
Anhang

Machbarkeitsstudie zum Fahrradsimulator mit besonderer Berücksichtigung von Senioren als Radfahrer

Berichte der Bundesanstalt
für Straßenwesen
Mensch und Sicherheit Heft M 347

Teilnehmer-Fragebogen vor der Fahrt mit dem Fahrradsimulator

Datum: ____ . ____ . ____

ID des Probanden: _____

1. Fahrerfahrung mit Fahrrädern und Ausrüstung

a) Fahrerfahrung: In welchem Alter haben Sie das Fahrradfahren gelernt?

Im Alter von _____ Jahren O weiß ich nicht mehr

b) Häufigkeit des Fahrradfahrens: Wie häufig sind Sie in den letzten 3 Monaten Fahrrad gefahren?

O (fast) täglich O mehrmals pro Woche O mehrmals pro Monat O seltener

c) Längere Zeiten ohne Fahrradfahren: Gab es in Ihrem Leben schon mal eine Phase, in der Sie mindestens 5 Jahre lang kein Fahrrad gefahren sind?

O ja O nein

→ Falls „ja“, seit wann fahren Sie wieder Fahrrad?

O seit 1 Jahr O seit 1-5 Jahren O seit 5-10 Jahren O seit mehr als 10 Jahren O weiß nicht

d) Fahrrad: Welche Art von Fahrrad fahren Sie in der Regel? (Mehrfachantworten möglich)

O Normales City-Bike, Hollandrad, Trekkingrad, Tourenrad O Rennrad O E-Bike, Pedelec O Anderes: _____
 O Mountainbike O Klapprad, Faltrad

e) Helm: Tragen Sie beim Fahrradfahren einen Helm?

O nie O selten O manchmal O oft O (fast) immer

2. Typische Fahrstrecken mit dem Fahrrad

a) Typische Fahrtwege: Für welche Fahrten nutzen Sie das Fahrrad? (Mehrfachantworten möglich)		
<input type="checkbox"/> pendeln zur Arbeit, Studium u. ä.	<input type="checkbox"/> andere kurze Wege	<input type="checkbox"/> im Urlaub
<input type="checkbox"/> beruflich (z. B. als Postbote)	<input type="checkbox"/> als Sportgerät	<input type="checkbox"/> um Kinder zu begleiten
<input type="checkbox"/> tägliche Erledigungen	<input type="checkbox"/> Fahrradausflüge	<input type="checkbox"/> anderes: _____

b) Streckenlängen: Wie häufig fahren Sie folgende Streckenlängen?					
unter 5 km	<input type="checkbox"/> (fast) täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie
5-20 km	<input type="checkbox"/> (fast) täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie
über 20 km	<input type="checkbox"/> (fast) täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie

c) Umgebungen: Wie häufig fahren Sie in folgenden Umgebungen?					
Großstadt	<input type="checkbox"/> (fast) täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie
Stadt mit weniger als 100.000 Einwohnern	<input type="checkbox"/> (fast) täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie
Dorf mit weniger als 5000 Einwohnern	<input type="checkbox"/> (fast) täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie
Ländliche Umgebung	<input type="checkbox"/> (fast) täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> nie

3. Fahrverhalten beim Fahrradfahren

a) Geschwindigkeit: Wie schnell sind Sie als Fahrradfahrer i. d. R. unterwegs?			
<input type="radio"/> gemächlich (bis zu 15 km/h)	<input type="radio"/> normal (16-25 km/h)	<input type="radio"/> schnell/zügig (über 25 km/h)	<input type="radio"/> unentschieden/ keine Angabe

