

# BEFRAGUNG VON ZAHNÄRZTINNEN UND ZAHNÄRZTEN

## PRAKTIKEN UND MEINUNGEN IM HINBLICK AUF

### MUNDKREBS\*

*Ihre Antworten sind wichtig!*

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen äußerst wichtigen Fragebogen auszufüllen und an uns zurück zu senden.

**Lesen Sie bitte jede Frage sorgfältig und beantworten Sie sie so genau wie möglich.**

\*Der im Fragebogen verwendete Begriff "Mundkrebs" steht für "Krebserkrankungen der Mundhöhle und der äußeren Lippe".

### Informationen zum Projekt

Sie als ZahnärztInnen und MKG-ChirurgInnen sind die Berufsgruppen, die im Rahmen Ihrer Tätigkeit häufig als erste mit Tumoren im Kopf-Hals-Bereich konfrontiert werden. Während die Bevölkerung gegenüber Veränderungen der äußeren Haut (z.B. durch Melanome) sensibilisiert ist, werden Veränderungen der oralen Schleimhäute oft wenig beachtet. Dadurch suchen viele Patienten leider erst im fortgeschrittenen Stadium dieser Erkrankung einen Arzt/Zahnarzt zur Diagnostik auf. Der Therapiebeginn wird häufig verzögert, mit den damit verbundenen negativen Auswirkungen auf Invasivität der Therapie, Funktionseinschränkung und Prognose. Um bei der Bevölkerung die Sensibilität, Eigenverantwortung und Eigeninitiative gegenüber dieser Erkrankung zu verbessern, wollen wir ein Präventionsprogramm im Sinne einer Aufklärungskampagne in Schleswig-Holstein durchführen. ***Dabei ist uns wichtig, dass Sie als beteiligte Berufsgruppen von Beginn an in diese Studie integriert sind.***

Sollten Sie Fragen zu der Studie haben, steht Ihnen als Mitglied der Projektgruppe Dr. Katrin Hertrampf unter der Telefonnummer 0431/597-2823 oder Email: [hertrampf@mkg.uni-kiel.de](mailto:hertrampf@mkg.uni-kiel.de) gerne zur Verfügung. Ausführliche Informationen zu diesem Projekt finden Sie unter [www.uni-kiel.de/mkg/forschung](http://www.uni-kiel.de/mkg/forschung).

N.B. Obgleich der Fragebogen sich auf beide Geschlechter bezieht, wird der Lesbarkeit halber nur die männliche Form verwendet.

## Zahnärztliche Praxis

A. Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt Ihr PRIMÄRES Arbeitsumfeld am besten?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)

1.  Einzelpraxis
2.  Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft  
(zwei oder mehrere Inhaber)
3.  Angestellte/r (Gehalt, Grundgehalt und  
prozentuale/ anteilmäßige Umsatzbeteiligung)
4.  Praxisvertretung
5.  Ich bin nicht mehr als Zahnarzt tätig.
6.  Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_

B. Wie viele Patienten sehen Sie in etwa pro Woche?

Anzahl der Patienten/Woche \_\_\_\_\_

C. Bitte **schätzen** Sie **möglichst genau** den prozentualen Anteil der Versicherungsart Ihrer **erwachsenen** Patienten (18 Jahre und älter).

\_\_\_\_\_ % der Patienten mit gesetzlicher Versicherung  
(ohne Bereitschaft zur Zuzahlung)

\_\_\_\_\_ % der Patienten mit gesetzlicher Versicherung  
(mit Bereitschaft zur Zuzahlung oder privater  
Zusatzversicherung)

\_\_\_\_\_ % Patienten mit Privatversicherung bzw.  
Beihilfeberechtigung

D. Bitte **schätzen** Sie **möglichst genau** den prozentualen Anteil Ihrer Patienten in jeder der folgenden Altersgruppen.

<u>Altersgruppe</u>	<u>% der Patienten</u>
18 - 39 Jahre	_____
40 - 64 Jahre	_____
65 Jahre oder älter	_____

E. Bitte **schätzen** Sie **möglichst genau** den prozentualen Anteil Ihrer Patienten in jeder Altersgruppe, die Sie beim **ERSTEN** (Notfall- oder geplanten) Termin und bei **RECALL**-Terminen auf Mundkrebs untersuchen. Falls Sie keine Mundkrebsuntersuchungen durchführen, schreiben Sie bitte „0“.

