Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 81 (1972)
Heft: 7

Artikel: Gerettet - aber ohne Stimme
Autor: E.T.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-974468

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 18.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Gerettet – aber ohne Stimme

Wir möchten auf eine Gruppe von Invaliden aufmerksam machen, die Kehlkopflosen, von denen man im allgemeinen nicht viel weiss, und für die die Wiedereingliederung gegenwärtig noch ein grosses Problem darstellt. Dank ärztlicher Kunst sind sie von schwerem Leiden befreit worden, haben aber zugleich die Stimme eingebüsst.
Erst vor etwa zwei Jahren wurde auf Anregung von Ärzten eine Vereinigung der Kehlkopflosen gegründet. Bereits sind den nun vier Sektionen – Französische Schweiz, Nordwestschweiz, Nordostschweiz und Zentralschweiz – rund 180 Mitglieder beigetreten, die Zahl der Laryngektomierten ist aber vermutlich doppelt so hoch. Die Vereinigungen bezwecken, die Kehlkopflosen mit Schicksalsgenossen in Verbindung zu bringen, sie zur Überwindung ihrer Isolierung zu ermutigen, sie zu beraten, ihre Interessen gegen aussen wahrzunehmen, finanzielle Mittel zu beschaffen und namentlich ein Wiedereingliederungszentrum zu verwirklichen. Hand in Hand damit geht die Information der Bevölkerung. (Für nähere Auskünfte steht das Sekretariat der Union Schweizerischer Kehlkopflosen-Vereinigungen, Offenburgerstrasse 59, 4057 Basel, zur Verfügung.)
Der Bekanntmachung dieser Probleme in der Öffentlichkeit galt auch die 2. Generalversammlung der Union Schweizerischer Kehlkopflosen-Vereinigungen vom 24. Juni 1972 in Zürich, an der eine Resolution angenommen wurde, die feststellt, «. . . dass die Lage der Kehlkopflosen, insbesondere in bezug auf die Möglichkeit, die Sprache systematisch zu erlernen sowie die Wiedereingliederung, eventuell mit Rente bis zur vollen Existenzsicherung, in unserem Lande noch nicht befriedigend gelöst ist. Besonders liegt uns am Herzen, dass auch dem im AHV-Alter stehenden Patienten jede moralische und finanzielle Hilfe gewährt wird, um entweder mit der Ösophagussprache oder mit einer Sprechhilfe den Anschluss zu seinen Mitmenschen wiederzufinden . . .»
Die beiden an der Versammlung gehaltenen Referate von Spezialärzten für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten sind hiernach mit kleinen Kürzungen wiedergegeben. PD Dr. Werner Wey, Basel, skizzierte die Entwicklung der Laryngektomie und Prof. Dr. U. Fisch, Zürich, ging auf die besonderen Rehabilitationsprobleme der Laryngektomierten ein.

