

Ute G. Bergauer
Susanne Janknecht

Praxis der Stimmtherapie

Logopädische Diagnostik,
Behandlung, Übungsmaterialien

4. Auflage

EXTRAS ONLINE

 Springer

Diagnostik	1
Einführung in die Therapie	2
Atmung	3
Haltung – Tonus – Bewegung	4
Stimme	5
Artikulation (Tonansatz, Stimmansatz, Stimmschlag)	6
Prosodie	7
Satz- und Textbeispiele für Fortgeschrittene	8



Ute G. Bergauer

geb. 1939 in Halle/Saale

- Ausbildung zur Kindergärtnerin und Examen in Halle/Saale
- Umsiedlung in die BRD
- Ein Jahr Ausbildung und Examen als Erzieherin zur Berufsausbildung in der BRD
- 1965–67 Ausbildung zur Logopädin und Examen an der HNO-Klinik der Universität Heidelberg
- 1967–71 Tätigkeit als Logopädin
- 1972 Tätigkeit als Lehrlogopädin
- ab 1979 Tätigkeit als leitende Lehrlogopädin an der Schule für Logopädie am Klinikum der Universität Heidelberg
- 1999 Ende der beruflichen Tätigkeit



Susanne Janknecht, B.Sc.

geb. 1968 in Köln

- 1988 Abitur in Mannheim
- 1989 bis 1992 Ausbildung zur Logopädin an der Schule für Logopädie am Universitätsklinikum Heidelberg
- 1992 bis 2007 angestellte Logopädin in zwei logopädischen Praxen in Mannheim
- therapeutische Schwerpunkte und Schwerpunkt im Rahmen der Fortbildungen: Aphasietherapie und Stimmtherapie
- seit 1995 Gründung, Aufbau und ehrenamtliche therapeutische Leitung der Aphasie Selbsthilfegruppe Mannheim, dort aktiv bis 2012
- langjährige eigene sängerische Erfahrung
- Seminare zum Thema »Stimmhygiene / Stimmentwicklung« vor allem für Lehrende
- Vorträge zu verschiedenen Aspekten aus dem Bereich Stimme
- seit Oktober 2007 Lehrlogopädin für das Fach Stimme an der Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH, Schule für Logopädie am Universitätsklinikum
- 2012 bis 2017 Studium Health Care Studies (Logopädie), Abschluss Bachelor of Science
- seit 2015 zusätzlich Schulleiterin der Schule für Logopädie am Universitätsklinikum Heidelberg

Ute G. Bergauer
Susanne Janknecht

Praxis der Stimmtherapie

Logopädische Diagnostik,
Behandlung, Übungsmaterialien

4. Auflage

Mit zahlreichen Übungsvorlagen

 Springer

Ute G. Bergauer

Rosenweg 8
69198 Schriesheim

Susanne Janknecht, B.Sc.

Schulleiterin/Lehrlogopädin (dbl)
Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH
Schule für Logopädie am Universitätsklinikum
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg

Ergänzendes Material finden Sie unter <http://extras.springer.com>

ISBN 978-3-662-57654-0 ISBN 978-3-662-57655-7 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-57655-7>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 1997, 2005, 2011, 2018, korrigierte Publikation 2023. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © deblik Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort zur 4. Auflage

Vor Ihnen liegt die 4. Auflage unseres bewährten Praxisbuches zur Stimmtherapie. Ende 1997 kam die erste Auflage auf den Markt, sodass wir nunmehr auf mehr als 20 Jahre „Praxis der Stimmtherapie“ zurückblicken dürfen.

Neu an dieser Auflage ist, dass Frau Bergauer sich nach dieser langen Zeit aus der aktiven Be- und Überarbeitung des Buches zurückgezogen hat. Es macht mich sehr stolz, dass sie mir mit großem Vertrauen ihr Buch in meine Hände gegeben hat. Dafür bin ich wirklich sehr dankbar und werde mein Bestes tun, auch in den kommenden Auflagen den Charakter und den Schwung, den Ute Bergauer dem Buch gegeben hat, am Laufen zu halten und weiterzuentwickeln.

Liebe Ute, ich bleibe dran!

Die Zeiten der CDs sind vorbei, sodass Sie die Arbeitsmaterialien dieses Buches nunmehr online unter <http://extras.springer.com> finden können. Dort ist an entsprechender Stelle die ISBN des Buchs anzugeben 978-3-662-57654-0.

Allen, die sich aus welcher Professionsrichtung auch immer mit dem für mich nach wie vor spannenden, universellen, anregenden, herausfordernden und in jeder Dimension „berührenden“ Phänomen Stimme befassen, wünsche ich Spaß und Begeisterung für Ihre Arbeit und freue mich, wenn Sie Impulse für Ihr Tun in diesem Buch finden können.

Mannheim/Heidelberg im Mai 2018

Susanne Janknecht

Die Originalversion dieses Buches wurde überarbeitet: Auf SpringerLink war fälschlicherweise nicht die korrekte Autorengruppe erfasst worden. Dies wurde korrigiert. Ein Erratum zu diesem Buch finden Sie unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-57655-7_9.

Vorwort zur 1. Auflage

Dieses Buch entstand
aus der Praxis für die Praxis!

Es ist in erster Linie eine Sammlung von Vorschlägen und Übungsmaterial zur Stimmtherapie. In meiner langjährigen Arbeit mit stimmgestörten Patienten haben sich viele Aufzeichnungen angesammelt, die sich in der Praxis bewährt haben und die ich hier weitergeben möchte.

Das Buch wendet sich hauptsächlich an Logopäden, Sprecherzieher, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, aber auch an den interessierten Laien. (Wenn übrigens hier und im folgenden von »dem Therapeuten« oder »dem Patienten« die Rede ist, so ist damit immer die männliche und die weibliche Form gemeint.)

In meinem ganzheitlichen Konzept, das einen störungsspezifischen Aufbau der Therapie beinhaltet, bilden überwiegend die Methoden Coblenzer-Muhar und Fernau-Horn die Grundlage: In der Therapie wird von dem Grundsatz ausgegangen: „Atmung, Haltung/Bewegung/Tonus, Stimme, Artikulation und Prosodie bilden eine Einheit«. Diese Bereiche sind der besseren Übersicht halber in abgeschlossene Kapitel gegliedert; sie sollten jedoch in einer bzw. mehreren Therapiestunden miteinander kombiniert und als Ganzheit gesehen werden.

Theoretische Erläuterungen und Abhandlungen werden meist kurz gehalten, da es zu den jeweiligen Themen genügend Lehr- und Fachbuchliteratur gibt. Anweisungen und Hinweise sind ebenfalls möglichst kurz und einfach formuliert. Das gilt auch für anatomische und physiologische Beschreibungen.

Viele Übungen (besonders solche mit Material) sind oft nur stichwortartig benannt, da sie in Therapeutenkreisen meist ohnehin bekannt sind.

Die fünf Kapitel beginnen jeweils mit der Theorie zu dem entsprechenden Thema. Dem praktischen Teil sind dann Begriffe, Redewendungen und Sprichwörter vorangestellt, die manchem Patienten den Einstieg in und das Verständnis für die Anwendung erleichtern. Einige dieser Texte lassen sich auch als Übungsvorlagen einsetzen. Sie sollten aber immer personenbezogen ausgewählt werden, da sie nicht jeden Patienten ansprechen.

Die vorgegebene Reihenfolge der Übungen entspricht überwiegend dem Prinzip »vom Leichten zum Schweren«. Auch sie sollte natürlich individuell abgeändert werden.

Die begleitende Hörerziehung, die Akupädie, wird als wichtige Ergänzung zur Stimmtherapie im einführenden Kapitel angesprochen.

Die Thematik funktioneller Stimmstörungen bildet den Schwerpunkt des Buchs. Ein kürzerer Teil in ► Kap. 5 »Stimme« enthält Vorschläge zur Therapie von funktionellen Mutationsstörungen und (organischen) Stimmlippenlähmungen. Die Vorschläge dieser Therapiepläne können als Basis verwendet und jeweils individuell verändert werden.

Die Wort- und Satzbeispiele und eine Reihe von Versen eignen sich für die Sprachtherapie bei Kindern.

Bewusst wurde im Gesamtkonzept der Bereich Persönlichkeit und Psyche kaum berücksichtigt. Was jedoch bedeutet, dass er in der Therapie nicht unberücksichtigt bleiben darf, sondern therapeutisch angegangen werden sollte.

Dieses Buch ist also vor allem als Angebot und Arbeitsgrundlage zum schnellen Auffinden passender Übungen und damit zum Planen und Durchführen erfolgreicher Therapiestunden gedacht. Möge es ein echter Freund und Helfer an Ihrem Arbeitsplatz werden!

Heidelberg, im Dezember 1997

Ute G. Bergauer

Danksagung

Am Gelingen des Buches war maßgeblich mein Mann beteiligt, dem ich an dieser Stelle für die Schreibearbeiten danken möchte; ebenso der Lektorin Frau M. Botsch im Springer-Verlag für ihre Anregungen und Korrekturvorschläge bei der Überarbeitung des Manuskripts.

Inhaltsverzeichnis

1	Diagnostik	1
1.1	Anamnese	2
1.1.1	Was bedeutet Anamnese?	2
1.1.2	Anamnesebogen	3
1.1.3	Die Fragen im Einzelnen	3
1.2	Stimmbefund	23
1.2.1	Stimmqualitäten/RBH-Skalierung	24
1.2.2	Atmung	26
1.2.3	Stimmsitz	27
1.2.4	Stimmeinsatz	28
1.2.5	Stimmabsatz	29
1.2.6	Sprechtempo	30
1.2.7	Prosodie	31
1.2.8	Artikulation	32
1.2.9	Nasalität/Näseln	33
1.2.10	Lombard-Reflex	33
1.2.11	Mittlere Sprechstimmlage (mSsl)	35
1.2.12	Stimmumfang	37
1.2.13	Tonhaltedauer	39
1.2.14	Glissando	40
1.2.15	Schwellton (messa di voce)	41
1.2.16	Piano	42
1.2.17	Rufstimme	43
1.2.18	Dysphonie-Index nach Friedrich	44
1.2.19	Vitalkapazität	45
1.2.20	Phonationsquotient	47
1.2.21	Geräuschhaltedauer	47
1.2.22	Haltung und Tonus	48
1.2.23	Kommunikationsverhalten	48
1.2.24	Voice Handicap Index	49
1.3	Befundbericht	49
1.4	Anhang: Anamnese- und Befundbogen	51
1.4.1	Anamnesebogen	51
1.4.2	Befundbogen zur funktionellen Stimmprüfung	56
2	Einführung in die Therapie	59
2.1	Die Rolle des Therapeuten	60
2.2	Was heißt eigentlich Therapie?	60
2.3	Therapieverlauf	60
2.3.1	Einstieg in die Therapie	60
2.3.2	Üben – aber wie?	61
2.3.3	Therapieplan	61
2.4	Akupädie	63

3	Atmung	67
3.1	Grundlagen	68
3.2	Begriffe und Redewendungen: Atem	68
3.3	Sprichwörter und Lyrik: Atem	69
3.4	Befundung der Atemfunktion	70
3.5	Atemtherapie	70
3.5.1	Ziele und Regeln	70
3.5.2	Abspannen und Federung	72
3.6	Übungen: Atmung	72
3.6.1	Aufbau und Zusammenstellung	73
4	Haltung – Tonus – Bewegung	79
4.1	Grundlagen	80
4.2	Begriffe und Redewendungen: Haltung – Tonus – Bewegung	80
4.3	Sprichwörter und Lyrik: Haltung – Tonus – Bewegung	81
4.4	Befundung der Haltung, der Bewegung und des Tonus	82
4.5	Therapie: Haltung – Tonus – Bewegung	82
4.5.1	Ziele und Regeln	82
4.6	Übungen: Haltung – Tonus – Bewegung	84
4.6.1	Aufbau und Zusammenstellung	84
4.6.2	Kontaktübungen mit Material	89
4.6.3	Schwingegürtübungen	90
4.6.4	Tiefmuskelentspannungstraining, autogenes Training und Feldenkrais	90
4.6.5	Globusgefühl (Kloßgefühl)	93
5	Stimme	95
5.1	Grundlagen	96
5.2	Begriffe und Redewendungen: Stimme	96
5.3	Sprichwörter: Stimme	97
5.4	Befundung der Registerübergänge	97
5.5	Funktionelle Dysphonie	98
5.5.1	Hyperfunktionelle Dysphonie und Stimmlippenknötchen	98
5.5.2	Hypofunktionelle Dysphonie, Internus- und Transversusschwäche, Phonasthenie	99
5.6	Therapie: Funktionelle Dysphonie	99
5.6.1	Ziele und Regeln	99
5.7	Übungen: Funktionelle Dysphonie	99
5.7.1	Aufbau und Zusammenstellung	100
5.7.2	Hyperfunktionelle Dysphonie	101
5.7.3	Summübungen	119
5.7.4	Hypofunktionelle Dysphonie	152
5.8	Mutationsstörungen (Stimmwechselstörungen)	200
5.9	Therapie: Mutationsstörungen	200
5.9.1	Ziele und Regeln	201
5.9.2	Gespräch – Beratung – Aufklärung	201
5.10	Übungen: Mutationsstörungen	202
5.10.1	Aufbau und Zusammenstellung	202

