WIRTSCHAFTSMINISTERIUM

Statistisches Landesamt

MINISTERIUM FÜR ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT, UMWELT UND SOZIALE ANGELEGENHEITEN

Wissenschaftliches Institut für Volksgesundheit

Gesundheitsumfrage per Interview, Belgien, 2001

Haushaltsfragebogen

N° des Haushaltes: ☐☐☐☐☐☐☐

Name des Befragers: _____

Kodenummer des Befragers: ☐☐☐

Datum der Befragung

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

V2

Zusammensetzung des Haushaltes

Befrager: ***Angeben :*** *die Personen, die zeitweilig abwesend sind (in Urlaub, im Krankenhaus, in einer Einrichtung, für eine Zeitspanne, die kürzer ist als 1 Jahr)*

Nicht angeben*: Personen, die zeitweilig anwesend sind (Besucher, Gäste, Pensionäre (Urlauber)*

Linie Nr.	HC.01. Platz in dem Haushalt *Befrager: Vorname der Personen angeben, die unter einem Dach wohnen und ihr Verhältnis zur Referenzperson.* *Setzen Sie den **Kode** in das entsprechende Kästchen :* **1. Partner** **2. Eltern** **3. Kind** **4. Andere Verwandte** **5. Nicht verwandt** **9. Weiß nicht**		HC.02. Geburtsdatum Tag/Monat/Jahr Beispiel : 19 januar 1948 wird : 19/01/1948	HC.03. Alter (in Jahren) Für Kinder unter einem Jahr schreiben Sie '0'.	HC.04. Geschlecht **1. Mann** **2. Frau**
	Vornamen	**Kode**			
01	Referenzpersonen:		___ / ___ / ___		1 2
02			___ / ___ / ___		1 2
03			___ / ___ / ___		1 2
04			___ / ___ / ___		1 2
05			___ / ___ / ___		1 2
06			___ / ___ / ___		1 2
07			___ / ___ / ___		1 2
08			___ / ___ / ___		1 2
09			___ / ___ / ___		1 2
10			___ / ___ / ___		1 2
11			___ / ___ / ___		1 2
12			___ / ___ / ___		1 2

	HC.05. **Staatsangehörigkeit eines jeden einzelnen Mitgliedes des Haushalts ?**	**HC.06.** **Geburtsland der einzelnen Mitglieder des Haushaltes?**	**HC.07.** **Krankenkasse, bei der jedes einzelne Mitglied des Haushalts angeschlossen ist?** **1. Christliche Krankenkasse** **2. Neutrale Krankenkasse** **3. Sozialistische Krankenkasse** **4. Liberale Krankenkasse** **5. Freie Krankenkasse** **6. CAAMI (AOK)** **7. SNCB** **8. OSSOM** **9. Andere, näher angeben,** **10. Keine** **99. Weiß nicht** **-1. Ohne Antwort**
01.			
02.			
03.			
04.			
05.			
06.			
07.			
08.			
09.			
10.			
11.			
12.			

Einkommen

Befrager:	*Diese Fragen über den Haushalt sind der Referenzperson und/oder dem Partner erst nach dem persönlichen Interview zu stellen.*

Folgende Fragen beziehen sich auf die finanzielle Situation Ihres Haushalts. Uns interessiert der Gesamtbetrag der verfügbaren Mittel des Haushalts.

Unter "Gesamtbetrag der verfügbaren Mittel" verstehen wir

- die Nettolöhne und –gehälter aufgrund geleisteter Arbeit (als Haupt- oder Nebenbeschäftigung) und die Nettoeinkünfte für Selbstständige

- die sozialen Vergünstigungen (Familienzulagen, Arbeitslosengeld, Pension, Entschädigungen für Arbeitsunfähigkeit (zeitweilig, Invalide) oder Berufskrankheiten, Existenzminimum; Sozialhilfe)

- die zusätzlichen Einkünfte wie Mieten, Renten, Zinsen, ...

Die Summe dieser Einkünfte aller Personen des Haushalts bilden den Gesamtbetrag der verfügbaren Mittel Ihres Haushalts.