Die Entwicklung der Kehlkopfoperation

Die operative Entfernung des Kehlkopfes ist bei Krebs in gewissen Fällen die einzige Möglichkeit, das Leben des Patienten zu retten. Die erste solche Operation wurde 1873 von Billroth in Wien ausgeführt. Mit seinen Oberärzten Czerny und Gussenbauer hatte er den damals heroischen Eingriff in systematischen Studien vorbereitet. Im November des Jahres 1873 hatte er bei einem jungen Mann wegen Kehlkopfkrebs die damals mögliche und bekannte Operation vorgenommen: das Organ war eröffnet und der Tumor lokal abgetragen worden. Leider musste Billroth nach wenigen Wochen feststellen, dass die Geschwulst nicht ganz erfasst worden war. Der Kranke musste erneut operiert werden. Billroth erkannte dabei, dass nur die vollständige Entfernung des Kehlkopfes Heilung bringen konnte und liess sich von seinem Patienten die Einwilligung hierzu geben. Der Operationsbericht schildert die damaligen Schwierigkeiten in fast beklemmender Weise. Selbstverständlichkeiten unserer modernen Medizin wie Blutersatz und Infektionsvorsorge mit Antibiotika waren unbekannt, eine Narkose nach unserer heutigen Vorstellung undenkbar. Der Eingriff glückte, der Patient überlebte ihn, und die Nachricht erregte die Fachwelt wie das Publikum allgemein in so ausserordentlichem Masse, dass sich Vergleiche mit epochalen Errungenschaften der Transplantationschirurgie unserer Zeit aufdrängen.
Als in der Folge 1895 Röntgen die später nach ihm benannten Strahlen entdeckte und drei Jahre später das Ehepaar Curie Radium isolierte, wurde auch für die Tumortherapie ein bedeutsamer Markstein gesetzt. Die Erwartungen, die in die neu entdeckten, heilenden Strahlen gesetzt wurden, waren gross. Aber auch das neu begründete Fach Radiotherapie musste viele Enttäuschungen überwinden. Auch hier stellten sich zunächst Dauerheilungen nur vereinzelt ein, auch hier galt es zunächst, schrittweise die Komplikationen der neuen Behandlungsform zu beheben.
Heute wird der Kehlkopfkrebs sehr differenziert behandelt. Es kommen Teiloperationen sowohl als Strahlenbehandlung – allein oder kombiniert mit einer Operation – zur Anwendung. Das Wissen um diese verschiedenen Möglichkeiten macht es dem Patienten oft schwer, seine Einwilligung zur brutalsten Form der Therapie zu geben, weil er sich innerlich nicht damit abfinden kann, dass ausgerechnet in *seinem* Falle ein sorgsamschonendes Vorgehen verhängnisvoll wäre. Das Vertrauen des Patienten in die Entscheidung seines Arztes ist gerade wegen der Fortschritte der Medizin schwerer zu bewahren als früher. Der Wahrung dieses Vertrauens gilt unsere besondere Sorge.

Von Krebs gerettet – und nun?

Dem Arzt genügt es nicht, ein Organ wie den Kehlkopf erfolgreich zu entfernen. Er ist auch dafür besorgt, die nachteiligen Folgen seines lebensrettenden Eingriffes so gering wie möglich zu gestalten. Er möchte, dass der Patient nach der Operation als vollwertiger Mensch in den Kreis seiner Familie zurückkehrt und dass er seine beruflichen und gesellschaftlichen Aufgaben unbehindert weiterführt.
Dieses Ziel wird nach der Entfernung des Kehlkopfes vom Chirurgen allein leider nicht erreicht. Trotz den Fortschritten der

Medizin ist es bis heute noch nicht gelungen, und es wird auch in absehbarer Zeit nicht gelingen, den entfernten Kehlkopf mit einem gleichwertigen rekonstruierten oder verpflanzten Organ zu ersetzen.

Der Kehlkopflose hat also nach der Operation mit Nachteilen zu rechnen, die er nur in langer, mühsamer Arbeit teilweise beseitigen wird. Dazu braucht er die Hilfe seiner Angehörigen, eines Sprach- und Stimmtherapeuten, eines sozialen Beraters, des Arztes und vor allem das Beispiel und den Beistand anderer Leidensgenossen, die seine Schwierigkeiten am besten kennen und bereits überwunden haben. Eines der wichtigsten Ziele der Union der Schweizerischen Kehlkopflosen-Vereinigungen besteht gerade darin, andere Mitmenschen aus ihrer krankheitsbedingten Isolierung zu befreien und ihnen den langen Weg der Rehabilitierung zu verkürzen. Daraus ist es zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen Kehlkopflosen und Ärzten gekommen.

