

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heidi Reichinnek, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 20/3174 –**

Folgen der Pandemiebewältigung für Gleichstellung und das Leben von Frauen in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Als im März 2020 weite Teile der Welt, darunter auch Deutschland, das öffentliche Leben, Dienstleistungen und Mobilität auf ein notwendiges Mindestmaß reduzierten, kam international schnell die Frage auf: Was bedeutet diese Situation für die Gleichstellung der Geschlechter? Auch in Deutschland zeigte sich schon in den ersten Tagen und Wochen des ersten Lockdowns, dass überwiegend Frauen die Lasten der Pandemie tragen werden (https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007676/p_wsi_pb_40_2020.pdf). Sei es als Arbeitnehmende im Homeoffice, die gleichzeitig ihre Kinder zu Hause betreuen oder unterrichten sollten, oder als Pflegenden, die ohne materielle Aufwertung ihrer Arbeit plötzlich zu übermenschlichen Höchstleistungen aufgefordert waren.

Die Krise zeigte schnell auf, was über Jahrzehnte gern unter den Teppich gekehrt wurde: „Systemrelevant“ sind besonders viele Berufe, die überproportional von Frauen ausgeübt werden. Pflege, Erziehung, Einzelhandel, Reinigungsdienste, um nur einige zu nennen. Genau diese Berufsgruppen sind aber nach wie vor schlecht bezahlt und von Personalmangel betroffen. Diese Krise war nach Ansicht der Fragestellenden nie nur eine pandemische, sondern auch eine der öffentlichen Infrastrukturen und gesellschaftlichen Arbeits- und Lastenteilung – bis hinein in den privaten Raum der Familie.

Durch strukturelle Benachteiligungen sind nach Auffassung der Fragestellenden Frauen von Härten und Einschnitten besonders betroffen, durch Rollenzuschreibungen und verlagerten Handlungsdruck besonders gefordert, mangels politischer Einsichten und Mehrheiten für neue, geschlechtergerechte Notwendigkeiten, gehen sie häufig als Verliererinnen aus Krisenpolitiken hervor. Dies muss jedoch nicht zwangsläufig die Bilanz einer Krise sein, sofern spezifische Belastungen frühzeitig erkannt werden, ihnen präventiv begegnet und auch nachträglich ausgleichend gehandelt wird.

1. Welche Vorbereitungen trifft die Bundesregierung vor dem Hintergrund, dass neue Varianten und konstant hohe Infektionszahlen eine erneute Welle der Corona-Pandemie im Herbst und Winter sehr wahrscheinlich machen, um
 - a) die Schließung von Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen zu verhindern,

Das am 8. September 2022 vom Deutschen Bundestag und am 16. September 2022 vom Bundesrat beschlossene Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) enthält ein Maßnahmenpaket zur Vorbereitung auf den zu erwartenden Anstieg der Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 im Herbst und setzt einen klaren Rahmen auch für Corona-Schutzmaßnahmen in der Kindertagesbetreuung sowie in Schulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen. Ziel des Gesetzgebers ist es dabei unter anderem, die Schließung von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen einschließlich der Folgen für die betroffenen Familien so weit wie möglich zu verhindern. In § 28b Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist daher zukünftig vorgesehen, dass die Länder zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs in Schulen, Kinderhorten und sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie in Heimen und Ferienlagern die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske für Kinder und Schülerinnen und Schüler ab der fünften Klasse und die dort Beschäftigten sowie für Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen und in einer erlaubnispflichtigen Kindertagespflege anordnen können. Bei der Entscheidung über die Schutzmaßnahmen haben sie das Recht auf schulische Bildung, soziale Teilhabe und sonstige besondere Belange von Kindern und Jugendliche zu beachten. Darüber hinaus sieht § 28b Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b IfSG für die Länder die Möglichkeit einer Anordnung von Testpflichten in Schulen und Kindertageseinrichtungen vor. Für flächendeckende Schließungen von Kindertagesbetreuung und Schulen werden sehr hohe Hürden gesetzt.

Mit der gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Corona-KiTa-Studie untersuchten das Deutsche Jugendinstitut (DJI) und das Robert Koch-Institut (RKI) aus medizinischer und sozialwissenschaftlicher Sicht die Rolle der Kindertagesbetreuung und der Kinder bei der Ausbreitung des Corona-Virus und was die Pandemie für die Kindertagesbetreuung, die Kinder und die Eltern bedeutet. Die Corona-KiTa-Studie bietet belastbare Erkenntnisse dazu, welche Maßnahmen helfen, das Infektionsgeschehen zu senken und damit die Verlässlichkeit der Betreuungsangebote zu erhöhen. Alle bisherigen Ergebnisse sind online verfügbar unter <https://corona-kita-studie.de/ergebnisse>.

Ergänzend trägt die Arbeitsschutzverordnung durch die Reduzierung von Ausbrüchen in Betrieben dazu bei, dass die Krankheitslast und damit der Druck auf das Gesundheitswesen reduziert wird. Die vorbeugenden Maßnahmen in Betrieben sind eine wichtige Voraussetzung, die Verbreitung in Schulen zu verringern, und zeigen, dass frühzeitig andere Bereiche dazu beitragen, das Infektionsgeschehen insgesamt gering zu halten.

- b) zu verhindern, dass Frauen erneut massiver Doppelbelastung und/oder Einbrüchen in der Erwerbstätigkeit ausgesetzt sind, sollte es zu Schließungen oder Unregelmäßigkeiten im Schul- und Kitabetrieb, beispielsweise durch Personalausfall, kommen?

Zum Schutz der Beschäftigten wird durch die Arbeitsschutzverordnung vorgeschrieben, das Angebot von Homeoffice auf Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung zu prüfen. Homeoffice kann einen weiteren Beitrag dazu leisten, dass Eltern, deren Erwerbstätigkeit zu Hause durchgeführt werden kann, einem geringeren Infektionsgeschehen in der Erwerbstätigkeit ausgesetzt werden.

2. Ist es geplant, in einer kommenden Corona-Herbstwelle wieder eine erhöhte Anzahl an Kind-krank-Tagen einzuführen?

Versicherte haben gemäß § 45 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022 Anspruch auf Kinderkrankengeld für jedes Kind längstens für 30 Arbeitstage, alleinerziehende Versicherte für jedes Kind längstens für 60 Arbeitstage. Der Anspruch besteht für Versicherte für nicht mehr als 65 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 130 Arbeitstage. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 wurde die Regelung bis Ende 2023 fortgeführt. Zusätzlich wurde die bestehende Möglichkeit, Kinderkrankengeld auch bei coronabedingtem Betreuungsbedarf von nicht erkrankten Kindern zu beanspruchen, bis zum Ablauf des 7. April 2023 erweitert.

3. Wurde seit Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 der Gender-Care-Gap neu berechnet?
 - a) Wenn ja, wie hoch ist dieser aktuell?
 - b) Wenn nein, wann wird dieser neu berechnet?

Der Gender Care Gap basiert auf Zeitverwendungsdaten, die zuletzt 2012/2013 vom Statistischen Bundesamt erhoben wurden. Derzeit wird die Zeitverwendungserhebung 2022 durchgeführt. Erste Ergebnisse, zu denen auch der Gender Care Gap gehört, werden planmäßig Ende 2023 vorliegen.

4. Plant die Bundesregierung vor dem Hintergrund, dass nach Ansicht der Fragestellenden die Pandemie unmissverständlich die Bedeutung von Sorgearbeit für das Funktionieren von Gesellschaft und Wirtschaft aufgezeigt hat, Maßnahmen, um der existenziellen Bedeutung von Pflege und Erziehung im professionellen wie im privaten Sektor gerecht zu werden, und wenn ja, inwiefern plant sie Maßnahmen für
 - a) höhere Löhne und Bonus- bzw. Ausgleichszahlungen,
 - b) bessere Arbeitsbedingungen,

Die Fragen 4a und 4b werden gemeinsam beantwortet.

Die Erhöhung des allgemeinen Mindestlohns zum 1. Oktober 2022 auf 12 Euro brutto je Zeitstunde kommt auch Menschen im Bereich der Sorgearbeit zugute. Im Bereich der Altenpflege werden auf Vorschlag der Pflegekommission zum 1. September 2022 die Mindestlöhne für Pflegekräfte in Deutschland in drei Schritten steigen. Für Pflegehilfskräfte erfolgt eine Anhebung auf 14,15 Euro pro Stunde, für qualifizierte Pflegehilfskräfte auf 15,25 Euro pro Stunde und für Pflegefachkräfte auf 18,25 Euro pro Stunde.

