natürlich eine Mehrbelastung für die Nervenzelle. Sehen kann man die Vergrößerung der motorischen Einheiten an so genannten “Riesenpotentialen” im EMG¹⁰.

4. Bei einer akuten Polio-Infektion erleidet etwa nur jeder 1000. eine “paralytische” Polio, jeder 100. eine “aparytische¹¹” (mit Fieber, Nackensteifigkeit, Rückenschmerzen und einem Liquorbefund¹² im Sinne einer Meningitis¹³), jeder 20. eine “symptomatische” (mit unspezifischen Krankheitszeichen, wie Fieber, Übelkeit, Halsschmerzen, Muskel- und Kopfschmerzen), während der Mammutanteil (nämlich rund 95 %) absolut keinerlei Symptome zeigt – also als “asymptomatische” Polio verläuft. Bei **allen** jedoch, gehen, sowohl im Rückenmark als auch im ZNS, grundsätzlich etliche Motoneurone zugrunde!

Auf die akute Infektionsphase folgt dann eine längere Erholungsphase. Während dieser Zeit sprießen von den übrig gebliebenen α -Motoneuronen erneut Dendriten¹⁴ aus, die nun die verwaisten Muskelfasern erreichen und mit Steuerimpulsen versorgen. Dadurch kommt es zu einer mehr oder minder guten Erholung der Muskelkraft. Dieweil es während der akuten Phase der Polio, außer einer optimalen Pflege, keine spezifische Behandlung gab, wurde in der darauf folgende Phase durch eine ausgeprägte, intensive Trainingstherapie oft eine Zunahme der muskulären Stabilität erreicht. Dieses therapeutische Vorgehen der maximal muskelaufbauenden Therapien (nach dem Motto: “üben, üben, üben und nochmals üben...”) war jedoch – wie wir heute wissen – auf die Dauer sehr fatal für die Betroffenen. Dadurch konnte sich nämlich erst das heute bekannte “Post-Polio-Syndrom” entwickeln.

Post-Polio-Syndrom

(Myatrophia spinalis postmyelitica chronica, postpoliomyelitische progressive spinale Muskelatrophie)

Nach drei bis fünf Jahrzehnten (Häufigkeitsgipfel bei 35 J), mindestens jedoch nach 15 Jahren eines stabilen Zustandes der Kraft und der Fähigkeiten, wird dann eine Abnahme von Kraft und Ausdauer beobachtet, die nicht durch andere Ursachen erklärt werden kann. Dabei sind insbesondere in der Akutphase schwer beeinträchtigte und dann gut erholte Muskelgruppen betroffen. Es können aber auch Muskelgruppen betroffen sein, die von der akuten Polio scheinbar gar nicht berührt waren. Das Ausmaß des Fortschreitens der Schwächen wird auf etwa 1 %/ Jahr geschätzt, zuverlässige Daten liegen hierfür aber nicht vor. Rascher fortschreitende Schwächen müssen an andere Erkrankungen denken lassen. Die Patienten bemerken meist, dass die Ausdauer für bestimmte Tätigkeiten nachlässt oder sie Schwierigkeiten haben, die zuvor durchgeführten Tätigkeiten des täglichen Lebens weiterhin zu bewältigen. So kann bei den Patienten das Gehen schwerer werden, oder sie stürzen öfter. Alle bemerken eine längere Erholungsphase nach körperlichen Tätigkeiten. Zum Teil werden auch vermehrt Krämpfe von Muskeln oder Muskelgruppen berichtet. Im Bereich der Muskulatur werden so genannte Faszikulationen beobachtet, die aber keine Bewegung der Extremität mit sich bringen, sie sind begrenzt auf einige Fasern eines Muskels. Die Erkrankung bevorzugt das männliche Geschlecht (m:w=1,5:1) und bevorzugt das 5. Lebensjahrzehnt.

