LANDTAG MECKLENBURG-VORPOMMERN
8. Wahlperiode

Enquete-Kommission
„Jung sein in Mecklenburg-Vorpommern“

Kommissionsdrucksache
8/194
25. Juli 2025

INHALT:

Gutachten zum dritten Themencluster sowie gesondert aufgeführte Empfehlungen (im Anhang)

„Gesundes und sicheres Aufwachsen“
der Enquete-Kommission
‚Jung sein im Mecklenburg-Vorpommern‘

- Endfassung -

Gutachten zum dritten Themencluster

„Gesundes und sicheres Aufwachsen“ der Enquete-Kommission ‚Jung sein im Mecklenburg-Vorpommern‘ des Landtages Mecklenburg-Vorpommern

Verantwortlich:

Prof. Dr. Michael Kölch
Universitätsmedizin Rostock
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
michael.koelch@med.uni-rostock.de

Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ), Standort Greifswald/Rostock, Rostock

Prof. Dr. Samuel Tomczyk
Universität Greifswald
Institut für Psychologie
Digital Health and Prevention
samuel.tomczyk@uni-greifswald.de

Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ), Standort Greifswald/Rostock, Greifswald

Universitätsmedizin Rostock

DZKJ German Center for Child and Adolescent Health

UNIVERSITÄT GREIFSWALD
Wissen lockt. Seit 1456

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis II
Abkürzungsverzeichnis IV
1 Synopse 1
2 Einleitung 3
3 Leitfragen des Gutachtens 5
4 Ausgangslage und Hintergrundinformation 7
4.1 M-V spezifische allgemeine Daten zu unter 27-Jährigen 7
4.1.1 Bevölkerungsstruktur und Entwicklung in M-V 7
4.1.2 Charakterisierung der Lupenregionen 8
4.1.3 Sozioökonomische Faktoren in den Lupenregionen 11
4.1.4 Entwicklung von Schulabschlüssen und Arbeitsplätzen 12
4.2 Kinder- und Jugendgesundheit in M-V 14
4.2.1 Spezielle Risikofaktoren und vulnerable Zielgruppen 16
4.2.2 Häufige Diagnosen und Risikofaktoren in M-V 19
4.2.3 Physische Aktivität und gesundheitliche Bedeutung 22
4.2.4 Situation der Sport- und Bewegungsangebote in M-V 26
4.2.5 Versorgungssituation im Bereich psychischer Gesundheit 29
5 Erhebung der Expert:innenperspektive in den Lupenregionen 34
5.1 Lupenregion HRO 35
5.1.1 Bedingungen mit besonderem gesundheitlichen Stresspotential 35
5.1.2 Versorgung, Inanspruchnahme, ungedeckte Bedarfe 37
5.1.3 Perspektive 2040 und relevante Zielgruppen 39
5.2 Lupenregion MSE 39
5.2.1 Bedingungen mit besonderem gesundheitlichem Stresspotential 39
5.2.2 Versorgung, Inanspruchnahme, ungedeckte Bedarfe 40
5.2.3 Perspektive 2040 41
5.3 Lupenregion VG 42
5.3.1 Versorgung, Inanspruchnahme, ungedeckte Bedarfe 42
5.3.2 Digitale Angebote als Ergänzung in der Versorgung 43
5.3.3 Sport- und Bewegungsangebote in der Region 44
5.3.4 Perspektive 2040 45
5.4 Junge Menschen mit Migrationshintergrund im Vereinssport 46
5.5 Fazit 47
6 Zusammenfassung anhand der Leitfragen und Empfehlungen 49
6.1 Gesundheit und Bedeutung physischer Aktivität 49

6.2 Gesundheitliche Risiko- und Belastungsfaktoren.....56
6.3 Versorgung, Unterstützung und Prävention.....59
Anhang 70
Literaturverzeichnis 72

Abkürzungsverzeichnis

ACE's	*Adverse childhood experiences*, aversive Kindheitserlebnisse
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BIFG	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKJ	Bundesjugendkuratorium
BMFTR	Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt
BMI	Body-Mass-Index
BMZ	Bettenmessziffer
BUT	Leistungen für Bildung und Teilhabe
DAlLY's	*Disability adjusted life years,* durch Krankheit verlorene Lebensjahre
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DZKJ	Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit
HRO	Hansestadt Rostock
HzE	Hilfe zur Erziehung nach Sozialgesetzbuch
ICD	*International Classification of Diseases*
KipsFam	Kinder aus psychisch und/oder suchtbelasteten Familien
Kita	Kindertagesstätte
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie, und –psychosomatik
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung M-V
LAKOST	Landeskoordinationsstelle für Suchtthemen
LRO	Landkreis Rostock
LSB	Landessportbund
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
MSE	Mecklenburgische Seenplatte
ÖGD	öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖPNV	öffentlicher Personennahverkehr
PA	Physische Aktivität
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
SES	Sozioökonomischer Status
SEU	Schuleingangsuntersuchungen
SGB	Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
TFR	*Total fertility rate*, zusammengefasste Geburtenziffer

UMG	Universitätsmedizin Greifswald
UMR	Universitätsmedizin Rostock
VG	Vorpommern-Greifswald
WHO	*World health organisation,* Weltgesundheitsorganisation

1 Synopse

Psychische und physische Gesundheit sind eng miteinander verknüpft, für beide sind protektive Faktoren wie Risikofaktoren bekannt. Hinlänglich ist auch untersucht, dass Risiken in Familien kumulieren und insofern sich besonders negativ auswirken können. In Anbetracht steigender Zahlen was gesundheitliche Beeinträchtigungen insbesondere im psychischen Bereich und im Bereich Gewicht angeht bei jungen Menschen, ist zu hinterfragen, ob ein Ausbau (auch hinsichtlich der Ressourcen inklusive des Aspekts Fachkräftemangel) im Bereich der hochschwelligen Versorgung zielführend ist; vielmehr ergibt sich daraus die Notwendigkeit - neben primären und universellen - zielgruppenspezifischere Präventionsmaßnahmen von der frühen Kindheit bis zur Zeit der Elternschaft zu etablieren, die evidenzbasiert, systematisch vernetzt und mit den Versorgungssystemen verbunden sind. Ansätze bestehen dafür, diese müssen in den nächsten Jahren ausgebaut und systematisiert werden.

Gesundes Aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) bedarf in der Zukunft eines regionenspezifischen und auch risikoadaptierten Ansatzes, der sich über alle Phasen des Aufwachsens an den Risikofaktoren orientiert. Bei einer insgesamt guten Versorgungsstruktur auf das Gesamtland bezogen, wird es aufgrund des demografischen Wandels gerade in ländlichen Gebieten zu Lösungsansätzen kommen müssen, um gesundheitsförderliche Umgebungen zu erhalten oder zu schaffen. Zentral wird eine Bündelung der Ressourcen und die Erreichbarkeit von Angeboten sein. Dazu bieten sich Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen an, in denen junge Menschen erreicht werden, wie die Kita, die Schule oder Ausbildungs- und Übergangsbereich. Die Angebotszentrierung sollte nicht nur öffentliche Angebote (wie die der Kinder- und Jugendhilfe, oder auch des Gesundheitssektors inkl. ÖGD) beinhalten, sondern auch auf Vereine oder andere allgemein gesellschaftliche Initiativen sich beziehen. Partizipative Ansätze, die junge Menschen und Familien einbeziehen, können regional die Bedürfnisse nach Angeboten eruieren, priorisieren und die Akzeptanz gerade bei einer absehbaren Ausdünnung von Angeboten erhöhen.

Gerade unter dem Aspekt, dass im Bereich Bewegung und Sport bestimmte Gruppen, die eine gehäufte Diskriminierungserfahrung (aus unterschiedlichen Gründen) erfahren, Vereinsangebote und kommerzielle Individualangebote nicht hinreichend zugänglich oder attraktiv sind, müssen Angebote der offenen Kinder- und Jugendarbeit vorhanden sein.

Neben allgemeinen verhältnispräventiven Maßnahmen, die die Umwelt von jungen Menschen/Familien betreffen, erscheinen Konzepte zur Stärkung elterlicher Kompetenzen zentral zu sein, gerade für den Bereich der Kindheit. Umgekehrt sind verhaltenspräventive Ansätze im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter gut an die Jugendlichen direkt zu adressieren, sowohl in ihren Lebenswelten, als auch in der neuen digitalen Lebenswelt (und

damit auch unabhängig von dem Wohnort erreichbar). Hinsichtlich des Problems einer hohen Adipositasprävalenz sind internationale Ansätze zu rezipieren, individuelle Maßnahmen sind notwendig, greifen meist aber gesamtgesellschaftlich zu kurz.

Zentral wird die Sicherung der Mobilität sein, sowohl der jungen Menschen, aber auch im Bereich der Versorgungsstrukturen. Auch die Versorgung muss mit Mobilität reagieren, um in ländlichen Räumen verfügbar zu sein. Internationale Ansätze, wie dies – auch in Verbindung mit Digitalisierung – lösbar ist, bestehen. Generell sind auch die Versorgungsstrukturen und Anbieter im Land dafür bis in die hochspezialisierte Versorgung hinein verfügbar.

2 Einleitung

Dieses Gutachten nimmt die Kinder- und Jugendgesundheit in M-V in den Blick, mit Fokus auf psychische Gesundheit und verhaltensbedingte Erkrankungen (z.B. in Zusammenhang mit geringer körperlicher Aktivität oder Substanzkonsum) und geht der Frage nach, wie ein gesundes und sicheres Aufwachsen unterstützt werden kann. Es sollen dabei bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen sowie vorhandene und notwendige Versorgungsangebote unter Berücksichtigung sowohl des Alters der Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 26 Jahre) als auch der regionalen Besonderheiten reflektiert werden. Dies erfolgt unter Einbezug von Lupenregionen und einer Zeitperspektive bis 2040. Das Gutachten nimmt Bezug auf zentrale Fragen, die durch die Enquete-Kommission gestellt worden sind und fasst dafür zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen zusammen, die sich daraus ableiten lassen.

Methodisch arbeitet das Gutachten mit einer Verbindung aus quantitativen und qualitativen Datenerfassungen und -auswertungen. So werden verfügbare Daten zu Leistungen und Angeboten (etwa Abrechnungsdaten zu relevanten Diagnosen im Kindes- und Jugendalter), publizierte Berichte zur Kinder- und Jugendgesundheit sowie wissenschaftliche Fachliteratur berücksichtigt. Diese werden durch Fokusgruppen in drei Lupenregionen (Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Landkreise Vorpommern-Greifswald und Mecklenburgische Seenplatte) ergänzt, die qualitativ Schwerpunkte, Herausforderungen und Perspektiven der kommunalen Akteure erfassen. In der Zusammenschau lassen sich wissenschaftlich fundierte Evidenz und praktische Erfahrung zusammenführen, um Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung abzuleiten.

Für die vertiefte Betrachtung regionaler Besonderheiten wurden drei Lupenregionen ausgewählt, die die Bandbreite von ländlichen und urbanen Strukturen in M-V repräsentieren: Die erste Region ist die Hanse- und Universitätsstadt Rostock (HRO). Diese ist nach der Prognose die einzig wachsende Stadt in M-V (auch im Bereich junger Menschen, aktuell leben 13 % der Bevölkerung M-V in HRO). Sie hat bundesweit eine der stärksten Segregationsentwicklungen. Als Großstadt hat sie entsprechend eine dichte Angebotsstruktur (in den Bereichen Gesundheit, Schule, Vereine etc.)

Die zweite Region ist der Landkreis Vorpommern-Greifswald (VG). Dieser ist weitestgehend ländlich geprägt mit wenigen Zentren (wie Greifswald). Dies bedingt eine gemischte Angebotsstruktur. Dort besteht hinsichtlich des sozioökonomischen Status eine hohe Quote von Menschen mit niedrigem Status, was wiederum unter dem Risiko für ungünstiges Gesundheitsverhalten und psychische Belastungen von Bedeutung ist. Der Kreis weist nach den Prognosen eine mittlere Bevölkerungsentwicklung für die Zukunft auf.

Die dritte Region ist der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (MSE). Diese Region liegt einmal an der Grenze zu Brandenburg, was Angebotsstrukturen beeinflusst, und ist fern von größeren Zentren. Historisch ist durch die Kreisreform in MSE zudem die Binnendifferenzierung und Regionalisierung von Strukturen besonders stark. Hinsichtlich der Prognose weist MSE eine deutlich schrumpfende Bevölkerung, v. a. im Bereich U18 auf, was ermöglicht, für die Region insbesondere zu betrachten, wie Angebote und Zugänge für junge Menschen in Flächenregionen gestaltet werden können, bzw. welche besonderen Risikofaktoren in der Zukunft bestehen können.

3 Leitfragen des Gutachtens

Das Gutachten zielt auf die Beantwortung zentraler Leitfragen ab, die von der Kommission gestellt worden sind. Diese beziehen sich auch die psychische und physische Gesundheit junger Menschen in M-V und betrachten verhaltens- und verhältnisorientierte Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Nachfolgend werden die Fragen benannt, auf die in der Ableitung der Empfehlungen Bezug genommen werden soll und anhand derer sich die Hintergrundinformation strukturiert:

Frage 1 Welche Bedeutung haben psychische und physische Gesundheit für das Wohlbefinden junger Menschen? Welche Diagnosen kommen in M-V gehäuft vor?

Frage 2 Welcher Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und physischer Betätigung ist festzustellen?

Frage 3 Wie hat sich die Wahrnehmung/Inanspruchnahme von Sportangeboten und ähnlicher Formate während und nach bzw. durch die Pandemie verändert?

Frage 4 Kann ein Zusammenhang zu Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit festgestellt werden?

Frage 5 Gibt es in M-V ausreichend Sport- und Bewegungsangebote für Kinder und Jugendliche?

Frage 6 Welche Faktoren begünstigen ein besonderes Stresspotenzial für Kinder und Jugendliche? In welchen Bereichen (z. B. Schule, Ausbildung, Familie) sind psychische Belastungserscheinungen am stärksten ausgeprägt?

Frage 7 Wie hat sich die psychische und physische Gesundheit von jungen Menschen insbes. vor dem Hintergrund der Pandemie und weiterer Krisen (z. B. Krieg, Klima) entwickelt?

Frage 8 Wie ist die aktuelle Versorgungssituation im Bereich psychischen Gesundheit bei jungen Menschen in M-V? Hat sich die Lage seit der Corona-Pandemie in M-V verändert? Ist die Versorgungslage/ sind die Angebote noch bedarfsgerecht?

Frage 9 Welche Unterstützung benötigen/erfahren besonders vulnerable Zielgruppen, wie z. B. Kinder und Jugendliche psychisch belasteter oder suchtbelasteter Familien in Mecklenburg-Vorpommern oder Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas?

Frage 10 Wie können die drei Präventionsstufen (primär, sekundär, tertiär) in Hinblick auf die folgenden Fragen bestmöglich umgesetzt werden? Welche Angebote der Primär- (bspw. Angebote zur Bewegungsförderung) und Sekundärprävention (Früherkennungs- und Frühinterventionen) gibt es bereits und wie können diese noch weiter ausgebaut werden?

Frage 11 Wie kann eine Umgebung geschaffen werden, welche die psychische und physische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördert? Welche Faktoren wirken sich dabei besonders positiv auf die psychische und physische Gesundheit junger Menschen aus?

Frage 12 Wie kann bei Personen, die einen regelmäßigen Umgang mit jungen Menschen haben (insbesondere im Kontext Schule, Kita, Sportvereine, Jugendbegegnungsstätten), die Aufmerksamkeit für Fragen psychischer und physischer Gesundheit und die Fähigkeit, entsprechend unterstützend zu reagieren, geschärft werden?

Frage 13 Wie kann unter Kindern und Jugendlichen das Bewusstsein für die Relevanz psychischer und physischer Gesundheit gestärkt werden?

4 Ausgangslage und Hintergrundinformation

4.1 M-V spezifische allgemeine Daten zu unter 27-Jährigen

Im Folgenden werden allgemeine Daten zu jungen Menschen unter 27 Jahren in M-V dargestellt. M-V spezifische demografische Merkmale können die Versorgungssituation junger Menschen, das Gesundheitsverhalten und die Prävention beeinflussen.

4.1.1 Bevölkerungsstruktur und Entwicklung in M-V

M-V ist mit einer Bevölkerung von ca. 1,6 Millionen Menschen im Jahr 2024 das am dünnsten besiedelte Bundesland Deutschlands (Statistisches Amt M-V, 2024). Die geringste Bevölkerungsdichte weisen die Landkreise Ludwigslust-Parchim und Mecklenburgische-Seenplatte auf, während sie in Rostock vergleichsweise hoch ist (Statistisches Amt M-V, 2024). Im ländlich-peripheren Raum verbleibt die Landwirtschaft oft als letzter Wirtschaftsfaktor bei gleichzeitig geringer Ausprägung an Industrie, Siedlungsdichte und Infrastruktur, sodass die verbleibende Bevölkerung auf eine hohe Mobilität angewiesen ist, die oftmals nur mit dem Auto umgesetzt werden kann (Corthier, 2020).

Die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur M-Vs unterlag in den letzten Jahren einem rasanten Wandel von einem hohen Anteil Kindern und Jugendlichen in der 90er Jahren hin zu einem Anstieg des Anteils an älteren Erwachsenen (über 65 Jahre) von über einem Drittel in fast der Hälfte der Gemeinden (Weiß & Corthier, 2015). Dabei sind demografische Prozesse, wie die Sterblichkeit, die Geburtenrate und die Wahl des Wohnortes, mit sozioökonomischen Faktoren assoziiert und werden seit der Wende von Wanderungsprozessen überlagert und verstärkt (Weiß & Corthier, 2015). Dies erklärt nach Weiß und Petrick (2011) die hohe Dynamik, mit der sich die Altersstruktur in M-V verändert: Besonders in den ländlichen Räumen erfolgt eine selektive Abwanderung qualifizierter, junger, oft weiblicher Bevölkerung (Weiß & Petrick, 2011). Dabei handelt es sich größtenteils um Binnenwanderung, so z.B. zum Qualifikationserwerb (Corthier, 2020). In Folge entsteht eine beschleunigte Überalterung, sowie ein Mangel an Frauen im Alter von 18 bis 35 Jahren und Defizite in der Qualifikation der verbleibenden Bevölkerung (Weiß & Petrick, 2011). Die strukturellen Unterschiede dieser verbleibenden Bevölkerungen wirken sich wiederum auf die demografische Entwicklung aus. So besteht die Hypothese auf, dass vor allem Menschen mit einem langen Bildungsweg (und damit höheren Abschlüssen) und einer tendenziell niedrigeren Fertilität unattraktive Regionen verließen (Scholz & Flöthmann, 2004). In Räumen mit selektiven Wanderungsverlusten verbleiben demnach Menschen mit sowohl überdurchschnittlicher Mortalität, als auch überdurchschnittlicher Fertilität und einem Bildungsdefizit (Weiß, 2006).

Nach starken Rückgängen der Bevölkerung zwischen 1990 und 2013 stieg die Bevölkerungszahl und die Geburtenrate pro Frau in M-V seit 2014 wieder leicht an (Destatis, 2021a). Die zusammengefasste Geburtenziffer (total fertility rate, TFR) als relative Geburtenhäufigkeit der Frauen in einer Periode, beträgt für M-V 1,34 und liegt sowohl unter dem Schnitt der alten (1,41), als auch der neuen Bundesländer (1,33) (Destatis, 2022b). Für den Erhalt des Bevölkerungsstandes wäre eine TFR von 2,1 je Frau erforderlich (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung M-V, 2019). Hinsichtlich der Lebenserwartung der Männer verzeichnet M-V 2022 mit 76,24 Jahren bei einem Bundesdurchschnitt von 78,17 Jahren deutschlandweit den zweitniedrigsten Wert (Destatis, 2022b). Das Sterblichkeitsniveau der Frauen passte sich 2022 mit 82,58 an den Bundesdurchschnitt von 82,99 Jahren an (Destatis, 2022b). Eine Erklärung ist das generell riskantere Gesundheitsverhalten der Männer im Zusammenspiel einer überdurchschnittlichen Armutsbetroffenheit in M-V (Corthier, 2020).

Prognostisch ist mit einer Stagnation des Bevölkerungsstandes in M-V zu rechnen, da der Zuzug aufgrund internationaler Migration wieder zurückgeht und die Sterberate die Geburtenrate nicht übersteigt (Corthier, 2020). Zudem werden aufgrund der steigenden Lebenserwartung, der selektiven Wanderungen und geringen Geburtenzahlen weitere signifikante Umbrüche in der Altersstruktur bis 2040 erwartet, mit weniger Erwerbsfähigen und deutlich mehr älteren Menschen (Statistisches Amt M-V, 2019a).

Innerhalb M-Vs laufen die Prozesse der Alterung nicht einheitlich ab (Menning, 2005). Einige Gebiete erleben einen deutlichen demografischen Verlust, andere verzeichnen Bevölkerungs-stabilität oder -zuwachs oder weisen in Folge von Suburbanisierungsprozessen eine Entwicklung hin zu einer dichteren Besiedlung auf (Menning, 2005). Auch verläuft die Alterung innerhalb M-Vs mit unterschiedlicher Dynamik (Menning, 2005). Insofern wird die Entwicklung innerhalb der Gebietskörperschaften nochmals differenziert verlaufen und z. B. durch eine Ungleichverteilung von Bevölkerung in und um Oberzentren im Vergleich zu ruralen Gebieten gekennzeichnet sein. Für einige Kreise mit dünner Besiedlung, peripherer Lage und Disproportionen in Alters- und Geschlechterstruktur ergeben sich daher große Schwierigkeiten in Bezug auf die Funktionsfähigkeit kommunaler Strukturen (Menning, 2005). Dies betrifft die verfügbaren Infrastrukturen in allen Bereichen (wie Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung).

4.1.2 Charakterisierung der Lupenregionen

Zur Charakterisierung von Regionen hat das Thünen-Institut für Lebensverhältnisse in ländlichen Räumen einen Index entwickelt, der die Ländlichkeit anhand der Siedlungsdichte, des Anteils an land- und forstwirtschaftlicher Fläche, des Anteils an Ein- und Zweifamilienhäusern, des regionalen Bevölkerungspotentials und der Erreichbarkeit großer Zentren bestimmt. Obwohl der ländliche Raum eine geringere Bevölkerungs- und Bebauungsdichte aufweist,

sind soziale Beziehungen oft enger und überschaubarer (Tscheuschner, 2015). Abgesehen von Nordwestmecklenburg-Schwerin („eher ländlich mit weniger guter sozioökonomischer Lage“) erhalten die Kreisregionen M-Vs und damit auch die Lupenregionen VG und MSE im Jahr 2016 den Index „sehr ländlich/weniger gute sozioökonomische Lage“ (Neumeier & Osigus, 2025). Nach regionalstatistischer Raumtypologie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) ist HRO neben Schwerin Regiopole M-Vs, der umgebene Landkreis Rostock (LRO) ist durch die unmittelbare Nähe zur Regiopole regiopolitan-städtisch bis stadtregionsnah-ländlich geprägt (Maretzke et al., 2024). Sowohl die Lupenregion MSE mit der zentralen Stadt Neubrandenburg und den Mittelstädten Waren-Müritz und Neustrelitz, als auch die Lupenregion VG mit zentraler Stadt Greifswald sind peripher-ländlich geprägt (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2021b). In ganz M-V herrschen im Vergleich zu anderen Bundesländern überdurchschnittliche Distanzen zu Oberzentren, dies ist in der Region VG am stärksten ausgeprägt, hier beträgt die durchschnittliche Pkw-Fahrzeit zum nächsten Oberzentrum 41 Minuten, was sich negativ auf die Lebensbedingungen auswirken kann (Destatis, 2021). Generell ist die Wirtschaftskraft, gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP), in schwer erreichbaren, ländlich-peripheren Kreisen fast durchgehend niedriger als im Landesdurchschnitt (Destatis, 2021). Das BIP 2022 ist im Vergleich der Lupenregionen und innerhalb ganz M-Vs in HRO, der wirtschaftsstärksten Region M-Vs, am höchsten und in VG besonders niedrig (Statistisches Amt M-V, 2024).

Für HRO und den Bereich HRO wird bis 2040 eine um etwa 8 % zunehmende Bevölkerungsentwicklung erwartet, damit stellt HRO innerhalb M-Vs die Stadt mit der höchsten Bevölkerungszunahme dar, abgesehen von Greifswald und Schwerin (mit umgebenden Bereichen) wird für die übrigen Regionen eine abnehmende Bevölkerung prognostiziert (Statistisches Amt M-V, 2019a). Innerhalb der Lupenregionen VG sind besonders die Regionen Anklam, Uckermünde und Pasewalk, innerhalb der Lupenregion MSE die Regionen Neustrelitz und Demmin von einer prognostizierten Abnahme der Bevölkerung betroffen (Statistisches Amt M-V, 2019a). Der für 2040 erwartete Anteil an über 65-Jährigen wird für HRO mit 23,8 % im Vergleich zu anderen Regionen M-Vs gering ausfallen, während für VG (35,9 %) und MSE (36,4 %) die höchsten Anteile an über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung prognostiziert werden (Statistisches Amt M-V, 2019a). Gleichzeitig wird für HRO auch für 2040 die jüngste Bevölkerung in M-V mit einem wachsenden Anteil an unter 18-Jährigen (14,6 %) erwartet. Für VG und MSE wird eine Abnahme der Bevölkerung unter 18 Jahren prognostiziert (Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung, 2019). Nach Bevölkerungsprognose für 2045 des BBSR wird für HRO die höchste Zunahme des Anteils an unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung vorhergesagt (von 16 % im Jahr 2022 zu 16,7 % im Jahr 2045), während der Anteil an unter 20-Jährigen in VG (von 16,6 % 2022 zu 16,5 % 2045) und MSE (von 16,7 % 2022 zu 16,8 % 2045) relativ gleichbleibend wäre (Maretzke et al., 2024). Im Hinblick auf die

prognostizierte Entwicklung des Anteils der Erwerbstätigen an der Bevölkerung bis 2045 (20 bis unter 67-Jährige) ist auffällig, dass für HRO ein gleichbleibender Anteil erwartet wird (61,1 %), während sich dieser in VG (von 59,5 % 2022 zu 55,6 % 2045) und MSE (von 58,6 % 2022 zu 53,1 % 2045) verringern wird (Maretzke et al., 2024). Im Vergleich der Lupenregionen ist der Anteil an unter 6-Jährigen in HRO 4,9 %, im umgebenden Landkreis HRO ist er mit ca. 5,5 % höher als in VG, HRO und MSE, wo er unter 5 % liegt, befindet sich aber auch im Landkreis HRO unter dem Bundesdurchschnitt von 5,7 % (Destatis, 2022a). Der Anteil 6 bis 18-Jähriger ist im Landkreis HRO mit ca. 12 % im bundesweiten und im Vergleich der Lupenregionen hoch, in den Regionen VG und MSE unterdurchschnittlich (Destatis, 2022a). Abgesehen von der Stadt Rostock liegt der Anteil der 18 bis 25-Jährigen in ganz M-V unter dem Bundesdurchschnitt (Destatis, 2022a).

M-V wies 2020 im bundesweiten Vergleich eine besonders hohe Betreuungsquote von Kindern unter 3 Jahren (Krippenkinder, U3, Betreuungsquote 59,2 %) und Kindern von 3 bis 6 Jahren (Kindergartenkinder, U6, Betreuungsquote 94,5 %) in öffentlich geförderten Kindertageseinrichtungen auf (Bundesagentur für Arbeit, 2023). VG und HRO haben im Vergleich der Lupenregionen und innerhalb ganz M-Vs eine besonders hohe U3-Betreuungsquote (>59,9 %), im umgebenden Landkreis HRO und MSE sind die Betreuungsquoten hingegen am niedrigsten (Neumeier & Osigus, 2025). Die U6-Betreuungsquote ist in HRO am höchsten (>96,9 %), in MSE im mittleren Bereich und in VG eher niedrig (unter 96 %) (Neumeier & Osigus, 2025).

Abbildung 1. *Bevölkerungsstand und prognostizierte Entwicklung in den Lupenregionen nach beschreibenden Altersgruppen.*

			Anteil Altersgruppe in % an Gesamtbevölkerung	
		Bevölkerungsentwicklung bis 2045 in %	2022	2045
HRO	Krippe/Tagespflege	13.70%	2.40%	2.70%
	Vorschulkinder	3.30%	2.50%	2.60%
	Grundschulalter	-1.60%	3.20%	3.20%
	Schulpflichtige Kinder	-4.20%	4.60%	4.40%
	Kinder und Jugendliche	5.90%	3.20%	3.40%
	Junge Erwachsene	11.00%	20.50%	22.90%
MSE	Krippe/Tagespflege	-4.90%	2.10%	2.30%
	Vorschulkinder	-15.50%	2.50%	2.30%
	Grundschulalter	-16.50%	3.40%	3.20%
	Schulpflichtige Kinder	-18.60%	5.50%	5.00%
	Kinder und Jugendliche	-1.70%	3.20%	3.50%
	Junge Erwachsene	2.10%	11.50%	13.10%
VG	Krippe/Tagespflege	1.80%	2.10%	2.20%
	Vorschulkinder	-13.30%	2.50%	2.30%
	Grundschulalter	-14.80%	3.50%	3.20%
	Schulpflichtige Kinder	-14.10%	5.30%	4.80%
	Kinder und Jugendliche	-1.80%	3.30%	3.50%
	Junge Erwachsene	8.70%	13.60%	15.80%

Quelle: BBSR Raumordnungsprognose 2045 (Maretzke, Hoymann & Schlömer, 2024), eigene Darstellung.

4.1.3 Sozioökonomische Faktoren in den Lupenregionen

Etwa 23,5 % der Kindern unter 18 Jahren und 31,5 % der jungen Menschen zwischen 18 und 25 Jahren in M-V wachsen in Haushalten mit einem niedrigen SES auf, während der Bundesdurchschnitt der Armutsgefährdungsquote für unter 6-Jährige 21,6 % und für unter 25-Jährige 25,3 % beträgt (Funcke & Menne, 2023).

Die sozioökonomische Lage ländlicher Räume lässt sich anhand der Arbeitslosenquote, der Höhe von Löhnen und Einkommen, der Steuerkraft der Kommunen, der Zuwanderung junger Menschen, des Anteils leerstehender Wohnungen, der Lebenserwartung und Schulabbruchsquote beschreiben (Neumeier & Osigus, 2025). Im Vergleich der Lupenregionen VG und MSE auf einer Datengrundlage von 2016 befindet sich VG im mittleren Bereich,

während die sozioökonomische Lage der Region MSE unterdurchschnittlich ausgeprägt ist (Neumeier & Osigus, 2025). In Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung verzeichnet lediglich HRO und die umgebende Region eine Zunahme von 2018 zu 2022, während die der anderen Landkreise stagnierte (Neumeier & Osigus, 2025).

Abgesehen von der individuellen Armutslage von Kindern und Jugendlichen hat auch der räumliche Kontext des Aufwachsens Einfluss auf die Entwicklung (Groos und Jehles 2015). Hoch sozial segregierte Quartiere, Kitas und Schulen wirken sich vermutlich über mehrere Mechanismen negativ auf junge Menschen aus (Groos und Jehles 2015).

Im Rahmen einer kleinräumlichen Analyse zur Charakterisierung der sesshaften Bevölkerung im Vergleich zu Zuzügler:innen in den ländlichen Regionen Dargun (Landkreis MSE) und Strasburg (Landkreis VG) zeigte sich eine signifikant höhere Sterblichkeit der sesshaften Bevölkerung gegenüber Zuzügler:innen und gegenüber des Landes- und Bundesdurchschnitts (Corthier, 2020). Vor allem Personen mit hoher Lebenserwartung scheinen die Region zu verlassen. Sesshafte Frauen dieser Landkreise haben im Vergleich zu Zugezogenen eine höhere Anzahl an Kindern, weniger Frauen bleiben kinderlos und das Gebäralter ist geringer, aber auch zugezogene Frauen weisen im bundesweiten Vergleich eine überdurchschnittliche Fertilität auf (Corthier, 2020). Dies bestätigt ein generell erhöhtes Fertilitätsniveau des ländlich-peripheren Raumes, insbesondere der Landkreise VG und MSE (Corthier, 2020). Es ergibt sich in Regionen mit starker selektiver Abwanderung gut qualifizierter junger Frauen ein Männerüberschuss der 18- bis 30-Jährigen mit gleichzeitig schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt durch hohe Schulabbruchs- und Arbeitslosenquoten, wobei diese Faktoren sich gegenseitig bedingen (Leibert, 2020). Die Kombination dieser Faktoren kann zu einer Perspektivlosigkeit für junge Männer führen, was die Wahrscheinlichkeit für Risikoverhalten (Raserei, Alkohol- und Nikotinmissbrauch) erhöht und die Motivation für positives gesundheitsrelevantes Verhalten (Ernährung, Sport) verringert (Becker & Naumann, 2020). Es scheint zudem eine Abwanderungskultur zu herrschen, die sich daraus ergibt, dass junge Menschen in der Gewissheit aufwachsen, ihre Heimat verlassen zu müssen um erfolgreich zu sein. Dies geht mit einer negativen Wahrnehmung der eigenen Heimat und der Stigmatisierung der Bleibenden einher (Leibert, 2020).

