

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heidi Reichinnek, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 20/4431 –**

### **Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Am 27. Januar 2020 wurde der erste Fall einer Infektion mit SARS-CoV-2 in Deutschland nachgewiesen. Seitdem sind über zweieinhalb Jahre vergangen, in denen das Virus das Zusammenleben stark beeinflusst hat. Neben den Ängsten vor einer eigenen Ansteckung oder der Ansteckung möglicherweise einer Risikogruppe zugehöriger Angehöriger, machten auch die Einschränkungen zur Bekämpfung des Virus vielen Menschen zu schaffen.

Besonders betroffen waren von den Auswirkungen Kinder und Jugendliche. Neben der Angst vor einem weitgehend unbekanntem Virus trafen die Maßnahmen Kinder und Jugendliche besonders hart. Die Schließung von Kindertagesstätten und Schulen sowie die Kontaktbeschränkungen führten zu Isolation. Mit Freundinnen und Freunden, Schulen, Sportvereinen und Jugendclubs fielen wichtige Sozialisationsinstanzen zeitweise weg. Ob und welche langfristigen Folgen diese Zeit haben wird, wird sich vermutlich erst in der Zukunft zeigen. Schon zu Beginn der Pandemie deuteten Studien auf einen Anstieg von klinisch relevanten psychischen Problemen hin (vgl. [https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite\\_96962.html](https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_96962.html)).

Trotz dieser frühen Hinweise auf die Auswirkungen für Kinder und Jugendliche wurde aus Sicht der Fragestellerinnen und Fragesteller wenig getan, um die Folgen abzumildern und jegliche Maßnahmen auch aus Sicht der Kinder und Jugendlichen abzuwägen. Gesetzliche Pflichtaufgaben der Kinder- und Jugendhilfe wurden insbesondere in der Anfangszeit der Pandemie nach Meinung der Fragestellerinnen und Fragesteller eingeschränkt und Familien ihrer Rechte beraubt. Kinder und Jugendliche wurden aus Sicht der Fragestellerinnen und Fragesteller mit ihren Familien de facto zu Hause eingesperrt. Schul- und Kitaschließungen haben zu erheblichen Lernzeitverlusten geführt. All dies führte zu psychischen Belastungen für Kinder und Jugendliche sowie für ihre Familien und nicht zuletzt auch für das pädagogische Personal (vgl. z. B. Michael Klundt: Krisengerechte Kinder statt kindergerechtem Krisenmanagement; <https://www.linksfraktion.de/publikationen/detail/krisengerechte-kinder-statt-kindergerechtem-krisenmanagement/>). Diese Ansicht wird von weiteren Forscherinnen und Forschern geteilt. „In der COVID-19-Pandemie mussten Kinder und Jugendliche in Deutschland einmal mehr eine ernüchternde Erfahrung machen: nämlich, dass ihre altersspezifischen Interessen und Bedürfnisse

in den politischen Entscheidungsprozessen nachrangig behandelt werden“, schreibt etwa die Professorin für Familienforschung und Sozialpädagogik Dr. Sabine Andresen (vgl. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/jugend-und-protest-2021/340343/was-viele-jugendliche-abfueckt/>). Dr. Lars Alberth, Professor für Theorien und Methoden der Kindheitsforschung, kritisiert die Art und Weise der Diskussion ebenfalls mit deutlichen Worten: „Was wir über die Lebenslage der Kinder in der Pandemie wissen, ist vor allem ein Indikator dafür, wie gering das gesellschaftliche Interesse für diese Gruppe vor und während der Pandemie ausfällt“ (vgl. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/kinder-und-politik-2022/506634/wie-geht-es-den-kindern-in-zeiten-von-corona/>). So verwundert es die Fragestellerinnen und Fragesteller auch nicht weiter, dass in einer Umfrage, die das Deutsche Kinderhilfswerk hat durchführen lassen, nur 9 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen angeben, dass ihre Belange in den vergangenen Jahren stark berücksichtigt wurden (vgl. <https://www.dkhw.de/presse/pressemitteilungen/presse-details/kinderreport-2022-des-deutschen-kinderhilfswerkes-breite-mehrheit-fuer-eine-generation-enge-rechte-pol/>). Es bleibt zu hoffen, dass aus dieser Frustration keine dauerhafte Schwächung der Demokratiezufriedenheit bei Heranwachsenden entsteht. Einfluss darauf wird mit großer Sicherheit auch der weitere Umgang mit Kindern und Jugendlichen in den folgenden Corona-Wellen haben und inwieweit ihre Interessen und Bedürfnisse, die über das plangemäße Erfüllen des Lernstoffs hinausgehen, stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

Die Fraktion DIE LINKE. hat mit zahlreichen parlamentarischen Initiativen die Situation von Kindern, Jugendlichen und Familien in den Blick genommen (siehe etwa Bundestagsdrucksache 19/26657, 19/27100, 19/31796, 19/31535, 20/232, 20/906, 20/1272 und 20/3148). Um bestmöglich auf den Herbst vorbereitet zu sein, ist es aus Sicht der Fragestellerinnen und Fragesteller essenziell, dass jegliche Entscheidung auf einer optimalen wissenschaftlichen Grundlage getroffen wird. Aus diesem Grund soll mit dieser Kleinen Anfrage der aktuelle Kenntnisstand der Bundesregierung zu verschiedenen Themenfeldern (allgemeine Corona-Lage in Bezug auf Kinder und Jugendliche, indirekte gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Corona und die zur Eindämmung erfolgenden Maßnahmen, geplante oder durchgeführte Maßnahmen zum Schutz vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 in Kitas, Schulen, Sportvereinen und Jugendfreizeiteinrichtungen, soziale Folgen, die Auswirkungen auf die Jugendhilfe sowie die geplanten Maßnahmen zur Wiederherstellung des Vor-Corona-Niveaus in verschiedenen Bereichen) erfragt werden, die mit dem SARS-CoV-2-Virus direkt oder indirekt in Verbindung stehen.

1. Wie viele Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung bisher mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert (bitte nach Altersgruppen 0 bis 4, 5 bis 9, 10 bis 14, 15 bis 18 Jahre aufschlüsseln)?

Insgesamt wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) bis zum 18. November 2022 7.234.503 SARS-CoV-2-Fälle bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren übermittelt. In der jüngsten Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen wurden 1.005.911 SARS-CoV-2-Fälle, bei den 5- bis 9-Jährigen 2.100.843, bei den 10- bis 14-Jährigen 2.329.874 und bei den 15- bis 18-Jährigen 1.797.875 gemeldet.

2. Wie viele Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahre haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung bisher in den einzelnen Bundesländern mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert (bitte nach Altersgruppen wie in Frage 1 aufschlüsseln)?

Die Beantwortung ist der Tabelle 1 der Anlage zu entnehmen.\*

3. Welche Studienergebnisse liegen der Bundesregierung zu unerkannten Infektionen bei Kindern und Jugendlichen vor?  
Welche Rückschlüsse lassen deren Ergebnisse nach Kenntnis der Bundesregierung auf die tatsächlichen Infektionszahlen bei Kindern und Jugendlichen zu?

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Schätzungen der Untererfassung bei Kindern und Jugendlichen vor. Erste Studien zeigen deutliche Unterschiede nach Erhebungsort und -zeit. Nähere Informationen sind unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/AK-Studien/Ergebnisse.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AK-Studien/Ergebnisse.html) (Stand: 25. November 2022) zu finden.

4. Wie viele Hospitalisierungen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung bisher bei Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit COVID-19 (bitte Fälle nach Kalenderwochen aufschlüsseln)?

Die Beantwortung ist der Tabelle 2 der Anlage zu entnehmen.\*

5. Wie verteilen sich nach Kenntnis der Bundesregierung die nachgewiesenen Infektionszahlen und die Hospitalisierungen in den jeweiligen Kalenderwochen auf die verschiedenen, in Frage 1 genannten, Altersgruppen der unter 18-Jährigen?

Die Beantwortung ist den Tabellen 2 und 3 der Anlage zu entnehmen.\*

6. Welche Studien sind der Bundesregierung zu Risikofaktoren für eine Hospitalisierung im Zusammenhang mit COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen bekannt?

Welche sind nach Kenntnis der Bundesregierung solche Risikofaktoren, und haben diese sich in den vergangenen einzelnen Corona-Wellen und unter dem Einfluss der verschiedenen Varianten und Subtypen verändert?

Informationen zu den Risikofaktoren für einen schweren Verlauf bei Kindern und Jugendlichen finden sich in der Tabelle 3 der 23. Aktualisierung der Begründung der Ständigen Impfkommission (STIKO) unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/46/Art\\_01.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/46/Art_01.html). Darüber hinaus werden in der letzten Auswertung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) vom 30. November 2022 (<https://dgpi.de/covid-19-survey-update/>) deskriptive Informationen zu den Grunderkrankungen bei hospitalisierten Kindern und Jugendlichen mit laborbestätigter SARS-CoV-2-Infektion beschrieben.

Über eine Änderung der Risikofaktoren während des Pandemieverlaufs liegen der Bundesregierung keine Studienergebnisse vor.

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5027 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

7. Wie viele Fälle von Herzmuskelentzündungen bei unter 18-Jährigen sind der Bundesregierung bekannt,
  - a) die in Verbindung mit einer vorherigen Corona-Infektion gebracht werden können,
  - b) die in Verbindung mit einer vorherigen Impfung gegen SARS-CoV-2 gebracht werden können?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen darüber vor, wie viele Fälle von Myokarditis bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf eine vorherige SARS-CoV-2-Infektion zurückzuführen sind. In Studien erwies sich das Pädiatrische Inflammatorische Multisystem Syndrom (PIMS) in Verbindung mit SARS-CoV-2 jedoch als weitere wichtige Ursache für Myokarditis.

Im Zeitraum vom 27. Dezember 2020 bis zum 31. Oktober 2022 wurden dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) insgesamt 219 Verdachtsfälle von Personen unter 18 Jahren gemeldet, bei denen im zeitlichen Zusammenhang innerhalb von 14 Tagen nach einer Impfung gegen die COVID-19-Erkrankung in Deutschland eine Herzmuskelentzündung berichtet wurde.

Weitere Informationen sind den bisherigen Sicherheitsberichten des PEI zu entnehmen, die quartalsweise aktualisiert werden (<https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-06-22.pdf>).

8. Hält die Bundesregierung die aktuelle Impfquote bei unter 18-Jährigen für ausreichend oder wird es in Absprache mit den Ländern weitere Maßnahmen geben, um die Impfbereitschaft dieser Gruppe und die Bereitschaft ihrer Sorgeberechtigten zur Zustimmung zur Impfung zu erhöhen?  
Falls solche Maßnahmen geplant sind, in welcher Form?

Die Ständige Impfkommission (STIKO) beim RKI unterscheidet auf Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands in ihrer COVID-19-Impfempfehlung nach Altersgruppen. Die aktuelle Empfehlung findet sich unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html>. Vor diesem Hintergrund werden COVID-19-Impfquoten differenziert betrachtet. Mit Stand vom 1. Dezember 2022 waren 22,3 Prozent der Kinder im Alter von fünf bis elf Jahren mindestens einmal geimpft und 31,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren hatten eine erste Auffrischimpfung erhalten.

Um Eltern bzw. Sorgeberechtigte bei der Impf-Entscheidung zu unterstützen, bietet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verschiedene Informationsmaterialien an wie beispielsweise den „Leitfaden Corona-Schutzimpfung für Kinder und Jugendliche. Eine Entscheidungshilfe für Eltern und Sorgeberechtigte“, die an Kinder gerichtete Broschüre „Wie wir uns durchs Impfen schützen können“ sowie den Flyer „Impf-Wissen für Kinder und Jugendliche“. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert in Merkblättern und auf ihrer Internetseite über die Schutzimpfung und richtet sich dabei sowohl an Jugendliche selbst als auch an Sorgeberechtigte (<https://www.infektionsschutz.de/>).

9. Hat die Bundesregierung Kenntnis über Studien, die Rückschlüsse über mögliche unterschiedliche pandemische Entwicklungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen nach sozioökonomischen Faktoren der Standorte der Einrichtungen erlauben, falls ja, was sind die zentralen Erkenntnisse, und falls nein, sind solche Analysen geplant?

Im Rahmen der Corona-KiTa-Studie erforschen das Deutsche Jugendinstitut (DJI) und das RKI aus sozialwissenschaftlicher und medizinisch-epidemiologischer Sicht die Folgen einer Infektion mit SARS-CoV-2 für die Kindertagesbetreuung. Die Studienergebnisse verdeutlichen den Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Infektionsrisiko: Die Wahrscheinlichkeit, eine Infektion mit SARS-CoV-2 bei Kindern und Beschäftigten in einer Einrichtung zu beobachten, ist in Einrichtungen mit einem höheren Anteil von Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Haushalten grundsätzlich größer. Einrichtungen mit einem hohen Anteil von Kindern mit niedrigen sozioökonomischen Status sind überdies häufiger von infektionsbedingten Schließungen und damit auch von Personalausfall betroffen. Sie waren vor der Pandemie mit einem größeren Förderbedarf konfrontiert und berichten auch in der Pandemie von einem höheren Anstieg von Förderbedarfen als andere Einrichtungen.

Für weiterführende Informationen wird auf die umfassende Berichterstattung zu der Corona-KiTa-Studie ([www.corona-kita-studie.de](http://www.corona-kita-studie.de)) und die Antwort zu den Fragen 18 und 19 verwiesen.

10. Wie viele Fälle der schweren Überreaktion des Immunsystems (PIMS – Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome) infolge von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland sind der Bundesregierung bekannt?

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) erfasst vom 1. Januar 2020 bis 13. November 2022 deutschlandweit 914 PIMS-Fälle über freiwillige Fallmeldungen aus 211 meldenden pädiatrischen Kliniken bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 18 Jahre). Etwa die Hälfte der PIMS-Patientinnen und -Patienten wurde intensivmedizinisch behandelt. Der Erkrankungsverlauf war trotz des schweren Krankheitsbildes günstig. In 3,4 Prozent der Fälle bestanden bei Entlassung andauernden Beschwerden oder Auffälligkeiten (besonders bezogen auf das Herz-Kreislauf-System), die nicht sicher als reversibel einzuschätzen sind. Tödliche PIMS-Verläufe wurden bisher in Deutschland nicht gemeldet.

11. Hält die Bundesregierung inzwischen die Einführung einer verpflichtenden Meldung und Dokumentation von PIMS-Fällen für sinnvoll, und plant sie die Einführung einer solchen Verpflichtung, um ein vollständigeres Bild der gesundheitlichen Gefahren der einzelnen Varianten des Coronavirus für Kinder und Jugendliche zu erhalten?

Bei PIMS handelt es sich um eine komplexe Erkrankung, die aufgrund des zeitlichen Abstands zur primären Erkrankung von den Gesundheitsämtern nur schwer erhoben werden kann. Darüber hinaus ist oft die Primärinfektion nicht labordiagnostisch erfasst worden und im Rahmen der Omikronwelle immer weniger serologisch nachweisbar. Das heißt, dass die Erfassung für die Gesundheitsämter einen überproportional hohen Aufwand bedeuten und mit hoher Sicherheit stark untererfasst würde. Daher ist es zielführender, die Erkrankungen basierend auf einer klinischen Falldefinition ausgehend vom Krankheitsbild der hospitalisierten Kinder in den Kliniken zu erfassen.

12. Wie viele Kinder und Jugendliche sind nach Kenntnis der Bundesregierung von Long-COVID betroffen (bitte nach Altersgruppen wie in Frage 1 aufschlüsseln)?
13. Wie viele Kinder und Jugendliche sind nach Kenntnis der Bundesregierung von Long-COVID betroffen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Fragen 12 und 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Je nach Datenbasis, Falldefinition und Studienmethodik kommen verschiedene Studien zu sehr unterschiedlichen Schätzungen der Häufigkeit von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen. Eine nationale Analyse von Daten aus Hausarztpraxen und Kinderarztpraxen zeigt eine Prävalenz von 1,7 Prozent bei Kindern und Jugendlichen sowie 8,3 Prozent bei Erwachsenen. Eine Analyse der Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland zeigt ebenfalls, dass bei Kindern und Jugendlichen nach einer vorangegangenen COVID-19-Erkrankung die Inzidenz für verschiedene körperliche und psychische Diagnose- und Symptomkomplexe erhöht ist – allerdings im Vergleich zu Erwachsenen weniger häufig und mit teilweise unterschiedlichen Beschwerdebildern.

14. Hat die Bundesregierung Studien in Auftrag gegeben oder gefördert, die sich mit der Verbreitung von Long-COVID-Fällen bei Kindern und Jugendlichen befassen?