b) Motive für das Fahrradfahren: Warum fahren Sie Fahrrad? (Mehrfachantworten möglich)	
<input type="radio"/> weil man damit in der Stadt schneller vorwärts kommt	<input type="radio"/> Fahrradfahren vermittelt mir ein Gefühl der Freiheit
<input type="radio"/> weil es günstiger ist als Auto, Bahn oder Bus	<input type="radio"/> um abzunehmen, mein Gewicht zu halten
<input type="radio"/> um die Umwelt zu schützen	<input type="radio"/> weil es Spaß macht, gemeinsam mit Partner/Freunden/Familie zusammen zu fahren
<input type="radio"/> weil ich damit vermeiden kann, im Stau zu stehen	<input type="radio"/> weil ich kein Auto habe
<input type="radio"/> weil man damit keine Parkplatzprobleme hat	<input type="radio"/> weil mir das Auto/die Autos nicht immer zur Verfügung stehen
<input type="radio"/> um gesund und fit zu bleiben	<input type="radio"/> weil ich keinen Führerschein habe
<input type="radio"/> aus Spaß am Radfahren	<input type="radio"/> weil ich keine andere Möglichkeit habe, zur Arbeit od. ä. zu gelangen

c) Zutrauen von bestimmten Verkehrssituationen	
Bitte kreuzen Sie auf einer Skala von 0 (= traue ich mir gar nicht zu) bis 10 (= traue ich mir voll und ganz zu) an, wie sehr Sie sich die folgenden Verkehrssituationen mit dem Fahrrad zutrauen.	
Fahren auf einer sehr engen Fahrspur.	
traue ich mir gar nicht zu	← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → traue ich mir voll und ganz zu
An einer roten Ampel zwischen wartenden Autos hindurch zu schlängeln.	
traue ich mir gar nicht zu	← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → traue ich mir voll und ganz zu
Das Gleichgewicht bei geringer Geschwindigkeit bzw. im Stand auf dem Fahrrad zu halten?	
traue ich mir gar nicht zu	← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → traue ich mir voll und ganz zu
Andere Fahrradfahrer zu überholen.	
traue ich mir gar nicht zu	← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → traue ich mir voll und ganz zu
Nach Konsum von Alkohol noch sicher Fahrrad zu fahren?	
traue ich mir gar nicht zu	← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → traue ich mir voll und ganz zu

d) Meiden widriger Fahrbedingungen: Wie oft vermeiden Sie das Fahrradfahren bei folgenden Bedingungen?

	Ich vermeide....			
	nie	eher nicht	wenn möglich	grundsätzlich
- Dunkelheit / schlechte Sicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Regen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schnee oder Glätte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- starke Steigungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Überholen anderer Fahrradfahrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- große Städte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- unbekannte Strecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- unbekanntes Fahrrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Unwohlsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Potenziell kritische Verkehrssituationen beim Fahrradfahren

Bitte geben Sie an, wie häufig diese Situationen bei Ihnen vorkommen.

	noch nie	selten	ab und zu	häufig
(1) Ich übersehe ein Hindernis und habe Schwierigkeiten, rechtzeitig anzuhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2) Ich biege ab, obwohl ich dies nicht durch ein Handzeichen angezeigt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(3) Ich fahre bei Rot über eine Ampel, wenn kein Verkehr kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(4) Ich fahre so schnell in eine Kurve und bremse so stark, dass ich beinahe wegrutsche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(5) Ich fahre an einer Ampel an den wartenden Autos vorbei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(6) Ich überfahre ein Stoppschild.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(7) Ich führe mit einem neben mir fahrenden Fahrradfahrer ein Gespräch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(8) Ich lege den falschen Gang ein und komme dadurch aus dem Tritt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(9) Ich verliere das Gleichgewicht beim Anfahren bzw. Anhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(10) Ich betätige die Vorderradbremse so stark, dass ich beinahe über den Lenker stürze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(11) Ich telefoniere beim Radfahren mit einem Handy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(12) Ich höre beim Radfahren Musik über einen Kopfhörer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(13) Ich vergesse, mich umzusehen, bevor ich überhole bzw. einem Hindernis ausweiche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(14) Ich überquere eine Kreuzung mit hoher Geschwindigkeit, ohne dass ich mir ganz sicher bin, dass kein Auto kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(15) Ich fahre auf einem Gehweg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(16) Ich fahre entgegen der Fahrtrichtung in einer Einbahnstraße, auch wenn sie nicht für den Radverkehr freigegeben ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(17) Ich bin so verärgert über einen anderen Verkehrsteilnehmer, dass ich ihn anschreie oder wütende Handzeichen gebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(18) Ich klingele verärgert, weil Fußgänger oder Radfahrer den Weg blockieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(19) Ich fahre bei Dunkelheit oder in der Dämmerung ohne Licht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	noch nie	selten	ab und zu	häufig
(20) Ich werde von einem rechts abbiegenden Auto übersehen und muss abbremsen, obwohl ich eigentlich Vorfahrt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(21) Ein Auto fährt zu eng an mir vorbei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(22) Ich muss abrupt bremsen, weil ein Fußgänger überraschend auf den Radweg tritt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(23) Ich fahre ohne festes Schuhwerk, also z.B. mit Flip-Flops oder Schlappen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(24) Ich fahre auf dem Radweg auf der falschen Straßenseite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(25) Der Radweg endet abrupt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(26) Ich fahre angetrunken mit dem Fahrrad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(27) Autotüren werden zur Straße hin geöffnet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(28) Ich fahre auf dem Gehweg, weil ich sonst vor einer roten Ampel anhalten müsste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(29) Ich fahre Fahrrad, nachdem ich Marihuana oder eine andere Droge eingenommen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(30) Ich sehe mich beim Überholen oder Überqueren einer Straße nicht um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Erfahrung mit Fahrradunfällen