Die Entfernung des Kehlkopfes bringt zahlreiche Nachteile für den Operierten mit sich, da es, wie bereits erwähnt, dem Chirurgen bis heute nicht gelungen ist, ein vollwertiges Ersatzorgan für den Kehlkopf zu finden. Der Grund dieses Versagens der ärztlichen Kunst liegt im ausserordentlich komplexen Bau des Kehlkopfes, dem nicht weniger als drei wichtige Funktionen zukommen, nämlich

- die Gewährleistung der Atmung
- der Schutz der Atemwege beim Schlukken
- die Bildung der Stimme.

Ein Mensch kann nur dann atmen, wenn sein Kehlkopf als Teil der oberen Atemwege die Ein- und Ausatmungsluft frei durchgehen lässt. Die Durchgängigkeit der Atemwege ist nur dann gewährleistet, wenn der Kehlkopfdeckel beim Schlucken die oberen Atemwege vor dem Eindringen der Speisen und Flüssigkeiten schützt. Die menschliche Stimme entsteht nur dann, wenn zwei Gewebefalten – die Stimmbänder –, die in der Mitte des Kehlkopfes liegen, die beim Ausatmen durch sie ausströmende Luft in Vibration versetzen.

Alle diese Funktionen werden vom Kehlkopf besorgt. Die zwei ersterwähnten: Gewährleistung der Atmung und Schutz der Atemwege beim Schlucken, sind für die Erhaltung des Lebens unbedingt erforderlich; die letzterwähnte Funktion: die Bildung der Stimme, ist nicht unbedingte Voraussetzung für das Fortbestehen des Individuums. Der Stimmverlust führt allerdings zum Ausfall der Sprache und behindert somit den Kehlkopflosen in seiner Kommunikation mit der Umwelt und isoliert ihn von der Gesellschaft und sogar von seiner Familie.

Der Chirurg, der eine Laryngektomie vornimmt, muss, um das Leben des Operierten zu sichern, in erster Linie dafür sorgen, dass die Atemwege und somit die freie Atmung erhalten bleiben. Da nach der Kehlkopfentfernung die schützende Funktion des Kehlkopfdeckels beim Schlucken ausfällt, ist der Chirurg gezwungen, zur Sicherung der Atmung die Luft- und Speisewege vollständig voneinander zu trennen. Um dies zu erreichen, muss er die Luftröhre unter Umgehung des Rachens, des Mundes und der Nase direkt nach aussen leiten und an die Haut des Halses oberhalb des Brustbeins einnähen. Nach dieser Massnahme wird der Kehlkopflose Speisen und Flüssigkeiten wie vor der Operation zu sich nehmen können, nicht aber wie früher durch die Nase oder den Mund atmen können, sondern zeitlebens nur direkt durch die neu am Hals angelegte Öffnung, durch das sogenannte Tracheostoma.

Die Umleitung der Atemwege und die Entfernung der Stimmbänder führen zu einem völligen Verlust der Stimmbildung. Demzufolge kann der Kehlkopflose trotz intakter Sprechwerkzeuge, wie Lippen, Zähne, Gaumen usw. nicht mehr wie vor der Operation verständlich sprechen und wird begreiflicherweise dadurch in eine tiefe Depression versetzt.

Die erste Massnahme, die zur medizinischen Rehabilitation des Kehlkopflosen getroffen wird, zielt darauf, ihn eine Ersatzsprache erlernen zu lassen.

Es war das Verdienst eines Kehlkopflosen und nicht eines Sprach- oder Stimmtherapeuten oder Arztes zu zeigen, dass Sprache auch ohne Kehlkopf möglich ist. Daraus ist ersichtlich, wie wertvoll die Erfahrungen eines Laryngektomierten für seine Leidensgenossen sein können.

