19. Wahlperiode 23.06.2021

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

- Drucksache 19/30029 -

Kenntnisstand Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach einem Jahr Pandemie

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit mehr als einem Jahr bestimmt die Corona-Pandemie das Leben von Kindern und Jugendlichen maßgeblich. Dennoch liegen in Deutschland verhältnismäßig wenig Informationen zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von SARS-CoV-2 auf Kinder und Jugendliche vor.

Dabei können auch Kinder und Jugendliche unmittelbar vom SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen betroffen sein. So verzeichnete das Robert Koch-Institut (RKI) zuletzt einen starken Anstieg der COVID-19-Fallzahlen bei Kindern und Jugendlichen ebenso wie zunehmend mehr Übertragungen und Ausbruchsgeschehen, die auch von dieser Altersgruppe ausgehen (vgl. https://ww w.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges Coronavirus/Situationsberichte/Ap r_2021/2021-04-13-de.pdf?__blob=publicationFile). Waren die gemeldeten Fälle bei Kindern und Jugendlichen zu Beginn des Jahres 2021 noch rückläufig, kam es nach Daten des RKI ab Mitte Februar 2021 zu einem steilen Anstieg der Meldeinzidenz. Innerhalb von sechs Wochen verdreifachten sich demnach etwa die gemeldeten Zahlen bei den 0- bis 5-Jährigen, und die Meldeinzidenz in dieser Altersgruppe stieg zwischen den Kalenderwochen 6 und 11 von 35 auf 105 an. Dieser Trend lasse sich laut RKI nicht allein durch vermehrte PCR-Testung erklären, sondern zeige auch den Effekt, den die rasante Ausbreitung der als besorgniserregend eingestuften SARS-CoV-2-Variante B.1.1.7 auf das Pandemiegeschehen in Deutschland habe (vgl. https://www.rk i.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KiTa-Studie-Berichte/KiTAStudie_03_2021.pdf?__blob=publicationFile). Aktuell bestehen laut einer ersten britischen Fallstudie keine Hinweise darauf, dass B.1.1.7 bei Kindern und Jugendlichen häufiger zu schweren Krankheitsverläufen führt. Gleichwohl habe sich die Zahl der Ende 2020 und Anfang 2021 aufgrund einer COVID-19-Erkrankung hospitalisierten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zum Beginn der Pandemie deutlich erhöht, wahrscheinlich aufgrund der insgesamt höheren Inzidenzen sowohl in ihrer Altersgruppe, als auch in der Gesamtbevölkerung (vgl. https://www.thelancet.com/journals/lanc hi/article/PIIS2352-4642(21)00030-4/fulltext).

Während die überwiegende Mehrheit aller an COVID-19 erkrankten Kinder und Jugendlichen einen asymptomatischen oder lediglich von leichten Symptomen begleiteten Krankheitsverlauf aufweist, wird in seltenen Fällen von schweren Erkrankungen ebenso wie von postviralen Folgeerkrankungen berichtet.

Seit dem Frühjahr 2020 ist das sogenannte Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS oder PIMS-TS), auch bezeichnet als Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C), bekannt. Erkrankte Kinder und Jugendliche weisen ein weites Spektrum klinischer Symptome auf, das u. a. von hohem Fieber, gastrointestinalen Symptomen, Haut- und Schleimhautentzündungen bis zu einer Entzündung der Herzkranzgefäße mit Kawasaki-Syndrom-ähnlichen Begleiterscheinungen reichen kann. Zumeist tritt PIMS zwei bis sechs Wochen nach einer SARS-CoV-2-Infektion auf, die entsprechend bei den Betroffenen oft nur per Antikörpertest nachgewiesen werden kann. Die weitaus meisten schwer an PIMS erkrankten Kinder und Jugendlichen können erfolgreich behandelt werden, die Mortalitätsrate liegt bei den auf Intensivstationen behandelten Patientinnen und Patienten unter 3 Prozent (vgl. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751722220302250# bib8). Für Deutschland stellt die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) einen regelmäßig aktualisierten Bericht zu PIMS-Erkrankungen bereit. Datengrundlage sind Fälle, die im Rahmen des PIMS-Surveys der Universitätsklinik Dresden gemeldet wurden. Zwischen dem 27. Mai 2020 bis zum 25. April 2021 wurden so 281 an PIMS erkrankte Kinder und Jugendliche, ihre Symptome und Krankheitsverläufe registriert (vgl. https://dgpi.de/pi ms-survey-update/). Knapp die Hälfte der im PIMS-Survey gemeldeten Patientinnen und Patienten konnten bislang gesund entlassen werden. Bei etwa jedem zehnten Kind treten nach einer schweren PIMS-Erkrankung allerdings womöglich bleibende gesundheitliche Schäden auf (vgl. https://www.spiege 1.de/wissenschaft/medizin/coronavirus-pims-syndrom-so-gefaehrlich-ist-covi d-19-fuer-kinder-a-efc7bed2-0002-0001-0000-000176418868).

Eine Meldepflicht, wie sie für COVID-19-Infektionen nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes gilt, besteht für PIMS in Deutschland nicht. Auch auf EU-Ebene fehlt ein umfassendes Lagebild von PIMS-Fällen und PIMS-verläufen, ebenso wie Informationen darüber, ob die aktuelle Ausbreitung der besorgniserregenden Virusvarianten einen Effekt auf die Häufigkeit und Schwere von PIMS-Erkrankungen zeitigt (vgl.: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/fil es/documents/RRA-covid-19-14th-update-15-feb-2021.pdf).

Spätfolgen einer COVID-19-Infektion sind auch bei Kindern und Jugendlichen nicht auf PIMS und seine möglichen gesundheitlichen Auswirkungen begrenzt. Zunehmend finden sich auch in Deutschland Berichte, dass Kinder und Jugendliche von sogenannten Long COVID-Symptomen betroffen sind (vgl. etwa: https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-spaetfolgen-zunahmekinder-jugendliche-100.html). Diese können auch bei asymptomatischen oder leichten Krankheitsverläufen im Nachgang einer COVID-19-Infektion auftreten und umfassen etwa Symptome wie Fatigue, Atemschwierigkeiten, Muskel- und Gelenkschmerzen oder Konzentrationsstörungen in unterschiedlichen Schweregraden. Aktuell sind wenige Daten und Informationen zu Vorkommen und Ausprägungen von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen verfügbar. Dennoch gibt es deutliche Hinweise, dass Long-COVID auch in ihrer Kohorte verbreitet ist. So zeigen etwa im Februar 2021 veröffentlichte Daten des fortlaufenden "UK Coronavirus Infection Survey (CIS)" in Großbritannien, dass 13 Prozent der unter 11-Jährigen und circa 15 Prozent der 12 bis 16-Jährigen Untersuchten auch fünf Wochen nach einer bestätigten COVID-19-Infektion mindestens ein Krankheitssymptom weiterhin aufwiesen (vgl. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uplo ads/attachment data/file/962830/s1079-ons-update-on-long-covid-prevalenceestimate.pdf). Im Rahmen einer Fallstudie in Italien wiesen von 129 befragten Kindern und Jugendlichen sogar mehr als die Hälfte auch 120 Tage nach ihrer COVID-19-Infektion mindestens ein weiterhin bestehendes Symptom auf, 42,6 Prozent von ihnen fühlten sich in ihrem Alltag dadurch beeinträchtigt (vgl. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uplo $ads/attachment_data/file/962830/s1079-ons-update-on-long-covid-prevalence-estimate.pdf).$

Aktuell liegen der Bundesregierung, wie aus ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/28419 hervorgeht, keine systematisch erhobenen Daten zu Häufigkeit, Symptomen und Dauer ihres Auftretens in bestimmten Altersgruppen in Deutschland vor. Die in der Antwort der Bundesregierung angeführte und u. a. vom Bundesministerium für Gesundheit und RKI initiierte Studie "Corona Monitoring Lokal", in deren Rahmen auch Nachbefragungen einer seroepidemiologischen Studie zu Long-COVID vorgesehen sind (vgl. ebd.), richtet sich bislang allein an volljährige Teilnehmerinnen und Teilnehmer (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitor ing/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S5_2020_Studien protokoll CORONA MONITORING lokal.pdf? blob=publicationFile).

