

Gesundheitsbezogene Lebensqualität Laryngektomierter mit Stimmventilprothesen

Andrea Schädel, Maria Schuster, Peter Kummer, Ulrich Eysholdt und Frank Rosanowski

Bei Larynxkarzinomen gelten nicht mehr nur die Tumorentfernung und die Überlebenszeit der Patienten als Qualitätsmerkmal einer erfolgreichen Behandlung, sondern ebenso deren Lebensqualität. Gegenstand der hier vorgelegten Untersuchung ist die Frage nach der systematischen Erfassung der Lebensqualität bei laryngektomierten Patienten mit einer erfolgreichen Stimmrehabilitation mittels Provox®-Prothese und die Frage nach krankheitsspezifischen Bewältigungsstrategien.

Einleitung

In den letzten Jahren hat ein Paradigmenwechsel in der Bewertung onkologischer Behandlungen stattgefunden. So gelten nicht mehr nur die komplette Tumorentfernung und die Überlebenszeit als Qualitätsmerkmal der Therapie, sondern der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Lebensqualität wurden zum gleichwertigen Ziel der Behandlung. Im Falle von Patienten nach einer vollständigen Kehlkopfentfernung (Laryngektomie, LE) geht es dabei insbesondere auch um die hohe Qualität der Ersatzstimmfunktion, die nach aller Erfahrung heute mittels Stimmventilprothesen am besten zu erreichen ist, da die Prothesenstimme dem ursprünglichen eigenen Stimmklang wohl am ähnlichsten ist. Aufgrund der Kehlkopfkrebserkrankung und in Folge der notwendigen Behandlung müssen die meisten Patienten nach einer Laryngektomie aus dem Berufsleben ausscheiden. Dies kann neben den körperlichen bzw. funktionellen Beeinträchtigungen erhebliche und eingreifende psychosoziale Folgen bedingen (De Maddalena, 1997).

Durch die Verbesserung operativer Techni-

Auszugsweise vorgetragen beim 31. Jahreskongress des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl), Lübeck 2002

ken, besonders durch die Einführung der Laserchirurgie, ist in Deutschland die Zahl der vollständigen Laryngektomien auf etwa 2.200 pro Jahr zurückgegangen, im eigenen Patientengut werden pro Jahr um bis zu 40 Patienten auf diese Weise behandelt. Der Eingriff stellt heute gleichsam nur noch die ultima ratio bei anders nicht mehr zu beherrschender Tumorerkrankung oder im Rezidivfall nach vorangegangenen andersartigen Behandlungen dar.

Die Patienten benötigen nach der Laryngektomie in den meisten Fällen eine medizinische Behandlung, Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme, in deren Rahmen die nach dem Eingriff gestörten Funktionen und Fähigkeiten rehabilitiert werden können. Der Zeitpunkt dieser Therapie richtet sich u.a. nach der Notwendigkeit und dem Abschluss einer postoperativen Bestrahlung (Böhnke, 1997). Im Hinblick auf postoperative Funktionsveränderungen ist das Prinzip der Laryngektomie die Trennung von Luft- und Speiseweg. Der Kehlkopf wird operativ vom Hypopharynx und der oberen Trachea getrennt, und der Stumpf der Trachea wird als Tracheostoma in die Halshaut eingenäht. In der Folge kommt es zu den im folgenden genannten funktionellen Beeinträchtigungen.



Andrea Schädel

Ausbildung zur Logopädin in Ludwigshafen, seit April 2001 klinische Logopädin an der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg. Ihre therapeutischen Schwerpunkte sind die akutmedizinische Rehabilitation von Stimm- und Schluckstörungen

sowie die CI-Rehabilitation bei Kindern und Erwachsenen.

► Der auch durch den Wegfall der Berufstätigkeit bedingte Verlust der Tagesstruktur, eine Rezidivangst, eine befürchtete oder tatsächlich erlebte soziale Isolation können das Auftreten reaktiver emotionaler Störungen begünstigen.

► Das Vorliegen einer Suchterkrankung kann die Akzeptanz der Erkrankung sowie den Umgang mit deren funktionellen und sozialen Folgen zusätzlich beeinträchtigen.