4.1.4 Entwicklung von Schulabschlüssen und Arbeitsplätzen

Die aktuelle Arbeitslosenquote in HRO beträgt 8 %, die des umliegenden Landkreises HRO 6,2 % und ist damit in ganz M-V am geringsten und liegt unter dem Landesdurchschnitt von 7,7 % und auf Niveau des Bundesdurchschnitts von 6 % (Statistisches Landesamt M-V, 2024, Statistisches Bundesamt, 2024). Die Arbeitslosenquoten der Regionen MSE und VG befinden sich zwischen 7 % und 9 %, am höchsten ist die Quote im Landkreis Vorpommern-Rügen mit über 9 % (Statistisches Landesamt M-V, 2024). Dabei ist in allen Lupenregionen

ein leichter Anstieg im Vergleich zum Vorjahr beobachtbar (Statistisches Amt M-V, 2025). Die Jobchancen sind weiterhin schlechter als vor Pandemiezeiten, dies äußert sich in einem höheren Anteil Langzeitarbeitsloser und niedrigqualifizierter Arbeitsloser (Heining et al., 2024). Es zeigen sich regionale Unterschiede in der Prognose der Arbeitslosigkeit, während für einige Bundesländer (Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Hessen) eine Zunahme der Beschäftigung erwartet wird, wird für M-V im bundesweiten Vergleich nach Thüringen die höchste Zunahme von Arbeitslosigkeit prognostiziert (Heining et al., 2024). Im Vergleich der ländlichen Lupenregionen ist die prognostizierte Arbeitslosenquote 2025 in den Regionen MSE und VG besonders hoch (zwischen 9 % und 12,9 %), während sie im Landkreis HRO vergleichsweise geringer ist (4,3 % bis 5,7 %) (Heining et al., 2024). Für VG und MSE wird eine Zunahme der Arbeitslosigkeit prognostiziert (Heining et al., 2024). Im Bundesvergleich ist der Anteil an Beschäftigten am Arbeitsort ohne Berufsabschluss in M-V mit unter 10 % der Beschäftigten recht gering, während er in westdeutschen Bundesländern teilweise über 15 % liegt (Neumeier & Osigus, 2025).

Die Quote an Schulabgänger:innen ohne Abschluss ist in M-V, ausgehend von einem recht niedrigen Niveau von 3,3 % im Jahr 2020, im Jahr 2024 wieder angestiegen und liegt derzeit bei 5,6 % (Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung M-V, 2024). Dies kann einerseits auf pandemiebedingt geänderte Versetzungsregelungen zurückgeführt werden, dennoch liegt die Quote im Jahr 2024 deutlich über der Quote von 3,7 % im Jahr 2015 (Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung, 2024). Der Anteil an Absolvent:innen mit allgemeiner Hochschulreife hat von 36 % im Jahr 2020 auf 30,8 % im Jahr 2024 abgenommen, während der Anteil an Absolvent:innen mit Fachhochschulreife zugenommen hat (Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung, 2024). Der Anteil junger Menschen ohne Schulabschluss unterscheidet sich zwischen den Lupenregionen. So hatte VG im Schuljahr 23/24 mit 7,07 % den höchsten Anteil an Schulabgänger:innen ohne Abschluss in Relation zu allen Absolvent:innen (leichte Erhöhung gegenüber Schuljahr 22/23 mit 6,05%). In MSE betrug dieser 6,34 % (leichte Erhöhung gegenüber Schuljahr 22/23 mit 5,46 %) und in HRO ist er mit 5,5 % unter den Lupenregionen am geringsten (Abnahme gegenüber 7,64 % im Schuljahr 22/23) (Statistisches Landesamt M-V, 2023, eigene Berechnungen). Betrachtet man ganz M-V, so sind die Quoten an Schulabgänger:innen ohne Abschluss im Landkreis Nordwestmecklenburg (2,88 %) sowie im Landkreis HRO (3,87 %) besonders niedrig und in VG am höchsten (Statistisches Landesamt M-V, 2024, eigene Berechnungen). Diese Gruppe ist besonders gefährdet für soziale Exklusion, Risikoverhalten, Devianz und psychische Probleme. In diesem Sinne verweist das Bundesjugendkuratorium auf insuffiziente Übergangssysteme, bei denen diese Gruppe nicht ausreichend aufgefangen wird (BJK, 2025).

4.2 Kinder- und Jugendgesundheit in M-V

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit aus der Gesamtheit biopsychosozialer Aspekte, die biologische Funktionen, soziale Funktionalität und Teilhabe einschließen und damit über die An- oder Abwesenheit von Erkrankungen hinausgehen. Sie schließen neben physischem auch soziales und psychisches Wohlbefinden ein. Das Konzept globaler Gesundheit bezieht sich demzufolge nicht auf die alleinige Identifikation pathologischer Zustände, sondern hebt umweltbezogene, psychosoziale und sozioökonomische Faktoren hervor, die einen Kontext gesundheitsbezogener sozialer Ungleichheit erzeugen können (Deyra, Gay, Gerbaud, Berland & Pizon, 2020; Stodden et al., 2023). Dabei stehen unbeeinflussbare biologische Determinanten wie Alter, Geschlecht und genetische Disposition im wechselseitigen Zusammenhang mit veränderbaren Determinanten, wie insbesondere Lebensbedingungen, Lebensstil und sozioökonomischen Umstände (Hurrelmann & Richter, 2022).

Aufwachsen muss entwicklungspsychologisch in verschieden Phasen eingeteilt werden von der frühen Kindheit (0-3 Jahre), dem Vorschulalter (bis 6 Jahre), der Kindheit (bis 12 Jahre), früher (12-14 Jahre) und später Adoleszenz bzw. Jugend (14-18 Jahre) bis zum frühen Erwachsenenalter (19-27 Jahre). Gemein ist der Phase des Aufwachsens eine rapide Entwicklung sozialer, körperlicher und kognitiver Fähigkeiten. Die Abfolge der Entwicklungsschritte ist schnell, sie bauen aufeinander auf, erfolgen nicht immer linear, sind geschlechtsspezifisch unterschiedlich, haben aber alle Relevanz für die Gesundheit (Kieling et al., 2024). Der Einfluss des sozialen Umfelds (Eltern/Sorgeberechtige, Peers) verändert sich ebenfalls im Verlauf und mit zunehmender Selbständigkeit und Autonomie sind selbstgesteuerte Prozesse zunehmend bedeutsamer für die eigene Gesundheit. Die ausgeprägte Plastizität dieser Lebensperiode ermöglicht einerseits eine hohe Veränderungsfähigkeit als besonders günstige Voraussetzung für Intervention und Prävention, gleichzeitig geht sie mit hoher Sensitivität gegenüber Umwelteinflüssen einher (Clark et al., 2020). So können ökonomische und soziokulturelle Faktoren den Zeitpunkt der Pubertät beeinflussen und soziale Benachteiligung und negative Erfahrungen in der Kindheit mit dem Erreichen der Entwicklungsmeilensteine interferieren (Sawyer et al., 2012). Die gesundheitlichen Auswirkungen der Gewohnheiten, die in jungen Jahren etabliert werden, werden oft erst im mittleren bis späten Erwachsenenalter ersichtlich und Folgeerscheinungen können noch in späteren Generationen auftreten (Gore et al., 2011). Generell hat die Bedeutung nicht-übertragbarer und verhaltensbedingter Krankheiten für verlorene gesunde Lebensjahre (*disability adjusted life years*, DAILY's) auch unter Kindern und Jugendlichen zugenommen (Armocida et al., 2022).

Dies ist für Kinder und Jugendliche unter 25 Jahren in Ländern mit hohem Bruttoeinkommen vorwiegend auf psychische Störungen, was auch Substanzgebrauch und insbesondere Alkoholkonsum beinhaltet, zurückzuführen (Gore et al., 2011). Ab etwa 25 Jahren sind Bluthochdruck, erhöhte Cholesterin- und Blutzuckerwerte, physische Inaktivität, Übergewicht und Adipositas die ausschlaggebenden Faktoren für DAILY's aufgrund nichtübertragbarer und chronischer Krankheiten (Gore et al., 2011). Besonders für Kinder und Jugendliche zeigt sich eine zunehmende Tendenz für das Auftreten gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch emotionale und verhaltensbedingte Probleme sowie psychische Störungen (Armocida et al., 2022). Der Großteil psychischer Störungen beginnt im Jugendalter zwischen 12 und 24 Jahren (Armocida et al., 2022), wobei sich ein Höhepunkt im Alter von 14 Jahren beobachten lässt (Kieling et al., 2024). Durch den oftmals chronischen Verlauf psychischer Störungen kann ein frühes Auftreten den Übergang in ein gesundes Erwachsenenleben erschweren (Kieling et al., 2024). Aktuell leben fast 18 % der deutschen Bevölkerung unter 18 Jahren mit einer psychischen Störung (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Deckert et al., 2023), wobei mehr als 20 % keine Behandlung erhalten (Otto et al., 2021).

Nach bevölkerungsbasierten Studien zum Gesundheitsmonitoring in Deutschland lässt sich bei einem Großteil der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 3 bis 31 Jahren ein guter bis sehr guter allgemeiner Gesundheitszustand feststellen (Otto et al., 2021; Poethko-Müller, Kuntz, Lampert & Neuhauser, 2018; Reiß et al., 2024). Auch zeigt sich eine gute subjektive Gesundheit und eine hohe Lebenszufriedenheit bei der Mehrheit der 11 bis 15-Jährigen (Reiß et al., 2024). Nach aktuellen Befragungsdaten berichtet allerdings die Hälfte der Mädchen und ein Drittel der Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren multiple psychosomatische Gesundheitsbeschwerden (Reiß et al., 2024). Dabei lassen sich deutliche Alters- und Geschlechtsdiskrepanzen beobachten, wobei Mädchen im Vergleich zu Jungen eine stärkere Belastung aufweisen und geschlechtsunabhängig ein deutlicher Anstieg mit zunehmenden Alter besteht (Reiß et al., 2024). Neben Alter und Geschlecht beeinflussen sozioökonomische, soziale und umweltbezogene Faktoren die allgemeine Gesundheit, Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden Kinder und Jugendlicher. So zeigt sich beispielsweise eine deutliche Verschlechterung dieser Indikatoren von 2017/18 zu 2022 (Reiß et al., 2024), was gesundheitliche Auswirkungen der Covid-19 Pandemie nahelegt sowie ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Familie (Otto et al., 2021) und dem Migrationshintergrund. Für eine zielgruppenspezifische Prävention erscheint eine eingehende Betrachtung der Verhältnisse notwendig, in denen Kinder und Jugendliche heranwachsen. Im Folgenden soll daher das Zusammenspiel M-V spezifischer Belastungsfaktoren und gesundheitlicher Risikofaktoren dargestellt werden.

4.2.1 Spezielle Risikofaktoren und vulnerable Zielgruppen

Zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben in Kindheit und Jugend sowie zur Vermeidung langfristiger Gesundheitsprobleme im späteren Erwachsenenalter ist ein guter Gesundheitszustand die zentrale Voraussetzung und kann gleichzeitig als Resultat einer erfolgreichen Entwicklung aufgefasst werden (Poethko-Müller et al., 2018). Vor dem Hintergrund weitreichender lebenslanger Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in diesem Lebensabschnitt, müssen junge Menschen insbesondere Ziel für Präventions- und Interventionsmaßnahmen sein (Otto et al., 2017). Prävention im Bereich junger Menschen kann individuumsbezogen, aber gerade bei jüngeren Kindern auch auf Familie, Eltern und Lebenswelten (wie Kita oder Schule) ausgerichtet sein. Wichtige Determinanten bzw. Risikofaktoren der Gesundheit junger Menschen sind in Deutschland gut erforscht, wie Lebensbedingungen, Lebensstil, sozioökonomische Faktoren, aber auch negative frühe Erfahrungen wie Vernachlässigung/Misshandlung und chronischer Stress im Kontext Schule (Hurrelmann & Richter, 2022).

Adverse childhood experiences (ACEs). Adverse Childhood Experiences (ACEs) bezeichnen aversive, in der Kindheit auftretende Ereignisse und Erlebnisse, die mit kurz- und langfristigen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden assoziiert sind (Boullier & Blair, 2018).

Typische ACEs umfassen:

- **Missbrauch**: emotional, physisch oder sexuell durch Erwachsene, Eltern bzw. Sorgeberechtigte, Stiefeltern oder Fremde
- **Herausforderungen im häuslichen Umfeld**: Gewalterfahrungen der Mutter durch den Vater, Freund oder Partner; Drogenmissbrauch, psychische Störungen, Trennung oder Scheidung der Eltern, Kriminalität und Inhaftierung
- **Vernachlässigung**: emotional oder physisch

Durch ein chronisch erhöhtes Stresslevel, dem betroffene Kinder ausgesetzt sind, haben ACEs einen schädigenden Einfluss auf die Gehirnentwicklung, das Immunsystem und das endokrine System (Boullier & Blair, 2018). Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholmissbrauch, antisoziales Verhalten, sexuelles Risikoverhalten) mit resultierenden erhöhten Gesundheitsrisiken im Erwachsenenalter, die auch auf die nächste Generation wirken können (Hughes et al., 2017). Effektive Interventionsmaßnahmen sollten an möglichst früher Erkennung und Prävention von ACEs ansetzen sowie Resilienzfaktoren fördern – so scheint eine Abschwächung der negativen Konsequenzen möglich. Eine tragende Rolle nehmen dabei Fachkräfte ein, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten (Boullier & Blair, 2018). Diesem Ansatz folgen auch die Frühen Hilfen.

Sozioökonomischer Status. Die Interaktion gesundheitlich relevanter Faktoren zeigt sich beispielsweise in der Beeinflussung des individuellen Lebensstils durch sozioökonomische Rahmenbedingungen (Hurrelmann & Richter, 2022). Dabei ist der Einfluss veränderbarer, meist sozioökonomischer Determinanten auf die Gesundheit generell stärker als der Einfluss biologischer Determinanten und Faktoren des individuellen Lebensstils, folgt aber keinem konsistenten Verlauf über die Lebensspanne (Richter & Mielck, 2006). In der frühen Kindheit sind die sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Gesundheit deutlich ausgeprägt, während der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit in der Adoleszenz abnimmt und erst nach dem 18. Lebensjahr wieder hervortritt (Richter & Mielck, 2006). Ungefähr ein Viertel der unter 18-Jährigen in Deutschland ist von sozialer Ausgrenzung oder Armut betroffen (Statistisches Bundesamt, 2023). Dies bedeutete nach Definition des Statistischen Bundesamtes, dass das verfügbare Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsgrenze liegt, dass der Haushalt von materieller und sozialer Entbehrung betroffen ist und dass die Kinder- und Jugendlichen in einem Haushalt mit sehr geringer Erwerbsbeteiligung leben (Statistisches Bundesamt, 2023). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Haushalte, die staatliche Unterstützung beziehen und in denen Personen in Teilzeit arbeiten oder arbeitslos sind, eher finanziellen Einschränkungen ausgesetzt sind (Bartsch, Dreiskämper, Göttlich, Henning & Rulofs, 2025). Kinder und Jugendliche befinden sich meist in einem Abhängigkeitsverhältnis den Eltern gegenüber und sind insofern besonders machtlos der materiellen Deprivation ausgesetzt (Andresen & Galic, 2015). Das Aufwachsen in Armut stellt durch damit einhergehende eingeschränkte Möglichkeiten zur Entfaltung einen relevanten Risikofaktor für die Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar (Bartsch et al., 2025; Funcke & Menne, 2023). So ist Armut besonders in der sehr sensiblen Altersphase bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres ein Risikofaktor für die Entwicklung elementarer Fähigkeiten, wie Seh- und Hörvermögen, sozialer Fähigkeiten sowie Sprach- und Zahlenverständnis (Groos & Jehles, 2015). Junge Menschen, die in Armut aufwachsen sind mit geringerer Wahrscheinlichkeit Mitglieder in Vereinen, ihnen stehen durch finanzielle Einschränkungen weniger Mittel zur Teilhabe an (sozialen) Freizeitaktivitäten zur Verfügung, sie sind zudem in den Möglichkeiten begrenzt, ihre Lebenswelt zu verlassen und zeigen eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber einem ungesunden Lebensstil und gesundheitlichen Problemen (Funcke & Menne, 2020). Das Aufwachsen junger Menschen in Armut stellt zudem einen Risikofaktor für soziale Ausgrenzung, Mobbing und Belastung durch Sorgen über die finanzielle Situation der Familie dar (Funcke & Menne, 2020). Sozioökonomische Faktoren sind ein bedeutender Einflussfaktor auf die Wahl des Sportsettings und Vereinsmitgliedschaften unter Jugendlichen und Sportvereine sind durch eine hohe soziale Selektivität geprägt (Bartsch et al., 2025). Abgesehen von sozioökonomischen Faktoren stehen einige weitere modifizierbare Prädiktoren im Zusammenhang mit sozialbedingten Unterschieden des Gesundheitszustands junger Menschen.

Wohnumgebung. Generell ist die Wohnumgebung mit dem Gesundheitszustand assoziiert (Rind, Reime & Weidmann, 2022). So führt besonders die stärkere Ausprägung von Übergewicht und Adipositas im ländlichen Raum zu einer erhöhten Prävalenz vieler chronischer Erkrankungen (Rind et al., 2022). Dies wird zum einen auf geringere Gesundheitskompetenzen, aber auch auf das teilweise geringere Nahrung- und Bewegungsangebot zurückgeführt (Lenardson, Hansen & Hartley, 2015). Zudem ergeben sich durch mangelnde Straßenbeleuchtung und Bürgersteige sowie größere Distanzen geringere Möglichkeiten für einen körperlich aktiven Schul- oder Arbeitsweg und ein Mangel an sicheren Bewegungsstätten wie Parks und Bewegungsstätten kann die physische Aktivität der ländlichen Bevölkerung beeinflussen. Andererseits sind Bewohner:innen ländlicher Regionen weniger von Luftverschmutzung, Feinstaubbelastungen, Lärm oder hohen Kriminalitätsraten betroffen (Rind et al., 2022). Auch bestehen in ländlichen Regionen potentiell gesundheitsförderliche Ressourcen wie unbebaute Landschaften und größere Grünflächen und Gärten, aber auch stabilere soziale Netzwerke (Rind et al., 2022). Jugendliche aus Familien mit hohem Bildungsabschluss wachsen oftmals in bewegungsfreundlicheren Wohnumgebungen auf, was einen Zusammenhang zwischen SES und gesundheitsförderlicher Wohnumgebung nahelegt (Bartsch et al., 2025). Gesundheitliche Auswirkungen hat auch die allgemeine Abnahme infrastruktureller Ressourcen auf dem Land, wie der Rückbau des öffentlichen Nahverkehrs und des Einzelhandels oder die Zentralisierung von Gesundheitseinrichtungen (Rind et al., 2022). Während im ländlichen Raum Zugangsbarrieren zu gesundheitsförderlichen Angeboten bestehen (Rind et al., 2022) ergeben sich in Städten Ressourcen für Gesundheitsinterventionen durch ein dichtes Angebot mit guter Zugänglichkeit (Fehr, 2020).

Mediennutzung. Mediennutzung ist neben Sport und sozialen Kontakten die beliebteste Freizeitbeschäftigung unter jungen Menschen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2024) und viele Jugendliche verbringen mehr als zwei Stunden täglich mit freizeitlicher Bildschirmnutzung (van Sluijs et al., 2021). Zwei Drittel der 12- bis 19-Jährigen geben an, regelmäßig länger Zeit am Handy zu verbringen, als ursprünglich geplant (Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest, 2024). Unter den befragten Jugendlichen nahm die Ansicht zu, dass digitaler Kontakt mit einem persönlichen Treffen vergleichbar sei, gleichzeitig berichten Jugendliche von zunehmender Überforderung und Frustration durch die ständige Erreichbarkeit, Vernetzung und die Vielzahl digitaler Angebote (Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest, 2024). Über die Hälfte der befragten 12- bis 19-Jährigen stimmen der Aussage zu, dass sie es genießen würden, Zeit ohne Internet und Handy zu verbringen (Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest, 2024). In der JIM-Befragung zeigt sich, dass das Internet ein erheblicher Bestandteil der Lebenswelt von Jugendlichen ist. Neun von zehn Jugendlichen sind täglich online und es lässt sich eine Zunahme der täglichen Internetnutzer:innen in den jüngsten Altersgruppen beobachten, die nun fast das Niveau der

älteren Jugendlichen erreichen (Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest, 2024). Die Intensivierung der Mediennutzung der letzten Jahre kann durchaus positive Auswirkungen haben, wie eine erleichterte soziale Interaktion und somit die Förderung sozialer Kontakte unabhängig von geografischen Faktoren, was insbesondere in ländlich-peripheren Gebieten eine Rolle spielen sollte (Burrmann et al., 2025). Zudem ermöglicht gerade die Erreichbarkeit über soziale Medien auch die Umsetzung innovativer Konzepte der Gesundheitsförderung für die Zielgruppe (Zimmermann & Tomczyk, 2025). Jugendliche, die digitale Medien und Videospiele als wichtigste Freizeitaktivitäten angeben, schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu Jugendlichen, die Sport als wichtige Freizeitaktivität benennen, allerdings signifikant schlechter ein (Burrmann et al., 2025). Auch wenn sportliche und soziale Aktivitäten mit einem besseren Gesundheitszustand assoziiert sind als freizeitliche Mediennutzung, schließen sich Sport und Mediennutzung nicht gegenseitig aus (Burrmann et al., 2025).

4.2.2 Häufige Diagnosen und Risikofaktoren in M-V

Übergewicht und Adipositas. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass in frühen Jahren erworbenes Übergewicht bleibt meist bis ins Jugendalter bestehen, was die Notwendigkeit einer frühe Prävention von Adipositas bereits im Kindergartenalter verdeutlicht (Robert Koch-Institut, 2018). Der durchschnittliche BMI der 15- bis 20-Jährigen beträgt in M-V 22,9 und steigt auf 24,4 in der Altersgruppe von 20-25 Jahren (Statistisches Bundesamt M-V, 2017). Nach der Langzeitstudie KIGGS (Welle 2) beträgt die Häufigkeit von Übergewicht bei Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren in ganz Deutschland 15,4% und die Adipositasprävalenz liegt bei 5,9 %, wobei im Vergleich zu früheren Erhebungen kein Anstieg der Prävalenzen zu beobachten ist (Robert Koch-Institut, 2018). Die Prävalenzen schwanken allerdings zwischen den Bundesländern, wobei in M-V bei Einschulungsuntersuchungen mit 13,6 % die höchste Rate vorliegt (Adipositas-Netzwerk M-V, 2021). Interventionen in Kitas haben sich in einer umfassenden Metaanalyse zu Studien zum Ernährungsverhalten als vielversprechender Ansatz für ernährungsbezogene Prävention erwiesen, gehen mit erhöhtem Obst- und Gemüsekonsum einher und können auch die Ernährungsweise in der Familie positiv beeinflussen (Ehlen, Henning, Rehaag & Dreiskämper, 2023).

Psychische Erkrankungen der Eltern (inkl. Sucht) und frühe Elternschaft. Nach Schätzungen sind ungefähr 3654 Kinder in M-V von der Suchterkrankung ihrer Eltern betroffen, wobei die tatsächliche Anzahl deutlich höher liegen sollte, da in diese Schätzung nur Kinder eingehen, deren Eltern aktiv Hilfe aufsuchen (LAKOST M-V, 2022). Es erhöhte sich 2022 im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl schwangerer Frauen, die sich an eine Suchtberatungsstelle wandten (LAKOST M-V, 2022). Dabei weist im Vergleich der Lupenregionen der Landkreis MSE den höchsten Anteil an aktiv hilfesuchenden Menschen an der Bevölkerung auf (0,82 %) und unter diesen ist in MSE der Anteil an Frauen mit einer Suchtproblematik am

höchsten (31,5 %) (LAKOST M-V, 2022). In VG (0,49 %) und im Landkreis HRO (0,44 %) ist der Prozentsatz deutlich geringer, wobei in VG im Vergleich der Lupenregionen besonders Alkoholkonsum eine Rolle spielt und über 60 % der Suchtproblematik ausmacht (LAKOST M-V, 2025). Unter den Lupenregionen leben im Landkreis MSE zudem die meisten minderjährigen Kinder in einem Haushalt mit Eltern mit Suchtproblematik, darauf folgt der Landkreis VG und HRO (LAKOST M-V, 2025).

In M-V beträgt der Anteil an Geburten von Müttern unter 21 Jahren an der gesamten Rate von Lebendgeburten 2023 4,46 % und liegt damit über dem bundesweiten Anteil an Geburten unter 21-jähriger Mütter von 2,63 (Statistisches Bundesamt, 2023). Der Geburtenanteil von Müttern unter 26 Jahren beträgt in M-V 21,52 % und liegt ebenfalls über dem bundesweiten Geburtenanteil von Müttern unter 2 Jahren von 16,9 % (Statistisches Bundesamt, 2023).

Tabak-, Alkohol- und andere Suchmittelabhängigkeit unter jungen Menschen. Deutschlandweit wird in Abrechnungsdaten eine Abnahme der Inzidenzen gesetzlich krankenversicherter Kinder- und Jugendlicher von 0 bis 17 Jahren für *psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)* von 2014 bis 2021 festgestellt mit einer durchgängig höheren Diagnoseinzidenz bei Mädchen (Kohring et al., 2023). Dennoch weisen tabakbedingte Störungen im Vergleich zu psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide oder andere psychotrope Substanzen desselben ICD-Subkapitels nach wie vor die höchste Diagnoseinzidenz auf, obwohl für nicht tabakbedingte Störungen relativ konstante oder leicht ansteigende Inzidenztrends zu verzeichnen sind (Kohring et al., 2023). Es zeigen sich regionale Unterschiede in der Diagnoseinzidenz *tabakbedingter psychischer und Verhaltensstörungen (F17)* mit der bundesweit höchsten Inzidenz in M-V, insbesondere in der Lupenregion VG (Kohring et al., 2023).

Der Anteil an Raucher:innen in M-V übersteigt den Bundesdurchschnitt, allerdings nimmt der Anteil junger Raucher:innen im Alter von 15-20 Jahren über die letzten Jahre hinweg deutlich ab (Statistisches Amt M-V, 2019b). Das durchschnittliche Alter des Rauchbeginns dieser Altersgruppe liegt in M-V bei 15 Jahren, wobei sich über die letzten Jahre eine Verschiebung des Alters hin zu einem durchschnittlich späteren Rauchbeginn beobachten lässt (Statistisches Landesamt M-V, 2019). Generell weicht das durchschnittliche Alter bei Rauchbeginn in M-V nicht von Bundesdurchschnitt ab (Statistisches Landesamt M-V, 2019). Unter jungen Menschen, die in M-V aktiv nach Hilfe in Beratungsstellen suchen, sind unter Klient:innen bis 18 Jahren die Hauptdiagnosen exzessive Mediennutzung und ein problematischer Konsum von Cannabinoiden am weitesten verbreitet (LAKOST M-V, 2022). Unter 19- bis 24-Jährigen nimmt die exzessive Mediennutzung ab und der Cannabinod-Missbrauch zu, zudem dominiert in diesem Altersbereich besonders die Diagnose eines Missbrauchs nicht abhängigkeitserzeugender Substanzen, gefolgt von Essstörungen (LAKOST M-V, 2022). Auch im Vergleich

des Durchschnittsalters je nach Suchtproblematik fällt auf, dass in den jüngeren Altersgruppen der Missbrauch von Cannabinoiden und eine exzessive Mediennutzung besonders stark ausgeprägt sind, hier liegt das durchschnittliche Alter dieser Diagnosen bei 26 und 28 Jahren, zudem zeigt sich bei der exzessiven Mediennutzung eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr (LAKOST M-V, 2022).

Psychische Gesundheit junger Menschen. In ganz Deutschland hat die Diagnoseinzidenz *depressiver Störungen (F32-F33)* bei gesetzlich versicherten 0- bis 17-Jährigen im Jahr 2021 überproportional zugenommen, besonders bei jugendlichen Mädchen ab dem Jahr 2020 (Kohring et al., 2023). Zudem hat sich der Geschlechterunterschied der Diagnoseinzidenz in den Jahren 2014 bis 2021 verstärkt und war zuletzt für Mädchen dreimal höher als für Jungen (Kohring et al., 2023). Im bundesweiten Vergleich von Abrechnungsdaten sind die Inzidenzen für *depressive Störungen (F32-F33)* sowie für *emotionale und Verhaltensstörungen (F90-F94)* in M-V eher niedrig (Kohring et al., 2023). Allerdings zeigt sich in M-V die stärkste relative Zunahme (+88 %) in der *Anorexie*-Diagnoseinzidenz *(F50.0, F50.1)*, die Inzidenzen sind im bundesweiten Vergleich aber nicht auffällig hoch (Kohring et al., 2023). Die Diagnoseinzidenz *abnormer Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen (F63)* blieb in M-V in den letzten Jahren auf relativ konstantem Niveau (Kohring et al., 2023).

Entwicklungsstörungen. In M-V wurden über die letzten Jahre vermehrt Störungen des Spracherwerbs und Defizite der motorischen Koordination diagnostiziert (BIFG, 2023). Die Erhebungen belegen zudem eine erhöhte Rate an Entwicklungsstörungen im frühen Kindesalter bei sozial deprivierten Umwelten, gleichzeitig aber auch, dass gezielte Früherkennung gekoppelt mit Intervention helfen können (Franze, Biermann, Kästner, Ernst & Hoffmann, 2022). Es besteht gerade bei frühen Entwicklungsstörungen ein Risiko für Sekundärfolgen wie Störungen im emotionalen und Verhaltensbereich, in zwischenmenschlichen Beziehungen und im Lesen oder Schreiben (BIFG, 2023). Generell ist eine Zunahme an Entwicklungsstörungen zu verzeichnen, dies beruht auf vielfältigen Faktoren. So tragen einerseits verbesserte Erkennung und Entstigmatisierung, Erweiterung der Klassifikationssysteme und medizinische Fortschritte zu höheren Diagnoseraten bei.

Allerdings bestehen auch Hinweise auf einen Einfluss von Umweltbedingungen wie zunehmende Exposition mit Schadstoffen, der Konsum von psychoaktiven Substanzen, Medikamenten oder Drogen während der Schwangerschaft, aber auch soziale Deprivations-erfahrungen in der frühen Kindheit, wie sie durch eine übermäßige Mediennutzung auftreten können. Zur Einleitung von Fördermaßnahmen sollten Entwicklungsauffälligkeiten möglichst früh erkannt werden, wozu insbesondere Schuleingangsuntersuchungen (SEU) geeignet sind (van den Berg et al., 2024; Weyers, Götz & Kreffter, 2023).

4.2.3 Physische Aktivität und gesundheitliche Bedeutung

Die Bedeutung physischer Aktivität (PA) für das gesunde Aufwachsen Kinder- und Jugendlicher ist gut belegt (Cairney, Dudley, Kwan, Bulten & Kriellaars, 2019). Physische Inaktivität im frühen Jugendalter ist mit emotional-behavioralen Schwierigkeiten bzw. externalisierender Verhaltensauffälligkeiten im späteren Jugendalter assoziiert, während PA in der Kindheit das Risiko psychischer Störungen signifikant reduziert (Bowe, Healy, Cannon & Codd, 2021). Sport kann einerseits präventiv für Störungen der psychischen Gesundheit wirken, verringert zusätzlich auch bestehende psychische Belastungen, so besonders Depressionen, Angst oder stressbezogene Krankheiten (Imboden, Claussen, Seifritz & Gerber, 2022). PA im Kindes- und Jugendalter beeinflusst die kardiovaskuläre muskuläre Gesundheit, die Ausbildung der Knochen sowie die kognitive Leistung und gesundheitsbezogene QOL positiv (Kelso et al., 2021; Lees & Hopkins, 2013). Im Alter treten bei regelmäßiger PA Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes, Haltungsschäden, degenerative Erkrankungen und Tumoren seltener auf (Eime, Payne, Casey & Harvey, 2010). Regelmäßiges Sporttreiben sollte besonders in jungen Jahren gefördert werden, da in dieser Lebensphase die Grundlagen für Verhaltensmuster gesetzt werden, die im Erwachsenenalter nur schwer veränderbar sind (Göttlich, Henning, Burrmann & Dreiskämper, 2025). Allerdings hat sich der Anteil junger Menschen, die gar keinen Sport treiben in den letzten Jahren erhöht, während mediale Freizeitaktivitäten an Bedeutung gewinnen (D. Dreiskämper et al., 2023). Wie die Entwicklung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen im Allgemeinen unterliegt auch das Niveau der PA junger Menschen insbesondere sozialen Determinanten. So belegen aktuelle Studien, dass die PA Kinder und Jugendlicher mit dem elterlichen Bewegungsverhalten und einer bewegungsanregenden Wohnumgebung zusammenhängt (Ehlen et al., 2023). Auch weisen Studien auf eine sozial selektive Inanspruchnahme kommunal initiierter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Frühe Hilfen, Elternbildungsprogramme, Bewegungsangebote) hin, sodass Risikogruppen, die von diesen Angeboten profitieren würden, besonders schlecht erreicht werden (Ehlen et al., 2023).

Sportvereine und Angebote der Offenen Kinder- und Jugendhilfe. Befunde zur Beziehung zwischen PA und psychischer Gesundheit legen nahe, dass besonders Aktivität in organisierten Sportvereinen einen zusätzlichen psychosozialen Effekt bewirkt, der über die neurobiologischen Auswirkungen der reinen Bewegung hinausgeht (Bowe et al., 2021). Insofern hat die Mitgliedschaft in einem Sportverein nicht nur auf die physische, sondern auch auf die psychosoziale Gesundheit einen messbaren positiven Einfluss (Ehlen et al., 2023). Dies kann auf zusätzliche gesundheitliche Vorteile durch soziale Interaktionen und Eingebundenheit sowie ein verbessertes Selbstkonzept, bspw. durch Selbstwirksamkeitserfahrungen mit verhaltensregulativer Wirkung, zurückgeführt werden (Ehlen et al., 2023; Lubans et al., 2016).