Darüber hinaus weisen mehrere Studien darauf hin, dass sich die Corona-Pandemie und deren Bekämpfung auch auf die seelische Gesundheit insbesondere von Kindern und Jugendlichen auswirken. Aus der zweiten Befragungsrunde der COPSY-Studie etwa geht hervor, dass sich die Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Verlaufe der Corona-Pandemie verschlechtert haben; etwa jedes dritte Kind in Deutschland leidet mittlerweile unter psychischen Auffälligkeiten, darunter depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden. Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund (vgl. https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilun gen/detailseite_104081.html).

Eine ausreichende Datengrundlage ist Voraussetzung für risikoadjustierte Entscheidungen und verantwortliches, politisches Handeln. Die Kleine Anfrage dient dem Erkenntnisgewinn zur Lageeinschätzung und Beurteilung der gesundheitlichen Folgen der andauernden SARS-CoV-2-Pandemie auf Kinder und Jugendliche durch die Bundesregierung.

1. Wie viele Kinder und Jugendliche (Altersgruppe 0 bis18 Jahre) haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung bisher mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert?

Bis zum 7. Juni 2021 wurden insgesamt 529.027 laborbestätigte SARS-CoV-2-Fälle im Alter von 0 bis 18 Jahren an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt.

2. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Umfang von Übertragungen des SARS-CoV-2-Virus von Kindern und Jugendlichen auf deren Sorgeberechtigte, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung hieraus?

Grundsätzlich sind Kinder und Jugendliche Teil des Infektionsgeschehens zu SARS-CoV-2 und können eine Infektion auf Personen in ihrem Umfeld übertragen.

Vor der Zirkulation der Alpha-Variante (VOC-alpha/B.1.1.7) sprach die Datenlage dafür, dass Kinder und Jugendliche in eher begrenztem Umfang SARS-CoV-2-Viren in ihren Haushalten übertrugen, u. a. auf ihre Sorgeberechtigten. Eine RKI-Studie fand Hinweise darauf, dass Kinder im Kindergartenalter die Alpha-Viren im Haushaltssetting effektiv übertragen können, mit sekundären Infektionsraten von etwa 40 Prozent (Loenenbach, Eurosurv 2021). Eine Auswertung dänischer Meldedaten kam zu ähnlichen Ergebnissen (Lyngse, med-Rxiv 2021). Die engen Kontakte innerhalb des gleichen Haushalts erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung, insbesondere wenn der Primärfall ein Kind ist. Die aktuellen Ergebnisse der Studie zeigen eine hohe Schutzwirkung

einer abgeschlossenen Impfung auch gegenüber der Alpha-Virusvariante. Diese Ergebnisse unterstützen die Bedeutung der Impfprävention bei Erwachsenen zur Minimierung des Übertragungsrisikos.

 Wie viele Minderjährige haben nach Kenntnis der Bundesregierung ein oder mehrere Sorgeberechtigte durch eine COVID-19-Erkrankung verloren?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor.

4. Wie viele Kinder und Jugendliche sind nach Kenntnis der Bundesregierung bisher an COVID-19 erkrankt?

Bis zum 7. Juni 2021 lagen von 529.027 laborbestätigten SARS-CoV-2-Fälle für 359.610 (68 Prozent) Fälle im Alter von 0 bis 18 Jahren klinische Informationen/Angaben zur Symptomatik vor. Von diesen Fällen wurden für 262.677 (73 Prozent) Fälle angegeben, dass sie Symptome hatten. Aufgrund möglicher unvollständiger Erfassung und Übermittlung der klinischen Informationen stellen diese Daten eine Mindestangabe dar.

5. Wie viele Kinder und Jugendliche werden oder wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bisher in Deutschland wegen einer COVID-19-Erkrankung oder ihrer Folgen in einem Krankenhaus behandelt (bitte nach Anzahl und Kalenderwoche aufschlüsseln)?

Die Anzahl der hospitalisierten COVID-19-Fälle (0-18 Jahre) ab der 10. Kalenderwoche im Jahr 2020 kann der Tabelle 1 (Anlage 1) entnommen werden. Aufgrund möglicher unvollständiger Erfassung klinischer Informationen stellen diese Daten eine Mindestangabe dar.

6. Welche Altersgruppen der unter 18-Jährigen sind nach Wissensstand der Bundesregierung wie häufig von Krankenhauseinweisungen aufgrund einer COVID-19-Infektion betroffen, und welche Risikofaktoren, die zu einer vermehrten Hospitalisierung von Kindern und Jugendlichen aufgrund einer COVID-19-Erkrankung beitragen können, sind der Bundesregierung bekannt?

Aus der Literatur werden folgende Risikofaktoren für einen schweren Verlauf genannt (Auszug RKI Steckbrief): bei hospitalisierten Kindern sind pulmonale (15 Prozent) und kardiale (8 Prozent) Vorerkrankungen häufig registriert worden. Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern sind auch schwere Verläufe beschrieben. In einer europaweiten Studie wurden folgende Risikofaktoren für eine Aufnahme auf die Intensivstation berichtet: Lebensalter unter einem Monat, Vorliegen einer Vorerkrankung sowie Anzeichen einer Infektion der unteren Atemwege. Diese sind mit Stand 19. April 2021 zu finden unter: https://www.rki.de/covid-19-steckbrief.

Der Anteil der hospitalisierten COVID-19-Fälle bei Kindern und Jugendlichen aus den Meldedaten beträgt mit Datenstand vom 7. Juni 2021 in der Altersgruppe:

0 bis 5 Jahre: 2,6 Prozent,6 bis 10 Jahre: 0,9 Prozent,

11 bis 14 Jahre: 1,1 Prozent, und

• 15 bis 18 Jahre: 1,4 Prozent.

Darüber hinaus liegen klinische Daten zu hospitalisierten Kindern und Jugendlichen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) in Deutschland vor (https://dgpi.de/-covid-19-survey-update/).