Falls ja, was sind die zentralen Befunde, und lässt sich aus diesen ein Unterschied zwischen verschiedenen Virusvarianten feststellen, und falls nein, sind solche Studien geplant?

Im Rahmen des vom BMG finanzierten Projektes „Postakute gesundheitliche Folgen von COVID-19 – Post-COVID-19“ werden am RKI die Daten der GKV in Zusammenarbeit mit Krankenkassen und wissenschaftlichen Instituten zur Versorgungsforschung ausgewertet.

Darüber hinaus förderte das BMG im Rahmen der Corona-Kita-Studie das Projekt „COALA-2“. Hierbei wurde im Februar 2022, sieben bis 12 Monate nach den Ausbruchsuntersuchungen in 30 Kitas, die im Rahmen von COALA-1 stattfanden, eine Nachbefragung bei den teilnehmenden Familien durchgeführt. Die Nachbefragung erfasste eine Vielzahl möglicher anhaltender Beschwerden. Die Befragung ergab, dass Kita-Kinder (< 7 Jahre), die zuvor eine nachgewiesene Corona-Infektion hatten (31 Fälle), nicht häufiger Langzeit-Beschwerden hatten als Kinder ohne Corona-Infektion (158 Fälle) aus denselben Kitas (26 Prozent versus 38 Prozent).

Im Rahmen der Maßnahme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zur Förderung von Forschungsvorhaben zu Spätsymptomen von COVID-19 (Long COVID) zielt das Verbundvorhaben „LongCOCid“ darauf ab, Erkenntnisse zur Prävalenz, Krankheitslast (einschließlich psychosozialer Belastungen der Familien) und zum klinischen Verlauf von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen zu gewinnen. Neben der Untersuchung von Bioproben und der Durchführung von funktionellen Organuntersuchungen findet eine systematische Erhebung in Kinderarztpraxen statt. Eine Differenzierung nach Virusvarianten ist im Projekt nicht geplant. Aufgrund des Erhebungszeitraums (ab Anfang 2022) kann davon ausgegangen werden, dass es sich überwiegend um Infektionsfälle mit der Omikron-Variante handelt.

Seit April 2020 fördert das BMBF das Vorhaben „Netzwerk Universitätsmedizin“ (NUM). Ziel des Projektes ist, die Kompetenzen der deutschen Universitätsmedizin zu bündeln, um das Pandemiemanagement zu unterstützen und dringliche Fragen im Zusammenhang mit der Pandemiebekämpfung zu bearbeiten. Im Teilvorhaben „Nationales Pandemiekohorten Netzwerk“ („NAPKON“) des NUM wurden drei Kohorten als Infrastruktur für die Forschungen aufgebaut. Im Rahmen des Pädiatrischen Moduls von NAPKON werden Kinder und Jugendliche prospektiv verfolgt, um auf dieser Basis auch Auswertungen hinsichtlich der Entwicklung von Long/Post-COVID zu ermöglichen. Ob, aufgrund der Seltenheit von Post COVID im Kindesalter, detaillierte Aussagen zum Beispiel zu der Variantenabhängigkeit möglich werden, hängt von den final erzielbaren Rekrutierungszahlen ab.

Im Rahmen des NUM-Projekts „COVerCHILD“ ([www.coverchild.de](http://www.coverchild.de)) ist eine multizentrische Registererhebung zu PostCOVID in Planung. Zusätzlich wurde im Rahmen des NUM-Projektes „egePan Unimed“ anhand von GKV-Daten die Häufigkeit von PostCOVID bei Erwachsenen und Kindern evaluiert (<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1004122>).

15. Hat die Bundesregierung in der Vergangenheit den Versuch unternommen, bundeseinheitliche Regelungen zu finden, die Kindern mit Risikofaktoren einen über das normale Maß hinausgehenden Schutz vor Infektion mit SARS-CoV-2 angedeihen lassen?

Wenn nein, wird sie entsprechende Regelungen in Zukunft vorschlagen (bitte begründen)?

16. Sollen nach Meinung der Bundesregierung etwaige bundeseinheitliche Ausnahmeregelungen zum erhöhten Schutz vor Ansteckungen auch für Kinder gelten, die zwar nicht selbst entsprechende Vorerkrankungen aufweisen, jedoch mit Risikopersonen in einem Haushalt leben?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat ihre Empfehlungen und Maßnahmen im Pandemieverlauf für alle Personen und insbesondere vulnerable Gruppen regelmäßig an die aktuelle Erkenntnislage angepasst. Vor dem Auftreten der aktuell dominierenden Omikron-Variante wiesen die verfügbaren COVID-19-Impfstoffe eine gute Wirksamkeit gegen symptomatische SARS-CoV-2-Infektionen zum Beispiel mit der Delta-Variante (2021) auf und reduzierten das Risiko von Transmissionen. Daher empfahl die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) zunächst nicht nur Kindern ab fünf Jahren mit Vorerkrankungen die COVID-19-Impfung, sondern darüber hinaus auch Kindern im nahen Umfeld von Risikopersonen. Die COVID-19-Impfstoffe bieten vor Omikron-Infektionen weniger Schutz, reduzieren aber weiterhin das Risiko für schwere Erkrankungen. In ihrer zuletzt aktualisierten COVID-19-Impfempfehlung vom 17. November 2022 hat die STIKO ihre Empfehlungen für Kinder entsprechend angepasst. Nach Zulassung der Kinderimpfstoffe hat die STIKO zudem die Impfempfehlung für Kinder mit Risikofaktoren auch im Alter von sechs Monaten bis vier Jahren ausgesprochen.

17. Hat die Bundesregierung eigene Berechnungen oder Schätzungen an- gestellt oder Kenntnisse über entsprechende Studien, die die Höhe der durchschnittlichen monatlichen Mehrausgaben für Gesundheit und Hygiene pro Kind während der Corona-Pandemie in verschiedenen Altersgruppen beziffern, falls ja, was sind die Ergebnisse dieser Studien, und falls nein, sind solche Studien geplant?

Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor, zudem sind keine Studien geplant.

18. Hat die Bundesregierung Studien in Auftrag gegeben oder gefördert, die die Ausbildung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Zuge der Corona-Pandemie systematisch erfassen, und falls ja, was sind die zentralen Ergebnisse?
19. Wurde nach Kenntnis der Bundesregierung bei möglicherweise zu der psychischen Belastung vorliegenden Studien die soziale Situation der Kinder und Jugendlichen im Studiendesign berücksichtigt?

Falls ja, was sind die zentralen Ergebnisse der Studien unter diesem Gesichtspunkt?

Falls nein, sind entsprechende Studien geplant?

Die Fragen 18 und 19 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine übergreifende Studien-Auswertung (Rapid Review) des RKI zu Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung während der COVID-19-Pandemie kommt zu folgenden zentralen Ergebnissen: Aus repräsentativen Studien wurde überwiegend ein hohes Ausmaß an pan- demiebezogenen Belastungen, Zunahmen psychischer Auffälligkeiten und Be- einträchtigungen der Lebensqualität berichtet.

Um die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen aktuell beurteilen zu können, fördert das BMG seit Dezember 2021 die RKI-Studie „Kinder- gesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA-Studie). Ziel der Studie ist es, bun- desweit zu untersuchen wie sich die körperliche und psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren im Verlauf der COVID-19-Pandemie darstellen und entwickeln. Dabei wurden soziale Merkmale wie Haushaltszusammensetzung, Bildungs- stand, Einkommen der Familie berücksichtigt. Erste Ergebnisse zeigen: Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 15 Jahren (circa 94 Prozent) hat aktuell nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit. Bei ca. 21 Prozent der Kinder und Jugen- lichen hat sich nach Angabe ihrer Eltern die psychische Gesundheit während der Pandemie verschlechtert. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien der niedrigen Bildungsgruppen sowie von Eltern ohne feste Partnerschaft wurde häufiger eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit berichtet. Detail- lierte Ergebnisse können abgerufen werden unter [www.rki.de/kida](http://www.rki.de/kida).

Die Bundesregierung hat zudem das Institut für Therapie- und Gesundheits- forschung (IFT-Nord) mit der Durchführung einer Studie zu den „Auswirkun- gen der COVID-19-Pandemie auf den Substanz- und Medienkonsum Jugen- dlicher und junger Erwachsener in Deutschland – ACoSuM“ beauftragt. Ziel der Studie war, den Substanz- und den Medienkonsum in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 21-jährigen jungen Erwachsenen in Deutschland zu erfassen und Kenntnisse über die Folgen der Pandemie für den Substanzkonsum und die Mediennutzung zu erhalten. Dabei wurden auch soziodemografische Daten wie Alter, Geschlecht, Beruf, Bildungsstand, Wohn-



situation, sozialer Status und Migrationshintergrund berücksichtigt. Den Studienergebnissen zufolge berichteten Jugendliche und junge Erwachsene mehrheitlich von einer Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens. Die allgemeine Lebenszufriedenheit nahm ab, gleichzeitig stiegen Depressions- und Ängstlichkeitswerte an. Der meistgenannte Grund waren Probleme, die durch die soziale Isolation entstanden sind. Die Studienergebnisse geben keinen Hinweis auf Besonderheiten in Bezug auf die soziale Situation der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Die Bundesregierung fördert seit Juni 2020 die Corona-KiTa-Studie des Deutschen Jugend Instituts (DJI) und des RKI, in der unter anderem das Wohlbefinden und die Entwicklung von Kindern im Kita-Alter während der COVID-19-Pandemie untersucht wurde. Dabei wurden auch Zusammenhänge mit der sozialen Zusammensetzung der Kitas analysiert. Den Studienergebnissen zufolge führte der häufig mehrmalige Wechsel von der institutionellen in die zumeist familial organisierte Betreuung bei KiTa-Kindern zu sinkendem Wohlbefinden und vermehrtem Einsamkeitserleben. Für weiterführende Informationen siehe [www.corona-kita-studie.de](http://www.corona-kita-studie.de).

Zur Analyse und Quantifizierung der gesellschaftlichen Kosten durch psychosoziale Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19-Pandemie finanziert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Studie, in deren Rahmen die pandemiebedingten Folgekosten aufgrund von psychosozialen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen analysiert, operationalisiert und quantifiziert und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Dies soll in einer interdisziplinären Kooperation unter Koordination und Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm erfolgen. Auch diese Studie bezieht sozioökonomische Risikofaktoren der betroffenen Kinder und Jugendlichen ein. Die Laufzeit der Studie endet im ersten Quartal 2023.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert verschiedene Projekte, die sich mit den Auswirkungen der Pandemie auf die physische und psychische Gesundheit sowie den sozioökonomischen Folgen beschäftigen. Als Sofortmaßnahmen wurden bereits im Jahr 2020 Projekte angestoßen, die auch die Auswirkungen der Pandemie und der COVID-19-Schutzmaßnahmen, insbesondere auch für Kinder und Jugendliche, untersuchten.

Ferner wurde im Netzwerk Universitätsmedizin auch die psychische Belastung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien während der Pandemie untersucht, beispielsweise im Rahmen des Teilvorhabens egePan Unimed. Zudem wird eine gemeinsame interdisziplinäre Forschungsplattform für systematische Datenanalyse und Studien aufgebaut, die sich auf die Prävention, Diagnostik und Behandlung von (post)infektiösen Krankheiten bei Kindern- und Jugendlichen fokussiert und dabei auch die allgemeinen Auswirkungen von Pandemien auf die psychische Gesundheit erforscht (COVerCHILD).

20. Gab es auch in der Bundesrepublik Deutschland eine Häufung von Hepatitis-Fällen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. <https://www.deutschlandfunk.de/raetselhafte-hepatitis-faelle-bei-kindern-nun-auch-in-eu-un-d-usa-102.html>), und besteht nach Kenntnis der Bundesregierung ein möglicher Zusammenhang mit einer vorherigen Infektion mit SARS-CoV-2?

Der Bundesregierung liegen bislang keine Hinweise auf eine Häufung von Hepatitis-Fällen in Deutschland vor. Anfänglich bestehende Hypothesen zu einem möglichen Zusammenhang der Fälle von Hepatitis bei Kindern mit einer

SARS-CoV-2-Infektion haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung nicht bestätigt.

21. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung zur Ausbildung von Essstörungen und Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 vor?

Daten zur Entwicklung der Häufigkeiten von Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland werden über regionale Diabetes-Register und das bundesweite Register der Diabetes-Verlaufs-Dokumentation (DPV) erhoben und in der Nationalen Diabetes Surveillance am RKI zusammenfassend dargestellt ([www.diabsurv.rki.de](http://www.diabsurv.rki.de)). Demnach lag die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland im Zeitraum 2014 bis 2020 bei durchschnittlich 27,7 Erkrankungen pro 100.000 Personenjahre. Dies entspricht insgesamt 26.080 Neuerkrankungen an Typ-1-Diabetes (durchschnittlich 3.725 pro Jahr). Im Verlauf der Pandemie wurde in wissenschaftlichen Auswertungen im Jahr 2020 zunächst keine Zunahme an Typ-1-Diabetes, für das Jahr 2021 allerdings eine signifikante Zunahme der Neuerkrankungsraten beobachtet.

Diabetes mellitus Typ 2 bleibt bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland eine seltene Erkrankung. Im Zeitraum 2014 bis 2020 waren etwa 160 Kinder und Jugendliche im Alter von elf bis 17 Jahren pro Jahr neu an Typ-2-Diabetes erkrankt. Neuere Daten zum Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen liegen derzeit noch nicht vor.

Bezüglich Essstörungen liegen aktuell Informationen für die Diagnoseprävalenz aus der stationären und ambulanten Versorgung vor, jedoch keine Informationen zum neuen Ausbilden von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Auswertungen verschiedener Krankenkassendaten deuten auf eine Zunahme behandelter Fälle von Essstörungen in der Versorgung hin.

22. Mit welchen Maßnahmen will die Bundesregierung ggf. eine mögliche Zunahme von Adipositas und Diabetes abfedern oder rückgängig machen?

Die Bundesregierung setzt sich mit verschiedenen Initiativen dafür ein, Übergewicht vorzubeugen. Diese Aktivitäten leisten einen Beitrag zum Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten, insbesondere auch des Diabetes mellitus. Auf die Antwort zu Frage 45 wird verwiesen.

Seit 2015 stellt das BMG im Rahmen des Förderschwerpunkts „Prävention und Aufklärung über Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“ jährlich Mittel in Höhe von 2 Mio. Euro für Maßnahmen zur Verfügung, die das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, den Umgang mit Stress oder die Nutzung elektronischer Medien schon in Kindheit und Jugend positiv beeinflussen und so der Entstehung von Übergewicht im weiteren Lebensverlauf vorbeugen. Die BZgA klärt über die Ursachen, über die mit Übergewicht verbundenen Gesundheitsrisiken sowie über Möglichkeiten zur Prävention und Therapie von Übergewicht auf. Die Maßnahmen zielen auf die Förderung eines gesunden und aktiven Lebensstils mit dem Fokus auf Ernährung, Bewegung und Stressregulation. Das RKI berichtet im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes kontinuierlich Daten zu Übergewicht und Adipositas und führt ein Monitoring zur Verbreitung von Adipositas und seinen Einflussfaktoren im Kindesalter durch. Zur Prävention und Bekämpfung des Diabetes mellitus fördert das BMG das

Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, institutionell.

Um die Versorgung von Versicherten der GKV mit Adipositas zu verbessern, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits mit dem am 20. Juli 2021 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) beauftragt, bis zum 31. Juli 2023 Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen, DMP) zur Behandlung von Adipositas festzulegen.

Für weitere Maßnahmen im Bereich Bewegungsförderung, die zur Prävention von Adipositas und Diabetes beitragen, wird auf die Antworten zu den Fragen 27, 28 und 33 verwiesen.

23. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Entwicklung des Drogenkonsums bzw. von Suchtkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 vor?

Die BZgA untersucht mit regelmäßig wiederholten Repräsentativbefragungen den Substanzkonsum zwölf- bis 17-jähriger Jugendlicher und 18- bis 25-jähriger junger Erwachsener in Deutschland. Die Anteile der zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Befragung Raucher oder Raucherin waren, beziehungsweise in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Wasserpfeife, Tabakerhitzer oder E-Produkte konsumiert hatten, veränderten sich von 2019 bis 2021 wenig. So gaben in 2019 insgesamt 7 Prozent der Jugendlichen an, gegenwärtig Raucher oder Raucherin zu sein. In der Befragung 2021 waren es 6 Prozent. Auch die 30-Tage-Prävalenzen des Konsums von Tabakzigaretten, Wasserpfeifen und Tabakerhitzern veränderten sich statistisch nicht signifikant. Geringe aber statistisch signifikante Rückgänge waren lediglich in den 30-Tage-Prävalenzen des Konsums von E-Zigaretten (2019: 4 Prozent; 2021: 2 Prozent) und E-Shishas (2019: 2 Prozent; 2021: 1 Prozent) festzustellen.

