

Dr. Gulshat Ouadine

Beitragstitel: Bedeutung psychosozialer Schutzfaktoren zur Förderung gesundheitsrelevanter Lebensstile bei Kindern und Jugendlichen

1. Einleitung

Die Ausgangslage für vorliegende Arbeit bildete die Tatsache der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen und die Frage nach den Strategien diese Ungleichheit zu vermindern und somit zum gesunden Lebensstil beizutragen. Bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien sind gravierende gesundheitliche Differenzen feststellbar. Beispielsweise belegen die Ergebnisse der KiGGS Studie in der aktuellen Welle 2, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen aufwiesen. Die statistische Chance, von psychischen Auffälligkeiten oder von einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen zu sein, ist bei Kindern mit niedrigem SES gegenüber Gleichaltrigen mit hohem SES um das 2,8- bis 4,4-Fache erhöht [1]. Auch gesundheitsriskante Verhaltensweisen treten bereits im Kindes- und Jugendalter in dieser Gruppe vermehrt auf. Kinder und Jugendliche mit einem niedrigem SES ernähren sich häufiger ungesund als Gleichaltrige aus sozial besser gestellten Familien, treiben seltener Sport und sind häufiger übergewichtig oder adipös [2]. Entsprechende Gegenmaßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter insbesondere aus der sportwissenschaftlichen Perspektive richten allerdings den Blick zu stark auf die medizinisch-biologische Faktoren, wie die Senkung des BMI oder die Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit, als Indikator und Ziel aller präventiven Maßnahmen. Aus der sportpädagogischen Perspektive hingegen scheint es vielmehr wichtiger zu sein, den Blick auf die von der WHO im Rahmen der Ottawa Charta eingeforderten Ressourcen und Stärken zu richten, mit dem Ziel, Schutzfaktoren und Resilienz zu stärken [3, 4].

Die leitende Fragestellung dieses Beitrags lautet somit, wie können Kinder und Jugendliche aus sozial schwächer gestellten Familien bei Gestaltung gesundheitsrelevanter Lebensstile mithilfe von psychosozialen Schutzfaktoren unterstützt werden?

2. Methode

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde anhand der Untersuchungsdaten der Maßnahme „Bewegte Hauptschule“ aus dem Projekt „Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten“ mittels einer Lebensstiltypologie die gesundheitliche Situation der Hauptschüler*innen analysiert (n=1867), um Ressourcen und Schutzfaktoren für die Zielgruppe zu identifizieren und den Einfluss einiger ausgewählter Schutzfaktoren auf einen gesunden Lebensstil in der Zielgruppe der Hauptschüler*innen zu zeigen [5].

Für die Generierung einer theoriegeleiteten Lebensstiltypologie [6] wurden in den Clusteranalysen verhaltensbasierten Variablen verwendet, die das aktive und inaktive Freizeitverhalten der Kinder beschreiben (Abb. 1). Es wurden Angaben der Kinder zur sportlichen Aktivität und zur Nutzung audiovisueller Medien erfasst. Im zweiten Schritt wurden anhand der Dimensionen körperliche Gesundheitsfaktoren, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsorientierung und Umwelt-/Umfeld-Faktoren die Ausprägung von psychosozialen Schutzfaktoren analysiert.

