

A. Wolowski¹, A. Proksch¹, H.J. Schneider¹, C. Runte¹

Der Umgang mit der „Schlimmen Diagnose“ in der zahnärztlichen Praxis

How to manage „severe diagnoses“ in dentistry



A. Wolowski

Einleitung: Tumore im Kiefer-Gesichtsbereich können trotz steigender Heilungschancen, bedingt durch den im Vorfeld nicht klar prognostizierbaren drohenden Verlust großer Teile des Gesichts, verheerende Folgen für die Betroffenen haben. Dieses macht den Umgang mit den Patienten außerordentlich schwierig. Da in vielen Ländern die zahnärztliche Ausbildung psychologische Lerninhalte nicht umfasst, wurde der Frage nachgegangen, ob Zahnärzte sich einer solchen Anforderung gewachsen fühlen.

Material und Methode: 4.735 Zahnärzten des Kammerbereichs Westfalen-Lippe wurde ein Fragebogen vorgelegt, welcher Fragen beinhaltet nach der Häufigkeit und Art der Erkrankung, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der Auseinandersetzung mit der „schlimmen Diagnose“ im Rahmen der Betreuung, zahnmedizinischen Behandlung und Nachsorge von Krebspatienten.

Ergebnisse: Die vorgelegte Studie zeigt, dass im Durchschnitt in jeder sechsten Praxis ein erkrankter Patient gesehen wurde. Von 778 erkrankten Patienten im Jahr 2003 wurden 448 in den niedergelassenen Praxen weiter betreut.

Schlussfolgerung: Insgesamt kann festgestellt werden, dass eher ein Bewusstsein der Zahnärzte für die zahnmedizinische Behandlungskompetenz besteht als für einen nachgewiesenen notwendigen psychosozialen Betreuungsbedarf. Nur 42 % der Kollegen der Primärversorgung fühlen sich kompetent, die Verdachtsdiagnose zu vermitteln. Die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen der hauszahnärztlichen Praxis und der Fachklinik ist insgesamt verbesserungsbedürftig.

(Dtsch Zahnärztl Z 2012, 67: 94–99)

Schlüsselwörter: Kiefer-Gesichtstumoren, Psychoonkologie

Introduction: Despite increasing healing possibilities due to tumours in the cranio-facial area, the uncertain predictability and impending loss or damage of parts of the face have devastating outcomes for the involved patients. The handling of such patients is exceptionally difficult. In many countries the dental education does not include psychological contents and for this reason the question was asked, whether dentists are able to cope with such demands.

Material and Method: 4.735 dentists from the Dental Medical association Westfalen-Lippe, Germany, were presented with a questionnaire. The questionnaire comprised the frequency and character of the illness, the interdisciplinary cooperation, plus the eventual conflicts with the „severe diagnoses“. Also questions were asked involving the supervision, the dental treatment and the aftercare from tumour patients.

Results: The study showed that one tumour patient in every sixth surgery was seen on average. In 2003 448 patients from altogether 778 patients were looked after in established surgeries.

Conclusion: Generally it can be ascertained that if anything the awareness for expert dental treatment exists rather than the proven necessity for psychosocial supervision. Only 42 % felt capable of mediating/reporting such a diagnosis. All in all the interdisciplinary communication and cooperation between the general dentists and the professional dental clinics are in need of improvement.

Keywords: cranio-facial tumours, psychooncology

¹ Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Westfälische Wilhelms Universität Münster

Peer-reviewed article: eingereicht: 09.08.2011, revidierte Fassung akzeptiert: 20.09.2011

