



**MEDIZINISCHER ERFASSUNGSBOGEN ZU BESCHWERDEN BETROFFENER DURCH
TIEFFREQUENZ- UND INFRASCHALL**

1.0 Kontaktdaten der betroffenen Person:

Datum:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Email:

Beantwortung durch: Betroffener
 Interviewer

Name, Fachrichtung, BI

Fallnummer:

Wichtiger Hinweis:

Die Daten werden vertraulich behandelt. Die Weitergabe von persönlichen Daten zur Veröffentlichung oder an Medien erfolgt anonymisiert unter Verwendung der Fallnummer.

2.0 Persönliche Daten:

2.1	Alter Geschlecht Raucher	<input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----	---	--

3.0 Abfrage der Situation:

3.1	Ist Verursacher der Beschwerden eine WKA?	<input type="checkbox"/> eindeutig bekannt <input type="checkbox"/> wahrscheinlich bekannt <input type="checkbox"/> unbekannt
3.2	Gibt es eine weitere Belastung mit niederfrequentem Schall durch andere technische Anlagen wie...	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, ggf. welche? <input type="checkbox"/> Heizungsanlagen <input type="checkbox"/> Lüftungsanlagen <input type="checkbox"/> Biogasanlagen <input type="checkbox"/> Wärmepumpen <input type="checkbox"/> Ventilatoren <input type="checkbox"/> andere? <input type="text"/>

4.0 Technische Angaben zur WKA (eintragen, soweit bekannt): (Kann entfallen, falls andere Anlagen die vermuteten Quellen für den Infraschall sind.)

4.1	WKA-Hersteller / Typ / Leistung	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.2	Anzahl der WKA?	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> eine - drei <input type="checkbox"/> drei - fünf <input type="checkbox"/> mehr als fünf Wie viel insgesamt? <input type="text"/>
4.3	Wann nahm die WKA erstmalig den Betrieb auf?	<input type="text"/>
4.4	Wie viele Stunden täglich ist die Anlage in Betrieb? (Durchschnittsangaben)	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.5	Abstand der WKA zum Wohnhaus des Betroffenen . Bei Windpark, Abstand der nächstgelegenen WKA	<input type="checkbox"/> weniger als 500 m <input type="checkbox"/> 500 - 750 m <input type="checkbox"/> 750 - 1.000 m <input type="checkbox"/> mehr als 1.000 m oder bekannte Entfernung: <input type="text"/>
4.6	Ergänzende Angaben zum Aufstellungsort der WKA, z. B. im Wald, auf freiem Feld	<input type="text"/> <input type="text"/>

5.0 Details zur Wohnsituation:

5.1	Wohngebäude des Betroffenen : Baujahr: Anzahl Personen wohnhaft: Schallisolierung / neue Fenster oder Türen?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.2	Wann traten bei Ihnen erste Probleme auf?	Nach ca. <input type="text"/> Wochen. Wenn bekannt, genaues Datum oder Monat angeben: <input type="text"/>
5.3	Sind weitere Personen im Wohnhaus betroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wie viele? <input type="text"/>
5.4	Sind auch Nachbarn betroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
5.5	Art des Wohngebiets	<input type="checkbox"/> reines Wohngebiet <input type="checkbox"/> Mischgebiet <input type="checkbox"/> Gewerbegebiet
5.6	Generell ist unser Wohngebiet ...	<input type="checkbox"/> sehr ruhig <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> manchmal etwas laut <input type="checkbox"/> laut
5.7	Unser Wohngebiet ist...	<input type="checkbox"/> ländlich <input type="checkbox"/> eher ländlich geprägt <input type="checkbox"/> kleinstädtische Wohnsiedlung

6.0 Abfrage zur Lärmsituation:

6.1	Die WKA erzeugt hörbaren Schall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn vorhanden Messwerte <input type="text"/>
6.2	Die WKA erzeugt hörbaren tieffrequenten Schall (wie ein tiefes Brummen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn vorhanden Messwerte <input type="text"/>
6.3	Das Geräusch wird impulshaltig wahrgenommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.4	Nur nachts und bei Stille ist ein Brummen wahrnehmbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.5	Die WKA ist auch bei geschlossenen Fenstern in Wohnräumen hörbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.6	Es gibt einige Stellen im Haus, an denen seit Aufstellung der WKA ein tiefes Brummen hörbar ist	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.7	Die tiefen Geräusche werden auch von Besuchern wahrgenommen	<input type="checkbox"/> allen <input type="checkbox"/> einigen <input type="checkbox"/> niemand
6.8	Das Geräusch ist eher zu fühlen als zu hören, spüre Vibrationen in Fußboden und Gegenständen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.9	In der Umgebung finden sich technische Anlagen, die ähnliche Geräusche erzeugen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Biogasanlage <input type="checkbox"/> Gebäude mit Klimaanlage <input type="checkbox"/> Industriebetriebe <input type="checkbox"/> Autobahn <input type="checkbox"/> andere in <input type="text"/> m / <input type="text"/> km Entfernung

7.0 Vorbestehenden Krankheiten und Beschwerden (Anamnese):

Gefragt wird nach Krankheiten, Beschwerden und Symptomen an Körperorganen und -systemen, die schon **vor** Inbetriebnahme der WKA vorhanden waren und ggf. noch andauern.

