

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Evelyn Schötz, Heidi Reichinnek, Nicole Gohlke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke
– Drucksache 21/7401 –**

Zugang und Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen für Psychotherapie und psychiatrische Betreuung

Vorbemerkung der Fragesteller

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein zentrales Anliegen der Gesundheits-, Familien- und Jugendpolitik. Die Parteien CDU, CSU und SPD haben sich in ihrem Koalitionsvertrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bekannt (Zeile 3559 f.). Das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit ist geltendes Bundesrecht aus Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention. Aktuell verschlechtert sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zunehmend (<https://correctiv.org/aktuelles/bildung/2026/01/19/wir-verlieren-einen-teil-der-jungen-generation-deutlich-mehr-psychiatrie-aufenthalte-von-jugendlichen/>). Die COPSYS-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024 zeigt, dass Kinder und Jugendliche sich bis heute einsamer und gestresster fühlen als vor der Pandemie. Kriege, internationale Krisen und wirtschaftliche Ängste belasten junge Menschen immer mehr (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-025-04045-1>). Seit 2023 bleibt etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen weiterhin psychisch beeinträchtigt. Diese Ergebnisse decken sich mit den Befunden des Deutschen Schulbarometers, das bei 21 Prozent der 8- bis 17-Jährigen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten feststellte (vgl. ebd.). Jungen und Mädchen sind dabei unterschiedlich betroffen; so sind vor allem Essstörungen bei Mädchen seit 2019 rasant angestiegen (www.geo.de/wissen/gesundheit/essstoerungen-bei-maedchen-und-jungen-frauen-nehmen-deutlich-zu-37073666.html). 216 Jugendliche haben im Jahr 2024 Suizid begangen (www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sterbefaelle-suizid-erwachsene-kinder.html). Psychische Belastungen können außerdem zu sozialer Isolation und Einsamkeit führen. Diese wiederum ist ein wichtiger Faktor dafür, dass das Vertrauen junger Menschen in demokratische Strukturen sinkt (www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2025/mai/die-einsamkeit-junge-r-menschen-ist-eine-gefahr-fuer-die-demokratie). Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch die psychischen Erkrankungen entstehen, sind enorm (www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2025/IW-Report_2025-Mentale-Gesundheit-von-Sch%C3%BClerinnen-Sch%C3%BClern.pdf). Bei rund 50 Prozent der Erwachsenen mit chronischen psychischen Er-

krankungen treten erste Symptome bereits vor dem 14. Lebensjahr auf (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/>). Frühzeitige Behandlung kann hier dazu beitragen, die Chronifizierung im Erwachsenenalter zu verhindern.

In der Versorgung psychisch belasteter junger Menschen gibt es strukturelle und rechtliche Hürden. Rechtliche Hürden entstehen etwa durch die erforderliche Zustimmung der Sorgeberechtigten zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen – insbesondere bei Minderjährigen unter 15 Jahren. Dies kann dramatische Folgen für die Betroffenen haben – speziell bei psychischen Erkrankungen mit hohem Leidensdruck oder (Selbst-)Gefährdungspotenzial. Eine strukturelle Hürde ist die Finanzierung der Behandlung: Für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten sind die Wartelisten oft lang, mentale Gesundheit wird damit eine Frage des Geldes. Darüber hinaus fehlt eine gesonderte Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendpsychotherapie, was die regionale Unterversorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen begünstigt. Eine weitere strukturelle Hürde ist der mangelnde Zugang für Kinder und Jugendliche zu Hilfsangeboten im altersgruppenspezifischen Lebensumfeld, etwa über die Schule. Die Bundesregierung stellte das „Mental Health Coaches“-Programm an Schulen trotz seines großen Erfolgs (www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/aktuelles/alle-meldungen/schulprogramm-mental-health-coaches-ueberzeugt-mit-erfolg-254750) ein. Wenn dieser Zugang über die Schule wegfällt, wird die Ungleichheit der Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre mentale Gesundheit noch weiter verschärft. Im Koalitionsvertrag ist für die 21. Legislaturperiode eine Strategie „Mentale Gesundheit für junge Menschen“ vorgesehen. Ziel der Bundesregierung ist es, die Bereiche Bildung, Jugendhilfe und Gesundheit besser miteinander zu verzahnen. Zu diesen Zwecken werden Experimentierklauseln ermöglicht (Antwort der Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 21/1837). In diesem Jahr sollen laut Aussage der Bundesregierung erste konkrete Schritte und Maßnahmen erreicht werden (vgl. ebd.).

1. Wie viele Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen fünf Jahren psychotherapeutisch behandelt (bitte nach Jahren, differenziert nach Geschlechtern, Altersgruppen und Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Bundesregierung verfügt über keine eigenen und nach Bundesland differenzierten Daten zur Zahl, zum Geschlecht sowie zur Altersgruppe der in den letzten fünf Jahren jeweils jährlich psychotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen bis 21 Jahren. In den Abrechnungsstatistiken der vertragsärztlichen Versorgung wird die Anzahl der durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im jeweiligen Kalenderquartal mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Behandlungsfälle veröffentlicht (vgl. www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/studien-und-berichte/honorarbericht). Summiert man diese Anzahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Kalenderquartale über ein Kalenderjahr, sind allerdings Mehrfachzählungen einer Person möglich, falls der Patient oder die Patientin im Kalenderjahr mehrfach ambulant behandelt wurde.

2. Wie lang waren nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen fünf Jahren die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Therapieplatz für gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche (bitte nach Altersgruppen, differenziert nach Bundesländern aufschlüsseln, und für jedes Bundesland einen Durchschnittswert für Landkreise sowie kreisfreie Städte angeben)?

- a) Inwiefern sieht die Bundesregierung hier eine strukturelle Unterversorgung insbesondere in einkommensschwachen oder ländlichen Regionen?
 - b) In wie vielen Fällen haben Kinder und Jugendliche nach Kenntnis der Bundesregierung ein Jahr bis zwei Jahre auf einen Therapieplatz warten müssen, in wie vielen Fällen zwei Jahre und länger?
 - c) In wie vielen Fällen haben Kinder und Jugendliche nach Kenntnis der Bundesregierung trotz Bedarf keinen Therapieplatz bekommen?
3. Welche konkreten Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, um Wartezeiten auf psychotherapeutische Hilfe für Kinder und Jugendliche zu verringern?

