



CENTER FOR HEALTH AND MIGRATION

Trummer & Novak-Zezula OG
Research & Counselling

Palmgasse 10
1150 Vienna, Austria
Tel: +43 660 15 29 742
office@c-hm.com
www.c-hm.com

Bankverbindung: easybank
Kontonummer: 20010-900-337
BLZ: 14200
IBAN: AT581420020010900337
BIC: EASYATW1
VAT Nr. ATU60546225
FN 151596k
Gerichtsstand: Wien

Roma & Gesundheit

Gesundheit, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung

Endbericht

Wien, März 2015



Autorinnen des Berichts:

Dr. Ursula Trummer; MSc.

Dr. Sonja Novak-Zezula

Mag. Ina Wilczewska

Wien, 2015

Die Autorinnen danken Frau DAS Spak und Frau Mag.a Jordanova-Hudetz (Ambermed), TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion, Herrn Gärtner-Horvath (Roma-Service) Herrn M. Horvath und Herrn P. Horvath (Verein Karika für Roma und Sinti), Frau Lazic, Herrn Pressler (Romaverein Vida Pavlovic), Frau Scheweck (Romapastoral), Herrn Schmidt (Roma-Service), sowie Frau Dr.in Pfanner und Frau MR.in Dr.in Sporrer (Bundeskanzleramt), Frau Dr.in Stamm (Bundesministerium für Gesundheit) und Frau Mag.a Springer-Schüller (Bundesministerium für Europa, Integration, Äußeres) als VertreterInnen der Auftraggeber für die konstruktive und wertschätzende Kommunikation und Kooperation im Projekt.



Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Ausgangslage	4
2. Ziele der Studie	7
3. Spezifische Herausforderungen	9
4. Methoden.....	10
5. Ergebnisse.....	17
5.1. Gesundheitsprobleme.....	17
Gesundheitsprobleme und ihre Ursachen: Beobachtungen von Roma-VertreterInnen.....	17
Diagnostizierte Gesundheitsprobleme: Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse	18
5.2. Anzahl von medizinischen Behandlungen	21
5.3. Gesundheitsversorgung: spezifische Behandlungsverläufe und Herausforderungen bei der Behandlung.....	21
Fall 1: Herr C.....	21
Fall 2: Frau R.....	23
Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung.....	24
5.4. Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.....	26
Barrieren: Erfahrungen von Roma-VertreterInnen	29
Barrieren: Erfahrungen von Gesundheitsversorgern.....	31
5.5. Unterstützungsbedarf beim Zugang zur Gesundheitsversorgung aus der Perspektive von Roma-VertreterInnen und Gesundheitsversorgern	32
6. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	34
7. Diskussion und Ausblick.....	37
8. Annex: Tabellen und Graphiken	38

1. Hintergrund und Ausgangslage

In der Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen vom 05.04.2011 zum EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020¹ wird die Notwendigkeit eines zielgerichteten Ansatzes für eine spürbar bessere Integration der Roma in den EU Mitgliedstaaten formuliert und vorgeschlagen, bestehende oder neue nationale Roma-Integrationsstrategien auf die EU-Ziele zur Integration der Roma abzustimmen. Der Rat für Beschäftigung und Soziales nahm dazu am 19. Mai 2011 Schlussfolgerungen zur Förderung der sozialen und wirtschaftlichen Einbeziehung der Roma in den Mitgliedstaaten an². Der Europäische Rat bekräftigte im Juni 2011 diese Schlussfolgerungen³.

Diese Aufgabe aufgreifend hat Österreich eine Darstellung integrierter Pakete mit politischen und rechtlichen Maßnahmen im Rahmen einer breiter angelegten Politik der sozialen Einbeziehung⁴ an die EU übermittelt. Die Nationale Kontaktstelle ist dabei bestrebt, „die österreichische Roma-Strategie im Rahmen der allgemeinen politischen Maßnahmen in den Kernbereichen Bildung, Beschäftigung, Gesundheit und Wohnen sowie im Rahmen einer generellen Integrations- und Nichtdiskriminierungspolitik zu verankern.“ (BKA, 2013)⁵ wobei die Kombination von allgemeinen und romaspezifischen Integrationskonzepten als wesentlich erachtet wird. Unter dem speziellen Fokus Gesundheit werden unter anderem folgende Schwerpunkte genannt:

- Gleicher und leistbarer Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen,
- Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankenbehandlung sowie Steigerung der interkulturellen Kompetenz des medizinischen Personals.

Österreich verfügt über ein Gesundheitssystem, das auf dem Prinzip der Pflichtversicherung basiert und eine beinahe universelle Versicherungsdeckung erreicht hat. Der Einschluss in die Versicherung

¹ http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_de.pdf, Zugriff am 10.03.2015

²

http://www.sozialministerium.at/site2/Soziales/EU_Internationales/EU_Rat_Beschaeftigung_und_Soziales/BESO_Rat_am_19_Mai_2011, Zugriff am 10.03.2015

³ <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=DE&f=ST%2023%202011%20INIT>, Zugriff am 10.03.2015

⁴ <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=47025>, Zugriff am 06.02.2015

⁵ Bundeskanzleramt, Verfassungsdienst (2013): EU-Rahmen für nationale Strategien zur Integration der Roma bis 2020. Fortschrittsbericht zur Umsetzung der österreichischen Roma Strategie. Wien <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=53583>, Zugriff am 10.03.2015

erfolgt über Erwerbstätigkeit, die einen Leistungsanspruch auch für selbst nicht erwerbstätige Mitversicherte wie z.B. Kinder und Ehegatten begründet. Mit der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung wurde der Krankenversicherungsschutz 2010 nochmals ausgeweitet. Im Jahresdurchschnitt 2013 waren laut Angaben im Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 99,9% der Bevölkerung anspruchsberechtigt (8.342.975 Personen, davon 1.976.981 nicht-beitragsleistende Angehörige)⁶.

Trotz dieses hoch inklusiven Systems gibt es marginalisierte Gruppen, die Zugänge zum Gesundheitssystem nicht finden; zum einen wenn sie nicht versichert und damit ohne rechtlichen Anspruch sind, zum anderen, wenn sie trotz Versichertenstatus mit anderen Zugangsbarrieren konfrontiert sind, die sich in der gelebten Praxis ergeben. Studien dazu weisen darauf hin, dass Roma aus verschiedenen Gründen zu diesen marginalisierten Gruppen gehören können⁷.

VertreterInnen der Roma-Community in Österreich berichten ebenfalls von Barrieren im Gesundheitswesen, die vor allem mit geringer Gesundheitskompetenz, mangelnden Sprachkenntnissen, Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem und medizinischen Fachkräften⁸, sowie erlebter Diskriminierung begründet werden.

Während für osteuropäische Länder und einzelne westliche EU-Mitgliedstaaten⁹ eine Reihe von Studien zum Gesundheitszustand der Roma, zu relevanten Gesundheitsdeterminanten und Barrieren im Gesundheitswesen vorliegen (vgl. zB. UNDP/World Bank/EC, 2011; FRA, 2012; WHO, 2011), fehlen entsprechende wissenschaftlich erhobene Daten bisher für Österreich.

Auch europäische Studien haben bislang wenig Augenmerk auf Gesundheit von Roma/Romnja in Österreich gelegt. Der Roma Pilot Survey der Europäischen Grundrechte-Agentur aus 2012 hat zwar einen klaren Fokus auf Roma und Gesundheit, inkludiert Österreich aber nicht in die Analyse. Im Bericht der Grundrechte-Agentur zu „Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare“¹⁰ aus 2013 ist Österreich als eines von fünf Ländern zwar in die Erhebung aufgenommen, für Österreich sind in diesem Bericht allerdings Roma/Romnja nicht als zu

⁶

<http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10008.555197&action=b&cacheability=PAGE&version=1399377350>, Zugriff am 06.02.2015

⁷ <http://romaniprojekt.uni-graz.at/autroma-roma.de.html>, Zugriff am 06.02.2015

<http://www.en.nationalfonds.org/sites/dynamic6046.html>, Zugriff am 06.02.2015

⁸ <http://www.bka.gv.at/site/7660/default.aspx>, Zugriff am 06.02.2015, Protokoll der 6. Roma-Dialogplattform vom 22. Mai 2013.

⁹ FRA (2012) Roma pilot survey: Bulgarien, Tschechische Republik, Frankreich, Griechenland, Italien, Ungarn, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Spanien

UNDP/World Bank/EC (2011) Regional Roma survey: Bulgarien, Tschechische Republik, Ungarn, Rumänien, Slowakei, und sechs Nicht-EU-Länder am westlichen Balkan sowie Moldawien.

¹⁰ http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf, 05.02.2015



untersuchende Gruppe definiert.

Im EQUI-HEALTH Projekt¹¹ der Internationalen Organisation für Migration beschäftigt sich einer von drei Schwerpunkten mit dem Thema Roma-Gesundheit, um den Dialog unter zentralen Stakeholdern zum Thema zu befördern. Sechs Europäische Länder sind in der Studie vertreten, Österreich ist nicht darunter.

Auch im Roma Health Report 2014 der Europäischen Kommission¹² weisen die AutorInnen für das „Country Profile: Austria“ auf die schwierige Datenlage hin. Keine Daten wurden zur Prävalenz infektiöser Erkrankungen gefunden. Für Angaben zum Lebensstil und Gesundheitsverhalten, zum Zugang und Nutzung von Gesundheitssystem und Präventionsprogrammen, sowie zur Prävalenz chronischer Erkrankungen greifen die AutorInnen Hinweise aus einer Studie zur Arbeitsmarktentwicklung in Oberwart und der sozio-ökonomischen Situation der Roma aus 2004 auf¹³.

¹¹ <http://equi-health.eea.iom.int/>, Zugriff am 06.02.2015

¹² http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_appendices_en.pdf, 05.02.2015

¹³ Leoni, T. (2004): The Labour Market Development of Oberwart and the Socio-Economic Situation of the Roma, WIFO Working Papers, 226.



2. Ziele der Studie

Ziel der Studie ist die Wissensgenerierung über Gesundheitsstatus und Gesundheitsprobleme der Roma/Romnja in Österreich sowie über Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem.

Diese soll als Grundlage für die Erarbeitung nationaler Strategien zur Einbeziehung der Roma mit Fokus auf Gesundheit dienen.

Damit sollen Rückschlüsse für politisches und praktisches Handeln bei der Entwicklung inhaltlich sinnvoller und methodisch erfolgsversprechender Initiativen ermöglicht werden.

Fragestellungen der Studie sind dementsprechend:

1. Wie gesund sind Roma/Romnja?

- » Mit welchen gesundheitlichen Problemen kommen sie in die Versorgung?
- » Wie verläuft die medizinische Behandlung?
- » Welcher Unterstützungsbedarf kann für die Gesundheitsversorgung abgeleitet werden?

2. Wie ist ihr Zugang zum Gesundheitswesen?

- » Mit welchen Barrieren beim Zugang zum Gesundheitswesen sind Roma/Romnja konfrontiert? Welche Befürchtungen bzw. Vorstellungen haben sie, die den Zugang behindern können?
- » Gibt es spezifische Barrieren für autochthone bzw. allochthone Roma/Romnja?



Zur Verwendung der Begriffe autochthon und allochthon

Der Begriff „autochthone Roma“ wird entsprechend der Definition im Volksgruppengesetz¹⁴ verwendet. Der Begriff umfasst jene Roma, die in Österreich wohnhaft und beheimatet sind, sowie österreichische Staatsbürger mit nichtdeutscher Muttersprache und eigenem Volkstum sind.

Der Begriff „allochthone Roma“ wird für alle anderen Roma verwendet und kann generell mit ZuwandererInnen mit Roma Zugehörigkeit gleichgesetzt werden.

¹⁴ "Volksgruppen im Sinne dieses Bundesgesetzes sind die in Teilen des Bundesgebietes wohnhaften und beheimateten Gruppen österreichischer Staatsbürger." (§ 1 Abs. 2 Volksgruppengesetz)
Die "Beheimatung" wird bei einer Siedlungsdauer von drei Generationen angenommen. Eine Generation wird traditionell mit 30 Jahren gerechnet, sodass eine Siedlungsdauer von 90 bis 100 Jahren für eine autochthone Volksgruppe vorausgesetzt wird. Wesentlich dabei ist, dass Kontinuität gegeben ist.



3. Spezifische Herausforderungen

Bei der Durchführung der Studie wurden zwei zentrale Herausforderungen deutlich:

1. Die Datenlage

Prinzipiell sind Informationen zum objektiv gemessenen Gesundheitszustand im Sinne medizinischer Diagnosen umfassend in medizinischen Dokumentationen aus dem Krankenhausbereich bzw. aus dem niedergelassenen Bereich festgehalten. Da aber im österreichischen Gesundheitssystem die ethnische Zugehörigkeit von PatientInnen nicht erfasst wird, sind Daten zum Gesundheitszustand und zur Gesundheitsversorgung von Roma/Romnja im Regelsystem nicht verfügbar.

Für die vorliegende Studie bestand demnach eine zentrale Herausforderung darin, alternative Datenquellen zu erschließen bzw. bisher nicht aufbereitete Daten zu generieren.

2. Partizipation

Mangelnde bis fehlende Einbeziehung der Roma-Community ist ein national und in EU-Projekten häufig geäußerter Kritikpunkt an Studien zu Roma. Bei der Durchführung der Studie wurde deshalb besonderes Augenmerk auf Formate der Wissensgenerierung gelegt, die eine direkte Partizipation von Roma/Romnja beinhalten.

- den Einsatz einer partizipativen Methodik: Roma als TeilnehmerInnen in einer Gruppendiskussion, und
- die Entwicklung eines sozialen Designs für die Präsentation und Diskussion der (vorläufigen) Studienergebnisse im Rahmen der 12. Roma-Dialogplattform: Roma als Moderatoren von drei Arbeitsgruppen und Präsentatoren von deren Ergebnissen.

4. Methoden

Um die Forschungsfragen zu bearbeiten, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie ein „Mixed-Methods-Approach“¹⁵ angewandt, der quantitative und qualitative Methoden kombiniert. Die folgenden methodischen Schritte wurden gesetzt:

- Die Generierung einer ersten Datenbank zum Gesundheitszustand und zur Behandlung von Roma/Romnja. Dies erfolgte in Kooperation mit AmberMed.
- Eine quantitative und qualitative Analyse der Datenbank mit Fokus auf Gesundheitsprobleme, Behandlungsverläufe und Unterstützungsbedarf.
- Ein Experteninterview zu Barrieren für Roma/Romnja beim Zugang zur Regelgesundheitsversorgung.
- Eine Gruppendiskussion mit VertreterInnen von Roma-Vereinen zu Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Strategien zu ihrer Überwindung.
- Ein Diskussions- und Analyseworkshop mit VertreterInnen von Roma-Vereinen/ der Roma-Community, einer interessierten Öffentlichkeit, und VertreterInnen der Auftraggeber der Studie im Rahmen der 12. Roma-Dialogplattform.

