

**Kinderarmut in Deutschland
Integration und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen
unter verschärften Armutsrisiken**

Tagung der Evangelischen Akademie Loccum vom 9. bis 11. April 2008

Kinderarmut und Gesundheit

**Von Prof. Dr. Gerhard Trabert
Ohm-Hochschule Nürnberg
Fakultät Sozialwissenschaften**

Kinderarmut und Gesundheit

Von Prof. Dr. Gerhard Trabert, Nürnberg

Im Zusammenhang mit der Armutsentwicklung in Deutschland spricht man mittlerweile von einer Infantilisierung bzw. Familialisierung von Armut.

Die stärksten Zunahmen sind bei den Kindern unter 7 Jahren zu verzeichnen. Nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2003) lag die Zahl zum Jahresende 2002 bei über 1 Million (1,02 Mill.).

Die Sozialhilfequote betrug 6,6% unter den Minderjährigen und lag damit doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Erschreckend ist zudem, dass gerade in der Gruppe der unter 3- Jährigen die Quote mit 10,2% am höchsten war. Kinder stellen immer noch ein Armutsrisiko in Deutschland dar. So ist jeder vierte Alleinerziehende, fast 90 % der allein Erziehenden sind Frauen, auf Sozialgeld bzw. Arbeitslosengeld II angewiesen. Mit steigender Kinderzahl erhöht sich auch die Sozialhilfequote. Bei alleinerziehenden Eltern mit 3 und mehr Kindern liegt die Quote schon bei über 48%. Die Einkommensarmut in der Altersgruppe bis unter 16 Jahren lag im Jahre 2001 bei 13,6% (weiblich 13,6%; männlich 13,7%) (SOEP, 2001). Die neuestens Schätzungen des Deutschen Kinderschutzbundes (2006) deuten darauf hin, dass die Zahl der in Armut lebenden Kinder noch höher als bisher vermutet zu veranschlagen sind. Es wird eine Zahl von über 2,5 Millionen genannt. Die neueste wissenschaftliche Studie (26.5.2008 veröffentlicht) vom Kompetenzzentrum familienbezogene Leistungen im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kommt zu dem Ergebnis das jedes 6. Kind in Armut aufwächst.

Dass sich die psychosoziale und sozioökonomische Lage auf die Gesundheit auswirkt, wissen wir seit geraumer Zeit. Gerade für Kinder und Jugendliche trifft dies in verstärktem Maße zu.

Anhand einer Auswertung des sozio-ökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) ergab eine Studie der Universität Marburg zu Armutslebensläufen in Deutschland, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (Selektionseffekt), das heißt chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko von Armut. Dagegen gibt es bei Kindern Hinweise auf einen Kausationseffekt, d.h. wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Unabhängig von dieser Langzeitwirkung sind Kinder die in Armut, in Einkommensarmut aufwachsen, einer erhöhten Krankheitsbelastung ausgesetzt. Seit mittlerweile gut 2 Jahrzehnten beweisen dies immer wieder zahlreiche wissenschaftliche Studien. Die neuesten Untersuchungen, wie z.B. die KIGGS-Studie, Bella-Studie, die HBSC-Studie, der UNICEF-Bericht 2007 usw. haben dies bestätigt und noch umfangreicheres Datenmaterial zur Verfügung gestellt.

Zudem sind über 200.000 Kinder, nach einer Veröffentlichung des Deutschen Kinderschutzbundes (2006), im Rahmen der Einführung der Hartz IV Gesetzgebung und der Arbeitslosengeld II Regelung, aufgrund von Versäumnissen bzw. fehlendem Wissen der Eltern, nicht krankenversichert.

Ernährung und Bewegungsmangel

Dass eine ausgewogene Ernährung für die kindliche Entwicklung mitentscheidend ist, ist allgemein bekannt. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde, diesen Kontext betreffend, deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobachten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet.

Zusammenfassend ist das Kennzeichen der Mangel- und Fehlernährung eine fett- und kohlehydratreiche sowie vitamin- und ballaststoffarme Kost.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KIGGS) aus dem Jahre 2006 belegt, dass Kinder in benachteiligten sozialen Schichten auffällig häufiger von Essstörungen, Adipositas und einem Mangel an körperlicher Aktivität betroffen sind (KIGGS, u.a. S. 794 – 799). Die Shell - Jugendstudie 2006 bestätigt die Feststellung, dass Jugendliche aus der so genannten Unterschicht weit häufiger als in mittleren und oberen Sozialschichten, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und regelmäßiges Zigarettenrauchen aufweisen.

