

Anhang zu:

**Erweiterung der
Erfassung vertiefter
Verkehrsunfalldaten
um psychologische
und medizinische
Langzeitfolgen**

von

Michael Jänsch
Stefanie Sperlich
Elvira Unruh
Heiko Johannsen

Verkehrsunfallforschung der
Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

**Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen**

Mensch und Sicherheit Heft M 340

bast

Anhang

Anhang A: Anschreiben Fragebogen T1

Anhang B: Fragebogen T1

Anhang C: Anschreiben Fragebogen T2

Anhang D: Fragebogen T2

Anhang E: Anschreiben Fragebogen T3-T8

Anhang F: Fragebogen T3-T8

Anhang G: Hinweise zur Analyse der Ergebnisse von Erhebungsinstrumenten.

Anhang H: Datenbankschemavorschlag T0/T1

Anhang I: Datenbankschemavorschlag T2

Anhang J: Datenbankschemavorschlag T3-T8

Anhang A: Anschreiben Fragebogen T1

Sehr «Anrede» «Name»,

der o.a. Verkehrsunfall, an dem Sie beteiligt waren, wurde durch ein Forscherteam der «Organisation» dokumentiert. Durch eine detaillierte Dokumentation von Verletzungen, Beschädigungen und anderen Spuren sollen Möglichkeiten geschaffen werden, Maßnahmen zur Vermeidung von Unfällen und Minderung der Verletzungsfolgen zu erarbeiten.

In diesem Schreiben finden Sie einen weiteren Fragebogen über Ihre aktuelle Situation und Ihre Gesundheit vor dem Verkehrsunfall. Wir versuchen mit diesen Fragen herauszufinden, welche Bedürfnisse Menschen mit einer Unfallerfahrung haben, um beispielsweise zukünftig frühzeitige Therapieangebote machen zu können.

Wir bitten Sie, uns bei dieser Grundlagenforschung behilflich zu sein und den beiliegenden Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden. Werfen Sie den Brief einfach ohne Briefmarke in den Briefkasten ein. Selbstverständlich ist die Beantwortung unserer Fragen freiwillig.

Wir versichern, diese Informationen nicht an Polizei, Versicherung oder Dritte weiterzugeben und sie ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken zu nutzen. Die Bestimmungen des Datenschutzes sowie der ärztlichen Schweigepflicht werden eingehalten (siehe nähere Angaben auf der Rückseite). Die personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Fallbearbeitung (ca. 2 Jahre nach Unfall) aus unserer Datenbank komplett gelöscht. Im Rahmen der Fallbearbeitung würden wir Sie gerne nach ca. 9 Monaten zu eventuellen Spätfolgen des Unfalls befragen.

Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO). Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung oder zweckbestimmte Ergänzung verlangen (Art. 16 DS-GVO). Sie haben das Recht, die Löschung ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind (Art. 17 DS-GVO). Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten, was bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken (Art. 18 DS-GVO). Sie haben ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) und ein allgemeines Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO). Diese Rechte bestehen, bis die Daten nach Beendigung der Fallbearbeitung (nach ca. 2 Jahren) vollständig anonymisiert sind. Die erhobenen Daten werden auf dem «Angaben der Organisation» gemäß datenschutzrechtlicher Vorschriften, insbesondere der DSGVO, gespeichert und verarbeitet.

Datenverantwortlicher: «Angaben der Organisation»

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an den Datenschutzbeauftragten der « Organisation» zu wenden:

Datenschutzbeauftragter der «Angaben der Organisation»

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die «Organisation» zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz «Angaben der Organisation»

Die erhobenen Daten werden im Rahmen des GIDAS-Projekts (German In-Depth Accident Study) verwendet. Im Rahmen des GIDAS-Projekts werden nur anonymisierte Daten (ohne identifizierbare Merkmale) nach den Vorgaben des Datenschutzes übertragen. Nähere Informationen zum GIDAS-Projekt sind verfügbar unter www.gidas.org. Des Weiteren können Ihre Daten in weiteren Kooperationsprojekten in anonymisierter Form verwendet werden.

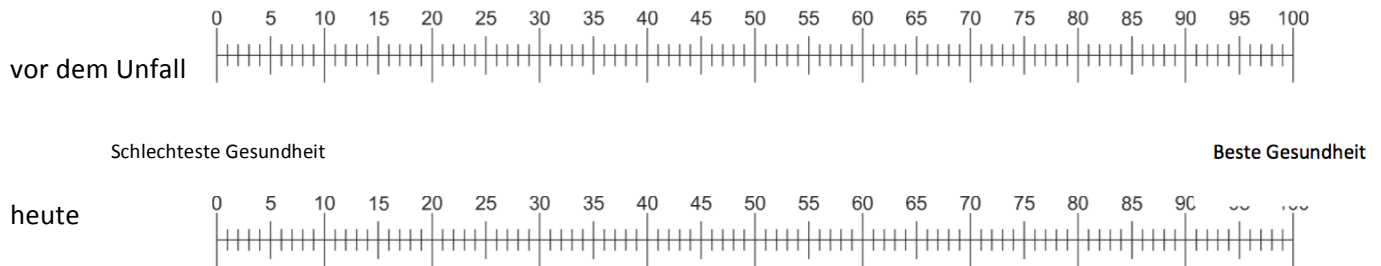
Anhang B: Fragebogen T1

Fragebogen zur persönlichen Situation vor dem Unfall und heute

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Skalen von 0 bis 100 an, wie Sie Ihre Gesundheit in den Wochen vor dem Unfall und heute beurteilen.

0 bedeutet: schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können und **100**: beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand vor dem Unfall und heute beschreiben? (Quelle EQ-5D VAS)



2. Und wie sah es in den letzten Wochen vor dem Unfall und heute bezüglich folgender Aspekte aus? (Quelle EQ-5D)

2.1 MOBILITÄT: Ich hatte/habe beim Gehen ...

	keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	schwere Probleme	Ich war/bin nicht in der Lage zu gehen
vor dem Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen, dabei hatte/habe ich ...

	keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	große Probleme	dazu war/bin ich nicht in der Lage
vor dem Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familie oder Freizeitaktivitäten): Meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen, dabei hatte/habe ich ...

	keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	große Probleme	dazu war/bin ich nicht in der Lage
vor dem Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich hatte/habe ...

	keine Schmerzen/ Beschwerden	leichte Schmerzen/ Beschwerden	mäßige Schmerzen/ Beschwerden	starke Schmerzen/ Beschwerden	extreme Schmerzen/ Beschwerden
vor dem Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5 ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: **Ich war/bin...**

	nicht ängstlich/nieder- geschlagen	leicht ängstlich/nieder- geschlagen	mäßig ängstlich/nieder- geschlagen	stark ängstlich/nieder- geschlagen	extrem ängstlich/nieder- geschlagen
vor dem Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf **der letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (Quelle PHQ4)

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche Erwerbssituation traf auf Sie vor dem Unfall zu? (Quelle RKI GEDA 2019)

Ich war erwerbstätig in Vollzeit	<input type="checkbox"/>
Ich war erwerbstätig in Teilzeit	<input type="checkbox"/>
Ich war geringfügig erwerbstätig (550 Euro Job / Minijob)	<input type="checkbox"/>
Ich war arbeitslos oder arbeitssuchend Seit wann? _____	<input type="checkbox"/>
Ich war im Ruhestand oder Vorruhestand	<input type="checkbox"/>
Ich war erwerbsunfähig Seit wann? _____	<input type="checkbox"/>
Ich war Schüler, Student, Praktikant	<input type="checkbox"/>
Ich leistete ein freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst oder ähnliches	<input type="checkbox"/>
Ich war Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>
Ich war aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>
Ich befand mich in einer Maßnahme	<input type="checkbox"/>

5. Die letzten Fragen beziehen sich auf Ihre **aktuelle** Lebenssituation.

5.1 Wie stark sind Sie aktuell im täglichen Leben durch folgende Aspekte belastet?

	Belastung:				
	überhaupt nicht	leicht	mittel- mäßig	stark	sehr stark
Berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haus- und Familienarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege behinderter / erkrankter nahestehender Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konflikte / Streit mit nahestehenden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Haben Sie einen festen Partner/eine feste Partnerin (Quelle RKI GEDA 2019)? ja nein

5.3 Leben Sie mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin zusammen in einem Haushalt (Quelle RKI GEDA 2019)?

Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft. (Quelle Skala „transpersonales Vertrauen“)

	trifft ... zu			
	vollständig	teilweise/etwas	eher/teilweise nicht	gar nicht
Religiöse Praktiken (z.B. Beten, Mantren Sprechen, geistliche Lieder, Singen, Meditieren) helfen mir in schwierigen Situationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, mich der Hand Gottes/eines höheren Wesens/einer höheren Wirklichkeit anzuvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bezeichne mich als religiös (auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Zum Schluss geht es um den Bereich der sozialen Beziehungen und Kontakte. (Quelle OSLO-3)

10.1 Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? keine 1 – 2 3 – 5 6 oder mehr

10.2 Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

sehr viel viel weder viel noch wenig wenig keine

10.3 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

sehr einfach einfach möglich schwierig sehr schwierig

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Anhang C: Anschreiben Fragebogen T2

Sehr «Anrede» «Name_Angehöriger»,

zu dem oben angegebenen Verkehrsunfall haben wir Sie vor einigen Monaten bereits zu ihrer persönlichen Situation befragt. Haben Sie nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahme. Mit dem heutigen Schreiben möchten wir erneut auf Sie zukommen, um zu erfahren, wie es Ihnen aktuell, ungefähr neun Monate nach dem Verkehrsunfall, geht. Ihre Antworten geben uns wichtige Hinweise darüber, welche Bedürfnisse Menschen mit einer Unfallererfahrung haben.

Auch wenn Sie bei dem Unfall nicht verletzt wurden oder auch trotz Verletzung keine Beschwerden mehr haben, ist das eine wertvolle Information für uns. Denn nur so können wir bestimmen, wie häufig Spätfolgen überhaupt auftreten. Die Beantwortung der Fragen ist für Sie selbstverständlich freiwillig. Werfen Sie den Brief einfach ohne Briefmarke in den Briefkasten ein.

Der Fragebogen ist zweigeteilt. Während sich der erste Teil auf die Folgen bzw. Umstände und Behandlungen im Rahmen des Unfalls beziehen, werden im zweiten Abschnitt allgemeine Fragen zu Ihrer jetzigen Lebenssituation gestellt.

Wir versichern, diese Informationen nicht an Polizei, Versicherung oder Dritte weiterzugeben und sie ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken zu nutzen. Die Bestimmungen des Datenschutzes sowie der ärztlichen Schweigepflicht werden eingehalten (siehe nähere Angaben auf der Rückseite). Mit Abschluss dieser Befragung werden wir Ihre personenbezogenen Daten komplett aus unserer Datenbank löschen, es sei denn, Sie senden uns die beiliegende Einverständniserklärung zur Teilnahme an weiteren Befragungen unterschrieben zurück.

Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO). Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung oder zweckbestimmte Ergänzung verlangen (Art. 16 DS-GVO). Sie haben das Recht, die Löschung ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind (Art. 17 DS-GVO). Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten, was bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken (Art. 18 DS-GVO). Sie haben ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) und ein allgemeines Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO). Diese Rechte bestehen, bis die Daten nach Beendigung der Fallbearbeitung (nach ca. 2 Jahren) vollständig anonymisiert sind. Die erhobenen Daten werden auf dem «Angaben der Organisation» gemäß datenschutzrechtlicher Vorschriften, insbesondere der DSGVO, gespeichert und verarbeitet.

Datenverantwortlicher: «Angaben der Organisation»

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an den Datenschutzbeauftragten der « Organisation» zu wenden:

Datenschutzbeauftragter der «Angaben der Organisation»

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die «Organisation» zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz «Angaben der Organisation»

Die erhobenen Daten werden im Rahmen des GIDAS-Projekts (German In-Depth Accident Study) verwendet. Im Rahmen des GIDAS-Projekts werden nur anonymisierte Daten (ohne identifizierbare Merkmale) nach den Vorgaben des Datenschutzes übertragen. Nähere Informationen zum GIDAS-Projekt sind verfügbar unter www.gidas.org. Des Weiteren können Ihre Daten in weiteren Kooperationsprojekten in anonymisierter Form verwendet werden.

Anhang D: Fragebogen T2

Fragebogen

Quelle: Screeninginstrument der MHH-Unfallforschung mit Ergänzungen der Fragen 3.3, 3.7 und 3.13 sowie Änderungen 2.4 und 3.11

Nr.	Frage	Dauer
1.1	Wie lange hatten Sie in etwa Beschwerden aufgrund des Unfalls?	Monate
1.2	Wie lange waren Sie in Folge des Unfalls arbeitsunfähig (bzw. von der Schule befreit, etc.)?	Wochen

Bitte die Antwortmöglichkeit ANKREUZEN, die am besten auf Sie zutrifft.

Nr.	Frage	langsamer Wiedereinstieg		
		ja		nein
2.1	Konnten Sie im Anschluss an den Unfall oder Ihre Krankschreibung in vollem Umfang in Ihre alte Beschäftigung zurückkehren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Konnten Sie Ihre ursprünglichen Hobbys / Freizeitaktivitäten in vollem Umfang wieder aufnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Mussten Sie in Folge der Unfallverletzungen umziehen oder Ihr Zuhause umbauen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.4	Nehmen Sie aktuell noch Medikamente zur Linderung der Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche und wo gegen:			

Leiden Sie heute in Folge des Unfalls an ...

Nr.	Frage	ja	nein
3.1	häufigen stärkeren Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Bewegungseinschränkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Problemen bei der Selbstversorgung (z.B. Hygiene, Anziehen etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	anderen körperlichen Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Ängsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Niedergeschlagenheit / depressiver Stimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	verringertes Leistungsfähigkeit im Beruf/Haushalt/Familienarbeit/in der Schule etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	verringertes Leistungsfähigkeit bei der Alltagstätigkeiten (z.B. Einkaufen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	verringertes Leistungsfähigkeit bei Freizeit-/Sportaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	Einschränkungen in der Verkehrsteilnahme z.B. weil Sie bestimmte Verkehrsmittel, Strecken, Witterungsbedingungen, etc. meiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Problemen bei sozialen Kontakten zu Freunden, Bekannten, Nachbarn etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	familiären Problemen (z. B. Partnerschaftskonflikte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr.	Frage	ja	nein	Grad der Behinderung
4.1	Hatten Sie vor dem Unfall eine anerkannte Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.2	Haben Sie in Folge des Unfalls eine anerkannte Behinderung oder eine Änderung des Grades der Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sofern Sie noch Einschränkungen in Folge des Unfalls haben, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns die nachfolgende Einverständniserklärung unterschrieben zurücksenden würden. Dies würde uns erlauben, mit Ihnen für weitere Fragen Kontakt aufzunehmen. Wir möchten mit den erhobenen Daten Informationen über die Bedürfnisse von Unfallbeteiligten einholen, um ihre Lebenssituation und das gesundheitliche Angebot zu verbessern. Der zurückgesendete Fragebogen ist aber auch ohne Ihre Zustimmung für weitere zukünftige Befragungen für uns sehr wertvoll.

Nr.	Frage (Quelle: eigene Frage)	ja	nein
5	Haben Sie weitere Verletzungen in Folge des Unfalls erlitten, die erst später festgestellt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		

Fragen zu durchgeführten bzw. angebotenen Therapiemaßnahmen zur Behandlung der Unfallfolgen (Quelle: eigene Fragen)

6. Haben Sie infolge des Verkehrsunfalls die folgenden Therapien / Maßnahmen in Anspruch genommen bzw. angeboten bekommen?

Nr.	Therapiemaßnahmen	ja, in Anspruch genommen	Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen	Nein, nicht angeboten bekommen
6.1	Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Sporttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Verhaltens-, Psychotrauma- oder Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	Behandlung in der Reha-Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8	Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Sofern eine Behandlung stattgefunden hat, wer war der Kostenträger? (Mehrfachantwort möglich) (Quelle eigene Fragen)

<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	Unfallkasse
<input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	Private Unfallversicherung
<input type="checkbox"/>	Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/>	Rentenversicherung
<input type="checkbox"/>	Andere: _____		

8. Fragen zum Unfallereignis und dessen Auswirkungen (Quelle: Freiburger PTBS Screening)

Nr.	Frage	ja	nein
8.1	Hatten Sie während des Unfalls oder kurz danach starke Angst oder sogar Todesangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Fühlten Sie sich während des Unfalls oder kurz danach hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Fühlen Sie sich psychisch sehr belastet, wenn Sie etwas sehen oder hören, das Sie an den Unfall erinnert (z. B. Berichte über Unfälle im Fernseher, Hubschrauber, Martinshorn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Spüren Sie Wellen von starken Gefühlen in Zusammenhang mit dem Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Fällt es Ihnen schwer einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil Ihnen Bilder oder Gedanken über den Unfall in den Sinn kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Haben Sie plötzlich auftretende Bilder vom Unfall in Ihrem Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Haben Sie belastende Träume oder Alpträume vom Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Vermeiden Sie über den Unfall nachzudenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Fähigkeit Gefühle zu erleben, eingeschränkt ist (z. B: nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	Befürchten Sie schlimme Folgen für Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wer war aus Ihrer heutigen Sicht nach Schuld an dem Unfall? (Quelle: eigene Frage)

selbst Gegner beide keiner keine Angaben

10. Wie schätzen Sie Ihre Genesungsfortschritte ein? (Quelle: eigene Frage)

ich hatte keine Beschwerden kein kleiner großer sehr großer Fortschritt

11. Ist die Abwicklung des Unfalls hinsichtlich Schadenersatz, Bußgeld-/ Strafverfahren, Erwerbsunfähigkeit etc. abgeschlossen? (Quelle: eigene Frage) ja nein

Wenn nein:

Welche Bereiche sind noch nicht abgeschlossen	belastet Sie dieser Umstand	
	ja	nein
<input type="checkbox"/> Schadenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bußgeld-/ Strafverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zur AKTUELLEN Lebenssituation. Bitte zutreffendes ankreuzen.

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Skalen von 0 bis 100 an, wie Sie Ihre Gesundheit heute beurteilen. **0** bedeutet: schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können und **100**: beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

12. Wie würden Sie Ihren **aktuellen** Gesundheitszustand beschreiben? (Quelle EQ-5D VAS)



Schlechteste Gesundheit

Beste Gesundheit

13. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf **der letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (Quelle PHQ4)

Nr. Frage	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
13.1 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift das EINE Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt. (Quelle EQ-5D)

14.1 MOBILITÄT: **Ich habe beim Gehen ...**

keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	schwere Probleme	ich bin nicht in der Lage zu gehen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.2 SELBSTVERSORGUNG: **Mich zu waschen oder anzuziehen, dabei habe ich ...**

keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	große Probleme	dazu bin ich nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.3 ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familie oder Freizeitaktivitäten): **Meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen, dabei habe ich ...**

keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	große Probleme	dazu bin ich nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.4 SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: **Ich habe ...**

keine Schmerzen/ Beschwerden	leichte Schmerzen/ Beschwerden	mäßige Schmerzen/ Beschwerden	starke Schmerzen/ Beschwerden	extreme Schmerzen/ Beschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.5 ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: **Ich bin ...**

nicht ängstlich/niedergeschlagen	leicht ängstlich/niedergeschlagen	mäßig ängstlich/niedergeschlagen	stark ängstlich/niedergeschlagen	extrem ängstlich/niedergeschlagen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Einverständniserklärung

«Kurze Beschreibung der Organisation» ... Verkehrsunfallforschungsprojekt auf der Basis von Erhebungen am Unfallort. Dabei werden Unfallspuren, Fahrzeugdeformationen und Verletzungen im Detail erfasst und damit Möglichkeiten geschaffen, Maßnahmen zur Minderung des Unfallrisikos und der Verletzungsfolgen zu erarbeiten. Wir haben durch unsere Forschung mit dazu beigetragen, den heutigen Stand an Verkehrssicherheit zu erreichen.

Sie haben in der Nachbefragung zu Langzeitfolgen angegeben, dass Sie noch heute an bestimmten Folgen des Unfalls leiden. Wir würden Sie gern für zukünftige detailliertere Befragung zum Thema Langzeitfolgen von Unfallverletzungen anschreiben dürfen und bitten Sie daher um Ihr Einverständnis.