a) Alleinunfälle/Stürze: Wie häufig sind Sie in den letzten 3 Jahren mit Ihrem Fahrrad gestürzt, ohne das ein weiterer Verkehrsteilnehmer daran beteiligt war?					
<input type="radio"/> 0-mal	<input type="radio"/> 1-mal	<input type="radio"/> 2-mal	<input type="radio"/> 3-mal	<input type="radio"/> öfters	<input type="radio"/> weiß nicht
b) Unfälle mit anderen Verkehrsteilnehmern: Wie häufig haben Sie in den letzten 3 Jahren mit Ihrem Fahrrad einen Unfall erlebt, bei dem mindestens ein weiterer Verkehrsteilnehmer beteiligt war?					
<input type="radio"/> 0-mal	<input type="radio"/> 1-mal	<input type="radio"/> 2-mal	<input type="radio"/> 3-mal	<input type="radio"/> öfters	<input type="radio"/> weiß nicht

6. Allgemeine Fragen zur Gesundheit

a. Gesundheitliche Aspekte: Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. (Mehrfachantworten möglich)

Ich trage eine Brille oder Kontaktlinsen.

Ich habe eine Farbsehschwäche.

Ich habe eine Hörhilfe.

Ich habe folgende Bewegungsbeeinträchtigungen: _____

b. Reiseübelkeit: Leiden Sie unter „Reiseübelkeitsbeschwerden“ z. B. beim Lesen während der Mitfahrt im PKW oder (rückwärts) im Zug fahrend, oder bei Schiffsreisen unter Deck, ...?

Bitte machen Sie hierzu ein Kreuz auf der Skala von 0 – 15. Dabei steht „0“ für keine Beschwerden und „15“ für sehr starke Beschwerden.

gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			stark			sehr stark		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

7. Gesundheits- ODER altersbedingtes Fahrerleben und -verhalten beim Fahrradfahren

a. Gesundheit: Mögliche Einschränkungen beim Fahrverhalten

Im Folgenden geht es um gesundheits- oder altersbedingte Beeinträchtigungen, die sich auf das Fahrverhalten und Sicherheitsempfinden auswirken können. Wie sehr fühlen Sie sich beim Fahrradfahren beeinträchtigt durch folgende gesundheitliche Beschwerden:

Verminderte Sehschärfe	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Erhöhte Blendeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Verringerte Weite des Sichtfeldes	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Verringertes Hörvermögen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Verringertes Kopfdrehungsvermögen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Verringerte Beweglichkeit/ Gelenkigkeit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Verringerter Gleichgewichtssinn	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Verringerte (Muskel-)Kraft	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Herz-/Kreislauf-Beschwerden	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Allergien	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
(Sonstige) Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Anderes 1: _____	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark
Anderes 2: _____	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> deutlich	<input type="checkbox"/> stark

b. Fahrkompetenz und -verhalten im Vergleich zum Alter mit 20 Jahren	
Wie schätzen Sie insgesamt Ihre Fahrkompetenz im Vergleich zu früher ein, als sie 20 Jahre alt waren?	
<input type="radio"/> viel schlechter <input type="radio"/> etwas schlechter <input type="radio"/> genauso gut <input type="radio"/> etwas besser <input type="radio"/> viel besser	
Wie schätzen Sie Ihr Fahrverhalten im Vergleich zu früher mit 20 Jahren ein?	
<input type="radio"/> viel vorsichtiger <input type="radio"/> etwas vorsichtiger <input type="radio"/> genauso <input type="radio"/> etwas riskanter <input type="radio"/> viel riskanter	

