

MEDIZINISCHER ERFASSUNGSBOGEN ZU BESCHWERDEN BETROFFENER DURCH TIEFFREQUENZ- UND INFRASCHALL VON WINDKRAFTANLAGEN

Landesverband der baden-württembergischen Bürgerinitiativen gegen Windkraftanlagen
in Natur- und Kulturlandschaften e.V.
(Version Vo/22.02.14)

1.0 Kontaktdaten der betroffenen Person:

Datum:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
Beantwortung durch:	<input type="checkbox"/> Betroffener
	<input type="checkbox"/> Interviewer <input type="text"/>
	Name, Fachrichtung, BI
Fallnummer:	<input type="text"/>

Wichtiger Hinweis:

In Deutschland werden gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Infraschall von den zuständigen Behörden nicht anerkannt, da offiziell WKA keinen nennenswerten Infraschall abgeben und Infraschall angeblich unterhalb einer Wahrnehmungsschwelle keine Gesundheitsbeeinträchtigungen auslösen würde. Diese Ansichten sind überholt, nach vorliegenden Erfahrungen weisen ca. 25 – 30 % der Betroffenen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf. Der LV möchte durch die medizinische Sammlung, Auswertung und Veröffentlichung von IS-Symptomen das Leidenspotential von Infraschall-Geschädigten in das öffentliche Bewusstsein rücken.

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	<input type="text"/> Jahre
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Raucher	<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 Wahrnehmung eines „Flatterns“ Ohrenscherzen Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.3	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 vorgeschlagen	<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