



**Screening-Werkzeug für
Gesundheitsbezogene Belange
Verantwortlicher Gemeinschaften des
Gesundheitswesens**

Multiuse version

BEISPIELSTEXT ZUR EINFÜHRUNG

Dieser Gesundheitsdienstleister nimmt am Accountable Health Communities (AHC) Programm teil, welches von den Centers for Medicare and Medicaid Services finanziert wird. Dieses Programm kann Ihnen dabei helfen mit Dienstleistungen in Ihrer Gemeinschaft in Verbindung zu treten, die Ihre Gesundheit verbessern könnten. Viele dieser Dienstleistungen haben geringe Kosten oder sind kostenlos. Indem Sie diese Fragen beantworten, könnten Sie uns in die Lage versetzen, Sie mit Dienstleistungen oder Programmen in Verbindung zu setzen, die Ihnen helfen könnten.

Ihre Informationen werden geheim gehalten. Die von Ihnen bereitgestellten Informationen werden Ihre Berechtigungstatus für Medicare oder Medicaid nicht beeinträchtigen.

Sie sollten die Fragen auf Ihre Art beantworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Informationen

1. Vervollständigen Sie die folgende Aussage. I beantworte die Fragen dieser Umfrage für

- mich selbst
 - mein Kind
 - einen anderen Erwachsenen, für den ich Sorge
 - jemand anderen (*bitte beschreiben Sie Ihre Beziehung zu dieser Person*)
-

Bitte denken Sie an die Person, die Sie in Frage 1 ausgewählt haben (entweder sich selbst oder jemand anderen), wenn Sie die Fragen beantworten. Wenn Sie die Fragen für jemanden anders beantworten, wählen Sie bitte die Option aus, die ihn oder sie am besten beschreibt.

2. Wie viele Male haben Sie in den letzten 12 Monaten Behandlung in der Notaufnahme eines Krankenhauses (ER) erhalten?

Wenn Sie jetzt gerade in der Notaufnahme eines Krankenhauses sind, zählen Sie bitte Ihren gegenwärtigen Besuch hinzu. Bitte zählen Sie keine Besuche in einer Clinic (urgent care visit).

- 0 Male
- 1 Mal
- 2 Male oder öfter

3. Wohnen Sie an einem der folgenden Orte?

- Ich wohne in einer Einrichtung für betreutes Wohnen (dies ist eine Langzeitpflegeoption, die persönliche Unterstützungsleistungen wie z. B. Mahlzeiten, Bäder, Anziehen oder Medikamente bereitstellt)
- Ich wohne in einem Pflegeheim (dies ist eine Langzeitpflegeoption, die rund um die Uhr medizinische Versorgung bereitstellt, die es in anderer Unterbringung nicht gibt)
- Ich wohne in einer Reha-Einrichtung oder in einer Betreuungseinrichtung mit geschultem Krankenpflegepersonal (dies sind Zentren, die einer Person dabei helfen, eine Krankheit oder Verletzung zu überwinden und die Behandlung wie zum Beispiel Physiotherapie oder Sprachtherapie bereitstellen)
- Ich wohne einer stationären Einrichtung eines Drogen- oder Alkoholgenesungsprogramms
- Ich wohne in einer psychiatrischen Einrichtung (dies ist eine Gesundheitseinrichtung, die Behandlung für Personen mit Verhaltens- oder emotionalen Störungen bereitstellt)
- Ich bin in einer Vollzugsanstalt (wie z. B. Gefängnis, Haftanstalt, Untersuchungsgefängnis oder Justizvollzugsanstalt)
- Keine der oben genannten

→ **Gehen Sie zu Seite 12**

Bevor Sie fortfahren, stellen Sie bitte sicher, dass Sie Antworten für die obigen Fragen ausgewählt und diesen Abschnitt fertiggestellt haben.

Bitte denken Sie an die Person, die Sie in Frage 1 ausgewählt haben (entweder sich selbst oder jemand anderen), wenn Sie die Fragen beantworten. Wenn Sie die Fragen für jemanden anders beantworten, wählen Sie bitte die Option aus, die ihn oder sie am besten beschreibt.