5.11	Stimmlippenlähmung	211
5.12	Therapie: Stimmlippenlähmung	212
5.12.1	Ziele und Regeln	212
5.13	Übungen: Stimmlippenlähmung	212
6	Artikulation (Tonansatz, Stimmansatz, Stimmschlag)	215
6.1	Grundlagen	216
6.2	Begriffe und Redewendungen: Artikulation	217
6.3	Sprichwörter: Artikulation	217
6.4	Befundung der Artikulation	217
6.5	Therapie: Artikulation	218
6.5.1	Ziele und Regeln	218
6.6	Übungen: Artikulation	218
6.6.1	Aufbau und Zusammenstellung	218
6.6.2	Übungen zur Weitung: Gähnen	219
6.6.3	Übungen zur Lockerung: Lippen – Zunge – Kiefer	219
6.6.4	Übungen für die Mundmotorik: Vokale/Strömer/Klinger/Plosive	220
6.6.5	Übungen mit unterschiedlichen Zielsetzungen	222
7	Prosodie	229
7.1	Grundlagen	230
7.2	Sprichwörter: Prosodie	230
7.3	Befundung der Prosodie	230
7.3.1	Melodischer Akzent (Melodie)	230
7.3.2	Dynamischer Akzent (Dynamik)	231
7.3.3	Temporaler Akzent (Tempo)	231
7.4	Übungen: Prosodie	231
7.4.1	Aufbau und Zusammenstellung	231
7.4.2	Hinweise zu den Übungen	232
8	Satz- und Textbeispiele für Fortgeschrittene	253
	Erratum zu: Praxis der Stimmtherapie	E1
	Literaturverzeichnis	289
	Stichwortverzeichnis	295



Diagnostik

1.1 Anamnese – 2

- 1.1.1 Was bedeutet Anamnese? – 2
- 1.1.2 Anamnesebogen – 3
- 1.1.3 Die Fragen im Einzelnen – 3

1.2 Stimmbefund – 23

- 1.2.1 Stimmqualitäten/RBH-Skalierung – 24
- 1.2.2 Atmung – 26
- 1.2.3 Stimmsitz – 27
- 1.2.4 Stimmeinsatz – 28
- 1.2.5 Stimmabsatz – 29
- 1.2.6 Sprechtempo – 30
- 1.2.7 Prosodie – 31
- 1.2.8 Artikulation – 32
- 1.2.9 Nasalität/Näseln – 33
- 1.2.10 Lombard-Reflex – 33
- 1.2.11 Mittlere Sprechstimmlage (mSsl) – 35
- 1.2.12 Stimmumfang – 37
- 1.2.13 Tonhaldedauer – 39
- 1.2.14 Glissando – 40
- 1.2.15 Schwellton (messa di voce) – 41
- 1.2.16 Piano – 42
- 1.2.17 Rufstimme – 43
- 1.2.18 Dysphonie-Index nach Friedrich – 44
- 1.2.19 Vitalkapazität – 45
- 1.2.20 Phonationsquotient – 47
- 1.2.21 Geräuschhaldedauer – 47
- 1.2.22 Haltung und Tonus – 48
- 1.2.23 Kommunikationsverhalten – 48
- 1.2.24 Voice Handicap Index – 49

1.3 Befundbericht – 49

1.4 Anhang: Anamnese- und Befundbogen – 51

- 1.4.1 Anamnesebogen – 51
- 1.4.2 Befundbogen zur funktionellen Stimmprüfung – 56

Die logopädische Diagnostik bei funktionellen und organischen Stimmstörungen ist noch nicht standardisiert. Es gibt seit 2001 das Basisprotokoll der European Laryngological Society (ELS) das beabsichtigt, grundlegende Anforderungen für eine funktionelle Stimmdiagnostik zu definieren und somit einen ersten Schritt hin in Richtung **Standardisierung** zu gehen. Welche einzelnen Stimmleistungen auf welche Art und Weise überprüft werden, ist heute noch von Untersucherin zu Untersucherin, von Praxis zu Praxis sehr verschieden.

Das folgende Kapitel befasst sich ausführlich mit dem Thema Diagnostik und stellt einen praktikablen Vorschlag für eine **qualifizierte Stimmuntersuchung** dar, die ohne großen apparativen Aufwand durchgeführt werden kann. Zum Qualitätsstandard einer Stimmuntersuchung gehört ein Sprech- und Singstimmfeld. Die apparativen Voraussetzungen, die eine Praxis haben muss, um eine Stimmfeldmessung durchzuführen, sind nach wie vor noch relativ teuer, so dass eine Praxis oder Einrichtung, die nur wenig Stimmpatienten pro Jahr behandelt, die Anschaffung der nötigen Soft- und Hardware verständlicherweise scheut.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie eine Annäherung an eine qualifizierte Stimmuntersuchung auch **ohne Stimmfeldmessung** möglich sein kann. Sicherlich, im Rahmen der Qualitätssicherung logopädischer Diagnostik sollte die Erstellung eines Stimmfeldes in Zukunft zum Standard werden. Wo dies noch nicht möglich ist, kann das vorgestellte Vorgehen zu Anamnese und funktioneller Stimmprüfung eine Zwischenlösung sein.

Die funktionelle Stimmprüfung orientiert sich am Basisprotokoll der ELS. Anamneseerhebung und Befundung gehören bereits zum therapeutischen Prozess der Stimmtherapie. Im Rahmen der **Anamnese** wird zu klären sein, welche Gründe den Patienten genau zu diesem Zeitpunkt in die logopädische Behandlung geführt haben und welche Gründe für die Stimmstörung vorliegen könnten. Während der **funktionellen Stimmprüfung** bietet es sich an, dem Patienten erste Einblicke in Anatomie und Physiologie der Stimmfunktion zu geben. Denn nur der Patient, der die Hintergründe der Stimmfunktion verstanden hat, wird die von außen betrachtet teilweise zunächst als ungewöhnlich oder befremdlich empfundenen Inhalte der

Stimmtherapie für sich gewinnbringend umsetzen können. Die Logopädin wird patientenbezogen jedes Mal von Neuem zu entscheiden haben, wie viel physiologisches Hintergrundwissen sie in welcher Weise dem Patienten nahebringt.

1.1 Anamnese

Für eine umfassende Untersuchung der Stimme mit einer anschließenden Einführung in Anatomie und Physiologie sollte und darf man etwa zwei bis drei Therapieeinheiten à 45 Minuten einplanen. Die Stimmdiagnostik besteht aus der Anamnese und der funktionellen Stimmprüfung. Für beide Teile ist es unerlässlich, genau zu wissen, warum welche Fragen gestellt und warum welche Befunde erhoben werden. Eventuelle Rückfragen des Patienten »Warum wollen Sie das wissen?« muss die Logopädin immer beantworten können.

1.1.1 Was bedeutet Anamnese?

Definition

Das Wort Anamnese kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet »Erinnerung«.

Im Rahmen einer medizinischen Anamnese wird die Vorgeschichte eines Patienten erfragt, die in Bezug zu seinen gesundheitlichen Beschwerden steht, die ihn zum Arzt oder Therapeuten geführt haben. Man versucht, die Leitsymptome zu erfassen. Interessant ist, dass etwa 70% und mehr der späteren Diagnosen bereits in der und durch die Anamnese gestellt werden. Man unterscheidet zwischen:

- **Eigenanamnese:** Der Patient selbst berichtet über seine krankheitsbezogene Vorgeschichte. Die logopädische Diagnostik bei Stimmstörungen bei erwachsenen Patienten beinhaltet eine Eigenanamnese.
- **Familienanamnese:** Der Patient wird über Erkrankungen seiner Familienangehörigen befragt, die einen Bezug zu seinen aktuellen gesundheitlichen Problemen haben könnten.
- **Fremdanamnese:** Nicht der Patient selbst wird befragt, sondern ein Angehöriger. Das typische

Beispiel für eine Fremdanamnese in der logopädischen Praxis ist die Diagnostik im Bereich Kindersprache, in Bezug auf die Stimmtherapie ist die Fremdanamnese ein Thema bei den kindlichen Stimmstörungen.

- **Sozialanamnese:** Der Patient wird zu seinen allgemeinen Lebensverhältnissen und seinem sozialen Umfeld befragt, z. B. Schulabschluss, Beruf, aktuelle Beschäftigungssituation, Familienstruktur, Hobbies, Sport Es geht darum, seine psychosoziale Befindlichkeit festzustellen. Manchmal wird die Sozialanamnese in berufliche und soziale Anamnese geteilt. Fragen aus der Sozialanamnese sind bei Dysphonien wichtig, um eine eventuelle Gefährdung der beruflichen Karriere oder des privaten Lebens überhaupt aufgrund der Stimmstörung einschätzen zu können.

1.1.2 Anamnesebogen

Der Anamnesebogen bietet die Möglichkeit, **strukturiert** durch das **Anamnesegespräch** zu gelangen. Anhand der Fragen sollten alle Bereiche erfasst werden, die für

- die Ursachen,
- Entstehung,
- Symptomatik,
- Aufrechterhaltung und
- Bedeutung der Stimmstörung

für den Patienten wichtig sind. Zudem bietet sich natürlich für die untersuchende Logopädin die Gelegenheit, schon während des Gespräches

- den Stimmklang,
- die Ruhe- und Phonationsatmung und
- die Körperhaltung im Sitzen (vor allem im Bereich Kopf, Nacken, Schultern und Brustkorb) des Patienten

zu beobachten. Die Logopädin sollte alle Informationen notieren und sich nicht scheuen, den Patienten um eine kurze Pause in seinen Ausführungen zu bitten, um **detailliert mitschreiben** zu können. Ganz viele wichtige Informationen erhält man während des Anamnesegesprächs »zwischen den Zeilen«, die schnell wieder in Vergessenheit geraten, wenn sie nicht notiert werden. Wunderbar, wenn man im Verlauf der Therapie in Momenten des »da war doch

was?« auf genaue und detaillierte Mitschriften aus der Anamnese zurückgreifen kann.

Die untersuchende Logopädin sollte sich verewissern, ob das stimmt, was sie mitgeschrieben hat, indem sie besonders wichtige und/oder unklare Punkte dem Patienten aus ihren Mitschriften nochmals vorliest. Der Patient hat so die Gelegenheit, seine Angaben eventuell zu korrigieren oder zu verdeutlichen. Detaillierte Notizen aus der Anamnese sind die **Grundlage** für einen aussagekräftigen Bericht an den behandelnden Arzt. Der vorgestellte Anamnesebogen ist ein praxiserprobtes Instrumentarium zur Erfassung der Vorgeschichte bei organischen und funktionellen Stimmstörungen. Den Bogen finden Sie am Ende dieses Kapitels (► Abschn. 1.4.1) und als Kopiervorlage unter <http://extras.springer.com>. Nun wird für jede Frage deren Hintergrund erläutert.