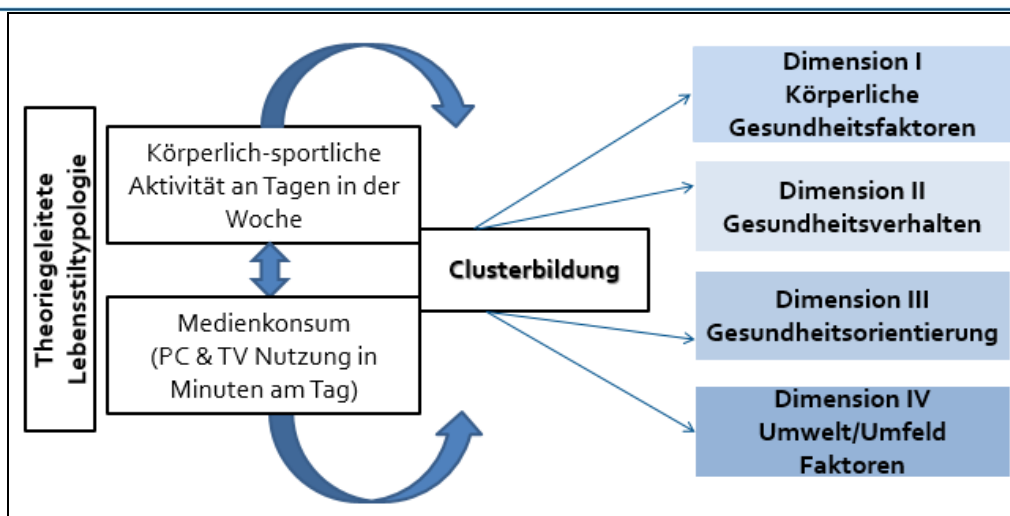


Abbildung 1: Konstrukt der gesundheitsrelevanten Lebensstile

In folgender Tabelle (Tab. 1) ist die Operationalisierung psychosozialer Schutzfaktoren entlang der Lebensstildimensionen dargestellt. Als protektive Resilienzfaktoren wurden zum einen in der Lebensstildimension körperliche Gesundheitsfaktoren der *körperliche Fitness* (operationalisiert über BMI, Bauchumfang und Laufleistung) und zum anderen in der Lebensstildimension Gesundheitsverhalten die *Bewegung im Alltag* (operationalisiert über aktiven/inaktiven Schulweg) erfasst. Die Beschreibung der Lebensstildimensionen Gesundheitsorientierung und Umwelt-/Umfeldfaktoren erfolgten über personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren.

Tabelle 1: Operationalisierung psychosozialer Schutzfaktoren

Lebensstildimensionen	Operationalisierungsindikatoren	Psychosoziale Schutzfaktoren
Körperliche Gesundheitsfaktoren	BMI, Bauchumfang und Laufleistung	Protektiver Resilienzfaktor <i>Körperlicher Fitness</i>
Gesundheitsverhalten	Aktiver/inaktiver Schulweg und Rauchverhalten	Protektiver Resilienzfaktor <i>Bewegung im Alltag</i>
Gesundheitsorientierung	Gesundheitliches Befinden und Akzeptanz eines gesundheitsfördernden Verhaltens	Personale Schutzfaktoren <i>Positive Wahrnehmung der eigenen Person; Realistische Selbsteinschätzung; positive Lebenseinstellung</i>
Umwelt/Umfeld Faktoren	Familiäre, soziale und schulische Umwelt	Familiäre Schutzfaktoren <i>Soziale Unterstützung durch Familie</i> Soziale Schutzfaktoren <i>Soziale Unterstützung durch Freunde und Aspekte der schulischen Umwelt</i>

3. Ergebnisse

Clusteranalyse

In den Clusteranalysen wurden vier Cluster extrahiert. Kinder in Cluster 1 (sportlich-aktive Gering-Mediennutzer) zeichneten sich durch gesundes und günstiges Verhalten aus. Kinder in Cluster 4 (sportlich-inaktive Viel-Mediennutzer) sind diejenigen mit ungesundem bzw. ungünstigem Verhalten. Kinder in Cluster 2 (sportlich-aktive Viel-Mediennutzer) und Cluster 3 (sportlich-inaktive Gering-Mediennutzer) kombinieren jeweils eine günstige Dimension des Gesundheitsverhaltens mit einer ungünstigen. Kinder und Jugendliche scheinen bewusst oder unbewusst das ungünstige Gesundheitsverhalten in einer Dimension durch das gesunde Verhalten in einer anderen Dimension zu kompensieren [7]. Zwischen den Clustern und dem sozioökonomischen Status und der Herkunft bestanden keine signifikanten Zusammenhänge. Deskriptiv gesehen zeigte sich aber bei den Kindern in Cluster 2 und Cluster 3 etwas ungünstigere Ausgangslage, da diese Kinder häufiger aus Familien stammten, in denen Eltern nicht erwerbstätig waren und eine Zuwanderungsgeschichte hatten.