Zudem scheint in Sportvereinen organisierte PA einen größeren gesundheitlichen Nutzen zu haben, da ihre Intensität gewöhnlich höher ist und zwischen PA und positiver gesundheitlicher Auswirkung ein Dosis-Wirkungs-Zusammenhang besteht (Manz, Krug, Schienkiewitz & Finger, 2016). Dies belegt auch der Befund, dass Kinder, die (auch) im Sportverein aktiv sind, intensiver Sport treiben, als Altersgleiche, die PA in einem anderen Setting ausüben (Burrmann et al., 2025). Das durchschnittliche Einstiegsalter in Vereinssport liegt bei fünf Jahren (D. Dreiskämper et al., 2023). Obwohl Konsens darüber besteht, dass organisierte sportliche Aktivität ein zentraler Bestandteil des Aufwachsens darstellen sollte, nehmen die Mitgliedschaften in Sportvereinen mit dem Übergang von Kindheit zu Adoleszenz ab (Manz et al., 2016). So sind 80 % der Jungen und 61 % der Mädchen im Alter von 7 bis 14 Jahren Mitglied in einem Sportverein, dieser Anteil sinkt, insbesondere für Mädchen, ab einem Alter von im Alter von 15 Jahren bis auf 40 % für Männer und 24 % für Frauen im Alter von 19 bis 26 Jahren (Deutscher Olympischer Sportbund, 2024). Parallel dazu bricht der Anteil an Kindern, die die WHO-Empfehlung von 60 Minuten täglicher Bewegung erreichen, mit dem Einschulungsalter ein und liegt unter 14- bis 17-Jährigen nur noch bei 11,5 % (Manz et al., 2016). Im Vergleich zu den Mitgliedschaften in Sportvereinen ist die Nutzung von Sportangeboten im Ganztag, in Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit und bei kommerziellen Anbietern unter 5- bis 17- Jährigen deutlich geringer (D. Dreiskämper et al., 2023). Dafür steigt der Anteil der Nutzer:innen kommerzieller Angebote, wie Fitnessstudios, in Deutschland von 9 % im Alter von 14 bis 19 Jahren auf 25 % im Alter von 20 bis 29 Jahre (Arbeitsgemeinschaft Verbrauchs- und Medienanalyse [VuMA], 2021), was einen Wechsel des PA-Settings von öffentlicher zu eher eigenständiger Organisation mit steigendem Alter nahelegt (Eime et al., 2010). Insgesamt verzeichnen besonders kommerzielle Anbieter in den letzten Jahren die deutlichsten Zugewinne an Nutzer:innen im jungen Erwachsenenalter (Burrmann, Dreiskämper & Henning, 2024). Der Fitnesssport scheint einen neuen Sporttrend im Alltag Jugendlicher darzustellen und mit einer zunehmenden Orientierung an gesellschaftlichen Schönheits- und Körperidealen in einem Kontext der Selbstoptimierung einherzugehen (Burrmann et al., 2024).

Einflussfaktoren für die Nutzung des Vereinssports. Das Bildungsniveau der Eltern und das Haushaltseinkommen der Familie sind relevante Einflussfaktoren für die Aufgabe und Aufnahme von Vereinssport (Manz et al., 2016). Der Befund eines höheren Ausstiegs aus organisierten Sportangeboten und einer geringeren PA-Rate unter Kindern aus Familien mit niedrigem SES ist in der Literatur etabliert (Manz et al., 2016; Sagatun, Kolle, Anderssen, Thoresen & Søgaard, 2008; Vella, Cliff & Okely, 2014). Eine hohe bildschirmbasierte Medienutzung (Manz et al., 2016; Robinson et al., 2017) und ein ländlicher Wohnort (Manz et al., 2016) bzw. eine weite Entfernung zu Sportangeboten (Hu, Zhou, Crowley-McHattan & Liu, 2021) sind mit der Nichtteilnahme an Vereinssport assoziiert. Zudem ist der Anteil junger Menschen (12 bis 17 Jahre), die nicht sportlich aktiv sind, signifikant größer, wenn eine körperliche

Beeinträchtigung vorliegt, ein Förderbedarf diagnostiziert wurde, oder die Familie auf staatliche Unterstützung angewiesen ist (D. Dreiskämper et al., 2023). Angehörige dieser Gruppe von Schüler:innen werden besser durch außerunterrichtliche Angebote der Schule (im Ganztag, Sport-AG, Hort) und Angebote der Offenen Kinder- und Jugendhilfe erreicht, während die Zugangsschwelle zu Angeboten des Vereinssports höher liegt (D. Dreiskämper et al., 2023). Im Vergleich zum Vereinssport schätzen Jugendliche am Angebot der offenen Kinder- und Jugendhilfe etwas Neues ausprobieren zu können und die höhere Mitbestimmung, während der Verein als besser erreichbar eingeschätzt wird (D. Dreiskämper et al., 2023). Im Selbstbericht geben Jugendliche an, dass eine gute Erreichbarkeit, Freund:innen im Verein und elterliche Anregung einen Vereinseintritt begünstigen würden (D. Dreiskämper et al., 2023). Dem gegenüber seien ein Mangel an Freude und Interesse, der Austritt von Freund:innen, uninteressante Sportangebote, zu teure Mitgliedschaften sowie fehlende Zeit und schlechte Erfahrungen die wichtigsten Austrittsgründe (D. Dreiskämper et al., 2023). Besonders bei Mädchen im Alter von 13 bis 17 Jahren ist mangelnde Zeit ein weiterer Austrittsgrund (D. Dreiskämper et al., 2023).

In einer Übersichtsarbeit zu Gründen des Vereinsaustritts berichten Jugendliche Zeitkonflikte mit der Schule, einen Wechsel des Trainingsfokus von Spaß auf Leistung oder eine zu große Heterogenität in der Altersgruppe (Burrmann et al., 2025). Jeder zehnte der Jugendlichen berichtet zudem von schlechten Erfahrungen im Sportverein und benennt dies als Austrittsgrund (Burrmann et al., 2025). Davon gab ein Viertel an wegen der körperlichen Erscheinung kritisiert wurden zu sein und dies betraf mehr Jungen als Mädchen und insbesondere Jugendliche aus einkommensschwachen Familien (Burrmann et al., 2025). Der zweithäufigste Grund für schlechte Erfahrungen im Sportverein war Mobbing und Demütigung in psychischer Hinsicht (Burrmann et al., 2025). Jugendliche, deren Eltern lediglich einen Pflichtschulabschluss haben, geben überzufällig häufig an, im Sportverein Mobbing und Beleidigungen zu erfahren (Bartsch et al., 2025). Jugendliche aus Haushalten, die staatliche Unterstützung erhalten berichteten zudem signifikant häufiger von Kritik an ihrer körperlichen Erscheinung im Verein, insbesondere aufgrund ihres Körpergewichts (Bartsch et al., 2025). Es ist zudem auffällig, dass Jugendliche, deren Familien staatliche Unterstützung erhalten, mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Probleme als Austrittsgrund aus Vereinen angeben (Bartsch et al., 2025). Dies kann als Hinweis auf eine Verstärkung gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch Armut oder eine Einschränkung der Fähigkeit zur Teilnahme an PA durch SES-Faktoren gedeutet werden (Bartsch et al., 2025). Zudem ist es möglich, dass Jugendliche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien durch eingeschränkten Zugang zu Gesundheitssystemen und Präventionsangeboten in ihrer Teilnahme an Sportangeboten behindert werden (Bartsch et al., 2025).

Bei rückläufigen Zahlen an jungen Menschen in peripher-ländlichen Regionen, mit denen in den nächsten Jahren zu rechnen ist, ist von einem Einfluss auf das Sportengagement von Kindern und Jugendlichen zu rechnen (Burrmann et al., 2025). So werden Sportvereinen zunehmend Schwierigkeiten haben, genügend Vereinsmitglieder für vollständige Mannschaften zu versammeln und das Sportangebot für junge Menschen in diesen Regionen wird sich zunehmend verkürzen, dies betrifft insbesondere Mädchen aus peripher-ländlichen Regionen, die angeben keine attraktiven organisierten Angebote am Wohnort zu finden (Burrmann et al., 2025). Ein Mangel an anderen Freizeitaktivitäten scheint das Sporttreiben in ländlichen Regionen zunächst zu begünstigen, allerdings bestehen hier Unterschiede je nach sozioökonomischer Lage (Burrmann et al., 2025).

Bewegung im Alltag. Abgesehen von PA in organisierten Sportvereinen entfällt der Großteil der alltäglichen PA unter Kindern- und Jugendliche auf aktive Wege zur Schule oder zu Orten in der unmittelbaren Nachbarschaft sowie auf Freizeitstätten und Schulhöfe (Kelso et al., 2021). Grünflächen und Parks sind hingegen eher eine geringe Quelle alltäglicher PA (Kelso et al., 2021). In diesem Sinne besteht Evidenz für ein höheres Aktivitätsniveau unter jungen Menschen bei gut ausgebauten und sicheren Transportwegen wie Geh- und Radwege zu fußläufig erreichbaren Zielen (Davison & Lawson, 2006), während mangelnde Verkehrssicherheit die alltägliche PA verringert (Huybrechts, Bourdeaudhuij, Buck & Henauw, 2010).

Bedeutend für die Förderung der PA ist es, die Bedürfnisse junger Menschen nach sozialer Einbindung, Kompetenzerfahrung und Autonomie zu berücksichtigen (D. Dreiskämper et al., 2023). Wichtig seien Kooperationen und Netzwerke zwischen Sportvereinen und Schulen bzw. Kitas sowie Trainer:innen und Sozialpädagog:innen, um Kinder sportfernen Gruppen besser einzubeziehen (D. Dreiskämper et al., 2023; Ehlen et al., 2023). Hier bieten insbesondere Angebote der Ganztagsbetreuung Potential, da prinzipiell alle Kinder über die Schule erreicht werden können, wie auch Schüler*innen mit diagnostiziertem Förderbedarf, körperlicher Beeinträchtigung oder aus ökonomisch schlecht gestellten Familien (D. Dreiskämper et al., 2023; Ehlen et al., 2023). Insbesondere für junge Menschen aus benachteiligten Lebenslagen in Großstädten scheinen Sportangebote der offenen Kinder- und Jugendhilfe bedeutend zu sein (D. Dreiskämper et al., 2023).

PA und Covid-19 Pandemie. Während der Covid-19 Pandemie veränderte sich das Aktivitätsverhalten junger Menschen hin zu weniger organisierter PA und eher alltäglicher, unorganisierter PA und Spielen im Freien, die im ersten Lockdown zunahm (Schmidt et al., 2021). Vulnerable Gruppen Kinder und Jugendliche ohne Zugang zu Grünflächen oder mit Übergewicht waren besonders betroffen (Schmidt et al., 2021). Allerdings konnte das hohe Niveau unorganisierter PA während des zweiten Lockdowns ohne organisierte Angebote nicht gehalten werden (Schmidt et al., 2021).

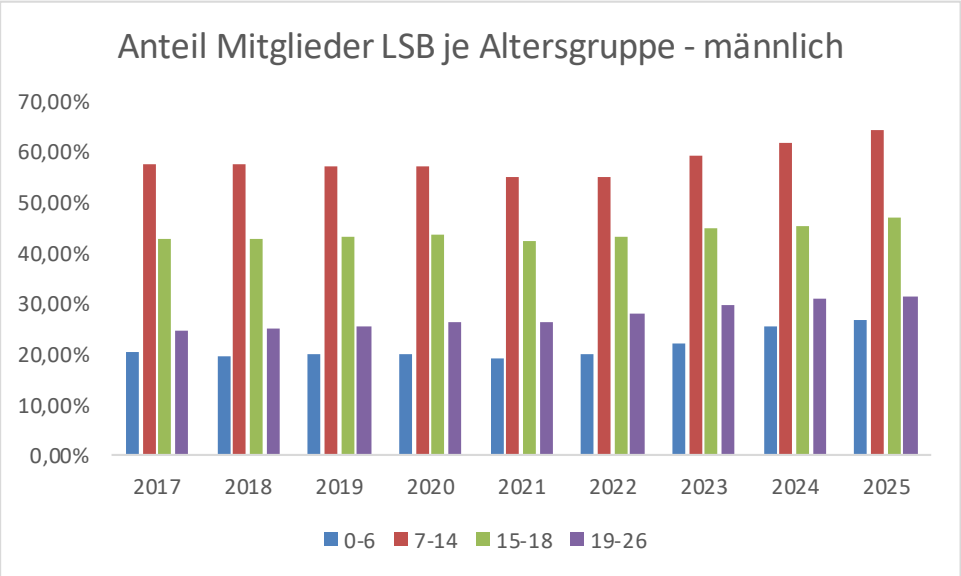
Schulsport. Der Schulsport stellt einen weiteren relevanten Faktor für die PA Kinder- und Jugendlicher dar. Hier zeigt sich ein indirekter Einfluss sozialräumlicher Disparitäten aufgrund der Ungleichverteilung von Gymnasien im Stadt-/Landvergleich (Burrmann et al., 2025). Gymnasialschüler:innen sind in Untersuchungen zum Thema einerseits häufiger in außerschulischen Sportangeboten aktiv, sie erhalten aber zudem einen besseren Sportunterricht in möglicherweise besser ausgestatteten Sportstätten mit vermutlich weniger Stundenausfall (Burrmann et al., 2025).

4.2.4 Situation der Sport- und Bewegungsangebote in M-V

In allen Lupenregionen stagnierte die Anzahl der Vereine des Landessportbundes M-V (LSB-MV) bzw. nahm im Vergleich zum Vorjahr leicht ab. In MSE gab es bei Bestandsaufnahme 2025 305 Vereine, in HRO 188 und in VG 348 (LSB M-V, 2025). In den letzten Jahren nahm der Anteil junger Menschen, die Mitglied in Vereinen des LSB sind, über alle Altersgruppen hinweg zu, während der Covid-19 Pandemiezeiten ließ sich jedoch eine leichte Stagnation dieses Trends beobachten (siehe Abbildung) (LSB-MV, 2025). Auffällig ist der starke Anstieg der Mitgliedszahlen in der Altersgruppe der 7- bis 14-Jährigen mit anschließend deutlicher Verringerung. Besonders 19- bis 26-Jährige junge Frauen sind auffallend wenig in Vereinen aktiv, hier liegt der Anteil nur bei 15 %.

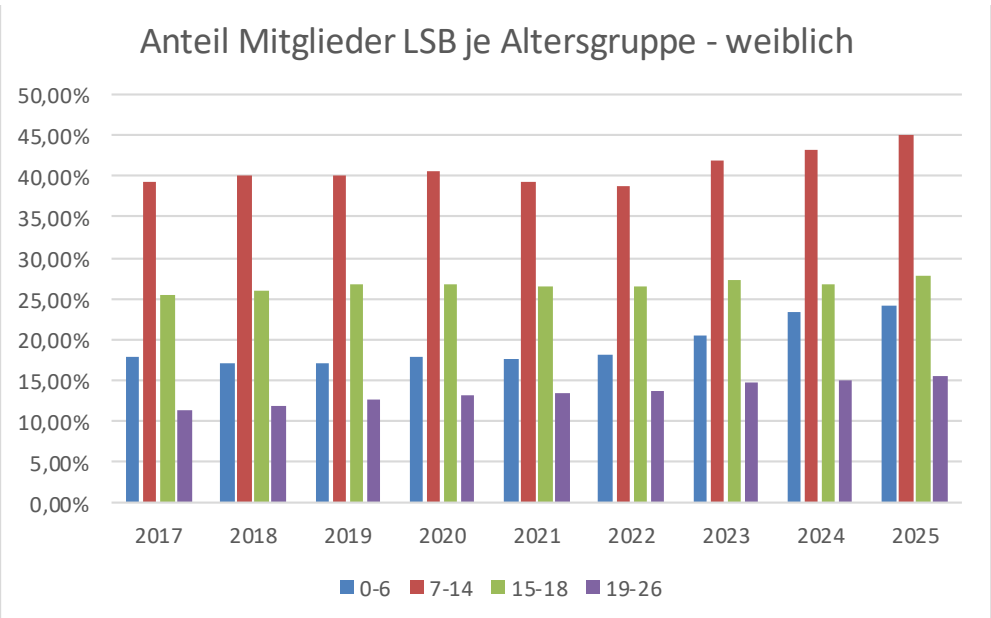
Im Vergleich der Lupenregionen zeigt sich ein deutlich höherer Anteil an Vereinsmitgliedern (gemessen am Gesamtanteil der jeweiligen Altersgruppe an der Bevölkerung) in HRO, als in den Landkreisen MSE und VG. In HRO übersteigt die Anzahl an männlichen Vereinsmitgliedern im Alter von 7 bis 14 Jahren sogar die Gesamtzahl an Einwohnern dieser Gruppe. Möglicherweise ist dies auf Vereinsmitgliedern aus umliegenden Regionen zurückzuführen, die in der Regiopole ein vielfältigeres Angebot vorfinden, damit vereinbar wären die vergleichsweise niedrigen Mitgliedszahlen im Landkreis HRO. Ein ähnliches Bild zeigte sich in anderen Untersuchungen zum Vergleich städtischer mit ländlich-peripheren Regionen, in denen Kinder und Jugendliche mit besserer städtischer Anbindung eher kommerzielle Sportangebote oder andere Freizeitangebote nutzten und junge Menschen ländlicher Regionen häufiger im Verein organisiert Sport trieben (Burrmann et al., 2025).

Abbildung 3. *Entwicklung des Anteils männlicher LSB-Mitglieder je Altersgruppe. Dargestellt ist das Verhältnis zur Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe in M-V.*



Quelle: LSB M-V Statistik der Mitgliederentwicklung 2017-2025. Eigene Darstellung.

Abbildung 2. *Entwicklung des Anteils weiblicher LSB-Mitglieder je Altersgruppe. Dargestellt ist das Verhältnis zur Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe in M-V.*



Quelle: LSB M-V Statistik der Mitgliederentwicklung 2017-2025. Eigene Darstellung.

Lupenregion	0 – 6 Jahre		7 – 14 Jahre		15 – 18 Jahre		19 – 26 Jahre	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
MSE	24,06	24,51	55,54	58,33	41,94	43,25	24,34	25,13
HRO	65,94	66,65	119,13	129,39	84,20	92,15	49,07	52,20
VG	23,22	23,26	59,88	60,82	48,39	50,49	35,33	36,47

Tabelle 1. *Anteil männlicher LSB-Mitglieder an Gesamtbevölkerung jeweiliger Lupenregion. Quelle: LSB M-V Statistik der Mitglieder 2025, eigene Darstellung.*

Lupenregion	0 – 6 Jahre		7 – 14 Jahre		15 – 18 Jahre		19 – 26 Jahre	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
MSE	22,95	22,83	41,49	43,08	24,08	24,66	12,61	12,22
HRO	51,75	51,67	80,61	83,98	43,99	47,32	18,85	19,69
VG	27,28	28,61	47,28	50,61	30,0	32,58	20,24	20,48

Tabelle 2. *Anteil weiblicher LSB-Mitglieder an Gesamtbevölkerung jeweiliger Lupenregion. Quelle: LSB M-V Statistik der Mitglieder 2025, eigene Darstellung.*

Auch in M-V ist über alle Altersgruppen bis 27 Jahre Fußball mit Abstand die beliebteste Sportart unter Jungen und jungen Männern, dies gilt insbesondere für die 7- bis 14-Jährigen. Aber auch unter Mädchen und jungen Frauen zählt Fußball zu den beliebtesten Aktivitäten, wenn auch nicht an erster Stelle (LSB M-V, 2025). Die Beliebtheit anderer Sportarten unterscheidet sich je nach Altersgruppe. Für Jungen unter 6 Jahren steht Turnen an zweiter Stelle, anschließend folgen andere Ballsportarten, Schwimmen und Leichtathletik. Mädchen dieser Altersgruppe bevorzugen Turnen, Ballsportarten, Schwimmen, Tanzsport und Leichtathletik. Im Altersbereich 7 bis 14 Jahre gewinnen bei Jungen Kampfsportarten (Judo, Boxen, Karate) an Beliebtheit, bei Mädchen erhält der Pferdesport Zuwächse. Von 15 bis 18 Jahren nehmen die Vereinsmitgliedschaften des Großteils der Sportarten ab, Zuwächse gibt es bei Jungen lediglich im Bereich Fitness und Gewichtheben, dieser Trend setzt sich bis in die Altersgruppe 19 bis 26 fort, hier steht diese Sportart nach Fußball an zweiter Stelle, darauf folgen Volleyball und Boxen. Bei Frauen dieser Altersgruppe dominiert der Pferdesport und es zeigen sich gegenüber jüngeren Altersgruppen zunehmende Vereinsmitgliedschaften im Bereich Fußball. Im Vergleich zum Vorjahr 2024 zeigt sich ein Trend zur weiter zunehmenden Beliebtheit der Sportarten Fußball, Gewichtheben und Fitness, sowie im Bereich von Sportangeboten für Menschen mit Behinderung, während besonders die Sportart Turnen stark an Beliebtheit verliert (LSB M-V, 2025).

Es zeigen sich auch in M-V deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Sportverhalten, was Empfehlungen zu einem Fokus auf die sportlich aktive Gestaltung des Alltags junger Frauen mit differenzierten Angeboten, Maßnahmen zur Förderung der Gleichstellung und zum Abbau traditioneller Geschlechterrollen und Barrieren unterstützt (Göttlich et al., 2025). Nach aktuellen Studien scheinen besonders Ansätze erfolgsversprechend zu sein, die mehrere Stakeholder (z.B. Schule und Eltern) einbeziehen und neben Sport auch auf anderen Ebenen, wie Mediennutzung und Ernährung, ansetzen (van Sluijs et al., 2021).

Ableitungen in Bezug auf das Bewegungsverhalten in M-V. Schmidt et al. (2021) schlagen den weiteren Ausbau von Grün- und Spielflächen in Städten und insbesondere in Ortsteilen mit einem hohen Anteil sozial schwächer gestellter Familien vor, um ein adäquates Aktivitätsniveau für Kinder und Jugendliche vulnerabler Gruppen zu ermöglichen (Schmidt et al., 2021). Zudem könnten ein Ausbau von Onlineangeboten für Personen mit mobilen Einschränkungen sowie neue Techniken der virtuellen und erweiterten Realität und die Bereitstellung von Informationen für Eltern über die Bedeutung körperlicher Aktivität und des Spielens im Freien, vielversprechende Ansätze darstellen (Schmidt et al., 2021). Um die Teilhabe sozioökonomisch benachteiligter junger Menschen am Sportangeboten zu verbessern, wäre eine Sensibilisierung und Schulung von Vereinsverantwortlichen und Trainer:innen zum Thema hilfreich (Bartsch et al., 2025). Einen weiteren Ansatzpunkt könnte die Einführung von Mentoring- und Pat:innenprogrammen oder Buddy-Systemen sowie Anti-Mobbing und Anti-Gewalt Richtlinien darstellen (Bartsch et al., 2025). Niedrigschwellige Sportangebote ohne Voraussetzung einer Mitgliedschaft könnten den Einstieg für junge Menschen erleichtern (Bartsch et al., 2025).

4.2.5 Versorgungssituation im Bereich psychischer Gesundheit

Für M-V wird bis 2040 durch sinkende Geburtenzahlen und selektive Abwanderungen besonders jüngerer Menschen in allen ländlichen Regionen ein signifikanter Umbruch der Altersstruktur erwartet (Ministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Tourismus und Arbeit M-V, 2019). Während ein abnehmender Anteil der unter 20-Jährigen und 20 bis unter 67-Jährigen prognostiziert wird, wird eine Zunahme des Anteils der über 67-Jährigen erwartete und eine damit einhergehende Abnahme der Erwerbsfähigen (BBSR, 2024). Bundesweit wird im Vergleich der Fachgruppen für Kinder- und Jugendpsychiater:innen die stärkste Zunahme in der Beanspruchung bis 2035 prognostiziert (+27 %), wobei diese Prognose die Pandemiefolgen noch nicht berücksichtigt. Auch für die Beanspruchung von Kinder- und Jugendmediziner:innen wird ein Zuwachs erwartet (+3 %) (Hering, Schulz & Czihal, 2023).

Im Bereich der Niederlassung verzeichnet die KVMV (Stand 19.2.2025) 94 Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin in M-V, und 459 Psychotherapeut:innen. Die Fach-

arztgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wird nicht gesondert ausgewiesen. Hinzu kommen im Bereich der KVMV noch 41 angestellte Pädiater:innen und 62 angstellte Psychotherapeut:innen.

Abbildung 5. *Bedarfsplanung Psychotherapie KV M-V.*

Fachgebiet Psychotherapie – Mindestquote in gesperrten Planungsbereichen

Planungsbereiche	PSY	Ärztliche PT	nur Kinder und Jugendliche betreuende PT	Psycho-somatiker
Kreisfreie Städte				
Rostock, Hansestadt	-	-	-	-
Landkreise				
Bad Doberan	-	-	-	-
Demmin	x	3,5	-	-
Güstrow	x	1	-	-
Ludwigslust inkl. Amt Neuhaus	-	-	-	-
Müritz	x	-	-	1
Parchim	x	2	-	-
Rügen	x	1	-	-
Uecker-Randow	x	1,5	-	-
Kreisregionen				
Greifswald/OVP	-	-	-	-
Neubrandenburg/ MST	x	-	-	3,5
Stralsund/NVP	x	0,5	-	-
Schwerin/Wismar/ NWM	x	0,5	-	-
gesamt in M-V		**10**	**0**	**4,5**

x = gesperrte Planungsbereiche; Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten;
■ = partielle Öffnung

Quelle: KV M-V Bedarfsplanung 2024.

Abbildung 4. *Bedarfsplanung Pädiatrie KV M-V.*

Fachgebiet Pädiatrie

Planungsbereiche	PÄD
Rostock	x
Bad Doberan	x
Demmin	0,5
Güstrow	x
Ludwigslust inkl. Amt Neuhaus	3
Müritz	x
Parchim	2
Rügen	x
Uecker-Randow	1
Greifswald	x
Ostvorpommern (OVP)	1
Neubrandenburg	x
Mecklenburg-Strelitz (MST)	1,5
Stralsund	x
Nordvorpommern (NVP)	1
Schwerin	x
Wismar/NWM	1,5
gesamt in M-V	**11,5**

x = gesperrte Planungsbereiche;
Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten;
■ = partielle Öffnung

Quelle: KV M-V Bedarfsplanung 2024.

Abbildung 6. *Bedarfsplanung u.a. Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.*

Bedarfsplanung **spezialisierte fachärztliche Versorgung**

Planungsbereiche	ANÄ	KJPSY	RAD	INT FÄ	Rheumatologen
Raumordnungsregionen					Minimalquote 8 %
Mecklenburgische Seenplatte	x	1	x	x	-
Mittleres Mecklenburg/Rostock	x	x	x	x	-
Vorpommern	x	x	x	x	-
Westmecklenburg	x	3	x	x	-

x = gesperrte Planungsbereiche; x = Fachgebiete mit einem Versorgungsgrad über 140 Prozent*; Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten

Quelle: KV M-V Bedarfsplanung 2024.

Kinder- und jugendmedizinische Versorgungssituation in den Lupenregionen. Was die hausärztliche Versorgung in den Lupenregionen betrifft, sind HRO inklusive Umland sowie die Regionen Greifswald, Anklam, Ueckermünde und Neustrelitz nach Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) ausreichend versorgt (KV M-V, 2024b). Eine (drohende) Unterversorgung betrifft für MSE die Bereiche Neubrandenburg (und Umland), Demmin und Waren; für VG die Bereiche Pasewalk und Wolgast (Kassenärztliche Vereinigung M-V, 2024). Im Bereich der Pädiatrie besteht innerhalb der Lupenregion MSE eine Unterversorgung der Bereiche Demmin und Mecklenburg-Strelitz, innerhalb VG der Bereiche Uecker-Randow und Ostvorpommern (Kassenärztliche Vereinigung M-V, 2024). Für den Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht ein ungedeckter Bedarf in der Lupenregion MSE (Kassenärztliche Vereinigung M-V, 2024). Laut Planung der KVMV besteht auf Grundlage der Anzahl an Einwohner:innen der Regionen HRO und VG kein Mangel in der Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater:innen. Nach Versorgungsanalysen des Zentralinstituts kassenärztlicher Versorgung (ZI) ergibt sich auf Grundlage der Bevölkerungsprognose des BBSR dieser Regionen zwar eine Abnahme der Beanspruchung der Fachgruppe, wird zusätzlich jedoch der Trend der Inanspruchnahme der letzten Jahre berücksichtigt, prognostiziert das ZI einen Anstieg (Hering et al., 2023). Dabei wird die Inanspruchnahme möglicherweise eher unterschätzt, da Pandemiefolgen nicht in die Vorhersage eingeschlossen wurden (Hering et al., 2023).

Was die ambulante Versorgung für Kinder und Jugendliche betrifft gab es im Mai 2025 nach Angaben der KVMV in der Lupenregion VG (ohne Greifswald) 12 Kinder- und Jugendmediziner:innen, 91 Hausärzt:innen, 8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen sowie 3 Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Dabei konzentrieren sich die Praxen der Kinder- und Jugendmediziner:innen in den größeren Orten Pasewalk (4) und Wolgast (3), die der Hausärzt:innen in Anklam (10) und Ueckermünde (10) (KV M-V, 2024a). In der Lupenregion MSE gab es zum Erhebungszeitpunkt 18 Kinder- und Jugendmediziner:innen, 113 Hausärzt:innen, 22 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen und 2 Kinder- und Jugendpsychiater:innen. Hier konzentrierten sich die Praxen besonders auf die Orte Waren, Demmin und Neubrandenburg.

Für HRO waren 34 Kinder- und Jugendmediziner:innen eingetragen, 108 Hausärzt:innen, eine Praxis und 2 MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 28 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen.

Stationäre Versorgung. Nach dem neuesten Krankenhausplan des Landes M-V bestehen vier Zentren für Kinder- und Jugendmedizin an den großen Krankenhäusern des Landes (UMR, UMG, Schwerin, Neubrandenburg) (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport, 2025) Diese sollen u.a. die Versorgung koordinieren und die Intensivmedizinische und

spezialisierte Versorgung im Land sichern. Daneben bestehen regionalisiert weitere Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in M-V. Insgesamt stehen 451 Planbetten in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung, die regional verteilt sind, und zusätzlich 30 tagesklinische Plätze. Die Bettenzahl hat sich in den letzten Jahren reduziert, was sich sowohl mit der sinkenden Kinderzahl in M-V begründen läßt, wie auch dem Trend einer Ambulantisierung der Behandlung von Erkrankungen im Kindesalter.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie stehen 188 vollstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung und 198 teilstationäre Plätze. Die Bettenmessziffer (BMZ) für die verfügbaren Plätze liegt über dem Bundesdurchschnitt, was bedeutet, dass nicht von einer Unterversorgung an Behandlungsplätzen auszugehen ist. Insbesondere die tagesklinischen Plätze sind regional verteilt, was dem Anspruch der wohnortnahen Versorgung entspricht. Einerseits halten die Träger der stationären Versorgung Außenstellen für die tagesklinische Versorgung vor, zum anderen gibt es zwei Anbieter rein tagesklinischer Angebote in M-V (HRO und LRO).

Abbildung 7. *Entwicklung der Betten für Kinder- und Jugendmedizin M-V.*

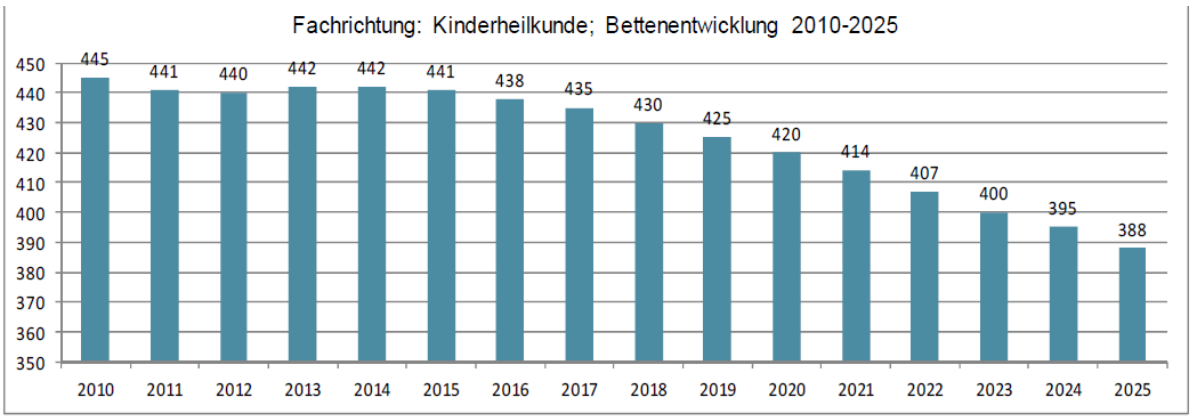


Abb. 13: Bettenentwicklung 2010-2025 – Kinderheilkunde

Quelle: Krankenhausplan M-V 2025 (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport, 2025).