Ein Grund für den Aspekt „ungenügende Bewegung“, ist auch in dem Mangel an adäquaten Spielmöglichkeiten und Sportstätten in sozialen Brennpunkten zu finden. Diese sind häufig nur durch weite Anfahrtswege erreichbar. Dass zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten eine positive Beziehung, im Sinne der Gesundheitsförderung, besteht, ist bekannt.

Die HBSC-Studie (2003) zeigte zudem einen geschlechtsspezifischen Ausprägungsaspekt. Das Risiko körperlicher Inaktivität stieg umso ausgeprägter an, je schlechter der soziale Status der Mädchen war.

Kinderarmut – Ernährung - finanzielle Ressourcen

Zahlreiche Ernährungswissenschaftler weisen daraufhin, dass die materiellen Ressourcen z.B. von Sozialgeld bzw. Arbeitslosengeld II - Bezieher eine ausreichende und ausgewogene Ernährung entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, als fast unmöglich erscheinen lässt.

207 stehen einem Kind im Monat an sozialer Transferleistung zur Verfügung. 76,39 sind davon für Essen und Trinken vorgesehen. Aufgeteilt auf die einzelnen Mahlzeiten entspricht dies 0,55 für das Frühstück und jeweils 0,98 für das Mittag- und Abendessen. Im Rahmen eines Experimentes der Redaktion der Sendung Planet-Wissen zum Thema: Schattendasein – Armut in Deutschland (7.11.2005), wurde versucht, nach Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, eine ausgewogene Ernährung, mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, einzukaufen. Fleisch und Wurst wurden frisch beim Metzger eingekauft, während man die sonstigen Lebensmittel in einem Supermarkt besorgte. Der Betrag reichte nicht aus! Als Konsequenz bedeutet dies dann: Auf frische Wurst verzichten, alles im Supermarkt abgepackt kaufen! Frischgemüse durch Konserven ersetzen. Eine jüngst veröffentlichte Studie der Universität Bonn Fachbereich Ernährungswissenschaften kommt zu dem gleichen Ergebnis (2007).

An diesem Beispiel wird deutlich, dass es sich einerseits um eine strukturelle Benachteiligung von Arbeitslosengeld II – Bezieher handelt. Der Ernährungsetat ist einfach zu niedrig, im Hinblick auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung. Was im Sommer vergangenen Jahres zusätzlich durch die Erhöhung von Milchprodukten nochmals verschärft wurde. Andererseits wird transparent, wie schwierig, mittlerweile auch nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen, unmöglich, mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, eine die Gesundheit stabilisierende Ernährung ist.

Gesundheitspräventionsmaßnahmen

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen so wie sie derzeit in Deutschland immer noch hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen unzureichend wahrgenommen. Dies zeigt sich u.a.:

- in einem unzureichenden **Impfschutz** (besonders die Impfungen gegen Masern, Mumps, Hä-mophilus B betreffend),
- in einer geringen Teilnahme an den **Vorsorgeuntersuchungen** (besonders die U8 und U9 betreffend),

Innerhalb verschiedener **Schuleingangsuntersuchungen** konnte in verschiedenen Großstädten immer wieder festgestellt werden, dass Kinder aus Stadtbezirken mit einem hohen Sozialhilfeanteil als nicht schulfähig eingeordnet wurden, wobei hier deutlich erhöhte pathologische Befunde im Hinblick auf Sprachstörungen, Einschränkungen beim Sehen und Hören, psycho- motorische Störungen, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung und der Psyche festgestellt wurden. Die erwähnten Studienergebnisse wurden teilweise schon vor 10 Jahren erhoben. Sie haben an Aktualität nichts verloren. Neuere Erhebungen bestätigen diese schon lange bekannten Erkenntnisse.

Beteiligung an Unfällen

Kinder aus sozial unterprivilegierten Verhältnissen sind häufiger an Unfällen, speziell Verkehrsunfällen beteiligt.

Auch hier ergab die KIGGS-Studie (S. 718 – 727) eindeutige Resultate: Bei Verkehrsunfällen konnten eindeutig höhere Unfallraten bei den Kindern und Jugendlichen der Eltern mit niedrigem Sozialstatus festgestellt werden.

Die schon erwähnte Einschulungsuntersuchung in Brandenburg kam zu dem Ergebnis, dass 15 bis 20 % aller Kinder bis zu ihrer Einschulung an einem Unfall beteiligt waren, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verbrühungs- und Verkehrsunfällen doppelt so häufig betroffen waren wie Kinder aus Familien mit einem höheren sozialen Status.