Körperliche Gesundheitsfaktoren

In den sportlich-aktiven Clustern 1 und 2 war der Anteil fitter Kinder, gemessen am 6 Min-Lauf [8], hoch und lag bei ca. 47 %. In den sportlich-inaktiven Clustern 3 und 4 dahingegen betrug dieser Anteil ca. 23 %. Die Prävalenz von Adipositas und Übergewicht war in diesem Kollektiv im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt sehr hoch und lag zwischen 27 % bis 45 %. Wobei Kinder in den inaktiven Clustern 3 und 4 deutlich höhere BMI- und Bauchumfangswerte hatten als Kinder in den sportlich-aktiven Clustern 1 und 2. In Cluster 2 war der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder am geringsten und betrug 25 % gemessen an BMI-Werten bzw. 27 % gemessen an Bauchumfangswerten [9]. Der Einfluss des protektiven Resilienzfaktors „körperlicher Fitness“ war in diesem Zusammenhang deutlich zu beobachten, denn sportlich-aktive Kinder zeigten in der Ausdauerleistungsfähigkeit sehr gute bis befriedigende Ergebnisse, trotz hoher BMI- und Bauchumfangswerte. Zusammenfassend lässt sich zum Einfluss der sozioökonomischen und soziostrukturellen Faktoren auf die BMI- und Bauchumfangswerte sowie auf die Ausdauerleistungsfähigkeit feststellen, dass sich in nahezu allen Clustern eine Tendenz zum Nachteil der Kinder aus sozial schwachen Familien (Eltern erwerbslos) und der Kinder mit Zuwanderungsgeschichte beobachten lässt.

Gesundheitsverhalten

Der Anteil der Raucher in allen Clustern war relativ gering und betrug 6 % bis 9 % in den Clustern 1 bis 3 und mit deutlichem Abstand betrug der Raucheranteil in Cluster 4 bei sportlich-inaktiven Viel-Mediennutzern 15 %. Sowohl in Bezug auf das Rauchen als auch hinsichtlich des aktiven/inaktiven Schulwegs war ein ähnliches Verhaltensmuster zu beobachten. Kinder in Cluster 1 (sportlich-aktive Geringmediennutzer), die im Vergleich zu anderen Gruppen eher wenig rauchten, bestritten ihren Schulweg häufiger aktiv. Im Gegenzug bestritten Kinder, die viel rauchten (Cluster 4 und Cluster 2), ihren Schulweg eher seltener aktiv. Zwischen 25 % bis 30 % der Kinder in allen Clustern gaben an, den Schulweg aktiv zu bestreiten. Als aktiver Schulweg wird solcher Schulweg bezeichnet, der entweder zu Fuß oder mit anderen Mitteln, die eine körperliche Aktivität verlangen (bspw. Inline-Skater, Skate-Roller, Fahrrad), zurückgelegt wird. Es wurden keine signifikanten Zusammenhänge mit SES und Herkunft und dem Gesundheitsverhalten (Rauchen und aktiver/inaktiver Schulweg) festgestellt.

Gesundheitsorientierung

Hinsichtlich der subjektiven Bewertung vom *persönlichen gesundheitlichen Befinden* war festzuhalten, dass Kinder in sportlich-aktiven Clustern 1 und 2 ihr gesundheitliches Befinden

tendenziell häufig als gut einschätzten (ca. 65 %). In sportlich-inaktiven Clustern 3 und 4 traf dies nur auf ca.38% der Kinder zu. Die Bereitschaft der Kinder, *zukünftig gesünder essen* und *mehr Sport treiben zu wollen*, war in sportlich-aktiven Clustern 1 und 2 deutlich höher (ca. 83 % bzw. ca. 79 %) als in sportlich-inaktiven Clustern 3 und 4 (ca. 73 % bzw. ca. 60 %). In den Auswertungsdaten war ein deutliches Gefälle zu beobachten, je stärker das protektive Resilienzfaktor „körperlicher Fitness“ ausgeprägt war, desto stärker waren auch die personalen Schutzfaktoren wie *positive Wahrnehmung der eigenen Person*, *realistische Selbsteinschätzung* und *positive Lebenseinstellung* ausgeprägt.

Umfeld-/Umweltfaktoren

Generell lässt sich hinsichtlich der sozialen Unterstützung durch Familie festhalten, dass Kinder in allen Clustern zwar ihre Familien als wichtig empfanden, aber wenn es tatsächlich darum ging, zu Familienmitgliedern Vertrauen aufzubauen und positive Geschwisterbeziehungen zu pflegen, waren Defizite in der sozialen Unterstützung durch Familie doch sichtbar. Auch hier konnte ein leichtes Gefälle in der Ausprägung der familiären Schutzfaktoren beobachtet werden, bei sportlich-aktiven Kindern schienen familiäre Schutzfaktoren stabiler ausgeprägt zu sein, als bei sportlich-inaktiven. Besonders defizitär war die soziale Unterstützung durch Familie bei den Kindern in Cluster 3 und 4, sie berichteten häufiger als Kinder in den anderen zwei Clustern von mangelndem Vertrauen in der Familie (ca.22 %) und schlechten Geschwisterbeziehungen (ca. 45 %).