Ihre personenbezogenen Daten würden in einer von den Unfalldaten getrennten Datenbank extra gesichert kodiert gespeichert (pseudonymisiert) werden und eine Zusammenführung der Daten würde nur für Studien zu Langzeitfolgen von Unfallverletzungen erfolgen. Weitere Zugriffe auf Ihre personenbezogenen Daten können wir ausschließen. Nähere Angaben zum Datenschutz finden Sie sowohl auf der Rückseite des Anschreibens als auch auf der Rückseite dieser Einverständniserklärung. Stimmen Sie diesem zu, so bitten wir hier um Ihre Unterschrift. Ihre Zustimmung ist freiwillig, Sie können die Zustimmung später jederzeit widerrufen.

Ihr Verkehrsunfallforscherteam

JA

NEIN

Ich wurde informiert, dass meine beim o.g. Unfall erlittenen Langzeitfolgen für weitere Studien zu Langzeitfolgen von Unfallverletzungen interessant sind. Ich bin damit einverstanden, für weitere Befragung zu diesem Thema angeschrieben zu werden. Mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für diesen Zweck erkläre ich mich einverstanden

«Name_Angehöriger»

(Datum)

(Unterschrift)

Ggf. Adressänderung:

Anhang E: Anschreiben Fragebogen T3-T8

Sehr «Anrede» «Name_Angehöriger»,

zu dem oben angegebenen Verkehrsunfall haben Sie uns Langzeitfolgen aufgrund des Unfalls angegeben und Ihre Bereitschaft bekundet, für weitere detailliertere Befragungen zur Verfügung zu stehen. Haben Sie nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahme. Mit dem heutigen Schreiben möchten wir Sie fragen, wie es Ihnen heute gesundheitlich geht und wie Sie Ihren Alltag beurteilen.

Die Beantwortung der Fragen ist für Sie selbstverständlich freiwillig. Werfen Sie den Brief einfach ohne Briefmarke in den Briefkasten ein.

Wir versichern, diese Informationen nicht an Polizei, Versicherung oder Dritte weiterzugeben und sie ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken zu nutzen. Die Bestimmungen des Datenschutzes sowie der ärztlichen Schweigepflicht werden eingehalten (siehe nähere Angaben auf der Rückseite).

Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO). Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung oder zweckbestimmte Ergänzung verlangen (Art. 16 DS-GVO). Sie haben das Recht, die Löschung ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind (Art. 17 DS-GVO). Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten, was bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken (Art. 18 DS-GVO). Sie haben ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) und ein allgemeines Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO). Diese Rechte bestehen, bis die Daten nach Beendigung der Fallbearbeitung (nach ca. 2 Jahren) vollständig anonymisiert sind. Die erhobenen Daten werden auf dem «Angaben der Organisation» gemäß datenschutzrechtlicher Vorschriften, insbesondere der DSGVO, gespeichert und verarbeitet.

Datenverantwortlicher: «Angaben der Organisation»

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an den Datenschutzbeauftragten der « Organisation» zu wenden:

Datenschutzbeauftragter der «Angaben der Organisation»

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die «Organisation» zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz «Angaben der Organisation»

Die erhobenen Daten werden im Rahmen des GIDAS-Projekts (German In-Depth Accident Study) verwendet. Im Rahmen des GIDAS-Projekts werden nur anonymisierte Daten (ohne identifizierbare Merkmale) nach den Vorgaben des Datenschutzes übertragen. Nähere Informationen zum GIDAS-Projekt sind verfügbar unter www.gidas.org. Des Weiteren können Ihre Daten in weiteren Kooperationsprojekten in anonymisierter Form verwendet werden.

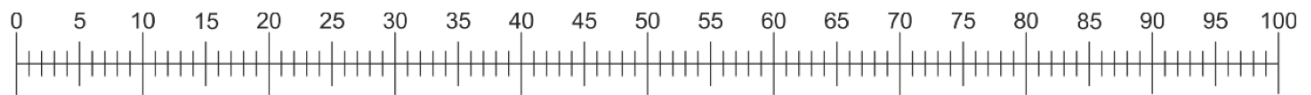
Anhang F: Fragebogen T3-T8

Fragebogen

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Skalen von 0 bis 100 an, wie Sie Ihre Gesundheit in den Wochen vor dem Unfall und heute beurteilen.

0 bedeutet: schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können und **100**: beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

1. Wie würden Sie Ihren **aktuellen** Gesundheitszustand beschreiben? (Quelle EQ-5D VAS)



Schlechteste Gesundheit

Beste Gesundheit

2. Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift das EINE Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt. (Quelle EQ-5D)

MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...

keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	schwere Probleme	ich bin nicht in der Lage zu gehen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen, habe ich ...

keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	große Probleme	dazu bin ich nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familie oder Freizeitaktivitäten): Meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen, dabei habe ich ...

keine Probleme	leichte Probleme	mäßige Probleme	große Probleme	dazu bin ich nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...

keine Schmerzen/ Beschwerden	leichte Schmerzen/ Beschwerden	mäßige Schmerzen/ Beschwerden	starke Schmerzen/ Beschwerden	extreme Schmerzen/ Beschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...

nicht ängstlich/niedergeschlagen	leicht ängstlich/niedergeschlagen	mäßig ängstlich/niedergeschlagen	stark ängstlich/niedergeschlagen	extrem ängstlich/niedergeschlagen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie stark haben Sie während **der vergangenen 2 Wochen** bestimmte Dinge erlebt? (Quelle WHOQOL BREF)

	überhaupt nicht	ein wenig	mittel-mäßig	ziemlich	äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während **der vergangenen 2 Wochen** bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun (Quelle: WHOQOL BREF)

	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr schlecht	schlecht	mittel-mäßig	gut	sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der **vergangenen 2 Wochen** hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben (Quelle: WHOQOL BREF)

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?

niemals nicht oft zeitweilig oftmals immer

Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

6. Bitte geben Sie an (ankreuzen), wo Sie **seit dem Unfall Schmerzen** haben und wie stark diese sind, insbesondere in den **letzten 4 Wochen** (Quelle TOP POLO Chart Schmerzen)

	 0 = keine Schmerzen 10 = unerträglich											Wenn schon Schmerzen vor dem Unfall vorhanden waren, welcher Wert beschreibt die damaligen Schmerzen am besten? Bitte tragen Sie hier für jeden Körperteil eine Zahl von 0 bis 10 ein
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kopf	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hals / Nacken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Schulter / Oberarm	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ellenbogen / Unterarm	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Handgelenk / Hand	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Finger	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Brustkorb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bauch	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Wirbelsäule	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Becken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hüfte / Oberschenkel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Knie / Unterschenkel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sprunggelenk / Fuß	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Zehen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Bitte geben Sie an (ankreuzen), wo und wie die **Körperfunktion nach dem Unfall eingeschränkt** ist, insbesondere in den **letzten 4 Wochen** (Quelle TOP POLO Chart Körperfunktionen)

	 0 = gute Funktion 10 = keine Funktion											Wenn schon Körperfunktionen vor dem Unfall eingeschränkt waren, welcher Wert beschreibt die damaligen Einschränkung am besten? Bitte tragen Sie hier für jeden Körperteil eine Zahl von 0 bis 10 ein
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kopf	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hals / Nacken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Schulter / Oberarm	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ellenbogen / Unterarm	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Handgelenk / Hand	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Finger	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Brustkorb	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bauch	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Wirbelsäule	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Becken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hüfte / Oberschenkel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Knie / Unterschenkel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sprunggelenk / Fuß	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Zehen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Wie stark sind Sie **durch den Unfall** in Ihrer **körperlichen Funktionsfähigkeit** eingeschränkt? Bitte berücksichtigen Sie bei der Beantwortung der Fragen **die letzten 4 Wochen** (Quelle TOP POLO Chart körperliche Funktionsfähigkeit):

	trifft zu	trifft weitgehend zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Ich bin in der Lage im Stehen Arbeiten im Haushalt/Beruf zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin auf Gehhilfen (z.B. Krücken, Rollstuhl) angewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in der Lage mich selbst zu versorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich körperlich fit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck schneller zu ermüden (beim Lesen/Schreiben/ Fernsehen/Gesprächen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass ich mich nicht mehr so lange konzentrieren kann wie früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin vergesslicher geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Eindruck, dass mein Wesen / meine Persönlichkeit sich verändert hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Quelle TOP POLO Chart sichtbare Folgen)	trifft zu	trifft weitgehend zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die sichtbaren Unfallfolgen (z.B. Narben) belasten mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf **der letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (Quelle PHQ9 und PHQ4)

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig, ruhelos und hatten einen stärkeren Bewegungsdrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bitte kreuzen Sie bei den nachfolgenden Fragen an, ob Sie seit dem Unfall an den angegebenen Problemen leiden oder gelitten haben. Wichtig ist, dass diese Beschwerden vor dem Unfall noch nicht vorhanden waren (Quelle: Freiburger PTBS Screening)

	ja	nein
Hatten Sie während des Unfalls oder kurz danach starke Angst oder sogar Todesangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlten Sie sich während des Unfalls oder kurz danach hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich psychisch sehr belastet, wenn Sie etwas sehen oder hören, das Sie an den Unfall erinnert (z. B. Berichte über Unfälle im Fernseher, Hubschrauber, Martinshorn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spüren Sie Wellen von starken Gefühlen in Zusammenhang mit dem Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen schwer einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil Ihnen Bilder oder Gedanken über den Unfall in den Sinn kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie plötzlich auftretende Bilder vom Unfall in Ihrem Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie belastende Träume oder Alpträume vom Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeiden Sie über den Unfall nachzudenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Fähigkeit Gefühle zu erleben, eingeschränkt ist (z. B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchten Sie schlimme Folgen für Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu durchgeführten bzw. angebotenen Therapiemaßnahmen zur Behandlung der Unfallfolgen

11. Haben Sie infolge des Verkehrsunfalls die folgenden Therapien / Maßnahmen in Anspruch genommen bzw. angeboten bekommen? Quelle: eigene Fragen)

Therapiemaßnahmen	ja, in Anspruch genommen	Angebote bekommen, aber nicht in Anspruch genommen	Nein, nicht angeboten bekommen
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sporttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltens-, Psychotrauma- oder Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in der Reha-Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial-, Berufs oder Rechtsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre **aktuelle** Lebenssituation.

12.1 Welche Erwerbssituation trifft aktuell auf Sie zu? (Quelle RKI GEDA 2019)

Ich bin erwerbstätig in Vollzeit	<input type="checkbox"/>
Ich bin erwerbstätig in Teilzeit	<input type="checkbox"/>
Ich bin geringfügig erwerbstätig (550 Euro Job / Minijob)	<input type="checkbox"/>
Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend Seit wann? _____	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Vorruhestand	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Ruhestand	<input type="checkbox"/>
Ich bin erwerbsunfähig Seit wann? _____	<input type="checkbox"/>
Ich bin Schüler, Student, Praktikant	<input type="checkbox"/>
Ich leistete ein freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst oder ähnliches	<input type="checkbox"/>
Ich bin Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>
Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>
Ich befinde mich in einer Maßnahme	<input type="checkbox"/>

	1 = nein Ich stimme nicht zu				7 = ja Ich stimme völlig zu			
	1	2	3	4	5	6	7	
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Fragen um den Bereich der sozialen Folgen (Quelle: TOP POLO Chart Soziale Folgen)

14.1 Gibt oder gab es ein belastendes Ereignis nach Ihrem Unfall, das nichts mit dem Unfall zu tun hat (z.B. Trennung oder Todesfall)?

ja nein

Wenn ja, welches? _____

14.2 Sind Sie aufgrund Ihres Unfalls arbeitslos geworden?

ja nein

14.3 Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen eine Umschulung machen?

ja nein unbekannt, nicht zu beantworten

14.4 Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen Ihren Arbeitsplatz wechseln?

ja nein unbekannt, nicht zu beantworten

14.5 Hatten Sie auf Grund des Unfalls einen finanziellen Nachteil?

ja nein unbekannt, nicht zu beantworten

14.6 Haben Sie Schwierigkeiten mit Behörden / Institutionen, die Sie auf den Unfall zurückführen?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

14.7 Würden Sie sich mehr Hilfestellung wünschen, um Ihre unfallbedingten Probleme lösen zu können?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

14.8 Haben Sie aufgrund des Unfalls Konflikte in der Partnerschaft oder in der Familie?

ja nein

15. Fragen zu den Ängsten im Straßenverkehr (Quelle: eigenes Instrument basierend auf Travel Anxiety Questionnaire)

15.1 Haben Sie durch den Unfall aktuell Angst, auf Straßen und Wegen unterwegs zu sein? Bitte machen Sie ein Kreuz dort, wo es für Sie am besten zutrifft

keine Angst	sehr geringe Angst	etwas Angst	mäßige Angst	starke Angst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen (z.B. Meiden von vielbefahrenen Straßen oder bestimmten Verkehrsmitteln) seit dem Unfall? Bitte machen Sie ein Kreuz dort, wo es für Sie am besten zutrifft

nie	weniger als die Hälfte der	etwas als die Hälfte der	mehr als die Hälfte der	immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zeit	Zeit	Zeit	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie in der Frage 15.1 ‚keine Angst‘ und bei der Frage 15.2 ‚nie‘ angekreuzt haben, überspringen Sie bitte die nächste Frage.

Geben Sie hier bitte an, wann Sie Angst haben.

15. Fragen zu den Ängsten im Straßenverkehr

15.1 Haben Sie durch den Unfall aktuell Angst, auf Straßen und Wegen unterwegs zu sein? Bitte machen Sie ein Kreuz dort, wo es für Sie am besten zutrifft

keine Angst	sehr geringe Angst	etwas Angst	mäßige Angst	starke Angst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen (z.B. Meiden von vielbefahrenen Straßen oder bestimmten Verkehrsmitteln) seit dem Unfall? Bitte machen Sie ein Kreuz dort, wo es für Sie am besten zutrifft

nie	weniger als die Hälfte der Zeit	etwas als die Hälfte der Zeit	mehr als die Hälfte der Zeit	immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie in der Frage 15.1 ‚keine Angst‘ und bei der Frage 15.2 ‚nie‘ angekreuzt haben, überspringen Sie bitte die nächste Frage.

Geben Sie hier bitte an, wann Sie Angst haben.

	ja	nein	nutze ich nicht
Zu Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Auto (Pkw) als Fahrer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Auto (Pkw) als Mitfahrer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Fahrrad/Pedelec/E-Bike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Motorrad, Moped, Roller als Fahrer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Motorrad, Moped, Roller als Mitfahrer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Fahrgast in Bus / Bahn / Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Lkw / Bus / Bahn /Zug als Fahrer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Lkw als Mitfahrer/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges und zwar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.3 Bitte geben Sie an, ob sich folgende Aspekte durch den Unfall verändert haben

	ja	nein	trifft auf mich nicht zu
Ich bin mit geringerer Geschwindigkeit unterwegs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache unterwegs mehr Kontrollblicke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin unterwegs angespannter und nervöser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Zum Schluss geht es um den Bereich der sozialen Beziehungen und Kontakte. (Quelle OSLO 3)

16.1 Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? keine 1 – 2 3 – 5 6 oder mehr

16.2 Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

sehr viel viel weder viel noch wenig wenig keine

16.3 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

sehr einfach einfach möglich schwierig sehr schwierig

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Anhang G: Hinweise zur Analyse der Ergebnisse von Erhebungsinstrumenten.

Für einige der vorgeschlagenen Instrumente zur Erhebung von Langzeitfolgen und Einflussfaktoren gibt es etablierte Analysevorschlage wie Algorithmen oder Grenzwerte. Diese sind in diesem Kapitel dargestellt.

EQ-5D-5L

Das EQ-5D-System beschreibt ein 5-stelliges Gesundheitszustandsprofil, das den Grad der angegebenen Probleme dieser Person in den fünf EQ-5D-Gesundheitsdimensionen darstellt. Diese Profile werden als „EQ-5D-Gesundheitszustände“ bezeichnet. Der EQ-5D-5L beschreibt 3125 potenzielle Gesundheitszustände.

Jedem EQ-5D-Gesundheitszustand kann ein Zahlenwert (Indexwert oder Index-Score) zugeordnet werden, der widerspiegelt, wie gut oder schlecht ein Gesundheitszustand gemäß den Präferenzen der Allgemeinbevölkerung eines Landes/einer Region ist (EQ-5D-5L User Guide, 2019). Für Deutschland werden aktuell die Präferenzwerte gemäß (Ludwig, 2018) verwendet.

Ein zusammenfassender EQ-5D-Index wird abgeleitet, indem jeder einzelnen Antwort ein länderspezifischer Wert zugeordnet wird. Diese Werte werden von 1 (Zustand bester Gesundheit) abgezogen. Für Deutschland werden gemäß Ludwig et. al. die Werte gemäß Tab. 16 zugeordnet

Tab. 16: Zugeordnete Werte zu den EQ-5D-Antworten gemäß (Ludwig , 2018)

Frage	Antwort	Wert
Mobilität	1	0,000
Mobilität	2	0,026
Mobilität	3	0,042
Mobilität	4	0,139
Mobilität	5	0,224
Selbstversorgung	1	0,000
Selbstversorgung	2	0,050
Selbstversorgung	3	0,056
Selbstversorgung	4	0,169
Selbstversorgung	5	0,260
Allgemeine Tätigkeiten	1	0,000
Allgemeine Tätigkeiten	2	0,036
Allgemeine Tätigkeiten	3	0,049
Allgemeine Tätigkeiten	4	0,129
Allgemeine Tätigkeiten	5	0,0209
Schmerzen / körperl. Beschwerden	1	0,000
Schmerzen / körperl. Beschwerden	2	0,057
Schmerzen / körperl. Beschwerden	3	0,109
Schmerzen / körperl. Beschwerden	4	0,404
Schmerzen / körperl. Beschwerden	5	0,612
Angst / Niedergeschlagenheit	1	0,000
Angst / Niedergeschlagenheit	2	0,030
Angst / Niedergeschlagenheit	3	0,082
Angst / Niedergeschlagenheit	4	0,244
Angst / Niedergeschlagenheit	5	0,356

Der Index wird berechnet, indem die Werte von 1 abgezogen werden. Für Deutschland ergeben sich entsprechend mögliche Index-Werte zwischen -0,661 und 1. Der EQ-5D-Index drückt den Gesundheitszustand der Befragten von negativen Werten (Gesundheitszustände, die als schlechter angesehen werden, als tot zu sein) oder 0 (sehr schlecht) bis 1 (bestmöglicher Gesundheitszustand) aus. Er kann bei Bewertungen der Quality Adjusted Life Years (QALY) verwendet werden sowie als alleinstehender Index in gesundheitsökonomischen Evaluationen.

Der mittlere EQ-5D-5L-Indexwert einer Gesamtstichprobe von 4998 Teilnehmern aus Deutschland betrug 0,88 (SD 0,18), was einem mittleren EQ-5D VAS-Gesamtwert von 71,59 (SD 21,36) entspricht. Weibliches Geschlecht und zunehmendes Alter waren mit einem niedrigeren EQ-5D-5L-Indexwert assoziiert ($p < 0,001$). Höhere Bildung, Vollzeitbeschäftigung und private Krankenversicherung waren mit einem höheren EQ-5D-5L-Indexwert assoziiert ($p < 0,001$) (Grochtdreis, 2019)

EQ-5D VAS

Neben dem Fragebogen mit 5 Items enthält der EQ-5D auch eine visuelle analoge Skala (EQ-5D VAS). Die VAS bietet eine zusätzliche Möglichkeit, die aktuelle Gesundheit einer Person im Ganzen zu bewerten. Dabei kann die Person den Gesundheitszustand an einer vertikalen Skala mit Inkrementen von 0 (schlechteste Gesundheit) bis 100 (beste Gesundheit) mittels eines Kreuzes ankreuzen.