Die Fragen 2 bis 3 werden aufgrund des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine differenzierten, validen Daten zur Entwicklung der durchschnittlichen Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf einen psychotherapeutischen Termin nach einem Erstgespräch vor. Wann nach einem Erstgespräch eine Richtlinien-therapie begonnen wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, die nicht allein auf die Verfügbarkeit von freien Kapazitäten zurückzuführen sind (z. B. passende Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten). Insofern sind Wartezeiten nur bedingt geeignet, die Versorgungssituation zu beschreiben.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages Instrumente, um auf besondere regionale Versorgungsbedarfe zu reagieren. Dabei kann von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgewichen werden, soweit dies aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Beispielsweise kann eine abweichende Raumgliederung vorgenommen werden. Auch die Länder haben umfassende Optionen, sich im Rahmen der Aufstellung des Bedarfsplans einzubringen und so unmittelbar Einfluss auf das Angebot der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung zu nehmen. § 103 Absatz 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) eröffnet die Möglichkeit, unabhängig von bedarfsplanerischen Vorgaben zusätzliche Versorgungskapazitäten auch für die Psychotherapie in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten zu schaffen. Um einen regionalen Mehrbedarf an Versorgungskapazitäten zu decken, stellen darüber hinaus die Instrumente der Sonderbedarfszulassung und Ermächtigung geeignete Mittel dar. Auch hier werden den Ländern weiträumige Mitberatungs- und Antragsrechte in den Zulassungsausschüssen eingeräumt, § 96 Absatz 2a SGB V.

4. Wie bewertet die Bundesregierung die gegenwärtige Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychotherapie und befürwortet die Bundesregierung die Schaffung einer gesonderten Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

Die Bundesregierung nimmt die Kritik an bestehenden Wartezeiten ernst. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht vor, die Voraussetzungen für die gesonderte Bedarfsplanung psychotherapeutisch tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, zu schaffen, um den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung Rechnung zu tragen. Mit diesem Vorhaben können weitere Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten entstehen und Wartezeiten

auf ein wohnortnahes Therapieangebot verringert werden. Eine entsprechender Regelungsvorschlag wird von der Bundesregierung zeitnah vorgelegt.

5. Wie viele Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen fünf Jahren wegen psychischer Probleme stationär im Krankenhaus behandelt (bitte nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln), in welchem Umfang kam es zu Verzögerungen und aus welchen Gründen?
 - a) In wie vielen Fällen wurden Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen fünf Jahren mit Suizidverletzungen bzw. Folgen von Selbstverletzungen im Krankenhaus behandelt (bitte Anzahl der behandelten Haupt- und Nebendiagnosen angeben, nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln)?
 - b) In wie vielen Fällen kam es nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen fünf Jahren zu einer stationären Aufnahme erst bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, weil zuvor kein Behandlungsplatz verfügbar war (bitte nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Fragen 5 bis 5b werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung stehen die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Daten des Statistischen Bundesamts zu Hauptdiagnosen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00 bis F99) von vollstationär im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten von Null bis einschließlich 21 Jahren für die Berichtsjahre 2020 bis 2024 zur Verfügung. Bei den Werten handelt es sich jeweils um die Zahl der Behandlungsfälle. Mehrfachzählungen einer Person sind folglich möglich, falls der Patient oder die Patientin im Berichtsjahr aufgrund einer Hauptdiagnose aus dem Kapitel F00 bis F99 mehrfach stationär behandelt wurde. Weitere Daten im Sinne der Fragestellung, insbesondere zu etwaigen Verzögerungen und diesbezüglichen Gründen, liegen der Bundesregierung nicht vor.

Anzahl Behandlungsfälle Hauptdiagnosen F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen)

	2020	2021	2022	2023	2024
Baden-Württemberg	16.664	17.944	17.585	17.455	17.742
Bayern	23.074	24.722	24.957	24.804	25.734
Berlin	5.443	5.758	5.743	5.951	6.217
Brandenburg	4.444	4.574	4.596	4.836	4.900
Bremen	1.204	1.298	1.204	1.216	1.222
Hamburg	3.493	4.004	4.137	3.986	4.075
Hessen	9.900	11.785	11.389	11.057	11.110
Mecklenburg-Vorpommern	3.302	3.612	3.760	3.976	4.062
Niedersachsen	13.293	14.807	14.691	14.591	15.126
Nordrhein-Westfalen	32.947	35.591	34.566	34.217	35.531
Rheinland-Pfalz	7.393	7.620	7.665	7.791	7.903
Saarland	1.972	2.296	2.217	2.455	2.503
Sachsen	8.150	8.264	8.360	8.805	9.370
Sachsen-Anhalt	4.854	5.003	5.159	5.377	5.579
Schleswig-Holstein	6.344	7.493	7.177	7.463	7.649
Thüringen	4.724	4.875	4.850	4.733	4.889

Quelle: Statistisches Bundesamt

Im Rahmen der „DRG-Statistik“ und „PEPP-Statistik“ des Statistischen Bundesamts liegen der Bundesregierung die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Daten zur Nebendiagnose „X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung“ für die Berichtsjahre 2020 bis 2024 vor. Bei den Werten handelt es sich jeweils um die Zahl der Behandlungsfälle. Mehrfachzählungen einer Person sind folglich möglich, falls der Patient oder die Patientin im Berichtsjahr mit der Nebendiagnose „X84.9!“ mehrfach stationär behandelt wurde.

Anzahl Behandlungsfälle (Hauptdiagnosen) mit Nebendiagnose „X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung“

	2020	2021	2022	2023	2024
Baden-Württemberg	892	1.103	1.169	1.169	1.312
Bayern	744	934	1.037	927	1.125
Berlin	143	188	186	136	134
Brandenburg	89	102	83	78	90
Bremen	23	21	24	5	19
Hamburg	229	276	289	208	180
Hessen	281	411	509	452	465
Mecklenburg-Vorpommern	114	185	172	284	307
Niedersachsen	923	1.208	1.249	1.259	1.310
Nordrhein-Westfalen	1.426	1.721	1.528	1.466	1.396
Rheinland-Pfalz	252	314	329	352	341
Saarland	48	50	71	117	80
Sachsen	158	202	191	192	237
Sachsen-Anhalt	358	445	372	458	496
Schleswig-Holstein	170	298	352	255	245
Thüringen	106	97	68	93	74

Quelle: Statistisches Bundesamt

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu den in der Frage unter Buchstabe b genannten Fällen im Sinne der Fragestellung vor.

6. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der stationären Betten im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie seit 2020 entwickelt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen folgende Angaben des Statistischen Bundesamts zur Anzahl der aufgestellten Betten in den Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Berichtsjahre 2020 bis 2024 vor.