Generierung einer Datenbank

Diese erfolgte in Kooperation mit AmberMed, einer NGO, die als Gesundheitsdienstleister medizinische Versorgung für Nichtversicherte anbietet. In dieser Organisation ist in den letzten Jahren der Anteil der PatientInnen aus Rumänien, Bulgarien und Serbien stark gestiegen; davon sind ca. ein Drittel Roma/Romnja.

Durch MitarbeiterInnen von AmberMed wurden Patientenakten von PatientInnen, die im Erhebungszeitraum von April bis Juni 2014 in Behandlung waren und sich selbst als Roma deklarierten, ausgehoben. Kopien der Patientenakten wurden dem Center for Health and Migration in anonymisierter Form persönlich übergeben. Die Dokumentation geht zurück bis Jänner 2012.

Patientenbezogene Daten (Alter, Geschlecht, Nationalität, Versicherungsstatus, deutsche

¹⁵ Kuckartz, U. (2014): Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Springer VS. Wiesbaden

Sprachkenntnisse) sowie diagnose- und behandlungsbezogene Daten (Diagnose nach Kategorie, Diagnoseanzahl, Anzahl von Überweisungen, Medikation) aus den Patientenakten wurden in einer Datenbank erfasst.

Quantitative und qualitative Datenbankanalyse

Insgesamt umfasst die Datenbank 74 Personen, wobei Roma/Romnja aus Rumänien und Bulgarien die größten Gruppen bilden. Nur 4 Personen sind nicht rumänischer oder bulgarischer Herkunft. Laut Auskunft von AmberMed kann davon ausgegangen werden, dass auch unter den serbischen PatientInnen ein großer Anteil Roma/Romnja ist. Diese würden sich allerdings im Gegensatz zu Roma/Romnja aus Bulgarien und Rumänien eher nicht als Roma/Romnja deklarieren und auf Fragen nach ethnischer Zugehörigkeit zurückhaltend bis misstrauisch reagieren.

Stichprobe	n = 74 Personen, im Erhebungszeitraum 04-06/2014 in Behandlung bei AmberMed
Geschlecht	55% weiblich 45% männlich
Nationalität	Rumänien 37 Bulgarien: 33 Serbien: 3 Österreich: 1
Alter	Durchschnitt: 43 Jahre (3-74)
Versicherungsstatus	71 Nichtversicherte 3 Versicherte

Tabelle 1: Stichprobe in der Datenbank

Die statistischen Auswertungen des Datensatzes für diesen Bericht fokussieren in der vergleichenden Darstellung auf die beiden Gruppen der rumänischen und bulgarischen Roma/Romnja, weil ein prozentueller Vergleich mit vier Personen keine Aussagekraft hat.



Für die qualitative Analyse erfolgte zunächst eine Sichtung aller Fälle mit besonderem Augenmerk auf die nicht in der statistischen Analyse berücksichtigten Ebenen von Diagnostik, und Therapie, also auf die Ebene von Unterstützungsleistungen für das Gelingen einer adäquaten Gesundheitsversorgung (Kommunikation, Dolmetschleistungen. Auf dieser Basis wurden aus dem Material exemplarische Fälle ausgewählt, in denen illustrierend spezifische Behandlungsverläufe und Herausforderungen bei der Behandlung abgebildet werden.

Die Fallanalyse bezieht sich auf drei Ebenen:

1. Medizinische Interventionen: Konsultationshäufigkeit und diagnostische und therapeutische Schritte
2. Unterstützungsleistungen, bezogen auf Kommunikation, Herstellung von Verständnis und Aufbau von Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept der Health Literacy ist ein in den Gesundheitswissenschaften viel beachtetes Konzept seit den späten 90er Jahren. In einer wesentlichen Übersichtsarbeit der American Medical Association wird darauf hingewiesen, dass die Beachtung von Health Literacy gerade bei vulnerablen Patientengruppen von hoher Relevanz ist „Patients with the greatest health care needs may have the least ability to read and comprehend information needed to function successfully as patients“.¹⁶
3. das Zusammenspiel dieser beiden Ebenen, also den medizinischen und kommunikativen Leistungen.

Experteninterview

In einem qualitativen Experteninterview mit der Leiterin und einer Mitarbeiterin von AmberMed wurde erhoben, warum Roma/Romnja diese Einrichtung aufsuchen und nicht Zugang zum Regelsystem suchen bzw. erhalten. Weiters wurde erfasst, welche Unterstützung seitens der NGO erforderlich ist, um die medizinische Versorgung gewährleisten zu können.

¹⁶ Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs 1999, JAMA 281 (6): 552-557, <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=188749> (Zugriff am 08.02.2015), auf das breite, in mehreren Ebenen definierte Konzept von Health Literacy wird in diesem Bericht aus Ressourcengründen und in Abstimmung mit den Auftraggebern nicht eingegangen.

Fragestellungen	Welche Barrieren beim Zugang zur Regelversorgung werden beobachtet? Welcher Unterstützungsbedarf ist in der Versorgung in der NGO erforderlich?
Zeit und Ort	21.03.2014, 10.00 bis 11.00 Uhr, Ambermed
Interviewerin	Sonja Novak-Zezula
Expertinnen	DSA Carina Spak (Einrichtungsleiterin) Mag. Mariella Jordanova - Hudetz (Verwaltungsassistentin, Dolmetscherin für Bulgarisch)

Tabelle 2: Experteninterview

Gruppendiskussion

VertreterInnen von Roma-Vereinen verfügen durch ihre Vernetzungs- und Beratungstätigkeit über umfassendes Wissen über Barrieren, auf die Roma/Romnja beim Zugang zum Gesundheitswesen treffen.

Um zu erheben, welche Barrieren Roma/Romnja in Österreich betreffen, wurde mit VertreterInnen von Roma-Vereinen eine Gruppendiskussion durchgeführt, in der in strukturierter Weise Barrieren für Roma/Romnja beim Zugang zum Gesundheitswesen gesammelt, sowie Strategien, diese zu überwinden, diskutiert wurden. Diskriminierung in Herkunftsländern bzw. historische Erfahrungen als Gegenstand medizinischer Versuche missbraucht zu werden und mögliche transgenerationale Weitergabe der durch den Holocaust hervorgerufenen Traumatisierungen können spezifische, aus Sicht von heutigen österreichischen Gesundheitsversorgern irrationale und nicht erwartete Strategien der Vermeidung bzw. des beschränkten Umgangs mit Gesundheitsdienstleistern nach sich ziehen. Diese galt es zu berücksichtigen. Miterfasst wurden demnach etwaige Unterschiede in den Barrieren zwischen autochthonen Roma/Romnja, die als österreichische Staatsbürger seit langem vor allem im Burgenland leben, und allochthonen Roma/Romnja.

Zur Gruppendiskussion wurde eine Einladung der VertreterInnen von Roma-Vereinen in Österreich per E-Mail am 30.09.2014 versendet. Der Verteiler wurde in Kooperation mit dem Bundeskanzleramt erstellt und umfasste 57 Kontaktadressen. Auf die Einladung erfolgten zunächst sechs Rückmeldungen; fünf Anmeldungen zur Teilnahme an der Gruppendiskussion, eine Roma-Vertreterin entschuldigte sich. Eine zweite Aussendung der Einladung erging am 13.10.2014 wieder an den gesamten Verteiler, zwei weitere Personen meldeten sich an, ein weiterer Roma entschuldigte sich.

Fragestellungen	Mit welchen Barrieren sind Roma beim Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert? Welche Unterstützung wäre sinnvoll, um Roma den Zugang zu erleichtern?
Zeit und Ort	20.10.2014, 16.00 bis 18.00 Uhr, Bundeskanzleramt
Moderation und Dokumentation	Sonja Novak-Zezula, Ina Wilczewska
TeilnehmerInnen	Emmerich Gärtner-Horvath, Roma-Service Martin Horvath, Verein Karika für Roma und Sinti Paul Horvath, Verein Karika für Roma und Sinti Verdana Lazic Jan Pressler, Romaverein Vida Pavlovic Monika Scheweck, Romapastoral Josef Schmidt, Roma-Service

Tabelle 3: Gruppendiskussion mit VertreterInnen von Roma-Vereinen

Diskussions- und Analyseworkshop

Die (vorläufigen) Ergebnisse der Studie wurden im Rahmen der 12. Roma-Dialogplattform am 10.12.2014 präsentiert. Die Dialogplattform wurde dazu genutzt, mit VertreterInnen der Roma-Community, einer interessierten Öffentlichkeit, Vertreterinnen der Auftraggeber sowie den studierendurchführenden Wissenschaftlerinnen gemeinsam eine Diskussion und weitere, praxisgeleitete Analyse der generierten Daten durchzuführen. In drei von Roma moderierten Arbeitsgruppen erfolgten vertiefte Diskussionen zu drei Themen: 1) Gesundheitsdeterminanten, 2) Gesundheitswissen und 3) Überwindung von Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden auf Flipcharts festgehalten, im Plenum präsentiert und fließen in den vorliegenden Bericht ein.

Die folgende Abbildung gibt zusammenfassend einen Überblick über die Fragestellungen der Studie und die verwendeten Methoden.



Abbildung 1: Verwendete Methoden

Spezifika

Die erhobenen Daten erlauben Aussagen jeweils über bestimmte Gruppen von Roma/Romnja. Dies sind zum einen nicht-versicherte allochthone Roma/Romnja in Wien, über deren Gesundheit und Gesundheitsversorgung Aussagen aus der Analyse der Patientendaten und aus den Ergebnissen der Gruppendiskussion und des Experteninterviews getroffen werden können. Zum anderen sind es autochthone Roma, vor allem aus dem Burgenland, deren Gesundheit und erlebte Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsbetreuung im Rahmen der Gruppendiskussion diskutiert wurden.

Es liegt nunmehr der erste Datensatz zum Gesundheitszustand von Roma/Romnja in Österreich vor. Wie beschrieben handelt es sich hier um eine sehr spezifische Gruppe von Roma/Romnja. Um die Daten in einen Kontext zu bringen, wurde ein Vergleich mit anderen Gruppen gemacht. Zum Vergleich wurden Daten zu Gesundheitsproblemen von Roma/Romnja in Rumänien und Bulgarien herangezogen.



Methodische Einschränkungen bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Die vorliegenden Patientendaten stammen nicht aus dem Regelgesundheitssystem, sondern von einer Nicht-Regierungs-Organisation (NGO), die Gesundheitsversorgung für Nichtversicherte leistet. Erfasst ist damit eine besonders vulnerable Gruppe von PatientInnen. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist daher, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt gegeben.

Im Sinne der Robustheit der Stichprobe bezüglich ethnischer Zugehörigkeit wurden in die Studie nur jene PatientInnen inkludiert, die sich selbst als Roma/Romnja deklarierten, dh. Roma/Romnja, die zu dieser Selbstdeklaration nicht bereit waren, sind nicht erfasst.

Ergebnisse zu autochthonen Roma/Romnja gründen nicht auf objektiven Patientendaten, sondern aus den Einschätzungen von Vertretern der Community. Auch in diesem Fall ist eine Generalisierbarkeit nicht gegeben.



5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsmethoden zur besseren Lesbarkeit zusammengeführt, wobei auf Überschriftsebene jeweils vermerkt ist, aus welcher Quelle die Ergebnisse stammen.

5.1. Gesundheitsprobleme

Gesundheitsprobleme und ihre Ursachen: Beobachtungen von Roma-VertreterInnen

Den subjektiven Stellenwert von Gesundheit für ihre KlientInnen bezeichnen VertreterInnen der Roma-Vereine als gering. Besonders für Roma/Romnja ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus beherrscht eine Vielzahl für sie dringlicherer Probleme wie Arbeit, Wohnen, Schulbildung der Kinder, den Alltag. RepräsentantInnen von Vereinen, die diese Gruppe betreuen, berichten gleichzeitig, dass der allgemeine Gesundheitszustand und insbesondere der Zahngesundheitszustand schlecht seien.

VertreterInnen von Vereinen, deren Zielgruppe autochthone Roma/Romnja sind, geben an, dass diese auf die Frage, wie es ihnen gehe, zumeist mit Bezug auf ihre Gesundheit antworten. Sie berichten von Krankheiten, Symptomen, Medikamenten, die sie einnehmen. Nichtsdestotrotz sind ihr Wissen zum Thema Gesundheit und ihr Interesse an einem gesunden Lebensstil gering.

Als hauptsächlich beobachtete Gesundheitsprobleme nennen die Roma-VertreterInnen Lungenprobleme, Übergewicht und Depressionen. Zurückgeführt werden diese Probleme auf Armut, einen nicht gesundheitsförderlichen Lebensstil (schlechte Ernährung, wenig Bewegung, Rauchen, Suchtverhalten in Zusammenhang mit Spiel, Alkohol und Drogen), gesundheitsschädliche Arbeits- und Lebensbedingungen (Arbeiten im Straßenbau, Wohnen nahe von Mülldeponien, schlechte Wohnverhältnisse wie Schimmel, Feuchtigkeit, Enge) und fehlende Zukunftsperspektiven (berufliche Situation). Ebenfalls genannt werden die geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und der späte Zugang zur Krankenbehandlung.

Als positive Schutzfaktoren genannt werden der starke Familienzusammenhalt und die Hilfsbereitschaft innerhalb der Community.

Diagnostizierte Gesundheitsprobleme: Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse

Roma/Romnja, die AmberMed aufsuchen, um medizinische Behandlung zu erhalten, weisen am häufigsten Diagnosen in den Kategorien Herz/Kreislauf-Erkrankungen (15,9% aller Diagnosen), Haut- und Geschlechtskrankheiten (13,5% aller Diagnosen) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (12,7% aller Diagnosen) auf. Hier zeigen sich Unterschiede zwischen bulgarisch- und rumänischstämmigen Roma/Romnja: Während bei den BulgarInnen Muskel-Skeletterkrankungen an erster Stelle stehen (15% aller Diagnosen; RumänInnen: 9%), sind es bei den RumänInnen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (17% aller Diagnosen; BulgarInnen: 14%).