Im Rahmen von Bevölkerungsumfragen können Normwerte der Bevölkerung gebildet werden, welche herangezogen werden können um z.B. ein Studienergebnis mit der Bevölkerungsnorm zu vergleichen. Bei den Normwerten nehmen die mittleren EQ-5D VAS-Werte mit zunehmendem Alter ab. Außerdem berichteten Männer aller Altersgruppen über höhere EQ-5D VAS-Bewertungen als Frauen. Diese Normwerte sind für diverse Länder erhältlich. Für Deutschland wurden folgende Normwerte ermittelt: (Altergruppe: Normwert) 18-24: 85,3; 25-34: 84,0; 35-44: 82,5; 45-54: 78,5; 55-64: 72,9; 64-74: 68,6; 75 Jahr und älter: 60,5. Der Normwert über alle Altersgruppen beträgt 77,3. (Janssen, 2014)

Die EQ-5D Erhebungsinstrumente stehen auf der Webseite www.euroqol.org in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Für die Nutzung ist eine Registrierung auf der o.g. Webseite notwendig. Für die kommerzielle Nutzung des EQ-5D fallen abhängig von Art und Umfang der Nutzung Gebühren an.

WHOQOL-BREF

Der WHOQOL ist ein Verfahren zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Die Langversion des Instrumentes (WHOQOL-100) umfasst insgesamt 100 Items, die den Dimensionen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt zugeordnet sind. Der hier verwendete WHOQOL-BREF stellt die Kurzform mit 26 Items dar und umfasst die Domänen allgemeine Gesundheit (2 Items), physisches Wohlbefinden (7 Items), psychisches Wohlbefinden (6 Items), soziale Beziehungen (3 Items) und Umwelt (8 Items). Die Scores der einzelnen Domänen für

das WHOQOL-BREF werden berechnet, indem der Mittelwert aller in der jeweiligen Domäne enthaltenen Elemente errechnet wird und mit dem Faktor vier multipliziert wird. Bei der Berechnung ist zu beachten, dass die Codes für drei Fragen invertiert werden müssen, da diese nicht der allgemeinen Logik des WHOQOL der positiven Skalierung (höhere Werte bedeuten höhere Lebensqualität) folgen. Dies betrifft die „negativ“ gestellten Fragen 3 (Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?), 4 (Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?) und 26 (Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depressionen?). Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Reihenfolge der Fragestellung nicht immer der Domänenzugehörigkeit folgt. Die Fragen werden wie folgt den Domänen zugeordnet:

Domäne 1 (physisches Wohlempfinden): Fragen 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18

Domäne 2 (psychisches Wohlempfinden): Fragen 5, 6, 7, 11, 19, 26

Domäne 3 (soziale Beziehungen): Fragen 20, 21, 22

Domäne 4 (Umwelt): Fragen 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

Die ersten beiden Fragen des WHOQOL-BREF werden nur einzeln bewertet und nicht in eine Skalenbewertung mit einbezogen. Da der EQ-5D VAS als aussagekräftiger angenommen wurde, wird zugunsten der Fragensparsamkeit auf diese ersten beiden Fragen für dieses Projekt verzichtet.

Die Domänenwerte werden dann durch Addition in eine Gesamt-Skala von 0-100 umgewandelt. (WHO, 2012).

Sofern 20% der Antworten oder mehr nicht kodiert sind, soll keine Berechnung durchgeführt werden. Dementsprechend dürfen fünf Antworten fehlen. Da die ersten beiden Fragen nicht gestellt werden, dürfen maximal drei der gestellten Fragen unbeantwortet bleiben. Des Weiteren dürfen pro Domain maximal zwei Fragen unbeantwortet bleiben, um den Domainscore zu berechnen (bei der Domain 3 maximal eine Frage).

Die Nutzung und Auswertung des WHOQOL-BREF erfordert eine Lizenzierung, die allerdings nicht mit Kosten verbunden ist. Die WHO verlangt die Unterzeichnung einer Nutzervereinbarung, in der weitere Details über seine beabsichtigte Nutzung angegeben werden müssen.

PHQ-9

Der Fragebogen PHQ-9 (auch PHQ-D genannt) ist ein Teil des Gesundheitsfragebogens für Patienten (Patient Health Questionnaire) welcher als Testverfahren zur Erfassung des Schweregrades von psychischen Störungen eingesetzt wird (Löwe et al., 2002). Der PHQ-9 ist das 9 Items umfassende Modul des PHQ-D welches die schwere einer depressiven Symptomatik des Befragten erfasst.

Für die Auswertung des Moduls hinsichtlich des Schweregrades der Depression kann ein Skalensummenwert „Depressivität“ durch Addition aus den 9 Items errechnet werden. Den 4 Antwortkategorien der 9 Items werden folgende Werte zugewiesen.

- „Überhaupt nicht“: 0
- „An einzelnen Tagen“: 1
- „An mehr als die Hälfte der Tage“: 2
- „Beinahe jeden Tag“: 3

Die Summe der Punktwerte kann entsprechend zwischen 0 und 27 liegen. Der Schweregrad der Depression ergibt sich aus folgender Tab. 17 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001):

Tab. 17: Summe der Skalenwerte des PHQ-9 zur Bestimmung des Schweregrades der Depression

Summe der Skalenwerte	Schweregrad der Depression
1-4	Minimale depressive Symptomatik
5-9	Milde depressive Symptomatik
10-14	Mittelgradige depressive Symptomatik
15-27	Schwere depressive Symptomatik

Neben dem Schweregrad der Depression kann auch eine kategorielle Auswertung des PHQ-9 zur Diagnose einer Major Depression (ja oder nein) vorgenommen werden. Hierbei wird der in der folgenden Tab. 18 beschriebene Algorithmus angewandt (Löwe et al., 2002).

Tab. 18: Algorithmus zur Bestimmung einer Major Depression beim PHQ-9

Syndrom	Items	Algorithmus
Major Depressives Syndrom	2a-2i	Fünf oder mehr der Fragen 2a-i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.)
Andere Depressive Syndrome	2a-2i	Zwei, drei oder vier der Fragen 2a-i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.)

PHQ-4

Der PHQ-4-Score wird analog zum PHQ-9-Score berechnet jedoch basierend auf den 4 zugehörigen Fragen. Zusätzlich können die 4 PHQ-4-Fragen in die beiden Scores PHQ-2 (Fragen „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“ und „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“) und GAD-2 (Fragen „Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“ und „Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren“). Für beide wird bei Addition der Antwortwerte ein Cut-off-Wert von ≥ 3 für eine mögliche Depressionssymptomatik oder Angstsymptomatik vorgeschlagen (Hajek & König, 2020).

Für den PHQ-4 schlagen Kroenke et al. (Psychosomatics 2009; 50:613– 621) die folgende Bewertung der Schwere vor:

- Keine oder minimale Angst-/Depressionssymptomatik: 0-2
- Milde Angst-/Depressionssymptomatik: 3-5

- Mäßige Angst-/Depressionssymptomatik: 6-8
- Schwere Angst-/Depressionssymptomatik: 9-12

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) des Freiburger Screening

Der Freiburger Screeningfragebogen zur posttraumatischen Belastungsstörung besteht aus 10 dichotomen Items. Es handelt sich hierbei um ein spezifisches Screeninginstrument für Unfallpatienten, mit dem Risikopatienten für eine PTBS, identifiziert werden können (Steglitz et al 2002). Psychometrische Eigenschaften im Hinblick auf Item- und Testparameter sind nach Einschätzung der Autoren als günstig zu bewerten. Die Autoren heben vor allem die guten Werte im Hinblick auf die Sensitivität hervor. Bei einem Cut-off-Wert von 4 (Zählung der „ja“-Antworten) konnten fast 90% der Patienten, die später eine PTBS bzw. eine subsyndromales Bild entwickeln, identifiziert werden. Bei diesem Cut-off-Wert ergibt sich gleichzeitig eine Spezifität von 69.7%, d.h. knapp 70% wurden korrekt negativ klassifiziert (ohne Risiko für PTPS). In einer nachfolgenden Untersuchung wurden jedoch bei Verwendung des Cut-off-Wertes von 4 eine schlechtere Sensitivität und Spezifität ermittelt (Schneider et al. 2011). Die Autoren schlagen daher die Verwendung eines Cut-off-Wertes von 3 vor, mit dem eine Sensitivität von 87% und Spezifität von 69% erzielt wurde. Vor diesem Hintergrund ist sowohl der Cut-off-Wert für 3 als auch 4 zu prüfen.

Polytrauma Outcome Chart (POLO-Chart)

Die POLO-Chart ist ein Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität polytraumatisierter Patienten. Ziel des Instrumentes ist es, einen praktikablen, modular aufgebauten Fragebogen für betroffene Patienten zu entwickeln, der es ermöglicht zu beurteilen, ob und in welchem Bereich der Lebensqualität der Patient beeinträchtigt ist. Dieses Messinstrument sollte den DGU-Erfassungsbogen des Traumaregisters ergänzen (Pirente et al., 2002).

Für die Anwendung in GIDAS wurden die Module „Schmerzen“, „körperliche Funktionseinschränkungen“ sowie „Funktionsfähigkeit“ ausgewählt. Bei dem Modul Schmerzen werden alle Körperregionen in einer Tabellenform dargestellt und sollen auf einer numerischen Ratingskala von 0–10 auf Schmerzintensität hin beurteilt werden. Bei den körperlichen Funktionseinschränkungen werden die gleichen Körperregionen wie bei der Komponente Schmerz in Tabellenform dargestellt. Funktionseinschränkungen werden auch hier auf einer numerischen Ratingskala von 0–10 beurteilt.

Die Angaben zu den numerischen Ratingskalen können deskriptiv ausgewertet werden z.B. durch Darstellen der Mittelwerte der Einstufungen der einzelnen Körperregionen.

Als Beispiel zur Auswertung der Mittelwerte sind die Ergebnisse einer Studie von Pirente et al. (Pirente et al., 2002) in Bild 1 und Bild 2 dargestellt. Hier wurden die Mittelwerte einer Kontrollgruppe den Werten von Traumapatienten gegenübergestellt. Die Kontrollgruppen bestanden aus 44 Personen (bei der Analyse der Skala „Schmerz“) bzw. aus 40 Personen (bei der Analyse der Skala „Funktionseinschränkung“), die jeweils einen Wert größer als Null angaben.

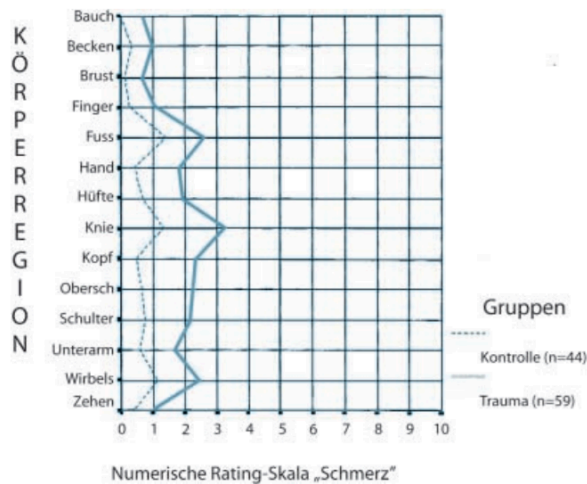


Bild 1 Mittelwerte der Ratingskala Schmerz am Beispiel einer Studie von Pirente et.al. (2002), in der Traumatpatienten mit einer Kontrollgruppe verglichen werden.

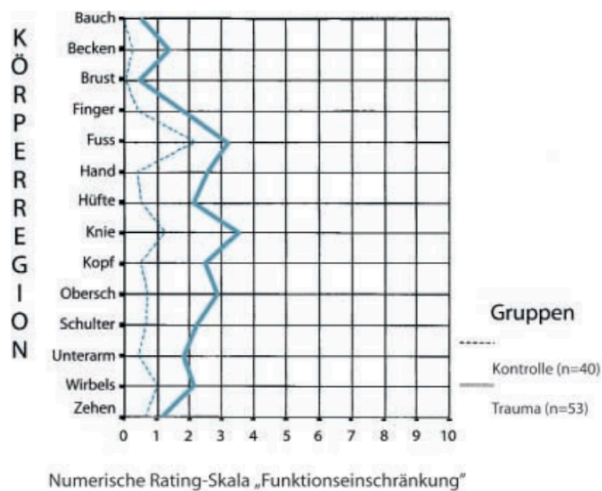


Bild 2 Mittelwerte der Ratingskala Funktionseinschränkungen am Beispiel einer Studie von Pirente et.al. (2002), in der Traumatpatienten mit einer Kontrollgruppe verglichen werden.

OSLO-3

Das OSLO-3-Instrument bewertet den Zugang zur sozialen Unterstützung mit Hilfe einer Skala von 3 bis 14, die sich aus der Summe der Antworten zu den 3 Items Anzahl der nahestehenden Personen, Anteilnahme und Interesse von anderen Menschen und den Zugang zu praktischer Hilfe von Nachbarn ergibt. Hierbei wird die Antwort „keine“ oder „sehr schwierig“ mit dem Wert 1 belegt und bessere Unterstützung mit steigenden Werten. Werte zwischen 3 und 8 Punkten wird als geringe Unterstützung gewertet. Der Bereich zwischen 9 und 11 Punkten als mittlere Unterstützung und darüber als starke Unterstützung (Robert Koch Institut, 2014).

Sozialer Status – Finanzielle Situation

Ein Element zu Analyse des Sozialen Status als Prädiktor aus dem Bereich der sozialen Einflussfaktoren auf den langzeitlichen Verlauf der Unfallfolgen stellt die Erhebung des Einkommens als Indikator des materiellen Wohlstandes dar. Dabei wurde als Indikator das sogenannte haushaltsbezogene Nettoäquivalenzeinkommen ausgewählt, welches unterschiedliche Haushaltsgrößen berücksichtigt. Um Einkommenserhebungen und die entsprechende finanzielle Situation vergleichen zu können, kann aus dem Nettoeinkommen einer Familie ein Äquivalenzeinkommen berechnet werden, welches den Lebensstandard eines Haushaltsmitgliedes beschreibt, basierend auf dem der Familie zur Verfügung stehenden Einkommen. Dazu wird das Einkommen des gesamten Haushalts addiert und anschließend gewichtet. Die Gewichtung richtet sich nach Anzahl und Alter der Personen der Haushaltsgemeinschaft. Die relevanteste Gewichtung ist die OECD (Eurostat, 2021).

Nach der neuen bzw. modifizierten OECD-Skala (OECD-modified scale) geht der Hauptbezieher des Einkommens mit dem Faktor 1,0 in die Gewichtung ein, alle anderen Mitglieder des Haushaltes im Alter von 14 und mehr Jahren mit 0,5 und Personen unter 14 Jahren mit 0,3 (50 % und 30 %). Das so ermittelte Einkommen der Personen wird als „bedarfsgewichtetes Äquivalenzeinkommen“ bezeichnet (DESTATIS, 2021).

Beispiel: In einer fünfköpfigen Familie erzielen die beiden erwachsenen Partner zusammen 5000 Euro Einkommen, zwei Kinder sind 6 bzw. 8 Jahre alt, ein weiteres 15. Nach neuer OECD-Skala beträgt die Summe der Gewichtungsfaktoren der Haushaltsmitglieder 2,6. Das Äquivalenzeinkommen beträgt entsprechend $5000 \text{ Euro} / 2,6 = 1923 \text{ Euro}$. Das bedeutet, 1923 Euro ist das verfügbare Äquivalenzeinkommen, das jedem Haushaltsmitglied in gleicher Höhe zugeordnet wird.

Resilienzskala RS13

Die Resilienzskala RS13 beinhaltet 13 Items, die jeweils mit einem Punkt für „ich stimme nicht zu“ bis zu 7 Punkten für „ich stimme völlig zu“ bewertet werden. Für die Skala werden die Punkte aus den Einzelantworten addiert.

Für die Interpretation wird folgendes Schema empfohlen (Leppert, Koch, Brähler, & Strauß, 2008):

Tab. 19: Interpretationsvorschlag der Resilienzskala (Leppert, Koch, Brähler, & Strauß, 2008)

Punkte	Resilienz
13 – 66	niedrig
67 – 72	moderat
73 – 91	hoch

In einer Stichprobe von 2617 Probanden ermittelten Leppert et al. (Leppert, Koch, Brähler, & Strauß, 2008) folgende RS-13-Verteilung

Tab. 20: Resilienzwerte in einer deutschen Stichprobe von 2617 Probanden (Leppert, Koch, Brähler, & Strauß, 2008)

Prozentrang	RS-13 Wert
5	47
10	53
15	58
20	61
25	63
30	65
35	67
40	68
45	70
50	72
55	73
60	75
70	78
75	79
80	80
85	82
90	85
95	88

Skala Transpersonales Vertrauen TPV-4

Die Skala „Transpersonales Vertrauen“ TPV-4 soll spirituelle Einstellungen mit Hilfe von 4 Items in einer 4-stufigen Skala (1 – „trifft gar nicht zu“ bis 4 – „trifft vollständig zu“) bewertet. Hierfür werden die Einzelwerte je Item addiert (Hampel et al., 2020). Interpretationsschemen liegen noch nicht vor. In einer deutschen Stichprobe mit 2464 Probanden wurde ein Mittelwert von 7,66 ermittelt.

Anhang H: Datenbankschemavorschlag T0/T1

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDEN	psychisches Wohlbefinden vor dem Unfall	1	sehr gut
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDEN	psychisches Wohlbefinden vor dem Unfall	2	gut
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDEN	psychisches Wohlbefinden vor dem Unfall	3	zufriedenstellend
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDEN	psychisches Wohlbefinden vor dem Unfall	4	weniger gut
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDEN	psychisches Wohlbefinden vor dem Unfall	5	schlecht
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDEN	psychisches Wohlbefinden vor dem Unfall	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDENH	psychisches Wohlbefinden heute	1	sehr gut
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDENH	psychisches Wohlbefinden heute	2	gut
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDENH	psychisches Wohlbefinden heute	3	zufriedenstellend
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDENH	psychisches Wohlbefinden heute	4	weniger gut
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDENH	psychisches Wohlbefinden heute	5	schlecht
EINFLUSSFAKTOR	EWOHLBEFINDENH	psychisches Wohlbefinden heute	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EEQ5DVAS	Skala: Gesundheitszustand vor dem Unfall	999	unbekannt, keine Angaben
EINFLUSSFAKTOR	EHEQ5DVAS	Skala: Gesundheitszustand heute	999	unbekannt, keine Angaben
EINFLUSSFAKTOR	EBEEINTR	Beeinträchtigungen	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EBEEINTR	Beeinträchtigungen	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAET	Mobilität vor dem Unfall	1	keine Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAET	Mobilität vor dem Unfall	2	leichte Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAET	Mobilität vor dem Unfall	3	mäßige Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAET	Mobilität vor dem Unfall	4	schwere Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAET	Mobilität vor dem Unfall	5	ich war nicht in der Lage zu gehen
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAET	Mobilität vor dem Unfall	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAETH	Mobilität heute:	1	keine Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAETH	Mobilität heute:	2	leichte Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAETH	Mobilität heute:	3	mäßige Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAETH	Mobilität heute:	4	schwere Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAETH	Mobilität heute:	5	ich war nicht in der Lage zu gehen

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	EMOBILITAETH	Mobilität heute:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNG	Selbstversorgung vor dem Unfall:	1	keine Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNG	Selbstversorgung vor dem Unfall:	2	leichte Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNG	Selbstversorgung vor dem Unfall:	3	mäßige Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNG	Selbstversorgung vor dem Unfall:	4	große Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNG	Selbstversorgung vor dem Unfall:	5	dazu war ich nicht in der Lage
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNG	Selbstversorgung vor dem Unfall:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNGH	Selbstversorgung heute:	1	keine Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNGH	Selbstversorgung heute:	2	leichte Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNGH	Selbstversorgung heute:	3	mäßige Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNGH	Selbstversorgung heute:	4	große Probleme
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNGH	Selbstversorgung heute:	5	dazu bin ich nicht in der Lage
EINFLUSSFAKTOR	EVERSORGUNGH	Selbstversorgung heute:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEIT	Allgemeine Tätigkeiten vor dem Unfall:	1	keine Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEIT	Allgemeine Tätigkeiten vor dem Unfall:	2	leichte Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEIT	Allgemeine Tätigkeiten vor dem Unfall:	3	mäßige Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEIT	Allgemeine Tätigkeiten vor dem Unfall:	4	große Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEIT	Allgemeine Tätigkeiten vor dem Unfall:	5	dazu war ich nicht in der Lage
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEIT	Allgemeine Tätigkeiten vor dem Unfall:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEITH	Allgemeine Tätigkeiten heute:	1	keine Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEITH	Allgemeine Tätigkeiten heute:	2	leichte Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEITH	Allgemeine Tätigkeiten heute:	3	mäßige Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEITH	Allgemeine Tätigkeiten heute:	4	große Probleme
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEITH	Allgemeine Tätigkeiten heute:	5	dazu bin ich nicht in der Lage
EINFLUSSFAKTOR	ETAETIGKEITH	Allgemeine Tätigkeiten heute:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZ	Schmerzen oder körperliche Beschwerden vor dem Unfall:	1	keine Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZ	Schmerzen oder körperliche Beschwerden vor dem Unfall:	2	leichte Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZ	Schmerzen oder körperliche Beschwerden vor dem Unfall:	3	mäßige Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZ	Schmerzen oder körperliche Beschwerden vor dem Unfall:	4	starke Schmerzen/Beschwerden