Die Verbreitung des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens unter zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen war rückläufig. Der Anteil Jugendlicher, die in den letzten zwölf Monaten vor der jeweiligen Befragung mindestens einmal Alkohol konsumiert hatten (12-Monats-Prävalenz), ging von 53 Prozent in 2019 auf 47 Prozent in 2021 zurück. Zwar blieb der regelmäßige Alkoholkonsum (in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal pro Woche) unverändert bei 9 Prozent. Jedoch reduzierte sich der Anteil Jugendlicher, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol getrunken hatten (30-Tage-Prävalenz), von 36 Prozent in 2019 auf 32 Prozent in 2021. Außerdem verringerte sich die Verbreitung des Rauschtrinkens (mindestens einmal in den letzten 30 Tagen mindestens fünf Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit) unter zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen von 14 Prozent im Jahr 2019 auf 9 Prozent in 2021. Der Cannabiskonsum zwölf- bis 17-jähriger Jugendlicher veränderte sich nicht.

Zur Zahl der Krankenhausbehandlungen wird auf die Tabelle 4 der Anlage mit Daten aus der Krankenhausdiagnosestatistik für die Jahre 2019 bis 2021 verwiesen. Daten für 2022 sind noch nicht verfügbar.\*

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5027 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

24. Hat die Bundesregierung Studien über eine möglicherweise veränderte Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen in Auftrag gegeben oder unterstützt, und falls ja, was sind die zentralen Ergebnisse?

Die von der Bundesregierung beauftragte Studie zu den „Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Substanz- und Medienkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland – ACoSuM“ zielt auch auf die Gewinnung von Erkenntnissen über Veränderungen des Medienverhaltens ab. Die Studienergebnisse zeigen, dass rund 85 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ihren Medienkonsum während der Pandemie steigerten, was sich insbesondere auf die Nutzung von Sozialen Medien und das Schauen von Videos, Filmen oder Serien bezog. Diese Zunahme wurde mit dem Wegfall anderer möglicher Freizeitaktivitäten, den Kontaktbeschränkungen sowie der Verlagerung des Lernens in den digitalen Raum begründet.

Die vom Deutschen Jugendinstitut e. V. durchgeführte Studie „Kind sein in Zeiten von Corona“ zeigte ebenso auf, dass mehr als die Hälfte der Grundschulkinde nach Einschätzung ihrer Eltern mehr Zeit mit Computerspielen verbrachten, ein Drittel der Kinder war häufiger im Internet. Unter den Kindern und Jugendlichen der Sekundarstufe beschäftigten sich Dreiviertel mehr mit Fernsehen, Streamingdiensten oder YouTube, fast ebenso viele surfen häufiger im Internet und gut zwei Drittel spielten häufiger am Computer, Tablet oder Smartphone.

25. Wurden im Rahmen des Corona-Aufholpakets Hilfeangebote und Hilfestrukturen für Kinder und Jugendliche ausgebaut, und wenn ja, welche?
26. Welche der Angebote und Strukturen in Frage 25 werden über das Jahr 2022 hinaus verstetigt?

Die Fragen 25 und 26 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen des Aktionsprogramms „Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“ hat die Bundesregierung Mittel in Höhe von insgesamt 2 Mrd. Euro für 2021 und 2022 bereitgestellt, um Kinder und Jugendliche auf dem Weg zurück in ein unbeschwertes Aufwachsen zu begleiten und sie beim Aufholen von Lernrückständen zu unterstützen.

Zu den Programmbestandteilen gehören:

- a) eine Aufstockung des Kinder- und Jugendplans des Bundes,
- b) eine Aufstockung des Bundesprogramms „Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“,
- c) eine Aufstockung der Bundesstiftung Frühe Hilfen,
- d) eine Aufstockung der Deutschen Stiftung für Engagement und Ehrenamt,
- e) eine Aufstockung des Bundesprogramms „Mehrgenerationenhaus. Miteinander – Füreinander“,
- f) die Maßnahme „Corona-Auszeit für Familien – Familienferienzeiten erleichtern“ sowie
- g) das Programm „AUF!leben – Zukunft ist jetzt“ der Deutschen Kinder- und Jugendstiftung.

Ein weiterer Bestandteil des Aufholprogramms ist der Kinderfreizeitbonus. Es handelt sich um einen gesetzlichen Anspruch für ca. 2,7 Millionen Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien. Eine eigene Säule des Aktionsprogramms dient dem Abbau von Lernrückständen bei Schülerinnen

und Schülern. Der Bund stellt den Ländern für diesen Aufgabenbereich, der in die alleinige Zuständigkeit der Länder fällt, in den Jahren 2021 und 2022 einmalig 1 Mrd. Euro in Form von Umsatzsteueranteilen durch Festbeträge im Rahmen der vertikalen Umsatzsteuerverteilung zur Verfügung. Diese Mittel verstärken die Haushalte der Länder direkt. Den Ländern obliegt im Rahmen ihrer Zuständigkeit auch die eigenverantwortliche operative Umsetzung der Maßnahmen. Auch die Mittel für die Programmmodule „Kinder- und Jugendfreizeiten in den Ländern“ (70 Mio. Euro) und „Zusätzliche Sozialarbeit und Freiwilligendienst an Schulen sowie in der Kinder- und Jugendhilfe“ (220 Mio. Euro) werden von den Ländern auf der Grundlage des Finanzausgleichsgesetzes im Jahr 2021 und 2022 in eigener Verantwortung umgesetzt.

Ein großer Teil der durch das Aufholprogramm unterstützten und erweiterten Angebote und Strukturen, die beispielsweise durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen, die Mehrgenerationenhäuser oder die Förderung durch den Kinder- und Jugendplan des Bundes ermöglicht wurden, existierten bereits vor der Pandemie und werden in den Strukturen grundsätzlich auch nach 2022 weiterlaufen. In den Jahren 2021 und 2022 wurden diese zusätzlich mit den Mitteln des Aufholprogramms gestärkt.

27. Gab es seit Beginn der Corona-Pandemie einen Ausbau spezifischer Angebote durch die Bundesregierung, die die Gesundheit von Kindern befördern sollten, und wenn ja, welche waren dies konkret, und welche zielten insbesondere auf die psychische Gesundheit ab?

Eine Vielzahl an niederschweligen Unterstützungs- und Hilfsangeboten von Bund, Ländern, Kommunen und weiteren Akteuren trägt dazu bei, Kinder und Jugendliche in der Pandemie-Situation zu unterstützen, ihre Gesundheit zu fördern und sie in die Lage zu versetzen, Unsicherheiten und Ängste zu bewältigen. Dabei kommt den Ländern, unter anderem über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), eine wesentliche Rolle zu.

Eine Übersicht über die von Bund, Ländern und weiteren Akteuren initiierten Maßnahmen beinhaltet der Bericht des BMFSFJ und des BMG an das Bundeskabinett zur Umsetzung der Empfehlungen der Interministeriellen Arbeitsgruppe (IMA) „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ vom 2. November 2022 (siehe [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Corona/Umsetzungsbericht\\_IMA\\_Kindergesundheit\\_Corona\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Corona/Umsetzungsbericht_IMA_Kindergesundheit_Corona_bf.pdf)).

Beispiele für Maßnahmen der Bundesregierung sind:

Im Jahr 2021 wurde von der Deutschen Sportjugend (dsj) gemeinsam mit dem BMFSFJ die Bewegungskampagne MOVE initiiert mit dem Ziel, Kinder und Jugendliche nach und während der COVID-19-Pandemie in Bewegung zu bringen. Mit niederschweligen Angeboten und einer jugendgerechten digitalen Ansprache, etwa durch digitale Challenges, schafft die Deutsche Sportjugend gemeinsam mit 90.000 Sportvereinen Bewegungsanreize und -anlässe, um Kinder und Jugendliche dauerhaft für Bewegung und Sport zu begeistern. Das Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit soll in 2023 mit und für Kinder und Jugendliche niedrigschwellige Zugänge zu Bewegung und kultureller Bildung schaffen und ihre Gesundheit ganzheitlich fördern. Dies beinhaltet insbesondere die Förderung der psychischen Gesundheit von jungen Menschen.

Zudem hat die BZgA ihre Maßnahmen zu Bewegungsförderung und Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie ausgeweitet, um spezifischer auf die Situation zu reagieren und Eltern Hilfestellun-

gen an die Hand zu geben, weiterhin einen gesunden Lebensstil zu pflegen. So wurde unter anderem die Rubrik „Spiele & Übungen“ zur Bewegungsförderung ausgeweitet ([www.uebergewicht-vorbeugen.de/es-gibt-noch-mehr/spiele-uebungen/](http://www.uebergewicht-vorbeugen.de/es-gibt-noch-mehr/spiele-uebungen/)), Kurzclips zur Steigerung der Bewegungsmotivation eingebunden ([www.uebergewicht-vorbeugen.de/so-geht-es-leichter/bewegung/goenn-dir-bewegung/](http://www.uebergewicht-vorbeugen.de/so-geht-es-leichter/bewegung/goenn-dir-bewegung/)) und Hinweise zum Meistern von Corona-Situationen gegeben ([www.uebergewicht-vorbeugen.de/so-geht-es-leichter/empfehlungen/corona-situation-meistern/](http://www.uebergewicht-vorbeugen.de/so-geht-es-leichter/empfehlungen/corona-situation-meistern/)).

Die BZgA bietet ein umfassendes Angebot zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen insbesondere für Erziehungsberechtigte und Multiplikatoren wie auch für Kinder und Jugendliche, dass während der Pandemie kontinuierlich an die Bedarfe angepasst wurde. Speziell zur Förderung der psychischen Gesundheit wurde mit Beginn der COVID-19-Pandemie das Informationsportal „Psychisch stabil bleiben“ bei [www.zusammengegencorona.de](http://www.zusammengegencorona.de) eingerichtet ([www.zusammengegencorona.de/corona-im-alltag/psychisch-stabil-bleiben/](http://www.zusammengegencorona.de/corona-im-alltag/psychisch-stabil-bleiben/)) mit nützlichen Informationen und Tipps für Familien zum Umgang mit Stress und Angst während der Pandemie. Für pädagogische Fachkräfte in Kitas wurden zusätzliche Fortbildungsmodule zu Corona-bedingten Belastungen bei Kindern unter [www.kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de) zur Verfügung gestellt.

Im Bereich der Suchtprävention verfolgt die Mitmach-Initiative „Kinder stark machen“ das Ziel der Lebenskompetenzförderung von Kindern. Mit Beginn der COVID-19-Pandemie wurden neue zielgruppenspezifische Angebote zur Unterstützung der Eltern, der Familien und der erwachsenen Bezugspersonen und Multiplikatoren entwickelt.

Zudem fördert das BMFSFJ NACOA Deutschland Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V. für die Bereitstellung einer Online-Kommunikationsplattform für Fachkräfte, die mit Kindern aus suchtbelasteten Familien arbeiten. Das vom BMFSFJ geförderte Projekt KidKit-networks (Drogenhilfe Köln Projekt gGmbH) stellt eine Online-Landkarte mit Postleitzahlenrecherche zu spezifischen Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche mit problembelasteten Eltern zur Verfügung.

28. Welche konkreten Studien liegen der Bundesregierung ggf. zu den Auswirkungen von Kontaktbeschränkungen auf Kinder und Jugendliche und deren Bildungsstände, Sozialentwicklung, Schwimmfähigkeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sportliche Aktivitäten und Freizeitverhalten vor, welches sind die zentralen Ergebnisse der jeweiligen Studien, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus für die Zukunft?

Bezüglich der Studien und deren wesentlichen Ergebnisse wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 6 bis 8 der Kleinen Anfrage „Expertenkommission der Bundesregierung zu den bisherigen staatlichen Beschränkungen während der COVID-19-Pandemie“ auf Bundestagsdrucksache 20/3467 von September 2022 verwiesen. Einschränkend gilt, dass eine kausale Aussage zu den Auswirkungen von einzelnen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen auf die soziale Lebensqualität aus diesen Studien nicht abgeleitet werden kann, es können jedoch zeitliche Zusammenhänge aufgezeigt werden.

Hinsichtlich der körperlichen Aktivität gibt es beispielhaft folgende erste Ergebnisse aus der KIDA-Studie des RKI. Laut Elternbefragungen waren zwischen Februar und Mai 2022 53 Prozent der drei- bis 15-jährigen Kinder mindestens sieben Stunden pro Woche moderat bis intensiv aktiv. Etwa die Hälfte der Stichprobe erreichte damit die Mindestempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur körperlichen Aktivität. 51 Prozent der Kinder und Jugendlichen nutzten in diesem Zeitraum freiwillige Schulsport-AGs. Für etwa

jedes sechste Kind fiel dieses Angebot jedoch pandemiebedingt aus. Etwas mehr als ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen nahm das Angebot wegen der Pandemie nicht oder seltener wahr. Insgesamt war damit die Sport-AG-Teilnahme zwischen Februar und Mai 2022 bei etwa 38 Prozent der Kinder und Jugendlichen beeinträchtigt. Für Vereinssport- und kommerzielle Sportangebote weisen die KIDA-Daten darauf hin, dass die Teilnahme bei einem Drittel der Kinder und Jugendlichen eingeschränkt war: 22 Prozent nahmen diese Angebote in diesem Zeitraum pandemiebedingt nicht oder seltener wahr, bei über einem Zehntel fielen sie pandemiebedingt aus.

Um die Chancen von körperlicher Aktivität und Bewegung für die Gesundheit und zur Krankheitsvermeidung insgesamt noch stärker zu nutzen, hat das BMG seit Oktober 2022 einen Runden Tisch „Bewegung und Gesundheit“ eingesetzt. Am Runden Tisch sind thematisch betroffene Ressorts, Fachministerkonferenzen, kommunale Spitzenverbände, Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger sowie Verbände und wissenschaftliche Einrichtungen aus den Bereichen Bewegung, Sport und Gesundheit beteiligt. Kinder und Jugendliche in ihren jeweiligen Lebenswelten sind dabei wichtige Zielgruppen. Ziel des Runden Tisches ist es, Bedarfe und notwendige Maßnahmen zu Bewegungsförderung zu identifizieren und konkrete Beiträge für die Stärkung von Bewegung unter den teilnehmenden Akteuren zu vereinbaren.

Zudem hat das BMG bereits 2021 Informationsblätter für Kitas, Schulen und Sportvereine entwickelt mit Hinweisen, wie Bewegung für Kinder und Jugendliche auch unter Kontaktbeschränkungen in der Pandemie umgesetzt werden kann (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bewegungsfoerderung-von-kindern-und-jugendlichen-in-der-pandemie-koerperliche-aktivitaet-ermoeglichen-in-der-lebenswelt-kindertagesstaette.html>).

Die Ergebnisse des IQB-Bildungstrends (Institut für Qualitätsentwicklung im Bildungswesen) 2021 zeigen in allen untersuchten Fächern (Deutsch und Mathematik) und Kompetenzbereichen ungünstige Trends für die Kompetenzen von Viertklässlerinnen und Viertklässlern in Deutschland. Die Trendentwicklungen für manche Kompetenzbereiche und Schülergruppen zeigen eine Verstärkung des negativen Trends zwischen 2016 und 2021. In anderen Bereichen zeigt sich zwischen 2016 und 2021 jedoch eine ähnlich starke Verringerung von Kompetenzen wie zwischen 2011 und 2016 (also einem Zeitraum ohne Pandemie). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sich mögliche Veränderungen nicht eindeutig auf pandemiebedingte Einschränkungen zurückführen lassen. Auch andere Faktoren können hier eine Rolle spielen, zum Beispiel Veränderungen in der Zusammensetzung der Schülerinnen- bzw. Schülerschaft, Weiterentwicklungen curricularer Vorgaben oder schulorganisatorische Veränderungen.

29. Gibt es nach Kenntnis und aus Sicht der Bundesregierung Studienergebnisse, die nahelegen, dass der Lockdown in Schulen und Kindertageseinrichtungen nicht zu einer Zunahme von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen geführt hat (vgl. <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/lauterbach-corona-kurs-kein-grund-fuer-mehr-psychische-stoerungen,SuBvIIg>)?