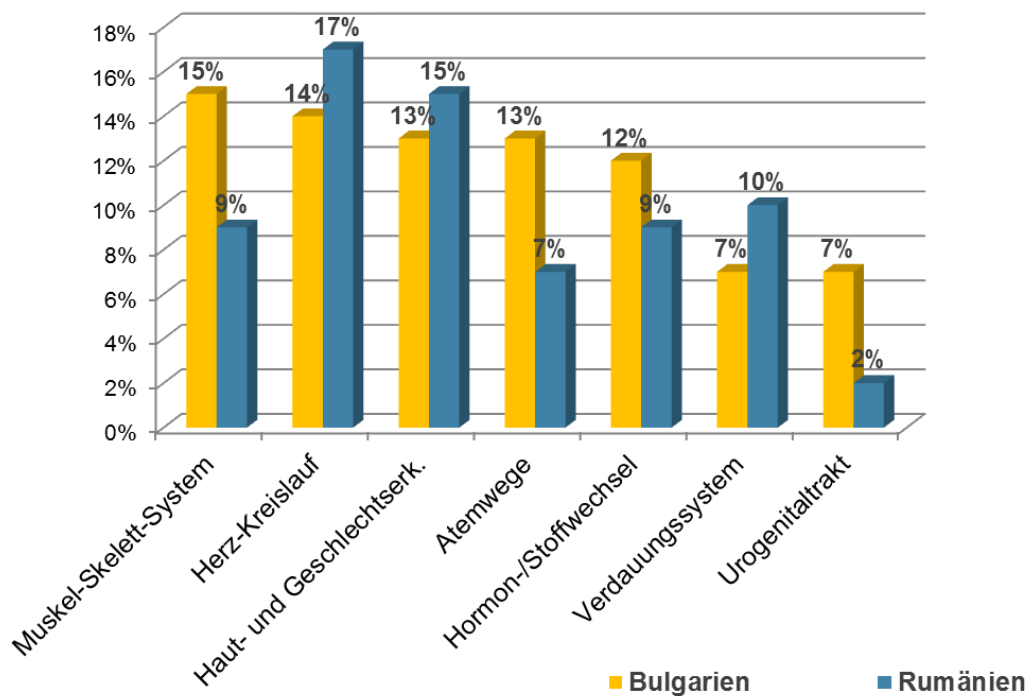


Abbildung 2: Häufigste Diagnosegruppen in Patientendaten

Unterschiede hinsichtlich der häufigsten Diagnosegruppen lassen sich nach dem Geschlecht feststellen: Bei Frauen werden Diagnosen in der Kategorie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken (15% aller Diagnosen) und der Kategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (14% aller Diagnosen) am häufigsten gestellt. Bei Männern sind die Diagnosen aus der Kategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle (18% aller Diagnosen).

Die Kategorien der häufigsten Diagnosen variieren auch mit dem Alter. In der jüngsten Patientengruppe der bis 18 Jährigen überwiegen Atemwegerkrankungen (35% aller Diagnosen). Bei PatientInnen im Alter zwischen 19 und 40 Jahren wurden Haut- und Geschlechterkrankungen

am häufigsten diagnostiziert (30% aller Diagnosen). PatientInnen im Alter zwischen 41 und 60 Jahren leiden am häufigsten an Problemen mit dem Muskel-Skelett-System (17% aller Diagnosen) und Herz-Kreislauf Krankheiten (18% aller Diagnosen). Muskel-Skelett-Erkrankungen sind auch bei den ältesten Patienten am häufigsten (28% aller Diagnosen).

Chronische Erkrankungen

Die Mehrheit der PatientInnen in der Stichprobe (60%) leidet an mindestens einer chronischen Erkrankung, wobei erwartungsgemäß der Anteil chronisch kranker Personen mit dem Alter zunimmt. Der Anteil der Frauen mit einer chronischen Krankheit liegt etwas höher als der der Männer (61% bzw. 58%).

Auf der Ebene von Einzeldiagnosen zeigt sich, dass die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen alle zu den chronischen Krankheiten zählen:

45% der Roma-PatientInnen über 18 Jahren leiden an Hypertonie (Bluthochdruck), 13% an Diabetes und 13% an Wirbelsäulenbeschwerden.

Hinsichtlich der Betroffenheit von diesen Erkrankungen zeigen die Patientendaten deutliche Unterschiede zur Roma-Bevölkerung in Rumänien und Bulgarien¹⁷:

Der Anteil der Roma-PatientInnen, die an Hypertonie leiden, ist 2,5 mal höher als unter den Roma/Romnja in Rumänien und 1,4 mal höher als bei den Roma in Bulgarien.

Bezüglich Diabetes weisen die Patientendaten einen Anteil von 13% an dieser Erkrankung leidenden Roma-PatientInnen aus. In Rumänien und Bulgarien zählt Diabetes nicht zu den häufigsten Erkrankungen der Roma/Romnja.

Die am dritthäufigsten gestellte Diagnose, Wirbelsäulenbeschwerden, betrifft 13% der Roma-PatientInnen. Wirbelsäulenbeschwerden zählen weder in Rumänien noch in Bulgarien zu den häufigsten Gesundheitsproblemen.

¹⁷ Anm: Ambermed, Rumänien, Bulgarien: Erwachsene ab 18 Jahren;

Quellen: Eigene Berechnung mit Ambermed-Patientendaten; FSG (2009): Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid

Patientendaten „Roma und Gesundheit“ 2014	Roma/Romnja in Rumänien 2009	Roma/Romnja in Bulgarien 2009
Hypertonie (45%) Diabetes (13%) Wirbelsäulen-beschwerden (13%)	Hypertonie (17,5%) Herzerkrankung (13,7%) Migräne/Kopfschmerz (11,9%) Hyperlipidämie (11%)	Hypertonie (32,5%) Migräne/Kopfschmerz (19,5%) Rheumatische Arthritis (15,1%) Asthma, chronische Bronchitis (13,9%)

Tabelle 4: häufigste Diagnosen im Vergleich¹⁸

Infektiöse Erkrankungen

Infektiöse Erkrankungen machen 3,6% aller Diagnosen aus und betreffen 10,8 % aller PatientInnen. Bei drei PatientInnen wurde Hepatitis diagnostiziert, zwei Mal Bindehautentzündung und jeweils einmal Windpocken, Chlamydien, Gürtelrose und Fußpilz.

¹⁸ Quellen:

Eigene Berechnung mit AmberMed-Patientendaten

FSG (2009): Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid

5.2. Anzahl von medizinischen Behandlungen

Im Durchschnitt wurden PatientInnen neun Mal bei AmberMed medizinisch behandelt, wobei das Minimum bei einem Besuch, das Maximum bei 44 Besuchen im Zeitraum zwischen Jänner 2012 und Juni 2014 liegt. Durchschnittlich häufiger behandelt werden Frauen (10 Besuche im Vergleich zu 7 Besuchen von Männern), Personen in der Altersgruppe 41-60 Jahre (11,5 Besuche im Vergleich zu 6 Besuche bei Jüngeren und 8,4 Besuchen bei Älteren), sowie chronisch Kranke (11 Besuche im Vergleich zu 5 bei nicht chronisch Kranken).

Vergleicht man die Anzahl der Behandlungen nach Nationalität der PatientInnen, zeigt sich, dass BulgarInnen im Durchschnitt fast doppelt so oft die Einrichtung aufsuchen wie RumänInnen (11,6 bzw. 6,6 mal).

5.3. Gesundheitsversorgung: spezifische Behandlungsverläufe und Herausforderungen bei der Behandlung

Im Folgenden werden exemplarisch zwei Fälle aus den Patientendaten beschrieben, um Gesundheitsprobleme, Behandlungsverläufe und Herausforderungen bei der Versorgung darzustellen. Bei der Auswahl der Fälle wurde berücksichtigt, dass die häufigsten Diagnosen abgebildet werden und jeweils eine Person bulgarischer und rumänischer Herkunft und eine Frau und ein Mann vertreten sind.

Fall 1: Herr C.

C. ist ein 1968 geborener Roma aus Rumänien ohne deutsche Sprachkenntnisse, der im März 2014 erstmals zu AmberMed kommt. Bei diesem Termin berichtet der Patient über Kopfschmerzen und Kurzatmigkeit schon bei geringster Anstrengung. Seine Beine sind leicht geschwollen, sein Blutdruck ist hoch und das EKG zeigt Hinweise auf eine Herzerkrankung (Rechtsschenkelblock, ausgeprägte Repolarisierungsstörung). Der Patient wird medikamentös behandelt, erhält blutdrucksenkende und entzündungshemmende Medikamente und eine Zuweisung zum Labor. Diagnostiziert werden eine bisher unbehandelte arterielle Hypertonie, eine Hochdruckkrise und Adipositas.



Zur Kontrolle sowie zur weiteren medikamentösen Versorgung erscheint der Patient in der folgenden Woche weitere drei Mal. Bei einem dieser Termine wird vermerkt, dass zu zukünftigen Terminen eine Dolmetscherin zugezogen werden soll. Beim vierten Termin in der Einrichtung klagt der Patient über Schmerzen in der Halswirbelsäule nach einem länger zurückliegenden Unfall. Zusätzlich zur arteriellen Hypertonie wird ein Cervikales Wirbelsäulensyndrom diagnostiziert.

Bei einem weiteren Termin in der Folgeweche klagt der Patient über einen steifen Nacken und erhält eine Überweisung zum Physiotherapeuten, ein Termin wird mit diesem vereinbart. Eine Wiederbestellung erfolgt in zwei Wochen, der Patient erscheint bereits nach einer Woche und erhält wegen bestehender Schmerzen eine Infiltration.

Beim nächsten Termin im Folgemonat legt Herr C. einen Befund vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder vor und verlangt Medikamente, obwohl er diese laut Dokumentation bereits erhalten hat. Im vorläufigen Arztbrief vermerkt sind ein Mediateilinfarkt rechts, Hypertonie mit rezidiven Entgleisungen und Hyperlipidämie, sowie ein massives Cervikalsyndrom und Nikotinabusus.

Beim vereinbarten Termin beim Physiotherapeuten war Herr C. nicht. Als Begründung dafür gibt er an, an der falschen Adresse gewesen zu sein und dass eine Therapie ohne Dolmetscher sinnlos sei.

Bei weiteren zwei Besuchen im Abstand von ein bis zwei Wochen erhält der Patient Medikamente zur internistischen Therapie, sein Blutdruck ist mittlerweile im Normalbereich. Die Beschwerdesymptomatik hinsichtlich des Cervikalsyndroms wird als unverändert beschrieben. Ausgeprägte Mobilitätseinschränkungen des Nackens (lediglich Wackelbewegungen sind möglich) gehen einher mit Taubheitsgefühlen im linken Arm und Bein. Empfohlen wird daher das Tragen von Kompressionsstrümpfen Klasse II bzw. das Anlegen von Kurzzugbandagen.

Beim letzten dokumentierten Termin berichtet der Patient, dass er kein Geld für Kompressionsstrümpfe habe. Zusätzlich zu den internistischen Medikamenten werden Tabletten gegen Schmerzen und Beschwerden bei rheumatoider Arthritis sowie Gelenks- und Gliederschmerzen verschreiben.

Fall 2: Frau R.¹⁹

R. ist eine 1951 geborene Romnja aus Bulgarien ohne deutsche Sprachkenntnisse, die bereits seit November 2011 regelmäßig bei AmberMed in Behandlung ist. Beim ersten Termin werden Diabetes mellitus sowie eine Thrombophlebitis, eine akute Thrombose und Entzündung von oberflächlichen Venen, diagnostiziert. Gegen ihre Beschwerden nimmt die Patientin laut Patientenakte bereits „seit langem“ drei Medikamente, eine regelmäßige Kontrolle erfolgt allerdings nicht. Zwei andere Medikamente werden mitgegeben.

Beim nächsten Besuch im Februar 2012 wird erhöhter Blutdruck festgestellt. Die Patientin berichtet, dass sie eines der verschriebenen Medikamente, allerdings in doppelter Dosis einnimmt, sowie zwei Medikamente, die sie seit langem nimmt und zwei zusätzliche Medikamente, die nicht verschrieben wurden. Es erfolgt eine Überweisung ins Labor sowie die Aushändigung von 5 Medikamenten, darunter eines der beim Ersttermin verschriebenen und eines derer, die die Patientin bereits ohne Verschreibung einnimmt.

In der Folgewoche wird zusätzlich zu Diabetes mellitus Hypertonie diagnostiziert. Die Patientin erhält weitere Medikamente und eine erneute Überweisung zum Labor, da die vom letzten Mal nicht verwendet wurde.

Beim nächsten Termin, wieder nach einer Woche, werden 13 Medikamente verschrieben, zwei werden abgesetzt, eine weitere Überweisung ins Labor wird ausgehändigt. Zum nächsten Termin kommt die Patientin nur, um sich Medikamente zu holen.

Die folgenden Termine im Abstand von ca. 2 Wochen sind der Kontrolle sowie der Medikamentenübergabe gewidmet; bei Terminen im längeren Abstand zeigt sich, dass die Patientin ihre Medikamente nicht regelmäßig einnimmt. Laborkontrollen werden von ihr nur verspätet wahrgenommen.

Im August 2012 erfolgt die Einstellung für eine Insulintherapie, begleitend erfolgt eine Diabetesberatung. Die Schwiegertochter der Patientin wird eingeschult, die Handhabung und Vorgehensweise wird gezeigt, erklärt und von der Schwiegertochter vorgezeigt. Ebenfalls gezeigt und erklärt wird die begleitende Dokumentation. Erste Informationen zur Ernährung bei Diabetes werden vermittelt. Begonnen wird mit 10 Insulineinheiten (IE), die je nach nüchtern gemessenem Blutzucker auf maximal 24 IE gesteigert werden sollen.

¹⁹ Dieser geschilderte Fall ist ein Auszug aus der gesamten Krankengeschichte und fokussiert für die Analyse auf die Diagnose Diabetes. Im Anschluss an die beschriebene Diabeteseinstellung und -behandlung kommt die Patientin weiterhin mit diversen anderen Gesundheitsproblemen in die Einrichtung.



Beim Kontrolltermin ein Monat später wird deutlich, dass die Patientin die Diabetesberatung nicht verstanden hat und ohne Berücksichtigung von Messwerten immer in der Früh 10 IE gespritzt hat. Eine neuerliche Beratung wird durchgeführt, in deren Verlauf die Patientin die Insulinverabreichung korrekt vorzeigt und über einen Dolmetscher genau erklärt wird, dass je nach Messwert die Insulingabe gegebenenfalls im definierten Rahmen gesteigert werden muss. Die Patientin versichert mehrfach, dass die Vorgehensweise verstanden wird, und erhält Blutzucker-Teststreifen.

Drei Wochen später zeigt die Patientin ihre Aufzeichnungen bei der Diabetesberatung vor, die Insulingabe erfolgte entsprechend der gemessenen Werte, dennoch bleiben die Werte hoch. Neuerlich erfolgt Beratung, diesmal für den Sohn der Patientin. Anweisungen erfolgen bezüglich richtiger Medikamenteneinnahme, Insulingabe und Ernährung.

