

DR. MED. F.-J. GANZ

Leitfaden für Kehlkopflose

INFORMATIONEN
FÜR BETROFFENE
UND ANGEHÖRIGE

ANDREAS FAHL
MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH



„Leitfaden für Kehlkopflose“

Auflage/Stand: 12/2008

Bei allen aufgeführten Produkten sind Änderungen, insbesondere technischer Art, seitens des Herstellers vorbehalten.

Urheberrechte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile sowie das Bildmaterial sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung der Daten in elektronischen Systemen.

ANSCHRIFT

Andreas Fahl

Medizintechnik-Vertrieb GmbH

August-Horch-Straße 4 a

D-51149 Köln (Porz-Gremberghoven)

Telefon 0 22 03/29 80-0

Telefax 0 22 03/29 80-100

e-mail vertrieb@fahl.de

Internet www.fahl.de

Postfachadresse:

Postfach 92 03 44

51153 Köln

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

1. Einleitung	4
2. Die Operation – unmittelbare Folgen	5
3. Das Tracheostoma	6
3.1 Die Versorgung	7
3.2 Die Pflege	14
4. Trachea und Bronchien	16
4.1 Die Versorgung	18
4.2 Die Pflege	21
4.3 Der Schutz	25
5. Die „Oberen Luftwege“	31
5.1 Die Nase	32
5.2 Der Mund	33
6. Baden – Duschen – Schwimmen – Sport	35
7. Kehlkopflös – eine neue Sprechtechnik	36
7.1 Speiseröhren-Stimme	38
7.2 Sprechen mit elektronischer Sprechhilfe	40
7.3 Sprechen mit Shunt-Ventil (Stimmprothese)	42
8. Die Rehabilitation	43
8.1 Körperliche Rehabilitation	44
8.2 Seelische Rehabilitation	58
8.3 Familiäre Rehabilitation	60
8.4 Berufliche Rehabilitation	61
8.5 Gesellschaftliche Rehabilitation	63
9. Schwerbehindertenausweis	63
10. Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht	64
11. Der Notfall	66

1. EINLEITUNG

Nach einer für Sie niederschmetternden Diagnose, nach Tagen der schlimmen Angst und Panik vor dem Verlust Ihrer Stimme sind Sie nun operiert. Der lebensrettende Eingriff hat stattgefunden, seine zum Teil schwerwiegenden Folgen sind schon für Sie fühlbar.

Alles an einschneidenden Veränderungen ist eingetreten, was Ihnen vor der Operation von den Ärzten vorausgesagt worden ist:

Ihre Stimme ist nicht mehr vorhanden, die Beweglichkeit des Kopfes und u. U. auch die der Arme ist schmerzhaft eingeschränkt, die Atmung und das Husten funktionieren ganz anders als gewohnt. Vielleicht bereitet Ihnen jetzt noch das Schlucken Probleme, und das Riechen und Schmecken ist teilweise oder ganz eingebüßt.

Diese und bestimmt noch andere Einschnitte in wichtige Funktionsbereiche Ihres Körpers schaffen Sorgen, Unruhe, Ängste. Eine Fülle von Fragen in Richtung Zukunft stellt sich.

Für jeden Kehlkopferoperierten wird sich sein persönliches Schicksal im einzelnen naturgemäß immer anders darstellen als bei einem anderen Kehlkopflösen. Aber im Zusammenhang mit dieser Operation gibt es Veränderungen und Probleme, die für alle Patienten in gleicher Weise vorhanden und von Bedeutung sind.

Sie mit diesen konstanten Einschränkungen und Einbußen sowie deren Bewältigung vertraut zu machen, hat sich dieser Leitfaden zum Ziel gesetzt. Auf gar keinen Fall will er die unabdingbar notwendige Hilfe durch den Arzt und entsprechend geschultes Personal ersetzen. Das kann er auch nicht.

Diese Broschüre will Ihnen sichere Antwort geben auf möglichst viele Fragen zu Ihrer neuen gesundheitlichen Lage.

Der Leitfaden will informieren, Ratschläge erteilen, um somit Ihrem jetzigen, fundamental veränderten Zustand das Ängstigende und Bedrückende zu nehmen.

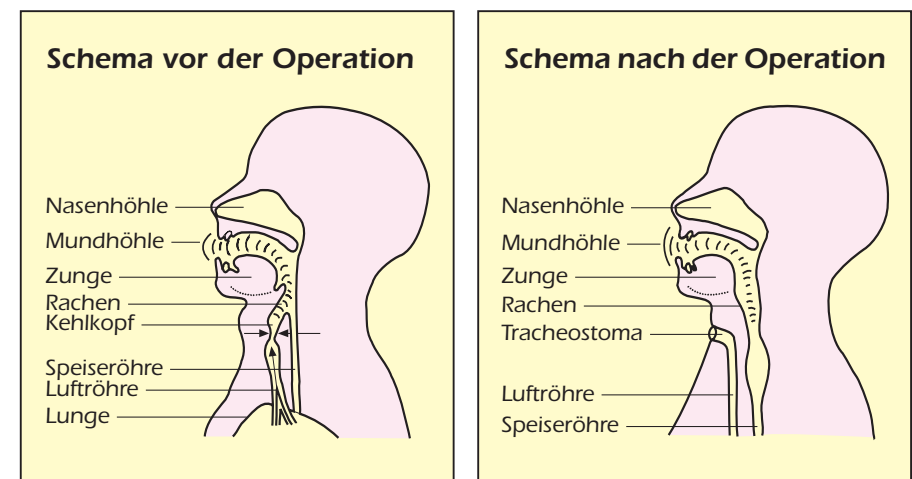
Bekanntlich ist ja die umfassende Information über ein Problem schon dessen halbe Bewältigung.

2. DIE OPERATION – UNMITTELBARE FOLGEN

Ist der Kehlkopf (lat. Larynx) in bestimmtem Ausmaß von einem Tumor befallen, so muß er operativ ganz entfernt werden (Laryngektomie).

Von Hause aus stellt der Kehlkopf eine gefährliche Kreuzung zwischen Luft- und Speiseröhre dar. Sein Kehldeckel verschließt beim Schlucken die Luftröhre dicht. Die Nahrung gelangt, ohne daß man sich in die Luftröhre „verschluckt“, ungehindert in den Magen.

Somit wird bei der Laryngektomie mit dem Kehlkopf nicht nur der „Stimmgeber“ entfernt, sondern auch die ordnende Schaltstelle zwischen Luft- und Speiseröhre. Letzteres hat zur Folge, daß im Zuge der Kehlkopfentfernung der Schluckweg von dem Atemweg vollständig getrennt werden muß. Die Speiseröhre wird zu einem nunmehr durchgehend geschlossenen Schlauch vernäht. Die Luftröhre wird mit ihrem oben offenen, vom Kehlkopf abgetrennten „Mund“ in die Haut der Halsgrube eingepflanzt. Sobald die Wunden abgeheilt sind, können Sie weitgehend ohne Probleme schlucken. Die Gefahr des Verschluckens in die Luftröhre besteht nicht mehr.



In vielen Fällen, abhängig von der Ausdehnung des Tumors, ist zusätzlich zu der Kehlkopftotalentfernung eine ein- oder gar beidseitige Halsausräumung (Neck-dissection) erforderlich. Hierbei werden die Lymphdrüsen

des Halses, die Lymphwege und die umgebenden Strukturen auf der jeweiligen Halsseite entfernt. Nach der Kehlkopftotalentfernung wird der Umfang Ihres Halses kleiner sein, dies noch mehr nach ergänzender operativer Halsausträumung.

Durch die Ausweidung der Halsseiten geht naturgemäß das Fett- und Bindegewebe als schützende Hülle für die großen Halsblutgefäße verloren. Diese liegen nun ziemlich ungeschützt und deutlich tastbar direkt unter der Haut. Diesem Umstand müssen Sie bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in besonderer Weise Rechnung tragen. Wo erforderlich, werden wir in dieser Broschüre hierauf immer wieder zurückkommen.

3. DAS TRACHEOSTOMA

Das Wort „Trachea“ ist die lateinische Bezeichnung für Luftröhre, „Stoma“ kommt aus dem Griechischen und heißt so viel wie Mund.

Das Tracheostoma ist demnach, wie wir soeben schon erfahren haben, die in die Haut der Halsgrube eingepflanzte, obere, vom Kehlkopf wegamputierte Öffnung der Luftröhre.

Als Kehlkopfloser (Laryngektomierter) werden Sie nun zeitlebens durch diesen Luftröhrenmund – die operativ angelegte Öffnung – am Hals ein- und ausatmen.

Die oberen Luftwege (Nase, Nasenrachen, Mund, Mundrachen und Kehlrachen) fallen zukünftig für Ihre Atmung weg. Das heißt, Sie müssen beim Atmen auch ab sofort auf die wichtigen Funktionen dieser oberen Luftwege verzichten: Anfeuchten, Erwärmen und Säubern/Filtern der Atemluft.

Die Atemluft tritt nunmehr bei Ihnen völlig ungehindert und ohne jede „Zubereitung“, d. h. ohne Erwärmung, ohne Anfeuchtung und ohne Reinigung von Flug- und Schadstoffen, in Ihr Stoma und somit in die Lungen ein.

Das kann, treffen Sie nicht entsprechend notwendige Vorkehrungen, ziemlich unangenehme Folgen haben:

Die Schleimhäute der Luftröhre und der Bronchien werden gereizt, sie entzünden sich mitunter, sie produzieren vermehrt Sekret und Schleim. Dieser wird besonders zäh und borkig, wenn die Luft zu trocken ist. Nun wiederum kann es zu unangenehm quälendem Hustenreiz und Schleimauswurf kommen. In ganz extremen Fällen führt die eingeatmete, kalte, trockene und unsaubere Luft zu schmierig-eitrigem oder gar blutig-borkigem Auswurf.

In Abhängigkeit von der Beschaffenheit des Schleimes und des Sekretes kann sich Ihr Tracheostoma ziemlich rasch durch Borkenbildung einengen und zusetzen. In vielen Fällen wird die äußere Haut um das Stoma durch den austretenden Schleim gereizt oder verändert sich sogar entzündlich. Auch kann die äußere Umgebung des Stomas durch die Fremdkörperwirkung der unmittelbar nach der Operation unbedingt notwendigen Trachealkanüle in Mitleidenschaft gezogen werden.

Die Einengung Ihres Stomas durch borkige Sekret- und Schleimreste wird dann noch schneller zu einem unter Umständen dramatischen Erstickungszustand führen, wenn Ihr Stoma selbst Schrumpfungstendenzen zeigt. Dies ist besonders dann der Fall, wenn der Operateur Ihren Ringknorpel, der von Natur aus dicht unter dem Kehlkopf liegt, zusammen mit dem Kehlkopf entfernen mußte und ihn also nicht als starre Öffnung für die Luftröhre in die Haut des Halses einpflanzen konnte.

Als Konsequenz aus allen diesen Beobachtungen, Feststellungen und Schlußfolgerungen müssen Sie, zum Zwecke der Versorgung, der Pflege und des Schutzes, Ihr Stoma und seine äußere Umgebung stets „im Auge behalten“.

3.1 DIE VERSORGUNG DES TRACHEOSTOMAS

Damit Sie Ihr Stoma wirklich immer aufmerksam „im Auge“ haben können, sollten Sie stets einen Spiegel mit sich führen.

Der Spiegel dient der Betrachtung des Stomas während der Reinigung, beim Absaugen, beim Ein- und Ausführen der Trachealkanüle, beim Entfernen von Borken und eingedicktem Schleim oder auch bei einer notwendig werdenden Weitung des geschrumpften Tracheostomas mit dem eigenen Finger oder einem speziellen Hilfsmittel, dem Tracheospreizer®.

Am nützlichsten ist Ihnen ein Doppelspiegel: die Vorderseite als Planspiegel zur Betrachtung in normalen Größenverhältnissen, die Rückseite als Hohlspiegel zur vergrößernden Anschauung.



Silvervent® Trachealkanülen

Sofern Ihr Ringknorpel nicht als starre Öffnung der Luftröhre eingepflanzt wurde und solange Ihr Stoma noch dazu neigt zu schrumpfen, muß dieses mit einer **Trachealkanüle** offengehalten werden.



Duravent® KOMBI Trachealkanüle

Weitere Funktionen einer Trachealkanüle sind die Durchleitung von Atemluft und die Ableitung von Sekret- und Schleimabsonderungen.

Der Umgang mit der Trachealkanüle wird Ihnen noch während des Krankenhausaufenthaltes gelehrt. Für die Zeit nach

dem Krankenhaus erhalten Sie ein **Erstausstattungs-Set** verordnet. Gleichzeitig erhalten Sie Trachealkanülen, deren Größe und Material von Ihrem behandelnden Arzt bestimmt werden.

Der heutige Trachealkanülenstandard ist so ausgereift, das er den Anforderungen an eine gute **Trachealkanüle** entspricht:

1. Maximale Dünnwandigkeit bei gleichzeitig ausreichender Wandfestigkeit.
2. Eine den anatomischen Verhältnissen angepaßte Form.
3. Doppelkanüle mit Außenteil und einem herausnehmbaren Innenteil (Innenkanüle).
4. Chemische Neutralität.
5. Stumpfe Kanten, vor allem des unteren Kanülenrohrendes.

Ihnen stehen heute Metall-Kanülen (Silber) und Kunststoff-Kanülen (z. B. aus Silikon, PVC) zur Verfügung. Diese wiederum alle in verschiedenen Längen und unterschiedlichen Durchmessern.

Die Metall-Kanülen zeichnen sich aus durch eine starke Wandfestigkeit und ein günstiges Verhältnis von Wandstärke zu Atemquerschnitt. Sie lassen sich problemlos desinfizieren und sterilisieren.

Die Vorzüge der Kunststoff-Kanülen bestehen im besseren Anschmiegen an den Luftröhrenverlauf und die schnelle und leichte Veränderbarkeit (Kürzen, Ausschneiden, Formen).

Welche Art von Trachealkanüle für Sie in Frage kommt, wird Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam schon im Krankenhaus herausfinden.

Die Trachealkanüle muß am Tag mehrmals, in manchen Fällen sogar stündlich, gereinigt werden. Zusätzlich wird eine Desinfektion der Kanüle mit geeigneten Desinfektionsmitteln sowie eine anschließende Spülung mit sterilem oder abgekochtem Wasser dringend empfohlen. Dies aus zwei Gründen: der ständig aus der Kanüle herausfließende Trachealschleim droht, die Trachealkanüle zuzusetzen (Luftnot!), und der in der Trachealkanüle festsitzende Schleim ist ein Bazillenherd ersten Ranges. Dadurch erhöht sich die Infektionsgefahr für das Stoma, aber auch besonders für die abführenden Luftwege (Luftröhre, Bronchien und Lunge).



Erstausstattungs-Set

Ein **Kanülenreinigungs-Set** steht Ihnen in Ihrer Erstausrüstung für die Kanülenreinigung zur Verfügung.

Dieses Set besteht aus je einer Dose **Kanülenreinigungspulver**, einer **Kanülenreinigungsdose** mit Klarspüleinsatz und aus einem Satz **Kanülenreinigungsbürsten**.

Der Einsatz der **Kanülenreinigungsbürsten** sollte nur dort erfolgen, wo vertrockneter Schleim und Borken entfernt werden müssen. Allzu intensives Bürsten kann die Kanülenwände beschädigen. Um Beschädigungen zu vermeiden, sollte die Kanüle immer von der Kanülenspitze aus gereinigt werden und zwar mit einer vorgebogenen Kanülenreinigungsbürste. Die Kanüle stets vor Beginn der Reinigung aus dem Tracheostoma entfernen!

Sie müssen immer darauf achten, daß sich die Trachealkanülen in einem guten Zustand befinden. Kleinste Scharten an Ihrer Kanüle können schon zu bedeutenden Verletzungen führen.



Kanülenreinigungs-Set Optibrush®

Sie sollten mindestens zwei, möglichst unterschiedlich lange Kanülen besitzen, aus Gründen der Hygiene und um der Gefahr wirkungsvoll vorzubeugen, daß an ihrem Stoma und an der Luftröhrenschleimhaut Druckstellen oder -geschwüre entstehen. Eine Ersatzkanüle müssen Sie immer, insbesondere auf Reisen und unterwegs bei sich tragen.

Bestimmte Kanülenausführungen sind mit mehreren Innenkanülen erhältlich. Das ist dann praktisch, z. B. auf Reisen, wenn keine Möglichkeit zur Reinigung besteht. So braucht zunächst nur die Innenkanüle ausgetauscht zu werden.

Die Kunststoff-Kanüle sollte nach der Reinigung und Spülung sorgfältig mit einem fusselreien Tuch abgetrocknet und anschließend eingefettet werden. Hier empfiehlt sich die Verwendung eines speziellen Gleit- und Pflegemittels, z. B. **Stomaöl** oder **Optifluid® Stomaöl-Tuch** für den Einmalgebrauch. Das Öl verhindert ein Verkleben von Innen- und Außenkanüle und erleichtert das Einführen in das Tracheostoma.

Silber-Kanülen neigen mit der Zeit zu Veränderungen durch Oxydation und bekommen dann schwarze Flecken. Diese lassen sich im Rahmen einer Kanülenaufarbeitung beim Kanülenhersteller gut entfernen.

Ihre Trachealkanüle befestigen Sie mit einem **Kanülentrageband**, das um den Hals gebunden wird.