- 7. Worauf führt die Bundesregierung den seit Mitte Februar 2021 zu verzeichnenden abrupten Inzidenzanstieg von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zurück, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?
- 8. Ist der Bundesregierung bekannt, welchen messbaren Effekt Infektionen mit der SARS-CoV-2-Variante B.1.1.7 oder anderen besorgniserregenden Virusvarianten auf die deutlich gestiegenen Inzidenzen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zeitigen (bitte nach Virusvariante (inklusive Wildtyp), Alter der Infizierten und Meldezeitraum aufschlüsseln)?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Dem RKI liegen aus Ausbruchsuntersuchungen und Surveillance-Daten Hinweise dazu vor, dass der Inzidenzanstieg mit der Ausbreitung der besorgniserregenden Variante VOC-alpha/B1.1.7 einherging. Die ab Mitte Februar 2021 gestiegene Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen, zwischenzeitlich nur unterbrochen von den Osterferien, verlief parallel mit dem zunehmenden Auftreten von VOC-alpha/B1.1.7 (vgl. Anlage 2, Abbildung 1). Die Übertragbarkeit durch VOC-alpha/B1.1.7 scheint dabei in allen Altersgruppen höher zu sein, als bei den vorher zirkulierenden Stämmen (Public Health England, Technical briefing 3 2021).

Eine dänische und eine deutsche Studie kamen auf der Basis von Haushaltsuntersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Infektiosität von VOC-alpha/B1.1.7 infizierten Kindern im Kindergartenalter im Vergleich zu den vorher zirkulierenden Varianten angestiegen ist (Lyngse (medRxiv 2021), Loenenbach (Eurosurv 2021)).

Darüber hinaus hatte die Lockerung der Maßnahmen und die zunehmenden Kontakte von Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen vermutlich ebenfalls einen relevanten Beitrag an dieser Entwicklung. Weiterhin ist in Anlage 2, Abbildung 1 zu sehen, dass die Inzidenz der Kinder und Jugendlichen ab Mitte April 2021 wieder sehr rasch zurückging, einhergehend mit der zunehmenden Durchimpfung der erwachsenen Bevölkerung, inklusive des Personals in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen und den regelmäßigen Testungen in Schulen.

9. Welche Kenntnisse besitzt die Bundesregierung über Inzidenz und Prävalenz von PIMS in der Bundesrepublik Deutschland (bitte nach Meldezeitraum, Dauer der Erkrankung, Landkreis und Alter aufschlüsseln), und auf welcher Datengrundlage basieren diese?

Bezüglich klinischer Informationen von hospitalisierten Kindern mit Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) wird auf die aktuellen Ergebnisse der Datensammlung von PIMS Fällen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (https://dgpi.de/pims-survey-update/) verwiesen.

Der Bundesregierung liegen dazu keine weiteren Daten vor.

10. Plant die Bundesregierung die Einführung einer verpflichtenden Meldung und Dokumentation von PIMS-Fällen in der Bundesrepublik Deutschland, und wenn ja, welchen Zeitplan verfolgt die Bundesregierung dabei, und wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung plant zur Zeit keine verpflichtende Meldung und Dokumentation von PIMS-Fällen. Deutschlandweit können PIMS-(Verdachts)-Fälle z. B. über den PIMS-Survey der Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) gemeldet werden (https://dgpi.de/pims-survey-update/).

Es wird auch auf die Antworten zu den Fragen 13 bis 16 verwiesen.

11. Existiert nach Kenntnis der Bundesregierung eine einheitliche medizinische Definition für das sogenannte PIMS, und wenn ja, wie lautet diese?

Es existieren verschiedene Bezeichnungen und Definitionen für das sogenannte PIMS. Die initiale Bezeichnung erfolgte durch das Royal College of Paediatricians and Child Health (RCPCH) als "Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS)". Die im Anschluss veröffentlichten Falldefinitionen des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfolgte unter der Bezeichnung "Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C)".

12. Welche medizinische Definition des sogenannten PIMS legt die Bundesregierung ihren Kenntnissen über PIMS zugrunde?

Die in den Antworten zu den Fragen 13 bis 15 dargestellten Daten zu PIMS in Deutschland beruhen auf der von der DGPI durchgeführten deutschlandweiten Datensammlung zu Fällen von PIMS (https://dgpi.de/pims-survey-update/). Die dort zugrunde liegende Falldefinition orientiert sich an der der WHO und ist hier einsehbar: https://dgpi.de/pims-survey-anleitung/.

13. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele der in der Bundesrepublik Deutschland an PIMS erkrankten Kinder und Jugendlichen vor ihrer Erkrankung asymptomatische und wie viele symptomatische Verläufe einer SARS-CoV-2-Infektion aufwiesen, und wenn ja, auf welcher Datengrundlage beruhen diese Kenntnisse?

Im Rahmen des deutschlandweiten PIMS-Survey der DGPI (siehe Antwort zu Frage 12) wurden bisher von 156 Zentren 349 PIMS-Fälle gemeldet (Stand: 14. Juni 2021, Erfassungszeitraum 20. Mai 2020 bis 13. Juni 2021). Für 4 Prozent der gemeldeten Fälle wurde bei Aufnahme eine COVID-19-Symptomatik angegeben. Informationen über den Verlauf vor Aufnahme aufgrund von PIMS liegen nicht vor. Über 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen waren vor Aufnahme negativ auf SARS-CoV-2 getestet worden waren.

14. Sind nach Kenntnisstand der Bundesregierung Folgeerkrankungen und/ oder Folgeschäden von PIMS-Erkrankungen in Deutschland bekannt, und wenn ja, auf welcher Datengrundlage beruhen diese Kenntnisse (bitte nach Symptom, Häufigkeit des Symptoms, Dauer der Folgeerkrankung, Alter und Landkreis aufschlüsseln)?

Im Rahmen des deutschlandweiten PIMS-Survey der DGPI (siehe Antwort zu Frage 12) wurden nur für 21 (6 Prozent) der 349 gemeldeten Fälle Folgeschäden bei Entlassung angegeben (Stand: 14. Juni 2021, Erfassungszeitraum

20. Mai 2020 bis 13. Juni 2021). Hierbei wurden am häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (18), andere Erkrankungen (4) sowie jeweils ein Fall von neurologisch/neuromuskulärer Erkrankung, muskuloskelettaler sowie psychiatrischer Erkrankung genannt. Die Fälle verteilen sich folgendermaßen auf die Altersgruppen: 1 bis 3 Jahre (5), 4 bis 6 Jahre (4), 7 bis 10 Jahre (4), 11 bis 15 Jahre (3), 16 bis 21 Jahre (2).

15. Welche Behandlungsmöglichkeiten akuter PIMS-Erkrankungen sind der Bundesregierung bekannt?

Verschiedene pädiatrische Fachgesellschaften haben in Zusammenarbeit mit dem Ständigen Arbeitskreises der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB) eine Stellungnahme zur klinischen Präsentation und medikamentöse Behandlung von Kindern mit COVID-19 erstellt, die die Behandlungsmöglichkeiten detailliert darstellt. Das Dokument ist abrufbar unter: https://dgpi.de/stellungnahme-medikamentoesenbehandlung-kindern-covid-19/.

Die Mehrheit der PIMS-Fälle wurden intensivmedizinisch behandelt, fast alle Patientinnen und Patienten erhielten immunmodulatorische Therapien (Stärkung der Immunabwehr), ein hoher Prozentsatz auch eine Antibiotikatherapie.

