

Communities That Care in Niedersachsen

Ergebnisse der Implementation von CTC in fünf Standorten (2013-2014)

Harrie Jonkman, PhD



Danksagung

Ein herzlicher Dank geht an die Mitarbeiter des Landespräventionsrates Niedersachsen, im Besonderen an Frederick Groeger-Roth. Einen besseren Auftraggeber kann man sich nicht wünschen. Auch den Schlüsselpersonen, lokalen Projektleitern und den Mitgliedern der Präventionsteams der fünf Kommunen (Landkreis Osnabrück [Bramsche/Bersenbrück], Stadthagen, Oldenburg, Hameln und Nordstemmen) will ich gerne danken. Ihre positive und konstruktive Einstellung hat die Arbeit zur Freude gemacht.

Für die Inhalte und Empfehlungen sind nicht der Landespräventionsrat Niedersachsen oder die fünf untersuchten Standorte verantwortlich, sondern nur den Autor. Die Inhalte dieses Berichts können mit Zitierung verbreitet werden.

Inhalt

0. Danksagung	Seite 2
Inhalt	Seite 3
Executive summary	Seite 5
1. Einleitung	Seite 7
2. Schlüsselpersonen und der Einfluss von Communities that Care auf die Präventionsarbeit in der Kommune	Seite 11
Einleitung	Seite 11
Methode	Seite 16
Ergebnisse	Seite 18
3. Meilensteine und Benchmarks: Integrität und Implementation von CTC	Seite 36
Einleitung	Seite 36
Methode	Seite 39
Ergebnisse	Seite 44

4. Effektive lokale Zusammenarbeit.	
Ergebnisse der Gebietsteam-	
Befragung	Seite 55
Einleitung	Seite 55
Methode	Seite 58
Ergebnisse	Seite 61
5. Zum Schluss	Seite 67
6. Literatur	Seite 71

Executive summary

Communities That Care is a community intervention to target youth problems (among them violence, delinquency, substance abuse) in an early phase which showed effective results in the USA and other countries. Recently it is implemented in Germany. This report provides an analysis and evaluation of this process in five German communities: County of Osnabrück; Cities of Stadthagen; Oldenburg; Hameln and Nordstemmen. For this two year study three instruments were adopted to the German context.

With the Community Key Informant Interview we researched the changes in thinking and working in prevention among the key-leaders of the community. We detected adoption of prevention in our research on a small scale. Key-leaders find analysis of the problem more important, they started using this knowledge in their work, and tried to combine this with the use of effective programs in their community.

With the Milestones and Benchmarks-instrument, by which we can research the quality of implementation of the program (program integrity), we found that CTC is set out in Germany with high standards. Although not all the implementation phases could be researched till now, we can show positive results. Also became clear that with the success of implementation also the challenges increased. Success and efforts are sides of the same coin.

We also researched the work of the Prevention Team by the use of the Community Board Interview. Community that Care tries to strengthen the work of this local coalition. We looked at different aspects of effective coalitions and identified overall positive developments although not on all of the researched aspects.

Research of prevention inside the daily work of communities is hardly done and this aspect of social reality makes this report strong, as well as the research of different process aspects of a community intervention. A lot is going on in the community but we know nearly nothing about its effectiveness. The analyses conducted has also limitations. Some of the limitations include: no control group, small time frame (2 years instead of 4 years) and small samples overall. At the end it is only a process-evaluation and it doesn't give us any insights in the

effectiveness on the development of the youth. In the future this effect research should be set out in Germany as well.

1. Einleitung

Evaluation des Förderprogramms 2013/2014 des Landespräventionsrates Niedersachsen zum Förderschwerpunkt "Verbreitung der Methode von Communities That Care (CTC) in Niedersachsen"

Communities That Care ist eine kommunale Präventionsstrategie, die sich am besten so zusammenfassen lässt:

- Erstens werden sowohl die Einwohner einer Kommune, als auch die Akteure, die professionell mit dem Aufwachen und der Entwicklung von Jugendlichen befasst sind, mobilisiert;
- Dann werden ein gemeinsames Bild über die Lage und eine gemeinsame Sprache entwickelt. Eine kohärente Planungsstruktur wird angewendet, welche alle lokalen Anstrengungen umfasst, um eine sichere Zukunft für die Jugend sicherzustellen.
- Anschließend findet eine Priorisierung von Verhaltensproblemen der Jugendlichen und der dahinter liegenden Risiko- und Schutzfaktoren statt, basierend auf einer wissenschaftlichen Untersuchung.
- Danach werden klare und quantifizierbare Ergebnisse definiert, deren Erreichung über die Zeit nachvollzogen werden kann.
- Anschließend werden Lücken und Überschneidungen bei dem Angebot von Programmen für Jugendliche identifiziert.
- In der nächsten Stufe werden effektive und getestete Programmen eingesetzt.
- Zum Schluss wird die Entwicklung bei den Jugendlichen überprüft und bewertet. (Jonkman, 2012).

In den Haushaltsjahren 2013/2014 förderte der Landespräventionsrat Niedersachsen fünf Projekte zum Schwerpunktthema "Verbreitung der Methode CTC in Niedersachsen" in den folgenden Kommunen: Landkreis Osnabrück; Stadt Stadthagen; Stadt Oldenburg; Stadt Hameln und Gemeinde Nordstemmen. Die LPR-Förderrichtlinie sieht die verbindliche Evaluation der Förderprojekte vor. Die Evaluation der CTC-Anwendung umfasste im Einzelnen folgenden Aufgaben:

I. Anpassung/Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente: zur Evaluation der geförderten Standorte sollten im Wesentlichen drei Instrumente zum Einsatz kommen, die auch in den USA und in den Niederlanden bei der CTC-Evaluation verwendet werden. Die auf Deutsch übersetzten Instrumente legt der Auftraggeber dem Auftragnehmer zum Projektbeginn vor. Die Anpassung und Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente auf die Situation in Niedersachsen wird in enger Abstimmung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer erfolgen. Bei den drei Instrumenten handelt es sich um:

Community Key Informant Interview (CKI)/Lenkungskräfte-Interview: Mit dem CKI werden die Beteiligten an den jeweiligen lokalen Lenkungsgruppen über Einstellungen, Wahrnehmungen und Rahmenbedingungen befragt. Das CKI wird vom Auftragnehmer als weitgehend standardisiertes Instrument in Form von telefonischen Befragungen von ausgewählten Lenkungs Kräften zum Beginn und zum Ende der Förderperiode eingesetzt.

Meilensteine und Benchmark-Tool (MBT): Das MBT beinhaltet eine detaillierte Liste der einzelnen bei CTC umzusetzenden Schritte mit der Möglichkeit, das Ausmaß der Umsetzung jeweils zu bewerten. Die lokale Projektkoordination setzt das Instrument als Checkliste bei der Umsetzung der CTC ein. Ausgefüllt durch die Beteiligten im Gebietsteam und durch die externen CTC-Trainer stellt der Auftragnehmer mittels MBT fest, ob und inwieweit die einzelnen Schritte und Elemente des Verfahrens praktisch umgesetzt wurden.

Community Board Interview (CBI)/Gebietsteam-Befragung: Das CBI ist eine standardisierte Fragebogenuntersuchung der Projektbeteiligten im Gebietsteam. Die Fragen erfassen v.a. Erfahrungen mit der Umsetzung von CTC (Barrieren, Fortschritte, Wissensstand, Rahmenbedingungen, Einstellungen etc.). Das CBI wird vom Auftragnehmer als Online-Befragung jeweils zum Abschluss der einzelnen CTC-Phasen eingesetzt. Die Einrichtung der Online-Befragung übernimmt der Auftraggeber.

Neben diesen drei Instrumenten hat der Auftragnehmer auch Methoden der Dokumentenanalyse angewendet. Auswertungsberichte des Schülersurveys, Protokolle der Sitzungen der Gebietsteams, CTC-Gebietsprofile und – Aktionspläne bekam ich vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt.

II. Datenerhebung. Das MBT und das CBI sind von den Projektbeteiligten an den Standorten eigenverantwortlich ausgefüllt worden. Der Auftraggeber stellte mir diese Daten für die Auswertung zur Verfügung. Die Lenkungskräfte-Interviews (CKI) wurden vor mir selbst durchgeführt.

III. Datenauswertung. Die Datenauswertung umfasst einen Auswertungsbericht des Auftragnehmers zu den Lenkungskräfteinterviews für alle fünf Standorte, einen vorläufigen Auswertungsbericht zur Risikoanalyse sowie zum Abschluss der CTC-Einführungsphase einen (weitgehend standardisierten) Rückmeldebericht des Auftragnehmers an jeden Standort sowie an den Auftraggeber über das Ausmaß der planvollen Umsetzung des CTC-Verfahren, erreichte Fortschritte und erfahrene Hürden in der Umsetzung im Vergleich zu anderen Standorten (Benchmark-Vergleich). Dies ist auftragsgemäß durchgeführt worden.

Die letzten zwei Jahren (2013-2014) habe ich den Auftrag ausgeführt. Die Instrumente sind für Deutschland angepasst und können für weitere Evaluationen verwendet werden. Die Daten wurden erhoben und analysiert. Alle Ergebnisse sind dem Auftraggeber übermittelt worden. Vor ihnen liegt jetzt der Abschlussbericht der Evaluation.

In Kapitel 2 *„Schlüsselpersonen und der Einfluss von Communities That Care auf die Präventionsarbeit in der Kommune“* wird die Frage beantwortet, in wie weit die CTC-Strategie die Präventionsarbeit in der Kommune verändert hat. Diese Frage wird mit den Ergebnissen des Schlüsselpersonen-Interviews beantwortet.

Kapitel 3 heißt *„Meilensteine und Benchmarks: Integrität und Implementation von CTC im Zeitverlauf“* und beantwortet die Frage, was CTC bedeutet und ob die Strategie in Deutschland mit Qualität angewendet wird. Diese Fragen werden untersucht mit dem Instrument „Meilensteine und Benchmarks“, ausgefüllt von CTC-Trainern und Lokalen Projektleitern.

„Effektive lokale Zusammenarbeit. Ergebnisse der Gebietsteam-Befragung“ ist das Kapitel 4 und beschäftigt sich mit der Frage, ob mit dieser Strategie die lokale Zusammenarbeit verbessert wird. Hierzu haben wir Interviews durchgeführt unter Gebietsteam-Teilnehmern in den fünf Standorten.

In Kapitel 5 *„Zum Schluss, Botschaft und Zukunft“* werden zum einen die Ergebnisse zusammengefasst, und zum anderen werden die Fragen beantwortet, was dies für die Praxis bedeutet: für die Politik, für die Wissenschaft und für die Zukunft von CTC in Deutschland.