IN.01. **Wie viele Personen im Haushalt tragen zum Gesamtbetrag der verfügbaren Mittel Ihres Haushalts bei ?**

[ ][ ] Personen

IN.02. **Wie hoch ist der monatliche Gesamtbetrag der verfügbaren Mittel des Haushalts? Wenn dieser Betrag monatlich ändert, bitte den Durchschnitt angeben.**

[ ][ ][ ][ ][ ][ ] BF

Befrager :	*Nur dann, wenn die befragte Person zögert zu antworten, stellen Sie die folgende Frage. In allen anderen Fällen gehen Sie über zu IN.04.*

IN.03. **Sie finden es vielleicht schwierig, auf diese Frage zu antworten. Vielleicht fällt Ihnen die Antwort leichter, wenn ich die Frage anders stelle : Ist der Gesamtbetrag höher als 80.000, BF ?**

Ja [ ] 1 sehen Sie sich Karte 11 an

Nein [ ] 2 sehen Sie sich Karte 12 an

Können Sie mir sagen, welcher Kode dem Gesamtbetrag der verfügbaren Mittel Ihres Haushalts am besten entspricht?

[ ][ ] (Kode)

IN.04. **Können Sie Ihre Ausgaben mit Ihrem derzeitigen monatlichen Netto-Einkommen bestreiten (d.h. kommen Sie mit Ihrem Einkommen aus)?**

Nur sehr schwer …… ☐ 1

Schwierig ……...…… ☐ 2

Eher schwer…….....…… ☐ 3

Eher leicht…….....…… ☐ 4

Gut……..... ☐ 5 } Weiterfragen mit AC.01.

Sehr gut…….....…….. ☐ 6

IN.05. **Wie hoch müsste Ihr monatliches Einkommen sein, damit Sie alle Ausgaben decken könnten oder wie viel brauchen Sie, um rund zu kommen ?**

☐☐☐☐☐☐ BF

Ausgaben für Gesundheitspflege

Befrager:	*Wenn die Familie kein Geld für Pflegeleistungen, Medikamente, Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung ausgegeben hat, tragen Sie überall 0 Franken ein.*

AC.01. **Wie viel Geld wurde im vergangenen Monat in Ihrem Haushalt für Pflegeleistungserbringer wie Ärzte, Fachärzte, Zahnärzte ... ausgegeben?**

Nicht zu berücksichtigen sind Ausgaben in Verbindung mit einer Aufnahme in einer Einrichtung (Krankenhaus, Alten- oder Behindertenheim. Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, geben Sie einen Schätzbetrag an.

☐☐☐☐☐☐ BF im Laufe des vergangenen Monats

AC.02. **Wie viel hat die Krankenkasse Ihrem Haushalt im vergangenen Monat erstattet ? Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, geben Sie einen Schätzbetrag an.**

☐☐☐☐☐☐ BF im Laufe des vergangenen Monats

AC.03. **Wie viel Geld hat Ihr Haushalt im vergangenen Monat für (verordnete und nicht verordnete) Medikamente ausgegeben? Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, geben Sie einen Schätzbetrag an.**

☐☐☐☐☐☐ BF im Laufe des vergangenen Monats

AC.04. **Wie viel Geld hat Ihr Haushalt im <u>vergangenen Monat</u> zur Deckung der Kosten für Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung (Krankenhaus, Alten- oder Behindertenheim) ausgegeben? Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, geben Sie einen Schätzbetrag an.**

| | | | | | | BF im Laufe des vergangenen Monats

<u>Befrager</u>: Wenn keine Kosten für Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung, gehen Sie über zu AC.06

AC.05. **Können Sie angeben, für welche Art von Pflegeeinrichtung Ihr Haushalt im <u>vergangenen Monat</u> Aufenthaltskosten hatte?**
(mehrere Antworten möglich)

01. Krankenhaus …… ☐ 1
02. Psychiatrische Einrichtung …… ☐ 2
03. Behinderteneinrichtung …… ☐ 3
04. Alten- und Pflegeheim …… ☐ 4
05. Andere – Welche:_____ ☐ 5

AC.06. **Die möglichen Kosten für Gesundheitspflege sind nicht auf Kosten für Pflegeleistungserbringer, Medikamente, Aufenthaltskosten begrenzt. Auch andere medizinische Hilfsmittel können Kosten verursachen;**

Können Sie pro Hilfsmittel, das ich Ihnen nun nennen werde, angeben, wie viel Geld Ihr Haushalt dafür ausgegeben hat?