Jede Klinik bietet zudem mittels der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) Versorgung entsprechend den Kriterien der PIA-Rahmenvereinbarung an. Gerade in Gebieten, in denen die ambulante fachärztliche Versorgung gering ausgeprägt ist, wird dadurch auch die fachärztliche Grundversorgung sichergestellt. Da bis auf eine Klinik (Schwerin) alle Kliniken die Vergütungsmöglichkeit von Einzelleistungsabrechnung nach dem sog. Bayerischen Modell nutzen, ist damit auch die bedarfsgerechte Versorgung nach den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen gesichert. Gerade hinsichtlich der Probleme, die absehbar in der Zu-

kunft im Bereich der ambulanten Versorgung entstehen werden, werden die PIAs eine zunehmende Bedeutung in der Versorgung von psychisch erkrankten Minderjährigen spielen, sowohl was schwer und chronisch Erkrankte angeht, aber auch im Rahmen der frühen Diagnostik und dem Case-Management hinsichtlich weiterer an der Versorgung beteiligter Institutionen (innerhalb und außerhalb des SGB V). Die bisherige Finanzierung im Krankenhauswesen berücksichtigt nur hinsichtlich der Investitionskosten bauliche Maßnahmen für voll- oder teilstationäre Plätze. Für die Zukunft muss hier eine Umstellung erfolgen, da gerade wohnortnahe und ambulante Angebote verstärkt sowohl notwendig werden, wie auch inhaltlich wie personell im Rahmen des Fachkräftemangels die Versorgung sicherstellen werden. Angebote wie stationsäquivalente Behandlung (StäB) sind in M-V nicht etabliert. Diese Behandlungsform wurde insbesondere in Bundesländern etabliert, die eine pauschalierende PIA-Vergütung hatten. Da in M-V mit den PIA-Regelungen gute Voraussetzungen auch für Hometreatment bestehen, ist zu prüfen, ob tatsächlich die derzeit eher starren Stäb-Regularien die Versorgung verbessern werden, oder eine intensivierte PIA-Behandlung. Jedenfalls besteht die dringende Notwendigkeit, aufsuchende Angebote in M-V zu incentivisieren, um diese auch zu etablieren.

Ausbildungssituation für medizinisch-psychotherapeutischen Nachwuchs. M-V hat mit zwei medizinischen Fakultäten und einer psychologischen Fakultät gute Voraussetzungen für die Generierung entsprechend notwendigen Nachwuchs für die Zukunft.
Sowohl Medizin wie Psychologie verzeichnen einen Zuwachs an Studierenden (CHE Hochschuldaten, 2025). Für die Zukunft wird es von besonderer Bedeutung sein, die Absolventen auch im Land zu halten; generell sind bei einer hohen Quote von Studierenden, die aus dem Land kommen, dafür die Voraussetzungen gut (Bildungs Spiegel, 2024). Gleichwohl bedeutet dies nicht, dass junge Fachkräfte gleichermaßen in den disparaten Gebieten M-V arbeiten werden. Sowohl die Quote derer zu verbessern, die im Land studieren, wie die Quote der Absolvent:innen, die im Land bleiben, ist in M-V von daher in der Zukunft zu verbessern, birgt aber eben auch Potential (Jobvalley, 2022; Studitemps, 2019). Insofern werden die Universitäten für die Sicherung der Gesundheitsversorgung in M-V in der Zukunft eine entscheidende Rolle spielen.

Hinsichtlich der Ausbildung zu Fachpsychotherapeuten ist an der Universität Greifswald im Land die Voraussetzung geschaffen worden. Die Kooperation mit entsprechenden regionalen Ausbildungsstätten, Kliniken, aber auch Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe wird hier in der Zukunft entscheidend sein, um die Weiterbildungskandidat:innen auch für die regionale Versorgung zu gewinnen. Hier sind auch die strukturellen Voraussetzungen neben der zentralen Aus- und Weiterbildungsstätte in Greifswald in den regionalen Aus- und Weiterbildungsstätten zu schaffen in der Zukunft.

5 Erhebung der Expert:innenperspektive in den Lupenregionen

Der Einbezug von Expert:innen aus den Lupenregionen VG, MSE und HRO im Rahmen der Expertise diente sowohl der Bestandsaufnahme bestehender Angebote, als auch der Abbildung von Entwicklungen in den Bereichen psychischer Gesundheit und Sport. Zudem sollten für die jeweilige Lupenregion spezifische Faktoren, die die Angebotsentwicklung gegebenenfalls ermöglichen oder erschweren sowie best-practice Modelle als Lösungsansätze exploriert werden. Zur Auswahl der Expert:innen wurde auf bestehende Netzwerke zu den relevanten Lebenswelten junger Menschen in den Gebietskörperschaften zurückgegriffen (z.B. AG 78, kommunale Gesundheitsplanung, KipsFam). Im Zuge des Auswahlprozesses der Gruppendiskussionsteilnehmer:innen wurden die Fragestellungen und Themenkomplexe zunächst mit einzelnen Kontaktpersonen aus den Lupenregionen besprochen. Anschließend wurden mit den Kontaktpersonen weitere Teilnehmer:innen für die leitfadenstrukturierten Gruppengespräche regional spezifisch eruiert und in der Folge kontaktiert. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass alle relevanten Bereiche (Kita, Schule, Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Sport etc.) in den jeweiligen Gruppengesprächen sind und dass die Expertisebereiche der Teilnehmer:innen möglichst vielfältige Aspekte der Kinder- und Jugendgesundheit unter Berücksichtigung der heterogenen Lebenswelten in M-V abdecken. Neben der Diskussion der allgemeinen Expertisethemen wurden in den Regionen unterschiedliche Schwerpunkte in Bezug auf regional spezifische Herausforderungen gewählt (z.B. in MSE die Gesundheitsversorgung, in HRO Schulfragen).

Die Expert:innen wurden im Rahmen leitfadenstrukturierter Gruppengespräche nach ihrer Perspektive zu den für die Expertise relevanten Themenbereichen sowie zu „best-practice“ Modellen bzw. zu Modellen und Initiativen, die in der Region eher gescheitert sind, befragt. Insgesamt konnten 14 Akteur:innen für die Gruppendiskussionen gewonnen werden. Die Tätigkeitsbereiche der Expert:innen umfassten den öffentlichen Gesundheitsdienst, die kommunale Kinder- und Jugendhilfeplanung, Träger der freien Kinder- und Jugendhilfe, Prävention, Schule, die öffentliche Gesundheitsversorgung, regionale Fachverbände und den Sport.

Die qualitativen Erhebungen wurden in zweistündigen Gruppensitzungen als Videointerviews durchgeführt. Den Teilnehmer:innen wurden einführend die Fragestellungen der Expertise vorgestellt und spezifische relevante Daten für die Region präsentiert. Anschließend diskutierten die Expert:innen anhand der Leitfragen und mit spezifischem Bezug auf die Region und bestimmte Unterregionen innerhalb der Gebietskörperschaft. Dabei wurden gegebenenfalls vertiefende Fragen durch die Moderation gestellt.

Die Interviews wurden audio-visuell aufgezeichnet und protokolliert. Die Aufnahmen wurden im Anschluss komplett abgehört um eventuelle Lücken im Protokoll zu füllen. Auf eine vollständige Transkription und computergestützte Auswertung wurde aus forschungsökonomischen Gründen und in Anbetracht des rein inhaltsanalytischen Forschungsinteresses sowie des empirisch vorstrukturierten Leitfadens verzichtet (Ruddat, 2012). Die Auswertung erfolgte deduktiv in Anlehnung an die Methode der zentralen Aussagen (Zwick & Schröter, 2012). Die Protokolle wurden anhand des Interviewleitfragens so strukturiert und zusammengefasst, dass sich die zentralen Aspekte des Gesprächs herauskristallisierten (Ruddat, 2012). Ein zentraler Diskussionsaspekt zeichnete sich dabei sowohl durch Frequenz, als auch eine gewisse Relevanz aus, die in der tiefergehenden Betrachtung durch die Diskussionsteilnehmer:innen hervortrat (Ruddat, 2012). Deutlich wurden Unterschiede in der Schwerpunktsetzung der diskutierten Ansätze (was auch an den unterschiedlichen Professionen der Teilnehmenden lag), als auch hinsichtlich der Themen, die in den Regionen Probleme bereiten (Stadt versus Landkreise).

Zusätzlich wurde ein Experte der sozialen Arbeit mit Kindern- und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Rahmen eines telefonischen Einzelinterviews von etwa einer Stunde zu Erfahrungen im Vereinssport befragt.

Zentrale Aspekte der Interviews, wie Ist-Stand der Region (relevante Angebote und Inanspruchnahme), Prognose der Situation bis 2040 einschließlich relevanter Zielgruppen un, Maßnahmen und spezifischer Aspekte der jeweiligen Lupenregion sowie die spezifischen Bereiche, aus denen sich die jeweiligen Gruppen zusammensetzten, werden in Folge getrennt nach den Lupenregionen dargestellt.

5.1 Lupenregion HRO

Für die Lupenregion HRO interviewten zwei Moderatoren und eine wissenschaftliche Mitarbeiterin vier Expert:innen, deren Arbeitsbereiche die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, die Prävention, die Schule und den öffentlichen Gesundheitsdienst umfassten.

5.1.1 Bedingungen mit besonderem gesundheitlichen Stresspotential

Schule wird als Sozialisations- und Lernraum für die Gesundheit als essentiell angesehen, aber auch als eine Infrastruktur, die durchaus zu Teilen als positiver förderlicher Ort gefährdet ist. Hinsichtlich der personellen Situation an Schulen bestünden zwar genügend Stellen, allerdings käme es zunehmend zu Personalausfällen unter Lehrer:innen, die durch einen Anstieg an verhaltensauffälligen Kindern in den Klassen stark belastet seien. Dies wiederum führe zu Aufteilungen der Klassen und eine Übernahme des Unterrichts durch Stu-

dent:innen und Quereinsteiger:innen, was für Schüler:innen durch Abbruch sozialer Beziehungen und schlechter ausgebildetes Personal eine zusätzliche Belastungssituation darstelle. Vor dem Hintergrund sozialer Segregationsentwicklungen in HRO und stark ausgelasteten Schulen seien Umlenkungen von Kindern an Schulen in beispielsweise eher benachteiligte Regionen wie Dierkow, Toitenwinkel oder Lichtenhagen entgegen der Wünsche der Eltern eine weitere Herausforderung, die mit einer negativen Erwartungshaltung der Eltern bei Einschulung einherginge. Dem gegenüber seien Kitas inzwischen deutlich weniger stark ausgelastet. Innerhalb weniger Jahre habe sich eine Entwicklung zu einer zunehmenden Anzahl an unbesetzten Kitaplätzen vollzogen, sodass Eltern in diesem Bereich den Standort wählen könnten.

Für die Schulen wird eine ähnliche Entwicklung durchaus erwartet, so dass in HRO eher eine positive Erwartung besteht, dass sich in der Zukunft die räumliche und personelle Situation entspannen könne. Dazu müssten aber Konzepte erarbeitet werden, wie z.B. eine Anpassung von Räumen, Bedarfszahlen etc., während eine lediglich lineare Reduktion der Angebote die Probleme eher perpetuieren würde.

Hervorgehoben wurde auch, dass die Integrationsleistung im Schulbereich was geflüchtete Minderjährige angehe gerade im Schulamtsbereich HRO sehr hoch sei. Gleichzeitig bedürfe dies auch besonderer Anstrengungen.

Eine besondere Entwicklung in HRO sei das Angebot durch Privatschulen. Diese würden zum Teil Segregationstendenzen verstärken und von Eltern oft als eine Art „Rettungsanker“ bei diversen Problemen gesehen werden. Defacto sei es aber so, dass nicht jedes Kind sich gut in die Privatschulen einfinden könne und nicht immer würden die Privatschulen der Erwartungshaltung der Eltern gerecht werden. Oftmals käme es dann wiederum zu einem Wechsel auf eine staatliche Schule, was ebenfalls eine Belastung für Schulen und Kinder darstelle.

Als Entwicklung mit gesundheitlicher Relevanz sieht der Experte zudem eine Zunahme an Schüler:innen, die auf Bestrebungen der Eltern eine Gymnasiallaufbahn einschlagen, obwohl von Seiten der Lehrer:innen keine Gymnasialempfehlung vorliegt. Dies erzeuge einen hohen Leistungsdruck und psychische Belastungen wie Prüfungsangst, oft käme es vor, dass Schüler:innen das Gymnasium mit einem mittleren Reifeabschluss verlassen oder aber ein Studium für eine anschließende Berufsausbildung abbrächen. In Folge besetzen Absolvent:innen mit Abitur zunehmend Berufsfelder, in denen zuvor Absolvent:innen mit mittlerer Reife dominierten. Es bestehe eine Tendenz zum „gap year“ und die frühere Stringenz und der gradlinige Verlauf von Schule, Ausbildung und Berufsleben sei oftmals nicht mehr gegeben.

Die Expert:innen äußern, es könnten vermehrt Defizite in der grundlegenden Motorik (z.B. Rückwärtsgehen) und generell Entwicklungsverzögerungen, sowie ein hoher Anteil übergewichtiger Kinder wahrgenommen werden. Nach Einschätzung der Expertin ist dies teilweise

auf die Covid-19 bedingten Einschränkungen in Bewegungsangeboten und Alltagsbewegung (Schließung von Spielplätzen und Sportstätten, kein Zugang zu Spielflächen, keine aktiven Wege) zurückführbar, die mit sichtbaren Nachwirkungen auf die motorische Entwicklung einhergehen würden. Die Angewiesenheit auf digitale Medien zu Pandemiezeiten hätte einerseits zu einer Kompetenzentwicklung geführt, andererseits hätten sich die Gewohnheiten der Mediennutzung stark etabliert und die klassische physische Bewegung abgelöst. Ebenso würden sich Nachwirkungen ausgefallener Vorsorgeuntersuchungen in Schulen auf die Zahngesundheit zeigen. Auch im Schulkontext hätte sich die Covid-19 Pandemie auf Abschlüsse und die soziale Anbindung ausgewirkt

5.1.2 Versorgung, Inanspruchnahme, ungedeckte Bedarfe

Eine Expertin der sozialpsychiatrischen Versorgung Kinder und Jugendlicher berichtet einen Anstieg in der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote der Jugend-, Familien- und Integrationshilfe, insbesondere in Bezug auf Unterstützungsanfragen für jüngere Kinder im Kita-Alter. In dieser Hinsicht habe sich auch die Zielgruppe für Betreuung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe geändert: die betreuten Kinder seien deutlich jünger geworden, zudem seien die Bedarfe komplexer. Innerhalb HROs ließen sich Unterschiede in Bezug auf die Antragsstellungen für Hilfen wahrnehmen: Familien mit mittleren oder höherem SES stellten zunehmend Anträge auf Leistungen nach HzE oder Integrationsleistungen. So würden Expert:innen z.B. im Bereich der Innenstadt (mit bekannt höherem SES der Eltern) eine erhöhte Anspruchshaltung feststellen, mit der Familien unterschiedlicher sozioökonomischer Hintergründe begleitende Hilfen beantragen. Die hohe Erwartungshaltung an staatliche Unterstützung könne zu einer Ressourcenallokation und Überforderung der Systeme führen. Durch unterschiedliche Ressourcen in der Antragstellung befürchtet die Expertin ein Ungleichgewicht in der Unterstützungsleistung zugunsten sozial besser gestellter Familien. Ein Experte aus dem Bereich der Schulverwaltung bestätigt die Zunahme an Anträgen auf zusätzliche Unterstützung, besonders in Grundschulen und berichtet zudem eine Zunahme von stark belasteten Eltern, die Gespräche in Anspruch nehmen.

Ein erhöhter Versorgungsbedarf mit sozialpsychiatrischen Angeboten ist laut der Expertin auch unter jungen Erwachsenen in Ausbildungen und Student:innen ersichtlich. Als Reaktion auf ein Belastungserleben in Ausbildungen würden demnach vermehrt Depressionen und Angsterkrankungen auftreten, was nach Einschätzung von Expert:innen teilweise auf eine Zunahme mangelnder Kompetenz junger Menschen im Umgang mit herausfordernden Alltagssituationen, einer eingeschränkten Belastungsfähigkeit sowie auf fehlendes Durchhaltevermögen zurückführbar sei. In Folge käme es vermehrt zu Ausbildungsabbrüchen. Dem könne durch eine ausführliche Vorbereitung der Berufsbilder entgegengewirkt werden. Es bestünden in dieser Hinsicht bereits relevante Angebote in Form von Firmenpräsentationen auf

Jobmessen, Berufsberater:innen in Schulen, Angebote der Agentur für Arbeit und beruflicher Schulen sowie Jobcoaches der Abteilung für Jugendsozialberatung. Gerade Jobcoaches würden von jungen Menschen vermehrt in Anspruch genommen.

Schulen seien mittlerweile gut mit digitalen Medien ausgestattet und es würde eine gute Annahme des neuen didaktischen und methodischen Materials zur Unterrichtsgestaltung erfolgen. In Reaktion auf auffälliges Handynutzungsverhalten und Cybermobbing erfolge die Einbindung des schulpsychologischen Dienstes und es würden Schulungen der Lehrer:innen durchgeführt. Hinsichtlich der Medienpädagogik befänden sich von Seiten der Schulämter Medienentwicklungspläne und medienpädagogische Begleiter:innen in konzeptioneller Umsetzung. Diesbezüglich seien gute Voraussetzungen geschaffen worden.

In Bezug auf gesunde Ernährung und die Versorgung mit Schulessen berichtet ein Experte, dass in der Grundschule noch ein sehr großer Anteil der Schüler:innen mit Schulessen versorgt wird, in den höheren Klassenstufen würden Schüler:innen das Angebot deutlich weniger in Anspruch nehmen. Das Angebot des Schulessens solle in HRO in der Zukunft durch eine eigene kommunale Küche verbessert werden. Hier wird für die Zukunft angemerkt, dass die Qualität nur dann einen Effekt habe, wenn auch alle Kinder mit Bedarf erreicht werden. Derzeit sei es offenbar, dass z.B. eine nicht geringe Anzahl Schüler:innen ohne Frühstück in die Schule käme, was Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit hätte. Darauf hätte man mit dem Projekt „gesundes Frühstück“ von der Tafel HRO reagiert, das von einigen Schulen in Anspruch genommen werde. Gerade in sozial benachteiligten Gebieten seien solche Angebote essentiell und auch die Mittagsversorgung durch gemeinnützige Angebote sei dort oft die einzige Mahlzeit der jungen Menschen. Als Lösungsansatz wird auch benannt, dass in dieser Hinsicht Elternarbeit notwendig sei, um ein Problembewusstsein zu schaffen, so würde es beispielsweise Angebote in einigen Wahlfächern geben, in denen zusammen mit den Eltern gekocht werde.

Die partizipative Einbindung von Schüler:innen, Eltern und Lehrer:innen in wesentliche Entscheidungen der pädagogischen und öffentlichen Arbeit erfolge über Schulkonferenzen, die zusammen mit dem Schulträger stattfinden. Bis jetzt sehe das Schulgesetzt eine Mitwirkung ab Klasse 5 vor, dies solle in naher Zukunft geändert werden, sodass Schüler:innen schon ab der dritten Klasse an Schulkonferenzen mitwirken. In Kitas bestehe mit dem Kita-Beirat ein vergleichbares Angebot zur Partizipation.

Aus Expert:innenperspektive sei HRO mit einer hohen Dichte an Schulen, Kitas, Kinder- und Jugendpsychiater:innen und Schulsozialarbeiter:innen sehr gut aufgestellt, was die Versorgung Kinder- und Jugendlicher betrifft. Ein Versorgungsdefizit bestünde allerdings in Bezug auf spezialisierte präventive Angebote mit langfristiger Finanzierung zur Suchtprävention bei jungen Menschen, die schon sehr früh mit dem Konsum beginnen sowie auffälligem

Medienkonsum. Als große Ressource zur Prävention sollten die Schuleingangsuntersuchungen stärker genutzt werden, besonders im Hinblick auf psychische Erkrankungen. Sehr erfolgreich sei die seit zwei Jahren bestehende Nachsorge zum erleichterten Wiedereinstieg in die Regelschule für Kinder und Jugendliche, die während eines stationären oder tagesklinischen Aufenthaltes die Schule für Kranke besuchten.

5.1.3 Perspektive 2040 und relevante Zielgruppen

Psychische Belastungserscheinungen nehmen nach Expert:innenperspektive in jüngeren Altersgruppen zu und sind abgesehen davon besonders im Übergangsalter von Schule zu Ausbildungsbeginn (18-, 19- und 20-Jährige) auffällig.

Momentan sei der Raummangel in HRO ein Problem, neben Klassen- und Fachräumen gäbe es an Schulen kaum zusätzliche Räume, die eine Aufteilung von Schüler:innen und ein zusätzliches Fördern ermöglichen würden. Die prognostisch abnehmende Anzahl an Schüler:innen in HRO böte bei zukünftiger Drei- statt Vierzügigkeit der Klassenstufen neues sozial nutzbares Raumpotential, z.B. für Elterncafes, als Rückzugsmöglichkeit bei Verkleinerung von Gruppen oder den Hortbetrieb, was auch im Sinne einer attraktiveren Gestaltung der Schule als Lebensraum mit Ganztagsangeboten wäre. Ebenso seien auch in Kitas zusätzlich nutzbare Räume durch eine geringere Anzahl nachrückender Kinder zu erwarten. Unausgelastete Kitas sollten nach Einschätzung der Expertin nicht geschlossen werden, aber auch nicht vorrangig in stationäre Einrichtungen umgewandelt werden. Ebenso wichtig wären Angebote wie Elterncafes (auch zum Austausch zwischen Generationen), Ergotherapie oder Kinder- und Familienzentren mit einer Palette an Angeboten, um verschiedenen Bedarfen nachzukommen. Hinsichtlich der Etablierung von Generationen-/oder Familienzentren/-cafes wird angemerkt, dass es hier einer längerfristigen Planung, Konzeption und Moderation etc. bedürfe, weil diese Angebote ansonsten nach kurzer Zeit eher wieder „einschlafen“ würden.

5.2 Lupenregion MSE

Für die Lupenregion MSE befragten ein Moderator und eine wissenschaftliche Mitarbeiterin vier Expert:innen aus den Bereichen der stationären Kinder- und Jugendmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie der Verwaltung der Gebietskörperschaften von Gesundheit und Prävention.

5.2.1 Bedingungen mit besonderem gesundheitlichem Stresspotential

Ein in der medizinischen Versorgung tätiger Experte beobachtet eine zunehmende Adipositasprävalenz unter Kindern und Jugendlichen, wobei die Betroffenen ein immer früheres Erkrankungsalter aufwiesen und die Ausprägung immer extremer wäre. Betroffene Kinder und Jugendliche würden teilweise stationär betreut werden, es bestünden bereits in jungen

Jahren ernstzunehmende körperliche Auswirkungen und Komorbiditäten wie Hypertonus oder Fettleber, die ebenfalls behandlungsbedürftig wären und zu verlängerten Aufenthaltsdauern beitragen würden. Die rein stationäre Behandlung sei oftmals nicht langfristig wirksam, da schnelle Rückfälle in vorherige Gewohnheiten gängig seien. Eine Herausforderung sei mitunter das Problembewusstsein der Eltern, das auch von Bildungsfaktoren abhängig sei. Es würden sich in der Klinik wechselseitige Zusammenhänge zwischen Entwicklungsverzögerungen, Medienkonsum, ungesunder Ernährung und Übergewicht bemerkbar machen.

Im Hinblick auf die ausgedehnte Fläche der Region MSE bestünden oftmals weite Entfernungen zwischen Schulen und Wohnorten der Kinder und Jugendlichen. Dies gehe auch mit einer erschwerten Integration sozialer Kontakte aus der Schule in die außerschulische Freizeit einher und führe zu einer stärkeren Angewiesenheit auf Mediennutzung zur sozialen Vernetzung, z.B. über online Spiele. Nach Expert:innenperspektive würden Kinder und Jugendliche nach Selbstständigkeit streben und unter der Abhängigkeit vom Fahrdienst durch die Eltern leiden. Gleichzeitig würden weite Entfernungen weniger aktive Wege und damit weniger Bewegung bedeuten. Die Entwicklung sei im Landkreis sehr divers: In einigen Regionen bestünden sehr gute Voraussetzungen, wie in den Oberzentren und deren Umgebung, zum anderen gebe es Bereiche, die große Sorgen bereiten würden, etwa die Region Friedland, bei der die Ausdünnung der Angebote, die Infrastruktur und demografische Faktoren eher belastende Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen darstellen würden.

5.2.2 Versorgung, Inanspruchnahme, ungedeckte Bedarfe

Die Angebotsstruktur ist im Landkreis divers: in den Oberzentren ist sie eher gut ausgebildet, und auch in Bezug auf die Vernetzung im Rahmen von KipsFam zeige sich eine stärkere Kooperation. Die Präventionsbeauftragte sehe Erfolge durch die enge Einbindung und Vernetzung. Hinsichtlich des Beispiels Adipositas wird geschildert, dass zwar die medizinischen Angebote gut seien, aber vergangene Ansätze, Maßnahmen zu etablieren auch daran scheiterten, dass zu sehr aus dem medizinischen Bereich heraus gedacht wurde und die Angebote nicht mit anderen Bereichen vernetzt waren. So scheiterte die Etablierung einer Selbsthilfegruppe und auch gut gemeinte Maßnahmen wurden aufgrund des nicht ausreichend mitgedachten Stigmatisierungsaspekts nicht angenommen. Man bemühe sich um Angebote für Betroffene von Adipositas, allerdings sei die Hemmschwelle der Beteiligung durch die Stigmatisierung, die mit dem Zustand einhergeht, oft hoch. Bestrebungen beständen hinsichtlich einer Adipositas-Sprechstunde und Selbsthilfegruppen, um Rückfällen entgegenzuwirken. Potential wird in appgestützten Angebote zur Nachsorge nach Klinikaufenthalten und zur Vernetzung der Betroffenen untereinander gesehen, so hätten regelmäßige SMS zur Erinnerung einen Effekt auf die Aufrechterhaltung der Motivation. Als Präventionsprogramm für

gesunde Ernährung und Bewegung würde man das Projekt „Klasse 2000“ in Schulen durchführen, teilweise würden Schulen „gesunde Tage“ ohne Süßigkeiten veranstalten. Sichtbaren Erfolg hätten Präventionsprojekte zum Schutz vor sexuellen Übergriffen wie „Mein Körper gehört mir!“. In diesem Sinne solle man Präventionskonzepte zur Aufklärung über die Gefahren sozialer Medien, gesunde Ernährung oder Sucht-und Abhängigkeit stärker in das Bildungsangebot im Schul- und Kitasetting einbinden. Allerdings würden aufwändige Anträge zur Finanzierung und ein Mangel an Schulsozialarbeiter:innen dazu führen, dass sich Schulen nicht im gewünschten Maße beteiligen und die ausreichende Abdeckung der Schulen mit Präventionsangeboten sei aufgrund der knappen personellen Situation oft eine Herausforderung.

In ländlichen Regionen sei das Freizeitangebot für Kinder und Jugendliche oft schlecht. Wie in VG dominiere Fußball oder die Freiwillige Feuerwehr, für einige Kinder und Jugendliche wäre allerdings eher ein Angebot an Individualsportarten geeignet.

Die Expert:innen würden zur besseren Erreichbarkeit eine Integration von Freizeitangeboten in den Schulalltag empfehlen, so z.B. im Rahmen des Nachmittagsangebotes im Rahmen von Ganztagsschulen, auch um der Mediennutzung zuhause entgegenzuwirken. Abgesehen davon würde die Schule in ländlich peripheren Regionen als gut erreichbarer sozialer Raum an Bedeutung gewinnen, während die Wohnumgebung in dieser Hinsicht ungeeignet sei (Verkleinerung von Dörfern, große Distanzen). Insofern würden Ganztagsangebote an Schulen auch eine Möglichkeit zur sozialen Anbindung abseits digitaler Medien darstellen.

Die Expert:innen weisen auf die Notwendigkeit sicherer Fahrradwege und eines gut ausgebauten, günstigen ÖPNV-Angebotes hin, um Kindern und Jugendlichen Selbstständigkeit und die Erreichbarkeit von Angeboten sowie Bewegung im Alltag zu ermöglichen.

5.2.3 Perspektive 2040

Die Dichte an Pädiater:innen sei in der Region aus Perspektive der Expert:innen aktuell noch ausreichend, besonders im Vergleich zu anderen Regionen wie des Schweriner Umlandes, bis 2040 könnte sich durch Renteneintritte eine Ausdünnung der Versorgung ergeben und man gine von Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Stellen für Fachärtzt:innen aus. Die Region um Neubrandenburg profitiere hinsichtlich der medizinischen Versorgungssituation stark von der Klinik, die dementsprechend ein großes Einzugsgebiet aufweise und auch in der Zukunft sowohl für die Aus- und Weiterbildung, als auch die Versorgungssicherung eine wichtige Rolle spielen werde. Abzusehen sei eine teilweise Übernahme der pädiatrischen Versorgung durch Allgemeinmediziner:innen. Hier besteht fachlich eine Ambivalenz, da eine reine Versorgung der Kinder durch Hausärzte kritisch gesehen wird.

Perspektivisch rechne man mit einer Zunahme von Distanzen in MSE. Gleichwohl äußern die Befragten, dass trotz höherem Ressourcenaufwand eine Dezentralisierung für das psychische und physische Wohlbefinden der jungen Menschen der Region zielführender sei,

als eine Zentralisierung der Versorgungsangebote. Allerdings habe man kein Konzept, wie dies in Anbetracht des Fachkräftemangels erreicht werden kann.

5.3 Lupenregion VG

Das Interview für die Lupenregion VG wurde mit sechs Teilnehmer:innen, einem Moderator und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin durchgeführt. Die Gruppe setzte sich aus zwei Expert:innen aus dem Bereich des organisierten Sports und vier Expert:innen der sozialpsychiatrischen Versorgung Kinder- und Jugendlicher sowie der Verwaltung im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit zusammen. Dies betraf insbesondere den Arbeitskontext psychischer- und/oder suchtbelasteter Familien, schulischer Gesundheitsförderung und Prävention sowie psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen und Krisenintervention.

5.3.1 Versorgung, Inanspruchnahme, ungedeckte Bedarfe

Eine Expertin der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Region VG sieht besonders die Schule als relevantes Setting für Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung wie z.B. „verrückt- na und?“, die zunehmend integriert würden. Allerdings sei die Prävention in der Schule personell aufwändig und sie sieht einen ungedeckten Bedarf an Schulsozialarbeiter:innen. Auch läge ein systematischer Strukturaufbau der Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit externen Fachkräften, z.B. aus Suchtberatungsstellen, in der Verantwortung der Schule, z.B. durch Teilnahme an Programmen wie „gute gesunde Schule“ oder am Präventionsradar. Wichtig sei dabei, dass die Beratungsstelle, die die Präventionsarbeit an Schulen übernimmt, möglichst regional ansässig sei, um Schüler:innen die Möglichkeit zu geben, örtliche Ansprechpersonen kennenzulernen und aufzusuchen. Hier sei der Landkreis VG schlecht abgedeckt, besonders der Bereich Usedom. Die Präventionsangebote für das Schulsetting würden stark in Anspruch genommen werden, die Expertin bemerke zudem eine steigende Nachfrage aus dem Kita-Bereich. In Kitas ländlicher Regionen VGs, wie Pasewalk oder Löcknitz, gestalte sich die Vermittlung bei Auffälligkeiten durch schlechte Anbindung und lange Wartezeiten z.B. bei Psychotherapeut:innen schwierig. Die unzureichende Versorgungssituation in ländlichen Räumen bei schlechter ÖPNV-Anbindung und der Angewiesenheit auf den PKW erschwere es den Expert:innen ihre Lotsenfunktion bei schwerer Symptomatik wahrzunehmen.

Die Expertin berichtet:

„ (…) ich brauch keine Empfehlungen aussprechen, die ich gerne geben würde in Bezug auf - „was sind deine Hobbys?“, „was könnten Möglichkeiten sein?“ – wenn es dort in der Umgebung nur die Freiwillige Feuerwehr gibt oder Sport, in Bezug auf Fußball. (…) gerade viele Mädchen haben da keinerlei Angebote und da brauch ich auch keine Empfehlungen

aussprechen, wenn ich weiß, dass im Umkreis von einer halben/dreiviertel Stunde Fahrt oft gar nichts erreichbar ist."

In diesen Gebieten würde man im Sinne einer Priorosierung bei mangelnden Ressourcen zunächst zu versuchen, den Kontakt aufrechtzuerhalten, um zumindest einer weiteren Verschlechterung der Symptomatik entgegenzuwirken. Während die Bedingungen in Greifswald gut seien, sei es in Pasewalk, Löcknitz oder Ueckermünde schwer, Träger für eine längerfristige Zusammenarbeit zu erreichen. Eine weitere Expertin bestätigt die schlechtere Versorgungslage des Südens im Vergleich zum Norden VGs. Durch Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit und die damit einhergehende hohe Abhängigkeit der Inanspruchnahme von der Kooperation der Eltern, würden sie sich um niedrigschwellige Haus- und Schulbesuche bemühen, allerdings sei es durch personelle Einschränkungen kaum möglich, ganz VG abzudecken. Eine „Komm"-Struktur würde in Wolgast in Zusammenarbeit mit dem angegliederten Sozialpsychiatrischen Dienst gut angenommen werden. Nach Datenauswertungen der sozialpsychiatrischen Versorgung würden sich leichte Unterschiede in der Inanspruchnahme je nach Altersgruppe zeigen. Nur 10% der versorgten Kinder befänden sich in der Altersgruppe von 0-5 Jahren, da in diesem Bereich die Frühen Hilfen viel abdecken würden. Ansonsten würden sich die Kinder und Jugendlichen relativ gleichmäßig mit jeweils etwa 30% auf die Altersgruppen 6-10, 11-14 und 15-18 verteilen. Eine Versorgungslücke bestehe bei spezifischen Themen, besonders unterversorgt sei der Bereich der Essstörungen, für den Eltern sich eine Anlaufstelle und Selbsthilfegruppen wünschen würden. Auch ein weiterer Experte betont, dass neben bereits bestehenden Beratungsangeboten konkrete, spezifische Angebote wie Soziales Kompetenztraining oder sehr niedrigschwellige Gruppentreffen wünschenswert seien.

