

Lebensqualität bei Patienten mit Stimmstörungen

Andrea Schädel, Silvia Krischke, Frank Rosanowski

Zusammenfassung

Stimmstörungen können zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führen. Gegenstand dieser Untersuchung ist die Frage, ob organische und funktionelle Stimmstörungen unterschiedliche Auswirkungen auf die Lebensqualität haben. Weiterhin sollten geschlechtsabhängige Unterschiede untersucht werden. Dazu wurden insgesamt 108 Patienten untersucht. Keiner der Patienten hatte eine bösartige Erkrankung. Als Test kam die validierte deutsche Version des SF-36-Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum Einsatz. Die Ergebnisse zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit funktionellen und organischen Dysphonien sowie zwischen männlichen und weiblichen Stimmpatienten. Damit kann der andernorts geäußerte Verdacht, eine besondere „emotionale Konstitution“ könne das Auftreten funktioneller Stimmstörungen begünstigen, verworfen werden. Nach diesen Ergebnissen kann der SF-36 als Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Patienten mit Stimmstörungen zur allgemeinen Anwendung für die Primärdiagnostik als auch zur Verlaufskontrolle empfohlen werden.

SCHLÜSSELWÖRTER: Dysphonie – Stimmstörung – Lebensqualität – SF-36

Einleitung

Stimmstörungen können zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führen (Murry et al., 2000; Scott et al., 1997). Diese Beeinträchtigung kann durch die Stimmstörung selbst ausgelöst werden oder sich aus der Notwendigkeit, der Art und des Ausmaßes einer Behandlung ergeben. Ebenso können die möglichen sozialen Folgen mit der Gefährdung oder dem Verlust des Arbeitsplatzes oder mit einer Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu einer solchen Beeinträchtigung führen. Die Wiederherstellung der aktiven Gestaltung der Kommunikation sowohl im Privatleben als auch im Beruf ist daher das „Globalziel“

einer Stimmtherapie. Ein Individuum reagiert immer in irgendeiner Form auf besondere Einflüsse wie z.B. Erkrankungen, und zwar auf körperlicher, geistiger, seelischer und sozial-kommunikativer Ebene (Hsiung et al., 2002; Bullinger, 1997). Unter dieser Annahme wird das subjektive Erleben eines Menschen für medizinische Zwecke als „Lebensqualität“ definiert (WHO, 2001).

In den letzten Jahren ist es zu einer vermehrten Konzentration des klinischen und wissenschaftlichen Interesses auf die Lebensqualität als Ziel von Diagnostik und Therapie gekommen. Dennoch fehlen im deutschen Sprachgebiet, anders als im angloamerikanischen Bereich, systemati-



Andrea Schädel

erhielt ihre Ausbildung zur Logopädin in Ludwigshafen. Seit April 2001 ist sie als klinische Logopädin an der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie des Universitätsklinikums Erlangen-Nürnberg tätig.

sche Untersuchungen zur Lebensqualität von Patienten mit Stimmstörungen (Murry et al., 2000; Spector et al., 2001; Stewart et al., 1998; Wilson et al., 2002; Hogikyan et al., 1999). Darauf zielt die vorliegende Studie:

- ▶ Nach wie vor wird vermutet, dass Patienten mit funktionellen Störungen vermehrt psychische Auffälligkeiten aufweisen, die sich in einer anders als bei organischen Dysphonien veränderten Lebensqualität zeigen müssten.
- ▶ Bei Dysphonien wurde bisher nicht systematisch untersucht, ob Frauen diese –ähnlich wie bei anderen Krankheiten und Störungen – anders erleben als Männer.

Probanden und Methode

Probanden

Es wurden insgesamt 108 Patienten untersucht, die sich wegen einer Stimmstörung erstmals in der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie an der Universitätsklinik Erlangen vorstellten. Davon hatten 39 eine funktionelle Stimmstörung, 69 eine organische. Keiner der Patienten hatte eine bösartige Erkrankung. Das Durchschnitts-

alter war 45 ± 15 Jahre mit einer breiten Streuung von 18 bis 85 Jahren. 40 Frauen und 29 Männer hatten eine organische Stimmstörung in Form einer Recurrensparese, Laryngitis, Kehlkopftumor, Missbildung oder eines Traumas. 24 Frauen und 15 Männer litten unter einer funktionellen Stimmstörung in Form einer hypo-, hyper- oder gemischt funktionellen Stimmstörung.