Andere krankheitsspezifische Beeinträchtigungen

► Im Falle des Vorliegens von Halslymphknotenmetastasen wird im Rahmen der primären Tumorbehandlung in der Regel eine Neck dissection durchgeführt, in deren Folge es u.a. zu Bewegungseinschränkungen im Schulterbereich kommen kann.

► Kosmetische Beeinträchtigungen durch das Tracheostoma und in Folge der Halsnarbe können das Körperempfinden des Betroffenen negativ beeinflussen.

► Die Notwendigkeit der Stomapflege kann in sozialen Situationen als unangenehm erlebt werden.

Fragestellung dieser Studie

Beeinträchtigungen physiologischer Funktionen

► Da nach der Laryngektomie die Atmung über das Tracheostoma erfolgt, entfällt die Schutzfunktion der Nase mit dem Anwärmen, Anfeuchten und Reinigen der Luft. Dies kann – je nach Jahreszeit und Klima – zu entzündlichen Veränderungen der Luftröhre und – in der Regel weniger gravierend – der Nase führen. Rückatmungsventile am Tracheostoma sowie Raumbefeuchter u.ä. können Abhilfe schaffen. In Ausnahmefällen ist bei ausgeprägten Tracheitiden, d.h. Luftröhrentzündungen, ggf. auch eine stationäre Behandlung mit antibiotischer und abschwellender Behandlung erforderlich.

► Durch den Verlust des Kehlkopfes entfällt die Befähigung zur Bauchpresse. Dies kann zu Defäkationsproblemen, d.h. Schwierigkeiten beim Stuhlgang, führen, die durch eine Anpassung der Nahrung bzw. abführende Maßnahmen behandelt werden können.

► Niesen, Schneuzen und Schlürfen sind durch den veränderten Atemweg nicht mehr möglich.

► Nur etwa ein Drittel der LE-Patienten ist in der Lage spontan wieder zu riechen, ein Drittel der Patienten kann das Riechen durch eine Übungsbehandlung wieder „erlernen“, bei einem weiteren Drittel ist Riechen trotz therapeutischer Intervention nicht mehr möglich. Bis auf die vier Grundgeschmacksrichtungen (süß, sauer, salzig, bitter) ist kein Schmecken möglich, die Nahrung verliert für den Betroffenen ihr „Aroma“.

► Durch die LE kommt es zum Verlust der normalen Stimmfunktion, die durch folgende Techniken rehabilitiert werden kann: Ösophagusersatzstimme (Ructusstimme), Stimme mittels elektronischer Sprechhilfen (z.B. Servox®), Stimme mittels Stimmventilprothese.

Den Vorteil einer vergleichsweise langen Tonhaldedauer und damit eher physiologischen Atem-Sinn-Einheiten haben die elektronischen Sprechhilfen und die Stimmventilprothese; bei der Ructusstimme ist nur ein geringes Luftreservoir vorhanden und daher auch nur eine kurze Tonhaldedauer möglich. Eine modulationsfähige Stimme ist in engen Grenzen bei der Ructusstimme, besser bei der Stimmventilprothese zu hören. Die Stimme mit elektronischen Sprechhilfen klingt automatenhaft. Ein finger- bzw. handfreies Sprechen ist sowohl bei der Ructusstimme, als auch bei Stimmventilprothesen mit Tracheostomaklappenventil möglich.

Wesentlicher Nachteil der Stimmventilprothesen ist die Notwendigkeit des regelmäßigen Wechsels, der abhängig vom gewählten System vom Patienten oder aber ärztlich durchgeführt werden muss (Böhnke et al., 1997; Reuß, 1997; Schönweiler, 1997; Schultz-Coulon, 1997).

Psychosoziale Folgen

► Die gravierenden Funktionsbeeinträchtigungen bedingen bei Laryngektomierten in der Regel den Verlust der Berufstätigkeit, im hier beschriebenen Patientenkollektiv kehrte lediglich ein Patient von 25 wieder in seinen Beruf zurück.

