

Sasto Chavoripe – Soziale Inklusion von Roma durch Frühe Hilfen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Das Projekt wird von der EU und über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen aus Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur finanziert

Frühe HILFEN 

 **VHS**
DIE WIENER VOLKSHOCHSCHULEN

Gesundheit Österreich
GmbH 



This project was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014–2020)

 Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz



VORSORGE MITTEL DER
BUNDESGESUNDHEITSAGENTUR

Sasto Chavoripe – Soziale Inklusion von Roma durch Frühe Hilfen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Autorinnen:

Marion Weigl
Petra Winkler
Sabine Haas

Projektassistenz:

Menekşe Yılmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im April 2020

Das Projekt wird von der EU und über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen aus Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur finanziert.

Frühe HILFEN

VHS
DIE WIENER VOLKSHOCHSCHULEN

Gesundheit Österreich
GmbH



This project was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014–2020)

 Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

 VORSORGE MITTEL DER
BUNDESGESUNDHEITSAGENTUR

Zitiervorschlag: Weigl, Marion; Winkler, Petra; Haas, Sabine (2020): Sasto Chavoripe – Soziale Inklusion von Roma durch Frühe Hilfe. Ergebnisse der Literaturrecherche. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P9/1/5167

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Summary

This report is the first result of a project funded by the European Union and by the Austrian Bundesgesundheitsagentur (budget dedicated for research of the National Centre for Early Childhood Interventions). It is meant to be the first chapter of the final project report. The overall objective of the project is to carry out a Roma population centred study using participatory methods of investigation:

- » Whether the Austrian Early Childhood Interventions Programme in its current form is designed to reach and to effectively support the Roma population and, if not, what is required in order to better streamline the programme to the needs of the Roma families?
- » Whether external attitudes towards Roma communities and the nature of public awareness in the health and social sector in Austria are a barrier for Roma families to participate in this programme?

In a first step a systematic literature review was conducted, the results of which are being presented in this report. In the next steps qualitative methods will be used to deepen the insight in the Austrian situation and to come up with recommendations.

The literature search was carried out in January 2020 both with PubMed and by searching relevant websites. Further publications were identified either before (while drafting the project proposal) or after the literature research, partly with the help of the project partners.

The results confirm the poorer health status of Roma (adults and children) compared to the health status of the general population in many countries. This is due to the strained living conditions and more or less consistent with the situation of other vulnerable (socially/socioeconomically disadvantaged) groups. Discrimination is widespread and experienced on an individual, structural and on societal level. It is closely related to poverty and increased social exclusion. Roma/Romnja often live in poorer conditions (education, work, housing, financial situation) leading to poorer health – either directly or due to lack of health insurance and services. Experiences of discrimination have cognitive and psychological effects, which in turn are a barrier to accessing health services. A negative cycle is therefore described, including expectations of certain behaviour by the health services staff as well as by Roma/Romnja themselves.

As in many societies, Romnja are traditionally responsible for family health. The traditional role of Romnja focuses on parenting and housekeeping, so girls often drop out of school and become mothers at an early age. Men often have control over family planning, pregnancies are seen as positive, which leads to many children. For mothers, the health of their children is more important than their own. They often see themselves as highly competent in their parental skills, but at the same time follow traditions for example in the treatment of diseases that may not be effective. Recommendations to tackle the situation include the training and use of health mediators (from Roma communities), low-threshold and outreach services, health literacy promotion, awareness-raising among health professionals and – most importantly – improving the living conditions of Roma/Romnja.

Inhalt

Summary	III
Abbildungen.....	VI
Tabellen	VI
1 Einleitung.....	1
2 Methodik der Literaturrecherche	2
3 Ergebnisse.....	3
3.1 Gesundheitszustand von Roma/Romnja.....	3
3.2 Diskriminierung von Roma/Romnja im Gesundheits- bzw. Sozialbereich.....	4
3.3 Traditionen rund um die Geburt bzw. frühe Kindheit	14
3.4 Traditionen rund um die Rolle der Frau bzw. Genderaspekte	16
Literatur	17
Anhang	21

Abbildungen

Abbildung 2.1: Healthcare Access Barriers for Vulnerable Populations – Modell	6
Abbildung 2.2: Negative Spirale in der Geburtsvorbereitung von Romnja.....	11

Tabellen

Tabelle 1.1: Selektionskriterien	2
--	---

1 Einleitung

Roma/Romnja (dies schließt auch Gruppen wie z. B. Lovara oder Sinti ein) erleben in Europa seit Langem und auch aktuell Stigmatisierung und Diskriminierung. Studien zeigen, dass dies in vielen Familien – insbesondere auch durch die Verfolgung während des Nationalsozialismus – zu Traumata geführt hat, die oft über Generationen weitergegeben werden. Tiefes Misstrauen gegenüber der Mehrheitsbevölkerung und sozialer bzw. gesundheitlicher Einrichtungen sind ebenfalls eine Folge. Gleichzeitig weisen Studien auf einen schlechteren Gesundheitszustand von Roma/Romnja in Europa hin. Dies hängt mit den oft schwierigen Lebensumständen zusammen, die unter anderem häufig mit einem Migrationshintergrund bzw. damit verbundenen mangelnden Sprachkenntnissen sowie Aufenthaltsberechtigungen einhergehen. Es wird auch von diskriminierenden Erfahrungen im Gesundheitswesen, unter anderem in Geburtsabteilungen, berichtet. Zur Situation in Österreich liegen jedoch wenige Informationen diesbezüglich vor.

Frühe Hilfen sollen Familien in belastenden Lebenslagen während einer Schwangerschaft oder der frühen Kindheit (0–3 Jahre) bedarfsgerecht unterstützen. Dadurch tragen sie langfristig zu einem Empowerment der Familien und insbesondere der Frauen bei. Indem die Belastungen bereits während der frühen Kindheit reduziert werden, kann kurz- sowie langfristig die Gesundheit der Kinder verbessert werden, was wiederum langfristige Auswirkungen auf ihre gesellschaftliche Teilhabe hat. Kinder aus sozial/sozioökonomisch benachteiligten Familien profitieren davon besonders. Es ist anzunehmen, dass dies auch für Kinder aus Roma-Familien gilt und Frühe Hilfen daher einen Beitrag zur Förderung der sozialen Inklusion von Roma leisten können. Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe wird jedoch in Österreich nicht dokumentiert und somit auch nicht in dem Dokumentationssystem der Frühen Hilfen (FRÜDOK). Es bleibt daher unklar, ob Roma-Familien von den Frühen Hilfen gut erreicht und begleitet werden können.

Im Jahr 2018 wurde daher von der GÖG in ihrer Rolle als Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) und dem Romano Centro eine partizipative Studie konzipiert. Diese wird seit Anfang 2020 von der EU und über das NZFH.at aus Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur finanziert. Es wird als Kooperationsprojekt von der GÖG und den Wiener Volkshochschulen unter Einbindung von Forscherinnen mit Roma-Hintergrund umgesetzt. Ziel ist es herauszufinden, ob Roma-Familien in Österreich von den Frühen Hilfen gleichermaßen profitieren können wie Familien aus der Gesamtbevölkerung oder ob es spezifische Hürden gibt, die dies verhindern. Etwaige Hürden sollen identifiziert und Empfehlungen abgeleitet werden, wie diese zukünftig reduziert bzw. verhindert werden könnten.

Dazu wurde in einem ersten Schritt eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, deren Ergebnis in dem vorliegenden Text zusammengefasst ist. Im weiteren Projektverlauf werden qualitative Methoden eingesetzt, um diese Ergebnisse für die Situation der Roma/Romnja im Burgenland und in Wien zu vertiefen. Die Ergebnisse der einzelnen Projektphasen sollen schrittweise zur Verfügung gestellt und schlussendlich in einem Gesamtbericht veröffentlicht werden.

2 Methodik der Literaturrecherche

Zur Identifizierung relevanter Literatur wurde im Jänner 2020 eine Literatursuche in der Datenbank PubMed sowie eine Handsuche auf einschlägigen Websites durchgeführt. Für die beiden inhaltlichen Schwerpunkte (Diskriminierung im Gesundheitssystem und Traditionen rund um Geburt und in der frühen Kindheit) wurden relevante Suchwörter (u. a. roma, gypsy, gypsyism, anti gypsyism, health and social services/care, discrimination, barrier, tradition, early childhood etc.) verwendet und entsprechend miteinander verknüpft. Vorab wurden relevante Selektionskriterien definiert, die in der folgenden Tabelle aufgelistet werden.

Tabelle 2.1:
Selektionskriterien

Ausschlusskriterien	
Formale Kriterien	
A1	Studie ist nicht auf Deutsch oder Englisch verfügbar.
A2	Duplikate
A3	Studie ist nicht für den österreichischen Kontext relevant (z. B. Situation von Roma in Großbritannien, Spanien, Portugal, USA etc.).
Contextual criteria	
A4	Andere Fragestellung bzw. Fokus (z. B. keine Informationen zu Diskriminierungserfahrungen, Art oder Ort der Diskriminierung, Traditionen im Rahmen der frühen Kindheit, die die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen verhindern würden)
A5	Andere Zielgruppen (z. B. andere Minderheiten als Roma ¹)
Study design	
A6	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Posters, „Comments“, „Letters“)
A7	Nicht passendes Studiendesign (z. B. In-vitro- oder Tier-Studien, Fallberichte)
Einschlusskriterien	
E1	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E2	Interventionsstudien
E3	Beobachtungsstudien
E4	Relevante Hintergrundinformationen

Darstellung: GÖG

Die Literatur- und Handsuche identifizierte insgesamt 310 Treffer (270 Treffer von der Literatursuche in PubMed und 40 Treffer von der Handsuche; inkl. Duplikaten). Nach der Selektion der Literatur konnten zur Fragestellung der Diskriminierung drei systematische Übersichtsarbeiten und 13 Primärstudien identifiziert werden. 16 Artikel wurden als mögliche Hintergrundliteratur eingestuft. Hinsichtlich der Fragestellung zu Traditionen und Barrieren, die die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen verhindern würden, wurden neun Studien identifiziert. Weitere Publikationen wurden bereits zu Projektbeginn bzw. im Laufe der Literaturlaufbereitung identifiziert. Die wichtigsten Informationen zu den verwendeten Studien sind in Tabelle 1 im Anhang dargestellt.