Soziale Unterstützung durch Freunde wurde anhand von Fragen „Ich verstehe mich gut mit meinen Freunden“, „Meine Freunde sind mir wichtig“ und „Wenn ich Probleme habe, kann ich jederzeit mit meinen Freunden darüber reden“ erfasst. Auch hier lässt sich festhalten, dass Kinder generell in allen Clustern ihre Freunde als wichtig empfanden und sich mit Freunden gut verstanden. Aber gemessen an der Aussage „Wenn ich Probleme habe, kann ich jederzeit mit meinen Freunden darüber reden“ schien die soziale Unterstützung durch Freunde nicht zu hoch zu sein.

Als ein weiterer Indikator für die Erfassung der sozialen Schutzfaktoren wurde das Indikator „Aspekte der schulischen Umwelt“ herangezogen. Diese beinhalteten den Aspekt der Schulfreude, das Vertrauen zwischen Lehrkräften und Schülerschaft, sowie gesundheitsfördernde Schulstrukturen. Kinder in den Clustern 1 bis 3 schätzten mit fast 60 % ihre Schulfreude als hoch ein, während Kinder in Cluster 4 fast in gleichem Umfang über niedrige Schulfreude berichteten. Eine gute soziale Unterstützung durch die Lehrkräfte in der Schule erfuhren zwischen 60 % bis 65 % der Kinder in allen Clustern. Gesundheitsfördernde Schulstrukturen (Bewegungsmöglichkeiten in Pausen und Freistunden) wurden hingegen in fast allen Clustern tendenziell als schlecht eingeschätzt.

4. Limitationen

Es wurde keine randomisierte Auswahl an beteiligten Schulen durchgeführt, aber durch den Umfang des Untersuchungskollektivs (n=1867) und die Verteilung der Schulen auf unterschiedliche Sozialräume (sowohl Großstadt als auch Umland) ist jedoch eine gesicherte Repräsentanz gegeben. Zur Bestimmung des sozioökonomischen Status der Familie wurde der erlernte und zurzeit ausgeübte Beruf der Eltern herangezogen. Da es sich im Rahmen dieses Projekts in erster Linie um die Zielgruppe Hauptschüler*innen handelte, wurde bewusst auf die Fragen über den höchsten Schul- und Berufsabschluss der Eltern verzichtet. Eine Vielzahl an Untersuchungen nutzt zur Bestimmung des Sozialstatus lediglich einen Indikator, so zum Beispiel Møller et al. [10] die Berufstätigkeit der Eltern, Korsten-Reck et al. [11] nur die Erwerbstätigkeit des Vaters oder Danielzik et al. [12] nur die Anzahl der Schuljahre von Mutter und Vater. Die unterschiedlichen Definitionen und die damit verbundenen Interpretationen der Begriffe „sozioökonomischer Status“ bzw. „soziale Lage“ erschweren zum Teil eine direkte Vergleichbarkeit einzelner Untersuchungen. Vergleiche mit nationalen und internationalen Studien müssen daher im weiteren Verlauf der Arbeit methodisch differenziert betrachtet werden. Im Rahmen der Fragebogenaktion wurden keine

Daten über die Ernährungsgewohnheiten der Kinder und Jugendlichen zu Hause und außerhalb erfragt. In der Eingangsuntersuchung wurde in Form von Fragebögen erfragt, ob Kinder und Jugendliche gemeinsam mit der Familie essen. Aus diesen Ergebnissen ist es jedoch sehr gering möglich die Rückschlüsse auf die Ernährungsgewohnheiten der Familie generell zu ziehen und wichtige Daten zur gesunden Lebensstilführung der Kinder und Jugendliche zu gewinnen.

