

## Versorgung Laryngektomierter im Pauschalensystem

**„Sprache ist der Schlüssel zur Welt, denn die Stimme eines Menschen ist sein zweites Gesicht“  
Wilhelm von Humboldt (1767-1835)**

Der Kehlkopfkrebs ist die häufigste maligne Erkrankung im Bereich der oberen Luftwege. Bundesweit leben geschätzte 12.000 Menschen, bei denen eine operative Entfernung des Kehlkopfs (Laryngektomie) vorgenommen wurde. Die Folgen einer solchen Operation sind meist schwerwiegend und berühren viele Lebensbereiche, die einen umfassenden Rehabilitationsbedarf nach sich ziehen. Laryngektomierte haben einen Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis, der zu Nachteilsausgleichen berechtigt.

Drei lebenswichtige Funktionen sind **beeinträchtigt** und zu nennen: **das Essen, das Atmen und das Sprechen**. Zusätzlich zu der Kehlkopfentfernung wird eine Trennung der oberen Luft- und Speisewege vorgenommen und ein Tracheostoma (**Abbildung 1**) angelegt, über das nun ausschließlich geatmet wird. In diesem Zusammenhang wird auch oft von „Halsatmern“ gesprochen. Die von nun an fehlenden Funktionen der oberen Atemwege (Befeuchtung, Reinigung, Anwärmung bzw. Abkühlung und Verlust des Atemwegswiderstands) führen unbehandelt zu trockenen Schleimhäuten und Verborkungen der Trachea, vermehrter Schleimbildung, häufigen Bronchitiden und teilweise Lungenentzündungen.<sup>1</sup>



Copyright: Atos Medical GmbH

Abbildung 1

Da die eingeatmete Luft nicht mehr an den zuständigen Rezeptoren der Nase vorbeiströmt, kommt es zur Beeinträchtigung des Riechvermögens und des Geschmackserlebens, welches stark mit dem Riechprozess verbunden ist.<sup>2</sup> Auch kann eine vorangegangene Strahlentherapie eine Schädigung der Geschmacksknospen nach sich ziehen. Stenosen oder Vernarbungen im Ösophagus (entweder tumorchirurgisch bedingt oder resultierend aus der Strahlentherapie) können die Nahrungspassage beeinträchtigen.

Ein weiteres Problem ist der Verlust der Bauchpresse, das aus dem fehlenden Kehldackelschluss resultiert. Schwere Lasten dürfen nicht mehr getragen werden und der für den Stuhlgang notwendige Druck im Bauchraum ist nur durch das kurzweilige „Fingerverschließen“ des Tracheostomas möglich. Generell bringt der fehlende Atemwegswiderstand des Nasen-/Rachenraumes pulmonale Veränderungen mit sich. Schon kurze Zeit nach der Operation bildet sich die Atemhilfsmuskulatur zurück, eine flachere Atmung reduziert die Belüftung der Lunge und das Risiko, an einer Infektion zu erkranken, steigt.

Als die schwerwiegendste Folge der Laryngektomie ist aber wohl der Verlust der Stimme anzusehen. Daher steht nach einer Laryngektomie die möglichst gute und schnelle Anbahnung einer Ersatzstimme im Zentrum der rehabilitativen Bemühungen. Seit der ersten Laryngektomie im Jahre 1873 wurden verschiedene Möglichkeiten der stimmlichen Rehabilitation entwickelt. Namhafte Operateure (Conley, Amatsu, Staffieri) haben in der Zeit von 1958 bis Ende der 70er Jahre verschiedene chirurgische Methoden zur stimmlichen Rehabilitation entwickelt. Parallel dazu war bis Mitte der 70er Jahr entweder das Erlernen der Ösophagusersatzstimme und/oder die Nutzung einer elektronischen Sprechhilfe das Mittel der Wahl. Seit den 1980er Jahren geht man mehr und mehr dazu über, den Betroffenen primär (bereits bei Durchführung der Laryn-

<sup>1</sup> Campbell et al. 2000; Finizia et al. 1998; Ringash et al. 2000

<sup>2</sup> ITF- Institut zur Rehabilitation tumorbedingter Stimm- und Funktionsstörungen 2010: Kompass - Leben nach Kehlkopfentfernung

gektomie) oder sekundär (nach Abschluss der Behandlungstherapie) ein sogenanntes Shunt-Ventil einzusetzen, um so das Sprechen zu ermöglichen. Durch eine operativ angelegte künstliche Fistel (Shunt) von der Trachea in den Ösophagus und das Einbringen eines Platzhalters mit Einweg-Ventil (Stimmprothese), wird einerseits bei Verschluss des Tracheostomas in der Expiration der Luftstrom in den Ösophagus geleitet, das Eindringen von Nahrung oder Flüssigkeiten in die Trachea andererseits verhindert. Spezielle Tracheostomaventile ermöglichen hier unter bestimmten Voraussetzungen sogar ein „freihändiges Sprechen“.