Die Lebenssituation laryngektomierter Patienten wird also durch eine Reihe spezifischer Probleme erschwert, die einerseits durch die Erkrankung selbst und andererseits durch Behandlungsfolgen erklärbar sind. Die Probleme können einerseits die Lebensqualität und andererseits den individuell unterschiedlichen Weg der Krankheitsbewältigung beeinflussen. Und darauf zielt diese Studie: Auf der Basis standardisierter, validierter Fragebögen sollten die Lebensqualität und die Krankheitsbewältigung laryngektomierter Patienten mit Stimmventilprothesen untersucht werden. Es wurde geprüft, ob sich gruppenspezifische und individuelle Daten für die Planung rehabilitativer Maßnahmen ergeben.

Methode und Probanden

Material zur Erfassung der Lebensqualität

Zur Erfassung der Lebensqualität wurde die deutsche Version des SF-36 Health Survey benutzt (Bullinger et al., 1998). Er besteht aus einem Fragebogen mit 36 Items, die folgenden Themenbereichen zugeordnet sind:

► Körperliche Funktionsfähigkeit:

Fragen zum Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten wie Selbstversorgung, gehen, Treppen steigen, bücken, heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten beeinträchtigt sind, z.B. „Wie groß sind die Einschränkungen beim Tragen einer Einkaufstasche?“.

► **Körperliche Rollenfunktion:** Fragen zum Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. „Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung bestimmter Tätigkeiten zuhause, habe nicht mehr so viel geschafft wie früher“.

► **Körperliche Schmerzen:** Fragen zum Ausmaß an Schmerzen und Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im als auch außerhalb des Hauses, z.B. „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen?“.

► **Allgemeine Gesundheitswahrnehmung:** Fragen zur persönlichen Beurteilung der Gesundheit, einschließlich dem aktuellen Gesundheitszustand, zu zukünftigen Erwartungen und zur Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen, z.B. „Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.“.

► **Vitalität:** Z.B. „Wie oft waren Sie in den letzten vier Wochen voller Energie bzw. müde und erschöpft?“.

► **Soziale Funktionsfähigkeit:** Fragen zum Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme normale soziale Aktivitäten beeinträchtigen, z.B. „Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme Ihre Kontakte zu anderen Menschen beeinträchtigt?“.

► **Emotionale Rollenfunktion:** Fragen zum Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen, z.B. „Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.“.

► **Psychisches Wohlbefinden:** Fragen zur allgemeinen psychischen Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionaler und verhaltensbezogener Kontrolle, zur allgemeinen positiven Gestimmtheit, z.B. „Ich war in den letzten Wochen so niedergeschlagen, dass mich nichts mehr aufheitern konnte.“

Die Aufgabe der Patienten besteht darin, für jedes der 36 Items die Antwortalternative anzukreuzen, die ihrem Erleben am nächsten kommt. Die Antwortkategorien variieren zwischen Fragen, die einfach binär „ja-nein“ zu beantworten sind bis zu sechsstufigen Antwortskalen. Die Auswertung erfolgt anhand der im Testmanual ausführlich dargelegten Vorgaben.

Test zur Erfassung der Krankheitsbewältigung

Es wurden die Trierer Skalen zur Krank-

heitsbewältigung eingesetzt (Klauser et al., 1993). Dieser Test ist für den speziellen Belastungskontext „Krankheit“ entwickelt worden, thematisiert allgemeine und krankheitsspezifische Bewältigungsreaktionen, und beinhaltet verhaltensnahe Itemformulierungen. Er besteht aus 37 Fragebogengitern, die folgenden Themenbereichen zugeordnet sind:

► **Rumination:** Bei dieser Form von Bewältigung zeigen sich die Patienten zurückgezogen, grüblerisch und gedanklich in die Vergangenheit gerichtet. Rumination wird als Versuch aufgefasst, die kognitive Kontrolle über die Lebenssituation zu erhöhen. Im Falle der starken Ausprägung weist diese Strategie auf ein erhöhtes Risiko zu reaktiver Depression hin. (Beispielfrage: „Ich versuchte, eine Ursache für meine Erkrankung zu finden“.)