Methode

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde die deutsche Version des SF-36 Health Survey benutzt (Brazier et al., 1992; Benninger et al., 1998; Billante et al., 2001). 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, zum Beispiel: „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, zum Beispiel: „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, zum Beispiel: „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?“
- ▶ **Allgemeine Gesundheitswahrnehmung:** Fragen zur persönlichen Beurteilung der Gesundheit, einschließlich des aktuellen Gesundheitszustandes, zu zukünftigen Erwartungen und zur Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen, zum Beispiel: „Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden.“
- ▶ **Vitalität:** Zum Beispiel: „Wie oft waren Sie in den letzten vier Wochen voller Energie beziehungsweise müde und erschöpft?“
- ▶ **Soziale Funktionsfähigkeit:** Fragen zum Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme normale soziale Aktivitäten beeinträchtigen, zum Beispiel: „Wie häufig haben Ihre Gesundheit oder seelische Probleme Ihre Kontakte zu anderen Menschen beeinträchtigt?“
- ▶ **Emotionale Rollenfunktion:** Fragen

zum Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen, zum Beispiel: „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, zum Beispiel: „Ich war in den letzten Wochen so niedergeschlagen, dass mich nichts mehr aufheitern konnte.“

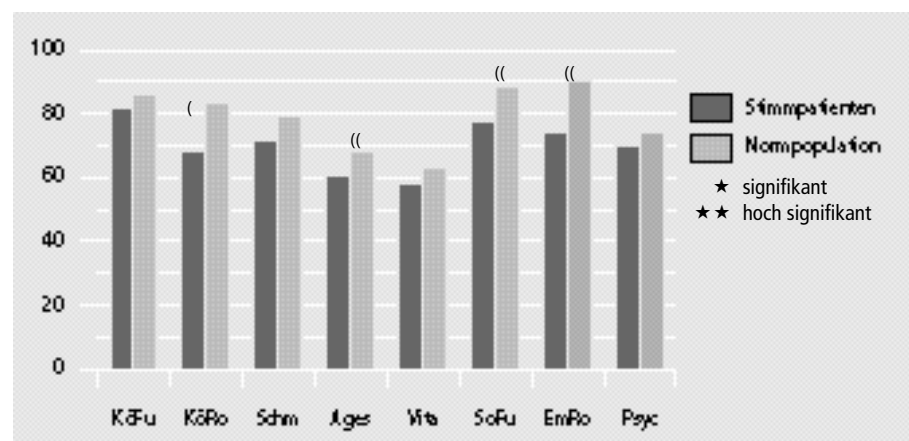
Die Aufgabe der Patienten besteht darin, für jedes der 36 Items die Antwortalternative anzukreuzen, die dem eigenen Erleben am ehesten entspricht. Die Antwortkategorien variieren zwischen Fragen, die mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind, bis zu sechsstufigen Antwortskalen. Die Auswertung erfolgt anhand der im Test-

manual dargelegten Vorgaben (Bullinger et al., 1998). Die Fragebogenerhebung zur Lebensqualität (Stewart et al., 1998) erfolgte in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur klinischen Untersuchung und jeweils in Unkenntnis der individuellen Diagnose.

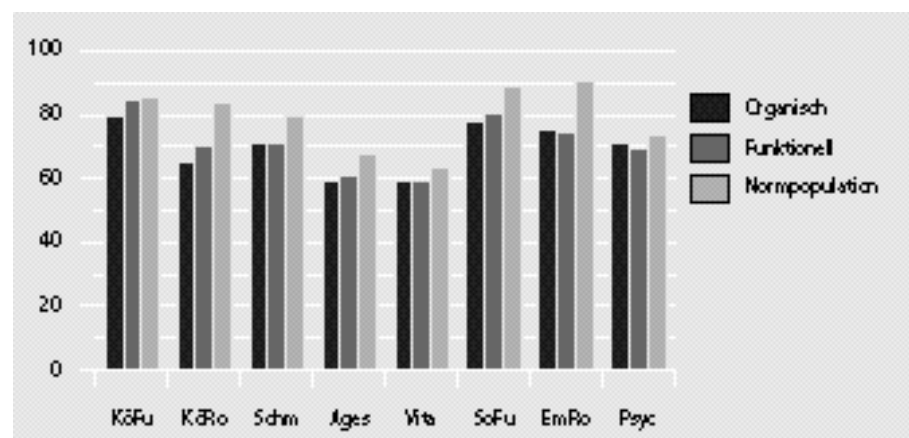
Ergebnisse

Für die Auswertung standen komplette Datensätze sämtlicher untersuchter Patienten zur Verfügung.