Die stimmliche Rehabilitation eines Betroffenen bedeutet deutlich mehr als die Fähigkeit sich über Einwortsätze verständlich zu machen. Stimme und Sprechen sind ein Maß für soziale Integration, berufliche Wiedereingliederung, Selbstwertgefühl und Sicherheit einer Person. Das Ziel der stimmlichen Rehabilitation ist eine zeitnahe Wiederherstellung dieser Fähigkeiten und Kompetenzen. Je schneller der Kehlkopflose wieder sprechen kann, desto seltener kommt es zur gesellschaftlichen Isolation, die sich langfristig und erwiesenermaßen stark auf die Psyche des Betroffenen niederschlägt. Während das Erlernen der Ruktusstimme meist mehrere Monate konsequenten Trainings erfordert, ermöglichen der Elektrolarynx (elektronische Sprechhilfe) und auch die Stimmprothese bereits in den ersten Tagen nach der Operation die für den Betroffenen so wichtige Kommunikation.<sup>3</sup> Optimalerweise erlernt der Patient den Umgang aller zur Verfügung stehenden Kommunikationswege.

<b>Alaryngeale Stimmarten</b>	<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
Elektrolarynx (elektronische Sprechhilfe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einfach und schnell zu erlernen</li> <li>• Unabhängig vom emotionalen Erregungsniveau</li> <li>• Langlebiges Hilfsmittel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unnatürlicher, technischer Klang</li> <li>• Eine Hand muss das Gerät halten</li> <li>• Batterien notwendig</li> <li>• Zusätzliches Stigma</li> </ul>
Ösophagusstimme (Ruktusstimme, Speiseröhrenstimme)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freie Hände</li> <li>• Unabhängig von Hilfsmitteln und medizinischem Fachpersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierige und lange Lernphase</li> <li>• Tiefer Klang</li> <li>• Funktion abhängig vom emotionalen Erregungsniveau</li> <li>• Abgehacktes Sprechen – Begrenzung durch Luftvolumen</li> </ul>
Prothesenstimme (Tracheoösophagealer Shunt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnell erlernbar</li> <li>• Gute Stimmqualität</li> <li>• Möglichkeit des freihändigen Sprechens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefahr der Aspiration</li> <li>• Infektionsrisiko</li> <li>• Abhängigkeit von Ärzten</li> <li>• Kein generell freihändiges Sprechen</li> <li>• Regelmäßige, ggf. häufige Wechselintervalle</li> </ul>

*(angelehnt an: Prof. Dr. med. R. Schwarz, Universität Leipzig 2005: psychosoziale Rehabilitation laryngektomierter Karzinompatienten unter besonderer Berücksichtigung der Stimme)*

An dieser Stelle wird deutlich, von wie vielen Faktoren eine gelungene Wiedereingliederung dieser Patientengruppe in den Alltag abhängt. Eine Begleitung durch Experten, schon vor der eigentlichen Operation, ist unabdingbar und wird mittlerweile von den meisten HNO-Kliniken befürwortet und initiiert. Versierte Ansprechpartner wie z. B. Logopäden, Betroffene (Kehlkopflosenverbände) und spezialisierte Pflegefachkräfte der Leistungserbringer nehmen bereits im Vorfeld mit dem Erkrankten Kontakt auf und bauen so Ängste und Unsicherheiten ab. Im Anschluss an die Operation beginnt dann der eigentliche Rehabilitationsprozess der eine enge Zusammenarbeit zwischen den oben genannten Personengruppen erfordert. Eine Schulung und Einweisung in die korrekte Verwendung der vom Arzt verordneten lebensnotwendigen Hilfsmittel ist