► **Bedrohungsabwehr:** Diese Bewältigungsform umfasst intrapsychische Verhaltensweisen der Bewältigung mit Elementen positiven Denkens, Rationalisierung und Bagatellisierung sowie eine eher kämpferisch-optimistische Grundhaltung. Ein überdurchschnittlicher Wert wird gewertet als effektiver Versuch der Befindlichkeitsregulation und weist zugleich auf eine hohe Compliance bei der medizinischen Behandlung hin. (Beispielfrage: „Ich sagte mir, daß es viele Menschen gibt, denen es wesentlich schlechter geht als mir“.)

► **Suche nach sozialer Einbindung:** Dieser Bewältigungsmechanismus beinhaltet Reaktionen, die andere Personen beteiligen und als Versuch der Ablenkung durch soziale Aktivitäten wie auch der Mobilisierung insbesondere emotionaler Unterstützung verstanden werden. Es handelt sich um effektive Strategien zur Vermeidung von Einsamkeit, diese Skala korreliert mit einer positiven Grundstimmung. (Beispielfrage: „Ich bin mit Freunden ausgegangen“.)

► **Suche nach Information und Erfahrungsaustausch:** Hier zeigen die Patienten eine starke Zentrierung der Aufmerksamkeit auf die Erkrankung und Möglichkeiten ihrer Behandlung vor allem im offenen Austausch mit anderen, das sind im Falle unserer Patienten v.a. Mitpatienten oder auch z.B. Kehlkopflosenverbände. (Beispielfrage: „Ich suchte Kontakt zu Personen, die Ähnliches erlebt haben“.)

► **Suche nach Halt in der Religion:** Die Patienten mit dieser Bewältigungsform zeigen Verhaltensweisen einer religiös orientierten Suche nach Sinn in der Erkrankung. Diese Skala markiert eine Auseinanderset-

zung mit potentiell Lebensbedrohlichem, korreliert in anderen Kollektiven aber nicht mit der Befindlichkeit. (Beispielfrage: „Ich betete und suchte Trost im Glauben“.)

Der Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens betrug zwischen 10 und 20 Minuten. Es können Häufigkeitspunktwerte zwischen 1 und 6 angegeben werden. Die Auswertung erfolgt über die einfache Addition der jeweiligen Werte. Drei Patienten benötigten beim Ausfüllen der Fragebögen sowohl im SF-36, als auch im TSK Hilfe aufgrund einer situativ nicht optimalen Sehfähigkeit, Fremdsprachlichkeit bzw. aufgrund eines Analphabetismus.

Probanden

Die Erhebung fand im Rahmen der routinemäßigen Tumornachsorge statt. Untersucht wurden 25 männliche laryngektomierte Patienten, die mit einer Provox®-Stimmventilprothese versorgt waren. Die Patienten waren zwischen 51 und 85 Jahren alt, im Mittel $62,3 \pm 8,0$ Jahre. Zwischen der Laryngektomie und der Befragung lag ein Zeitraum von 9 Monaten bis 14 Jahren, im Mittel $4,0 \pm 3,6$ Jahre. Bei 21 der 25 Patienten wurde die Stimmventilprothese intraoperativ eingesetzt, bei vier Patienten sekundär.

Ergebnisse

Test zur Erfassung der Lebensqualität SF-36

Der Bereich „Körperliche Funktionsfähigkeit“ (KöFu) lag mit einem Skalenrohwert von $63,6 \pm 27,7$ im oberen Bereich (Abbildung 1). Die „Körperliche Rollenfunktion“ (KöRo) war mit dem Rohwert von $43,5 \pm 42,8$ im unteren Bereich angesiedelt. Für den Bereich „Körperliche Schmerzen“ (Schm) fand sich der Mittelwert nicht auffällig niedrig ($65,6 \pm 24,8$). Die „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (Ages) stellte sich bei einem Rohwert von $56,4 \pm 16,6$ im mittleren Bereich dar.