16. Welche Bedarfe sind der Bundesregierung für die Folgebehandlung von Kindern und Jugendlichen, die von einer akuten PIMS-Erkrankung genesen sind, bekannt?

In der Datensammlung von PIMS-Fällen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (https://dgpi.de/pims-survey-update/) wurden bis zum 14. Juni 2021 349 Fälle in Deutschland erfasst, von denen 21 (6 Prozent) Symptome haben, die bei Entlassung noch nicht sicher als reversibel (ohne Schäden) einzustufen sind. Dies betrifft hauptsächlich kardiale Veränderungen, die nachbetreut werden müssen. Ein gemeinsames Nachsorgekonzept verschiedener pädiatrischer Fachgesellschaften ist aktuell in Planung.

17. Welche laufenden oder abgeschlossenen Studien sind der Bundesregierung zum Themenbereich PIMS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bekannt?

Im Rahmen der "PIMS Survey"-Studie der DGPI werden seit dem 20. Mai 2020 PIMS-Fälle bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland erhoben. Am 14. Juni 2021 waren hier insgesamt 349 Fälle gemeldet. Die Studie wird von der DGPI mit Unterstützung anderer Fachgesellschaften durchgeführt und über Mitgliedsbeiträge finanziert. Die wissenschaftliche Führung liegt beim Universitätsklinikum Dresden.

18. Besteht nach Einschätzung der Bundesregierung Bedarf an wissenschaftlichen Studien zu Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik, Verlauf, Behandlung, Prognose und möglichen Folgeschäden von an PIMS erkrankten Kindern und Jugendlichen in Deutschland, und wenn ja, beteiligt sich die Bundesregierung an deren Förderung oder fördert sie bereits?

Die Ätiologie von PIMS im Zusammenhang mit COVID-19 ist noch nicht geklärt. Derzeit fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) keine spezifischen Studien zum Themenbereich PIMS bei Kindern und Jugendlichen. Perspektivisch könnten diese Forschungsfragen im Rahmen der neuen Förderrichtlinie zu Spätsymptomen von COVID-19 (vgl. Antwort zu Frage 22) adressiert werden.

19. Plant die Bundesregierung, sich auf europäischer Ebene für einen systematischen Daten- und Informationsaustausch u. a. zu Epidemiologie, Symptomkonstellation, Behandlungsmöglichkeiten und Spätfolgen von PIMS-Erkrankungen einzusetzen, und wenn ja, welchen Zeitplan verfolgt die Bundesregierung hierbei, und wenn nein, warum nicht?

Auf internationaler Ebene hat das RKI den Kontakt der WHO zur DGPI hergestellt. Daraufhin wurden deutsche Falldaten inklusive Informationen zu Vorerkrankungen, Symptomen, Behandlung und Folgeerkrankungen zur WHO-Datensammlung beigetragen. Ebenso war das RKI am Datenaustausch zum Rapid Risk Assessment des European Centre for Disease Prevention and Control beteiligt (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/paediatric-inflamma tory-multisystem-syndrome-and-sars-cov-2-rapid-risk-assessment).

20. Sind der Bundesregierung Fälle von Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bekannt (bitte nach Dauer der Erkrankung, Alter, Geschlecht und Landkreis aufschlüsseln)?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über die Anzahl der Fälle von Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Grundsätzlich gilt, dass Kinder und Jugendliche, wenn sie sich mit SARS-CoV-2 infizieren, viel seltener an COVID-19 erkranken als Erwachsene und dann auch ein geringeres Risiko für einen schweren Verlauf haben. Es gibt zudem Hinweise, dass Kinder und Jugendliche auch seltener von Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung betroffen sind.

Unter Federführung der Universitätskinderklinik Dresden wird von der DGPI zusätzlich zu den Registern für COVID-19 und PIMS/MISC bei Kindern und Jugendlichen, eine Erfassung von Kindern und Jugendlichen mit langfristigen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion durchgeführt (Post-COVID-19-Survey). Ziel ist, Daten für dieses neue Krankheitsbild zu erheben und die Erkenntnisse der Gesundheitsversorgung in Deutschland zur Verfügung zu stellen. Unterstützt wird das Projekt von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) https://dgpi.de/post-covid-19-survey/.

Neben dem bundesweiten Post-COVID-19 Survey der DGPI werden unter Federführung der Universitätskinderklinik Dresden in der ostsächsischen Schulkohorte (1.500 Schülerinnen und Schüler, Klasse 8 bis 12) mögliche Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion erhoben. Erste Daten sind in einer Online-Publikation vor Peer-Review publiziert. Es werden hier keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf verschiedene psychische und körperliche Symptome zwischen positiv und negativ getesteten Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufen 8 bis 12 beobachtet.

21. Plant die Bundesregierung eine systematische Erfassung von Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen?

Erste Studien zu möglichen Langzeitfolgen von SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurden bereits begonnen (vgl. Antwort zu Frage 22). Ob es noch einer zusätzlichen systematischen Erfassung von Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bedarf, ist im Lich-

te der Ergebnisse einer von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eingesetzten Interministeriellen Arbeitsgruppe zu Long-COVID zu beurteilen.

22. Welche laufenden oder abgeschlossenen Studien sind der Bundesregierung zum Themenbereich Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bekannt?

Der Bundesregierung sind keine abgeschlossenen Studien zu Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bekannt. Im Auftrag der DGPI führt das Universitätsklinikum Dresden derzeit den "Post-COVID-19 Survey" durch, um Langzeitfolgen von SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erforschen.

Eine neue Förderrichtlinie des BMBF zur Förderung von Forschungsvorhaben zu Spätsymptomen von COVID-19 (Long-COVID) wurde am 31. Mai 2021 veröffentlicht. Darin wird unter anderem der Forschungsbedarf in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen hervorgehoben.

23. Besteht nach Einschätzung der Bundesregierung Bedarf an wissenschaftlichen Studien zu Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik, Verlauf, Behandlung und Prognose von an Long-COVID erkrankten Kindern und Jugendlichen in Deutschland, und wenn ja, beteiligt sich die Bundesregierung an deren Förderung oder fördert sie bereits?

Aufgrund der Neuartigkeit des Krankheitsbildes fehlen zu Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen derzeit noch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse.

Daher wird der bestehende Forschungsbedarf im Themenbereich Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen in der o. g. neuen Förderrichtlinie adressiert (vgl. Antwort zu Frage 22). Perspektivisch könnten Forschungsfragen dazu auch in dem sich im Aufbau befindlichen Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit oder im Netzwerk Universitätsmedizin adressiert werden.

24. Sind der Bundesregierung Rehaeinrichtungen und Rehamaßnahmen in Deutschland bekannt, die speziell auf die Bedürfnisse von an Long-COVID erkrankten Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, und wenn ja, sind die Plätze in diesen nach Kenntnis der Bundesregierung ausreichend für den Bedarf?

Die vorhandenen Einrichtungen für Kinder- und Jugendrehabilitation sind bestens dafür ausgerichtet, auch Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen infolge von COVID-19 zu behandeln. Je nach im Vordergrund stehender Einschränkung erfolgt die Behandlung in einer geeigneten Fachabteilung, z. B. für Atemwegskrankheiten. Insgesamt gibt es bislang nur wenige Daten zur Häufigkeit von Folgeerscheinungen bei Kindern. Derzeit stehen ausreichend Plätze zur Verfügung, die weiteren Entwicklungen werden kontinuierlich beobachtet.