Zudem muss eine Pflegeeinrichtung ab dem 1. September 2022, um als solche zugelassen zu sein, entweder selbst tarifgebunden sein oder – wenn sie das nicht ist – ihre Pflege- und Betreuungskräfte mindestens in Höhe von in der Region anwendbaren Pflege-Tarifverträgen entlohnen. Kirchliche Arbeitsrechtsregelungen werden in der neuen Regelung wie Tarifverträge behandelt. So kann sich die Entlohnung der Pflege- und Betreuungskräfte auch nach einer regional anwendbaren kirchlichen Arbeitsrechtsregelung richten. Dass tatsächlich eine Entlohnung mindestens in Tarifhöhe an die Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung gezahlt wird, muss gegenüber der Pflegekasse jederzeit nachweisbar sein. Mit diesen Regelungen wird dem Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode Rechnung getragen, der eine Verbesserung der Löhne und Arbeitsbedingungen sowie eine Schließung der Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege vorsieht.

- c) Schutz vor Überlastung,
- d) steuerliche Vergünstigungen,
- e) weitere Bereiche?

Die Fragen 4c bis 4e werden gemeinsam beantwortet.

Die Belastungen, die mit einer lang anhaltenden Pandemie einhergehen, sind schwer vorhersehbar. Lösungen, wie auf unterschiedliche Überlastungssituationen reagiert werden kann, müssen sich an den Bedingungen vor Ort orientieren. Dies betrifft sowohl den professionellen wie auch den privaten Sektor.

5. Wie hoch sind die bisher ausgezahlten Corona-Prämien im Pflegesektor ausgefallen?

Die Corona-Pandemie hat die Beschäftigten in der Alten- bzw. Langzeitpflege vor eine besondere Herausforderung und Belastung gestellt. Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung, das am 23. Mai 2020 in Kraft getreten ist, wurden die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weitere Arbeitgeber in der Pflege verpflichtet, ihren Beschäftigten sehr zügig und unbürokratisch eine zusätzliche finanzielle Anerkennung für die besonderen Leistungen, Herausforderungen und Risiken während dieser Pandemie zu zahlen. Aufgrund der Regelung hatten Beschäftigte, die in oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung im Bemessungszeitraum im Jahr 2020 tätig waren, einen nach verschiedenen Kriterien gestaffelten Rechtsanspruch auf eine einmalige steuer- und sozialabgabenfreie Sonderleistung (Corona-Prämie). Über die Pflegeversicherung finanzierte der Bund zunächst einen Bonus von bis zu 1 000 Euro. Die Länder und ergänzend die Arbeitgeber in der Pflege konnten die Corona-Prämie bis zur Höhe der steuer- und sozialversicherungsabgabenfreien Summe von 1 500 Euro aufstocken. Die höchste Prämie erhielten dabei Vollzeitbeschäftigte in der direkten Pflege und Betreuung. Auch Auszubildende, Freiwilligendienstleistende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Leiharbeiter sowie Mitarbeiter in Servicegesellschaften erhielten den Bonus. Für Prämienzahlungen an die Beschäftigten in der Langzeitpflege wurden rund 887 Mio. Euro an Bundesmitteln verausgabt.

Für Prämienzahlungen an Krankenhäuser, die im Verhältnis zu ihrer Bettenzahl besonders viele mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten zu versorgen hatten, wurden in den Jahren 2020 und 2021 insgesamt 550 Mio. Euro ausgereicht. Für die erste Prämie nach § 26a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 2020 wurden 100 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, davon 93 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und 7 Mio. Euro durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Hiervon haben 433 Krankenhäuser profitiert. Im Rahmen der zweiten Prämie nach § 26d KHG im Jahr 2021 wurden insgesamt 450 Mio. Euro für Prämienzahlungen aus Bundesmitteln zur Verfügung gestellt und an 983 Krankenhäuser ausgezahlt.

Bei beiden Prämienregelungen hatten die begünstigten Krankenhäuser selbst mit der Arbeitnehmervertretung über die Auswahl der Prämienberechtigten und die Höhe der Prämien zu entscheiden. Die Prämien richteten sich in erster Linie an Pflegekräfte in der Pflege am Bett, daneben können auch andere besonders belastete Krankenhausbeschäftigte Prämien erhalten, z. B. Reinigungskräfte.

Einer Auswertung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zufolge haben im Rahmen der zweiten Prämienregelung nach § 26d KHG ca. 850 000 Personen Prämien erhalten.

Auch in dieser Legislaturperiode soll die besondere Leistung von Pflegekräften in der Corona-Pandemie mit dem sog. Corona-Pflegebonus gewürdigt werden. Je 500 Mio. Euro werden aus Bundesmitteln für den Pflegebonus im Bereich der Krankenhäuser sowie der Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt.

6. In welche Branchen sind seit Beginn der Corona-Pandemie die Gelder der verschiedenen Rettungspakete geflossen (bitte den Anteil der in der jeweiligen Branche beschäftigten Männer und Frauen angeben)?

Im Rahmen der branchenoffenen Corona-Zuschussprogramme (Soforthilfe, Überbrückungshilfen, Neustarthilfen, Außerordentlichen Wirtschaftshilfen [November- und Dezemberhilfe] sowie Härtefallhilfen), der Stabilisierungsmaßnahmen des Wirtschaftsstabilisierungsfonds (WSF – siehe <https://www.deutsche-finanzagentur.de/wsf/wirtschaftsstabilisierungsfonds/massnahmen>) sowie im Rahmen des branchenoffenen KfW-Sonderprogramms 2020 haben Unternehmen aus folgenden Branchen Förderungen erhalten:

Soforthilfe (Förderzeitraum März bis Mai 2020/für je 3 aufeinanderfolgende Monate)

Branchenabschnitte:

- A Land- und Forstwirtschaft, Fischerei (01.00.0 bis 03.22.0)
- B Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (05.00.0 bis 09.90.0)
- C Verarbeitendes Gewerbe (10.00.0 bis 33.20.0)
- D Energieversorgung (35.00.0 bis 35.30.0)
- E Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen (36.00.0 bis 39.00.0)
- F Baugewerbe (41.00.0 bis 43.99.9)
- G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (45.00.0 bis 47.99.9)
- H Verkehr und Lagerei (49.00.0 bis 53.20.0)
- I Gastgewerbe (55.00.0 bis 56.30.9)
- J Information und Kommunikation (58.00.0 bis 63.99.0)
- K Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (64.00.0 bis 66.30.0)
- L Grundstücks- und Wohnungswesen (68.00.0 bis 68.32.2)
- M Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (69.00.0 bis 75.00.9)

- N Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (77.00.0 bis 82.99.9)
- P Erziehung und Unterricht (85.00.0 bis 85.60.0)
- Q Gesundheits- und Sozialwesen (86.00.0 bis 88.99.0)
- R Kunst, Unterhaltung und Erholung (90.00.0 bis 93.29.0)
- S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (94.00.0 bis 96.09.0)

Überbrückungshilfen I bis IV (Förderzeitraum Juni 2020 bis Juni 2022)

Neustarthilfen (Förderzeitraum Januar 2021 bis Juni 2022)

Außerordentliche Wirtschaftshilfen – November- und Dezemberhilfen

Branchenabschnitte:

- A Land- und Forstwirtschaft, Fischerei (01.00.0 bis 03.22.0)
- B Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (05.00.0 bis 09.90.0)
- C Verarbeitendes Gewerbe (10.00.0 bis 33.20.0)
- D Energieversorgung (35.00.0 bis 35.30.0)
- E Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen (36.00.0 bis 39.00.0)
- F Baugewerbe (41.00.0 bis 43.99.9)
- G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (45.00.0 bis 47.99.9)
- H Verkehr und Lagerei (49.00.0 bis 53.20.0)
- I Gastgewerbe (55.00.0 bis 56.30.9)
- J Information und Kommunikation (58.00.0 bis 63.99.0)
- K Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (64.00.0 bis 66.30.0)
- L Grundstücks- und Wohnungswesen (68.00.0 bis 68.32.2)
- M Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (69.00.0 bis 75.00.9)
- N Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (77.00.0 bis 82.99.9)
- O Öffentliche Verwaltung; Verteidigung; Sozialversicherung (84.00.0 bis 84.99.9)
- P Erziehung und Unterricht (85.00.0 bis 85.60.0)
- Q Gesundheits- und Sozialwesen (86.00.0 bis 88.99.0)
- R Kunst, Unterhaltung und Erholung (90.00.0 bis 93.29.0)
- S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (94.00.0 bis 96.09.0)

Härtefallhilfen der Länder – (Förderzeitraum März 2020 bis Juni 2022)

Branchenabschnitte:

- A Land- und Forstwirtschaft, Fischerei (01.00.0 bis 03.22.0)
- C Verarbeitendes Gewerbe (10.00.0 bis 33.20.0)
- F Baugewerbe (41.00.0 bis 43.99.9)
- G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (45.00.0 bis 47.99.9)

