

Föderaler Öffentlicher Dienst
Wirtschaft, K.M.U.
Mittelstand und Energie



**Generaldirektion für Statistik und
Wirtschaftsinformation**

Rue de Louvain, 44 – 1000 Bruxelles

Föderaler Öffentlicher Dienst,
Volksgesundheit, Sicherheit der
Nahrungsmittelkette und Umwelt



**Wissenschaftliches Institut für
Volksgesundheit**

Rue Juliette Wytsman, 14-16 - 1050 Bruxelles

Gesundheitsumfrage per Interview, Belgien, 2004

Haushaltsfragebogen

Nr des Haushaltes:

--	--	--	--	--	--	--	--

Kodenummer des Befragers:

--	--	--	--

Datum der Befragung

--	--	--	--	--	--

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,...).

Check	Linie Nr.	HC.01.	HC.02.	HC.03.	HC.04.
		Platz in dem Haushalt <i>Befrager: Vorname der Personen angeben, die unter einem Dach wohnen und ihr Verhältnis zur Referenzperson.</i> <i>Setzen Sie den Kode in das entsprechende Kästchen :</i> 1. Partner 2. Eltern 3. Kind 4. Andere Verwandte 5. Nicht verwandt 9. Weiß nicht	Geburtsdatum Tag/Monat/Jahr Beispiel : 19 januar 1948 wird : 19/01/1948	Alter (in Jahren) Für Kinder unter einem Jahr schreiben Sie '0'.	Geschlecht 1 = Mann 2 = Frau
		} Vornamen	↓ Kode		(entourez)
C.....	01	Referenzpersonen:		___ / ___ / ___	1 2
C.....	02			___ / ___ / ___	1 2
C.....	03			___ / ___ / ___	1 2
C.....	04			___ / ___ / ___	1 2
C.....	05			___ / ___ / ___	1 2
C.....	06			___ / ___ / ___	1 2
C.....	07			___ / ___ / ___	1 2
C.....	08			___ / ___ / ___	1 2
C.....	09			___ / ___ / ___	1 2
C.....	10			___ / ___ / ___	1 2
C.....	11			___ / ___ / ___	1 2
C.....	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 Haushaltes angeschlossen ist? 01. Christliche Krankenkasse 02. Neutrale Krankenkasse 03. Sozialistische Krankenkasse 04. Liberale Krankenkasse 05. Freie Krankenkasse 06. CAAMI (AOK) 07. SNCB 08. OSSOM 09. 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, Eingliederungseinkommen, 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. Wieviele 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.

Geben Sie die Währungseinheit an:

Euros ₁ BF ₂

--	--	--	--	--	--

Befrager: *Nur dann, wenn die befragte Person zögert zu antworten, stellen Sie die folgende Frage. In allen anderen Fällen gehen Sie über zu AC.01.*

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 2.000 Euro (oder 80.000 BF)?

Ja ₁ *Befrager: sehen Sie sich Karte 15 an.*

Nein ₂ *Befrager: sehen Sie sich Karte 16 an.*

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

		(Kode)
--	--	--------

Weiß nicht ₉ Keine Antwort ₋₁

Ausgaben für Gesundheitspflege

AC.01. **Wieviel 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.

Bitte ankreuzen, wenn es keine Ausgaben gegeben hat: 1

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros 1 BF 2

--	--	--	--	--	--

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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

Bitte ankreuzen, wenn es keine Rückerstattung gegeben hat: 1

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros 1 BF 2

--	--	--	--	--	--

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

AC.03. Wieviel 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.

Bitte ankreuzen, wenn es keine Ausgaben gegeben hat: 1

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros 1 BF 2

--	--	--	--	--	--

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

AC.04. Wieviel Geld hat Ihr Haushalt im vergangenen Monat 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.

Bitte ankreuzen, wenn es keine Ausgaben gegeben hat : 1 Gehen Sie über zu AC.06.

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros 1 BF 2

--	--	--	--	--	--

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

AC.05. Können Sie angeben, für welche Art von Pflegeeinrichtung Ihr Haushalt im vergangenen Monat Aufenthaltskosten hatte?

(Mehrere Antworten möglich)

	Ja	Nein
01. Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. Psychiatrische Einrichtung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. Behinderteneinrichtung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. Alten- und Pflegeheim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. Andere – Welche: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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, die ich Ihnen nun nennen werde, angeben, wieviel Geld Ihr Haushalt im Laufe des letzten Monats dafür ausgegeben hat?