¹ The term "Roma" used at the Council of Europe refers to Roma, Sinti, Kale and related groups in Europe, including Travellers and the Eastern groups (Dom and Lom), and covers the wide diversity of the groups concerned, including persons who identify themselves as Gypsies.

3 Ergebnisse

3.1 Gesundheitszustand von Roma/Romnja

In der analysierten Literatur ist immer wieder die Rede von einem schlechteren **Gesundheitszustand** von Roma/Romnja im Vergleich zur Allgemein- bzw. Mehrheitsbevölkerung z. B. Orton et al. (2019), EUMC (2003) sowie von schlechteren „birth outcomes“ (Stojanovski et al. 2017). Dies stand allerdings nicht im Mittelpunkt des aktuellen Projekts. Es wurde daher auch nicht explizit nach entsprechender Literatur zum Gesundheitszustand von Roma/Romnja gesucht. Dennoch sollen hier die in der ausgewählten Literatur dazu wiedergegebenen Daten als Hintergrundinformation ergänzt werden.

Der schlechtere Gesundheitszustand von Roma/Romnja zeigt sich an höheren Mortalitätsraten bzw. an einer geringeren Lebenserwartung, an höheren Raten von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten sowie an einer schlechteren selbstbewerteten Gesundheit von Kindern und Müttern ((Orton et al. 2019), (McFadden, Alison et al. 2018a)). Daten für Slowenien zeigen beispielsweise eine um mehr als 20 Jahre geringere Lebenserwartung für Roma/Romnja im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (NIJZ 2020). McFadden berichtet darüber hinaus über höhere Suizidraten und von ungedeckten Gesundheitsbedürfnissen, die Roma/Romnja dreimal häufiger berichten. Auch im Vergleich zu anderen vulnerablen Gruppen schneiden Roma bei vielen Gesundheitsindikatoren schlechter ab, wobei Romnja den schlechtesten Gesundheitszustand aufweisen (Orton et al. 2019).

Djurovic et al. (2014) analysierten serbische Krankenakten und fanden heraus, dass der Gesundheitszustand der **Roma-Kinder**, die wegen Infektionen der Atemwege in stationäre Behandlung kamen, viel schlechter war als jener von Nicht-Roma-Kindern: sie hatten signifikant häufiger Untergewicht und Komorbiditäten und waren daher länger in Spitalsbehandlung mit mehr Labortests. Fournet et al. (2018) zeigen auf, dass Roma und Irish Travellers zu den „under-vaccinated groups“ gehören, was bereits zu mehreren Masern-Epidemien geführt hat. Laut Bennett (2012) sind die Mortalitätsraten von Säuglingen aus Roma-Familien und Unfälle bei der Geburt in den von ihm untersuchten Ländern höher. Daten für Slowenien zeigen große Differenzen bei der Mortalitätsrate von Säuglingen und Kindern: Im ersten Lebensjahr ist die Mortalitätsrate bei Roma-Kindern viermal so hoch, bei Kindern im Alter von ein bis vier Jahren ist sie siebenmal so hoch jeweils im Vergleich zu Säuglingen bzw. Kindern der Allgemeinbevölkerung (NIJZ 2020). Gleichzeitig ist die Rate der Hospitalisierungen im ersten Lebensjahr 3,5 mal so hoch und bei Roma-Kindern im Alter von ein bis drei Jahren 2,6 mal so hoch wie bei Säuglingen und Kindern der Allgemeinbevölkerung.

Für **Österreich** berichtet Glavanovits (Glavanovits 2011) von folgenden gesundheitlichen Problemen unter den befragten Roma/Romnja: Übergewicht, Erkrankungen als Folge von Rauchen, Herz-Kreislaufkrankungen, frühe Multimorbidität. Bei Romnja stehen gynäkologische Probleme (u. a. Aborte, Gebärmutterhalskrebs), psychosomatische Erkrankungen (u. a. Zittern, Kopfschmerzen, Angstzustände, Nervosität) und Depression im Vordergrund.

Trummer et al. (2015) kamen in ihrer ebenfalls österreichischen Studie zu folgenden Ergebnissen: Sowohl die allgemeine Gesundheit als auch die Zahngesundheit seien in einem schlechten Zustand. Beobachtet werden v. a. Lungenprobleme, Übergewicht und Depression. Sie untersuchten die Patientendaten einer Wiener NGO, die eine medizinische Versorgung für besonders vulnerable Menschen anbietet, und stellten fest, dass die häufigsten Diagnosen Herz-Kreislaufkrankungen betrafen, gefolgt von Haut- und Geschlechtskrankheiten und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Unterschiede in dieser Verteilung gibt es jedoch sowohl zwischen den Geschlechtern (bei Frauen sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems gefolgt von Herz-Kreislaufkrankungen am häufigsten) als auch zwischen verschiedenen Herkunftsländern, und sie variieren mit dem Alter. Die Mehrheit dieser Patientengruppe leidet an mindestens einer chronischen Erkrankung.

Immer wird der schlechtere Gesundheitszustand der Roma-Bevölkerung (im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung und im Vergleich zu anderen Minderheiten) im Zusammenhang mit den schlechteren Lebensbedingungen gesehen, wobei die Faktoren Bildung, Wohnen und Infrastruktur stets an erster Stelle stehen.

Trotz bzw. eventuell auch wegen des noch schlechteren Gesundheitszustands von Frauen in der Roma-Community ist das Thema Gesundheit eher eine weibliche Domäne (wie in anderen Bevölkerungsgruppen auch). Acton et al. (1998) haben in einer Überblicksarbeit die Historie der Romnja-Frauenbewegung aufgearbeitet, die, ausgehend vom Thema Gesundheit, seit Mitte der 1990er-Jahre doch eine gewisse Dynamik erhalten hat (z. B. EU-Roma-Kongress in Sevilla): Die *National Association of Gypsy Women* beispielsweise hat in Großbritannien gängige Methoden der Gesundheitsförderung kritisiert (z. B. Folder verteilen) und eigene Forderungen zur Verbesserung der Gesundheit formuliert.

3.2 Diskriminierung von Roma/Romnja im Gesundheits- bzw. Sozialbereich

Diskriminierung ist laut Artikel 21 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union² die Benachteiligung von Menschen insbesondere wegen des Geschlechts, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, Religion oder Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung und ist in der EU verboten. Diskriminierung entsteht meist aufgrund von Vorurteilen und Stereotypen, wobei den genannten Merkmalen ohne sachliche Begründung eine Bedeutung zugeschrieben wird. Diskriminierung kann auf individueller, struktureller oder gesellschaftlicher Ebene bzw. unmittelbar/direkt oder mittelbar/indirekt erfolgen, sie kann beabsichtigt oder unbeabsichtigt sein. Im Zusammenhang mit Roma/Romnja wird auch von Antigypsismus gesprochen.

2 Zu finden unter: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf (Zugriff am 27. 4. 2020)

Um einen Einblick in die **Häufigkeit von Erfahrungen mit Diskriminierung** zu erhalten, kann eine Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA 2016) herangezogen werden: Rund 41 Prozent der Befragten gaben an, dass sie sich in den vergangenen fünf Jahren aufgrund ihrer ethnischen Herkunft im Alltag diskriminiert gefühlt hätten, 26 Prozent gaben dies für die letzten zwölf Monate an. 19 Prozent gaben an, in den letzten zwölf Monaten bei der Inanspruchnahme einer öffentlichen oder privaten Dienstleistung diskriminiert worden zu sein. Laut einer Studie zur Situation von Romnja in Rumänien (Open Society Institute's Report 2006 zitiert von (LeMasters et al. 2019) berichten 70 Prozent der Romnja über ethnische Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung und 20 Prozent über ethnische und genderspezifische Diskriminierung.

Die Literatursuche ergab etliche Studien, die sich mit **Zugangsbarrieren für Roma/Romnja** zu gesundheitlicher Versorgung in verschiedenen Ländern beschäftigt haben. Meist werden Zusammenhänge zwischen der weit verbreiteten sozioökonomisch/sozial benachteiligten Lebenssituation von Roma/Romnja und einem schlechteren Gesundheitszustand beschrieben sowie Ersteres auch als Ursache für die Nicht-Inanspruchnahme des Gesundheitssystems festgemacht. Ein weiterer Grund sind vorangegangene Erfahrungen mit Diskriminierung. Auch Orton et al. (2019) schließen aus ihren Ergebnissen, dass Roma und insbesondere Romnja eine nachteilige Behandlung erfahren, die die Risikofaktoren für schlechte Gesundheit noch verstärkt. Dies wird wiederum auf ein Zusammenspiel mehrerer Formen der Benachteiligung zurückgeführt.