7.1	Augen, Sehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.2	Ohren, Gehör	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.3	Besteht eine Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.4	Besteht ein Tinnitus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.5	Besteht eine Neigung zur Seekrankheit, Reisekrankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7.6	Chronische Kopfschmerzen oder Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.7	Herz, Kreislauf, Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.8	Bronchien, Lunge, Atmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.9	Magen, Darm, Verdauung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.10	Nerven, Psyche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.11	Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.12	Hormonsystem	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.13	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.14	Sonstige Krankheiten oder Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.15	Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welche?

8.0 Symptome und Beschwerden, die bei mir aufgetreten sind:

Gefragt wird nach Symptomen, die **nach** Inbetriebnahme der WKA **neu** aufgetreten sind.

8.1	Ohrendruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wahrnehmung eines „Flatterns“	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ohrenscherzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.3	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> vermehrtes Aufwachen <input type="checkbox"/> Aufschrecken aus dem Schlaf <input type="checkbox"/> erschwertes Wiedereinschlafen
8.4	Schwindelgefühl Unsicherheit beim Gehen, Stehen und Sitzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Symptome bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/>
8.5	Dreh- und Schwankschwindel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> Drehen der Umgebung <input type="checkbox"/> Schwanken des Bodens, weitere Symptome bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/>
8.6	Schwindel mit Koordinationsstörung, z. B. Kollision mit Türrahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/>
8.7	Schwindel in Verbindung mit Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben <input type="text"/> <input type="text"/>

8.8	Schwindel bei Bewegung im Raum, mit Nystagmus (Augenzittern)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben
8.9	Herzrasen (Tachykardie) „Herzklopfen“ Bluthochdruck (neu aufgetreten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.10	Benommenheit Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Schwierigkeiten, z. B. einem Kochrezept oder einer Bauanleitung zu folgen...
8.11	„ Fehlleistungen “ Unfälle / Beinahe-Unfälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, z. B. heiße Kaffeekanne in den Kühlschrank stellen, Teller in den Abfalleimer werfen... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.12	Appetitlosigkeit Gewichtsabnahme Magendruck Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben
8.13	Kopfschmerz Spannungskopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.14	Bei Migränikern: Zunahme/Verlängerung der Attacken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.15	Nackenschmerzen Rückenschmerzen Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.16	Andauernder Husten, häufigere oder längere Bronchialinfekte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben
8.17	Schluckbeschwerden Druckgefühl unterhalb des Kehlkopfes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.18	Angstzustände, Panikattacken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.19	Depression, Suizidgedanken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.20	Tagesmüdigkeit Artikulationsstörungen/ „schwere“ Zunge Wortfindungsstörungen Erinnerungslücken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte beschreiben, z. B. ein Gefühl von Trunkenheit, ohne Einnahme von Alkohol
8.21	Sehstörungen, Verschlechterung der Sehleistung, Sehausfälle (Skotom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> unscharfes Sehen <input type="checkbox"/> Veränderung Dioptrienzahl

8.22	Unfreiwillige Bewegungen von Armen oder Beinen („Zucken“)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.23	„Kribbeln“ auf der Haut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, „fühlt sich an wie Ameisen“
8.24	Handschweiß/Schwitz-attacken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> treten immer auf, wenn Anlage läuft <input type="checkbox"/> zu gleicher Uhrzeit, immer wenn.. <input type="text"/>
8.25	Gefühl eines „ inneren Zitterns oder Vibrierens “	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.26	Weitere Beschwerden , die ich auf die WKA zurückführe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.27	Diese Symptome treten auch an anderen Orten auf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wo? <input type="text"/>
8.28	Besucher zeigen ähnliche Symptome nach einem Zeitraum von...	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, z. B. wenn Gäste mehrere Tage/Wochen zu Besuch sind
8.29	Ich werde wegen dieser Symptome von einem Arzt behandelt Ich nehme seit Beginn der Exposition folgende Medikamente ein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Umweltmediziner <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> Beta-Blocker <input type="checkbox"/> Schlafmittel <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
8.30	Wenn ich mich lange im Haus aufhalte (Krankheit, Urlaub) , nehmen die Beschwerden zu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.31	Wenn ich mich längere Zeit von meiner Wohnung entferne (Urlaubsreise), nehmen die Beschwerden ab	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

9.0 Wer ist noch betroffen?

9.1	Sind weitere Personen im Haus betroffen? (Ehepartner, andere im Haus/Haushalt lebende Personen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Auflistung, Alter der Personen <input type="text"/> <input type="text"/>
9.2	Gibt es Kinder im Haushalt? Gibt es Auffälligkeiten in der Entwicklung, sprachliche Entwicklung/schulische Leistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte Alter der Kinder vermerken! <input type="text"/>