8. Momentaner Gesundheitszustand / Wohlbefinden

a. Schlafverhalten	
Wie viele Stunden haben Sie heute Nacht geschlafen?	ca. ____ Std.
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?	ca. ____ Std.
Wie müde sind Sie aktuell? (bitte kreuzen Sie eine Zahl an)	
1	extrem wach
2	sehr wach
3	wach
4	eher wach
5	weder wach noch müde
6	einige Anzeichen von Müdigkeit sind vorhanden
7	müde, aber keine Anstrengung erforderlich, um wach zu bleiben
8	müde, Anstrengung erforderlich, um wach zu bleiben
9	sehr müde; große Anstrengung erforderlich, um wach zu bleiben; kämpfe gegen das Einschlafen

b. Gesundheit	
Bestehen zurzeit akute gesundheitliche Probleme	
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja → Erläuterung: _____	

c. Einnahme von Substanzen	
Medikamente: Haben Sie in den letzten 48 Std. Medikamente eingenommen?	
Name des Medikaments	Warum nehmen Sie das Medikament ein?

Alkohol: Haben Sie in den letzten 48 Stunden Alkohol konsumiert?
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja → Wann / Wie viel: _____
Sonstige Drogen: Haben Sie in den letzten 48 Stunden sonstige Drogen konsumiert?
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja → Welche / Wann / Wie viel: _____ _____

d. Aktuelles körperliches Befinden				
Es werden im Folgenden einige Beschwerden genannt. Bitte geben Sie an, wie stark Sie aktuell von diesen Beschwerden betroffen sind, indem Sie die Skala von „gar nicht“ bis „stark“ verwenden.				
1. Allgemeines Unwohlsein	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
2. Erschöpfung	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
3. Kopfschmerzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
4. Augenschmerzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
5. Unscharfes/ verschwommenes Sehen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
6. Vermehrter Speichelfluss	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
7. Schwitzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
8. Übelkeit	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
9. Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
10. Überreizung	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
11. Benommenheit bei offenen Augen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
12. Benommenheit bei geschlossenen Augen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
13. Schwindel	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
14. Unangenehmes Gefühl im Magen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
15. Aufstoßen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark

e. Fahrtüchtigkeit: Haben Sie zurzeit Zweifel an Ihrer Fahrtüchtigkeit?
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> etwas <input type="radio"/> ja
Erläuterung: _____

Teilnehmer-Fragebogen zwischen den Fahrten mit dem Fahrradsimulator

Datum: ____ . ____ . ____

ID des Probanden: _____

1. Nach der ersten Übungsfahrt (Einfache Landstrecke)

Erfahrungen mit dem Fahrradsimulator.

Die Fragen beziehen sich dabei nur auf die gerade absolvierte Fahrt.

(1) Wie viel Spaß hat Ihnen diese Fahrt gemacht?															
keinen	sehr wenig			wenig			mittel			viel			sehr viel		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(2) Wie gut sind Sie mit dem Fahrrad zurechtgekommen?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(3) Wie körperlich anstrengend haben Sie die Fahrt empfunden?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(4) Wie anstrengend haben Sie es empfunden, im virtuellen Raum den Verkehr aufmerksam zu beobachten?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(5) Wie gerne möchten Sie jetzt weiterfahren?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			gerne			sehr gerne		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Anmerkungen:

2. Nach der zweiten Übungsfahrt (Trainingsparcours)

a. Aktuelles körperliches Befinden

Es werden im Folgenden einige Beschwerden genannt. Bitte geben Sie an, wie stark Sie aktuell von diesen Beschwerden betroffen sind, indem Sie die Skala von „gar nicht“ bis „stark“ verwenden.				
1. Allgemeines Unwohlsein	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
2. Erschöpfung	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
3. Kopfschmerzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
4. Augenschmerzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
5. Unscharfes/ verschwommenes Sehen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
6. Vermehrter Speichelfluss	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
7. Schwitzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
8. Übelkeit	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
9. Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
10. Überreizung	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
11. Benommenheit bei offenen Augen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
12. Benommenheit bei geschlossenen Augen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
13. Schwindel	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
14. Unangenehmes Gefühl im Magen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
15. Aufstoßen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark

b. Erfahrungen mit dem Fahrradsimulator.