Um sich die Ersatzsprache anzueignen, muss der Kehlkopflose lernen, die Speiseröhre mit Luft zu füllen und diese Luft stossweise zum Mund wieder herauszubefördern. Der dabei hervorgebrachte Ton (Speiseröhrestimme) wird durch die Sprechwerkzeuge (Lippen, Zähne, Zunge usw.) in verständliche Sprache ummoduliert. Es sind drei bis sechs Monate, manchmal sogar ein bis zwei Jahre intensiver Übungen erforderlich, bis diese Ersatzsprache einigermassen beherrscht wird. Bei guter Begabung, eisernem Willen und entsprechender Ausdauer kann es durch das Einüben einer Ersatzstimme zu erstaunlichen Leistungen kommen. Ein Laie wird bei einem kehlkopflosen Gesprächspartner, der die Ösophagusersatzsprache gut beherrscht, höchstens eine Heiserkeit feststellen.

Leider gibt es aber auch viele Kehlkopflose, die trotz jeder Bemühung keine oder nur eine ungenügende Ösophagusersatzstimme entwickeln. Für diese Patienten sind elektrische Sprechprothesen erfunden worden, die auf mechanischem Weg die Luft in den Resonanzräumen des Rachens in Vibration bringen. Die so hervorgerufene Stimme wirkt durch ihren metallischen Beiklang unnatürlich. Die elektrischen Sprechhilfen können aber dem Kehlkopflosen gegebenenfalls grosse Dienste leisten, und es wäre wünschenswert, dass sie dem Sprachbehinderten wie die Hörprothese dem Schwerhörigen unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden könnten.

Nachdem der Kehlkopflose nach mühsamer langer Arbeit sich eine Ersatzstimme angeeignet hat, beginnt für ihn die berufliche Wiedereingliederung, die seine Rückkehr ins Erwerbsleben zum Zwecke hat.

Man könnte zunächst geneigt sein, einen Kehlkopflosen als völlig rehabilitiert zu betrachten, sobald er die Ersatzsprache beherrscht. Dies ist aber keineswegs der Fall. Das Tragen einer Metallkanüle zur Offenhaltung des Tracheostomas am Hals sowie die direkte Ein- und Ausatmung durch diese Kanüle erschweren oder verunmöglichen sogar die Verrichtung von Arbeiten in staubiger oder sonst verunreinigter Umgebung. Schwere körperliche Leistungen können infolge Fehlens der Stimmritze nicht mehr in vollem Mass ausgeführt werden. Schliesslich ist die Ösophagus-Ersatzsprache auch im Idealfall leise und langsam und kann ohne starke Ermüdung über längere Zeit nicht angewendet werden. Alle diese Nachteile sollten berücksichtigt werden und erschweren die berufliche Wiedereingliederung des Kehlkopflosen.

Es ist erstaunlich, dass in der Schweiz keine geeigneten Zentren für die berufliche Rehabilitation der Laryngektomierten vorhanden sind. Dies im Gegensatz zu den meist an grosse Kliniken angegliederten Unterrichtszentren für die Ersatzsprache, die vom Kanton und von verschiedenen Institutionen, wie der Krebsliga und Pro Infirmis, in verdienstvoller Weise unterstützt werden. Es ist nicht immer möglich, dass der Kehlkopflose nach der Operation wieder seinen früheren Arbeitsplatz einnehmen kann. Häufig wird er gezwungen, seine Stelle oder seinen Beruf zu wechseln. Da keine Umschulungszentren, wie sie zum Beispiel für die Seh- und Gehörbehinderten geschaffen wurden, bestehen, wird der Kehlkopflose, der auf die Suche nach einer neuen Arbeit geht, eher eine Rente als eine neue Arbeitsstelle finden. Damit ist ihm aber zu wenig oder gar nicht geholfen, denn das Ausgeschaltetwerden aus dem Arbeitsprozess fördert seine krankheitsbedingte Isolierung. Es wäre deshalb sehr wünschenswert, wenn in der Schweiz auch Zentren für die berufliche Wiedereingliederung der Kehlkopflosen entstehen würden.

Diese Ausführungen mögen das Verständnis für die Probleme der Kehlkopflosen fördern und dazu beitragen, die noch verbleibenden Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung dieser Minderheit unter den Behinderten zu beseitigen. *E. T.*