- H Verkehr und Lagerei (49.00.0 bis 53.20.0)
- I Gastgewerbe (55.00.0 bis 56.30.9)
- J Information und Kommunikation (58.00.0 bis 63.99.0)
- L Grundstücks- und Wohnungswesen (68.00.0 bis 68.32.2)
- M Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (69.00.0 bis 75.00.9)
- N Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (77.00.0 bis 82.99.9)
- P Erziehung und Unterricht (85.00.0 bis 85.60.0)
- Q Gesundheits- und Sozialwesen (86.00.0 bis 88.99.0)
- R Kunst, Unterhaltung und Erholung (90.00.0 bis 93.29.0)
- S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (94.00.0 bis 96.09.0)

Wirtschaftsstabilisierungsfonds (Laufzeit März 2020 bis Juni 2022)

- Systemkomponenten (Automotive),
- Maschinenbau/Windkraftanlagen,
- Hotellerie,
- Maschinenbau (Automotive-Zulieferer),
- Papierherstellung,
- Handel; Instandhaltung und Reparatur von Fahrzeugen,
- Einzelhandel (Textilien),
- Tourismus/Reiseveranstalter,
- Einzelhandel (Warenhäuser),
- Maschinen-/Anlagenbau,
- Anlagen- und Werkzeugtechnik für die Kunststoffverarbeitung,
- Einzelhandel (Schuhe),
- Luftfahrt,
- Heizungs-, Sanitär- und Klimatechnik,
- Herstellung von Leichtbau-Aluminium-Komponenten (Automotive),
- Stahlerzeugung,
- Schiffbau,
- Entwicklung und Vertrieb von Anlagen für Nutzung von Abwärme,
- Chauffeurdienstleistungen.

KfW-Sonderprogramme 2020 (Laufzeit März 2020 bis Juni 2022)

Die Kredite des KfW-Sonderprogramms 2020 standen ab dem 23. März 2020 allen Unternehmen zur Verfügung, die durch die Corona-Krise vorübergehend Finanzierungsschwierigkeiten hatten. Die Förderung erfolgte nicht branchenspezifisch. Es wurden auch keine Branchen ausgeschlossen. Nachfolgend eine Auflistung der Branchen mit hoher Nachfrage nach dem KfW-Sonderprogramm 2020:

- Handel und Instandsetzung,
- Verarbeitendes Gewerbe,

- Gastgewerbe,
- Dienstleistungen,
- Baugewerbe,
- Verkehr und Nachrichtenübermittlung,
- Gesundheits- und Sozialwesen,
- Erziehung und Unterricht.

Zur Entwicklung der Beschäftigung nach Geschlecht und Wirtschaftszweigen verweist die Bundesregierung auf die Publikation „Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008)“ (<http://bpaq.de/bmas-a56>).

Für Daten zur realisierten Kurzarbeit nach Geschlecht sowie nach Wirtschaftszweigen wird auf die Publikation „Realisierte Kurzarbeit“ verwiesen (<http://bpaq.de/bmas-a31>). Angaben zu Ausgaben für Kurzarbeitergeld nach Branchen liegen nicht vor.

7. Verpflichtet sich die Bundesregierung, das im Koalitionsvertrag angekündigte „Gender Budgeting im Sinne einer verstärkten Analyse der Auswirkungen finanzpolitischer Maßnahmen auf die Gleichstellung der Geschlechter“ auf sämtliche Ausgaben zur weiteren Bearbeitung und Aufarbeitung von Pandemiemanagement und den Folgen in den kommenden Jahren anzuwenden, und wenn nein, was sind „geeignete Einzelpläne“ im Sinne des Koalitionsvertrags?

Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist in § 2 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien als durchgängiges Leitprinzip festgelegt. Im Rahmen der Gesetzgebung müssen die Ressorts Aussagen zur Wirkung auf die Gleichstellung treffen. Dies stellt eine Verankerung von Gender Budgeting in der Verwaltungspraxis des Bundes dar.

Wie die konkrete Umsetzung des Auftrages des Koalitionsvertrages erfolgen kann, bedarf weiterer Prüfung, dies betrifft auch die Frage, welche Einzelpläne im Sinne des Koalitionsvertrags geeignet wären.

8. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, in welchem Verhältnis jeweils Männer und Frauen im Laufe der Pandemie
 - a) ihre Arbeitszeit reduzieren mussten,

Für den Gesamtverlauf der Pandemie liegen der Bundesregierung im Detail noch keine Erkenntnisse vor. Ein Kurzbericht des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung IAB (IAB-Kurzbericht 05/2022) weist als einen Grund für eine pandemiebedingte Reduzierung der Arbeitszeit darauf hin, dass diese häufig im Rahmen betrieblich angeordneter Kurzarbeit erfolgte. Der Bericht weist außerdem darauf hin, dass die bisherigen Ergebnisse zur unterschiedlichen Betroffenheit der Geschlechter von einer pandemiebedingten Arbeitszeitreduktion nicht eindeutig seien. Hinsichtlich der Arbeitszeit sei es eher zu einer Annäherung als zu einer Verstärkung der Unterschiede gekommen. Allerdings weisen Studien darauf hin, dass Eltern stärker als Kinderlose ihre Stundenzahl reduziert haben und Mütter stärker als Väter.

- b) ihre Tätigkeit aufgegeben haben?

Laut einer Studie des IAB (IAB-Kurzbericht 05/2022) haben die finanziellen Unterstützungsmaßnahmen der Bundesregierung, wie Soforthilfen für Betriebe

oder Kurzarbeitergeld, einen drastischen Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung verhindert: Zwischen Juni 2019 und Juni 2020 sei die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung lediglich um 0,3 Prozent gesunken. Während der Rückgang für die Männer bei 0,5 Prozent gelegen habe, habe es bei den Frauen sogar ein Plus von 0,1 Prozent gegeben. Dagegen habe es einen deutlichen Beschäftigungsrückgang bei der ausschließlich geringfügigen Beschäftigung gegeben, von dem Frauen stärker betroffen waren. Entsprechende Zahlen werden auf S. 3 der Studie genannt. Auch der Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG (Evaluationsbericht zu Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik) kommt zu dem Ergebnis, dass aufgrund vieler sichernder Maßnahmen die Arbeitslosigkeit während der Pandemie kaum gestiegen sei.

9. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie viele Frauen im Zuge der Corona-Pandemie ihre Anstellung verloren haben?
 - a) Wie viele Frauen waren es im Minijobsektor?
 - b) Wie viele Frauen waren es in sozialversicherungspflichtigen Anstellungen inklusive Midijobs?
 - c) Gibt es Schätzungen für den informellen Sektor?

Die Fragen 9 bis 9c werden gemeinsam beantwortet.

Nach Angaben der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit sank die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Frauen zwischen Februar 2020 und Mai 2020 saisonbereinigt um 153 000. Seit Mai 2020 stieg sie kontinuierlich an und lag nach vorläufigen Angaben im Juni 2022 um rund 390 000 höher als im Februar 2020 (saisonbereinigter Vergleich).

Die Zahl der ausschließlich geringfügig beschäftigten Frauen sank von Februar 2020 bis April 2020 um 168 000 (Originalwerte, saisonbereinigte Werte liegen hierzu nicht vor). Anschließend erholte sich die ausschließlich geringfügige Beschäftigung von Frauen leicht, seit Juli 2020 ist sie rückläufig und lag im Dezember 2021 rund 230 000 niedriger als im Februar 2020 (nicht saisonbereinigter Vergleich). Hierbei ist zu beachten, dass die ausschließlich geringfügige Beschäftigung insgesamt sowie von Frauen auch vor der COVID-19-Pandemie rückläufig war.

Schätzungen für den informellen Sektor liegen der Bundesregierung nicht vor. Zur Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männer verweist die Bundesregierung darüber hinaus auf folgende Publikation: <http://bpaq.de/bmas-67>.

10. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um Menschen, die während der Pandemie einen Minijob verloren haben, den Einstieg in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zu erleichtern?

Grundsätzlich gehört die Arbeitsvermittlung sowie die Unterstützung bei der Arbeitssuche zu den gesetzlichen Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit (BA). Die BA hat sicherzustellen, dass Arbeitslose, deren berufliche Eingliederung voraussichtlich erschwert ist, eine verstärkte vermittlerische Unterstützung erhalten (§ 35 Absatz 1 Satz 3 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – SGB III). Sie ist verpflichtet, Arbeitssuchenden eine ihrem Beratungswunsch entsprechende Beratung anzubieten. Art und Umfang richten sich nach dem Beratungsbedarf des Einzelnen. Außerdem hat die BA Arbeitssuchenden Arbeitsvermittlung anzubieten und durch Vermittlungsaktivitäten darauf hinzuwirken, dass Arbeitssuchende eine Arbeitsstelle finden. Dazu gehören auch flexible Qualifizierungs- und Bildungsangebote, auch in Teilzeit, sowie Unterstützung und Ver-

weisberatung zum Thema Kinderbetreuung. Die Arbeitsförderung soll die Dauer der Arbeitslosigkeit verkürzen und den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt unterstützen.