Anzahl aufgestellte Betten

	2020	2021	2022	2023	2024
Baden-Württemberg	647	657	731	778	797
Bayern	756	778	811	814	824
Berlin	267	273	242	268	288
Brandenburg	241	249	255	266	265
Bremen	50	50	50	49	50
Hamburg	197	224	237	232	232
Hessen	557	584	573	561	579
Mecklenburg-Vorpommern	211	215	211	219	219
Niedersachsen	740	742	735	739	728
Nordrhein-Westfalen	1.273	1.242	1.218	1.191	1.236
Rheinland-Pfalz	274	276	306	306	309

	2020	2021	2022	2023	2024
Saarland	60	30	38	73	71
Sachsen	371	454	427	426	448
Sachsen-Anhalt	354	362	368	366	363
Schleswig-Holstein	403	269	254	254	254
Thüringen	298	297	307	309	290

Quelle: Statistisches Bundesamt

7. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der tagesklinischen Plätze für Kinder und Jugendliche seit 2020 entwickelt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen folgende Angaben des Statistischen Bundesamts zur Anzahl der Tages- und Nachtklinikplätze der Fachabteilung „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ für die Berichtsjahre 2020 bis 2024 vor.

Anzahl Tages- und Nachtklinikplätze

	2020	2021	2022	2023	2024
Baden-Württemberg	298	312	359	433	468
Bayern	512	502	526	536	534
Berlin	196	232	241	217	262
Brandenburg	138	131	156	157	154
Bremen	23	14	23	43	43
Hamburg	88	83	87	107	107
Hessen	350	321	336	344	347
Mecklenburg-Vorpommern	191	191	191	181	190
Niedersachsen	356	297	358	366	354
Nordrhein-Westfalen	659	671	734	753	777
Rheinland-Pfalz	245	232	240	240	240
Saarland	72	72	72	72	70
Sachsen	222	226	243	243	261
Sachsen-Anhalt	163	179	203	210	214
Schleswig-Holstein	236	196	201	203	206
Thüringen	146	125	130	129	117

Quelle: Statistisches Bundesamt

8. Wie groß ist nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittliche Gruppengröße in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bitte differenziert nach Altersgruppen und Versorgungsformen angeben), und inwiefern bewertet die Bundesregierung diese als fachlich angemessen?

Der Bundesregierung liegen keine Daten über die durchschnittliche Gruppengröße in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor.

9. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen fünf Jahren die personelle Ausstattung in Kinder- und Jugendpsychiatrien entwickelt (bitte nach den Berufsgruppen ärztlicher Dienst, psychologischer Dienst, Pflegepersonal, pädagogisches Personal sowie nach Bundesländern und Trägerschaften aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen folgende Angaben des Statistischen Bundesamts zur personellen Ausstattung der Fachabteilungen „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ für die Berichtsjahre 2020 bis 2024 vor.

Pflegedienst: Personelle Ausstattung (umgerechnet in Vollkräfte)

2020	2021	2022	2023	2024
7.374	7.905	8.104	8.331	8.861

Anzahl Krankenhäuser mit Facharzt-/Schwerpunktkompetenz: FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie;

Anzahl entspr. Personal (Vollkräfte) mit direktem/ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

2020	2021	2022	2023	2024
243; 912/13	245; 933/10	253; 931/14	249; 920/16	246; 948/19

Quelle: Statistisches Bundesamt

Im Übrigen stehen der Bundesregierung keine Daten in der gefragten Aufschlüsselung zur Verfügung.

Einen Hinweis auf die personelle Ausstattung (berechnet standortübergreifend über ein bundesweites Vollkraftstunden-Ist) nach den Vorgaben der Richtlinie des G-BA „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik“ (PPP-RL) geben die Auswertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), die das Institut gemäß § 11 Absatz 10 der PPP-RL quartalsweise für die Erfassungsjahre 2021 bis 2025 in Form eines Quartalsberichts dem G-BA übermittelt, ab dem Erfassungsjahr 2026 jährlich in Form eines Jahresberichts. Die Quartals- und Jahresberichte werden vom G-BA veröffentlicht und sind auf der Webseite des IQTIG abrufbar, siehe <<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ppp-rl-quartalsberichte/>>.

10. Welche konkreten Maßnahmen in der Umsetzung der Strategie „Mentale Gesundheit für junge Menschen“ sind auf Grundlage des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD bis Ende des Jahres 2026 geplant, welche für 2027 und 2028 (bitte detailliert ausführen)?
11. Plant die Bundesregierung in der Strategie „Mentale Gesundheit für junge Menschen“ einen Ausbau der Angebote von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen oder einen anderen Ersatz für das eingestellte Schulprogramm „Mental Health Coaches“?

Die Fragen 10 und 11 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD hat sich die Koalition darauf verständigt, eine Strategie „Mentale Gesundheit für junge Menschen“ neu zu verankern. Die Schwerpunkte der Strategie sollen auf Prävention und Früherkennung liegen, insbesondere durch Aufklärung und Beratung von Eltern sowie Fortbildung von Pädagoginnen und Pädagogen sowie weiteren Fachkräften. Ziel der Bundesregierung ist es, die Bereiche Bildung, Jugendhilfe und Ge-

sundheit zukünftig besser miteinander zu verzahnen. Ziel ist, noch im Jahr 2026 erste konkrete Schritte und Maßnahmen zu erreichen.

12. Wie viele Kinder und Jugendliche haben nach Kenntnis der Bundesregierung das vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Angebot „[U25] Online-Beratung“ in den Jahren 2020 bis 2025 genutzt (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

2020: 1.525 Ratsuchende

2021: 1.330 Ratsuchende

2022: 1.391 Ratsuchende

2023: 1.550 Ratsuchende

2024: 1.712 Ratsuchende

2025: 1.810 Ratsuchende

13. Wie viele Kinder und Jugendliche haben nach Kenntnis der Bundesregierung das vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Angebot „krisenchat“ in den Jahren 2020 bis 2025 genutzt (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

2020: 3.672

2021: 12.922

2022: 17.359

2023: 17.396

2024: 20.403

2025: 21.499

Eine erfolgte Beratung bezeichnet in diesem Fall den Austausch von mindestens fünf Nachrichten.