Hier sind verschiedene Ausführungen erhältlich, z. B. elastische und gepolsterte Bänder mit Haken- oder Klettverschluß. Das **Optiflausch® Kanülentrageband mit Klettverschluß** ist bspw. ein hochelastisches, gepolstertes Gewebepband, an den Enden mit zwei Klettverschlüssen ausgestattet. Mit einem Handgriff können Sie die Klettverschlüsse am Kanülenschild befestigen. Das Kanülentrageband läßt sich auf die jeweilige Halsweite einstellen.

Achtung: Das Kanülentrageband nur so eng stellen, daß noch ein Finger zwischen Band und Hals paßt! Sonst besteht die Gefahr, daß die dicht unter der Haut liegenden, großen Blutgefäße zu sehr gedrosselt werden und ihr Gehirn nicht mehr genügend Sauerstoff bekommt.

Nach der Operation ist das Tragen von besonderen **Tracheal-Kompressen** unter der Kanüle angezeigt.

Die Tracheal-Kompressen polstern zum einen die Kanüle gegen das Stoma weich ab, zum anderen saugen sie das Trachealsekret auf.

Tracheal-Kompressen gibt es in verschiedenen Ausführungen. Sie bestehen überwiegend aus einem sehr saugfähigen Vliesstoff und werden in unterschiedlichen Stärken angeboten. Alle Tracheal-Kompressen besitzen eine Lochstanzung im oberen Bereich der Komresse zum Durchführen der Trachealkanüle. Bei manchen Kompressen befindet sich zusätzlich eine Schlitzöffnung neben der Lochstanzung. Diese zusätzliche Öffnung ermöglicht einen schnellen Kompressenwechsel, ohne daß zuvor die Trachealkanüle aus dem Tracheostoma entfernt werden muß.

Ein Teil der angebotenen Kompressen ist einseitig mit einer aluminiumbedampften Vliesschicht versehen, die ein Verkleben der Komresse mit der Haut durch Blut- und Sekretreste verhindern soll. Diese Kompressen sind nicht geeignet, wenn Bestrahlungen durchgeführt werden, da die Aluminiumbedampfung zu Hautreizungen führen könnte. Bei leichteren Kompressen mit einlagiger Vliesschicht empfiehlt sich die Verwendung eines zusätzlichen Durchfeuchtungsschutzes, z. B. eines **Tracheal-Billroth-Lätzchens**.

Die neue Generation von Tracheal-Kompressen zeichnet sich neben sehr hoher Saugkraft und großem Saugvolumen durch anspruchsvollen Tragekomfort und ästhetisch einwandfreien Sitz aus. Bei besonders starker Sekretion empfiehlt sich das Tragen von mehrlagigen Tracheal-Kompressen, z. B. der **2-KAM® Zip-Komresse**, die besonders saugstark ist und die Haut um das Tracheostoma trocken und warm hält. Bei der 2-KAM® Zip-Komresse ist der Kleiderschutz integriert, so daß zusätzlich kein Durchfeuchtungsschutz (Tracheal-Billroth-Lätzchen) vorgelagert zu werden braucht. Die Tracheal-Komresse sollte bei jedem Kanülenwechsel und bei Durchfeuchtung, mindestens jedoch 2-3 mal täglich aus hygienischen Gründen erneuert werden.

Mit jeder Kanülenreinigung ist zwangsläufig auch ein Kanülenwechsel für Ihr Stoma verbunden.

Den Kanülenwechsel haben Sie schon in der Klinik erlernt. Deshalb hierzu nur noch einige Tips:

Halten Sie Ihre Trachealkanüle in einem einwandfreien Zustand, achten Sie auf Beschädigungen an der Kanüle. Beschädigte Kanülen auf keinen Fall in das Stoma einbringen. Schicken Sie diese umgehend zur Reparatur ein. Beschädigte Kanülen bedeuten immer eine Verletzungsgefahr! Vor dem Einführen der Kanüle die Außenkanüle mit etwas Stomaöl einfetten, sie erreichen dadurch eine bessere Gleitfähigkeit.

Der Versuch, die Trachealkanüle für kürzere oder längere Zeit aus dem Stoma wegzulassen, muß unbedingt vorher mit Ihrem Arzt abgesprochen sein! Das Gleiche gilt für den Wunsch, die Innenkanüle vorübergehend wegzulassen, um besser Luft zu bekommen.

Präparieren Sie immer schon im voraus die Ersatzkanüle für den Kanülenwechsel, so daß der Wechsel rasch und problemlos vonstatten gehen kann.

Tragen Sie bitte beim Autofahren keine Metallkanüle – Verletzungsgefahr!



2-KAM® Zip-Komresse



2-KAM Aluline® Zip-Komresse

3.2 DIE PFLEGE DES TRACHEOSTOMAS

Wie wir oben schon ausführlich erläutert haben, hat Ihr Tracheostoma eine absolut lebensentscheidende Funktion: für den Rest Ihres Lebens ist es die einzige Atemöffnung für Sie.

Damit das Stoma diese für Sie enorm wichtige Aufgabe erfüllen kann, gilt es nicht nur, wie im letzten Kapitel dargestellt, diese Öffnung immer für die Atmung offenzuhalten. Nein, das Tracheostoma stellt hinsichtlich seiner Pflege auch sehr hohe Anforderungen an Sie.

Aufgrund des besonders unmittelbar nach der Operation massiv auftretenden Sekret- und Schleimflusses aus der Luftröhre, ist Ihre Atemöffnung besonderen Belastungen ausgesetzt. Sie ist, vor allem in der ersten Zeit nach der Kehlkopfentfernung, ständig gereizt, mitunter gar ziemlich entzündet. Dieser lästige Zustand wird durch das Dauertragen der Kanüle und durch die mechanische Reizung beim täglichen Kanülenwechsel noch verschlimmert. Die kalt, trocken und unrein in das Stoma eingeatmete Luft bewirkt ein übriges.

Die mechanischen und entzündlichen Veränderungen an Ihrem Stoma und um es herum können zu erheblichen Komplikationen führen. Das Stoma kann schrumpfen und sich somit gefährlich einengen. Abhängig vom Grad des Reiz- und Entzündungszustandes kann das Tragen der Kanüle ziemlich quälend werden.

Aus allen diesen Gründen gilt: Ihr Stoma will und muß hygienisch/pfleglich behandelt werden!

Eine gewissenhafte, gründliche und sorgfältige Stomapflege ist ohne einen Spiegel nicht denkbar (siehe hierzu Kapitel: Die Versorgung des Tracheostomas).

Sie müssen Ihr Stoma grundsätzlich mehrmals am Tag reinigen, auf jeden Fall bei jedem Kanülenwechsel.

Dabei säubern Sie den Stomawulst selbst und die Haut rund um die Atemöffnung durch kreisförmiges Abwischen mit einem unbedingt fusse-

freien, lauwarm angefeuchteten Tuch (Waschlappen, Mullkomresse). Mit sanftem Druck entfernen Sie alle Schleim- und Borkenreste. Hierbei können auch schon einmal kleine Blutungen aus Schrunden und entzündeten Stellen auftreten; diese stellen sich in der Regel nach einigen Minuten wieder ein.

Es kommt nicht selten vor, daß der Innenrand des Stomawulstes mit festhaftenden und klebrigen Borkenablagerungen verbacken ist. Diese lassen sich nur gezielt instrumentell entfernen: Eine am vorderen Ende stumpfe und am Griffende nach unten gebogene **Borkenpinzette** leistet hier sehr gute Dienste. Die Abbiegung des Griffes nach unten gewährt vor dem Spiegel immer eine freie Sicht auf das Stoma, der stumpfe Pinzetenschnabel schließt eine Verletzungsgefahr so gut wie aus. Dennoch sollte die Handhabung der Borkenpinzette vor dem erstmaligen Gebrauch mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Das Reinigen des Stomas und seiner Umgebung, sei es mit einem feuchten Tuch oder mit der Borkenpinzette, ist nicht unangenehm und tut auch in der Regel nicht weh. Die Haut dort ist über längere Zeit gefühlsarm, wenn nicht gefühllos.

Es versteht sich von selbst, daß der Gebrauch von Watte bei der Stomareinigung untersagt ist. Die Gefahr ist allzu groß, daß Watteflöckchen in die Luftröhre eingeatmet werden.

Machen Sie es sich zur Gewohnheit, bei der Reinigung von Stoma und umgebender Haut keine Seife zu verwenden. In der Apotheke erhalten Sie seifenfreie Waschlotionen, die für Ihren Zweck hervorragende Dienste leisten.

Mit dem **Stoma-Reinigungstuch** steht Ihnen ein Reinigungstuch zur Verfügung, das mit einer milden Reinigungs lotion getränkt ist. Die Haut wird damit schonend und sorgfältig von Schmutzpartikeln und überschüssigem Hautfett gereinigt. Durch beruhigende und feuchtigkeitsspendende Wirkstoffe wird die Haut erfrischt und entspannt. Gleichzeitig wird die Haftfähigkeit von Klebeflächen (z. B. Tracheostoma-Fix und Schutzfilter) verstärkt.

Für männliche Kehlkopfoperierte empfiehlt sich grundsätzlich die Naßrasur. Es ist überflüssig darauf hinzuweisen, daß Sie beim Rasieren darauf

achten müssen, daß kein Wasser und keine Rasierseife in das Stoma gelangt. Vom Stoma weg und nicht umgekehrt rasieren!

Der Rat zu einer intensiveren und gezielteren Hautpflege, sowie die Verordnung von Cremes und Salben, bleibt einzig Ihrem Arzt überlassen. Auch gängige Hautschutz-Creme-Sorten gehören in den Beurteilungs- und Verordnungsbereich Ihres Arztes.

Bis Sie den Umgang mit einem **Duscheschutz** gelernt haben, sollten Sie die Körperreinigung in der bis ungefähr zu einem Drittel mit Wasser gefüllten Badewanne vornehmen, und dies nur auf einer rutschfesten Wannengummi-Einlage sitzend.

Auf keinen Fall darf Wasser in Ihr Stoma eindringen – Gefahr des Ertrinkens!!

Zum Thema Baden, Duschen und Schwimmen erfahren Sie ausführlich mehr im Kapitel „Baden – Duschen – Schwimmen – Sport“.

4. TRACHEA UND BRONCHIEN

Wie bisher schon mehrfach erwähnt, kommt es bei Ihnen durch den Funktionsausfall der „oberen Luftwege“ (Nase, Nasenrachen, Mund, Mundrachen und Kehlrachen) für Ihre Atmung zu deutlich spürbaren und einschränkenden Folgen.

Ihre Atemluft wird nicht wie sonst angewärmt, angefeuchtet, gesäubert und gefiltert. Das heißt, sie gelangt in diesem für die „unteren Luftwege“ völlig ungewohnten Zustand in Luftröhre, Bronchien und Lunge. Die Schleimhäute dieser „unteren Luftwege“ werden auskühlen, austrocknen und verschmutzen. Die oberflächlichen Zellschichten der Luftröhren- und Bronchialschleimhäute werden quasi heftig „beleidigt“ reagieren: Es bilden sich in großen Mengen Sekrete und Schleim, die sich in den Bronchien und in der Luftröhre ansammeln. Die feinen Flimmerhärchen, mit denen die Schleimhäute der „unteren Luftwege“ besetzt sind, werden durch die

ungewohnt veränderte Atemluft erstens selbst Schaden nehmen, zum anderen werden sie ihrer Aufgabe, nämlich den Bronchialschleim nach außen zu befördern, kaum mehr gerecht werden können. Folge: Schleim und Sekret bleiben zum Teil in Bronchien und Luftröhre liegen, dicken wegen der Trockenheit der Atemluft ein und werden zäh. Ein quälender und schmerzhafter Hustenreiz tritt auf.

Beim Abhusten kann es gelegentlich zu Luftnot (lat.: Dyspnoe) kommen, oder auch zu blutigem Auswurf. Dieser entsteht dadurch, daß der borkige Schleim von den Schleimhäuten abreißt und kleine, blutende Wunden hinterläßt.

Ein weiterer, mancherorts kaum oder gar nicht berücksichtigter, aber dennoch bedeutender Gesichtspunkt ist die nunmehr bei Ihnen erhöhte Strömungsgeschwindigkeit der Atemluft in die Lunge.

Die Strömungsgeschwindigkeit wird beim gesunden Menschen durch die „oberen Luftwege“ reguliert. Bei Ihnen nun ist dieser Regulationsmechanismus mit dem Wegfall Ihres Kehlkopfs aufgehoben.

Da Sie ja ausschließlich durch das, der Lunge wesentlich näher als die „oberen Luftwege“ liegende, Stoma atmen, tritt Ihre Atemluft sozusagen mit „ungebremster“ Geschwindigkeit in die Lungen ein. Vor Ihrer Operation war es so, daß die Strömungsgeschwindigkeit der Atemluft erstens wegen des längeren Weges von den „oberen“ zu den „unteren Luftwegen“ an „Fahrt“ verlor, zweitens durch die Reibungsvorgänge an den Schleimhautwänden gedrosselt wurde.

Jetzt strömt bei Ihnen die Atemluft mit ungeminderter Geschwindigkeit in Ihre Lungen ein. Das kann bedeuten, sofern nicht entsprechende Gegenvorkehrungen getroffen werden, daß im Laufe der folgenden Jahre Ihre Lungenbläschen überbläht werden und sich eine Blählung (lat.: Emphysem) entwickelt.

Wie einer solchen unangenehmen Veränderung entgegengewirkt werden kann, besprechen wir ausführlich im Kapitel „Der Schutz von Stoma, Trachea und Bronchien“.

Doch jetzt wollen wir uns zunächst den wichtigen Fragen nach der „Versorgung von Trachea und Bronchien“ widmen.

4.1 DIE VERSORGUNG VON TRACHEA UND BRONCHIEN

Wenn wir unter dem Begriff „Versorgung“ im wesentlichen die Frage verstehen: was muß der Trachea und den Bronchien zugeführt werden, um ihre Oberflächen und ihre Funktion in einem gesunden Gleichgewicht zu halten, so kann es sich hier nur um die Atemluft handeln, die in puncto Feuchtigkeit ziemlich genau meßbar geregelt werden kann.

Am günstigsten für Ihre Luftröhre und Ihre Bronchien ist ein Feuchtigkeitsgehalt der Atemluft von ungefähr 60%. Auf keinen Fall sollte dieser Wert in den Räumen, in denen Sie sich aufhalten und leben, unter 50% sinken.

Diese Werte lassen sich in Ihren Wohnräumen sicher und leicht mit einem **Hygrometer** überprüfen und kontrollieren.

Im Winter, wenn die Räume zusätzlich geheizt werden, und bei sogenannten Hochdruck-Wetterlagen werden die Luftfeuchtigkeitswerte oft erheblich unterschritten. Hier tut dann für Sie die Luftfeuchtigkeits-Kontrolle mit einem Hygrometer besonders not. Einem ungenügenden Feuchtig-



Raumluftbefeuchter Bonito Air Comfort, mit Hygrometer (Sonderzubehör)

keitsgehalt der Atemluft kann durch geeignete Maßnahmen entgegengesteuert werden: grundsätzlich sollten die Heizkörper in Ihrer Wohnung mit Verdampfern ausgerüstet sein.

Zusätzlich kann bei einem durch das Hygrometer angezeigten Bedarf, der Luftfeuchtigkeitsgehalt mit einem **Raumluftbefeuchter** auf die notwendigen Werte angehoben werden.

Raumluftbefeuchter, die das Wasser erhitzen, geben warmen und keimfreien Wasserdampf an die Luft ab, so daß eine absolut hygienische Luftbefeuchtung gewährleistet ist. Auf diesem Wege wird das unbedingt erforderliche Anfeuchten und Erwärmen der Atemluft sichergestellt. Dadurch wird die Gefahr des Austrocknens der Schleimhäute, der Verhärtung der Sekrete, der Borkenbildung und der Entstehung von Infektionen gemindert.

Raumluftbefeuchter halten den Feuchtigkeitsgehalt der Luft durch einen Luftfeuchtigkeitsregler auf einem konstanten Wert.

Trotz peinlicher und gewissenhafter Aufmerksamkeit für die Raumluft und deren Feuchtigkeitsgehalt können nun doch schon einmal vermehrte Verschleimung, Sekretanstauungen und Borkenbildungen auftreten.

Dann wird eine, über die grobe „Zubereitung“ der Raumluft hinausreichende, gezielte feine Zufuhr von feuchtwarmer Luft in Trachea und Bronchien erforderlich. Durch Inhalation mit einem **Feuchtwarm-Inhalator**, z.B. Saluta®-Standard, wird direkt auf die Schleimhäute der „unteren Luftwege“ eingewirkt.



Saluta®-Standard-Inhalator mit Dampfzerstäuber

Das Einatmen der feuchtwarmen Luft bewirkt, daß Borken gelöst, Schleim und Sekret verflüssigt und abhustbar gemacht werden. Über regelmäßige Feuchtwarm-Inhalationen gelangen Sie schneller zu einer Regeneration Ihrer Tracheal- und Bronchial-Schleimhäute.

Medikamente, welche der Inhalationslösung zur rascheren Wirkung und Heilung zugesetzt werden können, empfiehlt und verschreibt Ihnen Ihr Arzt.

Im Handel befinden sich verschiedene Ausführungen von Inhaliergeräten. Über Auswahl und Einsatz eines Inhalators sollten Sie sich mit Ihrem Arzt und Ihrem Fachhändler beraten.