Amsterdam, 27. Januar 2015

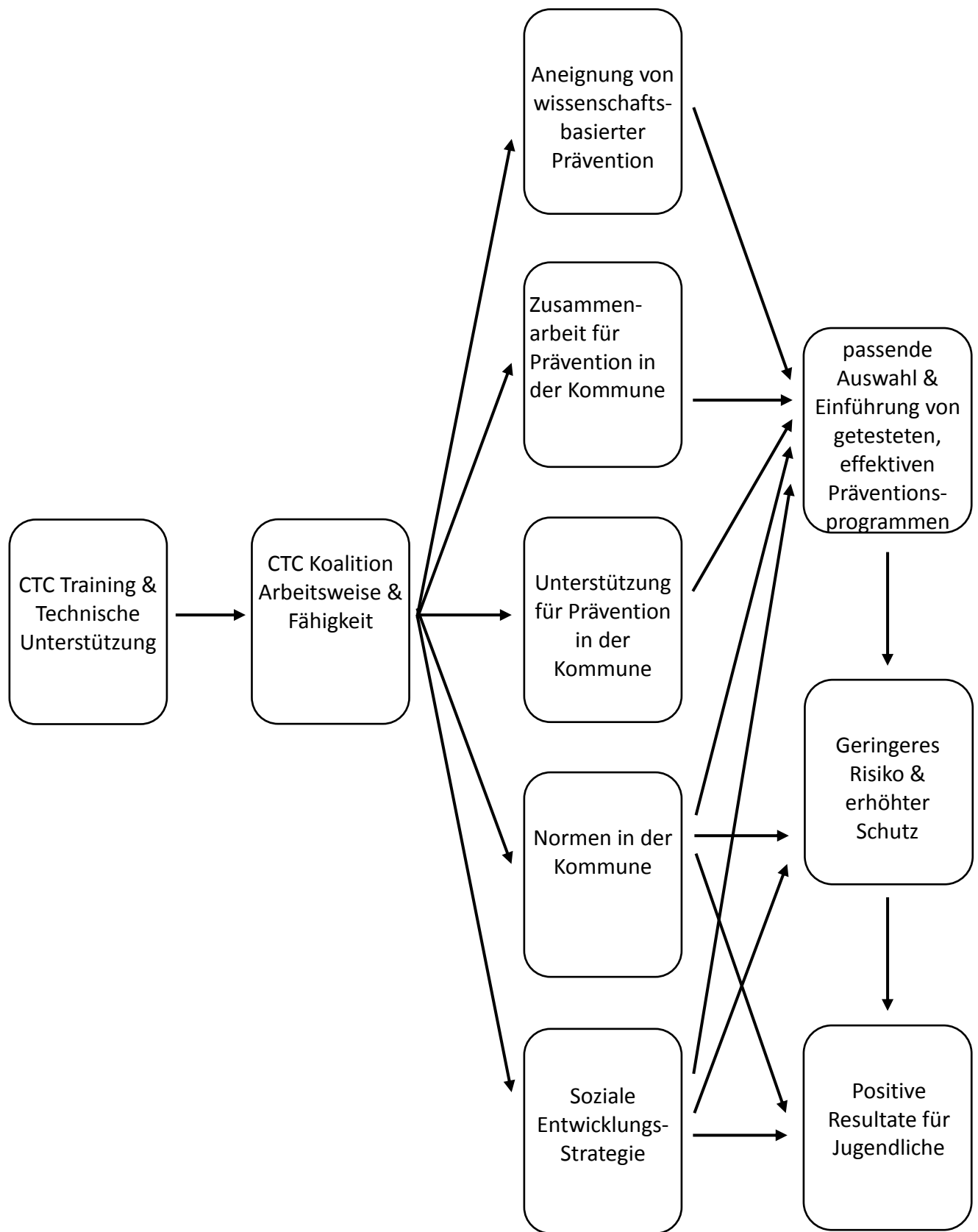
2. Schlüsselpersonen und der Einfluss von Communities That Care auf die Präventionsarbeit in der Kommune

EINLEITUNG

Die Theorie von CTC geht davon aus, dass durch Training, die Anwendung spezieller Instrumente und durch direkte Unterstützung bei der Einführung von CTC eine gut funktionierende lokale Gruppe oder „Koalition“ von Präventionsakteuren entsteht, die in der Lage ist, Einfluss auszuüben auf die Präventionsarbeit in der Kommune. Von der Koalition wird erwartet, dass Sie positive Veränderungen in der Präventionsarbeit durchführt. Darunter wird auch verstanden, dass sie sich ein wissenschaftlich fundiertes Präventionsverständnis zu eigenmacht. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Schlüsselpersonen des Gemeinwesens soll verstärkt, sowie die Präventionsarbeit im Gemeinwesen besser unterstützt werden. Gemeinsame Normen unter anderen für Problemverhalten im Bereich von Delinquenz, Drogen- und Alkoholgebrauch sollen in der Kommune entwickelt und ein gemeinsames Denken über die Soziale Entwicklung von Jugendlichen (die „Soziale Entwicklungs-Strategie“) soll gefördert werden.

Erwartet wird, dass diese Veränderungen in dem lokalen Präventionssystem zu einem vermehrten Gebrauch und zu einer größeren Qualität von getesteten und effektiven Präventionsprogrammen führen werden. Damit können am besten die durch die Kommune priorisierten Risiko- und Schutzfaktoren angegangen werden. Wenn das stattfindet, wird erwartet, dass die Risikofaktoren reduziert und die Schutzfaktoren verstärkt werden. Diese Reduzierung und Verstärkung sollen daraufhin zu einer Verringerung der Problemverhaltensweisen führen (Steketee et al., 2013; Jonkman, 2012). Die CTC-Theorie der Veränderung sehen wir in **Abbildung 2.1.** dargestellt.

Abbildung 2.1. Die CTC-Veränderungstheorie



Zentral in der CTC Veränderungstheorie ist die Aneignung oder die „Adoption“ einer wissenschaftlich orientierten Präventionsarbeit. Das zeigt sich durch die Kenntnis und den Gebrauch von Begriffen aus der Präventionswissenschaft (wie zum Beispiel Risiko- und Schutzfaktoren), durch die Verwendung von epidemiologischen Daten, um die Probleme und die Risiko- und Schutzfaktoren in der Kommune festzustellen, durch die Verwendung von getesteten und effektiven Programmen, um Problemen anzugehen und durch das Monitoring der Implementation von Programmen und der Jugendindikatoren (Jonkman et al., 2008).

Zentral in der CTC-Strategie ist es, die präventive Arbeit wissenschaftlich zu unterfüttern und die Analyse der Probleme mittels der unterliegenden Risiko- und Schutzfaktoren auszuführen. In der Untersuchung der CTC-Umsetzung ist es darum wichtig zu analysieren, wie man in einer Kommune präventiv arbeitet und ob auch wissenschaftliche Einsichten verwendet werden. Um das festzustellen, wurde die 'Adoption of science-based Prevention scale' (Skala Aneignung wissenschaftsbasierter Prävention) entwickelt (Brown et al., 2011). Es werden dabei fünf Stufen unterschieden (siehe auch **Abbildung 2.2.** Stufen):

1. Präventive Begriffe und Konzepte aus CTC, wie Normen und Auffassungen über die gesunde Entwicklung von Jugendlichen sind bekannt. Aber auf der Stufe 1 werden diese Begriffe und Konzepte noch nicht angewendet für die Präventionsarbeit.
2. Anwendung von Risiko- und Schutzfaktoren als Modell für die Präventionsarbeit, aber auf Stufe 2 werden epidemiologische Daten über Risiko- und Schutzfaktoren noch nicht zur Auswahl von präventiven Aktivitäten und von effektiven Programmen verwendet.
3. Verwendung von epidemiologischen Daten für die Entwicklung einer Präventionsstrategie, aber auf Stufe 3 werden noch keine effektiven Programme auf Basis dieser Daten eingesetzt.
4. Verwendung von epidemiologischen Daten für den Einsatz von präventiven Programmen, aber die Ergebnisse der Programme werden auf der Stufe 4 noch nicht systematisch erfasst und bewertet.
5. Für die präventive Strategie besteht ein datenbasiertes Monitoring und sie wird evaluiert, basierend auf ihren Ergebnissen.

Abbildung 2.2. Stufen



Mit den Schlüsselpersonen-Interviews (Key Leaders Interview) wollen wir Einblick bekommen in das, was man in den niedersächsischen CTC-Kommunen tut, um die Problemverhaltensweisen der Jugendlichen zu verringern und welche Präventionsstrategien man dafür benutzt. Aber wir wollen auch wissen, ob sich das Denken über effektive Präventionsstrategien verändert und ob das mit dem Einsatz von CTC zusammenhängt. Es ist wichtig, hier die Frage zu beantworten, ob die präventive Arbeitsweise der Schlüsselpersonen in den Kommunen mit der Einführung von CTC sich nach einiger Zeit (ein Jahr/ein und halbes Jahr) geändert hat. In dieser Untersuchung können wir aber nur mit einer Vor- und Nachher-Messung arbeiten, weil keine Kontrollgebiete untersucht werden konnten, mit denen wir die Ergebnisse vergleichen können. Hier können wir nur feststellen, ob die präventive Arbeitsweise sich in der kurzen Zeit ändert, seit der die Kommunen mit CTC arbeiten. Das ist eine starke Einschränkung, der wir uns bewusst sind.

Wie ist das Interview mit den Schlüsselpersonen aufgebaut? Zuerst beschreiben wir die Situation am Anfang von CTC. Wir untersuchen, welche *sozialen Probleme* die Schlüsselpersonen in der Kommune sehen und wie sie denken, dass Erwachsene die Probleme in der Kommune sehen. Auch erfragen wir, *wie man über Prävention denkt* und was man für wichtig hält. Daneben wollen wir auch wissen, wie in den Kommunen und Gebieten *Probleme analysiert* werden und welche Daten man dafür verwendet. Ist es so, wollen wir wissen und auch an einzelnen Punkten beschreiben, dass die wichtigen Probleme und die unterliegenden Ursachen mehr und mehr untersucht und interpretiert werden, wenn man mit dieser neuen Präventionsstrategie arbeitet? In der Beschreibung der CTC-Kommunen untersuchen wir auch die *Organisation der Prävention*. Wie organisiert man die Präventionsarbeit auf lokale Ebene? Wenn wir die Situation beschrieben haben, sehen wir an der zweiten Messung, ob die Präventionsstrategie auch angepasst wurde an die Ausgangspunkte von CTC. Hat man einige Zeit später, zusammengefasst, sich mit CTC auch ein 'höheres' Niveau an Präventionsarbeit angeeignet? Diese Entwicklung wird entlang der Phasen von CTC in den jeweiligen Kommunen untersucht, entlang der oben formulierten Annahme, was wir unter wissenschaftlich orientierter Prävention verstehen. Dies alles ist zusammengefasst in dem Begriff *Aneignung*.

Zum Schluss untersuchen wir *Zusammenarbeit*. Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Parteien ist wichtig, wenn man mit Prävention erfolgreich sein will. Wie arbeitet man zusammen und wie wird zwischen den einzelnen Parteien die Arbeit abgestimmt? Und, auf der nächsten Ebene, ist es auch so, dass durch CTC die Zusammenarbeit verbessert wird? Etwas anders ist die Frage, ob kommunale Normen klar sind und auch vertreten werden. Mit CTC wird an diesen kommunalen Normen gearbeitet. In dem letzten Teil untersuchen wir, wie man bei der Arbeit unterstützt wird und welche Einschränkungen man erfahren hat. Dieser Teil wird im nächsten Kapitel dargestellt. Wir vergleichen die Ergebnisse über die Zeit und vergleichen sie zum Teil auch mit internationalen Ergebnissen in den USA und den Niederlanden.