14. Wie viele Kinder und Jugendliche haben nach Kenntnis der Bundesregierung das vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Angebot „Nummer gegen Kummer“ in den Jahren 2020 bis 2025 genutzt (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der Beratungen, die in den Jahren 2020 bis 2025 am Kinder- und Jugendtelefon und in der Online-Beratung geführt wurden. Insgesamt gab es in dieser Zeit 615.597 Beratungen mit Kindern und Jugendlichen. Beratungen umfassen alle Kontakte, bei denen ein Gespräch mit Rat- und Hilfesuchenden zu den verschiedensten Themen bzw. Problemen geführt wurden. Diese Gespräche werden ausführlich von Nummer gegen Kummer e. V. statistisch erfasst. Der aktuelle statistische Jahresbericht ist abrufbar unter www.nummergegenkummer.de/aktuelles/. Die Anzahl der Anfragen liegt weitaus höher, da sich nicht aus allen Anfragen eine Beratung entwickelt bzw. nicht alle Anfragen aus Kapazitätsgründen angenommen werden können.

Beratungen	Kinder- und Jugendtelefon (KJT)	Online-Beratung (Mail & Chat) (OB)	KJT + OB
2020	97.046	13.689	112.755

Beratungen	Kinder- und Jugend- telefon (KJT)	Online-Beratung (Mail & Chat) (OB)	KJT + OB
2021	89.169	12.328	103.518
2022	90.957	11.752	104.731
2023	87.950	12.928	102.901
2024	82.963	13.631	98.618
2025	84.329	18.855	105.209
	532.414	83.183	615.597

Quelle: statistischer Jahresbericht Nummer gegen Kummer e. V.

15. Wie viele Kinder und Jugendliche haben nach Kenntnis der Bundesregierung das vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Angebot „JugendNotmail“ in den Jahren 2020 bis 2025 genutzt (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

2020: 2.765 Beratungen

2021: 4.086 Beratungen

2022: 3.450 Beratungen

2023: 3.298 Beratungen

2024: 4.174 Beratungen

2025: 8.238 Beratungen

Eine Beratung bezieht sich hierbei auf jeweils eine jugendliche Person. Die Dauer einer Beratung zwischen ratsuchender Person und beratender Person kann mehrere Wochen betragen, bis eine Beratung abgeschlossen ist.

16. Wie bewertet die Bundesregierung niedrigschwellige Onlinehilfsangebote wie z. B. Krisenchat, gerade für Kinder und Jugendliche, die keinen Zugang zu Therapieangeboten haben und welche Rolle spielen aus Sicht der Bundesregierung in diesem Kontext die Schulsozialarbeit und Schulpsychologinnen und Schulpsychologen?

Niedrigschwellige digitale Beratungsangebote, die Kindern und Jugendlichen im digitalen Raum professionelle Unterstützung in seelischen Notlagen bieten, sind eine wichtige Säule präventiver Maßnahmen in Bezug auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen und Intentionen richten sich die verschiedenen digitalen und analogen Angebote teilweise auch an unterschiedliche Zielgruppen und sind deshalb auch differenziert nach Bedarfslagen zu betrachten. Die verschiedenen Dienste, Angebote und Leistungen für Kinder und Jugendliche ersetzen sich grundsätzlich nicht, sondern stellen jeweils sinnvolle Ergänzungen dar.

Zur Rolle der Schulsozialarbeit sowie der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen im Kontext von niedrigschwelligen Online-Hilfsangeboten liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor, da die Regelung von Inhalt und Umfang der Aufgaben der Schulsozialarbeit gemäß § 13a des Achten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) den Ländern obliegt.

17. Wie bewertet die Bundesregierung die gesundheitlichen, bildungsbezogenen und volkswirtschaftlichen Langzeitfolgen unbehandelter psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, z. B. im Hinblick auf Bildungsabbrüche, Suchtentwicklungen, spätere Erwerbslosigkeit oder erhöhte Inanspruchnahme sozialstaatlicher Leistungen?

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter können – abhängig von einer Vielzahl von Faktoren wie zum Beispiel Schweregrad, Dauer, Grad der Beeinträchtigung wie auch der Unterstützung – langfristige gesundheitliche, bildungsbezogene und volkswirtschaftliche Folgen haben. Längsschnittstudien und systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass betroffene Kinder und Jugendliche im Durchschnitt geringere Bildungserfolge erzielen sowie häufiger Schwierigkeiten beim Übergang in Ausbildung und Erwerbstätigkeit und ein erhöhtes Risiko späterer Arbeitslosigkeit oder Nichterwerbstätigkeit aufweisen. Darüber hinaus bestehen erhöhte Risiken für weitere psychische Erkrankungen, Suchtentwicklungen und eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen. Hieraus können erhebliche volkswirtschaftliche Folgekosten entstehen, insbesondere durch geringere Erwerbsbeteiligung und Produktivität sowie höhere Ausgaben für Gesundheitsversorgung und soziale Sicherung.

Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Behandlung kann diese Entwicklungen grundsätzlich abschwächen, indem sie psychische Symptome, Funktionsbeeinträchtigungen und das Risiko einer Chronifizierung reduziert. Eine Metaanalyse von 138 randomisierten Studien zeigte, dass die positiven Wirkungen psychosozialer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen im Durchschnitt noch zwölf Monate nach Behandlungsende nachweisbar waren. Langfristige Auswirkungen auf Bildungs-, Erwerbs- und Einkommensverläufe wurden bislang jedoch nur selten untersucht. Der direkte Nachweis, dass eine Behandlung spätere Bildungs- und Erwerbsnachteile verhindert, ist daher derzeit deutlich weniger gut belegt als ihre klinische Wirksamkeit.

18. Welche Studien, Modellrechnungen oder gesundheitsökonomischen Bewertungen zu Folgekosten psychischer Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter liegen der Bundesregierung vor?

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse zu wissenschaftlich validen Studien, Modellrechnungen oder gesundheitsökonomischen Bewertungen zu Folgekosten psychischer Erkrankungen vor.

19. Welche aktuellen Forschungsvorhaben werden von der Bundesregierung in welchem Umfang finanziell gefördert im Hinblick auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, und welche der Forschungsvorhaben beinhalten geschlechtsspezifische Forschungsansätze, um auf die unterschiedlichen Aspekte der verschiedenen Geschlechter einzugehen, insbesondere auch im Hinblick auf die Unterschiede von Mädchen und Jungen im Umgang mit psychischen Krankheiten und die besondere Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen?