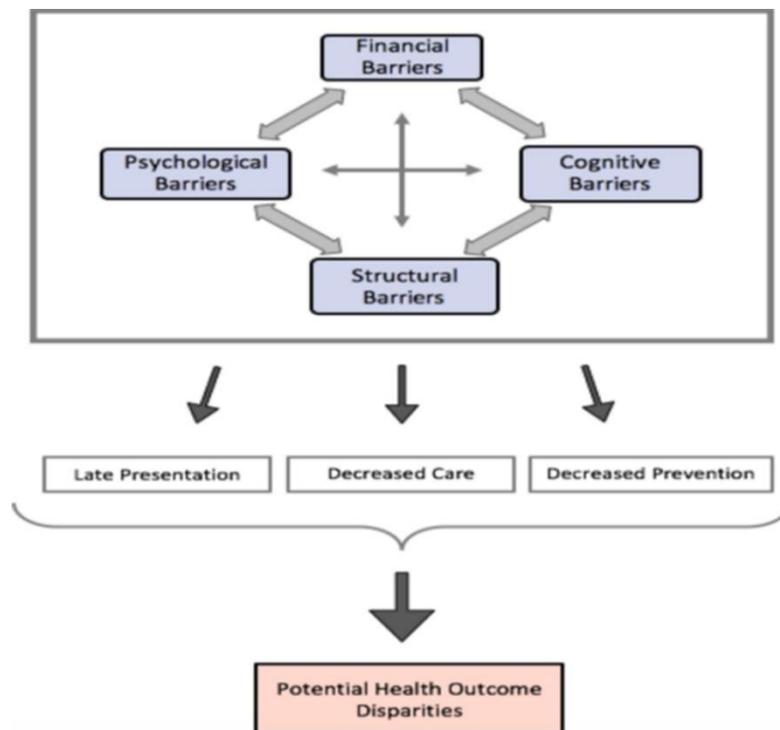
Fournet et al. (2018) führen die niedrigen Impfraten von Roma/Romnja und Irish Travellers auf die schwierigen sozioökonomischen Bedingungen (ungenügende Wohnsituation, wenig Bildung und Erwerbstätigkeit) dieser Gruppen, einen schlechten Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie erlebte Diskriminierung, Marginalisierung und Stigmatisierung zurück und nicht auf ideologische Gründe (die eine Ablehnung von Impfungen bewirken würden). Von Bobakova et al. (2015) wurde die Wahrscheinlichkeit für Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung für Roma/Romnja in der Slowakei als 3,5 mal so hoch wie die für Nicht-Roma berechnet, wobei Frauen und ältere Menschen stärker betroffen sind.

Andere Autorinnen/Autoren (z. B. (Kamberi et al. 2015)) weisen darauf hin, dass die Lebenszufriedenheit der Roma-Bevölkerung geringer ist als die der benachbarten Nicht-Roma-Bevölkerung – nicht nur aufgrund eines schlechteren Gesundheitszustands, eines geringeren Haushaltseinkommens, eines geringeren Bildungsgrades und schlechterer Wohnverhältnisse, sondern auch durch ethnische Diskriminierung in vielen Bereichen. Ein ethnisches Zugehörigkeitsgefühl wirkt sich bei der Roma-Bevölkerung kaum positiv auf die Lebenszufriedenheit aus. Auch das European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EUMC 2003) weist z. B. darauf hin, dass Diskriminierung und Armut eng miteinander verbunden sind bzw. dass die erlebte Diskriminierung zu schlechterer Gesundheit und Misstrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen führt und damit die soziale Exklusion verstärkt. Laut Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA 2016) leben 80 Prozent der Roma/Romnja (in neun untersuchten Ländern) unterhalb der Armutsgrenze, jede(r) dritte in einem Haus ohne Leitungswasser, jede(r) zehnte in einem Haus ohne Strom und jede(r) vierte bzw. jedes dritte Roma-Kind in einem Haushalt, in dem in den vergangenen Monaten mindestens einmal Hunger herrschte. Sie schließt daraus, dass noch nicht genug gegen soziale Ausgrenzung und Kinderarmut bei Roma/Romnja getan wurde.

Nur zwei Studien beziehen sich speziell auf die Situation in Österreich, die meisten auf andere europäische Länder. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme, unterschiedlicher Gruppen, Lebenssituationen und Rahmenbedingungen sind die Ergebnisse vermutlich nicht alle eins zu eins auf Österreich übertragbar. Es ist aber davon auszugehen, dass die Zusammenhänge mit einer sozioökonomisch benachteiligten Lebenssituation sowie mit vorangegangenen Diskriminierungserfahrungen auch für Österreich gelten. Und der Bericht des Romano Centro zu Antigyptismus in Österreich (Romano Centro 2017) zeigt, dass auch hier Vorurteile und Stereotype weit verbreitet sind, auch wenn kein Vorfall aus dem Gesundheitsbereich berichtet wurde. In Studien zu Menschen mit Migrationshintergrund hat sich auch gezeigt, dass die Erfahrungen und Möglichkeiten im Herkunftsland einen wesentlichen Einfluss auf die Einstellungen zum Thema Gesundheit bzw. zu Unterstützungsleistungen und damit auf das Inanspruchnahmeverhalten im Aufnahmeland haben (z. B. Weigl/Gaiswinkler 2019). Da viele der in Wien lebenden Roma/Romnja Migrationshintergrund haben, werden daher die Erfahrungen, die sie aus anderen, v. a. osteuropäischen, Ländern mitbringen, als relevant erachtet.

Die folgende Beschreibung der in der Literatur identifizierten Zugangsbarrieren orientiert sich an dem Modell Healthcare Access Barriers for Vulnerable Populations (HABVP) von George et al. (2018); vgl. Abbildung 3.1. Viele Zugangsbarrieren gelten allerdings nicht nur für Roma/Romnja bzw. Angehörige ethnischer Minderheiten, sondern auch für andere vulnerable (sozioökonomisch/sozial benachteiligte) Gruppen.

Abbildung 3.1:
Healthcare Access Barriers for Vulnerable Populations – Modell



Quelle: (George et al. 2018)

Strukturelle Barrieren

Die Leistungen des Gesundheitssystems sind zwar oft verfügbar, aber nur als privat zu bezahlende Leistung (dies ist oft der Fall für zahnmedizinische Leistungen) bzw. nicht in ausreichendem Ausmaß (was zu Wartezeiten und Wartelisten führt) oder nicht in entsprechender Qualität (George et al. 2018). Längere Wartezeiten können aber auch korruptionsbedingt sein (man bekommt nur einen Termin, wenn man den Arzt / die Ärztin kennt oder bezahlt). Wartezeiten sind jedoch für Menschen in prekären Lebensumständen, die von einem Tag auf den anderen leben, eine besondere Hürde: Zum Zeitpunkt des nächsten Termins können andere Probleme viel akuter sein und daher höhere Priorität haben, was dann dazu führt, dass dieser Termin nicht wahrgenommen wird (Hanssens et al. 2016).

Die **Segregation** von Roma/Romnja in **eigenen Siedlungen** führt u. a. dazu, dass vor Ort keine Angebote (Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen) bestehen, was v. a. in Kombination mit fehlenden Transportmöglichkeiten die Inanspruchnahme erschwert, (McFadden, Alison et al. 2018a; Watson/Downe 2017). Diese schlechtere Abdeckung von oft auch **entlegenen Regionen** führt z. B. laut Bennett (2012) zu höheren Mortalitätsraten von Säuglingen aus Roma-Familien und zu häufigeren Unfällen bei der Geburt. Die Abhängigkeit vom öffentlichen Verkehr und das damit verbundene Abschätzen der Wegzeiten wird auch als ein Grund für das Verpassen von Terminen genannt (Hanssens et al. 2016).

Diese Segregation wird von Belak, A. et al. (2018) auch für **schlechte hygienische Standards** verantwortlich gemacht, die dann wiederum zu einer schlechten persönlichen Hygiene führen und Parasiten begünstigen.

Segregation kann aber auch **innerhalb von Einrichtungen des Gesundheitssystems** erfolgen, z. B. durch getrennte Warte-, Ess- oder Duschbereiche, speziell in Geburtsabteilungen. Solche Trennung wird oft als diskriminierend erlebt, könnte unter Umständen aber auch von Vorteil und von Roma-Seite erwünscht sein, wenn sensibel damit umgegangen wird und sie aufgrund von unterschiedlichen, sich gegenseitig störenden Gewohnheiten erfolgt. Das betrifft etwa die Menge an Besucher/-innen oder unübliche Besuchszeiten bei der Geburt eines Kindes. (McFadden, Alison et al. 2018a)

Aber auch **administrative Aspekte** werden genannt: So sind das **Vorhandensein von Dokumenten** wie Geburtsurkunden, Ausweise oder eine Registrierung bei einem Arzt bzw. einer Ärztin (wie z. B. in UK) oft eine Voraussetzung für den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen (u. a. (EUMC 2003) und (McFadden, Alison et al. 2018b)). Staatenlosigkeit, fehlende Meldebestätigungen und andere Probleme mit Dokumenten können somit diesen Zugang verhindern. Dies ist in manchen Ländern auch ein Problem bei der gesundheitlichen Versorgung von Kindern (Bennett 2012). Die Daten der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA 2016) zeigen, dass die Abdeckung durch eine nationale **gesetzliche Krankenversicherung** je nach Land sehr unterschiedlich sein kann: Während z. B. in Spanien, Portugal und der Slowakei 95 bis 98 Prozent der Roma/Romnja angeben, krankenversichert zu sein, sind es in Bulgarien und Rumänien nur 45 bzw. 54 Prozent. Je nach Land geben außerdem ein bis sieben Prozent an, dass es für sie unmöglich sei, die benötigte Versorgung/Behandlung zu erhalten.

Als problematisch werden auch **fehlende Informationen** über finanzielle Unterstützungsleistungen und über mit diesen Unterstützungsmöglichkeiten einhergehende Bedingungen, wie z. B. regelmäßige Termine beim Arbeitsmarktservice oder Auswahlkriterien, die Roma/Romnja stärker treffen, sowie eine Missachtung der sozialarbeiterischen Verschwiegenheitspflicht berichtet (z. B. EUMC 2003). (Semi-)Nomadisch lebende Roma/Romnja haben beispielsweise aufgrund fehlender Meldebestätigungen keinen Zugang zu diesen Unterstützungsleistungen.

Schließlich gibt es auch Berichte über die Verweigerung von Unterstützung durch Allgemeinmediziner/-innen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens und Schwierigkeiten beim Zugang zu Notfallbehandlung (EUMC 2003).