25. Welche Kenntnisse besitzt die Bundesregierung zu Stand und aktuellen Ergebnissen von Studien zur Anwendung von SARS-CoV-2-Impfstoffen an Kindern und/oder Jugendlichen (bitte nach Impfstoff, Anzahl und Alter der Studienteilnehmenden, voraussichtlicher Abschluss der Studie auflisten)?

- 26. Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung etwa durch die Gewährung weitergehender Forschungsförderung, um die Zulassung der in Deutschland entwickelten SARS-CoV-2-Impfstoffe für Kinder und Jugendliche voranzutreiben?
- 27. Wann rechnet die Bundesregierung mit einer Zulassung von COVID-19-Impfstoffen durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) für Kinder und Jugendliche (bitte nach jeweiligem SARS-CoV-2-Impfstoff und ggf. Altersgruppe aufschlüsseln)?

Die Fragen 25 bis 27 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für die Zulassung von Humanarzneimitteln, einschließlich aller COVID-19-Impfstoffe in der Europäischen Union (EU), ist die Vorlage eines pädiatrischen Entwicklungsprogramms mit entsprechendem Prüfplan (PIP) beim Pädiatrischen Ausschuss (PDCO) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) für alle Hersteller verpflichtend. Die Prüfpläne mit geplanten klinischen Prüfungen werden auf der Internetseite der EMA veröffentlicht (https://www.ema.europa.eu/en/medicines/ema_group_types/ema_pip/field_ema_pip_conditions%253 Aname_field/Prevention%20of%20Coronavirus%20disease%202019%20%28 COVID-19%29).

Pharmazeutische Unternehmen planen pädiatrische Studien im gesamten pädiatrischen Altersbereich, d. h. von der Geburt bis zur Adoleszenz. Zunächst werden die älteren Kinder und Jugendlichen, dann die jüngeren Kinder in die Studien aufgenommen. Möglicherweise erforderliche Dosisanpassungen werden darin berücksichtigt.

Bisher liegen die Ergebnisse pädiatrischer Studien (Sicherheit und Immunogenität) nicht für alle COVID-19-Impfstoffprodukte mit genehmigten PIPs vor. Eine Ausnahme ist der BioNTech-Impfstoff (Comirnaty), für den bereits zum Zeitpunkt der Zulassung klinische Daten für Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren vorlagen, was zur Zulassung für diese Altersgruppe führte. Die EMA hat dem Antrag am 28. Mai 2021 zugestimmt. Die Zulassung für die Altersgruppe 12 bis 15 Jahre erfolgte am 31. Mai 2021. Die Ständige Impfkommission hat am 10. Juni 2021 den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren insbesondere bei bestimmten Vorerkrankungen empfohlen. Eine allgemeine Impfempfehlung für diese Altersgruppe wurde nicht ausgesprochen. Eine Impfung ist aber nach ärztlicher Aufklärung und bei individuellem Wusch und Risikoakzeptanz bzw. der Sorgeberechtigten möglich.

Der Zulassungsantrag für 12- bis 17-Jährige des COVID-19-Impfstoffs Moderna (Variation der von der Europäischen Kommission erteilten Zulassung für Erwachsene) wurde bei der EMA am 7. Juni 2021 eingereicht.

Dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) sind zwei klinische Prüfungen bekannt, bei denen neben Erwachsenen auch Jugendliche (12 bis 18 Jahren) in Deutschland eingeschlossen werden sollen (Eudra CT Nr. 2020-002584-63 sowie 2020-002641-42, abrufbar unter www.clinicaltrialsregister.eu, Status 26. Mai 2021).

International genehmigte klinische Prüfungen bei Kindern und Jugendlichen sind im Studienregister des National Institutes of Health (NIH; www.clinical trials.gov) eingetragen und recherchierbar. Die Unternehmen Moderna und BioNTech haben mit der klinischen Prüfung bei Kindern unter 12 Jahren begonnen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt in der derzeitigen pandemischen Lage Sponsoren und pharmazeutische Unternehmer, indem Projekte im Zusammenhang mit COVID-19 von der zuständigen Bundesober-

behörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder dem PEI, mit höchster Priorität behandelt werden.

Wissenschaftliche Beratungsgespräche sowie Anträge auf Genehmigung klinischer Prüfungen im Zusammenhang mit COVID-19 sind derzeit gebührenfrei.

Aus Sicht der Bundesregierung hat auch das umfangreiche Sonderprogramm zur Beschleunigung der Impfstoffentwicklung des BMBF zu einer schnellen Entwicklung und Zulassung des BioNTech-Impfstoffs beigetragen und damit auch die Voraussetzungen für die bereits erfolgte Anpassung des Impfstoffes für Kinder und Jugendliche geschaffen. Für weitergehende Forschungsförderung sieht die Bundesregierung daher gegenwärtig keinen Anlass.

28. Mit welcher Dauer rechnet die Bundesregierung für mögliche weitere Zulassungsverfahren für an Virusvarianten angepasste SARS-CoV-2-Impfstoffe bis zur Zulassung und Freigabe ihrer Verimpfung an Kinder und Jugendliche?

Mit der Delegierten Verordnung (EG) Nr. 2021/756 der Europäischen Kommission vom 24. März 2021 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1234/2008 über die Prüfung von Änderungen der Zulassungen von Human- und Tierarzneimitteln wurden Regelungen getroffen, die für den Pandemiefall eine zügige Anpassung von Corona-Impfstoffen zur Anwendung beim Menschen bei Bedarf ermöglicht.

Die Bundesregierung kann keine konkreten Angaben zur möglichen Dauer der Zulassungsverfahren für Anpassungen an Virusvarianten machen. Grundsätzlich wird erwartet, dass an Virusvarianten angepasste Impfstoffe auf der Basis vorgelegter Immunogenitätsdaten beim Menschen im Rahmen eines Variationsverfahrens zeitnah zugelassen werden können, wenn für einen COVID-19-Impfstoff bereits eine Zulassung für die jeweilige Altersgruppe bei Kindern und Jugendliche erteilt wurde.

29. Wie viele Kinder und Jugendliche sind in Folge der Corona-Pandemie nach Kenntnis der Bundesregierung an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erkrankt?

Zurzeit liegen keine zuverlässigen Zahlen dazu vor, ob und ggf. in welcher Höhe psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der Pandemie zugenommen haben. Zahlen zu Erkrankungshäufigkeiten z. B. aus Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen liegen in der Regel erst mit einer zeitlichen Verzug von mindestens ein bis zwei Jahren vor.