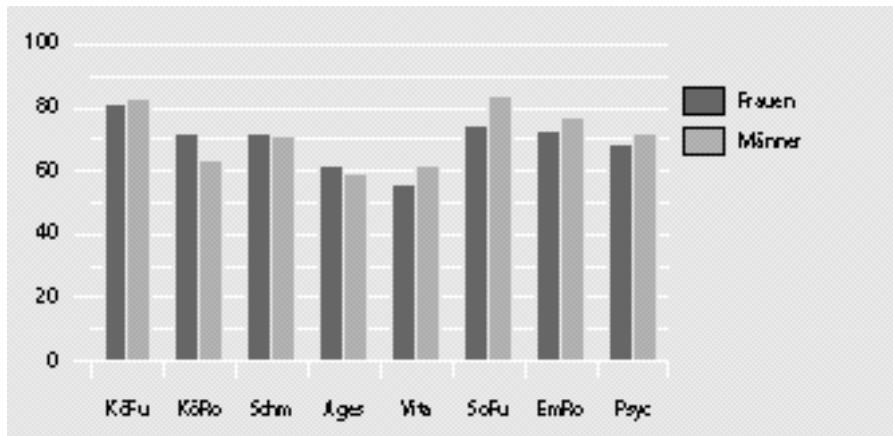
▶ **Gesamtkollektiv** (Abb. 1): In den acht Subskalen des SF-36 ergaben sich beim Vergleich zwischen Patienten mit Stimmstörungen und der im Testmanual beschriebenen alters- und geschlechtsspezifischen Normpopulation statistisch signifikante Unterschiede in den Bereichen „Körperliche Rollenfunktion“ (KöRo), „Allgemeine Ge-



Gesundheitsbezogene Lebensqualität dysphoner Patienten im Vergleich mit einer Standardpopulation auf der Basis des SF-36. Dargestellt sind auf der x-Achse die einzelnen Subskalen: Körperliche Funktionsfähigkeit (KöFu), Körperliche Rollenfunktion (KöRo), Schmerz (Schm), Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGes), Vitalität (Vita), Soziale Funktionsfähigkeit (SoFu), Emotionale Rollenfunktion (EmRo) und das Psychische Wohlbefinden (Psyc). Die y-Achse zeigt die erreichte Punktzahl.



Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit organischen und funktionellen Dysphonien im Vergleich mit einer Standardpopulation.



Gesundheitsbezogene Lebensqualität dysphoner Frauen und Männer.

sundheitswahrnehmung“ (Ages), „Soziale Funktionsfähigkeit“ (SoFu) und „Emotionale Rollenfunktion“ (EmRo).

► *Vergleich funktionelle – organische Dysphonie* (Abb. 2): Der Gruppenvergleich zwischen funktionellen und organischen Stimmstörungen ergab in keiner der Subskalen einen signifikanten Unterschied.

► *Vergleich Frauen – Männer* (Abb. 3): Weibliche und männliche Patienten schätzen ihre Lebensqualität ähnlich ein, so dass sich auch hier keine signifikanten Unterschiede in den Subskalen ergaben.

Diskussion

Stimmstörungen können die soziale Integration des Betroffenen einschließlich seiner Befähigung zur Berufsausübung beeinträchtigen. Die Bemessung der subjektiven Betroffenheit eines Patienten ist ein prinzipiell gleichwertiges Kriterium bei der Untersuchung und Behandlung von Stimmstörungen jeder Genese. Sie sollte auch unter qualitätssichernden Gesichtspunkten neben dem Organ- und dem Stimmbefund adäquat dokumentiert werden, auch um das Ergebnis und den Wert therapeutischer Maßnahmen zu belegen. Dies gilt sowohl für das klinische Umfeld als auch für die Therapieforschung. Der letztgenannte Aspekt gewinnt unter den veränderten gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen mit knapperen finanziellen Ressourcen ein zusätzliches Gewicht.