DOI 10.3238/dzz.2012.0094-0099

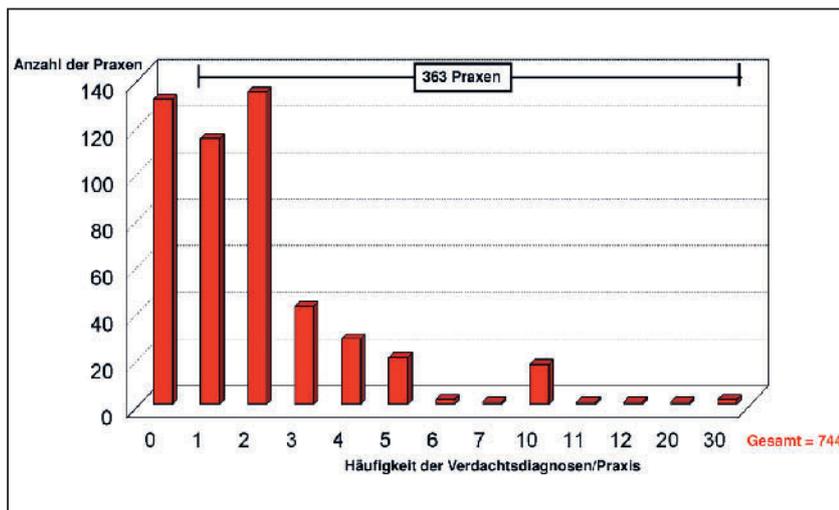


Abbildung 1 Häufigkeit des Verdachts auf Tumorerkrankung im Kammerbereich Westfalen-Lippe (2003); Befragte: 4.735, Rücklauf: 500.

Figure 1 Frequency of estimated tumour illnesses in the Dental Medical Association Westfalen-Lippe (2003); Questioned: 4.735, returned: 500. (Abb. 1–6: A. Wolowski)

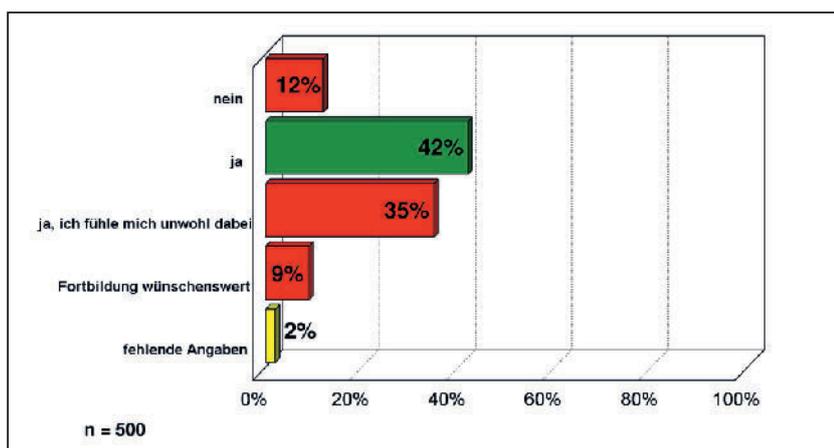


Abbildung 2 Verteilung der Antworten zu der Frage: Sehen Sie sich in der Lage, dem Patienten eine positive Tumordiagnose mitzuteilen?

Figure 2 Answer distribution to the question: Are you capable of mediating a tumour diagnosis to patients?

Einführung

Die Inzidenzzahlen von Krebserkrankungen in Deutschland und den westlichen Industrienationen sind während der letzten Jahre steigend. Medien schocken immer wieder mit Berichten über die sogenannte Schockdiagnose bei Prominenten. Neueste Hochrechnungen des Robert-Koch-Instituts belegen, dass seit der Jahrtausendwende pro Jahr etwa 2.800 Frauen und 7.600 Männer neu an bösartigen Tumoren in Mundhöhle und Rachen erkranken [23].

Das bedeutet, dass jährlich etwa 10.000-mal die (Verdachts-)Diagnose „Krebs“ durch einen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen oder Zahnarzt mitgeteilt werden muss. In solchen Gesprächen müssen Zahnärzte komplexe Informationen in einem emotional beanspruchenden Kontext vermitteln [4, 5, 22]. Dabei ist die Ungewissheit bis zur endgültigen Diagnose die schwierigste Phase [9, 16, 20, 25, 30]. Studien belegen sehr gut, dass Betroffene die vollständige Wahrheit bezüglich Diagnose, Therapie und Prognose vom Arzt wissen wollen [13, 19]. Die Therapieentscheidung wünschen die Patien-

