ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Wald, Nina

Article

Gewaltsame Vertreibung beeinträchtigt die Gesundheit von Kindern in Kolumbien

DIW Wochenbericht

Provided in Cooperation with:
German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Wald, Nina (2014) : Gewaltsame Vertreibung beeinträchtigt die Gesundheit von Kindern in Kolumbien, DIW Wochenbericht, ISSN 1860-8787, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 81, Iss. 46, pp. 1191-1197

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/104049

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Gewaltsame Vertreibung beeinträchtigt die Gesundheit von Kindern in Kolumbien

Von Nina Wald

Kolumbien ist nach Syrien das Land mit der weltweit größten Anzahl an Binnenflüchtlingen. Der jahrzehntelange und bis heute andauernde bewaffnete Konflikt zwischen der kolumbianischen Polizei und den Streitkräften, paramilitärischen Gruppen und Guerillagruppierungen hat 5,7 Millionen Menschen aus ihren Heimatregionen vertrieben – mehr als zehn Prozent der Bevölkerung. Ein Großteil sind Frauen und Kinder, die meist vom Land in die Elendsviertel der Städte geflohen sind und dort unter prekären Lebensumständen und mangelhafter Hygiene leiden. Eine Studie des DIW Berlin zeigt, dass diese gewaltsame Vertreibung die Gesundheit von Kindern in Kolumbien negativ beeinflusst. So waren vertriebene Babys und Kleinkinder signifikant häufiger mangelernährt als nicht vertriebene Kinder der gleichen Altersgruppe. Eltern aus Flüchtlingshaushalten beurteilen den Gesundheitszustand ihrer Kinder zudem deutlich schlechter. Auch sind sie wesentlich seltener krankenversichert, was den Zugang zu Gesundheitsleistungen und Medikamenten erschwert und verteuert.

Für Industrieländer haben bereits mehrere Studien den Einfluss von Schocks – wie Umweltverschmutzung oder der Arbeitsplatzverlust der Eltern – auf die Kindergesundheit untersucht. Auch für Entwicklungsländer gibt es solche Studien, die beispielsweise den Einfluss von Umweltkatastrophen analysieren. Effekte eines weiteren exogenen Schocks, Krieg und Vertreibung, auf die kindliche Gesundheit wurden bisher aber fast ausschließlich für einige afrikanische und asiatische Staaten nachgewiesen. Demzufolge leiden insbesondere Babys und Kleinkinder unter Mangelernährung und einem geringeren Geburtsgewicht.[1] Für Lateinamerika – insbesondere Kolumbien – gibt es solche Analysen bisher kaum.[2]

Die kindliche Gesundheit ist (neben weiteren Faktoren) entscheidend für eine altersentsprechende Entwicklung: Sie hat einen langfristigen und prägenden Einfluss auf kognitive Fähigkeiten wie den Bildungserfolg und sozioökonomische Faktoren wie Einkommen, Teilnahme am Arbeitsmarkt und die Gesundheit als Erwachsener.[3] Die vorliegende Studie des DIW Berlin untersucht deshalb, wie sich Flucht und gewaltsame Vertreibung auf

1 Siehe zum Beispiel Akresh, R., Verwimp, P., Bundervoet, T. (2011): Civil War, Crop Failure, and Child Stunting in Rwanda. Economic Development and Cultural Change 59(4), 777–810; Bundervoet, T., Verwimp, P., Akresh, R. (2009): Health and Civil War in Rural Burundi. Journal of Human Resources 44(2), 536–563; Mansour, H., Rees, D. (2012): Armed Conflict and Birth Weight: Evidence from the Al-Aqsa Intifada. Journal of Development Economics 99(1), 190–199.

2 Es gibt eine Studie zu Kolumbien, bei der Camacho herausfindet, dass Explosionen von Landminen während der Schwangerschaft zu einem geringeren Geburtsgewicht der betroffenen Kinder führen. Vgl. Camacho, A. (2008): Stress and Birth Weight: Evidence from Terrorist Attacks. American Economic Review 98(2), 511–515.

3 Hierzu gibt es eine Fülle an Literatur, nachfolgend werden einige Beispiele genannt: Almond D., Currie, J. (2011): Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis. Journal of Economic Perspectives 25(3), 153–72; Case, A., Fertig, A., Paxson, C. (2005): The Lasting Impact of Childhood Health and Circumstance. Journal of Health Economics 24, 365–389; Glewwe, P., Jacoby, H., King, E. (2001): Early Childhood Nutrition and Academic Achievement: a Longitudinal Analysis. Journal of Public Economics 81(3), 345–368; Maurer, J. (2010): Height, Education and Later-Life Cognition in Latin America and the Caribbean. Economics & Human Biology 8(2), 168–176; Van den Berg, G., Lindeboom, M., Portrait, F. (2006): Economic Conditions Early in Life and Individual Mortality. American Economic Review 96(1), 290–302.

Kasten 1

Vertreibung in Kolumbien

Vertreibungen werden sowohl durch Auseinandersetzungen von Paramilitär und Guerilla mit dem Militär verursacht als auch dadurch, dass diese bewaffneten Gruppen Individuen und Gemeinden direkt bedrohen. Überdurchschnittlich oft betroffen sind Afrokolumbianer und indigene Völker.[1]

Die Mehrzahl der Binnenflüchtlinge verlässt die Heimatgemeinde als kleinere Gruppe oder Familie; Massenflucht ist eher selten in Kolumbien. Die meisten Personen fliehen vom Land in die Stadt, auch wenn in letzter Zeit immer öfter Fluchten von einer Stadt in eine andere beobachtet werden konnten. Eine Besonderheit in Kolumbien – verglichen mit vielen anderen Flüchtlingsregionen in der Welt – ist, dass es keine Flüchtlingslager gibt. Stattdessen lassen sich die Vertriebenen meist in Elendsquartieren am Rande der Städte nieder. Dort leben sie in der Regel unter sehr schlechten Bedingungen, ohne angemessenen Wohnraum und mit beschränkten Möglichkeiten, ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Auch dort sind sie häufig durch bewaffnete Gruppen bedroht. Obwohl in den vergangenen Jahren der Zugang zu Hilfsprogrammen für Flüchtlinge verbessert wurde, haben bisher nur wenige eine finanzielle Entschädigung erhalten. Oft sind die zuständigen Behörden mit der Organisation schlicht überfordert.[2]

1 Internal Displacement Monitoring Centre (2013): Colombia: Internal Displacement in brief. www.internal-displacement.org/americas/colombia/summary/, abgerufen am 21. Oktober 2014.

2 Internal Displacement Monitoring Centre (2013), a. a. O.

die Gesundheit und den Krankenversicherungsstatus von Kindern in Kolumbien auswirken.[4]

Statistische Indikatoren zeigen, …

Die Vertreibung der Bevölkerung durch paramilitärische Gruppen und Guerillagruppierungen ist in Kolumbien ein großes soziales Problem (Kasten 1). Dementsprechend spielt das Thema auch in Umfragen eine Rolle. Die Daten für die vorliegende Analyse stammen aus dem *Demographic and Health Survey 2010* (Kasten 2). Da sich Kinder verschiedenen Alters hinsichtlich ihres Entwicklungsstandes erheblich voneinander unterscheiden und der Einfluss von Vertreibung auf die Gesundheit daher unterschiedlich ausfallen kann, sind sie in drei Gruppen eingeteilt: Babys und Kleinkinder (0–4 Jahre), Grundschulkinder (5–12 Jahre) und Jugendliche (13–18 Jahre).

… dass Flüchtlingskinder eine schlechtere Gesundheit haben

Die Analyse der Daten zeigt, dass Flüchtlingskinder aller Altersgruppen bei gesundheitsbezogenen Variablen durchweg schlechter abschneiden als ihre Altersgenossen aus der Vergleichsgruppe (Tabelle). So sind Kinder aus vertriebenen Familien signifikant häufiger mangelernährt, wie der niedrigere *Height-for-age Z-Score* zeigt, ein standardisierter Index, der die Körpergröße ins Verhältnis zu Alter und Geschlecht setzt. Darüber hinaus beurteilen Eltern aus Flüchtlingsfamilien den Gesundheitszustand ihrer Kinder schlechter. Neben der Mangelernährung oder bestimmten Krankheiten kann dafür auch ausschlaggebend sein, dass die Kinder durch Krieg und Vertreibung traumatisiert werden. Flüchtlingskinder sind außerdem seltener krankenversichert als andere Kinder, was im Krankheitsfall den Zugang zu medizinischer Hilfe erschwert.

… dass Kinder aus vertriebenen Familien häufiger in prekären Verhältnissen aufwachsen

Auch im Hinblick auf den sozioökonomischen Hintergrund gibt es signifikante Unterschiede zwischen Flüchtlingsfamilien und den übrigen Familien. So stammen vertriebene Kinder häufiger aus größeren und ärmeren Haushalten; zudem ist die Mutter weniger gebildet als in der Vergleichsgruppe nicht vertriebener Familien. Schon im Grundschulalter weisen Flüchtlingskinder einen Bildungsrückstand (gemessen in Schuljahren) im Vergleich zu ihren nicht vertriebenen Klassenkameraden auf, der sich im Jugendalter zwischen 13 und 18 Jahren noch vergrößert. Die Auswertung zeigt zudem, dass Flüchtlingskinder häufiger an Wohlfahrtsprogrammen wie *Familias en Acción* teilnehmen, was ein zusätzliches Indiz für ihre Bedürftigkeit ist.

Die Flüchtlingskinder höherer Altersgruppen leben mit einer größeren Wahrscheinlichkeit in einem Haushalt mit einer alleinerziehenden Mutter. Nach einer Flucht verschiebt sich oft die Rollenverteilung innerhalb der Familie: Für Männer, die zuvor den Hauptteil zum Familieneinkommen beigetragen haben, ist es schwieriger, in Städten – in die Familien in der Regel fliehen – eine Arbeit zu finden. Frauen hingegen finden öfter eine Anstellung als Kindermädchen oder Haushaltshilfe, weshalb ihr Beitrag zum Haushaltseinkommen steigt. Dies führt nicht selten dazu, dass Männer frustriert sind und Frauen und Kinder häufiger unter häus-

4 Die Studie basiert auf dem Diskussionspapier Wald, N. (2014): The Impact of Displacement on Child Health: Evidence from Colombia's DHS 2010. DIW Discussion Papers 1420.

Kasten 2

Der Datensatz

Die Daten für die vorliegende Analyse des DIW Berlin stammen aus dem *Demographic and Health Survey* (DHS) 2010. Dies ist eine detaillierte und repräsentative Haushaltsumfrage in Schwellen- und Entwicklungsländern, die alle fünf Jahre Aspekte in den Themenbereichen Gesundheit, Fortpflanzung, Demographie und Ernährung abfragt. Ein Schwerpunkt der Datensammlung liegt auf Frauen im Alter von 13 bis 49 Jahren und Kindern unter fünf Jahren. Neben gesundheitsbezogenen Daten werden auch Haushalts- und Individualdaten erhoben.

In die vorliegende Analyse sind drei verschiedene Gesundheitsvariablen eingeflossen. Zunächst der *Height-for-age Z-Score*: Dieser gängige Indikator macht eine Aussage über den Ernährungszustand eines Kindes. Ein Wert kleiner als –2 ist ein Anzeichen für eine moderate chronische Unterernährung und ein Wert kleiner als –3 ein Anzeichen für schwere chronische Unterernährung.

Für das zweite Gesundheitsmaß beurteilen die Eltern die Gesundheit ihres Kindes auf einer Skala von 1 (exzellent) bis 5 (schlecht). Der Vorteil ist, dass in dieses Maß auch gesundheitliche Aspekte einfließen, die sich in der kurzen Interviewzeit nicht messen lassen, etwa psychische Probleme oder die soziale und kognitive Entwicklung eines Kindes. Außerdem ist davon auszugehen, dass Eltern ihr Kind am besten kennen und daher auch dessen Gesundheitszustand am besten einschätzen können.

Für die dritte verwendete Variable wird erhoben, ob ein Kind krankenversichert ist oder nicht. Diese Frage ist insbesondere für Kolumbien relevant, da das geförderte Versicherungsmodell in diesem Land direkt von der jeweiligen Heimatgemeinde abhängt, die nach einer Vertreibung eine andere ist, was oftmals zum Verlust des Versicherungsschutzes führt.

Die drei genannten Variablen fassen die gesundheitliche Situation der Flüchtlingskinder bestmöglich zusammen. Diese leiden vor allem unter schlechten hygienischen Zuständen. Hinzu kommt häufig, dass vertriebene Familien in extremer Armut leben und es sich nicht leisten können, genügend Nahrungsmittel für ihre Kinder zu kaufen. Durch Kriegs- und Gewalterfahrungen in ihren Ursprungsgemeinden und durch die schwierigen Lebensverhältnisse, in denen Binnenflüchtlinge an ihrem neuen Ort leben, werden psychische Krankheiten wie Ängste, Depressionen oder aggressives Verhalten begünstigt. Ungefähr 67 Prozent der vertriebenen Haushalte gaben an, dass sie unter psychosozialen Problemen litten. Von diesen suchten 24 Prozent Hilfe, aber nur 15 Prozent erhielten Unterstützung. Dies liegt daran, dass viele Binnenflüchtlinge keine Krankenversicherung haben und sich folglich keine medizinische Hilfe leisten können.[1]

1 Carrillo, A. (2009): Internal Displacement in Colombia: Humanitarian, Economic and Social Consequences in Urban Settings and Current Challenges. International Review of the Red Cross 91(875), 527–546.

Tabelle

Unterschiede zwischen vertriebenen und nicht vertriebenen Kindern

	Altersgruppe 0 bis 4 Jahre			Altersgruppe 5 bis 12 Jahre			Altersgruppe 13 bis 18 Jahre		
	Nicht vertrieben	Vertrieben	Unterschied	Nicht vertrieben	Vertrieben	Unterschied	Nicht vertrieben	Vertrieben	Unterschied
Height-for-Age Z-Score	–0,862	–1,129	0,267***	–0,716	–0,892	0,176***	–0,464	–0,713	0,249***
Subjektiver Gesundheitszustand[1]	2,709	2,881	–0,173***	2,735	2,916	–0,181***	2,801	2,976	–0,175***
Hat Krankenversicherung	0,83	0,685	0,145***	0,9	0,767	0,133***	0,895	0,747	0,148***
Haushaltsgröße	5,478	6,41	–0,932***	5,448	6,164	–0,715***	5,424	6,16	–0,736***
Alleinerziehender Haushalt	0,27	0,268	0,003	0,286	0,329	–0,043***	0,319	0,423	–0,104***
Familie ist arm	0,637	0,695	–0,058**	0,604	0,709	–0,106***	0,553	0,691	–0,138***
Teilnahme Familias en Acción	0,166	0,214	–0,047**	0,292	0,356	–0,064***	0,194	0,274	–0,080***
Mutter: Anzahl der Schuljahre	4,021	3,59	0,430***						
Kind: Anzahl der Schuljahre				2,129	1,821	0,309***	7,564	6,432	1,132***
Afrokolumbianer	0,11	0,149	–0,040**	0,104	0,129	–0,025**	0,099	0,122	–0,023
Indigene Minderheit	0,135	0,125	0,009	0,122	0,145	–0,023*	0,103	0,197	–0,093***
Beobachtungen	15,679	295		25,885	691		16,200	376	

*Statistische Signifikanz der Unterschiede: *** = Ein-Prozent-Niveau, ** = Fünf-Prozent-Niveau und * = Zehn-Prozent-Niveau*
1 Höhere Werte korrespondieren mit einem schlechteren Gesundheitszustand.

Quellen: Demographic and Health Survey 2010; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Statistische Indikatoren zeigen, dass sich vertriebene Kinder stark von nicht vertriebenen unterscheiden.

Kasten 3

Methodik

Um herauszufinden, ob gewaltsame Vertreibung einen kausalen Effekt auf die Kindergesundheit hat, also die direkte Ursache für die beobachteten gesundheitlichen Veränderungen ist, gibt es mehrere Möglichkeiten. Alle Strategien basieren auf einem Vergleich der Gesundheit vertriebener Kinder mit der Gesundheit nicht vertriebener Kinder. Hierzu werden die Kinder in zwei Gruppen eingeteilt: Flüchtlingskinder einerseits sowie die nicht vertriebenen Kinder als Kontrollgruppe andererseits.

Zusätzlich muss jedoch beachtet werden, dass sich die Kinder beider Gruppen auch in anderen Merkmalen unterscheiden, die ebenfalls einen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Wenn man diese Merkmale ignoriert, erhält man verzerrte Ergebnisse. Um den Effekt der Vertreibung zu isolieren, werden in der Berechnung weitere Variablen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Kindergesundheit und Mitgliedschaft in einer Krankenkasse haben können, berücksichtigt. Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse beruhen auf einem linearen Regressionsmodell:

$$\Delta Reg_{ATT} = E(Y_1 - Y_0 | X, D=1) = X(\beta_1 - \beta_0) + E(U_1 - U_0 | X, D=1)$$

Y_1 stellt das Ergebnis der Gruppe der Flüchtlingskinder dar und Y_0 das Ergebnis der Kontrollgruppe. X beinhaltet die übrigen unabhängigen Variablen, U_1 beziehungsweise U_0 den Fehlerterm für die Flüchtlingskinder- und die Kontrollgruppe. D ist eine dichotome Variable, die für vertriebene Personen den Wert 1 annimmt. Diese Gleichung besagt, dass der Vertreibungseffekt als Unterschied zwischen vertriebenen und nicht vertriebenen Kindern berechnet wird, unter Einbezug möglichst vieler anderer unabhängiger Variablen, die ebenfalls die Gesundheit beeinflussen. Dieser Effekt wird zusätzlich auch mit der Methode des *Propensity Score Matching* berechnet.[1]

Im vorliegenden Bericht steht Y für die drei gesundheitsbezogenen Variablen Height-for-age Z-Score, subjektiver Gesundheitszustand und Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung. X beinhaltet individuelle und Haushaltcharakteristika wie Alter, Geschlecht, Bildung, Teilnahme an Wohlfahrtsprogrammen, Haushaltsgröße und Zugang zu Infrastruktur.

1 Diese Ergebnisse werden ausführlich beschrieben in Wald, N. (2014): The Impact of Displacement on Child Health: Evidence from Colombia's DHS 2010. DIW Discussion Papers 1420.

licher Gewalt leiden.[5] Auf lange Sicht verlassen die Männer die Familie oder werden von ihr verlassen, was den größeren Anteil alleinerziehender Frauen unter Binnenflüchtlingen erklärt.

Flüchtlingskinder gehören darüber hinaus öfter als andere Kinder ethnischen Minderheiten wie den Afrokolumbianern oder indigenen Völkern an. Dies dürfte daran liegen, dass Gebiete, in denen ethnische Minderheiten leben, überproportional von dem bewaffneten Konflikt und damit von Vertreibung betroffen sind.[6]

Regressionsanalysen bestätigen, …

Ob Krieg und Vertreibung tatsächlich die Ursache für die schlechten gesundheitlichen Ergebnisse vertriebener Kinder sind, oder ob es sich lediglich um statistische Zusammenhänge – also Korrelationen – handelt und die zuvor genannten sozioökonomischen Hintergründe entscheidend sind, bleibt zunächst offen. Möglich wäre beispielsweise, dass das Bildungsniveau der Mutter oder die finanzielle Situation einer Familie Ursachen für die schlechtere Gesundheit der Kinder sind. Um den tatsächlichen Einfluss gewaltsamer Vertreibung zu überprüfen, ist daher eine kausale Untersuchung mittels Regressionsanalysen nötig. Dafür nutzt die vorliegende Studie unter anderem das Verfahren des *Propensity Score Matching* (Kasten 3). Dabei werden für die Flüchtlingskinder statistische Zwillinge gesucht, also nicht vertriebene Kinder, die nahezu identische sozioökonomische Merkmale haben. In der so gewonnenen Stichprobe unterscheiden sich die Kinder letztlich also lediglich dahingehend, ob sie vertrieben wurden oder nicht.

… dass Vertreibung die Ursache ist für Mangelernährung bei Kleinkindern

Die Regressionsanalysen bestätigen, dass Vertreibung – unter Berücksichtigung anderer Faktoren wie Armut, Haushaltsgröße, Bildung der Mutter, Alter oder Geschlecht – einen signifikant negativen Einfluss auf den Ernährungszustand von Kleinkindern hat (Abbil-

5 Calderón, V., Gáfaro, M., Ibáñez, A. (2011): Forced Migration, Female Labor Force Participation, and Intra-household Bargaining: Does Conflict Empower Women? MICROCON Research Working Paper 56. A Micro Level Analysis of Violent Conflict.

6 Internal Displacement Monitoring Centre (2013): Colombia: Internal Displacement in brief. www.internal-displacement.org/americas/colombia/summary/, abgerufen am 21. Oktober 2014.

dung 1). Erklärungsansätze dafür gibt es in der Literatur gleich mehrere:[7] Zum einen werden in Konfliktgebieten Ernten vernichtet, was viele Familien dazu veranlasst, ihre Heimatgemeinde zu verlassen und in die Städte zu flüchten. Zum anderen leiden vertriebene Familien häufig unter Nahrungsmittelknappheit oder zu niedrigen Nährwerten der noch vorhandenen Nahrung.

Bei älteren Kindern zwischen fünf und 18 Jahren hat Vertreibung dagegen keinen signifikanten Einfluss mehr auf den Ernährungszustand. Diese Kinder scheinen weniger anfällig für Mangelernährung zu sein und können von aufgebauten körperlichen Reserven zehren.

… dass Eltern von Flüchtlingskindern deren Gesundheitszustand schlechter beurteilen

Flucht und Vertreibung führen dazu, dass die Eltern von Flüchtlingskindern deren Gesundheitszustand schlechter beurteilen als Eltern nicht vertriebener Kinder (Abbildung 2). Dieser Effekt bleibt auch dann bestehen, wenn man andere Faktoren, die den Gesundheitszustand ebenfalls beeinflussen können, berücksichtigt. Die Gründe können vielfältig sein: Zum einen werden Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder als schlecht bewerten, wenn diese unter Krankheiten leiden oder mangelernährt sind, was bei Flüchtlingskindern häufiger der Fall ist. Zum anderen können sowohl psychische Probleme der Kinder sowie kognitive und soziale Entwicklungsrückstände als auch Traumatisierung dazu führen, dass Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder als schlecht bewerten. Es ist bekannt, dass Flüchtlingskinder in Kolumbien öfter unter psychischen Problemen leiden als ihre Altersgenossen aus der Vergleichsgruppe, was direkt auf den bewaffneten Konflikt zurückzuführen ist.[8]

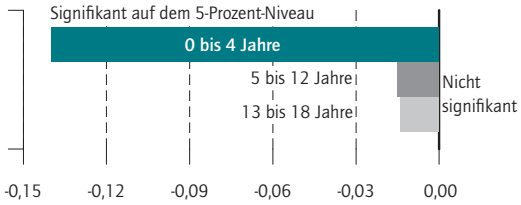
… dass Flüchtlingskinder signifikant seltener krankenversichert sind

Gewaltsam vertriebene Kinder sind signifikant seltener krankenversichert: Über alle Altersgruppen hinweg sinkt die Wahrscheinlichkeit um etwa zwölf bis 15 Prozentpunkte (Abbildung 3). Dieser Effekt lässt sich auch durch das kolumbianische Krankenversicherungssystem erklären (Kasten 4). Der Versicherungsschutz ist für arme Personen an deren Heimatgemeinde geknüpft, die sie finanziell unterstützt. Verlassen Familien nun ihre Gemeinde oder werden vertrieben, haben sie keinen Versicherungsschutz mehr und müssen sich in ihrer neuen Gemeinde erneut für eine Krankenversicherung bewerben. Die Plätze sind allerdings begrenzt und oft verzichten die Vertriebenen sogar freiwillig auf den Versicherungsschutz, um ihrer alten Gemeinde aus Angst um ihr Leben die neue Adresse verheimlichen zu können. Flüchtlingskinder verlieren folglich ihren Versicherungsschutz, obwohl sie ihn aufgrund der gesund-

Abbildung 1

Auswirkungen von Vertreibung auf den Ernährungszustand

Marginaleffekt auf den Ernährungszustand (Height-for-age Z-Score)[1]



1 Die Regressionen enthalten noch weitere erklärende Variablen, die hier nicht dargestellt wurden. Jeder Balken steht für eine Regressionsgleichung.

Quellen: Demographic and Health Survey 2010; Berechnungen des DIW Berlin.

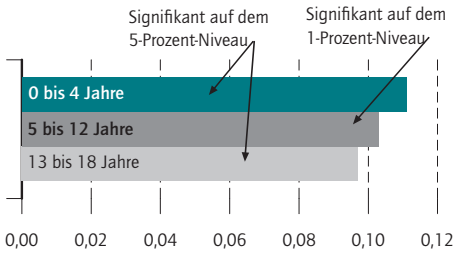
© DIW Berlin 2014

Vertreibung verschlechtert den Ernährungszustand von Babys und Kleinkindern um 14 Prozent einer Standardabweichung.

Abbildung 2

Effekt von Vertreibung auf den subjektiven Gesundheitszustand[1]

Marginaleffekt[2]



1 Höhere Werte korrespondieren mit einem schlechteren Gesundheitszustand.
2 Die Regressionen enthalten noch weitere erklärende Variablen, die hier nicht dargestellt wurden. Jeder Balken steht für eine Regressionsgleichung.

Quellen: Demographic and Health Survey 2010; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

In Flüchtlingsfamilien beurteilen die Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder signifikant schlechter.

7 Siehe zum Beispiel Bundervoet, T. et al. (2009), a. a. O.

8 Siehe zum Beispiel Flink, I., Restrepo, M., Blanco, D., Ortegon, M., Enriquez, C., Beirens, T., Raat, H. (2013): Mental health of internally displaced preschool children: a cross-sectional study conducted in Bogotá, Colombia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 48(6), 917–926.

Kasten 4

Das Krankenversicherungssystem in Kolumbien

Offiziell hat jeder Kolumbianer Zugang zu einer Basisgesundheitsversorgung. Dafür gibt es drei verschiedene Systeme. Das erste ist das sogenannte Beitragsmodell, das für Angestellte und Selbständige, die mindestens das Doppelte des Mindestlohns verdienen, verpflichtend ist. Das zweite ist ein gefördertes Modell, welches für arme Haushalte eingeführt wurde, die so Zugang zu einer Basisgesundheitsversorgung haben, obwohl sie sich keine Krankenversicherung leisten können. Um ein Mitglied einer geförderten Krankenversicherung zu werden, müssen sich die Kolumbianer bei ihrer jeweiligen Gemeinde bewerben. Diese stellt zunächst fest, ob die Bewerber die Voraussetzungen erfüllen, ob sie also offiziell als arm eingruppiert werden. Ist das der Fall und hat die Gemeinde noch freie Plätze in dem geförderten Modell, erhält der Bürger eine Krankenkarte, mit der er medizinische Leistungen in dieser Gemeinde in Anspruch nehmen kann. Weil es jedoch nicht genügend Plätze in dem geförderten Modell gibt, existiert parallel noch das *Vinculados*-Modell, das für diejenigen vorgesehen ist, die vorübergehend nicht in den ersten beiden Modellen versichert sind.[1] Hier haben die Bürger Zugang zu einer Notfallversorgung, müssen jedoch einen Anteil von 30 Prozent der Kosten selbst tragen, was für einen armen Haushalt eine schwere Belastung ist.[2]

Das Design des Gesundheitssystems stellt Binnenflüchtlinge vor große Herausforderungen: Die Mehrzahl der Flüchtlinge galt schon vor ihrer Flucht als arm, so dass sie entweder dem geförderten oder dem *Vinculados*-Modell angehörten. Wenn eine Person, die Mitglied einer geförderten Krankenversicherung war, flieht und dadurch ihre Gemeinde verlässt, muss sie sich in der neuen Gemeinde erneut um die Mitgliedschaft in einer geförderten Krankenversicherung bewerben. Dies bringt gleich mehrere Schwierigkeiten mit sich. Erstens sind die Vertriebenen während einer Übergangszeit – mindestens die Zeit der Flucht – überhaupt nicht versichert. Zweitens muss die alte Gemeinde die Gesundheitsakte ihres Mitglieds freigeben, tut dies aber nicht in allen Fällen.[3] Und drittens ist es möglich, dass es keine Plätze mehr im geförderten Modell gibt und den Vertriebenen so nur noch die Möglichkeit bleibt, sich für das *Vinculados*-Modell anzumelden. Viele Vertriebene verzichten zudem freiwillig darauf, sich bei ihrer neuen Gemeinde um eine Krankenversicherung zu bewerben, da sie im Bewerbungsprozess ihre alte Gemeinde angeben müssen. Dadurch wäre der alten Gemeinde der neue Wohnsitz der Flüchtlinge bekannt, was deren Leben in Gefahr bringen könnte.[4]

1 Cabrera, E. (2011): The Subsidized Health-care Scheme in the Social Protection System – Colombia. In: UNDP: Sharing Innovative Experiences. Successful Social Protection Floor Experiences. New York, USA, Volume 18, 211–238.

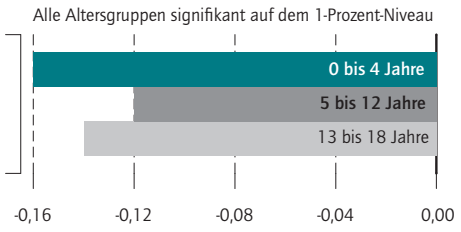
2 Human Rights Watch (2005): Colombia: Displaced and Discarded. The Plight of Internally Displaced Persons in Bogotá and Cartagena. Human Rights Watch Report 17 4(B). New York, USA.

3 Webster, P. (2012): Treating the Displaced. Canadian Medical Association Journal 184(6), 291–292.

4 Human Rights Watch (2005), a. a. O.

Abbildung 3

Einfluss von Flucht auf den Versicherungsstatus
Marginaleffekt auf die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung[1]



1 Die Regressionen enthalten noch weitere erklärende Variablen, die hier nicht dargestellt wurden. Jeder Balken steht für eine Regressionsgleichung.

Quellen: Demographic and Health Survey 2010; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Kinder aus Flüchtlingsfamilien sind signifikant seltener krankenversichert.

heitlichen Probleme und armen finanziellen Verhältnisse umso dringender brauchen würden.