METHODE

Befragungsteilnehmer

Die Daten über den Einfluss von CTC auf die Präventionsarbeit in den Kommunen stammen aus der Sichtweise von Schlüsselpersonen aus den Kommunen, die 2013-2014 begonnen haben, mit CTC zu arbeiten. Schlüsselpersonen haben Einfluss auf die Ressourcen von Kommunen und beeinflussen stark die allgemeine Meinung in der Kommune. Wir sprechen hier von Bürgermeistern, hohe Polizeibeamten, kirchlichen Leitungspersonen, Leitern von Schulen, Sozialen Diensten und der Jugendarbeit. Bei der ersten Messung (im Mai / Juni 2013) sind die folgenden zwölf Personen befragt worden: stellvertretender Bürgermeister, stellvertretender Vorsitzender des Präventionsrats (2x), Präventionsarbeiter (2x), Sozialdezernenten (2x), Direktor Gymnasium, Sozialarbeiter (2x) und Amtsleiter (2x). Die Befragungsteilnehmer kommen aus Oldenburg (2x), Hameln (2x), Nordstemmen (2x), Stadthagen (2x) und dem Landkreis Osnabrück (4x). An der zweiten Messung (September / Oktober 2014) haben elf Personen teilgenommen. Eine Gemeinde aus dem Landkreis Osnabrück (Artland) arbeitet nach der ersten Messung nicht mehr mit CTC und diese Ergebnisse sind aus den Daten herausgenommen worden. Die Erfahrung der Teilnehmer in der Präventionsarbeit liegt bei der ersten Messung bei durchschnittlich 12 Jahren, bei der zweiten Messung etwas weniger. Jedes Interview dauerte 1 bis 1,5 Stunden. Die Teilnehmer wurden seitens der Standorte ausgewählt und in einem Anschreiben mit dem Interviewinhalten vertraut gemacht. Nach Terminabsprache mit der Evaluation wurde das Interview telefonisch durchgeführt. Die Antworten wurden unmittelbar danach verschriftlicht und später in eine Datenbank übertragen.

Instrument

Das Befragungsinstrument war das Key-Leader Interview, in der deutschen Version mit 59 strukturierten und verschiedenen offenen Fragen. Das Instrument ist in den USA entwickelt und auch in Holland eingesetzt worden (Steketee et al., 2012; Brown et al., 2011; Fagan et al., 2011, 2009, 2008; Quinby, 2008). Es wurde seitens des Landespräventionsrates in die

deutsche Sprache übersetzt und, nur soweit nötig, den Gegebenheiten in Deutschland angepasst. Der Fragebogen wurde zwischen dem Landespräventionsrat und der Evaluation gemeinsam abgestimmt. Die Fragen sind Likert-Skalen mit jeweils drei, vier, fünf oder mehr Antwortmöglichkeiten, zwischen denen die Schlüsselperson auswählen können. Manchmal werden auch nur zwei Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Das Instrument befragt die Schlüsselpersonen über die vorhandenen Probleme in der Kommune; und darüber, was man in der Kommune für wichtig hält; sowie über vorhandene Analysen und Daten; die Organisation der kommunalen Prävention; die Aneignung der wissenschaftlichen Vorgehensweise; die Teilnahme und die Zusammenarbeit von Akteuren; über kommunale Normen und die vorhandene Unterstützung bei der Präventionsarbeit. Die offenen Fragen, die zusätzlich gestellt werden, betreffen die Inhalte der Präventionsarbeit. Die Teilnehmer bekamen die Fragen und einige zufügende Information vorab. Sie konnten das Interview so vorbereiten und dies machte die Durchführung einfacher.

Analyse

Die Resultate wurden in eine Excel-Tabelle eingetragen und nach Stata 13.1 (StataCorp, 2013) umgeschrieben. Eine Syntax für die Analyse wurde erstellt. Mit dieser Syntax können auch einfache Übersichtstabellen und Grafiken erstellt werden. Wir haben die Ergebnisse aller Standorte gemeinsam analysiert, aber auch einzeln von jeder der fünf verschiedenen Kommunen. Auch den Vergleich zwischen der ersten und der zweiten Messung konnten wir so erstellen.

Zunächst beschreiben wir einige wichtige allgemeine Ergebnisse. So beschreiben wir die wahrgenommenen Probleme in der Kommune, was man für wichtig hält, wie man umgeht mit Daten und Analysen. Dann haben wir besondere Aufmerksamkeit auf einzelne Aspekte gelegt: Aneignung wissenschaftlicher Methoden und wie man in den Standorten über Prävention denkt. Wir analysieren auch die Teilnahme von verschiedenen Akteuren an der Präventionsarbeit, die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, die kommunale Normen in Beziehung auf Substanzgebrauch von Jugendlichen, und die kommunale Unterstützung für die Prävention. Wir haben die wichtigsten Ergebnisse der ersten und zweiten Messung miteinander verglichen. Die befragte Gruppe ist allerdings ziemlich klein. Darum haben wir

hier ein T-Test mit ‚Bayesscher Statistik‘ angewendet. Wenn man kleine Gruppen hat, bringt diese Analysetechnik bessere Ergebnisse (Cowles, 2013; Christensen et al., 2011). Wir haben dies mit R (R Core Team 2013) durchgeführt und mit dem Programm Jags. Wir haben drei Gruppen von Schätzungen erstellt, jede Kette mit 2000 Iterationen und davon jedes Mal 500 nicht verwendet. So wurden die Schätzungen am Ende mit insgesamt 4500 Iterationen durchgeführt. Zum Schluss vergleichen wir einen Teil der deutschen Resultate mit den Ergebnissen des Key Leader Interviews, die in den Vereinigten Staaten und den Niederlanden gewonnen wurden (Steketee et al., 2013; Jonkman et al., 2008).

ERGEBNISSE

1. Probleme in der Kommune

Die Schlüsselpersonen wurden darüber befragt, welche Probleme sie in ihrer Kommune sehen. Die meisten sehen Armut als ein kleines Problem an, wie auch durch Jugendliche verursachte Probleme. Fehlende Qualität in der Bildung wird von 1/3 der Personen als ein Problem gesehen. Für die meisten Befragten sind ethnische Konflikte ein kleines Problem (bei der ersten Messung 2/3 der Befragten und bei der zweiten Messung die Hälfte). Drogen und Alkoholmissbrauch ist für alle ein Problem (von groß bis klein). Über Teenager-Schwangerschaften wusste man bei der ersten Messung nicht so viel zu sagen, weil man den Umfang nicht kannte (25%) oder nicht wusste, ob das Problem überhaupt besteht. Bei der zweiten Messung ist es für 1/3 der befragten Personen ein Problem oder ein kleines Problem. Kriminalität und Vandalismus wird durch 2/3 der Personen als ein kleines Problem gesehen, stabil in der Zeit. Die Antworten auf psychische Probleme sind unterschiedlich. 1/3 der Befragten sieht dies als ein Problem. Aber mehr als 40% kennt nicht den Umfang und gibt keine Antwort. Bei der zweiten Messung war man sich hierüber mehr bewusst. Für 10 % ist es kein Problem, aber für die anderen 90 % ist es ein Problem (von klein bis groß). Häusliche Gewalt, Arbeitslosigkeit und schlechtes Familienmanagement werden meistens als kleine Probleme angesehen bei den zwei Messungen. Manche der erfragten Probleme werden

durch einige Befragte als ein großes Problem gesehen (Armut, fehlende Qualität in der Bildung, Kriminalität und Vandalismus, Arbeitslosigkeit und schlechtes Familienmanagement). Aber die Schlüsselpersonen, die das aussagen, sind jedes Mal nur ein oder höchstens zwei Personen. Die Probleme, die erfragt wurden, werden als die wichtigen Probleme in den Kommunen genannt und decken damit das ganze Spektrum wahrgenommener Probleme ab. Nur ein einziger Teilnehmer nennt ein anderes, hier nicht genanntes Problem (zum Beispiel Mobbing).

Die Schlüsselpersonen haben in den zwei Messungen auch Antworten gegeben darauf, was sie für wichtig erachten bezüglich der Prävention von Problemverhalten von Jugendlichen. Hier kommt ein recht deutliches Bild zustande. Für sie ist Selbstvertrauen deutlich wichtiger als Bindung. Alle Befragten finden Grenzen setzen und Regeln vermitteln (100%) bei beiden Interviews wichtiger als eine Besprechung oder Diskussion mit Jugendlichen zu führen. Möglichkeiten für eine aktive Teilnahme der Jugendlichen am Geschehen in ihren Schulklassen sind, außer für eine Person über zwei Messungen, wichtiger als Information über Drogen zu geben. Und vor allen ist die soziale Kompetenz von Kindern zu stärken und gutes Verhalten zu belohnen wichtig (mehr als die Eltern rechtlich verantwortlich für ihr Handeln zu machen, beziehungsweise Disziplin/Strafe für die Jugendlichen).

Wir haben die Schlüsselpersonen nicht nur zwei Mal befragt, wie sie selber die Probleme sehen, sondern auch, was sie darüber denken, wie die Erwachsenen in der Kommune die Probleme sehen. Die meisten Erwachsenen sehen danach den Gebrauch von Alkohol und den Gebrauch von Tabak als einen normalen Aspekt des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen an. Aber der Gebrauch von Haschisch oder Marihuana und delinquentes Verhalten werden nicht oder gar nicht als ein normaler Aspekt des Aufwachsens gesehen. Die Schlüsselpersonen selber stimmen dem Gebrauch von Alkohol und Gebrauch von Tabak oft nicht oder ganz und gar nicht zu. Sie sind, so kann man es auch sagen, strenger als die Erwachsenen in ihrer eigenen Umgebung.

2. Über Prävention und was man für wichtig hält

Alle Schlüsselpersonen sehen eine langfristige Präventionsstrategie als die beste Methode an, um Problemverhalten von Jugendlichen zu verringern. 75% stimmt darin „ganz und gar“ zu, und der andere Teil (25%) „stimmt zu“. Das zweite Mal ist man dazu noch etwas überzeugter. Alle Befragten sind im Präventionsrat in ihrer Kommune beteiligt. Bedarfsanalyse, Risiko- und Schutzfaktoren, das Einbeziehen von Akteuren, das Verstärken von Selbstbewusstsein, die Nutzung bestehender Strukturen sind Begriffe, die genannt werden, wenn man nach den Eigenschaften von integrierten Strategien fragt. Die Arbeit richtet sich auf Kinder und Jugendliche und deren Eltern. In die Arbeit wird Polizei, die Schulen, Sozialarbeit und Jugendarbeit einbezogen. Die Schlüsselpersonen kennen oft andere lokale Präventionsstrategien, die in der Kommune eingesetzt werden.

2/3 der Personen stimmen nicht der Aussage zu, dass die Einrichtungen und Organisationen selten ihre Aktivitäten koordinieren. Die Anderen stimmen darin ganz oder weniger deutlich zu. Darüber, ob ihre Einrichtungen und Organisationen kommunale Probleme mittels langfristiger Prävention lösen können, wird wirklich sehr verschieden gedacht. Bei der zweiten Befragung stimmt hier mehr als 4/5 der Personen zu oder „voll und ganz“ zu. Auch hier ist man überzeugter geworden in der Arbeit. In allen Kommunen, die hier untersucht wurden, besteht ein präventives Netzwerk von Einrichtungen und Organisationen, die Kontakt mit einander haben.