ten im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung. Definitionsgemäß handelt es sich bei diesem Modell um einen Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter und aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf der Basis geteilter Information zu einer gemeinsamen verantworteten Übereinkunft zu gelangen [11]. Das bedeutet, dass die Informationen so verständlich vermittelt werden müssen, dass Betroffene sie in dieser Ausnahmesituation begreifen [12]. Suboptimale Kommunikation hat klinisch relevante Auswirkungen. Psychische Belastungen, Angst, Depressionen, jede Art körperlicher Beschwerden, Schmerzen und Nebenwirkungen der Tumorthherapie werden nicht in Erfahrung gebracht und bleiben allein aus diesem Grunde häufig unbehandelt. Mund- und Rachenkrebs ist mit 22 bis 57 % aufgrund von Funktionseinschränkungen vergleichsweise hoch assoziiert mit Depression [1, 2, 3, 18]. 59 % der Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren wünschen eine emotionale Unterstützung, obwohl die Nachfrage nach psychologischer Mitbetreuung eher niedriger ist als bei Patienten mit anderen Tumorlokalisationen [23]. Bei einem Viertel aller Krebspatienten tritt eine Angststörung unterschiedlicher Genese auf, was nur im Gespräch differenziert werden [26, 27, 29].

Man weiß heute, dass die Krankheitsbewältigung u. a. von der Art und Weise der Aufklärung abhängt. Nach Hammer et al. [9] ist die empathische Haltung des Arztes insbesondere während des initialen Aufklärungsgesprächs ein entscheidender Faktor. Eine in Kanada durchgeführte Untersuchung zeigte die positiven Effekte einer guten Kommunikation auf Krankheitsverlauf und Nebenwirkungen bei Brustkrebspatientinnen [10]. Im Umkehrschluss zeigte eine 2003 durchgeführte Münchener Studie, dass Brustkrebspatientinnen, die die Kommunikation als schlecht erlebten, eine signifikant schlechtere Lebensqualität aufwiesen [15]. In einer 2003 vorgelegten Studie bei Patienten mit einer Tumorerkrankung im Kiefer-, Gesichtsbereich konnte mehrere Monate postoperativ herausgestellt werden, dass die Hälfte der Befragten einer intensiven Betreuung bedurften, was im Vorfeld der Studie nicht bekannt war. Bei der Analyse, welche Rolle die Diagnoseeröffnung spielte, stellte sich heraus, dass vor allem Frauen betroffen waren, die die Diagnose „Krebs“ im Erstgespräch als Schock und

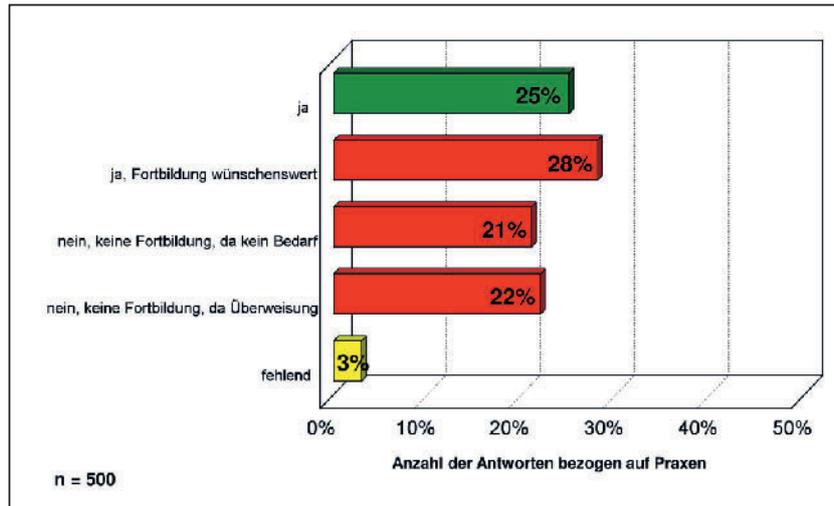


Abbildung 3 Verteilung der Antworten zu der Frage: Sehen Sie sich ausreichend informiert/geschult für die weitere Betreuung dieser Patientengruppe?

Figure 3 Answer distribution to the question: Do you see yourself sufficiently trained to look after such patients?

