



Studie zur Umweltbelastung von Kindern in Deutschland

**Interviewgesteuerter Fragebogen  
an die 8- bis 10-jährigen Kinder**

ID-Nr. Kind/Jugendliche(r)	<input type="text"/>
----------------------------	---

Datum der Erhebung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . 200 <input type="text"/>
--------------------	--

Begeber-Nr.	<input type="text"/>
-------------	--

Zunächst interessiert uns, <b>ob Du Musik</b> über Walkman, Discman, in Diskotheken, in Musikclubs oder bei Live-Konzerten <b>hörst</b> .
1. Hörst Du Musik mit <b>Walkman, Discman</b> und/oder <b>MP3-Player</b> ?  <i>Interviewer: Gemeint sind hier <u>tragbare</u> Musikabspielgeräte.</i>  Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein ... <input type="checkbox"/>
2. Hörst Du Musik mit <b>Kopfhörern</b> über eine <b>Musik-Anlage</b> (nicht Walk- oder Discman)?  Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein ... <input type="checkbox"/>

3. Besuchst Du **Kinder-Diskotheken**?

Ja .....

Nein ...

4. Besuchst Du **Konzerte, wo die Musik über Lautsprecher gespielt wird** (z. B. Live-Konzerte im Freien oder in Konzertsälen)?

Ja .....

Nein ...

Nun interessiert uns Dein Verhalten bei **Computerspielen**.

5. a) Spielst Du **Computerspiele**?

Nein ...  **Bitte weiter mit Frage 6!**

Ja .....

↓

b) Setzt Du dabei **Kopfhörer** auf?

Nein, nie ..

Ja .....

Jetzt haben wir noch einige Fragen zu **Ohrenbeschwerden**.

6. Hast Du schon einmal **so laut Musik gehört**, dass Du **Ohrenbeschwerden** wie Ohrenschmerzen, Ohrenpfeifen oder -rauschen (Tinnitus) oder taube Ohren hattest?

**Interviewer:** Angaben vorlesen und in jede Zeile ein Kreuz.

		Beschwerden gehabt?		
		Ja	Nein	Weiß nicht
A	Ohrenschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Ohrenpfeifen/-rauschen (Tinnitus) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Taube Ohren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hattest Du die eben genannten **Ohrenbeschwerden** auch schon einmal nach **anderen lauten Geräuschen** wie das Knallen von Spielzeugpistolen und Feuerwerkskörpern, Polizei-, Feuerwehr- oder Krankenwagensirenen, oder laute Schreie direkt ins Ohr?

- Ja, Beschwerden gehabt.....
- Nein, bisher keine solche Beschwerden gehabt....
- Weiß nicht .....

Als nächstes möchten wir uns mit dem Thema **Lärm** beschäftigen.

8. **Fühlst** Du dich im Allgemeinen in dieser **Wohnung** / in diesem **Haus tagsüber** durch **Lärm** gestört oder belästigt? Denke dabei bitte an die **letzten 12 Monate**.

***Interviewer:** Angaben vorlesen und in jede Zeile ein Kreuz. Wenn das Kind mit dem Begriff „Lärm“ nichts anfangen kann, bitte Erklärung geben: „Mit Lärm ist Krach und sind Geräusche gemeint“.*

		dadurch gestört oder belästigt		
		Ja	Nein	Quelle nicht vorhanden
A	Straßenlärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Fluglärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Schienenverkehrslärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Baulärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Nachbarschaftslärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Industrie-/Gewerbelärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Lärm durch Gaststätten/Diskotheiken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Lärm von Kinderspielplätzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I/J	Lärm durch Naturgeräusche (z. B. Bach, Vögel) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	Lärm durch Geräusche in der Hausinstallation (z. B. Wasser-/Heizungsrohre) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	Lärm durch Familienmitglieder in der Wohnung ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	sonstiger Lärm und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun stelle ich Dir die gleiche Frage noch einmal für die nächtliche Schlafenszeit.

9. **Fühlst** Du dich im Allgemeinen in dieser **Wohnung nachts** durch **Lärm** beim **Einschlafen** oder **Durchschlafen** gestört oder belästigt? Bitte denke dabei wieder an **die letzten 12 Monate!**

**Interviewer:** Angaben vorlesen und in jede Zeile ein Kreuz. Wenn das Kind mit dem Begriff „Lärm“ nichts anfangen kann, bitte Erklärung geben: „Mit Lärm sind Geräusche und Krach gemeint“.

		dadurch gestört oder belästigt		
		Ja	Nein	Quelle nicht vorhanden
A	Straßenlärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Fluglärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Schienenverkehrslärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Baulärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Nachbarschaftslärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Industrie-/Gewerbelärm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Lärm durch Gaststätten/Diskotheiken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Lärm von Kinderspielplätzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I/J	Lärm durch Naturgeräusche (z. B. Bach, Vögel) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	Lärm durch Geräusche in der Hausinstallation (z. B. Wasser-/Heizungsrohre) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	Lärm durch Familienmitglieder in der Wohnung ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	sonstiger Lärm und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun die letzte Frage

10. **Hältst** Du Dich in **Räumen** auf, in denen **geraucht** wird?

*Interviewer: Jede Räumlichkeit vorlesen und in jede Zeile ein Kreuz.*

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
A Zu Hause .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Bei Bekannten/Verwandten/ Nachbarn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C In Gaststätten, Eisdielen, Kneipen, Kinder-Diskotheiken ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D In Automobilen wie Pkw .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Im Hort, Schülerladen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F In anderen Innenräumen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Welche: _____		

**Herzlichen Dank für Deine Mitarbeit!**