<sup>3</sup> siehe auch Steffen Dommerich, 2003: Funktionelle Ergebnisse von Stimmprothesen und Ösophagusersatzstimme bei laryngektomierten Patienten

für den Patienten wichtig; das gilt auch für alle weiteren Anwender (Pflegerkräfte in Pflegeeinrichtungen, Ehepartner, niedergelassene HNO-Ärzte, etc.). Besonders in den ersten 8-12 Wochen nach dem Klinikaufenthalt besteht die Hauptaufgabe der Pflegefachkräfte des Leistungserbringers in der engmaschigen Kontaktierung des Kehlkopflösen und dessen Angehöriger. Nur die konsequente und fachgerechte Nutzung der qualitativ hochwertigen Hilfsmittel verhindert Komplikationen, die nicht selten zu einer Wiederaufnahme in die Klinik führen können.

Immerhin ist gerade die Hilfsmittelversorgung laryngektomierter Patienten sehr individuell zu gestalten. Unterschiedliche anatomische Verhältnisse des Tracheostomas verlangen ebenso von Patient zu Patient verschiedene Trachealkanülen, wie Kunststoff-, Silikon- oder teilweise auch noch Silberkanülen, wie auch einen der persönlichen Compliance und der Umgebungsfaktoren des Betroffenen entsprechenden Tracheostomaschutz. Ziel ist natürlich eine optimale pulmonale Rehabilitation des Patienten, deren medizinische Notwendigkeit ausreichend belegt worden ist. Oft ist die dauerhafte, zufriedenstellende Verwendung einer Basisplatte (Pflastersystem) für die Aufnahme des HME-Filters (Wärme- und Feuchtigkeitstauscher) aber aufgrund der besonderen Tracheostomaverhältnisse oder unbeherrschbarer Hautreaktionen nicht möglich. In diesem Fall den HME-Filter mit einer Trachealkanüle oder einem Tracheostomabutton zu kombinieren, ist vom Patienten meist weder erwünscht noch wird sie akzeptiert. In solchen Fällen kann ein Schaumstoff-Tracheostomaschutz eine mögliche Alternative sein. Doch selbst diese Versorgung wird teilweise von den Betroffenen aus unterschiedlichen Gründen abgelehnt und durch ein spezielles Stoma-Schutz Tuch ersetzt. Prinzipiell sollen die Lungenfunktion und Atmung dieser Patientengruppe im Rahmen der Rehabilitation berücksichtigt werden, um trockene, geschädigte Atemwege zu vermeiden, die Symptome wie vermehrten Hustenreiz, zähes Lungensekret, vermehrte Infekte und Atemnot nach sich ziehen. Flankierende Maßnahmen wie Inhalationen und adäquate Absaugmaßnahmen sind also unersetzlich und ergänzen den Tracheostomaschutz zielorientiert. Diese hohe Individualität an Bedarf, Akzeptanz und speziellem Rehabilitationspotential lässt unmittelbar auf einen extrem großen Beratungs- und Unterstützungsbedarf des Patienten durch den Leistungserbringer schließen. Eine „Standard-Versorgung“ ist vor diesem Hintergrund definitiv weder möglich, noch würde sie dem Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen gerecht.

## **Fazit**

**Eine optimale Patientenversorgung unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte und die vertraglich geltenden Regelungen mit den Krankenversicherern stellen immer höhere Anforderungen an die Leistungserbringer. Vorgeschriebene Patientenbesuchsintervalle, standardisierte Dokumentationsbögen und die fachliche Qualifikation der Homecare-Mitarbeiter sind nur einige Punkte der Anforderungskriterien. Aktuell rücken auch die Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der eingesetzten Medizinprodukte wieder in den Vordergrund, denn mangelnde Produktqualität und -sicherheit kann Komplikationen beim Betroffenen und zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem nach sich ziehen.**

**Die Komplexität bei der Versorgung laryngektomierter Patienten verdeutlicht, wie wichtig es ist, diesen speziellen Personenkreis professionell zu betreuen. Die Reduzierung der Homecare-Dienstleistung auf eine reine Warenbelieferung ist absolut kontraproduktiv und aus medizinisch-pflegerischer Sicht inakzeptabel.**

**Der kehlkopflöse Mensch lebt bis an sein Lebensende mit den Folgen der Laryngektomie. Eine vordergründige Aufgabe der Leistungserbringer muss daher die Verbesserung der Lebensqualität dieser Personen sein.**