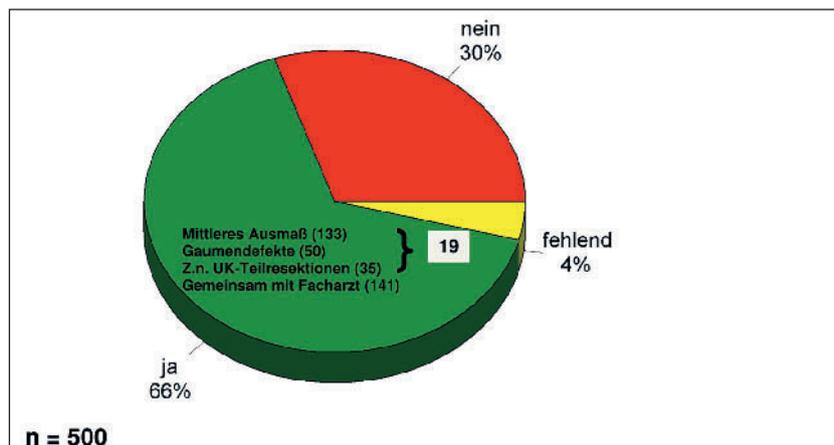


Abbildung 4 Verteilung der Antworten zu der Frage: Sehen Sie sich in der Lage, Kiefer-Gesichts-Versehrte prothetisch zu versorgen?

Figure 4 Answer distribution to the question: Are you capable of supplying patients with cranio-facial disfigurements with a prosthesis?

das aufklärende Gespräch als wenig verständnisvoll und unehrlich erlebten [21]. Dass der Faktor „Zeit“ gar nicht die entscheidende Rolle spielt, zeigt eine Studie von Fogarty [6]. Er konnte nachweisen, dass das Signal von Mitgefühl für die Dauer von 40 Sekunden während eines Aufklärungsgesprächs bei Brustkrebspatientinnen Angstzustände deutlich verringerte. Die Anforderung an die kommunikative Kompetenz im Umgang mit Krebspatienten ist somit hoch und wirkt sich, wie jüngere Studien zeigen, auch auf die Arbeitszufriedenheit und das psychische Wohlbefinden der Behandler aus [14, 17].

Vor dem Hintergrund des Stellenwertes des initialen Umgangs mit der Diagnose „Krebs“ und der Tatsache, dass der erste Verdacht vom Hauszahnarzt geäußert werden muss, ist es zunächst von Interesse zu erfahren, wie diesbezügliche Kompetenzen im Bereich der Primärversorgung von den Kollegen selbst eingeschätzt werden.

Methode

Hierzu wurden 2003 4.735 Zahnärzte des Kammerbereichs Westfalen-Lippe

angeschrieben mit der Bitte, einen Fragebogen zu beantworten, der Fragen nach „Häufigkeit“, „Art der interdisziplinären Zusammenarbeit“ sowie „Kompetenz im Rahmen der Betreuung von Krebspatienten“ beinhaltete. Exakt 500 Zahnärzte schickten den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück, was einer Rücklaufquote von 11 % entspricht. Um die zugesicherte Anonymität der Befragung sicher zu stellen, wurden keine Stammdaten der Praxen bzw. der Behandler erhoben. Die Umschläge mit den zugeschickten Fragebögen wurden direkt nach Eingang von einer nicht in die Studie involvierten Person geöffnet und vernichtet, damit durch den Poststempel keine Rückschlüsse möglich waren. Sämtliche Daten wurden in SPSS 18 eingegeben und deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

In 363 Zahnarztpraxen wurde ein- bis 30-mal die Verdachtsdiagnose den Patienten mitgeteilt. Geht man davon aus, dass sich bei diesen 744 Patienten der Verdacht bestätigte, worauf die Beantwortung der Fragen hindeutete, dann heißt das, bezogen auf Westfalen-Lippe, dass statistisch in jeder sechsten Praxis im Jahre 2003 ein neu erkrankter Patient gesehen wurde. Dieses entspräche, bezogen auf diesen Zeitraum, auch dem Bundesdurchschnitt bei etwa 60.000 Praxen und 10.000 Neuerkrankungen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Inzidenzen in Westfalen-Lippe und in der gesamten Bundesrepublik auch tatsächlich nicht voneinander unterscheiden. Da die genannten 363 Praxen 72,6 % der Rücklaufquote ausmachten, bedeutet das, dass der Fragebogen selektiv von jenen beantwortet wurde, die 2003 Tumorpatienten gesehen haben. 87 % dieser Kollegen gehen davon aus, dass die Patienten der Empfehlung, sich in einer Spezialklinik untersuchen zu lassen, Folge leisten. 7 % der Praxen, die auch nur einen Verdachtsfall in diesem Zeitraum hatten, beantworteten diese Frage mit nein (Abb. 1).