Studien zeigen im Gesamtergebnis, dass psychische Auffälligkeiten bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen während des Zeitraums der Pandemie – insbesondere in den Phasen bundesweiter Schließungen – zugenommen haben, während ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen gut durch die Pandemie gekommen ist. Dabei ist zu beachten, dass die Studien aufgrund der hohen Komplexität der Einflussfaktoren und der vielfältigen Ursachen für Veränderungen im Gesundheitszustand keine direkten Rückschlüsse auf kausale Zu-

sammenhänge zwischen einzelnen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie (wie Schul- und Kitaschließungen) und gesundheitlichen Entwicklungen ermöglichen. Von psychischen Belastungen und Auffälligkeiten abzugrenzen ist die Entwicklung psychischer Erkrankungen, die mit einem medizinischen Behandlungsbedarf einhergehen. Hierzu liegen deutlich weniger repräsentative Erkenntnisse vor. Erste Auswertungen von Krankenkassendaten (DAK Kinder- und Jugendreport 2022) zeigen divergente Entwicklungen, mit einer Abnahme der Neudiagnosen verschiedener psychischer Erkrankungen im Grundschul- und Schulalter und gleichzeitig einer Zunahme der Neudiagnosen von depressiven Erkrankungen, Essstörungen und Angststörungen bei Mädchen im Schul- und Jugendalter, nicht aber bei Jungen derselben Altersgruppe.

30. Welche Ansätze werden innerhalb der Bundesregierung für die im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP (S. 67) angekündigte Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung diskutiert, die kürzere Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz für Kinder und Jugendliche zur Folge haben sollen, und bis wann sind hier konkrete Schritte zu erwarten?
31. Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die aktuelle Situation verfügbarer Plätze in der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche dar?
32. Hat die Bundesregierung eine Einschätzung dazu, wie sich der Bedarf an zusätzlichen Therapieplätzen durch die veränderte Nachfrage seit 2020 entwickelt hat, und wenn ja, welche?

Die Fragen 30 bis 32 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für die ambulante Psychotherapie setzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) den bundeseinheitlichen Rahmen zur Bestimmung der regionalen Behandlungskapazitäten. Die Zahl an psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten inklusive Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Inzwischen stellen sie nach den Hausärztinnen und Hausärzten die zweitgrößte Arztgruppe dar. Zum Stand 31. Dezember 2021 gab es in fast allen Ländern offene Planungsbereiche mit vorhandenen Zulassungsmöglichkeiten für psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten inklusive Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Umsetzungsmöglichkeiten der im Koalitionsvertrag angestrebten Reduzierung der Wartezeiten insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie in ländlichen und strukturschwachen Gebieten werden derzeit geprüft. In allen Ländern bis auf Berlin und Hamburg gab es in gesperrten Planungsbereichen noch offene Quotensitze (zum Beispiel für ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). In Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater hat der G-BA zudem im April 2022 beschlossen, das Versorgungsniveau für diese Arztgruppe um 10 Prozent anzuheben. Damit ergeben sich bundesweit etwa 60 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater.

Der Bundesregierung liegen keine validen Zahlen über verfügbare Therapieplätze oder zur Entwicklung der Nachfrage nach Therapieplätzen seit dem Jahr 2020 vor.



33. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um dem Anstieg von klinisch relevanten psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. [https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pandemie-depressionen-und-essst-oerungen-bei-jugendlichen-steigen-weiter-an-2558034.html#/\) kurzfristig zu begegnen, und wenn ja, wie soll dem verzeichneten Geschlechterunterschied \(vgl. <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/antidepressiva-maedchen-101.html>\) Rechnung getragen werden?](https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pandemie-depressionen-und-essst-oerungen-bei-jugendlichen-steigen-weiter-an-2558034.html#/)

Welche Rolle soll und kann dabei der Sport spielen, und was ist diesbezüglich ggf. seitens der Bundesregierung geplant?

BMFSFJ und BMG haben im Juni 2022 die Arbeit an der IMA wiederaufgenommen. Grundlage ist die 7. Stellungnahme des Corona-ExpertInnenrates der Bundesregierung, in der die Wiedereinsetzung der IMA empfohlen wurde. Besonders schwerwiegend ist nach Einschätzung des ExpertInnenrates die sekundäre (nicht direkt durch SARS-CoV-2-Infektionen bedingte) Krankheitslast durch psychische und physische Erkrankungen, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien besonders betroffen sind. Bei der weiteren Arbeit der IMA werden diese Themen daher im Fokus stehen. Ein Abschlussbericht mit Maßnahmenempfehlung ist für das erste Quartal 2023 geplant. Zu Maßnahmen der Bundesregierung zu Bewegungs- und Sportförderung wird auf die Antwort zu Frage 28 verwiesen.

34. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um die in Studien (z. B. JuCo-Studie der Universitäten Hildesheim und Frankfurt) festgestellten Zukunftsängste von Kindern und Jugendlichen wirksam zu bekämpfen, und wenn ja, welche?

Für eine wirksame Bekämpfung von Zukunftsängsten junger Menschen ist es entscheidend, ihnen Zuversicht zu geben und dafür zu sorgen, dass die aktuellen Krisen keinen maßgeblichen Einfluss auf ihre Zukunftschancen haben. Dabei ist sich die Bundesregierung bewusst, dass Entscheidungen in allen Politikfeldern Auswirkungen auf junge Menschen haben. Entsprechend richtet sie ihre Jugendstrategie ressortübergreifend aus und berücksichtigt die Belange der jungen Generation und ihre Zukunftssorgen bei der Bewältigung der gegenwärtigen multiplen Krisen.

Zahlreiche Maßnahmen der Bundesregierung zielen ganz konkret darauf ab, die Sorgen und Bedarfe junger Menschen ernst zu nehmen und ihre Teilhabe und Beteiligung zu fördern damit sie zuversichtlich in die Zukunft blicken können. Beispielhaft zu nennen sind zahlreiche, mit Bundesmitteln geförderte (Online-) Beratungsangebote für junge Menschen (wie Nummer gegen Kummer, Sofahopper 2.0, jmd4you, [U25]) sowie das Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit. Es wird auch auf die Antwort zu Frage 33 verwiesen.

Die Bundesregierung legt einen Schwerpunkt darauf, junge Menschen an Entscheidungen, die sie betreffen, zu beteiligen. Es trägt dazu bei, ihre Selbstwirksamkeit und Zuversicht zu stärken. Im November 2022 wurde der Dialogprozess zum Nationalen Aktionsplan für Kinder- und Jugendbeteiligung gestartet; die Corona-Krise wird dabei ebenso Thema sein wie Klima, Krieg und Inflation.

Auch die Absenkung des Wahlalters auf 16 ist ein großer Schritt für eine bessere Berücksichtigung junger Interessen. Für die Wahlen zum Europäischen Parlament hat der Deutsche Bundestag die Absenkung des Wahlalters von 18 auf 16 Jahre bereits beschlossen. Der Koalitionsvertrag sieht zudem vor, auch das Alter für die Wahlen zum Deutschen Bundestag auf 16 Jahre zu senken.

35. Welche Studien oder sonstigen belastbaren Kenntnisse hat die Bundesregierung zum allgemeinen physischen Zustand von Kindern und Jugendlichen im Verlauf der COVID-19-Pandemie?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 18 und 19 verwiesen.

36. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse über die Wahrnehmung der regulären Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 vor (falls möglich, bitte monatsgenau und nach den einzelnen U- bzw. J-Untersuchungen angeben)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine bundesweit repräsentativen Vergleichsdaten vor. Erkenntnisse liegen aus einer Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) aus dem Jahr 2021 vor. Diese zeigt bezüglich der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen), dass während der Pandemie zeitliche Verschiebungen auftraten, aber kein Rückgang der insgesamt sehr hohen Teilnehmeraten an den Untersuchungen U1 bis U9. Die Inanspruchnahmerate der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1, zwölf bis 14 Jahre) liegt dieser Auswertung zufolge weiterhin im Bundesdurchschnitt bei unter 50 Prozent der Anspruchsberechtigten.

37. Liegen der Bundesregierung inzwischen belastbare Daten vor, in welchem Maße Schuleingangsuntersuchungen in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 wahrgenommen wurden?

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Daten vor. Die Schuleingangsuntersuchungen liegen in der Zuständigkeit der Länder und Kommunen.

38. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung seit Amtsübernahme unternommen, um die Länder bei der Vermeidung weiterer Lockdowns in Schulen und Kindertageseinrichtungen zu unterstützen?

Die Organisation und Durchführung des Schulunterrichts liegt in der Zuständigkeit der Länder, darunter fallen auch Infektionsschutzmaßnahmen an Schulen.

Mit dem am 17. September 2022 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) werden Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Präsenzbetriebs an Schulen und der Betreuung in Kindertageseinrichtungen ermöglicht. Die Länder können gemäß § 28b Absatz 2 und 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) spezifische Maßnahmen anordnen. Dabei ist insbesondere das Recht auf schulische Bildung, auf soziale Teilhabe und die sonstigen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung durch die fortlaufende Förderung von Studien und den Einsatz der IMA „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen, die es den Ländern ermöglicht, evidenzbasiert und angemessen zu handeln. Diesbezüglich wird ergänzend auf die Antwort zu Frage 33 verwiesen.

39. Wie viel Geld wurde von den Bundesländern aus dem Fördertopf der Bundesregierung für die Installation von Luftfiltern abgerufen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Fördertopf umfasst Mittel,

- um coronagerechte stationäre raumluftechnische (RLT) Anlagen und Zu-/Abluftventilatoren in öffentlichen und privaten Gebäuden, insbesondere in Schulen und Kitas zu fördern („Bundesförderung Corona-gerechte stationäre raumluftechnische Anlagen und Zu-/Abluftventilatoren“) und
- um die Länder bei der Beschaffung von mobilen Luftreinigern in Schulen und Kitas zu unterstützen (Bund-Länder-Verwaltungsvereinbarungen „Mobile Luftreiniger 2021“).

Für einen Überblick über die bei der Bundesförderung gebundenen und bislang ausgezahlten Mittel wird auf Tabelle 5 in der Anlage verwiesen.\*

Die Länder haben im Rahmen der Bund-Länder-Verwaltungsvereinbarungen „Mobile Luftreiniger 2021“ bis zum Ende der verlängerten Abruffrist am 31. Juli 2022 für die Jahre 2021 und 2022 insgesamt knapp 40 Mio. Euro abgerufen. Im Rahmen der Prüfung der eingereichten Verwendungsnachweise sowie durch beantragte aber nicht durchgeführte Fördervorhaben kam es mit Stand 16. November 2022 zu einer Rückzahlung von Bundesmitteln in Höhe von rund 4,1 Mio. Euro. Der Prüfungsprozess auf Seiten der Länder dauert derzeit noch an. Es wird auf Tabelle 6 in der Anlage verwiesen.\*

40. Wie viele Schulen und Kindertageseinrichtungen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung mit Geldern aus dem Fördertopf mit Luftfiltern ausgestattet (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Bundesförderung Corona-gerechte stationäre raumluftechnische Anlagen und Zu-/Abluftventilatoren besteht aus zwei Fördersegmenten (Neueinbau sowie Um- und Aufrüstung von stationären RLT-Anlagen). Eine Übersicht zum Fördersegment Neubau ist der Tabelle 7 der Anlage zu entnehmen.\*

In beiden Fördersegmenten werden RLT-Anlagen in Kindertageseinrichtungen und Schulen gefördert. Eine Auswertung nach Kindertageseinrichtungen und Schulen ist dagegen nur im Neueinbau möglich. Der weit überwiegende Teil der Fördermittel (rund 89 Prozent) findet beim Neueinbau von RLT-Anlagen in Kindertageseinrichtungen und Schulen Verwendung. Im Rahmen der Bund-Länder-Verwaltungsvereinbarungen „Mobile Luftreiniger 2021“ obliegt die administrative Bearbeitung der Fördervorhaben den Ländern.

41. Sind der Bundesregierung Anweisungen oder Empfehlungen bekannt, nach denen aus dem Programm beschaffte Luftfilter nicht genutzt werden sollen, etwa wegen zu hoher Wartungskosten oder mit dem Ziel die Energiekosten zu reduzieren, und falls ja, von wem kommen diese Anweisungen oder Empfehlungen?

Der Bundesregierung sind Pressemitteilungen bekannt, wonach das Umweltbundesamt im Zuge der Energiekrise dazu aufgerufen hat, die Nutzung mobiler Luftreiniger auf das Nötigste zu beschränken. Am 27. August 2022 hat das Umweltbundesamt klargestellt, dass die Gesundheit der Kinder nicht verhandelbar sei und darauf hingewiesen, dass Klassenzimmer richtig gelüftet werden müssten (vgl. <https://twitter.com/Umweltbundesamt/status/156354663134540>)

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5027 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

5953). Dies steht nicht im Widerspruch zu den Fördervorhaben der Bundesregierung, da auch diese stets darauf hingewiesen hat, dass die Lüftung mit Frischluft erforderlich ist und gegebenenfalls mittels des Einsatzes mobiler Luftreiniger flankiert werden kann.

42. Hat die Bundesregierung mögliche Probleme der Länder und bürokratische Hürden beim Abruf der Gelder aus dem Fördertopf für Luftfilterbeschaffung evaluiert, und ist geplant, ein neues Programm aufzulegen, das die Lücken in der Versorgung mit Luftfiltern im Laufe des vierten Schuljahres, das zumindest teilweise unter Corona-Bedingungen stattfinden muss, schließen wird?

Sowohl die Bundesförderung Corona-gerechte stationäre raumlufttechnische Anlagen und Zu-/Abluftventilatoren wie auch die Mittel, die der Bund auf Grundlage der Bund-Länder-Verwaltungsvereinbarungen „Mobile Luftreiniger 2021“ zur Verfügung gestellt hat, werden derzeit evaluiert beziehungsweise geprüft. Die Fördermaßnahmen beim RLT-Programm (Stand: 21. November 2022 Einbau von circa 68.600 RLT-Anlagen) befindet sich derzeit in der Umsetzung. Vor dem Hintergrund der aktuellen Krisensituation und damit einhergehenden Schwerpunktsetzung der Bundesregierung ist eine Neuauflage von Förderprogrammen des Bundes mit Blick auf den Infektionsschutz in Schulen und Kitas nicht geplant. Ob die nach der föderalen Aufgabenverteilung für Investitionen in Bildungseinrichtungen zuständigen Länder weitere Aktivitäten planen, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

43. Welche Maßnahmen werden im „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ (vgl. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundeskabinett-beschliesst-hoeheren-etat-fuer-das-bundesfamilienministerium-199462>) für Kinder und Jugendliche enthalten sein?

Das Bundesprogramm „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ soll sich direkt an Kinder und Jugendliche richten. Sie sollen im Rahmen des Programms Projektideen entwickeln und dabei unterstützt werden, diese auch umsetzen zu können.

Im Rahmen des Zukunftspakets werden zudem bestehende Angebote der sportlichen und kulturellen Kinder- und Jugendbildung zusätzlich gefördert, um die Potentiale bestehender, verlässlicher Strukturen nach der Pandemie wiederzubeleben, bekannter und zugänglicher zu machen. Zusätzlich wird auf die Antwort zu Frage 33 verwiesen.

44. Sieht die Bundesregierung einen Großteil der Corona-Folgen für Kinder und Jugendliche als bereits aufgeholt an, und wie bewertet sie in diesem Zusammenhang die deutlich geringere finanzielle Ausstattung des als Anschluss an das Corona-Aufholpaket (vgl. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundeskabinett-beschliesst-hoeheren-etat-fuer-das-bundesfamilienministerium-199462>) gedachten „Zukunftspakets für Bewegung, Kultur und Gesundheit“?

Die Einschränkungen der COVID-19-Pandemie der letzten Jahre haben Kindern und Jugendlichen viel abverlangt. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Auswirkungen auf ihr Leben und ihre Entwicklung in Teilen und je nach Lebensumfeld bis heute anhalten. Die entstandenen Einschnitte und Folgen durch die Pandemie bei den jungen Menschen sind noch nicht kompensiert und es besteht weiterhin Handlungsbedarf im Rahmen von Angeboten und Maßnah-

men. Bei allen Maßnahmen der Bundesregierung, die Kinder und Jugendliche betreffen, wird das entsprechend mitbedacht.

Darüber hinaus wird auf die Antwort zu den Fragen 25 und 26 verwiesen.

45. Plant die Bundesregierung über das „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ (vgl. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundeskabinett-beschliesst-hoeheren-etat-fuer-das-bundesfamilienministerium-199462>) hinaus Maßnahmen, die die körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen adressieren sollen, und wenn ja, welche sind dies?

Das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) fördert mit dem Programm „ReStart – Sport bewegt Deutschland“ den Neustart im Sport angesichts der Herausforderungen während der COVID-19-Pandemie. Ziel des Programms ist es, möglichst viele Menschen in Bewegung und (zurück) in die Sportvereine zu bringen. Das Programm besteht aus drei Säulen mit Maßnahmen, welche durch eine Werbekampagne begleitet werden. Die Maßnahmen umfassen die Aus- und Fortbildung von Ehrenamtlichen, die Unterstützung von Vereinsevents, Sportschecks für Vereinsmitgliedschaften und das Aufstellen von Bewegungsboxen an öffentlich zugänglichen Orten.