Wohnsituation

4. Wie ist Ihre heutige Wohnsituation?

- Ich habe einen festen Wohnsitz
- Ich habe zur Zeit einen Wohnsitz, aber **ich bin besorgt**, ihn in der Zukunft verlieren zu können
- Ich habe keinen festen Wohnsitz (ich wohne vorübergehend bei anderen Personen, in einem Hotel, in einer Notunterkunft, auf der Strasse, auf einer Bank, in einem Auto, in einem verlassenen Gebäude, auf einem Bus- oder Bahnhof oder in einem Park)

5. Denken Sie an Ihren Wohnsitz. Haben Sie eines der folgenden Probleme?

WÄHLEN SIE ALLES ZUTREFFENDE AUS

- Ungeziefer wie z. B. Käfer, Ameisen oder Mäuse
- Schimmel
- Bleifarbe oder Rohre aus Blei
- unzureichende Beheizung
- Ofen oder Herd funktionieren nicht
- fehlender oder nicht funktionierender Rauchmelder
- Wasserlecks
- Keine der oben genannten

Lebensmittel

Einige Personen haben die folgenden Aussagen über Ihre Lebensmittelsituation gemacht. Bitte beantworten Sie, ob diese Aussagen in den letzten 12 Monaten OFT; MANCHMAL oder NIE für Sie und Ihren Haushalt zutrifft.

6. **Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate darüber besorgt, dass Ihnen die Lebensmittel ausgehen könnten, bevor Sie Geld erhalten würden, um einzukaufen.**
- oft wahr
 - manchmal wahr
 - niemals wahr
7. **Sind Ihnen in den letzten 12 Monaten die Lebensmittel ausgegangen und Sie hatten nicht das Geld, um einzukaufen?**
- oft wahr
 - manchmal wahr
 - niemals wahr

Transport

8. **Hat in den letzten 12 Monaten ein Mangel an verlässlichen Transportmitteln Sie davon abgehalten zu medizinischen Terminen, Treffen oder zur Arbeit zu gelangen, oder Dinge für den täglichen Gebrauch zu besorgen?**
- ja
 - nein

Strom, Wasser, Gas, Öl

9. **Hat in den letzten 12 Monaten Ihr Strom-, Wasser-, Gas- oder Ölversorgungsunternehmen damit gedroht, die Dienstleistungen/Lieferungen für Ihr Haus/Ihre Wohnung einzustellen?**
- ja
 - nein
 - schon eingestellt

Sicherheit

Da Gewalt und Missbrauch oft vorkommen und die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigt, stellen wir die folgenden Fragen.

10. Wie oft fügt Ihnen jedwede Personen, einschließlich Familie und Freunden, physische Schmerzen zu?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- häufig

11. Wie oft werden Sie von jedweden Personen, einschließlich Familie und Freunden beleidigt oder von ihnen ‚von oben herab‘ behandelt?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- häufig

12. Wie oft wird Ihnen durch jedwede Personen, einschließlich von Familie und Freunden, Schaden angedroht?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- häufig

13. Wie oft werden Sie von jedweden Personen, einschließlich von Familie und Freunden angeschrien oder verflucht?

- niemals
- selten
- manchmal
- ziemlich oft
- häufig

Bitte denken Sie an die Person, die Sie in Frage 1 ausgewählt haben (entweder sich selbst oder jemand anderen), wenn Sie die Fragen beantworten. Wenn Sie die Fragen für jemanden anders beantworten, wählen Sie bitte die Option aus, die ihn oder sie am besten beschreibt.