Heute gilt als gesichert, dass das PPS eine eigenständige Zweiterkrankung ist. Es ist davon auszugehen, dass die aparytischen und vor allem auch die abortiven Fälle damals, mangels spezifischer Diagnosemöglichkeiten, überhaupt gar nicht erfasst wurden. Das Risiko für Auftreten von PPS liegt für die paralytischen Fälle bei etwa 70 Prozent, bei den aparytischen bei etwa 40 Prozent und bei den abortiven Fällen etwa bei 20 %. Demzufolge ist in Deutschland nach neueren epidemiologischen Berechnungen gegenwärtig mit einer Häufigkeit von bis zu 1,2 Mio. potentiellen Anwärtern auf ein Post-Polio-Syndrom zu rechnen. Es muss also von einer wesentlich höheren Zahl an PPS-Erkrankungen ausgegangen werden als bisher immer angenommen wurde.

Das PPS ist seit über 100 Jahren bekannt. Die ersten Erklärungsversuche seiner Ursache durch Jean Martin Charcot, einen französischen Neuropathologen, erschienen bereits 1875. Wegen der schweren Epidemien der 40er und 50er Jahre und neuer neurologischer Symptome erst 30 bis 40 Jahre darauf, machten Tausende von Poliobetroffenen nicht vor den späten 70er und frühen 80er Jahren die Bekanntschaft mit neuen Problemen. In dieser Zeit war aber das akut vorhandene klinische Wissen über diese Erkrankung bereits weitgehend verloren gegangen.

¹⁰ EMG = Abkürzung für Elektro-Myo-Gramm. Sozusagen das EKG des Skelettmuskels

¹¹ aparytische = ohne Lähmungen einhergehend

¹² Liquor = Liquor cerebrospinalis = Rückenmarksflüssigkeit

¹³ Meningitis = Hirnhautentzündung

¹⁴ Dendriten = Nervenzellausläufer

Das Post-Polio-Syndrom ist eine neurologische Erkrankung, welche eine ganze Gruppe von Symptomen bei Menschen, die viele Jahre früher eine Poliomyelitis erlitten haben, verursacht. Da diese Symptome die Tendenz haben, zusammen aufzutreten, werden sie als Syndrom bezeichnet.

Der Ausdruck „Post-Polio-Syndrom“ wurde etwa zu dem Zeitpunkt geprägt, als im Mai 1984 die erste Internationale Post-Polio Konferenz in Warm Springs, Georgia, stattfand. In den folgenden Jahren fand dann eine bemerkenswerte Zunahme des Interesses von Forschern und Klinikern an PPS statt, was zu einer präziseren Definition, einem besseren Verständnis von möglichen Ursachen und zur Entwicklung eines effektiveren Managements führte.

Ursachen des PPS

Die Ursachen des PPS sind noch nicht ganz endgültig geklärt. Als wahrscheinlichste Ursache gilt eine Überlastung und Zerstörung verbliebener motorischer Nervenzellen, evtl. ausgelöst durch metabolischen¹⁵ Stress. Schon während der Phase funktioneller Stabilität kann eine fortgesetzte Dysfunktion der Motoneurone festgestellt werden. Wenn dann eine gewisse Schwelle (Zerstörung von mehr als 50-60% der Motoneurone) überschritten ist, kommt es nach herrschender Lehr-Meinung zum Auftreten des Post-Polio-Syndroms durch Dekompensation¹⁶, des seit der akuten Polio bestehenden De- und Reinnervations-Prozesses¹⁷. Da bereits unter normalen Alltagsbedingungen die geschädigten neuralen Strukturen oft an ihrer Belastungsgrenze oder bereits darüber arbeiten, ist die Dekompensation bereits vorprogrammiert und ihr Zeitpunkt, je nach Vorschaden, in erster Linie nur noch abhängig von der Höhe der Belastung.

Das wichtigste aber ist, bei unklarer Symptomatik daran zu denken, dass es sich hier um das Aufflackern einer früher durchgemachten, aber längst verdrängten Erkrankung, handeln kann. Die Wahrscheinlichkeit an einem Post-Polio-Syndrom zu erkranken, korreliert mit einem späten Erkrankungsalter an Kinderlähmung, der Schwere der Symptome damals und der Länge der Rückbildungsphase der initialen¹⁸ Paresen¹⁹.