Das Bundesministerium des Inneren (BMI) richtet zudem gemeinsam mit dem BMG am 13. Dezember 2022 einen Bewegungsgipfel aus. Dieser Gipfel ist die Auftaktveranstaltung für die Erarbeitung des Entwicklungsplans Sport. Der Entwicklungsplan Sport, eine Aufgabe aus dem Koalitionsvertrag, nimmt vor allem die gesellschaftliche Kraft des Sports in den Blick und wird in verschiedenen Arbeitssträngen eine Vielzahl an Themen adressieren. Zudem hat das BMG seit Oktober 2022 einen Runden Tisch „Bewegung und Gesundheit“ eingesetzt, bei dem auch ein Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche liegt. Ziel des Runden Tisches ist es, Bedarfe und notwendige Maßnahmen zu Bewegungsförderung zu identifizieren und konkrete Beiträge für die Stärkung von Bewegung unter den teilnehmenden Akteuren zu vereinbaren.

Die Bundesregierung hat im Juni 2021 den von den Bundesministerien für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und Gesundheit gemeinsam vorgelegten Aktionsplan „Weiterentwicklung IN FORM – Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021“ beschlossen. Der 2008 von beiden Ressorts gemeinsam ins Leben gerufene Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ verfolgt das Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Erreicht werden soll dies durch eine Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, indem Alltagsstrukturen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, wie in Familie, Kita, Schule, Arbeitswelt oder Freizeit aufgebaut und die Eigenverantwortung und Motivation der Menschen zu gesunder Ernährung sowie ausreichender Bewegung gestärkt werden.

Darüber hinaus wird auf die Antworten zu den Fragen 28 und 38 verwiesen.

46. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, wie sich die einzelnen Maßnahmen der Bundesregierung zur Bekämpfung der Verbreitung des Coronavirus in den verschiedenen Altersgruppen im Sinne von Frage 1 ausgewirkt haben?

Im Rahmen der Corona-KiTa-Studie wurde das Infektionsgeschehen in Kindertageseinrichtungen untersucht, sodass nur Aussagen über die Wirkung von

Infektionsschutzmaßnahmen in den Einrichtungen getroffen werden konnten. Eine exakte Bestimmung der Wirkung der einzelnen in den Einrichtungen ergriffenen Maßnahmen ist aufgrund des nicht-experimentellen Studiendesigns nicht möglich. Die Studie lieferte allerdings deutliche Hinweise dafür, dass die zu Beginn der Pandemie in den Einrichtungen angewendeten Hygienemaßnahmen, wie etwa die Kontaktreduktion durch Gruppentrennung oder die feste Personalzuweisung zu Gruppen, Kinder und Mitarbeitende oder das regelmäßige Lüften vor Infektionen schützen. Das Tragen von Masken seitens des Personals im Umgang mit den Eltern (Delta-Variante) und im Umgang mit den Kindern (Omikron-Variante) erwies sich zur Verhinderung von Infektionen ebenfalls als effektiv. Allerdings gilt es abzuwägen, inwieweit der Infektionsschutz hier dem pädagogischen Auftrag beziehungsweise der frühkindlichen Bildung und Entwicklung im Weg steht. Zusätzlich wird auf die Antwort zu Frage 28 verwiesen.

47. Sind der Bundesregierung Studien bekannt oder plant sie, entsprechende Studien zu beauftragen bzw. zu fördern, die eine mögliche Veränderung der Ansichten von Kindern und Jugendlichen zu den Problemlösungskompetenzen der Politik durch die Corona-Politik in den Fokus rückt?

Falls es solche Studien nach Kenntnis der Bundesregierung bereits gibt, was sind deren zentrale Erkenntnisse, und welche Konsequenzen werden daraus gezogen?

Im Juli 2020 hat das Zukunftsbüro des BMBF eine Studie zu den langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie vorgelegt, in deren Rahmen auch zwölf- bis 21-Jährige befragt wurden ([https://www.vorausschau.de/SharedDocs/Downloads/vorausschau/de/2020\\_Corona\\_Delphi\\_Chancen\\_und\\_Herausforderungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.vorausschau.de/SharedDocs/Downloads/vorausschau/de/2020_Corona_Delphi_Chancen_und_Herausforderungen.pdf?__blob=publicationFile&v=4)). Die Befragten gingen mehrheitlich davon aus, dass durch die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie die Zusammenarbeit innerhalb der Europäischen Union gestärkt wird.

Aktuellere Studien zur Frage, ob sich die Ansichten von Kindern und Jugendlichen zu den Problemlösungskompetenzen der Politik durch die Corona-Politik verändert haben, sind der Bundesregierung nicht bekannt.

48. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, wie sich die Zustimmung von Jugendlichen zu den Corona-Maßnahmen darstellte?

Obwohl sie auf Vieles verzichten mussten, gaben in der Studie „Junge Deutsche: Solidarisch gegen Corona und mehr für Europa“ der TUI Stiftung vom Oktober 2020 83 Prozent der jungen Menschen an, sich an die meisten Corona-Maßnahmen zu halten. Sie waren zudem mehrheitlich der Überzeugung, dass die Maßnahmen richtig sind.

Laut der Studie „Die Corona-Pandemie hat mir wertvolle Zeit genommen“ Jugendalltag 2020 (JuCo-2-Studie) vom Winter 2020 hielten mit 12 Prozent eher wenige junge Menschen die Hygienemaßnahmen für gar nicht oder eher nicht sinnvoll, während etwa 61 Prozent (voll) zustimmten. Aus den Studien wird auch deutlich, dass Kritik an den Maßnahmen vorrangig dann geteilt wird, wenn diese nicht nachvollziehbar sind beziehungsweise junge Menschen keinen Einfluss auf die Entscheidung über die Maßnahmen hatten.

Ergänzend wird auch auf die Antwort zu Frage 47 verwiesen.

49. Sieht die Bundesregierung Bedarf für eine besonders für den Aspekt der Anfälligkeit für Verschwörungsideologien sensibilisierte Jugendarbeit, und falls ja, wie soll ein solcher Fokus gefördert werden?

Die Bundesregierung beobachtet und analysiert das Geschehen hinsichtlich der Falschinformationen fortlaufend, tauscht sich dabei regelmäßig im Ressortkreis aus und wirkt dem mit der Bereitstellung verlässlicher Informationen entgegen, die an Bürgerinnen und Bürger kommuniziert werden und Desinformationen gezielt richtigstellen. Im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ werden bereits Maßnahmen umgesetzt, die sich der präventiv-pädagogischen Bearbeitung von Verschwörungsdanken bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen widmen. Dabei werden Fort- und Weiterbildungsformate für Lehrkräfte und Fachkräfte der Kinder- und Jugendarbeit sowie Ansätze und Methoden für die direkte Arbeit mit Jugendlichen erarbeitet.

Unter anderem arbeiten das Kompetenznetzwerk „Rechtsextremismus“ (KompRex), das Kompetenznetzwerk „Islamistischer Extremismus“ (KN:IX) sowie das Kompetenzzentrum „Linker Extremismus“ an der fachlichen Weiterentwicklung der Präventionsarbeit im jeweiligen Themenfeld. Die Prävention von antisemitischen oder rassistischen Verschwörungsnarrativen als Teil extremistischer Ideologien wird hier ebenfalls berücksichtigt. Eine Übersicht dieser Maßnahmen findet sich auf der Programm-Internetseite „Demokratie leben!“.

Die von der Bundesregierung geförderten Bundeszentralen Träger der Jugendverbandsarbeit und der politischen Jugendbildung haben das Thema Verschwörungsideologien ebenfalls bereits in den Fokus ihrer Kinder- und Jugendarbeit gerückt. Zudem unterstützt die Bundesregierung mit dem seit 2018 laufenden Vorhaben „Respekt Coaches“ rund 500 Schulen unter anderem im Umgang mit dem Phänomen „Verschwörungstheorien“, um das reflektierte Denken junger Menschen zu schulen.

50. Plant die Bundesregierung eine systematische Bestandsaufnahme über die Folgen der Pandemie auf die Lernstände der Schülerinnen und Schüler, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der sozioökonomischen Hintergründe?

Gemäß der föderalen Ordnung liegt der Bereich der schulischen Bildung in der Zuständigkeit der Länder. Dazu gehört auch die Erhebung der individuellen Lernstände der Schülerinnen und Schüler auf nationaler Ebene. Die Länder verantworten den IQB-Bildungstrend, der regelmäßig und repräsentativ für das ganze Bundesgebiet Lernstände der Schülerinnen und Schüler in der Primar- und Sekundarstufe in bestimmten Schulfächern und Kompetenzen erhebt.

Gemäß Artikel 91b Absatz 2 des Grundgesetzes (GG) können Bund und Länder bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit des Bildungswesens im internationalen Vergleich zusammenwirken. Auf dieser Basis beteiligt sich der Bund an internationalen Vergleichsstudien, die regelmäßige Rückschlüsse über die Lernstände der Schülerinnen und Schüler im internationalen Vergleich erlauben.

Dazu zählen die vom BMBF mitfinanzierten Erhebungen IGLU 2021 (Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung, Erhebungszeitraum: Frühjahr/Sommer 2021, Veröffentlichung der Ergebnisse: Erstes Halbjahr 2023) und PISA 2022 (Programme for International Student Assessment, Erhebungszeitraum Frühjahr/Sommer 2022, Veröffentlichung der Ergebnisse Dezember 2023). Diese Studien erheben mit Fragebögen auch Informationen zum sozioökonomischen Status der Familien der Schülerinnen und Schüler.

Auch das von Bund und Ländern institutionell finanzierte Nationale Bildungspanel (NEPS) als größte Langzeit-Bildungsstudie in Deutschland ermöglicht die Untersuchung der mittel- und langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie für Kompetenzentwicklung und Bildungsverläufe.

51. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Studien zu besonderen Belastungen bei Kindern von Alleinerziehenden, und falls ja, was sind die zentralen Ergebnisse, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Aktuelle Daten zur Situation von Kindern von Alleinerziehenden liegen aus einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) (WiDO-monitor 2022) aus dem Zeitraum Februar/März 2022 für drei- bis zwölfjährige Kinder vor. Die Befragung wurde mit insgesamt 3.000 Müttern im Alter zwischen 18 und 65 Jahren durchgeführt, von denen 14,9 Prozent alleinerziehend waren. Die Mehrheit der befragten Mütter beurteilte die aktuelle körperliche Gesundheit ihrer Kinder auf einer Skala von eins bis sechs mit „gut“ oder „sehr gut“. Der Anteil von Kindern mit sehr guter oder guter Gesundheit lag bei Kindern von Alleinerziehenden mit 73,0 Prozent etwas niedriger als bei Kindern, deren Mütter mit Partner lebten (80,4 Prozent). Nur ein sehr geringer Anteil der Mütter antwortete mit „schlecht“ oder „sehr schlecht“. 16,3 Prozent der Befragten gaben an, dass sich die körperliche Gesundheit ihres Kindes während der Pandemie verschlechtert habe. Die Verschlechterung betraf Kinder von Alleinerziehenden (25,1 Prozent versus 14,7 Prozent bei Müttern in Partnerschaft) überdurchschnittlich häufig. Die aktuelle psychische Gesundheit des eigenen Kindes wurde im Vergleich zur körperlichen Gesundheit kritischer bewertet. Hier schätzten insgesamt 59,4 Prozent der Mütter den Zustand ihrer Kinder auf einer Schulnotenskala als gut oder sehr gut ein, während 3,6 Prozent bei ihren Kindern eine schlechte oder sehr schlechte psychische Gesundheit wahrnahmen. Alleinerziehende gaben mit 45,9 Prozent überdurchschnittlich seltener eine sehr gute oder gute psychische Gesundheit ihrer Kinder an, zudem gaben sie häufiger eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit ihrer Kinder an (44,1 Prozent versus 33,3 Prozent). Die Ergebnisse, dass die Kinder von Alleinerziehenden deutlich stärker durch die Pandemie belastet waren, werden durch die Ergebnisse der COPSY-Studie gestützt. In dieser Studie wurde gezeigt, dass bei Kindern von Alleinerziehenden eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität und mehr psychische Gesundheitsprobleme beobachtet wurden (Ravens-Sieberer et al. 2021).

Die Studienergebnisse finden in der gegenwärtigen und zukünftigen Arbeit der Bundesregierung Berücksichtigung. Insbesondere die zeitweisen Schließungen und eingeschränkte Öffnung von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen hat die Relevanz dieser Infrastruktur für Familien, insbesondere für Alleinerziehende, und unsere Gesellschaft deutlich gemacht. Entsprechend ist die Schließung dieser Einrichtungen einschließlich der Folgen für die betroffenen Familien so weit wie möglich zu verhindern.

52. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Studien zur Belastung des Personals in Kindertageseinrichtungen und Schulen, und falls ja, was sind die zentralen Ergebnisse, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Im Rahmen der von BMFSFJ und BMG geförderten Corona-KiTa-Studie des DJI und des RKI erfolgten wiederholte Leitungsbefragungen in Kindertageseinrichtungen. Aus diesen Leitungsbefragungen geht hervor, dass sich der organisationale und pädagogische Kita-Alltag durch die wiederkehrende Einfüh-



rung und Aufhebung von Schutzmaßnahmen wie Maskenpflicht, Betretungsverbote für Eltern oder regelmäßige Testungen von Kindern und Beschäftigten zwischen Herbst 2020 und Frühjahr 2022 mehrfach grundlegend verändert hat. Dies war für einige Leitungen mit Schwierigkeiten und Konflikten bei der Neuorganisation des Alltags und dem Kontakt mit Eltern verbunden. Zusätzlich zu den Ansteckungsängsten der pädagogisch Tätigen führten diese erlebten Schwierigkeiten im Zeitraum der zweiten und dritten Pandemiewelle zu gesteigerten Belastungen bei Beschäftigten und Leitungen sowie zu verschlechterten Beziehungen zu den Eltern. Für weiterführende Informationen wird auf die umfassende Berichterstattung der Corona-KiTa-Studie verwiesen: [www.corona-kita-studie.de](http://www.corona-kita-studie.de).

Aus Sicht der Bundesregierung bedarf es einer Reihe von vielfältigen Unterstützungsmaßnahmen von Seiten der KiTa- und Schulträger und der für den schulischen Bildungsbereich sowie die KiTa Ausstattung verantwortlichen Länder.

53. Hat die Bundesregierung systematisch Studien zu den Folgen für das sprachliche Vermögen von Kindern und Jugendlichen erstellen lassen oder unterstützt, und falls ja, was waren die zentralen Ergebnisse?

Spielte in möglichen Untersuchungen der sozioökonomische Hintergrund der Kinder eine Rolle, und falls ja, was sind die zentralen Erkenntnisse vor diesem Hintergrund?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 18 und 19 verwiesen.

54. Welche über die konkrete Corona-Politik hinausgehenden Folgerungen leitet die Bundesregierung für ihr weiteres Handeln aus der Tatsache ab, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigerem sozioökonomischen Status besonders von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit in Krisenzeiten betroffen sind?

Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien sind durch die sekundäre (nicht durch SARS-CoV-2-Infektionen selbst bedingte) Krankheitslast durch psychische und physische Erkrankungen besonders von der Pandemie betroffen. Sie stehen daher im Fokus der weiteren Arbeit der IMA Kindergesundheit. Mögliche Maßnahmenempfehlungen zielen nicht nur auf die Bewältigung der Folgen der COVID-19-Pandemie, sondern können geeignet sein, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland auch darüber hinaus zu stärken.

55. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zu Fällen häuslicher Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 vor?

Der Bundesregierung liegen zum Thema häusliche Gewalt Daten aus der Statistik der § 8a-Achtes-Buch-Sozialgesetzbuch-Verfahren vor (siehe [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/Publikationen/Downloads-Kinderschutz/gefaehrdungseinschaetzungen-5225123207004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/Publikationen/Downloads-Kinderschutz/gefaehrdungseinschaetzungen-5225123207004.pdf?__blob=publicationFile)). Dort wird erfasst, wie häufig Jugendämter Hinweise auf körperliche oder psychische Misshandlung von Kindern und Jugendlichen sowie auf sexuelle Gewalt erkennen. In den meisten Fällen dürfte es sich dabei um häusliche Gewalt handeln, auch wenn sich dies nicht eindeutig aus den Daten ablesen lässt. Das Miterleben von Partnerschaftsgewalt wird unter den Begriff der psychischen Misshandlung subsumiert. Eine weitere Daten-

quelle für häusliche Gewalt ist die polizeiliche Kriminalstatistik. Neben Gewalttaten gegenüber Kindern wird hier auch eine Gesamtzahl der Straftaten „häusliche Gewalt“ ausgewiesen. Dabei ist jedoch nicht erkennbar, wie häufig davon auch Kinder und Jugendliche betroffen waren. In den vorhandenen statistischen Daten zeigen sich insgesamt keine Anstiege aufgrund der COVID-19-Pandemie, sondern eher gleichbleibende Zahlen oder Rückgänge.

56. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Nutzung telefonischer Beratungsstellen sowie von Online-Beratung für Kinder und Jugendliche in den Jahren 2021 und 2022 entwickelt (bitte nach Beratungsangeboten bzw. Schwerpunkten aufschlüsseln)?

Im Rahmen des Projekts „Psychisch stabil bleiben“ wurden im Zeitraum April 2020 bis Dezember 2021 bundesweite Telefonberatungsstellen (Telefonberatung der BZgA, die Telefonseelsorge, die Nummer gegen Kummer, die Bundeszentrale für Erziehungsberatung (BKE) sowie das Amt für Soziale und Psychologische Dienste des Ortenaukreises als regionaler Anbieter) zum Beratungsaufkommen befragt. Um eventuelle Trends abzubilden, wurden die leitfadengestützte telefonische Befragungen jeweils im November 2020, im März und Juni 2021 durchgeführt. Die Befragungsergebnisse zeigten, dass nach einem Anstieg des Beratungsbedarfs zu Beginn der COVID-19-Pandemie bei einigen Anbietern im Frühsommer 2020 ein deutlicher Rückgang der Anrufrufen erfolgte. Im Bereich der Eltern-, Kinder- und Jugendberatung wurde hingegen von einer durchgehend erhöhten Nachfrage seit Mitte März 2020 berichtet.

Dies wird in der nachfolgenden Darstellung zur Entwicklung der telefonischen und Online-Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche in den Jahren 2021 und 2022, die vom BMFSFJ gefördert werden, deutlich.

- Beim vom Deutschen Caritasverband (DCV) durchgeführten Beratungsangebot [U25] Deutschland, welches Mailberatung für suizidgefährdete junge Menschen anbietet, wurden rund 1.500 Einzelberatungen jährlich durch ehrenamtliche Krisenberaterinnen und Krisenberater an elf Standorten bundesweit aktiv durchgeführt. Diese Zahlen sind leicht steigend, werden aber auch durch die Beratungskapazitäten und die individuelle Dauer und Intensität der zum Teil überjährigen Einzelberatungen beeinflusst.
- Im Jahr 2021 fanden insgesamt 121.174 Beratungen über die Angebote der „Nummer gegen Kummer“ statt. Davon 89.169 am Kinder- und Jugendtelefon, 12.328 in der Online-Beratung (Mail+Chat) für junge Menschen und 19.677 am Elterntelefon. Am Elterntelefon (plus 11 Prozent) und in der Chat-Beratung (plus 47 Prozent) sind die Beratungszahlen im Vergleich zum Vorjahr 2020 angestiegen. Rund 10 Prozent aller Beratungen standen in einem direkten Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Am Elterntelefon meldeten sich 20 Prozent aller Fälle mit einer Thematik, die im Zusammenhang mit Corona stand. Auch im Jahr 2022 sind die Beratungsangebote von Nummer gegen Kummer e. V. stark nachgefragt und die Beratungszahlen bewegen sich aktuell auf dem gleichen hohen Niveau wie 2021. Im Zeitraum 1. Januar 2022 bis 31. Oktober 2022 wurden bereits 103.819 Beratungen an den Angeboten von Nummer gegen Kummer e. V. geführt. Davon 77.648 am Kinder- und Jugendtelefon, 10.071 in der Online-Beratung (Mail+Chat) für junge Menschen, 15.410 am Elterntelefon und 690 an der Helpline Ukraine.
- Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) bietet Erziehungs- und Familienberatung über das Internet für Jugendliche und Eltern an. 2021 gab es insgesamt (Eltern und Jugendliche) 5.070 Neuregistrierungen, 2.405

Mailberatungen, 3.227 Einzelchatberatungen und 4.971 Teilnehmende im Gruppen- und Themenchat. 2022 gab es (Stand: 15. November 2022) insgesamt (Eltern und Jugendliche) 3.931 Neuregistrierungen, 2.131 Mailberatungen, 2.609 Einzelchatberatungen und 3.567 Teilnehmende im Gruppen- und Themenchat.

- JugendNotmail bietet themenoffene Online-Beratung für Kinder und Jugendliche an. 2021 sind 4.086 Beratungen erfolgt, davon 1.869 Einzelchatberatungen und 2.217 Mailberatungen. Zwischen Januar und Oktober 2022 erfolgten 2.750 Beratungen, davon 1.454 Einzelberatungen und 1.296 Mailberatungen.
- Das Online-Beratungsangebot von NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V. verzeichnet für 2021 2.001 Antworten auf E-Mails, 243 Einzelchats und 51 Gruppenchats. Zwischen Januar und Oktober 2022 wurden 1.606 Antworten auf E-Mails versandt, 215 Einzelchats und 43 Gruppenchats durchgeführt.
- Online-Beratungsangebots von KidKit, ein Hilfeprojekt für Kinder aus dysfunktionalen Familien. Im Jahr 2021 fanden 479 persönlichen Beratungsgespräche von betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Jahr 2022 erfolgten bisher (Stand: 15. November 2022) 409 Hilfefragen in der Online-Beratung.

57. Wie häufig haben sich Bundeskanzler, Bundesministerinnen und Bundesminister seit Amtsantritt im Dezember 2021 mit Vertreterinnen und Vertretern von Kinderschutzorganisationen getroffen (bitte detailliert auflisten)?
58. Wie häufig haben sich Bundeskanzler, Bundesministerinnen und Bundesminister seit Dezember 2021 mit Vertreterinnen und Vertretern von Kinderrechtsorganisationen getroffen (bitte detailliert auflisten)?
59. Wie häufig haben sich Bundeskanzler, Bundesministerinnen und Bundesminister seit Dezember 2021 mit Vertreterinnen und Vertretern von Jugendverbänden getroffen (bitte detailliert auflisten)?

Die Fragen 57 bis 59 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Verpflichtung zur Erfassung sämtlicher Treffen besteht nicht und eine solche umfassende Dokumentation wurde auch nicht durchgeführt (siehe dazu die Vorbemerkung der Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 18/1174). Die nachfolgenden Ausführungen beziehungsweise aufgeführten Angaben erfolgen auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse sowie vorhandener Unterlagen und Aufzeichnungen. Diesbezügliche Daten sind somit möglicherweise nicht vollständig.

Die sich aus der Abfrage ergebenden Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern von Kinderschutzorganisationen, Kinderrechtsorganisationen und Jugendverbänden sind der Tabelle 8 der Anlage zu entnehmen.\*

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5027 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

60. Verfügt die Bundesregierung über Hinweise oder Kenntnisse darüber, ob sich ein Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage von Familien und der Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung im Sinne von § 27 ff. des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) unter pandemischen Bedingungen feststellen lässt?

Insgesamt war die Anzahl der neu begonnenen Hilfen im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie 2020 bei allen Hilfearten leicht rückläufig. Damit ist Zahl der Hilfen zur Erziehung nach einem kontinuierlichen Anstieg in den letzten Jahren erstmals seit 2008 zurückgegangen. Im Jahr 2021 sind – außer bei der Fremdunterbringung und bei den Einzelbetreuungen (der weitere Rückgang bei diesen Hilfearten liegt an den bis Ende 2021 rückläufigen Zahlen an unbegleitet eingereisten ausländischen Minderjährigen) – wieder Zuwächse zu verzeichnen.

In der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik kann als Indikator für prekäre Lebenslagen der Bezug von Transferleistungen abgebildet werden. Berücksichtigt werden hierbei das Arbeitslosengeld II auch in Verbindung mit dem Sozialgeld (für Kinder), die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe oder auch der Kinderzuschlag.

Die Ergebnisse der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen einen Zusammenhang zwischen Armutslagen und einem erhöhten Bedarf an Leistungen der Hilfen zur Erziehung. So zeigen die Daten, dass mehr als jede zweite Familie (56 Prozent), für die 2020 eine erzieherische Hilfe (ohne Erziehungsberatung) neu gewährt wurde, auf Transferleistungen angewiesen war. Bei der Erziehungsberatung sind knapp 15 Prozent der Familien von Transferleistungen betroffen. Hingegen erhalten nur 8 Prozent der Gesamtbevölkerung eine Transferleistung. Differenziert nach den einzelnen Hilfearten variiert die ausgewiesene Gesamtquote stark, in 2020 zwischen 15 Prozent (Erziehungsberatung) auf der einen und 73 Prozent (Vollzeitpflege) auf der anderen Seite.

Ein Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wurde bislang noch nicht nähergehend untersucht. Die oben genannten Daten zeigen allerdings, dass sich die Anteile der Familien, die Transferleistungen erhalten, seit 2019 kaum merklich verändert haben, sowohl bei den Hilfen zur Erziehung insgesamt als auch differenziert nach Hilfearten.

61. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Inobhutnahmen in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 entwickelt (bitte, wenn möglich, monatsgenau angeben), und in wie vielen der jeweiligen Fälle von Inobhutnahmen wurden weitere Unterstützungsmaßnahmen gewährt (bitte nach Art der Unterstützungsleistungen aufschlüsseln)?

Zur Entwicklung der Zahl der Inobhutnahmen liegen Ergebnisse der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik bis einschließlich 2021 vor. Die Statistik der Inobhutnahmen erfasst keine Angaben zum Zeitpunkt nach Monaten, sondern weist nur die innerhalb eines Kalenderjahres abgeschlossenen Maßnahmen aus. Da Inobhutnahmen in sehr unterschiedlichen Fallkonstellationen notwendig werden können, ist die Gesamtzahl der Fälle nur wenig aussagekräftig. Insbesondere werden Inobhutnahmen von unbegleiteten ausländischen Minderjährigen (UMA) unterschieden von Maßnahmen aufgrund anderer Anlässe, da sich die fachlichen Gründe für die jeweiligen Fallzahlentwicklungen stark unterscheiden. Bei den Ersteren ist darüber hinaus die Differenzierung zwischen vorläufigen Inobhutnahmen gemäß § 42a des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) und regulären Inobhutnahmen gemäß § 42 SGB VIII von Bedeutung. In der Regel durchlaufen UMA zunächst eine vorläufige und anschließend eine reguläre Inobhutnahme, so dass eine Person in der Gesamtzahl häufig

doppelt enthalten ist. Die Inobhutnahmen ohne UMA sind in den Jahren 2020 und 2021 jeweils zurückgegangen. Die Fälle, die UMA betrafen, gingen 2020 zunächst ebenfalls zurück, sie stiegen 2021 jedoch wieder deutlich an. Die Entwicklung der Fallzahlen nach diesen drei Fallkonstellationen geht im Detail aus Tabelle 9 der Anlage hervor.\*

Lässt man die Inobhutnahmen aufgrund unbegleiteter Einreise unberücksichtigt, so zeigen sich zwischen 2019 (vor der Pandemie) und 2020 sowie 2021 bei den meisten Ergebnissen keine wesentlichen Veränderungen. So endeten beispielsweise in allen drei Jahren etwa 40 Prozent der Inobhutnahmen mit der Rückkehr zu Personensorgeberechtigten/einer Familienzusammenführung. Bei dem Anteil der Inobhutnahmen, auf die eine stationäre Hilfe folgte, sind leichte Schwankungen zu beobachten. Dieser stieg 2020 gegenüber 2019 von 31 Prozent auf 35 Prozent, um dann 2021 wieder auf 34 Prozent zu sinken. Die Anschlussmaßnahmen nach Anteil an der Zahl der Inobhutnahmen gehen aus Tabelle 10 der Anlage hervor.\*

62. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Verfahren nach § 8a SGB VIII (Schutzverfahren nach Kindeswohlgefährdung) in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 entwickelt (bitte, wenn möglich, monatsgenau angeben und nach Meldern und Melderinnen aufschlüsseln), und in wie vielen der jeweiligen Fälle wurden weitere Unterstützungsmaßnahmen gewährt (bitte nach Art der Unterstützungsleistungen aufschlüsseln)?

Zur Entwicklung der Zahl der Verfahren nach § 8a SGB VIII („8a-Verfahren“) liegen Ergebnisse der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik bis einschließlich 2021 vor. Die monatsgenaue Entwicklung der Fallzahlen der 8a-Verfahren geht aus Tabelle 11 hervor.\* Berücksichtigt man die Entwicklungstrends und Schwankungen in den Daten, die bereits vor der COVID-19-Pandemie zu beobachten waren, kann insgesamt beobachtet werden, dass sich nur an wenigen Stellen eindeutige Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf die Fallzahl der 8a-Verfahren zeigen. Am deutlichsten ist das Ergebnis, dass im Frühjahr 2020 – während der Schulschließungen – weniger Verdachtsfälle von Schulen gemeldet wurden. Insgesamt wurden die 8a-Verfahren jedoch – soweit anhand der Statistik erkennbar – nur geringfügig von der Pandemie beeinflusst.

Detaillierte Angaben zu den Hinweisgebenden sind der Tabelle 9, Angaben zu den Anschlussmaßnahmen sind der Tabelle 10 der Anlage zu entnehmen.\*

63. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, inwieweit die personelle Ausstattung der Jugendämter ausreichend ist, um die Nachfrage nach Leistungen abzudecken?

Die Bundesregierung kann keine Angaben zur personellen Ausstattung der Jugendämter machen. Nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes sind die Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Kommunen in der Kinder- und Jugendhilfe getrennt. Den Ländern obliegt die Ausführung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe. Die Kommunen nehmen die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung wahr. Dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe obliegt die Gesamtverantwortung, einschließlich der Planungsverantwortung (§ 79 Absatz 1 SGB VIII). Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben für eine ausreichende Ausstattung der Ju-

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/5027 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

gendämter und der Landesjugendämter zu sorgen; hierzu gehört auch eine dem Bedarf entsprechende Zahl von Fachkräften (§ 79 Absatz 3 Satz 1 SGB VIII).

64. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das ehrenamtliche Engagement in der Jugendverbandsarbeit seit Beginn der Corona-Krise entwickelt, und welchen Unterstützungsbedarf sieht die Bundesregierung ggf. langfristig zur Stärkung der Jugendverbandsarbeit?