Kompetenz zur Diagnosevermittlung

42 % der Kollegen fühlen sich kompetent im Umgang mit der Diagnose

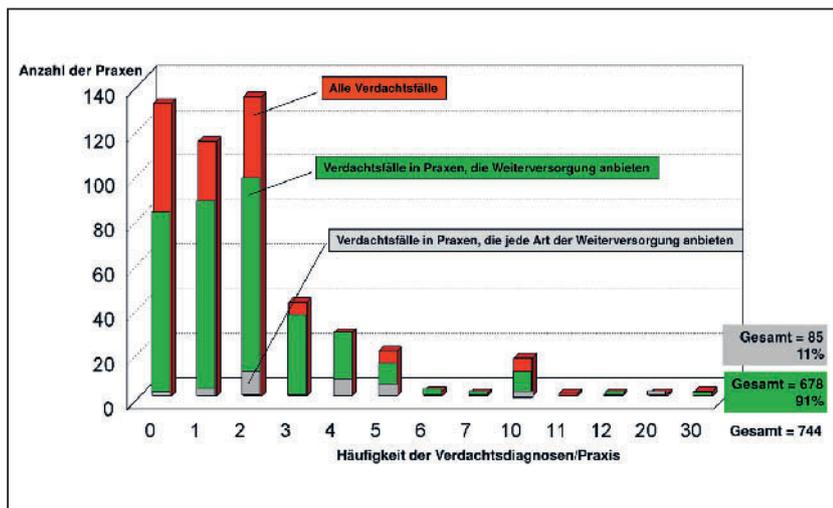


Abbildung 5 Verteilung der Praxen, die für Patienten mit Tumorerkrankungen einer Weiterversorgung anbieten.

Figure 5 Surgery distribution, for the tumour patients where after-care is offered.

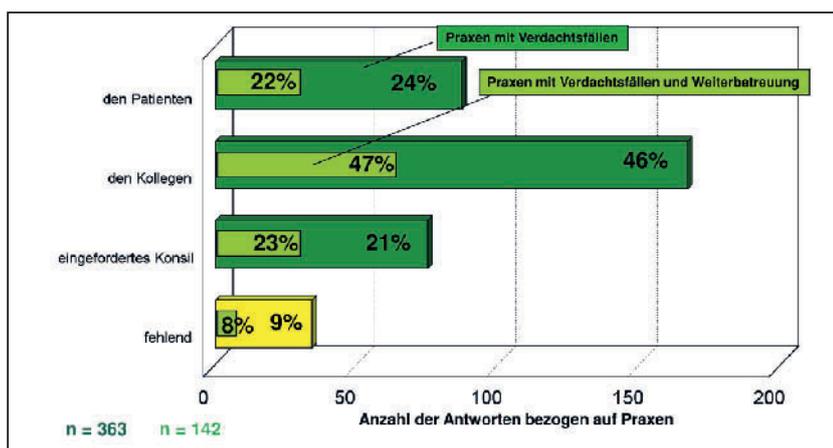


Abbildung 6 Verteilung der Antworten zu der Frage: Durch wen haben Sie die Diagnose bzw. Bestätigung des Verdachts erfahren?

Figure 6 Answer distribution to the question: From whom did you receive the diagnosis?

„Krebs“. Kompetent und dennoch unbehaglich bei der Diagnoseeröffnung fühlen sich 35 %. Ganz klar fehlende Kompetenzen bzw. Fortbildungsbedarf benannten 21 % der Kollegen (Abb. 2).

Bezogen auf die Betreuung der Patienten fühlen sich nur ein Viertel der Kollegen kompetent diese zu leisten. Die Frage nach der Art des Fortbildungsbedarfs wurde im Bereich der Früherkennung und Kiefer-Gesichtsprothetik gesehen. Insgesamt 10 Kollegen sahen einen Fortbildungsbedarf zu den Themen „Patientenführung, psychosomatisch/psychotherapeutische Aspekte im Rahmen onkologischer Erkrankungen,

Schulung hinsichtlich der Diagnosevermittlung und einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit“ (Abb. 3).