Bei starken, immer wiederkehrenden entzündlichen Prozessen in Trachea und Bronchien kann schon einmal ein leistungsstärkerer **Aerosol-Inhalator** in Frage kommen.



Tracheal-Aerosol-Inhalator

Einige der Ihnen zur Verfügung stehenden Inhalatoren müssen mit einer speziellen Halsmaske ausgerüstet sein, die direkt auf Ihr Stoma aufzusetzen ist. Gesichtsmasken oder Mundstücke haben für Sie keinen Sinn.

Inhalatoren dienen im Rahmen der „Versorgung von Trachea/Bronchien“ der gezielten, heilenden Zufuhr von feuchter und warmer Luft.

Im folgenden Kapitel „Die Pflege von Trachea/Bronchien“ werden wir auch kurz auf den reinen Vorsorge-Charakter des Einsatzes von Inhalatoren hinweisen.

4.2 DIE PFLEGE VON TRACHEA UND BRONCHIEN

Durch die einschneidend veränderten Atembedingungen nach Kehlkopfentfernung und dem damit verbundenen Funktionsverlust der „oberen Luftwege“ treten akute und in schlimmeren Fällen auch chronische Veränderungen in Trachea und Bronchien auf, die eine regelmäßige Pflege dieser Organe notwendig machen:

DAS ABHUSTEN

Als Sie noch im Besitz Ihres Kehlkopfs waren, funktionierte das Abhusten dergestalt, daß Sie vor dem Husten tief eingeatmet haben, sich sodann Ihr Kehlkopf schloß und einen Überdruck in der Luftröhre aufbaute. Durch schnelles Sichwiederöffnen des Kehlkopfs wurde dann der Bronchialschleim „explosionsartig“ nach außen befördert.

Jetzt nach dem operativen Eingriff müssen Sie das „normale“ Abhusten nachzuahmen lernen: Atmen Sie tief ein, schließen Sie mit einem fusselfreien Tuch Ihr Stoma fest zu (Ersatz für Kehlkopfdeckelverschluß). Nach dem Loslassen des Tuches: Abhusten des Schleimes und Auffangen desselben in das vorgehaltene Tuch.

Das Abhusten nur dann und so oft praktizieren, wie Sie ein Hustenreiz dazu zwingt.

Aus hygienischen und ästhetischen Gründen sollten Sie, zumindest in der ersten Zeit nach der Operation, in separaten Räumen (Bad, WC), unter Verwendung eines Spiegels, abhusten. Die diskrete Form dieser Bronchialreinigung, auch im Kreise Ihrer Angehörigen, erleichtert Ihnen und Ihren Angehörigen die Bewältigung der Probleme um die Folgen Ihrer Operation.

Sind Sie noch Kanülenträger, so halten Sie diese beim Abhusten fest, damit sie nicht zu sehr an der Trachealwand scheuert und Irritationen hervorruft.

Zum Abhusten verwenden Sie am besten ein fusselfreies Leinentaschentuch oder reißfeste Papiertaschentücher. Auch dicklagige Tracheal-Mullkompressen sind geeignet. Stellen Sie sich an einem festen Platz im Haus einen Abfalleimer auf, in dem Sie die benutzten Papiertaschentücher und Kompressen, und auch andere gebrauchte Hilfsmittel, unterbringen können.

Noch ein Tip: Bei Borkenbildung und entsprechend mäßigem Abhusteffekt können Sie durch Einträufeln von physiologischer Kochsalzlösung (in jeder Apotheke erhältlich) oder von gesundheitlich unbedenklichen Netzmitteln in das Stoma, Borken anweichen und abhustbar machen.

DAS ABSAUGEN DER LUFTRÖHRE

In besonders schweren Fällen von Schleim- und Borkenbildung in Trachea und Bronchien werden Sie ohne zusätzliches Absaugen mit einem **Tracheal-Absauggerät** dem Übel kaum Herr werden. Auf Reisen empfiehlt sich ein transportables und akkubetriebenes Absauggerät wie das Tracheal-Absauggerät Tracheoport®.

Das Absaugen Ihrer Trachea kennen Sie von Ihrem Klinikaufenthalt. Dort hat das Pflegepersonal kurz nach der Operation das Absaugen des Tracheostomas durchgeführt. Mit zunehmender Zeit nach der Kehlkopfentfernung



Tracheal-Absauggerät Tracheoport® mit Nachrüstsatz (Sonderzubehör)

haben Sie das Absaugen selbst erlernt, so daß detaillierte Erläuterungen an dieser Stelle nicht erforderlich sind.

So viel sei jedoch noch bemerkt: zum Absaugen sollten ausschließlich sterile **Absaugkatheter/Stoma-Katheter** – die in verschiedenen Ausführungen und Längen erhältlich sind – verwendet werden. Der Absaugkatheter wird durch einen **Schlauchverbinder/Fingertip** mit dem Absaugschlauch des Absauggerätes verbunden.



Tracheoport® Absauggerät (akkubetrieben)

Nachdem Sie Ihr Tracheal-Absauggerät eingeschaltet haben, führen Sie einen Stoma-Katheter vorsichtig in das Stoma ein und schieben ihn – wie nach Anleitung des Arztes – einige Zentimeter weit in die Luftröhre vor. Dabei bleibt der Fingertip zwischen Katheter und Absaugschlauch geöffnet. Es wird also noch nicht abgesaugt! Beginnen Sie mit dem Absaugvorgang, in dem Sie nun den Fingertip mit dem Daumen schließen, wenn die Katheterspitze den gewünschten Punkt in der Trachea erreicht hat! Sie saugen also von unten nach oben und nicht umgekehrt.

Dies geschieht aus zwei guten Gründen so: Dadurch daß beim Einschieben des Katheters über das Stoma in die Luftröhre noch kein Sog in dem Stoma-Katheter ist, läßt dieser sich, ohne daß er sich immer wieder an der Trachealschleimhaut festsaugt und beim notwendigen Losziehen von der Schleimhaut Verletzungen verursacht, mühelos und glatt nach unten bringen. Zum anderen findet durch diese angegebene Richtung des Saugens eine zufriedenstellende Sekretentfernung der Bronchien und der Luftröhre statt.

Mit Blick auf den großen Durchmesser der Luftröhre sollten Sie sterile Einmal-Stoma-Katheter der Größe CH 14 oder CH 16 benutzen. Wegen der bestehenden Infektionsgefahr ist einmaliger Gebrauch dringend anzuraten.

Das Ihrer Absaugeinheit mitgelieferte Sekretglas füllen Sie, bevor Sie mit dem Absaugen beginnen, etwa fingerbreit mit Wasser. Das Sekretglas sollte nach jedem Absaugvorgang entleert werden, spätestens jedoch, wenn es zur Hälfte mit Sekretflüssigkeit gefüllt ist.

DIE INHALATION

Im Kapitel „Die Versorgung von Trachea und Bronchien“ haben wir schon ausführlich die heilende Wirkung von Inhalationen besprochen, besonders in den Fällen der starken Borkenbildung, Schleimhautreizung und -entzündung.

Eine ebenso wichtige Bedeutung kommt regelmäßigen Feuchtwarm-Inhalationen als pflegender Vorsorgemaßnahme für die Schleimhäute der „unteren Luftwege“ zu. Die konstant geregelte und gezielte Zufuhr von feuchter und angewärmter Luft beugt krankhaften Veränderungen der Luftröhre und Bronchien vor und dient somit nachhaltig einer Reduktion der Sekret- und Schleimbildung und deren verborkender Austrocknung.

Sie sollten es sich also zur Gewohnheit machen, täglich zu den gleichen Zeiten wenige Minuten zu inhalieren. Das ist die beste Vorbeugung und Pflege für Ihre Trachea und Bronchien.

In dem nun folgenden Kapitel wollen wir Tracheostoma, Trachea und Bronchien noch einmal einheitlich betrachten und darüber nachdenken, was zu deren Schutz zu tun ist.

4.3 DER SCHUTZ VON TRACHEOSTOMA, TRACHEA UND BRONCHIEN

Die nachfolgend aufgeführten und einzeln beschriebenen Hilfsmittel dienen dem Schutz Ihrer neuen Atemöffnung, Ihrer Luftröhre und Bronchien.

Es gilt zu schützen vor Flug- und Schadstoffen in der Luft, vor kleineren und größeren Insekten, vor Staub- und Schmutzpartikeln, welche allesamt ohne entsprechenden Schutz auf direktem Weg über Ihr Stoma in die „unteren Luftwege“ gelangen können.

Neben diesem Schutz vor direkter physikalischer und chemischer Einwirkung sorgen diese Hilfsmittel mit dafür, daß die Atemluft einigermaßen für den Atemweg und den Atemvorgang „zubereitet“ wird, d. h. sie sorgen für eine Anfeuchtung, Erwärmung und Filterung der Atemluft.

An dritter Stelle, und diese Aufgabe ist nicht von geringerer Bedeutung, stellen die meisten der jetzt zu besprechenden Hilfsmittel auch einen wichtigen Regulator dar für die Herabsetzung der Luftströmungsgeschwindigkeit (nähere Erläuterungen hierzu finden Sie im Kapitel „Trachea und Bronchien“).

Bei diesen Schutzartikeln, die es in verschiedenen Materialien gibt, handelt es sich im einzelnen um folgende Hilfsmittel:

STOMA-SCHUTZLÄTZCHEN

Es handelt sich um ein Hilfsmittel, das sich aus mehrlagigem, vernähten, grobmaschigem Gitterstoff aus Baumwolle oder Kunstfaser zusammensetzt. Es gibt die **Stoma-Schutzlätzchen** in unterschiedlichen Stärken, z. B. 3-lagig, 5-lagig, 8-lagig und 12-lagig.

Die dünneren Lätzchen werden an wärmeren Tagen und zu Hause unter dem Hemd getragen, während die dickeren für kältere und kalte Tage bestimmt sind, oder wenn Sie sich besonders intensiv schützen müssen.

Die Stoma-Schutzlätzchen besitzen ein Befestigungsband aus Baumwolle, das um den Hals gebunden wird und mit einem regulierbaren Verschlusssystem auf verschiedene Halsweiten eingestellt werden kann. Bei dem



Stoma-Schutzlätzchen

Stoma-Schutzlätzchen aus Baumwolle ist das Befestigungsband elastisch, so daß eine flexible Anpassung an die Halsweite möglich ist. Dieses Schutzlätzchen läßt sich auch gut während des Schlafes tragen, da der Hals auch in Liegeposition nicht eingeeengt wird.



Stoma-Schutzlätzchen aus Baumwolle

STOMA-SCHUTZTUCH

Die **Stoma-Schutztücher** werden genauso unter dem Hemd getragen wie die Lätzchen. Auch haben sie dieselben Schutzfunktionen zu erfüllen. Nur stellen sie höhere Ansprüche an die Ästhetik und den Tragekomfort. Es gibt sie in vielen verschiedenen Farben. Dadurch lassen sie sich variabel auf Ihre Kleidung abstimmen.

Die Stoma-Schutztücher mit Diolentüll-Einlage können allein vor dem Stoma, ebenso vor der Kanüle und der Tracheal-Komresse, wie auch vor einem Stoma-Schutzlätzchen getragen werden.



Stoma-Schutztuch

STOMA-SCHUTZSCHAL

Der **Stoma-Schutzschal** ähnelt dem Stoma-Schutztuch, weist aber die Besonderheit auf, daß die Befestigungsbänder aus dem gleichen Stoff bestehen, wie das Vorderteil. Der Stoma-Schutzschal wird vorne mit einem Klettverschluß verschlossen, der durch das überliegende Stoffteil verdeckt wird. Dadurch läßt er sich besonders angenehm tragen und ist äußerlich von einem normalen Halstuch kaum zu unterscheiden. Auch beim Stoma-

Schutzschal besteht durch die eingenähte Diolentüllschicht der bereits beschriebene Schutzeffekt. Sowohl beim Tragen eines Stoma-Schutzttuches als auch eines Stoma-Schutzschals empfiehlt sich die Verwendung eines Kanülen-Abstandhalters. Hierbei handelt es sich um ein Hilfsmittel, das verhindert, daß durch das Tragen eines Tracheostomaschutzes die Öffnung der Kanüle blockiert und infolgedessen das Atmen erschwert wird. Der Abstandhalter wird auf das Kanülenschild der Trachealkanüle aufgeschoben und sorgt für einen ausreichenden Abstand zwischen Atemöffnung und Tracheostomaschutz-Artikeln.

STOMA-SCHUTZROLLI



Tracheotex®-Stoma-Schutzrolli

Hierbei handelt es sich um ein Gestrick, das als wärmender und Feuchtigkeit spendender Einsatz, ähnlich den Lätzchen und Tüchern, unter dem Hemd getragen wird.

Stoma-Schutzrollis werden aus glatter, oberflächenbearbeiteter, ziemlich reißfester Baumwolle gestrickt. Sie haben auf der stomazugewandten Seite eine Diolentüll-Einlage zum Auffangen von Trachealsekret. Sie sind in verschiedenen Farben erhältlich.

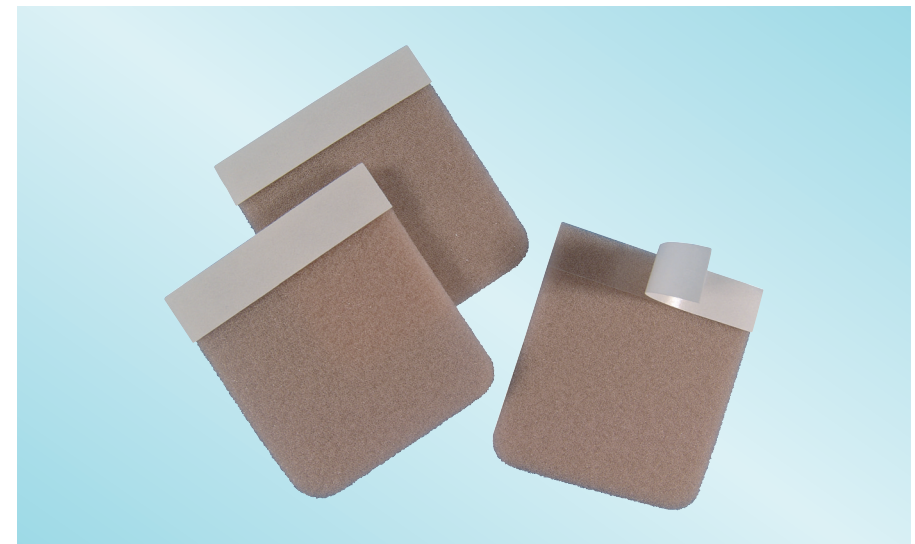
Stoma-Schutzlätzchen, Stoma-Schutztücher, Stoma-Schutzschals und Stoma-Schutzrollis finden Sie bereits in Ihrem Erstausrüstungs-Set. Die Grundausstattung mit diesen textilen Schutzvorrichtungen sollte etwa 10 Stück betragen.

Zu waschen sind alle diese 4 Formen von Schutzartikeln aus Stoffen in gleicher Weise: mit einem handelsüblichen Feinwaschmittel per Hand im Handwaschbecken und dann an der Luft trocknen lassen.

Achtung: Während des Schlafes dürfen keine Schutzartikel um den Hals getragen werden, die ein festes, unelastisches Band haben. Gefahr der Drosselung der Blutzufuhr zum Kopf!

TRACHEOSTOMA-FIX

Für Kehlkopferoperierte, die keine Kanüle mehr tragen brauchen und bei denen sich die Funktion der Tracheal- und Bronchialschleimhaut schon weitgehend normalisiert hat, ist die Anwendung von speziellen Partikel-filtern wie z. B. **Tracheostoma-Fix**, Tracheofoam, Laryngofix angezeigt.



Tracheostoma-Fix

Dabei handelt es sich um kleine, hautfarbene Stanzteile aus physiologisch unbedenklichem Schaumstoff. Sie dienen hauptsächlich dem Schutz des Stomas und der Luftröhre vor groben, physikalischen Schäden und Fremdkörpern. Auch eine Erwärmung und Anfeuchtung der Atemluft wird mit diesem Hilfsmittel möglich.



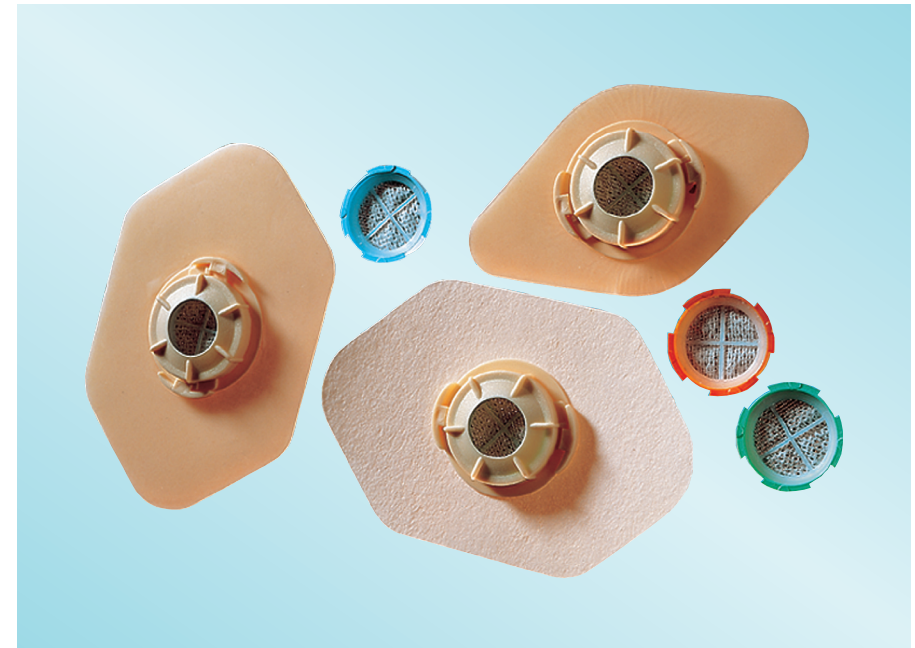
Laryngofix®

Tracheostoma-Fix wird mit einem speziellen hautverträglichen Klebeband (Klebestreifen) oberhalb Ihres Stomas befestigt.