1.1.3 Die Fragen im Einzelnen

Beruf

Die Frage nach dem Beruf kann Aufschluss darüber geben, wie stark die Stimme im beruflichen Alltag beansprucht wird und wie leistungsfähig sie sein muss. Die Frage nach dem beruflichen Hintergrund des Patienten macht klar, ob die Stimmstörung Auswirkungen **auf das Berufsleben** und die berufliche Karriere hat oder haben kann. Es ist wichtig herauszufinden, ob für den Patienten eventuell die Gefahr besteht, bei einem Bestehenbleiben oder einer Verschlechterung der Stimmstörung berufsunfähig zu werden. Dies kann zum Beispiel bei Lehrern, Erzieherinnen und natürlich in hohem Maß bei Schauspielern oder Sängern ein Thema sein. Die Frage nach dem Beruf kann die Logopädin bereits hellhörig werden lassen in Bezug auf stimmlich schädigende Einflüsse am Arbeitsplatz, z. B. durch Klimaanlage oder Lärm. Ist die Stimmstörung eventuell eine Folge dieser Belastungen? Wer beruflich Lärmbelastungen ausgesetzt ist oder stimmlich über einen hohen Grundgeräuschpegel »drüber« muss, wie zum Beispiel Lehrer, sollte im Rahmen der Stimmtherapie lernen, stimmlich gesund lauter zu werden und seiner Stimme zu mehr Tragfähigkeit zu verhelfen, der Stimmleistung, die bei einem hohen Grundgeräuschpegel als erstes erforderlich ist.

Im Beruf seit ... Jahren

Die Frage gibt Aufschluss darüber, seit wie vielen Jahren schon die Stimme eventuell ungünstigen beruflichen Rahmenbedingungen standhalten muss. Daraus ergibt sich ein Hinweis darauf, wie hoch chronifiziert die Stimmstörung bereits sein könnte. Je höher die **Chronifizierung** ist, desto stärker sind stimmliche Kompensationsmechanismen auf glottaler und körperlicher Ebene automatisiert. Eine sekundär organische Störung aufgrund einer primär funktionellen Fehlbelastung wird immer wahrscheinlicher. Die Therapie bei chronifizierten Stimmstörungen ist wesentlich langwieriger und, je nach individuellen Möglichkeiten des Patienten, häufiger schwieriger zum Erfolg zu führen.

Vorgeschichte

Der Punkt Vorgeschichte ist der wichtigste Fragenkomplex innerhalb der Anamneseerhebung. Hier bekommt der **Patient** die **Gelegenheit**, aus seiner Sicht und nach seiner Gewichtung frei zu berichten:

- was ihn heute zur Logopädin führt,
- welche stimmlichen Schwierigkeiten er hat,
- wie alles angefangen hat und
- wie sich die Beschwerden bis heute entwickelt haben.

Wichtig sind Fragen, die klären, was dem Patienten genau an seiner Stimme auffällt und seit wann. Es ist wichtig, wann die Problematik begonnen hat und wie der Verlauf bis heute war. Wurde es kontinuierlich schlechter, wechseln sich Phasen »schlechter« Stimme mit Phasen »guter« Stimme ab oder wird es schubweise schlechter? Wechselt die Symptomatik? Das Schildern der Vorgeschichte gibt dem **Patienten** die Möglichkeit, die ihm wichtig erscheinenden Punkte seiner Stimmproblematik anzusprechen und **seine Erwartungen** an die Untersuchung zu benennen.

Aus der Vorgeschichte ergibt sich, welche Fragen im weiteren Verlauf der Anamnese und Befundung detaillierter gestellt werden müssen. Berichtet ein Patient beispielsweise von einer plötzlichen, massiven Stimmverschlechterung nach einer Schilddrüsenoperation, so kommt bei der untersuchenden Logopädin der Verdacht nach einer Stimmklappenlähmung auf. In diese Richtung muss dann genauer gefragt werden. Vielleicht stellt sich aber auch

der Verdacht einer primär psychogen ausgelösten Stimmstörung, was zur Folge hat, eventuell einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie hinzuzuziehen oder den Patienten zu bestärken, sich noch aus einer anderen Richtung Hilfe zu holen. Um den Bereich Vorgeschichte seitens der Logopädin zu gliedern, bieten sich folgende Einzelfragen an:

Mögliche Ergänzungsfragen zur Vorgeschichte

- »Warum sind Sie heute zu mir gekommen?«
- »Welche Schwierigkeiten führen Sie heute hierher?«
- »Wie war der Beginn Ihrer Stimmprobleme? Können Sie mir dies beschreiben?«
- »Wann genau hat das Problem angefangen?«
- »Verbinden Sie den Beginn der Stimmprobleme mit einem bestimmten Ereignis oder einem besonderen Umstand?«
- »Wie haben sich die stimmlichen Schwierigkeiten im Verlauf entwickelt?«
- »Wie war der Verlauf Ihrer stimmlichen Schwierigkeiten bis heute?«
- »Unter welchen Rahmenbedingungen ist Ihre Stimme schlechter?«
- »Wurde die Stimme schrittweise immer schlechter?«
- »War der Beginn schleichend oder von heute auf morgen?«
- »Ist die Stimme auch mal völlig in Ordnung?«
- »Welche Schritte haben Sie wegen der Stimmstörung bereits unternommen?«
- »Was erwarten und erhoffen Sie sich von der logopädischen Behandlung?«
- »Welches Anliegen haben Sie an mich und welche Fragen möchten Sie geklärt haben?«

Auf die letzte Frage wird die Logopädin im Interesse einer erfolgreichen Stimmtherapie nach Abschluss der gesamten Diagnostik nochmals eingehen müssen. Mit dem Patienten zusammen muss ein **Therapievertrag** geschlossen werden, in dem von beiden Seiten realistische Ziele und Erwartungen formuliert werden. Es sollte geklärt werden, dass die Logopädin die Verantwortung für die Auswahl der Therapieschritte und der entsprechenden Übungen übernimmt. Der Patient jedoch trägt die Verantwortung dafür, die angebotene therapeutische Intervention anzunehmen oder auch, mit al-

len Konsequenzen, nicht anzunehmen. Der Patient trägt die Verantwortung für seine Stimme. Unklare Erwartungen, Aufgaben und Verantwortungen können auf beiden Seiten eine Stimmtherapie zum Scheitern verurteilen.

Vom Patienten vermutete Ursache

Diese Frage sollte weit am Anfang der Untersuchung stehen, damit der **Patient** noch **unbeeinflusst** ist und die Frage ohne Hemmungen, »etwas Falsches zu sagen«, beantworten kann. Die Antwort auf die Frage gibt der untersuchenden Logopädin Hinweise darauf, wo im Verlauf der Untersuchung noch genauer nachgefragt werden muss. Sie zeigt, wie der Patient sich selbst einschätzt und lässt Rückschlüsse darauf zu, ob der Schwerpunkt der Stimmstörung mehr im Bereich der organischen, funktionellen oder psychogenen Stimmstörungen gesucht werden muss.

Die Annahme, dass die **Stimmstörung aufgrund einer Erkältung** aufgetreten sei, ist weit verbreitet. Die Patienten geben oft an, die Stimme brauche nach Erkältung immer länger, bis sie sich wieder erholt habe. Aus phoniatischer und logopädischer Sicht war die Stimmstörung bei solchen Angaben des Patienten höchstwahrscheinlich bereits vor der Erkältung da. Oft macht eine Erkältung eine funktionelle Dysphonie manifest, die zuvor schon bestand, aber noch nicht vom Patienten als solche wahrgenommen wurde. Gibt der Patient an, seine Stimme brauche nach einer Erkältung immer länger, bis sie sich wieder erholt habe, so liegt nahe, dass die Stimmstörung bereits vor Erkältung bestand. Aus der stimmlichen Vorgeschichte, die der Patient berichtet, wird der Logopädin klar, dass es vor der Erkältung, die stimmlich nicht ausheilt, bereits Symptome einer funktionellen Dysphonie gab, vom Patienten unerkannt.

Für den Patienten sollte deutlich werden, dass die Logopädin die Untersuchung nicht unabhängig von seiner Einschätzung hinsichtlich der Stimm-

störung durchführt, sondern dass es wichtig ist, was der Betroffene hierüber denkt.

Welche Behandlungen haben bisher aufgrund der Stimmstörung stattgefunden?

Die Frage nach den bereits erfolgten Behandlungen zeigt, was der Patient bereits alles unternommen hat, um seine stimmlichen Schwierigkeiten positiv zu beeinflussen. Hat der Patient bereits Erfahrungen in Entspannungstechniken oder Körperarbeit, so stellt dies eine **gute Voraussetzung** für eine Stimmtherapie dar, deren Grundlagen in einer differenzierten Wahrnehmungsfähigkeit für körperliche Prozesse des Patienten liegen. Manche Patienten haben wegen funktioneller Stimmstörungen bereits eine lange »Karriere« mit Antibiotika und sonstigen Medikamenten hinter sich. Hatte der Patient beispielsweise bereits Physiotherapie, manuelle Therapie oder Massagen wegen Verspannungen und ähnlichem vor allem im Bereich Kopf/Nacken/Schultern, so hat dies sicherlich einen positiven Einfluss auf die Stimmfunktion. Übungen, die er aus diesen Behandlungen bereits kennt, können in die Stimmtherapie mit einfließen.

Welche Funktionsstörungen liegen vor? Ist Ihre Stimme weniger belastungsfähig?

Die Frage dient der Einschätzung des **genauen Beschwerdebildes**. Ist die Stimme deutlich weniger belastungsfähig, ist das ein sicheres Indiz für eine geschwächte Stimme, denn ein überbelastetes glottales System ermüdet unter Belastung deutlich schneller, wobei die Überbelastung organischer oder funktioneller Natur sein kann. Im Allgemeinen sinkt bei organischen Stimmstörungen die Belastungsfähigkeit schneller als bei Stimmstörungen funktioneller Natur. Eine eingeschränkt belastungsfähige Stimme ermüdet schneller, wird heiser, leiser, kippt eventuell weg. Es kommen Missempfindungen, Sprechanstrengung und »Nicht-mehr-Sprechen-wollen« dazu.

Empfinden Sie Ihre Stimme als heiser?

Der Patient soll selbst beschreiben, wie er seinen Stimmklang empfindet. Es ist wichtig, eine unbeeinflusste Rückmeldung seitens des Patienten zu bekommen, denn sein Bild, seine Vorstellung von

seiner Stimme **muss** Ausgangspunkt der Therapie sein. Es ist hilfreich, den Patienten zu animieren, die Adjektive zur Beschreibung seines Stimmklanges zu verwenden, die ihm spontan einfallen. Dies müssen nicht die Parameter sein, die Logopädinnen klassischerweise zur Stimmklanganalyse verwenden. Sie geben aber häufig einen Hinweis auf die Art und Schwere der Stimmstörung und müssen sich nicht mit dem Höreindruck der Logopädin decken.

Wie schnell ermüdet Ihre Stimme?

Eine gesunde Stimme kann durchaus sechs Stunden und teilweise auch länger in normaler Umgangslautstärke (etwa 60 dB) verwendet werden. Erst dann darf sich ein Gefühl von Müdigkeit einstellen, wobei dies eine unbelastete Müdigkeit ist. Der Sprecher hat das Gefühl, genug gesprochen zu haben, ohne einen Eindruck von Heiserkeit oder übermäßiger Anstrengung. In etwa so wie nach einer längeren Wanderung: man ist zwar müde, aber es ist eine angenehme Müdigkeit. Man hat das Gefühl, etwas geleistet zu haben. Der Patient soll angeben, **nach welcher Zeit** seine Stimme ermüdet und unter welchen Bedingungen. Geschieht dies (schon) beim Gespräch zu Hause oder beispielsweise in der Unterrichtssituation vor einer Schulklasse? Eine gesunde Stimme erholt sich nach ein paar Stunden von einer Ermüdung, auf jeden Fall aber über Nacht. Wenn das Gefühl der Ermüdung und der daraus resultierenden Leistungseinschränkungen über Nacht und spätestens nach einem »Einsprechen« im Verlauf des folgenden Vormittags nicht verschwindet, gilt dies als pathologisch.

Kippt Ihre Stimme manchmal weg?

Ein Wegkippen, zumeist deutlich nach oben ins **hohe Kopffregister**, kann ein Zeichen für eine einseitige Stimmlippenlähmung, eine Mutationsstörung oder eine stark ausgeprägte funktionelle Stimmstörung mit einer für den Patienten nicht zu kontrollierenden Überfunktion des M. cricothyreoideus sein.

Versagt die Stimme manchmal völlig?