Die Rohwerte für den Bereich „Vitalität“ (Vita) waren im Mittel $59,9 \pm 22,6$ und damit ebenfalls im mittleren Bereich. Die „Soziale Funktionsfähigkeit“ (SoFu) lag mit einem Skalenrohwert von 76 ± 30 im oberen Bereich, wohingegen die „Emotionale Rollenfunktion“ (EmRo) mit einem Rohwert von $56,1 \pm 47,6$ eher im mittleren Bereich anzusiedeln war. Das „Psychische Wohlbefinden“ (Psc) stellte sich bei einem Rohwert

von $72,5 \pm 20,2$ im oberen Bereich dar. Die erhobenen Werte wurden mit den Ergebnissen einer in der Literatur beschriebenen Standardpopulation verglichen.

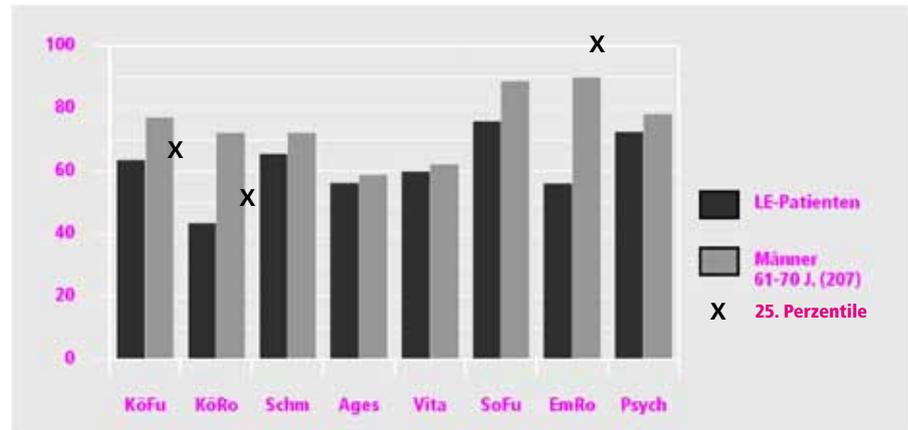
Die laryngektomierten Patienten haben geringe Schmerzen bzw. fühlen sich nur wenig von ihnen beeinträchtigt. Die Werte für die „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ und die „Vitalität“ sind sehr hoch, d.h. dass sich laryngektomierte Patienten mit Stimmventilprothesen fast so gesund und widerstandsfähig fühlen wie die Normpopulation. In den Bereichen „Körperliche Funktionsfähigkeit“ und „Rollenfunktion“ liegen die Werte unter der 25. Perzentile der Normpopulation.

Weiterhin wurden die Werte der laryngektomierten Patienten mit aus der Literatur bekannten Werten chronisch kranker Patienten verglichen (Diagnosen: Herzinsuffizienz, Dialysepflicht, Hepatitis-C, Depression) (Abbildung 2). Hier zeigt sich, dass die Gruppe der Laryngektomierten in vielen Bereichen (Ages, Vita, SoFu, Psyc) im Vergleich die besten Werte erreichen. In den anderen Bereichen zeigen sie im Vergleich keine schlechteren Werte als die anderen Patientengruppen. Außerdem wird deutlich, dass es den LE-Patienten in allen Bereichen besser geht als den Herz- und Dialysepatienten. Obwohl sie organisch nicht in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt erscheinen, zeigen die anderen Patientengruppen schlechtere Ergebnisse im Bereich „Soziale Funktionsfähigkeit“.

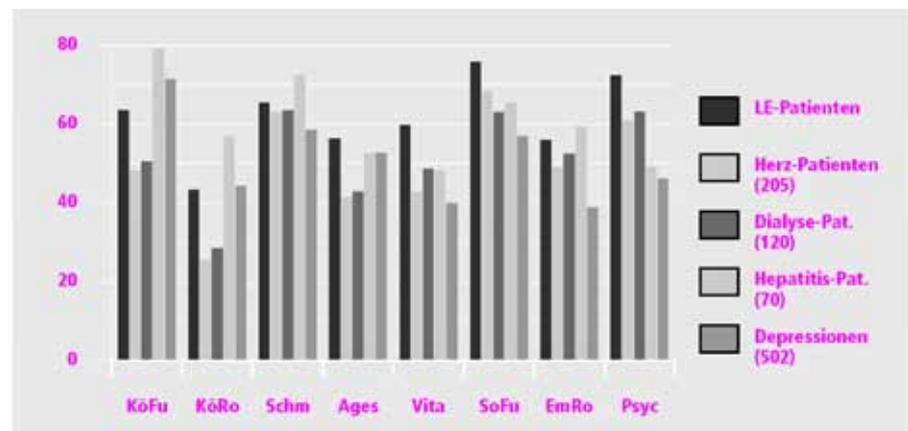
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die LE-Patienten im Vergleich zu anderen Patienten mit chronischen Erkrankungen keine stärker eingeschränkte Lebensqualität haben, unabhängig von der krankheitsspezifisch eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit.