3. Über Analyse und Daten

Wir haben die Schlüsselpersonen auch gefragt, wie die Probleme in der Kommune analysiert und wie Daten in der kommunalen Arbeit gebraucht werden. Eine Analyse der örtlichen Bedarfe, die gestützt ist auf in der Kommune gesammelte Daten, wird bei der ersten Befragung mäßig (41,7%), geringfügig (16,6%) oder nicht (33,3%) durchgeführt, obschon hauptsächlich der Wunsch besteht, vorhandene Präventionsansätze fortzuführen (83,3%). Während der zweiten Messung sehen wir, dass fast die Hälfte sagt, dass eine Analyse der örtlichen Bedarfe hauptsächlich gestützt wird auf in der Kommune gesammelte Daten. Der Wunsch dies zu tun (45,5%) hat abgenommen, wahrscheinlich weil er Realität geworden ist. In der Hälfte der Kommunen werden Daten über Risiko- und Schutzfaktoren gesammelt und

bei der zweiten Messung wird ausgesagt, dass man mit diesen Daten arbeitet. Auch wurden auf Basis der Untersuchungen meistens noch keine passenden effektiven Programme ausgewählt. Der Prozess ist in den Standorten noch nicht so weit. In 58,3% der Kommunen sind bei der ersten Messung Aktivitäten im Gange, die Jugendprobleme in einer zusammenhängenden Weise angehen. Ein und halb Jahre später sind es fast 73% geworden. In den Kommunen gibt es Überschneidungen mit anderen Netzwerken oder Partnerschaften. Die Hälfte der befragten Personen sagt bei der zweiten Befragung, dass nun eine bessere Koordination bestehe. Wenn eine Präventionsstrategie vorhanden ist, hatte diese in 2/3 der Fälle keinen Bezug zu den vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren. Einige Zeit später nimmt mehr als 90% der Befragten Bezug darauf. Akteure, bzw. Einrichtungen können unterschieden werden, ob sie Risiko- und Schutzfaktoren verwenden oder nicht. Die Schlüsselpersonen wurden auch nach ihren eigenen Einrichtungen, bzw. Organisationen befragt. 41,7% ihrer eigenen Organisationen verwenden das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren für ihre Präventionsstrategie. Bei der zweiten Messung verwenden 72,7% der Organisationen immer oder oft das Konzept der Risikofaktoren. Deutlich ist auch, dass zu Beginn in keiner der beteiligten Kommunen Risiko- und Schutzfaktoren gemeinsam priorisiert wurden. Bei der zweiten Messung sagt mehr als 90%, dass in ihrer Arbeit Risiko- und Schutzfaktoren gemeinsam priorisiert werden. Die meisten nutzen anfänglich keine Datenquellen als Basis für ihre Programme und Projekte, auch bei der zweiten Befragung ist dies so. Aber nun geben mehr als 2/3 der Personen an, dass man das konkret plant. Wenn Daten gebraucht werden, sind es Daten über Substanzgebrauch, Kriminalität, Risikofaktoren und Schutzfaktoren (bei der zweiten Befragung häufiger) und weniger Daten über Gesundheitsverhalten. Die Befragten, die die Daten verwenden, sehen sie bei der zweiten Messung auch viel häufiger als sehr brauchbar oder brauchbar an. Alle Befragten sehen den Bezug zu Risikofaktoren und Schutzfaktoren als wichtig an (sehr wichtig und wichtig bei beiden Messungen mehr als 90%). Bei der zweiten Messung wird auch deutlich, dass die Befragten positiver über die Zukunft denken: mehr als 90% der Schlüsselpersonen sagen aus, dass CTC irgendeinen Erfolg bringen wird in der Zukunft.

4. Die Organisation der Präventionsarbeit

Wir haben die Schlüsselpersonen auch über die Organisation der Präventionsarbeit in ihren Kommunen befragt. Zunächst haben wir nach verschiedenen Problemen gefragt. So wollten wir etwas über einen Mangel an Zusammenarbeit der beteiligte Akteure wissen, an Übereinstimmung bei Zielen und Methoden, an Führung und Leitung, an finanziellen und personellen Ressourcen, an Unterstützung durch die lokale Bürgerschaft/Bewohnerschaft, an Unterstützung durch die Kommune, an Unterstützung durch Organisationen und Einrichtungen aus dem Gebiet und über den Verlust von wichtigen Schlüsselpersonen. Die Kategorien „viele Probleme“ und „ein paar Probleme“ haben wir zusammengefasst in eine Kategorie („Probleme“) und ebenso die Antwortkategorien „fast keine“ und „überhaupt keine“ („keine Probleme“). Wenn wir die erste mit der zweiten Messung vergleichen, sehen wir, dass der Mangel an verschiedenen Qualitäten immer noch da ist, aber der Mangel hat auf alle Fälle (meistens deutlich) abgenommen in der Zeit (siehe **Tabelle 2.1.** Wo hat man einen Mangel?).

Tabelle 2.1. Wo hat man einen Mangel?

Mangel an	Erste Messung	Zweite Messung
Zusammenarbeit	54,6%	16,6%
Übereinstimmung Ziele und Methoden	63,6%	41,7%
Führung und Leitung	45,5%	16,7%
Verlust Schlüsselpersonen	63,6%	25,0%
Finanzielle Ressourcen	81,8%	50%
Personelle Ressourcen	90,1%	66,7%
Unterstützung durch lokale Bürgerschaft/Bewohnerschaft	72,7%	25,0%
Unterstützung der Kommune	72,7%	66,7%
Unterstützung durch Organisationen/Einrichtung aus dem Gebiet	90,1%	83,3%

Für soziale Aktivitäten werden bestimmte Ressourcen bereitgestellt. Aber wenn die befragten Schlüsselpersonen die Gelder selber verteilen könnten, wie würden sie dann die Ressourcen für Strafverfolgung, Prävention und Behandlung verteilen? Die Ergebnisse hierzu sind ziemlich stabil. Strafverfolgung würde von mehr als 2/3 der Personen 25% der Mittel bekommen. Prävention würde von allen Personen 50-75% der Mittel bekommen. Und die Befragten würden 25% der Mittel für die Behandlung von Problemen ausgeben. Die lokale Ressourcenausstattung für Prävention hat sich nicht geändert über die Zeit, wenn wir (50% bei der ersten Messung, und 58% bei der zweiten Messung) den befragten Personen glauben möchten. Aber es sind auch 25%, die sagen, dass die lokale Ressourcenausstattung für Prävention sich von Messung zu Messung strukturell geändert hat. Aber die meisten antworten hier nicht, weil man noch nicht so weit ist. Die Fragen kommen hier im Prozessverlauf zu früh.

5. Aneignung

Hier geht es darum zu erfassen, auf welcher Stufe der Aneignung einer wissenschaftlichen fundierten Prävention die Kommunen stehen (s.o.) und ob die Anwendung von CTC zu einer höheren Stufe führt. Folgendes Modell der Stufen der Aneignung wird dabei angewendet:

Tabelle 2.2. Stufen der Aneignung einer wissenschaftlich orientierten Auffassung von Prävention.

Stufe	Beschreibung
1	Terminologie und Konzepte der Präventionswissenschaft sind bekannt, unter ihnen Risiko- und Schutzfaktoren, aber sie werden bei der Planung der Präventionsarbeit noch nicht verwendet
2	Verwendung einer an Risiko- und Schutzfaktoren orientierten Prävention als Planungsstrategie, aber keine Verwendung von epidemiologische Daten für die Auswahl von präventiven Aktivitäten in der Kommune
3	Verwendung von epidemiologischen Daten über Risiko- und Schutzfaktoren, aber noch kein Gebrauch von effektiven Interventionen.

4	Entwicklung eines Aktionsplans, um effektive Programme einzusetzen. Die Programme sind auf die priorisierten Risiko- und Schutzfaktoren ausgerichtet, die auf Basis der epidemiologischen Daten in der Kommune ermittelt wurden, aber noch kein Monitoring / keine Evaluation der Umsetzung der Programme
5	Implementation des Aktionsplans und Monitoring / Evaluation der Programmumsetzung. Weiterentwicklung des Aktionsplans basierend auf Daten über Risiko- und Schutzfaktoren

Auf der ersten Stufe geht es darum, ob die lokalen Akteure mit den Begriffen und Konzepten aus der Prävention vertraut sind, wie z.B. Normen und Auffassungen über die gesunde Entwicklung von Jugendlichen.

In der Theorie von CTC sind Bindungen zu den Eltern und das Belohnen von guten Verhalten besser als das Bestrafen von falschem Verhalten. Klare Grenzen und Normen in Bezug auf das Verhalten zu setzen, Möglichkeiten aktiver Teilnahme zu bieten und soziale Kompetenzen zu stärken wird bei CTC als effektiver für die Prävention angesehen als Eltern rechtlich für das Verhalten ihrer Kinder verantwortlich zu machen, oder als bloße Information über Drogen zu geben oder nur mit den Jugendlichen zu diskutieren.

Zuerst haben wir untersucht, ob die Schlüsselpersonen Risiko – und Schutzfaktoren als Modell für die Präventionsarbeit anerkennen. Wir haben Sie gefragt, ob Sie die Terminologie kennen und welche Kenntnisse sie wichtig finden. Für die Feststellung der Aneignung Stufe 1 werden Wissensfragen benutzt (**Tabelle 2.3.** Aneignung Stufe 1). Die Ergebnisse sind hier bei der ersten Messung etwas günstiger als bei der zweiten Messung.

Table 2.3. Aneignung Stufe 1

Kenntnis (Aneignung Stufe 1)	Erste Messung	Zweite Messung
Selbstvertrauen	66,7%	75%
Grenzen setzen	100%	91,7%
Möglichkeiten aktiver Teilnahme	91,7%	91,7%

Kompetenz der Kindern/Jugendlichen stärken	100%	83,3%
Gutes Verhalten belohnen	100%	91,7%
Total (Mittelwert)	1.48 (SE: 0.03)	1.42 (SE: 0.03)

Anmerkung: die Antwortkategorien „geringfügig“, „mäßig“ und „hauptsächlich“ sind zusammengefasst und abgesetzt gegenüber „keine“.

In der folgenden Stufe geht es um die Anwendung einer an Risiko- und Schutzfaktoren orientierten Planungsstrategie in der Kommune, wobei Daten dafür noch nicht erhoben werden. So hier haben wir hier gefragt, ob man bei der Arbeit die vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigt, welche Akteure und Einrichtungen Risiko- und Schutzfaktoren für ihre Präventionsarbeit gebrauchen und, zuletzt, wie oft man in den jeweiligen eigenen Organisationen das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren gebraucht für die Präventionsarbeit. Daraus haben wir die Skala Aneignung Stufe 2 erstellt (**Tabelle 2.4.** Aneignung Stufe 2). Das Gesamtergebnis ist bei der zweiten Messung deutlich günstiger.

Tabelle 2.4. Aneignung Stufe 2

Aneignung Stufe 2	Erste Messung	Zweite Messung
Bezug auf die vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren (RSF)	25%	83,3%
Welche Akteure / Einrichtungen nehmen Bezug auf die RSF	58,3%	91,7%
Wie oft werden die RSF gebraucht	58,3%	75%
Total (Mittelwert)	1,80 (SE: 0.23)	2.42 (SE: 0.14)

Anmerkung: die Antwortkategorien „geringfügig“, „mäßig“ und „hauptsächlich“ sind zusammengefasst und abgesetzt gegenüber „keine“.

Im nächsten Schritt wollten wir für die Feststellung der dritten Aneignungsstufe wissen, ob epidemiologische Daten verwendet werden, um die Präventionsstrategie festzulegen. Hier haben wir gefragt, ob man dazu die Schülerbefragung von CTC verwendet oder ob man dafür andere Daten benutzt. Hier wird eine Frage gestellt: „Nutzen Sie spezifische Informationen/Datenquellen als Basis für Programme und Strategien?“ (Tabelle 5. Aneignung Stufe 3). Anderthalb Jahre nach der Einführung von CTC benutzen mehr als 90% Informations- und Datenquellen zur Festlegung der Präventionsstrategie.

Tabelle 2.5. Aneignung Stufe 3.

Aneignung Stufe 3	Erste Messung	Zweite Messung
Nützen Sie Information/Datenquellen	41,7%	90,1%
Total (Mittelwert)	1.17 (SE: 0,05)	1.91 (SE: 0.09)

Anmerkung: die Antwortkategorien „geringfügig“, „mäßig“ und „hauptsächlich“ sind zusammengefasst und abgesetzt gegenüber „keine“.