Die Fragen beziehen sich dabei nur auf die gerade absolvierte Fahrt.

(1) Wie viel Spaß hat Ihnen diese Fahrt gemacht?															
keinen	sehr wenig			wenig			mittel			viel			sehr viel		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(2) Wie gut sind Sie mit dem Fahrrad zurechtgekommen?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(3) Wie körperlich anstrengend haben Sie die Fahrt empfunden?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(4) Wie anstrengend haben Sie es empfunden, sich im virtuellen Raum zu orientieren?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(5) Wie gut haben Sie die Fahraufgaben gelöst?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(6) Wie gut fanden Sie den ausgewählten Trainingsparcours für das Üben mit dem Fahrradsimulator?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(7) Wie gerne möchten Sie jetzt weiterfahren?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			gerne			sehr gerne		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Anmerkungen:

3. Nach der dritten Übungsfahrt (Einfache Stadtstrecke)

Erfahrungen mit dem Fahrradsimulator.

Die Fragen beziehen sich dabei nur auf die gerade absolvierte Fahrt.

(1) Wie viel Spaß hat Ihnen diese Fahrt gemacht?															
keinen	sehr wenig			wenig			mittel			viel			sehr viel		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(2) Wie gut sind Sie mit dem Fahrrad zurechtgekommen?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(3) Wie körperlich anstrengend haben Sie die Fahrt empfunden?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(4) Wie anstrengend haben Sie es empfunden, im virtuellen Raum den Verkehr aufmerksam zu beobachten?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(5) Wie gut haben Sie die Herausforderungen des Stadtverkehrs gelöst?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(6) Wie gut fanden Sie die ausgewählte Stadtstrecke für das Üben mit dem Fahrradsimulator?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(7) Wie gut fühlen Sie sich nun für die eigentliche Teststrecke vorbereitet?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(8) Wie gerne möchten Sie jetzt weiterfahren?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			gerne			sehr gerne		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Anmerkungen:

4. Nach dem Fahren auf der Teststrecke (Komplexe Stadtstrecke)

a. Aktuelles körperliches Befinden

Es werden im Folgenden einige Beschwerden genannt. Bitte geben Sie an, wie stark Sie aktuell von diesen Beschwerden betroffen sind, indem Sie die Skala von „gar nicht“ bis „stark“ verwenden.				
1. Allgemeines Unwohlsein	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
2. Erschöpfung	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
3. Kopfschmerzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
4. Augenschmerzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
5. Unscharfes/ verschwommenes Sehen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
6. Vermehrter Speichelfluss	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
7. Schwitzen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
8. Übelkeit	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
9. Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
10. Überreizung	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
11. Benommenheit bei offenen Augen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
12. Benommenheit bei geschlossenen Augen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
13. Schwindel	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
14. Unangenehmes Gefühl im Magen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark
15. Aufstoßen	<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> stark

Wie müde sind Sie aktuell? (bitte kreuzen Sie eine Zahl an)	
1	extrem wach
2	sehr wach
3	wach
4	eher wach
5	weder wach noch müde
6	einige Anzeichen von Müdigkeit sind vorhanden
7	müde, aber keine Anstrengung erforderlich, um wach zu bleiben
8	müde, Anstrengung erforderlich, um wach zu bleiben
9	sehr müde; große Anstrengung erforderlich, um wach zu bleiben; kämpfe gegen das Einschlafen

b) Erfahrungen mit dem Fahrradsimulator.

Die Fragen beziehen sich dabei nur auf die gerade absolvierte Fahrt.