Bei einem der Folgetermine wird festgestellt, dass der Zuckerverwert zu hoch angestiegen ist; eine Umstellung auf 28 bis 38 zwei Mal täglich ist erforderlich. Ein weiteres Monat später wird wiederum eine erhöhte Dosis angeordnet: eine Woche lang soll die Patientin ab einem bestimmten Blutzuckerwert in der Früh und am Abend 34 IE spritzen, danach, wenn der definierte Wert überschritten wird. Auf 36 bis maximal 42 IE zwei Mal täglich erhöhen. Bei diesem Termin wird die Medikamenteneinnahme als „etwas diffus“ dokumentiert. Frau R. erhält bei diesen Terminen Teststreifen, einen Medikamentendispenser sowie eine Medikamentenliste und wird mit Medikamenten versorgt.

Nach einem weiteren Monat wird die Dosis auf zwei Mal 46 IR erhöht, nach weiteren zweieinhalb Monaten auf einmal 50 IE und einmal 52 IE täglich. Der Blutzuckerwert wird als „besser“ dokumentiert. Bei weiteren Kontrollen im Monatsabstand werden die Blutzuckerwerte als „zufriedenstellend“ bzw. „deutlich verbessert“ dokumentiert, die Einstellung wird beibehalten.

Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung

Die beiden Fälle zeigen exemplarisch Herausforderungen bei der Behandlung der KlientInnen bei AmberMed auf, die in verschiedener Ausprägung auch in den insgesamt vorliegenden Patientenakten feststellbar sind.

Im folgenden werden Informationen aus den Patientendaten insgesamt den vertieften Fallanalysen beiseite gestellt.



Als wesentliche Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung lassen sich folgende Bereiche definieren:

Später Eintritt in die medizinische Versorgung

PatientInnen treten erst spät und mit schweren gesundheitlichen Problemen in die Versorgung ein. Im Fall von Herrn C. liegt eine unbehandelte arterielle Hypertonie vor; Frau R. nimmt zwar schon vor ihrem Erstbesuch in der Einrichtung Medikamente, allerdings ist nicht bekannt, woher sie diese hat und ihr Gesundheitszustand und der Krankheitsverlauf werden nicht kontrolliert.

Geringe Gesundheitskompetenz/Health Literacy

Gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, die neben regelmäßigen medizinischen Kontrollen ein gutes Krankheitsmanagement durch die Patientin/den Patienten erfordern, ist die medizinische Aufklärung und Information entscheidend. Mehrfach zeigt sich, dass vermeintlich Verstandenes doch nicht verstanden wird bzw. Erlerntes im Alltag nicht richtig umgesetzt wird. Auf diese Verständnisprobleme wird in der Einrichtung durch mehrfaches Erklären, Vorzeigen und Rückversichern reagiert. Die Vermittlung des notwendigen Wissens nimmt im beschriebenen Fall von Frau R. zehn Arzttermine und drei Diabetesberatungstermine in einen Zeitraum von zehn Monaten in Anspruch. Aufgrund der geringen Gesundheitskompetenz gewinnen Sprach- und Verständnisprobleme besondere Bedeutung.

Wenig bis keine deutschen Sprachkenntnisse

Die Kommunikation mit den PatientInnen ist oft nur mittels DolmetscherIn möglich. Beigezogen werden entweder eine Mitarbeiterin von AmberMed oder Angehörige von PatientInnen, die besser Deutsch sprechen als die PatientInnen selbst. Wenn PatientInnen Angehörige als DolmetscherInnen mitbringen, zweifeln ÄrztInnen häufig an der korrekten Wiedergabe des Gesagten. In der Krankengeschichte von Frau R. ist mehrfach vermerkt, dass die PatientIn mit Dolmetsch kommt, in Einzelfällen wird dennoch eine Mitarbeiterin von AmberMed mit dem Vermerk „eigene Dolmetscherin spricht schlecht Deutsch“ zugezogen.

Mangelnde Termintreue

Vereinbarte Termine, insbesondere mit Partnern der Einrichtung wie Labors und

PhysiotherapeutInnen werden häufig nicht eingehalten. Insgesamt kommt dies bei rund 16% der PatientInnen vor, wobei bei den meisten von ihnen mehrfache Nichtwahrnehmung von Terminen dokumentiert ist. Gründe für das Nichterscheinen werden nur in Einzelfällen festgehalten. Dass wie im Fall von Herrn C. eine Adresse nicht gefunden wurde, wird mehrfach erwähnt.

Geringe finanzielle Mittel

Die oft prekäre finanzielle Situation der PatientInnen bedingt, dass Heilbehelfe wie zum Beispiel Kompressionsstrümpfe nicht leistbar sind. Hier stoßen Gesundheitseinrichtungen, die Gesundheitsversorgung für Nicht-Versicherte leisten, ebenso an Ressourcengrenzen. Leistungen, die seitens der NGO, nicht gemacht werden können, können aber von PatientInnen durch private Zahlungen meist nicht „zugekauft“ werden.

5.4. Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

Mangelnde finanzielle Ressourcen werden in der Literatur als wesentliche Barriere beim Zugang zur Gesundheitsversorgung genannt. Es kann davon ausgegangen werden, dass Roma/Romnja von Ressourcenarmut betroffen sind. In diesem Zusammenhang könnte angenommen werden, dass Armut für Roma/Romnja eine wichtige Barriere darstellt.

Dies bestätigt sich aus Studien für andere Länder. So können sich in Rumänien, einem der wichtigsten Herkunftsländer der Roma/Romnja in der Analyse, 25% der Roma/Romnja die Kosten für Medikamente nicht leisten²⁰.

Österreich hat in Bezug auf sozio-ökonomische Vulnerabilität ein äußerst sensibles Gesundheitssystem gestaltet. Armut ist kein exkludierender Faktor, wie sich am Beispiel der Medikamentenkosten illustrieren lässt:

Hier erfolgt aufgrund einer besonderen Schutzbedürftigkeit die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren²¹. Ohne Antrag gilt dies für Pensionisten mit Anspruch auf Ausgleichszulage

²⁰ SC Mancom Centru SRL (2014): Studiu Privind Comunitatile Defavorizate (Romi) din Regiunea Centru. Alba Iulia

²¹

<http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.685161>, 27.01.2015



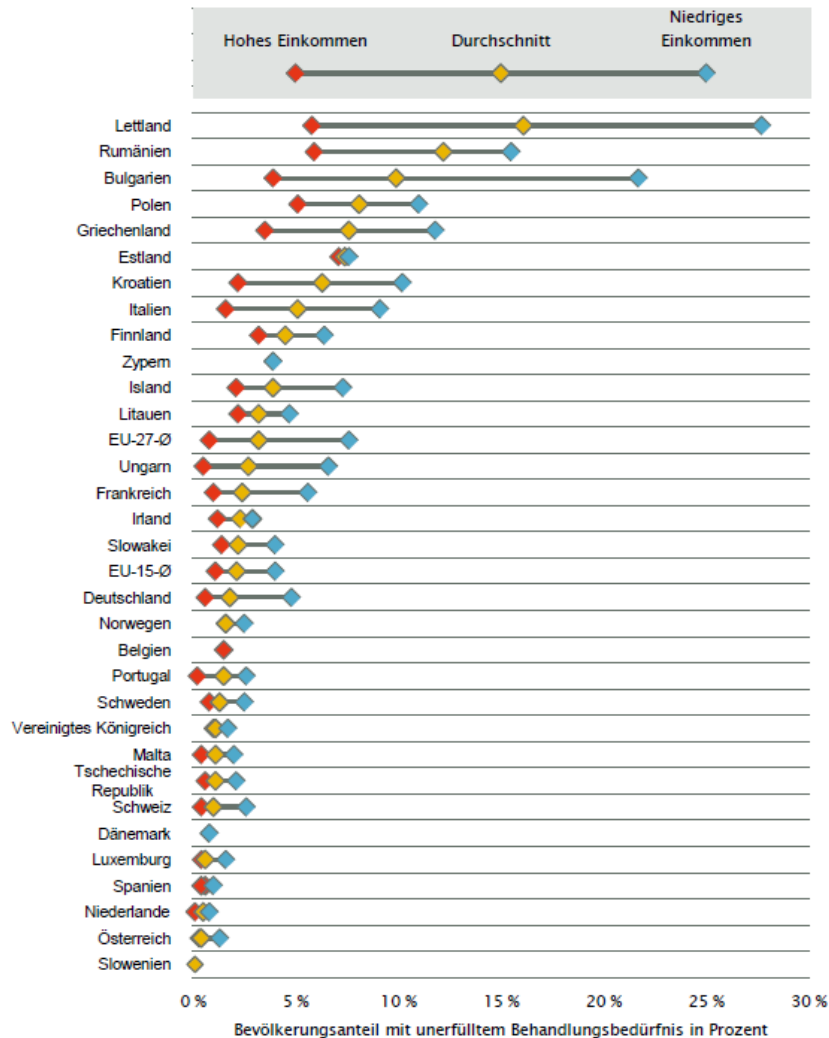
(Ausnahme: SVA der Bauern) bzw. Bezieher einer Ergänzungszulage zu einem Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Personen mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten (die Befreiung gilt allerdings nur für diese Erkrankung), Zivildienstler und deren Angehörige, sowie Asylwerber. Auf Antrag wird die Rezeptgebührenbefreiung zuerkannt, wenn das Nettoeinkommen aller in Hausgemeinschaft lebender Personen definierte Richtsätze nicht überschreitet²². Die Rezeptgebührenbefreiung gilt automatisch auch für alle anspruchsberechtigten Angehörigen des Versicherten.

Außerhalb des Regelsystems werden Nicht-Versicherte durch NGOs wie AmberMed in Kooperation mit dem Österreichischen Roten Kreuz mit Medikamenten versorgt.

Ein weiterer Beleg dafür, dass Armut in Österreich keine unmittelbare Barriere beim Zugang zur Versorgung darstellt, ist der im internationalen Vergleich geringe Anteil von Personen mit niedrigem Einkommen, die unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarf angeben.

²² Für Alleinstehende - EUR 872,31; für Alleinstehende mit erhöhtem Medikamentenbedarf - EUR 1.003,16; für Ehepaare bzw. Personen in Lebensgemeinschaft - EUR 1.307,89; für Ehepaare bzw. Personen in Lebensgemeinschaft mit erhöhtem Medikamentenbedarf - EUR 1.504,07; Richtsatzerhöhung für jedes mitversicherte Kind - EUR 134,59

Europäischer Vergleich: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen in Prozent, 2011



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten
 Werte für Einkommensquintile tw. nicht verfügbar: SI, BE, DK, CY

Quelle: (EUROSTAT 2012c) , Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischen Behandlungsbedarf nach Einkommen (2011)

Hier gehört Österreich im Europäischen Vergleich bei der Inklusion von einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen in die Gesundheitsversorgung zu den Spitzenreitern.

Armut ist aber nur eine unter anderen Barrieren – das zeigen die Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen mit Roma-Vertretern ebenso wie die Experteninterviews mit Gesundheitsversorgern.

Barrieren: Erfahrungen von Roma-VertreterInnen

VertreterInnen von Roma-Vereinen berichten über Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung auf unterschiedlichen Ebenen. In diesem Zusammenhang wird betont, dass Roma keine homogene Bevölkerungsgruppe sind und bestimmte Barrieren bestimmte Gruppen besonders betreffen. Differenziert wird dabei nach „Erkennbarkeit am Äußeren“, rechtlichem Status (regulär/irregulär), Herkunftsland, autochthon/allochthon, sozio-ökonomischem Status (Einkommen, Erwerbstätigkeit, Bildung), Region (Stadt/Land). Geschlecht wird hier nicht als Differenzierungsmerkmal genannt; auch im Verlauf der Gruppendiskussion werden Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Gesundheitszustand, Lebensstil und Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht genannt.

Rechtliche Voraussetzungen

Dies betrifft v.a. allochtone und/oder irregulär im Land befindliche Roma/Romnja, die aufgrund fehlender Versicherung keinen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben,

Finanzielle Barrieren

Wie oben ausgeführt, stellt in Österreich Armut keine Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung da. Dennoch nennen Roma-VertreterInnen finanzielle Barrieren. Diese beziehen sich allerdings nicht auf die medizinischen Leistungen, sondern auf Fahrtkosten, die für den Weg zu Gesundheitseinrichtungen anfallen. Dies betrifft sowohl Roma/Romnja mit irregulären Status in Wien, die sich Fahrkarten für öffentliche Verkehrsmittel meist nicht leisten können und auch nicht riskieren können, beim Schwarzfahren erwischt zu werden, als auch einkommensschwache autochthone Roma/Romnja aus ländlichen Gebieten im Burgenland, die Fahrtkosten für Fahrten zu Spezialisten in Eisenstadt oder ins Krankenhaus Graz aufbringen müssen. Im Fall von Roma/Romnja kann diese Barriere aber laut Angaben eines Roma-Vertreterers eher ein Informationsdefizit sein: Für Fahrtkosten zur Behandlung könne bei der Gebietskrankenkasse ein Antrag auf Kostenersatz gestellt werden.

Infrastrukturelle Barrieren

Für die autochthonen Roma/Romnja im Burgenland stellt die Infrastruktur im Burgenland mit schlechter öffentlicher Verkehrsanbindung und damit verbundenen langen Anfahrtszeiten zu Spezialisten oder ins Landeskrankenhaus Graz eine Barriere dar.



Geringe Health Literacy

Verbunden mit einem geringen allgemeinen Bildungsstand ihrer KlientInnen berichten VertreterInnen von geringer Health Literacy. Es fehlen Informationen über Einrichtungen und Angebote des Gesundheitssystems. Informationen zu Krankheiten sowie diagnostischen und therapeutischen Schritten werden häufig nicht verstanden. Zusätzlich bestehen Schwierigkeiten beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen. „Probleme sind oft: Wie fülle ich ein Formular aus? Wo bekommt man medizinische Versorgung?“ (Roma-Vertreter aus Wien). Von den autochthonen Roma-Vertretern werden fehlende Netzwerke im Gesundheitswesen genannt: „Man hat keine Schwester, die Ärztin ist“, wodurch informelle Unterstützung und Beratung im Bekannten- und Verwandtenkreis nicht vorhanden ist.