Für die Ermittlung der vierten Stufe wird untersucht, ob effektive Programme eingesetzt werden, um die priorisierten Risiko- und Schutzfaktoren anzugehen (**Tabelle 2.6.** Aneignung Stufe 4). Es geht hier um die folgenden Fragen: Wird eine Analyse der lokalen Bedarfe gestützt auf in der Kommune gesammelte Daten? Verwendet man Daten über Risiko- und Schutzfaktoren? Gibt es verfügbare Fördermitteln für Programme und Maßnahmen? Wurden in Ihrer Kommune Probleme und Risiko- und Schutzfaktoren gemeinsam priorisiert? Haben Untersuchungen gezeigt, welches die passendsten effektiven Programme sind? Auch hier sehen wir im Gesamtergebnis ein sehr günstiges Bild.

Tabelle 2.6. Aneignung Stufe 4.

Aneignung Phase 4	Erste Messung	Zweite Messung
Analyse gestützt auf in der Kommune gesammelte Daten	66,7%	75%
Daten über Risiko- und Schutz Faktoren	50%	91,7%
Verfügbare Fördermitteln für Programmen und Maßnahmen	83,3%	91,7%
Wurden in Ihrer Kommune Probleme und RPF gemeinsam priorisiert?	0	83,3%
Untersuchungen haben die passendsten effektiven Programmen gezeigt	41,7%	91,7%
Total (Mittelwert)	1.95 (SE: 0.16)	2.82 (SE: 0.13)

Anmerkung: die Antwortkategorien „geringfügig“, „mäßig“ und „hauptsächlich“ sind zusammengefasst und abgesetzt gegenüber „keine“.

Für die fünfte und letzte Stufe wird festgestellt, ob die lokale Präventionsstrategie evaluiert und fortgeschrieben wird (**Tabelle 2.7.** Aneignung Stufe 5). Für diese Stufe sind drei Fragen wichtig: Evaluiert man die Auswirkungen der Maßnahmen auf Risiko- und Schutzfaktoren? Sind mit der Evaluation auch Änderungen aufgetreten im Programmangebot? Und, zuletzt, sind mit der Evaluation auch Änderungen aufgetreten in Bezug auf die Finanzierung von Programmen? Deutlich war, dass die Kommunen alle diese Aktivitäten planen, aber sie sagen auch, dass sie noch nicht so weit sind. Diese Fragen konnten noch nicht beantwortet werden. Aufgrund dessen können für die Stufe 5 noch keine Ergebnisse vorgelegt werden. Daher war es auch noch nicht möglich, ein Gesamtergebnis bezüglich der Aneignung zu ermitteln.

Tabelle 2.7. Aneignung Stufe 5.

Aneignung Stufe 5	Erste Messung	Zweite Messung
Evaluation von Risiko und Schutzfaktoren	X	X
Änderung in der Programmdurchführung	X	X
Änderung in Bezug auf Ressourcen und Finanzverteilung	X	X
Total (Mittelwert)	X	X

Anmerkung: die Antwortkategorien „geringfügig“, „mäßig“ und „hauptsächlich“ sind zusammengefasst und abgesetzt gegenüber „keine“.

6. Teilnahme

Wir haben den Schlüsselpersonen die Frage vorgelegt, welche Gruppen an dem Präventions-Netzwerk vor Ort teilnehmen (Antwortkategorien: „oft“, „regelmäßig“, „manchmal“, „nie“) (**Tabelle 2.8.** Organisationen). Wenn wir auf der einen Seite „oft“ und „regelmäßig“ zusammenfassen und auf der anderen Seite „manchmal“ und „nie“, bekommen wir über die zwei Befragungen das folgende Bild:

Über die zwei Messungen nehmen die Grundschulen, die weiterführende Schulen, die Kommunalverwaltung und die Polizei/Justiz am meisten teil (90-100%). Wir sehen, dass die Teilnahme von Bürgerorganisation wie Nachbarschaftsgruppen und Selbsthilfegruppen, von sozialen Diensten, von Grundschulen, Kindertagesstätten, Klinik, Krankenhaus und Gesundheitswesen, wie auch die Teilnahme von soziokulturellen und Jugendorganisationen sowie der Polizei über die Zeit zugenommen hat. Dem entgegen hat die Teilnahme von weiterführenden Schulen, Firmen/Betrieben und seitens des Kinderschutzes etwas abgenommen.

Tabelle 2.8. Organisationen.

Organisationen	Erste Messung	Zweite Messung
Bürgerorganisationen	8,3%	46%
Soziale Dienste	16,7%	36,4%
Grundschulen	83,3%	90,9%
Weiterführende Schulen	100%	90,9%
Kindertagesstätten	58,3%	63,6%
Firmen, Betriebe	58,3%	18,2%
Kommunalverwaltung	100%	100%
Soziale, kulturelle und Jugendorganisationen	75%	90,9%
Polizei, Justiz	91,7%	100%
Kinderschutz	72,7%	63,6%

7. Zusammenarbeit

Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren auf dem präventiven Gebiet ist wichtig, das ist lange bekannt. Wir haben den Schlüsselpersonen bei beiden Interviews verschiedenen Fragen über die Zusammenarbeit vorgelegt (**Tabelle 2.9.** Zusammenarbeit). Wir wollten wissen, ob ein Netzwerk von Einrichtungen besteht, das sich auf Präventionsaktivitäten konzentriert. Wir wollten auch wissen, ob in der Kommune zur Prävention Tagungen und Veranstaltungen organisiert werden und ob die Einrichtungen und Organisationen Information untereinander austauschen. Wir haben auch (negativ) gefragt, ob Präventionsaktivitäten selten in der jeweiligen Kommune untereinander koordiniert werden. Weiterhin wollten wir wissen, ob Einrichtungen ihre Präventionsstrategien miteinander verknüpfen, ob sie an kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozessen teilnehmen, ob Finanzierungs- oder Personalressourcen geteilt werden und ob die Akteure einen klaren Auftrag oder eine Aufgabe in Rahmen eines lokalen Präventionsplans haben. Die Befragten konnten auf einer Skala von 1 bis 10 von ‚stimme ganz und gar nicht zu (1)‘ bis ‚stimme ganz und gar zu (10)‘ antworten. Somit ist höher jeweils besser, nur eine Frage war

negativ formuliert. Wir sehen auch hier, dass die Ergebnisse bei der zweiten Messung besser waren.

Tabelle 2.9. Zusammenarbeit.

Zusammenarbeit (Präventive Kollaboration)	Erste Messung	Zweite Messung
Ein Netzwerk von Einrichtungen	8	9
Formale Präventionstagungen / Veranstaltungen	6,64	7,66
Organisationen tauschen Information aus	7	7,55
Sie koordinieren selten ihre Präventionsaktivitäten untereinander	4,08	3,82
Sie verknüpfen ihre Präventionsstrategien	5,83	6,27
Sie nehmen teil an einem kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozess	6	7,55
Sie teilen Finanzierungs- oder Personalressourcen	3,58	4,73
Klarer Auftrag / Aufgabe in Rahmen des Handlungsplans	2,82	4,18
Total (Mittelwert)	4.72 (SE: 0.27)	5.47 (SE: 0.25)

Hier wurde der jeweilige Mittelwert genommen. Von 1 (stimme ich voll und ganz nicht zu) bis 10 (stimme ich ganz und gar zu).

8. Kommunale Normen in Bezug auf Suchtmittelgebrauch

Deutliche und konsistente Normen in der Kommune seitens der Eltern und Erwachsenen zum Suchtmittelgebrauch von Jugendlichen sind wichtig, um den Substanzkonsum zu beschränken. Kinder und Jugendliche sollen den Substanzgebrauch nicht als normal

empfinden und als falsch ansehen. Um die kommunalen Normen festzustellen, haben wir die Schlüsselpersonen gefragt, wie man in der Kommune den Gebrauch von Alkohol, Tabak und Haschisch ansieht. Sehen die Schlüsselpersonen dies als einen normalen Aspekt des Aufwachsens oder nicht? Wir wollten auch wissen, wie aus Sicht der Schlüsselpersonen die Erwachsenen in der Kommune dies sehen. Finden Erwachsenen das Trinken, Rauchen und den Haschisch-Gebrauch von Jugendlichen als falsch oder nicht? In Gegensatz zu den anderen Skalen sehen wir hier bei der zweiten Messung einen leichten Rückgang. Es sieht so aus, als ob CTC die kommunalen Normen verstärkt (hier ist eine niedrige Punktzahl günstig).

Tabelle 2.10. Kommunale Normen

Kommunale Normen	Erste Messung	Zweite Messung
Gebrauch von Alkohol als ein normaler Aspekt des Aufwachsens	2.33	2.09
Gebrauch von Tabak als ein normaler Aspekt des Aufwachsens	2.58	2.27
Gebrauch von Haschisch als ein normaler Aspekt des Aufwachsens	3.25	3.09
Erwachsenen halten Trinken von Alkohol für falsch	2.42	2.09
Erwachsenen halten Rauchen von Tabak für falsch	2.5	2.27
Erwachsenen halten Gebrauch Haschisch für falsch	3.58	3.09
Total (Mittelwert)	2.78 (SE: 0.07)	2.48 (SE: 0.10)

Hier wurde der jeweilige Mittelwert genommen. Von 1 (stimme ich voll und ganz zu) bis 4 (stimme ich ganz und gar nicht zu).

9. Unterstützung für Prävention

Eine Voraussetzung für den Erfolg von Prävention ist die Unterstützung, die man für diese Arbeit in der Kommune bekommt (**Tabelle 2.11. Unterstützung**). Sehen die Schlüsselpersonen Prävention als die beste Methode für die Verringerung von Problemverhaltensweisen an (gegenüber Strafe oder Einzelfallhilfe)? Und werden schon langfristig orientierte Präventionsstrategien eingesetzt oder nicht? Wenn man dies tut, wird deutlich, dass man in diesem Fall Prävention als positiv betrachtet. Das Ergebnis ist, dass CTC die Unterstützung für Prävention in den beteiligten Kommunen verstärkt hat, in einem Zeitraum von weniger als zwei Jahren.

Tabelle 2.11. Unterstützung

Unterstützung Prävention	Erste Messung	Zweite Messung
Langfristige Prävention beste Methode	3.75	3.82
Langfristige Präventionsstrategien werden eingesetzt	3.25	3.27
Total (Mittelwert)	3.18 (SE: 0.11)	3.44 (SE:0.09)

Hier wurde der jeweilige Mittelwert genommen. Von 1 (stimme ich voll und ganz zu) bis 4 (stimme ich ganz und gar nicht zu).

10. Gesamtergebnisse erste und zweite Messung

Wir haben die Ergebnisse der ersten und zweiten Messung nochmals insgesamt miteinander verglichen. Die Gruppen (erste Messung 12 Personen und zweite Messung 11 Personen) sind ziemlich klein. Darum haben wir hier ein T-Test verwendet mit ‚Bayesscher Statistik‘ (siehe oben: Methode). Wir sehen, dass Aneignung Stufe 1 kein Ergebnis ergibt, wenn wir die zwei Messungen vergleichen. Aber die anderen Aneignungsskalen haben alle ein positives Ergebnis und das ist jedes Mal günstig: Man kommt weiter mit der Präventionsarbeit in der Kommune. Kommunale Normen sind negativ codiert, so dass das Ergebnis hier auch günstig ist. Bei Zusammenarbeit und Unterstützung können wir noch nicht mit Sicherheit sagen, dass

sie in ein und halbes Jahr besser geworden sind. Weil hier ‚Bayessche Statistik‘ gebraucht wird, sind wir beim Endergebnis (Unterschied zweite minus erste Messung) zu 95% sicher (siehe **Tabelle 2.12**. T-Test zweite und erste Messung).