Der Patient soll berichten, ob seine Stimme zeitweise völlig aphon, also ohne Klanganteile ist. Diese Frage beschäftigt sich ebenfalls mit dem **Schwe-**

regrad der Stimmstörung. Aphonie kommt bei psychogenen Stimmstörungen vor, aber auch bei Stimmlippenlähmungen oder sehr stark ausgeprägten funktionellen Stimmstörungen, vor allem hyperfunktioneller Art. Auch andere Formen organischer Stimmstörungen können zu Aphonie führen. Grundsätzlich ist eine andauernde oder häufig phasenweise auftretende Aphonie ein Zeichen einer schweren Stimmstörung.

Empfinden Sie Ihre Stimme als kraftlos?

Eine allgemeine körperliche Schwäche wirkt sich oft in einer kraftlosen Stimme aus. Eine kraftlose Stimme beschreiben aber auch Patienten, die schon immer eine eher dünne, wenig tragfähige Stimme haben. Der Begriff der **Phonasthenie**, der (angeborenen) Stimmschwäche kommt hier zur Anwendung. Sehr kraftlose Stimmen kommen auch bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen vor, vor allem bei Depressionen. Eine kraftlose Stimme kann ein Symptom einer hypofunktionellen Dysphonie oder einer primär hyperfunktionellen mit sekundärer Erschöpfung der glottalen Muskulatur sein. Stimmlippenlähmungen, bei denen ausschließlich der Nervus laryngeus superior betroffen ist, der für die motorische Versorgung des M. cricothyreoideus zuständig ist, können ebenfalls eine kraftlose Stimme hervorrufen.

Ist Ihre Stimme instabil?

Die Frage geht in eine ähnliche Richtung wie die Frage nach Kraftlosigkeit, Stimmversagen und Wegkippen, aber nochmals mit einem etwas anderen Fokus. Instabile Stimmen gehen vom Klang her in Richtung brüchig, so wie eine Altersstimme, doch die Patienten bemerken, dass sie keinen richtigen Zugriff mehr auf Ihre Stimme haben, dass sie die Stimme nicht mehr bei Bedarf kontrollieren können. »Die Stimme macht, was sie will!« Das **Klangbild ist nicht konstant**, sondern stark wechselnd; die Stimme ist mal dünn, mal kratzig. Instabile Stimmen gibt es bei

- einseitigen Stimmlippenlähmungen median,
- beginnender Atrophie des M. vocalis oder
- deutlicher Überspannung der inneren Kehlkopfmuskeln und des M. cricothyreoideus bei funktionellen Dysphonien.

Wird Ihre Stimme durch Stimmbelastung schlechter?

Diese Frage gibt einen entscheidenden Hinweis auf eine mögliche Ursache der Stimmstörung.

■ Funktionelle Stimmstörungen

Definition

Für funktionelle Stimmstörungen ist es ganz typisch, dass die Stimme bei Belastung schlechter wird.

Viele müssen sich auch morgens stimmlich erst »warm laufen«. Die Stimme ist also morgens zunächst schlecht, wird dann besser, um gegen Nachmittag oder auch schon früher, je nach Belastung, schlecht zu werden. Das falsch verwendete Stimm-System kann eine Weile unter »falschen Bedingungen« arbeiten, **ermüdet** aber deutlich **schneller** und kann die Fehlbelastung bald nicht mehr kompensieren und der Stimmklang wird schlechter, die Stimmproduktion anstrengend. Es kommt zu Missempfindungen wie z. B. einem deutlichen Engegefühl. Die Patienten geben an, sich schnell heiser bis teilweise aphon zu fühlen und gar nicht mehr sprechen zu wollen.

■ Organische Stimmstörungen

Definition

Organische Stimmstörungen werden unter Stimmbelastung nicht zwangsweise schlechter, meist aber mindestens teilweise.

Oft sind sie **gleichbleibend schlecht**, ermüden aber schneller. Eine funktionell gesunde Stimme mit einer organischen Einschränkung, wie z. B. einem Stimmlippenpolypen, wird durch den Polypen überbeansprucht und schnell zu einer funktionellen Kompensation des organischen Problems »gedrängt«. Daher sollte auch nach z. B. einer Abtragung eines Stimmlippenpolypen eine logopädische Therapie durchgeführt werden, um Kompensationsmechanismen, die sich entwickelt haben, wieder abzubauen und einen physiologischen Umgang mit der Stimme zu erlernen. Das durch den operativen Eingriff beanspruchte Gewebe der Stimmlip-

pen ist empfindlicher. Es ist daher umso wichtiger, eine physiologische Stimmfunktion zu erlangen.

■ Psychogene Stimmstörungen

Definition

Bei psychogenen Stimmstörungen liegt primär keine Fehlbelastung des Stimm-Systems vor, die Stimme bleibt zumeist **gleich schlecht**, egal wie lange gesprochen wird.

Eine höhere Stimmbelastung ändert die Stimmqualität nicht wesentlich. Psychogene Stimmstörungen treten zumeist plötzlich auf und sind abzugrenzen von funktionellen Stimmstörungen mit psychogenen Einflüssen. In der Untersuchung werden Patienten mit psychogenen Stimmstörungen während des Lombard-Versuchs im Stimmklang weitgehend klar.

Empfinden Sie die Stimmproduktion als anstrengend? Wann ist dies so?

Das Gefühl, es sei richtig anstrengend, die Stimme zu verwenden, geht zumeist mit einem sekundär **erhöhten Anblasedruck** einher, der auf eine erhöhte mediale Kompression, die Schließkraft der Stimmlippen, trifft. Die Stimmlippen sind zu fest aneinander gepresst beim »Einstieg« in die Phonation. Ein verstärkter Anblasedruck mit größerer Atemstromgeschwindigkeit und einem erhöhten glottischen Widerstand ist physiologischerweise notwendig bei größerer Lautstärke. Bei Stimmstörungen ist die mediale Kompression aber pathologisch bei normaler Lautstärke erhöht. Das führt zu Veränderungen und Einschränkungen im Stimmklang. Die Empfindung, die mit dieser Stimmklangveränderung einher geht, ist, viel Kraft zu brauchen, um die Stimme »in Gang zu bringen«, die Stimmproduktion wird als anstrengend empfunden. Auf der Funktionsebene ist es tatsächlich so, dass die stärker gespannten Stimmlippen mehr Anblasedruck brauchen, um zu schwingen. Es kostet mehr Anstrengung und Kraft, Schwingung auszulösen. Die Frage nach dem »Wann« zielt darauf ab, **wie generalisiert** diese erhöhte Schließkraft bereits ist und ob sie vielleicht nochmals erhöht wird, z. B. im beruflichen Alltag.

Gibt es weitere Funktionsstörungen, nach denen ich noch nicht gefragt habe? Welche?

Den **Patienten** mit seinen Beschwerden und Befindlichkeiten **ernst zu nehmen** steht auch bei dieser Frage im Mittelpunkt. Im bisherigen Verlauf der Anamnese wurden die »klassischen« Funktionsstörungen abgefragt. Bei dieser Frage sollte der Patient die Gelegenheit bekommen, weitere Störungen zu beschreiben, die er im Zusammenhang mit seiner Stimme bei sich bemerkt und die in den Fragen bisher nicht vorkamen. Oftmals finden sich bei dem, was die Patienten von sich aus beschreiben, für die Diagnostik die entscheidenden Hinweise.

Welche Missempfindungen werden beschrieben?

Die vertiefende Frage nach der Häufigkeit bei allen nun folgenden Fragen ist notwendig, um den **Schweregrad** der Einschränkung oder die **Häufigkeit** des Auftretens der Missempfindung einzuschätzen. Die Frage nach der Häufigkeit ist wichtig, denn zunächst antworten viele Patienten nur mit »Ja, kenne ich. Das kommt bei mir auch vor.« oder mit »Nein, das kommt nicht vor.« Bei einer verneinenden Antwort hat sich die Frage nach der Häufigkeit erübrigt, eventuell sollte man noch nachfragen, ob diese Missempfindung denn zu einem früheren Zeitpunkt schon mal vorhanden war. Nach einer bejahenden Antwort muss man zwangsläufig nach dem Wie oft fragen, denn es macht einen entscheidenden Unterschied in der Bewertung der Symptomatik, wenn sich der Patient beispielsweise nur einmal täglich oder vielleicht sogar alle zwei Minuten z. B. räuspern muss.

Müssen Sie sich räuspern? Wie häufig?

Das Räuspern ist für die empfindsamen Strukturen der Stimmlippen erheblich **schädigend**, wenn es zu häufig stattfindet. Ideal wäre, auf das Räuspern ganz verzichten zu können. Die durch die Stimmstörung veränderten Schwingungsmuster der Stimmlippen irritieren die oberste Schicht der Stimmlippen, die Schleimhaut, die auf diese Irritation mit vermehrter Produktion von Schleim reagiert. Aber auch andere Erkrankungen, wie z. B. Allergien oder Entzündungen, können eine veränderte Schleimproduktion bedingen. Ein velopharyngealer Reflux löst ebenfalls einen vermehrten Räusperndrang aus.

Was passiert beim Räuspern? Bei normaler Phonation schließen die Stimmlippen ganz sanft. Beim Räuspern jedoch schlagen die Stimmlippen in sehr **hoher Geschwindigkeit**, bis zu 120 km/h, extrem fest aneinander. Diese starke Kraft schädigt vor allem die Schleimhaut der Stimmlippe, die den M. vocalis und die Lamina propria überdeckt. Das Aneinanderschlagen führt zu Mikroverletzungen der Schleimhaut, die mit einer weiteren, erst recht vermehrten Schleimproduktion reagiert. Der Teufelskreis beginnt.

Durch das Aneinanderschlagen wird der aufliegende Schleim zunächst von den Stimmlippen gelöst und nach oben gewirbelt. Schluckt der Patient jedoch nicht sofort im Anschluss an das Räuspern, so fällt der gelöste Schleim wieder nach unten auf die Stimmlippen und er kann nicht wirklich in vollem Umfang abgeschluckt werden. Das **sofortige Abschlucken** verhindert, dass der gelöste Schleim nach dem Abhusten sofort wieder dort landet, wo er hergekommen ist, auf den Stimmlippen. Die Epiglottis senkt sich unmittelbar auf den Kehlkopf und der losgehustete Schleim landet auf der Epiglottis und nicht auf den Stimmlippen und kann so mit dem Schluckvorgang verschwinden. Wenn schon geräuspert werden muss, sollte der Patient angeleitet werden, mit einem einzigen, deutlichen aber nicht »gewalttätigen« Hustenstoß den Schleim zu lösen und sofort abzuschlucken. Mit ständigem Räuspern kann man eine Stimmstörung »züchten«, da zentrale Bestandteile der Stimmlippenstruktur, die den M. vocalis bedeckende Lamina propria und die verschiebliche Schleimhaut, dauerhaft geschädigt werden.

■ Alternativen zum Räuspern

- Brustbein mit einer lockeren Faust sanft abklopfen (ca. 30 bis 60 Sekunden) und dabei angenehmen, sanften, nicht zu lauten Ton im Bereich der entspannten mittleren Sprechstimmlage summen oder brummeln. Das Klopfen löst Vibrationen aus, die auf Stimmlippenebene wie ein Rüttelbrett wirken. Unmittelbar danach einmal (!) Husten und **sofort** abschlucken.
- Viel Trinken, am besten warmen Käuertee oder alternativ stilles Wasser. Das Getränk darf die Schleimhäute nicht reizen, daher sind Kaf-

fee oder schwarzer Tee nicht geeignet. (»Für die Stimme immer nur Tee ohne Tee.«)

- Ein Bonbon lutschen, das nicht reizt und die Speichelproduktion anregt. »Stimmbonbons« sind immer ohne Menthol und/oder Eukalyptus. Die ätherischen Öle des Eukalyptus und der Monoterpen-Alkohol Menthol wirken auf Dauer austrocknend auf die Schleimhäute. In der Folge wird noch mehr Schleim produziert.
- Groß, locker und »knatschig« kauen, dabei ganz entspannt in mäßiger Lautstärke auf /m/ phonieren. Dies führt zu mehr Speichelproduktion und Verbesserung zu einer angenehmen, lockeren Schwingung der Stimmlippen, die per se dazu führt, den Räusperdrang zu verlieren und ein Zuviel an Schleim löst sich.