Auch das Gesetz zur Erhöhung des Schutzes durch den gesetzlichen Mindestlohn und zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung, das zum 1. Oktober 2022 in Kraft tritt, fördert die Aufnahme einer sozialversicherungs-pflichtigen Beschäftigung. Dazu werden die Beschäftigten im Übergangsbereich noch stärker entlastet als bisher, und die Obergrenze des Übergangsbereichs wird von 1 300 Euro auf 1 600 Euro im Monat angehoben. Der bisherige Belastungssprung im Beitragsrecht beim Übergang aus einer geringfügigen in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung wird geglättet.

11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Einkommensverluste und Insolvenzen selbstständig Beschäftigter seit Beginn der Corona-Pandemie (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?

Erkenntnisse zu den spezifischen Einkommensverlusten selbstständig Beschäftigter seit Beginn der Corona-Pandemie liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Insolvenzstatistik des Statistischen Bundesamts untergliedert Unternehmensinsolvenzen nach Rechtsform. Aktive Selbstständige führen ihr Unternehmen entweder in Form eines Einzelunternehmens oder als Beteiligung an einer Personengesellschaft (OHG, KG, GbR). Unter der Kategorie Einzelunternehmen sind auch Freie Berufe, Kleingewerbe und Ähnliches zusammengefasst.

Seit April 2021 blieben diese Insolvenzen weitgehend stabil bzw. waren sogar rückläufig. Im Jahr 2020 haben laut Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes 4 903 Einzelunternehmen Insolvenz angemeldet, im Jahr 2021 waren es 4 996 Meldungen. Damit ging die Zahl der Insolvenzen von Einzelunternehmen im ersten Corona-Krisenjahr gegenüber 2019 um fast 30 Prozent zurück und hielt sich im Jahr 2021 etwa auf diesem Niveau. Die Zahl der beantragten Insolvenzen von Personengesellschaften lag im Jahr 2020 bei 1 183 (12,5 Prozent weniger als im Vorkrisenjahr 2019), im Jahr 2021 sogar nur bei 968.

Auch für das Jahr 2022 lässt sich bisher kein Anstieg dieser Insolvenzen erkennen, obgleich die Auswirkungen des Ukraine-Krieges eine große Herausforderung für die Unternehmen darstellen. Inwieweit sich das in den Zahlen der zweiten Jahreshälfte 2022 widerspiegelt, ist derzeit noch nicht absehbar.

Eine Aufschlüsselung nach Geschlecht liegt für diese Statistik nicht vor.

12. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Einkommensverluste Alleinerziehender seit Beginn der Corona-Pandemie (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?

Zur Einkommensentwicklung von Alleinerziehenden in der Corona-Pandemie liegen der Bundesregierung noch keine Daten vor.

13. Wie viele Familien sind aktuell in Deutschland von Armut betroffen oder bedroht, und wie viele Kinder leben in diesen Familien?

Wie viele dieser Familien leben mit einem alleinerziehenden Elternteil (bitte diesen Werten die jüngsten Werte vor März 2020 gegenüberstellen)?

Die Armutsrisikoquote ist eine statistische Maßgröße für die Einkommensverteilung. Sie liefert keine Information über individuelle Bedürftigkeit. Ihre Höhe

hängt u. a. von der zugrundeliegenden Datenbasis, der Bezugsgröße (50 Prozent, 60 Prozent oder 70 Prozent des mittleren Einkommens/regionaler Bezug) und der Gewichtung der Haushaltsmitglieder bei der Bestimmung des Nettoäquivalenzeinkommens ab. Der Indikator ist insbesondere für Teilpopulationen sehr volatil und kann je nach Datenquelle unterschiedlich ausfallen. Einer Konvention folgend werden 60 Prozent des mittleren mit der neuen OECD-Skala gewichteten Einkommens verwendet. Soweit Daten in der erfragten Abgrenzung vorliegen, können die Ergebnisse der nachfolgenden Tabellen entnommen werden.

Armutsgefährdungsquote¹⁾ in Prozent gemessen am Bundesmedian im Jahr 2019

Merkmal	2019
Haushaltstyp ²⁾	
Einpersonenhaushalt	26,5
Zwei Erwachsene ohne Kind	8,7
Sonstiger Haushalt ohne Kind	8,8
Ein(e) Erwachsene(r) mit Kind(ern)	42,7
Zwei Erwachsene und ein Kind	8,8
Zwei Erwachsene und zwei Kinder	11,0
Zwei Erwachsene und drei oder mehr Kinder	30,9
Sonstiger Haushalt mit Kind(ern)	19,3

Ergebnisse des Mikrozensus. IT.NRW

¹⁾ Anteil der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung in Privathaushalten am Ort der Hauptwohnung. Das Äquivalenzeinkommen wird auf Basis der neuen OECD-Skala berechnet.

²⁾ Zu den Kindern zählen Personen im Alter von unter 18 Jahren ohne Lebenspartner/-in und eigene Kinder im Haushalt.

Armutsgefährdungsquote¹⁾ in Prozent gemessen am Bundesmedian im Jahr 2020 und 2021

Merkmal	Jahr	
	2020 ²⁾	2021 ³⁾
Haushaltstyp ⁴⁾		
Einpersonenhaushalt	27,8	28,1
Zwei Erwachsene ohne Kind	8,7	9,2
Sonstiger Haushalt ohne Kind	9,8	10,3
Ein(e) Erwachsene(r) mit Kind(ern)	40,4	41,6
Zwei Erwachsene und ein Kind	9,0	8,7
Zwei Erwachsene und zwei Kinder	11,4	11,1
Zwei Erwachsene und drei oder mehr Kinder	31,2	31,6
Sonstiger Haushalt mit Kind(ern)	20,9	22,0

Ergebnisse des Mikrozensus. IT.NRW

¹⁾ Anteil der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung in Hauptwohnsitzhaushalten. Das Äquivalenzeinkommen wird auf Basis der neuen OECD-Skala berechnet.

²⁾ Die Ergebnisse des Mikrozensus ab dem Erhebungsjahr 2020 sind durch methodische Veränderungen nur eingeschränkt mit den früheren Erhebungsjahren vergleichbar. Das Erhebungsjahr 2020 ist zudem von Einschränkungen bei der Erhebung betroffen und sollte deshalb nicht für Zeitvergleiche mit nachfolgenden Jahren herangezogen werden. Weitere Informationen dazu finden Sie auf der Informationsseite des Statistischen Bundesamtes.

³⁾ Erstergebnisse des Mikrozensus 2021.

⁴⁾ Zu den Kindern zählen Personen im Alter von unter 18 Jahren ohne Lebenspartner/-in und eigene Kinder im Haushalt.

Die Ergebnisse des Mikrozensus ab dem Erhebungsjahr 2020 sind durch methodische Veränderungen nur eingeschränkt mit den früheren Erhebungsjahren vergleichbar. Weitere Informationen dazu finden Sie auf der Informationsseite des Statistischen Bundesamtes (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Methoden/mikrozensus-2020.html>).

14. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, ob und wie sehr Frauen, die von Armut, Rassismus oder anderer Diskriminierung betroffen sind, sich auch in Deutschland häufiger mit dem Corona-Virus infiziert haben und ob sie häufiger daran verstorben sind, wie es in internationalen Studien gezeigt wurde (<https://wzb.eu/de/forschung/corona-und-die-folgen/wie-und-warum-die-gesundheitlichen-folgen-der-pandemie-vom-soziale-n-status-abhaengen>), und wie begegnet die Bundesregierung den dieser Benachteiligung zugrunde liegenden Mechanismen?

Auch in Deutschland sind beträchtliche soziale Unterschiede in der Häufigkeit von Todesfällen im Zusammenhang mit COVID-19 zu beobachten. Analysen des Robert Koch-Instituts (RKI) zu sozialer Ungleichheit und COVID-19-Inzidenz und -Mortalität erfolgten zunächst auf regionaler Ebene. Insbesondere während der zweiten Pandemiewelle stieg die COVID-19-assoziierte Sterblichkeit in sozioökonomisch benachteiligten Regionen stark an. Dadurch übersteigt die Zahl der COVID-19-Todesfälle in sozioökonomisch hoch benachteiligten Regionen seit etwa Mitte der zweiten Welle die Zahl der COVID-19-Todesfälle in wohlhabenden Regionen. Bei einer Betrachtung dieser Analysen nach Geschlecht sind Männer häufiger von Infektionen als auch von Tod betroffen als Frauen (Hoebel et al 2022). Die hier beschriebenen regionalisierten Analysen der COVID-19-Melddaten haben den Vorteil, dass damit soziale Unterschiede im Infektions- und Sterbgeschehen auf sozialräumlicher Ebene engmaschig über den Pandemieverlauf verfolgt werden können. Sie erlauben aber keinen direkten Rückschluss auf Infektionsrisiken von Einzelpersonen.