Tabelle 2.12. T-Test zweite und erste Messung

Skala	Mittelwert Erste Messung	SD	Mittelwert Zweite Messung	SD	erste- zweite Messung Unterschied Mean (SD)	Credibility Intervall (0.025/0.975)
Aneignung 1	1.48	0.1	1.42	0.1	-0.046 (0.063)	-0.175/0.076
Aneignung 2	1.80	0.80	2.42	0.46	0.656 (0.186)	0.296/ 1.016
Aneignung 3	1.17	0.17	1.91	0.30	0.604 (0.105)	0.397/ 0.815
Aneignung 4	1.95	0.55	2.82	0.43	1.260 (0.188)	0.899/ 1.627
Aneignung 5	X	X	x	X	X	X
Zusammenarbeit	4.72	0.94	5.47	0.83	0.610 (0.383)	-0.156/ 1.358
Kommunale Normen	2.78	0.24	2.48	0.33	-0.301 (0.142)	-0.582/ -0.024
Unterstützung	3.18	0.38	3.44	0.30	0.189 (0.146)	-0.105/ 0.474

Mit Bayesscher Statistik erstellt, Jags jedes Mal drei Ketten mit 2000 Iteration, und ein ‚burn-in‘ von 500 macht 4500 Iterationen für jede Skala.

11. Internationaler Vergleich

Auch in den USA und den Niederlanden sind vor einigen Jahren Interviews mit Schlüsselpersonen durchgeführt, analysiert und miteinander verglichen worden (Steketee et al., 2013, Jonkman et al., 2008). Diese Daten vergleichen wir nun mit den deutschen Daten von 2014. In USA wurden in 2007 Daten von Schlüsselpersonen gesammelt in einer randomisierte Studie zu CTC unter 111 Personen. In den Niederlanden wurde dasselbe in 2011 durchgeführt unter 47 Personen. In beiden Ländern sind Daten von CTC-Kommunen und nicht CTC-Kommunen erhoben worden. Wir haben hier (**Tabelle 2.13.** Einbeziehung von Organisationen bei CTC) Ergebnisse der drei Länder miteinander verglichen. Man kann sehen, dass die Einbeziehung von verschiedenen Akteuren in Deutschland groß ist. In allen deutschen Kommunen partizipieren aus Schulen Lehrer und anderes Personal, Soziale Dienste und Organisationen aus der Freizeitgestaltung. Auch Polizei/Justiz, Jugendarbeit und die kommunale Verwaltung nehmen im starken Masse am CTC-Prozess teil. Weniger oft nehmen Wohnungsbaugesellschaften, kommunale Bürgergruppen und Medienvertreter teil. Aber Medienvertreter nehmen in Deutschland viel mehr Teil als in den USA und den Niederlanden. Auffällig in Deutschland ist auch die ziemlich starke Partizipation von Firmen und Betrieben.

Tabelle 2.13. Einbeziehung von Organisationen in den CTC-Prozess

Organisationen	US (2007, n=111)	Niederlanden (2011, n=47)	Deutschland (2014, n=11)
Schullehrer und Personal	83%	81%	100%
Soziale Dienste	82%	98%	100%
Kommunale Bürgergruppen	75%	31%	58%
Polizei/Justiz	71%	75%	92%
Jugendarbeit	69%	33%	92%
Religiöse Gruppen	64%	21%	75%
Firmen/Betriebe	60%	9%	75%

Freizeit Organisationen	52%	83%	100%
Medien	31%	10%	67%
Öffentliche Gesundheit	-	94%	75%
Kommunalverwaltung	-	83%	92%
Wohnungsbaugesellschaft	-	78%	33%

CTC versucht die wissenschaftliche Orientierung bezüglich der Prävention in der Kommune zu verstärken. In Deutschland konnten wir die Befragungsergebnisse nicht mit einer Kontrollgruppe vergleichen. Aber deutlich wurde, dass im Allgemeinen die wissenschaftliche Orientierung zwei Jahren später gestärkt ist. Wenn wir das höchste Niveau der wissenschaftlichen Präventionsorientierung in den drei Ländern miteinander vergleichen, sehen wir, dass in Deutschland niedrigere Werte erzielt werden als in den USA und den Niederlanden. Das bedeutet, dass viel neu ist für die deutschen Schlüsselpersonen, auch noch nach zwei Jahren. Die Aneignungs-Mittelwerte sind auch niedriger. Man muss hier im Hinterkopf behalten, dass in Deutschland die Kommunen zum Befragungszeitpunkt noch nicht mit CTC-Phase 5 angefangen haben und dass der Zeitpunkt für einen guten Vergleich daher noch zu früh ist.

Tabelle 2.14. Aneignung

Stufe	US	NL	Deutschland
Aneignung 1	33%	36%	17%
Aneignung 2	3%	26%	8 %
Aneignung 3	10%	7%	17%
Aneignung 4	13%	7%	8%
Aneignung 5	-	-	-
Mean Aneignung	2,45 (SD=1,61)	2,68 (SD=1,89)	-

3. Meilensteine und Benchmarks: Integrität und Implementation von CTC im Zeitverlauf

EINLEITUNG

In den letzten 30 Jahren haben wir zunehmend besser verstanden, wie Problemverhalten wie Delinquenz und Gewalt, Alkohol- und Drogenmissbrauch und Depression bei Jugendlichen entstehen. Faktoren sind identifiziert, die zur Entwicklung dieser Problemverhalten beitragen: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Auch bestimmte Maßnahmen (Programme, Strategie und politische Regelungen) sind entwickelt worden, um diesen Faktoren erfolgreich entgegenzuwirken. Experimentelle Studien haben gezeigt, welche Programme und Strategien effektiv sind und die besten Resultate zeigen (IOM, 2009). Aber es ist auch deutlich, dass die Programme noch nicht oft eingesetzt werden. Und wenn sie gebraucht werden, werden sie oft nicht mit genügender Qualität umgesetzt. Deutlich ist auch, dass für große Wirkungen es wichtig ist, die Programme mit hoher Implementations-Qualität einzuführen. Das alles hat dem Interesse daran erhöht, mehr systematisch über die Einführung von Programmen nachzudenken und Instrumenten zu entwickeln, um bessere Resultate zu bekommen.

Eine wichtige Diskussion, die dazu im Feld der Prävention entstanden ist, dreht sich um die Frage, ob ein evidenzbasiertes Programm in der Praxis vor Ort genauso umgesetzt werden muss, wie es entwickelt und evaluiert worden ist, oder ob das das Programm an die jeweiligen lokalen Umstände angepasst werden muss. Diese Diskussion wird komplizierter aber auch noch bedeutsamer, wenn ein evidenzbasiertes Programm, das in einem Land entwickelt und umgesetzt wurde, in ein anderes Land übertragen werden muss. Die Anhänger des „Umsetzungstreue“-Standpunktes („Fidelity“) sagen, dass das Programm positive Ergebnisse hat, weil es mit bestimmten Standards umgesetzt wird. Natürlich ist es möglich, das Programm in bestimmten Grenzen an den historischen und kulturellen Kontext z.B. einer Kommune anzupassen. Die „Umsetzungstreue“ - Anhänger denken, dass das Programm flexibel genug ist, um in vielen Kommunen zu funktionieren. Umsetzungstreue

wird mit deutlichen Programm-Materialien, mit der nötigen Kapazität, mit genügend Mitteln, Unterstützung und dem Monitoring der Umsetzung angestrebt. An der anderen Seite haben wir die Vertreter der Adaptierung von Programmen. Das Programm wird beurteilt aus Sicht der lokalen Gemeinschaft und der jeweiligen kulturellen Relevanz. Es ist wichtig, so denken die Anhänger der Adaptierung, dass das Programm übereinkommen muss mit dem, was die lokale Gemeinschaft nötig hat, mit ihren Werten und ihren Mitteln. Darum müssen manchmal Elementen von Programmen angepasst werden, damit es akzeptiert und in der Kommune umgesetzt werden kann. Das Programm muss kulturell sensitiv sein, weil man anders keine Resultate erwarten darf. Die Implementation von evidenzbasierten Programmen in Kommunen hat zu tun mit der Einstellung von Schlüsselpersonen, mit den kommunalen Netzwerken der Akteure (so wie in den vorigen Kapiteln besprochen) und mit der Frage, wie das Programm umgesetzt werden muss, um über eine längere Zeit nachhaltig zu sein. Wie Communities That Care mit der Qualität von Programmen umgeht ist die zentrale Frage in diesem Kapitel.

Communities That Care (CTC) ist am besten als ein kommunales 'Betriebssystem' zu definieren, ein auf die gesamte Kommune orientierte Strategie, um Verhaltensprobleme von Jugendlichen zu vermeiden und ihre gesunde Entwicklung zu fördern (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002). Bei CTC werden Erkenntnisse aus der Präventionswissenschaft über Probleme und Entwicklungsförderung (Risikofaktoren und Schutzfaktoren) einbezogen. Zugleich wird daran gearbeitet, die Organisation eines kommunalen Präventionssystems mit aufzubauen. Trainingsmaterialien sind entwickelt worden, um diesen Ansatz zu kommunalen Schlüsselpersonen und Akteuren zu kommunizieren. Eine praktische Interventionsstrategie wurde entwickelt, um Kommunen zu mobilisieren. Die Strategie wurde in vielen Kommunen umgesetzt, getestet und letztlich auch in einer großen randomisierten Studie evaluiert (Hawkins et al., 2008).

Der CTC Prozess hat fünf Phasen, wenn er in einer Kommune eingeführt wird: 1) Mit CTC anfangen (Untersuchung, ob die Kommune bereit ist für einen umfassenden kommunalen Präventionsansatz); 2) Organisieren, Einführen, Einbeziehen (Bildung einer diversen und repräsentativen Koalition für Prävention); 3) Entwicklung eines Gebietsprofils (Verwendung von lokalen epidemiologischen Daten um fest zu stellen, was nötig zu tun ist); 4) Aufstellen eines standortbezogenen Aktionsplans (Auswahl von getesteten und effektiven

Politikstrategien, Praktiken und Programmen, die eingeführt werden können); 5) Umsetzung und Evaluation des Aktionsplans (Einführung von Programmen mit Umsetzungstreue in Bezug auf die unterliegende Theorie, den Inhalt und die Methode).

CTC kann in der Diskussion zwischen Umsetzungstreue und Adaptierung am besten definiert werden als eine Rahmenstrategie mit bestimmten Kernelementen („Core Elements“). Wir sind uns darüber bewusst, dass in Kommunen immer wieder unterschiedliche Dinge eine Rolle spielen. Wir unterscheiden ein großes Spektrum von Kommunen. Manche Kommunen haben gar keine definierte Jugendpolitik und gebrauchen CTC, um diese aufzubauen. Es gibt auch Kommunen, wo manche Initiativen durcheinander und nebenher gehen und diese gebrauchen CTC um einen Zusammenhang herzustellen. In beiden Typen (und in anderen Typen von Kommunen) ist CTC anwendbar, wenn die folgenden Kernelemente beachtet werden. 1) Mobilisieren von Schlüsselpersonen in dem kommunalen Prozess; 2) Verwendung von epidemiologischen Daten; 3) getestete und effektive Programme gebrauchen; 4) laufende Evaluation von Ergebnissen und das Anpassen der Planung (Jonkman, 2012).

Communities That Care liefert Kommunen gut entwickelte Materialien, Trainings und technische Unterstützung (v.a. Beratung), um das Veränderungsmodell so gut möglich auf der kommunalen Ebene eingeführt zu bekommen. Die fünf Phasen von CTC sind aufgebaut aus sogenannten „Meilensteinen und Benchmarks“. Mit „Meilensteine“ meinen wir die Ziele, die die Kommunen in einer Phase erreichen sollen. Die „Benchmarks“ sind die Aktionen, die gemacht werden oder die Bedingungen, die da sein müssen, um die jeweiligen Ziele zu erreichen. Um ein Beispiel zu nennen: Phase Eins fängt an mit „die Organisationsstrukturen schaffen, um mit CTC anfangen zu können“. Das ist der erste Meilenstein, der erreicht werden muss. Zu einem Meilenstein gehören stets mehrere Benchmarks. Der erste Benchmark hier ist dann „einen ‚Katalysator‘ für die Einführung von CTC vor Ort zu finden“. In den Materialien, Trainings und der laufenden Beratung geben die Meilensteine und Benchmarks dann die Richtung an für den Implementationsprozess.