Der Patient sollte dringend in Bezug auf das Räuspern beraten werden (siehe »Beratungsblatt Räuspern« unter <http://extras.springer.com>). Ein erster, wichtiger Schritt zu einer Verbesserung der Stimmfunktion ist das **Beenden des Räusperdrangs**. Der kann zu einem sich selbstständigenden Räusperzwang werden, manchmal auch im Sinne eines Tics. Ein häufiges Räuspern kann aber auch Zeichen eines Laryngopharyngealen Reflux (LPR) sein, der von phoniatischer und internistischer Seite dringend und zwingend abgeklärt werden muss. Besteht nämlich eine refluxbedingte Dysphonie, so muss vor/parallel zur logopädischen Therapie der Reflux behandelt werden. Eine logopädische Therapie allein wird die Dysphonie in einem solchen Fall nicht beheben können.

Entsteht bei Ihnen ein Hustenreiz durch das Sprechen? Wann und wie oft tritt dieser Reiz auf?

Wenn durch die Stimmproduktion selbst ein Hustenreiz ausgelöst wird, liegt eine deutliche Einschränkung der Stimmlippenbeschaffenheit vor und/oder die Stimmlippen werden mit so hoher Kraft bei der Phonation geschlossen, dass ein Hustenreiz ausgelöst wird. Auch ein massiver Missbrauch der Stimme durch Schreien und Kreischen oder übermäßiges (lautes) Singen kann zu einer Schädigung der Schleimhaut und der Lamina propria kommen. In deren Folge führt durch die Schädi-

gung bereits ein normales Verwenden der Stimme zu Hustenreiz.

Haben Sie ein Gefühl von Verschleimung? Wann und wie oft tritt dieser Reiz auf?

Ein Gefühl der Verschleimung tritt bei

- allgemeinen Erkrankungen,
- verschiedenen Erkrankungen des Kehlkopfes und
- z. B. bei Allergien oder sonstigen Reizungen der Stimmlippen auf.

Relativ häufig ist eine **Kombination** eines Gefühls von Trockenheit und Verschleimung, wobei ein häufiges Räuspern diesen Prozess noch unterstützt. Zunächst werden die Stimmlippen durch das Räuspern gereizt und durch das Räuspern »getrocknet«. Sekundär wird durch die Reizung und Schädigung durch das Räuspern die Schleimproduktion verstärkt, die Schleimhäute schützen sich vor weiteren Schädigungen durch eine vermehrte Schleimproduktion.

Ein starkes Verschleimungsgefühl kann aus dem **Bereich der Stimmstörung** kommen, jedoch gibt es eine so große Anzahl weiterer möglicher Ursachen eines starken Verschleimungsgefühls, dass nicht zwangsläufig ein Zusammenhang mit der Dysphonie bestehen muss.

Haben Sie ein Gefühl von Trockenheit? Wann und wie oft tritt dieses Gefühl auf?

Ein Trockenheitsgefühl auf glottaler Ebene kann **verschiedene Ursachen** haben. Die erhöhte mediale Kompression führt zu einem Trockenheitsgefühl. Vermehrtes Räuspern trocknet die Schleimhäute aus, ebenso aber äußere Einflüsse wie zum Beispiel Klimaanlage oder Stäube und Dämpfe. Durch eine Fehlbelastung kann es auch zur Reizung der Stimmlippenschleimhaut kommen. Das führt zu einem trockenen Gefühl. Ein Gefühl von Trockenheit kann ebenso organische Ursachen haben, wie eine Grunderkrankung, es können Nebenwirkungen von Medikamenten sein, Allergien, Noxen.

Haben Sie ein Fremdkörpergefühl? Wann und wie oft tritt dieses Gefühl auf?

Ein Fremdkörpergefühl kann von einer organischen Veränderung an den Stimmlippen herrühren, wie zum Beispiel

- Stimmlippenknötchen,
- Kontaktulcus,
- Reinke-Ödem,
- Stimmlippenpolyp,
- Stimmlippenzyste oder
- im schlimmsten Fall ein Karzinom.

Tipp

Ein Fremdkörpergefühl muss immer phoniatriisch **abgeklärt** werden.

Im »harmloseren« Fall kann auch eine Auflagerung von zähem Schleim ein Fremdkörpergefühl auslösen. Bei funktionellen Dysphonien tritt eher ein Enge- oder Kloßgefühl als ein Fremdkörpergefühl auf.

Engegefühl und Globusgefühl fragen bei den Patienten eine ähnliche Richtung von Wahrnehmungen ab, sind jedoch im Interesse einer gründlichen Diagnostik zu differenzieren. Es geht immer um eine **Veränderung der Raumwahrnehmung**, jedoch mit unterschiedlichem Schweregrad und unterschiedlichen Differenzialdiagnosen.

Haben Sie ein Engegefühl? Wann und wie oft tritt dieses Gefühl auf?

Bei funktionellen Stimmstörungen führt die enorm **hohe Anspannung** im gesamten Ansatzrohr (»von Stimmlippe bis Lippe«) zu einer Tonussteigerung in der Muskulatur des gesamten Gebietes. Das wird von den Patienten als Engegefühl wahrgenommen.

Dieses Engegefühl können auch **zusammengebissene Zähne** mit einem festen Unterkiefer auslösen. Der feste Unterkiefer schränkt eine angemessene Öffnung des Mundes deutlich ein. Der M. masseter, der große Kaumuskel, ist in diesem Fall ebenfalls fast immer hyperten. Ein fester Unterkiefer führt zu einem in seiner Bewegung eingeschränkten, hoch stehenden Kehlkopf. Der Kehlkopf steht vor allem bei funktionellen Dysphonien zu hoch. Damit ist der gesamte Raum des Ansatzrohres verengt. Häufig wird das Engegefühl nach

längerer Sprechbelastung größer, da die Belastung für die ohnehin unter zu großer Spannung stehenden Muskulatur größer wird.

Ein weiterer Grund für ein Engegefühl können **Stimmlippenlähmungen** in Median- oder Paramedianstellung sein, die aber dann auch an anderen Befunden, wie z.B. dem veränderten Stimmklang, auffallen. Auch beim Engegefühl muss man, wie beim Fremdkörpergefühl und dem Globusgefühl, ggf. an

- raumfordernde, organische Veränderungen im Bereich des Larynx,
- eine Schilddrüsenvergrößerung oder
- eine psychogene Symptomatik denken.

Ein Engegefühl im Bereich des Halses gibt es auch bei Patienten mit **Angststörungen** und Panikattacken.

Ebenfalls zu bedenken gilt es, dass deutliche **Fehlhaltungen** des Kopfes, vor allem ein nach vorn überstreckter Kopf mit Fehlhaltung der HWS oder eine cranio-mandibuläre Dysfunktion, zu einer Verengung des Ansatzrohres, einer deutlich eingeschränkten Beweglichkeit des Kehlkopfes und damit zu einem Engegefühl führen können.

Haben Sie ein Globusgefühl? Wann und wie oft tritt dieses Gefühl auf?

Das Globus- oder Kloßgefühl ist stärker, intensiver und wird im Allgemeinen auch als stärker einschränkend empfunden als das Engegefühl. Zusätzlich zum Engegefühl ist hier häufig der **Zungengrund** noch nach hinten-oben verlagert. Die Überspannung der Muskulatur ist noch stärker als beim Engegefühl. Das Globusgefühl bleibt häufig auch bestehen, wenn die Stimme nicht verwendet wird. Es wird mehr in der Mitte des Halses wahrgenommen, das organisch bedingte Globusgefühl häufiger eher lateral. Essen und Trinken sind unbeeinflusst, das Schlucken vermindert es sogar oft. Die Intensität eines Globusgefühls im Rahmen von funktionellen Stimmstörungen nimmt nicht kontinuierlich an Intensität zu, wie beispielsweise bei einem Tumor, sondern bleibt auf einem relativ konstanten Intensitätslevel. Der Rausperdrang ist verstärkt. Beim Globusgefühl muss man, wie beim Engegefühl, bedenken, dass es im Rahmen von funktionellen Stimmstörungen häufig auftritt,

jedoch nicht immer ursächlich mit diesen zusammenhängt.

Weitere mögliche **Ursachen** eines laryngealen Globusgefühls:

- laryngopharyngealer Reflux (LPR) – relativ häufig,
- Minderbeweglichkeit der Stimmlippe durch Lähmung oder mechanisch bedingt,
- Kontaktgranulom mit Kontaktulcus,
- Stimmlippenpolypen,
- Reinke-Ödem,
- Hyperplasie der Halslymphknoten,
- Vergrößerung der Schilddrüse,
- Halszyste,
- Pharyngitis,
- Kehlkopfkarzinom,
- Intubationsgranulom,
- Medikamentennebenwirkung (z. B. bei Chemotherapie, aber auch Medikamente, die zu Mundtrockenheit führen, machen ev. sekundär ein Globusgefühl),
- akute oder chronische Laryngitis,
- Dysphagie,
- Hypopharynxdivertikel,
- Halszyste,
- Zungengrundstruma (selten; die Schilddrüse ist in der embryonalen Entwicklung nicht nach unten gewandert, Schilddrüsengewebe findet sich am Zungengrund),
- nächtliche Mundatmung,
- Osteophyten (degenerative Veränderungen am Knochen in Form von knöchernen Ausläufern am Rand eines Knochens, beim Globusgefühl sind dies Osteophyten an der HWS),
- psychosomatisches Symptom.

Es liegt in der **Verantwortung** der behandelnden Logopädin, das Globusgefühl aufmerksam zu beobachten und, falls es im Rahmen der Stimmtherapie nicht verschwindet, den Patienten zur ärztlichen Abklärung eventueller organischer Ursachen zu schicken. Ist das Globusgefühl ein Symptom psychogener Ursache, so wird es auch nicht durch die logopädische Behandlung allein verschwinden, sondern bedarf psychotherapeutischer Behandlung.

Entsteht bei Ihnen ein Luftmangel beim Sprechen? Seit wann?

Ein Luftmangel beim Sprechen kann in der Hauptsache zwei Ursachenkomplexe haben.

1. **Stimmlippenlähmungen** oder Defekte an den Stimmlippen, v. a. postoperativ, z. B. nach Entfernungen von einem Carcinoma in situ der Stimmlippen. Bei den Stimmlippenlähmungen entsteht ein Luftmangel beim Sprechen, wenn der Glottisspalt bei Phonation nicht geschlossen werden kann, weil eine Stimmlippe (oder sogar beide) gelähmt ist. Je größer der Spalt, desto mehr Luft geht verloren, desto behauchter bis aphon ist die Stimme. Bei einer einseitigen Stimmlippenlähmung in Medianstellung wird wahrscheinlich kaum ein Luftmangel beim Sprechen angegeben, dafür aber ein Luftmangel in Ruhe, weil die Glottis bei Respiration nicht ausreichend weit aufgeht. Steht eine Stimmlippe beispielsweise intermediär, so wird der Patient sicherlich einen Luftmangel beim Sprechen angeben. Es kann kein Verschluss der Stimmlippen mehr hergestellt werden, es muss schon nach nur wenigen Wörtern nachgeatmet werden, die Stimme ist häufig nahezu aphon.
2. **Defekte an den Stimmlippen**, verursachen einen Luftmangel beim Sprechen wenn sie sehr groß sind, ansonsten kommt es »nur« zu einer Behauchtheit der Stimme oder zu hyperfunktionalen Symptomen, wenn der Defekt nur unzureichend kompensiert werden kann. Die Frage »Seit wann?« zielt vor allem bei den Stimmlippenlähmungen darauf ab, den Zeitpunkt der Lähmung herauszufinden. Trat die Lähmung durch eine Operation auf, ist der Zeitpunkt zumeist bekannt. Je länger eine Lähmung bereits besteht, desto schlechter sind die Voraussetzungen für eine logopädische Stimmtherapie: der M. vocalis ist gefährdet zu atrophieren und der geschädigte Nerv reagiert immer weniger auf Stimulation, z. B. durch Elektrotherapie, seine »Arbeit« wieder aufzunehmen.

Entsteht bei Ihnen regelrechte Luftnot beim Sprechen? Seit wann?

Die Frage nach der Luftnot beim Sprechen betrifft eine Steigerung der Beschwerden der vorausgegangenen Frage. Eine Luftnot beim Sprechen entsteht bei einem sehr großen, nicht zu kompensierenden Glottisspalt. Der Patient muss nach nur einem oder zwei Worten nachatmen und ist vollständig aphon.

Entsteht bei Ihnen ein Luftmangel bei Anstrengung, z. B. beim Treppensteigen? Seit wann?