Die Pandemie hat zu einem Rückgang des ehrenamtlichen Engagements in den Jugendverbänden geführt. Der pandemiebedingte Mangel an ehrenamtlichen Jugendleiterinnen und -leitern bildet sich in den Zahlen der Inhaber und Inhaberinnen der Jugendleitercard (Juleica) ab: Während vor der Pandemie fast 100.000 Personen eine gültige Juleica besaßen, sind es aktuell nur etwa 70.000 Karteninhaberinnen und -inhaber. Die Bundesregierung hat daher 2022 zur Wieder- und Neugewinnung Ehrenamtlicher sowie zur Stärkung der Juleica zusätzliche 1,5 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Im Ergebnis des parlamentarischen Verfahrens werden zudem die Mittel für die Jugendverbandsarbeit im Kinder- und Jugendplan 2023 um 3 Mio. Euro angehoben.

zur Kleinen Anfrage „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche“, Drucksache  
20/4431

Tabelle 1

Gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen Kinder und Jugendliche in vier Altersgruppen aufgeteilt nach Bundesländern im Zeitraum  
Kalenderwoche (KW) 10/2020 bis KW44/2022 (Stand 18. November 2022)

Bundesland	Altersgruppen (AG)				Gesamtanzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
Baden-Württemberg	136.590	286.605	322.238	249.905	995.338
Bayern	187.444	382.904	415.233	332.918	1.318.499
Berlin	37.308	79.260	84.953	57.466	258.987
Brandenburg	27.871	70.956	77.684	49.795	226.306
Bremen	6.720	15.669	17.407	13.925	53.721
Hamburg	24.125	49.489	49.964	36.394	159.972
Hessen	68.216	159.185	183.063	141.110	551.574
Mecklenburg-Vorpommern	22.147	44.127	48.551	32.902	147.727
Niedersachsen	103.655	203.788	215.479	178.659	701.581
Nordrhein-Westfalen	208.543	414.068	470.035	368.944	1.461.590
Rheinland-Pfalz	51.440	97.486	101.533	79.522	329.981
Saarland	12.501	23.925	28.885	22.097	87.408
Sachsen	36.881	104.064	126.777	91.375	359.097
Sachsen-Anhalt	29.733	59.359	65.112	44.333	198.537
Schleswig-Holstein	28.537	63.090	69.020	57.988	218.635
Thüringen	24.200	46.868	53.940	40.542	165.550
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.005.911</b>	<b>2.100.843</b>	<b>2.329.874</b>	<b>1.797.875</b>	<b>7.234.503</b>

(Quelle: RKI)

Tabelle 2

Hospitalisierung pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
<b>2020</b>	<b>678</b>	<b>143</b>	<b>239</b>	<b>431</b>	<b>1.491</b>
10		3	1	3	7
11	4		1	1	6
12	10	2	4	6	22
13	20	5	3	9	37
14	18	5	6	4	33
15	11	4	4	9	28
16	12	3	5	10	30
17	13	3	4	7	27
18	17	2	4	6	29
19	5	1	3	3	12
20	8	1	6	3	18
21	1		1	1	3
22	4	1	1	2	8
23	1	3	1	1	6
24	8	1	3		12
25	5	3	3	3	14
26	4	2	1	1	8
27	2	2	1	1	6
28	2		4	5	11
29	12	2	1	4	19
30	6	2	3	1	12
31	2	2		2	6
32	5	2	2	4	13
33	8		3	4	15
34	3	1	2	4	10
35	6		1	5	12
36	6		1	7	14
37	8	1	4	4	17
38	7	1	2	3	13
39	5		2	2	9
40	11	2	6	7	26
41	14	1	5	8	28
42	21	6	4	14	45
43	30	6	8	27	71
44	42	9	13	20	84
45	38	8	18	29	93
46	38	11	15	28	92
47	27	7	12	27	73
48	39	8	22	26	95
49	43	3	11	30	87
50	39	6	12	31	88



Tabelle 2

Hospitalisierung pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
51	49	7	21	17	94
52	34	6	8	31	79
53	40	11	7	21	79
<b>2021</b>	<b>2.688</b>	<b>698</b>	<b>924</b>	<b>1.342</b>	<b>5.652</b>
01	45	9	8	21	83
02	23	7	16	25	71
03	32	7	6	21	66
04	24	10	12	21	67
05	33	6	8	18	65
06	30	4	7	14	55
07	21	2	13	14	50
08	38	6	4	20	68
09	36	5	6	13	60
10	45	11	6	22	84
11	60	16	19	23	118
12	56	14	23	28	121
13	59	12	22	35	128
14	63	19	13	39	134
15	73	11	26	33	143
16	67	11	13	28	119
17	57	13	24	33	127
18	57	17	13	29	116
19	40	5	16	27	88
20	30	3	13	21	67
21	19	9	8	15	51
22	11	4	5	12	32
23	13	1	8	7	29
24	14	6	3	6	29
25	8	3	3	9	23
26	5	3	5	6	19
27	6	2	1	5	14
28	9	2	1	6	18
29	12		3	10	25
30	18	5	5	10	38
31	23	7	16	13	59
32	43	11	22	32	108
33	52	21	14	42	129
34	74	14	17	33	138
35	76	19	24	36	155
36	61	21	30	28	140
37	59	15	16	28	118
38	59	18	18	29	124

Tabelle 2

Hospitalisierung pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
39	52	11	11	22	96
40	43	16	19	21	99
41	41	11	23	23	98
42	71	12	16	29	128
43	74	16	23	30	143
44	77	23	32	40	172
45	106	28	42	52	228
46	109	33	52	50	244
47	138	33	49	42	262
48	106	33	40	54	233
49	115	40	49	47	251
50	103	38	41	45	227
51	81	26	31	28	166
52	121	29	29	47	226
<b>2022</b>	<b>10.305</b>	<b>2.131</b>	<b>2.159</b>	<b>2.660</b>	<b>17.255</b>
01	154	37	46	66	303
02	202	63	62	65	392
03	282	101	79	94	556
04	364	94	102	110	670
05	340	109	118	114	681
06	359	110	116	103	688
07	357	80	106	118	661
08	315	83	67	96	561
09	324	84	87	107	602
10	440	106	86	101	733
11	396	87	91	104	678
12	342	69	64	99	574
13	312	66	70	64	512
14	290	72	58	59	479
15	214	50	44	55	363
16	202	32	32	53	319
17	155	42	45	37	279
18	131	36	43	35	245
19	110	44	31	45	230
20	109	21	27	35	192
21	84	18	26	25	153
22	108	14	26	30	178
23	141	19	29	40	229
24	180	32	45	48	305
25	273	38	45	69	425
26	236	34	46	68	384
27	272	37	55	82	446

Tabelle 2

Hospitalisierung pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
28	325	54	53	68	500
29	339	54	47	63	503
30	291	26	30	55	402
31	219	40	32	40	331
32	211	27	28	33	299
33	198	28	29	27	282
34	148	27	19	29	223
35	136	32	23	39	230
36	147	26	18	33	224
37	128	25	25	39	217
38	168	31	30	50	279
39	218	29	27	43	317
40	276	23	35	45	379
41	267	29	40	50	386
42	227	40	35	51	353
43	163	31	23	35	252
44	152	31	19	38	240
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>13.671</b>	<b>2.972</b>	<b>3.322</b>	<b>4.433</b>	<b>24.398</b>

(Quelle: RKI)

Tabelle 3

Gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
<b>2020</b>	<b>31.775</b>	<b>44.682</b>	<b>61.063</b>	<b>75.841</b>	<b>213.361</b>
10	9	10	19	35	73
11	35	56	102	136	329
12	143	169	253	336	901
13	254	247	381	605	1.487
14	269	291	431	724	1.715
15	238	237	306	582	1.363
16	159	165	234	370	928
17	186	155	189	290	820
18	133	121	137	179	570
19	138	105	127	182	552
20	115	111	120	127	473
21	122	80	107	105	414
22	87	112	119	125	443
23	107	100	104	122	433
24	109	124	119	79	431
25	159	177	193	177	706
26	136	139	147	125	547
27	145	122	105	102	474
28	146	117	103	102	468
29	141	140	147	146	574
30	161	152	191	185	689
31	150	197	253	271	871
32	188	285	365	427	1.265
33	275	411	544	527	1.757
34	282	380	577	606	1.845
35	222	355	483	590	1.650
36	227	319	432	571	1.549
37	225	327	498	607	1.657
38	291	358	516	753	1.918
39	297	391	587	776	2.051
40	329	432	716	1.003	2.480
41	519	626	1.143	1.560	3.848
42	887	973	1.653	2.175	5.688
43	1.451	1.840	2.740	3.635	9.666
44	2.224	2.791	4.087	5.390	14.492
45	2.412	3.364	4.786	6.351	16.913
46	2.413	3.638	5.357	6.619	18.027
47	2.386	3.934	5.307	6.332	17.959
48	2.318	3.827	5.196	5.803	17.144
49	2.301	3.698	5.157	5.957	17.113
50	2.670	4.283	5.699	6.860	19.512
51	3.088	4.336	5.290	6.307	19.021

Tabelle 3

Gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
52	2.106	3.043	3.384	4.292	12.825
53	1.522	1.944	2.659	3.595	9.720
<b>2021</b>	<b>179.293</b>	<b>394.416</b>	<b>429.320</b>	<b>289.572</b>	<b>1.292.601</b>
01	1.904	2.407	3.333	4.513	12.157
02	1.855	2.195	2.721	4.020	10.791
03	1.700	1.908	2.236	3.089	8.933
04	1.532	1.650	1.889	2.553	7.624
05	1.515	1.608	1.731	2.190	7.044
06	1.348	1.394	1.412	1.724	5.878
07	1.380	1.552	1.577	1.927	6.436
08	1.892	2.011	1.882	2.279	8.064
09	2.375	2.733	2.321	2.398	9.827
10	3.006	3.694	2.879	3.093	12.672
11	4.049	4.782	4.188	4.199	17.218
12	5.033	6.717	5.743	5.560	23.053
13	4.469	5.199	4.846	5.024	19.538
14	4.031	4.699	5.176	5.718	19.624
15	5.094	7.004	7.659	8.407	28.164
16	5.581	8.426	8.741	8.104	30.852
17	5.063	6.885	7.178	6.794	25.920
18	4.114	5.574	6.126	5.593	21.407
19	2.970	4.119	4.566	3.909	15.564
20	2.303	3.421	3.761	3.089	12.574
21	1.411	1.881	2.164	1.766	7.222
22	1.026	1.526	1.583	1.400	5.535
23	613	1.151	1.321	1.007	4.092
24	384	573	669	565	2.191
25	257	355	457	363	1.432
26	178	244	313	317	1.052
27	180	212	300	413	1.105
28	258	327	536	953	2.074
29	348	483	789	1.182	2.802
30	522	728	1.007	1.348	3.605
31	756	1.154	1.490	1.784	5.184
32	1.233	1.839	2.610	2.686	8.368
33	1.867	3.723	5.367	4.436	15.393
34	2.960	5.601	6.930	5.630	21.121
35	3.412	7.016	8.420	6.364	25.212
36	3.492	6.600	7.748	5.629	23.469
37	2.832	5.894	7.329	4.657	20.712
38	2.334	5.294	6.297	3.835	17.760
39	2.204	5.353	6.675	3.814	18.046
40	1.858	5.094	6.525	3.722	17.199

Tabelle 3

Gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
41	2.019	5.123	6.855	3.985	17.982
42	2.709	7.425	8.987	5.624	24.745
43	3.558	11.128	13.435	8.062	36.183
44	4.440	13.314	15.534	9.571	42.859
45	7.093	24.221	27.336	15.154	73.804
46	9.604	32.141	35.204	18.028	94.977
47	11.476	36.657	40.345	20.849	109.327
48	12.110	36.345	38.403	20.150	107.008
49	12.221	33.929	34.028	17.053	97.231
50	10.836	28.582	27.999	13.974	81.391
51	7.540	19.240	18.361	9.783	54.924
52	6.348	13.285	14.338	11.285	45.256
<b>2022</b>	<b>791.461</b>	<b>1.654.034</b>	<b>1.828.555</b>	<b>1.422.109</b>	<b>5.696.159</b>
01	9.134	18.251	21.546	23.107	72.038
02	19.039	42.682	43.639	37.451	142.811
03	41.073	93.718	84.090	52.109	270.990
04	51.413	131.650	128.969	71.626	383.658
05	51.923	140.728	144.013	82.933	419.597
06	52.764	130.595	133.219	81.641	398.219
07	47.919	108.725	106.350	70.136	333.130
08	45.524	92.562	86.834	60.133	285.053
09	43.554	83.414	75.921	63.100	265.989
10	47.302	97.330	99.566	89.796	333.994
11	50.685	102.530	113.552	91.760	358.527
12	51.926	105.086	114.207	87.647	358.866
13	39.178	77.366	88.956	69.855	275.355
14	29.952	56.985	62.851	49.996	199.784
15	23.237	38.920	39.447	37.157	138.761
16	16.603	27.772	33.018	33.219	110.612
17	13.313	26.144	33.916	32.412	105.785
18	11.690	22.964	27.914	21.709	84.277
19	9.276	19.909	25.962	19.400	74.547
20	5.777	11.946	18.464	14.876	51.063
21	3.289	6.393	10.348	8.681	28.711
22	3.622	6.196	9.933	11.452	31.203
23	4.625	7.638	12.983	14.317	39.563
24	5.781	9.813	16.855	18.449	50.898
25	7.738	14.560	26.718	25.770	74.786
26	9.131	16.426	29.440	27.584	82.581
27	9.664	17.445	29.462	26.410	82.981
28	10.498	18.393	30.153	26.563	85.607
29	9.612	15.510	24.567	22.726	72.415
30	7.327	10.092	15.040	15.281	47.740

Tabelle 3

Gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen pro Woche in vier Altersgruppen und insgesamt für alle Altersgruppen im Zeitraum KW 10/2020 bis KW 44/2022 (Stand 18. November 2022)

Jahr - Kalenderwoche	Altersgruppen (AG)				Gesamtzahl
	AG 00 - 04	AG 05 - 09	AG 10 - 14	AG 15 - 18	
31	5.690	6.928	8.826	10.026	31.470
32	4.627	6.527	8.391	8.875	28.420
33	4.682	7.233	8.619	8.114	28.648
34	4.134	7.373	9.354	7.960	28.821
35	3.527	6.687	8.387	7.304	25.905
36	3.415	6.878	8.572	7.451	26.316
37	3.631	6.914	9.457	8.074	28.076
38	3.749	8.055	11.115	9.180	32.099
39	4.135	9.040	14.176	12.813	40.164
40	4.857	8.206	12.875	13.583	39.521
41	5.312	8.587	12.521	13.985	40.405
42	4.873	8.307	11.893	12.165	37.238
43	3.783	6.712	9.478	8.843	28.816
44	2.477	4.844	6.958	6.440	20.719
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.002.529</b>	<b>2.093.132</b>	<b>2.318.938</b>	<b>1.787.522</b>	<b>7.202.121</b>

(Quelle: RKI)

Tabelle 4

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2019-2021 - Ausgewählte Hauptdiagnosen nach Altersgruppen, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Anzahl	Hauptdiagnose Pos.-Nr. der ICD-10	insgesamt	davon im Alter unter zehn Jahre	davon im Alter von 10 bis 15 Jahre	davon im Alter 16 und 17 Jahre
<b>Entlassungsjahr 2019</b>					
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	292.601	12	6.644	8.332
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	31.118	3	32	80
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	19.846	7	898	1.557
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	9.794	5	53	98
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	4.891	2	13	53
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	11.913	7	366	490
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	573	4	37	63
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	158	3	21	10
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	171	2	13	4
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	28.120	2	501	870
<b>Entlassungsjahr 2020</b>					
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	244.325	18	4.521	5.125
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	25.720	4	33	97
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	17.567	4	707	1.383
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	8.746	2	67	109
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	4.454	0	9	51
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	12.294	21	306	434
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	584	0	37	70
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	113	4	12	8
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	166	0	7	5



Tabelle 4

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2019-2021 - Ausgewählte Hauptdiagnosen nach Altersgruppen, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Anzahl	Hauptdiagnose Pos.-Nr. der ICD-10	insgesamt	davon im Alter unter zehn Jahre	davon im Alter von 10 bis 15 Jahre	davon im Alter 16 und 17 Jahre
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	26.160	2	470	877
<b>Entlassungsjahr 2021</b>					
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	234.444	11	4.303	4.957
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	25.266	4	45	156
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	17.145	7	600	1.261
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	8.819	9	56	177
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	4.945	0	17	49
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	11.700	14	309	410
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	606	0	33	69
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	129	2	19	15
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	176	0	5	3
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	25.810	10	428	829

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik. © Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden, 2022

Bei den Werten handelt es sich jeweils um die Zahl der Behandlungsfälle. Mehrfachzählungen einer Person sind möglich, falls der Patient im Berichtsjahr aufgrund der gleichen Hauptdiagnose mehrfach stationär behandelt werden musste.