9.3	Kinder: Vermehrte Neigung zu Unfällen/häufigere Infekte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----	--	---

10.0 Lebensqualität/Auswirkungen:

10.1	Seit Aufstellung der WKA hat unsere Lebensqualität...	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> abgenommen <input type="checkbox"/> unverändert
10.2	Seit Aufstellung der WKA kann ich mich zu Hause nicht mehr richtig erholen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
10.3	Wenn ich es mir finanziell leisten könnte, würde ich wegziehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
10.4	Unsere Wohnung/Haus ist unverkäuflich geworden / Wertminderung erfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
10.5	Durch den Betrieb der Anlage erfahren wir in der Nutzbarkeit unserer Wohnung sehr starke Einschränkungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
10.6	Durch die Auswirkungen der Anlage ist uns finanzieller Schaden entstanden	Geschätzte Höhe bisher / monatlich <input type="text"/>
10.7	Vom nachbarlichen Umfeld wird unser Anliegen...	<input type="checkbox"/> ernst genommen <input type="checkbox"/> als berechtigt angesehen <input type="checkbox"/> nicht ernst genommen <input type="checkbox"/> wir werden als eingebildete Kranke wahrgenommen <input type="checkbox"/> uns werden finanzielle Interessen unterstellt
10.8	Seit Auftreten der Probleme haben sich unsere Freizeitaktivitäten...	<input type="checkbox"/> verringert <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> keine Veränderung erfahren
10.9	Seit Auftreten der Probleme haben sich unsere Sozialkontakte...	<input type="checkbox"/> verringert <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/> keine Veränderung erfahren

11.0 ergriffene Maßnahmen:

11.1	Verlagerung des Schlafplatzes (z.B. in Gästezimmer, Hobbyraum, Keller)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.2	Tragen von Gehörschutz	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> nur zeitweilig tagsüber

11.4	Wir haben eine Ausweich- wohnung, 2. Haus , Wohn- mobil etc. gemietet/gekauft oder Erwägen solche Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.5	Bauliche Maßnahmen Schallschutzfenster etc. Beauftragung eines Sachverständigen (Akustiker)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Ergebnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

12.0 Dialog mit Verursacher:

12.1	Wir haben dem Betreiber frühzeitig von unseren Beschwerden berichtet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.2	Der Betreiber hat uns ernst genommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.3	Der Betreiber hat konstruktive Lösungsansätze vorgesprochen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein

13.0 Hilfe durch Behörden/Ämter:

13.1	Der für uns zuständigen Behörde war das Problem bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise, welche Behörden wurden angesprochen, wer ist verwaltungsrechtlich zuständig?
13.2	Die zuständige Behörde hat Maßnahmen zur Lösung des Problems ergriffen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, was wurde gemacht/unterlassen?
13.3	Es wurden Messungen nach DIN45680 bei uns durchgeführt	Mit welchem Ergebnis? Liegt das Protokoll vor?
13.4	Die zuständigen Behörden haben die Angelegenheit...	<input type="checkbox"/> mit Priorität behandelt <input type="checkbox"/> normal behandelt <input type="checkbox"/> verschleppt <input type="checkbox"/> ignoriert

14.0 Rechtliche Aspekte:

14.1	Ich habe mich von einem Anwalt zur rechtlichen Situation beraten lassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------	---	---

14.2	Ich musste feststellen, dass die bestehenden Vorschriften und Gesetze hinsichtlich der Auswirkungen tieffrequenten Schalls...	<input type="checkbox"/> ausreichend sind <input type="checkbox"/> nicht ausreichend sind <input type="checkbox"/> in keiner Weise ausreichend sind, um dem Bürger einen Schutz seines Grundrechts auf Gesundheit zu gewähren.
14.3	Ich erwäge ein Klage wenn sich die Situation nicht bessert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

15.0 Was nicht abgefragt wurde, was ich aber für wichtig halte:

16.0 Ich kenne ähnliche Fälle:

--

UNTERSCHRIFT BETROFFENER

--

UNTERSCHRIFT INTERVIEWER

Keine Unterschriften, falls elektronisch übermittelt

Rücksendung und Rückfragen bitten wir zu richten an den Autor: Dr. med. Bernhard Voigt, In der Bühne 7, 76571 Gaggenau-Freiolsheim, Email: dr.b.voigt@t-online.de, copyright by Dr. Voigt. Die Verwendung des Fragebogens ist BI en des LV BW sowie BI en und Personen, die zur medizinischen Fallsammlung beitragen möchten, gestattet.

Landesverband der baden-württembergischer Bürgerinitiativen gegen Windkraftanlagen in Natur-und Kulturlandschaften e.V., 1. Vorsitzende Sabine Lampe, Mittelbergweg 19, 76316 Malsch