STOMAFILTER-SYSTEME

Stomafilter dienen der Filterung, Erwärmung und Anfeuchtung von Atemluft. Produktspezifische Ausführungen erhöhen zudem den Atemwiderstand und steigern dadurch die Sauerstoffaufnahme ins Blut. Es sind verschiedene Stomafilter-Systeme erhältlich, dabei lassen sich Kombisysteme, die aus Halteplatte und auswechselbarer Filtereinheit bestehen, z. B. **Trachinaze®**, Provox®, Blom-Singer® und verbundene Stomafilter-Systeme, z.B. Stom-Vent® unterscheiden. Die Stomafilter werden wie ein Pflaster über das Tracheostoma geklebt. Nicht jeder Kehlkopflose kann diesen Filter tragen.

Insbesondere bei Kanülenträgern lässt sich der Filter nicht immer optimal befestigen, z. B. wenn das Kanülenschild besonders groß ist und weit über



TrachiNaze® Stomafiltersystem für Tracheotomierte und Laryngektomierte

das Tracheostoma hinausragt. Auch wird der Stomafilter von manchem als hinderlicher Fremdkörper empfunden. Ob ein Stomafilter-System geeignet ist, bedarf der individuellen Erprobung.

5. DIE „OBEREN LUFTWEGE“

Naturgemäß werden die „oberen Luftwege“ (Nase, Nasenrachen, Mund, Mundrachen und Kehlrachen) durch die Kehlkopfentfernung ebensolche nachteilige Veränderungen erfahren, wie es die „unteren Luftwege“ (Luftröhre, Bronchien, Lunge) tun.

Betrachten wir also im folgenden die „oberen Luftwege“ mit Blick auf ihre Veränderungen und Einschränkungen nach Kehlkopfentfernung. Wir tun dies in ihrer anatomischen Reihenfolge von oben nach unten:

5.1 DIE NASE

Durch das ausschließliche Atmen über Ihr Tracheostoma geht der Nase zwangsläufig das „Objekt“ ihrer Funktion (Atmen, Riechen) verloren: die Atemluft. Das hat mitunter einschneidende Folgen:

Die Nasenschleimhaut bekommt z.B. wegen des Fehlens durchströmender Atemluft nicht mehr angezeigt, wann sie sich zu verändern hat und wann nicht. Das heißt, sie „weiß nicht“, wann sie an- bzw. abzuswellen hat.

So bietet Ihre Nase z. B. aus heiterem Himmel einen „Schnupfen“, sie fängt scheinbar ohne Grund an zu laufen.

Dieser sogenannte „reflektorische Schnupfen“ ist für Sie ziemlich unangenehm, da Sie zunächst nichts anderes dagegen unternehmen können als die Nase immer wieder abzutupfen. In einem solchen Fall sollten Sie ihren HNO-Arzt aufsuchen, damit er Ihnen auch medikamentös helfen kann.

„Entzündliche Schnupfen“ (Bakterien, Viren) bedürfen, vor allem wegen ihres häufig zähen Sekretes, ebenso der ärztlichen Hilfe. Es sollten sich durch Zurückhaltung von infiziertem Schleim keine Nasennebenhöhlen-Entzündungen einstellen dürfen. Sie können nach der Kehlkopfoperation die Nase weder „hochziehen“ noch ausschneuzen. Zähes Sekret muß daher mechanisch aus der Nase entfernt werden (z. B. Wattestäbchen). Sehr dickflüssiges, verharztes, unter Umständen grünlich-gelbes oder gar blutiges Sekret muß abgesaugt werden. Gehen Sie dabei so vor, wie oben bei der Anwendung Ihres Absauggerätes beschrieben.

Die Aufhebung der Nasenatmung hat bei Ihnen zu einem teilweisen oder gänzlichen Verlust des Geruchssinns geführt.

Das liegt unter anderem daran, daß die Duftstoffe nicht mehr an das Riechepithel der Nasenschleimhaut angeatmet werden. Manchen Kehlkopfloren gelingt es, durch „Schnüffeln“ ihr Riechvermögen einigermaßen in Gang zu halten.

Reizstoffe, Ammoniak, Benzin oder Äther, ziehen ohne Atembewegung in die Nase ein und werden dort wegen ihres intensiven Reizes wahrgenommen.

Manche sehr starke Düfte, wie z. B. der von frisch gedüngten Äckern oder Autoabgasen, werden größtenteils noch viel stärker wahrgenommen als vor der Laryngektomie.

Die Einschränkung oder Aufhebung Ihres Geruchssinnes macht Sie gefährdet: giftige Dämpfe/Gase werden Sie erst sehr spät wahrnehmen. Einziges Indiz für eine solche Gefährdung ist ein einsetzender Hustenreiz. Der sollte für Sie immer ein Alarmzeichen sein!

Die gleiche Gefährdung, die auf dem Verlust Ihres Riechvermögens beruht, gilt auch für die Beurteilung, ob Ihre Nahrungs- und Lebensmittel von frischer Qualität sind. Hier sollten Sie im Zweifelsfalle keine Kompromisse eingehen.

Für eine kurzzeitige Wiederherstellung der Nasenatmung und damit des Riechens steht Ihnen ein **Riechschlauch** zur Verfügung. Mit diesem Schlauch verbinden Sie Tracheostoma und Mund, um dann durch die Nase einzuatmen. In der Regel funktioniert dann auch wieder Ihr Geruchssinn.

5.2 DER MUND

Wie in dem Kapitel „Die Operation unmittelbare Folgen“ schon besprochen, besteht nach der Operation keine Gefahr des „Verschluckens“ mehr.

Der Geschmack bleibt Ihnen nach der Operation erhalten. Dieser kann lediglich dann bis zum Fehlschmecken eingeschränkt sein, wenn Sie zusätzlich zu Ihrer Operation noch bestrahlt werden mußten. Diese Einschränkung hält aber nur eine bestimmte Zeit an.

Insbesondere gebratenes Fleisch werden Sie z. B. wie Metall schmecken.

Während der Bestrahlungszeit und kurze Zeit danach können Sie unter lästiger Mundtrockenheit und unter Schluckstörungen leiden. Für diese Zeitspanne empfiehlt sich hauptsächlich flüssigere Nahrung.

Feste Nahrung gut zerkleinern und kauen, in kleinen Portionen schlucken!

Sollte einmal ein Bissen steckengeblieben sein, keine Angst, Sie können nicht daran erstickten. Durch Würgebewegungen gelingt es Ihnen in den meisten Fällen, den „bolus“ wieder flott zu bekommen und zu schlucken.

Anhaltende Schluckhindernisse müssen ärztlicherseits abgeklärt werden. Es kann sein, daß sich die Speiseröhre, die ja zu einem durchgehenden Schlauch vernäht worden ist, durch Narbenzug eingeengt hat.

Vorsicht bei der Einnahme von heißen Getränken und Speisen! Verbrühungsgefahr! Da Sie nicht mehr schlürfen können (also zusammen mit der Flüssigkeit oder Nahrung Luft einsaugen), geht Ihnen die wärmeisolierende Luftschicht zwischen Speisen einerseits und der Lippen- bzw. Mundschleimhaut andererseits verloren. Abkühlen einer heißen Nahrung durch „Pusten“ ist ebenfalls nicht mehr möglich. Daher: die mögliche Temperatur der Nahrung erst am Trinkgefäß oder Tellerrand abtasten.

Ihre Ernährung sollte aus folgendem Grund bewußt vitamin- und balaststoffreich (Vollkorn, Weizenkleie, rohes, ungeschältes Obst und Gemüse) sein:

Durch den fehlenden Kehildeckel ist ein Preßvorgang beim Stuhlgang nicht mehr möglich. Daher muß sich Ihr Stuhl in Zukunft ohne größere Kraftanstrengung entleeren lassen.

Desweiteren gilt: Kraftanstrengungen, die ein Pressen erfordern, sind für Sie tabu.

Schließlich: Schnarchen und Gurgeln betreffen Sie ab sofort nicht mehr, da die Atmung ja zum Stoma verlegt worden ist.

6. BADEN – DUSCHEN – SCHWIMMEN – SPORT

Hauptgebot bei den ersten drei genannten Aktivitäten ist: es darf kein Wasser in Ihr Stoma eindringen – Gefahr des Ertrinkens!

Beim **Baden** in der Wanne gelten folgende Regeln:

1. Badewanne nur bis ungefähr Zwerchfellhöhe mit Wasser füllen.
2. Kein üppiges Schaum- oder Duftbad!
3. Badewanne mit sitz- oder rutschfester Gummimatte ausstatten.
4. Badezimmertür immer offenlassen, falls eilige Hilfe erforderlich.
5. Immer einer Hilfsperson mitteilen, wenn Sie ein Bad nehmen wollen.
6. Glocke oder **Signalrufgerät** neben die Wanne legen.

Sollte Wasser oder Schaum in die Luftröhre eingedrungen sein:

1. Sofort Alarm geben.
2. Sofort aus dem Wasser.
3. Mit dem Oberkörper über den Beckenrand, Kopf und Hals nach unten, Wasser abhusten.
4. Badewasser ablassen.
5. Hieraus für das nächste Bad konsequente Lehre ziehen!

Es empfiehlt sich für die erste Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause, beim Baden und Duschen eine Hilfsperson hinzuzuziehen, da Sie vielleicht noch ein wenig geschwächt sein werden.

Diese Hilfsperson muß kräftig genug sein, um Ihren Oberkörper nötigenfalls aus dem Wasser halten zu können, bis das Wasser abgelassen ist.

Das **Duschen** ist grundsätzlich nur mit einem entsprechend konstruierten Hilfsmittel, einem **Duscheschutz** möglich, da sonst die Gefahr zu ertrinken unvermeidbar ist. Es sind verschiedene Ausführungen erhältlich, nämlich Produkte, die wie eine Schutzkappe um den Hals gebunden werden und Produkte, die über das Tracheostoma geklebt werden und so das Eindringen von Wasser verhindern.

Üblicherweise wird in den Erstausstattungen ein Duscheschutz aus Gummi (z.B. Kautschuk) mitgeliefert, der wie ein ein Lätzchen umgebunden wird und das Tracheostoma abdeckt. Er verhindert weitgehend das Eindringen von Wasser in das Stoma. Er kann jedoch nur so zuverlässig das Stoma

abdichten, wie er in der Lage ist, jede kleinste Hautunebenheit, jede schmalste Hautfalte, kleinste Narbeneinziehungen und minimale Reliefunterschiede in der Haut des Halses wasserdicht abzudecken.

Einen 100%igen Schutz kann der Duscheschutz daher nicht gewährleisten.

Schwimmen und die Durchführung wassertherapeutischer Maßnahmen ist selbstverständlich nur mit einem **Wassertherapiegerät** möglich.

Der Bundesverband für Kehlkopflöse e. V., Ihr nächster Bezirksverband oder der Fachhändler können Ihnen diesbezüglich Ansprechpartner in Ihrer Nähe benennen und auch mitteilen, wo Ihnen ein Wassertherapiegerät zur Verfügung gestellt werden kann.

Unterweisung in den Gebrauch eines Wassertherapiegerätes erteilt Ihnen in der Regel ein speziell geschulter Schwimmbeauftragter des Bundesverbandes der Kehlkopflösen e.V.

Sport dürfen Sie selbstverständlich, sofern es Ihre Kräfte und Ihre Gesundheitsumstände zulassen, in jeder Form betreiben. Aus schon früher erwähnten Gründen werden bestimmte Sportarten nur eingeschränkt möglich sein (z. B. Kraftsport).

Gymnastische Übungen sind nicht nur empfehlenswert, sondern gerade in den Fällen nach operativer Halsauräumung (Neck-Dissection) notwendig. Dabei muß die Hals-, Schulter- und Armmuskulatur trainiert und gestärkt werden.

Regelmäßige und ausgedehnte Spaziergänge in der frischen Luft führen zur allgemeinen Kräftigung und Einübung der „neuen“ Atmung.

7. KEHLKOPFLOS – EINE NEUE SPRECHTECHNIK

Was Ihnen schon vor dem operativen Eingriff schlimmste Sorgen und Ängste bereitet hat, ist nun Wirklichkeit: Sie können nicht mehr sprechen.

Unbewußt und rein reflektorisch werden Sie dennoch auch schon im Krankenbett immer wieder versuchen zu sprechen. Sie strengen sich an, mit dem Mund Sprechlaute zu formen, die sich für den Zuhörer wie eine Art Flüstern anhören.

Dieses „Beinahe-Wie-Flüstern“ (Pseudoflüstern) unterscheidet sich von der richtigen Flüstersprache dadurch, daß es nur mittels der im Mundraum vorhandenen Luft zustandekommt. Das Pseudoflüstern ist sehr leise, es kann vom Zuhörer nur bei ruhiger Umgebung und bei gleichzeitigem Ablesen vom Mund verstanden werden.

Die Pseudoflüstersprache ist neben Ihrem Schreibtäfelchen für Notizen am Anfang ein probates Mittel, sich zu verständigen.

Das Pseudoflüstern ist in seiner ohnehin schon geringen Lautstärke nicht wesentlich zu verändern. Dies wird Ihnen auch nicht durch Anstrengung gelingen. Bleiben Sie bei der Anwendung der Pseudoflüstersprache vor allem in der Atmung ganz ruhig, bilden Sie mit den Lippen die Wörter so exakt und sauber wie möglich und sprechen Sie in kurzen Sätzen.

Gottlob, und diese Tatsache sollte Ihnen unbedingt Mut machen und gewaltigen Auftrieb geben, sind Sie nicht für den Rest Ihres Lebens zu dieser ungenügenden Pseudoflüstersprache verdammt.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Ihr Sprechvermögen wiederherzustellen, z. B:

- ▶ Körpereigene Ersatzstimme, sog. Oesophagusstimme
- ▶ Sprechen mit apparativer Hilfe (elektronische Sprechhilfe)
- ▶ Sprechen mit Shunt-Ventil (Stimmprothese)

Im folgenden wollen wir Sie nur in Grundzügen über diese verschiedenen Methoden des „neuen“ Sprechens informieren, um Ihnen hauptsächlich Hoffnung zu geben und Mut für Ihre Zukunft zu machen.

Dieser Leitfaden würde seine Aufgabe nicht erfüllen und seinen Rahmen sprengen, wolle er Sie mit theoretischen Erörterungen und wissenschaftlichen Diskussionen behelligen. Das brächte Sie nur in Verwirrung und keinen Schritt weiter!

Bevor wir Ihnen die verschiedenen Formen des Ersatz-Sprechens vorstellen, noch einige Vorbemerkungen zum besseren Verständnis der folgenden Erläuterungen:

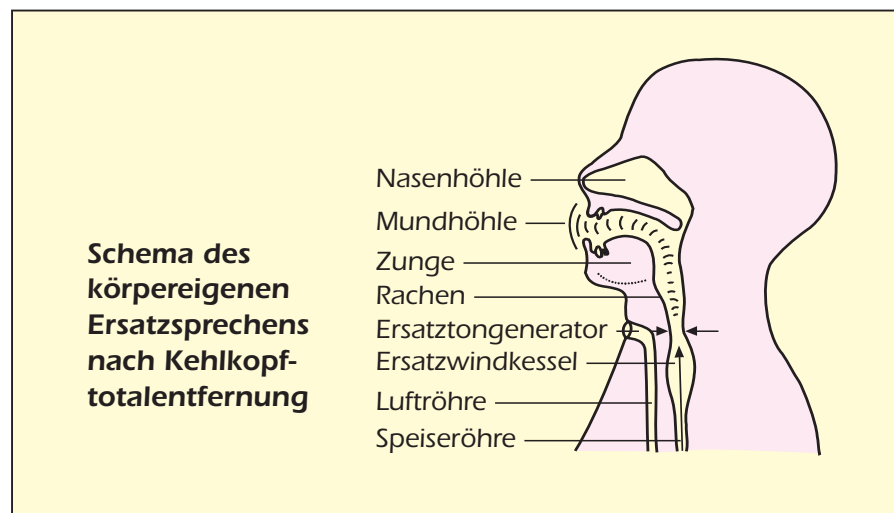
Vor der Entfernung Ihres Kehlkopfs wurde durch die Schwingungen der Stimmbänder im Kehlkopf die „Stimme“ (Stimmtöne) erzeugt, d. h. Ihre Stimmbänder funktionierten quasi als Tongenerator.

Diese „Stimmtöne“ stellten das akustische Grundmaterial für die „Sprache“ dar. Durch den Wegfall des Kehlkopfs, und somit des Stimmerzeugers, sind Sie der Grundlage Ihrer Sprache beraubt.

Aber, Sie verfügen weiterhin über diejenigen Sprechwerkzeuge, welche die ehemals in Ihrem Kehlkopf erzeugte „Stimme“ zur Sprache umformen: Lippen, Zunge, Wangen, Gaumen, Mundrachen, Nasen- und Kehlrachen.