Zahlen aus der COPSY-Studie (COrona und PSYche) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf legen nahe, dass die psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie zugenommen haben. Die COPSY-Studie untersucht bei Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren sowie bei Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren selbst auf Grundlage einer bundesweit repräsentativen Stichprobe die psychische Gesundheit und Lebensqualität während der Pandemie (Schlack et al., 2020). Dabei wird das gleiche Instrumentarium eingesetzt wie in dem Vertiefungsmodul zur psychischen Gesundheit (BELLA-Studie) der KiGGS-Studie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI. Damit liegen Vergleichsdaten aus dem vorpandemischen Zeitraum vor. In der COPSY-Studie (COPSY=Corona und Psyche) wurden im Mai und Juni 2020 für Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren während des ersten Shutdowns im März 2020 mehr psychische

und psychosomatische Symptome berichtet, ein höherer Anteil an Kindern und Jugendlichen wies eine verminderte Lebensqualität und ein geringeres Wohlbefinden auf als im vorpandemischen Zeitraum (Ravens-Sieberer et al., 2020).

Aus der COPSY-Folgebefragung im Zeitraum des zweiten Shutdowns (Dezember 2020/Januar 2021) geht hervor, dass die psychosoziale und die psychische Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ungünstiger beurteilt wird. Mittlerweile fühlten sich vier Fünftel der Kinder und Jugendlichen durch die Situation belastet (Ravens-Sieberer et al., 2021). Bei der Beurteilung der Daten ist zu beachten, dass die psychische Symptombelastung bei Kindern und Jugendlichen nicht gleichbedeutend mit manifesten psychischen Störungen ist, auch wenn sie als Ausdruck einer zumindest situativ erhöhten psychischen Beeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen ernst genommen werden muss.

30. Welche laufenden oder abgeschlossenen Studien sind der Bundesregierung zum Themenbereich "psychische Erkrankungen in Folge der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland" bekannt?

Die Bundesregierung hat Kenntnis über folgende laufende Studien, die seit Pandemiebeginn die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Familien während der Pandemie sowie die Folgen der Eindämmungsmaßnahmen (z. B. Schlack et al., 2020), untersuchen. Dazu gehören unter anderem:

- Die COPSY-Studie untersuchte im Mai und Juni 2020 deutschlandweit Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Lebensqualität, die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie. Die Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Hertie School of Governance befragte dafür deutschlandweit 1.040 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren und 1.586 Eltern von 7- bis 17-Jährigen. Weitere Folgebefragungen fanden im Winter 2020/2021 bzw. finden im Sommer 2021 statt (Ravens-Sieberer et al., 2021);
- Das COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO), ein Gemeinschaftsprojekt der Universität Erfurt, dem RKI, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Leibniz-Institut für Psychologie, dem Science Media Center, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin und dem Yale Institute for Global Health untersucht seit März 2020 regelmäßig in wöchentlichen bis zweiwöchentlichen Datenerhebungen neben Themen wie Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19-Ausbruchsgeschehens auch Herausforderungen und Belastungen in Familien sowie Konflikte (Universität Erfurt, 2020);
- Das Deutsche Jugendinstitut untersuchte in der Studie "Kindsein in Zeiten von Corona" Veränderungen des Alltags und das Wohlbefinden von Kindern in der COVID-19-Pandemie. An der quantitativen Online-Umfrage nahmen im April und Mai 2020 deutschlandweit über 12.000 Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen teil (Langmeyer et al., 2020);
- Die Studie "Homeschooling in Corona-Zeiten" im Auftrag der DAK-Gesundheit wurde im Mai 2020 deutschlandweit als Eltern-Kind-Online-Befragung durchgeführt. 1.005 Eltern und deren Kinder im Alter zwischen 10 und 17 Jahren wurden zu Belastungen, ihrem emotionalen Befinden und der Situation in der Familie während der Schulschließung befragt (DAK-Gesundheit, 2020);

- Im Sommer 2020 erforschte die Universität Tübingen in der Studie "COVID KIDS – Understanding the influence of COVID-19 on children's and adolescents' school experience and subjective well-being" gemeinsam mit der Universität Luxemburg, welche Auswirkungen die pandemiebezogenen Eindämmungsmaßnahmen in verschiedenen Ländern auf das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen haben. An der Online-Befragung nahmen über 3.000 Kinder und Jugendliche aus Brasilien, Deutschland, Luxemburg und der Schweiz im Alter zwischen 6 und 16 Jahren teil (Universität Tübingen, 2021);
- Das Institut für Sozial- und Organisationspädagogik an der Stiftung Universität Hildesheim und das Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung an der Universität Frankfurt in Kooperation mit der Universität Bielefeld führten die bundesweiten Studien KiCo und JuCo durch (Andresen, Lips et al., 2020a). Ziel der KiCo-Befragung war es zu untersuchen, wie es Eltern und ihren Kindern unter 15 Jahren während der COVID-19-Pandemie geht, wie ihr aktuelles Wohlbefinden ist und was ihren Alltag kennzeichnet (Andresen, Lips et al., 2020b). In der JuCo-Befragung wurden im Frühjahr und im Herbst 2020 wurden mehrere Tausend junge Menschen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren zu ihren Erfahrungen während der Corona-Pandemie befragt (Andresen, Heyer et al., 2020).

Der überwiegende Teil der Studien mit sowohl repräsentativer Stichprobenbasis als auch mit sogenannten "Convenience-Stichproben" (willkürliche Stichprobe) mit Selbstrekrutierung der Teilnehmenden deutet auf ein hohes Ausmaß an Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie hin. Vor allem werden psychische Belastungen und Einbußen bezüglich des Wohlbefindens und der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie Verschlechterungen der Zufriedenheit und Stimmung in den Familien berichtet. Psychische Beeinträchtigungen sind allerdings nicht gleichbedeutend mit manifesten psychischen Störungen, sollten aber dennoch ernst genommen werden. Andererseits verweisen die Studien aber auch darauf, dass sich einzelne Gruppen durch die Kontaktbeschränkungen sogar entlastet fühlten. Dies galt beispielsweise für junge Menschen, die an psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder sozialen Ängsten litten (z. B. Walper et al., 2020).

Ergebnisse aus Studien zu psychischen Erkrankungen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Folge der Corona-Pandemie liegen noch nicht zuverlässig vor. Analysen mit Daten der Kaufmännische Krankenkasse (KKH) verweisen beispielsweise auf einen Anstieg der psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im ersten Halbjahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2019. Die Aussagen sind jedoch erst vorläufig und noch nicht verlässlich, da noch keine Daten für das gesamte Jahr 2020 vorliegen.

31. Geht die Bundesregierung von einem durch die Folgen der Corona-Pandemie nachhaltig veränderten Bedarf an psychotherapeutischen und psychosozialen Beratungsangeboten insbesondere für Kinder und Jugendliche aus, und wenn ja, inwieweit wird die Bundesregierung darauf hinwirken, das bestehende Angebot an diesen Bedarf anzupassen, und wenn nein, warum nicht?

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche wie auch Erwachsene durch die Pandemielage und die Corona-Schutzmaßnahmen einem hohen Maß an psychischen Belastungen unterliegen. Junge Menschen stehen auf dem Weg ins Erwachsenenleben vor drei Kernherausforderungen: Qualifizierung, Verselbständigung und Selbstpositionierung (Kernaussage des 15. Kinder- und Jugendberichts). Die Pandemie hat bei allen jungen Menschen

zu Disruptionen (Unterbrechungen) in diesen Bereichen geführt. Damit einhergehend besteht eine erhöhte Nachfrage an psychosozialer Beratung und ambulanter sowie stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Um Kinder und Jugendliche und deren Familien zu unterstützen und zu beraten haben die Bundesregierung und die Länder daher eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen und psychosoziale Beratungsangebote ausgebaut. Detaillierte Ausführungen hierzu beinhaltet die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP auf Bundestagsdrucksache 19/29931.