Test zur Erfassung der Krankheitsbewältigung TSK

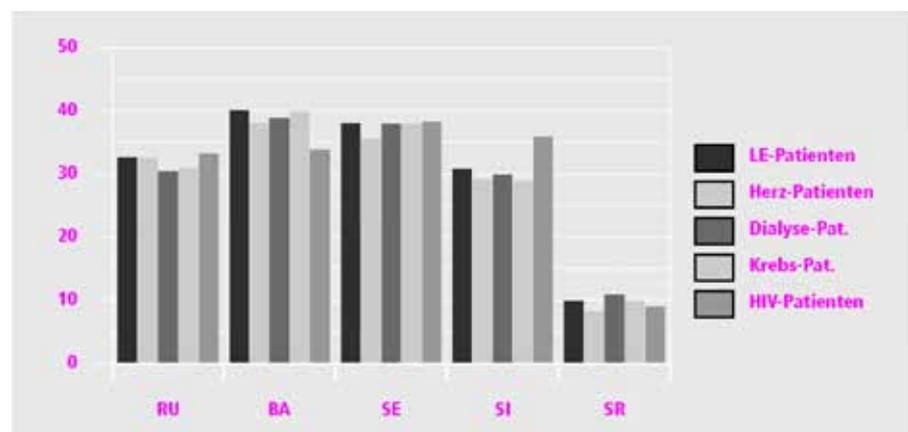
Der Bereich „Rumination“ lag mit einem Skalenrohwert 33 ± 6 bei möglichen Werten zwischen 9 und 54 im mittleren Bereich (Abbildung 3). „Bedrohungsabwehr“ war mit dem Rohwert von 40 ± 5 bei möglichen Rohwerten zwischen 8 und 48 im oberen Bereich angesiedelt. Für den Bereich „Suche nach sozialer Einbindung“ fand sich der Mittelwert nicht auffällig erhöht (38 ± 5) bei möglichen Rohwerten zwischen 9 und 54.



Gesundheitsbezogene Lebensqualität laryngektomierter Patienten im Vergleich mit einer Standardpopulation auf der Basis des SF-36 (Bullinger et al., 1998). Dargestellt sind die einzelnen Subskalen: Körperfunktion (KöFu), Körperliche Rollenfunktion (KöRo), Schmerz (Schm), Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES), Vitalität (Vita), Soziale Funktionsfähigkeit (SoFu), Emotionale Rollenfunktion (EmRo) und das Psychische Wohlbefinden (Psyc).



Gesundheitsbezogene Lebensqualität laryngektomierter Patienten im Vergleich mit anderen Gruppen chronisch Kranker, Vergleichsgruppen nach Bullinger et al. (1998). Dargestellt sind die einzelnen Subskalen: Körperfunktion (KöFu), Körperliche Rollenfunktion (KöRo), Schmerz (Schm), Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES), Vitalität (Vita), Soziale Funktionsfähigkeit (SoFu), Emotionale Rollenfunktion (EmRo) und das Psychische Wohlbefinden (Psyc).



Krankheitsbewältigung laryngektomierter Patienten im Vergleich mit anderen Gruppen chronisch Kranker, Vergleichsgruppen nach Klauer et al. (1993). Dargestellt sind die Subskalen Rumination (RU), Bedrohungsabwehr (BA), Suche nach sozialer Einbindung (SE), Suche nach Information und Erfahrungsaustausch (SI) und Suche nach Halt in der Religion (SR).