Fähigkeiten zur weiteren prothetischen Versorgung

330 Kollegen (66 %) sahen sich in der Lage Defekte zu versorgen. Davon fühlten sich 19 Kollegen kompetent, Defekte aller Art zu versorgen (Abb. 4).

Die 330 Kollegen hatten in ihrer Praxis 678 Verdachtsfälle, was einem Anteil von 91 %, bezogen auf die gesamten Krankheitsfälle, ausmacht. Da-

von entfielen 85 Fälle auf die 19 Kollegen, die die Versierungen aller Art versorgten (11 %) aller Verdachtsdiagnosen (Abb. 5).

Von Interesse war die Frage, auf welchem Wege die definitive Diagnose kommuniziert wurde, wobei hier nicht jeder Einzelfall abgefragt wurde, sondern der Regelfall, der bei Praxen, die mehrere Erkrankungsfälle in dem Zeitraum hatten, auftrat. Es stellte sich heraus, dass 46 % der befragten Praxen die Rückmeldung über den konsultierten Kollegen direkt und unaufgefordert bekamen. In 21 % der Fälle musste ein Informationsschreiben, teils mehrfach und nachdrücklich eingefordert werden. In 24 % der Fälle war es der Patient, der die Rückmeldung gab. 9 % der Antworten konnten nicht ausgewertet werden.

448 Patienten wurden nach Diagnosestellung von niedergelassenen Kollegen weiter betreut. Die interdisziplinäre kommunikative Basis für diese Weiterbetreuung ist gleich verteilt (Abb. 6).

Es stellt sich die Frage, wie realistisch die Zahl von 448 in den niedergelassenen Praxen weiter betreuten Patienten ist. Vergleicht man damit die Zahlen der spezialisierten prothetischen ambulanten Versorgung der ZMK Münster ab, dann sind die Angaben offensichtlich realistisch, da in dem Untersuchungszeitraum in Münster ca. 250 bis 350 neue Patienten aufgenommen wurden (Abb. 7).

Diskussion

Eine umfassende Therapie von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren außerhalb entsprechend ausgestatteter, multidisziplinärer Zentren ist heutzutage kaum mehr vorstellbar, zu viele Fachdisziplinen sind in die Therapie einbezogen. Ärzte aus Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Onkologie, Radioonkologie, Psychologie, Kiefer-Gesichtsprothetik und Phoniatrie können einen Patienten nur in enger Abstimmung als Team behandeln. Tatsächlich sind die Therapieergebnisse bei enger, multidisziplinärer Zusammenarbeit in einem Zentrum besser als außerhalb [7]. Eine routinierte Behandlung von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich ist aufgrund der statistisch gesehen relativ geringen Fallzahl in der allgmein Zahnärztlichen Praxis si-