Symptomatik des PPS

Die Symptome des PPS sind vielgestaltig. Häufige Symptome sind:

- Erneut auftretende Muskelschwächen und -lähmungen – auch in früher scheinbar nicht betroffenen Muskelpartien. Das bedeutet, dass die Polio in diesen Muskeln bei der akuten Erkrankung so mild abgelaufen ist, dass der Betroffene, aber auch das Pflegepersonal und die Ärzte, die Beteiligung dieser Gliedmaßen gar nicht wahrgenommen haben. Doch hat es immerhin so viel Verluste an motorischen Neuronen gegeben, dass nach vielen Jahren der Überlastung sich nun neue Schwächen entwickeln können.
- Einschränkungen in der Ausführung der Dinge des täglichen Lebens, wie Laufen, Treppensteigen, Anziehen, Körperpflege etc., also alles Aktivitäten, die wiederholte Muskelkontraktionen erfordern.
- Verminderte Belastbarkeit hinsichtlich der Muskel-Stärke und Ausdauer. Im Gegensatz zu Patienten mit einem chronischen Müdigkeitssyndrom bessert sich die Ermüdung bei Post-Polio-Patienten nach relativ kurzen Ruhepausen und verhindert in der Regel nicht die Berufsausübung.
- Ungewöhnliche Erschöpfungszustände (unzutreffenderweise oft als Müdigkeit bezeichnet), die nicht immer mit Belastungen erklärt werden können
- Muskel-, Gelenk-, Knochen-Schmerzen
- Muskelkrämpfe und -zuckungen
- ausgeprägte Kälteempfindlichkeit
- Atemstörungen in vielfältiger Ausprägung. Der Patient bemerkt nach Anstrengung oft eine länger andauernde Kurzatmigkeit als früher. Besonders bei Infektionen der Atemwege kann die Funktionsstörung dekompensieren, so dass eine ausgeprägte Kurzatmigkeit schon in Ruhe besteht. Bei leichteren Störungen macht sich die Beeinträchtigung der Atmung oft nur als nächtliche Funktionsstörung in Form von „Schlaf-Apnoe“ bemerkbar. Sehr oft treten die Atemprobleme erstmal während einer Narkose auf.
- Schluck- und Sprechstörungen (bei ca. 30 %). Primär sind hierfür, wie auch bei den Atemproblemen und der Schlaf-Apnoe, zentralnervöse Regulationsstörungen im Gehirn oder Schwächen der zugehörigen Muskulatur verantwortlich.

¹⁵ matabolisch = auf den Stoffwechsel bezogen

¹⁶ Dekompensation = Entgleisung

¹⁷ De- und Reinnervations-Prozess = Prozess des dauernden Ab- und Neuanbaus von Nervenzellen

¹⁸ initialen = anfänglichen

¹⁹ Paresen = Lähmungen

Diagnostik des PPS

Die Diagnosestellung des PPS ist äußerst schwierig. Spezifische Testverfahren, die das Vorliegen eines PPS beweisen oder ausschließen, gibt es nicht. Dazu kommt, dass es manchmal schwierig ist, eine früher durchgemachte Kinderlähmung wirklich eindeutig zu verifizieren. Das PPS ist also eine klinische Diagnose und grundsätzlich eine Ausschlussdiagnose. Das heißt, es erfordert die Notwendigkeit, andere internistische, neurologische, orthopädische und psychiatrische Erkrankungen auszuschließen, die ebenfalls die Symptome erklären könnten.

Wenn man die Diagnose PPS stellen will, sind einige Überlegungen zu berücksichtigen. Erstens sind Symptome wie Schmerzen und Müdigkeit ziemlich allgemein und unspezifisch. Alle möglichen Ursachen auszuschließen, ist deshalb wenig praktikabel und kann mit hohen Kosten verbunden sein. Zweitens können allgemein-medizinische, orthopädische oder neurologische Erkrankungen vorliegen, die sehr ähnliche Symptome verursachen. Auch für den erfahrensten Kliniker kann so die Entscheidung, welche Symptome durch Post-Polio-Syndrom und welche durch andere Störungen verursacht werden, zu einer extremen Herausforderung werden. Grundlage der Diagnose ist in jedem Fall die Schilderung der Beschwerden und eine genaue körperliche Untersuchung durch den Arzt.