Die „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ stellte sich bei einem Rohwert von 30 ± 8 im Mittelfeld bei möglichen Werten von 8 bis 48 dar, die Rohwerte für den Bereich „Suche nach Halt in der Religion“ waren im Mittel 10 ± 4 und damit ebenfalls im mittleren Bereich, bei Betrachten der Streuung allerdings sehr unterschiedlich bei erreichten Werten zwischen dem möglichen Minimum von 3 bis Maximum von 18.

Diese Ergebnisse wurden mit anderen Patientenkollektiven der Literatur verglichen (Malignome des Verdauungstraktes, maligne Systemerkrankungen, Schwerkranken mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz, Z.n. Herzinfarkt oder Bypassoperation, HIV-Positive). Dabei ergaben sich im wesentlichen keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Die LE-Patienten zeigen also kein anderes Verhalten in der Krankheitsbewältigung als andere Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Entsprechend dem Ergebnis des SF-36 sind soziale Formen der Bewältigung wie „Suche nach sozialer Einbindung und Information“ in der Gruppe der Laryngektomierten keineswegs geringer ausgeprägt.

Diskussion

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die gesundheitsbezogene Lebensqualität über körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Diese Dimensionen werden im SF-36 erfasst. Damit ist dieser Fragebogen in Übereinstimmung mit einer Fülle anderer Arbeitsgruppen a priori geeignet, Lebensqualität inhaltlich valide abzubilden (Blom et al., 1998).

Angesichts der gravierenden Grunderkrankung und der individuellen Folgen waren die mittels des SF-36 erhobenen ausgeprägt positiven Ergebnisse nicht erwartet worden, auch wenn manche andere Arbeitsgruppen dasselbe Phänomen beschreiben. Ursache mag sein, dass Selbsteinschätzungen mittels Fragebögen immer situativen Einflüssen unterliegen. Denkbar wäre, dass die Ergebnisse der Befragung zur Lebensqualität schlechter ausgefallen wären, wenn die Fragen anonym zuhause beantwortet worden wären und nicht im Rahmen der Sprechstunde. Derartige Diskrepanzen könnten Ausdruck einer möglichen Tendenz zur Dissimulation gegenüber dem Arzt sein. Auch wegen der im eigenen hier beschrie-

benen Kollektiv nur seltenen Komplikationen mit den Stimmventilprothesen kann es deshalb bei der Testdurchführung zu einer Art „Glorifizierung“ des Arztes gekommen sein, wobei im Sinne einer unterstellten Erwartung einer positiven Antwort diese dann auch gegeben wurde. Andererseits ist die hohe Test-Retest-Reliabilität des SF-36 eher ein Hinweis für wahrheitsgemäße Ergebnisse. Somit werten wir die guten Ergebnisse als Ausdruck der Zufriedenheit mit der aktuellen Situation bzw. mit der mittels Stimmventilprothese guten Kommunikationsfähigkeit. Die Bedeutung der Qualität der Prothesenfunktion bzw. der Ersatzstimme für die Lebensqualität wurde in der aktuellen Studie nicht gezielt geprüft, dies ist Gegenstand einer weiteren Untersuchung (Bullinger et al., 1998).

Patienten leiden nach der Behandlung ausgedehnter Tumoren postoperativ unter höheren Belastungen als Patienten mit mittelgroßen Tumoren. Dies betrifft u.a. auch einen Mangel an Kraft und eine allgemein eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Damit sind die „schlechten“ Werte der „Körperlichen Funktionsfähigkeit“ und der „Körperlichen Rollenfunktion“ erklärt, allerdings nicht die guten Ergebnisse in den Bereichen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ und „Vitalität“. Dieses Phänomen könnte Ausdruck einer durchaus krankheitsimmanent unterschiedlichen Bewertung und Gewichtung für die individuelle Selbsteinschätzung sein.

Im Hinblick auf den therapeutischen Umgang mit diesen Patienten ist dies insofern bedeutsam, als es erleichternd sein dürfte, das standardisiert erhobene individuelle Belastungsprofil lösungsorientiert anzugehen, ohne vom Therapeuten angenommene, möglicherweise dem Patienten nur „unterstellte“ Probleme zum Gegenstand der therapeutischen Bemühungen zu machen. Eine prospektive Studie zur Veränderung einzelner Parameter der Lebensqualität (und des SF-36) durch wie auch immer fokussierte therapeutische Maßnahmen könnte diesen Punkt weiter erhellen.