Zuletzt soll noch erwähnt werden, dass Belak, A. et al. (2018) auf ein fehlendes Commitment beim bzw. fehlende Unterstützung durch das Management von Gesundheitseinrichtungen hinweisen, das keine Leitlinien vorgibt, keine Fortbildungen (z. B. in Kommunikation) bereitstellt oder keine Mediatoren/Mediatorinnen einsetzt und kein Roma-Personal beschäftigt etc.

Finanzielle Hürden

Wie z. B. von George et al. (2018) ENREF_11 festgehalten, stehen Menschen mit finanziellen Problemen oft vor der Frage, was am dringendsten finanziert werden muss – und da hat die eigene Gesundheit oft keine Priorität (sondern Essen, Heizen oder die Gesundheit der Kinder). Die fehlenden finanziellen Mittel können auch dazu führen, dass keine Krankenversicherung vorliegt und benötigte Therapien (inkl. Zahnarztkosten oder Vorfinanzierung anderer Arztkosten), Medikamente oder Hilfsmittel nicht bezahlt werden können. Für Kinder ist die Versorgung zwar oft kostenlos (bis 18 Jahre), aber auch hier können Kosten für zahnmedizinische oder andere Leistungen (z. B. Optiker/-innen) anfallen. Eine prekäre finanzielle Situation kann auch zur Folge haben, dass Transportkosten nicht getragen werden können und Telefonguthaben fehlen, was ebenfalls den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erschwert (Hanssens et al. 2016).

Laut LeMasters et al. (2019) wird fehlendes Geld für Gesundheitsleistungen von den befragten Müttern auch mit einer harschen Behandlung und wenig Aufmerksamkeit durch das Gesundheitspersonal in Verbindung gesetzt.

Auch Korruption wird als Barriere angeführt, die – wenn eben die entsprechenden finanziellen Mittel nicht zur Verfügung stehen und somit keine Bestechung möglich ist – zu einer schlechteren Behandlung sowie zu einer negativen Haltung beim Gesundheitspersonal führen kann (George et al. 2018).

Kognitive Hürden

Einer vulnerablen Gruppe anzugehören und Roma/Romnja zu sein, scheint mit einem Stigma verbunden zu sein, das zu negativen Beurteilungen bis hin zu falscher bzw. nicht humaner Behandlung durch das Gesundheitspersonal führen kann (George et al. 2018). Wobei explizit darauf hingewiesen wird, dass es auch aufgeschlossenes und engagiertes Gesundheitspersonal gibt. Berichte

über schlechte Erfahrungen beinhalten u. a., dass Patientinnen im Stich gelassen wurden oder warten mussten, bis alle anderen fertig waren, aber auch das Verweigern einer Behandlung bis hin zu körperlicher und verbaler Misshandlung (Watson/Downe 2017). Feindseliges, bevormundendes, bewertendes, unsympathisches bis hin zu beleidigendem Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (der Gesundheitsberufe und Administration) wird berichtet, aber auch, dass nicht zugehört wird bzw. dass man nicht ernst genommen wird und Diagnosen bzw. Behandlungen nicht erklärt werden (McFadden, Alison et al. 2018b). Auch Ignorieren und Anschreien kommt vor. Belak, Andrej et al. (2020) ENREF_2 erwähnen, dass direktiv, wenig empathisch, provokativ und ironisch kommuniziert wird, Fragen der Patientinnen/Patienten hingegen ignoriert werden und sich das Gesundheitspersonal wenig Mühe gibt (z. B. bei der Planung von Operationsterminen oder der Erklärung der Medikation). Auch Zelko et al. (2015) berichten über unfreundliches Personal sowie fehlendes Verständnis und Engagement für eine bessere Patient-Arzt-Beziehung. Hanssens et al. (2016) weisen aber darauf hin, dass für Roma/Romnja u. U. die Bemühungen des Gesundheitspersonals wichtiger als das Ergebnis sind.

McFadden, Alison et al. (2018a) führen vieles auf fehlendes Verständnis und fehlende Kompetenzen des Gesundheitspersonals in Hinblick auf Kultursensibilität zurück: Diesbezügliche Konflikte in Geburtsabteilungen beziehen sich am häufigsten auf die Anzahl der besuchenden Familienmitglieder. Aber auch den Wünschen nach Gesundheitspersonal des eigenen Geschlechts, insbesondere für genderspezifische Probleme, nach sensiblem Umgang (unter Wahrung von Privatsphäre und Verschwiegenheit) bei tabubehafteten Themen (wie psychischen Problemen oder Sucht) oder in palliativer Betreuung bzw. bei Krebs wird anscheinend nicht unbedingt entsprochen (McFadden, Alison et al. 2018a). Belak, A. et al. (2018) berichten sogar davon, dass Kaiserschnitte durchgeführt würden, um den Kontakt mit der Mutter möglichst gering zu halten.

Vorangegangene schlechte Erfahrungen mit einer solch negativen Haltung bzw. dem damit einhergehenden Verhalten des Gesundheitspersonals (wie oben beschrieben) führen später dazu, dass z. B. Arztbesuche hinausgezögert werden oder dass das Krankenhaus vorzeitig verlassen wird – ohne eine adäquate Behandlung erhalten zu haben (George et al. 2018).

Liegt nur wenig Schulbildung vor, sind unter Umständen auch die eigenen Ansprüche oder Rechte bzw. die Funktionsweise des Gesundheitswesens nicht ausreichend bekannt (u. a. George et al. 2018). Die Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, beinhalten z. B. Schwierigkeiten mit Anmeldesystemen, mit fragmentierten Hilfestellungen oder auch mit Wegweisern (Hanssens et al. 2016). Sie werden als besonders groß in Bezug auf psychosoziale Gesundheit sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit beschrieben, aber auch die Nutzung von (neuen) Informationstechnologien wird als schwierig erachtet (McFadden, Alison et al. 2018a). Letzteres wird z. B. auch von Neill et al. (2015) bestätigt, wonach das Internet für Roma/Romnja nicht unbedingt als Informationsquelle zur Verfügung steht, weshalb sie sich mit Fragen zur Gesundheit auch eher an andere Mitglieder der Community oder der Familie (oft Großmütter) wenden. Die soziale Unterstützung durch die Familie bzw. durch erfahrene Frauen spielt auch laut Bobakova et al. (2015) und LeMasters et al. (2019) eine sehr große Rolle. Hinzu kommt noch die fehlende Autonomie von Frauen (McFadden et al. 2018).

Wird der medizinische Jargon nicht verstanden, so wirkt sich das nicht nur auf die Beziehung zwischen Patient/-in und Arzt/Ärztin aus, sondern es kann auch zu Missverständnissen führen. Analphabetismus verunmöglicht es, schriftliche Informationen (z. B. Beipackzettel von Medikamenten) lesen und verstehen zu können. Im Zusammenhang mit einem Migrationshintergrund werden sprachliche Schwierigkeiten aufgrund einer anderen Muttersprache, fehlender Dolmetscher/-innen insbesondere für Romanes und negativer Erfahrungen mit Dolmetschern/Dolmetscherinnen, zu schnellem Sprechen sowie kultureller Missverständnisse angeführt (z. B. Hanssens et al. 2016; McFadden, Alison et al. 2018a).

Fehlende Gesundheitskompetenz schließt auch fehlendes Wissen über Prävention und langfristige Konsequenzen ein, was auch Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen Ursache und Wirkung mit sich bringen kann (George et al. 2018). Zelko et al. (2015) vertreten weiters die Ansicht, dass das Verständnis von Gesundheit in der von ihnen untersuchten Gruppe hinderlich ist: Die Überzeugung, dass einiges nur vom Individuum (eigene Verantwortung) abhängt und anderes gar nicht beeinflusst werden kann, führt u. U. dazu, dass Behandlung zu spät gesucht oder überhaupt verweigert wird. Sie beobachten aber auch Veränderungen in einer Roma-Community in Slowenien: Während früher ausschließlich traditionelle Heiler/-innen und Kräuter zur Behandlung eingesetzt wurden, wird mittlerweile zunehmend auch moderne Medizin genutzt. Das Vertrauen in Gesundheitspersonal und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung fehlt jedoch nach wie vor.

Psychologische Barrieren

Negative bzw. positive Erfahrungen (wie die bereits beschriebenen) wirken sich nicht nur auf das Verhalten aus, sondern haben tiefergehende Folgen. So ändert oder festigt sich damit auch die Einstellung gegenüber dem Gesundheitswesen und die Erwartungshaltung in Hinblick auf den Umgang der Mitarbeiter/-innen mit der eigenen Person (George et al. 2018). Aufgrund der verbreiteten schlechten Erfahrungen und der Vorurteile sind Abwehrmechanismen unter Roma/Romnja gängig (George et al. 2018), die auch dazu führen können, dass traditionelle/alternative Methoden verteidigt werden (Belak, A. et al. 2018). Dies führt auch zu Misstrauen gegenüber Gesundheitspersonal – und zu dadurch beeinflussten negativen Beziehungen zwischen Patient/-in und Arzt/Ärztin – sowie gegenüber dem gesamten System. In Folge wird auch Diagnosen misstraut und es kommt dazu, dass Anweisungen nicht befolgt werden (Belak, Andrej et al. 2020). Unter Umständen werden andere Familienangehörige davon abgehalten, das Gesundheitswesen in Anspruch zu nehmen.

Neben Misstrauen spielt auch mangelndes Selbstvertrauen eine Rolle (Belak, A. et al. 2018). Dies führt wiederum zu Selbststigmatisierung, d.h. dass negative Stereotype in der eigenen Community weitergegeben werden.

Laut George et al. kann eine fehlende Krankenversicherung – aufgrund der damit verbundenen Unmöglichkeit des Zugangs zum Gesundheitswesen und der dadurch fehlenden Kontrolle über den weiteren Verlauf einer Krankheit – zu Hoffnungslosigkeit bzw. Angst vor Diagnosen führen.