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZ	Schmerzen oder körperliche Beschwerden vor dem Unfall:	5	extreme Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZ	Schmerzen oder körperliche Beschwerden vor dem Unfall:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZH	Schmerzenoder körperliche Beschwerden heute:	1	keine Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZH	Schmerzenoder körperliche Beschwerden heute:	2	leichte Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZH	Schmerzenoder körperliche Beschwerden heute:	3	mäßige Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZH	Schmerzenoder körperliche Beschwerden heute:	4	starke Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZH	Schmerzenoder körperliche Beschwerden heute:	5	extreme Schmerzen/Beschwerden
EINFLUSSFAKTOR	ESCHMERZH	Schmerzenoder körperliche Beschwerden heute:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCH	Angst oder Niedergeschlagenheit vor dem Unfall:	1	nicht ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCH	Angst oder Niedergeschlagenheit vor dem Unfall:	2	leicht ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCH	Angst oder Niedergeschlagenheit vor dem Unfall:	3	mäßig ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCH	Angst oder Niedergeschlagenheit vor dem Unfall:	4	stark ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCH	Angst oder Niedergeschlagenheit vor dem Unfall:	5	extrem ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCH	Angst oder Niedergeschlagenheit vor dem Unfall:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCHH	Angst oder Niedergeschlagenheit heute:	1	nicht ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCHH	Angst oder Niedergeschlagenheit heute:	2	leicht ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCHH	Angst oder Niedergeschlagenheit heute:	3	mäßig ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCHH	Angst oder Niedergeschlagenheit heute:	4	stark ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCHH	Angst oder Niedergeschlagenheit heute:	5	extrem ängstlich/niedergeschlagen
EINFLUSSFAKTOR	ENIEDERGESCHH	Angst oder Niedergeschlagenheit heute:	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTAND	Gesundheitszustand vor dem Unfall	1	sehr gut
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTAND	Gesundheitszustand vor dem Unfall	2	gut
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTAND	Gesundheitszustand vor dem Unfall	3	zufriedenstellend
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTAND	Gesundheitszustand vor dem Unfall	4	weniger gut
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTAND	Gesundheitszustand vor dem Unfall	5	schlecht
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTAND	Gesundheitszustand vor dem Unfall	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTANDH	Gesundheitszustand heute	1	sehr gut
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTANDH	Gesundheitszustand heute	2	gut
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTANDH	Gesundheitszustand heute	3	zufriedenstellend

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTANDH	Gesundheitszustand heute	4	weniger gut
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTANDH	Gesundheitszustand heute	5	schlecht
EINFLUSSFAKTOR	EGESZUSTANDH	Gesundheitszustand heute	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EEQ5DINDEX	EEQ5DINDEX		
EINFLUSSFAKTOR	EZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	1	an einzelnen Tagen
EINFLUSSFAKTOR	EZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	2	an mehr als der Hälfte der Tage
EINFLUSSFAKTOR	EZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	3	beinahe jeden Tag
EINFLUSSFAKTOR	EZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	1	an einzelnen Tagen
EINFLUSSFAKTOR	EZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	2	an mehr als der Hälfte der Tage
EINFLUSSFAKTOR	EZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	3	beinahe jeden Tag
EINFLUSSFAKTOR	EZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	1	an einzelnen Tagen
EINFLUSSFAKTOR	EZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	2	an mehr als der Hälfte der Tage
EINFLUSSFAKTOR	EZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	3	beinahe jeden Tag
EINFLUSSFAKTOR	EZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	1	an einzelnen Tagen
EINFLUSSFAKTOR	EZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	2	an mehr als der Hälfte der
EINFLUSSFAKTOR	EZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	3	beinahe jeden Tag
EINFLUSSFAKTOR	EZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBVOLL	erwerbstätig in Vollzeit	1	Ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBVOLL	erwerbstätig in Vollzeit	2	Nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBVOLL	erwerbstätig in Vollzeit	9	Unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBTEIL	erwerbstätig in Teilzeit	1	Ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBTEIL	erwerbstätig in Teilzeit	2	Nein

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBTEIL	erwerbstätig in Teilzeit	9	Unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBMINI	geringfügig erwerbstätig	1	Ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBMINI	geringfügig erwerbstätig	2	Nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBMINI	geringfügig erwerbstätig	9	Unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBARBLOS	arbeitslos oder arbeitssuchend	1	ja o.n.A.
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBARBLOS	arbeitslos oder arbeitssuchend	2	Nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBARBLOS	arbeitslos oder arbeitssuchend	3	ja - kürzer als 12 Monate
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBARBLOS	arbeitslos oder arbeitssuchend	4	ja - 12 Monate oder länger
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBARBLOS	arbeitslos oder arbeitssuchend	9	Unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBRENT	Ruhestand oder Vorruhestand	1	Ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBRENT	Ruhestand oder Vorruhestand	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBRENT	Ruhestand oder Vorruhestand	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBUNFAEHIG	erwerbsunfähig	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBUNFAEHIG	erwerbsunfähig	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBUNFAEHIG	erwerbsunfähig	3	ja - kürzer als 12 Monate
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBUNFAEHIG	erwerbsunfähig	4	ja - 12 Monate oder länger
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBUNFAEHIG	erwerbsunfähig	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBSTUD	Schüler, Student, Praktikant	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBSTUD	Schüler, Student, Praktikant	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBSTUD	Schüler, Student, Praktikant	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBFSJ	freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBFSJ	freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBFSJ	freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBHAUSFR	Hausfrau/Hausmann	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBHAUSFR	Hausfrau/Hausmann	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBHAUSFR	Hausfrau/Hausmann	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBELTERNZ	Elternzeit	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBELTERNZ	Elternzeit	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBELTERNZ	Elternzeit	9	unbekannt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBANDERE	aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBANDERE	aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBANDERE	aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBMASSNAHME	in einer Maßnahme	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBMASSNAHME	in einer Maßnahme	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EERWERBMASSNAHME	in einer Maßnahme	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTJOB	Belastung: Berufliche Situation	1	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTJOB	Belastung: Berufliche Situation	2	leicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTJOB	Belastung: Berufliche Situation	3	mittelmäßig
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTJOB	Belastung: Berufliche Situation	4	stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTJOB	Belastung: Berufliche Situation	5	sehr stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTJOB	Belastung: Berufliche Situation	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTHAUS	Belastung: Haus- und Familienarbeit	1	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTHAUS	Belastung: Haus- und Familienarbeit	2	leicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTHAUS	Belastung: Haus- und Familienarbeit	3	mittelmäßig
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTHAUS	Belastung: Haus- und Familienarbeit	4	stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTHAUS	Belastung: Haus- und Familienarbeit	5	sehr stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTHAUS	Belastung: Haus- und Familienarbeit	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTVBARKEIT	Belastung: Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	1	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTVBARKEIT	Belastung: Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	2	leicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTVBARKEIT	Belastung: Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	3	mittelmäßig
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTVBARKEIT	Belastung: Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	4	stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTVBARKEIT	Belastung: Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	5	sehr stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTVBARKEIT	Belastung: Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTPFLEGE	Belastung: Pflege behinderter / erkrankter nahestehender Personen	1	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTPFLEGE	Belastung: Pflege behinderter / erkrankter nahestehender Personen	2	leicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTPFLEGE	Belastung: Pflege behinderter / erkrankter nahestehender Personen	3	mittelmäßig

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTPFLEGE	Personen Belastung: Pflege behinderter / erkrankter nahestehender Personen	4	stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTPFLEGE	Personen Belastung: Pflege behinderter / erkrankter nahestehender Personen	5	sehr stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTPFLEGE	Personen Belastung: Pflege behinderter / erkrankter nahestehender Personen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTSTREIT	Belastung: Konflikte / Streit mit nahestehenden Personen	1	überhaupt nicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTSTREIT	Belastung: Konflikte / Streit mit nahestehenden Personen	2	leicht
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTSTREIT	Belastung: Konflikte / Streit mit nahestehenden Personen	3	mittelmäßig
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTSTREIT	Belastung: Konflikte / Streit mit nahestehenden Personen	4	stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTSTREIT	Belastung: Konflikte / Streit mit nahestehenden Personen	5	sehr stark
EINFLUSSFAKTOR	EBELASTSTREIT	Belastung: Konflikte / Streit mit nahestehenden Personen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EPARTNER	ein fester Partner/eine feste Partnerin	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EPARTNER	ein fester Partner/eine feste Partnerin	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EPARTNER	ein fester Partner/eine feste Partnerin	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EHAUSHALT	gemeinsamer Haushalt	0	entfällt
EINFLUSSFAKTOR	EHAUSHALT	gemeinsamer Haushalt	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	EHAUSHALT	gemeinsamer Haushalt	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	EHAUSHALT	gemeinsamer Haushalt	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EABSCHLUSS	höchster Schulabschluss	1	Abitur, fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife
EINFLUSSFAKTOR	EABSCHLUSS	höchster Schulabschluss	2	Realschulabschluss, Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 10. Klasse
EINFLUSSFAKTOR	EABSCHLUSS	höchster Schulabschluss	3	Haupt-/Volksschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
EINFLUSSFAKTOR	EABSCHLUSS	höchster Schulabschluss	4	Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch (bei Schulbesuch im Ausland)

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	EABSCHLUSS	höchster Schulabschluss	5	Keinen Schulabschluss
EINFLUSSFAKTOR	EABSCHLUSS	höchster Schulabschluss	6	Ich bin noch Schüler/Schülerin
EINFLUSSFAKTOR	EABSCHLUSS	höchster Schulabschluss	99	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ERUECKKEHR	Rückkehr in Ihre bisherige Tätigkeit	0	entfällt, da nicht berufstätig
EINFLUSSFAKTOR	ERUECKKEHR	Rückkehr in Ihre bisherige Tätigkeit	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	ERUECKKEHR	Rückkehr in Ihre bisherige Tätigkeit	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	ERUECKKEHR	Rückkehr in Ihre bisherige Tätigkeit	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ERENTENANTRAG	Gedanken einen Frührentenantrag zu stellen	1	ja
EINFLUSSFAKTOR	ERENTENANTRAG	Gedanken einen Frührentenantrag zu stellen	2	nein
EINFLUSSFAKTOR	ERENTENANTRAG	Gedanken einen Frührentenantrag zu stellen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	3	

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWMAGMICH	Ich mag mich	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	9	unbekannt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	1	1 = nein /
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
		betrachten		
EINFLUSSFAKTOR	ESWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	1	1 = nein / stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	1	1 = nein / stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	5	

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWWEGHERAUS	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	1	1 = nein / Ich stimme nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	2	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	3	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	4	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	5	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	6	
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	7	7 = ja / Ich stimme völlig zu

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	ESWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ERELPRAKTIK	Religiöse Praktiken helfen mir in schwierigen Situationen	1	trifft vollständig zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELPRAKTIK	Religiöse Praktiken helfen mir in schwierigen Situationen	2	trifft teilweise/etwas zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELPRAKTIK	Religiöse Praktiken helfen mir in schwierigen Situationen	3	trifft eher/teilweise nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELPRAKTIK	Religiöse Praktiken helfen mir in schwierigen Situationen	4	trifft gar nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELPRAKTIK	Religiöse Praktiken helfen mir in schwierigen Situationen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ERELSEELE	Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter	1	trifft vollständig zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELSEELE	Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter	2	trifft teilweise/etwas zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELSEELE	Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter	3	trifft eher/teilweise nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELSEELE	Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter	4	trifft gar nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELSEELE	Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ERELGOTT	Ich versuche, mich der Hand Gottes anzuvertrauen	1	trifft vollständig zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGOTT	Ich versuche, mich der Hand Gottes anzuvertrauen	2	trifft teilweise/etwas zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGOTT	Ich versuche, mich der Hand Gottes anzuvertrauen	3	trifft eher/teilweise nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGOTT	Ich versuche, mich der Hand Gottes anzuvertrauen	4	trifft gar nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGOTT	Ich versuche, mich der Hand Gottes anzuvertrauen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ERELGLAUBE	Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre	1	trifft vollständig zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGLAUBE	Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre	2	trifft teilweise/etwas zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGLAUBE	Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre	3	trifft eher/teilweise nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGLAUBE	Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre	4	trifft gar nicht zu
EINFLUSSFAKTOR	ERELGLAUBE	Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	ENAHBERS	nahe Personen	1	keine
EINFLUSSFAKTOR	ENAHBERS	nahe Personen	2	1-2
EINFLUSSFAKTOR	ENAHBERS	nahe Personen	3	3-5

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
EINFLUSSFAKTOR	ENAHBERS	nahe Personen	4	6 oder mehr
EINFLUSSFAKTOR	ENAHBERS	nahe Personen	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EANTEILN	Anteilnahme	1	keine
EINFLUSSFAKTOR	EANTEILN	Anteilnahme	2	wenig
EINFLUSSFAKTOR	EANTEILN	Anteilnahme	3	weder viel noch wenig
EINFLUSSFAKTOR	EANTEILN	Anteilnahme	4	viel
EINFLUSSFAKTOR	EANTEILN	Anteilnahme	5	sehr viel
EINFLUSSFAKTOR	EANTEILN	Anteilnahme	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EHILFE	praktische Hilfe von Nachbarn	1	sehr schwierig
EINFLUSSFAKTOR	EHILFE	praktische Hilfe von Nachbarn	2	schwierig
EINFLUSSFAKTOR	EHILFE	praktische Hilfe von Nachbarn	3	möglich
EINFLUSSFAKTOR	EHILFE	praktische Hilfe von Nachbarn	4	einfach
EINFLUSSFAKTOR	EHILFE	praktische Hilfe von Nachbarn	5	sehr einfach
EINFLUSSFAKTOR	EHILFE	praktische Hilfe von Nachbarn	9	unbekannt
EINFLUSSFAKTOR	EANTWORT	Art der Antwort	1	schriftlich
EINFLUSSFAKTOR	EANTWORT	Art der Antwort	2	vor Ort erhoben
EINFLUSSFAKTOR	EEDATUM	Eingangsdatum		