Es ist davon auszugehen, dass die Weiterentwicklung und -verbreitung von Versorgungsleitlinien die Anwendung valider Messinstrumente zur Erfassung der Beeinträchtigung durch eine Stimmstörung erforderlich machen wird, um es als ein Indikations- und Erfolgskriterium für

Krankheiten und Störungen. Dieser Aspekt ist konkret für die Diskussion um die Auslagerung stimmtherapeutischer Maßnahmen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen bedeutsam.

Benninger, M.S.; Ahuja, A.S.; Gardner, G.; Grywalski, C. (1998). Assessing outcomes for dysphonic patients. *J Voice* 12, 540-550

Billante, C.R.; Spector, B.; Hudson, M.; Burkard, K.; Netterville, J.L. (2001). Voice outcome following thyroplasty in patients with cancer-related vocal fold paralysis. *Auris Nasus Larynx* 28, 315-321

Brazier, J.E.; Harper, R.; Jones, N.M.B.; O’Cathain, A.; Thomas, K.J.; Usherwood, T.; Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 305, 160-164

Bullinger, M. (1997). Health-related quality of life and subjective health: a survey of research on a new assessment criterion in medicine. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 47, 76-91

Bullinger, M.; Kirchberger, I. (1998). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Hogrefe

Hogikyan, N.D.; Sethuraman, G. (1999). Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQL). *J Voice* 13, 557-569

Hsiung, M.W.; Pai, L.; Wang, H.W. (2002). Correlation between voice handicap index and voice laboratory measurements in dysphonic patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 259, 97-99

Kollner, V.; Einsle, F.; Schade, I.; Maulhardt, T.; Guliemos, V.; Joraschky, P. (2003). The influence of anxiety, depression and post traumatic stress disorder on quality of life after thoracic organ transplantation. *Psychosom Med Psychother* 49 (3), 262-274

MacKenzie, K.; Millar, A.; Wilson, J.A.; Sellars, C.; Deary, I.J. (2001). Is voice therapy an effective treatment for dysphonia? A randomised controlled trial. *BMJ* 323, 658-661

Murry, T.; Rosen, C.A. (200). Outcome measurements and quality of life in voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 33, 905-916

therapeutische Maßnahmen zu nutzen. Damit ist auch die Lebensqualität als „Globalmaß“ von großer Bedeutung. Die mittels standardisierter Instrumente gemessene gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein valides Kriterium der subjektiven Betroffenheit eines Patienten. Als Testinstrument wird international der SF-36-Fragebogen eingesetzt (Stewart et al., 1998; Wilson et al., 2002). Auch bei Stimmstörungen wurde im angloamerikanischen Schrifttum diese Methode gewählt: Die Ergebnisse belegen die Einschränkung der Lebensqualität bei Patienten mit Dysphonien unterschiedlicher gutartiger Ursache. Damit ist eindeutig belegt, dass Stimmstörungen für das subjektive Erleben der betroffenen Patienten nicht weniger bedeutsam sind als andere Krankheitsbilder organischer oder funktioneller Art.

Ein Teilaspekt der Methodenkritik ist, dass die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität den Vergleich mit Patienten erlaubt, die an anderen Erkrankungen und Störungen leiden. Dies ist bedeutsam für die Zuweisung ökonomischer Ressourcen. Es wird sich in Therapiestudien zu beweisen haben, ob die Limitierung therapeutischer Anstrengungen in einer signifikanten Veränderung der Lebensqualität abgebildet werden kann.

In der hier vorliegenden Studie konnte mittels des SF-36 belegt werden, dass Patienten mit funktionellen Dysphonien das Handicap durch ihre Störung nicht anders erleben als Patienten mit organischen Stimmstörungen. Die auch in der aktuellen Literatur noch zu findende Annahme, Patienten mit funktionellen Dysphonien neigten zu einer Überbetonung ihres Leidens, kann nach den hier erhobenen Daten als Störungsspezifikum verworfen werden (Wilson et al., 2002). Losgelöst davon kann es natürlich sehr wohl in Einzelfällen zu einer psychogenen Stimmstörung kommen, außerdem kann eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur die Schilderung beziehungsweise Ausgestaltung einer Dysphonie mitbestimmen – aber dies ist ganz offenbar nicht spezifisch für Patienten mit funktionellen Dysphonien.