Diskriminierungserfahrungen

Als wichtige Barriere genannt werden Diskriminierungserfahrungen, die Roma/Romnja bereits im Gesundheitswesen gemacht haben. „Ärzte und Schwestern machen deutlich, dass man nicht erwünscht ist“, berichten mehrere Roma/Romnja-VertreterInnen und schildern in diesem Zusammenhang die Befürchtung vieler Roma/Romnja, von MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen abgestempelt und nicht ernst genommen zu werden. Andere relativieren hier und schildern ihre Beobachtung, dass Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn immer von gegenseitiger Sympathie abhängig und von Missverständnissen geprägt sei und – zumindest bei den autochthonen Roma/Romnja – sich die Behandlung nicht von der anderer PatientInnen unterscheide. Manchmal würden Abläufe und Kommunikation im Gesundheitswesen als diskriminierend erlebt, obwohl sie alle PatientInnen betreffen. „Roma sind sensibilisiert, dass sie sich schnell angegriffen fühlen. (...) Wenn es heißt, man muss eine halbe Stunde warten und dann dauert es 35 min, dann fühlt sich der Roma schon diskriminiert“ (Roma-Vertreter aus dem Burgenland).

Angst und Misstrauen

Angst und Misstrauen bestimmen häufig den Kontakt zum Gesundheitswesen, selbst bei Personen, die schon seit über 40 Jahren in Österreich leben, der 3. Generation angehören und über gute Deutschkenntnisse verfügen, wie eine Roma-Vertreterin berichtet. Als eine wichtigste Ursache für Angst und Misstrauen wird die tradierte Traumatisierung durch den Holocaust genannt. „Das Burgenland ist gekennzeichnet vom Holocaust, da gibt es ein Misstrauen gegenüber dem

Gesundheitswesen“. Es bestehe weiterhin die Befürchtung, dass sich das Geschehene jederzeit wiederholen könne. Als besonders heikles Thema in diesem Zusammenhang wird Sterilisation genannt.

VertreterInnen der Roma/Romnja nennen geringe oder fehlende deutsche Sprachkenntnisse nicht als Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

Barrieren: Erfahrungen von Gesundheitsversorgern

Fehlende deutsche Sprachkenntnisse

Im Gegensatz zu den Angaben der VertreterInnen der Roma/Romnja werden fehlende deutsche Sprachkenntnisse von den Gesundheitsversorgern als zentrale Barriere genannt. In der Gesundheitsversorgung durch AmberMed wird Bedarf an DolmetscherInnen für fast alle Roma/Romnja berichtet. Für ihre nicht versicherten PatientInnen dokumentieren die MitarbeiterInnen die vorhandenen Sprachkenntnisse auf den Patientenakten, um im Falle einer erforderlichen telefonischen Kontaktaufnahme bzw. bei der Termingestaltung darauf Rücksicht nehmen zu können. Laut dieser Dokumentation verfügen 82% über keine oder schlechte deutsche Sprachkenntnisse.

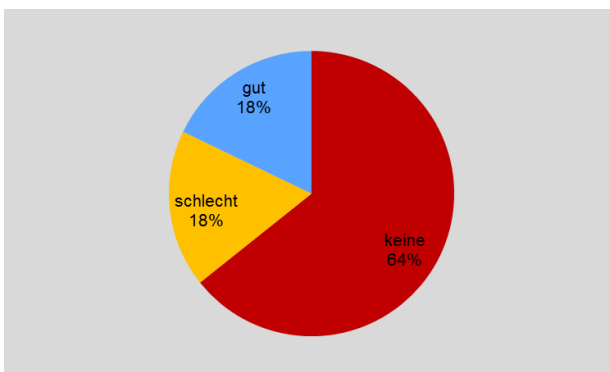


Abbildung 4: dokumentierte deutsche Sprachkenntnisse (n=56)

Geringe Health Literacy

Wie die VertreterInnen der Roma-Vereine nennen auch die Mitarbeiterinnen von AmberMed das geringe bis fehlende Health Literacy ihrer Roma-PatientInnen als wichtige Barriere beim Zugang zum Gesundheitswesen und Gesundheitsversorgung.

Rechtliche Voraussetzungen

Weitere von den Vertreterinnen der Gesundheitseinrichtung genannte Barrieren betreffen den irregulären rechtlichen Status ihrer PatientInnen und die damit verbundene Nicht-Versicherung. Sie berichten, dass ein Hauptanteil der von rechtlichen Zugangsproblemen betroffenen Roma/Romnja aus den EU-Mitgliedstaaten Rumänien und Bulgarien sowie aus Serbien stammt.

5.5. Unterstützungsbedarf beim Zugang zur Gesundheitsversorgung aus der Perspektive von Roma-VertreterInnen und Gesundheitsversorgern

Sowohl von Roma/Romnja-VertreterInnen als auch von den VertreterInnen von AmberMed wird als zentral der Aufbau von Bildung im Allgemeinen und von Gesundheitswissen im Besonderen genannt. Wichtig erscheint vor allem Wissen über Krankheiten und Krankheitsursachen.

Während aus der Perspektive der Gesundheitsversorger der Einsatz von DolmetscherInnen einen wichtigen Beitrag zur Überwindung von Sprachbarrieren leisten, sehen hier die VertreterInnen der Roma/Romnja-Vereine die Begleitung ins Gesundheitswesen durch vertraute Personen als zentral, wobei darauf hingewiesen wird, dass es in manchen Fällen wichtig sei, „dass jemand aus der Volksgruppe die Vertrauensperson ist“. Ein Vertreter eines Wiener Vereins spricht in diesem Zusammenhang von einer Funktion der Begleitperson als „Puffer, Brücke und Zeuge“.

Zur Sensibilisierung der Bevölkerung insgesamt und von Gesundheitsorganisationen im Besonderen erscheint für die Roma/Romnja-VertreterInnen eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Holocaust wichtig. Um Erfahrungen von Roma/Romnja im Gesundheitswesen für die Entwicklung von Leistungen nutzen zu können, wird eine Vernetzung von MitarbeiterInnen aus dem Management von Gesundheitseinrichtungen und Roma/Romnja angeregt. Als Modell guter Praxis wird das Krankenhaus Oberwart genannt, wo in den letzten Jahren eine intensive Beschäftigung mit der Volksgruppe stattgefunden hat.

Roma-VertreterInnen wünschen sich auch mehr offen deklarierte Roma/Romnja-MitarbeiterInnen



in Gesundheitseinrichtungen und bei Krankenkassen. „Es gibt schon viele, aber die outen sich nicht“ (Roma-Vertreter, Burgenland).

In der Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Studie im Rahmen der Roma-Plattform wurden über die Gestaltung des Gesundheitswesens hinausgehende Ansätze entwickelt, die – ohne sie explizit zu nennen – aktuelle Diskurse hinsichtlich „health in all policies“²³ und sozialen Gesundheitsdeterminanten²⁴ aufgreifen. Es wurde aufgezeigt, dass das Gesundheitssystem allein bei der Reduktion von Barrieren auf Grenzen stößt, und wie wichtig die Arbeit an den Schnittstellen von Gesundheit und Bildung, Gesundheit und Arbeit sowie Gesundheit und Lebensbedingungen ist.

²³ <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>, Zugriff am 08.02.2015

²⁴ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf, Zugriff am 08.02.2015

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der Studie ist die Wissensgenerierung über Gesundheitsstatus und Gesundheitsprobleme der Roma/Romnja in Österreich sowie über Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem. Im Rahmen der Studie wurde eine Datenbank zum Gesundheitszustand und zur Behandlung von Roma/Romnja generiert und mit Fokus auf Gesundheitsprobleme, Behandlungsverläufe und Unterstützungsbedarf quantitativ und qualitativ analysiert. Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Strategien, diese zu überwinden, wurden in einem Experteninterview mit Vertreterinnen von AmberMed, einer NGO, die Versorgung für Nichtversicherte leistet, sowie im Rahmen einer Gruppendiskussion mit VertreterInnen von Roma-Vereinen und in einem Diskussions- und Analyseworkshop mit VertreterInnen von Roma-Vereinen/ der Roma-Community, einer interessierten Öffentlichkeit, und VertreterInnen der Auftraggeber im Rahmen der 12. Roma-Dialogplattform erhoben.

Die erhobenen Daten erlauben Aussagen vor allem für zwei, durchaus unterschiedliche Gruppen von Roma/Romnja: zum einen meist nicht-versicherte, teilweise irreguläre Roma/Romnja aus Rumänien und Bulgarien in Wien, über deren Gesundheit und Gesundheitsversorgung Aussagen aus der Analyse der Patientendaten und aus den Ergebnissen der Gruppendiskussion und des Experteninterviews getroffen werden können. Zum anderen für autochthone Roma, vor allem aus dem Burgenland, deren Gesundheit und erlebte Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsbetreuung im Rahmen der Gruppendiskussion diskutiert wurden.

Die Auswertung der Datenbank zeigt:

- Am häufigsten gestellt werden Diagnosen in den Kategorien Herz/Kreislauf-Erkrankungen (15,9% aller Diagnosen), Haut- und Geschlechtskrankheiten (13,5%) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (12,7%).
- Bei 60% aller Roma/Romnja PatientInnen wurde mindestens eine chronische Krankheit diagnostiziert.
- Die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen sind chronische Krankheiten. 45% der Roma-PatientInnen über 18 Jahren leiden an Hypertonie (Bluthochdruck), 13% an Diabetes und 13% an Wirbelsäulenbeschwerden.
- Im Nationalitätenvergleich zeigt sich, dass Roma/Romnja mit bulgarischer Staatsangehörigkeit

im Durchschnitt mehr diagnostizierte Erkrankungen als jene mit rumänischem Hintergrund (4,3 bzw. 2,6) sowie einen höheren Anteil an chronisch Kranken (67% bzw. 57%) haben und die Gesundheitseinrichtung häufiger aufsuchen (11,6 bzw. 6,6 mal).

Anhand zweier exemplarischer Fälle zeigen sich als zentrale Herausforderungen folgende Punkte:

- Später Eintritt in die medizinische Versorgung
- Geringe Gesundheitskompetenz/Health Literacy
- Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse
- Mangelnde Termintreue
- Geringe finanzielle Mittel

Die Erhebung von Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zeigt:

- Aus der Perspektive der Roma-VertreterInnen sind Roma/Romnja mit Zugangsbarrieren auf mehreren Ebenen konfrontiert. Als zentral werden Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen sowie Angst und Misstrauen aufgrund der tradierten Traumatisierung durch den Holocaust genannt.
- Aus der Perspektive der Gesundheitsversorger sind die zentrale Barriere die kaum bis nicht vorhandenen deutschen Sprachkenntnisse ihrer PatientInnen, sowie der fehlende rechtliche Zugang zur Regelversorgung (irregulärer Aufenthaltsstatus, keine Versicherung).
- Sowohl Roma-VertreterInnen als auch Gesundheitsversorger betonen das geringe Gesundheitswissen bei den Roma/Romnja. Es fehlen Informationen über Einrichtungen und Angebote des Gesundheitssystems. Krankheiten sowie diagnostische und therapeutische Schritte werden häufig nicht verstanden.



Aus ihren Erfahrungen leiten Roma-VertreterInnen und Gesundheitsversorger folgenden Unterstützungsbedarf für Roma/Romnja ab:

- Aufbau von Bildung und von Health Literacy
- Einsatz von DolmetscherInnen vor allem aus der Perspektive von Gesundheitsversorgern
- Einsatz von MediatorInnenen als BegleiterInnen ins Gesundheitswesen, betont vor allem von VertreterInnen der Roma/Romnja-Vereine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Holocaust zur Sensibilisierung der Bevölkerung und zum besseren Verständnis für spezifische Traumatisierungen
- Integration von Roma/Romnja als MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen und Krankenkassen



7. Diskussion und Ausblick

Auf inhaltlicher Ebene lässt sich neben den bereits dargestellten Ergebnissen festhalten, dass Kommunikation die eigentliche Herausforderung für eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung darzustellen scheint. Neben einer prekären finanziellen Situation liegen Herausforderungen eigentlich in Kommunikationsproblemen. Die von allen Stakeholdern eingeforderte Health Literacy entsteht über kommunikative Interventionen, nicht über medizinische Interventionen.

Am Beispiel des Falls von Frau R. zeigt sich, wie wichtig gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes Kommunikation ist. Ohne Dolmetschen, häufige Wiederholung von Erklärungen und Anweisungen und das Einbeziehen der sozialen Lebenswelt der Patientin wären medizinische Interventionen nicht nur nicht erfolgreich, sondern womöglich sogar kontraproduktiv, zum Beispiel, wenn die Patientin Medikamente falsch oder nicht einnimmt.

Verbreiterung der Wissensbasis

Die vorliegende Studie zeigt auf methodischer Ebene, wie schwierig es ist, zu aussagekräftigen Daten über Gesundheitszustand, Zugang zum Gesundheitswesen und Gesundheitskompetenzen von Roma/Romnja zu kommen und dabei der Heterogenität dieser ethnischen Gruppe gerecht zu werden. Sie zeigt auch auf, dass die enge Kooperation mit PraxisvertreterInnen aus Gesundheitsversorgung, VertreterInnen der Roma Community und WissenschaftlerInnen ein Schlüssel zur Erzeugung einer Wissensbasis ist.

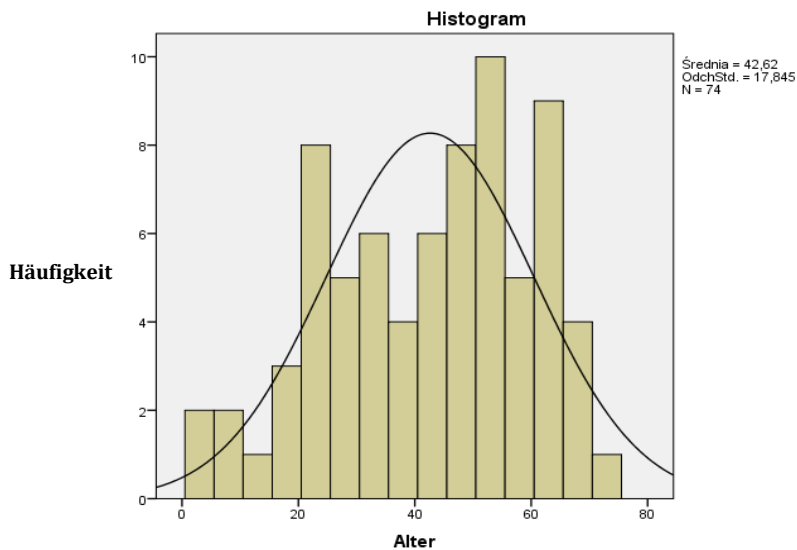
Die hier dargestellten Ergebnisse verstehen sich als Ansatzpunkt für weitere wissenschaftliche Studien, die innovative Designs zur Wissensgenerierung in Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis entwickeln.