Aus den Daten der bislang publizierten Forschungsarbeiten zur psychischen Gesundheit in Deutschland während der COVID-19-Pandemie lässt sich derzeit erkennen, dass Kinder und Jugendliche sind durch die COVID-19-Pandemie in einem hohen Maß psychisch belastet. Diese Belastungen sind laut COPSY-Studien (erste Befragung im Mai/Juni 2020, zweite Befragung im Dezember/Januar 20/21) im Verlauf der Pandemie gestiegen (siehe auch Antwort zu Frage 29). Das RKI verfolgt den nationalen und internationalen Forschungsstand zu den Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit fortlaufend und führt derzeitig im Auftrag des BMG und in Kooperation mit anderen Forschungsinstituten verschiedene Studien hierzu durch. Die Ergebnisse hierzu werden kontinuierlich veröffentlicht und sind auf der Internetseite des RKI abrufbar (www.rki.de).

Für den Fall eines steigenden Bedarfs zur Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist für den Bereich der ambulanten Versorgung auf den entsprechenden Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu verweisen. Für den Bereich der stationären Versorgung gilt, dass es Aufgabe der Länder ist, im Rahmen ihres Auftrags für die Sicherstellung der stationären Versorgung zu beurteilen, ob die Behandlungskapazitäten ausreichen oder ob zusätzliche Behandlungskapazitäten geschaffen werden müssen.

Unmittelbar nach Beginn der Coronapandemie hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Beratungsangebote der "Nummer gegen Kummer" für Eltern, Kinder und Jugendliche ausgebaut. Die Online-Beratung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (www.bk e.de) wurde erweitert und die Beratungskapazität um 40 Prozent erhöht. Darüber hinaus wurden das Beratungsportal Jugendmigrationsdienste (www.jmd4yo u.de) und das Beratungsportal Off Road Kids für junge Menschen auf der Straße (www.sofahopper.de) ausgebaut. Seit Mai 2020 wird daneben das Online-Beratungsangebot von "JugendNotMail" (www.jugendnotmail.de) unterstützt.

Mit dem Aktionsprogramm "Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche" ermöglicht die Bundesregierung den Einsatz zusätzlicher schulbezogener Jugendarbeit und von Sozialarbeit an Schulen. Damit sollen soziale Benachteiligungen sowie individuelle Beeinträchtigungen ausgeglichen werden.

32. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung zum allgemeinen Gesundheitszustand und physischem Aktivitätslevel von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie?

Bislang liegen keine aussagekräftigen bevölkerungsbezogenen Untersuchungen zur allgemeinen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2020/2021 vor. Aktuelle Informationen zur selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheit und über körperliche Erkrankungen und Risikofaktoren wie Übergewicht und Adipositas stehen zurzeit nicht zur Verfügung.

Ein erheblicher Teil der Schuleingangsuntersuchungen hat im Jahr 2020 wegen der pandemiebedingten Überlastung der Gesundheitsämter nicht stattgefunden. Damit liegen auch keine bundesweiten Daten zu möglichen Gewichtsentwick-

lungen bei Kindern vor. Einer Umfrage im März 2020 zufolge geben Eltern an, dass etwa 9 Prozent der Kinder an Gewicht zugenommen haben. Es gab Unterschiede hinsichtlich des Schulabschlusses der Eltern. Bei Kindern, deren Eltern weniger als zehn Jahre eine Schule besucht hatten (keine Mittlere Reife, kein Abitur), lag der Anteil der Kinder mit Gewichtszunahme mit 23 Prozent deutlich höher.

Es gibt verschiedene Hinweise darauf, dass in der durch Maßnahmen zur Kontaktreduzierung geprägten Zeit während der Corona-Pandemie die Häufigkeit von akuten Infektionserkrankungen bei Kindern zurückgegangen ist. Bei Kindern und Jugendlichen und insbesondere bei jungen Kindern spielen im ambulanten Bereich akute Atemwegserkrankungen (ARE) und andere Infektionserkrankungen eine prominente Rolle. Laut Deutscher Angestellten Krankenkasse (DAK) erkrankten im Jahr 2018 57 Prozent der Kinder an einer Atemwegserkrankung, 37 Prozent an einer infektiösen Erkrankung wie z. B. Viruserkrankungen oder Gastroenteritiden. Die häufigste Behandlungsdiagnose war der grippale Infekt. Im Verlauf der in Deutschland zunehmend durch die Pandemie geprägten Wochen sank die Rate der akuten Atemwegsinfekte insbesondere bei 0- bis 4-jährigen Kindern abrupt unter das Niveau der Vorjahre, blieb während der Wochen der KiTa- und Schulschließungen auf sehr niedrigen Niveau und damit deutlich unter den Vorjahren. Erst ab der 24. Kalenderwoche 2020 begann die Rate der ARE wieder anzusteigen. Zwei Publikationen vom Sommer 2020 untersuchten die Auswirkungen der ersten Phase verschärfter Kontaktbeschränkungen auf die Entwicklung der Neuerkrankungsrate von Diabetes mellitus Typ 1 sowie von Komplikationen eines Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Das physische Aktivitätslevel von Kindern und Jugendlichen hat sich in der Pandemie verändert. Durch die Schließung von Kitas, Schulen und Vereinen konnten die in diesen Settings gewohnten Sportangebote nicht wahrgenommen werden, so dass die organisierte sportliche Aktivität zum Erliegen kam. Die Ergebnisse der MoMo-Studie (Schmidt et al. 2020) legen nahe, dass dadurch die gesamte sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen während des ersten Lockdowns zurückging. Allerdings hat sich gezeigt, dass sich die nicht organisierte sportliche Aktivität während des ersten Lockdowns im Vergleich zu vor der Pandemie erhöht hat. Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hat während des Lockdowns trotz der fehlenden organisierten Sportangebote Sport getrieben und die Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen hat dazu digitale Sportangebote genutzt. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse der MoMo-Studie (Schmidt et al. 2020), dass die körperliche Aktivität im Alltag (Spielen im Freien, zu Fuß gehen, Fahrradfahren, Haus- und Gartenarbeiten) während des ersten Lockdowns zugenommen haben, wobei dies insbesondere für Familien zutraf, die mehr Platz zu Hause hatten bzw. in Besitz eines Gartens waren. Gleichzeitig hat der Medienkonsum in der Freizeit (Fernsehen, Internet, Spiele) und damit die Zeit, die Kinder und Jugendliche sitzend verbringen, während des ersten Lockdowns zugenommen. Insgesamt haben Kinder und Jugendliche während des ersten Lockdowns die WHO-Empfehlungen zu körperlicher Aktivität häufiger erreicht (+ 0,4 Tage pro Woche) als vor dem ersten Lockdown.