01. Verbandszeug, Desinfektionsmaterial und/oder Kompressen ☐☐☐☐☐ BF
02. Bandagen ☐☐☐☐☐ BF
03. Nahrungsmittel für Sonden oder Spezialnahrung auf medizinische Verordnung ☐☐☐☐☐ BF
04. Sauerstoff in Flaschen Aerosol-bomben ☐☐☐☐☐ BF
05. Injektionsmaterial ☐☐☐☐☐ BF
06. Material für Inkontinenz und Unterlagen ☐☐☐☐☐ BF

AC.07. **Sind Sie der Meinung, dass Ihr Eigenanteil (das, was Sie selbst zu zahlen haben) an den Gesundheitskosten für Ihr Budget:**

leicht zu bewältigen …….....……. ☐ 1

schwer zu bewältigen …….....……. ☐ 2

unmöglich zu bewältigen ist …….. ☐ 3

Weiß nicht ……. ☐ 9

Keine Antwort ……. ☐ -1

AC.08. **Manche können Schwierigkeiten haben, medizinische Versorgung zu erhalten, wenn sie sie brauchen. Hatten Sie oder jemand Ihres Haushalts in den <u>vergangenen 12 Monaten</u> medizinische Versorgung nötig oder war eine Operation erforderlich, die man aber nicht bezahlen konnte?**

Ja..……. ☐ 1

Nein…….. ☐ 2

Weiß nicht ……. ☐ 9

Keine Antwort ……. ☐ -1

AC.09. **War in den <u>vergangenen 12 Monaten</u> bei Ihnen oder jemand Ihres Haushalts Zahnpflege erforderlich, die man aber nicht bezahlen konnte?**

Ja….....……. ☐ 1

Nein…….....…….. ☐ 2

Weiß nicht ……. ☐ 9

Keine Antwort ……..……. ☐ -1

AC.10. **Hatten Sie oder jemand Ihres Haushalts in den <u>vergangenen 12 Monaten</u> verordnete Medikamente nötig, die man aber nicht bezahlen konnte?**

Ja.……. ☐ 1

Nein…….. ☐ 2

Weiß nicht ……. ☐ 9

Keine Antwort ……. ☐ -1

AC.11. **Hatten Sie oder jemand Ihres Haushalts in den <u>vergangenen 12 Monaten</u> eine Brille nötig, die man aber nicht bezahlen konnte?**

Ja..... ☐ 1

Nein..... ☐ 2

Weiß nicht ..... ☐ 9

Keine Antwort ..... ☐ -1

AC.12. **Hatten Sie oder jemand Ihres Haushalts in den <u>vergangenen 12 Monaten</u> geistige Gesundheitspflege nötig, die man aber nicht bezahlen konnte?**

Ja..... ☐ 1

Nein..... ☐ 2

Weiß nicht ..... ☐ 9

Keine Antwort ..... ☐ -1

Wohnung

LO.01. Wie würden Sie Ihre Wohnung beschreiben?

freistehendes Einfamilienhaus ..... ☐ 1

einseitig angrenzendes Einfamilienhaus ..... ☐ 2

beiderseitig angrenzendes Einfamilienhaus ..... ☐ 3

Wohnung in einem Gebäude mit 2 Wohnungen ..... ☐ 4

Wohnung in einem Gebäude von 3 bis 9 Wohnungen ..... ☐ 5

Wohnung in einem Gebäude mit 10 Wohnungen und mehr ..... ☐ 6

möbliertes Zimmer oder Studio ..... ☐ 7

Seniorenresidenz (Heim, Altenheim, Alten- und Pflegeheim)..... ☐ 8

Service-Komplex für Senioren ..... ☐ 9

Andere (erklären Sie)_____ ☐ 10

LO.02. Wie würden Sie die Umgebung Ihrer Wohnung beschreiben?

ländliche oder halbländliche Umgebung ..... ☐ 1

Residenzviertel mit Gärten ..... ☐ 2

dichtbebautes Residenzviertel meist mit Gärten ..... ☐ 3

Residenzviertel mit einer Mehrheit an Gebäuden
mit mehreren Wohnungen ..... ☐ 4

Geschäftsviertel ..... ☐ 5

Industrieviertel ..... ☐ 6

Büroviertel ..... ☐ 7

LO.03. Ist Ihr Haushalt in dieser Wohnung als:

Eigentümer ..... ☐ 1

Mieter ..... ☐ 2 Gehen Sie über zu L0.06.