Es wird auf die als Anlage beigefügte Übersichtstabelle verwiesen.*

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/7613 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

20. Welche Maßnahmen, die in anderen Staaten angewendet wurden oder werden, um Suizide bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern, hält die Bundesregierung für besonders wirksam, und inwiefern zieht sie daraus Impulse für die Weiterentwicklung der nationalen Präventions- und Versorgungsstrategie?

Ein Bündel von Maßnahmen kann dazu beitragen, Suizidversuche und Suizide von Kindern und Jugendlichen zu verhindern. Dazu zählen Maßnahmen zur Stärkung der Aufmerksamkeit und Ansprache von Personen im unmittelbaren Umfeld bei sich anbahnenden Krisensituationen, Aufklärung und Information über Hilfsmöglichkeiten, niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote sowie bei Bedarf psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Dazu können auch Maßnahmen zur Methodenrestriktion zählen. Eine Vielzahl von Handlungsansätzen greift die Nationale Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung auf. Besonderes Potential in der Suizidprävention bei jungen Menschen haben zudem Online-Peer-Beratungsangebote (vgl. Hildebrand, Weiss et al., Archives of Suicide Research, Volume 30, 2026, Issue 2, Seite 464 ff.).

21. Welche Programme zur Verbesserung der mentalen Gesundheit fördert die Bundesregierung in der aktuellen Wahlperiode, die sich dezidiert an Jugendliche mit Fluchterfahrung richten?

Die Bundesregierung fördert aktuell keine Programme im Sinne der Fragestellung.

22. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über strukturelle oder sozial bedingte Hürden in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei Kindern und Jugendlichen vor und welchen Einfluss haben dabei die Faktoren soziale Ungleichheit, Bildungsbarrieren oder Diskriminierungserfahrungen?

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts zeigen die Befunde zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung bei Kindern und Jugendlichen ein uneinheitliches Bild. Bevölkerungsbezogene Surveys von Kindern und Jugendlichen wie KiGGS oder das Vertiefungsmodul BELLA deuten darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status bei bestehender psychischer Problematik fachärztliche oder psychotherapeutische Angebote ähnlich häufig nutzen wie sozial besser gestellte Gleichaltrige. Ergebnisse der JEPSY-Studie deuten zudem darauf hin, dass soziale und informationsbezogene Faktoren den Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung beeinflussen können. So waren ein niedriger subjektiver Sozialstatus mit häufigerem und eine ausreichende Gesundheitskompetenz mit seltenerem unerfülltem Hilfebedarf verbunden. Zugleich sind diese Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren, da sozial benachteiligte Familien und Familien mit Migrationsgeschichte in Studien unterrepräsentiert sind.

Routinedaten mit sozialräumlichen Analysen weisen dagegen eher auf ungleiche Zugänge hin. Da Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien häufiger psychisch belastet sind, kann eine vergleichbare Inanspruchnahme im Verhältnis zum höheren Bedarf auf Unterversorgung hindeuten. Besonders deutlich zeigen sich Barrieren bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationsgeschichte. Sprachbarrieren, Informationsdefizite, Vorbehalte gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung sowie negative Vorerfahrungen können die Nutzung spezialisierter Hilfen erschweren.

Zentrale strukturelle Hürden sind nach Angaben des Robert Koch-Instituts lange Wartezeiten, weite Anfahrtswege, regionale Unterversorgung, Fach-

kräftemangel und Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter, stationärer und jugendhilfebezogener Versorgung.

23. Welche Erkenntnisse und Zahlen liegen der Bundesregierung zur Häufigkeit und Relevanz hochstrittiger elterlicher Konfliktlagen bei familiengerichtlichen Verfahren mit Blick auf die psychische Belastung und den Schutzbedarf der betroffenen Kinder und Jugendlichen vor?

Erkenntnisse zur Häufigkeit sogenannter hochstrittiger Fälle im familiengerichtlichen Verfahren liegen der Bundesregierung nicht vor. Aus dem zehnten Familienbericht (Drucksache 20/14510) ergeben sich jedoch folgende Erkenntnisse: Befragungen weisen darauf hin, dass in der Mehrheit der Trennungsfälle die Beziehung zum anderen Elternteil als gut bezeichnet wird (Seite 119, Familienbericht). Die Studie des Deutschen Jugendinstituts „Trennungsberatung im Wandel“ kam zum Ergebnis, dass Fachkräfte in Beratungsstellen, als auch in den Jugendämtern, den Anteil hochkonflikthafter Beratungsfälle auf 40 Prozent einschätzten (Seite 305 f., Familienbericht).

24. Liegen der Bundesregierung Kenntnisse über mögliche Probleme bei der Aufnahme einer indizierten Psychotherapie aufgrund der fehlenden Zustimmung der Sorgeberechtigten vor, und wenn ja, welche?

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse über Probleme im Sinne der Fragestellung vor.

25. Welche Möglichkeiten bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung, um eine fehlende Zustimmung der Sorgeberechtigten bei der Aufnahme einer Psychotherapie zu kompensieren, wenn eine psychische Erkrankung des Kindes oder Jugendlichen vorliegt?
- a) Welche Position vertritt die Bundesregierung zur Frage, ob Minderjährige ab einem bestimmten Alter (z. B. ab zwölf Jahren) selbstständig Psychotherapie in Anspruch nehmen können sollten – analog zur Einwilligungsfähigkeit in andere medizinische Maßnahmen?
 - b) Hält die Bundesregierung eine gesetzliche Regelung zur eigenständigen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch Minderjährige – analog zu § 8 Absatz 3 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) – für mit dem Grundgesetz vereinbar, und erwägt die Bundesregierung, eine analoge Regelung hierfür dem Deutschen Bundestag vorzuschlagen (bitte begründen)?
 - c) Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um Rechtssicherheit für psychotherapeutische Fachkräfte herzustellen, die einsichtsfähigen Minderjährigen eine psychotherapeutische Sprechstunde oder probatorische Sitzungen auch ohne vorherige Zustimmung der Sorgeberechtigten anbieten möchten (wenn ja, bitte auflisten)?

Die Fragen 25 bis 25c werden aufgrund des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Nach § 630d Absatz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme der oder die Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten oder der Patientin einzuholen. Ist der Patient oder die Patientin einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, das heißt bei Kindern und Jugendlichen die Einwilligung der Sorgeberechtigten. Ein Patient oder eine Patientin ist einwilligungsfähig, wenn er oder sie die geistige Reife und die Fähigkeit besitzt, Art, Bedeutung, Folgen

und Risiken einer medizinischen Behandlung zu verstehen und danach selbst zu entscheiden. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass mit dem zunehmenden Alter auch die sittliche und geistige Reife zunimmt.