Nach aller Erfahrung nehmen Frauen phoniatriische Fachsprechstunden eher in Anspruch als Männer. Dies kann anhand des Patientenguts dieser Arbeit nachvollzogen werden. Aus dieser Verteilung lassen die Daten dieser Arbeit jedoch keine Rückschlüsse auf ein geschlechtsspezifisches Erleben einer Dysphonie zu. Die im

Zusammenhang mit einer anderen Störung nachgewiesenen Unterschiede der subjektiven Bewertung durch Frauen und Männer können bei Patienten mit Dysphonien nicht erkannt werden. Dies gilt sowohl für funktionelle als auch für organische Störungen (Kollner et al., 2003)

Beim Vergleich mit Berichten zur Anwendung des SF-36 zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten aus Schottland erzielten diese schlechtere Werte als muttersprachlich deutsche Patienten (Wilson et al., 2002). Diese Unterschiede sind möglicherweise durch ein anderes Anspruchsverhalten der Patienten beziehungsweise durch ein anderes Inanspruchnahmeverhalten in unterschiedlichen Gesundheitssystemen bedingt. Es dürfte im deutschen Sprachgebiet auch eine Vielzahl von Stimmpatienten geben, die zum einen muttersprachlich nicht deutsch sind und die zum anderen in einem anderen

gesellschaftspolitischen Umfeld sozialisiert wurden. In der Zukunft sollte also geprüft werden, wie sich die Lebensqualität bei diesen Patienten darstellt.

Schlussfolgerung

Die systematische Erhebung von Daten zur Lebensqualität sollte in einer modernen, psychosomatisch orientierten Medizin in die Untersuchung und Behandlung von Patienten mit Dysphonien eingegliedert werden, da sich daraus im Einzelfall wertvolle Hinweise für notwendige therapeutische Interventionen ergeben (MacKenzie et al., 2001). In einer Zeit des Zwangs zur werdenden Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen ist die Erkenntnis wesentlich, dass Dysphonien als ein Prototyp einer Kommunikationsstörung die Betroffenen nicht weniger beeinträchtigen als andere

Scott, S.; Robinson, K.; Wilson, J.A.; Mackenzie, K. (1997). Patient-reported problems associated with dysphonia. *Clin Otolaryngol* 22, 37-40

Spector, B.C.; Netterville, J.L.; Billante, C.; Clary, J.; Reinisch, L.; Smith, T.L. (2001). Quality of life assessment in patients with unilateral vocal cord paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 125, 176-182

Stewart, M.G.; Chen, A.Y.; Stach, C.B. (1998). Outcomes Analysis of Voice and Quality of Life in Patients with Laryngeal Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 124, 143-148

Wilson, J.A.; Deary, I.J.; Millar, A.; Mackenzie, K. (2002). The quality of life impact of dysphonia. *Clin Otolaryngol* 27, 179-182

World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO

Summary

Quality of life in dysphonic patients

Voice disorders can affect social life. Dysphonic patients report symptoms of psychological distress as a direct consequence of their dysphonia. It is assumed that their health related quality of life (HRQL) is reduced. The purpose of this study was to find out whether changes of HRQL depend on the kind of voice disorder (organic or functional) and on the sex of the person affected. 108 adult patients took part in the study. Patients with malignancies were excluded. Test persons were asked to complete the SF-36 questionnaire on their health related quality of life without prior information about their diagnosis. The results of this study show that voice disorders significantly influence the patients health status. There are no statistically significant differences between patients suffering from organic and functional voice disorders or between dysphonic women and men. The assumption that patients with functional voice disorders tend to overemphasize their disorder cannot be derived from this study.

KEY WORDS: dysphonia – voice disorder – quality of life – SF-36

Korrespondenzadresse

Andrea Schädel
Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
Universitätsklinikum Erlangen
Bohlenplatz 21
91054 Erlangen
andrea.schaedel@phoni.imed.uni-erlangen.de