Die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen aufgrund sensibler Gesundheitsbedürfnisse ist eng verbunden mit Scham und Stigma (McFadden, Alison et al. 2018a). Beides ist auch eine

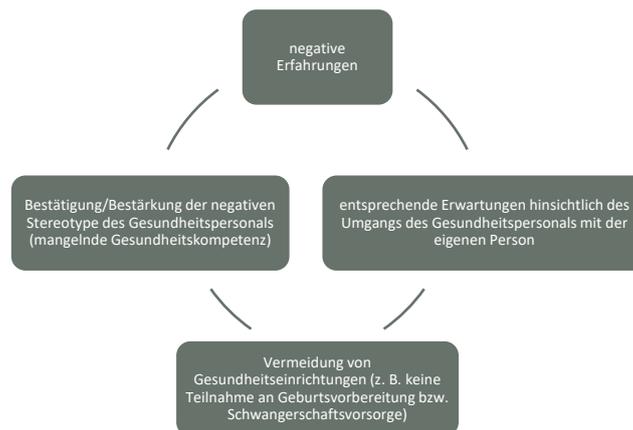
Folge von bereits erfahrenen Abwertungen der eigenen Identität im Zusammenhang mit Diskriminierungen. Hinzu kommen noch die Schwierigkeiten von Männern, über Gesundheit zu reden, und die Angst vor einer Krankheit, Kindesabnahme etc.

Neill et al. (2015) berichten, dass die soziale Hierarchie zwischen Ärztinnen/Ärzten und Eltern aus vulnerablen Gruppen (inkl. Roma) dazu führt, dass sich letztere während einer Beratung in ihrer moralischen Wertigkeit als Eltern beurteilt fühlen. Die Angst davor schränkt aber wiederum ihre Fähigkeiten ein, Informationen über die Krankheitssymptome des Kindes zu geben und die erhaltene Information später wieder abzurufen.

Wechselwirkungen

Die genannten Aspekte sind, wie im Modell von George et al. (2018) (vgl. Abbildung 3.1) dargestellt, miteinander verwoben. LeMasters et al. (2019) beschreiben dies im Zusammenhang mit schwangeren Romnja als eine negative Spirale.

Abbildung 3.2:
Negative Spirale in der Geburtsvorbereitung von Romnja



Quelle: GÖG-Übersetzung von (LeMasters et al. 2019)

Belak, A. et al. (2018) beschreiben eine negative Kette von Segregation und Diskriminierung als Ursache für Frustration der jugendlichen Roma/Romnja und daraus entstehender Verstärkung der Exklusion. Wobei sie auch noch darauf hinweisen, dass einerseits die in den Communities entwickelten Handlungsstrategien (z. B. zur Behandlung von Alkoholismus), auch wenn sie nicht erfolgreich sind, von den Eltern verteidigt werden und andererseits die Älteren Traditionen stolz weitergeben. Beides wird von den Jugendlichen als Folge der erlebten Ausgrenzung übernommen.

Die Perspektive des Gesundheitspersonals wurde z. B. von Belak, Andrej et al. (2020) erhoben. Demnach hängt das Verhalten des Gesundheitspersonals ebenfalls mit schlechten Erfahrungen zusammen, und zwar mit jenen, die von dieser Seite wahrgenommen werden. Dazu gehören die fehlende Gesundheitskompetenz der Patientinnen/Patienten mit Roma-Hintergrund, mangelnde

Compliance (bezüglich Empfehlungen aber auch Terminen), schlechte hygienische Zustände, extreme Emotionen (mit „inadäquaten Gefühlsausbrüchen“) sowie ein Mangel an Respekt („grüßen und bedanken sich nicht“). Es wird aber auch über Angst vor Übergriffen und Ansteckung berichtet sowie über Konflikte zwischen Roma und Nicht-Roma in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Abgesehen von negativen Erfahrungen mit Roma/Romnja können aber auch negative Erfahrungen mit den Strukturen bzw. dem System zu Frustration und einem daraus resultierenden mangelnden Engagement führen.

Stojanovski et al. (2017) zeigen, dass auch zwischen verschiedenen gleichermaßen vulnerablen Gruppen innerhalb eines Landes Unterschiede bestehen können. So ist die Situation im Kosovo anscheinend für die Romani oder Serbisch sprechenden Roma/Romnja schlechter als für die Albanisch sprechenden Ashkali und Balkan Egyptians. Romnja nehmen laut Stojanovski et al. (2017) aufgrund kultureller und sprachlicher Probleme sowie aus Angst vor einer Stigmatisierung keine vorgeburtliche Vorsorge/Betreuung in Anspruch.

Situation in Österreich

Auch Trummer et al. (2015) berichten von Diskriminierungserfahrungen, fehlenden Deutschkenntnissen, fehlenden Ansprüchen auf Gesundheitsversorgung aufgrund aufenthaltsrechtlicher Probleme, prekären finanziellen Situationen, geringer Gesundheitskompetenz (und damit verbundener Nicht-Verstehen diagnostischer und therapeutischer Schritte) sowie von fehlenden Informationen über das Gesundheitswesen und die verschiedenen Angebote/Leistungen als Hürden für eine Inanspruchnahme. Sie verweisen aber auch, genauso wie Glavanovits (2011), auf die tradierte Traumatisierung durch den Holocaust, die zu Misstrauen und Angst führt – bis hin zu einer Leugnung der Identität (Glavanovits 2011).

Empfehlungen

Auch das war kein Fokus der Literatursuche, es sollen aber die in der ausgewählten Literatur enthaltenen Empfehlungen kurz aufgezeigt werden. Laut Watson/Downe (2017) ist für eine Verbesserung der Situation Folgendes wichtig:

- » guter Kontakt zwischen Roma/Romnja-Communities und Gesundheitszentren
- » das Wissen über die eigenen Rechte und Ansprüche (hilft auch gegen Korruption)
- » der Einsatz von Gesundheitspersonal mit Roma-Hintergrund (wirkt sowohl auf übergeordneter als auch auf individueller Ebene)

McFadden, Alison et al. (2018a) und Bobakova et al. (2015) empfehlen aufsuchende Services, wie z. B. *community workers* oder **Gesundheitsmediatoren/-mediatorinnen**, die in den Roma-Communities aktiv werden. Diese Mediatorinnen und Mediatoren können laut Hanssens et al. (2016) Vertrauen aufbauen, Missverständnisse und Konflikte lösen und durch das Gesundheitssystem führen. Ein Beispiel sind die *Health Mediators*, die einen starken Fokus auf reproduktiver Gesundheit haben und neben der genannten Unterstützung auch bei finanziellen Problemen helfen können und eine *advocacy*-Funktion haben (LeMasters et al. 2019). Der Aufbau einer guten Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und Roma-Communities könnte laut Glavanovits (2011) u. a. auch

durch Gesprächsrunden (getrennte Gruppen für Männer und Frauen) gelingen. Acton weist auf die überflüssige Verteilung von Flyern hin und berichtet, dass mehr Potenzial in sehr zielgruppenspezifischen Videos und *peer educators* gesehen wird (Acton et al. 1998)

Eine wichtige Rolle könnten laut LeMasters et al. (2019) aber auch **Allgemeinmediziner/-innen** in ihrer Funktion als Gatekeeper in das Gesundheitssystem spielen. (McFadden, Alison et al. 2018b) erwähnen auch partizipative Ansätze als empfehlenswert, d.h. das Einbinden von Vertreter/innen aus Roma/Romnja-Communities in die Gestaltung der Angebote von Gesundheitszentren.

Vom European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EUMC 2003) und von Hanssens et al. (2016) wird darauf hingewiesen, dass das **Gesundheitspersonal und die Behörden ein besseres Verständnis** der von Roma/Romnja gelebten Kulturen und Praktiken entwickeln müssten, damit diesen auch mehr Raum gegeben werden kann. Nur dadurch kann für Roma/Romnja eine gleichberechtigte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ohne Diskriminierung sichergestellt werden. Sie erwähnen aber auch, dass der Situation von Mädchen spezielle Aufmerksamkeit gewidmet werden muss: Mädchen können aufgrund des oft frühzeitigen Schulabbruchs nicht die notwendigen Kompetenzen (inkl. kritisches Denken) erwerben, die sie für das Kümmern um sich selbst und um ihre Familien und für das Modifizieren von ihre Gesundheit beeinträchtigenden Praktiken benötigen würden.

Trummer et al. (2015) empfehlen zudem die **Sensibilisierung der Bevölkerung** sowie die **Förderung von Gesundheitskompetenz** in den Roma-Communities. Djurovic et al. (2014) weisen jedoch darauf hin, dass zuerst eine **finanzielle Unterstützung** von Roma-Familien wichtig wäre, um eine angemessene Ernährung und Wohnsituation sicherzustellen. Denn diese seien für den schlechten Gesundheitszustand und damit eine längere Behandlung verantwortlich. Danach könne eine Förderung von Gesundheitskompetenz folgen.

Einen Health-in-All-Policies-Ansatz verfolgt das nationale Maßnahmenpaket für Roma der slowenischen Regierung für 2017–2021 (NIJZ 2020). Es möchte einerseits die sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten positiv beeinflussen und andererseits durch gezielte Maßnahmen die Gesundheitskompetenz von Roma/Romnja sowie den Zugang zum Gesundheitssystem und seinen Angeboten für Roma verbessern. Diese gezielten Maßnahmen beinhalten u. a. folgende Punkte:

- » Informationen, Programme, Workshops und Trainings sollen auf Roma/Romnja zugeschnitten und in den Roma-Communities umgesetzt werden.
- » Ein gesunder Lebensstil unter Roma/Romnja soll gefördert werden.
- » Das Bewusstsein und Wissen über Roma/Romnja und ihre Gesundheit bei spezialisiertem Personal aus dem öffentlichen und medizinischen Bereich soll verbessert werden (sowie entsprechende Erhebungen und Evaluierungen durchgeführt).
- » Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Gesundheitssystem (*Health workers*) sollen verbessert und deren Kooperation mit Roma-Assistenten/-Assistentinnen gestärkt werden.