Der Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten ist in § 12 der Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen (MBO-P) der Bundespsychotherapeutenkammer, an denen sich die verbindlichen Landesberufsordnungen der Psychotherapeutenkammern orientieren, enthalten. § 12 Absatz 2 MBO-P verweist darauf, dass minderjährige Patientinnen und Patienten nur einwilligungsfähig sind, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügen die Patientinnen und Patienten nicht über diese Einsichtsfähigkeit, sind die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, sich der Einwilligung der oder des Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. Können sich die Sorgeberechtigten nicht einigen, ist die Durchführung einer Behandlung einer noch nicht einsichtsfähigen Patientin oder eines noch nicht einsichtsfähigen Patienten von einer gerichtlichen Entscheidung abhängig. Hierauf verweist auch § 12 Absatz 3 MBO-P. Dabei besteht die Möglichkeit, nach § 1666 Absatz 3 Nummer 5 BGB die von den Sorgeberechtigten verweigerte Zustimmung in eine medizinische Behandlung durch eine gerichtliche Entscheidung ersetzen zu lassen.

Für die Regelungen über Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind die Länder zuständig, die ihre Zuständigkeit auf die Psychotherapeutenkammern übertragen haben. Für den Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten enthält – wie dargestellt – § 12 der Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen (MBO-P) der Bundespsychotherapeutenkammer Regelungen.

Die Bundesregierung plant vor diesem Hintergrund keine Maßnahmen im Sinne der Fragestellung.

26. Welche Rechtsauffassung vertritt die Bundesregierung hinsichtlich der Anwendbarkeit von § 36 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und bedarf es hier aus Sicht der Bundesregierung eine Konkretisierung für Leistungen der GKV, insbesondere psychotherapeutische Leistungen, und falls § 36 SGB I auf GKV-Leistungen anwendbar ist, welche rechtlichen oder fachpolitischen Gründe sprechen nach Ansicht der Bundesregierung dagegen, dass einsichtsfähige junge Menschen auch einen Behandlungsvertrag nach § 630a des Bürgerlichen Gesetzbuches schließen können?

Die Vertragserklärung des Patienten oder der Patientin zu einem Behandlungsvertrag ist eine Willenserklärung, durch die der oder die Erklärende auch für sich vertragliche Pflichten begründet. Ein Behandlungsvertrag begründet beispielsweise regelmäßig die Pflicht des Patienten oder der Patientin, eine Vergütung für die Behandlung zu zahlen. Eine solche Vertragserklärung können nach den §§ 105 ff. des BGB alleine wirksam nur volljährige geschäftsfähige Personen abgeben. Minderjährige, die das siebte Lebensjahr vollendet haben, bedürfen nach § 107 BGB für Willenserklärungen, durch die sie nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangen, der Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreter, das heißt in der Regel ihrer Eltern.

27. Welche unterschiedlichen rechtlichen Voraussetzungen gelten nach Kenntnis der Bundesregierung für gesetzlich und privat versicherte Minderjährige hinsichtlich Einwilligung, Kostenübernahme und Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung?

Hinsichtlich der erforderlichen Einwilligung Minderjähriger wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 25 und 26 verwiesen. Gesetzlich Versicherte haben auf Grundlage des SGB V einen Anspruch auf eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, sofern die behandelnden psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über eine entsprechende Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen. Es gilt das Sachleistungsprinzip: Im Rahmen der probatorischen Sitzungen beantragt der oder die Versicherte gemeinsam mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten die Kostenübernahme direkt bei der Krankenkasse auf Basis der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA. Zuzahlungen fallen für Minderjährige gemäß § 61 SGB V nicht an. In der privaten Krankenversicherung erfolgt der Zugang über einen zivilrechtlichen Behandlungsvertrag. Es gilt das Erstattungsprinzip nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten. Die Patientinnen und Patienten bzw. deren Eltern sind Erstschuldner des Honorars und fordern die Kosten von ihrer Versicherung zurück, wobei der genaue Erstattungsumfang und etwaige Selbstbehalte vom individuell vereinbarten Versicherungstarif abhängen.

28. Welche Unterschiede sieht die Bundesregierung hinsichtlich psychotherapeutischer Versorgungsmöglichkeiten und struktureller Zugangsbarrieren zwischen Kindern und Jugendlichen in ihren Herkunftsfamilien, in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Pflegeverhältnissen (bitte gesondert aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.

29. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob und in welchem Umfang Jugendliche aus Haushalten mit Leistungsbezug nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) seltener an psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsstrukturen angebunden sind als Gleichaltrige aus Haushalten ohne Leistungsbezug?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen über bundesweite Auswertungen zur Anbindung von Jugendlichen aus Haushalten mit Leistungsbezug nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch an psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgungsstrukturen vor.

Regionale Analysen des Gesundheitsreports der AOK Rheinland/Hamburg 2023 zeigen jedoch, dass 6- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit Arbeitslosengeld-II-Bezug (ALG-II-Bezug) im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne ALG-II-Bezug eine um 4 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit hatten, psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Für die Verordnung von Psychopharmaka zeigten sich keine Unterschiede. Gleichzeitig weisen Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit ALG-II-Bezug insgesamt eine höhere gesundheitliche Belastung auf als Gleichaltrige ohne ALG-II-Bezug. Die Ergebnisse deuten daher auf mögliche Unterschiede in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung hin, erlauben aufgrund der regionalen Datengrundlage jedoch keine Rückschlüsse auf die Situation in Deutschland insgesamt.

30. Welche Daten erhebt die Bundesregierung regelmäßig zur Auswirkung von Armut auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, und welche Maßnahmen gibt es, um Kindern und Jugendlichen, deren Eltern Sozialleistungen (nach dem SGB II und nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, inklusive Kinderzuschlag und Wohngeld) beziehen, psychologische Unterstützung anzubieten, vor allem dann, wenn der Regelsatz des Existenzminimums der Eltern aufgrund von Sanktionen durch die Jobcenter gekürzt oder ganz gestrichen wird?

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat in den Jahren 2022 bis 2023 die KIDA-Studie durchgeführt, bei der die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen zum Ende der COVID-19-Pandemie untersucht wurde. Dabei wurden bundesweit auch Daten zur psychischen Gesundheit und ihren sozialen Determinanten erhoben. Aktuell wird am RKI im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes PINOKIJO ein Konzept für ein verstetigtes Kinder- und Jugendgesundheitsmonitoring entwickelt. Ziel des Projektes ist es, die fachlichen und methodischen Grundlagen für eine kontinuierliche Beobachtung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der psychischen Gesundheit sowie des Einflusses der sozialen Lage zu schaffen.