Differentialdiagnose²⁰ des PPS

Differentialdiagnostisch müssen Radikulopathien²¹, Arthrosen²², Neuropathien²³ (wie das Karpaltunnelsyndrom), ulnare²⁴ Neuropathien sowie andere Neuropathien, die durch den langjährigen Gebrauch von Gehhilfen, Rollstuhl oder schlechter Körperhaltung oder durch andere neurologische Erkrankungen (MS²⁵, ALS²⁶) entstehen, als Ursachen der erneuten Paresen ausgeschlossen werden. In diesem Rahmen müssen u. U. auch eine Reihe von Zusatzuntersuchungen durchgeführt werden. Hierzu zählen je nach Symptomatik: EMG, Elektroneurographie, Röntgen- und/oder Computertomographie (CT) und/oder Magnetresonanztomographie (MRT) sowie gegebenenfalls Liquoruntersuchungen. Auch elektroneurographische Untersuchungen (NLG, Nervenleitgeschwindigkeitsmessung) können wichtige Hinweise ergeben. Finden sich hier beispielsweise deutliche Hinweise auf eine Schädigung von sensiblen²⁷ Nervenfasern, so ist eine andere Erkrankung als ein PPS anzunehmen und diesbezüglich die Diagnostik zu erweitern, um gezielt behandeln zu können. Durch CT oder MRT können zunehmende Schwächen, z. B. bedingt durch Raumforderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Druck auf Nervenwurzeln ausgeschlossen werden. Eine Atemstörung kann im Schlaflabor abgeklärt werden. Aber auch andere internistische Erkrankungen, wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, Anämien oder eine Herzinsuffizienz sind auszuschließen. Auch an depressive Störungen mit resultierender Schwäche muss gedacht werden. Patienten mit einem Zustand nach Polio können natürlich, genauso wie Gesunde, an einer Depression erkranken. Die Häufigkeit des Auftretens unterscheidet sich zwischen beiden Gruppen aber nicht.

Therapiegrundsätze des PPS

Eine kausale Therapie ist bis heute nicht bekannt. Eine spezifische, insbesondere medikamentöse Therapie gibt es nicht! In erster Linie sollten betroffene Patienten vermeiden, gelähmte oder geschwächte Muskeln weiter übermäßig zu beanspruchen. Dies bedeutet:

- regelmäßige Pausen einlegen und Erschöpfung vermeiden
- belastende Tätigkeiten und Aktivitäten aufgeben oder umstellen
- zumindest zeitweise Orthesen, Rollstuhl oder orthopädische Hilfsmittel benutzen.
- gesunde, vitaminreiche Vollkost
- Physiotherapie. Sie stellt eine tragende Säule im Gesamtbehandlungskonzept dar, u. a. mit: muskelerhaltender Krankengymnastik, Massagen, Wärmeanwendungen etc. Keine muskelaufbauende Physiotherapie!

²⁰ Differentialdiagnose = Abgrenzung von anderen Diagnosen

²¹ Radikulopathien = Erkrankung der Nervenwurzeln außerhalb des Rückenmarks

²² Arthrosen = Gelenkabnutzungen

²³ Neuropathien = generell alle möglichen Arten von Erkrankungen der Nerven

²⁴ ulnar = auf die Elle am Unterarm bezogen

²⁵ MS = Multiple Sklerose

²⁶ ALS = amyotrophe Lateralsklerose

²⁷ sensible = Nerven, die Gefühlsinformationen (Schmerz, Temperatur, Berührung etc.) in Richtung Rückenmark leiten

- eventuell Psychotherapie mit Informations- und Gesprächsangeboten, ebenso wie Unterstützung bei emotionalen und psychosozialen Problemen.
- Erlernen der eigenen Belastbarkeitsgrenzen und Strategien zur Vermeidung weiterer Überlastung und Streß.

Cave: PPS-Patienten vertragen etliche Medikamente schlecht, wie z. B. Narkotika, Muskelrelaxantien, Psychopharmaka, Betablocker, nichtsteroidale Antirheumatika, einige Antibiotika (Aminoglykoside, Tetracykline, Gyrasehemmer u. a.), Fibrate, Statine, Antiallergika, Novalgin, Diese Medikamente sind zwar nicht völlig kontraindiziert, aber ihr Nutzen sollte gegenüber ihren Risiken sehr genau abgewogen werden – nil nocere²⁸!

Prophylaxe des PPS

Die primäre Prophylaxe für die Entwicklung eines PPS liegt im konsequenten schonenden Umgang mit den eigenen Kräften.