Die bald schon nach Ihrer Operation einsetzende Sprachtherapie hat nun zum Ziel, für die durch den Wegfall Ihrer Stimmbänder fehlenden Stimmtöne einen Ersatz-Klangerzeuger zu schaffen. Dazu bieten sich die oben vorgestellten Möglichkeiten an.

7.1 DIE KÖRPEREIGENE ERSATZSTIMME – SPEISERÖHREN-STIMME (LAT.: OESOPHAGUSSTIMME)



Für den Sprachtherapeuten ist es die zunächst wichtigste Aufgabe, Sie mit dem theoretischen Prinzip der Speiseröhrenstimme vertraut zu machen: das Bilden eines Luftreservoirs im oberen Abschnitt der Speiseröhre, mit dem die Lautbildung erst möglich wird.

Sie müssen es also lernen, die Luft, welche Sie zur Stimmerzeugung verwenden wollen, mit Bewegungen der Zunge und des Unterkiefers aktiv und kontrolliert wieder in die Speiseröhre herauszulassen.

Die „geschluckte“ Luft sammelt sich im oberen Abschnitt der Speiseröhre (lat.: Oesophagus) zu einer Art „Luftsack“. Im Laufe des Erlernens dieses Ersatz-Sprechens bilden sich am Speiseröhrenmund, quasi als Stimmbänder-Ersatz, Schleimhautwülste aus. Diese werden beim kontrollierten Herauslassen der Luft in Schwingungen versetzt und erzeugen zwar rauhe und nicht sehr laute, wohl aber gut wahrnehmbare Stimmtöne, die dann im „Ansatzrohr“ (Rachen, Mundhöhle, Nasenhöhle) zu stimmhaften Sprachlauten geformt werden.

In dieser Ersatzstimmerzeugung geübte Kehlkopflöse verändern die Lautstärke und die Tonhöhe ihrer Ersatzstimme so geschickt, daß diese, wenn auch etwas rau und heiser, die kehlkopflösen Sprecher in ihrer ganz individuellen Art zu sprechen wiedererkennen läßt.

Die jedem Menschen im Sprachfluß, Dialekt, Satzbau, Wortwahl und Temperament ureigene Sprache wird dem trainierten Kehlkopflösen mit Speiseröhren-Ersatzstimme wieder zum typischen Erkennungsmerkmal. Die Lautstärke allerdings ist nicht unbegrenzt variabel. So werden Sie nicht mehr laut rufen und schreien können. Jedoch sind ganz deutliche Unterschiede zwischen Flüster- und Umgangssprache möglich.

Das Erlernen der Speiseröhren-Ersatz-Stimme hängt weitgehend von Ihrer Motivation, Ihrem Willen, Ihrer Bereitschaft mitzumachen, aber auch von Faktoren ab, auf welche Sie keinen Einfluß haben (z. B. Ihr organischer Zustand nach der Operation).

Mit der Sprachtherapie sollte in der Regel so früh wie möglich begonnen werden, d. h. ca. 2–3 Wochen nach der Operation, soweit nicht gesundheitliche Bedenken dagegen sprechen. Eine längere Wartezeit birgt die Gefahr in sich, daß Sie sich an die Pseudo-Flüstersprache gewöhnen. Das würde die Gesamtrehabilitation negativ beeinflussen.

Eine Auswahl von sogenannten, technischen Sprach-Verstärkern steht Ihnen zur Verfügung, um das Problem der mangelhaften Lautstärke der „Speiseröhren-Ersatz-Stimme“ überwinden zu helfen.

7.2 SPRECHEN MIT ELEKTRONISCHER SPRECHHILFE

Nicht jedem Patienten gelingt es, die Speiseröhren-Ersatzstimme in einem zur Verständigung ausreichenden Maß zu erlernen.



Elektronische Sprechhilfe MBK

Insbesondere für solche Fälle steht dann mit der „**Sprechhilfe**“ ein elektronischer Stimmgeber zur Verfügung, mit dem eine gut verständliche, melodische Sprache erzielt wird.

Gegenüber der Oesophagus-Stimme ist das Sprechen mit der „Sprechhilfe“ weniger anstrengend. Der Wortfluß bleibt in jedem Fall gewahrt.

Wichtigste Voraussetzung für den Sprech- und Spracherfolg mit der „Sprechhilfe“ ist, daß der Sprachtherapeut den Gebrauch des Gerätes mit

Ihnen konsequent und geduldig trainiert. Es darf nicht bei der bloßen Verordnung der Sprechhilfe bleiben. Auch ausdauernde Übungen Ihrerseits zu Hause sind erforderlich, damit der Umgang mit dieser elektronischen Sprechhilfe, und somit auch der Erfolg, zur reinen Routineangelegenheit wird.

Mit Blick auf die Notwendigkeit, zu jeder Zeit und in jeder Lage sprechbereit zu sein, ist die Fähigkeit, beide Ersatzstimmen (Oesophagus-Ersatzstimme und elektronische Sprechhilfe) einzusetzen, ideal.

Daher ist empfehlenswert, daß alle Kehlkopfoperierten schon im Krankenhaus mit einem Sprechgerät versorgt werden. So können sie bereits während des stationären Aufenthaltes ihr Sprechgerät kennenlernen und auch schon erste Übungen damit beginnen. Der/die Sprachtherapeut/in findet schließlich im Sprechunterricht heraus, für welche der zu Gebote stehenden Ersatzstimmen Sie sich am ehesten eignen. Auch mit Rücksicht auf Ihren persönlichen Sprachgebrauch, Ihren Wortschatz, Ihre Mitteilungsbedürfnisse und Ihre Sprechnotwendigkeiten im Beruf wird im Sprechunterricht mal mehr Wert auf die eine oder die andere Methode des Ersatzsprechens gelegt werden.

Ein Sprechunterricht verdient das Prädikat „sinnvoll“ dann, wenn Ihnen nüchtern und sachlich die Vor- und Nachteile der Ersatzstimm-Methoden für verschiedene Situationen und unterschiedliche persönliche Sprech- und Sprachveranlagungen erläutert werden.

Bislang war es mitunter so, daß die elektronische Sprechhilfe, quasi als Lückenbüßer, nur in Fällen eingesetzt wurde, wo die Oesophagus-Ersatzstimme nicht erlernt werden konnte. Diese Einstellung sollte und muß sich allein schon deswegen ändern, weil ein sich plötzlich und dramatisch ändernder Gesundheitszustand (Luftwegsentzündungen mit quälendem, anhaltendem Husten, Einengung der Speiseröhre, Kräfteverfall etc.) einerseits die Speiseröhren-Stimme unmöglich macht, andererseits ein „Ersatz“ für diese Speiseröhren-Ersatzstimme erforderlich wird. Was macht in diesem Fall ein Kehlkopflöser, der nie den Umgang und das Sprechen mit dem Sprechgerät gelernt hat?

Das Ziel jeder Sprachrehabilitation muß darin bestehen, jeden Kehlkopflöser zu einer, seinen individuellen Fähigkeiten, Kontaktwünschen und Kommunikationsbedürfnissen entsprechenden Sprechmöglichkeit hinzu-

führen. Arzt und Logopäde sollten von vornherein jedem Kehlkopferierten diese beiden Möglichkeiten des Ersatzstimm-Sprechens zugänglich machen, so daß dieser sich endlich in der jeweiligen Situation und nach den jeweiligen Bedürfnissen für die eine oder die andere Form selbst entscheidet.

Das Prinzip der elektronischen Schallgeber besteht darin, daß ein Schwingungsgenerator eine am Kopf des Apparates befindliche Membran in Schwingungen versetzt. Der Kopf des Gerätes wird mit seiner Membran dicht abschließend auf die seitliche Halshaut angedrückt, so daß die erzeugten Vibrationen durch die Haut hindurch nach innen auf die Luftsäule in Mund, Nasen- und Mundrachen abströmen und diese in Schwingung versetzen.

7.3 SPRECHEN MIT SHUNT-VENTIL (STIMMPROTHESE)

Während oder nach einer Laryngektomie kann durch chirurgische Maßnahmen die Stimme wiederhergestellt werden. Seit einigen Jahren werden



PROVOX® 2 Shunt-Ventil

derartige Operationen in verschiedenen Kliniken durchgeführt. Wichtiges Hilfsmittel ist dabei das sogenannte „**Shunt-Ventil**“, welches oftmals auch als Stimmprothese bezeichnet wird. Durch den Einsatz eines Shunt-Ventils werden zwei wesentliche Funktionen des fehlenden Kehlkopfs ersetzt.

Zum einen ermöglicht es die Luftzufuhr von der Lunge über Luft- und Speiseröhre in den Rachen. Dabei wird die Ausatemluft zum Sprechen verwendet.

Zum anderen dichtet das Shunt-Ventil die Verbindung zur Luftröhre beim Schlucken von Speisen und Getränken ab. Dadurch wird der Anwender vor einem versehentlichen Verschlucken von Nahrung geschützt.

Grundsätzlich können zwei Prothesentypen unterschieden werden: die Wechselprothese und die Verweilprothese. Die Wechselprothese kann vom Patienten selbst entfernt und wieder eingesetzt werden, während die Verweilprothese vom Arzt gewechselt werden muß, wenn Probleme wie etwa Undichtigkeit (Aspiration) oder erhöhter Strömungswiderstand auftreten.

Wenn Sie Einzelheiten über eine operative Stimmrehabilitation erfahren möchten, sollten Sie sich unmittelbar an den behandelnden Arzt wenden. Shunt-Ventile werden von verschiedenen Herstellern in unterschiedlicher Ausführung angeboten, z. B. Provox®, Eska-Herrmann, Groningen, Blom-Singer®.

8. DIE REHABILITATION

Rehabilitation heißt „Wiederherstellung“.

Als vormals gesunder Mensch sollen Sie nun als ein durch die Folgen Ihrer Erkrankung Geschwächter, Beeinträchtigter und Benachteiligter durch Ihre Rehabilitation wieder in einen Gesamtzustand versetzt werden, der möglichst nahe an den vorherigen Gesundheitszustand herankommt.

Da Sie aus Körper und Seele bestehen, und diese in ziemlich gleichem Maße durch Ihre Krankheit und deren Behandlung Schaden genommen haben, gilt es an erster Stelle, Sie körperlich und seelisch wiederherzustellen.

Darüberhinaus sind Sie ein „soziales Wesen“, das nicht allein für sich selbst existiert, sondern eingebunden ist in viele zwischenmenschliche Bezüge (Familie, Beruf, Bürger, Freizeit etc.). Somit wird sich Ihre Rehabilitation zwangsläufig auch auf diese Bereiche erstrecken müssen.

Alles in allem läßt sich somit Ihre Rehabilitation grob in folgende Bereiche unterteilen:

1. Körperliche Rehabilitation
2. Seelische Rehabilitation
3. Familiäre Rehabilitation
4. Berufliche Rehabilitation
5. Gesellschaftliche Rehabilitation

Rehabilitation ist keine Sache, die man passiv auf sich einwirken läßt. Nein, sie erfordert an allererster Stelle willige Bereitschaft zur tätigen Mitarbeit seitens des Betroffenen. Das ist die Grundvoraussetzung für einen Erfolg auf dem langen Weg der Gesamtwiederherstellung.

Jede Rehabilitation kann nur in dem Maße als gelungen und vollständig gelten, wie es dem Betroffenen schließlich möglich sein wird, sein Leben im Alltag wieder zu führen, wie er es vor seiner Erkrankung getan hat.

Wenn wir im folgenden die oben aufgelisteten Rehabilitationsbereiche einzeln und sozusagen schwerpunktmäßig besprechen, so muß doch klar festgehalten werden, daß alle diese Bereiche sich irgendwie überschneiden und ineinander übergreifen.

8.1 DIE KÖRPERLICHE REHABILITATION

Auch wenn Sie vor Ihrer Kehlkopf-Operation ein leistungsstarker und kräftiger Mensch waren, werden Sie jetzt feststellen, daß Sie der operative Eingriff doch ganz schön „mitgenommen“ hat.

Bedenken Sie, zunächst handelte es sich bei der Operation, mit Blick auf deren Zeitdauer, um einen mehrstündigen Eingriff in Vollnarkose. Dann wurden während des Eingriffes so einschneidende Maßnahmen durch-

geführt, daß Ihr jetziger, stark geschwächter Zustand nur zu verständlich wird:

Ihr wichtigstes Kommunikationsorgan wurde Ihnen entfernt, der Atmungsweg verlegt, mitunter eine oder beide Halsseiten entweder vorsorglich oder radikal ausgeräumt, unter Umständen mit der Muskulatur. Die jetzt zunächst noch vergeblichen Bemühungen zu sprechen, der gewaltige Kampf mit den Folgen der „neuen“ Atmung (Husten, Schleim- und Sekretmassen), die zum Teil vorhandene Ohnmacht, Ihren Kopf zu heben, oder die zum Teil elektrisierenden Schmerzen in Schultern und Armen.

Ist das nicht mehr als genug um körperlich „down“, das heißt auf dem Tiefpunkt zu sein?

Das Ziel Ihrer körperlichen Rehabilitation kann also nur darin bestehen, Ihre Körperkräfte wieder ganz und gar herzustellen, damit Sie die nachhaltigen Folgen Ihrer Operation in Bezug auf alle Lebensbereiche meistern können. Eine gute bis ausgezeichnete Voraussetzung für die Konzentration und Bewältigung aller noch anstehenden und zu besiegenden Probleme.

Schon wenige Tage nach dem operativen Eingriff werden die unmittelbaren Narkose- und Operationsfolgen durch aktuelle Probleme um das Stoma, die Atmung und das Sprechen in den Hintergrund treten.

Ihr Arzt und das Pflegepersonal werden Sie auffordern, sich im Bett aufzurichten, dann sich auf die Bettkante zu setzen und die Beine baumeln zu lassen.

Sehen Sie, genau an diesem Punkt fängt Ihre körperliche Rehabilitation an, Sie haben aufgehört bettlägrig zu sein.

Befolgen Sie alle Ratschläge zur körperlichen Wiederherstellung treu und fleißig (vielleicht können Sie auch schon ein Quäntchen von selbst mehr tun als man Ihnen aufgetragen hat...).

Sodann beginnen erste Spaziergänge auf dem Flur. Setzen Sie sich selbst Maßstäbe und Ziele, wie oft Sie z. B. heute den Flur hin und her zurücklegen wollen.

Auch wiederum im Sinne der körperlichen (und natürlich auch seelischen) Ertüchtigung: übernehmen Sie kleine Arbeiten und Handreichungen am

Mitpatienten, helfen Sie dem Personal bei Aufräumarbeiten und dem Bett herrichten.

Und schon können Sie bald unter Anleitung kleine gymnastische Übungen durchführen, neben den stattfindenden physiotherapeutischen Maßnahmen. Es gesellen sich Atemübungen hinzu, die Ihre Atemmuskulatur und Atemhilfsmuskulatur stärken.

Mit zunehmendem körperlichen Erstarken schwinden langsam auch Ihre seelischen Tiefs. Natürlich sind noch sehr viele Fragen, vor allem hinsichtlich der Zukunft, offen. Aber diese werden bei wachsender körperlicher Fitness lange nicht mehr so schwarz gesehen. Denken Sie immer daran: eine gesunde Seele kommt zwangsläufig mit einem gesunden Körper, selten umgekehrt.

Für Ihre körperliche Gesundheit sind Sie Ihr eigener Motor. Die Menschen, welche Sie im Krankenhaus und zu Hause umgeben, sind „nur“ Hilfspersonen. Ihr körperliches Wohlbefinden und Erstarken liegt in Ihrer Hand! Seelische Tiefs werden meistens durch einen gesunden Schlaf nach körperlicher Müdigkeit überwunden. Also arbeiten Sie schon im Krankenhaus in Richtung körperlicher Stärke!

Das Erlernen des Umgangs mit den Ihnen zur Verfügung gestellten Hilfsmitteln und Geräten (Erstausstattungs-Set) erfordert körperliche Aktivität und Zielsetzungen: ein weiterer Schub nach vorn.

Im übrigen: bevor Sie nun das Krankenhaus verlassen, sollten Sie mit dem Gebrauch aller zum Erstausstattungs-Set gehörenden Hilfsmittel, Instrumente und Geräte vertraut sein. Lassen Sie sich so lange von den Medizinprodukteberatern des Fachhandels bzw. von den Ärzten und dem Pflegepersonal anleiten, bis Sie alles aus dem eff-eff beherrschen. Auch die Patientenbetreuer des Kehlkopfflosenverbandes stehen Ihnen hier als Ansprechpartner zur Verfügung.

Der Entlassungstag aus dem Krankenhaus steht bevor, wie soll's weitergehen, werden Sie sich fragen.

Am besten sofort aus dieser Erstbehandlung in der jetzigen Klinik in die Anschlußheilbehandlung (AHB) in eine Kurklinik.

Auf eine solche Nach- bzw. Festigungskur haben Sie einen besonderen Anspruch.

Daher bahnen Sie schon während Ihres Krankenhausaufenthaltes mit Ihrem behandelnden Arzt den unmittelbaren Wechsel in eine Kurklinik an! Auch in dieser Hinsicht hängt vieles, manchmal sogar alles, von Ihrer Initiative ab. Für Sie an erster Stelle, aber auch für Ihre nächsten Angehörigen, ist der prompte Wechsel von Krankenhaus zu Kurklinik der sinnvollste Übergang. Dazu im nächsten Kapitel noch ein paar Worte mehr.