Im zweiten Lockdown im Herbst 2020 gab es laut den Ergebnissen der MoMo-Studie vor allem bei Grundschul-, aber auch bei Kitakindern allerdings einen deutlichen Rückgang der körperlichen Aktivität: Der unorganisierte Sport sowie die alltägliche körperliche Aktivität sind deutlich zurückgegangen, der Medienkonsum in der Freizeit haben weiter zugenommen. 48 Prozent der Kinder und Jugendlichen gaben im Vergleich zum ersten Lockdown an, dass sich ihre Fitness verschlechtert hat und 28 Prozent gaben an, dass ihr Gewicht zugenommen hat. Erste veröffentliche Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde der COPSY-Studie weisen darauf hin, dass sich der Anteil der Kinder, die keinen Sport treiben, in der zweiten Welle gegenüber der Zeit vor der Pandemie verzehnfacht hat.

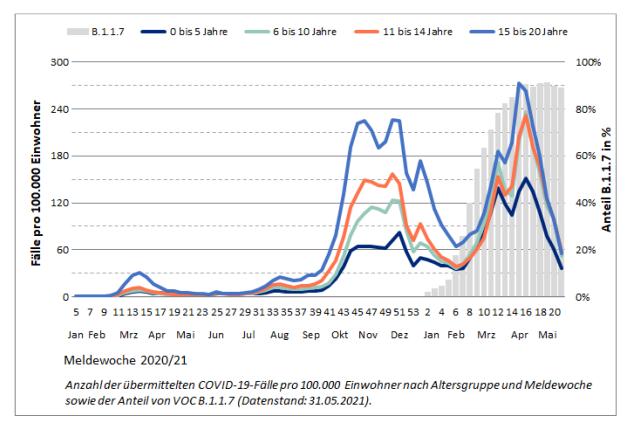
33. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um mögliche gesundheitliche und psychische Folgen für von der Pandemie besonders betroffene Kinder und Jugendliche, etwa aus sozial benachteiligten Haushalten oder mit Migrationshintergrund oder für Kinder und Jugendliche mit besonderem Unterstützungsbedarf, einzudämmen und/oder die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien bei ihrer Bewältigung zu unterstützen?

Um den Belastungen entgegenzuwirken, die Kinder und Jugendliche aufgrund der pandemiebedingten Beschränkungen erfahren haben, hat das Bundeskabinett am 5. Mai 2021 das "Aktionsprogram Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche für die Jahre 2021 und 2022" mit einem Gesamtvolumen von 2 Mrd. Euro beschlossen. Die Mittel sollen neben dem Abbau von Lernrückständen auch zur Förderung frühkindlicher Bildung für Freizeit-, Ferien- und Sportaktivitäten sowie für die Begleitung von Kindern und Jugendlichen im Alltag und in der Schule eingesetzt werden.

Das Aktionsprogramm beinhaltet vielfältige Maßnahmen, um Kinder und Jugendliche nach der Pandemie auf dem Weg zurück in ein unbeschwertes Aufwachsen zu begleiten und sie dabei zu unterstützen, seelische und körperliche Belastungen zu überwinden. Als Teil des Aktionsprogramms wird die Bundesstiftung Frühe Hilfen mit 50 Mio. Euro aufgestockt. Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln können mehr belastete junge Familien erreicht und zusätzliche Angebote gemacht werden. Außerdem werden die Mittel des Kinder- und Jugendplans für die Kinder- und Jugenderholung, die kulturelle und politische Jugendbildung, die Jugendarbeit im Sport, die internationale Jugendarbeit sowie die Jugendverbände um 50 Mio. Euro erhöht. Darüber hinaus sollen die Länder durch eine Erhöhung des Umsatzsteueranteils 70 Mio. Euro für günstige Ferien- und Wochenendfreizeiten sowie Jugendbegegnungen erhalten. Weitere 50 Mio. Euro zur Entlastung von Familien mit kleineren Einkommen bei Aufenthalten in Familienferienstätten stehen zur Verfügung.

Auch das ehrenamtliche Engagement ist bei der Bewältigung der Pandemiefolgen besonders wichtig. Mit 30 Mio. Euro für die Deutsche Stiftung für Engagement und Ehrenamt soll ein wirkungsvoller Beitrag zur Unterstützung des bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements für Kinder, Jugendliche und Familien geleistet werden. Zusätzliche 10 Mio. Euro im Bundesprogramm "Mehrgenerationenhaus. Miteinander - Füreinander" sind für Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien gedacht. Außerdem werden Kinder und Jugendliche aus bedürftigen Familien, die Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern SGB II, SGB III und SGB XII, sowie nach dem Asylbewerbergesetz, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Wohngeldgesetz und dem Bundeskindergeldgesetz beziehen, mit einem Kinderfreizeitbonus in Höhe von einmalig 100 Euro unterstützt. Dieser kann individuell für Ferien-, Sport- und Freizeitaktivitäten eingesetzt werden. Zur Bewältigung der Krisenfolgen und zur Entwicklung einer guten Perspektive ist es notwendig, Kinder und Jugendliche in ihren sozialen Kompetenzen zu stärken. Für diese Aufgaben soll mit insgesamt 320 Mio. Euro der Einsatz von Mentorinnen und Mentoren, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeitern, Studierenden und Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen sowie von Freiwilligendienstleistenden z.B. in Sommercamps, an Schulen und in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ermöglicht werden.

Anlage 1



Quelle: Robert Koch-Institut

Anlage 2

Tabelle 1: Hospitalisierte COVID-19-Fälle im Alter von 0 bis 18 Jahren. (Datenstand: 07.06.2021, 0:00 Uhr); Quelle RKI

		Anzahl Fälle mit	Anzahl
Meldejahr	Kalenderwoche	Angabe, ob eine Hospitalisierung	hospitalisierter
		vorlag	Fälle
2020	10	61	10
2020	11	275	7
2020	12	766	29
2020	13	1.248	67
2020	14	1.512	54
2020	15	1.168	43
2020	16	826	39
2020	17	736	46
2020			36
2020	18 19	497	27
2020	20	511 418	28
2020 2020	21 22	356 378	10
2020	23	386	8
2020	24	373	18
2020	25	614	11
2020	26	478	12
2020	27	429	9
2020	28	415	17
2020	29	501	18
2020	30	604	23
2020	31	773	12
2020	32	1.099	14
2020	33	1.570	34
2020	34	1.626	32
2020	35	1.378	20
2020	36	1.297	25
2020	37	1.369	32
2020	38	1.585	24
2020	39	1.685	21
2020	40	2.098	32
2020	41	3.146	62
2020	42	4.527	63
2020	43	7.610	123
2020	44	11.248	163
2020	45	12.756	179
2020	46	13.643	205
2020	47	13.374	173
2020	48	12.884	197
2020	49	12.819	190
2020	50	14.553	204
2020	51	14.103	230
2020	52	9.581	169
2020	53	7.461	172
2021	01	9.425	143
2021	02	8.301	167

Anlage 2

2021	03	7.037	112
2021	04	6.094	99
2021	05	5.754	114
2021	06	4.735	92
2021	07	5.242	84
2021	08	6.511	105
2021	09	7.840	93
2021	10	10.016	126
2021	11	13.584	181
2021	12	17.990	214
2021	13	15.070	222
2021	14	15.318	244
2021	15	21.497	242
2021	16	23.639	228
2021	17	19.784	199
2021	18	16.477	191
2021	19	12.157	135
2021	20	9.775	110
2021	21	5.520	62
2021	22	3.712	38