Indirekt hingegen ist die beste Vorsorge die Polio-Impfung. Personen, die in der Kindheit eine Polio-Infektion durchgemacht haben, sind zwar gegen das Virus lebenslang immun. Da es jedoch drei Typen des Polio-Virus gibt, sind sie trotzdem gefährdet, erneut an Polio zu erkranken, wenn der Verursacher einer der anderen Typen ist. Eine Impfung hingegen schützt vor allen drei Erregertypen. Alle sollten ihren Impfschutz auffrischen, bevor sie in Länder mit mangelnden hygienischen Bedingungen reisen. Diese vorbeugende Maßnahme wird auch heute noch dringend empfohlen und leider viel zu oft missachtet.

Das Polio-Virus ist heute noch in West- und Zentralafrika, Ägypten sowie in Pakistan, Afghanistan und Indien aktiv. Aus Nigeria wurde das Poliovirus in der letzten Zeit erneut in 12 weitere schwarzafrikanische Länder eingeschleppt. Damit besteht gegenwärtig wieder ein Poliomyelitisgürtel quer durch Afrika, von der Elfenbeinküste bis zum Sudan. In diesen Ländern besteht ein relativ hohes Infektionsrisiko für Urlauber. Auch in den seit 26 Jahren poliofreien USA sind kürzlich wieder 4 Fälle in der Gegend von Clarissa im Staate Minnesota aufgetreten.

Das Robert-Koch-Institut empfiehlt eine Grundimmunisierung entsprechend dem Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche. Die Impfung beginnt im dritten Lebensmonat und umfasst drei Impfungen in monatlichen Abständen. Ab Beginn des elften Lebensjahres wird für Jugendliche eine Wiederimpfung empfohlen. Bei Erwachsenen wird eine generelle Auffrischung des Impfschutzes vom Robert-Koch-Institut nicht empfohlen, bei nicht geimpften Erwachsenen allerdings eine Grundimmunisierung. Für folgende Gruppen wird dagegen eine Auffrischung der Impfmunität empfohlen, wenn die letzte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegt:

- Personen mit berufsbedingt möglichem engen Kontakt zu Poliomyelitis-Kranken oder zu Polio-Viren in Laboren,
- Reisende in noch bestehenden Polio-Endemiegebieten
- Aussiedler, Flüchtlinge oder Asylbewerber aus Polio-Endemiegebieten, die in Gemeinschaftsunterkünften leben (sowie das Personal dieser Einrichtungen)
- Kontaktpersonen zu an Poliomyelitis Erkrankten.

Auch bei Immungeschwächten ist eine solche Impfung möglich.

Probleme in der Arzt/Physiotherapeuten-Patientenbeziehung beim PPS

Die wirklich zahlreichen Probleme in der Arzt/Physiotherapeuten-Patienten-Beziehung zeigen sich nicht nur in den endlosen Odysseen, die die meisten PPS-Patienten jahrelang durch unzählige Praxen treibt, ehe sie eine korrekte Diagnose und adäquate²⁹ Therapie erhalten. Die Probleme sind in erster Linie durch Nichtwissen, Unverständnis, völlig veraltete Kenntnisse, Ignoranz, Überheblichkeit und Unfähigkeit zur Teamarbeit – insbesondere auf der Seite der Ärzte und Physiotherapeuten – gekennzeichnet. Darf es denn sein, dass ein Patient intensivere fachliche Kenntnisse vom Krankheitsbild hat und mit einer fertigen Diagnose in die Praxis kommt, wo es doch ureigenste Aufgabe des Arztes ist, selbst die Diagnose zu stellen? Der Arzt wird mit einem Krankheitsbild konfrontiert, für das sich unter Anwendung der üblichen diagnostischen Maßnahmen keine Ursache findet, dessen Symptome aber auch eine Reihe anderer Ursachen haben können. Er kommt äußerst selten in die Situation, es mit einem PPS zu tun zu haben. Er begegnet beim Patienten Auswirkungen von Veränderungen, die altersbedingt (1) und/oder primäre (2) und/oder sekundäre (3) und/oder späte Poliofolgen (4) sind. Er ist dann häufig geneigt, sie nur den ersten drei Aspekten zuzuordnen. Er stößt aufgrund des schwer fassbaren und uncharakteristischen Symptomenkomplexes an die Grenzen seiner diagnostischen wie therapeutischen Möglichkeiten. Er begreift noch immer zu selten, dass der PPS-Patient primär den diagnostischen Ausschluss an-