Zwischen Oktober 2020 und Februar 2021 führte das Robert Koch-Institut mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung die seroepidemiologische Befragungsstudie „Corona-Monitoring bundesweit“ (RKI-SOEP-Studie) durch. Neben der Schätzung der bundesweiten Seroprävalenz von Antikörpern vom Typ Immunglobulin-G (IgG-Antikörpern) gegen SARS-CoV-2 und dem Umfang unerkannter SARS-CoV-2-Infektionen zielte die Studie darauf ab, Risiko- und Schutzfaktoren für eine SARS-CoV-2-Infektion zu identifizieren. Auf Basis einer deutschlandweiten Bevölkerungsstichprobe des SOEP wurden sowohl Bioproben (Selbstentnahme Trockenblutprobe aus Kapillarblut des Fingers, Abstrichprobe aus Mund und Nase) als auch Befragungsdaten (schriftlicher Kurzfragebogen) erhoben. Durch die Laboranalysen der Bioproben konnten in dieser Studie bislang unerkannte Infektionen erfasst werden (Hoebel et al. 2021a). Die Ergebnisse der ersten Erhebung belegen, dass bis November 2020 etwa 2 Prozent der Erwachsenen in Deutschland eine Infektion mit SARS-CoV-2 hatten (Frauen: 2,2 Prozent, Männer: 2,0 Prozent) (Neuhauser et al. 2021). Es zeigten sich keine Geschlechterunterschiede. Die Ergebnisse verweisen aber darauf, dass sozial benachteiligte Menschen häufiger von Infektionen mit SARS-CoV-2 betroffen sind. So hatten Personen mit einem niedrigen (schulischen und beruflichen) Bildungsniveau ein fast doppelt so hohes Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 als Personen mit hohem Bildungsniveau (Hoebel et al. 2021b).

Von November 2021 bis Februar 2022 wurde erneut Corona-Monitorings bundesweit durchgeführt. Ziel war es, den Anteil der Bevölkerung in Deutschland zu schätzen, der bis zum Jahreswechsel 2021/2022 gegen COVID-19 geimpft

oder mit SARS-CoV-2 infiziert war. Hierfür wurde anhand der Trockenblutproben der Teilnehmenden der Antikörperstatus bestimmt. Zudem erfolgte eine detaillierte Befragung zum Impf- und Infektionsstatus. Unter Berücksichtigung aller in der Studie erhobenen Informationen wird geschätzt, dass etwa 10 Prozent der Erwachsenen bis zum Jahreswechsel 2021/2022 eine Infektion mit SARS-CoV-2 hatten (RKI und DIW 2022). Derzeit werden tiefergehende Auswertungen durchgeführt, unter anderem zum Impf- und Infektionsstatus differenziert nach dem Geschlecht und sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen). Die Ergebnisse werden in der zweiten Jahreshälfte 2022 veröffentlicht werden.

Darüber hinaus wurde die mehrsprachige querschnittliche Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus (GEDA Fokus)“ am Robert Koch-Institut initiiert, welche Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten (italienisch, kroatisch, polnisch, syrisch oder türkisch) einschloss. Neben der Identifizierung sozialer Determinanten der Gesundheit sowie der Beschreibung des Gesundheitszustandes und des Gesundheitsverhaltens teilnehmender Personen lag ein weiteres Ziel darin, COVID-19 assoziierte Risiko- und Schutzfaktoren sowie das Test-, Infektions- und Impfverhalten der Befragten zu beschreiben. Des Weiteren wurde Diskriminierungserfahrung im Alltag, als auch im Kontakt mit öffentlichen Institutionen sowie mit Gesundheitseinrichtungen abgefragt. Trotz Beschränkung auf ausgewählte Staatsangehörigkeiten ist eine detaillierte Auswertung zum COVID-19 Impf-, Test-, und Infektionsstatus nach Geschlecht und subjektiv wahrgenommener Diskriminierungserfahrung demnach möglich. Die Analysen dazu stehen noch aus. Ergebnisse werden im Frühjahr 2023 publiziert.

Die Informations- und Aufklärungsarbeit zum Coronavirus und insbesondere zur Corona-Schutzimpfung – als wichtiges Instrument, um das Risiko der Weiterverbreitung von Infektion und Erkrankung zu vermindern – kann nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, möglichst alle Menschen in Deutschland zu erreichen. Hierzu bedarf es nicht nur einer Nutzung reichweitenstarker Kommunikationsmedien. Dies erfordert insbesondere, sprachliche Hindernisse als Zugangshemmnis zu überwinden. Daher wird auch die gesamte Kommunikation zur Corona-Schutzimpfung grundsätzlich mehrsprachig geführt. So beantwortet zum Beispiel der telefonische Informationsdienst des Bundes unter der Telefonnummer 116 117 die Fragen der Anrufer außer in Deutsch auch in Englisch, Türkisch, Arabisch, Russisch und in Gebärdensprache. Informationsmaterialien sind in bis zu 22 Fremdsprachen, in leichter Sprache und in Gebärdensprache erhältlich. Alle Inhalte werden regelmäßig in englischer, arabischer, russischer und türkischer Sprache angeboten (digital und analog). Dabei arbeitet die Bundesregierung mit Expertinnen und Experten zusammen, um unter anderem gegebenenfalls bestehende besondere ethnische Aspekte zu berücksichtigen. Zusätzlich werden barrierefreie Beiträge und Videos auf den Internetseiten und in den Sozialen Medien angeboten. Mehrsprachigkeit, Barrierefreiheit, Leichte Sprache und Gebärdensprache sind integrale Bestandteile aller Kommunikationsmaßnahmen zum Coronavirus und zur Corona-Schutzimpfung. Um die schwer zu erreichenden Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen mit Armuts- oder Migrationshintergrund und bildungsferne Personen) zu motivieren, sich impfen zu lassen, ist es zudem erforderlich, auf zielgruppenspezifische Medienrepertoires und niedrigschwellige Angebote zu setzen. Ein Beispiel dafür ist die „Aktion ImpfenHilft“ der Bundesregierung (<https://www.zusammengegen corona.de/mitmachen/impfen-hilft/dialog-auf-augenhoehe-germandream-startet-die-impfenhilft-tour-durch/>). Hier werden die Menschen in ihrem Lebensumfeld bzw. in ihren Milieus aufgesucht, unmittelbar angesprochen und informiert. Kombiniert mit einer gleichzeitig vor Ort vorhandenen Möglichkeit sich impfen zu lassen, wird ihnen ein extrem niedrigschwelliges Impfangebot gemacht. Die Evaluationsdaten dieser seit März 2022 laufenden Aktion zeigen

eine hohe Bereitschaft bei den im Rahmen der Aktion kontaktierten Personen, das die Beratung begleitende Impfangebot zu nutzen.

15. Wurde ein Anstieg an Gewalt gegen Frauen, insbesondere im Zusammenhang mit Partnerschaften verzeichnet (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
 - a) Wenn ja, wie wurde diesem Anstieg begegnet?
 - b) Sollen diese Maßnahmen ggf. verstetigt werden?

Die Fragen 15 bis 15b werden gemeinsam beantwortet.

Die weiblichen Opferzahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) zu Gewalt insgesamt bzw. Partnerschaftsgewalt sind im Berichtsjahr 2020 gegenüber dem Vorjahr 2019 um +1,6 Prozent auf 338 637 (2019: 333 304) bzw. um +3,7 Prozent auf 119 164 (2019: 114 903) gestiegen. Im Vergleich zum Jahr 2020 sind die weiblichen Opferzahlen im Berichtsjahr 2021 zu Gewalt insgesamt um -1,5 Prozent auf 333 634 bzw. zu Partnerschaftsgewalt um -3,2 Prozent auf 115 342 gesunken. Damit liegen diese Zahlen leicht über dem Niveau von 2019. Für die Aufschlüsselung dieser Zahlen nach Bundesländern wäre eine Sonderauswertung nötig, die in der kurzen Frist nicht durchgeführt werden kann.

Es wurden folgende Delikte unter dem angefragten Gewaltbegriff subsumiert: Mord und Totschlag (ohne Totschlag auf Verlangen), gefährliche und schwere Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge, vorsätzliche einfache Körperverletzung, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, sexuelle Übergriffe, Bedrohung, Stalking, Nötigung, Freiheitsberaubung, Zuhälterei, Zwangsprostitution. Dieser Deliktkanon ist auch Grundlage für das jährliche Lagebild „Partnerschaftsgewalt – Kriminalistische Auswertung“ des Bundeskriminalamtes (BKA).