12.9 Anhang I: Datenbankschemavorschlag T2

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	BESCHWERDEN	Dauer der Beschwerden [Tage]	777	andauernd
LANGZEIT	BESCHWERDEN	Dauer der Beschwerden [Tage]	999	unbekannt
LANGZEIT	ARBEITSUNF	Dauer Arbeitsunfähigkeit [Tage]	777	andauernd
LANGZEIT	ARBEITSUNF	Dauer Arbeitsunfähigkeit [Tage]	999	unbekannt
LANGZEIT	ARBEIT	Rückkehr in alte Beschäftigung	1	ja
LANGZEIT	ARBEIT	Rückkehr in alte Beschäftigung	2	nein
LANGZEIT	ARBEIT	Rückkehr in alte Beschäftigung	3	langsamer Wiedereinstieg
LANGZEIT	ARBEIT	Rückkehr in alte Beschäftigung	9	unbekannt
LANGZEIT	HOBBY	Wiederaufnahme Freizeitaktivitäten	1	ja
LANGZEIT	HOBBY	Wiederaufnahme Freizeitaktivitäten	2	nein
LANGZEIT	HOBBY	Wiederaufnahme Freizeitaktivitäten	3	langsamer Wiedereinstieg
LANGZEIT	HOBBY	Wiederaufnahme Freizeitaktivitäten	9	unbekannt
LANGZEIT	UMZUG	Umzug oder Umbau erforderlich	1	ja
LANGZEIT	UMZUG	Umzug oder Umbau erforderlich	2	nein
LANGZEIT	UMZUG	Umzug oder Umbau erforderlich	9	unbekannt
LANGZEIT	MEDIKAMENTE	Medikamente zur Linderung von Unfallfolgen	1	ja
LANGZEIT	MEDIKAMENTE	Medikamente zur Linderung von Unfallfolgen	2	nein
LANGZEIT	MEDIKAMENTE	Medikamente zur Linderung von Unfallfolgen	9	unbekannt
LANGZEIT	MED_WUNDS	Hautschutz / Wundsalben	1	ja
LANGZEIT	MED_WUNDS	Hautschutz / Wundsalben	2	nein
LANGZEIT	MED_WUNDS	Hautschutz / Wundsalben	9	unbekannt
LANGZEIT	MED_NAHR	Vitamine/Nahrungsergänzungsmittel	1	ja
LANGZEIT	MED_NAHR	Vitamine/Nahrungsergänzungsmittel	2	nein
LANGZEIT	MED_NAHR	Vitamine/Nahrungsergänzungsmittel	9	unbekannt
LANGZEIT	MED_HYPNOTIKA	Hypnotika	1	ja
LANGZEIT	MED_HYPNOTIKA	Hypnotika	2	nein
LANGZEIT	MED_HYPNOTIKA	Hypnotika	3	rezeptfreie Hypnotika
LANGZEIT	MED_HYPNOTIKA	Hypnotika	4	rezeptpflichtige Hypnotika
LANGZEIT	MED_HYPNOTIKA	Hypnotika	9	unbekannt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	1	Psychopharmaka o.n.A.
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	2	nein
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	3	Schmerzbehandlung
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	4	Depressionen / Angststörungen
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	5	Schlafstörungen
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	6	Schmerzbeh. und Depressionen
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	7	Schmerzbeh. und Schlafstörungen
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	8	Depressionen und Schlafstörungen
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	9	Schmerzbeh., Depressionen + Schlafstörungen
LANGZEIT	MED_PSYCHO	Psychopharmaka	99	unbekannt
LANGZEIT	MED_ANALG	Schmerzmittel	1	Schmerzmittel o.n.A.
LANGZEIT	MED_ANALG	Schmerzmittel	2	nein
LANGZEIT	MED_ANALG	Schmerzmittel	3	Schmerzgel und ähnliche
LANGZEIT	MED_ANALG	Schmerzmittel	4	rezeptfreie Schmerzmittel
LANGZEIT	MED_ANALG	Schmerzmittel	5	rezeptpflichtige Schmerzmittel
LANGZEIT	MED_ANALG	Schmerzmittel	6	Schmerzmittel nach Betäubungsmittelges.
LANGZEIT	MED_ANALG	Schmerzmittel	9	unbekannt
LANGZEIT	MED_RELAX	Muskelrelaxanzen	1	ja
LANGZEIT	MED_RELAX	Muskelrelaxanzen	2	nein
LANGZEIT	MED_RELAX	Muskelrelaxanzen	9	unbekannt
LANGZEIT	MEDTEXT	welche Medikamente		
LANGZEIT	SCHMERZEN	häufigen stärkeren Schmerzen	1	ja
LANGZEIT	SCHMERZEN	häufigen stärkeren Schmerzen	2	nein
LANGZEIT	SCHMERZEN	häufigen stärkeren Schmerzen	9	unbekannt
LANGZEIT	BEWEGUNG	Bewegungseinschränkungen	1	ja
LANGZEIT	BEWEGUNG	Bewegungseinschränkungen	2	nein
LANGZEIT	BEWEGUNG	Bewegungseinschränkungen	9	unbekannt
LANGZEIT	SELBSTV	Problemen bei der Selbstversorgung	1	ja
LANGZEIT	SELBSTV	Problemen bei der Selbstversorgung	2	nein
LANGZEIT	SELBSTV	Problemen bei der Selbstversorgung	9	unbekannt
LANGZEIT	SELBSTV	Problemen bei der Selbstversorgung	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	KOERPER	körperlichen Beeinträchtigungen	1	ja
LANGZEIT	KOERPER	körperlichen Beeinträchtigungen	2	nein
LANGZEIT	KOERPER	körperlichen Beeinträchtigungen	9	unbekannt
LANGZEIT	KONZENT	Konzentrationsstörungen	1	ja
LANGZEIT	KONZENT	Konzentrationsstörungen	2	nein
LANGZEIT	KONZENT	Konzentrationsstörungen	9	unbekannt
LANGZEIT	ANGST	Ängsten	1	ja
LANGZEIT	ANGST	Ängsten	2	nein
LANGZEIT	ANGST	Ängsten	9	unbekannt
LANGZEIT	DEPRESSION	Niedergeschlagenheit/depressiver Stimmung	1	ja
LANGZEIT	DEPRESSION	Niedergeschlagenheit/depressiver Stimmung	2	nein
LANGZEIT	DEPRESSION	Niedergeschlagenheit/depressiver Stimmung	9	unbekannt
LANGZEIT	DEPRESSION	Niedergeschlagenheit/depressiver Stimmung	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BERUF	verringertes Leistung im Beruf/Haushalt/etc.	1	ja
LANGZEIT	BERUF	verringertes Leistung im Beruf/Haushalt/etc.	2	nein
LANGZEIT	BERUF	verringertes Leistung im Beruf/Haushalt/etc.	9	unbekannt
LANGZEIT	ALLTAG	verringertes Leistung im Alltag	1	ja
LANGZEIT	ALLTAG	verringertes Leistung im Alltag	2	nein
LANGZEIT	ALLTAG	verringertes Leistung im Alltag	9	unbekannt
LANGZEIT	FREIZEIT	verringertes Leistung in der Freizeit	1	ja
LANGZEIT	FREIZEIT	verringertes Leistung in der Freizeit	2	nein
LANGZEIT	FREIZEIT	verringertes Leistung in der Freizeit	9	unbekannt
LANGZEIT	MOBIL	Mobilitätseinschränkungen	1	ja
LANGZEIT	MOBIL	Mobilitätseinschränkungen	2	nein
LANGZEIT	MOBIL	Mobilitätseinschränkungen	9	unbekannt
LANGZEIT	KONTAKTE	Problemen bei sozialen Kontakten	1	ja
LANGZEIT	KONTAKTE	Problemen bei sozialen Kontakten	2	nein
LANGZEIT	KONTAKTE	Problemen bei sozialen Kontakten	9	unbekannt
LANGZEIT	FAMILIAER	familiären Problemen	1	ja
LANGZEIT	FAMILIAER	familiären Problemen	2	nein
LANGZEIT	FAMILIAER	familiären Problemen	9	unbekannt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	FAMILIAER	familiären Problemen	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	SPAETFOLGEN	Langzeitfolgen	1	ja
LANGZEIT	SPAETFOLGEN	Langzeitfolgen	2	nein
LANGZEIT	SPAETFOLGEN	Langzeitfolgen	9	unbekannt
LANGZEIT	BEHINDVOR	Behinderung vor Unfall	1	ja
LANGZEIT	BEHINDVOR	Behinderung vor Unfall	2	nein
LANGZEIT	BEHINDVOR	Behinderung vor Unfall	9	unbekannt
LANGZEIT	BEHINDNACH	Behinderung als Unfallfolge	1	ja
LANGZEIT	BEHINDNACH	Behinderung als Unfallfolge	2	nein
LANGZEIT	BEHINDNACH	Behinderung als Unfallfolge	9	unbekannt
LANGZEIT	VERLETZUNG	weitere Verletzungen bekannt	1	ja
LANGZEIT	VERLETZUNG	weitere Verletzungen bekannt	2	nein
LANGZEIT	VERLETZUNG	weitere Verletzungen bekannt	9	unbekannt
LANGZEIT	VERLETZUNGTEXT	welche Verletzungen		
LANGZEIT	ZUSTIMM	Zustimmung zu weiteren Anschreiben	0	entfällt
LANGZEIT	ZUSTIMM	Zustimmung zu weiteren Anschreiben	1	ja
LANGZEIT	ZUSTIMM	Zustimmung zu weiteren Anschreiben	2	nein
LANGZEIT	ANTWORT	Art der Antwort	1	schriftlich
LANGZEIT	ANTWORT	Art der Antwort	2	Online
LANGZEIT	ANTWORT	Art der Antwort	3	Telefon
LANGZEIT	ANMERK	Anmerkungen		
LANGZEIT	SCHMERZTH	Schmerztherapie	0	entfällt
LANGZEIT	SCHMERZTH	Schmerztherapie	1	ja, in Anspruch genommen
				Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch
LANGZEIT	SCHMERZTH	Schmerztherapie	2	genommen
LANGZEIT	SCHMERZTH	Schmerztherapie	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	SCHMERZTH	Schmerztherapie	9	keine Angaben
LANGZEIT	SCHMERZTH	Schmerztherapie	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	PHYSIOTH	Physiotherapie	0	entfällt
LANGZEIT	PHYSIOTH	Physiotherapie	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEIT	PHYSIOTH	Physiotherapie	2	Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
				genommen
LANGZEIT	PHYSIOTH	Physiotherapie	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	PHYSIOTH	Physiotherapie	9	keine Angaben
LANGZEIT	PHYSIOTH	Physiotherapie	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	SPORTTH	Sporttherapie	0	entfällt
LANGZEIT	SPORTTH	Sporttherapie	1	ja, in Anspruch genommen
				Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch
LANGZEIT	SPORTTH	Sporttherapie	2	genommen
LANGZEIT	SPORTTH	Sporttherapie	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	SPORTTH	Sporttherapie	9	keine Angaben
LANGZEIT	SPORTTH	Sporttherapie	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	PSYCHOTH	Verhaltens-, Psychotherapie oder Psychotraumatherapie	0	entfällt
LANGZEIT	PSYCHOTH	Verhaltens-, Psychotherapie oder Psychotraumatherapie	1	ja, in Anspruch genommen
				Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch
LANGZEIT	PSYCHOTH	Verhaltens-, Psychotherapie oder Psychotraumatherapie	2	genommen
LANGZEIT	PSYCHOTH	Verhaltens-, Psychotherapie oder Psychotraumatherapie	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	PSYCHOTH	Verhaltens-, Psychotherapie oder Psychotraumatherapie	9	keine Angaben
LANGZEIT	PSYCHOTH	Verhaltens-, Psychotherapie oder Psychotraumatherapie	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	REHA	Behandlung in der Reha-Klinik	0	entfällt
LANGZEIT	REHA	Behandlung in der Reha-Klinik	1	ja, in Anspruch genommen
				Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch
LANGZEIT	REHA	Behandlung in der Reha-Klinik	2	genommen
LANGZEIT	REHA	Behandlung in der Reha-Klinik	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	REHA	Behandlung in der Reha-Klinik	9	keine Angaben
LANGZEIT	REHA	Behandlung in der Reha-Klinik	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	0	entfällt
LANGZEIT	BERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	1	ja, in Anspruch genommen
				Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch
LANGZEIT	BERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	2	genommen
LANGZEIT	BERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	BERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	9	keine Angaben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	BERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	ERGOTH	Ergotherapie	0	entfällt
LANGZEIT	ERGOTH	Ergotherapie	1	ja, in Anspruch genommen Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch
LANGZEIT	ERGOTH	Ergotherapie	2	genommen
LANGZEIT	ERGOTH	Ergotherapie	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	ERGOTH	Ergotherapie	9	keine Angaben
LANGZEIT	ERGOTH	Ergotherapie	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	ANDERETH	Andere Therapie	0	entfällt
LANGZEIT	ANDERETH	Andere Therapie	1	ja, in Anspruch genommen Angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch
LANGZEIT	ANDERETH	Andere Therapie	2	genommen
LANGZEIT	ANDERETH	Andere Therapie	3	Nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEIT	ANDERETH	Andere Therapie	9	keine Angaben
LANGZEIT	ANDERETH	Andere Therapie	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	ANDERETHTEXT	Welche Therapie		
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	0	entfällt
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	1	Gesetzliche Krankenkasse
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	2	Private Krankenversicherung
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	3	Berufsgenossenschaft
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	4	Unfallkasse
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	5	Private Unfallversicherung
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	6	Rentenversicherung
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	7	Andere
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	KOSTENTRAEGER	Kostenträger	99	unbekannt
LANGZEIT	KTRAEGER01	Gesetzliche Krankenkasse	0	entfällt
LANGZEIT	KTRAEGER01	Gesetzliche Krankenkasse	1	ja
LANGZEIT	KTRAEGER01	Gesetzliche Krankenkasse	2	nein
LANGZEIT	KTRAEGER01	Gesetzliche Krankenkasse	9	keine Angaben
LANGZEIT	KTRAEGER02	Private Krankenversicherung	0	entfällt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	KTRAEGER02	Private Krankenversicherung	1	ja
LANGZEIT	KTRAEGER02	Private Krankenversicherung	2	nein
LANGZEIT	KTRAEGER02	Private Krankenversicherung	9	keine Angaben
LANGZEIT	KTRAEGER03	Berufsgenossenschaft	0	entfällt
LANGZEIT	KTRAEGER03	Berufsgenossenschaft	1	ja
LANGZEIT	KTRAEGER03	Berufsgenossenschaft	2	nein
LANGZEIT	KTRAEGER03	Berufsgenossenschaft	9	keine Angaben
LANGZEIT	KTRAEGER04	Unfallkasse	0	entfällt
LANGZEIT	KTRAEGER04	Unfallkasse	1	ja
LANGZEIT	KTRAEGER04	Unfallkasse	2	nein
LANGZEIT	KTRAEGER04	Unfallkasse	9	keine Angaben
LANGZEIT	KTRAEGER05	Private Unfallversicherung	0	entfällt
LANGZEIT	KTRAEGER05	Private Unfallversicherung	1	ja
LANGZEIT	KTRAEGER05	Private Unfallversicherung	2	nein
LANGZEIT	KTRAEGER05	Private Unfallversicherung	9	keine Angaben
LANGZEIT	KTRAEGER06	Rentenversicherung	0	entfällt
LANGZEIT	KTRAEGER06	Rentenversicherung	1	ja
LANGZEIT	KTRAEGER06	Rentenversicherung	2	nein
LANGZEIT	KTRAEGER06	Rentenversicherung	9	keine Angaben
LANGZEIT	KTRAEGER07	andere Kostenträger	0	entfällt
LANGZEIT	KTRAEGER07	andere Kostenträger	1	ja
LANGZEIT	KTRAEGER07	andere Kostenträger	2	nein
LANGZEIT	KTRAEGER07	andere Kostenträger	9	keine Angaben
LANGZEIT	KTRAEGERTEXT	andere Kostenträger		
LANGZEIT	WOHLBEFINDEN	aktuelles psychisches Wohlbefinden	1	sehr gut
LANGZEIT	WOHLBEFINDEN	aktuelles psychisches Wohlbefinden	2	gut
LANGZEIT	WOHLBEFINDEN	aktuelles psychisches Wohlbefinden	3	zufriedenstellend
LANGZEIT	WOHLBEFINDEN	aktuelles psychisches Wohlbefinden	4	weniger gut
LANGZEIT	WOHLBEFINDEN	aktuelles psychisches Wohlbefinden	5	schlecht
LANGZEIT	WOHLBEFINDEN	aktuelles psychisches Wohlbefinden	9	unbekannt
LANGZEIT	WOHLBEFINDEN	aktuelles psychisches Wohlbefinden	97	zum Befragungszeitpunkt nicht erhoben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	GESZUSTAND	aktueller Gesundheitszustand	1	sehr gut
LANGZEIT	GESZUSTAND	aktueller Gesundheitszustand	2	gut
LANGZEIT	GESZUSTAND	aktueller Gesundheitszustand	3	zufriedenstellend
LANGZEIT	GESZUSTAND	aktueller Gesundheitszustand	4	weniger gut
LANGZEIT	GESZUSTAND	aktueller Gesundheitszustand	5	schlecht
LANGZEIT	GESZUSTAND	aktueller Gesundheitszustand	9	unbekannt
LANGZEIT	GESZUSTAND	aktueller Gesundheitszustand	97	zum Befragungszeitpunkt nicht erhoben
LANGZEIT	GEQ5DVAS	aktueller Gesundheitszustand	997	zum Befragungszeitpunkt nicht erhoben
LANGZEIT	GEQ5DVAS	aktueller Gesundheitszustand	999	unbekannt, keine Angaben
LANGZEIT	ZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	überhaupt nicht
LANGZEIT	ZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	1	an einzelnen Tagen
LANGZEIT	ZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEIT	ZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	3	beinahe jeden Tag
LANGZEIT	ZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	9	keine Angaben
LANGZEIT	ZWINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	97	zum Befragungszeitpunkt nicht erhoben
LANGZEIT	ZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	überhaupt nicht
LANGZEIT	ZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	1	an einzelnen Tagen
LANGZEIT	ZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEIT	ZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	3	beinahe jeden Tag
LANGZEIT	ZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	9	keine Angaben
LANGZEIT	ZWNIEDERGES	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	97	zum Befragungszeitpunkt nicht erhoben
LANGZEIT	ZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	überhaupt nicht
LANGZEIT	ZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	1	an einzelnen Tagen
LANGZEIT	ZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEIT	ZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	3	beinahe jeden Tag
LANGZEIT	ZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	9	keine Angaben
LANGZEIT	ZWNERVOS	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	97	zum Befragungszeitpunkt nicht erhoben
LANGZEIT	ZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	überhaupt nicht
LANGZEIT	ZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	1	an einzelnen Tagen
LANGZEIT	ZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEIT	ZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	3	beinahe jeden Tag

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	ZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	9	keine Angaben
LANGZEIT	ZWSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	MOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	1	keine Probleme
LANGZEIT	MOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	2	leichte Probleme
LANGZEIT	MOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	3	mäßige Probleme
LANGZEIT	MOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	4	schwere Probleme
LANGZEIT	MOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	5	Ich bin nicht in der Lage zu gehen
LANGZEIT	MOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	9	unbekannt
LANGZEIT	MOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...		keine Probleme, mich zu waschen oder anzuziehen
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...	1	anzuziehen
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...	2	anzuziehen
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...	3	mäßige Probleme, mich zu waschen oder anzuziehen
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...	4	anzuziehen
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...	5	große Probleme, mich zu waschen oder ich bin nicht in der Lage, mich zu waschen oder anzuziehen
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...	9	anzuziehen
LANGZEIT	VERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Ich habe ...	97	unbekannt
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...		keine Probleme, meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	1	durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	2	leichte Probleme, meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	3	mäßige Probleme, meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	4	große Probleme, meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	5	durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...		ich bin nicht in der Lage, meine gewohnten Tätigkeiten durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	5	Tätigkeiten durchzuführen
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	9	unbekannt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	TAETIGKEIT	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Ich habe ...	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	SCHMERZ	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...	1	keine Schmerzen oder Beschwerden
LANGZEIT	SCHMERZ	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...	2	leichte Schmerzen oder Beschwerden
LANGZEIT	SCHMERZ	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...	3	mäßige Schmerzen oder Beschwerden
LANGZEIT	SCHMERZ	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...	4	starke Schmerzen oder Beschwerden
LANGZEIT	SCHMERZ	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...	5	extreme Schmerzen oder Beschwerden
LANGZEIT	SCHMERZ	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...	9	unbekannt
LANGZEIT	SCHMERZ	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe ...	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	NIEDERGESCH	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...	1	nicht ängstlich oder niedergeschlagen
LANGZEIT	NIEDERGESCH	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...	2	leicht ängstlich oder niedergeschlagen
LANGZEIT	NIEDERGESCH	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...	3	mäßig ängstlich oder niedergeschlagen
LANGZEIT	NIEDERGESCH	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...	4	stark ängstlich oder niedergeschlagen
LANGZEIT	NIEDERGESCH	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...	5	extrem ängstlich oder niedergeschlagen
LANGZEIT	NIEDERGESCH	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...	9	unbekannt
LANGZEIT	NIEDERGESCH	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin ...	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	EQ5DINDEX	EQ5DINDEX		
LANGZEIT	TODESANGST	Angst/Todesangst während oder kurz nach VU	1	ja
LANGZEIT	TODESANGST	Angst/Todesangst während oder kurz nach VU	2	nein
LANGZEIT	TODESANGST	Angst/Todesangst während oder kurz nach VU	9	unbekannt
LANGZEIT	TODESANGST	Angst/Todesangst während oder kurz nach VU	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	HILFLOS	Gefühl der Hilflosigkeit während oder kurz nach VU	1	ja
LANGZEIT	HILFLOS	Gefühl der Hilflosigkeit während oder kurz nach VU	2	nein
LANGZEIT	HILFLOS	Gefühl der Hilflosigkeit während oder kurz nach VU	9	unbekannt
LANGZEIT	HILFLOS	Gefühl der Hilflosigkeit während oder kurz nach VU	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BELASTUNG	psychische Belastung bei der Erinnerung an Unfall	1	ja
LANGZEIT	BELASTUNG	psychische Belastung bei der Erinnerung an Unfall	2	nein
LANGZEIT	BELASTUNG	psychische Belastung bei der Erinnerung an Unfall	9	unbekannt
LANGZEIT	BELASTUNG	psychische Belastung bei der Erinnerung an Unfall	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	GEFUEHLE	spüren Wellen von starken Gefühlen	1	ja
LANGZEIT	GEFUEHLE	spüren Wellen von starken Gefühlen	2	nein
LANGZEIT	GEFUEHLE	spüren Wellen von starken Gefühlen	9	unbekannt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	GEFUEHLE	spüren Wellen von starken Gefühlen	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	SCHLAFFSTOER	Schlafstörung beim Gedanken an Unfall	1	ja
LANGZEIT	SCHLAFFSTOER	Schlafstörung beim Gedanken an Unfall	2	nein
LANGZEIT	SCHLAFFSTOER	Schlafstörung beim Gedanken an Unfall	9	unbekannt
LANGZEIT	SCHLAFFSTOER	Schlafstörung beim Gedanken an Unfall	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BILDERVU	Bilder vom Unfall im Kopf	1	ja
LANGZEIT	BILDERVU	Bilder vom Unfall im Kopf	2	nein
LANGZEIT	BILDERVU	Bilder vom Unfall im Kopf	9	unbekannt
LANGZEIT	BILDERVU	Bilder vom Unfall im Kopf	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	ALPTRAUM	belastende Träume oder Alpträume	1	ja
LANGZEIT	ALPTRAUM	belastende Träume oder Alpträume	2	nein
LANGZEIT	ALPTRAUM	belastende Träume oder Alpträume	9	unbekannt
LANGZEIT	ALPTRAUM	belastende Träume oder Alpträume	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	NACHDENKEN	Vermeiden über den Unfall nachzudenken	1	ja
LANGZEIT	NACHDENKEN	Vermeiden über den Unfall nachzudenken	2	nein
LANGZEIT	NACHDENKEN	Vermeiden über den Unfall nachzudenken	9	unbekannt
LANGZEIT	NACHDENKEN	Vermeiden über den Unfall nachzudenken	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	EINSCHRAENKUNG	Einschränkung der Fähigkeit Gefühle zu erleben	1	ja
LANGZEIT	EINSCHRAENKUNG	Einschränkung der Fähigkeit Gefühle zu erleben	2	nein
LANGZEIT	EINSCHRAENKUNG	Einschränkung der Fähigkeit Gefühle zu erleben	9	unbekannt
LANGZEIT	EINSCHRAENKUNG	Einschränkung der Fähigkeit Gefühle zu erleben	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	FOLGENGES	Befürchten der schlimmen Folgen für die Gesundheit	1	ja
LANGZEIT	FOLGENGES	Befürchten der schlimmen Folgen für die Gesundheit	2	nein
LANGZEIT	FOLGENGES	Befürchten der schlimmen Folgen für die Gesundheit	9	unbekannt
LANGZEIT	FOLGENGES	Befürchten der schlimmen Folgen für die Gesundheit	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	SCHULDVU	Schuldeinschätzung	0	keine Angaben
LANGZEIT	SCHULDVU	Schuldeinschätzung	1	selbst
LANGZEIT	SCHULDVU	Schuldeinschätzung	2	Gegner
LANGZEIT	SCHULDVU	Schuldeinschätzung	3	beide
LANGZEIT	SCHULDVU	Schuldeinschätzung	4	keiner
LANGZEIT	SCHULDVU	Schuldeinschätzung	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	GENESUNG	Einschätzung der Genesungsfortschritte	0	ich hatte keine Beschwerden
LANGZEIT	GENESUNG	Einschätzung der Genesungsfortschritte	1	kein
LANGZEIT	GENESUNG	Einschätzung der Genesungsfortschritte	2	kleiner
LANGZEIT	GENESUNG	Einschätzung der Genesungsfortschritte	3	großer
LANGZEIT	GENESUNG	Einschätzung der Genesungsfortschritte	4	sehr großer Fortschritt
LANGZEIT	GENESUNG	Einschätzung der Genesungsfortschritte	9	unbekannt
LANGZEIT	GENESUNG	Einschätzung der Genesungsfortschritte	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	ABWICKLUNG	administrative Abwicklung des VU abgeschlossen	1	ja
LANGZEIT	ABWICKLUNG	administrative Abwicklung des VU abgeschlossen	2	nein
LANGZEIT	ABWICKLUNG	administrative Abwicklung des VU abgeschlossen	9	unbekannt
LANGZEIT	ABWICKLUNG	administrative Abwicklung des VU abgeschlossen	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	SCHADENERSATZ	Schadenersatz	1	ja, ohne n.a.
LANGZEIT	SCHADENERSATZ	Schadenersatz	2	nein
LANGZEIT	SCHADENERSATZ	Schadenersatz	3	ja, belastet
LANGZEIT	SCHADENERSATZ	Schadenersatz	4	nein, belastet nicht
LANGZEIT	SCHADENERSATZ	Schadenersatz	9	unbekannt
LANGZEIT	SCHADENERSATZ	Schadenersatz	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	STRAFVERFAHREN	Bußgeld-/Strafverfahren	1	ja, ohne n.a.
LANGZEIT	STRAFVERFAHREN	Bußgeld-/Strafverfahren	2	nein
LANGZEIT	STRAFVERFAHREN	Bußgeld-/Strafverfahren	3	ja, belastet
LANGZEIT	STRAFVERFAHREN	Bußgeld-/Strafverfahren	4	nein, belastet nicht
LANGZEIT	STRAFVERFAHREN	Bußgeld-/Strafverfahren	9	unbekannt
LANGZEIT	STRAFVERFAHREN	Bußgeld-/Strafverfahren	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	ERWERBSUNFAEHIG	Erwerbsunfähigkeit	1	ja, ohne n.a.
LANGZEIT	ERWERBSUNFAEHIG	Erwerbsunfähigkeit	2	nein
LANGZEIT	ERWERBSUNFAEHIG	Erwerbsunfähigkeit	3	ja, belastet
LANGZEIT	ERWERBSUNFAEHIG	Erwerbsunfähigkeit	4	nein, belastet nicht
LANGZEIT	ERWERBSUNFAEHIG	Erwerbsunfähigkeit	9	unbekannt
LANGZEIT	ERWERBSUNFAEHIG	Erwerbsunfähigkeit	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BANDERE1	Anderer Bereich	1	ja, ohne n.a.
LANGZEIT	BANDERE1	Anderer Bereich	2	nein