8. Annex: Tabellen und Graphiken

Deutschkenntnisse

Deutschkenntnisse nach Geschlecht, Nationalität und von der gesamten Gruppe

Deutschkenntnisse	Gesamtgruppe		Bulgarien		Rumänien		Frauen		Männer	
	Anzahl der Personen	% aller Personen	Anzahl der Personen	% aller Personen	Anzahl der Personen	% aller Personen	Anzahl der Personen	% aller Personen	Anzahl der Personen	% aller Personen
Keine	36	64%	17	74%	17	55%	21	68%	15	60%
Schlechte	10	18%	4	17%	6	19%	5	16%	5	20%
Mäßige	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Gute	10	18%	2	9%	8	26%	5	16%	5	20%
N	56	100%	23	100%	31	100%	31	100%	25	100%





Anzahl der Behandlungen

Gesamtgruppe

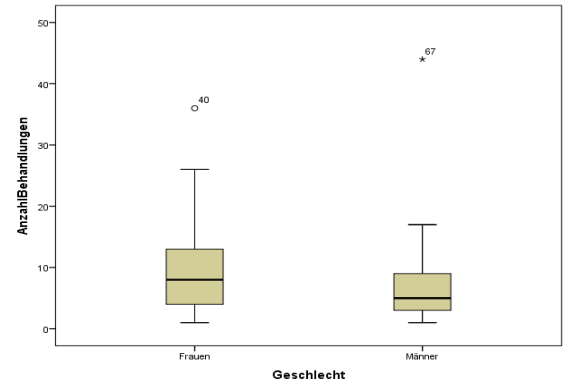
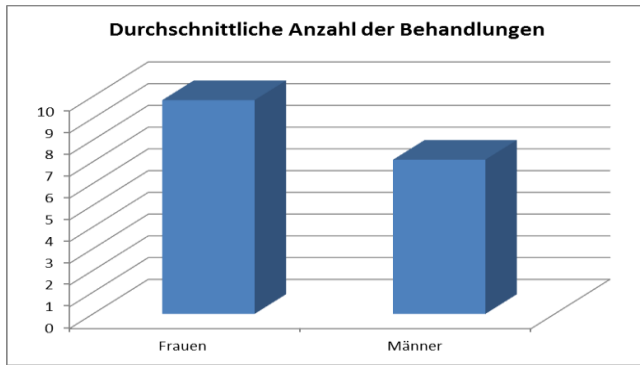
Anzahl der Behandlungen für die gesamte Gruppe

Summe	637
Durchschnitt	8,61
Standardabweichung	7,91
Dominante	4
Minimum	1
Maximum	44
<hr/>	
N	74
<hr/>	

Frauen vs. Männer

Anzahl der Behandlungen nach Geschlecht

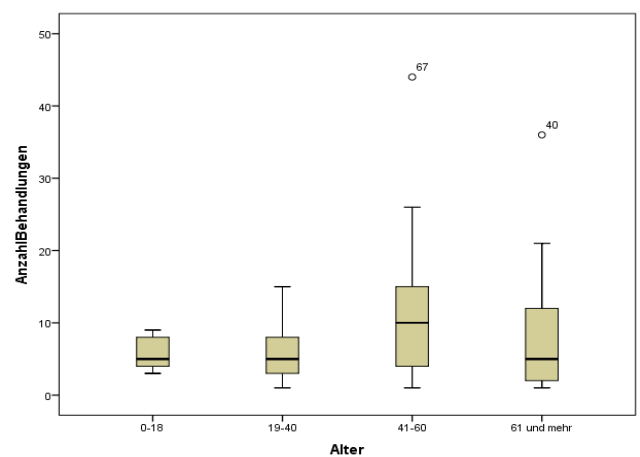
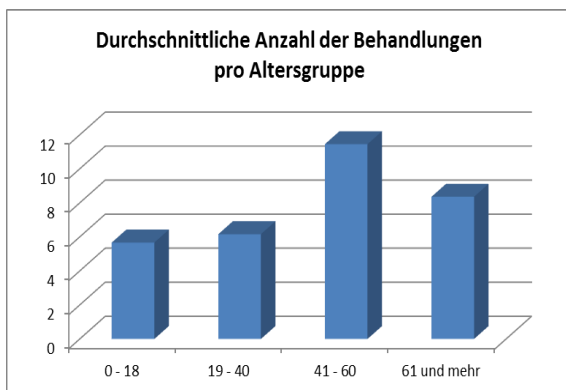
	Frauen	Männer
Summe	403	234
Durchschnitt	9,83	7,09
Standardabweichung	7,85	7,85
Dominante(n)	1;4;9	4
Minimum	1	1
Maximum	36	44
<hr/>		
N	41	33
<hr/>		



Altersgruppen

Anzahl der Behandlungen nach Altersgruppen

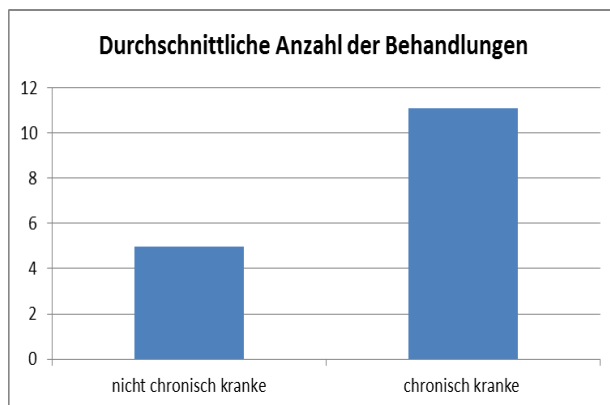
Alter	0 - 18	19 - 40	41 - 60	61 und mehr
Summe	34	154	332	117
Durchschnitt	5,67	6,16	11,45	8,36
Standardabweichung	2,42	3,93	9,38	9,89
Dominante(n)	4	4;8	1;4;9;10	1;5
Minimum	3	1	1	1
Maximum	9	15	44	36
N	6	25	29	14



Chronisch kranke PatientInnen

Anzahl der Behandlungen von chronisch und nicht chronisch kranken PatientInnen

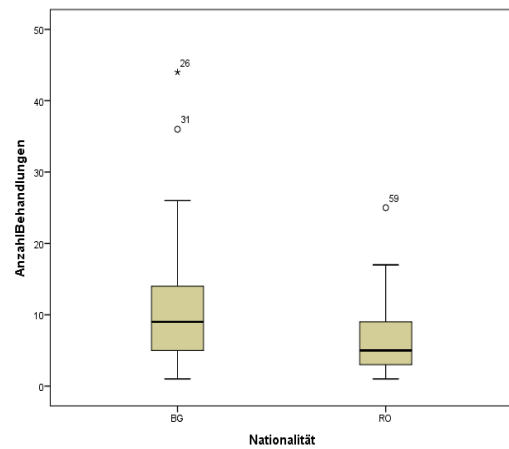
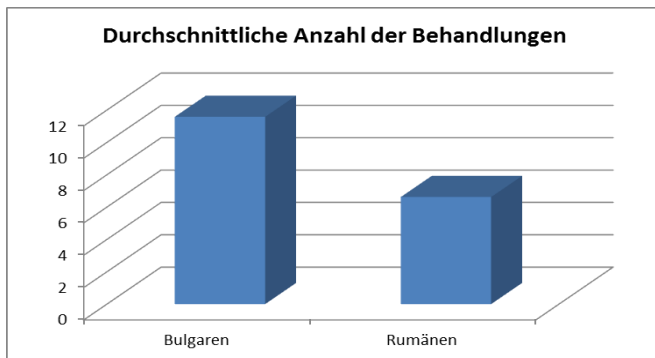
	Nicht chronisch kranke	Chronisch kranke
Summe	149	488
Durchschnitt	4,97	11,09
Standardabweichung	3,4	9,11
Dominante(n)	1	4
Minimum	1	1
Maximum	13	44
N	30	44



Nationalität

Anzahl der Behandlungen nach Nationalität

	Bulgarien	Rumänien
Summe	382	245
Durchschnitt	11,58	6,62
Standardabweichung	9,61	5,34
Dominante(n)	6	1
Minimum	1	1
Maximum	44	25
N	33	37



Diagnoseanzahl

Gesamtgruppe

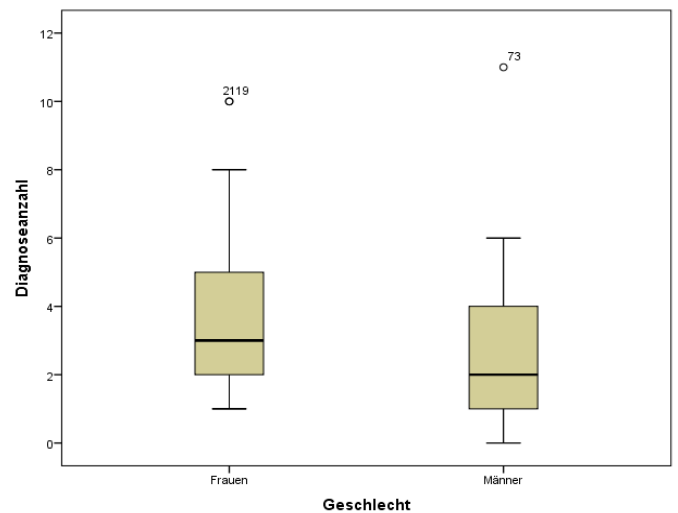
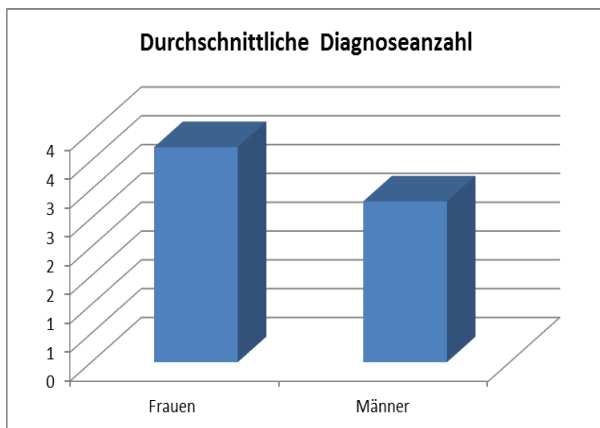
Diagnoseanzahl für die gesamte Gruppe

Summe	245
Durchschnitt	3,31
Standardabweichung	2,28
Dominante	2,3
Minimum	0
Maximum	11
<hr/>	
N	74

Frauen vs. Männer

Diagnoseanzahl nach Geschlecht

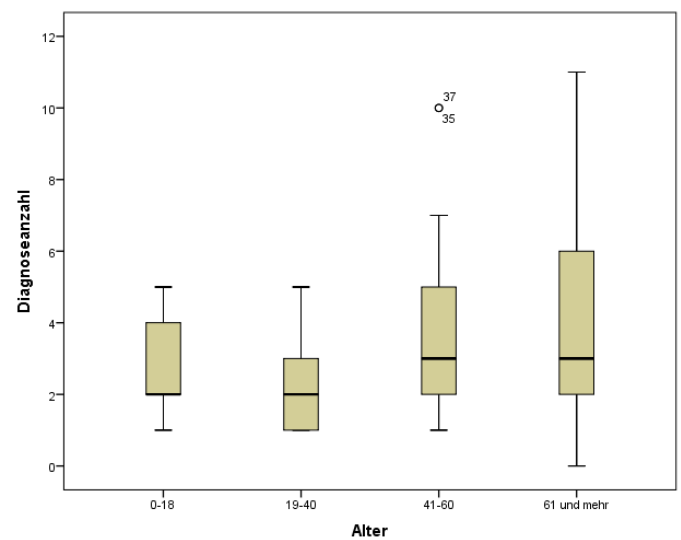
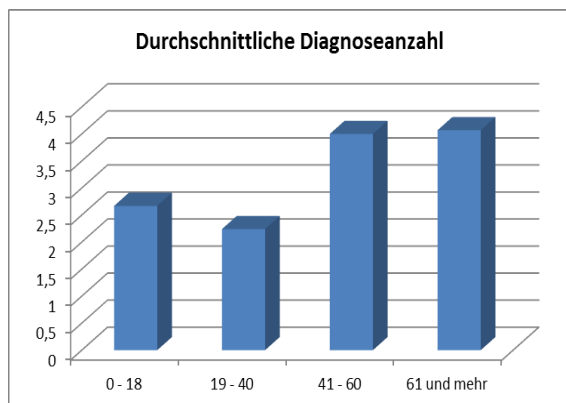
	Frauen	Männer
Summe	153	92
Durchschnitt	3,73	2,79
Standardabweichung	2,39	2,04
Dominante(n)	3	1,2
Minimum	1	0
Maximum	10	11
<hr/>		
N	41	33



Altersgruppen

Diagnoseanzahl nach Altersgruppen

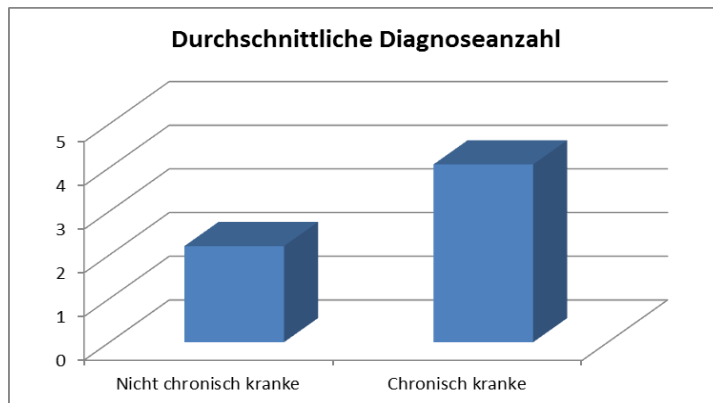
Altersgruppen	0 - 18	19 - 40	41 - 60	61 und mehr
Summe	16	56	116	57
Durchschnitt	2,67	2,24	4	4,07
Standardabweichung	1,51	1,2	2,39	3,03
Dominante(n)	2	1	3	2;3
Minimum	1	1	1	0
Maximum	5	5	10	11
N	6	25	29	14