Unfälle mit tödlichem Ausgang findet man ebenfalls häufiger bei von Armut betroffenen Kindern. Diese erhöhte Quote ist u.a. auf die Wohnverhältnisse sowie auf das Wohngebiet zurückzuführen (verkehrsreiche Wohngebiete, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel, weite Wege zu Schule und Sportstätten). (Bielikt 1996 und Böhm, A. Kuhn J. 2000). Zudem zeigte die KIGGS-Studie, dass Schutzmassnahmen, wie z.B. das Tragen von Helmen und Protektoren beim Fahrradfahren und beim Inlineskaten bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus seltener praktiziert wurde (KIGGS, S. 718 – 727).

Zahnerkrankungen

Deutlich erhöhte Zahnkariesbefunde werden ebenfalls bei Kindern aus unteren Sozialschichten beschrieben. So ergaben verschiedene Screening-Untersuchungen, dass Einschüler aus Familien mit einem hohen Sozialstatus doppelt so häufig kariesfreie Zähne hatten, als die Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

Psychosomatik / Psychisch auffällig

Eine der bedeutendsten Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen von Hurrelmann und Klocke kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden sowie die psychische Gesundheit in sozialer Armut lebender Kinder in erschreckendem Maße verschlechtern. Hier spielen insbesondere Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten und Beschwerdekompexe (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen) eine wichtige Rolle. So klagen sozial benachteiligte Kinder innerhalb von Befragungsstudien häufiger über Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Magenschmerzen und Nervosität als Kinder, die aus sozial höher anzusiedelnden Schichten stammen.

Diese Ergebnisse werden durch die KIGGS-Studie (u.a. S. 784 – 793) bestätigt und ergänzt. Insgesamt nehmen psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu. Es sind ca. 11% der Mädchen und 18% der Jungen betroffen. Haupterkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten sind: mangelnde Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Aggressivität, Depressionen. Wiederum ist ein deutlicher sozialer

Gradient zu beobachten. Essstörungen werden laut KIGGS-Studie bei 27,6% der Jugendlichen mit niedrigem sozialen Status festgestellt, während „nur“ 15,5% in der oberen Sozialschicht hiervon betroffen waren. 22 % der Kinder und Jugendlichen leiden unter psychischen Auffälligkeiten. Ca. 14 % sind manifest psychisch erkrankt (Angststörungen, Depressionen usw.). Insgesamt sind 31,3% der Kinder und Jugendlichen in der unteren Sozialschicht psychisch auffällig und „nur“ 16,4% in der oberen, sowie 21 % in der Mittelschicht. (BELLA-Studie: Modul „Psychische Gesundheit“ der KIGGS-Studie)

Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children; WHO – Vergleichserhebung von 30 Ländern; alle 4 Jahre; 5., 7., 9. Schulklasse; deutsche Beteiligung der Bundesländer: NRW, Hessen, Sachsen und Berlin, 2003) ergab, dass 19,3 % der von Armut betroffenen Kinder und 14,1% der nicht von Armut betroffenen Kinder ihren Gesundheitszustand als schlecht empfinden. Diese subjektive Einschätzung assoziierte mit zahlreichen psychosomatischen Beschwerden: Kopf-, Bauch-, Rücken-, Schulter- Nackenschmerzen. 20 % der Kinder und Jugendlichen gab Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit an. 6 % konnten hierbei als psychisch auffällig bezüglich Hyperaktivität, Verhaltensprobleme und emotionaler Probleme eingestuft werden. 12,8 % waren zusätzlich als grenzwertig auffällig zu bezeichnen. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien waren besonders häufig betroffen.

Konsequenzen / Interventionsbereiche

Seit über 10 Jahren haben wir gesicherte Erkenntnisse zur Korrelation von Kinderarmut und erhöhten Erkrankungsquoten. Die neueren Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse. Dennoch wird dem Thema Kinderarmut und Gesundheit immer noch zu wenig Berücksichtigung in der Öffentlichkeit, der Politik, aber auch in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Kindergärten und Schulen entgegengebracht.

Prävention

Aus den zuvor beschriebenen Defiziten im Gesundheitsversorgungskontext aber auch im Hinblick auf Gesundheitsbewusstsein und Wissen, wird die Bedeutung eines präventiven Gesundheitsansatzes deutlich. Hierbei muss gerade bei sozial benachteiligten Kindern der Settingansatz Berücksichtigung finden. Gesundheitsangebote müssen im Lebensumfeld der Betroffenen angesiedelt werden.