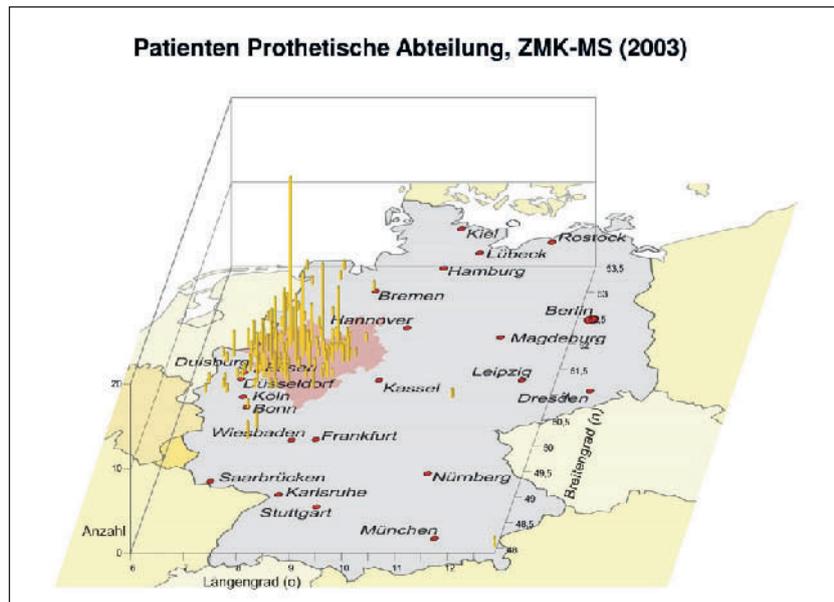


Abbildung 7 Geographische Zuordnung der Patienten, die 2003 in der Poliklinik für zahnmedizinische Prothetik und Biomaterialien versorgt wurden.

Figure 7 Patient geographical correlation from 2003 that were seen in the outpatient dental clinic for prosthodontics. (Abb. 7: C. Runte)

cher nur in Einzelfällen möglich. Dennoch spielt der Hauszahnarzt bei Früherkennung, Überweisung in ein Zentrum und psychosozialer Mitbetreuung sowie Prophylaxe und Nachsorge eine zentrale Rolle. Unsere Befragung zeigt, dass die Hälfte der Kollegen der Primärversorgung im Umgang mit der „schlimmen Diagnose“ unsicher ist. Einerseits schaffen klare Kriterien für eine frühzeitige Überweisung bei Tumorverdacht Sicherheit auf der Seite des Zahnarztes [8]. Andererseits wäre ein Fortbildungsangebot im Hinblick auf die Gesprächsführung bei Beratungsgesprächen für die große Zahl der hier unsicheren Zahnärzte wünschenswert.

Weiterhin lässt sich vermuten, dass in spezialisierten Versorgungszentren es an der notwendigen Professionalität in der Kommunikation mit externen Behandlern mangelt, worauf der Umgang mit Berichten an die Hauszahnärzte hindeutet. Die Gründe hierfür sind jedem bekannt. Sie ändern aber nichts an der Tatsache, dass eine Teamabstimmung

dem Patienten Sicherheit und Vertrauen bietet und damit die Compliance verbessert. Dazu gehört in besonderem Maße der Hauszahnarzt, bei dem sich Patienten und Angehörige in vertrauter Umgebung informieren können. Rückmeldungen aus den behandelnden Zentren an die einweisenden Zahnärzte werden ausdrücklich gewünscht und verbessern nach deren Einschätzung die Betreuung [28]. Wo die persönliche Zuwendung im ärztlichen Gespräch fehlt, darf es nicht wundern, wenn Patienten und Angehörige für scheinbar verständnisvolle, mitfühlende „Therapeuten“ sanfter, alternativer „Heilmethoden“ empfänglich werden, selbst wenn diese Methoden irrational und nachweislich über den Placebo-Effekt hinaus wirkungslos sind. Hauszahnärzte haben in der psychosozialen Betreuung des Patienten erhebliche Vorteile gegenüber den Klinikärzten, da sie mit dessen Umfeld vertraut sind und soziale Ressourcen und Nöte kennen. Sie sind deshalb im Sinne der in den letzten Jahren sich

durchsetzenden patientenzentrierten Kommunikation eine wertvolle Stütze, insbesondere wenn Entscheidungsprozesse durchlaufen werden müssen. Diese Aufgabe kann aber selbstverständlich nur erfüllt werden, wenn die Hauszahnärzte möglichst schon vor dem Beginn einer invasiven Therapie umfassend über den Fall informiert sind.

Fazit

Offensichtlich besteht hinsichtlich des dringend notwendigen Betreuungsbedarfs von Patienten, die an Krebs im Kiefer-Gesichtsbereich erkrankt sind, bisher kein Bewusstsein. Das hat zur Folge, dass einerseits erst gar nicht unter diesem Aspekt gescreent wird, andererseits Fortbildungsbedarf in diese Richtung nicht abgefragt wird. Der Bedarf wird in der Regel im rein somatischen bzw. prothetischen Bereich gesehen.