Chronisch kranke PatientInnen

Diagnoseanzahl chronisch und nicht chronisch kranke Patienten

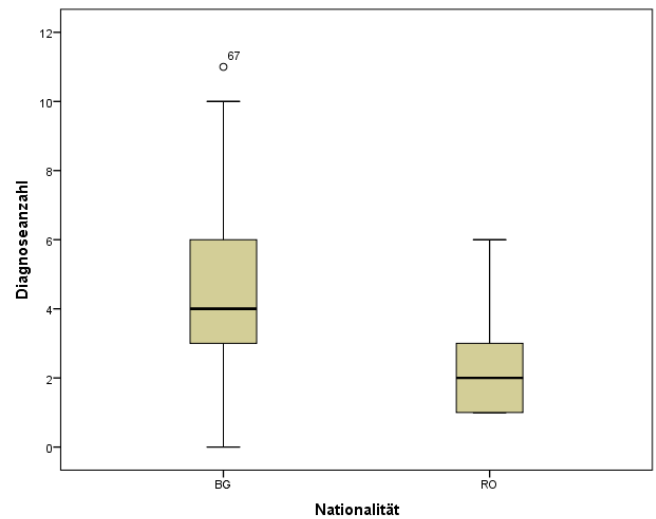
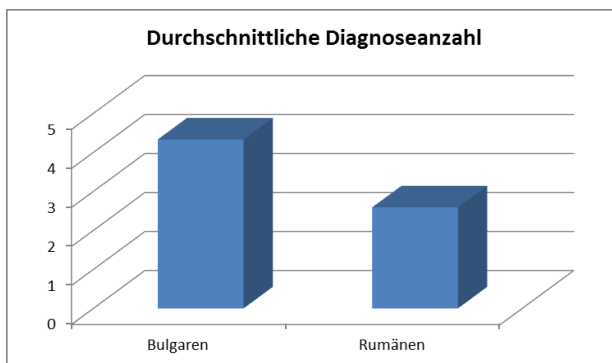
	Nicht chronisch kranke	Chronisch kranke
Summe	66	179
Durchschnitt	2,2	4,07
Standardabweichung	1,5	2,42
Dominante(n)	1	3
Minimum	0	1
Maximum	6	11
N	30	44



Nationalität

Diagnoseanzahl nach Nationalität

Nationalität	Bulgaren	Rumänen
Summe	143	96
Durchschnitt	4,33	2,59
Standardabweichung	2,65	1,52
Dominante(n)	3	2
Minimum	0	1
Maximum	11	6
N	33	37



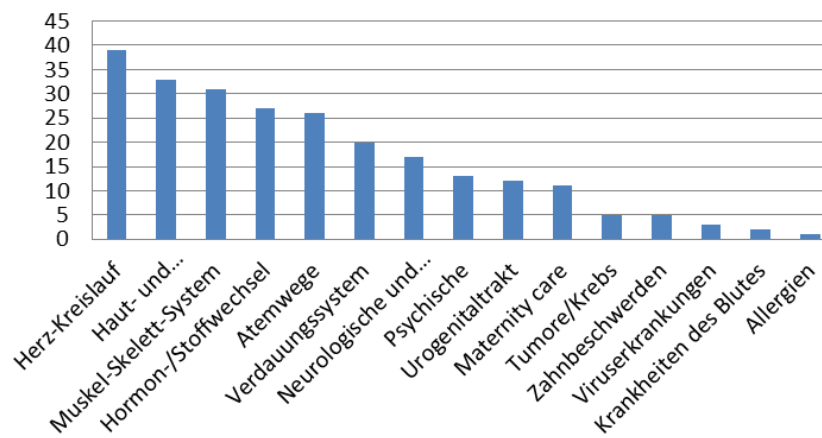
Diagnosen nach Kategorien

Gesamtgruppe

Diagnosen nach Kategorien für die gesamte Gruppe

	Diagnosekategorien	Summe der Diagnosen	% allen Diagnosen
Kat. A	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen	31	12,7%
Kat. B	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	39	15,9%
Kat. C	Atemwegerkrankungen	26	10,6%
Kat. D	Psychische Beeinträchtigungen	13	5,3%
Kat. E	Neurologische und sensorische Erkrankungen	17	6,9%
Kat. F	Erkrankungen des Verdauungssystems	20	8,2%
Kat. G	Erkrankungen im Urogenitaltrakt	12	4,9%
Kat. H	Haut- und Geschlechterkrankungen	33	13,5%
Kat. I	Tumore/Krebs	5	2,0%
Kat. J	Hormon-/Stoffwechselerkrankungen	27	11,0%
Kat. K	Krankheiten des Blutes	2	0,8%
Kat. L	Zahnbeschwerden	5	2,0%
Kat. M	Allergien	1	0,4%
Kat. N	Viruserkrankungen	3	1,2%
	Maternity care	11	4,5%

Diagnoseanzahl nach Kategorien

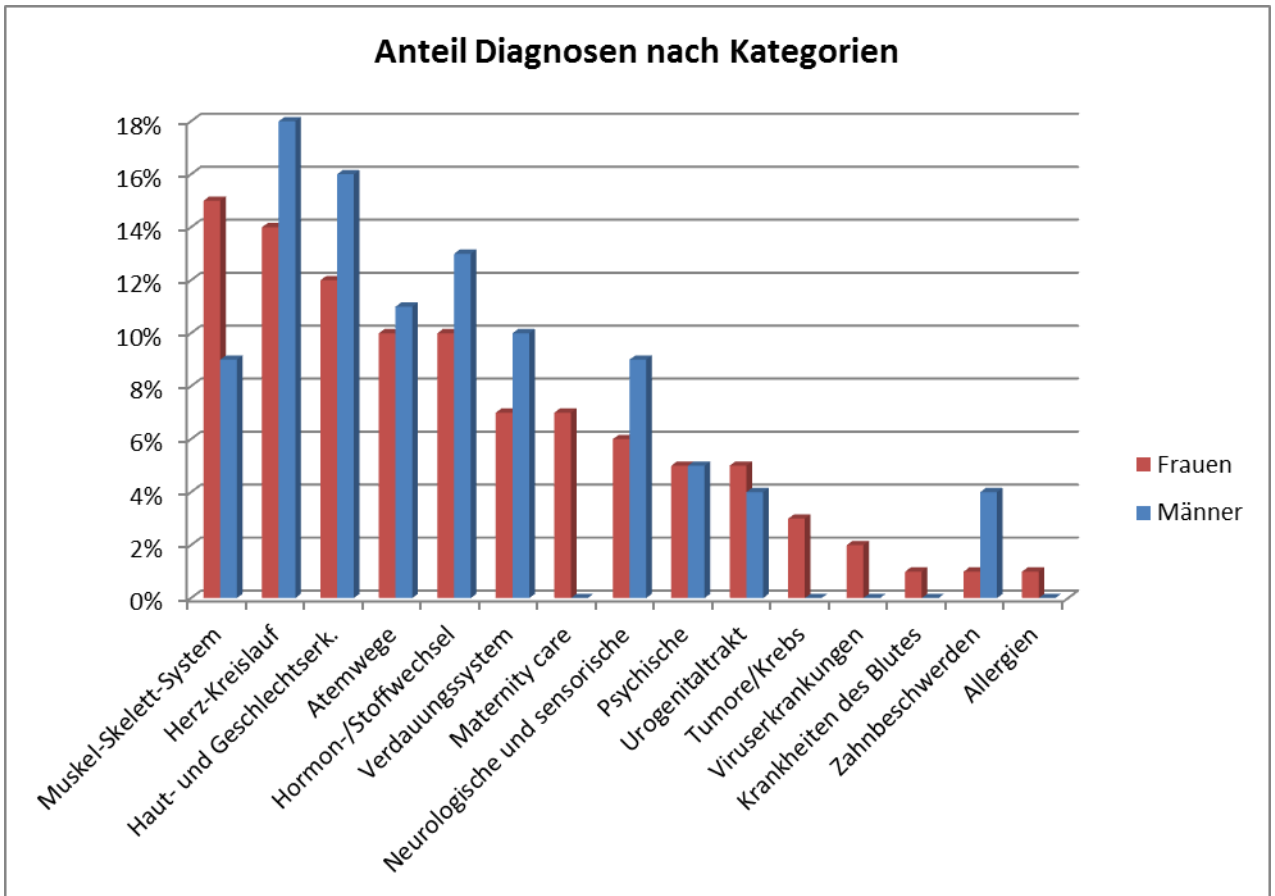




Frauen vs. Männer

Diagnosekategorien nach Geschlecht

Diagnosekategorien	Frauen			Männer	
	Summe der Diagnosen	% aller Diagnosen	% aller Diagnosen ohne maternity care	Summe der Diagnosen	% aller Diagnosen
Kat. A Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen	23	15%	16%	8	9%
Kat. B Herz-Kreislauf-Erkrankungen	22	14%	15%	17	18%
Kat. C Atemwegerkrankungen	16	10%	11%	10	11%
Kat. D Psychische Beeinträchtigungen	8	5%	6%	5	5%
Kat. E Neurologische und sensorische Erkrankungen	9	6%	6%	8	9%
Kat. F Erkrankungen des Verdauungssystems	11	7%	8%	9	10%
Kat. G Erkrankungen im Urogenitaltrakt	8	5%	6%	4	4%
Kat. H Haut- und Geschlechterkrankungen	18	12%	13%	15	16%
Kat. I Tumore/Krebs	5	3%	4%	0	-
Kat. J Hormon-/Stoffwechselerkrankungen	15	10%	11%	12	13%
Kat. K Krankheiten des Blutes	2	1%	1%	0	-
Kat. L Zahnbeschwerden	1	1%	1%	4	4%
Kat. M Allergien	1	1%	1%	0	-
Kat. N Viruserkrankungen	3	2%	2%	0	-
Maternity care	11	7%	-	-	-



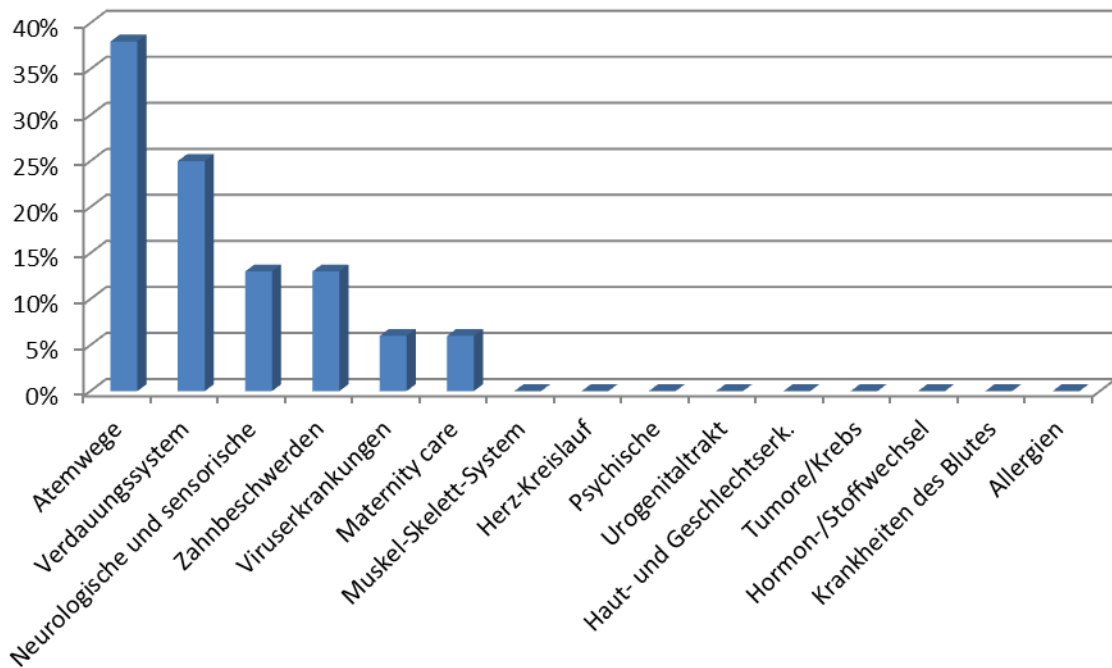


Altersgruppen

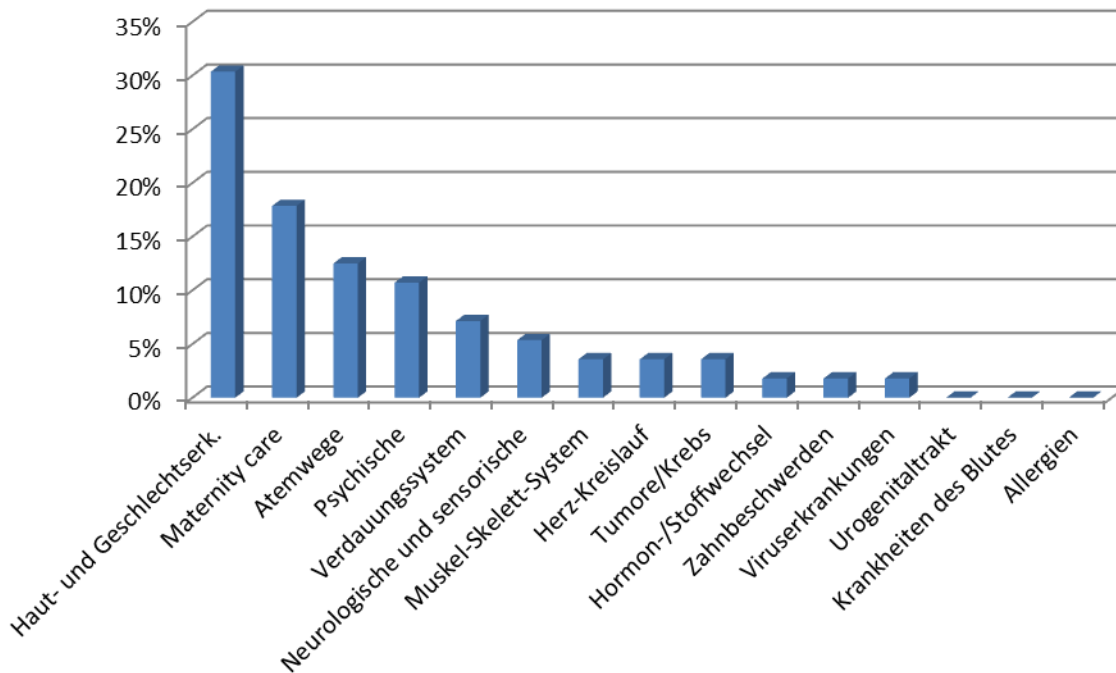
Diagnosekategorien nach Altersgruppen

Altersgruppen		Bis 18		19 - 40		41- 60		61 und älter	
Diagnosekategorien	Summ e Diag.	% aller Diag.	Summ e Diag.	% aller Diag.	Summ e Diag.	% aller Diag.	Summ e Diag.	% aller Diag.	
Kat. A	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen	0	-	2	4%	20	17%	16	28%
Kat. B	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0	-	2	4%	21	18%	11	19%
Kat. C	Atemwegerkrankungen	6	38%	7	13%	11	9%	9	16%
Kat. D	Psychische Beeinträchtigungen	0	-	6	11%	6	5%	7	12%
Kat. E	Neurologische und sensorische Erkrankungen	2	13%	3	5%	8	7%	5	9%
Kat. F	Erkrankungen des Verdauungssystems	4	25%	4	7%	5	4%	4	7%
Kat. G	Erkrankungen im Urogenitaltrakt	0	-	0	-	11	9%	2	4%
Kat. H	Haut- und Geschlechterkrankungen	0	-	17	30%	11	9%	1	2%
Kat. I	Tumore/Krebs	0	-	2	4%	2	2%	1	2%
Kat. J	Hormon-/Stoffwechselerkrankungen	0	-	1	2%	15	13%	1	2%
Kat. K	Krankheiten des Blutes	0	-	0	-	2	2%	0	-
Kat. L	Zahnbeschwerden	2	13%	1	2%	2	2%	0	-
Kat. M	Allergien	0	-	0	-	1	1%	0	-
Kat. N	Viruserkrankungen	1	6%	1	2%	1	1%	0	-
	Maternity care	1	6%	10	18%	0	-	0	-