Im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) werden keine Daten zur Auswirkung von Armut auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben. Leistungsberechtigten Personen stehen Beratungsleistungen (v. a. nach § 11 SGB XII) der Sozialhilfeträger zur Verfügung. Zu den Beratungsleistungen hat der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages ausführlich berichtet (Aktenzeichen: WD 6 - 3000 - 103/23). Darüber hinaus verfolgt die Bundesregierung mit den Leistungen zur Bildung und Teilhabe (§ 34 SGB XII) einen präventiven Ansatz. Mit diesen Leistungen wird die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft gefördert.

31. Welche Schulungen und Handreichungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter und Sozialämter (gegebenenfalls vorhandenes Material bitte verlinken oder anhängen) für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen hinsichtlich psychischer Belastungserscheinungen und Belastungsrisiken, und in welchem Turnus werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf sensiblem Umgang mit Kindern und Jugendlichen geschult?

Bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gibt es zunächst die Qualifizierungsreihe zur Beratungskonzeption für Mitarbeitende der gemeinsamen Einrichtungen (Jobcenter), die ein verbindlicher Bestandteil des Einarbeitungsprogramms im Bereich Markt und Integration SGB II ist. Hier werden unter anderem auch beraterische Aspekte zu den Themen Gesundheitsorientierung sowie zu gesundheitlichen und psychischen Belastungsfaktoren behandelt.

Zur Stärkung der Handlungs- und Prozesssicherheit bei der Beratung und Betreuung von Kundinnen und Kunden mit psychischen Beeinträchtigungen und/oder Traumatisierungen hat die BA im Jahr 2017 ein spezifisches Bildungsprodukt entwickelt, welches allen Beschäftigten im Kundenkontakt bedarfsorientiert zur Verfügung steht. Das Modul vermittelt Basiswissen zu einzelnen psychischen Störungsbildern und zeigt Handlungsmöglichkeiten für einen professionellen Umgang auf.

Außerdem werden Zertifizierungen im beschäftigungsorientierten Fallmanagement (nach der Deutschen Gesellschaft für care und case management) durchgeführt. Hierbei werden auch Inhalte zu psychischen Belastungsfaktoren vermittelt. Zum Beispiel gibt es das Präsenztrainig „beschäftigungsorientiertes

Fallmanagement – Psychosoziale Betreuung“. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Trainings lernen, wie psychosoziale Beeinträchtigungen entstehen und sind in der Lage, die erkannten Problemlagen adäquat anzusprechen.

32. Welche Daten erhebt die Bundesregierung regelmäßig zur Versorgung psychisch belasteter Kinder in der stationären Jugendhilfe oder in Pflegeverhältnissen, wie fließen diese Daten in die Bedarfsplanung nach § 101 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches ein?

Die Bundesregierung führt keine regelmäßigen Datenerhebungen im Sinne der Fragestellung durch.

33. Inwiefern wird die Versorgung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher in die kommunale Jugendhilfeplanung gemäß § 80 SGB VIII nach Kenntnis der Bundesregierung einbezogen?

Die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des SGB VIII obliegt den Ländern. Die daraus resultierenden Aufgaben werden von den Kommunen in Ausübung ihrer kommunalen Selbstverwaltung wahrgenommen. Die öffentlichen Träger der Jugendhilfe tragen im Rahmen ihrer Planungsverantwortung dafür Sorge, dass die Angebote vor Ort bedarfsgerecht ausgestaltet sind. Der Bundesregierung liegen darüber hinausgehende Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung nicht vor.

34. Welche Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung, um die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ambulanten psychotherapeutischen Angeboten auf kommunaler Ebene zu stärken?

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 10 und 11 wird verwiesen.

Im Rahmen des ESF Plus-Programms „JUGEND STÄRKEN: Brücken in die Eigenständigkeit“ des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt die Bundesregierung u. a. den Aufbau und die Weiterentwicklung kommunaler Kooperations- und Netzwerkstrukturen für junge Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen. Ziel des Programms ist insbesondere die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Akteure auf kommunaler Ebene sowie die Verbesserung der Zugänge zu bestehenden Unterstützungsangeboten – beispielsweise im Rahmen von Case Management, niedrigschwelligen Beratungs- und Clearingangeboten sowie kommunaler Netzwerkarbeit. Bei psychischen Problemlagen werden die am Programm teilnehmenden jungen Menschen an weiterführende Unterstützungsangebote wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ambulante psychotherapeutische Angebote vermittelt. Die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit vor Ort fällt in die Zuständigkeit der Länder und Kommunen.

Anlage – Antwort auf die Frage Nr. 19 der Kleinen Anfrage BT-Drucksache 21/7401 der Fraktion Die Linke „Zugang und Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen für Psychotherapie und psychiatrische Betreuung“

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechtsspezifische Forschungsansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
Pilotstudie und Konzeptentwicklung für ein bundesweites Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit in einer Panel-Kohorte“ (PINOKIJO)	2025 – 2027	2.095 (davon ca. 250 für das Thema psychische Gesundheit)	Ja	Nein
Entwicklung und Evaluation einer Gruppenintervention für Eltern mit einer Suchterkrankung im stationären Setting (MENTIS)	2026 - 2029	300	Nein	Nein
Innovatives Projekt zur Unterstützung und Resilienz-Entwicklung durch Selbsthilfe/Selbstregulation für Familien von schwer und schwerstbetroffenen Kindern und Jugendlichen mit LC und ME/CFS (NGK4Family)	2025 - 2028	95	Ja	Nein
Pädiatrisches Netzwerk für die Versorgung und Erforschung von	2024 - 2028	41.736 (davon ca. 5.198	Ja	Nein

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechts-spezifische Forschungs-ansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
postakuten Folgen von COVID-19, ähnlichen postakuten Infektions- und Impfsyndromen sowie ME/CFS bei Kindern und Jugendlichen (PEDNET-LC)		für psychische Gesundheit)		
Stärkung der Datensysteme zu Migration, Flucht und Gesundheit – Pilotstudie am Beispiel der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (STRONGDATA kids)	2023 - 2026	440	Nein	Nein
Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit: DZKJ Aufbauförderung hier: Forschungsgebiet "Psychosoziale Gesundheit, Mentale Gesundheit"	2024 - 2027	2.821 (Forschungsgebiet „Psychosoziale Gesundheit, Mentale Gesundheit“ davon insgesamt 48)	Nein	Nein
Wirksamkeitsstudie zu einem digitalen Training für Eltern mit Psychischer Belastung (TEPSY) und ihre Kinder im Rahmen der DZPG-Ausbauförderung DZPG – Standort Berlin	2025 – 2030	1.818	Nein	Nein
Digitales Panel für die psychische	2025 – 2030	2.669	Ja	Ja