Bitte ankreuzen, wenn es keine Ausgaben gegeben hat: 1 Gehen Sie über zu AC.07

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros 1 BF 2

- 01. Verbandszeug, Desinfektionsmittel und/oder Kompressen
- 02. Bandagen
- 03. Nahrungsmittel für Sonden oder Spezialnahrung auf medizinische
Verordnung
- 04. Sauerstoff in Flaschen/Aerosol-bomben
- 05. Injektionsmaterial
- 06. Material für Inkontinenz und Unterlagen
- 07. Krücken, Rollstuhl, Bett

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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 vergangenen 12 Monaten 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 vergangenen 12 Monaten 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 vergangenen 12 Monaten 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 vergangenen 12 Monaten 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 vergangenen 12 Monaten geistige Gesundheitspflege nötig (z.Bsp. Psychologe oder Psychiater), 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

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

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

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Befrager: Wenn die Person in einer Einrichtung untergebracht ist, d.h. wenn diese Person in einem Altenheim oder in einem Alten- und Pflegeheim wohnt, stellen Sie die folgenden Fragen nicht (von LO.03 bis LO.06), gehen Sie direkt über zu HE.01 auf Seite 11.

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

Eigentümer 1
 Mieter 2 Gehen Sie über zu LO.06.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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

Ja..... 1
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu HE.01.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

LO.05. Wie hoch ist die monatliche Ratenzahlung?

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros 1 BF 2

--	--	--	--	--	--

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Befrager: Gehen Sie nach dieser Frage über zu HE.01.

LO.06. Wie hoch ist die monatliche Miete?

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros 1 BF 2

--	--	--	--	--	--

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Gesundheit und Umwelt

Befrager: Antworten durch Drittpersonen sind nicht gestattet.

Folgende zwei Fragen beschäftigen sich mit den Umweltfaktoren. Die erste bezieht sich spezifisch auf Umweltfaktoren in Ihrem Wohnviertel, die zweite bezieht sich auf Umweltfaktoren bei Ihnen zu Hause.

HE.01. In Ihrem Wohnviertel, wie stark haben Sie sich durch einen der folgenden Umstände gestört oder belästigt gefühlt?

Befrager: Zeigen Sie Karte 17.

	Sehr großes Problem	Großes Problem	Minimales Problem	Gar kein Problem	Kommt vor, stellt aber kein Problem dar	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Abgase.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
02. Geruchsbelästigung durch Industrien in der Nähe des Wohnviertels	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
03. Andere Geruchsbelästigung (Kanalisation, Abfälle, Düngemittel).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
04. Anhäufung von Abfällen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
05. Belästigung durch Lichteinfall von außen (Nachlichter, Reklameschilder, Neonlichter).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
06. Vandalismus, Graffitis oder willentlich beschädigtes Eigentum.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1

HE.02. Denken Sie an die letzten 12 Monate, 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	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Geruchsbelästigung durch Industrien in der Nähe des Wohnviertels	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
02. Andere Geruchsbelästigung (Kanalisation, Abfälle, Mastbetriebe)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
03. Anhäufung von Abfällen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
04. Feuchtigkeit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
05. Schimmel, Schimmelpilz.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
06. Elektromagnetische Felder Verursacht durch Hochspannungsleitungen oder Mobilfunkantennen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
07. Vibrationen verursacht durch Straßen-, Luft-, Schienenverkehr Oder nahegelegene Unternehmen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
08. Lärm des Straßenverkehrs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
09. Lärm des Schienenverkehrs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
10. Lärm des Luftverkehrs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
11. Lärm durch nahe gelegene Betriebe (Werkstatt, Fabrik)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
12. Lärm der Nachbarschaft (Stimmen, Hunde, Kinder)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1
13. Belästigung durch Lichteinfall von außen (Nachtlichter, Reklameschilder, Neonlichter) ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> -1

Befrager: Für die zwei folgenden Fragen :

- Personen einbeziehen, die nicht dem Haushalt angehören, die aber im Haus oder ihrer Wohnung rauchen kommen;
- Mitglieder des Haushaltes ausschließen, die nur außerhalb des Hauses oder der Wohnung rauchen.

HE.03. Gibt es jemanden, der fast täglich innerhalb Ihres Hauses/Wohnung raucht?

Ja 1

Nein 2 Gehen Sie über zu HE.05.

 Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu HE.05.

 Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu HE.05.

HE.04. Wieviele Personen rauchen fast täglich innerhalb des Hauses/Wohnung?

 Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

HE.05. Bestehen Einschränkungen bezüglich des Zigarettenkonsums innerhalb des Hauses/Wohnung?

Ja 1

Nein 2 Ende des Fragebogens

 Weiß nicht 9 Ende des Fragebogens

 Keine Antwort -1 Ende des Fragebogens

HE.06. Welches sind die Einschränkungen des Zigarettenkonsums innerhalb des Hauses/Wohnung?

(Mehrere Antworten möglich)

	Ja	Nein
Die Raucher sind gebeten, nicht innerhalb des Hauses zu rauchen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Das Rauchen ist nur in bestimmten Räumen erlaubt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Es ist verboten, in Anwesenheit von kleinen Kindern zu rauchen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Andere Einschränkungen (präzisieren) : _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht <input type="checkbox"/> 9 Keine Antwort <input type="checkbox"/> -1		

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN :

Frau E. Hesse

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

Tél : 02/642.57.55

e-mail his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/HIS>

2 Juni 2004