Finanzielle Belastung

14. **Wie schwer ist es für Sie, die elementaren Bedürfnisse, wie z. B. Essen, Wohnraum, medizinische Versorgung und Heizung zu bezahlen? Würden Sie sagen, es ist...**
- sehr schwer
 - etwas schwer
 - überhaupt nicht schwer

Arbeit

15. **Wünschen Sie Hilfe bei der Suche nach einer Anstellung oder nach Arbeit?**
- ja, Hilfe bei der Suche nach Arbeit
 - ja, Hilfe beim Erhalt der Arbeit
 - Ich brauche oder wünsche keine Hilfe

Unterstützung durch Familie und Gemeinschaft

16. **Falls Sie aus irgendeinem Grund mit Ihren alltäglichen Aktivitäten wie z. B. dem Baden, der Essenszubereitung, dem Einkaufen, der Betreuung von Kindern oder Angehörigen, der Verwaltung Ihrer Finanzen usw. Hilfe benötigen, erhalten Sie diese benötigte Hilfe?**
- ich brauche keinerlei Hilfe
 - ich brauche alle Hilfe, die ich bekommen kann
 - ich könnte etwas mehr Hilfe gebrauchen
 - ich brauche viel mehr Hilfe

17. **Wie oft fühlen Sie sich einsam oder von Ihren Mitmenschen isoliert?**
- niemals
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - immer

Bildung

18. **Sprechen Sie zu Hause eine andere Sprache als Englisch?**
- ja
 - nein

19. Wünschen Sie Hilfe mit der Schule oder Ausbildung? Zum Beispiel das Beginnen oder Beenden einer Lehre oder eines Sekundarschulabschlusses (High School, GED oder Gleichwertiges).

- ja
- nein

Körperliche Betätigung

20. An wie vielen Tagen pro Woche haben Sie in den letzten 30 Tagen moderat Sport getrieben (wie z. B. zügiges Wandern, Laufen, Jogging, Tanzen, Schwimmen, Fahrrad fahren oder andere, ähnliche Aktivitäten), abgesehen von den Aktivitäten, die Sie für Ihre Arbeit durchführen?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

21. Wie viele Minuten haben Sie im Durchschnitt an diesen Tagen auf diesem Level Sport getrieben?

- 0
- 10
- 20
- 30
- 40
- 50
- 60
- 90
- 120
- 150 oder mehr

Substanzkonsum

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrung mit Alkohol, Zigaretten und anderen Genussmitteln/Drogen/Medikamenten. Einige der Substanzen werden von einem Arzt verschrieben (wie z. B. Schmerzmittel), aber zählen Sie diese bitte nur hinzu, wenn Sie diese aus verschreibungsfremden Gründen oder in anderen als den verschriebenen Dosen eingenommen haben. Eine Frage bezieht sich auf den Gebrauch unerlaubter oder illegaler Drogen, aber wir fragen nur, um soziale Dienstleistungen zu identifizieren, die für Sie verfügbar sein könnten.

- 22. Wie viele Male hatten Sie in den letzten 12 Monaten 5 oder mehr alkoholische Getränke pro Tag (Männer) oder 4 alkoholische Getränke pro Tag (Frauen)? Ein alkoholisches Getränk entspricht 12 Unzen Bier (~330 ml), 5 Unzen Wein (~150 ml) oder 1,5 Unzen 80%er Spirituosen (~45 ml).**
- niemals
 - ein oder zwei Male
 - monatlich
 - wöchentlich
 - täglich oder fast täglich
- 23. Wie viele Male haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabakprodukte konsumiert (wie z. B. Zigaretten, Zigarren, Schnupftabak, Kautabak, elektronische Zigaretten)?**
- niemals
 - ein oder zwei Male
 - monatlich
 - wöchentlich
 - täglich oder fast täglich
- 24. Wie viele Male haben Sie in den letzten 12 Monaten verschreibungspflichtige Medikamente aus nicht-medizinischen Gründen benutzt?**
- niemals
 - ein oder zwei Male
 - monatlich
 - wöchentlich
 - täglich oder fast täglich
- 25. Wie viele Male haben Sie in den letzten 12 Monaten illegale Drogen benutzt?**
- niemals
 - ein oder zwei Male
 - monatlich
 - wöchentlich
 - täglich oder fast täglich

Psychische Gesundheit

26. Wie oft hatten Sie in den letzten 2 Wochen irgendwelche der folgenden Probleme?

26a. Wenig Interesse oder Freude daran etwas zu tun?

- überhaupt nicht
- mehrere Tage
- mehr als die Hälfte der Tage
- fast jeden Tag

26b. Niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos?