5.3.2 Digitale Angebote als Ergänzung in der Versorgung

Vor dem Hintergrund personeller Defizite und der schlechten Erreichbarkeit ländlich peripherer Regionen diskutierten die Expertinnen der Region VG, inwieweit die Nutzung digitaler Angebote eine Ergänzung in der Versorgung (Prävention und Intervention) von Kindern und Jugendlichern darstellen könne.

Im Sportbereich fänden insbesondere Schulungen online statt und man arbeite am Social Media Auftritt. Über Social Media Inhalte habe man bereits ungefähr 1000 zusätzliche Mitglieder anwerben können. Im Bereich der Sozialarbeit und dem kommunalen oder freien Sozial- und Gesundheitswesen funktioniere die digitale Vernetzung zwischen sehr gut und erleichtere die Arbeitsweise, auch durch eingesparte Fahrtzeit. In der Umsetzung mit Kindern und Jugendlichen sei es schwierig, datenschutzkonforme Formate für Gespräche zu finden, zudem müssten digitale Angebote niedrigschwellig und mit nicht allzu hohem Aufwand ver-

bunden sein. Schwierigkeiten in der Umsetzung seien zudem der Zugang Kinder und Jugendlicher zu einem Computer, auch stelle sich die Terminfindung für Kinder, die in Ganztagsangeboten betreut werden oft schwierig dar, weshalb die Facharbeiter:innen Kinder und Jugendliche eher in Schulen aufsuchen würden. Im Bereich der Intervention werden Möglichkeiten gesehen, appgestützte Entwicklungen, beispielsweise für Resilienztrainings, auch zur Stärkung der Selbstwirksamkeit oder zur Intensivierung von Kontaktmöglichkeiten anzubieten. Expert:innen könnten sich online durchgeführte Erstgespräche mit Angehörigen und Sorgeberechtigten vorstellen und digitale Angebote für Jugendliche ab 15 Jahren. In früheren Altersstufen sei der aktive Beziehungsaufbau, wie z.B. über Spielsituationen, besonders relevant. Ohnehin Es wird von den Expert:innen ein betont, digitale Lösungen als unterstützende, zusätzliche Angebote zu betrachten, die keinesfalls ein persönliches Gespräch ersetzen würden.

5.3.3 Sport- und Bewegungsangebote in der Region

Ein Experte aus dem Bereich des LSB VG berichtet von gut besuchten Sportvereinen, ansteigenden Mitgliedszahlen in den letzten 10 Jahren, einer Erholung vom Verlust 400 Mitglieder während der Covid-19 Pandemie und einer hohen Nachfrage besonders im Kita-Bereich.

Der Experte benennt einige relevante Projekte für Kinder und Jugendliche der Region. Zur Mitgliederakquise hätte man Flyer mit einer Auflistung der örtlichen Vereine an Haushalte verteilt mit dem Angebot von Gratismonaten zur Teilnahme. Besonders aktiv sei die Sportjugend M-V mit den Projekten „KinderBewegungsLand“ und „Schule&Verein“. Man hätte zudem in Zusammenarbeit mit der Universität Rostock den „Bewegungscheck“ für Drittklässler:innen und das Programm „sportlicher Erstklässler“ zur niedrigschwelligen Motivation jüngerer Kinder eingeführt. Zur Inklusion im Sport veranstalte man „interkulturelle Fußballturniere“ und „integrative Sportfeste“. Man würde Vereine dazu anhalten, Schutzkonzepte für Kinder zu erarbeiten und umzusetzen. Nach Einschätzung des Experten sollte mehr Elternarbeit stattfinden, durch die aktuelle Personalsituation konzentriere man sich allerdings zunächst auf bereits bestehende Projekte und versuche die Mitgliedszahlen zu halten.

Eine partizipative Einbindung Kinder und Jugendlicher in Vereinen sei über die selbst verwaltete Sportjugend möglich, die Jugendvertreter:innen wählen, die an Entscheidungen beteiligt seien und Wünsche junger Menschen einbringen würden. 70 bis 80% der Vereine hätten eine Jugendvertretung. Zudem gäbe es für 13- bis 15-Jährige die Möglichkeit eine Ausbildung mit einer Teillizenz als Juniortrainer:in zu absolvieren, was junge Menschen zusätzlich an Vereine binden würde.

In Bezug auf die Ausstattung der Region sei besonders die Schwimmhallensituation ausbaufähig, gerade im Bereich Usedom, in Stötteritz gäbe es eine Schwimmhalle, deren

Eintrittspreise nach Einschätzung des Experten allerdings zu hoch sind, um eine Zugänglichkeit für alle Gruppen zu gewährleisten.

Sozialpsychiatrisch tätige Expert:innen berichten, dass sie eine Versorgungslücke im Bereich niedrigschwelliger Sportangebote wahrnehmen. Für Kinder wäre die Hemmschwelle oftmals sehr hoch, einem Verein beizutreten, in dem andere Kinder schon lange und eventuell sogar auf Wettkampfniveau trainieren. Eine Wettkampfteilnahme an Wochenenden, verbunden mit Fahrtwegen, könne von Eltern möglicherweise ohnehin nicht ermöglicht werden. Zwar wäre zur Erleichterung des Einstiegs teilweise eine Begleitung von Kindern zum Training durch Fachkräfte möglich, dies sei aber personell aufwändig aufgrund des Fachkräftemangels insofern nur bedingt eine Lösung. Gut geeignet wären Angebote wie „Hanse-Kinder", in denen vor allem die reine Bewegung und nicht ein Leistungsanspruch im Vordergrund stehe. Besonders schwierig sei ein später Einstieg (7./8. Klasse) in beispielsweise Fußballvereine, die das Sportangebot des Landkreises dominieren. Der Experte des Sportbereichs bestätigt, dass im Alter von 15 oder 16 Jahren ein Beginn im Bereich der Mannschaftssportarten schwierig sei, man müsse dann auf Individualsportangebote wie Tanzen oder Kampfsport ausweichen

5.3.4 Perspektive 2040

Die Entwicklungen hinsichtlich Digitalisierung werden ambivalent wahrgenommen: bestimmte Gruppen, insbesondere solche, die besonders benachteiligt seien, wie Kinder, die fremdbetreut würden, benötigten weiterhin intensiven persönlichen Kontakt. Andererseits wird erkannt, dass der Fachkräftemangel wünschenswerte Angebote, die auf direktem persönlichen Kontakt beruhen, in der Zukunft erschweren wird, und demzufolge neue Modelle entwickelt werden müssen. Den Expert:innen ist es ein Anliegen, dass Projekten und Strukturen über Langzeitfinanzierung die Möglichkeit gegeben wird, sich über längere Zeit zu bewähren. So wäre es beispielsweise wünschenswert, wenn sich die Kipsfam-Regiostellen etablieren könnten. Anträge für Projekte mit kurzfristiger Finanzierung seien arbeitsaufwändig und würden Unsicherheit bei den Fachkräften erzeugen und destabilisierend wirken. Im Hinblick auf die prognostische Bevölkerungsabnahme in VG sei es wichtig, die Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen. Bei einer abnehmenden Anzahl an Schüler:innen in bestimmten Jahrgängen solle man eher kleinere Klassen bilden, als Schulen zu schließen. Ein Desiderat wird darin gesehen, auch für ländliche Gebiete für die Zukunft tragfähige Strukturen im Bereich Prävention und Intervention zu entwickeln, etwa durch Fachdienste, die mobil in den Regionen wirken. Wichtig sei zudem die Erneuerung und der Erhalt von Sportstätten, um auch bei einem zunehmenden Trend zum Individualsport das Vereinsleben, mit seinen sozialen Vorteilen, aufrecht zu erhalten.

5.4 Junge Menschen mit Migrationshintergrund im Vereinssport

Ein in der sozialen Arbeit tätiger Experte berichtete von seinen Erfahrungen in der Flüchtlingshilfe. Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen am Vereinssport sei ein wichtiger Aspekt der Integration, er bezeichnet es als *„Motor der Integration“*. Im gemeinsamen Erleben von Sport würden sprachliche Barrieren in den Hintergrund treten, auch würde der Vereinssport neben der Einbindung der Kinder und Jugendlichen eine Kontaktmöglichkeit für Eltern darstellen.

Der Experte berichtet von großen Unterschieden zwischen den Vereinen, was die Aufnahme, Willkommenskultur und Unterstützung gegenüber Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund betrifft. In einigen Vereinen würde eine große Offenheit bestehen, man hätte sogar Spendenaufrufe organisiert, in anderen wären Kinder und Jugendliche auf deutlich Ablehnung gestoßen und schlechte Erfahrungen und Diskriminierung wären durchaus vorgekommen und würden definitiv ein Problem darstellen. Bei Beschwerde beim Vorstand sei man dagegen vorgegangen, der Experte konnte allerdings nicht beurteilen, ob dies erfolgreich war. Bestehe allerdings ein hohes Leistungspotential bei einzelnen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, seien die Vereine sehr engagiert in der Förderung.

Es würden durchaus auch materielle Zugangseinschränkungen bestehen, die zu Einschränkungen in der Teilhabe führen, so beispielsweise in Bezug auf die Mitgliedsbeiträge, aber auch in der Ausstattung der Kinder und Jugendlichen. Es gäbe zwar Unterstützung durch eine Antragsstellung auf „Leistungen für Bildung und Teilhabe (BUT)“, allerdings seien die Anträge sehr aufwändig und insofern vom Engagement der Vereine und Eltern abhängig, aber auch vom Informationsstand der Eltern und inwieweit Sozialarbeiter:innen zur Verfügung stehen. Auch die Zugänglichkeit zu Vereinen sei teilweise davon abhängig, inwieweit Ressourcen (Ehrenamtliche, Sozialarbeiter:innen) zur Begleitung von Kindern und Jugendlichen, die es sich nicht zutrauen, alleine erstmalig Vereine aufzusuchen, zur Verfügung stehen.

Für Kinder und Jugendliche, die in den zwei Erstaufnahmeeinrichtungen in Stern-Buchholz und Nostorf-Horst untergebracht sind, sei es aufgrund der peripheren Lage kaum möglich an Angeboten des Vereinssports teilzunehmen.

Um der Ablehnung entgegenzuwirken, die Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund teilweise in Vereinen erfahren, wären Schulungen wie Interkulturelles Training oder zum Umgang mit Konfliktsituationen wünschenswert. Man müsse Verständnis in den Vereinen schaffen. Wichtig wäre es eine offene und einladende Vereinskultur zu etablieren, die entschieden gegen Diskriminierung vorgeht. Dies sollte sowohl Trainer:innen als auch Vereinsmitglieder betreffen.

5.5 Fazit

Die Gruppendiskussionen ergaben für die Lupenregionen sowohl gemeinsame Herausforderungen, aber auch sehr diverse Ausgangslagen und Problemstellungen für die Zukunft. Auch die Lösungsansätze sind zum Teil gleich, aber in Teilbereichen auch sehr unterschiedlich. Deutlich wird, dass die Thematik der Sicherung der Daseinsvorsorge für junge Menschen und Familien in den Regionen sehr stark wahrgenommen und diskutiert wird und dass man sich um Lösungsansätze bemüht.

Gleichzeitig wird deutlich, dass es konzeptionelle Defizite gibt und Ansätze für gesundheitsrelevante Fragen oftmals eher noch unverbunden gedacht, geplant und umgesetzt werden, was bisweilen auch einen hohen Ressourcenaufwand bedeutet und erfolglos bleibt. Der Ansatz aus der Medizin heraus Adipositasprävention zu betreiben ist ein Beispiel hierfür: es fällt auf, dass diese Initiative nicht in ein Gesamtkonzept gesundheitlicher Prävention eingebunden war und beispielsweise nationale oder internationale Konzepte nicht hinreichend integriert hat. Zwar basierte das Projekt auf einem community-basierten Ansatz, was durchaus auch die Zukunft für eine verbesserte Präventionsgestaltung sein wird. Aus wissenschaftlicher Sicht aber müssen Maßnahmen der Prävention (primär bis tertiär) in ein umfassendes Konzept eingebettet sein, die multiplen Risikofaktoren und Lebenslagen berücksichtigen; deshalb stellt auch im DZKJ Adipositas einen Schwerpunkt der Forschung dar, und lokale Initiativen sollten in M-V gerade unter dem Aspekt der Ressourcen verstärkt konzeptionell diese Erkenntnisse einbeziehen. Insofern wird es auch regional, wie in den Lupenregionen durchaus im Ansatz bereits angegangen, vermehrt einer vernetzen, systemübergreifenden Planung von Aktivitäten und Konzepten bedürfen, um ressourcenbündelnd umfassend Gesundheitsrisiken zu adressieren.

Mobilität wird in den ländlichen Räumen als zentral angesehen, um Angebote zu erreichen, gesunde Umwelten zu erleben und förderliche Angebote wahrzunehmen. In urbanen Räumen ist dies weniger ein Thema. Schule als Sozialisationsraum wird gerade in ländlichen Räumen als zentral angesehen (allerdings auch in der Region HRO, dort, um besonders bedürftige Gruppen zu erreichen), an dem auch Freizeit-, Sport- und Präventionsangebote in der Zukunft angesiedelt werden sollten.

Feststellbar ist, dass die Notwendigkeit der Digitalisierung erkannt wird und auch Chancen gesehen werden; jedoch durchaus eine Ambivalenz bei den psychosozialen Fachkräften besteht. Einerseits wird daran festgehalten, dass direkter Kontakt von besonderer Bedeutung sei, andererseits wird erkannt, dass dies in der Zukunft aufgrund des Fachkräftemangels und ausgedünnter Infrastrukturen schwieriger werden wird. Eine konzeptionelle Entwicklung, wie die Digitalisierung genutzt werden kann, scheint in den Lupenregionen bisher zu

fehlen; auch scheint eine Auseinandersetzung mit internationalen Modellen, etwa in anderen Ländern mit geringer Bevölkerungsdichte, bisher wenig stattzufinden.

Deutlich wurde in allen Lupenregionen, dass die demografische Entwicklung hinsichtlich der Möglichkeiten was die derzeit als überfordert empfundene Infrastruktur der Schule angeht, auch Chancen bieten kann: mit einem Rückgang der Zahl der Beschulten könnten Räume besser genutzt, Angebote diversifiziert und den Bedürfnissen von jungen Menschen besser entgegengekommen werden. Dies setze aber voraus, dass nicht ein einfacher Abbau der Ressourcen parallel zur Schüler:innenentwicklung stattfinde.

In allen Lupenregionen wird berichtet, dass Eltern vermehrt Unterstützung benötigten. Konzepte zur Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenzen scheinen aber nicht systematisch entwickelt bzw. als ein Kern der Prävention in der Umsetzbarkeit diskutiert zu werden. Hier ergibt sich eine Diskrepanz, dass einerseits eine erhöhte Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (zum Teil im durchaus hochschwelligen Bereich) wahrgenommen wird, aber offenbar noch nicht ausreichend im Sinne des Empowerments von Eltern im eher primärpräventiven Bereich oder im Bereich der selektiven/indizierten Prävention Konzepte erstellt und erprobt werden.

Die Ausgangslage für Versorgungsangebote, auch aus dem SGB V Bereich ist divers zwischen den Regionen und auch innerhalb der ländlichen Lupenregionen. Deutlich wird, dass zukünftig zentrale Einheiten, wie Krankenhäuser oder Fachärzt:innen in Oberzentren, etc. in ländlichen Gebieten auch verstärkt zur Sicherstellung der Grundversorgung notwendig sein werden. In der Lupenregion HRO wiederum stellt sich eher die Herausforderung die Angebote zu bündeln und zielgruppenspezifisch passend auszugestalten, um eine bessere Erreichbarkeit zu sichern.

6 Zusammenfassung anhand der Leitfragen und Empfehlungen

6.1 Gesundheit und Bedeutung physischer Aktivität

Welche Bedeutung haben psychische und physische Gesundheit für das Wohlbefinden junger Menschen? Psychische und physische Gesundheit haben eine zentrale Bedeutung für das Wohlbefinden junger Menschen. Im Einklang mit dem biopsychosozialen Modell der WHO kann etwa psychische Gesundheit als ein Zustand des Wohlbefindens beschrieben werden, in dem jedes Individuum sein eigenes Potenzial ausschöpft, mit den normalen Belastungen des Lebens zurechtkommt, produktiv und erfolgreich arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag für die Gemeinschaft zu leisten. Davon ausgehend ist die Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsversorgung, etwa in der Therapie zur Stärkung der Belastbarkeit und Reduktion von Einschränkungen oder im Rahmen der Rehabilitation zur Förderung der Teilhabe. Dabei ist das Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren zu berücksichtigen. Eine gute physische Gesundheit erhöht die Chancen für psychische Gesundheit, umgekehrt ist eine gute psychische Gesundheit mit einer besseren physischen Gesundheit verbunden. Körperliche Erkrankungen wiederum bedingen auch psychische Belastungen, und psychisch kranke Menschen zeigen eine schlechtere physische Gesundheit. Allerdings lassen sich die Zusammenhänge der verschiedenen Faktoren nur komplex erklären und müssen differenziert betrachtet werden: Soziale Determinanten wie strukturelle Umweltbedingungen spielen ebenso eine Rolle, wie individuelle und krankheitsspezifische Faktoren bei den Zusammenhängen von psychischer und physischer Gesundheit.

In industrialisierten Ländern spielen unter Public Health-Gesichtspunkten zunehmend verhaltensbedingte und psychische Erkrankungen eine Rolle, während früher die Gesundheit beeinträchtigende Risiken wie Infektionskrankheiten etc. eine untergeordnete Rolle spielen. Daher sind diese Aspekte gemeinsam zu betrachten. Im Bereich physischer Gesundheit wird etwa zur Prävention von Übergewicht, Adipositas und assoziierter psychischer Belastung oder Erkrankung eine sozioökologische Konzeption vorgeschlagen (Ellis, Dietz & Chen, 2022; Small & Aplasca, 2016), die individuelle, soziale, kommunale und gesellschaftliche Faktoren in den Blick nimmt. Das schließt z. B. die Förderung individueller Kompetenzen wie Emotionsregulation, Selbstregulation und Gesundheitsverhalten, sozialer Kompetenzen wie Elterntrainings, Reduktion von Elternstress und familiärer Belastung, die Information und der niedrigschwellige Zugang zu Hilfsangeboten sowie die Reduktion von Stigma und die finanzielle Förderung evidenzbasierter Prävention ein. Dabei können sowohl spezifische Risikofaktoren, die

für Adipositas und psychische Erkrankungen als auch allgemeine Risikofaktoren, die übergreifend relevant sind, adressiert werden. Dazu zählen v. a. Armut und sozioökonomische Deprivation. Dies verdeutlicht, dass zur Risikoreduktion verhaltensorientierte, aber auch verhältnisorientierte Maßnahmen zu empfehlen sind.

Hinsichtlich der Kinder- und Jugendgesundheit ist in Deutschland der Zusammenhang von Armut bzw. niedrigem sozioökonomischem Status (SES) der Familie und dem Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen, Adipositas und weiteren negativen Gesundheitsoutcomes, wie einer schlechten Zahngesundheit, gut belegt. Kinder und Jugendliche aus ärmeren Familien haben schlechtere Chancen auf eine gute psychische und physische Gesundheit, sie sind stärker psychisch belastet und dies hat langfristig Auswirkungen auf die Teilhabe, Bildungskarrieren und die Gestaltung von Lebensentwürfen und die physische Gesundheit. Neben den individuell beeinflussbaren Faktoren, wie Zahnhygiene, Bewegung/Sport oder ausgewogener angemessener Ernährung spielen insbesondere Umweltbedingungen eine Rolle für das gesunde Aufwachsen. Kinder aus ärmeren Familien leben häufiger in Umwelten, in denen z. B. die Bewegungsmöglichkeiten oder Sport schlechter zugänglich sind als für Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem SES (der Heiden, Ochmann & Bernhard, 2023; Lampert et al., 2019). Damit haben sie weniger Ressourcen zur Verfügung, um positive Entwicklung zu unterstützen und mit Belastungen gut umgehen zu können. Auch auf persönlicher Ebene ist die Gesundheitskompetenz positiv mit SES assoziiert, sodass Kinder aus Familien mit geringem SES ihre Gesundheit nicht so gut einschätzen können und es entsprechend schwierig ist, rechtzeitig und angemessen hilfreiche Angebote in Anspruch zu nehmen. In M-V spielt dies insbesondere in urbanen Räumen eine Rolle, was die Verteilung von Angeboten angeht, und in ländlichen Gebieten insofern, als hier die Infrastruktur für die Erreichbarkeit von Angeboten entscheidend ist. Die Stärkung personaler und sozialer Kompetenzen kann hingegen übergreifend als wichtig angesehen werden.

Die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen sind in M-V ungleich verteilt: innerhalb des Landes aber auch im Binnenraum des Landes. So zeigt sich innerhalb der größeren Kommunen ein Segregationseffekt, aber auch zwischen (sub-)urbanen Räumen und ländlichen Räumen mit Auswirkung auf die Gesundheitsindikatoren. Dies zeigte sich auch in den Fokusgruppen der Lupenregionen, die auf deutliche Unterschiede z.B. in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten für die Kinder- und Jugendgesundheit zwischen ländlichen und urbanen Räumen berichten. Im Bundesvergleich zeigt sich, dass die Chancen in M-V schlechter sind als in anderen Ländern: So ist die Armutsquote in M-V höher, in ländlichen Räumen und bestimmten urbanen Räumen sind Armutsrisiken besonders stark ausgeprägt. Dies ist nach allen Prognosen ein anhaltender Trend bis 2040 und nur bedingt durch Maßnahmen der Prävention und psychosozialen Versorgung aufzufangen. Die Etablierung näherungsweise kompensatorischer Maßnahmen (z. B. durch Angebote aus dem SGB VIII oder im Bereich der

Schule) ist in einem Flächenland, das sehr dünnbesiedelte Gebiete beinhaltet, zudem herausfordernd: einerseits was die Zugänglichkeit und systematische Implementierung von Angeboten angeht, als auch die Möglichkeit durch fachlich fundierte Angebote auf erhöhte Risiken reagieren zu können, z. B. aufgrund des Fachkräftemangels der sich insbesondere in ländlichen Gebieten zeigt und perspektivisch weiter zeigen wird.

Welche Diagnosen kommen in Mecklenburg-Vorpommern gehäuft vor? In Mecklenburg-Vorpommern zeigt sich seit Jahren, dass im bundesweiten Vergleich die höchste Rate an Kindern bei den Schuleingangsuntersuchungen mit Adipositas zu finden ist (siehe Kapitel 4.2.2).

Der Alkoholkonsum ist in Mecklenburg-Vorpommern im Bundesvergleich mit am höchsten und Entwicklungsstörungen treten im frühen Kindesalter häufiger auf als im Bundesdurchschnitt. Zudem spielt die Betroffenheit von Kindern und Jugendlichen durch Suchterkrankung von Eltern eine Rolle (siehe Kapitel 4.2.2)

Es bestehen Hinweise für erhöhte Diagnoseraten von Entwicklungsstörungen in M-V (siehe Kapitel 4.2.2). Insbesondere zeigt sich eine erhöhte Rate an Entwicklungsstörungen im frühen Kindesalter bei sozial deprivierten Umwelten, gleichzeitig aber auch, dass gezielte Früherkennung gekoppelt mit Intervention helfen können (Franze et al., 2022). Zur Einleitung von Fördermaßnahmen sollten Entwicklungsauffälligkeiten möglichst früh erkannt werden, wozu insbesondere Schuleingangsuntersuchungen (SEU) geeignet sind (Kölch, van den Berg et al., 2024; Weyers et al., 2023).

Hinsichtlich der Prävalenz für psychische Störungen gibt es keine Untersuchungen, die spezifisch für Mecklenburg-Vorpommern belegen, dass es eine höhere Prävalenz allgemein oder für spezifische Störungen (exklusive Abhängigkeitserkrankungen) gäbe. Entsprechend der allgemeinen Befunde aus epidemiologischen Untersuchungen kann jedoch abgeleitet werden, dass aufgrund der Sozialstruktur und der ausgeprägten Risikofaktoren (wie eines allgemein hohen Übergewichts und Alkoholkonsums) in M-V das Risiko für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen höher ist als in anderen Bundesländern (siehe Kapitel 4.1.3).

In M-V ist ein weiterer Aspekt der Verteilung von Risiken hinsichtlich zukünftiger Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen wichtig: im Bundesland besteht eine ausgesprochene Segregationstendenz. Dies gilt für die urbanen Räume, aber auch zwischen urbanen/suburbanen Räumen und ländlichen Räumen. Die Segregation kann zu einer immer weiter sich verstärkenden Kumulation von Risiken führen. Insofern sind bei der Betrachtung der Risiken die Verteilung von risikoerhöhenden Faktoren differenziert einzubeziehen. Eigene Arbeiten konnten z. B. zur Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Rostock zeigen, dass es sowohl eine Häufung hinsichtlich der Prävalenz allgemein aus Gebieten mit problematischer Sozialstruktur gab als auch, dass sich die

Diagnosen unterscheiden: externalisierende Störungen traten häufiger in Gebieten mit niedrigem SES auf, internalisierende Störungen in Gebieten mit höherem SES.

Welcher Zusammenhang zwischen physischer Betätigung und psychischer Gesundheit ist festzustellen? Dass die psychische und physische Gesundheit zusammenhängen, ist gut belegt (Behan, Doyle, Masterson, Shiers & Clarke, 2015; Small & Aplasca, 2016). Eine gute physische Gesundheit erhöht die Chancen für psychische Gesundheit, umgekehrt ist eine gute psychische Gesundheit mit einer besseren physischen Gesundheit verbunden. Körperliche Erkrankungen wiederum bedingen auch psychische Belastungen, und psychisch kranke Menschen zeigen eine schlechtere physische Gesundheit. So ist die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stark reduziert (um bis zu 10-20 Jahre), was vielfach auf schlechte kardiovaskuläre Gesundheit zurückzuführen ist (Behan et al., 2015).

Zudem kann spezifisch die Bedeutung physischer Aktivität (PA) für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen herausgestellt werden (Cairney et al., 2019) sowie Assoziationen physischer Inaktivität mit gesundheitlichen Schwierigkeiten im späteren Jugend- und Erwachsenenalter (siehe Kapitel 4.2.3). Befunde zur Beziehung zwischen PA und psychischer Gesundheit zeigen darüber hinaus einen zusätzlichen psychosozialen Effekt physischer Aktivität in organisierten Sportvereinen mit zusätzlichen gesundheitlichen Vorteilen (vgl. Kapitel 4.2.3). Dies lässt sich beispielsweise auf soziale Interaktionen und Eingebundenheit sowie ein verbessertes Selbstkonzept, bspw. durch Selbstwirksamkeitserfahrungen mit verhaltensregulativer Wirkung, zurückführen (Ehlen et al., 2023; Lubans et al., 2016). Zudem scheint die höhere Intensität der in Sportvereinen organisierten physischen Aktivität einen größeren gesundheitlichen Nutzen zu haben (Manz et al., 2016). Dies belegt auch der Befund, dass Kinder, die (auch) im Sportverein aktiv sind, intensiver Sport treiben, als Altersgleiche, die PA in einem anderen Setting ausüben (Burrmann et al., 2025).

Wie hat sich die Wahrnehmung/Inanspruchnahme von Sportangeboten und ähnlichen Formaten während und nach bzw. durch die Pandemie verändert? Generell waren während der Pandemie die Bewegungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche eingeschränkt und auch Sportangebote (wie auch andere Angebote, wie Musik/Chor etc.) eingeschränkt verfügbar. Im nicht organisierten Sport unterschieden sich die Möglichkeiten deutlich zwischen Familien, die etwa Bewegungsräume, wie Garten etc. zur Verfügung hatten und Kindern, deren Familien eher beengt und ohne Freiflächen wohnten. Insgesamt nahm die physische Aktivität während des ersten Lockdowns durch mehr Freizeit, die den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stand, zunächst zu und verlagerte sich zu mehr unorganisierter Aktivität, wie Spielen im Freien, allerdings konnte das erhöhte Aktivitätsniveau während des zweiten Lockdowns ohne organisierten Sport nicht gehalten werden (Schmidt et al., 2021).

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die organisiert in Vereinen Sport treiben, hat sich während und durch die Pandemie nicht auffallend verändert (vgl. Kapitel 4.2.4).

Kann ein Zusammenhang zu Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit festgestellt werden? Generell kann Bewegung auch protektiv hinsichtlich der psychischen Gesundheit wirken. Dabei darf aber nicht der Rückschluss gezogen werden, dass Bewegung vor der Entwicklung einer psychischen Störung generell schützt; dies kann so vereinfacht nicht wissenschaftlich fundiert belegt werden. Generell können Bewegung und Aktivität jedoch protektiv wirken und bei bestimmten psychischen Störungen auch Bestandteil der Therapie sein (z. B. bei depressiven Störungen, vgl. aktualisierte S3-Leitlinie Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter). Hinzu kommt, dass Bewegung und Sport auch das Selbstwertgefühl und Körpergefühl sowie die Sozialkompetenz steigern können. Umgekehrt können Misserfolgserlebnisse im Sport auch negative Auswirkungen auf das psychische Befinden haben. So kann Misserfolgszuschreibung auch zu geringem Selbstvertrauen und Selbstwert beitragen und es kann im Teamsport zu Mobbing und Ausgrenzung kommen, was ein Risiko für die Entstehung psychischer Störungen sein kann. Zudem kann auch Leistungssport das Risiko für psychische Störungen, insbesondere auch Essstörungen, steigen kann.

Die Diagnoseinzidenzen psychischer Störungen nehmen in den letzten Jahren zu, insbesondere unter 11- bis 17-Jährigen und unter jugendlichen Mädchen (Kohring et al., 2023; Thom et al., 2024; Witte, Zeitler, Hasemann & Diekmannshemke, 2023). Frühere Längsschnittdaten weisen auf eine Assoziation zwischen geringer physischer Aktivität und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit hin, wobei die Richtung des Zusammenhangs nicht eindeutig ist (Nigg et al., 2021). Eine mögliche Erklärung sind negative Erfahrungen im Sport wie abwertende Bemerkungen zum äußeren Erscheinungsbild. Auf Grundlage von Interventionsstudien bestehen Hinweise auf eine kausale Beziehung zwischen Depression und physischer Aktivität (Biddle, Ciaccioni, Thomas & Vergeer, 2019). Zwar bestehen steigende Diagnoseinzidenzen im Bereich der psychischen Gesundheit bei gleichzeitiger Abnahme des Anteils an Kindern und Jugendlichen, die die Bewegungsempfehlungen auf Bevölkerungsebene erreichen (Robert Koch-Institut, 2018), es liegen allerdings keine aktuellen und methodisch hochwertigen Längsschnittuntersuchungen vor, aus denen sich ein Zusammenhang gesichert ableiten ließe.

Gibt es in M-V ausreichend Sport- und Bewegungsangebote? Um die Frage angemessen beantworten zu können, ist zu klären, was hinsichtlich der Angebotsstruktur als „ausreichend“ gelten kann. M-V hat 1822 Sportvereine und damit weniger Vereine als Bundesländer mit vergleichbarer oder geringerer Fläche wie Sachsen (4334), Thüringen (3249) oder Hessen (7398) (DOSB, 2024). Abgesehen von HRO und umgebenden Landkreis hat die Anzahl der Vereine in den Regionen M-Vs in den letzten Jahren leicht abgenommen oder

stagnierte. Das Angebot kann nur dann als ausreichend gelten, wenn es die Bedarfe verschiedener Zielgruppen abdeckt. Aus den Erhebungen in den Lupenregionen geht hervor, dass es besonders in ländlichen Regionen teilweise an niedrigschwelligen Bewegungsangeboten ohne übermäßigen Leistungsanspruch und einem diversen Angebot an verschiedenen Sportarten mangelt. Hinsichtlich des Schulsports bestehen in Bezug auf Kontingentverordnungen keine besonderen Abweichungen im Vergleich zu anderen Bundesländern, wobei die Beurteilung schwierig ist, da es von Faktoren wie Ausstattung der Gegend mit Sportflächen und Schwimmhallen und personellen Ressourcen abhängig ist, in welchem Ausmaß der Schulsport tatsächlich stattfindet. Für eine bessere Nutzung von Flächen für Bewegung und soziale Interaktion scheint es nach Hinweisen aus den Lupenregionen zum Teil verwaltungsbedingte Hürden bzw. Hindernisse zu geben (z.B. Nutzung von Räumen durch Dritte). Für die Zukunft wird es wichtig sein, Räume und Orte des Schulsports besser zugänglich zu halten auch für Bewegungsangebote durch Vereine oder die offene Jugendarbeit (letzteres gerade auch unter dem Aspekt, dass diese Angebote als besonders diskriminierungsarm erlebt werden).