(1) Wie viel Spaß hat Ihnen diese Fahrt gemacht?															
keinen	sehr wenig			wenig			mittel			viel			sehr viel		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(2) Wie gut sind Sie mit dem Fahrrad zurechtgekommen?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(3) Wie körperlich anstrengend haben Sie die Fahrt empfunden?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(4) Wie anstrengend haben Sie es empfunden, im virtuellen Raum den Verkehr aufmerksam zu beobachten?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			ziemlich			sehr		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(5) Wie gut haben Sie die Herausforderungen des Stadtverkehrs gelöst?															
gar nicht	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(6) Wie gerne möchten Sie in Zukunft noch einmal mit dem Fahrradsimulator fahren?															
gar nicht	sehr wenig			wenig			mittel			gerne			sehr gerne		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Was sollten wir verbessern?

Was hat Ihnen gut gefallen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Teilnehmer-Fragebogen nach der Fahrt mit dem Fahrradsimulator

Datum: ____ . ____ . ____

ID des Probanden: _____

Im Folgenden geht es darum, als wie realistisch Sie das Fahren mit Fahrradsimulator im Vergleich zum Fahren mit einem echten Fahrrad empfunden haben.

Bitte bewerten Sie die aufgeführten Aspekte der Simulation, indem Sie die Skala von 1 – 15 verwenden.

1. Zum Fahrgefühl

Geradeaus fahren	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Kurven fahren	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Beschleunigen	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Bremsen	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Steigung fahren	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			keine Angabe
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	0
Wirkung der Gangschaltung	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			keine Angabe
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	0
Wirkung des Elektromotors	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			keine Angabe
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	0
Geschwindigkeitsgefühl insgesamt	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	

Anmerkungen:

2. Zum Verkehrsszenario und den anderen Verkehrsteilnehmern

Häuser/Straßen: Grafische Darstellung	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Streckenführung	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Autos: Grafische Darstellung	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Autos: Geräusche	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Autos: Fahrverhalten	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
And. Radfahrer: Grafische Darstellung	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
And. Radfahrer Fahrverhalten	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Fußgänger: Grafische Darstellung	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Fußgänger: Bewegung	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Umgebung: Geräusche	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Anmerkungen:

3. Zur technischen Umsetzung

„Bildfluss“ der Simulation	sehr stockend			leicht stockend			mittelmäßig			ziemlich flüssig			sehr flüssig		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Übertragung Ihrer Bewegung auf Simulation	stark zeitverzögert			leicht zeitverzögert			mittelmäßig			ziemlich unmittelbar			völlig unmittelbar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Anmerkungen: _____

4. Zu Ihrem Fahrverhalten im Simulator

Im Folgenden geben Sie bitte an, wie Sie Ihr eigenes Fahrverhalten mit dem Fahrradsimulator im Vergleich zu einer Realfahrt einschätzen. Bitte beziehen Sie sich dabei nur auf die zuletzt gefahrene Teststrecke.

Mit dem Fahrradsimulator fahre ich – im Vergleich zum Realverkehr – ...															
... bzgl. der Geschwindigkeit	viel langsamer			etwas langsamer			genauso schnell			etwas schneller			viel schneller		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
... auf geraden Strecken	viel unsicherer			etwas unsicherer			genauso sicher			etwas sicherer			viel sicherer		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
... in Kurven	viel unsicherer			etwas unsicherer			genauso sicher			etwas sicherer			viel sicherer		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
... bzgl. der StVO	viel weniger korrekt			etwas weniger korrekt			genauso korrekt			etwas korrekter			viel korrekter		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Anmerkungen: _____

5. Abschließende Gesamtbewertung

Bitte bewerten Sie hier wieder mit einer Skala von 1 – 15.

Das ‚Eintauchen‘ in die virtuelle Umgebung...	gelingt gar nicht			gelingt eher nicht			gelingt mittelmäßig			gelingt ziemlich gut			gelingt sehr gut		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Realismus insgesamt	sehr wenig realistisch			wenig realistisch			mittel realistisch			eher realistisch			sehr realistisch		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Anmerkungen: _____

Fahrradsimulator: Dokumentationsbogen für Versuchsleiter

Probanden ID: ID _____

Datum: _____ : _____ : 20_____

Beginn Erhebung: _____ : _____ Uhr

0. Vor der Fahrt – wurden alle Formulare/Fragebögen ausgefüllt?

- Teilnehmerinformation ja / nein _____
- Teilnahmeerklärung/Datenschutz: ja / nein _____
- Haftungsausschluss: ja / nein _____
- Vorher-Fragebogen: ja / nein _____
- Pulsmesser angezogen: ja / nein _____

Für wie kritisch halten Sie diese Verkehrssituation?