Die den Kehlkopfflosen zur Verfügung stehenden Rehabilitationseinrichtungen sind allesamt sehr schön gelegen und besonders auf ihre Patienten eingestellt.

Hier wird in einem in der Regel drei- bis sechswöchigen Aufenthalt alles von Ihnen und Ihren Ärzten getan, was einer körperlichen (und seelischen) Rehabilitation nur dienlich sein kann:

Gymnastische Übungen wechseln mit physiotherapeutischen Maßnahmen ab, Atemgymnastik und Inhalationen finden statt, die im Krankenhaus hoffentlich schon begonnene Sprachtherapie wird weitergeführt und psychotherapeutische Beratung hilft Ihnen, auch seelisch wieder auf die Beine. Zunehmende körperliche Ertüchtigung erlangen Sie bei Wanderungen mit Gleichbetroffenen, mit denen zusammen Sie auch der drohenden Isolierung und Abkapselung entgegenwirken.

ANMERKUNGEN

1. Zuständig für die medizinische Rehabilitation können verschiedene Rehabilitationsträger sein. Welche Zuständigkeit gegeben ist, z. B. gesetzl. Unfallversicherung, Versorgungsämter, Kranken- und Rentenversicherung, Sozialhilfeträger, hängt von bestimmten Kriterien ab. Für die Abgrenzung der Zuständigkeiten sind beispielsweise die Ursache und die Auswirkungen der Erkrankung auf die Erwerbsfähigkeit von Bedeutung. In den meisten Fällen wird der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen, beruflichen und ergänzenden Rehabilitation zuständig sein. Nachrangig sind in der Regel die Krankenversicherungsträger und die Sozialhilfeträger zuständig.

2. Die Kosten der Anschlußheilbehandlung (AHB) werden vom zuständigen Rehabilitationsträger übernommen. Dabei kann eine Verpflichtung des Versicherten zur Leistung von Zuzahlungen bestehen. Ausgenommen von einer Zuzahlungspflicht sind in der Regel Minderjährige, Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG und Bezieher von Übergangsgeld. Auch eine teilweise oder vollständige Befreiung von der Zuzahlung kommt in Betracht. Einzelheiten regeln hier z.B. die Richtlinien der Rentenversicherungsträger, die auch entsprechende Auskünfte erteilen.
3. Beamte sind Selbstzahler, die Kosten der AHB sind beihilfefähig.
4. Bei fehlendem Versicherungsschutz ist in der Regel das Sozialamt als Rehabilitationsträger zuständig.
5. Für Rentner, die eine Vollrente beziehen, ist in der Regel die Krankenkasse zuständiger Leistungsträger.

ENDLICH WIEDER ZU HAUSE!

Was können Sie hier für Ihre körperliche Rehabilitation tun?

In einem Wort: alles, was Bewegung bedeutet. Führen Sie die erlernten gymnastischen Übungen konsequent weiter; beginnen Sie herauszufinden, welche Art von Sport und in welchem Umfang Sie diesen vorsichtig beginnend, ausüben können. Wie oben schon erwähnt, entfallen für Sie weitgehend alle die körperlichen Anstrengungen, welche mit Preßatmung verbunden sind. Verlängern Sie ein bißchen mutig Ihre Geh- und Wanderstrecken.

Wir legen deshalb an dieser Stelle so ausführlich Wert auf die körperliche Rehabilitation, weil ihr Ziel nicht nur allein die körperliche Ertüchtigung ist, sondern weil in ihr ein sehr wichtiges Geheimnis für Ihre seelische Gesundheit liegt. Noch einmal: eine gesunde Seele und ein gesunder Geist in einem gesunden Körper!

Daher zum x-ten Male: ertüchtigen Sie sich!

GYMNASTISCHE ÜBUNGEN FÜR ZU HAUSE

Ihre Operation hat mitunter beträchtliche Auswirkungen auf den Bewegungsapparat im Hals-Nacken-Schulter-Armbereich.

Wie wir bereits im allerersten Kapitel ausgeführt haben, wird bei sehr vielen Patienten, zusätzlich zu der Kehlkopfentfernung, auch noch eine ein- oder beidseitige Halsausträumung (Neck-Dissection) vorgenommen (siehe Kapitel: Die Operation und ihre Folgen).

Derart operierte Menschen sind in besonderer Weise nach der Operation und auch später im Hals- und Schulterbereich bewegungseingeschränkt. Daher bietet sich für sie frühzeitige und konstante Gymnastik in diesem Funktionsbereich an.

Mit Sicherheit werden Sie die nachfolgende kleine Aufstellung von Übungen schon aus Ihrer Anschlußheilbehandlung (AHB) in der Kurklinik kennen. Sie entsprechen allgemeinem gymnastischen Standard. Die Wiederholung an dieser Stelle soll lediglich eine erneute Aufforderung an Sie und eine Hilfestellung sein.

Üben Sie, wann immer Sie Zeit und Platz haben. Üben Sie regelmäßig, am besten Sie legen sich 3–4 Mal am Tag ein paar Minuten zu bestimmten Zeiten für Ihre Gymnastik fest. Bauen Sie diese fest in den Alltag mit ein. Die gymnastischen Übungen sollten ebenso zur Rehabilitation gehören, wie es die Pflege und die Versorgung von Stoma und Luftröhre tun.

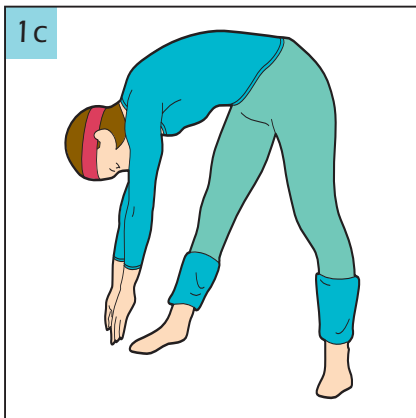
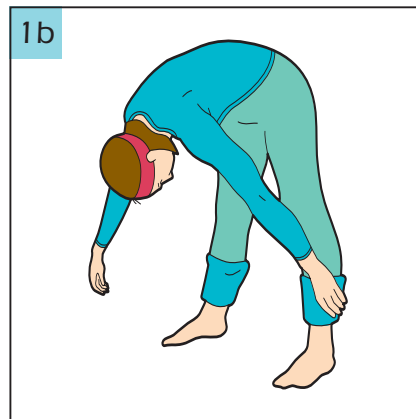
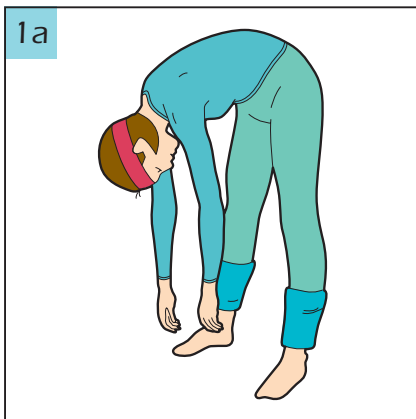
Alle Übungen sollen langsam und bewußt ausgeführt werden. Nach jeder Übung erfolgt die Entspannung, genauso ruhig und konzentriert.

Vor jeder Übung sollten Sie sich ein wenig aufwärmen.

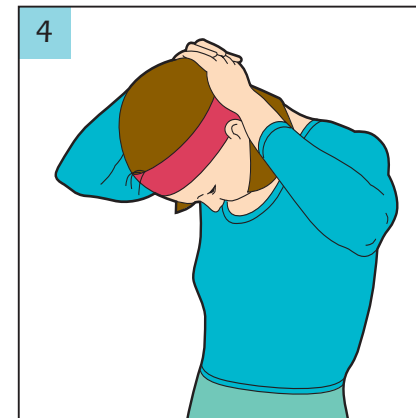
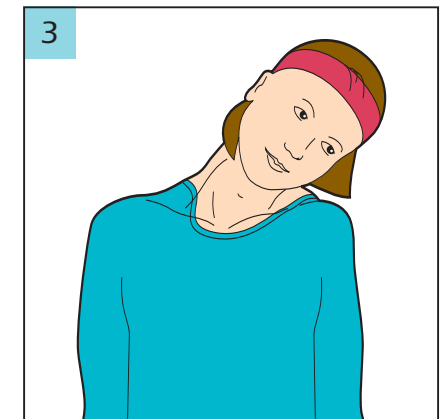
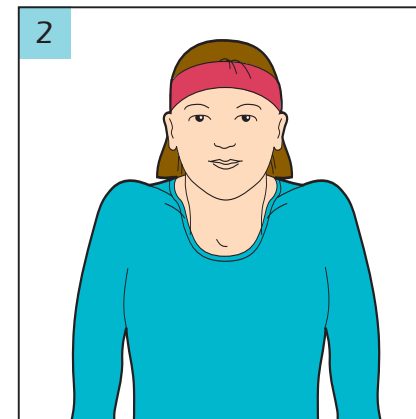
FÜR DEN NACKEN

Aufwärmen

1. Grätschstand, Füße etwa schulterbreit voneinander entfernt, Arme locker am Körper herabhängen lassen. Den Oberkörper bequem so weit nach vorn wie möglich beugen, den Kopf nur bis auf Hüfthöhe hinablassen. Mit den Armen leichte Pendel- und Kreisbewegungen beschreiben. Danach den Oberkörper erst nach links, dann nach rechts abbeugen, Armbewegungen wiederholen.

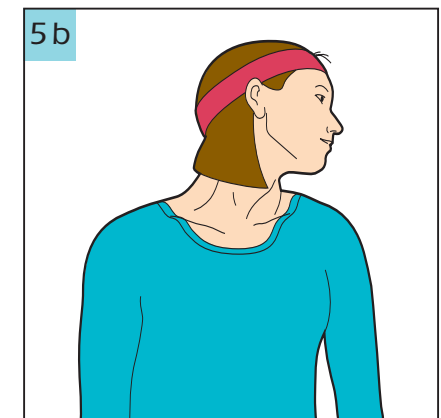
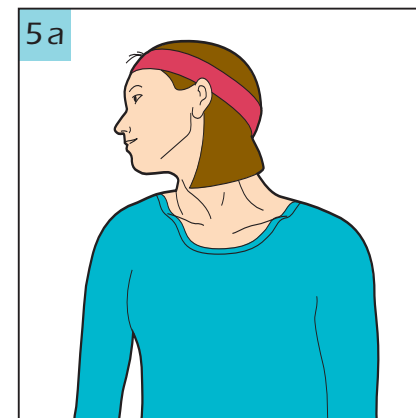
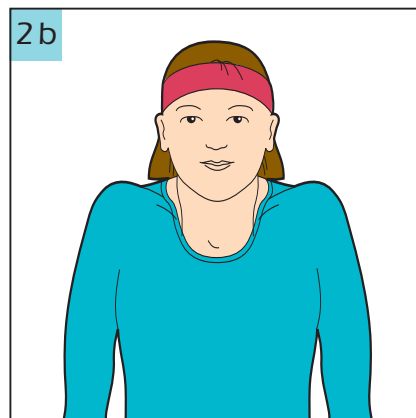
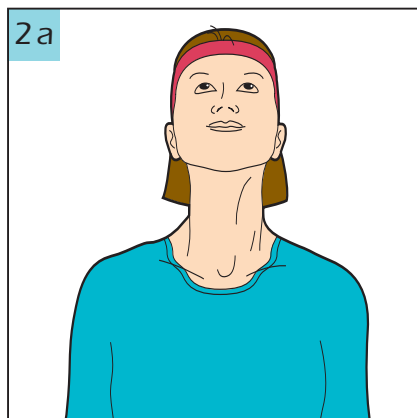
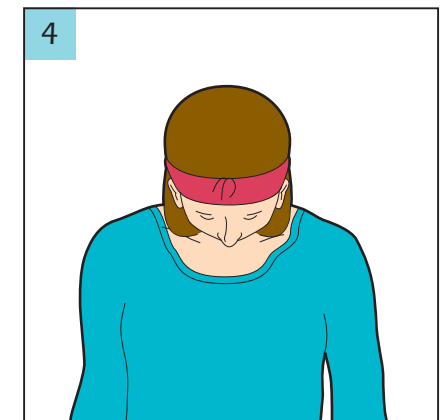
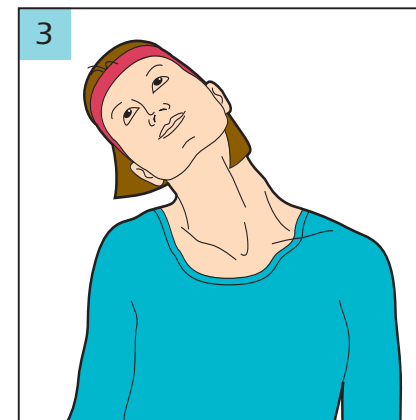
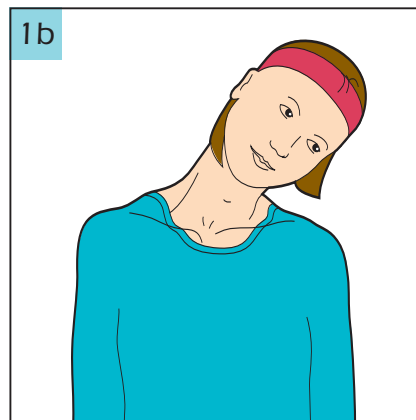
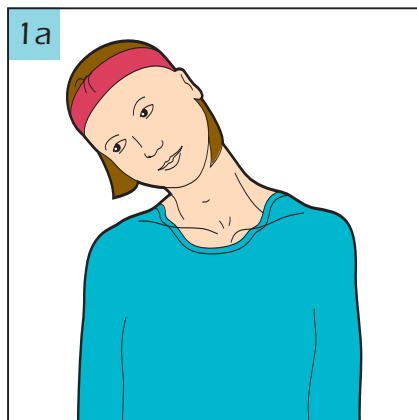


2. Aufrecht stehen, Arme locker herabhängen lassen. Die Schulter 5 mal zu den Ohren ziehen und wieder locker nach unten fallen lassen.
3. Den Kopf 5 mal nach rechts und links beugen. Versuch, das Ohr auf die Schulter zu bringen.
4. Versuchen Sie, die Hände über den Kopf zu bringen und zu verschränken. Dabei Gewicht des Kopfes auf die Brust sinken lassen. So etwas verweilen.



ÜBUNGEN

1. Im Sitzen den Kopf in verschiedene Richtungen drehen und bewegen. Nach jeder Bewegung in eine Richtung: Kopf wieder in Mittelstellung. Bewegungsfolge: Rück-Vor-Seit-Seit-Kreis. Insgesamt 5 Wiederholungen.
2. „Ein- und Ausfahren“ des Kopfes aus den Schultern. So hoch und so tief wie möglich bewegen.

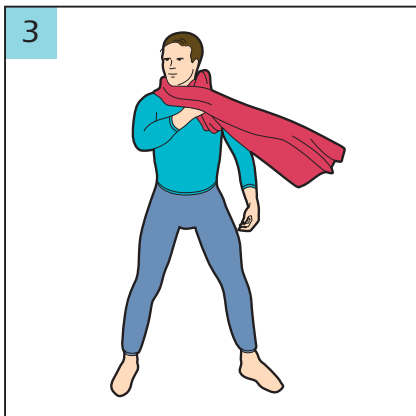
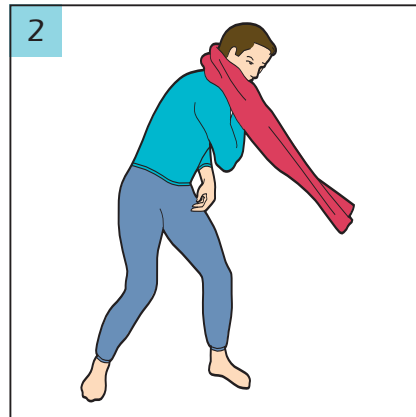


3. Bei der Streckung des Kopfes nach oben, wechselseitig die Ohren auf die Schultern legen.
4. Kinn auf die Brust führen.
5. Kopf wandert bis nach hinten oben rechts und über hinten oben nach hinten oben links. Über die linke Seite nach vorne unten in die Ausgangsstellung.

FÜR DIE SCHULTERN

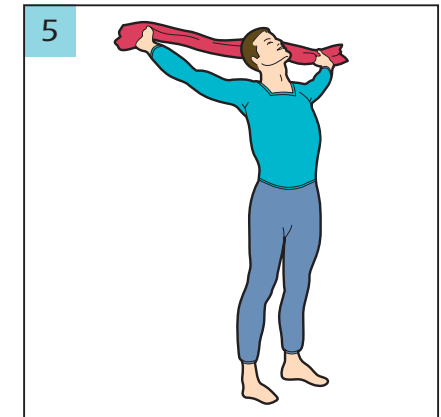
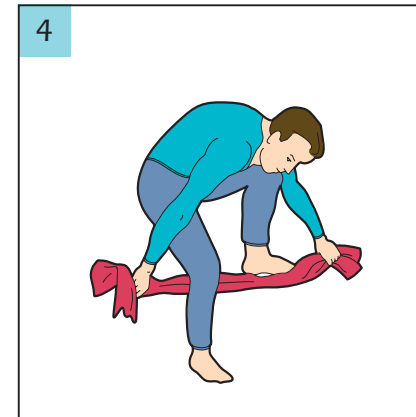
Aufwärmen

1. Einen Schal wie ein Lasso über dem Kopf kreisen lassen. Dabei leichte Geh- oder Laufbewegung im Stand.
2. Danach den Schal um den Körper kreisen lassen: rechts-links-links-rechts. Jede Übung 5 mal wiederholen.
3. Jetzt den Schal um den Hals und um den Bauch werfen und mit Kopf und Bauch wieder zurückwerfen.