METHODE

Teilnehmer

Für CTC wurde ein ausgearbeiteter Implementationsplan entwickelt, der den Kommunen einen Überblick darüber gibt, was in den verschiedenen Phasen der Einführung passieren soll. Dieser Plan ist ausdifferenziert in der Checkliste 'Meilensteine und Benchmarks', M&B (Hawkins et al., 2002; Quinby et al., 2008; Jonkman et al., 2008). In diesem Instrument wird danach gefragt, ob die Kernelemente von CTC umgesetzt sind und dies gibt uns die Möglichkeit zu untersuchen, ob Kommunen in der Lage sind, CTC so einzuführen, wie es auch entwickelt wurde.

Diese Checkliste mit den Fortschritte im Prozess wurde ausgefüllt durch die lokalen CTC - Koordinatoren auf der eine Seite und durch CTC – Trainer auf Landesebene auf der anderen Seite. Die Befragten konnten jeweils Punkte vergeben, ob die Ziele erreicht wurden oder nicht. Wir benutzen hier eine 4-Punkt Skala: die Teilnehmer gaben eine „1“, wenn ein Benchmark nicht erreicht wurde und eine „4“, wenn er komplett erreicht wurde. Neben der Benchmark-Erreichung haben wir auf dieselbe Weise auch nach der jeweiligen Herausforderung gefragt. War es sehr herausfordernd, um das Ziel zu erreichen (4) oder gar nicht (1). In der Evaluation hatten wir die Möglichkeit, zwei Messungen miteinander zu vergleichen und auch die Übereinstimmungen und die Unterschiede in der Implementation zwischen den fünf Standorten deutlich zu machen.

Wir haben das Instrument zwei Mal angewendet. Das erste Mal war im Oktober 2013, das zweite Mal im Oktober/November 2014. Sechs Personen haben insgesamt teilgenommen. Jeder der fünf Standorte ist von zwei Personen unabhängig voneinander beurteilt worden. Eine Beurteilung erfolgte jeweils durch die lokale CTC-Koordination in LK Osnabrück (Bramsche/Bersenbrück), Stadthagen, Oldenburg, Hameln und Nordstemmen, die andere Beurteilung erfolgte jeweils durch einen CTC-Trainer der Landesebene. Bei der ersten Befragung waren die Kommunen nicht weiter als Phase 2. Ein Jahr später konnte das Instrument auch für die dritte der fünf Phasen angewendet werden. Die Phase 4 war zum Zeitpunkt der zweiten Befragung noch nicht abgeschlossen und Phase 5 konnten wir nicht untersuchen, weil die Kommunen noch nicht so weit waren. Da der CTC-Prozess in der Praxis

nicht immer linear verläuft, konnten auch beim zweiten Befragungsdurchgang die Phasen 1 und 2 neu bewertet werden.

Instrument

Das Instrument, die Checkliste Meilensteine und Benchmarks, ermöglicht die Untersuchung, in welchem Ausmaß CTC in den fünf Phasen umgesetzt wird. Das Instrument besteht aus Meilensteinen (Zielen) und jeder Meilenstein besteht wieder aus verschiedenen Benchmarks. Phase 1 ist die Vorbereitung von CTC. Der erste Meilenstein ist *‘Organisationsstrukturen schaffen, um mit CTC anfangen zu können’*. Wichtige Aktionen werden als Benchmarks beschrieben: z.B. dass ein ‘Katalysator’ für die Einführung von CTC in der Kommune gefunden wird (das ist eine lokale Führungsperson, die den Prozess anzuleiten kann); dass deutlich ist, welche Einrichtungen auf kommunale Ebene mit Jugend- und Familienthemen zu tun haben; dass eine Einrichtung oder eine Organisation ausgewählt wird, die die Gesamtverantwortung für den Prozess übernimmt; dass eine Projektkoordination vor Ort festgelegt ist; dass eine Kerngruppe eingerichtet ist, die den Prozess vor Ort “zum Laufen bringt”; dass eine Liste von lokalen Schlüsselpersonen erstellt ist, die in den Prozess einbezogen werden soll; dass auch ein Arbeitsplan und ein Zeitplan für den Beginn erstellt ist; dass notwendige Ressourcen, um mit CTC anfangen zu können bestimmt und akquiriert sind.

Der zweite Meilenstein in Phase 1 ist *‘Die Reichweite des Präventionsansatzes festlegen’*. Hier geht es darum, das Gebiet festzulegen, das mit CTC organisiert werden soll; die Problemverhaltensweisen von Jugendlichen sollen identifiziert werden, die Gegenstand von Prävention sein sollen; Einigkeit soll darüber hergestellt werden, was in den Präventionsansatz mit einbezogen werden sollte; und auch herausgefunden sein soll, wo formelle und finanzielle Unterstützung oder Schwierigkeiten bestehen; hergestellt sein soll auch die Einigkeit über die Rolle des Gebietsteams, eine Vorabstimmung darüber, wie das Gebietsteam in dem jeweiligen Gebiet agieren wird; eine Überblick soll bestehen über die unerledigten und ungelösten Themen bezüglich der CTC-Kernaspekte; zum Schluss soll ein Handlungsplan entwickelt werden, wie mit den ungelösten Fragestellungen bezüglich der Kernaspekte zu begegnen ist.

Der dritte Meilenstein in der erste Phase ist *‘Die Bereitschaft (“Readiness”) des Standortes ermitteln’* und besteht aus acht Benchmarks, die erreicht werden sollen: So soll man sich versichern, dass die Beteiligten in der Kommune ein gemeinsames Verständnis und eine geteilte Definition von "Prävention" haben; und auch, dass an dem Standort Zusammenarbeit wertgeschätzt wird; dass an dem Standort eine breite Unterstützung besteht für einen auf Risiko- und Schutzfaktoren ausgerichteten, datengestützten, forschungsbasierten und ergebnisorientierten Präventionsansatz; es muss eine Unterstützung der Schulen für die Umsetzung der CTC-Schülerbefragung vorhanden sein und die Befragung soll so früh wie möglich durchgeführt werden; wichtig ist weiterhin ein Plan für die Koordinierung von CTC mit bereits bestehenden präventiven Initiativen und Steuerungsansätzen; man sollte die wichtigen lokalen "Stakeholdern" identifiziert haben; andere Punkte für die Ermittlung der Bereitschaft des Standortes sind auch identifiziert.

Meilenstein vier ist *‘Analysieren und Bearbeiten von lokalen Readiness-Themen, oder einen Plan für die Bearbeitung der Themen entwickeln’*. Hier werden drei Benchmarks unterschieden: die noch ausstehenden Readiness-Themen sind analysiert; KO-Kriterien (entscheidend, um vorwärts zu kommen) sind bearbeitet; ein Handlungsplan für die ausstehenden Readiness – Themen ist entwickelt.

Letzter und fünfter Meilenstein in Phase 1 ist *‘Der Standort ist bereit zur Phase 2 überzugehen: Organisieren, Einführen und Einbeziehen’*: hier geht es um die Entwicklung eines Plans, um zu Phase 2 (Organisieren, Einführen, Einbeziehen) überzugehen; und das identifizieren und sichern der Ressourcen, die für Phase 2 gebraucht werden. Insgesamt können die Kommunen hier maximal 120 Punkten bekommen. In der Grafik sehen wir, dass das Gesamtergebnis der fünf Kommunen 105,1 (SE: 3,6) war.

Phase 2 (Organisieren, Einführen, Einbeziehen) besteht aus vier Meilensteinen. Der erste Meilenstein hier ist *‘Einbeziehen lokaler Schlüsselpersonen (organisatorisch und informell)’* und beinhaltet die Benchmarks: Abhalten einer Orientierungsveranstaltung für lokale Schlüsselpersonen / für die Lenkungsgruppe; formale Zusagen zur Teilnahme durch lokale Schlüsselpersonen liegen vor; Herausstellen der Rolle lokaler Schlüsselpersonen; Aufbau einer Lenkungsgruppe (Kerngruppe der lokalen Schlüsselpersonen); Entwicklung eines Plans

für die Kommunikation zwischen der Lenkungsgruppe und dem Gebietsteam; Beteiligung der lokalen Schlüsselpersonen an der Auswahl potenzieller Mitglieder des Gebietsteams; notwendige Zusagen zur Kooperationen wurden von relevanten lokalen Akteuren oder Interessengruppen erhalten.

Der zweite Meilenstein ist hier 'Aufbau eines Gebietsteams, das die Beurteilung, Auswahl Implementierung und Evaluation getesteter und effektiver Programme, Projekte oder Methoden ermöglicht'. Die Benchmarks sind: Identifizieren potenzieller Mitglieder des Gebietsteams und Rekrutierung einer heterogenen und repräsentativen Gruppe (bzw. Identifizierung einer bestehenden Gruppe); Abhalten des Orientierungstrainings für das Gebietsteam; Sicherstellen, dass die Mitglieder des Gebietsteams ihre Aufgabe, Rolle und Verantwortung verstanden haben; Etablieren einer organisatorischen Struktur des Gebietsteams (inklusive Führungsrollen und Arbeitsgruppenstrukturen); Definieren formaler Kommunikationsstrukturen zwischen Koordination, Gebietsteam und Lenkungsgruppe; einen Plan für die Arbeit des Gebietsteams über alle Phasen des CTC-Prozesses erstellen; Sicherstellen der Zustimmung zum Handlungsplan und der Zeitleiste für die Umsetzung durch die lokalen Akteure und Interessengruppen; Entwicklung einer Dokumentationsroutine für den gesamten Communities That Care – Prozess.

Die dritte Meilenstein in dieser Phase ist '*Aufklärung und Einbeziehung der Öffentlichkeit in den Communities That Care Prozess*': Entwicklung einer Zukunftsvision mit Bezug auf die Lenkungsgruppe, das Gebietsteam und die lokale Öffentlichkeit; kommunizieren der Vision mit der gesamten lokalen Öffentlichkeit; die lokale Öffentlichkeit über den Communities That Care Prozess informieren; Schaffen einer Möglichkeit zur dauerhaften Partizipation für interessierte Mitglieder in der lokalen Öffentlichkeit; Erstellen eines Planes über die Einbindung der lokalen Jugend; Sicherstellen, dass ein dauerhafter Kontakt des Gebietsteams mit der lokalen Öffentlichkeit gewährleistet ist; Entwickeln von Orientierungshilfen und -mechanismen für eventuell neu einsteigende Mitglieder im Gebietsteam oder in der Lenkungsgruppe.

Die vierte und letzte Meilenstein in der zweiten Phase ist '*Der Standort ist bereit zu Phase drei überzugehen: Entwicklung eines Gebietsprofils*': Entwickeln eines Handlungs- und

Zeitplanes für Phase Drei (Entwicklung eines Gebietsprofils); Identifizieren und sichern der Ressourcen, die für Phase Drei gebraucht werden.

In Phase 3 geht es um die Entwicklung eines Gebietsprofils. Zunächst ist es wichtig, dass *das Gebietsteam zu einer auf Daten basierenden Einschätzung der notwendigen Priorisierung fähig ist*: Das Team richtet eine Arbeitsgruppe zur „Datensammlung und -Bewertung ein“, welche die Datensammlung und –Analyse durchführt. Das Team oder die Arbeitsgruppe bekommt ein Training zur Risikoanalyse. Es soll sichergestellt werden, dass die Mitglieder der Arbeitsgruppe ausreichende Fähigkeiten und Fachkompetenzen besitzen. Ein Handlungs- und Zeitplan für die Datensammlung und –analyse wird entwickelt und Ressourcen für den Untersuchungsprozess werden identifiziert und sichergestellt.