Pathogenese versus Salutogenese (Resilienzforschung)

Immer noch ist unser Gesundheitssystem zu sehr pathogenetisch ausgerichtet, d.h. es wird nach krankheitsverursachenden Faktoren gesucht. Hierbei wird der salutogenetische Aspekt, d.h. die Suche nach gesundheitsfördernden Faktoren vernachlässigt. Die Salutogenese muss mehr in den Mittelpunkt von Gesundheitsprophylaxe und Prävention gerückt werden. Hierbei scheint die Resilienzforschung ein interessanter Ansatz, gerade im Hinblick auf die Gesundheitsförderung von Kindern, im Sinne von „Kinder stark machen“ zu sein. Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit protektiven Faktoren. Was reduziert die psychische und physische Vulnerabilität (Verletzbarkeit) von Kindern, was stärkt den Gesundheitsstatus, was macht sie weniger „verwundbar“. In diesem Zusammenhang spielen Begriffe wie Selbstvertrauen, positives Selbstkonzept, Gefühl der Selbstwirksamkeit, Fähigkeit zu konstruktivem Denken usw. eine zentrale Rolle.

Die Resilienzentwicklung und –Stärkung hat somit sehr viel mit Bildung und Wissensvermittlung zu tun. Dies ist ein wichtiger Aspekt der auch die Eltern der betroffenen Kinder betrifft.

Ein zweiter wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation ist die Verbesserung der finanziellen Versorgungssituation. Nach einer Expertise des Deutschen Päritätischen Wohlfahrtsverbandes müsste, aufgrund der Preisentwicklung in Deutschland, der Arbeitslosengeld II Betrag um mindestens 20 % erhöht werden.

Zum Abschluss ein konkreter Maßnahmen- und Ideenkatalog im Hinblick auf eine gezielte Gesundheitsförderung und Prävention von sozial benachteiligten Kindern:

- Screening – Untersuchung im Kindergarten (Stichwort: Frühförderung)
- Gesundheitserziehung von Kindern in der Schule und Kindergarten (Einführung eines interdisziplinären Schulfaches Gesundheit)
- Gesundheitserziehung von Eltern sozialer Risikogruppen (z.B. alleinerziehende Eltern, arbeitslose Eltern); Stichwort "Triple P" (Positiv Parenting Program);
- Gesundheits- und insbesondere z.B. Ernährungsinformationen in sozialen Brennpunkten
- Gesundheitsförderung muss den besonderen Bedürfnissen sozial benachteiligter Menschen entsprechend konzipiert und strukturiert werden. (Setting und Lebenskontext der Betroffenen berücksichtigen. Die „Komm“-Strukturen meisten Präventionsangebote stellt eine Zugangsbarriere dar. Gesundheitsförderung und Prävention sind zu stark mittelschichtorientiert.)
- Niedrigschwellig angelegte medizinische Versorgungsangebote (z.B. Impfangebote) „vor Ort“, in sozialen Brennpunkten (z.B. Obdachlosensiedlung).
- Impfscreeninguntersuchung in der Schule (z.B. Grundschule; nicht nur bei der Einschulung) gekoppelt mit einer Informationsveranstaltung für die Eltern.
- Verbesserung der ökonomischen Lebensbedingungen (So ist z.B. eine effektive Verminderung der Frühgeborenenrate, internationalen Untersuchungen zufolge, durch eine Verbesserung der ökonomischen Lebensbedingungen in der Schwangerschaft möglich.)
- Stärkung von Selbsthilfe-Ressourcen und Eigeninitiative betroffener Familien
- Stärkere Vernetzung vorhandener zielgruppenorientierter Einrichtungen (KIGA, KITA, Schule, Jugendhilfe, Jugendamt, Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsamt usw.)

(Literaturliste beim Verfasser erhältlich.)

Prof. Dr. med. Diplom Sozialpädagoge Gerhard Trabert
Ohm-Hochschule Nürnberg
Fakultät Sozialwissenschaften
Gerhard.trabert@ohm-hochschule.de

Nach neuesten Daten leben in Deutschland mehr als zwei Millionen Kinder und Jugendliche in Armut. Hier ist zudem die relative Kinderarmut seit 1990 stärker gestiegen als in den meisten anderen Industrienationen. Am ungünstigsten entwickelt sich die Lebenssituation von Kindern aus Zuwandererfamilien. In den 90er Jahren verdreifachte sich der Anteil armer Kinder in dieser Bevölkerungsgruppe.