Wie realistisch war das Szenario und die Umgebung?

1. Zur ersten Übungsfahrt (Einfache Landstrecke)

a. Streckeninfo: „Bitte Kopfhörer anziehen, allerdings hier noch keine Navi-Ansage. Immer der Hauptstraße als Vorfahrtsstraße folgen. Die Strecke ist am Schild „Radelbach“ zu Ende, was per Mikrofon auch mitgeteilt wird (ca. 5 min)“

b. Beginn Fahrten: _____ : _____ Uhr

c. Komplett gefahren? ja / nein _____

d. Fragebögen ausgefüllt ja / nein _____

e. Wie gut ist der Fahrer gefahren?

	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen															

f. Anzeichen von Unverträglichkeit?

keine	sehr wenige			wenige			mittel			viele			sehr viele			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen																

g. Hat sich diese Strecke für eine erste Eingewöhnungsfahrt bewährt?

	gar nicht			eher nicht			mittel			eher ja			ja, sehr		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen															

2. Zur zweiten Übungsfahrt (Trainingsparcours)

a. Streckeninfo: „Bitte wieder den Kopfhörer anziehen. Der VL sagt an, wo lang gefahren wird und worauf geachtet werden muss. Bei Bedarf können Streckenabschnitte wiederholt werden.“ (ca. 2-5 min)

b. Komplette gefahren? ja / nein _____

c. Fragebögen ausgefüllt ja / nein _____

d. Wie gut ist der Fahrer gefahren?

	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen															

e. Anzeichen von Unverträglichkeit?

	keine			sehr wenige			wenige			mittel			viele			sehr viele		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Anmerkungen																		

f. Hat sich diese Strecke zum Trainieren der Fahrgeschicklichkeit bewährt?

	gar nicht			eher nicht			mittel			eher ja			ja, sehr		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen															

3. Zur dritten Übungsfahrt (Einfache Stadtstrecke)

- a. Streckeninfo: „Bitte den Kopfhörer anziehen. Sie hören über den Kopfhörer nun die Navigationsansagen. Die Navigation wird auch auf dem Display angezeigt. Die Strecke beginnt auf einer Landstraße, geht dann schnell in die Stadt über und endet auf einem Hinterhof mit Parkplätzen (900 m; ca. 2,5 min).
- b. Kompletzt gefahren? ja / nein _____
- c. Fragebögen ausgefüllt ja / nein _____
- d. Wie gut ist der Fahrer gefahren?

	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen															

- e. Anzeichen von Unverträglichkeit?

keine	sehr wenige			wenige			mittel			viele			sehr viele		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Anmerkungen															

- f. Hat sich diese Strecke zur Gewöhnung an das Stadtszenario bewährt?

	gar nicht			eher nicht			mittel			eher ja			ja, sehr			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Anmerkungen																
Wie kritisch...?																
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
Wie realistisch ...?																
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						

4. Zur Teststrecke (Komplexe Stadtstrecke)

 a. Videokamera eingeschaltet? ja / nein _____

 b. Daten werden aufgezeichnet? ja / nein _____

⇒ Dokumentation während der Fahrt

Zu beachten ist bei den Fahrten:

- Handzeichengeben beim Abbiegen
- Schulterblick

c. Einschätzung der einzelnen Fahrabschnitte

- 1. Start auf Schutzstreifen

Fahrfehler	<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> Kollision
Sonstige Fahrfehler / O-Töne / Sonst.	

- 2. Wechsel auf baulich getrenntem Radweg

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler	<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> Kollision									
Sonstige Fahrfehler / O-Töne / Sonst.										

- 3. Wechsel auf die Straße

Fahrfehler	<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> Kollision
Sonstige Fahrfehler / O-Töne / Sonst.	