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechtsspezifische Forschungsansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
Gesundheitsforschung und Forschungsnetzwerk für Psychotherapie mit Kindern DZPG – Standort Bochum				
Entwicklungspfade zu psychischer Gesundheit und psychischen Störungen DZPG – Standort Marburg	2025 – 2030	1.464	Ja	Ja
Mapping, Inanspruchnahme und Nutzbarmachung psychosozialer Angebote für Kinder und Jugendliche DZPG – Standort Bochum-Marburg	2025 – 2030	373	Ja	Ja
Identifikation neuronaler Zielgrößen/ Targets für Neuromodulation im Entwicklungsverlauf bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen DZPG - Standort Magdeburg	2025 – 2030	262	Nein	Nein
Comorbidity in ADHD and Developmental Dyslexia (CADDY) DZPG - Standorte Magdeburg und Jena	2025 – 2030	538	Nein	Nein

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechts-spezifische Forschungs-ansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
Evaluation eines Minimal Data Sets für das Transitionsalter (MDS-Transition) DZPG - Standort München	2025 – 2030	225	Ja	Nein
Identifikation von Forschungsprioritäten von Kindern und Jugendlichen im Bereich der psychischen Gesundheit (KOMMIT-KIDS) DZPG - Standort Berlin und zwei weitere	2025 – 2028	490	Ja	Ja
Lifespan Interactions between Social Media Use and Mental Health: Key Effects (LIKES) DZPG - Standort Berlin und fünf weitere	2025 – 2028	1.145	Ja	Nein
Entwicklung und Validierung eines transdiagnostischen Core-Prozess-Outcome-Moduls für die Kinder- und Jugendpsychotherapie (COPOM KiJu) DZPG - Standort Bochum und zwei weitere	2025 – 2028	131	Ja	Ja
Belastende Kindheitserlebnisse entschlüsselt: Molekulare,	2025 – 2028	362	Nein	Nein

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechts-spezifische Forschungs-ansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
psycho-soziale, digitale und neuronale Charakterisierung (ACE-DECODE) DZPG - Standort Jena und zwei weitere				
Focus on Infants at Elevated Likelihood for Neurodevelopmental Diversity – A Clinical Trial on Early Intervention (FIND & ACT) DZPG - Standort Heidelberg und Tübingen	2025 – 2028	131	Ja	Nein
Effects of Stress and Genetic Factors on HPA Axis Functioning during Adolescence: VISIONS-Projekt Insights from the POSEIDON birth cohort (POSEIDON-HPA) DZPG - Standort Heidelberg und Tübingen	2025 – 2028	233	Ja	Nein
Sensor and EMA Data for Mental Health and Well-Being (SENSED-MH) DZPG - Standort München und fünf weitere	2025 – 2028	840	Ja	Nein
<i>Mit Implikationen für Jugendliche: Masculinity and Diversity in Eating</i>	2025 – 2028	108	Ja	Ja

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechts-spezifische Forschungs-ansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
Disorders – a pilot study (MASC-ED) DZPG - Standort Tübingen und Berlin				
Training kognitiver Kontrolle zur Linderung Depressiver Symptomatik: eine volldigitale klinische Studie zu Wirksamkeit und Entwicklung individueller Responseparameter (KoDeS) DZPG - Standort Tübingen und Berlin	2025 – 2028	235	Ja (wenn auf Erwachsene bezogen, sonst nein)	Nein
Translationales Verständnis von Resilienz als aktiver Prozess bei Menschen mit Risiko für psychische Erkrankungen (TRESPE) DZPG - Standort Halle und vier weitere	2025 – 2028	189	Ja	Nein
Behaviours, Emotions & Worries in Everyday School Life – A policy-practice-research dashboard (BE-WELL) DZPG - Standort Marburg und vier weitere	2026 – 2029	472	Ja	Ja
Lebenswelt Grundschule: Erhalt und Aufbau neuer	2026 – 2029	486	Nein	Nein

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechtsspezifische Forschungsansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
psychischer Gesundheitskompetenzen (LEGUAN) DZPG - Standort Bochum und zwei weitere				
The effects of stress on the behavioral and neural correlates of parental mentalizing in parent-child interaction in the context of mental illness and adverse childhood experiences – a multi-method pilot study (MIND) DZPG - Standorte Mannheim-Heidelberg-Ulm und Tübingen	2026 – 2029	201	Nein (geplant nach Pilotstudie)	Nein
Uniting Networks, Interactions and Technology for Youth Mental Health (UNItY) DZPG - Standort Tübingen und vier weitere	2026 – 2029	518	Ja	Ja
Youth Mental Health Plattform DZPG – Standort Bochum	2025 – 2030	269	Ja	Ja
TrauMap - Merkmale von Trauma in der Kindheit in der Inselrinde bei Depression und	2024 – 2027	356	Nein	Nein

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechtsspezifische Forschungsansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
Posttraumatischer Belastungsstörung				
CompExIn - Computationale Grundlagen externalisierender und internalisierender Psychopathologie	2024 - 2027	481	Nein	Nein
EMIRA - Ecological Momentary Intervention zur Reduktion des Suizidrisikos unter Jugendlichen	2022 - 2027	1.116	Nein	Nein
HOPA - Die Untersuchung der Wirksamkeit und Umsetzbarkeit des Gruppenprogramms "In Würde zu sich stehen" für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen	2024 - 2027	2.002	Nein	Nein
LoPsyCA - Multidimensionale Langzeiteffekte von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen: Eine systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse	2025 - 2026	368	Nein	Nein
Einzelvorhaben: EXleaTON - Internetgestützte modifizierte Cue-	2025 - 2028	1.341	Nein	Nein

Titel des Forschungsvorhabens	Laufzeit	Fördervolumen (T €)	Geschlechtsspezifische Forschungsansätze? Ja /Nein	Ansätze zur Unterstützung von trans- und nichtbinären jungen Menschen? Ja /Nein
Exposure-Videotherapie für Jugendliche mit Binge-Spektrum-Esstörungen: Eine randomisierte kontrollierte Studie.				