Einen deutlich größeren Stellenwert nehmen in diesem nationalen Maßnahmenpaket jedoch die Maßnahmen zur sozialen Integration von Roma ein. Dazu gehören Maßnahmen zur Verbesserung der Bildung (z. B. Erhöhung des Anteils von Roma-Kindern in Vorschuleinrichtungen und in der

Pflichtschule) und zur Reduktion der Arbeitslosigkeit von Roma/Romnja, zur Verhinderung der sozialen Exklusion insbesondere von Romnja durch verschiedene Programme, zur Verbesserung der Wohnsituation sowie zur Förderung des Bewusstseins in der Roma-Community, aber auch der gesamten Gesellschaft über die positiven Auswirkungen der Integration von Roma/Romnja.

3.3 Traditionen rund um die Geburt bzw. frühe Kindheit

Das Thema Gesundheit ist bei Roma/Romnja traditionell sehr auf Geburt und Frauen fokussiert, wobei erwähnt werden muss, dass weltweit primär Frauen für die Gesundheit der Familie zuständig sind. Diese Tatsache diente in der Vergangenheit auch als Motor für die Stärkung der weiblichen Position in der Roma-Community. Ab den 1990er-Jahren gibt es zunehmend weibliche Beteiligung am internationalen Diskurs der Roma-Community (z. B. EU-Roma-Kongress in Sevilla) und auch vermehrt nationale Vereinigungen von Romnja/Gypsy-Frauen. Zentrale Forderung der *National Association of Gypsy Women* in Großbritannien ist der Einsatz von *Gypsy community workers* (Acton et al 1998).

In Griechenland wurden zwei Roma-Communities, eine davon stärker assimiliert und sozioökonomisch bessergestellt, hinsichtlich ihres **Erziehungstils** untersucht. Im Spannungsfeld kollektivistisch-individualistisch geht die Tendenz in Richtung individualistisch, wenn die Community stärker assimiliert und sozioökonomisch bessergestellt ist. Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und individualistischen Sichtweisen bezüglich der kognitiven Entwicklung der Kinder der befragten Mütter – sie berichteten über mehr positive als negative Zuschreibungen hinsichtlich ihres Kindes. (Penderi/Petrogiannis 2011).

Die **traditionelle Rolle der Frau** ist mit **Haushaltsführung** und **Kindererziehung** verknüpft, weshalb bei Mädchen weniger Wert auf Bildung gelegt wurde. Auch wenn sich laut Mrhalek et al. (2015) diesbezüglich die Einstellung allmählich ändert, scheiden Mädchen noch immer früher aus dem Bildungssystem aus als Buben und gründen eine Familie. Auch in Moldawien heiraten Roma-Mädchen sehr früh (mit 15 Jahren oder sogar noch früher), denn es gibt kein Gesetz, das Kinderheirat verbietet (Mihalache/Rusanovschi 2014). Daten für Slowenien zeigen, dass Romnja zweimal so viele Kinder bekommen wie die Frauen der Allgemeinbevölkerung, wobei zwei Drittel der Geburten im Alter von 15 bis 24 Jahren erfolgen (National Institute of Public Health 2020). Das Durchschnittsalter bei der Geburt liegt bei Romnja in Slowenien fünf Jahre unter dem Wert der Frauen der Allgemeinbevölkerung. Die traditionelle Rollenverteilung schreibt Männern u. a. die Kontrolle über die „Reproduktion“ zu, d. h. sie bestimmen über Verhütung, die Anzahl der Kinder oder darüber, ob eine Schwangerschaft abgebrochen werden soll (Mrhalek et al. 2015). Vor allem im ländlichen Raum, so eine Studie in Rumänien, ist es für Frauen zentral, Kinder zu bekommen. Eine Schwangerschaft, egal ob ungeplant oder ungelegen, ist immer positiv besetzt. Deshalb ist ein Schwangerschaftsabbruch meist keine Option (LeMasters et al. 2019). Wegen der hohen Arbeitslosigkeit sind **kinderbezogene Transfers** eine wichtige Einnahmequelle für Roma-Familien. Dadurch steigt der Druck, viele Kinder zu bekommen (Mrhalek et al. 2015).

Glavanovits stellt im Rahmen ihrer Diplomarbeit auch bei der Roma-Community in **Österreich** (Burgenland und Wien) mangelnde Aufklärung und in der Folge fehlende Verhütung fest. Neben anderen gesundheitlichen Problemen wurden in dieser Arbeit auch gynäkologische Probleme (z. B. Aborte, Gebärmutterhalskrebs) beschrieben, die (wie Gesundheitsprobleme generell) vielfach ignoriert werden und bestenfalls über Kuration (und nicht über Verhaltensänderung) behandelt werden. Zwar ist auch in der österreichischen Roma-Community die Gesundheitsvorsorge mangelhaft, doch das Interesse am Kinderschutz ist stark ausgeprägt. Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und Gesundheitsversorgung für Kinder werden in Anspruch genommen. In dieser Arbeit werden etwa spezielle Bräuche zum Schutz des Kindes vor der Außenwelt genannt, wie z. B., dass nach Mitternacht niemand mehr in die Wohnung kommen darf (Glavanovits 2011). Auch andere Autorinnen/Autoren beschreiben, dass Romnja ihre eigene Gesundheit als nachrangig gegenüber der ihrer Kinder sehen (z. B. McFadden, Alison et al. 2018b).

LeMasters stellte bezüglich der **Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen** in Rumänien das Gegenteil fest: Schwangerschaft wird als normaler Zustand angesehen, weshalb schwangere Frauen weiterhin alle Alltagsaufgaben zu erfüllen haben, wenig Unterstützung bekommen und auch Vorsorgeuntersuchungen nicht zur Gänze in Anspruch nehmen, insbesondere wenn es schon ältere Kinder gibt (LeMasters et al. 2019). Ebenso wenig ist es in der britischen Roma-Community selbstverständlich, **präventive Gesundheitsdienstleistungen** im Zusammenhang mit Geburt in Anspruch zu nehmen. Auch sehr junge Mütter fühlen sich erfahren und hochkompetent in Bezug auf die Versorgung von Kleinkindern, wo sie doch viele Pflichten für jüngere Geschwister übernommen hatten. Ratschläge von Health Professionals, denen unter Umständen die persönliche Erfahrung fehlt, weil sie keine eigenen Kinder haben, werden eher geringgeschätzt. Es gibt wenig Routinekontakte mit dem National Health Service (NHS) und die wenigen Kontakte werden als wenig vertrauensbildend bewertet. Als Beispiel nannten die befragten Roma-Mütter und -Großmütter, dass NHS-Mitarbeiter/-innen immer Folder verteilten, obwohl die Betroffenen gar nicht lesen können (Condon/Salmon 2015).

Stillen ist bei Roma/Romnja in Großbritannien grundsätzlich positiv besetzt: Stillen ist gesund, bequem und im Einklang mit der Tradition. Dies wird auch von Großmüttern unterstützt. Doch es gibt auch Hindernisse, die etwa von aus Rumänien emigrierten Roma/Romnja berichtet werden: In Rumänien war Stillen bis zum zweiten Lebensjahr üblich, weil man nichts anderes hatte. Beikost gab es etwa ab fünf bis sechs Monaten. Doch in England galt Flaschennahrung, die man sich auch leisten kann und die die Haus- und/oder Erwerbsarbeit ermöglicht, als zivilisiert. Je höher also die Assimilation, desto mehr Abkehr von der Tradition des Stillens war zu beobachten. Im Gegensatz dazu ist unter in Großbritannien lebenden Roma/Romnja und Irish Travellers das Füttern von Säuglingen mit der Flasche schon länger und weiter verbreitet. Die Norm in diesen Communities, dass Frauenkörper immer verhüllt sein müssen, ist in Hinblick auf das Stillen hinderlich, zumal eine entsprechende Privatsphäre weder im Krankenhaus noch im Wohnwagen gegeben ist. Der NHS hat laut Condon/Salmon bezüglich der Steigerung der Stillrate versagt. Es ist zwar die Botschaft, Stillen sei gesund, angekommen, aber die Hilfestellungen werden als völlig unzureichend und inadäquat bezeichnet. Es wird zudem wenig Wissen über den lebenslangen Benefit von Stillen für die Gesundheit von Müttern und Kindern geortet (Condon/Salmon 2015).

Für Roma-Kinder scheint es besonders schwer zu sein, **Pflegeeltern** zu finden. Als Gründe dafür werden genannt, dass es einerseits Vorurteile gegenüber Roma-Kindern gibt und dass andererseits viele Roma die Vorgaben für Pflegeelternschaft nicht erfüllen. Deshalb gibt es z. B. unter Roma in Kroatien einen größeren Teil an fremduntergebrachten Kindern, die sehr lange in Heimen und Wohngemeinschaften leben. Krčar/Laklija haben hinderliche und förderliche Faktoren für Pflegeelternschaft innerhalb der Roma-Community analysiert und plädieren für mehr Unterstützung von und Bildung bei potenziellen Pflegeeltern sowie die Einbindung von Älteren der Community (Krcar/Laklija 2018).