Tabelle 5

Bundesförderung Corona-gerechte stationäre raumluftechnische Anlagen und Zu-/Abluftventilatoren (Stand: 21. November 2022)

<b>Bundesland</b>	<b>Gebundene Mittel</b>	<b>Ausgezahlte Mittel</b>
<b>Baden-Württemberg</b>	161.493.118,43 €	9.987.537,96 €
<b>Bayern</b>	272.938.555,78 €	21.725.911,91 €
<b>Berlin</b>	10.396.468,11 €	511.054,31 €
<b>Brandenburg</b>	18.723.268,19 €	4.628.014,58 €
<b>Bremen</b>	6.326.072,14 €	394.765,78 €
<b>Hamburg</b>	4.407.995,25 €	234.833,13 €
<b>Hessen</b>	55.538.646,02 €	1.415.838,09 €
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	6.752.722,19 €	460.325,76 €
<b>Niedersachsen</b>	250.684.018,44 €	7.605.299,34 €
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	203.329.251,45 €	9.129.098,74 €
<b>Rheinland-Pfalz</b>	207.322.177,33 €	2.001.328,33 €
<b>Saarland</b>	5.601.926,08 €	230.276,19 €
<b>Sachsen</b>	20.871.181,59 €	1.610.278,38 €
<b>Sachsen-Anhalt</b>	13.605.552,77 €	1.113.573,58 €
<b>Schleswig-Holstein</b>	31.729.322,62 €	1.055.557,42 €
<b>Thüringen</b>	8.392.325,96 €	625.833,77 €

(Quelle: BMWK)

Tabelle 6

Von den Ländern im Rahmen der Verwaltungs-Vereinbarung Mobile Luftreiniger abgerufene Mittel (Stand: 16. November 2022)

<b>Bundesland (Verteilung gemäß Königsteiner Schlüssel)</b>	<b>ausgezahlt 2021 und 2022</b>
Baden-Württemberg (max. 26.081.220,00€)	<b>6.761.488,75 €</b>
Bayern (max. 31.121.440,00€)	<b>3.767.722,42 €</b>
Berlin (max. 10.379.900,00€)	<b>3.433.229,00 €</b>
Brandenburg (max. 6.059.740,00€)	<b>340.870,65 €</b>
Bremen (max. 1.907.580,00 €)	<b>- €</b>
Hamburg (max. 5.206.860,00 €)	<b>4.553.607,50 €</b>
Hessen (max. 14.874.180,00€)	<b>1.983.176,79 €</b>
Mecklenburg Vorpommern (max. 3.960.900,00 €)	<b>452.746,63 €</b>
Niedersachsen (max. 18.790.660,00 €)	<b>2.749.579,31 €</b>
Nordrhein-Westfalen (max. 42.151.840,00€)	<b>12.617.017,00 €</b>
Rheinland Pfalz (max. 9.636.960,00€)	<b>488.299,62 €</b>
Saarland (max.2.396.540,00€)	<b>94.555,03 €</b>
Sachsen (max. 9.964.160,00€)	<b>644.000,00 €</b>
Sachsen-Anhalt (max. 5.392.240,00€)	<b>822.465,66 €</b>
Schleswig Holstein (max. 6.811.560,00)	<b>900.000,00 €</b>
Thüringen (max. 5.264.220,00€)	<b>368.590,01 €</b>
<b>Gesamt max. (200 Mio.€)</b>	<b>39.977.348,37 €</b>

(Quelle: BMWK)

Tabelle 7

Mit einer RLT-Anlage ausgestattete Kindertageseinrichtungen und Schulen im Fördersegment Neubau

Im Fördersegment Neueinbau mit einer RLT-Anlage ausgestatte Einrichtungen						
Bundesland	Anzahl Kindertageseinrichtungen		Anzahl Schulen		Anzahl Einrichtungen Total	
	Ausstattung in Planung / in Umsetzung	Ausstattung bereits erfolgt	Ausstattung in Planung / in Umsetzung	Ausstattung bereits erfolgt	Ausstattung in Planung / in Umsetzung	Ausstattung bereits erfolgt
Baden-Württemberg	240	36	327	35	567	71
Bayern	374	40	599	83	973	123
Berlin	8	0	4	0	12	0
Brandenburg	12	1	38	49	50	50
Bremen	1	0	17	0	18	0
Hamburg	18	2	2	0	20	2
Hessen	72	4	200	0	272	4
Mecklenburg-Vorpommern	8	1	12	1	20	2
Niedersachsen	447	20	652	36	1.099	56
Nordrhein-Westfalen	204	18	548	20	752	38
Rheinland-Pfalz	327	3	530	22	857	25
Saarland	2	0	13	0	15	0
Sachsen	22	1	48	4	70	5
Sachsen-Anhalt	7	0	23	1	30	1
Schleswig-Holstein	45	4	76	8	121	12
Thüringen	11	2	19	1	30	3
<b>Total</b>	<b>1.798</b>	<b>132</b>	<b>3.108</b>	<b>260</b>	<b>4.906</b>	<b>392</b>

(Quelle: BMWK)

Tabelle 8

Übersicht Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern von Kinderschutzorganisation/ Kinderrechtsorganisation/ Jugendverband durch Bundeskanzleramt und Bundesministerien

Jahr	Ressort	Bundesministerin/Bundesminister	Kinderschutzorganisation/ Kinderrechtsorganisation/ Jugendverband
<b>Bundeskanzleramt (BKAm)</b>			
18. März 2022	BKAm	Wolfgang Schmidt	Gespräch mit UNICEF Exekutivdirektorin Catherine M. Russell
1. Juni 2022	BKAm	Olaf Scholz	Interview mit Jugendpresse e.V.
20. Juni 2022	BKAm	Wolfgang Schmidt	Gespräch mit ONE-Jugendbotschaftern
8. November 2022	BKAm	Olaf Scholz	Gespräch mit internationalen Jugendvertreterinnen und -vertretern bei der Weltklimakonferenz
18. November 2022	BKAm	Olaf Scholz	Gespräch mit 30 Jugendlichen aus UNICEF-Junior Teams und dem UNICEF-JuniorBeirat
<b>Auswärtiges Amt (AA)</b>			
9. März 2022	AA	Annalena Baerbock sowie Nancy Faeser (BMI) Juliane Seifert (BMI)	Treffen mit Nichtregierungsorganisationen (Thema Familiennachzug, Unterstützung vulnerabler Gruppen; explizit Kinderschutzorganisationen waren nicht Teilnehmer)
18. März 2022	AA	Annalena Baerbock	Treffen mit UNICEF Exekutivdirektorin Catherine M. Russell
7./8. Juni 2022	AA	Annalena Baerbock	Treffen während der Reise nach Pakistan (Thema unbegleitete Minderjährige; explizit Kinderschutzorganisationen waren nicht Teilnehmer)
29. August 2022	AA	Annalena Baerbock	Treffen mit dem Forum Menschenrechte im Auswärtigen Amt (anwesend waren Kindernothilfe und pro familia)
<b>Bundesministerium der Justiz (BMJ)</b>			
20. Mai 2022	BMJ	Dr. Marco Buschmann	„Väteraufbruch für Kinder Berlin-Brandenburg“ und „Papa Mama Auch-Verband für Getrennterziehen“
19. September 2022	BMJ	Dr. Marco Buschmann	Deutscher Kinderschutzbund
28. Oktober 2022	BMJ	Dr. Marco Buschmann	Deutsche Vereinigung für Jugendgericht und Jugendgerichtshilfen e.V. (DVJJ)
<b>Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)</b>			

Tabelle 8

Übersicht Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern von Kinderschutzorganisation/ Kinderrechtsorganisation/ Jugendverband durch Bundeskanzleramt und Bundesministerien

4. Februar 2022	BMEL	Cem Özdemir	Gespräch mit den Bundessprecherinnen und -sprechern der Grünen Jugend
11. Mai 2022	BMEL	Cem Özdemir	Gesprächsrunde mit Vertreterinnen und Vertretern der Landjugend und BUND-Jugend
12. September 2022	BMEL	Cem Özdemir	Telefonat mit den Bundesvorsitzenden der Deutschen Landjugend
25. Oktober 2022	BMEL	Cem Özdemir	Termin mit der Deutschen Landjugend
<b>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)</b>			
9. Mai 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Treffen mit UNICEF
18. Mai 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Gespräch mit der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e. V. (AGJ)
1. Juni 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	<p>Digitaler Kennlerntermin mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daniela Broda, Vorsitzende Deutscher Bundesjugendring (DBJR)</li> <li>- Marie-Luise Dreber, Direktorin Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V. (IJAB)</li> <li>- Daniel Grein, Bundesgeschäftsführer Deutscher Kinderschutzbund (DKSB)</li> <li>- Holger Hofmann, Bundesgeschäftsführer Deutsches Kinderhilfswerk e.V. (DKHW)</li> <li>- Prof. Dr. Susanne Keuchel, Vorsitzende Bundesvereinigung Kulturelle Kinder- und Jugendbildung (BKJ)</li> <li>- Hanna Lorenzen, Sprecherin Gemeinsame Initiative der Träger Politischer Jugendbildung (GEMINI)</li> <li>- Stefan Raid, 1. Vorsitzender Deutsche Sportjugend (dsj)</li> </ul>

Tabelle 8

Übersicht Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern von Kinderschutzorganisation/ Kinderrechtsorganisation/ Jugendverband durch Bundeskanzleramt und Bundesministerien

			- Christian Schneider, Geschäftsführer UNICEF Deutschland
27. Juni 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Auftaktveranstaltung „Inklusive Kinder- und Jugendhilfe“
4. Juli 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Rede Präventionspolitischer Abend
24. August 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Persönliches Kennenlernen und Gespräch über aktuelle jugendverbandliche und - politische Themen mit Daniela Broda (Vorsitzende), Wendelin Haag (Vorsitzender) und Kirstin Weis (Geschäftsführerin) Deutscher Bundesjugendring (DBJR)
27. August 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Besuch im - Raphaelshaus Jugendhilfezentrum - KidKit Köln
5. September 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Gespräch Bündnis Kindergrundsicherung
20. September 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	- Besuch im SOS- Kinderdorf Moabit - Gemeinsames Pressestatement am Weltkindertag mit dem Deutschem Kinderschutzbund
5. Oktober 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Kennlerntermin Erziehungsfachverbände, Verbände der Behindertenhilfe) „Wir gestalten die Inklusive Kinder- und Jugendhilfe“
22. Oktober 2022	BMFSFJ	Lisa Paus	Grußwort Vollversammlung der Deutschen Sportjugend
<b>Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV)</b>			
26. April 2022	BMUV	Steffi Lemke	Austauschtreffen mit den Jugendumweltverbänden BUNDjugend, Naturfreundejugend und Naturschutzjugend NAJU
<b>Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)</b>			
7. Februar 2022	BMBF	Bettina Stark-Watzinger	Gespräch Bundesschülerkonferenz
11. Februar 2022	BMBF	Bettina Stark-Watzinger	Gespräch #WirWerdenLaut
12. März 2022	BMBF	Bettina Stark-Watzinger	Teilnahme Podiumsdiskussion Bundesschülerkonferenz
1. August 2022	BMBF	Bettina Stark-Watzinger	Gespräch Bundesvereinigung Kulturelle Kinder- und Jugendbildung (BKJ)

Tabelle 8

Übersicht Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern von Kinderschutzorganisation/ Kinderrechtsorganisation/ Jugendverband durch Bundeskanzleramt und Bundesministerien

14. September 2022	BMBF	Bettina Stark-Watzinger	Austausch mit dem BNE-Jugendforum youpaN
<b>Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)</b>			
10. Februar 2022	BMZ	Svenja Schulze	NRO (Don Bosco Mondo e.V.-Jugend.Hilfe.Weltweit); Karl-Kübel-Stiftung für Kind und Familie (Dr. Daniel Heilmann), Kindernothilfe e.V. (Katrin Weidemann, Carsten Montag), Save-the-Children (Florian Westphal), Terre des hommes Deutschland e.V., Hilfe für Kinder in Not (Beate Wehrle), Terre des hommes Deutschland e.V.
14. März 2022	BMZ	Svenja Schulze	Besuch des UNICEF „Blue Dot“ Center in Rumänien
17. März	BMZ	Svenja Schulze	UNICEF (Catherine Russel, Georg Graf Waldersee, Christian Schneider)
13. Mai 2022	BMZ	Svenja Schulze	ONE-Jugendbotschafterinnen und-botschafter (25 Personen)
10. Oktober 2022	BMZ	Svenja Schulze	Take-Over-Aktion zum Weltmädchentag/Plan International/Deutschland e.V.
18. Oktober 2022	BMZ	Svenja Schulze	UNICEF (Catherine Russell, Georg Graf Waldersee, Christian Schneider)

(Quelle: BKAmT, BMI, AA, BMJ, BMEL, BMFSFJ, BMUV, BMBF, BMZ)



Tabelle 9

Zahl der Inobhutnahmen nach drei Fallkonstellationen

	Anzahl absolut			Veränderung in Prozent	
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021
8a-Verfahren insgesamt	173.029	194.475	197.759	12,4	1,7
8a-Verfahren aufgrund der Initiative der Betroffenen	15.809	17.974	18.644	13,7	3,7
Eltern(-teil)/ Personensorgeberechtigte	12.150	14.379	14.638	18,3	1,8
Minderjährige/-r selbst	3.659	3.595	4.006	-1,7	11,4
8a-Verfahren aufgrund der Initiative von Privatpersonen (ohne Betroffene)	43.091	52.238	49.072	21,2	-6,1
Verwandte	7.831	8.754	8.190	11,8	-6,4
Bekannte/Nachbar(inne)n	16.627	20.675	18.680	24,3	-9,6
Anonyme Meldung	18.633	22.809	22.202	22,4	-2,7
8a-Verfahren aufgrund der Initiative von Fachkräften und Institutionen	114.129	124.263	130.043	8,9	4,7
Sozialer Dienst/Jugendamt	9.598	10.055	10.357	4,8	3,0
Beratungsstelle	1.827	1.975	1.896	8,1	-4,0
Andere Einrichtung/Dienst der Erziehungshilfe	6.755	7.326	7.378	8,5	0,7
Einrichtung der Jugendarbeit/ Jugendhilfe	5.678	6.552	6.791	15,4	3,6
Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflege	5.724	6.198	6.410	8,3	3,4
Schule	19.529	19.238	20.229	-1,5	5,2
Hebamme/Arzt/Klinik/ Gesundheitsamt	10.438	11.446	11.181	9,7	-2,3
Polizei/Gericht/ Staatsanwaltschaft	44.281	51.568	55.850	16,5	8,3
Sonstige	10.299	9.905	9.951	-3,8	0,5
8a-Verfahren mit dem Ergebnis:					

Tabelle 9

Zahl der Inobhutnahmen nach drei Fallkonstellationen

akute Kindeswohlgefährdung	27.980	29.690	30.369	6,1	2,3
latente Kindeswohlgefährdung	27.547	30.861	29.579	12,0	-4,2
keine Kindeswohlgefährdung, aber Hilfebedarf	59.106	66.557	67.658	12,6	1,7
keine Kindeswohlgefährdung und kein (weiterer) Hilfebedarf	58.396	67.367	70.153	15,4	4,1
Festgestellte akute/ latente Gefährdungen	55.527	60.551	59.948	9,0	-1,0
Darunter mit Anzeichen für:					
Vernachlässigung	32.476	35.110	35.267	8,1	0,4
körperliche Misshandlung	15.063	15.943	15.418	5,8	-3,3
psychische Misshandlung	17.793	20.887	20.735	17,4	-0,7
sexuelle Gewalt	2.990	3.223	3.256	7,8	1,0

(Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII; verschiedene Jahrgänge; Datenzusammenstellung und Berechnungen der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik.)

Tabelle 10

Entwicklung der Anzahl der 8a-Verfahren nach Anschlussmaßnahmen; Deutschland; 2019 bis 2021; Anzahl absolut und Veränderung in Prozent

Anschlussmaßnahme	Anzahl absolut			Veränderung in Prozent	
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021
Unterstützung nach §§ 16-18 SGB VIII	17.803	20.236	19.060	13,7	-5,8
gemeinsame Wohnform für Mütter/Väter und Kinder nach § 19 SGB VIII	795	843	767	6,0	-9,0
Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII	5.580	6.014	5.735	7,8	-4,6
ambulante/ teilstationäre Hilfe zur Erziehung (§§ 27, 29-32, 35 SGB VIII)	30.308	33.451	32.661	10,4	-2,4
familienersetzende Hilfe zur Erziehung (§§ 27, 33-35 SGB VIII)	5.891	6.020	5.877	2,2	-2,4
Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII	528	511	545	-3,2	6,7
vorläufige Schutzmaßnahme nach § 42 SGB VIII	9.311	9.503	9.923	2,1	4,4
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1.973	1.927	1.907	-2,3	-1,0
Fortführung der gleichen Leistung/-en	22.448	25.711	26.190	14,5	1,9
Einleitung anderer, nicht vorgenannter Hilfe/-n	14.159	16.008	16.518	13,1	3,2
keine neu eingeleitete/ geplante Hilfe	18.977	21.299	22.504	12,2	5,7
Anrufung des Familiengerichts	13.084	13.419	12.909	2,6	-3,8

(Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII; verschiedene Jahrgänge; Datenzusammenstellung und Berechnungen der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik.)

Tabelle 11

Monatliche Entwicklung der Anzahl der 8a-Verfahren: Deutschland; 2019 bis 2021; Anzahl absolut und Veränderung in Prozent

	Anzahl absolut			Veränderung in Prozent	
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021
Januar	13.629	15.694	15.320	15,2	-2,4
Februar	12.949	14.662	15.700	13,2	7,1
März	13.734	15.629	18.083	13,8	15,7
April	14.161	13.827	14.993	-2,4	8,4
Mai	14.342	14.362	15.026	0,1	4,6
Juni	13.383	16.699	17.605	24,8	5,4
Juli	17.227	19.075	19.130	10,7	0,3
August	15.139	16.514	16.079	9,1	-2,6
September	14.435	16.733	16.516	15,9	-1,3
Oktober	14.090	17.005	15.269	20,7	-10,2
November	14.354	16.774	16.235	16,9	-3,2
Dezember	15.586	17.501	17.803	12,3	1,7

(Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII; Bevölkerungsfortschreibung; verschiedene Jahrgänge; Datenzusammenstellung und Berechnungen der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik.)