LO.04. Haben Sie noch Ratenzahlungen für diese Wohnung zu leisten?

Ja…… ☐ 1

Nein…… ☐ 2 Gehen Sie über zu HE.01.

LO.05. Wie hoch ist die monatliche Ratenzahlung?

☐☐☐☐☐☐ BF Gehen Sie über zu HE.01.

LO.06. Wie hoch ist die monatliche Miete?

☐☐☐☐☐☐ BF

Gesundheit und Umwelt

HE.01. Denken Sie an die <u>letzten 12 Monate</u>, wenn Sie zu Hause waren. Wie stark haben Sie sich durch einen der folgenden Umstände gestört oder belästigt gefühlt:

		Extrem	*Sehr*	*Mittelmäßig*	*Leicht*	*Überhaupt nicht*	*Keine Antwort*
01.	Geruchsbelästigung durch Industrien in der Nähe des Wohnviertels	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
02.	Andere Geruchsbelästigung (Kanalisation, Abfälle, Mastbetriebe)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
03.	Anhäufung von Abfällen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
04.	Feuchtigkeit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
05.	Schimmel, Schimmelpilz	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
06.	Elektromagnetische Felder verursacht durch Hochspannungsleitungen oder Mobilfunkantennen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
07.	Vibrationen verursacht durch Straßen-, Luft-, Schienenverkehr oder nahegelegene Unternehmen	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
08.	Lärm des Straßenverkehrs	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
09.	Lärm des Schienenverkehr	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
10.	Lärm des Luftverkehrs	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
11.	Lärmbelästigung durch nahe gelegene Betriebe (Werkstatt, Fabrik)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1
12.	Lärm der Nachbarschaft (Stimmen, Hunde, Kinder)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ -1

HE.02. Empfinden Sie Ihre Umgebung als...:

sehr laut ……..... ☐ 1

eher laut……..... ☐ 2

nicht sehr laut ……...….. ☐ 3

überhaupt nicht laut …….…… ☐ 4

Weiß nicht …….. ☐ 9

Keine Antwort ..…….. ☐ -1

Befrager: Wenn Ihr Wohnort « überhaupt nicht laut » ist (Antwort 4 bei der Frage HE.02.), ist die Befragung beendet.

HE.03. Wann empfinden Sie die Lärmbelästigung?

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Tagsüber .....……	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
02.	Nachts .....……	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
03.	Frühmorgens.....……	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
04.	Abends .....……	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
05.	Ständig .....……..	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1

HE.04. Welche schädlichen Auswirkungen hat der Lärm auf Sie?

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Schlafprobleme .....……	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
02.	Schwierige Kommunikation	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
03.	Gehörverlust ….....……..	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
04.	Gereiztheit …….....……..	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
05.	Leistungsrückgang ...……	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1
06.	Andere (erklären Sie): _____	☐ 1	☐ 2	☐ 9	☐ -1

HE.05. **Sind die Belästigungen in Ihrem Wohnviertel derart stark, dass Sie etwas dagegen unternommen haben wie... :**

		Ja	Nein	Keine Antwort
01.	Isolierungsarbeiten	☐ 1	☐ 2	☐ -1
02.	Gebrauch von Ohrenstopfen	☐ 1	☐ 2	☐ -1
03.	Beschwerden beim Nachbarn	☐ 1	☐ 2	☐ -1
04.	Beschwerde bei der Polizei	☐ 1	☐ 2	☐ -1
05.	Umzug in Erwägung gezogen	☐ 1	☐ 2	☐ -1
06.	Rückzug in ein ruhiges Zimmer	☐ 1	☐ 2	☐ -1
07.	Einnahme von Medikamenten (Beruhigungs-, Schlafmittel,...).....	☐ 1	☐ 2	☐ -1
08.	Anderes besonderes Verhalten	☐ 1	☐ 2	☐ -1

erklären Sie:_____

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN :

Herr J. Van der Heyden
Herr M. Bietlot
Herr J. Tafforeau

Epidemiologischer Dienst
Wissenschaftliches Institut für Volksgesundheit
J. Wytsmanstraat 14
1050 Brüssel

Tél : 02/642.57.90
02/642.57.26

e-mail his@iph.fgov.be
http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index0.htm

27 März 2001