3.4 Traditionen rund um die Rolle der Frau bzw. Genderaspekte

Neben den beschriebenen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich und den Traditionen rund um die Geburt und im Kleinkindalter sind in Hinblick auf die Erreichbarkeit von Roma-Familien durch die Frühen Hilfen und in Hinblick auf Hausbesuche weitere Gender-Aspekte relevant. Mrhalek et al. (2015). analysiert die **hegemoniale Männlichkeit in der Familienstruktur** von Roma-Familien am Beispiel von Tschechien. Frauen sind demnach Männern untergeordnet, sie haben einen geringeren Status in Familie und Community. Männer sind zuständig für Ehre und Respekt, sie sind Erhalter und Beschützer der Familie. Doch wenn Männer die traditionelle Rolle als Familienerhalter (etwa aufgrund von Arbeitslosigkeit) nicht erfüllen können und es durch besonders dominantes Verhalten zu kompensieren versuchen, kommt es häufig auch zu häuslicher Gewalt. Häusliche Gewalt wird vielfach nicht als pathologisch wahrgenommen und ist ein Tabuthema. Mihalache/Rusanovschi verweisen in Hinblick auf Moldawien darauf, dass häusliche Gewalt in Roma-Familien vielleicht genauso verbreitet ist wie in der Gesamtbevölkerung, doch Romnja bekommen im Vergleich zu anderen Frauen oft keine Hilfestellung von öffentlicher Seite und sind abhängiger vom Ehemann. Auch bezüglich des Sexualverhaltens werden lt. Mrhálek sehr unterschiedliche Maßstäbe angesetzt. Bei Männern ist Promiskuität und Untreue positiv besetzt, bei Frauen ist es ein schweres Vergehen. Mihalache/Rusanovschi bestätigen, dass Jungfräulichkeit bei der Heirat absolut notwendig ist.

Literatur

- Acton, T.; Caffrey, S.; Dunn, S.; Vinson, P. (1998): Gendered health policies and a women's movement: the Gypsy case. In: *Health & Place* 4/1:45–54
- Belak, A.; Madarasova Geckova, A.; van Dijk, J. P.; Reijneveld, S. A. (2018): Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia. In: *International Journal of Public Health* 63/9:1123–1131
- Belak, Andrej; Bobakova, Daniela Filakovska; Geckova, Andrea Madarasova; van Dijk, Jitse P.; Reijneveld, Sijmen A (2020): Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices. In: *Social Science & Medicine* 246/:112739
- Bennett, John (2012): Roma Early Childhood Inclusion Overview Report. UNICEF, RECI Ro
- Bobakova, D.; Dankulincova Veselska, Z.; Babinska, I.; Klein, D.; Madarasova Geckova, A.; Cislakova, L.; team, Hepa–Meta (2015): Differences between Roma and non–Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems. In: *International Journal for Equity in Health* 14/:37
- Condon, Louise J.; Salmon, Debra (2015): 'You likes your way, we got our own way': Gypsies and travellers' views on infant feeding and health professional support. In: *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy* 18/5:784–795
- Djurovic, D.; Prcic, S.; Milojkovic, M.; Konstantinidis, G.; Tamburlini, G. (2014): The health status of Roma children—a medical or social issue? In: *European Review for Medical & Pharmacological Sciences* 18/8:1218–1223
- EUMC (2003): *Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care*. European Communities, Luxembourg
- Fournet, N.; Mollema, L.; Ruijs, W. L.; Harmsen, I. A.; Keck, F.; Durand, J. Y.; Cunha, M. P.; Wamsiedel, M.; Reis, R.; French, J.; Smit, E. G.; Kitching, A.; van Steenbergen, J. E. (2018): Under–vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non–vaccination; two systematic reviews. In: *BMC Public Health* 18/1:196
- FRA (2016): *Zweite Erhebung der Europäischen Union zu Minderheiten und Diskriminierung. Roma – Ausgewählte Ergebnisse*. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte,
- George, S.; Daniels, K.; Fioratou, E. (2018): A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. In: *International Journal for Equity in Health* 17/1:41
- Glavanovits, Katharina (2011): *Roma in Ostösterreich : unter spezieller Betrachtung der Gesundheitsprobleme von Roma in Wien und im Burgenland*.

- Hanssens, Lise GM; Devisch, Ignaas; Lobbestael, Janique; Cottenie, Barbara; Willems, Sara (2016): Accessible health care for Roma: a gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. In: *International Journal for Equity in Health* 15/1:38
- Kamberi, Ermira; Martinovic, Borja; Verkuyten, Maykel (2015): Life satisfaction and happiness among the Roma in Central and Southeastern Europe. In: *Social Indicators Research* 124/1:199–220
- Krcar, Mateja; Laklija, Maja (2018): Foster care from the perspective of Roma foster parents in Roma settlements in Medimurje county. In: *Kriminologija & Socijalna Integracija* 26/2:183–207
- LeMasters, K.; Baber Wallis, A.; Chereches, R.; Gichane, M.; Tehei, C.; Varga, A.; Tumlinson, K. (2019): Pregnancy experiences of women in rural Romania: understanding ethnic and socioeconomic disparities. In: *Culture, Health & Sexuality* 21/3:249–262
- McFadden, A.; Atkin, K.; Bell, K.; Innes, N.; Jackson, C.; Jones, H.; MacGillivray, S.; Siebelt, L. (2016): Community engagement to enhance trust between Gypsy/Travellers, and maternity, early years' and child dental health services: protocol for a multi-method exploratory study. In: *International Journal for Equity in Health* 15/1:183
- McFadden, Alison; Siebelt, Lindsay; Gavine, Anna; Atkin, Karl; Bell, Kerry; Innes, Nicola; Jones, Helen; Jackson, Cath; Haggi, Haggi; MacGillivray, Steve (2018a): Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: A systematic review. In: *European Journal of Public Health* 28/1:74–81
- McFadden, Alison; Siebelt, Lindsay; Jackson, Cath; Jones, Helen; Innes, Nicola; MacGillivray, Stephen; Bell, Kerry; Corbacho, Belen; Gavine, Anna; Haggi, Haggi (2018b): Enhancing Gypsy, Roma and Traveller peoples' trust: using maternity and early years' health services and dental health services as exemplars of mainstream service provision. In:
- Mihalache, Isabela; Rusanovschi, Sergiu (2014): Study on the situation of romani women and girls in the republic of moldova. Hg. v. UN
- Mrhalek, T.; Lidova, L.; Kajanova, A. (2015): Hegemony in the Roma family. In: *Neuroendocrinology Letters* 36 Suppl 2/:62–68
- Neill, Sarah J.; Jones, Caroline H.; Lakhanpaul, Monica; Roland, Damian T.; Thompson, Matthew J. (2015): Parent's information seeking in acute childhood illness: What helps and what hinders decision making? In: *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy* 18/6:3044–3056
- NIJZ (2020): Public health approaches for the Roma ethnic community in Slovenia. National Institute of Public Health, Ljubljana
- Orton, L.; de Cuevas, R. A.; Stojanovski, K.; Gamella, J. F.; Greenfields, M.; La Parra, D.; Marcu, O.; Matras, Y.; Donert, C.; Frost, D.; Robinson, J.; Rosenhaft, E.; Salway, S.; Sheard, S.; Such, E.; Taylor–Robinson, D.; Whitehead, M. (2019): Roma populations and health inequalities: a new perspective. In: *Int J Hum Rights Healthc* 12/5:319–327

- Penderi, Efthymia; Petrogiannis, Konstantinos (2011): Parental ethnotheories and customs of childrearing in two Roma urban communities in Greece: Examining the developmental niche of the 6-year-old child. In: *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology* 5/1:32–50
- Romano Centro (2017): Antiziganismus in Oesterreich. Falldokumentation 2015–2017. information für Betroffene und ZeugInnen. Romano Centro – Verein für Roma, Wien
- Stojanovski, K.; Holla, A.; Hoxha, I.; Howell, E.; Janevic, T. (2017): The Influence of Ethnicity and Displacement on Quality of Antenatal Care: The Case of Roma, Ashkali, and Balkan Egyptian Communities in Kosovo. In: *Health & Human Rights* 19/2:35–48
- Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Wilczewska, Ina (2015): Roma & Gesundheit. Gesundheit, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung. Center for Health and Migration, Wien
- Watson, H. L.; Downe, S. (2017): Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review. In: *Reproductive Health* 14/1:1
- Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia (2019): Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit. Gesundheit Österreich, Wien
- Zelko, E.; Svab, I.; Maksuti, A.; Klemenc-Ketis, Z. (2015): Attitudes of the Prekmurje Roma towards health and healthcare. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 127 Suppl 5/:S220–227

Anhang

Tabelle A 1:
Informationen zur eingeschlossenen Literatur

	Fragestellung	Teilnehmer/-innen / Zielgruppe	Land	Methoden
Acton et al. (1998)	Geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik und die Rolle der Frau	Gypsies, Travellers, Roma	Großbritannien	systematische Literaturübersicht
Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2016)	Untersuchung des aktuellen Status zur Integration bzw. Diskriminierung von Roma als größter ethnischer Minderheit in Europa	Roma/Romnja u. a. (Sinti, Kale, Traveller, etc.) über 16 Jahre: insgesamt 7.947 Personen befragt, zusätzliche Daten von weiteren 33.785 Personen	Bulgarien, Tschechien, Griechenland, Spanien, Kroatien, Ungarn, Portugal, Rumänien, Slowakei	Primärstudie: qualitative Erhebung (Interviews)
Belak et al. (2018)	Erforschung, » warum sich Roma nicht an medizinische und PH-Empfehlungen halten, » welche persönlichen Erfahrungen dabei eine Rolle spielen Welche lokalen Gegebenheiten spielen dabei eine Rolle?	je nach Phase ca. 260 Roma, 90 Personen, 28 Personen sowie 15 Personen	Slowakei	Longitudinal-Studie 2004–2014
Belak et al. (2020)	Was befördert/unterstützt ungleiche Behandlung in der Gesundheitsversorgung?	43 Fachkräfte aus 6 Gesundheitseinrichtungen	Slowakei	Primärstudie: qualitative Methoden (Beobachtung und Interviews)
Bennett (2012)	Sammlung von Daten und Informationen über die Eingliederung kleiner Roma-Kinder in die frühkindlichen Dienste von vier mittel- und osteuropäischen Ländern	Fachleute und andere Schlüsselpersonen sowie Roma (Roma/Romnja, Traveller, Sinti und andere Gruppen)	Czech Republic, Former Yugoslav Republic of Macedonia, Romania, Serbia	Mixed methods: systematische Literaturübersicht, Fragebogen (Länderberichte) und qualitative Methoden (Interviews)
Bobakova et al. (2015)	Zusammenhang zwischen Zugangsproblemen zur Gesundheitsversorgung und Ethnizität, Einfluss von familiärer und sozialer Unterstützung auf diesen Zusammenhang	452 Roma und 403 Nicht-Roma	Slowakische Republik	Sekundärdatenanalyse der HepaMeta-Studie, die 2011 durchgeführt wurde
Condon / Salmon (2015)	Analyse der Meinung zu Ernährung von Babys im 1. Lj. inkl. der diesbezügl. Unterstützung von Health Professionals	15 Mütter und 7 Großmütter (Gypsies, Travellers, Romnja)	SW-England	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)
Djurovic et al. (2014)	Werden Roma-Kinder bei Spitalbehandlungen diskriminiert? Bekommen sie dieselbe Behandlung wie andere Kinder?	118 Kinder (1 bis 24 Monate alt), die in Spitalbehandlung waren (Roma und Nicht-Roma)	Serbien	Sekundärdatenanalyse (Krankenakten)