Offenkundig gelingt es in Deutschland nicht, die durch hohe Arbeitslosigkeit und wachsenden Niedriglohnsektor mitverursachte schlechte Einkommenssituation der Familien abzufedern. Im Gegenteil: Steuer- und Sozialrecht benachteiligen Familien unverhältnismäßig und vertiefen die Einkommenskluft zwischen Kinderlosen und Familien.

Alarmierend bei den Befunden zur Kinderarmut ist jedoch nicht nur die Einkommenssituation der Familien. In der jüngsten Zeit zeigt der genauere Blick auf die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, dass von relativer Armut betroffene Kinder häufig Benachteiligung auch in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe, in ihrer Bildungs- und Gesundheitsentwicklung erfahren, und damit Risiken ausgesetzt sind, die langfristig und schwer reversibel ihre Lebenschancen beeinträchtigen.

In der Tagung gehen wir der Frage nach, welche Strategien und Maßnahmen unter den Bedingungen wachsender sozialer Ungleichheit die Verschärfung der Entwicklungsrisiken von Kindern und Jugendlichen eindämmen und ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe erhöhen können.

Wir laden Sie sehr herzlich zur Diskussion ein!

Andrea Grimm, Evangelische Akademie Loccum
Dr. Fritz Erich Anhelm, Akademiedirektor
PD Dr. habil. Gerhard Christe und **Lutz Wende**,
IAJ Oldenburg

TAGUNGSGEBÜHR:

160.- € für Übernachtung, Verpflegung, Kostenbeitrag; für Schüler/innen, Studierende (bis 30 Jahre), Grundwehr- und Zivildienstleistende sowie Arbeitslose Ermäßigung **nur gegen Bescheinigung** auf 80.- € Die Zahl der ermäßigten Plätze ist begrenzt, wir bitten daher um frühzeitige Anmeldung. Eine Reduzierung der Tagungsgebühr für eine zeitweise Teilnahme ist nicht möglich.

ANMELDUNG:

Mit beiliegender Anmeldekarte an die **Evangelische Akademie Loccum, Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum, Tel. 05766/81-0, Fax 05766/81-900**. Sollten Sie Ihre Anmeldung nicht aufrechterhalten können, teilen Sie uns das bitte umgehend mit. Bei einer Absage nach dem **05.04.2008** müssen wir 25% der Tagungsgebühr in Rechnung stellen. Falls Sie eine Bestätigung Ihrer Anmeldung wünschen, teilen Sie uns bitte auf der Anmeldekarte Ihre E-Mail-Adresse mit!

ÜBERWEISUNGEN:

Konto der Kirchl. Verwaltungsstelle Loccum **unter Angabe des Tagungsdatums und Ihres Namens**: Volksbank Steyerberg (BLZ 25662540) Kto.-Nr. 37000200; Evangelische Kreditgenossenschaft Kassel (BLZ 52060410) Kto.-Nr. 6050

TAGUNGSLEITUNG: **Andrea Grimm** Tel. 05766 / 81-127

Andrea.Grimm@evlka.de

SEKRETARIAT: Elisabeth Stadtländer Tel. 05766 / 81-122

Elisabeth.Stadtlaender@evlka.de

PRESSEREFERAT: Reinhard Behnisch Tel. 05766 / 81-105

Reinhard.Behnisch@evlka.de

ANREISE:

Loccum liegt 50 km nordwestlich von Hannover am Steinhuder Meer zwischen Hannover, Minden und Nienburg. Auf Anfrage schicken wir Ihnen eine detaillierte Reisebeschreibung. Sie finden sie auch im Internet: <http://www.loccum.de>

ACHTUNG: Direkte Verbindung zur Akademie mit Zubringerbus am **09.04.2008** um **14:50 Uhr** ab Bahnhof Wunstorf, **Ausgang ZOB**. Am **11.04.2008** zurück; Ankunft Wunstorf 13.30 Uhr; Hin- u. Rückfahrt je 3,- € (im Bus zu entrichten!).
Bitte unbedingt anmelden, Plätze sind begrenzt!