In allen Lupenregionen stagnierte die Anzahl der Vereine des Landessportbundes M-V (LSB-MV) bzw. nahm im Vergleich zum Vorjahr leicht ab. In MSE gab es bei Bestandsaufnahme 2025 305 Vereine, in HRO 188 und in VG 348 (LSB-MV, 2025). In den letzten Jahren nahm der Anteil junger Menschen, die Mitglied in Vereinen des LSB sind, über alle Altersgruppen hinweg zu, während der Covid-19 Pandemiezeiten ließ sich jedoch eine leichte Stagnation dieses Trends beobachten (LSB-MV, 2025). Auffällig ist der starke Anstieg der Mitgliedszahlen in der Altersgruppe der 7- bis 14-Jährigen mit einem deutlichen Abfall in höheren Altersgruppen. Besonders 19- bis 26-jährige junge Frauen sind auffallend wenig in Vereinen aktiv, hier liegt der Anteil nur bei 15 % (vgl. Kapitel 4.2.4). Dies weist auf einen Handlungsbedarf hin, da die Erreichbarkeit der Zielgruppe eingedenk der positiven Potenziale von Vereinssport nicht voll gegeben ist. In M-V bestehen zudem je nach Peripherie der Region Unterschiede in der Verfügbarkeit von Sport- und Bewegungsangeboten. Aus Perspektive der Lupenregionen geht hervor, dass Städte wie HRO ein breites und dichtes Angebot aufweisen. Im ländlich peripheren Bereich bestehen aus Sicht von MSE und VG Versorgungslücken, es dominieren Angebote wie Fußball oder die Freiwillige Feuerwehr. Diese Angebote sprechen in der Regel eher Jungen an, sodass für Mädchen weniger Angebote bestehen. Das Angebot an niedrigschwelligen (Individual-)Sportangeboten wird als unzureichend betrachtet, da bei Mannschaftssportarten wie Fußball oft ein hoher Leistungsanspruch vorherrscht, was mit einer hohen Hemmschwelle für Kinder und Jugendliche einhergehen kann, die spät in den Sport einsteigen (möchten) oder z.B. adipös sind oder andere Beeinträchtigungen haben. Das Angebot an in dieser Hinsicht besser geeigneten Individualsportarten ist eingeschränkt. Die Erreichbarkeit ist nach Praxiserfahrung aus den Lupenregionen häufig schlecht und mit langer Fahrtzeit (oder hohe Kosten bei privatem Transport) verbunden, sodass es schwer fällt jungen

Menschen geeignete Angebote zu vermitteln. Zudem wird die Schwimmhallensituation und die Ausstattung mit Sportstätten als mangelhaft eingeschätzt. Noch über das Vorhandensein von Grün- und Spielflächen hinaus stellen aktive Wege (etwa in die Schule, zu Freunden, zu Aktivitäten) eine wichtige Quelle alltäglicher physischer Aktivität junger Menschen dar; sie befähigen zudem die Bedürfnisse Kinder und Jugendlicher zur Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Autonomie (Davison & Lawson, 2006; Kelso et al., 2021) (vgl. Kapitel 4.2.3). In ländlichen Regionen ist das Angebot gut ausgebauter, sicherer Fahrrad- und Gehwege mangelhaft, insbesondere in der Region MSE wurde dies bemängelt.

Im Jahr 2024 waren in M-V 38,18 % der Menschen unter 26 Jahren Mitglieder in organisierten Sportvereinen (LSB M-V, 2024, eigene Berechnungen). Die Mitgliedschaften haben über die letzten Jahre deutlich zugenommen und eine kurzzeitige pandemiebedingte Abnahme konnte wieder ausgeglichen werden. Die Mitgliedszahlen liegen dennoch unterhalb des Bundesdurchschnitts von 45,7 % (DOSB, 2024, eigene Berechnungen). Auffällig ist ein besonders geringer Anteil jugendlicher Mädchen im organisierten Sport, in M-V liegt dieser bei den 19- bis 26-jährigen Mädchen bei 15 % und ist insbesondere in der Lupenregion MSE sehr niedrig. Dieses Phänomen tritt allerdings auch in anderen Bundesländern auf, in denen Untersuchungen ergaben, dass besonders diese Zielgruppe gerade in ländlichen Regionen kein passendes Angebot findet (Burrmann et al., 2025).

Es gibt außerdem Hinweise, dass gerade Gruppen mit niedrigem SES oftmals aufgrund diskriminierender Faktoren Vereinsangebote weniger in Anspruch nehmen oder beenden. Insbesondere Jungen scheinen hier Diskriminierungserfahrungen zu machen. Aufgrund finanzieller Ressourcen sind ihnen auch Angebote die aktuell in der Jugendkultur eine zunehmende Rolle spielen, wie private Fitnessangebote, eher verwehrt.

Über die generellen positiven Auswirkungen physischer Aktivität hinaus ist eine Beteiligung an Sportangeboten für Kinder und Jugendliche mit Migrations- bzw. explizit Fluchthintergrund durch die soziale Einbindung über das gemeinsame Erleben von Sport und Spiel unabhängig sprachliche Barrieren wichtig. Allerdings ist gerade diese Zielgruppe nach Erfahrungen aus den Lupenregionen in einigen Vereinen Diskriminierung ausgesetzt. Eine weitere Zugangsbarriere stellen demnach finanzielle Aspekte wie die Kosten für Ausstattung der Kinder und Jugendlichen und Mitgliedsbeiträge für die langfristige Teilnahme dar. Insofern bestehen in Bezug auf die Teilnahme junger Menschen mit Migrationshintergrund an Sportangeboten eine Abhängigkeit von Offenheit und Engagement der Vereine und Eltern bzw. Sorgeberechtigten (bei Antragstellungen und Informationsstand) sowie Unterstützung durch Ehrenamtliche und soziale Träger (z.B. Sozialarbeit). Dies ist bislang noch nicht ausreichend strukturell berücksichtigt, etwa in Zusammenarbeit mit dem Flüchtlingsrat M-V.

6.2 Gesundheitliche Risiko- und Belastungsfaktoren

Welche Faktoren begünstigen ein besonderes Stresspotenzial für Kinder und Jugendliche? In welchen Bereichen (z.B. Schule, Ausbildung, Familie) sind psychische Belastungserscheinungen am stärksten ausgeprägt? Hinsichtlich besonderer Belastungsfaktoren für das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen muss zwischen intra- und extrafamiliären Faktoren unterschieden werden (z. B. Small & Aplasca, 2016). Zudem muss entwicklungspsychologisch differenziert werden nach dem Alter (frühe Kindheit, Kindheit, Schulalter, frühes und spätes Jugendalter, junges Erwachsenenalter). Kinder- und Jugendgesundheit ist nicht ohne die Einbettung in das familiäre Gefüge denkbar und hier gibt es Befunde, dass eine Wechselwirkung zwischen ungünstigen pränatalen und frühkindlichen Entwicklungsbedingungen und psychischen Störungen besteht, die langfristige Auswirkungen auf die differentielle Hirnentwicklung und assoziierte Krankheitsbilder hat und auch die körperliche Gesundheit beeinflusst (Kraaijenvanger et al., 2020). Damit kommt primären Bezugspersonen und dem familiären Umfeld eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit zu. Eine positive intrafamiliäre Unterstützung und Kommunikation stellt über die gesamte Entwicklung einen Resilienzfaktor dar. Generell sind Entwicklungsschwellen (z. B. Integration in Kita, Einschulung, Wechsel auf weiterführende Schule, Ausbildungsbeginn) prädestiniert auch ein höheres Belastungspotential zu beinhalten (vgl. Kölch, van den Berg et al., 2024); dies ist entwicklungspsychologisch an sich nicht problematisch. Jedoch kann ein Scheitern an dieser Schwelle zu einer Destabilisierung führen und damit ein Risiko für die psychische Gesundheit darstellen.

Bereits existierende psychische Störungen können die Entwicklungsaufgabe behindern (z. B. ein nicht behandeltes ADHS oder eine Angststörung im ersten Schuljahr, eine depressive Störung bei dem Wechsel auf eine weiterführende Schule oder bei der Aufnahme einer Ausbildung). Nicht erkannte oder nicht durch entsprechende Fördermaßnahmen oder Nachteilsausgleich kompensierte Störung des Lesens, Schreibens und Rechnen sind starke Risikofaktoren für sowohl schulische Belastungen, als auch die Entwicklung weiterer psychischer Störungen.

Generell ist bei Belastungsfaktoren immer das Wechselspiel auch von Resilienzfaktoren und Belastung zu berücksichtigen. Problematisch sind immer Konstellationen, bei denen bei Belastung zusätzlich auch die Resilienzfaktoren eher gering ausgeprägt sind. So kann eine belastende Situation in der Schule z. B. durch familiäre Ressourcen oder bei guten Peer-Beziehungen kompensiert werden. Bestehen diese aber nicht, so steigt das Risiko dementsprechend und die Belastung kann viel stärker wirken. Es kann von einer Kumulation von

Risiken gesprochen werden, wenn mehrere Risikofaktoren zusammenkommen. Eine besondere Bedeutung kommt in der Forschung den sogenannten Adverse Childhood Experiences (ACEs) (siehe Kapitel 4.2.5) zu.

Problem der Risikokumulation bei Kindern und Jugendlichen. In Deutschland hat sich über die letzten Jahrzehnte gezeigt, dass bestimmte Konstellationen ein besonders hohes Risiko für die gesundheitliche Chancenungleichheit aufweisen. Generell zeigen die entsprechenden Studien oftmals, dass in Familien Belastungsfaktoren kumulieren: Armut, schlechter Zugang zu Bildung, psychische Belastungen und schlechte körperliche Gesundheit treten oft gemeinsam auf. Zudem ist inzwischen auch feststellbar, dass sich diese Risikokonstellation transgenerational zeigen. Insofern sind auch epidemiologische Untersuchungen begrenzt aussagekräftig, was Gruppen mit „Extrembelastung" angeht, da meist nur allgemeine Abweichungen von einem Mittel erfasst werden. Im zukünftigen Gesundheitsmonitoring des Bundes zur Kinder- und Jugendgesundheit wird deshalb auch neben einem breiten allgemeinen Ansatz eine Vertiefung auf besonders belastete Gruppen notwendig sein, um die Faktoren bei diesen Gruppen besser zu verstehen, bzw. im Blick zu behalten. Dies kann z. B. per Smartphone durch intensives Monitoring (sog. Ecological Momentary Assessment) im Alltag umgesetzt werden, dass es ermöglicht, die Herausforderungen und Barrieren im Alltag besser zu erfassen und zu verstehen. Zudem wird eine Verknüpfung mit Daten der Inanspruchnahme, Versorgungsdaten notwendig sein, um Effekte besser erkennen zu können und eine entsprechende Präventions- und Versorgungsplanung vornehmen zu können. In der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen findet sich dies in der Unterscheidung von risikoadjustierter Prävention als selektive und indizierte Prävention, in Ergänzung universeller Prävention, wieder.

Im Sinne eines innovativen Monitorings der gesundheitlichen Entwicklung ist zu erwägen, inwieweit in M-V Strukturen geschaffen werden, die landesspezifische Faktoren besser berücksichtigen und auch für Versorgungssteuerung (über den SGB V Bereich hinaus) zugänglich machen. Die Erfahrungen aus dieser Expertise, die zeigen, dass z.B. Versorgungsdaten aus dem ambulanten Bereich kaum zugänglich sind, dass SEU-Daten nur eingeschränkt kontinuierlich zugänglich sind und wenig auf kommunaler Ebene bisher genutzt werden können etc. zeigt einen Bedarf für ein besseres Monitoring das verschiedene sozialrelevante Dimensionen und Daten einbezieht. Mit dem BMFTR-geförderten Standort Greifswald/Rostock im Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ) besteht eine gute Voraussetzung ein umfassendes Konzept zur Erhebung relevanter Daten und entsprechender daraus abzuleitender Strategien auf Landesebene und kommunaler Ebene zu entwickeln und zu erproben, um die Gesundheitschancen junger Menschen in M-V für die Zukunft trotz des demografischen Wandels zu verbessern.

Wie hat sich die psychische und physische Gesundheit junger Menschen insbesondere vor dem Hintergrund der Pandemie und weiterer Krisen (Krieg, Klima) entwickelt? Generell wird international wie auch in Deutschland von einer verschlechterten psychischen Gesundheit junger Menschen seit der Covid-19-Pandemie berichtet. Auch hinsichtlich verhaltensbedingter Aspekte der körperlichen Gesundheit (Übergewicht/Adipositas) gibt es Hinweise auf eine Verschlechterung infolge der Pandemie. Mögliche Ursachen wie etwa eingeschränkte Ressourcen, Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, zusätzliche Belastungen in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht wurden bereits an anderer Stelle dargelegt. Zu beachten ist, dass nicht nur die Pandemie selbst, sondern auch die pandemiebedingten Maßnahmen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in ihren unterschiedlichen Entwicklungsphasen und Lebenswelten betroffen haben, und insofern auch unterschiedliche Folgen bestehen, bzw. auch mit einer unterschiedlichen Latenz fortbestehen können. Beispielsweise können sich mangelnder Erwerb sozialer Kompetenzen im Kindergartenalter noch längerfristig zeigen, oder fehlende Förderung beim Übergang auf eine weiterführende Schule längerfristig Auswirkungen haben. Andererseits zeigt die COPSY-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2021), dass für junge Menschen die Pandemie inzwischen weniger eine Rolle spielt als andere wahrgenommene Belastungen, wie mögliche Auswirkungen von Kriegen, der Klimaproblematik oder finanziellen Sorgen.

Des Weiteren zeigt sich, dass aufgrund der Digitalisierung neue Probleme für die junge Generation entstanden sind. Eine Zunahme problematischen Medienkonsums ist zu konstatieren, der auch in den neueren internationalen Klassifikationssystemen psychischer Störungen Niederschlag findet. So findet sich in der ICD-11 neu die Diagnose einer Computerspielstörung (*Internet Gaming Disorder*). Die Prävalenz für diese Störung ist auch im Jugendalter steigend (Gülü et al., 2023; Limone, Ragni & Toto, 2023) und sie kann Auswirkungen auf den Bereich der körperlichen Gesundheit haben (Bewegungsmangel, Adipositas etc.). Andererseits ist bekannt, dass z. B. neue Medien inkl. Social Media eine Realität für junge Menschen sind, und auch sowohl eine adäquate Beziehungsqualität für junge Menschen darstellen, wie auch vermehrt genutzt werden können, um sie präventiv zu erreichen (Zimmermann & Tomczyk, 2025). Andererseits gibt es auch Anzeichen, dass gerade im Bereich von Social Media negative Effekte im Rahmen von „Selbstdiagnosen" zu beobachten sind (Monteith et al., 2024). Insofern stellt dieser Bereich für die psychische wie körperliche Gesundheit für die Zukunft eine Herausforderung dar, der nicht mit einfachen Mitteln, wie Verbote begegnet werden wird können, sondern im Querschnitt des Aufwachsens durch entsprechende pädagogische Maßnahmen sowie evidenzbasierte verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze assistiert werden muss.

Generell ist jedoch zwischen Belastungen und manifesten psychischen Störungen zu unterscheiden. Die auch in epidemiologischen Studien gefundenen Indikatoren für Belastungen stellen keine manifesten psychischen Störungen dar oder weisen nicht per se auf eine höhere Inzidenz für psychische Störungen generell hin.

Umgekehrt scheint zu wenig gesamtgesellschaftlich im Bewusstsein zu bestehen und dies auch öffentlich kommuniziert zu werden, dass aufgrund der demografischen Entwicklung besondere Chancen für die junge Generation bestehen: so werden z. B. die Beschäftigungschancen deutlich höher sein als in früheren Generationen. Dennoch ist die Kehrseite der Medaille, dass aufgrund des demografischen Wandels auch die Lasten für die junge Generation ansteigen können, was derzeit ebenfalls nicht breit gesellschaftlich diskutiert wird (Bundesjugendkuratorium, 2024). Dies wird in der Zukunft eminente Auswirkungen auch auf die Gestaltung von Infrastrukturen haben. Die in der demografischen Bestandsaufnahme dargestellte Altersverteilung in manchen Regionen (u.a. den Lupenregionen) zeigt, dass junge Menschen zu Minderheiten werden. Kommunen werden herausgefordert sein, einem hohen Anteil von älteren Menschen entsprechende Infrastrukturen zur Verfügung zu stellen; damit besteht gerade in den beschriebenen Regionen bei Ressourcenknappheit die Gefahr einer Allokation der Ressourcen hin zu älteren Menschen. Der Ausgleich der Bedürfnisse und die Berücksichtigung der Bedürfnisse junger Menschen wird insofern gerade in den betrachteten Regionen eine besondere Herausforderung darstellen.

Gleichzeitig zeigen sich die Infrastrukturen für junge Menschen zunehmend instabil. Zwar werden, auch aus wissenschaftlicher Sicht richtigerweise, Rechtsansprüchen im Rahmen des Aufwachsens (Kita, Ganztagsschule) ausgeweitet, jedoch sind weder die finanziellen noch die personellen Ressourcen entsprechend der Ausweitung ausreichend gewachsen. Maßnahmen wie das „Start Chancen Programm“ zeigen einerseits einen richtigen Ansatz der sozialgewichteten Ausrichtung von Fördermaßnahmen, andererseits aber auch die prekäre Situation hinsichtlich der Infrastrukturen für die junge Generation. Diese Infrastrukturen werden aber zunehmend essenziell sein für das gesunde Aufwachsen, da Kindheit und Jugend zunehmend in institutionalisierten Räumen stattfinden.

6.3 Versorgung, Unterstützung und Prävention

Wie ist die aktuelle Versorgungssituation im Bereich der psychischen Gesundheit bei jungen Menschen in M-V? Für M-V wird bis 2040 durch sinkende Geburtenzahlen und selektive Abwanderungen besonders jüngerer Menschen in allen ländlichen Regionen ein signifikanter Umbruch der Altersstruktur erwartet (Ministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Tourismus und Arbeit M-V, 2019). Während ein abnehmender Anteil der Personen unter 20 sowie zwischen 20 und 67 Jahren prognostiziert wird, wird eine Zunahme des Anteils der

Personen über 67 Jahre erwartet und eine damit einhergehende Abnahme der Erwerbsfähigen (Maretzke et al., 2024). Damit sind auch Folgen für die Planung von Versorgungsstrukturen verbunden, etwa im Bereich des SGB V, aber auch in für die Gesundheit relevanten Bereichen wie dem SGB VIII oder dem Schulbereich und ÖGD.

Bundesweit wird für die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Vergleich zu anderen Fachbereichen der Kinder- und Jugendmedizin die stärkste Zunahme in der Beanspruchung bis 2035 prognostiziert (+27 %), wobei diese Prognose die Pandemiefolgen noch nicht berücksichtigt. Auch für die Beanspruchung von Kinder- und Jugendmedizin insgesamt wird ein Zuwachs erwartet (+3 %) (Hering et al., 2023). Die Prognose bezieht sich auf den ambulanten Bereich und ist bundesweit ausgelegt.

Was die hausärztliche Versorgung in den Lupenregionen betrifft, sind HRO inklusive Umland sowie in VG die Regionen Greifswald, Anklam, Ueckermünde und Neustrelitz nach Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) ausreichend versorgt (Kassenärztliche Vereinigung M-V, 2024). Eine (drohende) Unterversorgung betrifft für MSE die Bereiche Neubrandenburg (und Umland), Demmin und Waren; für VG die Bereiche Pasewalk und Wolgast (Kassenärztliche Vereinigung M-V, 2024). Im Bereich der Pädiatrie besteht innerhalb der Lupenregion MSE eine Unterversorgung der Bereiche Demmin und Mecklenburg-Strelitz, innerhalb VG der Bereiche Uecker-Randow und Ostvorpommern (Kassenärztliche Vereinigung M-V, 2024). Für den Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht ein ungedeckter Bedarf in der Lupenregion MSE (Kassenärztliche Vereinigung M-V, 2024). Laut Planung der KVMV besteht auf Grundlage der Einwohnerzahl der Regionen HRO und VG kein Mangel in der Versorgung durch ambulante Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Nach Versorgungsanalysen des Zentralinstituts kassenärztlicher Versorgung (ZI) ergibt sich auf Grundlage der Bevölkerungsprognose des BBSR dieser Regionen zwar eine Abnahme der Beanspruchung der Fachgruppe, wird zusätzlich jedoch der Trend der Inanspruchnahme der letzten Jahre berücksichtigt, prognostiziert das ZI einen Anstieg (Hering et al., 2023). Dabei wird die Inanspruchnahme möglicherweise eher unterschätzt, da Pandemiefolgen nicht in die Vorhersage eingeschlossen wurden (Hering et al., 2023).

Was die ambulante Versorgung für Kinder und Jugendliche betrifft, gibt es 2025 nach Angaben der KVMV in der Lupenregion VG (ohne Greifswald) 12 Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner, 91 Hausärztinnen und Hausärzte, 8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie 3 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dabei konzentrieren sich die Praxen der Kinder- und Jugendmedizin in den größeren Orten Pasewalk (4) und Wolgast (3), die der Allgemeinmedizin in Anklam (10) und Ueckermünde (10). Im Jahr 2025 gibt es in der Lupenregion MSE 18 Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner, 113 Hausärztinnen und -ärzte, 22 Kinder-

und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie 2 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. Hier konzentrierten sich die Praxen besonders auf die Orte Waren, Demmin und Neubrandenburg. Für HRO waren 34 Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner eingetragen, 108 Hausärztinnen und -ärzte, eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 28 Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Zusätzlich bestehen zwei MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.

Im Rahmen der ambulanten Versorgung sind zudem die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der sechs kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Kliniken zu berücksichtigen, die zudem regionalisierte Außenstellen anbieten und damit eine wichtige Säule für Diagnostik und Therapie darstellen.

Wie gestalten sich Anzahl und Verteilung der Anlaufstellen, das Fallaufkommen und die Wartezeiten? Generell berichten alle psychosozialen Institutionen, die erfasst worden sind, von einem hohen Fallaufkommen. Dies wurde bereits von Experten und Expertinnen im Rahmen einer Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen während und nach der Pandemie berichtet[1]. Zahlen über die ambulante Versorgung werden von der KVMV nicht zur Verfügung gestellt. Im Krankenhaussektor wurde über eine konstant hohe Inanspruchnahme berichtet.

Hinsichtlich der Wartezeiten ist grundsätzlich festzustellen, dass der Begriff schwer zu operationalisieren ist. Generell besteht in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf Notfälle eine Versorgungsverpflichtung der Plankrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP). Die Plankrankenhäuser bieten auch eine regionalisierte Versorgung an, was tagesklinische und psychiatrische Institutsambulanzen angeht. Insgesamt liegt die Bettenmessziffer über dem Bundesdurchschnitt, was bedeutet, dass die Anzahl der verfügbaren Behandlungsplätze eher hoch ist. Mit dem sogenannten Bayerischen Modell der Einzelleistungsabrechnung besteht für fast alle Kliniken für KJPP in Mecklenburg-Vorpommern auch die Möglichkeit der bedarfsgerechten Leistungserbringung.

Die Zahl der niedergelassen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen ist in M-V nicht unter dem Bundesdurchschnitt, gleichwohl zeigen sich auch bundesweit bekannte Muster, dass in urbanen Räumen die Versorgungsdichte höher ist. Auch die Fokusgruppen der Lupenregionen berichteten von einem guten Versorgungsangebot in HRO, in der Lupenregion VG käme es allerdings zu langen Wartezeiten im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. Im niedrigschwelligen Bereich besteht in Mecklenburg-Vorpommern ein breites

[1] Jenderny, S., Giertz, K., Möller, J. & Steinhart, I. (2022). Die COVID-19-Pandemie in Mecklenburg-Vorpommern – Auswirkungen auf die psychiatrische und psychosoziale Versorgung. In: Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern, 32 (6), S. 230-233.; Kölch M., Reis O., Kilb H., Knabe A., Wins M. (2024). Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgung psychisch kranker Menschen in M-V. Abschlussbericht COVID-19 MV-II, gefördert durch das Landesförderinstitut M-V.

Angebot von Beratungsstellen, die – so auch die Auskunft der Lupenregionen – sehr gut miteinander vernetzt sind. Netzwerke wie das Adipositas-Netzwerk M-V oder Regionalstellen von KipsFam zu den Themen Kinder aus psychisch oder suchtbelasteten Familien erreichen eine gute Abdeckung des Fachpersonals im Land. Herausfordernd ist allerdings weniger die Reichweite der Angebote als vielmehr die Erreichbarkeit durch die Zielgruppe. Wie bereits dargelegt, ist besonders im ländlichen Raum die Mobilität eingeschränkt, da ÖPNV-Angebote ausbaufähig sind, gut ausgebaute Radwege selten vorhanden sind und zusätzliche Kosten (etwa hohe Kosten für Individualverkehr aufgrund langer Fahrtwege) für Familien mit geringem SES kaum tragbar sind. Dies berichten auch die Lupenregionen, die die Netzwerkarbeit positiv hervorheben, aber die Umsetzbarkeit und Erreichbarkeit im ländlichen Raum problematisieren.

Eine weitere Herausforderung stellt die Nutzung evidenzbasierter Angebote dar. Zwar bieten Netzwerke wie KipsFam und das Adipositas-Netzwerk wichtige Strukturen, um eine gute intersektorale Zusammenarbeit und eine schnelle, bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, aber es sollte auch darauf geachtet werden, den aktuellen Stand der Forschung und Evidenz zu berücksichtigen. Hierfür bieten international und national etablierte und erforschte Ansätze wie Communities That Care (Walter, Groeger-Roth & Röding, 2023) sehr gute Voraussetzungen, da sie im Bereich kommunaler Präventionsarbeit erprobt sind und Blaupausen für das Land M-V bieten können. Zentral ist dabei eine Ausrichtung auf evidenzbasierte Praxis und die Integration wissenschaftlich gestützter Ansätze in die Netzwerkarbeit.

Hat sich die Lage seit der Corona-Pandemie verändert? Wie oben beschrieben wird eine kontinuierlich hohe Inanspruchnahme sowohl medizinischer Angebote im Bereich der Psyche, wie auch bei psychosozialen Beratungsstellen beschrieben. Die Strukturentwicklung für besonders vulnerable Gruppen wie Kinder mit psychisch erkrankten Eltern wurde fortgesetzt (z.B. KipsFam Regionalstellen). Mit den psychosozialen Zentren wurden Anlaufstrukturen für Menschen mit besonderem Risiko für psychische Belastungen etabliert (wenn diese auch nicht langfristig gesichert erscheinen). Hinsichtlich der wichtigen Basisstrukturen wie Schulsozialarbeit und Schulpsychologie sind die Strukturen in M-V im Vergleich zu anderen Bundesländern nicht schlecht aufgestellt.

Hinsichtlich der Demografie ist zu konstatieren, dass mit dem Rückgang der Anzahl junger Menschen die Angebote für junge Menschen nicht aufwachsen werden müssen, sondern eher sich konsolidieren werden können (vgl. weiter unten). Wie oben beschrieben ist absehbar, dass sich bezogen auf die verschiedenen Altersstufen noch über mehrere Jahre ein etwas erhöhter Bedarf an psychosozialen Interventionen ergeben wird.

Ist die Versorgungslage bzw. sind die Angebote noch bedarfsgerecht? Die Angebotsstruktur in M-V ist reichhaltig, aber zu differenzieren, was Angebote aus dem SGB V

Bereich angeht, was niedrigschwellige Prävention angeht inkl. SGB VIII Angeboten, schulische Angebote etc. Hinsichtlich der im SGB V-Bereich angesiedelten Angebote ist die Versorgungslage, was die Versorgung mit KJPP-Angeboten im teil- und vollstationären Bereich angeht – auch im Bundesvergleich – eher gut. Auch die Zahl der niedergelassenen Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist derzeit meist bedarfsgerecht. Geringere Zahlen Minderjähriger in der Zukunft werden nicht zu einem erhöhten Bedarf in diesem Bereich generell führen. Zudem ist auch für M-V die Weiterentwicklung der Versorgung für die Zukunft eine Aufgabe: der Ausbau von ambulanten und tagesklinischen Angeboten zulasten stationärer Kapazitäten, die eher lebensweltfern meist sind, ist eine Tendenz, die bundesweit sich durchsetzen wird (Romanos et al., 2024). Ebenso werden Versorgungsmodelle im Rahmen regionaler Modelle im psychiatrischen und insbesondere kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich entwickelt werden müssen, die weg von bisherigen starren Sektorengrenzen eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen, und den Patienten und Patientinnen auch in ihren Bedarfen besser gerecht werden.

Zugleich ist angesichts der heterogenen Entwicklungen der Bevölkerung in den einzelnen Regionen jedoch absehbar, dass eine Weiterentwicklung und Schwerpunktsetzung der Angebote notwendig ist (vgl. 4.2). Es ist zudem zu bedenken, dass eine Erreichbarkeit der Angebote langfristig gesichert werden muss. Da sich mobilitätsbedingte Barrieren nur in geringem Maße beheben lassen, ist der Ausbau weiterer digitaler Infrastrukturen zu gestalten. Dazu zählt eine stärkere Etablierung und Vernetzung digitaler Angebote (z.B. Telematik, Telemedizin), Förderung digitaler Innovationen für die Kinder- und Jugendgesundheit (z.B. digitale Gesundheitsanwendungen) und Stärkung digitaler Kinder- und Jugendbeteiligung.

Welche Unterstützung benötigen/erfahren besonders vulnerable Zielgruppen, wie z. B. Kinder und Jugendliche psychisch belasteter oder suchtbelasteter Familien in Mecklenburg-Vorpommern oder übergewichtige und/oder adipöse Kinder und Jugendliche? Kinder aus Familien mit einer psychischen Erkrankung/Suchterkrankung haben einen erhöhten Unterstützungsbedarf, der einmal altersspezifisch ist, zum anderen von der Schwere der Erkrankung(en) sowie der Einschränkungen der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern aufgrund der Erkrankung abhängt. Dies bedeutet, dass Kleinkinder in einer solchen Konstellation andere Bedarfe haben als Schulkinder, oder Jugendliche und junge Erwachsene. Die altersspezifischen Bedarfe und notwendige Unterstützungsmaßnahmen wurden im letzten Jahrzehnt sowohl breit beforscht wie diskutiert (Feist-Ortmanns & Macsenaere, 2018). Die Unterstützung für Familien mit dieser Problematik muss meist interdisziplinär und gerade bei schwereren und/oder chronischen Erkrankungen auch längerfristig und verbindlich sein (Kölch et al. 2021). Die Intensität notwendiger Maßnahmen kann von Aufklärung und Informationsentwicklung, über familienunterstützende Maßnahmen oder Freizeitangebote bis hin zu intensiven Angeboten der Behandlung, aber auch Fragen des Kinderschutzes reichen

(Kölch et al. 2021, Schmenger et al., 2021). Die Herausforderung sowohl auf Landesebene wie regionaler oder kommunaler Ebene besteht darin, Gesamtkonzepte zu entwickeln, die insbesondere vorhandene Angebote, insbesondere auch aus den vielfältigen unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern, zusammenführen und in bestehenden Angeboten für die Problematik und Bedarfe zu sensibilisieren, bestehende Versorgungsdefizite zu identifizieren und entsprechende Angebote zu entwickeln und langfristig systematische Angebote vorzuhalten.

Hinsichtlich der systematischen Struktur- und Angebotsentwicklung und der Entwicklung eines Gesamtkonzepts für Kinder aus Familien mit psychischen Störungen oder Suchterkrankungen ist für M-V eine gute Ausgangsbasis zu konstatieren. In M-V besteht seit Jahren mit KipsFam auf Landesebene in der Folge des Interministeriellen Ausschusses auf Bundesebene eine Struktur, die sowohl die Angebote auf regionaler Ebene erhebt und begleitet als auch Fortbildungen zur Thematik für Fachkräfte organisiert, die etwa die Vernetzung von entsprechenden Stellen (sozialrechtskreisübergreifend) regional und überregional befördert. Zugleich wurde KipsFam in der Etablierung kommunaler Gesamtkonzepte im Rahmen der Präventionsförderung durch die GKV aktiv. Inzwischen haben acht Regionalstellen - KipsFam Regio - die Arbeit aufgenommen, was die Voraussetzung für Ergänzung und Entwicklung regionaler Angebote ist. Über KipsFam wird Öffentlichkeitsarbeit betrieben, auch für Kinder, Jugendliche und Eltern (vgl. auch https://www.blickauf-kipsfam.de/). Damit ist eine landesweite Struktur vorhanden, um diese Thematik langfristig sowohl regional zu verankern und bessere Präventions- und Versorgungsstrukturen aufzubauen. Die enge Verzahnung mit dem Landesverband Sozialpsychiatrie e.V. und der Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen MV (LAKOST) sichert eine breite Dissemination wie auch die Berücksichtigung der (sozialrechtlich) oft künstlich getrennten Problematik von Suchterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen.

Primärpräventive und niedrigschwellige Angebote sind Bestandteil der Landesstrategie, etwa durch die Implementation des Schulprojekts „Verrückt! Na und?“ und weiterer Projekte im Bereich Schule. Die ermöglicht auch einen nichtstigmatisierenden Zugang zur Thematik. Zugleicht ist aber kritisch zu reflektieren, inwiefern tatsächlich die beste verfügbare Evidenz im Bereich Prävention genutzt wird (vgl. Walter et al., 2023), dies ist nicht für alle im Land umgesetzten Projekte und Angebote gegeben.

Generell problematisch ist zudem, wie bei allen anderen Angeboten hinsichtlich Prävention und Intervention in M-V, dass aufgrund weiter Wege im ländlichen Raum manche Angebote nicht oder nur schwer zu implementieren sind (wie etwa spezifische Gruppenangebote). Im Rahmen der Digitalisierung wird es sicher eine Aufgabe für die Zukunft sein, onlinebasierte Angebote zu entwickeln, bzw. ein Konzept eines Angebots, das solche Elemente

beinhaltet und regionale Nachteile dadurch ausgleicht. Auch gerade die Verankerung der Thematik im Bereich der Kita ist für M-V wichtig, insbesondere da hier die Betreuungsquoten hoch sind und damit eine breite Erreichbarkeit gesichert wäre.