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEIT	BANDERE1	Anderer Bereich	3	ja, belastet
LANGZEIT	BANDERE1	Anderer Bereich	4	nein, belastet nicht
LANGZEIT	BANDERE1	Anderer Bereich	9	unbekannt
LANGZEIT	BANDERE1	Anderer Bereich	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BANDERE2	Anderer Bereich	1	ja, ohne n.a.
LANGZEIT	BANDERE2	Anderer Bereich	2	nein
LANGZEIT	BANDERE2	Anderer Bereich	3	ja, belastet
LANGZEIT	BANDERE2	Anderer Bereich	4	nein, belastet nicht
LANGZEIT	BANDERE2	Anderer Bereich	9	unbekannt
LANGZEIT	BANDERE2	Anderer Bereich	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BANDERE3	Anderer Bereich	1	ja, ohne n.a.
LANGZEIT	BANDERE3	Anderer Bereich	2	nein
LANGZEIT	BANDERE3	Anderer Bereich	3	ja, belastet
LANGZEIT	BANDERE3	Anderer Bereich	4	nein, belastet nicht
LANGZEIT	BANDERE3	Anderer Bereich	9	unbekannt
LANGZEIT	BANDERE3	Anderer Bereich	97	zum Befragungszeitpunk nicht erhoben
LANGZEIT	BANDERE1TEXT	Bereich		
LANGZEIT	BANDERE2TEXT	Bereich		
LANGZEIT	BANDERE3TEXT	Bereich		
LANGZEIT	EDATUM	Eingangsdatum		

12.10 Anhang J: Datenbankschemavorschlag T3-T8

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DZEITPUNKT	Befragungszeitpunkt	3	T3 Befragung nach 1 Jahr
LANGZEITD	DZEITPUNKT	Befragungszeitpunkt	4	T4 Befragung nach 2 Jahren
LANGZEITD	DZEITPUNKT	Befragungszeitpunkt	5	T5 Befragung nach 3 Jahren
LANGZEITD	DZEITPUNKT	Befragungszeitpunkt	6	T6 Befragung nach 4 Jahren
LANGZEITD	DZEITPUNKT	Befragungszeitpunkt	7	T7 Befragung nach 7 Jahren
LANGZEITD	DZEITPUNKT	Befragungszeitpunkt	8	T8 Befragung nach 10 Jahren
LANGZEITD	DEQ5DVAS	1.Skala: aktuelle Gesundheit	999	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DMOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	1	keine Probleme
LANGZEITD	DMOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	2	leichte Probleme
LANGZEITD	DMOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	3	mäßige Probleme
LANGZEITD	DMOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	4	schwere Probleme
LANGZEITD	DMOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	5	ich bin nicht in der Lage zu gehen
LANGZEITD	DMOBILITAET	MOBILITÄT: Ich habe beim Gehen ...	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DVERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen habe ich...	1	keine Probleme
LANGZEITD	DVERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen habe ich...	2	leichte Probleme
LANGZEITD	DVERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen habe ich...	3	mäßige Probleme
LANGZEITD	DVERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen habe ich...	4	große Probleme
LANGZEITD	DVERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen habe ich...	5	dazu bin ich nicht in der Lage
LANGZEITD	DVERSORGUNG	SELBSTVERSORGUNG: Mich zu waschen oder anzuziehen habe ich...	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DTAETIGKEITEN	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Gewohnte Tätigkeiten durchzuführen, dabei habe ich...	1	keine Probleme
LANGZEITD	DTAETIGKEITEN	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Gewohnte Tätigkeiten durchzuführen, dabei habe ich...	2	leichte Probleme
LANGZEITD	DTAETIGKEITEN	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Gewohnte Tätigkeiten durchzuführen, dabei habe ich...	3	mäßige Problem
LANGZEITD	DTAETIGKEITEN	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Gewohnte Tätigkeiten durchzuführen, dabei habe ich...	4	große Probleme
LANGZEITD	DTAETIGKEITEN	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Gewohnte Tätigkeiten durchzuführen, dabei habe ich...	5	dazu bin ich nicht in der Lage
LANGZEITD	DTAETIGKEITEN	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN: Gewohnte Tätigkeiten durchzuführen,	9	unbekannt, keine Angabe

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
		dabei habe ich...		
LANGZEITD	DSCHMERZ	SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe...	1	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZ	SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe...	2	leichte Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZ	SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe...	3	mäßige Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZ	SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe...	4	starke Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZ	SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe...	5	extreme Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZ	SCHMERZEN oder KÖRPERLICHE BESCHWERDEN: Ich habe...	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DNIEDERGESCH	ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin...	1	nicht ängstlich, niedergeschlagen
LANGZEITD	DNIEDERGESCH	ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin...	2	leicht ängstlich, niedergeschlagen
LANGZEITD	DNIEDERGESCH	ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin...	3	mäßig ängstlich, niedergeschlagen
LANGZEITD	DNIEDERGESCH	ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin...	4	stark ängstlich, niedergeschlagen
LANGZEITD	DNIEDERGESCH	ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin...	5	extrem ängstlich, niedergeschlagen
LANGZEITD	DNIEDERGESCH	ANGST oder NIEDERGESCHLAGENHEIT: Ich bin...	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEQ5INDEX	EQ5 Index		
LANGZEITD	DNOTWDINGE	Wie stark durch Schmerzen an notwendigen Dingen gehindert	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DNOTWDINGE	Wie stark durch Schmerzen an notwendigen Dingen gehindert	2	ein wenig
LANGZEITD	DNOTWDINGE	Wie stark durch Schmerzen an notwendigen Dingen gehindert	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DNOTWDINGE	Wie stark durch Schmerzen an notwendigen Dingen gehindert	4	ziemlich
LANGZEITD	DNOTWDINGE	Wie stark durch Schmerzen an notwendigen Dingen gehindert	5	äußerst
LANGZEITD	DNOTWDINGE	Wie stark durch Schmerzen an notwendigen Dingen gehindert	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DMEDBEHANDLUNG	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DMEDBEHANDLUNG	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?	2	ein wenig
LANGZEITD	DMEDBEHANDLUNG	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DMEDBEHANDLUNG	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?	4	ziemlich
LANGZEITD	DMEDBEHANDLUNG	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?	5	äußerst
LANGZEITD	DMEDBEHANDLUNG	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DGENUSS	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DGENUSS	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	2	ein wenig
LANGZEITD	DGENUSS	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DGENUSS	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	4	ziemlich
LANGZEITD	DGENUSS	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	5	äußerst

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DGENUSS	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSINN	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DSINN	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	2	ein wenig
LANGZEITD	DSINN	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DSINN	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	4	ziemlich
LANGZEITD	DSINN	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	5	äußerst
LANGZEITD	DSINN	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DKONZENTRATION	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DKONZENTRATION	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	2	ein wenig
LANGZEITD	DKONZENTRATION	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DKONZENTRATION	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	4	ziemlich
LANGZEITD	DKONZENTRATION	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	5	äußerst
LANGZEITD	DKONZENTRATION	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSICHERHEIT	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DSICHERHEIT	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	2	ein wenig
LANGZEITD	DSICHERHEIT	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DSICHERHEIT	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	4	ziemlich
LANGZEITD	DSICHERHEIT	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	5	äußerst
LANGZEITD	DSICHERHEIT	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DUMWELT	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DUMWELT	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	2	ein wenig
LANGZEITD	DUMWELT	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DUMWELT	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	4	ziemlich
LANGZEITD	DUMWELT	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	5	äußerst
LANGZEITD	DUMWELT	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DENERGIE	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DENERGIE	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	2	eher nicht
LANGZEITD	DENERGIE	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	3	halbwegs
LANGZEITD	DENERGIE	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	4	Überwiegend
LANGZEITD	DENERGIE	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	5	völlig
LANGZEITD	DENERGIE	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	9	unbekannt, keine Angaben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DAUSSEHEN	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DAUSSEHEN	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	2	eher nicht
LANGZEITD	DAUSSEHEN	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	3	halbwegs
LANGZEITD	DAUSSEHEN	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	4	Überwiegend
LANGZEITD	DAUSSEHEN	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	5	völlig
LANGZEITD	DAUSSEHEN	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DGELD	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DGELD	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	2	eher nicht
LANGZEITD	DGELD	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	3	halbwegs
LANGZEITD	DGELD	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	4	Überwiegend
LANGZEITD	DGELD	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	5	völlig
LANGZEITD	DGELD	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DINFOZUGANG	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DINFOZUGANG	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen	2	eher nicht
LANGZEITD	DINFOZUGANG	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen	3	halbwegs
LANGZEITD	DINFOZUGANG	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen	4	Überwiegend
LANGZEITD	DINFOZUGANG	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen	5	völlig
LANGZEITD	DINFOZUGANG	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen	9	unbekannt, kein
LANGZEITD	DFREIZEITAKTIV	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DFREIZEITAKTIV	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	2	eher nicht
LANGZEITD	DFREIZEITAKTIV	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	3	halbwegs
LANGZEITD	DFREIZEITAKTIV	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	4	Überwiegend
LANGZEITD	DFREIZEITAKTIV	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	5	völlig
LANGZEITD	DFREIZEITAKTIV	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DFORTBEWEGUNG	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	sehr schlecht
LANGZEITD	DFORTBEWEGUNG	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	2	schlecht

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DFORTBEWEGUNG	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DFORTBEWEGUNG	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	4	gut
LANGZEITD	DFORTBEWEGUNG	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	5	sehr gut
LANGZEITD	DFORTBEWEGUNG	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHLAF	...mit Ihrem Schlaf?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DSCHLAF	...mit Ihrem Schlaf?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DSCHLAF	...mit Ihrem Schlaf?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DSCHLAF	...mit Ihrem Schlaf?	4	zufrieden
LANGZEITD	DSCHLAF	...mit Ihrem Schlaf?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DSCHLAF	...mit Ihrem Schlaf?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DALLTAG	...mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DALLTAG	...mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DALLTAG	...mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DALLTAG	...mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	4	zufrieden
LANGZEITD	DALLTAG	...mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DALLTAG	...mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DARBEIT	...mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DARBEIT	...mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DARBEIT	...mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DARBEIT	...mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	4	zufrieden
LANGZEITD	DARBEIT	...mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DARBEIT	...mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSELBST	...mit sich selbst?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DSELBST	...mit sich selbst?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DSELBST	...mit sich selbst?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DSELBST	...mit sich selbst?	4	zufrieden
LANGZEITD	DSELBST	...mit sich selbst?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DSELBST	...mit sich selbst?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBEZIEHUNGEN	...mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DBEZIEHUNGEN	...mit Ihren persönlichen Beziehungen?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DBEZIEHUNGEN	...mit Ihren persönlichen Beziehungen?	3	weder zufrieden noch unzufrieden

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DBEZIEHUNGEN	...mit Ihren persönlichen Beziehungen?	4	zufrieden
LANGZEITD	DBEZIEHUNGEN	...mit Ihren persönlichen Beziehungen?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DBEZIEHUNGEN	...mit Ihren persönlichen Beziehungen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSEX	...mit Ihrem Sexualleben?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DSEX	...mit Ihrem Sexualleben?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DSEX	...mit Ihrem Sexualleben?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DSEX	...mit Ihrem Sexualleben?	4	zufrieden
LANGZEITD	DSEX	...mit Ihrem Sexualleben?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DSEX	...mit Ihrem Sexualleben?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DFREUNDE	...mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DFREUNDE	...mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DFREUNDE	...mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DFREUNDE	...mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	4	zufrieden
LANGZEITD	DFREUNDE	...mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DFREUNDE	...mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DWOHNBED	...mit Ihren Wohnbedingungen?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DWOHNBED	...mit Ihren Wohnbedingungen?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DWOHNBED	...mit Ihren Wohnbedingungen?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DWOHNBED	...mit Ihren Wohnbedingungen?	4	zufrieden
LANGZEITD	DWOHNBED	...mit Ihren Wohnbedingungen?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DWOHNBED	...mit Ihren Wohnbedingungen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DGESUNDHDIENTST	...mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DGESUNDHDIENTST	...mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	2	unzufrieden
LANGZEITD	DGESUNDHDIENTST	...mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DGESUNDHDIENTST	...mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	4	zufrieden
LANGZEITD	DGESUNDHDIENTST	...mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	5	sehr zufrieden

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DGESUNDHDIENTST	...mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBEFOERDERUNG	...mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	sehr unzufrieden
LANGZEITD	DBEFOERDERUNG	...mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	2	Unzufrieden
LANGZEITD	DBEFOERDERUNG	...mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	3	weder zufrieden noch unzufrieden
LANGZEITD	DBEFOERDERUNG	...mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	4	Zufrieden
LANGZEITD	DBEFOERDERUNG	...mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	5	sehr zufrieden
LANGZEITD	DBEFOERDERUNG	...mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DGEFUEHLE	Wie häufig sind Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Depression	1	niemals
LANGZEITD	DGEFUEHLE	Wie häufig sind Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Depression	2	nicht oft
LANGZEITD	DGEFUEHLE	Wie häufig sind Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Depression	3	zeitweilig
LANGZEITD	DGEFUEHLE	Wie häufig sind Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Depression	4	oftmals
LANGZEITD	DGEFUEHLE	Wie häufig sind Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Depression	5	immer
LANGZEITD	DGEFUEHLE	Wie häufig sind Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Depression	9	unbekannt, keine Angabe
LANGZEITD	DWHOQOLBREFDOM1	NotwDinge,Behandlung,Energie,Fortbew.,Schlaf,Alltag,Arbeit		
LANGZEITD	DWHOQOLBREFDOM2	Genuss,Sinn,Konzentr.,Aussehen,Selbstvers.Gefühle		
LANGZEITD	DWHOQOLBREFDOM3	Beziehungen,Sex,Freunde		
LANGZEITD	DWHOQOLBREFDOM4	Sicherh.,Umwelt,Geld,Info,Freizeit,Wohnbed.,Gesdienst,Beförd.		
LANGZEITD	DWHOQOLBREFGES	DWHOQOLBREFGES		
LANGZEITD	DSCHMERZKOPF	Kopf	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZKOPF	Kopf	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZKOPF	Kopf	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZHALS	Hals, Nacken	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZHALS	Hals, Nacken	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZHALS	Hals, Nacken	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZSCHULTER	Schulter, Oberarm	0	keine Schmerzen, Beschwerden

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DSCHMERZSCHULTER	Schulter, Oberarm	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZSCHULTER	Schulter, Oberarm	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZELLE	Ellenbogen, Unterarm	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZELLE	Ellenbogen, Unterarm	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZELLE	Ellenbogen, Unterarm	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZHAND	Handgelenk, Hand	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZHAND	Handgelenk, Hand	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZHAND	Handgelenk, Hand	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZFINGER	Finger	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZFINGER	Finger	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZFINGER	Finger	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZBRUST	Brustkorb	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZBRUST	Brustkorb	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZBRUST	Brustkorb	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZBAUCH	Bauch	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZBAUCH	Bauch	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZBAUCH	Bauch	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZWIRBEL	Wirbelsäule	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZWIRBEL	Wirbelsäule	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZWIRBEL	Wirbelsäule	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZBECKEN	Becken	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZBECKEN	Becken	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZBECKEN	Becken	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZHUEFTE	Hüfte, Oberschenkel	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZHUEFTE	Hüfte, Oberschenkel	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZHUEFTE	Hüfte, Oberschenkel	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZKNIE	Knie, Unterschenkel	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZKNIE	Knie, Unterschenkel	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZKNIE	Knie, Unterschenkel	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZFUSS	Sprunggelenk, Fuß	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZFUSS	Sprunggelenk, Fuß	10	unerträglich