- überhaupt nicht
- mehrere Tage
- mehr als die Hälfte der Tage
- fast jeden Tag

27. Stress ist eine Situation, in welcher sich eine Person angespannt, rastlos, nervös oder ängstlich fühlt, oder nicht in der Lage ist, Nachts zu schlafen, weil seine oder ihre Psyche die ganze Zeit unruhig ist. Fühlen Sie dieser Tage diese Art von Stress?

- überhaupt nicht
- ein wenig
- etwas
- ziemlich viel
- sehr viel

Behinderungen

28. Hatten Sie wegen eines physischen, mentalen oder emotionalen krankhaften Zustands Schwierigkeiten dabei, sich zu konzentrieren, zu erinnern oder Entscheidungen zu treffen? (5 Jahre alt oder älter)

- ja
- nein

29. Hatten Sie wegen eines physischen, mentalen oder emotionalen krankhaften Zustands Schwierigkeiten dabei, Erledigungen zu machen, wie z. B. einen Arzt zu besuchen oder Einkäufe zu tätigen? (15 Jahre alt oder älter)

- ja
- nein

Hintergrund

Wir würden jetzt gern etwas mehr über Sie erfahren.

Bitte denken Sie an die Person, die Sie in Frage 1 ausgewählt haben (entweder sich selbst oder jemand anderen), wenn Sie die Fragen beantworten. Wenn Sie die Fragen für jemanden anders beantworten, wählen Sie bitte die Option aus, die ihn oder sie am besten beschreibt.

30. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich
- weiblich

31. Sind Sie hispanoamerikanischer, latino/a oder spanischer Herkunft?

WÄHLEN SIE ALLES ZUTREFFENDE AUS

- nein, nicht hispanoamerikanischer, latino oder spanischer Herkunft
- ja, Mexikaner, mexikanischer Amerikaner, Chicano
- ja, Puertorikaner
- ja, Kubaner
- ja, anderer Hispanoamerikaner, Latino oder Amerikaner spanischer Herkunft

32. Welche einzelne Aussage oder mehrere der folgenden Aussagen beschreibt/beschreiben Ihre Rasse?

WÄHLEN SIE ALLES ZUTREFFENDE AUS

- Amerikanischer Ureinwohner/Ureinwohner Alaskas
- Asiate
- Schwarz oder Afroamerikaner
- Ureinwohner Hawaiis/Anderer Pazifik-Insulaner
- Weiß
- Anderer (*bitter genauer angeben*) _____

33. Was ist die/das höchste Klassenstufe/Schuljahr, das Sie beendet haben?

Falls Sie diese Umfrage für ein Kind im Alter von unter 18 Jahren beantworten, beantworten Sie bitte diese Frage über dessen/deren Eltern oder Vormund.

- niemals die Schule oder Vorschule besucht
- 1. bis 8. Klasse
- 9. bis 11. Klasse (einen Teil der High School)
- 12. Klasse oder GED (High School-Absolvent, Zeugnis oder alternativer Nachweis)
- College 1. bis 3. Jahr (einen Teil der Collegeausbildung, Associate-Abschluss, Handwerks-, Berufs- oder technische Schule)
- 4 Jahre College (College-Absolvent)

34. Mit wie vielen Personen wohnen Sie gegenwärtig zusammen?

Bitte zählen Sie sich selbst, Ihren Ehe- oder Lebenspartner, Ihre Kinder und andere Angehörige. Falls Sie allein wohnen, geben Sie bitte 1 an.

|_|_| ANZAHL VON PERSONEN

35. Wie hoch ist Ihr jährliches Haushaltseinkommen aus allen Quellen?

Bitte schließen Sie Ihr eigenes Einkommen und die Einkommen der oben angegebenen Personen in Ihrem Haushalt mit ein.

- weniger als \$10.000
- \$10.000 bis weniger als \$15.000
- \$15.000 bis weniger als \$20.000
- \$20.000 bis weniger als \$25.000
- \$25.000 bis weniger als \$35.000
- \$35.000 bis weniger als \$50.000
- \$50.000 bis weniger als \$75.000
- \$75.000 oder mehr

VIELEN DANK!

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen.