Projektbericht ViVac (Violence, Trust, and Vaccine Hesitancy)

Prof. Dr. Max Schaub, Universität Hamburg

1. Einleitung

Bewaffnete Konflikte gehören zu den gravierendsten Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit. Ihre Folgen lassen sich nicht nur an zerstörter Infrastruktur und direkten Opferzahlen ablesen. Studien zeigen, dass die indirekten Todesfälle – verursacht durch Mangelernährung, unterbrochene Gesundheitsversorgung oder vermeidbare Krankheiten – die Zahl der direkt durch Waffengewalt Getöteten um ein Zwei- bis Vierfaches übersteigen (Ghobarah et al., 2003, 2004; McKay, 1998; Wagner et al., 2018). Besonders betroffen sind Kinder und Mütter, die in vielen Konfliktregionen kaum Zugang zu grundlegender medizinischer Versorgung haben (Bendavid et al., 2021; Wagner et al., 2019).

Nigeria ist hierfür ein besonders eindrückliches Beispiel. Das Land weist eine der weltweit höchsten Kindersterblichkeitsraten auf, und gerade im Nordosten – in den Bundesstaaten Borno, Yobe und Adamawa – haben jahrelange Angriffe durch Boko Haram und andere bewaffnete Gruppen das Gesundheitssystem stark geschwächt (Centre for Democracy and Development, 2022; Human Rights Watch, 2024). Krankenhäuser und Gesundheitsstationen wurden zerstört, Gesundheitspersonal floh aus unsicheren Regionen. Zugleich hat sich unter der Bevölkerung ein tiefes Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen entwickelt, das weit über den Sicherheitssektor hinausreicht und auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen betrifft.

Während die zerstörerische Wirkung von Gewalt auf die gesundheitliche Infrastruktur (Angebotsseite) relativ gut dokumentiert ist (Chi et al., 2015; Chukwuma et al., 2019; Iqbal, 2006; Kirschner & Finaret, 2021), ist bislang nur wenig darüber bekannt, wie Gewalt das Verhalten von Betroffenen (Nachfrageseite) beeinflusst (Adeyanju et al., 2025; Schaub, 2024). Genau hier setzte das Projekt **ViVac (Violence, Trust, and Vaccine Hesitancy)** an. Ziel war es, mit einer interdisziplinären Pilotstudie besser zu verstehen, wie sich Gewalterfahrungen auf das Vertrauen in staatliche Institutionen auswirken und wie dieses Vertrauen wiederum den Zugang zu Gesundheitsleistungen und Impfungen prägt. Mit einem Mixed-Methods-Design kombinierte das Projekt repräsentative quantitative Befragungen, qualitative Interviews und eine Fall-Kontroll-Studie, um die Mechanismen zwischen Gewalt, Vertrauen und Gesundheit systematisch zu erfassen.

ViVac wurde als einjähriges Pilotprojekt im Rahmen der GLOHRA-Förderung durchgeführt und sollte Machbarkeit und Relevanz des Ansatzes demonstrieren. Die gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für Anschlussforschung, die in Form neuer Studien und eines DFG-Antrags geplant ist.

2. Stand der Forschung

Die Forschung zu Gesundheit in Konfliktkontexten hat wiederholt gezeigt, dass bewaffnete Auseinandersetzungen mit erhöhten Sterblichkeitsraten und einer Verschlechterung gesundheitlicher Indikatoren einhergehen (Bendavid et al., 2021; Chi et al., 2015; McKay, 1998). Besonders eindrücklich ist der Befund, dass die Kindersterblichkeit in Ländern oft noch Jahre nach dem Ende eines Konflikts deutlich erhöht bleibt (Bendavid et al., 2021; Wagner et al., 2019). Bisherige Erklärungen haben vor allem auf die Angebotsseite verwiesen: Zerstörung von Krankenhäusern, Abwanderung von Gesundheitspersonal oder der Zusammenbruch von Versorgungsinfrastrukturen (Chi et al., 2015; Chukwuma et al., 2019; Iqbal, 2006; Kirschner & Finaret, 2021),.

Weniger gut untersucht ist die Nachfrageseite – also die Frage, wie Gewalt das Gesundheitsverhalten von Individuen und Familien beeinflusst (Adeyanju et al., 2025; Schaub, 2024). Aus politikwissenschaftlicher Forschung ist bekannt, dass Gewalt das Vertrauen in staatliche Institutionen massiv schwächen kann, oft über Generationen hinweg (De Juan & Pierskalla, 2016; Nunn & Wantchekon, 2011). Gleichzeitig gilt Vertrauen als entscheidender Prädiktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, insbesondere für präventive Maßnahmen wie Impfungen (Chukwuma et al., 2019; Stoop et al., 2021). Ob und wie diese beiden Befunde zusammenhängen – ob also Misstrauen nach Gewalt tatsächlich erklärt, warum Mütter ihre Kinder nicht impfen lassen – blieb bislang weitgehend unerforscht.

Eine systematische Übersichtsstudie, die im Rahmen von ViVac entstand und in *PLOS ONE* veröffentlicht wurde, hat den bisherigen Wissensstand für Subsahara-Afrika zusammengetragen (Adeyanju et al., 2025). Von 21 einbezogenen Studien berichtete die Mehrheit, dass Konfliktbelastung zu einer verringerten Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führte – beispielsweise weniger Vorsorgeuntersuchungen, Klinikgeburten oder Impfungen. Einzelne Studien zeigten allerdings auch gegenteilige Befunde, wenn etwa humanitäre Hilfsmaßnahmen gezielt die Versorgung verbessern konnten. Dies verdeutlicht, dass die Wirkungen kontextabhängig sind und nicht allein auf Infrastrukturzerstörung zurückgeführt werden können.

Mit dieser Forschungslage knüpft ViVac an zwei zentrale Lücken an: Erstens rückt es die Nachfrageseite systematisch in den Vordergrund, indem individuelles Gesundheitsverhalten untersucht wird. Zweitens fokussiert es auf **Vertrauen als möglichen Vermittlungsmechanismus** – ein Aspekt, der bisher nur selten empirisch überprüft wurde, obwohl er in Theorie und Praxis von zentraler Bedeutung ist.

3. Ziele des Projekts

Das Projekt **ViVac** verfolgte das Ziel, die Zusammenhänge zwischen Erfahrungen mit Gewalt, Vertrauen in staatliche Institutionen, Gesundheitskompetenz und Impfbereitschaft in Nordost-Nigeria zu untersuchen. Während frühere Studien vor allem die zerstörerischen Folgen von Konflikten auf die gesundheitliche Infrastruktur beschrieben haben, sollte ViVac den Blick auf die **individuelle Ebene des Gesundheitsverhaltens** richten.

Im Zentrum stand die Hypothese, dass Erfahrungen mit Gewalt das Vertrauen in staatliche Institutionen nachhaltig schwächen. Dieses Misstrauen überträgt sich auch auf den Gesundheitssektor und führt dazu, dass Mütter und Betreuungspersonen Vorsorgeuntersuchungen, Klinikbesuche oder Impfungen seltener wahrnehmen. Ziel war es, diesen Mechanismus empirisch zu prüfen und den Stellenwert von Vertrauen als Schlüsselvariable für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen herauszuarbeiten.

Darüber hinaus hatte ViVac mehrere spezifische Ziele:

- **Erhebung belastbarer Daten** in einem schwierigen Forschungsumfeld durch ein innovatives Mixed-Methods-Design.
- **Entwicklung eines theoretischen Rahmens** für den Zusammenhang von Gewalt, Vertrauen und Gesundheit.
- **Publikation der Ergebnisse** in internationalen Fachzeitschriften sowie Bereitstellung eines frei zugänglichen Datensatzes.
- **Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses** in Nigeria durch gemeinsame Feldarbeit und Publikationstätigkeit.
- **Politik- und Praxisrelevanz**: Austausch der Ergebnisse mit Vertreter:innen von Regierung und Zivilgesellschaft, um Ansatzpunkte für vertrauensbildende Maßnahmen im Gesundheitssektor zu identifizieren.

Das Projekt war als Pilotstudie angelegt und sollte die Machbarkeit und den wissenschaftlichen Mehrwert des Ansatzes zeigen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen als Grundlage für ein Anschlussprojekt, für das ein DFG-Sachmittelantrag vorbereitet wird.

4. Vorgehen und Methodik

ViVac setzte ein **interdisziplinäres Mixed-Methods-Design** um, das quantitative und qualitative Methoden miteinander kombinierte. Damit sollte einerseits ein repräsentatives Bild des Gesundheitsverhaltens in Nordost-Nigeria erfasst, andererseits aber auch ein vertieftes Verständnis der individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen gewonnen werden.

Die Arbeit war in fünf Work Packages (WP) gegliedert:

- **WP1: Theoriebildung und konzeptioneller Rahmen**
  Entwicklung eines integrativen Modells, das erklärt, wie Gewalt Vertrauen in staatliche Institutionen schwächt und dadurch Gesundheitsverhalten beeinflusst.
- **WP2: Forschungsdesign**
  Ausarbeitung des Mixed-Methods-Designs, Entwicklung des Haushaltsfragebogens und der Interviewleitfäden, Erstellung eines Pre-Analysis Plans.
- **WP3: Datenerhebung**
  Durchführung einer repräsentativen Haushaltsbefragung von 3.006 Betreuungspersonen in Borno, Yobe und Adamawa. Die Stichprobe wurde mit einem mehrstufig geschichteten Verfahren gezogen, sodass unterschiedliche Bevölkerungsgruppen abgebildet wurden. Ergänzt wurde dies durch 60 leitfadengestützte Einzelinterviews und 9 Fokusgruppen mit Müttern, Vätern, religiösen Autoritäten und Gesundheitspersonal.
- **WP4: Analyse**
  Quantitativ: Einsatz moderner Verfahren wie Matching und Mediationsanalysen, um Kausalzusammenhänge zu prüfen.
  Qualitativ: Transkription, Kodierung und thematische Auswertung mithilfe von NVivo.
- **WP5: Dissemination**
  Publikation der Ergebnisse in Open-Access-Fachzeitschriften, Freigabe eines anonymisierten Datensatzes über OSF, sowie ein Dissemination-Workshop mit Vertreter:innen der nigerianischen Regierung und NGOs (Kano, Januar 2025).

Besonderer Wert wurde auf **ethische Standards** gelegt. Die Studie erhielt die Genehmigung der nigerianischen National Health Research Ethics Committee (NHREC) sowie der Universität Konstanz. Alle Teilnehmenden gaben informierte Zustimmung, und es wurden Schutzmechanismen für besonders vulnerable Gruppen implementiert.

Die enge Zusammenarbeit mit lokalen Partnerinstitutionen – darunter Universitäten und Krankenhäuser in Maiduguri, Kano und Damaturu – war entscheidend für den Projekterfolg. Sie ermöglichte nicht nur Zugang zu den Zielgruppen, sondern stärkte auch die Forschungskapazitäten vor Ort.

5. Ergebnisse

Die im Rahmen von ViVac erhobenen und ausgewerteten Daten erlauben einen differenzierten Blick auf den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen, Vertrauen und Gesundheitsverhalten. Insgesamt wurden vier zentrale Studien realisiert: eine systematische Übersichtsstudie, eine repräsentative Befragung, eine Fall-Kontroll-Studie sowie eine qualitative Untersuchung mit Einzelinterviews und Fokusgruppen.

5.1 Systematische Übersichtsstudie

Im Februar 2025 veröffentlichte das Projektteam die erste systematische Übersichtsstudie (Adeyanju et al., 2025) zu den Auswirkungen bewaffneter Konflikte auf die Inanspruch-

nahme gesundheitlicher Dienstleistungen in Subsahara-Afrika (*PLOS ONE*). Die Analyse von 21 Studien ergab ein klares Muster:

- In der Mehrzahl der Fälle führt Gewalt zu einer geringeren Nutzung von Gesundheitsdiensten für Mütter und Kinder, etwa bei Vorsorgeuntersuchungen, Klinikgeburten oder Impfungen.
- Einzelne Studien dokumentieren dagegen auch positive Effekte – etwa wenn humanitäre Hilfe gezielt den Zugang verbessert oder wenn Gesundheitsleistungen durch internationale Organisationen temporär ausgeweitet werden.

Damit liefert die Übersichtsstudie den ersten umfassenden Nachweis, dass Gewaltkonflikte in Afrika meist negative Folgen für die Gesundheitssuche haben, auch wenn kontextspezifische Ausnahmen bestehen.

5.2 Repräsentative Befragung und Fall-Kontroll-Studie

Die im Sommer 2024 durchgeführte repräsentative Haushaltsbefragung von 3.006 Betreuungspersonen in den Bundesstaaten Borno, Yobe und Adamawa ermöglichte eine vertiefte Analyse individueller Erfahrungen. Etwa ein Fünftel der Befragten gab an, selbst direkt von Gewalt betroffen gewesen zu sein.

In einer auf diesen Daten basierenden Fall-Kontroll-Studie (Schaub et al., 2025) zeigte sich:

- Kinder von Gewaltopfern sind deutlich seltener geimpft als Kinder nicht betroffener Familien (Odds Ratio 0,43).
- Ebenso gehen Gewaltopfer seltener mit ihren Kindern in staatliche Gesundheitseinrichtungen (Odds Ratio 0,23).
- Besonders stark sind die Unterschiede bei präventiven Maßnahmen wie Routineimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Eine Mediationsanalyse ergab, dass der zentrale Mechanismus hierfür der **Vertrauensverlust** ist: Misstrauen gegenüber dem staatlichen Gesundheitssystem erklärt zwischen 30 und 70 Prozent der beobachteten Effekte. Andere Faktoren wie Angst oder posttraumatische Belastung spielten dagegen eine geringere Rolle.

5.3 Qualitative Studie

Ergänzt wurden diese quantitativen Ergebnisse durch eine qualitative Untersuchung mit 60 Einzelinterviews und 9 Fokusgruppen in allen drei Bundesstaaten (Abreu et al., 2025). Dabei bestätigte sich, dass Misstrauen das zentrale Bindeglied zwischen Gewalt und eingeschränkter Gesundheitsnutzung ist.

Mehrere Befragte berichteten, dass sie nach Gewalterfahrungen das Vertrauen in staatliche Gesundheitsdienste verloren hätten. Gründe hierfür waren:

- **Abwesenheit von Personal** in kritischen Situationen,
- **negative Erfahrungen mit staatlichen Sicherheitskräften**, die das Vertrauen in staatliche Institutionen insgesamt unterminierten,
- **mangelnde Aufklärung und Fehlinformationen** über Impfungen.

Gleichzeitig wurden **lokale Ressourcen der Resilienz** sichtbar: Gemeinschaftsnetzwerke, religiöse Autoritäten und vertrauenswürdige Informationsquellen wie lokale Radiostationen halfen, Misstrauen teilweise zu überwinden und Familien wieder an das Gesundheitssystem heranzuführen.

5.4 Gemeinsame Muster

Die verschiedenen Studien verweisen auf ein konsistentes Bild:

- Gewalt macht krank – auch ohne direkte Verletzungen. Wer Opfer von Gewalt wird, nutzt seltener präventive und kurative Gesundheitsdienste.
- Vertrauen ist der entscheidende Vermittlungsfaktor zwischen Gewalt und Gesundheit.
- Strukturelle Barrieren wie Armut, zerstörte Infrastruktur oder patriarchale Entscheidungsstrukturen verstärken den Effekt.
- Es existieren jedoch Mechanismen, die diese negativen Dynamiken abfedern können, insbesondere durch lokale Netzwerke und nichtstaatliche Informationsquellen.

Diese Ergebnisse wurden bereits in einer Publikation veröffentlicht, zwei weitere Manuskripte befinden sich im Begutachtungsprozess (BMJ Global Health; *Conflict & Health*).

6. Diskussion

Die Ergebnisse des Projekts ViVac liefern einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Zusammenhänge zwischen Gewalt, Vertrauen und Gesundheitsverhalten in Konfliktregionen. Im Kern zeigt sich: **Vertrauen ist der entscheidende Mechanismus**, über den Gewalterfahrungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wirken. Während die Zerstörung von Krankenhäusern, der Mangel an Personal und logistische Hindernisse die Angebotsseite einschränken, führt erst der Verlust von Vertrauen dazu, dass Betroffene selbst dort, wo Einrichtungen verfügbar sind, diese nicht mehr nutzen.

Dieser Befund ergänzt die bisherige Literatur in mehrfacher Hinsicht. Erstens rückt er die **Nachfrageseite** stärker in den Fokus. Frühere Studien erklärten erhöhte Kindersterblichkeit vor allem durch zerstörte Infrastruktur und fehlende Versorgungskapazitäten. ViVac zeigt, dass das Verhalten von Familien – geprägt durch Misstrauen nach Gewalterfahrungen – eine ebenso zentrale Rolle spielt.

Zweitens konnte der Zusammenhang durch die Kombination von **quantitativen und qualitativen Daten** überzeugend nachgewiesen werden. Die Fall-Kontroll-Studie zeigte mit hoher statistischer Präzision, dass Opfer von Gewalt ihre Kinder seltener impfen lassen oder in staatliche Kliniken bringen. Die qualitative Studie machte deutlich, warum dies geschieht: negative Erfahrungen mit abwesendem Personal oder staatlichen Sicherheitskräften unterminieren das Vertrauen in den gesamten öffentlichen Sektor.

Drittens erlaubt die Analyse eine **differenzierte Einordnung**: Misstrauen ist nicht der einzige Faktor, der Gesundheitsverhalten beeinflusst. Strukturelle Hürden wie Armut, zerstörte Straßen oder patriarchale Entscheidungsstrukturen wirken verstärkend. Gleichzeitig können lokale Ressourcen – Gemeinschaftsnetzwerke, religiöse Führungsfiguren oder vertrauenswürdige Informationsquellen – Misstrauen abmildern und Handlungsspielräume eröffnen.

Ein Vergleich mit der internationalen Literatur zeigt, dass die Befunde konsistent, aber nicht trivial sind. Die systematische Übersichtsstudie des Projekts fasst zusammen, dass Konflikte in den meisten Fällen die Gesundheitsnutzung reduzieren, in Einzelfällen aber auch zu einer verbesserten Versorgung führen können, wenn humanitäre Hilfe gezielt einsetzt. ViVac liefert damit einen wichtigen **kontextualisierten Befund**: Gewalt zerstört nicht nur Infrastruktur, sondern auch die sozialen Grundlagen, auf denen Gesundheitsversorgung ruht.

Die methodische Innovation des Projekts besteht darin, **individuelle Viktimisierung** mit Gesundheitsverhalten zu verknüpfen und dabei Vertrauen als Mediator empirisch zu prüfen. Damit leistet ViVac nicht nur einen Beitrag zur globalen Gesundheitsforschung, sondern auch zur politikwissenschaftlichen Vertrauensforschung.

Gleichzeitig gilt es, die Grenzen des Projekts zu berücksichtigen. ViVac war eine **Pilotstudie mit begrenztem Umfang und kurzer Laufzeit**. Die Ergebnisse basieren auf einem Querschnitt und erlauben keine Aussagen über langfristige Entwicklungen. Zudem beschränkt sich die Analyse auf drei Bundesstaaten im Nordosten Nigerias. Ob und in welchem Ausmaß sich die Befunde auf andere Regionen oder Länder übertragen lassen, muss in zukünftiger Forschung geprüft werden.

Trotz dieser Einschränkungen ist die zentrale Botschaft klar: **Vertrauen ist keine abstrakte Größe, sondern eine konkrete Voraussetzung für Gesundheitsversorgung in Konfliktregionen.** Wer Vertrauen verliert, bringt sein Kind nicht zur Impfung – auch wenn die Spritze und das Personal vorhanden wären.

7. Verwertung und Nutzen

Die Ergebnisse von ViVac wurden sowohl wissenschaftlich als auch praxisorientiert aufbereitet und sind bereits in mehreren Kanälen sichtbar geworden.

Wissenschaftliche Verwertung. Erste Resultate sind in der Open-Access-Zeitschrift *PLOS ONE* veröffentlicht worden (Adeyanju et al., 2025). Zwei weitere Manuskripte, die zentrale quantitative und qualitative Ergebnisse dokumentieren, sind derzeit bei *BMJ Global Health* und *Conflict & Health* im Begutachtungsprozess. Alle Datensätze und Replikationsskripte wurden auf der Plattform *Open Science Framework* hinterlegt, sodass die Analysen nachvollziehbar und für zukünftige Forschung nutzbar sind.

Nachwuchsförderung und Kapazitätsaufbau. Das Projekt war von Beginn an als gemeinsame Unternehmung deutscher und nigerianischer Partner angelegt. Nachwuchswissenschaftler:innen aus Deutschland Nigeria waren in alle Phasen eingebunden – von der Entwicklung des Erhebungsdesigns über die Feldarbeit bis hin zur Manuskripterstellung. Dadurch konnten Forschungskapazitäten vor Ort gestärkt und nachhaltige Kooperationsstrukturen aufgebaut werden.

Politik- und Praxisrelevanz. Die Ergebnisse wurden im Januar 2025 im Rahmen eines Dissemination-Workshops in Kano vorgestellt, an dem Vertreter:innen der nigerianischen Regierung, NGOs und Gesundheitseinrichtungen teilnahmen. Die zentrale Botschaft – dass Vertrauen eine Schlüsseldeterminante der Gesundheitsnutzung ist – stieß dabei auf großes Interesse. Besonders die Möglichkeit, mit einfachen Maßnahmen Vertrauen zurückzugewinnen, wurde von politischen Entscheidungsträger:innen als praxisrelevant hervorgehoben.

Neue Forschungsansätze und Anschlussprojekte. Im Rahmen der zweiten Runde der Datenerhebung sind neben der Validierung der ersten Foschungsergebeniss bereits weitere Forschungsarbeiten hervorgegangen, die auf den gewonnenen Erkenntnissen aufbauen:

- Eine qualitative **Studie zu den Folgen von Überschwemmungen in Maiduguri (Borno State)** untersucht, wie Naturkatastrophen den Zugang zu Gesundheitsdiensten beeinflussen und welche Parallelen zu konfliktbedingten Versorgungslücken bestehen.
- Mittels eines **randomisierten Feldexperiments (Trust-Letter RCT)** wird getestet, ob Einladungsschreiben lokaler Behörden an Familien das Vertrauen in öffentliche Gesundheitseinrichtungen wiederherstellen können.

Darüber hinaus ist geplant ein **DFG-Sachmittelantrag** einzureichen, der diese Ansätze systematisch weiterentwickeln soll. Damit ist die Anschlussfähigkeit des Projekts sowohl in wissenschaftlicher als auch in praxisorientierter Hinsicht gesichert.

8. Vergleich mit ursprünglicher Planung

Das Projekt wurde planmäßig und ohne wesentliche Abweichungen umgesetzt. Die in der Vorhabenbeschreibung formulierten Ziele – Datenerhebung in drei Bundesstaaten, Durchführung einer repräsentativen Befragung, qualitativer Interviews und Fokusgrup-

pen, sowie die Analyse des Zusammenhangs zwischen Gewalt, Vertrauen und Gesundheit – konnten vollständig erreicht werden.

Auch die im Antrag vorgesehene Arbeitspaketstruktur wurde eingehalten: Theorieentwicklung, Studiendesign, Datenerhebung, Analyse und Dissemination schlossen nahtlos aneinander an. Der vorgesehene Zeitplan (Februar 2024 bis Februar 2025) wurde eingehalten, ebenso der Finanzplan. Weder auf Seiten der Methoden noch auf Seiten der Zielsetzung waren größere Anpassungen notwendig.

Damit bestätigt sich die hohe Realisierbarkeit des Projekts, trotz der schwierigen Rahmenbedingungen eines von Gewalt geprägten Forschungsumfeldes.

9. Publikationen und Dissemination

Die Ergebnisse des Projekts wurden breit gestreut und auf unterschiedlichen Wegen verbreitet:

Publikationen

- Adeyanju, G.C. et al. (2025): *Armed Violent Conflict and Healthcare-Seeking Behavior for Maternal and Child Health in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review.* PLOS ONE 20(2): e0317094.
- Schaub, M. et al. (2025): *Maternal and Child Healthcare-Seeking among Victims of Violence in Armed Conflict: A Matched Case-Control Study in Northeast Nigeria.* Manuskript unter Begutachtung bei *BMJ Global Health*.
- Abreu, L. et al. (2025): *Fear, Mistrust and Resilience: Caregivers' Qualitative Insights on Access to Care in Conflict-affected Northeast Nigeria.* Manuskript unter Begutachtung bei *Conflict & Health*.

Dissemination und Wissenstransfer

- Präsentationen auf internationalen Fachkonferenzen im Bereich Global Health und Politikwissenschaft.
- Veröffentlichung und Nachvollziehbarkeit der Datensätze und Analysen auf der Plattform *Open Science Framework* (OSF).
- Durchführung eines Dissemination-Workshops in Kano (Januar 2025), mit Beteiligung von Vertreter:innen der nigerianischen Regierung, NGOs und lokalen Gesundheitseinrichtungen.

Durch diese Aktivitäten wurde sichergestellt, dass die Projektergebnisse nicht nur in der internationalen Fachwelt rezipiert, sondern auch für politische Entscheidungsträger:innen und die Zivilgesellschaft nutzbar gemacht werden.

10. Fazit

Das Projekt **ViVac** hat gezeigt, dass Gewalt nicht nur durch Zerstörung von Infrastruktur und die Vertreibung von Gesundheitspersonal wirkt, sondern auch durch die Erosion von Vertrauen in staatliche Institutionen. Dieses Vertrauen erweist sich als zentrale Voraussetzung dafür, dass Familien Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen und Kinder geimpft werden. Wer Vertrauen verliert, bleibt den Kliniken fern – selbst wenn Gebäude und Personal vorhanden sind.

Mit einem innovativen Mixed-Methods-Ansatz konnte ViVac diesen Mechanismus erstmals systematisch nachweisen. Die Ergebnisse der systematischen Übersicht, der Fall-Kontroll-Studie und der qualitativen Analysen ergeben ein konsistentes Bild: Gewalterfahrungen führen zu Misstrauen, Misstrauen führt zu geringerer Nutzung von Gesundheitsleistungen. Strukturelle Barrieren wie Armut und zerstörte Infrastruktur verstärken diesen Effekt, lokale Netzwerke und vertrauenswürdige Informationsquellen können ihn teilweise abfedern.

Wissenschaftlich hat ViVac damit einen wichtigen Beitrag zur globalen Gesundheitsforschung geleistet. Durch Publikationen in internationalen Fachzeitschriften, die Bereitstellung der Daten auf offenen Plattformen und die enge Einbindung von Nachwuchsforschenden aus Nigeria wurde die Nachhaltigkeit des Projekts gesichert. Zugleich haben die Ergebnisse unmittelbare **Praxisrelevanz**: Sie zeigen, dass Maßnahmen zur Wiederherstellung von Vertrauen ein entscheidender Hebel sind, um Gesundheitsversorgung in Konfliktregionen zu verbessern.

Das Projekt hat neue Forschungsansätze hervorgebracht – etwa die Untersuchung der Rolle von Naturkatastrophen für Gesundheitsverhalten oder die Erprobung vertrauensbildender Interventionen im Rahmen eines Feldexperiments. Diese Arbeiten sind bereits in Vorbereitung und fließen in einen DFG-Sachmittelantrag ein.

Die zentrale Lehre aus ViVac lautet: Gesundheitspolitik in Konfliktkontexten darf sich nicht allein auf Infrastruktur und Versorgungskapazitäten konzentrieren. Sie muss auch das Vertrauen der Menschen in den Staat und seine Institutionen stärken. Nur so lassen sich langfristig die hohen Raten von Kindersterblichkeit und Impfskepsis in Regionen wie Nordost-Nigeria wirksam senken.

Literatur

Abreu, L., Schrage, P. M. E., Adeyanju, G. C., Jalo, R. I., Abulfathi, A. A., Bello, M. M., Kwaku, A. A., Jalo, M. I., Mahmud, A., & Schaub, M. (2025). *Caregivers Qualitative Insights on Trust, Resilience and Vaccine Hesitancy Shaping Child Health in Conflict-affected Northeast Nigeria* (p. 2025.09.18.25335857). medRxiv. https://doi.org/10.1101/2025.09.18.25335857

Adeyanju, G. C., Schrage, P., Jalo, R. I., Abreu, L., & Schaub, M. (2025). Armed violent conflict and healthcare-seeking behavior for maternal and child health in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLOS ONE*, *20*(2), e0317094. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317094

Bendavid, E., Boerma, T., Akseer, N., Langer, A., Malembaka, E. B., Okiro, E. A., Wise, P. H., Heft-Neal, S., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Bhutta, Z., Black, R., Blanchet, K., Boerma, T., Gaffey, M., Langer, A., Spiegel, P., Waldman, R., & Wise, P. (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*, *397*(10273), 522–532. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8

Centre for Democracy and Development. (2022). *Multiple nodes, common causes: National stocktake of contemporary insecurity and state responses in nigeria*. https://www.cddwestafrica.org/uploads/reports/file/common-nodes-and-causes-(1).pdf

Chi, P. C., Bulage, P., Urdal, H., & Sundby, J. (2015). Perceptions of the effects of armed conflict on maternal and reproductive health services and outcomes in Burundi and Northern Uganda: A qualitative study. *BMC International Health and Human Rights*, *15*(1), 7. https://doi.org/10.1186/s12914-015-0045-z

Chukwuma, A., Bossert, T. J., & Croke, K. (2019). Health service delivery and political trust in Nigeria. *SSM - Population Health*, *7*, 100382. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100382

De Juan, A., & Pierskalla, J. H. (2016). Civil war violence and political trust: Microlevel evidence from Nepal. *Conflict Management and Peace Science*, *33*(1), 67–88. https://doi.org/10.1177/0738894214544612

Ghobarah, H. A., Huth, P., & Russett, B. (2003). Civil Wars Kill and Maim People—Long After the Shooting Stops. *American Political Science Review*, *97*(2), 189–202. https://doi.org/10.1017/S0003055403000613

Ghobarah, H. A., Huth, P., & Russett, B. (2004). The post-war public health effects of civil conflict. *Social Science & Medicine*, *59*(4), 869–884. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.043

Human Rights Watch. (2024). *World report 2024: Nigeria*. https://www.hrw.org/world-report/2024/country-chapters/nigeria

Iqbal, Z. (2006). Health and Human Security: The Public Health Impact of Violent Conflict. *International Studies Quarterly*, *50*(3), 631–649. https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2006.00417.x

Kirschner, S. A., & Finaret, A. B. (2021). Conflict and health: Building on the role of infrastructure. *World Development*, *146*, 105570. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2021.105570

McKay, S. (1998). The Effects of Armed Conflict on Girls and Women. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, *4*(4), 381–392. https://doi.org/10.1207/s15327949pac0404_6

Nunn, N., & Wantchekon, L. (2011). The Slave Trade and the Origins of Mistrust in Africa. *The American Economic Review*, *101*(7), 3221–3252. https://doi.org/10.1257/aer.101.7.3221

Schaub, M. (2024). Violent conflict and the demand for healthcare: How armed conflict reduces trust, instills fear, and increases child mortality. *Social Science & Medicine*, *359*, 117252. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117252

Schaub, M., Adeyanju, G. C., Abulfathi, A. A. A. A., Bello, M. M., Kasserra, L., Kwaku, A. A., Jalo, M. I., Mahmud, A., Schrage, P. M. E., Jalo, R. I., & Abreu, L. (2025). *Maternal and child healthcare-seeking among victims of violence in armed conflict: A matched case-control study in northeast Nigeria* (p. 2025.03.11.25323760). medRxiv. https://doi.org/10.1101/2025.03.11.25323760

Stoop, N., Hirvonen, K., & Maystadt, J.-F. (2021). Institutional mistrust and child vaccination coverage in Africa. *BMJ Global Health*, *6*(4), e004595. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004595

Wagner, Z., Heft-Neal, S., Bhutta, Z. A., Black, R. E., Burke, M., & Bendavid, E. (2018). Armed conflict and child mortality in Africa: A geospatial analysis. *The Lancet*, *392*(10150), 857–865.

Wagner, Z., Heft-Neal, S., Wise, P. H., Black, R. E., Burke, M., Boerma, T., Bhutta, Z. A., & Bendavid, E. (2019). Women and children living in areas of armed conflict in Africa: A geospatial analysis of mortality and orphanhood. *The Lancet Global Health*, *7*(12), e1622–e1631. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30407-3