Da die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe ubiquitär angeboten werden, sind für die betreffende Zielgruppe entsprechende Maßnahmen, insbesondere auch Hilfen zur Erziehung (HzE) nach SGB VIII aber auch Angebote der allgemeinen Jugendsozialarbeit von besonderer Bedeutung. Die Schulung und Sensibilisierung der Fachkräfte für die Thematik ist von daher essentiell und ein verstetigtes, möglichst interdisziplinäres Fortbildungskonzept wäre deshalb für M-V im Rahmen der Landeskoordination besonders wichtig, um auch regionale Nachtteile ausgleichen zu können durch die Qualifizierung von Fachkräften in Regelangeboten und gleichzeitig einen nachhaltigen Wissensstand zu schaffen, der auch in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen vorhanden ist. Die Interdisziplinarität eines solchen Fortbildungskonzepts könnte auch die Gefahr der Sektoralisierung von Unterstützungsangeboten verhindern, sowie gleichzeitig zur Vernetzung entsprechender Fachkräfte beitragen.

Analog zur Vernetzung im Bereich psychischer Gesundheit wurde etwa durch das Adipositas-Netzwerk M-V gearbeitet. Dort wurden von 2006 bis 2011 mit 137 Vereinen, 12 Ernährungstherapeutinnen und -therapeuten und 15 Fachkräften aus Psychologie und Psychotherapie insgesamt 4417 Vermittlungsanfragen und Leistungen durchgeführt. Aufgrund fehlender Finanzierung wurde das Netzwerk nicht sogleich fortgeführt, sondern erst 2021 wieder als Kooperationsprojekt realisiert. Dabei soll ein dreistufiges Programm aus Prävention, Intervention und Nachhaltigkeit umgesetzt werden, das Screenings in Kita und Schuleingangsuntersuchung implementiert, darauf aufbauend gezielte Maßnahmen in Prävention und individualisierter Therapie empfiehlt und nachhaltig evaluiert. Dieser netzwerkorientierte Ansatz ist vielversprechend und steht im Einklang mit aktuellen Empfehlungen – wichtig wäre allerdings die Integration evidenzbasierter Ansätze in der Praxis (Walter et al., 2023). Aktuell ist nicht klar, welche Rolle Evidenzbasierung in der Umsetzung von Maßnahmen spielt und die Erfahrungen der Lupenregionen in diesem Bereich sind bisher gemischt. Zudem mangelt es im Land M-V an strukturierter Übersicht entsprechender Maßnahmen, hier besteht, anders als im Bereich psychischer Gesundheit, Nachholbedarf.

Wie können die drei Präventionsstufen (primär, sekundär, tertiär) in Hinblick auf die folgenden Fragen bestmöglich umgesetzt werden? Welche Angebote der Primär- (bspw. Angebote zur Bewegungsförderung) und Sekundärprävention (Früherkennungs- und Frühinterventionen) gibt es bereits und wie können diese noch weiter ausgebaut werden? Hinsichtlich der Terminologie zur Prävention wird inzwischen neben der Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention auch die Einteilung in universelle, selektive und indizierte Prävention vorgenommen (vgl. 4.2.1). Letztere Einteilung bietet den Vorteil, unter Public Health-Gesichtspunkten besser zu differenzieren, welche Gruppen insbesondere

adressiert werden sollten, bzw. auch, wie ggfs. eine Prioritätensetzung hinsichtlich präventiver Maßnahmen sinn-voll sein kann, um bessere Effekte zu erzielen. Dies ermöglicht eine risikoadjustierte Prävention und eine Berücksichtigung potenzieller Risikokumulation. Zudem muss bei Präventionsmaßnahmen immer das sogn. Präventionsdilemma mitgedacht werden, also dass Zielgruppen mit dem höchsten Bedarf ggfs. nicht erreicht werden, was durch selektive oder indizierte Prävention ggfs. besser gelingen kann. Die Umsetzung bedarf der strukturierten und systematischen Planung und Vernetzung von Akteuren in den jeweiligen Altersphasen und bei entsprechenden Screenings auch die Etablierung von gestuften Ansätzen der Beratung und Intervention (meist sektorübergreifend). Die Nutzung z.B. der Schuleingangsuntersuchungen für Screenings auch hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Belastungen von Eltern bedingt auch ein Konzept, wie entsprechend durch den ÖGD systematisch regional in entsprechend passgenaue Angebote vermittelt werden kann.

Wie kann eine Umgebung geschaffen werden, welche die psychische und physische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördert? Welche Faktoren wirken sich dabei besonders positiv auf die psychische und physische Gesundheit junger Menschen aus? Kinder und Jugendliche leben zunehmend in institutionalisierten Kontexten. Dies bietet eine Chance für alle Kinder, jenseits von individuellen Nachteilen, die eine schlechtere Gesundheit bedingen können, wie SES der Familie, Umgebungen zu schaffen, die gesundheitsförderlich sind. Unter Entwicklungsaspekten betrifft dies die Kita, die Schule, aber auch Bereiche wie den Freizeitbereich und bei jungen Erwachsenen die Bereiche der Ausbildung/Studium.

Im Freizeitbereich muss unterschieden werden zwischen allgemeinen Umgebungen im Rahmen des Wohnumfelds oder gerade bei älteren Jugendlichen Sozialräume, die von Jugendlichen selbst definiert werden, und andererseits durch die Institutionalisierung geschaffene Umgebungen, wie z. B. Hort, Ganztagsschulen etc.

Der Vorteil ländlicher Räume, was Außenaktivitäten und damit z. B. Bewegung angeht, wird dadurch relativiert, dass gemeinsame Aktivität dort wiederum seltener möglich ist, weil die Dichte an Kindern viel geringer ist. Da gerade im Kindesalter aber die soziale Interaktion auch die Bewegung begünstigen kann, werden ländliche Räume nicht per se bewegungsförderlich sein. Es braucht also Möglichkeiten der Interaktion und attraktive Möglichkeiten der Bewegung. Zudem müssen Faktoren adressiert werden in den Lebenswelten, die bekanntermaßen zu psychischen Belastungen führen. Dies sind im familiären Kontext Vernachlässigung und Misshandlung (und sexuelle Gewalt) (vgl. ACEs), in der Schule und Ausbildung Mobbing und Überforderung. Dies zeigt, dass die Maßnahmen sehr unterschiedlich zu gestalten sind: in der frühen Kindheit sind verlässliche Infrastrukturen der Kinder- und Jugendhilfe, die bei entsprechenden Risiken in Familien unterstützen können, auch für die Zukunft essenziell. Im Schulalter muss Schule neben dem Auftrag der Wissensvermittlung vermehrt Aufgaben eines

ganzheitlichen Bildungsauftrags übernehmen werden müssen. Dies kann wiederum nur gelingen, wenn auch hier flankierende Maßnahmen erfolgen u.a. aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe (Schulsozialarbeit), aber auch durch weitere Institutionen, wie dem ÖGD etc. Gerade bei einer sinkenden Bevölkerungszahl und damit auch einer Beschränkung verfügbarer Fachkräfte wird M-V die Zusammenführung verschiedener Ressourcen und Expertisen eine vordringliche Aufgabe sein, und weniger ein Ausbau neuer zusätzlicher Strukturen und Angebote. Dies kann durchaus positiv sein und auch modellhaft für andere Regionen in Deutschland.

Gesundheitsförderliche Umgebungen im institutionalisierten Kontext bedürfen als einer Konzeption hinsichtlich der Integration präventiver Elemente. Dazu sind Inhalte, Ziele und Ressourcen zu definieren, die einen Gesamtrahmen für den jeweiligen Kontext definieren, was die Gesundheitsförderung als Bestandteil des Bildungsauftrags definiert. Dies kann für die spezifischen Kontexte, wie Kita, Schule in den verschiedenen Schulstufen und auch Ausbildungskontexte gelingen. Es bedingt aber eine Konzeptentwicklung und entsprechende Ressourcen. Gerade in ländlichen Räumen werden institutionalisierte Räume eine zunehmende Bedeutung für die Möglichkeiten von Bewegung und psychisch förderlichen Erfahrungen haben werden. Schulen werden sich zu einem zentralen Ort der ganzheitlichen Sozialisation entwickeln müssen, an dem Bewegungsangebote und präventive Angebote (sowohl im Sinne der universellen als auch der selektiven und indizierten Prävention) angesiedelt werden müssen. Da im ländlichen Raum weniger junge Menschen wohnen werden, ist absehbar, dass sich Infrastrukturen für diese Altersgruppe reduzieren werden. Dies bedeutet aber auch, dass partizipative Elemente über Entscheidungen, welche Infrastrukturen, z. B. in der Umgebungsgestaltung öffentlicher Räume in der Zukunft eine größere Rolle spielen werden müssen, um auch im Sinne der Priorisierung von Entscheidungen Mitbestimmung und zielgruppenspezifische Teilhabe zu ermöglichen. Dies kann z. B. durch Fördervorgaben unterstützt werden, wie es etwa das Land Niedersachsen dies in Programmen nach der Covid-19-Pandemie umgesetzt hat. Die partizipative Einbeziehung unter Beachtung bestehender Rahmenbedingung (z. B. Mitverwaltung Schule, aber auch Jugendparlamente etc.) muss intensiviert werden, um unter veränderten Rahmenbedingungen gerade im ländlichen Raum den Einbezug junger Menschen und ihrer Bedürfnisse zu sichern. In Anbetracht absehbarer Allokationsentscheidungen von Ressourcen aufgrund des demografischen Wandels auch auf kommunaler Ebene ist dies umso wichtiger. Partizipationsverfahren können auch ermöglichen, dass Lebenswelten nach den Bedürfnissen der jungen Generation gestaltet werden können und damit auch eine höhere Akzeptanz bei dieser erhalten.

In urbanen Räumen, in denen die Selbstbestimmung des Sozialraums durch junge Menschen leichter gelingen kann, müssen Umgebungen geschaffen werden, die Bewegung ermöglichen, gerade in Gebieten, die eher benachteiligt sind. Auch hier wird Unterstützung

durch z. B. offene Jugendarbeit notwendig sein, um die Nutzung der Räume (auch z.B. im Vergleich zur Nutzung von Social Media etc.) zu fördern. Gerade für benachteiligte Kinder und Jugendliche, die ein erhöhtes Risiko für Adipositas haben sind solche Angebote essenziell, weil sie auch weniger in Vereinen integriert sind.

Für die Vereinsarbeit wiederum wird sich in der Zukunft die Herausforderung stellen, sich an institutionalisierten Kontexten von Jugendlichen vermehrt einzubringen. Angebote, die an den Ganztag angesiedelt werden, können auch die Integration in Vereine erleichtern. Bedacht werden muss auch, dass durch eine sich ausdünnende Infrastruktur die Wege zu Räumen, in denen junge Menschen lernen und Freizeit gemeinsam verbringen können, größer werden. Diese Wege können zur Bewegung beitragen, dazu bedarf es jugendgerechter Infrastruktur wie sichere Radwege etc. Es wird aber auch vermehrt intelligente Lösungen für ÖPNV brauchen, um junge Menschen mobil zu halten. Zudem muss die Zeit, die junge Menschen z. B. im ÖPNV verbringen, als gesundheitsförderliche Zeit ermöglicht werden und nicht als Belastung. Bei allen Problemen, die sich etwa durch übermäßigen Social Media Gebrauch und den Internetgebrauch ergeben, sind auch Chancen durch eine bessere Abdeckung etwa mit freiem WiFi im ÖPNV für junge Menschen verbunden: so kann etwa die Nutzung von präventiven Angeboten durchaus auch in diesen Kontexten gelingen.

Wie kann bei Personen, die einen regelmäßigen Umgang mit jungen Menschen haben (insbesondere im Kontext Schule, Kita, Sportvereine, Jugendbegegnungsstätten), die Aufmerksamkeit für Fragen psychischer und physischer Gesundheit und die Fähigkeit, entsprechend unterstützend zu reagieren, geschärft werden? Generell hat sich das Bewusstsein für psychische und allgemeine Gesundheitsfragen im Kontext von Fachkräften und auch im Sport erhöht – wie auch in der Allgemeinbevölkerung. Dies geht mit einer erhöhten psychischen Gesundheitskompetenz einher. Zugleich bleiben Diskrepanzen bestehen (hinsichtlich sozialer Determinanten von Gesundheit). Um entsprechende Personen zu erreichen, sind Schulung, Fort- und Weiterbildung mögliche Maßnahmen (z. B. Fortbildungen von KipsFam), aber auch eine stärkere Integration in Curricula in universitärer Ausbildung (z. B. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Querschnittsthema für relevante Berufsgruppen). Zentral dabei ist eine Sensibilisierung und eine Informationsvermittlung, um rechtzeitig und angemessen weiterverweisen zu können, sodass entsprechende Netzwerke greifen können. Zu vermeiden ist eine Überforderung der Fachkräfte, indem zusätzliche Kompetenzen (z. B. Diagnostik, Intervention) z. B. von Fachpersonal in Kita oder Schulen gefordert werden, die durch andere Berufsgruppen und Sektoren abgedeckt werden, etwa dem Bereich des SGB V. Daher ist der genaue Auftrag klar zu präzisieren und die Schnittstellenarbeit zu klären. Modellhaft kann aber andererseits die Weiterbildung und Qualifikation im Bereich Kinderschutz gelten: Innerhalb von 15 Jahren ist es im Feld gelungen für die Thematik zu sensibili-

sieren, Fachwissen zu disseminieren und Verfahrenswege, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten bekannt zu machen. Insofern liegt damit eine Blaupause vor, wie Wissen und Netzwerkbildung gelingen kann und auch für die Thematik gesundes Aufwachsen genutzt werden kann.

Wie kann unter Kindern und Jugendlichen das Bewusstsein für die Relevanz psychischer und physischer Gesundheit gestärkt werden? Analog zur Stärkung des Personals können auch für Kinder und Jugendliche gezielte Angebote unterbreitet werden, hier muss aber auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe (z. B. über Online-Kanäle) und auch die Relevanz sichergestellt werden. Letztlich wird über die Lebenswelten von Kindern, von der Kita bis zur Ausbildung der Zugang gelingen und Wissen und Sensibilität vermittelt werden können. Schulbasierte Angebote haben nachweislich im Bereich psychischer Gesundheit und Adipositas nur eine begrenzte Wirksamkeit, hier scheinen Interventionen zu Themen wie Stigmatisierung/Inanspruchnahme oder allgemeiner Kompetenzentwicklung (z. B. Lebenskompetenzen) vielversprechend zu sein, im Vergleich zu stärker erkrankungsfokussierten Angeboten. Zudem sind Schnittstellen zu allgemeiner Kompetenzförderung wie Medienkompetenzen abzustimmen und Konzepte gestufter Prävention (von universeller zu indizierter Prävention) zu eruieren, die eine Umsetzung ermöglichen. Auch hier ist auf evidenzbasierte Ansätze zu achten, die eine nachhaltig wirksame Umsetzung ermöglichen (Walter et al., 2023). Mit zunehmendem Alter werden auch in der Zukunft validierte gesundheitsrelevante Informationen, die online verfügbar sind, eine große Rolle spielen. Auch diese Informationen müssen aber evidenzbasiert sein und die Gefahr von (Selbst-)Stigmatisierung und Fehldiagnosen etc. muss bedacht werden.

Die Weiterentwicklung und Implementierung von Kinderschutzkonzepten trägt indirekt auch zu einem Bewusstsein von Gesundheit bei; das Bewusstsein, Rechte zu besitzen, die notwendige Achtung von Grenzen und Aufklärung darüber stellt unter dem oben geschilderten Aspekt, dass ACE zu den stärksten Risikofaktoren für eine psychische und physische Belastung im Lebensverlauf einen nicht unerheblichen Faktor dar, der auch das Bewusstsein junger Menschen stärkt, frei von belastenden Ereignissen aufwachsen zu können.

Insgesamt wird die Verankerung gesundheitlicher Themen im Querschnitt, von der Kita bis zur Ausbildung, unabdingbar in den institutionalisierten Kontexten des Aufwachsens in der Zukunft sein, um das Bewusstsein für Gesundheit bei jungen Menschen zu stärken.

Partizipative Elemente sind dafür essenziell. Das DZKJ am Standort Greifswald/Rostock hat einen Schwerpunkt in der Partizipationsforschung zu Gesundheit und Gesundheitsforschung im Bereich Kindheit und Jugend. Das Land kann diese Expertise aus dem DZKJ nutzen, um für die Zukunft partizipative Formate auch im Bereich der regionalen Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln.

Anhang

Auswertung von Krankenhausstatistiken. Die Krankenhausstatistik 2023 für den Altersbereich 0 bis 25 Jahre wurde in Bezug auf die häufigsten Psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10 ausgewertet. Diese Daten sind, z.B. aufgrund von Praktiken in der Abrechnung, nur eingeschränkt interpretierbar, spiegeln möglicherweise nicht die tatsächlichen Verhältnisse wider und sind nur bedingt aussagekräftig. Sie werden in Folge dennoch aufgeführt, da Daten der KVMV nicht zur Verfügung gestellt wurden und sich möglicherweise zumindest Hinweise auf besonders häufige Diagnosen ableiten lassen.

In der Region HRO traten die meisten Fälle für die Diagnosen rezidivierende depressive Störungen (F33) (91 Fälle), Depressive Episode (F32) (84 Fälle), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (78 Fälle), Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) (66 Fälle) sowie Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzkonsum (F19) (65 Fälle) (Statistisches Landesamt M-V, 2023). In der Lupenregion VG waren die häufigsten Diagnosen rezidivierende depressive Störungen (F33) (124 Fälle), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (120 Fälle), Depressive Episode (F32) (100 Fälle), Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) (83 Fälle) sowie emotionale Störungen des Kindesalters (F93) (52 Fälle) (Statistisches Landesamt M-V, 2023). Die am häufigsten diagnostizierten F-Kategorien in MSE waren Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) (105 Fälle), Depressive Episode (F32) (85 Fälle), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (78 Fälle), rezidivierende depressive Störungen (F33) (64 Fälle) sowie die Diagnosen emotionale Störungen des Kindesalters (F93) und Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion (F92) (jeweils 54 Fälle) (Statistisches Landesamt M-V, 2023).

Die Auswertung der Krankenhausstatistik 2023 für M-V ergab für die ICD-10 Kategorie *Psychische- und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)* 898 Fälle im Altersbereich 0 bis 30 Jahre (Statistisches Landesamt M-V, 2023). Im Vergleich der Lupenregionen im Altersbereich bis 25 Jahre hatte MSE die höchste Fallzahl (105 Fälle, verteilt über die Altersspanne 5 bis 25 Jahre). In VG waren es 83 Fälle (verteilt über die Altersspanne 0 bis 25 Jahre) und in HRO 66 Fälle (verteilt über die Altersspanne 5 bis 25 Jahre) (Statistisches Landesamt M-V, 2023).

In M-V ergab sich für die Anzahl diagnostizierter Adipositasfälle (E66) im Altersbereich 0 bis 30 Jahre auf Grundlage der Krankenhausstatistik 2023 152 Fälle (Statistisches Landesamt M-V, 2023). In Bezug auf die regionale Verteilung im Altersbereich 0 bis 25 Jahre zeigte sich für MSE die höchste Fallzahl mit der weitesten Verteilung über die Alterspanne (11 Fälle insgesamt, verteilt über die Altersgruppen von 1 bis 25 Jahren) (Statistisches Landesamt M-V, 2023). In HRO wurden in der Krankenhausstatistik 9 Fälle registriert, die erst ab einem Alter

von 15 Jahren auftraten (Statistisches Landesamt M-V, 2023). In VG war die Fallzahl im Vergleich der Lupenregionen mit 5 Fällen (Auftreten ab 15 Jahren) am geringsten (Statistisches Landesamt M-V, 2023).

Literaturverzeichnis

Adipositas-Netzwerk M-V. (2021). *Broschüre Adipositas*. Verfügbar unter: https://adipositas-netzwerk-mv.de/broschuere/#fb0=3

Andresen, S. & Galic, D. (Bertelsmann Stiftung, Hrsg.). (2015). *Kinder. Armut. Familie. Alltagsbewältigung und Wege zu wirksamer Unterstützung.* Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/imported/leseprobe/LP_978-3-86793-674-3_1.pdf

Arbeitsgemeinschaft Verbrauchs- und Medienanalyse (Statista, Hrsg.). (2021). *Anteil der Fitnessstudio-Nutzer in Deutschland, die in ihrer Freizeit mindestens einmal im Monat ins Fitnessstudio gehen, nach Alter im Jahr 2021.* Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/537184/umfrage/fitnessstudio-nutzer-in-deutschland-nach-altersgruppen/

Armocida, B., Monasta, L., Sawyer, S., Bustreo, F., Segafredo, G., Castelpietra, G. et al. (2022). Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10-24 years in the EU, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, *6*(6), 367–383. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00073-6

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(3), 194–203. https://doi.org/10.1136/jech.2009.102467

Bartsch, F., Dreiskämper, D. [Dennis], Göttlich, E., Henning, L. & Rulofs, B. [Bettina] (2025). Sport und Sportvereine aus der Sicht sozioökonomisch marginalisierter Jugendlicher – eine Synthese quantitativer und qualitativer Befunde. In D. Dreiskämper, U. Burrmann, M. Kehne, N. Neuber, B. Rulofs, J. Süßenbach et al. (Hrsg.), *Potenziale von Bewegung, Spiel und Sport für ein gesundes Aufwachsen in Deutschland* (Bildung und Sport, Bd. 35, S. 103–149). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-47017-3_4#DOI

Becker, S. & Naumann, M. (Hrsg.). (2020). *Regionalentwicklung in Ostdeutschland*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60901-9

Behan, C., Doyle, R., Masterson, S., Shiers, D. & Clarke, M. (2015). A double-edged sword: review of the interplay between physical health and mental health. *Irish Journal of Medical Science*, *184*(1), 107–112. https://doi.org/10.1007/s11845-014-1205-1

Biddle, S. J., Ciaccioni, S., Thomas, G. & Vergeer, I. (2019). Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychology of Sport and Exercise*, *42*, 146–155. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.08.011

BIFG (Barmer Institut für Gesundheitsforschung (BIFG), Hrsg.). (2023). *Arztreport Barmer Kinderatlas - ambulante Diagnosen nach Diagnosekapiteln. Barmer Daten 2005 - 2023*. Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/arztreport/arztreport-kinderatlas-ambulante-diagnosen-nach-diagnosekapiteln

Bildungs Spiegel (Büro für analytische Sozialforschung (BaS) Hamburg, Hrsg.). (2024). *Rückgang der Studierendenzahlen in Mecklenburg-Vorpommern setzt sich fort.* Verfügbar unter: https://www.bildungsspiegel.de/news/studium-fernstudium-neue-lernformen/7454-rueckgang-der-studierendenzahlen-in-mecklenburg-vorpommern-setzt-sich-fort/

Boullier, M. & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, *28*(3), 132–137. https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008

Bowe, A. K., Healy, C., Cannon, M. & Codd, M. B. (2021). Physical activity and emotional-behavioural difficulties in young people: a longitudinal population-based cohort study. *European Journal of Public Health*, *31*(1), 167–173. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa182

Bundesagentur für Arbeit. (2023). *Statistik Arbeitsmarkt für Alleinerziehende - Deutschland und Länder (Monats- und Jahreszahlen)*. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=20656&topic_f=analyse-arbeitsmarkt-alleinerziehende

Bundesjugendkuratorium. (2024). *Generationengerechtigkeit: Die Rechte junger Menschen in der alternden Gesellschaft stärken!* Verfügbar unter: https://bundesjugendkuratorium.de/data/pdf/pressemitteilungen/BJK-Diskussionspapier-Generationengerechtigkeit-2024.pdf

Burrmann, U. [Ulrike], Dreiskämper, D. [Dennis] & Henning, L. (2024). Sport von Jugendlichen in der Freizeit vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Trends. *Forum Kinder- und Jugendsport*, *5*(2), 105–120. https://doi.org/10.1007/s43594-024-00132-4

Burrmann, U. [Ulrike], Süss, P. L., Wegner, O., Göttlich, E., Henning, L. & Dreiskämper, D. [Dennis] (2025). Der Sport(verein) als attraktive Lebenswelt im Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. In D. Dreiskämper, U. Burrmann, M. Kehne, N. Neuber, B. Rulofs, J. Süßenbach et al. (Hrsg.), *Potenziale von Bewegung, Spiel und Sport für ein gesundes Aufwachsen in Deutschland* (Bildung und Sport, Bd. 35, S. 55–101). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-47017-3_3#DOI

Cairney, J., Dudley, D., Kwan, M., Bulten, R. & Kriellaars, D. (2019). Physical Literacy, Physical Activity and Health: Toward an Evidence-Informed Conceptual Model. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, *49*(3), 371–383. https://doi.org/10.1007/s40279-019-01063-3

CHE Hochschuldaten (Centrum für Hochschulentwicklung (CHE), Hrsg.). (2025). *Hochschuldaten für Mecklenburg-Vorpommern. Studierende in Mecklenburg-Vorpommern.* Verfügbar unter: https://hochschuldaten.che.de/mecklenburg-vorpommern/studierende/

Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S. et al. (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, *395*(10224), 605–658. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1

Corthier, J. (2020). Sesshaftigkeit in ostdeutschen ländlich-peripheren Räumen. Wie Wanderungen die Bevölkerungsstruktur langfristig verändern. In S. Becker & M. Naumann (Hrsg.), *Regionalentwicklung in Ostdeutschland* (S. 389–399). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60901-9_30

Davison, K. K. & Lawson, C. T. (2006). Do attributes in the physical environment influence children's physical activity? A review of the literature. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *3*, 19. https://doi.org/10.1186/1479-5868-3-19

Deckert, A., Runge-Ranzinger, S., Banaschewski, T. [Tobias], Horstick, O., Elwishahy, A., Olarte-Peña, M. et al. (2023). Mental health indicators for children and adolescents in OECD countries: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1303133. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1303133

Der Heiden, I. an, Ochmann, R. & Bernhard, J. (IGES Institut, Hrsg.). (2023). *AOK-Familienstudie 2022. Eine Befragung von Eltern im Alter von 4 bis 14 Jahren.* Verfügbar unter: https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/pdf/aok-familienstudie-2022.pdf

Destatis (Statistisches Bundesamt (Destatis), Hrsg.). (2021a). *Statistischer Bericht - Geburten 2021*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Publikationen/Downloads-Geburten/statistischer-bericht-geburten-5126104217005.html

Destatis (Statistisches Bundesamt (Destatis), Hrsg.). (2022a). *Bevölkerungsstand - Bevölkerung nach Altersgruppen und Bundesländern.* Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-altersgruppen-deutschland.html

Destatis (Statistisches Bundesamt (Destatis), Hrsg.). (2022b). *Datenbank Genesis-Online*. Verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online

Deutscher Olympischer Sportbund (Statista, Hrsg.). (2024). *Anteil der Bevölkerung in Deutschland mit Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Alter und Geschlecht (Stand 1. Januar 2024).* Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37043/umfrage/sportvereine-mitgliedschaft-nach-altersgruppen-und-geschlecht/

Deyra, M., Gay, C., Gerbaud, L., Berland, P. & Pizon, F. (2020). Global Health Determinants Perceived and Expressed by Children and Adolescents Between 6 and 17 Years: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Frontiers in Pediatrics*, *8*, 115. https://doi.org/10.3389/fped.2020.00115

DOSB (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB), Hrsg.). (2024). *DOSB Bestandserhebung 2024*. Verfügbar unter: https://www.dosb.de/service/bestandserhebung

Dreiskämper, D. [D.], Burrmann, U. [U.], Kehne, M. [M.], Neuber, N. [N.], Rulofs, B. [B.], Süßenbach, J. [J.] et al. (2023). *Sport und mentale Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen - Ausgewählte Ergebnisse aus dem Move for Health Projekt.* Verfügbar unter: https://static-dsj-de.s3.amazonaws.com/Publikationen/PDF/MOVE_FOR_HEALTH_Wissenschaftliche_Broschuere_Ergebnisse_A4_Digital.pdf

Ehlen, S., Henning, L., Rehaag, R. & Dreiskämper, D. [Dennis]. (2023). Kindergesundheit in sozioökonomisch benachteiligten Stadtquartieren – eine Strukturgleichungsmodellierung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *18*(4), 576–588. https://doi.org/10.1007/s11553-022-00992-8

Eime, R. M., Payne, W. R., Casey, M. M. & Harvey, J. T. (2010). Transition in participation in sport and unstructured physical activity for rural living adolescent girls. *Health Education Research*, *25*(2), 282–293. https://doi.org/10.1093/her/cyn060

Ellis, W., Dietz, W. H. & Chen, K.-L. D. (2022). Community Resilience: A Dynamic Model for Public Health 3.0. *Journal of Public Health Management and Practice : JPHMP*, *28*(Suppl 1), S18-S26. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001413

Fehr, R. (2020). *Urban health / StadtGesundheit*. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i124-2.0

Feist-Ortmanns, M. & Macsenaere, M. (2018). Versorgungssituation von suchtbelasteten Familien verbessern. *Sozial Extra*, *42*(1), 44–47. https://doi.org/10.1007/s12054-018-0005-7

Franze, M., Biermann, J., Kästner, A., Ernst, V. S. & Hoffmann, W. (2022). Effects of the Targeted Intervention for Five- to Six-Year-Old Children Affected by Attentional and Concentration Developmental Risks: Results of a Dynamic Prospective Cohort Study Conducted in Socially Deprived Regions in Germany. *Prevention Science : the Official Journal of the Society for Prevention Research*, *23*(6), 996–1006. https://doi.org/10.1007/s11121-022-01362-8

Funcke, A. & Menne, S. (Bertelsmann Stiftung, Hrsg.). (2020). *Factsheet: Kinderarmut in Deutschland.* Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291_2020_BST_Facsheet_Kinderarmut_SGB-II_Daten__ID967.pdf

Funcke, A. & Menne, S. (Bertelsmann Stiftung, Hrsg.). (2023). *Kinderarmut und Kindergrundsicherung: Daten und Fakten.* Verfügbar unter: file:///C:/Users/u021495/Downloads/IN_BNG_Policy_Brief_Kinderarmut_Kindergrundsicherung_Daten_Fakten_2023.pdf

Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C. et al. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet (London, England)*, *377*(9783), 2093–2102. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6

Göttlich, E., Henning, L., Burrmann, U. [Ulrike] & Dreiskämper, D. [Dennis] (2025). Sportliche Aktivität und mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In D. Dreiskämper, U. Burrmann, M. Kehne, N. Neuber, B. Rulofs, J. Süßenbach et al. (Hrsg.), *Potenziale von Bewegung, Spiel und Sport für ein gesundes Aufwachsen in Deutschland* (Bildung und Sport, Bd. 35, S. 13–53). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-47017-3_2#DOI

Groos, T. & Jehles, N. (2015). *Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen. Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung "Kein Kind zurücklassen".* Verfügbar unter: https://www.kein-kind-zuruecklassen.de/fileadmin/user_upload/03_Werkstattbericht_Einfluss_von_Armut_final_Auflage3_mU.pdf

Gülü, M., Yagin, F. H., Gocer, I., Yapici, H., Ayyildiz, E., Clemente, F. M. et al. (2023). Exploring obesity, physical activity, and digital game addiction levels among adolescents: A study on machine learning-based prediction of digital game addiction. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1097145. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1097145

Heining, J., Jahn, D., Rossen, A., Wapler, R., Weyh, A. & Fuchs, S. (2024). Regionale Arbeitsmarktprognosen 2024/2025: Schwache Entwicklung der regionalen Arbeitsmärkte. https://doi.org/10.48720/IAB.KB.2420

Hering, R., Schulz, M. [Mandy] & Czihal, T. (2023). *Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten - Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035*. https://doi.org/10.20364/VA-23.07

Hu, D., Zhou, S., Crowley-McHattan, Z. J. & Liu, Z. (2021). Factors That Influence Participation in Physical Activity in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review from the Social Ecological Model Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6). https://doi.org/10.3390/ijerph18063147

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, *2*(8), e356-e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Hurrelmann, K. & Richter, M. [Matthias]. (2022). *Determinanten der Gesundheit* (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Hrsg.). https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0

Huybrechts, I., Bourdeaudhuij, I. de, Buck, C. & Henauw, S. de. (2010). Umweltbedingte Einflussfaktoren. Möglichkeiten und Barrieren für ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Environmental factors. Opportunities and barriers for physical activity and healthy eating among children and adolescents], *53*(7), 716–724. https://doi.org/10.1007/s00103-010-1085-0

Imboden, C., Claussen, M. C., Seifritz, E. & Gerber, M. (2022). Die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die psychische Gesundheit. *Praxis* [The Importance of Physical Activity for Mental Health], *110*(4), 186–191. https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003831

Jobvalley (Studitemps GmbH, Hrsg.). (2022). *Wo es Studierende nach dem Abschluss hinzieht.* Verfügbar unter: https://jobvalley.com/de-de/blog/wo-es-studierende-nach-dem-abschluss-hinzieht/

Kelso, A., Reimers, A. K., Abu-Omar, K., Wunsch, K., Niessner, C. [Claudia], Wäsche, H. et al. (2021). Locations of Physical Activity: Where Are Children, Adolescents, and Adults Physically Active? A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3). https://doi.org/10.3390/ijerph18031240

Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R. et al. (2024). Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*, *81*(4), 347–356. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051

Kohring, C., Akmatov, M. K., Holstiege, J., Heuer, J., Dammertz, L. & Bätzing, J. (2023). *Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung — Entwicklungen zwischen 2014 und 2021*. https://doi.org/10.20364/VA-23.05

Kraaijenvanger, E. J., Pollok, T. M., Monninger, M., Kaiser, A., Brandeis, D., Banaschewski, T. [T.] et al. (2020). Impact of early life adversities on human brain functioning: A coordinate-based meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *113*, 62–76. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.008

KV M-V (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Hrsg.). (2024a). *Arzt- und Psychotherapuetensuche Mecklenburg-Vorpommern.* Verfügbar unter: https://www.kvmv.de/service/arztsuche/

KV M-V (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Hrsg.). (2024b). *Bedarfsplanung KV M-V. Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.* Verfügbar unter: https://www.kvmv.de/mitglieder/niederlassung-anstellung/bedarfsplanung/bekanntmachung/

LAKOST M-V (Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen Mecklenburg-Vorpommern (LAKOST M-V), Hrsg.). (2022). *5. Bericht zur ambulanten Suchthilfe. Landesauswertung der EBIS - (einrichtungsbezogenes Informationssystem) Daten 2022 der Sucht- und Drogenberatungsstellen Mecklenburg-Vorpommern.* Verfügbar unter: https://www.lakost-mv.de/fileadmin/user_upload/suchtbericht_22.pdf

Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D. [Jonas D.], Hölling, H., Lange, M. et al. (2019). Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. https://doi.org/10.25646/5867

Lees, C. & Hopkins, J. (2013). Effect of aerobic exercise on cognition, academic achievement, and psychosocial function in children: a systematic review of randomized control trials. *Preventing Chronic Disease*, *10*, E174. https://doi.org/10.5888/pcd10.130010

Leibert, T. (2020). Wanderungen und Regionalentwicklung. Ostdeutschland vor der Trendwende? In S. Becker & M. Naumann (Hrsg.), *Regionalentwicklung in Ostdeutschland* (S. 199–210). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60901-9_16

Lenardson, J. D., Hansen, A. Y. & Hartley, D. (2015). Rural and Remote Food Environments and Obesity. *Current Obesity Reports*, *4*(1), 46–53. https://doi.org/10.1007/s13679-014-0136-5

Limone, P., Ragni, B. & Toto, G. A. (2023). The epidemiology and effects of video game addiction: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychologica*, *241*, 104047. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104047

LSB M-V. (2025). *Statistik der Mitgliederentwicklung des Landessportsbunds Mecklenburg-Vorpommern.* Verfügbar unter: https://www.lsb-mv.de/der-lsb/statistik/

Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M. et al. (2016). Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms. *Pediatrics*, *138*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642

Manz, K., Krug, S., Schienkiewitz, A. & Finger, J. D. [Jonas David]. (2016). Determinants of organised sports participation patterns during the transition from childhood to adolescence in Germany: results of a nationwide cohort study. *BMC Public Health*, *16*(1), 939. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3615-7

Maretzke, S., Hoymann, J. & Schlömer, C. (2024). *Raumordnungsprognose 2045. Bevölkerungsprognose* (BBSR-Analysen Kompakt, 2024, 04). Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2024). *Jim Studie 2024 - Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger*. Verfügbar unter: https://mpfs.de/app/uploads/2024/11/JIM_2024_PDF_barrierearm.pdf

Menning, S. (2005). Demographische Alterung in den Regionen - das Beispiel Mecklenburg-Vorpommern.

Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung M-V. (2024). *Statistik - Schule in Zahlen*. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/bm/Ministerium/Statistik/

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport. (2025). *Krankenhausplan M-V 2025,* Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M-V. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/gesundheit/Gesundheitsversorgung/Krankenhauswesen/

Monteith, S., Glenn, T., Geddes, J. R., Whybrow, P. C., Achtyes, E. D. & Bauer, M. (2024). Implications of Online Self-Diagnosis in Psychiatry. *Pharmacopsychiatry*, *57*(2), 45–52. https://doi.org/10.1055/a-2268-5441

Neumeier, S. & Osigus, T. (Thünen-Institut Forschungsbereich ländliche Räume, Hrsg.). (2025). *Thünen-Landatlas,* Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Verfügbar unter: https://karten.landatlas.de/

Nigg, C. R., Wunsch, K., Nigg, C., Niessner, C. [Claudia], Jekauc, D., Schmidt, S. C. E. et al. (2021). Are Physical Activity, Screen Time, and Mental Health Related During Childhood, Preadolescence, and Adolescence? 11-Year Results From the German Motorik-Modul Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology*, *190*(2), 220–229. https://doi.org/10.1093/aje/kwaa192

Otto, C., Haller, A.-C., Klasen, F., Hölling, H., Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PloS One*, *12*(12), e0190363. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190363

Otto, C., Reiss, F., Voss, C., Wüstner, A., Meyrose, A.-K., Hölling, H. et al. (2021). Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(10), 1559–1577. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01630-4

Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-004

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M. et al. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Mental health and psychological

burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic-results of the COPSY study], *64*(12), 1512–1521. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3

Reiß, F., Behn, S., Erhart, M., Strelow, L., Kaman, A., Ottová-Jordan, V. et al. (2024). *Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10 – 2022*. https://doi.org/10.25646/11867

Richter, M. [M.] & Mielck, A. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit im Jugendalter. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *1*(4), 248–254. https://doi.org/10.1007/s11553-006-0037-x

Rind, E., Reime, B. & Weidmann, C. (2022). *Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum*. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i133-2.0

Robert Koch-Institut. (2018). *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005

Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L. et al. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *140*(Suppl 2), S97-S101. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K

Romanos, M., Berg, G., Brauer, A., Jung, M., Klein, M., Kölch, M. et al. (2024). Wie sichern wir in Zukunft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [How can we ensure the future care for children and adolescents with mental disorders?], *67*(4), 482–489. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03858-w

Ruddat, M. (2012). Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 195–206). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_10

Sagatun, A., Kolle, E., Anderssen, S. A., Thoresen, M. & Søgaard, A. J. (2008). Three-year follow-up of physical activity in Norwegian youth from two ethnic groups: associations with socio-demographic factors. *BMC Public Health*, *8*, 419. https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-419

Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A. C. et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet (London, England)*, *379*(9826), 1630–1640. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5

Schmidt, S. [S.C.E], Burchartz, A., Kolb, S., Niessner, C. [C.], Oriwol, D., Hanssen-Doose, A. et al. (2021). Zur Situation der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern- und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie in Deutschland: Die Motorik-Modul Studie (MoMo). *KIT Scientific Working Papers*.

Scholz, R. & Flöthmann, J. (2004). *Lebenserwartung und Mortalität. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft.,* Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Verfügbar unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/33120/ssoar-2004-scholz_et_al-Lebenserwartung_und_Mortalitat.pdf?sequence=1

Small, L. & Aplasca, A. (2016). Child Obesity and Mental Health: A Complex Interaction. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *25*(2), 269–282. https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.008

Statistisches Amt M-V. (2019a). *5. Bevölkerungsprognose 2017-2040.* Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Ministerium%20f%C3%BCr%20Energie%2c%20Infrastruktur%20und%20Digitalisierung/Dateien/Downloads/Bev%C3%B6lkerungsprognose-Landesprognose.pdf

Statistisches Amt M-V. (2019b). *Krankheiten, Rauchgewohnheiten und BMI der Bevölkerung (Mikrozensus) in Mecklenburg-Vorpommern 2017.*

Statistisches Amt M-V. (2024). *Statistisches Jahrbruch Mecklenburg-Vorpommern 2024.* Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Statistik/Dateien/Publikationen/Statistisches%20Jahrbuch/Z011%202024%2000.pdf

Statistisches Amt M-V. (2025). *Statistische Berichte - Bevölkerung, Gesundheitswesen, Gebiet, Erwerbstätigkeit*. Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/Statistik/Ver%C3%B6ffentlichungen/Statistische-Berichte/A/

Statistisches Bundesamt. (2021b). *Datenreport 2021 - Sozialbericht für Deutschland, Gesamtausgabe*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Stodden, D. F., Pesce, C., Zarrett, N., Tomporowski, P., Ben-Soussan, T. D., Brian, A. et al. (2023). Holistic Functioning from a Developmental Perspective: A New Synthesis with a Focus on a Multi-tiered System Support Structure. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *26*(2), 343–361. https://doi.org/10.1007/s10567-023-00428-5

Studitemps. (2019). *Studentische Wanderungsbewegungen innerhalb Deutschlands zwischen Schule, Studium und Beruf. Sonderauswertung der Studienreihe "Fachkraft 2030".* Verfügbar unter: https://jobvalley.com/pdf/fachkraft2030-binnenmigration.pdf

Thom, J., Jonas, B., Reitzle, L., Mauz, E., Hölling, H. & Schulz, M. [Mandy]. (2024). Trends in the Diagnostic Prevalence of Mental Disorders, 2012-2022—Using Nationwide Outpatient Claims Data for Mental Health Surveillance. *Deutsches Arzteblatt International*, *121*(11), 355–362. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0052

Tscheuschner, B. (2015). Jugend und Jugendarbeit als Bestandteil des sozialen Gefüges im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns. In K.-D. Kaiser (Hrsg.), *Lebendiger ländlicher Raum. Herausforderungen - Akteure - Perspektiven : Analysen und Handlungsmöglichkeiten ; Beiträge im Kontext des Arbeitsschwerpunktes "Demokratiebildung" der Evangelischen Akademie der Nordkirche im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern* (Wochenschau Wissenschaft, Bd. 2). Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag.

Van den Berg, N., Tomczyk, S., Kölch, M., Schmidt, S. [Silke], Heckmann, M. & Wabitsch, M. (2024). Versorgung und Prävention bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Ansätze der Community Medicine. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, *18*(02), 51–55. https://doi.org/10.1055/a-2292-1564

Van Sluijs, E. M. F., Ekelund, U., Crochemore-Silva, I., Guthold, R., Ha, A., Lubans, D. et al. (2021). Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. *Lancet (London, England)*, *398*(10298), 429–442. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01259-9

Vella, S. A., Cliff, D. P. & Okely, A. D. (2014). Socio-ecological predictors of participation and dropout in organised sports during childhood. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *11*, 62. https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-62

Walter, U., Groeger-Roth, F. & Röding, D. (2023). Evidenzbasierte Prävention für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Der Ansatz „Communities That Care“ (CTC) für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitss-*

chutz [Evidence-based prevention for child and adolescent mental health: the "Communities That Care" (CTC) approach for Germany], *66*(7), 774–783. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03725-0

Weiß, W. (2006). Zur Entwicklung einer Residualbevölkerung infolge lang anhaltender selektiver Abwanderung in Mecklenburg-Vorpommern. Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, (31.3-4), 469-506.

Weiß, W. & Corthier, J. (2015). Regional-Demographie der Armut in Mecklenburg-Vorpommern. In AWO Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. (Hrsg.), *Aspekte der Armut in Mecklenburg-Vorpommern. Forschungsbericht im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt Mecklenburg-Vorpommern (Schwerin: AWO).* (S. 13–14, 237–298). Schwerin.

Weiß, W. & Petrick, M. (2011). Was anderen noch bevorsteht: Ländliche Regionen in Ostdeutschland als Beobachtungslabor für den demographischen Wandel. *IAMO Policy Brief, No. 4*.

Weyers, S., Götz, S. & Kreffter, K. (2023). Die Kindergartenuntersuchung: eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *18*(4), 568–575. https://doi.org/10.1007/s11553-022-00990-w

Witte, J., Zeitler, A., Hasemann, L. & Diekmannshemke, J. (Andreas Storm, D. G., Hrsg.). (2023). *DAK - Kinder- und Jugendreport 2023. Gesundheit und Gesundheitsversorung während und nach der Pandemie. Datenzeitraum 2017 - 2022,* DAK Gesundheit. Verfügbar unter: https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/45534/data/b14be3b0db47242833904ba75c5239cb/dak-kinder-und-jugendreport-2023-report.pdf

Zimmermann, E. & Tomczyk, S. (2025). Using Social Media to Promote Life Skills Among Adolescents: A Debate on Opportunities, Challenges, and Implications for Health and Education. *Journal of Prevention (2022)*, *46*(2), 201–211. https://doi.org/10.1007/s10935-025-00826-1

Zwick, M. M. & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 24–48). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_2

Expertise zum dritten Themencluster „Gesundes und sicheres Aufwachsen“ der Enquete-Kommission ‚Jung sein in Mecklenburg-Vorpommern‘ des Landtages Mecklenburg-Vorpommern: Empfehlungen

Auf Basis der Expertise lassen sich einige Empfehlungen formulieren, die unterschiedliche Ebenen betreffen, etwa die kommunale Ebene oder Landesebene, und verschiedene Adressaten ansprechen (z. B. Fachkräfte, Eltern/Sorgeberechtigte, (Fach-)Hochschulen). Nachfolgend sind die Empfehlungen thematisch gruppiert. Diese Empfehlungen sind vor dem Hintergrund der Gesamtexpertise zu sehen und nicht abschließend. Sie sollen der Enquete-Kommission erleichtern, konkrete Ableitungen zu ziehen. Teilweise beziehen sich die Empfehlungen aufeinander.

Bündelung und Stärkung von Ressourcen durch Kooperation

1. Es sollte eine Stärkung bzw. Entwicklung gemeinsamer sektor-/systemübergreifender Planung angeregt werden, die z. B. Kinder- und Jugendhilfeplanung, Gesundheitsplanung inkl. Psychiatriekoordination, Schulplanung zusammendenkt. Diese Systeme müssen in den Regionen strukturell zusammenarbeiten und die gemeinsame Planung der Angebote muss verbindlich geregelt werden. Die vom Gesetzgeber auf Bundesebene bzgl. SGB VIII vorgegebenen Rahmenbedingungen können auf Landesebene konkretisiert werden durch entsprechende Ausführungsbestimmungen. Im Bereich der Gesundheitsversorgung liegen die Kompetenzen auf Landesebene und können insofern direkt vom Land geregelt werden im Sinne o.g. engerer Kooperation.

2. Es wird empfohlen, die Entwicklung und Etablierung einer landesweiten Konzeption für gesundes Aufwachsen anzuregen, basierend auf Daten und Adressierung der entwicklungsspezifischen bekannten wichtigsten Themen über den gesamten Zeitraum des Aufwachsens hinweg.
    a. Diese Konzeption sollte eine Rahmenbildung oder Matrix für die notwendigen Angebote und Elemente, die ein gesundes Aufwachsen begünstigen, als Ergebnis haben.
    b. Dieser Rahmen sollte dann regional, z. B. auf kommunaler Ebene, anhand der Spezifika einer Region ausgestaltet und monitoriert werden. Dazu bedarf es einer Initiative durch das Land, das die Gebietskörperschaften und Expertise aus Praxis und Wissenschaften einbindet. Ein solcher partizipativer Ansatz sollte evidenzinformiert, soweit möglich auch evidenzbasiert sein und z. B. rigoros evaluierten Ansätzen kommunaler Koalitionen zur Gesundheitsförderung folgen.
    c. Eine Möglichkeit diese Rahmenausgestaltung regional umzusetzen sollte die Konzeptentwicklung innerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte für die zukünftige Gestaltung einer a) gesundheitsförderlichen Umgebung, b) für die Adressierung risikoadaptierter Präventions- und Versorgungsbedarfe sein („Vision 2040“ o. ä.). Dabei sollten regional die Netzwerkstrukturen aufgegriffen werden und deren Einbindung dargestellt werden.

3. Leitlinien bei der Entwicklung sollte Settingsensitivität und Lebensweltorientierung von Angeboten sein und die Eruierung von Potenzialen der Digitalisierung (auch unter dem Aspekt Erreichbarkeit und Ansprache). Dies gilt für die Konzeption auf Landesebene sowie auf kommunaler Ebene.

4. Die Konzeptentwicklung muss zwingend mit regionsbezogenen Mobilitätskonzepten verknüpft werden (sowohl für Zielgruppen als auch für Fachkräfte). Die Konzepte zur Mobilität müssen sich auf die Erreichbarkeit und Reichweite spezifischer Angebote

beziehen (z. B. Erreichbarkeit Sportangebot, aufsuchende medizinische Versorgungsangebote, z.B. auch in den Lebenswelten), aber auch auf Mobilitätsförderung und -ermöglichung insgesamt, wie z.B. Radwege für die Alltagsbewegung und damit Steigerung der Bewegung auch auf dem Weg zu spezifischen Angeboten.

5. Der Rahmen muss auch neben universellen Präventionsmaßnahmen Konzepte zur risikoadjustierten Prävention als selektiver und indizierter Prävention enthalten. Dies ist für die Themen psychische Gesundheit (inkl. Substanzabusus und digitale Medien) und Adipositas und Bewegung von besonderer Bedeutung, als besonders häufige Gesundheitsrisiken.

6. KipsFam als landesweites Modell, das in den Regionen präsent ist und die Kette von Prävention bis Versorgung vernetzt und Angebote bündelt, kann als „Blaupause" für die Thematik „Gesundes Aufwachsen" genutzt werden; es wäre zu prüfen, inwiefern das Modell auf das Thema psychische und physische Gesundheit von jungen Menschen und Familien generell ausgeweitet werden könnte und welche Lücken etwa hinsichtlich der Evidenzbasierung von Maßnahmen und bei der Qualifizierung der Fachkräfte bestehen.

Angebote der Freizeitgestaltung, Prävention und Versorgung in den Lebenswelten der jungen Menschen etablieren

7. Kita bzw. Schule sind zentrale Lebenswelten für junge Menschen aus einer Region und könnten daher als Schnittstelle für Freizeitangebote, Prävention und Versorgung besser wahrgenommen und genutzt werden – insbesondere im ländlichen Raum.[1]
    a. Räume/Orte für Sport/Bewegung (z. B. des Schulsports) könnten besser und synergistisch zugänglich gehalten werden, für Bewegungsangebote durch Vereine oder die offene Jugendarbeit (letzteres gerade auch unter dem Aspekt, dass diese Angebote als besonders diskriminierungsarm erlebt werden). Dies könnte auch die Attraktivität von Vereinen steigern und damit die Chancen für eine Motivation junger Menschen für Bewegung längerfristig erhöhen.
    b. Der Ganztag bietet dafür einen hervorragenden Rahmen und in ländlichen Räumen ist die Zugänglichkeit dadurch verbessert, da junge Menschen ohnehin sich dort aufhalten und nicht zusätzliche Mobilität erforderlich ist.
    c. Die Integration von Prävention in den Kontext Schule sollte erleichtert werden, auch unter Einbezug der Forschung, indem etwa Modellprojekte wie das Campusschulnetzwerk der Universität Greifswald, das schulische Praxis und akademische Forschung und Lehre verbinden möchte, verstetigt und verbreitet werden können – so kann die Translation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Schule erleichtert werden (z. B. im Bereich Gesundheitsförderung und Bildung) und umgekehrt können Bedarfe der Praxis, aus dem Schulalltag, zielgerichtet in den Forschungsprozess eingebracht werden. Zu diesem Zweck ist die Stärkung intersektoraler partizipativer Strukturen sinnvoll

[1] Um Missverständnissen vorzubeugen: diese Empfehlung meint nicht, dass der Schule als Institution damit mehr Aufgaben zugeordnet werden oder Lehrkräfte zusätzliche Aufgaben übernehmen sollen. Es geht in der Empfehlung den Ort Schule als zentralen Ort, den junge Menschen aufsuchen und zunehmend mehr Zeit an diesem Ort verbringen gerade im ländlichen Raum dahingehend auszugestalten, dass Angebote dort gebündelt werden um die Zugänglichkeit zu erhöhen. Dies bedingt selbstverständlich, dass andere Systeme (z.B. SGB VIII, SGB V, aber auch Vereine, etc.) sich in diesem Ort einbringen und entsprechende Konzepte entwickelt werden.

8. Es ist zu prüfen, wie aufsuchende Angebote (von der Prävention bis zur Versorgung) in einem neuen Konzept von Schule als Lebenswelt (über den vom Schulsystem organisierten Unterricht hinaus) besser integriert werden können. Während Konzepte wie „Schools that Care“ einen fundierten Rahmen bieten, um evidenzbasierte Maßnahmen der Prävention mit schulischen Bedarfen gezielt zu verbinden, fehlen vergleichbare Angebote für den Bereich der Versorgung. Hier sollte eine Übertragbarkeit der Konzepte erwogen und ggf. erprobt werden.

Gesundheitsvorsorge und -versorgung an Veränderungen anpassen

9. Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, muss durch neue Strukturen intelligent ambulant und aufsuchend gesichert werden, trotz Fachkräftemangel und absehbar weitere Wege für Patienten. Dazu müssen Wege für die Translation geebnet werden, um z. B. digitale oder telemedizinische Anwendungen lebensweltorientiert einzubinden, Mobilitätskonzepte geschaffen werden und partizipativ Ansprache und Ausgestaltung von Maßnahmen eruiert werden.
    a. Die Struktur der Schwerpunktversorger im Bereich der Kliniken wird ein wichtiges Rückgrat in der Zukunft für die pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung darstellen und bei absehbarer Ausdünnung bisheriger ambulanter Strukturen entsprechende Angebote sicherstellen müssen. Dazu müssen telemedizinische Strukturen fest etabliert werden, aufsuchende Angebote ermöglicht werden, entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden und regionale Konzepte der Versorgungssicherung verbindlich entwickelt werden.
    b. Dies bedeutet auch, dass Angebote dahingehend geprüft werden, ob sie eine Sicherstellung der Versorgung in der kompletten Versorgungskette von ambulant bis stationär inklusive der Pflichtversorgung sicherstellen. Unter dem Aspekt des Fachkräftemangels werden selektive Versorgungsangebote zunehmend zu Problemen führen, weil vordringlich die Pflichtversorgung gesichert werden muss. Die Regelungen auf Bundesebene (u.a. §118 SGB Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), §118b SGB V Pädiatrische Institutsambulanzen) müssen verstärkt für die Versorgung genutzt werden/entwickelt werden. Gesetzliche Regelungen, die z.B. Finanzierung von Bauten bei stationären Kapazitäten ermöglichen, aber PIA Strukturen nicht berücksichtigen müssen auf Landeseben modifiziert werden (zumal ambulante Strukturen auch baulich deutlich günstiger sind).
    c. Die Aus- und Weiterbildung sowohl im ärztlichen wie im psychotherapeutischen Bereich muss Konzepte der Versorgung auch im ländlichen Raum beinhalten. Dazu müssen die Versorgungskliniken im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Pädiatrie gestärkt werden, um entsprechende Versorgungskonzepte zu entwickeln und auch in der Weiterbildung entsprechend verankern zu können (z.B. ambulante Sprechstunden in den Regionen etc.). Die Ärztekammer und die OPK müssen entsprechend flexible Konzepte anerkennen im Sinne ihrer Weiterbildungsordnungen.

10. Es ist mehr Schnittstellenarbeit empfohlen, d. h. Früherkennung maladaptiver Prozesse und Kompetenzen zur Weiterleitung an geeignete Stellen (z. B. KipsFam). Dies kann etwa die Berücksichtigung von Gesundheitserhebungen wie Schuleingangsuntersuchungen bedeuten, die als Ausgangspunkt für Präventions- und Versorgungspfade genutzt werden können und zugleich mit Kompetenzvermittlung für Eltern/Sorgeberechtigte und Fachkräfte themenspezifisch verbunden werden können. Dazu ist aber eine Netzwerkbildung regional notwendig, die gefördert werden sollte.

Wissenschaftliche Erkenntnisse sowohl bei der Datenerhebung, wie bei der Implementierung und Evaluation nutzen und umsetzen

11. Die Gestaltung von Angeboten der Prävention und der Versorgung müssen sich mehr an Daten aus Gesundheitsmonitoring und Forschung orientieren. Dies bedeutet für M-V insbesondere, dass soziale Aspekte und die Situation von ländlichen Räumen beachtet werden müssen. Im Sinne eines innovativen Monitorings der gesundheitlichen Entwicklung ist zu erwägen, inwieweit in M-V Strukturen geschaffen werden, die landesspezifische Faktoren besser berücksichtigen und auch für Versorgungssteuerung (über den SGB V Bereich hinaus) zugänglich machen. Dafür müssen verschiedene bisher nicht für das Land zugängliche Daten (wie z. B. KV) zugänglich gemacht werden und ein Konzept entwickelt werden, welche Daten für ein Gesundheitsmonitoring notwendig sind entwickelt werden. Die entsprechenden Datenquellen müssen ggfs. durch normative Erlasse zugänglich gemacht werden.

12. Eine datenbasierte risikoadaptierte Entwicklung von Maßnahmen wurde mit dem „Startchancen-Programm“ exemplarisch umgesetzt, was ein Vorbild auch für andere Maßnahmen in M-V sein kann. Zudem wird eine Verknüpfung mit Daten der Inanspruchnahme, Versorgungsdaten notwendig sein, um Effekte besser erkennen zu können und eine entsprechende Präventions- und Versorgungsplanung vornehmen zu können. In der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen findet sich dies in der Unterscheidung von risikoadjustierter Prävention als selektive und indizierte Prävention, in Ergänzung universeller Prävention. Für die angemessene Entwicklung und Umsetzung sowie Evaluation dieser ist ein entsprechendes Monitoring aber eine Voraussetzung. Eine Vertiefung spezifischer Monitorings auf Landesebene muss auf besonders belastete Gruppen fokussieren, um die Faktoren bei diesen Gruppen besser zu verstehen, bzw. im Blick zu behalten.

13. Innovative Ansätze wie intensives Monitoring (sog. Ecological Momentary Assessment) im Alltag sind epidemiologische Ansätze, die auch auf Landesebene umgesetzt werden sollten, um eine bessere Datenbasis zu Risiken, aber auch Veränderungen zu erhalten. Im Land bestehen Forschungsstrukturen die dies umsetzen können und auch auf Bundesebene in die entsprechenden Monitorings eingebunden sind (Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit; DZKJ). Ein landesspezifisches Monitoring, das innovative Methoden verwendet und gleichzeitig die in der Expertise festgestellte Lücke zwischen Datenbefunden und Rückkoppelung auf die regionale Ebene zur Handlungsplanung, etwa gemäß Public Health Action Cycle, wäre eine dringende Notwendigkeit.

14. Angebote, Projekte und Initiativen zum gesunden Aufwachsen müssen im Land und in den Regionen eine stärkere Evidenzbasierung[2] aufweisen. Gerade unter dem Aspekt begrenzter Ressourcen, sowohl personell als auch finanziell, muss ein Primat sein, dass die Etablierung von Maßnahmen auf der Basis der Evidenz erfolgt. Dies wird auch bedeuten, dass das Vorgehen, z. B. in der Auswahl, Implementation und Evaluation präventiver Maßnahmen sich stärker nach entsprechenden Empfehlungen richtet (z. B. nach „Communities That Care“-Prinzip, anhand der Grünen Liste Prävention, im Einklang mit der Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit). Insofern ist nicht ein Aufwuchs von vielen kleinen Projekten sinnvoll, sondern eine landesweite Konzeption, die die regionalen Besonderheiten abbildet. Dies umfasst auch die

[2] Der Begriff der Evidenz wird hier nicht in einem verkürzten Verständnis von einfacher Effektivitätsmessung verwendet. Viele der in der Expertise adressierten Fragen sind nicht mit der herkömmlichen Definition von Evidenz im Sinne einfacher Effektivitätsnachweise zu beantworten. Dennoch bedarf es einer verstärkten Ausrichtung auf wissenschaftlich fundierten und evaluierten Konzepten im Bereich der Prävention und Intervention, um ressourcenschonend Effekte im Sinne der jeweiligen Zieldefinition zu erreichen.

verschiedenen Fördermöglichkeiten (inkl. Präventionsfond), die sich auch an diesem Konzept orientieren sollten.

15. Dazu ist eine verbindliche Prozessevaluation des Vorgehens und der Maßnahmen zur laufenden Bewertung und Optimierung der Maßnahmen notwendig. Die Evaluation muss qualitativ hochwertig und wissenschaftlich robust sein und Bestandteil der Förderung von Maßnahmen sein. Es wird außerdem empfohlen, klare Aussagen und Hinweise bezüglich der Ergebnisevaluation zu geben.

16. Die bestehenden wissenschaftlichen Strukturen in M-V die für die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung genutzt werden sollten. Das DZKJ ist ein exemplarisches Beispiel, das damit auch die Bundesperspektive, wie die internationale Perspektive einbringen kann. Das Land sollte hierzu ein Konzept entwickeln, wie die landesspezifische wissenschaftliche Expertise systematisch und langfristig enger eingebunden wird in die Gestaltung der Prävention und Versorgung. Insofern sind die Ausgangsvoraussetzungen in M-V gut, sie müssen für die Zukunft konkret genutzt werden.

Familien und Fachkräfte stärken

17. Klare Definition der Kapazitätsentwicklungsziele mit Blick auf Elternstärkung (Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment) sowie die Fort- und Weiterbildung für Fachpersonal (z. B. zu Querschnittsthemen wie Digitalisierung, Verhältnisprävention/Nudging, auch im Alltag, Netzwerkarbeit) ist zentral. Die Ziele sollten die weiteren genannten Aspekte wie Mobilität, Belastung berücksichtigen und entsprechend in der Konzeption der Maßnahmen Anwendung finden.

18. Eine systematische Etablierung eines Qualifizierungskonzepts für Fachkräfte wird empfohlen, das sektorübergreifend Angebote zu den Themen gesundes Aufwachsen[3], Prävention und Versorgungsangeboten bietet.
    a. Ein sektorübergreifendes Konzept führt gleichzeitig zur regionalen Vernetzung. Hinsichtlich KipsFam wurde exemplarisch aufgezeigt, wie ein interdisziplinäres Fortbildungskonzept angelegt sein könnte. Aber auch eine stärkere Integration der Thematik in die Curricula universitärer Ausbildung (z. B. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Querschnittsthema für relevante Berufsgruppen) kann ein Ansatzpunkt sein. Zentral dabei ist, eine Sensibilisierung und eine Informationsvermittlung für Fachkräfte anzuregen, um rechtzeitig und angemessen weiterverweisen zu können, sodass entsprechende Netzwerke greifen können.
    b. Zu vermeiden ist eine Überforderung der Fachkräfte, indem zusätzliche Kompetenzen wie Diagnostik oder Intervention, z. B. bezüglich psychischer Störungen, von Fachpersonal in Kita oder Schulen gefordert werden, die durch andere Berufsgruppen und Sektoren abgedeckt werden, etwa dem Bereich des SGB V. Daher ist der genaue Auftrag klar zu präzisieren und die Schnittstellenarbeit zu klären.

19. Ebenso sollten Konzepte zur Stärkung von Familien entwickelt werden, die z. B. Gesundheitskompetenz in Familien fördern, um die Inanspruchnahme bedarfsgerechter Versorgung zu unterstützen, Wissen über Angebote und Hilfsmöglichkeiten (z. B. digitale Interventionen) zu vermitteln und die allgemeine Partizipation an der Gestaltung von Prävention und Versorgung zu ermöglichen.

[3] Risiken für psychische Gesundheit, gesunde Ernährung/Adipositasvermeidung, Bewegungsförderung in den jeweiligen Altersstufen sollten zentrale Inhalte sein.

20. Eine offene Frage ist, wie die Erreichung und Einbindung von (multiplen) Risikogruppen verbessert werden kann. Hierzu zählen etwa Familien, die durch Sprach-, Bildungs- oder Ressourcenbarrieren in der Teilhabe eingeschränkt sind. Um die Betroffenheit und ihre Auswirkungen besser zu verstehen, wird eine rigorose Meta-Evaluation von Risikofaktorenkonstellationen und Gesundheitsoutcomes sowie Einzelfallhilfen empfohlen. Eine stärkere Integration settingorientierter Interventionen (z. B. Quartiersarbeit) kann hilfreich sein, wenn sie die Besonderheiten von Beginn an berücksichtigt und entsprechend partizipative und evidenzbasierte Ansätze bedenkt.

Demografie und Fachkräftemangel - Partizipative Aspekte stärken

21. In den Regionen werden junge Menschen zu Minderheiten werden. Es ist zu erwarten, dass eine Priorität sein wird, einem hohen Anteil von älteren Menschen entsprechende Infrastrukturen zur Verfügung zu stellen; damit besteht gerade in den beschriebenen Regionen bei Ressourcenknappheit die Gefahr einer Allokation der Ressourcen hin zu älteren Menschen. Der Ausgleich der Bedürfnisse und die Berücksichtigung der Bedürfnisse junger Menschen wird insofern gerade in den betrachteten Regionen eine besondere Herausforderung darstellen. Dazu müssen Formate etabliert werden, wie auch die Bedürfnisse junger Menschen entsprechend berücksichtigt werden und einen gerechten Interessensausgleich ermöglichen. Eine Stärkung partizipativer Elemente bezogen auf junge Menschen (z.B. Gestaltung von Freizeiträumen, Sportangeboten, Mobilität, Angebotsausgestaltung etc.) kann unter dem Aspekt verknappter Ressourcen zur Sicherung der Interessen junger Menschen beitragen und gleichzeitig die Zufriedenheit junger Menschen erhöhen. Hierzu sind kommunale Beteiligungsformate (weiter) zu entwickeln.

Ansatzmöglichkeiten des Landes auf Bundesebene

22. Eine stärkere Berücksichtigung verhältnispräventiver Maßnahmen mit potenziell großen Effekten in der Breite der Bevölkerung (z. B. Zuckersteuer, Bewegungsförderung, sinnvolle Nutzung digitaler Medien) sollte erwogen werden. Zu diesem Zweck kann ebenfalls verstärkt wissenschaftliche Expertise eingebunden werden.