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DSCHMERZFUSS	Sprunggelenk, Fuß	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZZEH	Zehen	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSCHMERZZEH	Zehen	10	unerträglich
LANGZEITD	DSCHMERZZEH	Zehen	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSKOPFVOR	DSKOPFVOR	0	keine Schmerzen,Beschwerden
LANGZEITD	DSKOPFVOR	DSKOPFVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSKOPFVOR	DSKOPFVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSHALSVOR	DSHALSVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSHALSVOR	DSHALSVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSHALSVOR	DSHALSVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSSCHULTERVOR	DSSCHULTERVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSSCHULTERVOR	DSSCHULTERVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSSCHULTERVOR	DSSCHULTERVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSELLEVOR	DSELLEVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSELLEVOR	DSELLEVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSELLEVOR	DSELLEVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSHANDVOR	DSHANDVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSHANDVOR	DSHANDVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSHANDVOR	DSHANDVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSFINGERVOR	DSFINGERVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSFINGERVOR	DSFINGERVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSFINGERVOR	DSFINGERVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSBRUSTVOR	DSBRUSTVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSBRUSTVOR	DSBRUSTVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSBRUSTVOR	DSBRUSTVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSBAUCHVOR	DSBAUCHVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSBAUCHVOR	DSBAUCHVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSBAUCHVOR	DSBAUCHVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWIRBELVOR	DSWIRBELVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSWIRBELVOR	DSWIRBELVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSWIRBELVOR	DSWIRBELVOR	99	unbekannt, keine Angaben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DSBECKENVOR	DSBECKENVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSBECKENVOR	DSBECKENVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSBECKENVOR	DSBECKENVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSHUEFTEVOR	DSHUEFTEVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSHUEFTEVOR	DSHUEFTEVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSHUEFTEVOR	DSHUEFTEVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSKNIEVOR	DSKNIEVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSKNIEVOR	DSKNIEVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSKNIEVOR	DSKNIEVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSFUSSVOR	DSFUSSVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSFUSSVOR	DSFUSSVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSFUSSVOR	DSFUSSVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSZEHVOR	DSZEHVOR	0	keine Schmerzen, Beschwerden
LANGZEITD	DSZEHVOR	DSZEHVOR	10	unerträglich
LANGZEITD	DSZEHVOR	DSZEHVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINKOPF	Kopf	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINKOPF	Kopf	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINKOPF	Kopf	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINHALS	Hals, Nacken	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINHALS	Hals, Nacken	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINHALS	Hals, Nacken	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINSCHULTER	Schulter, Oberarm	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINSCHULTER	Schulter, Oberarm	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINSCHULTER	Schulter, Oberarm	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINELLE	Ellenbogen, Unterarm	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINELLE	Ellenbogen, Unterarm	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINELLE	Ellenbogen, Unterarm	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINHAND	Handgelenk, Hand	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINHAND	Handgelenk, Hand	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINHAND	Handgelenk, Hand	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINFINGER	Finger	0	gute Funktion

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DEINFINGER	Finger	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINFINGER	Finger	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINBRUST	Brustkorb	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINBRUST	Brustkorb	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINBRUST	Brustkorb	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINBAUCH	Bauch	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINBAUCH	Bauch	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINBAUCH	Bauch	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINWIRBEL	Wirbelsäule	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINWIRBEL	Wirbelsäule	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINWIRBEL	Wirbelsäule	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINBECKEN	Becken	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINBECKEN	Becken	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINBECKEN	Becken	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINHUEFTE	Hüfte, Oberschenkel	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINHUEFTE	Hüfte, Oberschenkel	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINHUEFTE	Hüfte, Oberschenkel	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINKNIE	Knie, Unterschenkel	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINKNIE	Knie, Unterschenkel	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINKNIE	Knie, Unterschenkel	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINFUSS	Sprunggelenk, Fuß	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINFUSS	Sprunggelenk, Fuß	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINFUSS	Sprunggelenk, Fuß	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINZEH	Zehen	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINZEH	Zehen	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINZEH	Zehen	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINKOPFVOR	DEINKOPFVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINKOPFVOR	DEINKOPFVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINKOPFVOR	DEINKOPFVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINHALSVOR	DEINHALSVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINHALSVOR	DEINHALSVOR	10	keine Funktion

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DEINHALLSVOR	DEINHALLSVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINSCHULTERVOR	DEINSCHULTERVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINSCHULTERVOR	DEINSCHULTERVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINSCHULTERVOR	DEINSCHULTERVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINELLEFOR	DEINELLEFOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINELLEFOR	DEINELLEFOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINELLEFOR	DEINELLEFOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINHANDVOR	DEINHANDVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINHANDVOR	DEINHANDVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINHANDVOR	DEINHANDVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINFINGERVOR	DEINFINGERVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINFINGERVOR	DEINFINGERVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINFINGERVOR	DEINFINGERVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINBRUSTVOR	DEINBRUSTVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINBRUSTVOR	DEINBRUSTVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINBRUSTVOR	DEINBRUSTVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINBAUCHVOR	DEINBAUCHVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINBAUCHVOR	DEINBAUCHVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINBAUCHVOR	DEINBAUCHVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINWIRBELVOR	DEINWIRBELVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINWIRBELVOR	DEINWIRBELVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINWIRBELVOR	DEINWIRBELVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINBECKENVOR	DEINBECKENVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINBECKENVOR	DEINBECKENVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINBECKENVOR	DEINBECKENVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINHUEFTEVOR	DEINHUEFTEVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINHUEFTEVOR	DEINHUEFTEVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINHUEFTEVOR	DEINHUEFTEVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINKNIEVOR	DEINKNIEVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINKNIEVOR	DEINKNIEVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINKNIEVOR	DEINKNIEVOR	99	unbekannt, keine Angaben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DEINFUSSVOR	DEINFUSSVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINFUSSVOR	DEINFUSSVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINFUSSVOR	DEINFUSSVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINZEHVOR	DEINZEHVOR	0	gute Funktion
LANGZEITD	DEINZEHVOR	DEINZEHVOR	10	keine Funktion
LANGZEITD	DEINZEHVOR	DEINZEHVOR	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSTEHEN	Ich bin in der Lage im Stehen Arbeiten im Haushalt, Beruf zu erledigen	1	trifft zu
LANGZEITD	DSTEHEN	Ich bin in der Lage im Stehen Arbeiten im Haushalt, Beruf zu erledigen	2	trifft weitgehend zu
LANGZEITD	DSTEHEN	Ich bin in der Lage im Stehen Arbeiten im Haushalt, Beruf zu erledigen	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DSTEHEN	Ich bin in der Lage im Stehen Arbeiten im Haushalt, Beruf zu erledigen	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DSTEHEN	Ich bin in der Lage im Stehen Arbeiten im Haushalt, Beruf zu erledigen	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DSTEHEN	Ich bin in der Lage im Stehen Arbeiten im Haushalt, Beruf zu erledigen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DGEHHILFE	Ich bin auf Gehhilfen (z.B. Krücken, Rollstuhl) angewiesen	1	trifft zu
LANGZEITD	DGEHHILFE	Ich bin auf Gehhilfen (z.B. Krücken, Rollstuhl) angewiesen	2	trifft weitgehend zu
LANGZEITD	DGEHHILFE	Ich bin auf Gehhilfen (z.B. Krücken, Rollstuhl) angewiesen	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DGEHHILFE	Ich bin auf Gehhilfen (z.B. Krücken, Rollstuhl) angewiesen	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DGEHHILFE	Ich bin auf Gehhilfen (z.B. Krücken, Rollstuhl) angewiesen	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DGEHHILFE	Ich bin auf Gehhilfen (z.B. Krücken, Rollstuhl) angewiesen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSELBSTVERS	Ich bin in der Lage, mich selbst zu versorgen	1	trifft zu
LANGZEITD	DSELBSTVERS	Ich bin in der Lage, mich selbst zu versorgen	2	trifft weitgehend zu
LANGZEITD	DSELBSTVERS	Ich bin in der Lage, mich selbst zu versorgen	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DSELBSTVERS	Ich bin in der Lage, mich selbst zu versorgen	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DSELBSTVERS	Ich bin in der Lage, mich selbst zu versorgen	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DSELBSTVERS	Ich bin in der Lage, mich selbst zu versorgen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DFIT	Ich fühle mich körperlich fit	1	trifft zu
LANGZEITD	DFIT	Ich fühle mich körperlich fit	2	trifft weitgehend zu

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DFIT	Ich fühle mich körperlich fit	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DFIT	Ich fühle mich körperlich fit	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DFIT	Ich fühle mich körperlich fit	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DFIT	Ich fühle mich körperlich fit	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DMUEDE	Ich habe den Eindruck, schneller zu ermüden	1	trifft zu
LANGZEITD	DMUEDE	Ich habe den Eindruck, schneller zu ermüden	2	trifft weitgehend zu
LANGZEITD	DMUEDE	Ich habe den Eindruck, schneller zu ermüden	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DMUEDE	Ich habe den Eindruck, schneller zu ermüden	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DMUEDE	Ich habe den Eindruck, schneller zu ermüden	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DMUEDE	Ich habe den Eindruck, schneller zu ermüden	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSSPANNE	Ich habe den Eindruck, dass ich mich nicht mehr so lange konzentrieren kann	1	trifft zu
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSSPANNE	Ich habe den Eindruck, dass ich mich nicht mehr so lange konzentrieren kann	2	trifft weitgehend zu
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSSPANNE	Ich habe den Eindruck, dass ich mich nicht mehr so lange konzentrieren kann	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSSPANNE	Ich habe den Eindruck, dass ich mich nicht mehr so lange konzentrieren kann	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSSPANNE	Ich habe den Eindruck, dass ich mich nicht mehr so lange konzentrieren kann	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSSPANNE	Ich habe den Eindruck, dass ich mich nicht mehr so lange konzentrieren kann	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DVERGESSLICH	Ich bin vergesslicher geworden	1	trifft zu
LANGZEITD	DVERGESSLICH	Ich bin vergesslicher geworden	2	trifft weitgehend zu
LANGZEITD	DVERGESSLICH	Ich bin vergesslicher geworden	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DVERGESSLICH	Ich bin vergesslicher geworden	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DVERGESSLICH	Ich bin vergesslicher geworden	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DVERGESSLICH	Ich bin vergesslicher geworden	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DPERSOENLICHKEIT	Ich habe den Eindruck, dass mein Wesen/meine Persönlichkeit sich verändert hat	1	trifft zu
LANGZEITD	DPERSOENLICHKEIT	Ich habe den Eindruck, dass mein Wesen/meine Persönlichkeit sich verändert hat	2	trifft weitgehend zu

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DPERSOENLICHKEIT	Ich habe den Eindruck, dass mein Wesen/meine Persönlichkeit sich verändert hat	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DPERSOENLICHKEIT	Ich habe den Eindruck, dass mein Wesen/meine Persönlichkeit sich verändert hat	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DPERSOENLICHKEIT	Ich habe den Eindruck, dass mein Wesen/meine Persönlichkeit sich verändert hat	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DPERSOENLICHKEIT	Ich habe den Eindruck, dass mein Wesen/meine Persönlichkeit sich verändert hat	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DUNFALLFOLGEN	Die sichtbaren Unfallfolgen (z.B. Narben) belasten mich	1	trifft zu
LANGZEITD	DUNFALLFOLGEN	Die sichtbaren Unfallfolgen (z.B. Narben) belasten mich	2	trifft weitgehend zu
LANGZEITD	DUNFALLFOLGEN	Die sichtbaren Unfallfolgen (z.B. Narben) belasten mich	3	trifft teilweise zu
LANGZEITD	DUNFALLFOLGEN	Die sichtbaren Unfallfolgen (z.B. Narben) belasten mich	4	trifft kaum zu
LANGZEITD	DUNFALLFOLGEN	Die sichtbaren Unfallfolgen (z.B. Narben) belasten mich	5	trifft nicht zu
LANGZEITD	DUNFALLFOLGEN	Die sichtbaren Unfallfolgen (z.B. Narben) belasten mich	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DINTERESSE	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHWERMUT	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DSCHWERMUT	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DSCHWERMUT	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DSCHWERMUT	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DSCHWERMUT	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHLAFPROBLEME	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DSCHLAFPROBLEME	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DSCHLAFPROBLEME	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DSCHLAFPROBLEME	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DSCHLAFPROBLEME	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DMUEDIGKEIT	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DMUEDIGKEIT	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	1	an einzelnen Tagen

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DMUEDIGKEIT	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DMUEDIGKEIT	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DMUEDIGKEIT	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DAPPETIT	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DAPPETIT	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DAPPETIT	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DAPPETIT	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DAPPETIT	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis, zu essen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DVERSAGEN	Schlechte Meinung von sich selbst Versagensgefühle	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DVERSAGEN	Schlechte Meinung von sich selbst Versagensgefühle	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DVERSAGEN	Schlechte Meinung von sich selbst Versagensgefühle	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DVERSAGEN	Schlechte Meinung von sich selbst Versagensgefühle	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DVERSAGEN	Schlechte Meinung von sich selbst Versagensgefühle	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSVERMOEGEN	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSVERMOEGEN	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSVERMOEGEN	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSVERMOEGEN	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DKONZENTRATIONSVERMOEGEN	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBEWEGUNG	Bewegungen/Sprache verlangsamt oder ruhelos und stärkerer Bewegungsdrang	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DBEWEGUNG	Bewegungen/Sprache verlangsamt oder ruhelos und stärkerer Bewegungsdrang	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DBEWEGUNG	Bewegungen/Sprache verlangsamt oder ruhelos und stärkerer Bewegungsdrang	2	an mehr als der Hälfte
LANGZEITD	DBEWEGUNG	Bewegungen/Sprache verlangsamt oder ruhelos und stärkerer Bewegungsdrang	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DBEWEGUNG	Bewegungen/Sprache verlangsamt oder ruhelos und stärkerer Bewegungsdrang	9	unbekannt, keine Angabe
LANGZEITD	DSUIZID	Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DSUIZID	Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DSUIZID	Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	2	an mehr als der Hälfte der Tage

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DSUIZID	Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DSUIZID	Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DNERVOSITAET	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DNERVOSITAET	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DNERVOSITAET	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DNERVOSITAET	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DNERVOSITAET	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	überhaupt nicht
LANGZEITD	DSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	1	an einzelnen Tagen
LANGZEITD	DSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	2	an mehr als der Hälfte der Tage
LANGZEITD	DSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	3	beinahe jeden Tag
LANGZEITD	DSORGEN	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DTODESANGST	Hatten Sie während des Unfalls oder kurz danach starke Angst oder Todesangst	1	ja
LANGZEITD	DTODESANGST	Hatten Sie während des Unfalls oder kurz danach starke Angst oder Todesangst	2	nein
LANGZEITD	DTODESANGST	Hatten Sie während des Unfalls oder kurz danach starke Angst oder Todesangst	9	unbekannt, keine
LANGZEITD	DHILFLOS	Fühlten Sie sich während des Unfalls oder kurz danach hilflos?	1	ja
LANGZEITD	DHILFLOS	Fühlten Sie sich während des Unfalls oder kurz danach hilflos?	2	nein
LANGZEITD	DHILFLOS	Fühlten Sie sich während des Unfalls oder kurz danach hilflos?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBELASTUNG	Starke psychische Belastung, wenn etwas an VU erinnert	1	ja
LANGZEITD	DBELASTUNG	Starke psychische Belastung, wenn etwas an VU erinnert	2	nein
LANGZEITD	DBELASTUNG	Starke psychische Belastung, wenn etwas an VU erinnert	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DWELLEN	Spüren Sie Wellen von starken Gefühlen in Zusammenhang mit dem Unfall?	1	ja
LANGZEITD	DWELLEN	Spüren Sie Wellen von starken Gefühlen in Zusammenhang mit dem Unfall?	2	nein
LANGZEITD	DWELLEN	Spüren Sie Wellen von starken Gefühlen in Zusammenhang mit dem Unfall?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBILDER	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, wegen Bildern oder Gedanken	1	ja

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DBILDER	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, wegen Bildern oder Gedanken	2	nein
LANGZEITD	DBILDER	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, wegen Bildern oder Gedanken	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DPLOEBILDER	Haben Sie plötzlich auftretende Bilder vom Unfall in Ihrem Kopf?	1	ja
LANGZEITD	DPLOEBILDER	Haben Sie plötzlich auftretende Bilder vom Unfall in Ihrem Kopf?	2	nein
LANGZEITD	DPLOEBILDER	Haben Sie plötzlich auftretende Bilder vom Unfall in Ihrem Kopf?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DALPTRAUEUME	Haben Sie belastende Träumen oder Alpträume vom Unfall?	1	ja
LANGZEITD	DALPTRAUEUME	Haben Sie belastende Träumen oder Alpträume vom Unfall?	2	nein
LANGZEITD	DALPTRAUEUME	Haben Sie belastende Träumen oder Alpträume vom Unfall?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DVERMEIDUNG	Vermeiden Sie über den Unfall nachzudenken?	1	ja
LANGZEITD	DVERMEIDUNG	Vermeiden Sie über den Unfall nachzudenken?	2	nein
LANGZEITD	DVERMEIDUNG	Vermeiden Sie über den Unfall nachzudenken?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DEINGEFUEHLE	Eindruck, dass Fähigkeit, Gefühle zu erleben, eingeschränkt ist	1	ja
LANGZEITD	DEINGEFUEHLE	Eindruck, dass Fähigkeit, Gefühle zu erleben, eingeschränkt ist	2	nein
LANGZEITD	DEINGEFUEHLE	Eindruck, dass Fähigkeit, Gefühle zu erleben, eingeschränkt ist	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DFOLGEN	Befürchten Sie schlimme Folgen für Ihre Gesundheit?	1	ja
LANGZEITD	DFOLGEN	Befürchten Sie schlimme Folgen für Ihre Gesundheit?	2	nein
LANGZEITD	DFOLGEN	Befürchten Sie schlimme Folgen für Ihre Gesundheit?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSCHMERZTH	Schmerztherapie	0	entfällt
LANGZEITD	DSCHMERZTH	Schmerztherapie	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DSCHMERZTH	Schmerztherapie	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DSCHMERZTH	Schmerztherapie	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DSCHMERZTH	Schmerztherapie	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DPHYSIOTH	Physiotherapie	0	entfällt
LANGZEITD	DPHYSIOTH	Physiotherapie	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DPHYSIOTH	Physiotherapie	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DPHYSIOTH	Physiotherapie	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DPHYSIOTH	Physiotherapie	9	unbekannt, keine Angaben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DSPORTTH	Sporttherapie	0	entfällt
LANGZEITD	DSPORTTH	Sporttherapie	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DSPORTTH	Sporttherapie	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DSPORTTH	Sporttherapie	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DSPORTTH	Sporttherapie	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DPSYCHOTH	Psychotherapie	0	entfällt
LANGZEITD	DPSYCHOTH	Psychotherapie	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DPSYCHOTH	Psychotherapie	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DPSYCHOTH	Psychotherapie	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DPSYCHOTH	Psychotherapie	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DREHA	Reha-Klinik	0	entfällt
LANGZEITD	DREHA	Reha-Klinik	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DREHA	Reha-Klinik	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DREHA	Reha-Klinik	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DREHA	Reha-Klinik	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	0	entfällt
LANGZEITD	DBERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DBERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DBERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DBERATUNG	Sozial-, Berufs- oder Rechtsberatung	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DERGOTH	Ergotherapie	0	entfällt
LANGZEITD	DERGOTH	Ergotherapie	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DERGOTH	Ergotherapie	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DERGOTH	Ergotherapie	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DERGOTH	Ergotherapie	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANDERETH	Andere Therapien, Maßnahmen	0	entfällt

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DANDERETH	Andere Therapien, Maßnahmen	1	ja, in Anspruch genommen
LANGZEITD	DANDERETH	Andere Therapien, Maßnahmen	2	angeboten bekommen, aber nicht in Anspruch genommen
LANGZEITD	DANDERETH	Andere Therapien, Maßnahmen	3	nein, nicht angeboten bekommen
LANGZEITD	DANDERETH	Andere Therapien, Maßnahmen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANDERETHTEXT	Andere Therapien, Maßnahmen		
LANGZEITD	DVOLLZEIT	Ich bin erwerbstätig in Vollzeit	1	ja
LANGZEITD	DVOLLZEIT	Ich bin erwerbstätig in Vollzeit	2	nein
LANGZEITD	DVOLLZEIT	Ich bin erwerbstätig in Vollzeit	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DTEILZEIT	Ich bin erwerbstätig in Teilzeit	1	ja
LANGZEITD	DTEILZEIT	Ich bin erwerbstätig in Teilzeit	2	nein
LANGZEITD	DTEILZEIT	Ich bin erwerbstätig in Teilzeit	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DMINIJOB	Ich bin geringfügig erwerbstätig (550 Euro Job , Minijob)	1	ja
LANGZEITD	DMINIJOB	Ich bin geringfügig erwerbstätig (550 Euro Job , Minijob)	2	nein
LANGZEITD	DMINIJOB	Ich bin geringfügig erwerbstätig (550 Euro Job , Minijob)	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DARBEITSLOS	Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend	1	ja
LANGZEITD	DARBEITSLOS	Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend	2	nein
LANGZEITD	DARBEITSLOS	Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DARBEITSLOSSEIT	Arbeitslos seit	1	ja
LANGZEITD	DARBEITSLOSSEIT	Arbeitslos seit	2	nein
LANGZEITD	DARBEITSLOSSEIT	Arbeitslos seit	3	ja, unter 12 Monate
LANGZEITD	DARBEITSLOSSEIT	Arbeitslos seit	4	ja, 12 Monate oder länger
LANGZEITD	DARBEITSLOSSEIT	Arbeitslos seit	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DVORRUHE	Ich bin im Vorruhestand	1	ja
LANGZEITD	DVORRUHE	Ich bin im Vorruhestand	2	nein
LANGZEITD	DVORRUHE	Ich bin im Vorruhestand	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DRUHESTAND	Ich bin im Ruhestand	1	ja
LANGZEITD	DRUHESTAND	Ich bin im Ruhestand	2	nein
LANGZEITD	DRUHESTAND	Ich bin im Ruhestand	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DERWUNFAEHIG	Ich bin erwerbsunfähig	1	ja
LANGZEITD	DERWUNFAEHIG	Ich bin erwerbsunfähig	2	nein