Zur Partnerschaftsgewalt zählen die in der PKS erfassten Opfer-Tatverdächtigen-Beziehungen „Ehepartner“, „eingetragene Lebenspartnerschaft“, „Partner nicht ehelicher Lebensgemeinschaften“, „ehemalige Partnerschaften“. Opferzahlen bedeuten in der PKS, dass die Anzahl der Opferwerdungen von Personen erfasst wird, was einschließt, dass eine Person, die während eines Berichtszeitraums mehrmals als Opfer in der PKS erfasst wird, auch mehrmals gezählt wird.

Das bundesweite Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“, das unter der Telefonnummer 08000 116016 rund um die Uhr, kostenlos, barrierefrei und in 18 Fremdsprachen Erstberatung für gewaltbetroffene Frauen, für deren Angehörige und das soziale Umfeld sowie für ehrenamtliche oder professionelle Unterstützerinnen und Unterstützer bietet, verzeichnete im Jahr 2021 einen Anstieg von 5 Prozent und im Jahr 2020 einen Anstieg von 15 Prozent bei den Beratungen. Dabei ging es wie in den Vorjahren in 60 Prozent der Beratungen um Häusliche Gewalt. Ein unmittelbarer Rückschluss von gestiegenen Beratungszahlen beim Hilfetelefon auf die tatsächliche Zunahme von häuslicher Gewalt während der Corona-Krise kann allerdings nicht gezogen werden. Während der Pandemie hat das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ eine erhöhte Medienpräsenz erzielt. Sein Bekanntheitsgrad sorgte vermutlich für mehr Kontaktaufnahmen – ein Trend, der auch weiterhin erwartet wird. Das Angebot des Hilfetelefons „Gewalt gegen Frauen“ wurde im Jahr 2013 auf gesetzlicher Grundlage in Umsetzung der Istanbul-Konvention in Deutschland eingerichtet. Es handelt sich somit um eine verstetigte Maßnahme.

Um von Gewalt betroffene Personen zu erreichen und das Umfeld zu sensibilisieren, startete die Initiative „Stärker als Gewalt“ die Poster-Aktion „Zuhause

nicht sicher?“ im ersten Corona-Lockdown im April 2020. Bundesministerin Franziska Giffey startete gemeinsam mit großen Lebensmitteleinzelhändlern am 29. April 2020 die Aktion „Zuhause nicht sicher?“ in Lebensmittel-Märkten. Die Märkte brachten Plakataufrufe an zentralen Stellen an und platzierten die wichtigen Informationen in Newslettern, auf Internetseiten, Kassenzetteln und Produkten.

Ab August 2020 wurde die Info-Kampagne „Zuhause nicht sicher?“ auf bundesweit 15 Einkaufszentren der Unibail-Rodamco-Westfield (URW) Group ausgeweitet. Die Aktion „Zuhause nicht sicher?“ machte bundesweit auf Hilfeangebote aufmerksam und forderte jede/n auf, bei der Aktion mitzumachen und sich aktiv gegen Gewalt einzusetzen. Zahlreiche Unternehmen, Verwaltungen, Vereine oder Privatpersonen haben die Aktion „Zuhause nicht sicher?“ unterstützt.

Im November 2020 startete die Initiative „Stärker als Gewalt“ eine Nachbarschaftsaktion gegen häusliche Gewalt. Die Aktionen sollten zum Handeln motivieren – für eine Nachbarschaft, die stärker als Gewalt ist. In Kooperation mit Unterstützerinnen und Unterstützern aus Wirtschaft und Zivilgesellschaft machten die Aktionen auf die Initiative „Stärker als Gewalt“ und ihre Website mit Informationen, Tipps und Hilfsangeboten aufmerksam.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert im Rahmen des Bundesprogramms „Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen“ das Projekt „Hilfesystem 2.0“ der Frauenhauskoordination e. V. (FHK).

In diesem Projekt werden Frauenhäuser und Fachberatungsstellen bei einem professionellen Umgang mit den digitalen Herausforderungen der COVID-19-Pandemie unterstützt. Im Zentrum dieses Projekts stehen die Verbesserung der technischen Ausstattung, die dafür erforderliche digitale Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie professionelle Sprachmittlung für die Beratung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen.

Von Oktober 2020 bis zum 31. März 2022 konnten bei der Frauenhauskoordination Zuwendungen beantragt werden. Aufgrund der großen Resonanz und des pandemiebedingt weiterhin bestehenden Bedarfs prüft das BMFSFJ aktuell, inwieweit die rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen für eine weitere Förderrunde vorliegen.

16. Sieht die Bundesregierung, in Anbetracht der Tatsache, dass sich im Laufe der Corona-Pandemie politische Aktivität stark ins Internet verlagert hat, eine Gefahr des abnehmenden politischen Engagements durch Frauen, die sich zu einem geringeren Maß als Männer in Onlinedebatten einbringen (https://www.weizenbaum-institut.de/media/Publikationen/Weizenbaum_Report/WI-Report-2022.pdf)?

Der Bundesregierung liegen über den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Weizenbaum-Report hinaus keine Erkenntnisse vor, die belastbare Prognosen hinsichtlich einer geschlechterspezifischen Entwicklung des Einbringens in Online-Debatten zuließen.

17. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Einschränkung von medizinischer Versorgung im Bereich der Gynäkologie und angrenzender Bereiche durch Maßnahmen der Pandemiebewältigung?
 - a) Wie viele Geburten fanden seit März 2020 gegen den Willen der Gebärenden ohne Begleitperson statt?

- b) Wie viele Schwangere konnten aufgrund der erschwerten Erreichbarkeit von Beratungsstellen keinen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland vornehmen lassen oder mussten erhebliche Verzögerungen mit möglichen Folgen für die psychische und physische Gesundheit ertragen?
- c) Wie viele Schwangerschaften waren einem erhöhten Risiko ausgesetzt, da Untersuchungen und Beratungen durch Ärztinnen und Ärzte und Hebammen im Sinne der Kontaktbeschränkungen reduziert oder auf Onlinberatung verlagert wurden?
- d) Hat die Bundesregierung Kenntnis über weitere Bereiche der Frauengesundheit, die durch Maßnahmen des Pandemiemanagements eingeschränkt wurden?
- e) Welche Lehren zieht die Bundesregierung für die Versorgung im Bereich Gynäkologie und Frauengesundheit für weitere COVID-19-Wellen oder evtl. aufkommende neue Pandemien?

Die Fragen 17 bis 17e werden gemeinsam beantwortet.

Im Zuge der Pandemiebewältigung hat sich das deutsche Gesundheitssystem insgesamt bewährt. Kapazitäten und Versorgungsmöglichkeiten unterschiedlicher Akteure konnten in der Regel flexibel und an die jeweiligen Bedarfe adaptiert werden, um sowohl die Corona-Patientinnen und -Patienten zu versorgen, als auch die allgemeine Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten. Die Krankenkassen und die Vertragsärzteschaft haben als gemeinsame Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung verschiedene befristete Sonderregelungen beschlossen, um die medizinische Versorgung in den Praxen zu unterstützen. Die Bundesregierung hat keine Kenntnisse dazu, dass die medizinische Versorgung in den Bereichen Gynäkologie und Frauengesundheit besonders eingeschränkt gewesen wäre. Zu den abgefragten spezifischen Leistungen liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

Während der Corona-Pandemie war in fast allen der bundesweit mehr als 600 Kreißsälen eine Begleitperson zugelassen, meist aber mit Einschränkungen. Insgesamt setzten die Kliniken die Geburtsbegleitung sehr unterschiedlich um. Oft durften beispielsweise nur geimpfte Personen als Begleitung in den Kreißsaal.

Die Länder haben gleich zu Beginn der Pandemie die Erreichbarkeit der Schwangerschafts-(konflikt-)beratungsstellen durch die Einführung digitaler Beratungsformate sichergestellt. Aufgefallen ist, dass beim Hilfetelefon „Schwangere in Not“, die Beratungskontakte im Zeitraum der Pandemie gestiegen sind. Das macht deutlich: Gerade in dieser Zeit brauchten Frauen schnelle und unkomplizierte Unterstützung. Durch die Aufrechterhaltung des niedrigschwelligen Angebots durch das Hilfetelefon, ist es gelungen, den Betroffenen auch in dieser schwierigen Situation weiterhin diesen wichtigen Erstkontakt zur Verfügung zu stellen. Ob und inwieweit ein Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und Schwangerschaftsabbrüchen besteht, kann nicht beurteilt werden.

In der Pandemie konnten viele Angebote der psychosozialen Unterstützung von Schwangeren und jungen Eltern wie Geburtsvorbereitungskurse, Willkommensbesuche, Schwangeren- oder Eltern-Kind-Treffs oder auch die Begleitung durch Familienhebammen (Frühe Hilfen) zwar digital/an der frischen Luft angeboten werden. Dennoch konnten insgesamt die Angebote nur in einem geringeren Umfang aufrechterhalten werden. Dies hat gerade Familien, die bei der Bewältigung des Alltags und bei Fürsorge- und Erziehungsaufgaben auf externe Unterstützung angewiesen sind, stark betroffen.