- **4. Füllstrecke Q2**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen		<input type="checkbox"/> übervorsichtig						
		<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren		<input type="checkbox"/> Kollision						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **5. Rechtsabbiegen auf Vorfahrtsstraße**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel)						
		<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren		<input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen						
		<input type="checkbox"/> übervorsichtig		<input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar						
		<input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **6. Leere Bushaltestelle – Fußgänger rennt über die Straße, langsames weißes Auto vor einem, Zebrastreifen wird vom Fußgänger überquert**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel)						
		<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren		<input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen						
		<input type="checkbox"/> übervorsichtig		<input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar						
		<input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **7. Rechtsabbiegen mit Vorfahrt achten**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel)						
		<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren		<input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen						
		<input type="checkbox"/> übervorsichtig		<input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar						
		<input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **8. Linksabbiegen auf Vorfahrtstraße**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel) <input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen <input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar <input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **9. Linksabbiegen mit Vorfahrtachten**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel) <input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen <input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar <input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **10. Wechsel zu baulich getrenntem Radweg**

Fahrfehler	<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> Kollision
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.	

- **11. Langsamer Radfahrer – wurde er überholt?** ja nein

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler	<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel) <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar <input type="checkbox"/> Kollision <input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick									
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **12. Wechsel zu Schutzstreifen**

Fahrfehler	<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> Kollision
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.	

- **13. Zwei aufeinanderfolgende Kreuzungen, Radfahrer wird geschnitten**

Wie kritisch...?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Wie realistisch ...?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fahrfehler			<input type="checkbox"/> Spur verlassen	<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel)							
			<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren	<input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen							
			<input type="checkbox"/> übervorsichtig	<input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar							
			<input type="checkbox"/> Kollision	<input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick							
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.											

- **14. Kreisverkehr, Vorfahrt gewähren**

Wie kritisch...?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Wie realistisch ...?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fahrfehler			<input type="checkbox"/> Spur verlassen	<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel)							
			<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren	<input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen							
			<input type="checkbox"/> übervorsichtig	<input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar							
			<input type="checkbox"/> Kollision	<input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick							
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.											

- **15. Halt an roter Ampel zwischen 2 Autos**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel) <input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen <input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar <input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **16. Wechsel zu Radweg**

Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren		<input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> Kollision						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **17. Postfahrzeug fährt von recht auf den Radweg, so dass angehalten werden muss**

Wie kritisch...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie realistisch ...?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen <input type="checkbox"/> unsicheres Fahren <input type="checkbox"/> übervorsichtig <input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel) <input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen <input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar <input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick						
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.										

- **18. Weißes Auto fährt von rechts auf getrennten Radweg**

Wie kritisch...?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Wie realistisch ...?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen		<input type="checkbox"/> Verkehrsführung missachtet (Vorfahrt, Ampel)		<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren		<input type="checkbox"/> Navi missachtet bzw. falsch abgebogen		<input type="checkbox"/> übervorsichtig	<input type="checkbox"/> Zeichengebung fehlt, verzögert oder unklar
		<input type="checkbox"/> Kollision		<input type="checkbox"/> Andere Verkehrsteilnehmer nicht im Blick							
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.											

- **19. Ende auf Radweg**

Fahrfehler		<input type="checkbox"/> Spur verlassen		<input type="checkbox"/> übervorsichtig	
		<input type="checkbox"/> unsicheres Fahren		<input type="checkbox"/> Kollision	
Sonstige Fahrfehler / O-Töne /Sonst.					

⇒ Dokumentation nach der Fahrt

- a. Ende Fahrten: _____ : _____ Uhr
- b. Komplette gefahren? ja / nein _____
- c. Fragebögen ausgefüllt ja / nein _____
- d. Wie gut ist der Fahrer gefahren?

	sehr schlecht			schlecht			mittel			gut			sehr gut		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen															

e. Anzeichen von Unverträglichkeit?

keine	sehr wenige			wenige			mittel			viele			sehr viele		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Anmerkungen															

f. Hat sich diese Strecke zum Untersuchen von kritischen Fahrsituationen bewährt?

	gar nicht			eher nicht			mittel			eher ja			ja, sehr		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anmerkungen															

Weitere Anmerkungen: _____

Ende Erhebung: _____ : _____ Uhr