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DERWUNFAEHIG	Ich bin erwerbsunfähig	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DERWUNFAEHIGSEIT	Erwerbsunfähig seit	1	ja
LANGZEITD	DERWUNFAEHIGSEIT	Erwerbsunfähig seit	2	nein
LANGZEITD	DERWUNFAEHIGSEIT	Erwerbsunfähig seit	3	ja, unter 12 Monate
LANGZEITD	DERWUNFAEHIGSEIT	Erwerbsunfähig seit	4	ja, 12 Monate oder länger
LANGZEITD	DERWUNFAEHIGSEIT	Erwerbsunfähig seit	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSTUDENT	Ich bin Schüler, Student, Praktikant	1	ja
LANGZEITD	DSTUDENT	Ich bin Schüler, Student, Praktikant	2	nein
LANGZEITD	DSTUDENT	Ich bin Schüler, Student, Praktikant	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DWEHRDIENST	Ich leistete ein freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst o.ä.	1	ja
LANGZEITD	DWEHRDIENST	Ich leistete ein freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst o.ä.	2	nein
LANGZEITD	DWEHRDIENST	Ich leistete ein freiwilliges soziales Jahr, freiwilligen Wehrdienst o.ä.	9	unbekannt, keine Ang
LANGZEITD	DHAUSFRAU	Ich bin Hausfrau,Hausmann	1	ja
LANGZEITD	DHAUSFRAU	Ich bin Hausfrau,Hausmann	2	nein
LANGZEITD	DHAUSFRAU	Ich bin Hausfrau,Hausmann	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DELTERNZEIT	Ich bin in Elternzeit	1	ja
LANGZEITD	DELTERNZEIT	Ich bin in Elternzeit	2	nein
LANGZEITD	DELTERNZEIT	Ich bin in Elternzeit	9	unbekannt/keine Angaben
LANGZEITD	DERWLOSANDEREGR	Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	1	ja
LANGZEITD	DERWLOSANDEREGR	Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	2	nein
LANGZEITD	DERWLOSANDEREGR	Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DMASSNAHME	Ich befinde mich in einer Maßnahme (z.B. beta-REHA)	1	ja
LANGZEITD	DMASSNAHME	Ich befinde mich in einer Maßnahme (z.B. beta-REHA)	2	nein
LANGZEITD	DMASSNAHME	Ich befinde mich in einer Maßnahme (z.B. beta-REHA)	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DFRUEHRENTE	12.2 Gedanken an Frührentenantrag	1	ja
LANGZEITD	DFRUEHRENTE	12.2 Gedanken an Frührentenantrag	2	nein
LANGZEITD	DFRUEHRENTE	12.2 Gedanken an Frührentenantrag	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBELBERUF	Berufliche Situation	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DBELBERUF	Berufliche Situation	2	leicht
LANGZEITD	DBELBERUF	Berufliche Situation	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DBELBERUF	Berufliche Situation	4	stark

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DBELBERUF	Berufliche Situation	5	sehr stark
LANGZEITD	DBELBERUF	Berufliche Situation	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBELHAUS	Haus- und Familienarbeit	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DBELHAUS	Haus- und Familienarbeit	2	leicht
LANGZEITD	DBELHAUS	Haus- und Familienarbeit	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DBELHAUS	Haus- und Familienarbeit	4	stark
LANGZEITD	DBELHAUS	Haus- und Familienarbeit	5	sehr stark
LANGZEITD	DBELHAUS	Haus- und Familienarbeit	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DVEREINBARKEIT	Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DVEREINBARKEIT	Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	2	leicht
LANGZEITD	DVEREINBARKEIT	Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DVEREINBARKEIT	Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	4	stark
LANGZEITD	DVEREINBARKEIT	Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	5	sehr stark
LANGZEITD	DVEREINBARKEIT	Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBELPFLEGE	Pflege behinderter , erkrankter nahestehender Personen	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DBELPFLEGE	Pflege behinderter , erkrankter nahestehender Personen	2	leicht
LANGZEITD	DBELPFLEGE	Pflege behinderter , erkrankter nahestehender Personen	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DBELPFLEGE	Pflege behinderter , erkrankter nahestehender Personen	4	stark
LANGZEITD	DBELPFLEGE	Pflege behinderter , erkrankter nahestehender Personen	5	sehr stark
LANGZEITD	DBELPFLEGE	Pflege behinderter , erkrankter nahestehender Personen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBELSTREIT	Konflikte , Streit mit nahestehenden Personen	1	überhaupt nicht
LANGZEITD	DBELSTREIT	Konflikte , Streit mit nahestehenden Personen	2	leicht
LANGZEITD	DBELSTREIT	Konflikte , Streit mit nahestehenden Personen	3	mittelmäßig
LANGZEITD	DBELSTREIT	Konflikte , Streit mit nahestehenden Personen	4	stark
LANGZEITD	DBELSTREIT	Konflikte , Streit mit nahestehenden Personen	5	sehr stark
LANGZEITD	DBELSTREIT	Konflikte , Streit mit nahestehenden Personen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DPARTNER	12.4 Haben Sie aktuell einen festen Partner, eine feste Partnerin?	1	ja
LANGZEITD	DPARTNER	12.4 Haben Sie aktuell einen festen Partner, eine feste Partnerin?	2	nein
LANGZEITD	DPARTNER	12.4 Haben Sie aktuell einen festen Partner, eine feste Partnerin?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DZUSAMMENLEBEN	12.5 Leben Sie aktuell mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin zusammen?	1	ja

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DZUSAMMENLEBEN	12.5 Leben Sie aktuell mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin zusammen?	2	nein
LANGZEITD	DZUSAMMENLEBEN	12.5 Leben Sie aktuell mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin zusammen?	3	entfällt, da keinen festen Partner, keine feste Partnerin
LANGZEITD	DZUSAMMENLEBEN	12.5 Leben Sie aktuell mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin zusammen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DERWACHSENE	Anzahl Erwachsene	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DJUGEND	Anzahl Jugendliche	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DKINDER	Anzahl Kinder	99	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DNETTO	12.7 Monatliches Netto-Einkommen aller im Haushalt lebenden Personen:	99999	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWPLAENE	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWSCHAFFEN	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWAUSDERBAHN	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWMAGMICH	Ich mag mich	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWMAGMICH	Ich mag mich	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWMAGMICH	Ich mag mich	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrer Dinge gleichzeitig bewältigen	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrer Dinge gleichzeitig bewältigen	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWBEWAELTIGEN	Ich kann mehrer Dinge gleichzeitig bewältigen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWENTSCHLOSSEN	Ich bin entschlossen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	7	Ich stimme völlig zu

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DSWHINNEHMEN	Ich nehme die Dinge wie sie kommen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWINTERESSE	Ich behalte an vielen Dingen Interesse	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWPERSPEKTIVE	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	9	unbekannt, keine
LANGZEITD	DSWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich nicht machen will	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich nicht machen will	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWUEBERWINDEN	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich nicht machen will	9	unbekannt, keine Ang
LANGZEITD	DSWWEGHERAUS	Ich finde gewöhnlich einen Weg aus schwierigen Situationen heraus	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWWEGHERAUS	Ich finde gewöhnlich einen Weg aus schwierigen Situationen heraus	7	Ich stimme zu
LANGZEITD	DSWWEGHERAUS	Ich finde gewöhnlich einen Weg aus schwierigen Situationen heraus	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWENERGIE	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss	9	unbekannt, keine Angabe
LANGZEITD	DSWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	1	Ich stimme nicht zu
LANGZEITD	DSWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	7	Ich stimme völlig zu
LANGZEITD	DSWAKZEPTANZ	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBELEREIGNIS	Gibt oder gab es ein belastendes Ereignis nach Ihrem Unfall?	1	ja
LANGZEITD	DBELEREIGNIS	Gibt oder gab es ein belastendes Ereignis nach Ihrem Unfall?	2	nein
LANGZEITD	DBELEREIGNIS	Gibt oder gab es ein belastendes Ereignis nach Ihrem Unfall?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBELEREIGNISTEXT	Belastendes Ereignis:		

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DARBEITSLOSGEW	Sind Sie aufgrund Ihres Unfalls arbeitslos geworden?	1	ja
LANGZEITD	DARBEITSLOSGEW	Sind Sie aufgrund Ihres Unfalls arbeitslos geworden?	2	nein
LANGZEITD	DARBEITSLOSGEW	Sind Sie aufgrund Ihres Unfalls arbeitslos geworden?	9	unbekannt/keine Angaben
LANGZEITD	DUMSCHULUNG	Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen eine Umschulung machen?	1	ja
LANGZEITD	DUMSCHULUNG	Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen eine Umschulung machen?	2	nein
LANGZEITD	DUMSCHULUNG	Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen eine Umschulung machen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DARBEITSPLATZ	Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen Ihren Arbeitsplatz wechseln?	1	ja
LANGZEITD	DARBEITSPLATZ	Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen Ihren Arbeitsplatz wechseln?	2	nein
LANGZEITD	DARBEITSPLATZ	Mussten Sie aufgrund Ihrer Unfallfolgen Ihren Arbeitsplatz wechseln?	9	unbekannt, keine Angabe
LANGZEITD	DFINANZNACHTEIL	Hatten Sie auf Grund des Unfalls einen finanziellen Nachteil?	1	ja
LANGZEITD	DFINANZNACHTEIL	Hatten Sie auf Grund des Unfalls einen finanziellen Nachteil?	2	nein
LANGZEITD	DFINANZNACHTEIL	Hatten Sie auf Grund des Unfalls einen finanziellen Nachteil?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBEHOERDEN	Haben Sie Schwierigkeiten mit Behörden/Institutionen aufgrund des VU	1	ja
LANGZEITD	DBEHOERDEN	Haben Sie Schwierigkeiten mit Behörden/Institutionen aufgrund des VU	2	nein
LANGZEITD	DBEHOERDEN	Haben Sie Schwierigkeiten mit Behörden/Institutionen aufgrund des VU	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DBEHOERDENTEXT	Schwierigkeiten:		
LANGZEITD	DPROBLEMLOESUNG	Würden Sie sich mehr Hilfestellung bei der Problemlösung wünschen	1	ja
LANGZEITD	DPROBLEMLOESUNG	Würden Sie sich mehr Hilfestellung bei der Problemlösung wünschen	2	nein
LANGZEITD	DPROBLEMLOESUNG	Würden Sie sich mehr Hilfestellung bei der Problemlösung wünschen	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DPROBLEMLOESUNGTEXT	Art der Hilfe:		
LANGZEITD	DKONFLIKTE	Konflikte in der Partnerschaft oder in der Familie aufgrund des VU	1	ja
LANGZEITD	DKONFLIKTE	Konflikte in der Partnerschaft oder in der Familie aufgrund des VU	2	nein
LANGZEITD	DKONFLIKTE	Konflikte in der Partnerschaft oder in der Familie aufgrund des VU	9	unbekannt, keine Angaben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DSTRASSENANGST	15.1 Haben Sie durch den VU aktuell Angst auf Straßen und Wegen?	1	keine Angst
LANGZEITD	DSTRASSENANGST	15.1 Haben Sie durch den VU aktuell Angst auf Straßen und Wegen?	2	sehr geringe Angst
LANGZEITD	DSTRASSENANGST	15.1 Haben Sie durch den VU aktuell Angst auf Straßen und Wegen?	3	etwas Angst
LANGZEITD	DSTRASSENANGST	15.1 Haben Sie durch den VU aktuell Angst auf Straßen und Wegen?	4	mäßige Angst
LANGZEITD	DSTRASSENANGST	15.1 Haben Sie durch den VU aktuell Angst auf Straßen und Wegen?	5	starke Angst
LANGZEITD	DSTRASSENANGST	15.1 Haben Sie durch den VU aktuell Angst auf Straßen und Wegen?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DSTRASSENVERM	15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen seit dem Unfall?	1	nie
LANGZEITD	DSTRASSENVERM	15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen seit dem Unfall?	2	weniger als die Hälfte der Zeit
LANGZEITD	DSTRASSENVERM	15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen seit dem Unfall?	3	etwa die Hälfte der Zeit
LANGZEITD	DSTRASSENVERM	15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen seit dem Unfall?	4	mehr als die Hälfte der Zeit
LANGZEITD	DSTRASSENVERM	15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen seit dem Unfall?	5	immer
LANGZEITD	DSTRASSENVERM	15.2 Vermeiden Sie im Straßenverkehr bestimmte Situationen seit dem Unfall?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTFUSS	...zu Fuß	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTFUSS	...zu Fuß	1	ja
LANGZEITD	DANGSTFUSS	...zu Fuß	2	nein
LANGZEITD	DANGSTFUSS	...zu Fuß	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTFUSS	...zu Fuß	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTAUTOFAHRER	...im Auto (Pkw) als Fahrer,in	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTAUTOFAHRER	...im Auto (Pkw) als Fahrer,in	1	ja
LANGZEITD	DANGSTAUTOFAHRER	...im Auto (Pkw) als Fahrer,in	2	nein
LANGZEITD	DANGSTAUTOFAHRER	...im Auto (Pkw) als Fahrer,in	3	nutze ich nicht

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DANGSTAUTODFAHRER	...im Auto (Pkw) als Fahrer,in	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTAUTOMIT	...im Auto (Pkw) als Mitfahrer,in	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTAUTOMIT	...im Auto (Pkw) als Mitfahrer,in	1	ja
LANGZEITD	DANGSTAUTOMIT	...im Auto (Pkw) als Mitfahrer,in	2	nein
LANGZEITD	DANGSTAUTOMIT	...im Auto (Pkw) als Mitfahrer,in	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTAUTOMIT	...im Auto (Pkw) als Mitfahrer,in	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTFAHRRAD	...auf dem Fahrrad, Pedelec, E-Bike	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTFAHRRAD	...auf dem Fahrrad, Pedelec, E-Bike	1	ja
LANGZEITD	DANGSTFAHRRAD	...auf dem Fahrrad, Pedelec, E-Bike	2	nein
LANGZEITD	DANGSTFAHRRAD	...auf dem Fahrrad, Pedelec, E-Bike	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTFAHRRAD	...auf dem Fahrrad, Pedelec, E-Bike	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADFAHRER	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Fahrer	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADFAHRER	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Fahrer	1	ja
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADFAHRER	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Fahrer	2	nein
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADFAHRER	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Fahrer	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADFAHRER	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Fahrer	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADMIT	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Mitfahrer	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADMIT	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Mitfahrer	1	ja
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADMIT	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Mitfahrer	2	nein
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADMIT	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Mitfahrer	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTZWEIRADMIT	...auf dem Motorrad, Moped, Roller als Mitfahrer	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTFAHRGAST	...als Fahrgast in Bus, Bahn, Zug	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTFAHRGAST	...als Fahrgast in Bus, Bahn, Zug	1	ja
LANGZEITD	DANGSTFAHRGAST	...als Fahrgast in Bus, Bahn, Zug	2	nein
LANGZEITD	DANGSTFAHRGAST	...als Fahrgast in Bus, Bahn, Zug	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTFAHRGAST	...als Fahrgast in Bus, Bahn, Zug	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTLKWFAHRER	...im Lkw, Bus, Bahn, Zug als Fahrer,in	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTLKWFAHRER	...im Lkw, Bus, Bahn, Zug als Fahrer,in	1	ja
LANGZEITD	DANGSTLKWFAHRER	...im Lkw, Bus, Bahn, Zug als Fahrer,in	2	nein
LANGZEITD	DANGSTLKWFAHRER	...im Lkw, Bus, Bahn, Zug als Fahrer,in	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTLKWFAHRER	...im Lkw, Bus, Bahn, Zug als Fahrer,in	9	unbekannt, keine Angaben

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DANGSTLKWMIT	...im Lkw als Mitfahrer,in	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTLKWMIT	...im Lkw als Mitfahrer,in	1	ja
LANGZEITD	DANGSTLKWMIT	...im Lkw als Mitfahrer,in	2	nein
LANGZEITD	DANGSTLKWMIT	...im Lkw als Mitfahrer,in	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTLKWMIT	...im Lkw als Mitfahrer,in	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTSONSTIGE	Sonstige Ängste	0	entfällt
LANGZEITD	DANGSTSONSTIGE	Sonstige Ängste	1	ja
LANGZEITD	DANGSTSONSTIGE	Sonstige Ängste	2	nein
LANGZEITD	DANGSTSONSTIGE	Sonstige Ängste	3	nutze ich nicht
LANGZEITD	DANGSTSONSTIGE	Sonstige Ängste	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANGSTSONSTIGETEXT	Sonstige Ängste:		
LANGZEITD	DGERGESCHW	Ich bin mit geringerer Geschwindigkeit unterwegs	1	ja
LANGZEITD	DGERGESCHW	Ich bin mit geringerer Geschwindigkeit unterwegs	2	nein
LANGZEITD	DGERGESCHW	Ich bin mit geringerer Geschwindigkeit unterwegs	3	trifft auf mich nicht zu
LANGZEITD	DGERGESCHW	Ich bin mit geringerer Geschwindigkeit unterwegs	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DKONTROLLBLICKE	Ich mache unterwegs mehr Kontrollblicke	1	ja
LANGZEITD	DKONTROLLBLICKE	Ich mache unterwegs mehr Kontrollblicke	2	nein
LANGZEITD	DKONTROLLBLICKE	Ich mache unterwegs mehr Kontrollblicke	3	trifft auf mich nicht zu
LANGZEITD	DKONTROLLBLICKE	Ich mache unterwegs mehr Kontrollblicke	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANSPANNUNG	Ich bin unterwegs angespannter und nervöser	1	ja
LANGZEITD	DANSPANNUNG	Ich bin unterwegs angespannter und nervöser	2	nein
LANGZEITD	DANSPANNUNG	Ich bin unterwegs angespannter und nervöser	3	trifft auf mich nicht zu
LANGZEITD	DANSPANNUNG	Ich bin unterwegs angespannter und nervöser	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DNAHPERS	Menschen auf die Sie sich verlassen können	1	0
LANGZEITD	DNAHPERS	Menschen auf die Sie sich verlassen können	2	1-2
LANGZEITD	DNAHPERS	Menschen auf die Sie sich verlassen können	3	3-5
LANGZEITD	DNAHPERS	Menschen auf die Sie sich verlassen können	4	6 oder mehr
LANGZEITD	DNAHPERS	Menschen auf die Sie sich verlassen können	5	keine
LANGZEITD	DNAHPERS	Menschen auf die Sie sich verlassen können	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DANTEILN	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	1	keine

Recname	Variable	VarLabel	Wert	Label
LANGZEITD	DANTEILN	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	2	wenig
LANGZEITD	DANTEILN	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	3	weder viel noch we
LANGZEITD	DANTEILN	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	4	viel
LANGZEITD	DANTEILN	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	5	sehr viel
LANGZEITD	DANTEILN	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	9	unbekannt, keine A
LANGZEITD	DHILFE	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten?	1	sehr schwierig
LANGZEITD	DHILFE	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten?	2	schwierig
LANGZEITD	DHILFE	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten?	3	möglich
LANGZEITD	DHILFE	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten?	4	einfach
LANGZEITD	DHILFE	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten?	5	sehr einfach
LANGZEITD	DHILFE	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten?	9	unbekannt, keine Angaben
LANGZEITD	DDATUM	Eingangsdatum		