Gerade in gesellschaftlichen Krisen-Situationen wie einer Pandemie sind diese Angebote allerdings wichtiger denn je. Insbesondere Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen sind – noch mehr als sonst – mit Herausforderungen konfrontiert und aufgrund ihrer oft nur geringen Bewältigungsressourcen gerade dann auf Unterstützung angewiesen. Auch sekundärpräventive Angebote für Familien sind entsprechend so weit wie möglich und unter Einhaltung aller Hygienemaßnahmen in möglichen weiteren Krisensituationen aufrechtzuerhalten.

Aus Sicht der Bundesregierung hat die akute, krisenhafte Situation in der ersten Phase der Pandemie alle Akteure vor erhebliche Herausforderungen in der Risikoabwägung gestellt. Im weiteren Verlauf der Pandemie wurden hier aber erhebliche Erkenntnisgewinne zu den erforderlichen Abwägungen erzielt, die auf dezentraler Ebene auch genutzt werden.

18. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung in Bezug auf gendermedizinische Aspekte bezüglich des Verlaufs und der Folgen von COVID-19-Erkrankungen?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen für weitere Pandemien oder weitere COVID-19-Wellen?

Die bisherigen Erkenntnisse beziehen sich in Deutschland auf Unterschiede in der Häufigkeit einer SARS-CoV-2-Infektion und dem klinischen Verlauf von COVID-19 nach Geschlecht. Dabei zeigten die Analysen der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz, dass mehr gemeldete Fälle Männer waren und auch mehr Männer als Frauen mit COVID-19 ins Krankenhaus eingewiesen und auf der Intensivstation behandelt werden mussten (Hoebel et al. 2022, Schilling et al., 2021).

Auch die Sterblichkeit mit COVID-19 war in Analysen der Meldedaten bei Männern höher (Hoebel et al. 2022). Diese Befunde werden durch Ergebnisse einer Analyse von Abrechnungsdaten der Ersatzkrankenkassen des Instituts für angewandte Gesundheitsforschung (InGef) bestätigt, die zeigten, dass Männer ein zweifach erhöhtes Risiko für einen schweren Erkrankungsverlauf, eine Aufnahme auf die Intensivstation oder eine mechanische Ventilation (Beatmung) hatten (Ludwig et al. 2021).

Bei COVID-19-Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen und in Alten-/Pflegeheimen überwogen hingegen die Fälle bei Frauen im Vergleich zu Männern: Frauen machten ca. 60 Prozent der Fälle in medizinischen Behandlungseinrichtungen und 70 Prozent der Fälle in Alten-/Pflegeheimen aus (Suwono B, et al. 2022). Gleichzeitig zeigten sich bei Frauen jedoch seltener schwere Symptome und auch der Fall-Verstorbenen-Anteil war bei Männern höher. Mögliche Ursachen für den höheren Frauenanteil bei Fällen in den Einrichtungen könnten bei den höheren Frauenanteilen unter den Beschäftigten liegen (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/167555/umfrage/frauenanteil-in-verschiedenen-berufsgruppen-in-deutschland/>) und daran, dass zwei Drittel der Heimbewohnenden Frauen sind (Schweickert B, et al. 2021).

In der 9. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 werden bei der Einteilung von Post-COVID-Patientinnen- und -Patienten-Gruppen Geschlechtsunterschiede berücksichtigt: Erstens ältere (> 60 Jahre), häufiger männliche Betroffene mit Folgeerkrankungen nach schwerem, teilweise intensivpflichtigem COVID-19-Verlauf und zweitens jüngere (< 60 Jahre), überwiegend weibliche (im Verhältnis 2:1) Betroffene, die nach einem milden oder moderaten COVID-19-Verlauf ohne Krankenhausaufenthalt langanhaltende Symptome entwickeln.

Übereinstimmend ist in Übersichtsarbeiten bisheriger Studien beschrieben worden, dass Mädchen und Frauen (insbesondere Frauen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter) häufiger von Long-COVID betroffen sind als Jungen und Männer (Sylvester et al. 2022; Flatby et al. 2022; Nittas et al. 2022; Thompson et al.; Behnood et al.). Darüber hinaus lässt sich für Frauen bereits in der akuten Krankheitsphase innerhalb von 4 Wochen nach einer SARS-CoV-2-Infektion ein höheres Risiko für vielfältige gesundheitliche Beschwerden beobachten im Vergleich zu Männern (Sylvester et al. 2022).

19. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, wie sich die Zahl der psychischen Erkrankungen seit Beginn der Corona-Pandemie entwickelt hat (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?

Die Zahl psychischer Erkrankungen bzw. Störungen (im Folgenden: psychische Störungen) in der Bevölkerung kann in repräsentativen Befragungsstudien untersucht werden. Dies erfordert den Einsatz umfassender standardisierter diagnostischer Verfahren, zum Beispiel eines klinischen Interviews. Eine derartige Studie wurde in Deutschland zuletzt von 2009 bis 2012 durchgeführt. Damit liegen der Bundesregierung zur Entwicklung der Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung in Deutschland für den Zeitraum der COVID-19-Pandemie keine Erkenntnisse vor.

Erkenntnisse liegen jedoch zur Entwicklung der Häufigkeit von Symptomen bzw. Symptomatiken einzelner psychischer Störungen vor. Das Robert Koch-Institut (RKI) beobachtet die Entwicklung durch den Einsatz verschiedener Screening-Instrumente in engmaschigen Bevölkerungsstudien. Mit diesen Erhebungsinstrumenten kann zum Beispiel das Vorliegen einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen erfasst werden. Bei der Bewertung entsprechender Befunde ist zu beachten, dass das Vorliegen einzelner oder mehrerer Symptome nicht gleichbedeutend ist mit manifesten psychischen Störungen. Um eine manifeste psychische Störung zu diagnostizieren, müssten weitere Informationen erhoben werden. Insofern können Screening-Instrumente nur Hinweise liefern, die ggf. weiter diagnostisch abgeklärt werden müssten.

Im Zeitraum bis Januar 2021 konnte für die depressive Symptomatik ein leichter Rückgang in den ersten Monaten der Pandemie beobachtet werden, während um den Jahreswechsel 2020/2021 keine Unterschiede zum Vergleichszeitraum vor der Pandemie mehr bestanden. Dieser zeitliche Trend unterscheidet sich nicht zwischen den Geschlechtern. Daten für den späteren Pandemieverlauf werden fortlaufend ausgewertet, eine aktuellere Veröffentlichung des RKI ist in Vorbereitung. Andere Studien berichten Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede. So zeigen beispielsweise Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) während der COVID-19-Pandemie verglichen mit vorpandemischen Erhebungen bei Frauen im Vergleich zu Männern eine stärkere Zunahme depressiver Symptomatik, sowie erhöhte Angstsymptomatik (Entringer and Kröger 2021, Hettich, Entringer et al. 2022). Auch Auswertungen von Daten der NAKO-Gesundheitsstudie weisen auf Geschlechterunterschiede bei der Entwicklung der Symptomatik psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie hin, wobei insbesondere Frauen unter 60 Jahren erhöhte depressive Symptomatik und Angstsymptomatik berichteten (Peters, Rospleszcz et al. 2020).

Betrachtet man die Häufigkeit, mit der psychische Störungen im Gesundheitssystem durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diagnostiziert und dokumentiert werden, können Routinedaten der Leistungserbringer oder -träger herangezogen werden. In diesen Daten werden jedoch Personen, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, obwohl

eine psychische Störung vorliegt, nicht erfasst. Da es während der Pandemie zu spezifischen Barrieren der Inanspruchnahme gekommen sein kann, beispielsweise durch Angst vor Infektion in der Arztpraxis, eingeschränkter Zugang zu Leistungen oder mangelnde individuelle Ressourcen der Hilfesuche aufgrund multipler Belastungen etc., ist die Aussagekraft der Häufigkeit von in Routinedaten dokumentierten Diagnosen damit eingeschränkt. Geschlechterunterschiede wurden überwiegend nicht berichtet.