Schulungen auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Versorgung, wie auch der kommunikativen Ebene, aber auch die Erarbeitung von im Netz verfügbarem Informationsmaterial für Patienten kann alle Beteiligten in hohem Maße entlasten. Die zu erwartenden Folgen sind dann eine kürzere Behandlungsdauer, höhere Lebensqualität auf Seiten des Patienten, Entlastung für Angehörige und Ärzte sowie eine höhere Zufriedenheit auf Seiten des betreuenden Teams. D77

Interessenkonflikte: Die Autorin/der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Anne Wolowski
Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und
Werkstoffkunde
Westfälische Wilhelms Universität Münster
ZMK-Klinik
Waldeyer-Str. 30
48149 Münster
E-Mail: wolowski@uni-muenster.de

Literatur

1. Breitbart W: Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 3, 45–60 (1995)
2. Chan JYK, Lua LL, Starmer HH, Sun DQ, Rosenblatt ES, Gourin CG: The relationship between depressive symptoms and initial quality of life and function in head and neck cancer. *Laryngoscope* 121, 1212–1218 (2011)
3. Chochinov HM: Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2, 499–505 (2001)
4. Faller H: Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Reihe Psychosoziale Medizin. Brähler E, Fikentscher E, Straus B. (Hrsg): Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998
5. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R: Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 359, 650–656 (2002)
6. Fogarty L, Curbow B, Wingard J, McDonnell K, Somerfield MR: Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol* 17, 371–379 (1999)
7. Friedland PL, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M: Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *Br J Cancer* 104, 1246–1248 (2011)
8. Genden EM et al.: Referral guidelines for suspected cancer of the head and neck. *Auris Nasus Larynx* 33, 1–5 (2006)
9. Hammer C, Schubert V: Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung. Verlag RS Schulz, Starnberg 1993
10. Harris SR, Templeton E: Who's listening? Experiences of women with breast cancer in communicating with physicians. *Breast J* 7, 444–449 (2001)
11. Härter M: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Z Ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes* 98, 89–92 (2004)
12. Husebo S, Klaschik E: Palliativmedizin, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York 2006
13. Husebo S: Communication, autonomy, and hope. How can we treat seriously ill patients with respect? *Ann NY Acad Sci* 809, 440–459 (1997)
14. Keller M, Kappauf H: In die Wiege gelegt? Kommunikationskompetenz von Ärzten. *Forum DKG* 05/02, 23–26 (2002)
15. Kerr J, Engel J, Schlesinger-Raab A et al: Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Ann Oncol* 14, 423–427 (2003)
16. Leventhal H: The consequences of depersonalization during illness and treatment. In: Howard J, Strauss A (Hrsg): *Humanizing health care*. Wiley, New York 1975
17. Maguire P, Pitceathly C: Key communication skills and how to acquire them. *Br Med J* 325, 697–700 (2002)
18. Massie MJ: Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 32, 57–71 (2004)
19. Meredith C et al: Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 313, 724–726 (1996)
20. Molleman E, Pruyn J, van Knippenberg A: Social comparison processes among cancer patients. *Br J Social Psychol* 25, 1–13 (1986)
21. Proksch A, Schneider J, Wolowski A: Die Verarbeitung der „schlimmen Diagnose“ aus Sicht der Betroffenen. Posterpräsentation 53. Jahrestagung der DGZPW. Kiel, 2004
22. Ramirez A et al: Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 71, 1263–1269 (1995)
23. Robert Koch-Institut: Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends, 7. Aufl. Robert Koch-Institut, Berlin <http://www.rki.de/krebs>, 2010
24. Singer S et al.: Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. *Head Neck* [Epub ahead of print] 2011
25. Spencer SM, Carver CS, Price AA: Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC (ed) *Psycho-oncology*. Oxford University Press, New York Oxford 1998, 211–222
26. Stark DP, House A: Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer* 83, 1261–1267 (2000)
27. Stark DP et al.: Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, as sociations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 20, 3137–3148 (2002)
28. van den Brink JL, Moorman PW, de Boer MF, Kerrebijn JD: An extra letter, care gets better? Informing general practitioners about planned surgery for head and neck cancer. *J Otolaryngol* 33, 377–381 (2004)
29. van't Spijker A, Trijsburg RW, Duiven voor den HJ: Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 59, 280–293 (1997)
30. Verres R: Wechselwirkungen zwischen Angst, dem Verlauf und der Verarbeitung von Krebserkrankungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio 1986, 57–64