	Fragestellung	Teilnehmer/-innen / Zielgruppe	Land	Methoden
European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2003)	Einblick in die Situation von Romnja und ihre Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verschaffen	Romnja, Vertreter/-innen von Regierungen, NGOs und Einrichtungen, die sich für die Anliegen von Roma/Romnja einsetzen	Bulgarien, Finnland, Frankreich, UK, Griechenland, Ungarn, Irland, Litauen, Moldawien, Niederlande, Polen, Rumänien, Serbien und Montenegro, Slowakei, Spanien	Primärstudie: Mixed Methods: Interviews und Fragebögen
Fournet et al. (2018)	Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Akzeptanz der Impfung von unterimpften Gruppen (UVG)	verschiedene UVG, darunter auch Roma und Irish Travellers	Europa	systematische Literaturübersicht: 48 Publikationen
George et al. (2018)	Untersuchung der Barrieren für den Zugang zur Gesundheitsversorgung für eine gefährdete Bevölkerung gemischter ethnischer Herkunft	vulnerable Gruppen gemischter ethnischer Herkunft, darunter 11 Roma; sowie 7 Mitarbeiter/-innen eines gemeinnützigen Gemeinschaftszentrums	Rumänien	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)
Glavanovits (2011)	Wie stellen sich die gesundheitlichen Probleme der Roma dar? Wie gehen Roma mit Gesundheitsproblematik um? Welche Maßnahmen wären für eine umfassende Gesundheitsversorgung wichtig?	14 Roma/Romnja aus Wien und dem Burgenland 4 Fachleute	Österreich	Diplomarbeit: qualitative Methoden (Interviews und Gruppeninterview)
Hanssens et al. (2016)	Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem für Roma	12 Roma; 13 Mitarbeiter/-innen aus Gesundheitseinrichtungen	Belgien	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)
Kamberi et al. (2014)	Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und ausgewählten Komponenten - Unterschied Roma-Nicht-Roma	750 Roma- und 350 Nicht-Roma-Haushalte pro Land, insgesamt 12.000 Personen (8.400 Roma, 3.600 Nicht-Roma)	Zentral- und SO-Europa: Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Tschechien, Ungarn, Moldawien, Montenegro, Rumänien, Serbien, Slowakei, Former Yugoslav Republic of Macedonia	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)
Krčar / Laklija (2018)	Welche Umstände motivieren Roma, Pflegeeltern zu werden? Welche Faktoren beeinflussen die Bereitstellung von Pflegeeltern in Roma-Siedlungen?	8 Roma-Pflegeeltern	Kroatien	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)
LeMasters et al. (2019)	Welche strukturellen Nachteile erfahren (Roma-)Frauen während der Schwangerschaft? Wie nehmen Fachleute die	12 Mütter, sowohl Angehörige der Roma-Community als auch Nicht-Roma	Rumänien, ländliche Gebiete	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews und Fokusgruppen)

	Fragestellung	Teilnehmer/-innen / Zielgruppe	Land	Methoden
	Nutzung von pränataler Versorgung und Gesundheitsversorgung der Mütter wahr? Welche Rolle spielen ethnische und soziale Faktoren?	49 Fachleute - vor allem aus dem Gesundheitsbereich		
McFadden et al. (2018)³	Überblick über die publizierte Literatur zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	» Gypsi, Roma/Romnja und Travellers » andere ethnische Minderheiten und vulnerable Gruppen » Mitarbeiter/-innen aus dem Gesundheitswesen	32 europäische Länder (u. a. Österreich, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Tschechien, Ungarn, Kosovo, Moldawien, Montenegro, Rumänien, Serbien, Slowenien) und Kanada	systematische Literaturübersicht: 121 Studien eingeschlossen, die sich auf 99 einzelne Studien beziehen davon 44 mit qualitativen Methoden, 30 mit quantitativen Methoden, 25 haben beide kombiniert
Mihalache et al. (2014)	Analyse der Situation von Romnja, um den Erfolg des Action Plans 2011 zu beurteilen und weitere Maßnahmen zu planen	Mind. 60 Romnja, zusätzlich auch Roma und Entscheidungsträger/-innen	Moldawien	Mixed-methods-Studie: Sekundärdatenforschung und qualitative Methoden (Interviews und Fokusgruppen)
Mrhálek et al. (2015)	Analyse der hegemonialen Männlichkeit in der Familienstruktur von Roma-Familien in Tschechien - insbesondere auch von Veränderungen vor dem Hintergrund von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen und der aktuellen sozioökonomischen Situation von Roma	30 Paare aus Roma-Communities Fachleute	Tschechische Republik	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews und Fokusgruppen)
National Institute of Public Health (2020)	Bericht über Public-Health-Ansätze zur Verbesserung der Gesundheit von Roma/Romnja	Roma/Romnja als ethnische Minderheit insgesamt	Slowenien	Forschungsbericht
Neill et al. (2014)	Untersuchung des Suchverhaltens von Eltern nach Informationen, wenn akute Erkrankungen von Kindern vorliegen	27 Eltern von Kindern unter 5 Jahren, inklusive 6 Eltern aus Gypsy/Travelling communities	UK	Primärstudie: qualitative Methoden (Fokusgruppen und Interviews)
Orton et al. (2019)	Empfehlungen für zukünftige Forschung von Roma und gesundheitlicher Ungleichheit ableiten	Fachleute, Roma und Vertreter/-innen von NGOs	WHO, UK, Spanien, Italien, Frankreich, Slowenien, Bulgarien, Mazedonien, Serbien, Kosovo, Ungarn, Rumänien	Forschungsdialog: Workshop, presentations, panel discussions

3 In einer eigenen Publikation wurde das Studienprotokoll veröffentlicht (McFadden, A. et al. 2016) publiziert.

	Fragestellung	Teilnehmer/-innen / Zielgruppe	Land	Methoden
Pavlovsky et al. (2014)	Genderunterschiede bei Roma bzgl. Zugang zu und Inanspruchnahme von GH-Leistungen	393 Romnja und 298 Roma	Mazedonien	Primärstudie: Fragebogenerhebung
Penderi / Petrogianis (2011)	Analyse der kulturellen Konstruktion des sozialen und kognitiven Entwicklungsprozesses von Kindern bei Roma-Müttern	Roma-Mütter mit 6-jährigen Kindern	Griechenland	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)
Petek et al. (2006)	Analyse der Ursachen für das intensive und weitverbreitete Rauchverhalten von Roma zur Entwicklung zielgerichteter Gegenmaßnahmen	12 Roma/Romnja	Slowenien	Primärstudie: qualitative Methoden (Fokusgruppen)
Romano Centro (2017)	diskriminierende Vorfälle dokumentieren und aufzeigen	Roma/Romnja u. a.	Österreich	Bericht über die Dokumentation von Vorfällen
Stojanovski et al. (2017)	Bewertung des Zusammenspiels von Ethnizität, Vertreibung und Institutionen und ihres Einflusses auf die Qualität der Schwangerenvorsorge bei Frauen aus Roma-, Ashkali- und Balkan-Ägypten-Gemeinschaften	603 Frauen, davon 203 aus der Gruppe der Roma, Ashkali und Balkan Egyptians	Kosovo	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)
Trummer / Novak-Zezula (2015)	Wissensgenerierung über Gesundheitsstatus und Gesundheitsprobleme der Roma/Romnja in Österreich sowie über Zugangsbarrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem	autochthone Roma/Romnja aus dem Burgenland und nicht versicherte aus Bulgarien und Rumänien zugewanderte Roma/Romnja in Wien: insgesamt 74 Personen; weiters 6 Vertreter/-innen von Roma-Vereinen, 2 Expertinnen von AmberMed	Österreich	Primärstudie: mixed-methods-approach, qualitative Methoden (Interviews) sowie Sekundärdatenanalyse (Krankenakten)
Watson et al. (2017)	Überblick über die publizierte Evidenz zur Diskriminierung von Romnja in der Geburtshilfe und Maßnahmen dagegen verschaffen	Romnja und ihre Säuglinge Mitarbeiter/-innen aus der Geburtshilfe, die mit Romnja arbeiten	Europa (Mitgliedsländer des Council of Europe)	systematische Literaturübersicht: 3 qualitative Studien und 7 Quellen aus der grauen Literatur
Zelko et al. (2015)	Erhebung der Einstellungen der Roma in Prekmurje in Bezug auf Gesundheit und das Gesundheitssystem	Bewohner/-innen der Roma-Siedlungen in Prekmurje: 25 Männer und Frauen zwischen 18 und 64 Jahren	Slowenien	Primärstudie: qualitative Methoden (Interviews)

Darstellung: GÖG