<u>Alter</u>	<u>Erster Termin</u>	<u>Recall-Termin</u>
18 - 39 Jahre	_____ %	_____ %
40 und älter	_____ %	_____ %

F. Falls Sie Untersuchungen in Bezug auf Mundkrebs nicht bei Patienten aller Altersgruppen vornehmen, was ist **der wichtigste** Grund hierfür? (KREUZEN SIE NUR EINE **OPTION PRO ALTERSGRUPPE** AN)

	Alter	
	18-39 Jahre	40+ Jahre
1. Keine Rückerstattung durch Dritte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nicht nötig/nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Keine ausreichende Forschungs- grundlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dauert zu lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nicht ausreichend in der Untersuchungstechnik geschult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nicht kosteneffektiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Patienten sind nicht gewillt, für die Untersuchung zu bezahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sonstiges (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Bitte **schätzen** Sie **möglichst genau** den prozentualen Anteil Ihrer zahnlosen Patienten, die Sie auf Mundkrebs untersuchen. Falls Sie Ihre zahnlosen Patienten nicht auf Mundkrebs untersuchen, schreiben Sie bitte "0".

\_\_\_\_\_ % zahnloser Patienten

H. Bitte **schätzen** Sie **möglichst genau** den prozentualen Anteil Ihrer erwachsenen Patienten (18 Jahre und älter), bei denen Sie routinemäßig die Lymphknoten im Halsbereich palpieren. Falls Sie dies bei keinem tun, schreiben Sie bitte "0".

\_\_\_\_\_ % der erwachsenen Patienten

I. Bei wie vielen Patienten haben Sie im Laufe der vergangenen 12 Monate aufgrund verdächtiger oraler Läsionen eine Biopsie durchgeführt?

\_\_\_\_\_ Anzahl der Patienten, falls bei  
keinem, schreiben Sie bitte "0".

J. Wie viele Patienten haben Sie im Verlauf der letzten 12 Monate zur Biopsie/Diagnose einer verdächtigen oralen Läsion überwiesen?

\_\_\_\_\_ Anzahl der Patienten, falls keinen,  
schreiben Sie bitte "0".

## Anzeichen, Symptome und Risikofaktoren

- K. Mit Ausnahme der Lippen, welche der folgenden Bereiche sind die zwei häufigsten, an denen Mundkrebs auftritt?  
(ZWEI OPTIONEN ANKREUZEN)
1.  Weicher Gaumen  
(Gaumensegel/Gaumenzäpfchen)
  2.  Zunge
  3.  Gingiva
  4.  Bukkale Mukosa
  5.  Mundboden
  6.  Weiß nicht
- L. Die häufigste Form von Mundkrebs ist:  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Lymphom
  2.  Plattenepithelkarzinom
  3.  Basalzellkarzinom
  4.  Adenokarzinom
  5.  Kaposi-Sarkom
  6.  Weiß nicht
- M. WELCHER der folgenden Faktoren wird am **WENIGSTEN** mit Mundkrebs in Zusammenhang gebracht?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Zunehmendes Alter
  2.  Familiäre Häufung
  3.  Humanes Papillomavirus (HPV)
  4.  Alkoholkonsum
  5.  Tabakgenuss
  6.  Weiß nicht
- N. Das von Patienten mit Mundkrebs im **FRÜHSTADIUM** am häufigsten genannte Symptom ist:  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Schmerz
  2.  Ulzeration
  3.  Schwellung
  4.  Keins, Patient ist asymptomatisch
  5.  Weiß nicht
- O. Die Mehrheit der Mundkrebsfälle wird bei folgender Personengruppe diagnostiziert:  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Jünger als 18 Jahre
  2.  18 - 39 Jahre
  3.  40 - 59 Jahre
  4.  60 Jahre oder älter
  5.  Weiß nicht
- P. Ein Lymphknoten, der aufgrund einer Mundkrebserkrankung mit Metastasen befallen ist, ist **beim Palpieren** typischerweise:  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Hart, schmerzhaft, beweglich
  2.  Hart, schmerzlos, beweglich oder unbeweglich
  3.  Weich, schmerzhaft, beweglich
  4.  Weich, schmerzlos, unbeweglich oder beweglich
  5.  Weiß nicht
- Q. In welchem Bereich der Zunge ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Krebserkrankung entwickelt, am größten?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Gesamte Zunge
  2.  Dorsale Oberfläche
  3.  seitlicher Zungenrand
  4.  vorderer Zungenrand
  5.  Zungengrund
  6.  In keinem der genannten Bereiche
  7.  Weiß nicht
- R. In welchem Stadium werden Mundkrebsläsionen am häufigsten diagnostiziert?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Vorstadium
  2.  Im Frühstadium
  3.  Im fortgeschrittenen Stadium
  4.  Weiß nicht

- S. Krebserkrankungen der Lippen:  
(NUR **EINE** OPTION ANKREUZEN)
1.  Hängen mit der Sonnenexposition zusammen
  2.  Nehmen jedes Jahr zu
  3.  Haben eine schlechtere Prognose als die meisten anderen Mundkrebsarten
  4.  Betreffen die Oberlippe häufiger als die Unterlippe
  5.  Wurden nicht in Zusammenhang mit irgendeiner Form von Tabakgenuss gebracht
  6.  Weiß nicht
- T. Mundkrebsläsionen im Frühstadium zeigen sich **für gewöhnlich** als  
(NUR **EINE** OPTION ANKREUZEN)
1.  kleiner, schmerzloser, roter Bereich
  2.  kleiner, schmerzhafter, roter Bereich
  3.  kleiner, schmerzhafter, weißer Bereich
  4.  kleiner, blutender Bereich
  5.  Weiß nicht

- U. Bei der Untersuchung der Zunge auf eine Krebserkrankung sollte der behandelnde Zahnarzt/MKG-Chirurg:  
(NUR **EINE** OPTION ANKREUZEN)
1.  den Patienten dazu auffordern, die Zunge zur Untersuchung soweit wie möglich herauszustrecken
  2.  den hinteren Zungenrücken mit einem Zungenspatel oder einem Spiegel untersuchen
  3.  die Zunge des Patienten herausziehen und sie auf beiden Seiten untersuchen
  4.  die Unterseite der Zunge untersuchen, indem er den Patienten dazu auffordert, die Zunge anzuheben
  5.  alles oben Genannte durchführen
  6.  Weiß nicht
- V. Welche **ZWEI** der folgenden Läsionen werden am häufigsten mit Mundkrebs in Verbindung gebracht?  
(ORDNEN SIE NACH WICHTIGKEIT)
1. Leukoplakie
  2. Erythroplakie
  3. Pemphigus vulgaris
  4. Lingua geographica
  5. Prothesenstomatitis
  6. Weiß nicht

Erster	_____
Zweiter	_____
↑	
Nummer einfügen	

## Anamnese

- W. Welche der folgenden Punkte erfassen Sie bei der Anamnese? (**EINE ANTWORT PRO ZEILE ANKREUZEN**)
- |  | (1)<br><u>Ja</u>         | (2)<br><u>Nein</u>       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Alkoholgenuss des Patienten in der Vergangenheit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gegenwärtiger Alkoholgenuss des Patienten.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Art und Menge des konsumierten Alkohols .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tabakgenuss des Patienten in der Vergangenheit.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gegenwärtiger Tabakgenuss des Patienten .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Art und Menge des konsumierten Tabaks .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Krebsvorgeschichte des Patienten                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Krebsvorgeschichte in der Familie                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- X. Welche der folgenden Faktoren setzen den Einzelnen einem hohen Risiko aus, an Mundkrebs zu erkranken? (**EINE ANTWORT PRO ZEILE ANKREUZEN**)
- |  | (1)<br><u>Ja</u>         | (2)<br><u>Nein</u>       | (3)<br><u>Weiß nicht</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Höheres Alter.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkoholgenuss .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabakgenuss.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krebsvorgeschichte in der Familie          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geringer Verzehr von Obst und Gemüse ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frühere Mundkrebsläsionen.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlechtsitzende Prothesen .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangelhafte Mundhygiene .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzehr scharf gewürzter Speisen.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Humanes Papillomavirus .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heiße Getränke und Speisen .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adipositas .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Meinungen

Y. Geben Sie bitte an, inwieweit Sie den einzelnen der folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen:  
(KREISEN SIE **EINE ANTWORT PRO ZEILE** EIN)

		Starke Zustimmung	Zustimmung	Ablehnung	Starke Ablehnung	Weiß nicht
1.	Mein Wissen bezüglich Mundkrebs ist auf dem aktuellen Stand .....	SZ	Z	A	SA	WN
2.	Mundkrebsuntersuchungen für Erwachsene ab 40 Jahren sollten jährlich durchgeführt werden. ....	SZ	Z	A	SA	WN
3.	Mundkrebsuntersuchungen für Erwachsene zwischen 18-39 Jahren sollten jährlich durchgeführt werden. ....	SZ	Z	A	SA	WN
4.	Ich habe keine Probleme damit, Patienten mit verdächtigen oralen Läsionen an Fachärzte zu überweisen. ....	SZ	Z	A	SA	WN
5.	Die Untersuchungen auf Mundkrebs können nach 3 negativen Befunden eingestellt werden. ....	SZ	Z	A	SA	WN
6.	Meine Patienten sind ausreichend über Risikofaktoren in Bezug auf Mundkrebs informiert. ....	SZ	Z	A	SA	WN
7.	Meine Patienten sind ausreichend über Anzeichen und Symptome von Mundkrebs informiert. ....	SZ	Z	A	SA	WN
8.	Mundkrebsuntersuchungen sollten gesondert erstattungsfähig sein. ....	SZ	Z	A	SA	WN
9.	Ich habe keine Probleme damit, Lymphknoten im Halsbereich von Patienten zu palpieren. ....	SZ	Z	A	SA	WN
10.	Der Genuss rauchlosen Tabaks (z.B. Kautabak etc.) setzt die betreffende Person einem größeren Risiko aus an Mundkrebs zu erkranken, als Personen, die Zigaretten rauchen. ....	SZ	Z	A	SA	WN
11.	Zahnärzte sind für die Durchführung von Mundkrebsuntersuchungen qualifiziert. ....	SZ	Z	A	SA	WN
12.	Dentalhygieniker sind für die Durchführung von Mundkrebsuntersuchungen qualifiziert. ....	SZ	Z	A	SA	WN
13.	Ärzte sind für die Durchführung von Mundkrebsuntersuchungen qualifiziert. ....	SZ	Z	A	SA	WN
14.	Früherkennung verbessert die 5-Jahres-Überlebensrate bei Mundkrebs. ....	SZ	Z	A	SA	WN
15.	Mit rauchlosem Tabak (z.B. Kautabak etc.) zusammenhängende Läsionen bilden sich im Allgemeinen zurück, wenn dessen Genuss eingestellt wird. ....	SZ	Z	A	SA	WN

Z. Geben Sie bitte an, inwieweit Sie persönlich jeder der folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen:  
(KREISEN SIE **EINE ANTWORT PRO ZEILE** EIN)

		Starke Zustimmung	Zustimmung	Ablehnung	Starke Ablehnung	Weiß nicht
1.	Ich bin ausreichend geschult, um Aufklärungsarbeit zur Tabakentwöhnung durchzuführen. ....	SZ	Z	A	SA	WN
2.	Ich bin ausreichend geschult, um Aufklärungsarbeit zur Alkoholentwöhnung durchzuführen. ....	SZ	Z	A	SA	WN
3.	Zahnärzte sollten geschult werden, um Aufklärungsarbeit zur Tabakentwöhnung durchführen zu können. ....	SZ	Z	A	SA	WN
4.	Zahnärzte sollten geschult werden, um Aufklärungsarbeit zur Alkoholentwöhnung durchführen zu können. ....	SZ	Z	A	SA	WN
5.	Ich bin ausreichend geschult, um Patienten auf Mundkrebs untersuchen zu können. ....	SZ	Z	A	SA	WN
6.	Die meisten Zahnärzte sind ausreichend geschult, um Mundkrebsuntersuchungen durchführen zu können. ....	SZ	Z	A	SA	WN
7.	Die meisten Dentalhygieniker sind ausreichend geschult, um Mundkrebsuntersuchungen durchführen zu können. ....	SZ	Z	A	SA	WN
8.	Die meisten Ärzte sind ausreichend geschult, um Mundkrebsuntersuchungen durchführen zu können. ....	SZ	Z	A	SA	WN
9.	Ich bin ausreichend geschult, um Lymphknoten im Halsbereich eines Patienten palpieren zu können. ....	SZ	Z	A	SA	WN

## Zahnärztliche Ausbildung

- AA. Sind Sie der Ansicht, dass Mundkrebsuntersuchungen während Ihrer zahnärztlichen Ausbildung ein ähnlicher Stellenwert beigemessen wurde wie anderen Verfahren (z.B. in Bezug auf Anrechenbarkeit für Scheine)?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Ja
  2.  Nein
  3.  Bin mir nicht sicher/Kann mich nicht erinnern

- BB. Wie würden Sie Ihr Grundstudium im Hinblick auf Mundkrebsuntersuchungen bewerten?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)

1.  Sehr gut
2.  Gut
3.  Mangelhaft
4.  Sehr mangelhaft
5.  Bin mir nicht sicher

## Weiterführende zahnärztliche Ausbildung

- CC. Wann haben Sie zum letzten Mal an einer Fortbildung zum Thema Mundkrebs teilgenommen?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Innerhalb des vergangenen Jahres
  2.  Im Laufe der vergangenen 2-5 Jahre
  3.  Vor über 5 Jahren
  4.  Noch nie
  5.  Das liegt noch vor mir. Ich habe meine zahnärztliche Ausbildung erst im letzten Jahr abgeschlossen.
  6.  Weiß nicht

- DD. Hätten Sie Interesse daran, in Zukunft an Fortbildungen zum Thema Mundkrebs teilzunehmen?  
(NUR EINE OPTION ANKREUZEN)
1.  Ja
  2.  Bin mir nicht sicher/Bin unentschlossen
  3.  Nein [WEITER MIT FRAGE FF]

- EE. Welche Schulungsformen liegen Ihnen am meisten? (Ordnen Sie ZWEI Formen nach deren Wichtigkeit – Fügen Sie die Nummer unter NACH WICHTIGKEIT ORDNNEN ein.)

### SCHULUNGSFORMEN

1. Handouts/Lehrhefte mit Selbsttest
2. Zeitschriften zur Weiterbildung
3. Audiovisuelle Präsentationen oder Videos
4. Liveübertragungen per Satellit in medizinische Zentren oder Aufzeichnungen zum späteren Ansehen
5. Vorlesungen
6. Klinische Demonstrationen
7. Lerngruppen / Studienzirkel
8. Computergestützte Lernprogramme, z. B. CD-ROM oder internetbasiert
9. Konferenztelefonat mit Spezialisten auf dem Gebiet
10. Sonstiges (bitte angeben) \_\_\_\_\_

### NACH WICHTIGKEIT ORDNNEN

Erste	_____
Zweite	_____
	↑
	Nummer einfügen

## Behördliche Anforderungen

- FF. Sind Sie durch Verordnungen oder Richtlinien dazu verpflichtet, alle Mundkrebsdiagnosen bei einer Behörde oder Organisation Ihres Bundeslandes oder/und des Bundes zu melden?
1.  Ja
  2.  Nein
  3.  Weiß nicht

Falls Sie die Frage mit ja beantwortet haben, nennen Sie bitte den Namen der Behörde / Organisation, bei der Sie Fälle von Mundkrebs melden würden:

\_\_\_\_\_.

## Persönliche Daten

JJ. Ihr Alter: (**EINE** OPTION ANKREUZEN)

1.  20 - 29
2.  30 - 39
3.  40 - 49
4.  50 - 59
5.  60 - 69
6.  70 Jahre und älter

KK. Geschlecht:

1.  männlich
2.  weiblich

LL. Jahr Ihres zahnmedizinischen Staatsexamens:

\_\_\_\_\_

Bitte vermerken Sie alle zertifizierten  
(Facharzt-)Spezialisierungen.

\_\_\_\_\_

MM. Sind Sie gegenwärtig Mitglied in einer der folgenden Fachgesellschaften? (**ALLE** ANKREUZEN, **DENEN SIE ANGEHÖREN**).

1.  DGZMK
2.  DGI
3.  DGZI
4.  DGP
5.  DGZPW
6.  DGMKG
7.  Zahnärztliche Vereinigung in ihrem Bundesland/Region  
Welche? \_\_\_\_\_
8.  Sonstige \_\_\_\_\_

Wie lange haben Sie in etwa zum Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt?

\_\_\_\_\_ Minuten

\*\*\*\*\*

**Vielen Dank**, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.

Wir wissen Ihre Kooperation und Unterstützung bei diesem Projekt zu schätzen!

Gibt es noch etwas, das Sie uns bezüglich Ihrer Praxiserfahrung mit Mundkrebs oder im Zusammenhang mit dieser Befragung mitteilen möchten?

Bitte notieren Sie Ihre Anmerkungen auf der Rückseite.

Der Original-Fragebogen wurde durch ein Team von Dentalwissenschaftlern am National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA entwickelt und vom Mapi Research Institut, Lyon, Frankreich in die deutsche Sprache übersetzt und validiert.