Ein Luftmangel bei Anstrengung tritt auf, wenn bei **größerem Sauerstoffbedarf** die Öffnung des Glottisspaltes nicht ausreicht, um die größere Luftmenge, die bei höherer körperlicher Anstrengung benötigt wird, in kurzer Zeit durch das Ventil Kehlkopf einströmen zu lassen. Diese Empfindung tritt auf, wenn die respiratorische Beweglichkeit der Stimmlippen eingeschränkt ist, d. h. die Stimmlippen sich aufgrund einer Lähmung nicht vollständig in Lateralstellung bewegen und so eine ungehinderte Atmung ermöglichen.

Ist die respiratorische Beweglichkeit eingeschränkt, so kann **ohne** Belastung oft noch ausreichend geatmet werden. Steigt jedoch die körperliche Anstrengung, so reicht der eingeschränkte Glottisspalt nicht aus, es kommt zum Luftmangel. Die Untersucherin muss nach dem Luftmangel bei Anstrengung fragen, weil eine respiratorische Mangelbeweglichkeit eben zum Teil erst bei Belastung erkennbar wird und vom Patienten geschildert werden kann. Ein Luftmangel bei Anstrengung kann auch auftreten, wenn eine große tumoröse Neubildung gut- oder bösartiger Natur auf Glottisebene besteht.

Gibt es eine weitere Missempfindung, nach der ich noch nicht gefragt habe? Welche?

Diese Frage ist wichtig und sollte auf keinen Fall vergessen werden. Oftmals haben die Patienten noch andere Missempfindungen, die sie im Laufe der Untersuchung noch nicht schildern konnten. Im Rahmen dieser Frage sollte dem Patienten die Möglichkeit gegeben und er dazu ermuntert werden, von weiteren Missempfindungen oder störenden Wahrnehmungen zu berichten, die im Rahmen der Stimmstörung auftreten. Es ist wichtig, den

Patienten zu ermuntern, seine Wahrnehmungen zu beschreiben, auch wenn er sie selbst für noch so unwichtig oder »seltsam« hält. Die **Eigenwahrnehmung** des Patienten kann wichtige Hinweise für die weitere Diagnostik der Stimmstörung geben.

Stimmliche Anamnese

Wie klang Ihre Stimme vor der Stimmstörung?

Der Patient soll aus **eigener Sicht** beschreiben, wie seine Stimme vor dem Beginn der Stimmstörung klang. Seine eigenen Beschreibungen, noch **»unverfälscht«** durch Begrifflichkeiten seitens der Untersucherin, geben uns einen Hinweis auf die Leistungsfähigkeit der Stimme vor der Erkrankung in Relation zur Eigenwahrnehmung des Patienten. Man sollte zunächst abwarten, welche Begriffe vom Patienten selbst kommen, und erst wenn nichts kommt, die bekannten Adjektive zur Beschreibung des Stimmklanges anbieten. »Meine Stimme war noch nie wirklich klar.«, »Ich habe schon immer eine relativ hohe Stimme gehabt. Alle anderen Männer, die ich so kenne, haben tiefere Stimmen.«, »Früher war meine Stimme klarer und ich konnte lauter werden.«. Beschreibungen wie diese helfen uns, den Stimmklang, den wir in der aktuellen Untersuchung hören, in Relation zum Vorher zu setzen.

Bei Männern: Können Sie sich noch an Ihren Stimmwechsel erinnern? Wie verlief dieser?

Männerstimmen, deren gespannte mittlere Sprechstimmlage hörbar über der oberen Grenze der physiologischen Lage (F bis H) der Männerstimme liegt, die dünn, oft leicht behaucht, wenig tragfähig, wenig brustresonant sind, sollten bei der Untersucherin den Verdacht auf eine **unvollständige Mutation** wecken.

Von den zahlreichen funktionellen und organischen Mutationsstörungen, die in der Fachliteratur beschrieben werden, sind in der Praxis die unvollständige Mutation und die Mutationsfistelstimme, die am häufigsten anzutreffenden Formen. Beide sind funktionelle und logopädisch zu beeinflussende Störungen. Obwohl das Klangbild einer larvierten unvollständigen Mutation, als schwächste Form der unvollständigen Mutation, zumeist anders ist als das einer funktionellen Dysphonie, ist es nicht immer leicht, diese beiden Formen **nur** über den

Stimmklang zu unterscheiden, zumal sich beide Störungen überlagern können. Männer mit einer larvierten unvollständigen Mutation haben oft bei normaler Stimmbelastung ohne einen Sprechberuf und ohne besondere stimmliche Anforderungen keine von ihnen selbst wahrgenommenen Probleme mit ihrer Stimme. Eine Stimme mit einer **larvierten unvollständigen Mutation** ist immer

- kaum bis gar nicht belastungsfähig,
- nicht tragfähig und kaum steigerungsfähig,
- der Stimmumfang ist nach unten eingeschränkt,
- die Tonhaldedauer nur mäßig.

Hat man als Untersucherin den Verdacht, einen Patienten mit einer Mutationsstörung vor sich zu haben, ist diese anamnestiche Frage von besonderer Bedeutung. Bei einer unauffällig verlaufenen Mutation, die in einer »normalen« Männerstimme gedeutet hat, können sich die Patienten zumeist nicht wesentlich an diese Phase erinnern. Die Mutation kann mit einer Phase des unkontrollierten Hin- und Herkippen der Stimme im Sinne eines Stimmbruchs verlaufen. Der Stimmwechsel kann sich aber auch akustisch unauffällig in einem langsamen Tieferwerden der Stimme vollziehen. »Irgendwann hatte ich dann eine tiefe Stimme, so wie die anderen Jungs auch.« Patienten mit Mutationsstörungen im Sinne einer unvollständigen Mutation nennen solche Äußerungen wie: »Meine Stimme war noch nie besonders tief.« oder »Die anderen Jungs haben rumgekrächzt und hatten dann irgendwann eine tiefe Stimme. Bei mir war das nicht so, so richtig tief wurde ich nicht.« »Meine Stimme empfinde ich als etwas höher als die der meisten Männer und meine Stimme ist nicht belastbar. Wenn ich mehr reden oder lauter reden muss, werde ich ganz schnell heiser.«

Bei Patienten mit **Mutationsfistelstimme**, einer auditiv sofort für jeden Hörer auffälligen Störung, da die mittlere Sprechstimmlage im Bereich oberhalb der Lage einer Kinderstimme liegt, kommen Äußerungen wie: »Meine Stimme ist gar nicht tiefer geworden. Ich werde am Telefon immer mit Frau ... angesprochen.« »Ich glaube, ich habe gar keinen Stimmbruch gehabt.«

Die Frage nach dem Verlauf gibt einen Hinweis auf einen auffälligen oder unauffälligen Verlauf der

Mutation. Es sei an Störungsbilder wie den verzögerten Eintritt in die Mutation, die stark verlängerte Mutation und die stürmische Mutation erinnert.

Gibt es weitere Mitglieder Ihrer Familie, die unter Stimmstörungen leiden?

Der individuelle Stimmklang eines Menschen hängt nicht nur von organischen Faktoren (Morphologie des Kehlkopfes, Ausformung und Größe des Ansatzrohres, Atemkapazität und -kompetenz), psychischen Faktoren (Stimmung, Charakter) und Umweltfaktoren (Umgebungsärm, stimmliche Anforderungen, erforderliche Lautstärke, Belastungen durch Staub, Hitze) ab, sondern ist auch zum Teil Ergebnis eines Lernprozesses. Wir klingen nicht nur aus genetischer Ähnlichkeit so ähnlich wie unsere Eltern, sondern auch weil wir deren Stimmuster über das **Hören und Nachahmung** gelernt haben. Kinder, die nicht bei Ihren Eltern aufwachsen, haben klangliche Ähnlichkeiten mit ihren engsten Bezugspersonen. Jugendliche in der Pubertät klingen oft so, wie die anderen Jugendlichen ihrer Clique – ein bestimmter Klang gilt als »cool«. Die Frage nach Stimmstörungen in der Familie unterscheidet somit zwischen

- einer eventuellen genetischen Disposition und
- gelerntem, pathologischen Stimmuster.

Wie verändern sich Ihre Beschwerden im Laufe des Tages?

Mit dieser Frage wird beantwortet, ob die vorliegende Stimmstörung mehr in Richtung der organischen, funktionellen oder überwiegend psychogenen Stimmstörungen einzuordnen ist.

Für **funktionelle Stimmstörungen** ist es ganz typisch, dass die Stimme **nach Belastung schlechter** wird. Im ausgeruhten Zustand hat sich die für die Phonation zuständige Muskulatur, vor allem die inneren Kehlkopfmuskeln, beispielsweise über Nacht erholt. Die Stimme kann zunächst in einem besser eutonen System starten, als sie am Ende des letzten Tages endete. Die Kompensationsmechanismen sind noch nicht in vollem Umfang negativ wirksam. Mit zunehmender Verwendung der Stimme, vor allem wenn eine erhöhte Anforderung zum Beispiel durch lauterer Sprechen in einer Unterrichtssituation gefordert ist, kann die Stimme nicht lange von ihrer nächtlichen Erholung pro-

fitieren, da die funktionell falschen Muster wieder angewendet werden. Schnell wird die Stimme wieder schlechter. Je länger die funktionelle Dysphonie besteht, desto schneller verschlechtert sich der Stimmklang im Laufe des Tages bei Belastung und desto schlechter wird der Stimmklang insgesamt. Bei funktionellen Dysphonien ist die Stimme meist vormittags besser als im Laufe des Tages oder Abends. Unmittelbar nach dem Aufstehen ist die Stimme zwar erholt, aber oft noch kratzig, rau, belegt und die Patienten beschreiben, sie müssten sich morgens stimmlich muss erst »warm laufen«.

Bei **organischen Stimmstörungen** wie zum Beispiel einem Stimmlippenpolypen, einem Reinke-Ödem oder einer Stimmlippenlähmung ist die Stimme **gleichbleibend schlecht**. Der typische Funktionsmechanismus »morgens gut – dann schlechter« ist nicht so deutlich zu beobachten. Vor allem ist die Stimme nie völlig symptomfrei, was bei leichten funktionellen Dysphonien durchaus der Fall sein kann. Stimmbelastung verändert die Stimme, im Gegensatz zu den funktionellen Stimmstörungen, nicht zwangsläufig. Liegt keine übermäßig hohe Stimmbelastung vor, bleibt die Stimmqualität gleich schlecht.

Bei **psychogenen Stimmstörungen** wird die Stimme im Verlauf des Tages nicht schlechter, sondern eher **besser**. Stimmbelastung führt nicht zu Stimmverschlechterung. Psychogene Stimmstörungen beginnen häufig weniger schleichend wie funktionelle Stimmstörungen. Sie treten oft plötzlich auf oder führen zumindest deutlich schneller von einem unauffälligen zu einem auffälligen Stimmklang als funktionelle Störungen. Man sollte aber nie aus den Augen verlieren, dass 90% aller Stimmstörungen eine psychogene Komponente unterschiedlichen Ausmaßes haben und die »reine« psychogene Stimmstörung sehr selten ist.

Typisch für **refluxasoziierte Stimmstörungen** ist, dass die Stimme **morgens schlechter** ist. Sie klingt rau, belegt, kratzig, springt schwerer an. Im Laufe des Tages wird die Stimme besser und bleibt gut, wenn noch keine funktionelle Kompensation stattgefunden hat.

➤ **Die Menge der Stimmbelastung, die im Laufe des Tages zu einer Veränderung der Stimme führt, gibt eine Aussage über die**

aktuelle Belastungsfähigkeit der Stimme und somit auch über die Ausprägung der Störung.

Wie reagiert Ihre Umwelt auf Ihre veränderte Stimme?

Es macht für die Motivation der eventuell auf die Diagnostik folgenden logopädischen Stimmtherapie einen entscheidenden Unterschied, ob der Patient aus **eigenem Antrieb** den Weg zum Phoniater und Logopäden gewählt hat, oder ob er sich dorthin auf den Weg macht, weil die Partnerin, der Partner, die Kollegen oder der Chef den Betroffenen schicken. Sicherlich kann aus einer **Fremdmotivation** auch eine Eigenmotivation werden, aber der erste Antrieb hat zunächst ganz unterschiedliche Wurzeln. Neben der Frage der Motivation für das In-Angriff-nehmen der Untersuchung gibt die Antwort des Patienten auf diese Frage auch einen Hinweis auf den **Schweregrad** der Stimmstörung im Alltag. Im Allgemeinen hören die ungeübteren Ohren der Umwelt eines Patienten wesentlich später und erst bei einem viel stärker ausgeprägten Störungsgrad Stimmstörungen als die »Stimmtherapieohren« einer Logopädin, die in dem Thema Stimme »drin« ist.