Fazit

Flucht und Vertreibung in Kolumbien beeinträchtigen die Gesundheit von Kindern maßgeblich. Die Studie des DIW Berlin zeigt, dass dies insbesondere bei Babys und Kleinkindern der Fall ist, die signifikant häufiger mangelernährt sind als gleichaltrige Kinder, die nicht vertrieben wurden. Negative gesundheitliche Effekte lassen sich aber auch für die anderen Altersgruppen feststellen – also für alle Kinder von der Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Dieses Ergebnis lässt sich sowohl durch somatische als auch durch psychische Krankheiten erklären, die oftmals eine direkte Folge von Kriegs- und Fluchterlebnissen sind. Ein weiteres Resultat der Studie ist, dass eine Flucht häufig den Krankenversicherungsschutz unterbricht und Flüchtlingskinder in ihrer neuen Gemeinde oft un-

versichert bleiben, weil sie entweder keinen Platz in der geförderten Versicherung erhalten oder die Eltern ihrer alten Gemeinde den neuen Wohnort nicht preisgeben möchten.

Für Gesundheitspolitiker und Organisationen, die Vertriebene betreuen, ist es besonders wichtig herauszufinden, über welche Kanäle sich Vertreibung auf die Kindergesundheit auswirkt, um gezielt gegensteuern zu können. Ansatzpunkte im Fall Kolumbiens wären beispielsweise speziell auf den Nährstoffbedarf von Kleinkindern zugeschnittene Nahrungspakete für Binnenflüchtlinge, eine psychologische Betreuung der vertriebenen Familien und eine erleichterte Aufnahme in die Krankenversicherung ohne Nennung der Ursprungsgemeinde. So hätten Flüchtlingskinder die Chance, gesünder aufzuwachsen und ihr Potential im weiteren Lebensverlauf besser ausschöpfen zu können.

Nina Wald ist Doktorandin in der Abteilung Entwicklung und Sicherheit | nwald@diw.de

FORCED DISPLACEMENT DETRIMENTAL TO THE HEALTH OF CHILDREN IN COLOMBIA

Abstract: Colombia has the highest number of internally displaced refugees in the world after Syria. The decade-long ongoing armed conflict between the Colombian police and the armed forces, paramilitaries, and guerilla groups has caused 5.7 million people—more than ten percent of the population—to flee their homelands. Many of them are women and children, driven off their lands, in most cases, to the misery of precarious living conditions and poor hygiene in destitute urban districts. A study by DIW Berlin shows that this forced displacement is detrimental to the health of children in Colombia, with displaced babies and toddlers, for example, suffering from malnourishment far more frequently than non-displaced children in the same age group. Parents from displaced households also perceived their children's state of health to be considerably worse. In addition, their probable lack of health insurance hampers access to health services and medicine.

JEL: C21, D19, I13, O54

Keywords: Child health, armed conflict, displacement, Colombia

DIW Berlin

DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
T +49 30 897 89 -0
F +49 30 897 89 -200
www.diw.de
81. Jahrgang

Herausgeber
Prof. Dr. Pio Baake
Prof. Dr. Tomaso Duso
Dr. Ferdinand Fichtner
Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.
Prof. Dr. Peter Haan
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Dr. Kati Krähnert
Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.
Prof. Dr. Jürgen Schupp
Prof. Dr. C. Katharina Spieß
Prof. Dr. Gert G. Wagner

Chefredaktion
Sabine Fiedler
Dr. Kurt Geppert

Redaktion
Renate Bogdanovic
Andreas Harasser
Sebastian Kollmann
Dr. Claudia Lambert
Marie Kristin Marten
Dr. Anika Rasner
Dr. Wolf-Peter Schill

Lektorat
Ronny Freier, Ph.D.
Dr. Daniel Kemptner
Dr. Jan Marcus
Dr.Frauke Peter
Dr. Anika Rasner

Pressestelle
Renate Bogdanovic
Tel. +49-30-89789-249
presse@diw.de

Vertrieb
DIW Berlin Leserservice
Postfach 74, 77649 Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. 01806 – 14 00 50 25,
20 Cent pro Anruf
ISSN 0012-1304

Gestaltung
Edenspiekermann

Satz
eScriptum GmbH & Co KG, Berlin

Druck
USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit Quellenangabe und unter Zusendung eines Belegexemplars an die Serviceabteilung Kommunikation des DIW Berlin (kundenservice@diw.de) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.