Die schlechten Ergebnisse im Bereich „Emotionale Rollenfunktion“ können nach vergleichbaren Einschätzungen in der Literatur damit zusammenhängen, dass die Patienten, die unter einem großen Primärtumor litten, den Arzt verzögert aufsuchten, möglicherweise auf der Basis einer resignativen Einstellung, unter der sie auch postoperativ noch leiden können.

Aber auch diese Erklärung berücksichtigt die guten Ergebnisse in den Bereichen „Soziale Funktionsfähigkeit“ und „Psychisches Wohlbefinden“ nicht, eine abschließende Bewertung dieses Phänomens muss also derzeit offen bleiben.

Im Hinblick auf die Planung weiterer Studien, in denen der Wert konkreter (psycho-) therapeutischer Interventionen für die individuelle Lebensqualität und die Bewältigungsstrategien Laryngektomierter geprüft werden sollen, war Gegenstand dieser Untersuchung zunächst die Frage nach dem individuellen Bewältigungsverhalten der Laryngektomierten mit Stimmventilprothesen. Für die Planung von Interventionen kann konstatiert werden, dass das Bewältigungsverhalten dieser Patienten nicht grundsätzlich von dem anderer Patienten mit schweren Erkrankungen abweicht. Damit können die aus der Behandlung anderer Patientengruppen bekannten und bewährten therapeutischen Instrumente – auch mit verbal gestützten Methoden – für den Einsatz bei Laryngektomierten versucht werden, ohne dass besondere Gruppenspezifika zu berücksichtigen wären.

Im beschriebenen Kollektiv befanden sich lediglich Männer. Derzeit verändert sich wegen des in den vergangenen Jahren gestiegenen Nikotinkonsums von Frauen das Geschlechterverhältnis von Larynxkarzinomen hin zu einer Zunahme weiblicher Patienten. In der Zukunft wird daher die Frage nach der frauenspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Krankheitsbewältigung sowohl im klinischen Alltag als auch in der Forschung einen größeren Stellenwert bekommen müssen.

Schlussfolgerung

Die systematische Erhebung von Daten zur Lebensqualität und der Krankheitsbewältigung sollten in einer modernen, psychosomatisch orientierten Medizin grundsätzlich in die Untersuchung und Behandlung von laryngektomierten Patienten eingliedert werden, da sich daraus im Einzelfall wertvolle Hinweise für notwendige therapeutische Interventionen ergeben. Die Gruppendaten können individuell insbesondere für präoperative Gespräche genutzt werden, um mit Hinweisen auf die durchaus hohe Lebensqualität der Laryngektomierten den Patienten einen Teil ihrer Angst nehmen zu können.

Blom, E.D. et al. (1998). *Tracheoesophageal Voice Restoration Following Total Laryngectomy*. San Diego : Singular Publishing Group.

Böhnke, H. et al. (1997). Anbildung der Ösophagusstimme. *Sprache-Stimme-Gehör* 21, 20-22

Bullinger, M. et al. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe

Bullinger, M. et al. (1995): Der deutsche SF-36 Health Survey . Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 3, 21-36

De Maddalena, H. (1997): Psychologische Aspekte in der Rehabilitation von Laryngektomierten.

Sprache-Stimme-Gehör 21, 35-39

Klauer, T. et al. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)*. Göttingen: Hogrefe

Reuß, C. (1997): Die elektronische Sprechhilfe. *Sprache-Stimme-Gehör* 21, 26-29

Schönweiler, R. (1997): Hilfsmittel für laryngektomierte Patienten. *Sprache-Stimme-Gehör* 21, 30-34

Schultz-Coulon, H.-J. (1997): Die Stimmprothese. *Sprache-Stimme-Gehör* 21, 13

Korrespondenzadresse

Andrea Schädel
Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
Klinikum der Universität Erlangen-Nürnberg
Bohlenplatz 21
91054 Erlangen
andrea.schaedel@gmx.de