Aussagen wie »Du klingst ja ständig heiser!«, »Mach mal was gegen deinen ständigen Frosch im Hals.« oder »Du klingst in letzter Zeit ja ganz furchtbar!« erzeugen bei den Betroffenen häufig einen Leidensdruck, der sie das Thema Stimme in Angriff nehmen lässt. Im Rahmen dieser Frage sollten sich die oben genannten Fragestellungen nach **Motivation** und **Umgebungsdruck** für die Untersucherin klären lassen.

Wie bewerten Sie Ihre Stimme heute?

Der Patient soll auf einer Skala von 1 bis 10 recht spontan, ohne allzu viel darüber nachzudenken, seinen aktuellen, heutigen Stimmklang subjektiv bewerten. Dabei bezeichnet 10 die schlechteste Stimmqualität und die 1 eine für den Patienten völlig zufriedenstellende Stimme. Die Frage ist wichtig, um einen Eindruck von der **Eigenwahrnehmung** des Patienten, des Grades der subjektiven Beeinträchtigung durch die Stimmstörung und der subjektiven aktuellen Befindlichkeit zu bekommen. Die Antwort gibt der Untersucherin einen Hinweis

darauf, ob die Stimme noch schlechter sein kann als sie heute ist und inwieweit die Einschätzung bezüglich des Schweregrades zwischen Untersucherin und Patient eventuell differiert. Man sollte sich als Untersucherin davor hüten, seine eigene Einschätzung bezüglich des Schweregrades dem Patienten aufzudrängen. Die Stimme ist so eng mit der Person verbunden, dass eine von der Untersucherin als geringgradig eingeschätzte Stimmstörung für den Patienten enorm belastend sein kann. Dies trifft in verstärktem Maß für Berufssängerinnen und -sänger und Berufssprecherinnen und -sprecher zu.

Stimmgebrauch

In welcher Art und Weise benötigen Sie Ihre Stimme in Ihrem beruflichen Alltag?

Für Menschen in **Sprechberufen** sind Störungen des Stimmklanges und der Leistungsfähigkeit der Stimme in besonderem Maße problematisch. Je nach Ausprägung kann die Berufsausübung selbst sehr anstrengend oder unmöglich werden oder die Karriere darunter leiden. Die Frage nach der Art und Weise gibt einen Hinweis auf die Art und die Höhe der Stimmbelastung. Eine gesunde, belastungsfähige Stimme verspürt nach etwa sechs Stunden physiologische Ermüdungserscheinungen.

Der Beruf an sich lässt erkennen, welche Anforderungen an die Leistungsfähigkeit gestellt werden. Dieses **berufsimmanente Anforderungsprofil** ergänzt sich durch die individuellen Ansprüche, die der Sprecher selbst an sich stellt. Wie viele Stunden täglich muss gesprochen werden? Mehr oder weniger am Stück oder mit Pausen? In welcher Lautstärke? Ist viel Telefonieren erforderlich? Wird unterrichtet und wenn ja, welche Fächer und in welchen Klassenstufen? Erfahrungsgemäß ist es stimmlich anstrengender, Sport zu unterrichten und in oft lauterer Klassenstufen, vor allem Grundschule und Unterstufe. Auch die Tätigkeit als Erzieherin ist stimmlich enorm anstrengend, da ein andauernder, hoher Geräuschpegel herrscht und viel außerhalb der Stimmlage eines Erwachsenen gesungen wird. Muss der Patient größere Meetings halten und wie ist der Grad seiner psychischen Anspannung in den beruflichen Sprechsituationen? Für Musiklehrer und Gesangslehrer gilt, dass der ständige Wechsel zwischen Singstimme und (evtl. sogar recht lauter) Sprechstimme sehr stimmbelastend ist.

Wie intensiv verwenden Sie Ihre Stimme zu Hause?

Zu der beruflichen Belastung der Stimme kommt der häusliche Gebrauch noch hinzu. Hier sollte erfragt werden, ob es auch zu Hause noch Faktoren gibt, die stimmbelastend sind oder ob das häusliche Umfeld eher zur **Stimmerholung** nach der beruflichen Tätigkeit genutzt werden kann. Eventuell ist auch gar nicht der berufliche Kontext der stimm-schädigende Part, sondern die Stimmverwendung zu Hause. Muss viel laut gesprochen werden? Handelt es sich um eine Familie, in der im Allgemeinen viel und laut gesprochen wird? Gibt es Angehörige, mit denen oft lauter gesprochen werden muss aufgrund zum Beispiel einer Hörstörung?

Wie lange sprechen Sie täglich zu Hause?

Die Addition der Sprechphasen im Beruf und zu Hause ergibt die gesamte **tägliche Stimmbelastung**. Welcher Art ist die Stimmbelastung zu Hause? Die Untersucherin möchte herausfinden, ob die Ursache für die Stimmstörung eventuell im häuslichen Bereich zu finden ist, was aber in der Regel eher selten der Fall ist.

Den meisten Patienten fällt es schwer einzuschätzen, wie lange die Dauer des häuslichen Sprechens ist. Es geht hier auch nicht unbedingt um eine Angabe auf die Minute genau, sondern um eine Einschätzung. Wird zu Hause noch zusätzlich viel gesprochen, so können wir von einer Dauer von etwa eineinhalb Stunden nach einem Arbeitstag ausgehen. Wird eher wenig gesprochen, so addiert sich die Zeit auf eventuell nur noch eine weitere halbe bis dreiviertel Stunde.

Wie und mit welcher zeitlichen Dauer verwenden Sie Ihre Stimme in Freizeit und Hobby? (Stimmintensive Hobbies?)

Diese Frage ist im Hinblick auf die verursachenden und aufrecht erhaltenden Faktoren der Stimmstörung von großer Bedeutung. Immer wieder sind Patienten anzutreffen, die in der Anamnese bis dato keine große Stimmbelastung angegeben haben, weder im beruflichen Kontext noch zu Hause. Hier darf der Bereich der Hobbies nicht außer Acht gelassen werden, der so manches Mal den »Stimmkiller« zutage führt. Zu den stimmlich belastenden Hobbies gehört der regelmäßige Besuch

beispielsweise des Fußballstadions als eingefleischter Fan genauso dazu wie der wöchentliche Besuch der Disco, wo unter enormem Umgebungslärm gesprochen wird. Weitere stimmintensive Hobbies sind natürlich das Singen im Chor oder solistisch, das bei mangelnder Ausbildung oder mäßiger Stimmbildung und Stimmhygiene z. B. im Chor die Stimme stark schädigen kann, und nicht nur die Singstimme, sondern auch die Sprechstimme. Beispielhaft für **stimmintensive Hobbies** seien noch genannt

- das Theaterspielen,
- Leitung Kinderturnen,
- Kinderbetreuung,
- Trainer,
- häufiges Feiern und »Grölen«,
- Rockkonzertbesuche und noch viele andere.

An dieser Stelle wäre zu fragen, wie häufig der Patient das sogenannte »**Party-Syndrom**« hat. Durch den Einfluss von langem, lautem Sprechen im Umgebungslärm bei Veranstaltungen/Partys und zusätzlichem Konsum von Alkohol und Nikotin kommt es am folgenden Tag zum stimmlichen Party-Syndrom. Durch die Reizung und Überbelastung der Stimmlippen klingt die Stimme rau, belegt, kratzig, das Ansprechverhalten ist reduziert, teilweise gibt es aphone Anteile. Eine gesunde Stimme erholt sich im Laufe eines Tages vom Party-Syndrom; ein zu häufiges Auftreten eines Party-Syndroms ist hochgradig stimmschädigend.

Singen Sie in einem Chor und wenn ja, weit wann? Musikrichtung des Chores?

Das Singen in einem Chor kann gesund und/oder heilend für eine Stimme sein, wenn wichtige Grundbedingungen eingehalten werden.

Dem Chorleiter kommt eine große Verantwortung für die **Stimmhygiene** und **Stimmentwicklung** seiner Sängerinnen und Sänger zu. Ebenso sind eine realistische Selbsteinschätzung der Sängerinnen und Sänger hinsichtlich ihres stimmlichen Leistungsvermögens und deren Eigenwahrnehmung in Bezug auf ihre stimmliche Leistung und das Können gefragt.

Die Frage nach der Dauer des Singens gibt Aufschluss darüber, wie lange das Thema Singstimme

bereits auf das Gesamtsystem Stimme einwirkt – sei es positiv oder negativ!

Die **Musikrichtung** sagt, je nach Leitung des Chores, etwas über die Anforderungen an die Stimme aus. So tendieren Chöre, die viel aus dem Bereich Musical und/oder Pop singen dazu, das Brustregister (über) zu betonen und ggf. über die natürliche Registergrenze nach oben zu ziehen. Klassisch ausgerichtete Chöre laufen Gefahr mit der ausgewählten Literatur die zumeist nicht professionell ausgebildeten Stimmen durch zu große Intervalle vor allem nach oben der ausgewählten Literatur zu überfordern und damit auf Dauer zu schädigen.

Oft besteht auch die Gefahr, dass die Stimme viel **zu laut** eingesetzt wird, das Singen in Schreien übergeht. Nicht umsonst ist das tragfähige piano eine der schwierigsten Stimmleistungen und jeder Chorleiter kann »ein Lied davon singen«, wie schwer es ist, einen Chor in einem wirklichen Piano zu führen! Gerät die Singstimme in ein zu häufiges zu lautes Singen, so ist das sehr schädigend, denn Lautheit ist der Stimme zwar möglich, bedarf aber einer guten Technik und einer Menge Training. Lautheit erfordert eine erhöhte mediale Kompression und einen erhöhten Anblasedruck, und beides muss vom Gewebe der Stimmlippen erst mal »verkräftet« werden. Ein lauter, hoher Ton fordert am meisten: hohe mediale Kompression, hohe Spannung der Stimmlippen, hoher Anblasedruck.

Haben Sie Gesangsunterricht und wenn ja, seit wann? Nach welcher Methode werden Sie unterrichtet?

Die Frage nach dem Gesangsunterricht sagt etwas über den **Ausbildungsgrad der Stimme**. Eine ausgebildete Stimme sollte (!) belastungsfähiger als eine unausgebildete Stimme sein. Die Muskulatur ist durch den höheren Grad an Training robuster und leistungsfähiger ist. Zum anderen sollte die Wahrnehmungsfähigkeit des Patienten im Hinblick auf sein Tun mit seiner Stimme differenzierter sein.

Für den Gesangsunterricht gilt aber ähnliches wie für den Chorgesang:

- die positive Wirkung auf die Stimmfunktion steht und fällt mit der Qualität des Unterrichts,
- der Eignung hierfür durch den Schüler und

- die Fähigkeit zur Eigen- und Fremdwahrnehmung des Gesangsschülers.

Somit bedeutet die Aussage: »Ich habe seit drei Jahren Gesangsunterricht.« nicht automatisch, dass die Stimme ohne Probleme sein muss aber, natürlich, kann.

Die Frage nach der **Methode** hilft dann einzuschätzen, wenn die Untersucherin selbst zumindest einen kleinen Einblick in die Methodenvielfalt der Gesangspädagogik hat.

Wie häufig proben Sie und wie lange?

Frequenz und Dauer der Proben sind natürlich entscheidend in Bezug auf die Stimmbelastung. Ausreichende **Erholungszeiträume** für die Stimme nach intensiver Proben­tätigkeit sind unverzichtbar. Wie lange die Proben- und Erholungsphasen für eine Stimme sein können und sein dürfen ist individuell sehr unterschiedlich. Der Sänger ist aufgefordert, dies für sich selbst herauszufinden. Letztlich gilt immer die differenzierte und ehrliche Eigenwahrnehmung des Sängers, wie lange die einzelnen Phasen dauern dürfen. Die Phasenlänge wird immer auch intraindividuell abhängig von verschiedenen Faktoren unterschiedlich lang sein. Es bedarf einige Zeit der Übung, bis jeder Sänger gut in der Lage ist, seine eigenen, gesunden Grenzen zu kennen. Weiterhin bedarf es eines guten Selbstbewusstseins, diese auch gegenüber einem Chorleiter, Gesangslehrer oder Ensemble durchzusetzen.