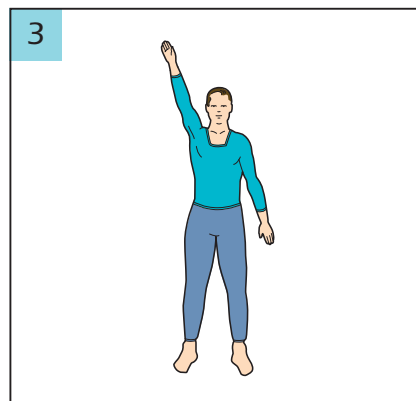
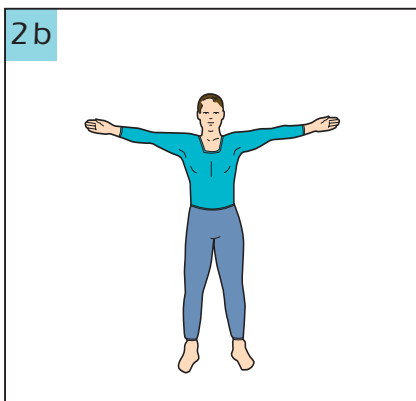
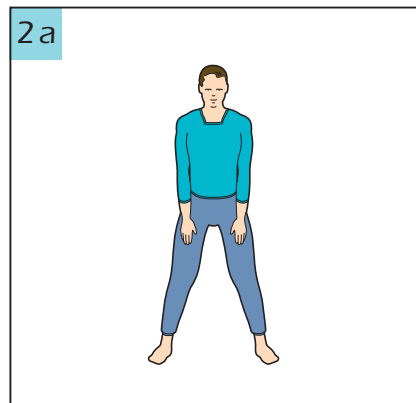
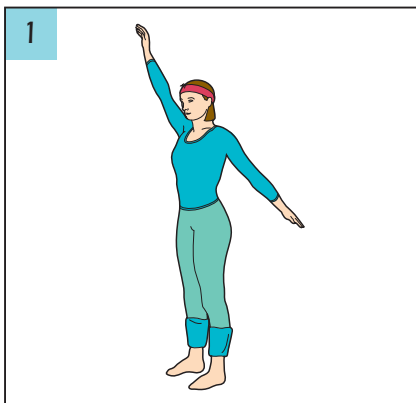
4. Zum Schluß wechselseitig mit dem linken und mit dem rechten Bein über den Schal steigen.
5. Dann versuchen Sie, den Schal mit beiden Händen über den Rücken und über den Kopf wieder vor die Brust zu bekommen. 4 mal diese Übung ausführen.

Jetzt entspannen und lockern für 4–5 Minuten.

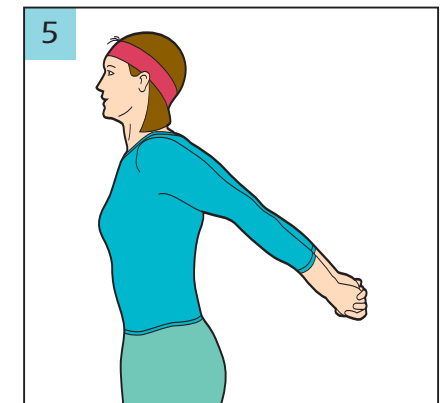
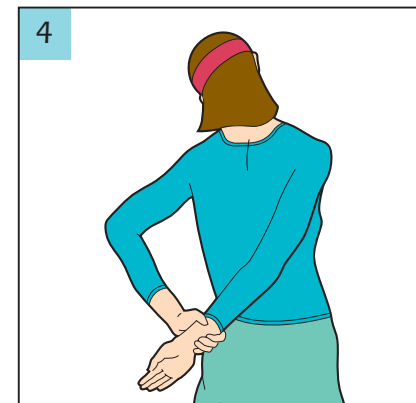


ÜBUNGEN

1. Leichte Grätschstellung, kreisen Sie die Arme gegenläufig. Bewegt werden nur Arme und Schultern.
2. Grätschstellung, Handflächen auf den Oberschenkeln; drehen Sie beide Arme nach hinten bis in Schulterhöhe, dabei zeigen die Handflächen nach oben, Schulterblätter aneinanderdrücken. Zurück in Ausgangsposition.
3. Grätschstellung, strecken Sie den rechten Arm hoch, der linke bleibt unten, Handflächen zeigen nach innen, 3–5 Sekunden verweilen, Ausgangsposition.



4. Grätsche, verschränken Sie die Arme auf dem Rücken. Mit der linken Hand fassen Sie nun das rechte Handgelenk. Dann strecken Sie die rechte Hand quer über den Rücken. Gleichzeitig Neigen des Kopfes nach links. Danach die Übung auf der anderen Seite.
5. Leichte Grätsche, Verschränken der Arme im Rücken mit gefalteten Händen. Ellenbogen nach innen drehen. Arme anheben, bis Spannung im Brustkorb verspürt wird.



8.2 DIE SEELISCHE REHABILITATION

Daß seelische und körperliche Wiederherstellung eng Hand in Hand gehen, haben wir im letzten Abschnitt mehrfach betont.

Jedoch ist es in Ihrem Fall nun so, daß die körperliche Festigung zwar viele Bereiche der seelischen Stärkung mitbedingt, aber einen ganz wesentlichen eben nicht:

Der Hauptgrund Ihrer psychischen Belastung, Ihrer Niedergeschlagenheit, Ihrer depressiven Verstimmtheit liegt nicht einmal so sehr im Verlust des Organs Kehlkopf, als vielmehr in der Einbuße Ihrer Sprech- und Kommunikationsfähigkeit, sowie in der Änderung der Atmung. Für beides müssen Sie neue Techniken erlernen.

Daher sind das Wiedererlernen des Sprechens und eine gekonnte, neue Atemtechnik für Ihre seelische Rehabilitation von allergrößter Bedeutung. Psychisches Wohlbefinden und Fortschritte in der Sprechfähigkeit gehen dicht parallel.

Im Klartext: neben der unerläßlichen körperlichen Rehabilitation muß die Sprachtherapie durch einen Logopäden so früh wie möglich einsetzen, und zwar noch während des stationären Aufenthaltes! Kleinste Fortschritte beim Sprechen sind für Sie gewaltige Sprünge in Richtung seelische Gesundheit. Verordnen Sie sich selbst den Willen, die Geduld, die Ausdauer und das Selbstvertrauen, welche die treuesten Gefährten zu einem guten Ziel sind. Betrachten Sie sich ruhig als ein Kind, das anfängt sprechen zu lernen. Nutzen Sie jede Gelegenheit, um das, was Sie bereits an neuem Sprechvermögen erworben haben, „an den Mann“ zu bringen. Zeigen Sie mit Vertrauen, was Sie schon können.

Stellen Sie sich immer bildlich vor: Hier sind drei schwache Kerlchen, die auf gegenseitige Hilfe hoffen und warten, Ihr Körper, Ihre Seele und Ihre Sprache.

Seien Sie ihnen mit Ihrem Willen der Motor. Und schon werden Berge versetzt.

Selbstverständlich beeinflussen auch noch sehr viele andere Faktoren Ihr seelisches Stimmungsbild.

So ist leicht vorstellbar, daß es Ihnen schier unerträglich ist, dergestalt „verstümmelt“ zu sein. Diese Gefühlsbelastung wird umso schwerer auf Ihnen liegen, wenn Sie bisher immer ein Mensch der Hundertprozentigkeit waren, also alles hinzunehmen bereit waren, nur keine Einbuße, keinen Rückschritt oder eine Einschränkung. Sie belastet nun wahrscheinlich beides: Organ- und Funktionsverlust des Kehlkopfs, aber auch die Ästhetik, also das Bild nach außen.

Doch bedenken Sie: Sie haben Ihre schlimme Erkrankung als solche akzeptiert, Sie haben in den lebenserhaltenden Eingriff der Laryngektomie eingewilligt, Sie haben diesen wohl überstanden und Sie haben bereits erste Erfolge in Richtung Genesung und Rehabilitation erzielt und da soll es nicht mit demselben Willen und derselben inneren Stärke positiv weitergehen?

So wie Sie sich mutig zu Krankheit und Operation gestellt haben, so stehen Sie jetzt bitte genauso aufrecht und stark zu deren Folgen. Bekennen Sie sich erst einmal zu sich selbst und Ihrem jetzigen Zustand, ohne wenn und aber, und betonen Sie dann dieses Selbstbekenntnis nach außen hin in aller Offenheit und Konsequenz! Gehen Sie auf die Welt zu und warten Sie nicht, bis diese zu Ihnen kommt.

Hilfreich werden Ihnen kehlkopflose Mitbetroffene aus den örtlichen Verbänden und Vereinen zur Seite stehen. An deren Beispiel werden Sie erkennen, wie schön und zufriedenstellend das Leben weitergehen kann. Diese Mitbetroffenen werden Ihnen Mut machen und Sie in Tief-Phasen wieder aufrichten. Ein langer Weg der kleinen Schritte liegt vor Ihnen, aber ein erfolgversprechender!

ANMERKUNG

Informationen über einen Ortsverband in der Nähe Ihres Wohnortes erhalten Sie über die folgende Adresse:

Bundesverband der Kehlkopflosen und Kehlkopfoptierten e. V.
Bundesgeschäftsstelle Bonn
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Tel.: 02 28/3 38 89-300, Fax: 02 28/3 38 89-31

8.3 DIE FAMILIÄRE REHABILITATION

Natürlich sind Ihr Lebensgefährte und Ihre Familienangehörigen von Ihrer Erkrankung und deren Behandlung ebenso stark betroffen wie Sie selbst.

Es steht außer Frage und Zweifel, daß alle Ihnen ihr größtes Verständnis entgegenbringen wollen. Nur wissen sie in den meisten Fällen nicht so recht wie. Haben wir uns nicht schon alle dabei ertappt, wie wir z.B. einem Trauernden eher aus dem Weg gingen als ihn direkt anzusprechen. Und das deswegen, weil wir nicht wußten, wie wir solcherart getroffenen Menschen richtig begegnen können. So ungefähr ist auch die Lage bei Ihren Angehörigen und Freunden. Aus Furcht, nicht den richtigen Ton, die richtige Ansprache zu finden, erscheint es Ihnen so, als wolle man Sie wegen Ihrer doch für Außenstehende und Laien ziemlich „großen“ und gefährlichen Operation meiden.

So wie es Ihre Aufgabe ist, sich in Ihre Angehörigen und deren Gefühls-wirnis zu versetzen, um sie besser verstehen zu können, wird es ihnen zukommen, sich an Ihre neue Situation anzupassen. Also ein Anpassungs-vorgang ist angesagt, und zwar ein gegenseitiger. Wie im letzten Abschnitt betont, kommt es im familiären Umgang auf absolute und schonungslose Offenheit und Ehrlichkeit an. Es muß Vertrauen wachsen, Rücksicht und Achtung geübt werden. Daß bei diesem Anpassungsvorgang auch schon einmal Späne fallen, ist nur zu verständlich.

Es mag sein, daß Ihnen das allgemeine Mitleid aus dem Kreise Ihrer Lieben manchmal förmlich auf die Nerven geht, daß Sie sich vielleicht sogar in die Rolle des „Schwächeren“ hineingestoßen sehen, aus der Sie so schnell keinen Ausweg finden. Hier hilft, und das ist doch wohl schon mit Ihrem immer besser werdenden Sprechvermögen möglich, ein offenes und ehrliches Wort.

Teilen Sie mit, daß Ihnen anstelle von Mitleid eher Mitgefühl und Mithilfe dienen, daß Sie zwar noch nicht so wie bisher am Familienleben teilnehmen können, dies aber bestimmt bei noch verbesserter Sprechfähigkeit wieder möglich ist. Lassen Sie erkennen, und zwar ohne Fronten aufzubauen, daß Sie Ihre Eigenständigkeit durchaus nicht eingebüßt haben und daß Sie willens sind, Ihre angestammte Rolle im Familienleben wieder einzunehmen.

Grundvoraussetzung für ein möglichst reibungsloses Miteinander ist eine absolut diskrete und rücksichtsvolle Handhabung Ihrer Stoma-Pflege und -Versorgung von Ihrer Seite:

Halten Sie sich streng an unsere, schon an früherer Stelle gegebenen Rat-schläge diesbezüglich: Wenn Sie husten müssen, suchen Sie einen anderen Raum auf; reinigen Sie Ihr Stoma diskret allein im Bad; legen Sie in der ersten Zeit Ihr Stoma nicht vor anderen Augen frei; Absaugen und Inhalieren soll-ten anfänglich ohne Publikum stattfinden usw.

Bleiben Sie an Ihrer Familie dran, d. h. kapseln Sie sich nicht ab. Suchen Sie den ständigen Kontakt. Nur so können Sie die alte Nähe wiederfinden. Wer selbst Toleranz übt, kann sich über zurückkehrende Liebe freuen.

Sie sehen, auch hier kommt sehr vieles, um nicht zu sagen das meiste, auf Sie selbst an. Flucht war noch nie ein gescheites Mittel der Auseinander-setzung und eines Anpassungsvorganges. Gehen Sie behutsam aber stetig voran!

8.4 DIE BERUFLICHE REHABILITATION

Die Arbeit, Ihr Beruf wird Ihnen wahrscheinlich schon vor Ihrer Operation Sorgen bereitet haben, und jetzt nach dem Eingriff tut diese Frage es erst recht. Denn Sie haben erkannt, selbst wenn Sie die größte Bereitschaft hätten wieder zu arbeiten, dass es eine geraume Zeit in Anspruch nehmen wird, bis Sie wieder arbeiten gehen können. Vielleicht gehören Sie aber auch zu den Kehlkopferoperierten, die derart deprimiert sind, dass sie beim Gedanken an Beruf und Arbeit resignierend abwinken.

Beiden Extremen sei gesagt: Ihr Genesungsprozess, einschließlich der Vermittlung der neuen Sprechtechnik, wird eine geraume Zeit in An-spruch nehmen, d. h. Monate, in manchen Fällen über ein Jahr hinaus. Diesen Zeitraum können Sie in Ruhe nutzen, um über Ihre beruflichen Pläne nachzudenken und um Erkundigungen über Ihre Möglichkeiten einzu-ziehen. Auf keinen Fall (!) sollten Sie aus eigener Initiative aus einem be-stehenden Arbeitsverhältnis aussteigen, auch wenn Ihnen anfänglich der Sinn danach steht!

Nach mehreren Monaten oder nach einem Jahr sieht das ganze Problem schon anders aus. Ihr körperlicher Kräftezustand und Ihr seelisches Befinden werden sich stabilisiert haben, dann sehen Sie sich vielleicht schon selbst den Anforderungen Ihrer Arbeit und des Berufes gewachsen. Also keine voreiligen Aktionen!

Merke: Sie sind während der Zeit Ihrer Arbeitsunfähigkeit durch Entgeltfortzahlung und Krankengeld abgesichert. Bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit zahlt zunächst der Arbeitgeber in der Regel für sechs Wochen Ihnen das Entgelt fort. Danach erhält jeder Patient von der Krankenkasse Krankengeld, jedoch höchstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Voraussetzung: Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer Ersatzkasse.

Soweit keine Versicherung eintritt und auch sonst keine Leistungen von Seiten Dritter (z. B. Beihilfestelle) gewährt werden, ist der Träger der Sozialhilfe zu benachrichtigen.

Folgende Kriterien stünden von Beginn an einer Fortsetzung Ihrer Tätigkeit im alten Beruf hinderlich im Wege: schwere und schwerste körperliche Arbeit; staubiger, trockener Arbeitsplatz; Tätigkeit im Freien oder in offenen Hallen; lange Anfahrten zum Arbeitsplatz in öffentlichen Verkehrsmitteln; Arbeit bei großer Hitze und Kälte; Arbeit mit hoher stimmlicher Anforderung; Arbeit am oder auf dem Wasser; Arbeit mit Ansprüchen an das Riechvermögen oder Dienstleistungsgewerbe.

Dennoch bleibt es Ihrer Initiative, Ihrem Einfallsreichtum und der Umgänglichkeit Ihres Arbeitgebers anheimgestellt zu überprüfen, ob die Verwendung in Ihrem alten Beruf, wenn auch an anderem Ort, nicht doch möglich ist.

Wenn alle Stricke reißen, Sie trotzdem aber weiter arbeiten wollen, muss an eine Umschulung gedacht werden. Auskünfte hierzu erteilt die Abteilung „Berufliche Rehabilitation“ bei Ihrer zuständigen Agentur für Arbeit.

Soweit aus medizinischen Gründen eine Wiederaufnahme Ihrer Berufstätigkeit ausgeschlossen ist, können Sie Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beantragen (Rentenversicherung).

Ist für Sie eine berufliche Tätigkeit nicht mehr in Sicht, so sollten Sie die Zeit der Genesung dazu nutzen, sich über Ihre anderweitigen Fähigkeiten, Interessen, Hobbys und Fertigkeiten Gedanken zu machen, denn jetzt

haben Sie die Zeit zu allen den Dingen, die Sie bislang vermisst haben und welche Sie, z. B. wegen Ihres Berufes nicht in Angriff nehmen konnten. Halten Sie sich in diesem Fall vor Augen: Arbeit und Beruf sind nur ein Teil (!) des Lebens, vielleicht lag der Rest bisher brach, machen Sie jetzt diesen Rest zur Hauptsache!