²⁸ nil nocere = lateinisch. Frei übersetzt "nicht schaden"

²⁹ adäquat = angemessen

derer oft gut behandelbarer Krankheiten, in vielen Fällen eine individuell aufwendige und gelegentlich gar keine weitere Behandlung braucht. Er hat es mit Patienten zu tun, für die es zur Einschätzung von Ausmaß und Verlauf der Polioerkrankung nach Jahrzehnten meistens keinen Zugriff mehr auf alte Krankenunterlagen gibt. Er kann von Patienten aufgesucht werden, deren Polioerkrankung anamnestisch³⁰ wegen eines asymptomatischen oder abortiven Verlaufes überhaupt nicht verifizierbar ist, die aber trotzdem unter Poliospätfolgen leiden. Er trifft auf einen verunsicherten Patienten, der bei mangelndem spezifischen Kenntnisstand mitunter – wie er selbst – an einer echt somatischen³¹ Krankheitswertigkeit zweifelt oder sie nicht glaubwürdig vermitteln kann. Simulanten sind in dieser Patientengruppe mit ihrer schon sprichwörtlich besonders positiven psychischen Konfiguration im Sinne einer Krankheits-, Problem- und überhaupt Lebensbewältigung, eher selten. Der Arzt unterschätzt oft die Größenordnung einer sinnvollen Entlastung des Patienten. Er berücksichtigt medizintechnische, lebensorganisatorische sowie soziale Hilfen nicht immer in gleichem Maße wie Medikamente und Physiotherapie. Er empfindet seine PPS-bezogene Ratlosigkeit – wie in gleichem Maße auch der Patient – nicht selten zumeist unterschwellig als medizinische Versagenssituation. Er fürchtet in vielen Fällen, völlig zu Unrecht, um seinen Vertrauensbonus, wenn er sich und dem Patienten seine diagnostisch-therapeutische Grenze bezüglich PPS eingesteht. Andererseits fürchtet er die Gefahr einer Fehlbehandlung einschließlich therapeutischem Nihilismus aufgrund einer Fehldiagnose und den damit verbundenen Vertrauensverlust in der Regel viel zu wenig. Er ist mangels ausreichender Kenntnisse über PPS sowie aus Zeit- und Budgetgründen häufig nicht bereit, die Interessen des Patienten gegenüber Krankenkassen, Gesundheits- und Sozialbehörden im notwendigen Umfang mit Nachdruck zu vertreten. Er verfügt aufgrund der Abhängigkeit des Patienten über eine Machtposition, die, aus welchen Gründen auch immer, zu Ungunsten des Patienten eingesetzt werden kann. Und er erntet mit den Leiden der PPS-Patienten die Früchte seines Berufsstandes, der über Jahrzehnte die Betroffenen in Unkenntnis der damit verbundenen Folgen zu einem enormen psychischen und somatischen Kraftakt eines rehabilitativen Gewalttrainings angehalten hat. Bei Physiotherapeuten beherrschen diese uralten Therapieprinzipien ebenfalls noch den Praxisalltag. Auch bei ihnen wird bis heute in der Ausbildung nur äußerst selten auf die spezielle Therapie von PPS-Patienten eingegangen.

Zur wenigstens teilweise Ehrenrettung der beiden Berufsgruppen sei noch angemerkt, dass es durchaus einzelne Ärzte und Physiotherapeuten gibt, die mehr oder weniger gut über die Poliomyelitis und das Post-Polio-Syndrom Bescheid wissen, an Informationen interessiert sind und solche Patienten adäquat behandeln. Aber es sind immer noch viel zu wenige, eben eine Minderzahl. Aus diesen Zeilen sollte hervorgehen, wo das Schwergewicht einer problematischen Arzt/Physiotherapeuten-Patienten-Beziehung beim Post-Polio-Syndrom zu suchen ist, überwiegend nämlich leider auf der ärztlichen und physiotherapeutischen Seite.

Aktualisiert: 02.07.2009

³⁰ anamnestisch = aus der individuellen Krankheitsgeschichte heraus

³¹ somatisch = körperlich – im Gegensatz zu psychisch = geistig