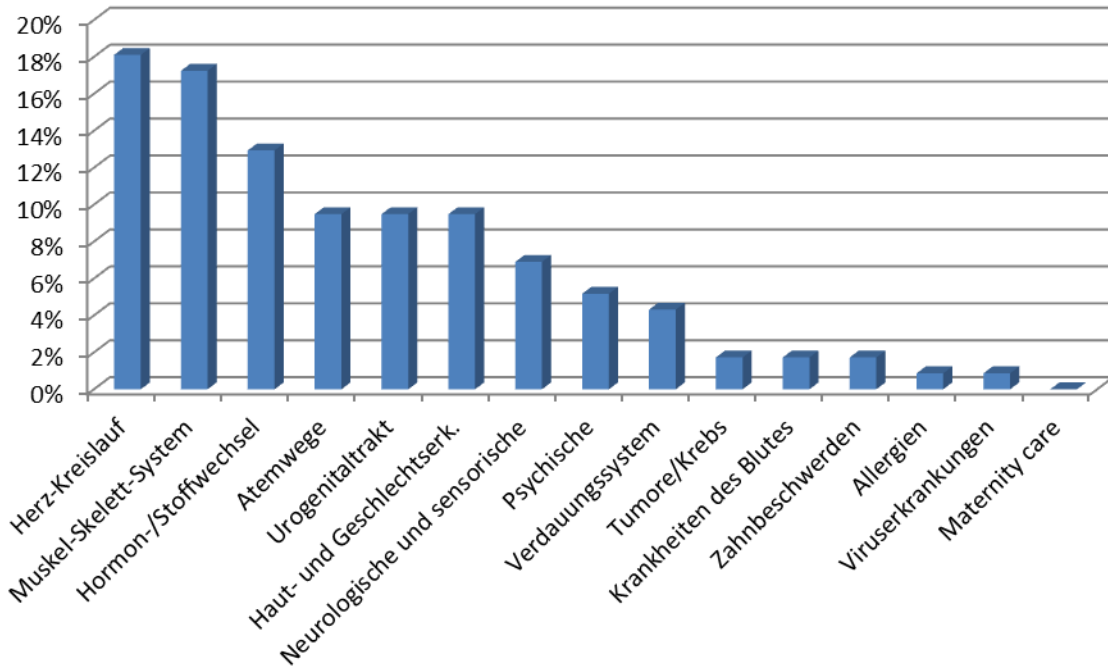
Anteil Diagnosen nach Kategorien für die Altersgruppe bis 18 Jahren



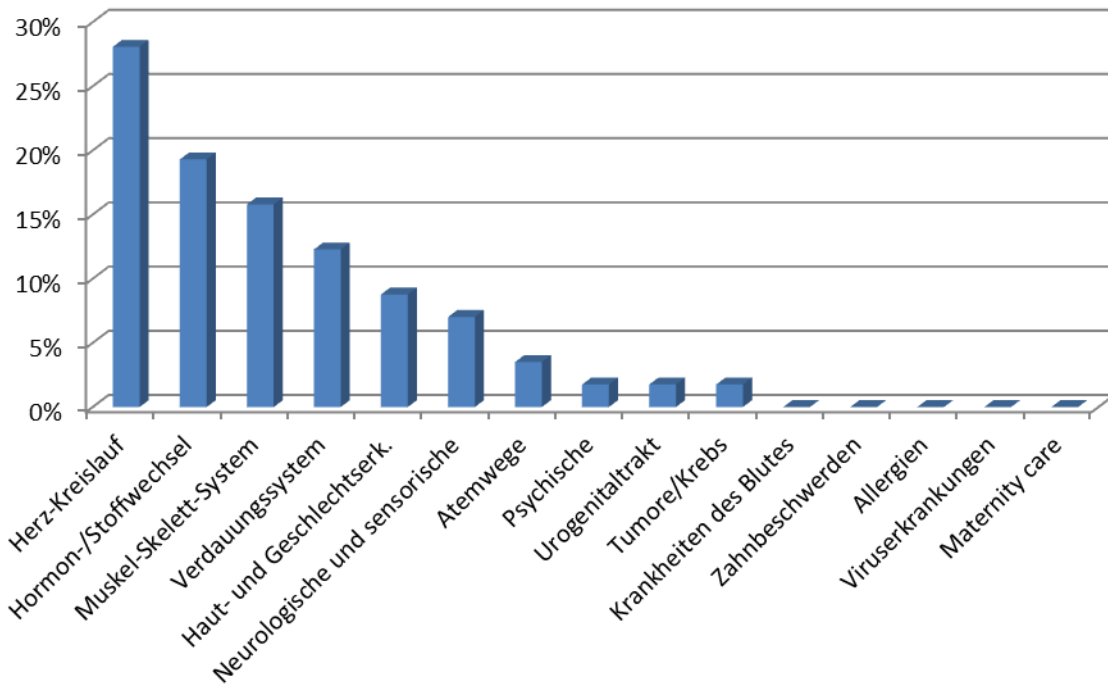
Anteil Diagnosen nach Kategorien für die Altersgruppe 19 - 40 Jahre



Anteil Diagnosen nach Kategorien für die Altersgruppe 41 - 60 Jahre



Anteil Diagnosen nach Kategorien für die Altersgruppe 61 Jahre und älter

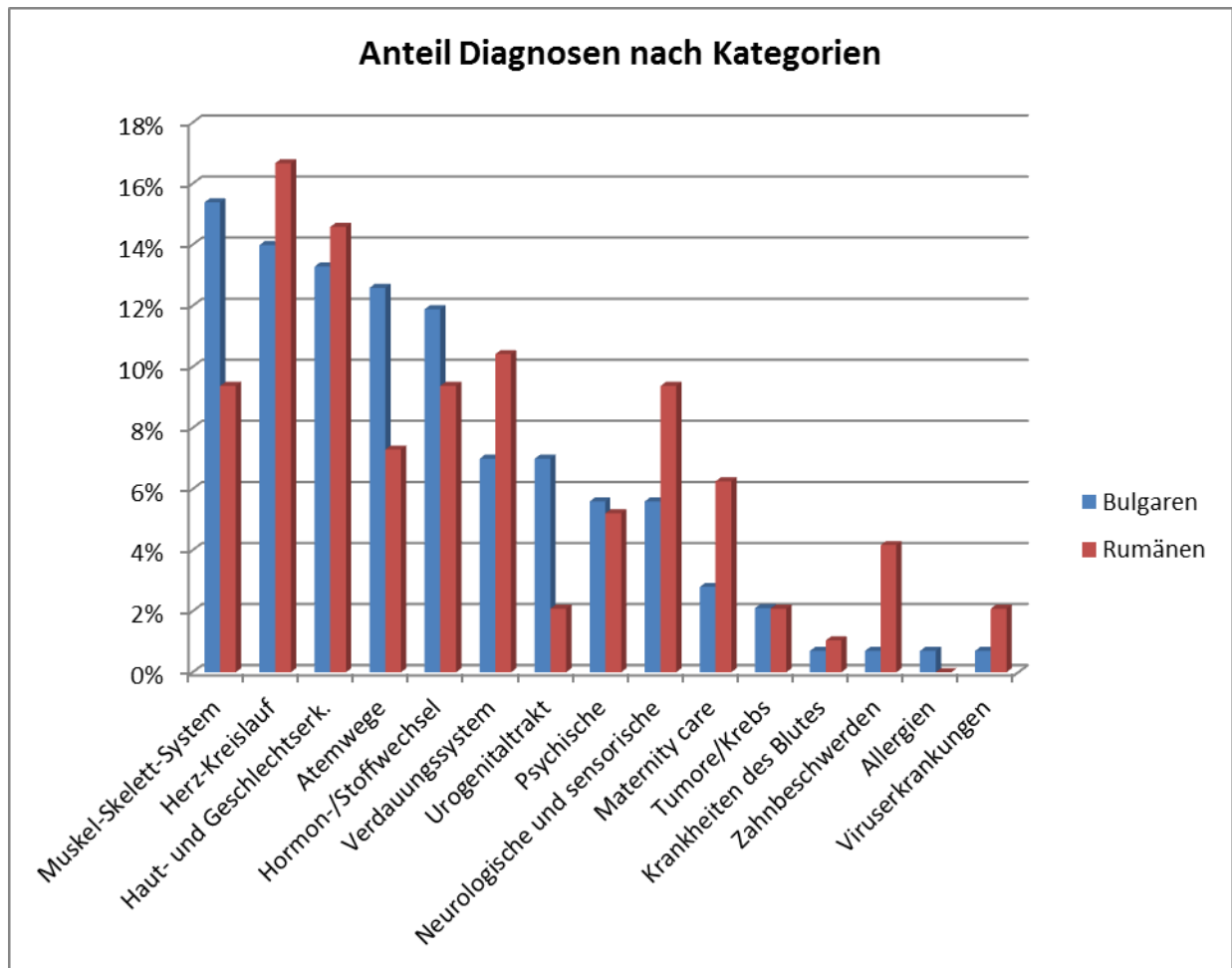




Nationalität

Diagnosekategorien nach Nationalität

Diagnosekategorien		Bulgarien		Rumänien	
		Summe der Diagnosen	% aller Diagnosen	Summe der Diagnosen	% aller Diagnosen
Kat. A	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen	22	15%	9	9%
Kat. B	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	20	14%	16	17%
Kat. C	Atemwegerkrankungen	18	13%	7	7%
Kat. D	Psychische Beeinträchtigungen	8	6%	5	5%
Kat. E	Neurologische und sensorische Erkrankungen	8	6%	9	9%
Kat. F	Erkrankungen des Verdauungssystems	10	7%	10	10%
Kat. G	Erkrankungen im Urogenitaltrakt	10	7%	2	2%
Kat. H	Haut- und Geschlechterkrankungen	19	13%	14	15%
Kat. I	Tumore/Krebs	3	2%	2	2%
Kat. J	Hormon-/Stoffwechselerkrankungen	17	12%	9	9%
Kat. K	Krankheiten des Blutes	1	1%	1	1%
Kat. L	Zahnbeschwerden	1	1%	4	4%
Kat. M	Allergien	1	1%		0%
Kat. N	Viruserkrankungen	1	1%	2	2%
	Maternity care	4	3%	6	6%



Chronische Krankheiten

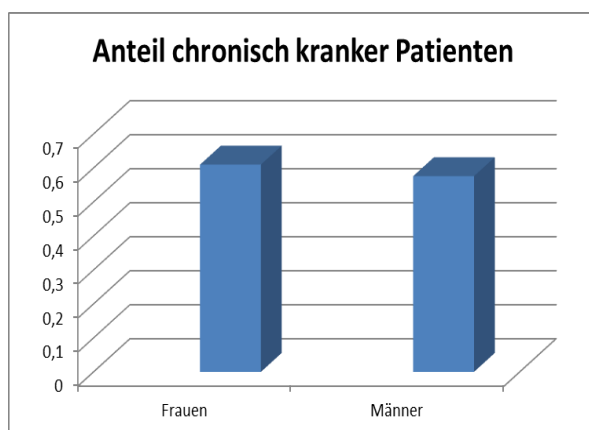
Gesamtgruppe

60% aller Patienten (44 Personen) wurden mit mindestens einer chronischen Krankheit diagnostiziert. Insgesamt wurden 73 Diagnosen von chronischen Krankheiten gestellt. Einen Patient wurde mit Maximum 4 chronischen Krankheiten diagnostiziert. Am häufigsten wurde Hypertonie diagnostiziert (23 Personen, 32% aller diagnostizierten chronischen Krankheiten), an zweiter Stelle sind Diabetes und Probleme mit der Wirbelsäule (jeweils 9 Personen, jeweils 12% aller Diagnosen).

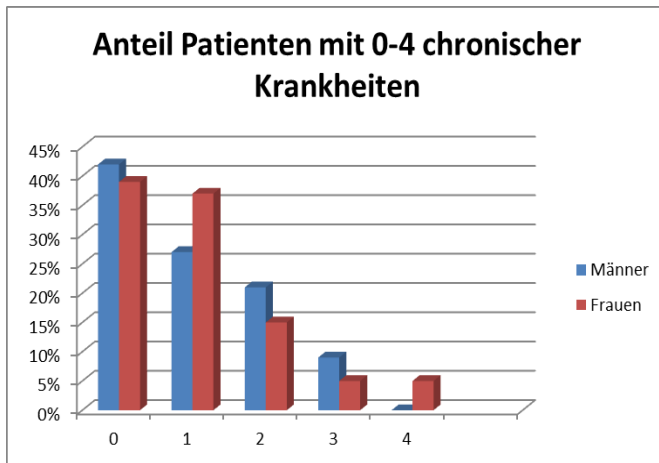
Frauen vs. Männer

Tabelle 5.2 Chronische Krankheiten nach Geschlecht

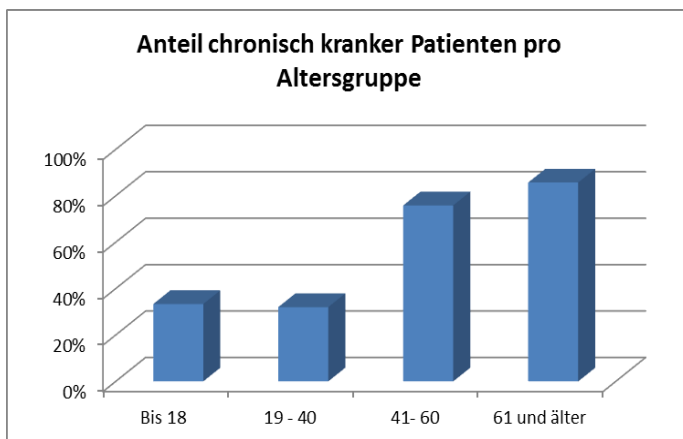
Anzahl chronischer Krankheiten	Frauen		Männer	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
0	16	39%	14	42%
1	15	37%	9	27%
2	6	15%	7	21%
3	2	5%	3	9%
4	2	5%	0	0
Summe	41	100%	33	100%



Anzahl chronischer Erkrankungen



Altersgruppen



Nationalität