8.5 DIE GESELLSCHAFTLICHE REHABILITATION

Nach Ihrer Kehlkopfentfernung sind Sie nicht mehr in der Lage, Ihr Leben unverändert weiterzuführen. Die Operation hat unübersehbare Spuren und sehr deutliche Folgen hinterlassen. Sie sind als Bürger dieser Gesellschaft in eine unverschuldete Notlage geraten, welche Sie im sozialen Gefüge unserer Gesellschaft in vielerlei Hinsicht benachteiligt. Der Staat sorgt für einen Ausgleich durch soziale Hilfen.

Kehlkopflöse werden als schwerbehinderte Menschen anerkannt, Sie haben damit Anspruch auf die Leistungen des Schwerbehindertenrechtes (SGB IX). Weitere Hilfen kommen hinzu.

9. DER SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

Voraussetzung für die Gewährung der Unterstützung nach dem Schwerbehindertenrecht, geregelt im 2. Teil des 9. Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), ist die Feststellung der Schwerbehinderung. Dazu muss der Behinderte einen Antrag an das für seinen Wohnort zuständige Versorgungsamt oder bei der Stadt oder Kreisverwaltung stellen. Dort sind auch Antragsformulare zu bekommen. In der Regel schickt diese aber das Versorgungsamt zu.

Das Versorgungsamt stellt den Grad der Behinderung (GdB) fest und erteilt darüber einen amtlichen, schriftlichen Bescheid. Sind Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden, können Sie Widerspruch einlegen (Termine beachten). Erfolgt kein Widerspruch, stellt das Versorgungsamt nach Übersendung eines Lichtbildes den Schwerbehinderten-Ausweis aus. Darin sind die Einstufung des GdB und weitere für einzelne Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz wichtige Feststellungen (z. B. Gehbehinderung) eingetragen.

In den ersten 5 Jahren wird allgemein für den Verlust des Kehlkopfes (Totalverlust) ein GdB-Satz von 100 % anerkannt.

Während dieser ersten 5 Jahre kommt die sogenannte Heilungsbewährung zum Tragen: Sie müssen es als Kehlkopflöser lernen, sich auf Ihre veränderte körperliche und seelische Lage einzustellen.

Nach 5 Jahren kündigt das Versorgungsamt Ihnen eine möglicherweise bevorstehende Zurückstufung Ihres GdB-Satzes von 100 % auf 70–80 % an.

Respektive weiterer Behinderungen kann der GdB nach der erfolgten Zurückstufung auch höher liegen, wobei die Grade der einzelnen Behinderungen nicht addiert werden. Es wird vielmehr ein GdB für die Gesamtbehinderung festgesetzt. Wer also schon vor der Kehlkopfoperation behindert war, sollte einen Antrag auf Neufestlegung des GdB stellen.

10. HILFEN NACH DEM SCHWERBEHINDERTENRECHT

Die Rechte und Nachteilsausgleiche, die sich aus dem Schwerbehindertenrecht ableiten, sind so zahlreich, dass hier nur ein cursorischer Überblick gegeben werden kann.

Alle Schwerbehinderten können folgende Vergünstigungen in Anspruch nehmen:

1. Steuerliche Vorteile bei der Lohn- und Einkommenssteuer
2. Zusatzurlaub von in der Regel 5 Tagen
3. Kündigungsschutz

Weitere Vergünstigungen richten sich nach dem Grad und der Art der Behinderung sowie nach den Einkommensverhältnissen, wie z. B.

1. Vergünstigungen bei der Erbschafts-, Schenkungs- und Vermögenssteuer sowie bei der Kfz-Steuer (zuständig ist hierfür das Finanzamt).
2. Rundfunkgebührenbefreiung, Ermäßigung der Telefongebühren (zuständig sind hierfür die Träger der Sozialhilfe, Landesrundfunkanstalten – GEZ, Telefon-Dienstleister wie z. B. Deutsche Telekom).
3. Vergünstigungen im Personenverkehr bei der Bahn oder sonstigen örtlichen öffentlichen Verkehrsträgern.
4. Förderung bei der beruflichen Bildung
5. Wohnungsbauförderung und Wohngeld

UNTERSTÜTZUNG NACH DEM SOZIALHILFERECHT

Das Sozialgesetzbuch sieht verschiedene Möglichkeiten der Hilfestellung in Form von Sozialhilfe vor.

Alle erwerbsfähigen Personen und deren Familienangehörigen haben ausschließlich Anspruch nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) – auch Hartz IV genannt – auf Arbeitslosengeld II und Sozialgeld.

Für Personen, die nicht (mehr) erwerbsfähig im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung sind (also weniger als drei Stunden täglich arbeiten können) oder das 65. Lebensjahr vollendet haben, ist das Zwölfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII) einschlägig. Dieses ersetzt das am 31. 12. 2004 außer Kraft getretene Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Sozialhilfe nach dem SGB XII wird abhängig von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Antragstellers und dessen Angehörigen gewährt. Als Leistungen der Sozialhilfe sind hier zu nennen:

- ▶ Hilfe zum Lebensunterhalt
- ▶ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- ▶ Hilfen zur Gesundheit
- ▶ Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
- ▶ Hilfe zur Pflege
- ▶ Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
- ▶ Hilfe in anderen Lebenslagen

Die Zuständigkeit der Behörden, bei denen ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden kann, richtet sich nach dem Recht der einzelnen Bundesländer. Grundsätzlich wird die Hilfe zum Lebensunterhalt von den Landkreisen oder kreisfreien Städten gezahlt.

Daher empfiehlt es sich, aktuelle Informationen bei der zuständigen Stadtverwaltung einzuholen.

11. DER NOTFALL

Falsch und übertrieben wäre es zu behaupten, Sie seien als Kehlkopfoperierter in besonderer Weise gefährdet. Nun, Sie müssen ohne Kehlkopf leben, und Sie haben eine andere Atmung bekommen, auf den ersten Blick ein Zustand mit besonderen Risiken.

Vorausgesetzt, Sie halten sich konsequent und streng an die Maßnahmen der besonderen Pflege und Versorgung von Tracheostoma und den unteren Luftwegen, so ist die Notfall-Gefahr für Sie nicht kleiner und nicht größer als für andere Menschen. Dies gilt umso mehr, wie Sie es auch noch lernen oder schon gelernt haben, frühzeitig auf Veränderungen und Gefahren (starke Verborkungen und Entzündungen an Stoma und Luftröhre, Luftnot usw.) aufmerksam zu werden und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen (Arzt oder Klinik aufsuchen, Kanülenreinigung, Abhusten etc.).

Trotz aller wachsamen Selbstbeobachtungen und trotz Einhaltung aller gebotenen Vorsichts- und Verhaltensmaßregeln kann dennoch einmal ein sogenannter Notfall bei Ihnen auftreten.

Es machte absolut keinen Sinn, und es würde auch dem Ziel einer schnellen und sinnvollen Hilfe im Notfall zuwiderlaufen, würden wir Sie an dieser Stelle mit langen Erklärungen und Erläuterungen heimsuchen. Im wirklichen Notfall können Sie oder Ihre Angehörigen unmöglich erst diesen Leitfaden herausuchen, um nachzulesen, was in welcher Reihenfolge zu tun ist.

Das Absolutgebot im Notfall lautet: handeln (und nicht erst lesen und studieren).

So wollen wir Sie auch im folgenden nur ganz streng und systematisch über mögliche Notfallsituationen und Gegenmaßnahmen informieren.

Möchten Sie noch mehr allgemeine und spezielle Informationen zur Ersten Hilfe erhalten, so steht Ihnen dazu genügend weiterführende Literatur in den Buchhandlungen und bei den Rettungs- und Notdiensten zur Verfügung.

Vorweg noch eine Bemerkung:

Ein wichtiges Ziel ist es, jede erdenkliche Lücke in der Notfall-Bewältigung zu schließen. Aus diesem Grunde bieten Fachhändler Servicematerial in

unterschiedlichen Formen an, z. B. Notfallaufkleber für Halsatmer, Notfallausweis, Notfallsticker. In einer Notsituation erfährt damit die Hilfsperson sofort und ohne Verzug, dass es sich bei Ihnen um eine Person mit Tracheostoma handelt. Entsprechend sicher und gezielt können die Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden.

Sie sollten diese Dokumente für den Notfall stets griffbereit und für Dritte erkennbar mit sich führen, insbesondere dann, wenn Sie Wohnung oder Haus verlassen.

Der Notfall stellt Anforderungen:

1. An Sie selbst
2. An Ihre Angehörigen und Mitmenschen

In Notfallsituationen können Sie selbst keine ausreichende Beatmung mehr als Erste-Hilfe-Maßnahme bei einem Gleichbetroffenen leisten. Dennoch können Sie als Tracheotomierter andere Rettungsmaßnahmen durchführen. Hierzu gehört z.B. die Durchführung einer Herzmassage, die für eine positive Reanimation von entscheidender Bedeutung ist.

DER NOTFALL UND SIE SELBST

Vorbeugung

Sobald Sie das Haus verlassen, sollten Sie folgende Hilfsmittel bei sich tragen:

1. Notfalldokumente, z. B. Notfallausweis
2. Signalrufgerät
3. Notfall-Beatmungsmaske/-Beatmungstrichter
4. Hilfreich ist auch der Notfallaufkleber „Ich bin Halsatmer – und atme nicht durch Mund und Nase“, den Sie z. B. an der Windschutzscheibe Ihres Kraftfahrzeugs anbringen können.

In Ihrer Wohnung sollten Sie am Telefon, für Sie und alle anderen jederzeit sofort und deutlich sichtbar, die Telefonnummer des Rettungsdienstes angebracht haben (in der Regel die Nummer 112)!

DROHENDE NOT

Spüren Sie aufkommende Übelkeit, Schwarzwerden vor den Augen, Zeichen von Schwindel- oder Ohnmachtsgefühl, Herzjagen oder -rasen, sofort:

1. Signalrufgerät bedienen und Notruf - Rettungsdienst verständigen!
2. Flach auf das Bett oder den Boden legen
3. Beine hochlagern (z.B. auf Bett-/Stuhlkante od. hoch gegen die Wand)
4. Ggf. zur freieren Atmung Innenkanüle entfernen (und zwar nur die Innenkanüle)
5. Den Kopf gerade und soweit wie möglich, im Nacken nach hinten gebeugt halten
6. Ruhe bewahren

DER NOTFALL UND IHRE ANGEHÖRIGEN

Folgende Notfallsituationen sind für alle Angehörigen immer Anlass zu sofortiger Hilfsaktion:

1. Der Schock
2. Die Atemstörung
3. Der Atemstillstand
4. Der Kreislaufstillstand

DER SCHOCK

Symptome:

1. Aschfahles Gesicht – blasse, kalte Haut
2. Kalter Schweiß
3. Unruhe, Angst, Verwirrtheit
4. Rasender, 'dünner', schwer zu tastender Puls
5. Flache Atmung

Sofortmaßnahmen:

1. Notruf – Rettungsdienst verständigen!
2. Schocklagern: Beine hochlegen (s.o)
3. Mit einer Decke vor Unterkühlung schützen
4. Kopf gerade und nach hinten, Atmung freihalten
5. Beruhigend und aufmunternd sprechen, Angst nehmen
6. Wenn möglich, Sauerstoffzufuhr

Den Patienten in dieser Situation möglichst nicht mehr allein lassen!!

DIE ATEMSTÖRUNG

Symptome:

1. Stark „ziehende“, geräuschvolle Atmung
2. Kurze, oberflächliche, rasche Atemzüge
3. Blaue Lippen und/oder Fingerspitzen
4. Panik, Angst, Unruhe
5. Einsetzen der Atemhilfsmuskulatur (deutliches Heben und Senken der Schultern)

Sofortmaßnahmen:

1. Notruf – Rettungsdienst verständigen!
2. Kopf so weit wie möglich nach hinten in den Nacken beugen
3. Falls kein Kanülenträger: Tracheostoma äußerlich säubern.
4. Bei Kanülenträgern: Kanüle belassen, aber säubern. Wenn nötig, **nur Innenkanüle entfernen** (Entfernen Sie die Innen- und Außenkanüle, besteht die Gefahr, dass das Stoma in sich zusammenfällt – Erstickungsgefahr!)
5. Atmungserleichterung durch vorsichtiges Aufrichten in Sitzstellung
6. Notfalls Unterstützung der Atmung („Mund-zu-Tracheostoma“ oder mit „Notfall-Beatmungsmaske“/„Beatmungstrichter“) in der Atemfolge des Hilfsbedürftigen.

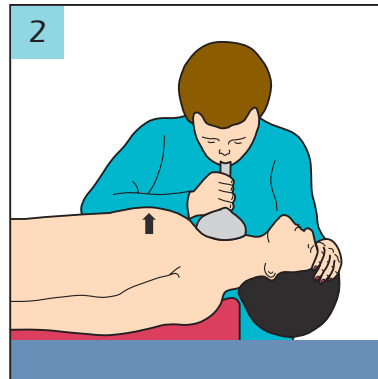
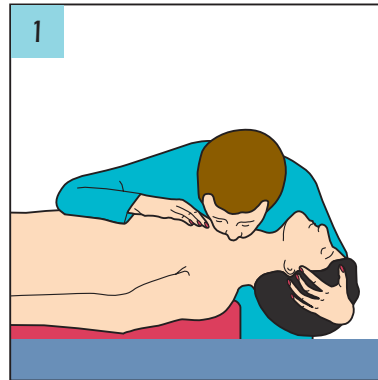
DER ATEMSTILLSTAND

Symptome:

1. Keine Atmung, keine Bewegung des Brustkorbs und Bauchraums, keine Luftbewegung aus dem Tracheostoma (nicht hör- und fühlbar)
2. Blauverfärbung der Haut
3. Bewusstlosigkeit – keine Reaktion auf Ansprache, keine Reaktion auf Rütteln an den Schultern.

Sofortmaßnahmen:

1. Notruf – Rettungsdienst verständigen!
2. Rückenlage
3. Hals und Brustkorb freilegen
4. Kopf vorsichtig, so weit es geht, im Nacken überstrecken
5. Tracheostoma um die Kanüle herum reinigen.
6. Innenkanüle (und n u r diese) entfernen – Außenkanüle unbedingt im Stoma lassen!
7. Mit dem Beatmungstrichter oder auch direkt per Mund die Durchgängigkeit der Kanüle testen.
8. „Mund-zu-Stoma“ Atemspende beginnen (Bild 1); u. U. mit Notfall-Beatmungsmaske oder Beatmungstrichter (Bild 2 + 2a).
Eine Mund-zu-Mund Beatmung ist bei laryngektomierten Patienten unmöglich!
9. Mit Herz-Kreislauf-Wiederbelebung (s. S. 71) beginnen!



DER KREISLAUFSTILLSTAND

Symptome:

1. Atemstillstand
2. Keine Atemgeräusche
3. Kein Puls vorhanden (Halsschlagader)
4. Bewusstlosigkeit – nicht ansprechbar
5. Weite Pupillen
6. Aschfahl, weiß-bläuliche Haut

Sofortmaßnahmen:

1. Notruf – Rettungsdienst verständigen!
2. Patient auf einer möglichst harten Unterlage in Rückenlage bringen.
3. Hals und Oberkörper freilegen, Hals behutsam in den Nacken beugen.
4. Herzdruckmassage:

Helfer kniet dicht in Schulterhöhe am Körper des Patienten.

Er legt den Handballen einer Hand auf die Mitte des Brustkorbs und zwar hier auf das untere Drittel des Brustbeins des Patienten.

Dann setzt er den Handballen der freien Hand auf den Handrücken der ersten Hand auf.

Nun stellt er seine Schultern senkrecht über das Brustbein des Patienten und drückt dann seine Ellenbogen zum Brustbein des Patienten hin durch. Das Brustbein nun auf diese Weise 30 Mal 4–5 cm tief eindrücken. Nach jeder Kompression das Brustbein wieder völlig entlasten.

Nach jeweils 30 Herzdruckmassagen erfolgen 2 Atemspenden (über das Tracheostoma: entweder ‚Mund-zu-Tracheostoma‘ oder mit Beatmungstrichter bzw. Beatmungsmaske).

Die Wiederbelebensmaßnahmen werden konsequent und so lange durchgeführt bis der Rettungsdienst vor Ort ist und übernimmt, es sei denn, es werden vorher schon Lebenszeichen erkannt (Herztätigkeit (Pulskontrolle) und eigenständige Atmung haben wieder eingesetzt).

Diese Regeln gelten für alle Erwachsenen. Stehen mehrere Helfer zur Verfügung, so können die o. g. Maßnahmen aufgeteilt werden.

IMPRESSUM

Herausgeber: Andreas Fahl
Medizintechnik-Vertrieb GmbH, Köln

Autor: Dr. Franz-Josef Ganz,
Facharzt für HNO-Heilkunde

Wir danken der Deutschen Krebshilfe
für die freundliche Überlassung von
Bildmaterial.

Deutsche Krebshilfe

Gegründet von Dr. Mildred Scheel

90 90 93

Sparkasse KölnBonn – BLZ 370 501 98

*Wir helfen
Ihnen weiter!*

IHR PARTNER FÜR

DIE REHABILITATION

NACH LARYNGEKTOMIE

UND TRACHEOTOMIE

ANDREAS FAHL

MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH

August-Horch-Straße 4a · D-51149 Köln · **Telefon 0 22 03/29 80-0**

Fax 02203/2980-100 · e-mail vertrieb@fahl.de · Postfach 92 03 44 · 51153 Köln