Die seelische Belastung durch die COVID-19-Pandemie speziell für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern zeigt unter anderem die bundesweite COPSYS-Längsschnittstudie (Corona und Psyche). Die COPSYS-Studie erfasste die seelische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten längsschnittlich in bisher drei Befragungswellen. Auch zum Zeitpunkt der dritten Befragungswelle (September/Oktober 2021) fühlte sich etwa ein Drittel (35 Prozent) der Kinder und Jugendlichen in ihrer Lebensqualität zum Zeitpunkt eingeschränkt. Das waren noch doppelt so viele wie vor der Pandemie (Deutsches Ärzteblatt 2022, S. 436). Psychische Auffälligkeiten stiegen im Pandemieverlauf signifikant an und sanken zur dritten Befragungswelle leicht ab. Ein ähnlicher Trend fand sich bei Ängstlichkeits- und Depressivitätswerten. Die Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden lag auch in der dritten Befragungswelle deutlich über den Werten vor der Pandemie; Bauch- und Kopfschmerzen sowie Nervosität nahmen zu diesem Zeitpunkt noch einmal leicht zu. Mädchen waren hinsichtlich ihrer Lebensqualität, Ängstlichkeit, Depressivität und psychosomatischen Beschwerden zu einem höheren Anteil beeinträchtigt.

20. Was sind die Gründe dafür, dass der Ende 2021 eingerichtete Corona-Expertinnen- und Expertenrat nicht paritätisch nach Geschlechtern besetzt wurde?

Der Corona-ExpertInnenrat ist ein interdisziplinär zusammengesetztes Beratungsgremium, das die Aufgabe hat, die Bundesregierung aus verschiedenen Perspektiven wissenschaftlich zu beraten. Die Zusammensetzung der verschiedenen Persönlichkeiten gewährleistet eine infektionsbiologische, epidemiologische, gesundheitssystemische und psychosoziale Beratung zu Folgen der COVID-19-Pandemie.

21. Was sind die Gründe dafür, dass der Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes nicht paritätisch nach Geschlecht besetzt wurde?

Der Sachverständigenrat wurde entsprechend § 5 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes besetzt. Die darin festgelegten Vorgaben legen fest, dass die Evaluation interdisziplinär erfolgen und insbesondere auf Basis epidemiologischer und medizinischer Erkenntnisse die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen untersuchen soll. Die Evaluation soll durch unabhängige Sachverständige erfolgen, die jeweils zur Hälfte von der Bundesregierung und vom Deutschen Bundestag benannt werden. Benannt wurden sieben Frauen und zwölf Männer. Die Zusammensetzung der verschiedenen Persönlichkeiten deckt die erforderlichen Kompetenzen ab.

22. Plant die Bundesregierung eine Auswertung der Auswirkungen der Corona-Maßnahmen in Hinblick auf das Merkmal Geschlecht?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 19 verwiesen, in denen bereits direkt oder mittelbar auf das Merkmal Geschlecht Bezug genommen wird.

23. Welche Lehren hat die Bundesregierung aus der Corona-Pandemie gezogen, was die Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeht?

Die Pandemie hat insbesondere Eltern vor große Herausforderungen gestellt. Die Corona-Pandemie hat deutlich gezeigt, wie wichtig eine gelungene Vereinbarkeit von Familie und Beruf für unsere Gesellschaft ist.

Dies geht auch aus der Evaluation des Infektionsschutzgesetzes des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG hervor (siehe insbesondere S. 94 ff.). Weitere Studien zeigen, dass Paare, die sich bereits vor der Pandemie die Kinderbetreuung gleichmäßig aufgeteilt haben, dies auch überwiegend während der Pandemie taten. Das bestärkt die Bundesregierung in dem Vorhaben, die partnerschaftliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter zu stärken.

Durch die Pandemie ist in der Arbeitswelt viel in Bewegung geraten. So hat sich z. B. die Einstellung zum Homeoffice grundsätzlich positiv verändert und die Nutzung von Homeoffice ist im Zuge des Infektionsschutzes stark angestiegen. Die Nutzung von Homeoffice jenseits des Pandemiegeschehens bringt den Eltern grundsätzlich mehr Zeit, da Fahrt- und Wegzeiten wegfallen. Diese können sie mit der Familie verbringen, für Arbeiten im Haushalt nutzen oder zur Aufstockung der Arbeitszeit. Davon profitieren besonders in Teilzeit arbeitende Mütter und Väter. Um den positiven Erfahrungen der Beschäftigten mit Homeoffice Rechnung zu tragen, bleibt auch in dieser Legislaturperiode das Thema mobile Arbeit bzw. Homeoffice auf der politischen Agenda.

Während der COVID-19-Pandemie ist weiterhin besonders deutlich geworden, dass pflegende Angehörige eine äußerst wichtige familiäre, aber auch gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrnehmen und hierfür eine finanzielle Unterstützung als Ausgleich erhalten sollten. Im Koalitionsvertrag vom November 2021 wurde daher vereinbart, das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz weiterzuentwickeln und pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität, auch durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten, zu ermöglichen.

- a) Welche dieser Erkenntnisse wird sie konkret in ihren eigenen Ministerien und Behörden anwenden?

In den Bundesministerien schließen sich die Übernahme familiärer Verantwortung und berufliche Tätigkeit nicht aus, dies gilt unabhängig von pandemiebedingten Sonderregelungen. Die vorhandenen Möglichkeiten für zeit- und ortsflexible Arbeit wurden bereits vor der Pandemie von vielen Beschäftigten zumindest gelegentlich genutzt. Die neue Situation hat viele Bundesministerien dazu veranlasst, die bestehenden Möglichkeiten zum zeit- und ortsflexiblen Arbeiten weiter auszubauen.

- b) Werden diese Erkenntnisse in Gesetzesvorhaben münden?

Insbesondere die zeitweisen Schließungen und eingeschränkte Öffnung von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen hat die Relevanz dieser Infrastruktur für unsere Gesellschaft und ihren Zusammenhalt deutlich gemacht. Daher bedarf es weiterer Anstrengungen, diese Infrastruktur zu stärken und krisenfest zu machen. Hierzu tragen auch die Vorhaben der Bundesregierung mit Blick auf die Weiterentwicklung der Qualität der Kindertagesbetreuung bei. Mit dem am 24. August 2022 vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf für ein KiTa-Qualitätsgesetz will die Bundesregierung die für die Kinderbetreuung zuständigen Länder in den Jahren 2023 und 2024 mit bis zu 4 Mrd. Euro bei der qualitativen Weiterentwicklung der Bildungs- und Betreuungsangebote unterstützen. In einem zweiten Schritt soll das Gesetz bis Ende der Legislaturperiode

gemeinsam mit den Ländern in ein Qualitätsentwicklungsgesetz mit bundesweiten Standards überführt werden.

Die Corona-Pandemie hat vor allem Familien mit Kindern – und hier vor allem Mütter – vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Dies belegt eindrücklich eine Vielzahl an Studien, die in der gegenwärtigen und zukünftigen Arbeit der Bundesregierung Berücksichtigung finden.

Langfristig gesehen braucht es daher neben der Kinderbetreuung durch Kita/Schule eine Stärkung der partnerschaftlichen Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Für Familien kann es eine große Entlastung sein, wenn Eltern ihre Aufgaben auf mehreren Schultern verteilen können. Mehr Partnerschaftlichkeit in den Familien entspricht sowohl den Wünschen der Mütter nach mehr beruflichen Chancen als auch den Wünschen der Väter nach mehr Familienzeit. Zudem federt eine partnerschaftliche Aufgabenteilung den Einbruch bei der Lebens- und Arbeitszufriedenheit in Krisenzeiten ab. Deshalb unterstützt die Bundesregierung Eltern dabei, wenn sie sich Kinderbetreuung, Erwerbsarbeit und Hausarbeit partnerschaftlich aufteilen wollen. Wie im Koalitionsvertrag vereinbart wollen wir dazu eine zweiwöchige vergütete Freistellung für die Partnerin oder den Partner nach der Geburt eines Kindes einführen, den elternzeitbedingten Kündigungsschutz um drei Monate nach Rückkehr in den Beruf verlängern, die Partnermonate beim Basis-Elterngeld um einen Monat erweitern und die Basis- und Höchstbeträge beim Elterngeld dynamisieren.

Während der COVID-19-Pandemie ist besonders deutlich geworden, dass pflegende Angehörige eine äußerst wichtige familiäre, aber auch gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrnehmen und hierfür eine finanzielle Unterstützung als Ausgleich erhalten sollten. Im Koalitionsvertrag vom November 2021 wurde daher vereinbart, das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz weiterzuentwickeln und pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität, auch durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten, zu ermöglichen.

- c) Werden diese Erkenntnisse in neuen Fördermaßnahmen münden?
Wenn ja, bitte aufschlüsseln und den geplanten Umfang aufführen.
- d) Werden diese Erkenntnisse in einer Aufstockung bereits etablierter Fördermaßnahmen münden?
Wenn ja, bitte aufschlüsseln, welche, und in welchem Umfang

Die Fragen 23c und 23d werden wegen inhaltlicher Überschneidungen gemeinsam beantwortet.

Die Erfahrungen von Beschäftigten mit Homeoffice werden in das Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“ des BMFSFJ einfließen. Dieses Unternehmensprogramm unterstützt Unternehmen, familienfreundliche Maßnahmen in der Personalpolitik umzusetzen.