5. Ausblick

In dieser Studie wurden „körperliche sportliche Aktivität“ und „Medienkonsum“ als zwei verhaltensbasierte Lebensstilfaktoren herangezogen, die einen Lebensstil konstruieren. Die in der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse zeigen, dass sich der regelmäßige Sport (am besten organisiert im Sportverein oder in Schul-AGs) und moderater Umgang mit Medien (Vermeidung oder Verringerung von sitzender inaktiver Tätigkeit) positiv auf die protektiven Resilienzfaktoren „körperlicher Fitness“ wirken. Denn ausreichende körperliche Aktivität gilt als einer der Schlüsselfaktoren, um Übergewicht vorzubeugen [13]. Der positive Einfluss eines aktiven Lebensstils auf das Gewicht ist plausibel, doch kausale Aussagen lassen sich mit Querschnittsstudien oder mit relativ kurzzeitigen Interventionen nicht begründen. Die Zusammenhänge zwischen Übergewicht und Bewegungsmangel können in beide Richtungen interpretiert werden. Einerseits kann Bewegungsmangel die Entstehung von Übergewicht begünstigen, das Übergewicht wiederum kann Bewegungsmangel hervorrufen [14]. Eine gut geplante und durchgeführte Intervention im Rahmen des Schulsports, kann ein Ansatzpunkt für mehr Bewegung sein. Das Ausmaß der körperlichen Aktivität hängt auch von Umweltfaktoren wie dem familiären Lebensstil und den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen im Gleichaltrigenkreis ab [15]. Soziale Unterstützung in den Sozialisationsräumen der Kinder und Jugendlichen und Schutzfaktoren stellen wirksame Gesundheitsressourcen dar. Eine kontinuierliche Förderung protektiver Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen in ihren Nahräumen und Lebenskontexten sowie ein aktives Eintreten gegen gefährdende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten zählen zum Kern der Gesundheitsförderung. Mangelnde soziale Unterstützung und defizitäre Schutzfaktoren verursachen Stress, der sich auf den Lebensstilfaktor körperliche Aktivität auswirkt. In einer norwegischen Längsschnittstudie konnte bei 15-jährigen Schülern eine enge Verbindung zwischen schulbezogenem Stress und geringer körperlicher Aktivität nachgewiesen werden [16]. Nach Schmidt [17] weisen sportliche Jugendliche eine größere Stressresistenz auf als inaktive Jugendliche. Diese Befunde stimmen mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie überein: Kinder und Jugendliche in sportlich-inaktiven Clustern berichteten häufiger über mangelnde soziale Unterstützung und defizitäre Schutzfaktoren. Soziale Faktoren wie prosoziale Freundschaften mit den Gleichaltrigen, soziale Anerkennung, gutes Familien- und Schul- bzw. Klassenklima, Selbstwirksamkeit sind bedeutende Schutzfaktoren, die die stressbedingten Belastungen abmildern oder verhindern. Stress und Emotionen können Lebensstilfaktoren wie körperliche Aktivität oder Medienkonsum beeinflussen, daher empfiehlt es sich in den gesundheitsfördernden Maßnahmen die Stärkung von psychosozialen Schutzfaktoren besonders zu berücksichtigen.

Literatur- und Quellenangaben:

1. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C, Thamm R, Hölling H, Lampert L (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(3) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-076, Robert Koch-Institut, Berlin
2. Kuntz B, Waldhauer J, Zeiher J, Finger JD, Lampert T (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(2) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-067, Robert Koch-Institut, Berlin
3. World Health Organization (1994): Life skills education in schools. WHO, Genf
4. World Health Organization (2001): The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope
5. Ouadine G (2014): Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und einem gesunden Lebensstil bei Hauptschülern. Deutsche Sporthochschule Köln, Köln.
6. Abel T, Buddeberg C, Duetz M (2004): Gesundheitsrelevante Lebensstile. In: Buddeberg C (Hg.): *Psychosoziale Medizin*. Springer Verlag, Heidelberg, S. 295-306
7. Ottevaere C, Huybrechts I, Benser J, De Bourdeaudhuij I, Cuenca-Garcia M, Dallongeville J, Zaccaria M, Gottrand F, Kersting M, Rey-Lopez JP, Manios Y, Molnar D, Moreno LA, Smpokos E, Widhalm K, De Henauw S (2011): Clustering patterns of physical activity, sedentary and dietary behavior among European adolescents: The HELENA study. *BMC Publ Health* 11:328
8. Jouck S, Graf C, Bjarnason-Wehrens B (2008): *Dordel-Koch-Test (DKT): Ein Test zur Erfassung der motorischen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter*. Deutsche Sporthochschule Köln, Köln
9. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Geller F, Ziegler A, Geiß HC, Hesse Vv, Hippel, Jaeger U, Johnsen D, Kiess W, Korte W, Kunze D, Menner K, Müller M, Niemann-Pilatus A, Remer Th, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Hebebrand J (2001): "Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben." *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149(8): 807-818
10. Møller NC, Wedderkopp N, Kristensen PL, Andersen LB, Froberg K (2007): Secular trends in cardiorespiratory fitness and body mass index in Danish children: The European Youth Heart Study. *Scand J Med Sci Sports*. Aug; 17(4):331-9
11. Korsten-Reck U, Kromeyer-Hauschild K, Korsten K, Bjarnason-Wehrens B, Dickhut HH, Berg A (2004): Bedeutung des Freizeit- und Ernährungsverhaltens und der Sozialanamnese in der Therapie der Adipositas bei Kindern. *Perfusion*. 17:458-464
12. Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnäse K, Dilba B, Müller MJ (2004): Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 years old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J ObesRelatMetabDisord*. Nov; 28 (11): 1494-502
13. Brown T, Kelly S, Summerbell C (2007): Prevention of obesity: a review of interventions. *Obesity reviews* 8 (Suppl. 1), 127-130
14. Metcalf BS et al. (2010): Fatness leads to inactivity, but inactivity does not lead to fatness: a longitudinal study in children (Early Bird 45). *Arch Dis Child* PMID 20573741
15. Graf C, Dordel S. (2007): Körperliche Aktivität und Bewegungsmangel. In: Graf C, Dordel S, Reinehr T (Hg.): *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen* (S. 63-79). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

16. Haugland S, Wold B, Torsheim T (2003): Relieving the pressure? The role of physical activity in the relationship between school-related stress and adolescents health complaints. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 74(2), 127-135
17. Schmidt W (2003): Kindheiten, Kinder und Entwicklung: Modernisierungstrends, Chancen, Risiken. In: Schmidt W, Hartmann-Tews I, Brettschneider WD (Hg.): *Erster Deutscher Kinder- und Sportbericht*. Schorndorf, S.19-42

Dr. Gulshat Ouadine
Fachhochschule Bielefeld
Interaktion 1
33619 Bielefeld
Gulshat.Ouadine@fh-bielefeld.de

Urheberrecht und Persönlichkeitsrechte am eigenen Bild in Ihren Beiträgen und PowerPoint-Präsentationen:

- Abbildungen und Fotos (v. a. solche aus Bilddatenbanken), die nicht zwingend der Erläuterung des Inhalts dienen, empfehlen wir aus den Präsentationen und Beiträgen zu entfernen. Sämtliche Abbildungen, die genutzt werden, sind mit Quelle bzw. Urheber zu kennzeichnen.
- Als Autorin bzw. Autor müssen Sie bei allen verwendeten Bilddateien prüfen, ob die Verwendungsrechte gesichert sind und keine Urheber- sowie Persönlichkeitsrechte verletzt werden. Sämtliche Bilder/Grafiken/Tabellen müssen entsprechende Quellenangaben enthalten. Dies gilt vor allem auch für die von Ihnen eingereichten PowerPoint-Präsentationen. Bitte überprüfen und ergänzen Sie darin sorgfältig Urheber- und Persönlichkeitsrechte vor der Einreichung.
- Bitte haben Sie Verständnis, dass Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. sich als Herausgeber vorbehält, Abbildungen ohne Quellenangabe sowie Bildmaterial aus Bilddatenbanken, für die wir nicht die Rechte erworben haben, nicht in den Beitrag mit aufzunehmen bzw. zu löschen. Dies betrifft ggf. auch ganze Beiträge, wenn es sich um PDFs handelt, die schwer nachzubearbeiten sind.
- Die Verantwortung für die Quellenangaben tragen die Autor*innen.

Verwendung Ihres Beitrags:

Die ursprünglich für den Kongress 2020 geplanten Beiträge werden online veröffentlicht auf unserer Webseite www.armut-und-gesundheit.de.

Zudem werden Ihre Beiträge in unser Onlinearchiv überführt. Das Kongressarchiv mit über 2.500 Beiträgen aus 24 Jahren Kongressgeschichte wird ab Sommer 2020 einsehbar sein unter: <https://www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/kongress-archiv>.