Findet vor Ihren Chorproben ein Einsingen/ Stimmbildung/Warming-up für die Stimme statt? Wie lange und in welcher Form?

Es gehört zu den grundlegenden Punkten der Stimmhygiene, die Stimme niemals intensiv zu nutzen, ohne sie darauf vorzubereiten. Dies gilt für **hohe Leistungsansprüche** an die Sprechstimme wie Unterrichten, Reden halten, Schauspielern genauso wie, und umso mehr, für die Anforderungen an die stimmliche Höchstleistung Singstimme. Als Untersucherin sollte man einen Eindruck davon bekommen, wie ein solch stimmliches Warming-up aussieht und wie lange es dauert. Übungen aus der Körperarbeit zu den Aspekten Haltung und Ansatzrohr und ein bis zwei Aktivierungsübungen

zur Gesangsatmung gehören in dieses Programm sinnvollerweise mit hinein. Der Patient soll ein paar Beispiele aus dem Einsingen benennen, berichten und eventuell vormachen. Eine gute Dauer für ein effizientes Einsingen liegt nicht unter zehn Minuten! Eine Viertelstunde bis 20 Minuten wären ideal.

In welcher Stimmgattung singen Sie?

Das Singen in einer falschen Stimmgattung schädigt auf lange Sicht auf jeden Fall die Stimme nachhaltig. Begabte Sängerinnen und Sänger in Laienchören, die über einen großen Stimmumfang verfügen, werden gar nicht so selten in eine andere Stimme gesteckt, »Weil wir sonst zu wenig Altstimmen haben.« Dies sollte auf Dauer unbedingt vermieden werden. Die **Einordnung** in eine Stimmgattung ist nicht immer einfach, nicht immer eindeutig und kann sich im Laufe einer sängerischen Karriere ändern, z. B. bei Frauen in den Wechseljahren.

Logopädische Therapie

Hatten Sie bereits logopädische Behandlung wegen Ihrer stimmlichen Einschränkungen?

Hatte der Patient bereits eine Therapie, und sei es auch vor längerer Zeit, so kann man in der folgenden logopädischen Behandlung auf **Vorerfahrungen** aus dieser Behandlung zurückgreifen. Vielleicht kann der Patient berichten, welche Übungen, welches Vorgehen in der Therapie gewählt wurde, so dass die Logopädin ggf. einschätzen kann, nach welcher Behandlungsmethode schwerpunktmäßig behandelt wurde. Im Idealfall gibt es noch einen Bericht der behandelnden Logopädin über die Inhalte und den Verlauf der Behandlung. Falls der Patient solche Berichte noch hat, sollte er sie mitbringen oder bei seinem (damals) behandelnden Arzt anfordern.

Wo? (Praxis/Einrichtung)

Die folgenden Fragen dienen der Vorbereitung zur Kontaktaufnahme mit der Logopädin, die den Patienten bereits behandelt hatte. Die untersuchende Logopädin darf nicht vergessen, sich eine **Schweigepflichtsentbindung** unterschreiben zu lassen, wenn Sie zu den vorher behandelnden Therapeuten Kontakt aufnehmen möchte. Dies gilt natürlich auch für die Kontaktaufnahme zu allen anderen

Stellen und/oder Personen, die zu dem Patienten befragt werden sollen. Ein Muster für eine Schweigepflichtsentbindung findet sich unter <http://extras.springer.com>.

Name der Logopädin

Wenn man den Namen der behandelnden Logopädin weiß, kommt man in seiner Recherche bezüglich der Therapie, die vorher stattgefunden hat, wesentlich schneller weiter.

Zeitraum

Von wann bis wann hat die Therapie zumindest in etwa stattgefunden? Wahrscheinlich hat eine Therapie, die vor einem halben Jahr stattgefunden hat, eine größere **Bedeutung**, als eine Therapie von vor 15 Jahren. Es ist davon auszugehen, dass der Patient die Inhalte von einer kürzlich abgeschlossenen Therapie noch präsent hat und diese in die aktuelle Therapie mit einbezogen werden können.

Anzahl und Dauer der Therapieeinheiten

Wenn der Patient noch weiß, wie viele Therapien insgesamt in etwa stattgefunden haben, kann dies ein wichtiger Hinweis auf die **Intensität** der vergangenen Therapie sein. Fünf Therapieeinheiten werden aller Wahrscheinlichkeit nach weniger in Bezug auf eine Gesundung der Stimmfunktion bewirkt haben können, als wenn dreißig Therapieeinheiten à 45 Minuten stattgefunden haben.

Erkrankungen

Welche HNO-Erkrankungen und HNO-Operationen liegen bei Ihnen vor?

Eine Reihe von Erkrankungen und Operationen im Bereich HNO können **Auswirkungen** auf die Stimmfunktion haben. Falls es solche eventuell mit verursachenden oder aufrechterhaltenden Erkrankungen und Operationen gibt, sollten diese in der Anamnese herausgefunden werden. Ein paar **Beispiele** hierzu:

- Verletzungen, Lähmungen, Verkürzung, Funktionsstörungen des Gaumensegels führen zu einer Rhinophonie, im Sinne einer Rhinophonia clausa, - aperta oder - mixta.
- Behinderung der Nasenatmung aufgrund unterschiedlicher Ursachen beeinflusst den Stimmklang und die Ruheatmung.

- Verletzungen des Kehlkopfes in der Vorgeschiechte.
- Schwerhörigkeit. Bei Schwerhörigkeiten nicht nur geringen Ausmaßes leidet die Qualität der auditiven Eigenkontrolle der Stimme. In der Folge wird die Stimme lauter und fester und somit stimmphysiologisch ungünstiger eingesetzt. Eine audiologische Untersuchung ist Bestandteil jeder phoniatriischen Diagnostik bei Stimmstörungen.
- Erfolgte eine Entfernung von Rachenmandel, Gaumenmandeln oder eine Septum-OP?
- Gibt es chronisch rezidivierende HNO-Erkrankungen der Nase, der Nebenhöhlen, des Kehlkopfes oder des Rachens?
- Bestehen angeborene oder erworbene Fehlbildungen des Kehlkopfes?

Welche orthopädischen Erkrankungen haben Sie?

Die Stimme funktioniert nicht losgelöst von allen anderen körperlichen Gegebenheiten und ist vor allem durch Körperhaltung und Tonus beeinflusst. Durch den engen funktionellen Zusammenhang von Haltung und Tonus in allen Bereichen des Körpers und der Stimmfunktion wird deutlich, wie wichtig die Frage nach orthopädischen Erkrankungen ist. Ein paar **Beispiele** zur Verdeutlichung:

- Erkrankungen und/oder Verspannungen im Bereich der HWS führen sowohl zu Bewegungseinschränkungen des Kehlkopfes als auch eventuell zu Störungen der nervalen Versorgung. Ein Kiefergelenk, das von einer **craniomandibulären Dysfunktion** (CMD, Cranium = Schädel, Mandibula = Unterkiefer) betroffen ist, kann zu Niveaudifferenzen der Stimmlippen und zu phasenverschobenen Schwingungen der Stimmlippen führen. Ein erhöhter Kraftaufwand zur Phonation und stärkere Beanspruchung des Stimmlippenrandes sind die Folge. Die enge funktionelle Verbindung von Kiefer-, Kopf- und Ileosacralgelenken wird durch das propriozeptive System gesteuert, das zur Orientierung der Haltung und des Bewegungsapparates im Raum dient. Eine Fehlfunktion des Kiefergelenkes führt zu ebenfalls pathologischen Mustern in anderen Gelenken, im Rahmen der Stimmfunktion

sind die sich in unmittelbarer Nähe befindlichen Gelenke des Kehlkopfes mit betroffen. Eine CMD gehört diagnostisch in erfahrene Hände eines Zahnarztes, Orthopäden oder Osteopathen.

- Die oberflächliche Nackenmuskulatur liegt oberhalb der tiefer gelegenen Gruppe der Rachenkonstriktoren. Diese drei Muskeln (M. constrictor pharyngis superior, medius und inferior) sind in der Hauptsache am Schluckakt beteiligt und ziehen den Kehlkopf nach hinten oben. Ist die oberflächliche Muskulatur des Nackens, z. B. der M. trapezius pars descendens, verspannt, so wirkt sich dies auch auf die Schlundschwüre aus, die den Kehlkopf dauerhaft leicht nach hinten oben ziehen. Die Stimme wird enger, fester, die mittlere Sprechstimmlage erhöht sich eventuell.

➤ **Wenn der Nacken nicht frei ist, kann es die Stimme auch nicht sein.**

- Neben Beschwerden im Bereich der HWS und des Kopfes sind **Fehlstellungen des Beckens** ebenfalls von Bedeutung, da sie die Funktion des Zwerchfells und damit die Atmung als Grundlage der Stimmfunktion in Mitleidenenschaft ziehen.

Haben Sie Verletzungen oder Unfälle im Bereich der Halswirbelsäule erlitten? Wann?

Die Frage nach Unfällen oder Verletzungen im Bereich der HWS stellt die Bedeutung der HWS in Bezug auf die Stimmfunktion in den Vordergrund. Die Wirbelsäule wird von oben nach unten in fünf Abschnitte unterteilt. Die Halswirbelsäule setzt sich aus **sieben Halswirbeln** zusammen, die cervicalen Wirbel C1 bis C7.

Der erste Halswirbel ist der Atlas und besitzt keinen massiven Wirbelkörper sondern nur einen knöchernen Ring, dessen zum Kopf hin liegende Gelenkflächen den Atlas mit dem Schädel verbinden. Die Beweglichkeit des Kopfes ergibt sich, weil der Atlas mit dem 2. Halswirbel, dem Axis, eine besondere Verbindung eingeht. Aus dem Axis ragt ein Knochenvorsprung, der Dens, hervor, der sich in den Ring des Atlas einfügt und somit Drehbewegungen des Kopfes möglich macht. Aus C1 bis C4 entspringen auf jeder Seite **vier Nervenstränge**,

die das Halsnervengeflecht bilden und Hals, Halsmuskulatur und das Zwerchfell innervieren. Haben wir in diesem Bereich eine Störung, kann diese mit ein **Grund für eine Stimmstörung** sein und sollte ggf. dahingehend noch weitergehend untersucht werden.

Gab es einen Unfall mit einer Beeinträchtigung der HWS und verspürt der Patient seitdem eine Veränderung seiner Stimme?

Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie sonstige Kiefergelenksbeschwerden?

Bruxismus (Zähneknirschen) ist ein **Leitsymptom** der bereits beschriebenen craniomandibulären Dysfunktion (► Kap. »Welche orthopädischen Erkrankungen haben Sie?«). Die CMD wirkt sich auf die Stimmfunktion aus, da die suprahyoidale Muskulatur einen großen Einfluss auf die Spannung der Stimmlippen hat. Bei einer vor allem hyperfunktionellen Dysphonie, die nur sehr schlecht auf eine logopädische Therapie anspricht, sollte man an eine mögliche Beteiligung durch die Kopf Gelenke und das Kiefergelenk denken.

Leiden Sie unter Allergien? Welche? Wie schwer?

Allergien führen zu Schwellungen der Schleimhaut, auch im Bereich des Kehlkopfes und der Stimmlippen. Die angemessene **Befeuchtung der Schleimhaut** ist nicht mehr gewährleistet. Beide Faktoren führen dazu, dass die Struktur der Stimmlippen sich verändert, die Stimmlippen geschwollener, »plumper« werden. Die geschwollenen Stimmlippen schwingen deutlich schlechter, so dass die Stimmproduktion von Patienten mit deutlichen Allergien häufig mit viel mehr Kraft betrieben wird und damit die bekannten Auswirkungen dieses »Zuviel« an Kraft auftreten. Daher sollte in der Anamnese genau nach Allergien und deren Behandlung gefragt werden.

Patienten in **Sprechberufen** müssen bestehende Allergien behandeln, da diese ein hohes Potenzial haben, Stimmstörungen mit auszulösen. Kann eine Allergie nicht befriedigend behandelt werden, sollte ein Patient in einem Sprechberuf in den Phasen des Jahres, in denen seine Allergie besonders »aktiv« ist, mit seiner Stimme deutlich bewusster und schonender umgehen, um eine Überanstren-