FESTE ZEITEN IM HAUS:

8.30 UHR MORGENANDACHT, 8.45 UHR FRÜHSTÜCK,
12.30 UHR MITTAGESSEN, 15.30 UHR NACHMITTAGSKAFFEE,
18.30 UHR ABENDESSEN.

Die Akademie im Internet: <http://www.loccum.de>

Medienpartner

NDRInfo
www.ndrinfo.de



EVANGELISCHE AKADEMIE

LOCCUM

Kinderarmut in Deutschland

Integration und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen unter verschärften Armutsrisiken

In Kooperation mit dem Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe (IAJ)

**Tagung vom
9. bis 11. April 2008**

■ **Mittwoch, den 9. April 2008**

15:30 Beginn mit dem Nachmittagskaffee

16:00 Begrüßung und Einführung
Andrea **Grimm**, Ev. Akademie Loccum
PD Dr. habil Gerhard **Christe** und
Lutz **Wende**, IAJ Oldenburg

16:15 **Zur Einschätzung von Armut und Exklusion von Kindern und Jugendlichen in Deutschland**

Ursachen, Interventionsstrategien,
Konsens und Kontroversen

Dr. Heidi **Knake-Werner**, Senatorin
für Integration, Arbeit und Soziales,
Berlin

Prof. Dr. Sabine **Andresen**, World Vision
Studie Kinder 2007, Universität Bielefeld

Dr. Michael **Fertig**, RWI, Essen

18:30 Abendessen

19:30 **Vom Kinderzuschlag zum Kindergeldzuschlag - ein Reformvorschlag zur Bekämpfung der Kinderarmut**

Prof. em. Dr. Richard **Hauser**, Frankfurt

Im Anschluss Diskussion zum Abschluss des
Tages

■ **Donnerstag, den 10. April 2008**

8:30 Morgenandacht; anschließend Frühstück

9:30 **Strategien der Überwindung von Armut und Exklusion I**

• **Kommunalpolitische Handlungsebene: Familien-, Integrations- und Jugendpolitik vernetzen**

Bernd **Heckmann** und Burghard **Ahnfeldt**,
Behörde für Bildung und Sport, Programm
„Lebenswerte Stadt“ Hamburg

• **Bildungspolitik muss Bildungssegregation überwinden: Ressourcen kommunal bündeln und neu steuern**

Heiner **Brülle** und Beate **Hock**, Sozial-
planung Stadt Wiesbaden

Prof. Dr. Ronald **Lutz**, FH Erfurt

• **Kirchliches und diakonisches Handlungsfeld**

Roland **Klose**, Diakonisches Werk der EKD

Martin **Fischer** Diakonisches Werk Hannover

12:30 Mittagessen

15:00 **Strategien der Überwindung von Armut und Exklusion II**

Weiterarbeit in Arbeitsgruppen
(Kaffeepause 16.00 Uhr)

AG 1 Kommunale Bildungspolitik

Prof. Dr. Ronald **Lutz**

Renate **Tölle**, Schulamt Dortmund

Moderation: Dr. Gerhard **Christe**

AG 2 Kommunale Familienpolitik

Dr. Andreas **Borchers**, ies Hannover

Inge **Novak**, Projekt Mo.Ki, Monheim

Moderation: Andrea **Grimm**

AG 3 Gesundheitspolitik

Dr. Antje **Richter**, Landesvereinigung für
Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover

Prof. Dr. Gerhard **Trabert**, FH Nürnberg

Moderation: N.N.

AG 4 Weinheimer Initiative

Dr. Wilfried **Kruse**, Sozialforschungsstelle
Dortmund

Moderation: Lutz **Wende**

18:30 Abendessen

19:30 **Ein Blick nach Großbritannien: Kid's Company London, ein erfolgreiches Projekt im Umgang mit Kinder- und Jugendarmut**

Johanna **Schmitz**, Kid's Company, London

■ **Freitag, den 11. April 2008**

8:30 Morgenandacht; anschließend Frühstück

9:30 **Kinderarmut überwinden – politische und gesellschaftliche Perspektiven**

eine Abschlussdiskussion mit Beiträgen von

Prof. Dr. Werner **Schönig**, Katholische
Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln
Jürgen **Borchert**, Sozialrichter, Landes-
sozialgericht Darmstadt

Petra **Mackroth**, BMFSFJ, Berlin (angefragt)

Norbert **Killewald**, MdL sozialpolitischer
Sprecher SPD-Fraktion, NRW

N.N. MdL, CDU Niedersachsen (angefragt)

Stefan **Bestmann**, Praxisberatung, Berlin

Moderation: Andrea **Grimm**, Loccum

12:30 Ende der Tagung mit dem Mittagessen