Danach geht es beim zweiten Meilenstein in Phase 3 um *die Sammlung der Standortdaten und Vorbereitung zur Priorisierung der Ergebnisse*. Die Durchführung der CTC - Schülerbefragung soll sichergestellt werden. Andere existierende Daten werden gesammelt, die ergänzend notwendig sind, um die Ergebnisse der CTC - Schülerbefragung einordnen und bewerten zu können. Die Communities That Care Schülerbefragung wird vorbereitet und bereits existierende Daten werden zur Priorisierung von Handlungsfeldern ausgewählt.

Beim nächsten Meilenstein geht es um *die Priorisierung bestimmter sozialer Gruppen oder geographischer Gebiete, in denen präventive Maßnahmen ergriffen werden sollen, basierend auf den Risiko- und Schutzfaktordaten*. Bestimmte Gruppen oder Teilpopulationen mit einem hohen Grad an Risikofaktoren werden identifiziert. Die Priorisierung der Faktoren findet auf der Basis der Ergebnisse für das ganze Stadtgebiet statt.

Identifizierung vorrangiger Risiko- und Schutzfaktoren ist der nächste Meilenstein in dieser dritten Phase. Vorrangige Risiko- und Schutzfaktoren werden herausgearbeitet. Die Lenkungsgruppe wird über die Ergebnisse der Gebietsuntersuchung informiert. Die Lenkungsgruppe fasst einen Beschluss über die Priorisierung.

Die letzte Meilenstein in dieser Phase ist die Frage ob *Der Standort bereit ist, um zu Phase Vier überzugehen: Erstellen eines Aktionsplanes*. Ein Handlungs- und Zeitplan für

Phase Vier muss erstellt sein und die für Phase Vier notwendigen Ressourcen müssen identifiziert und sichergestellt sein.

Die Meilensteine und Benchmarks für Phase 4 und 5 werden hier nicht vorgestellt, da Ergebnisse aus den Standorten hierfür nicht vollständig vorliegen (s.o.).

Das Instrument wurde in den USA entwickelt und es wurde auch in den Niederlanden eingesetzt worden (Hawkins et al., 2002; Quinby et al., 2008; Jonkman et al., 2008). Wir haben das Instrument ins Deutsche übersetzt und erst einmal unter zwei Personen ausprobiert. Undeutlichkeiten wurden angepasst und das Instrument konnte weiter eingesetzt werden. Die lokalen Koordinatoren und ein Trainer auf Landesebene füllten die Ergebnisse ein. Die Resultate sind in Excel importiert und dann in Stata 13.1 übertragen worden (StataCorp, 2013). Eine Syntax wurde erstellt, um die Resultate kohärent analysieren zu können. Die Ergebnisse sind für die zwei Messungen insgesamt bearbeitet und für jede Kommune individuell.

ERGEBNISSE

Gesamtergebnisse und Herausforderungen

In **Tabelle 3.1.** sehen wir die Gesamtergebnisse bei den Meilensteinen in der ersten und der zweiten Messung. Für Phase 1 konnten die Standorte jeweils insgesamt 120 Punkte bekommen. Bei den ersten Messung erreichten Sie 105,1 (SE=3,6). Bei der zweiten Messung war das Ergebnis 108,7 (SE=2,49). Wir sehen, dass sowohl das Ergebnis von Phase 1 als auch das Ergebnis von Phase 2 bei der zweiten Messung höher ausfällt. In Phase 1 sehen wir, dass die Reichweite der Prävention besser beurteilt wird. In Phase 2 gilt das ebenso für das Einbeziehen der Schlüsselpersonen und des Gebietsteams. Phase 3 ist nur bei der zweiten Messung bewertet worden.

Tabelle 3.1. Gesamtergebnisse Meilensteine erste und zweite Messung

Variabl	Items	Overall Sc	SE	Overall Score	SE	
One	Phase 1 Gesamtergebnis	105,1	3,6	108,7	2,49	120
1.1	Organisationsstrukturen schaffen um mit CtC anfangen zu kön	34,1	0,8	34,9	0,46	36
1.2	Reichweite der Präventionsstruktur festlegen	25,7	1,44	27,6	0,9	32
1.3	Bereitschaft des Standortes ermitteln	28,2	0,78	28,6	0,72	32
1.4	Analysieren/Bearbeiten	10	0,71	9,9	0,53	12
1.5	Standort bereit nach Phase 2 überzugehen	7,1	0,35	7,7	0,21	8
Two	Phase 2 Gesamtergebnis	75	4,34	76,5	2,67	92
2.1	Einbeziehen lokale Schlüsselpersonen	25,9	1,42	27,4	0,43	28
2.2	Aufbau des Gebietteams	28	1,4	29,9	1,17	32
2.3	Aufklären/Einbeziehen der Öffentlichkeit	14,5	1,51	12,6	1,21	24
2.4	Standort bereit nach Phase 3 überzugehen	6,6	0,58	6,8	0,57	8
Three	Phase 3 Gesamtergebnis			79,6	3,09	92
3.1	Gebietsteam ist zu einer Gebietsanalyse befähigt			18,3	0,52	20
3.2	Sammlung der Standortdaten und Vorbereitung Priorisierung			11,6	0,27	12
3.3	Priorisierung sozialer Gruppen/geografische Gebiete			7,3	0,3	8
3.4	Identifizierung vorrangiger Risiko- und Schutzfaktoren			16	0	16
3,5	Durchführung Resourcebewertung und Analyse			22,4	1,61	28
3,6	Standort bereit nach Phase 4 überzugehen			4,6	6,93	8

Zugleich haben wir die Teilnehmer auch in beiden Messungen über die bestehenden Herausforderungen befragt (**Tabelle 3.2**). Hier sehen wir, dass auch die Schwierigkeiten durch die Teilnehmer bei der zweiten Messung höher eingeschätzt wurden. Ist es so, wenn man länger mit CTC arbeitet, dass man nicht nur die Phasen besser durchläuft, sondern dass man auch mehr die Mühen entdeckt?

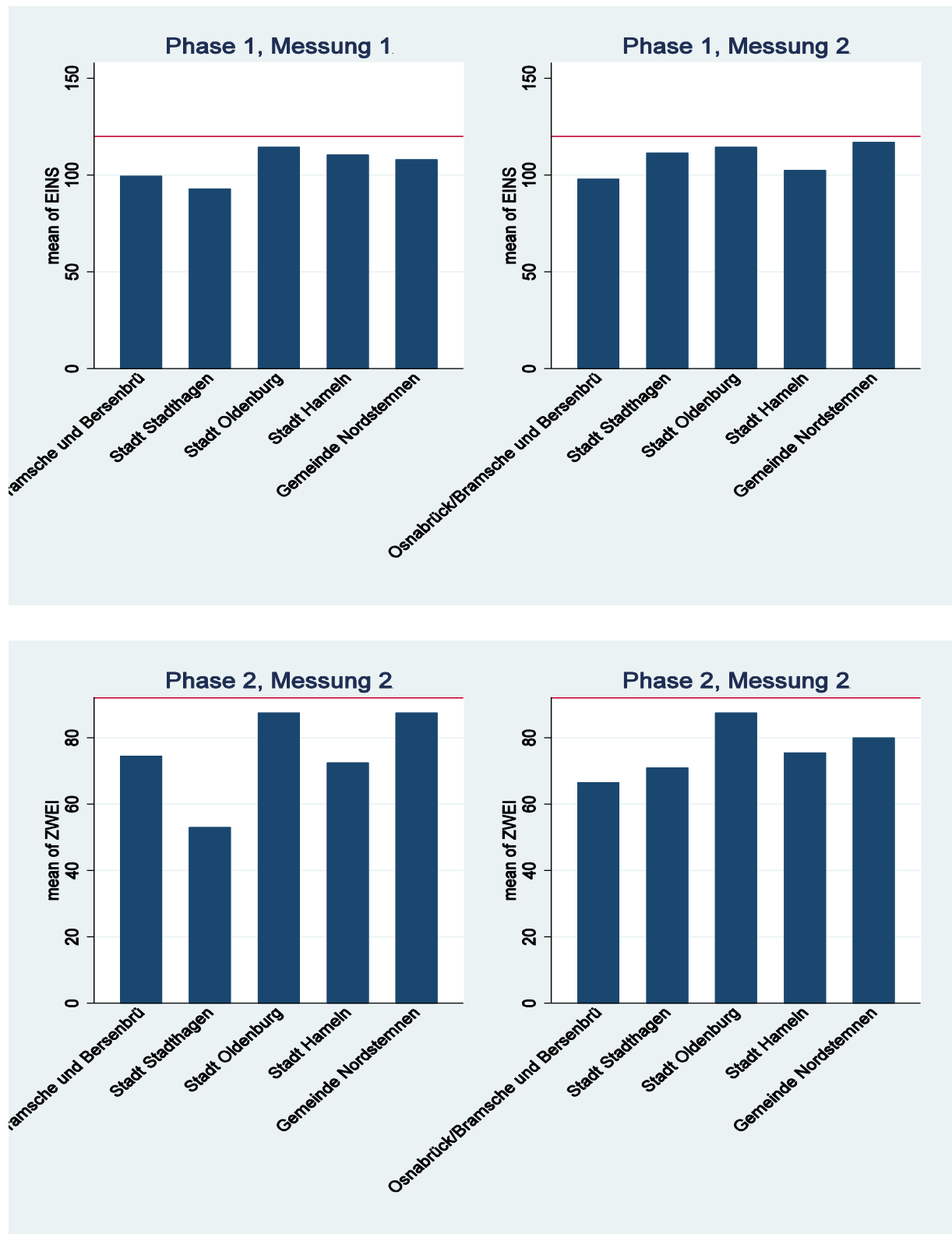
Tabelle 3.2. Gesamtergebnis Herausforderungen erste und zweite Messung

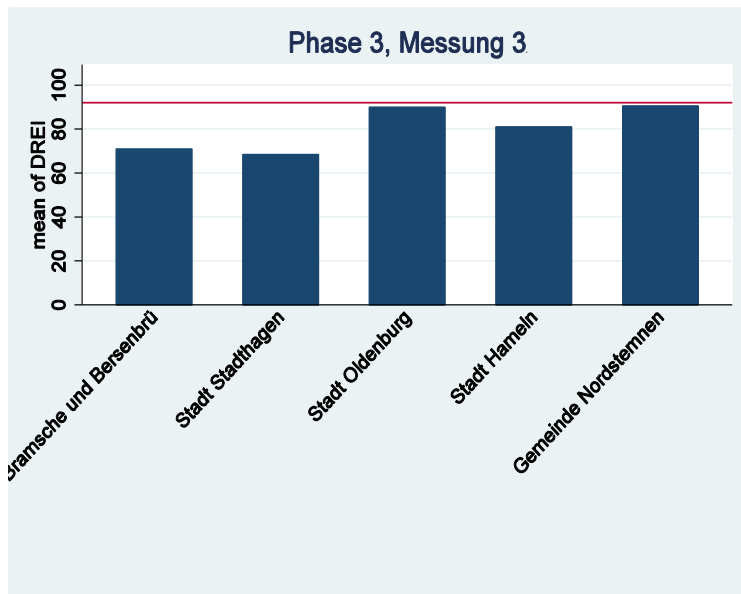
Phases		Erste Messung		Zweite Messung		
Variab Items		Overall Sc	SE	Overall Sc	SE	Total
One	Phase 1 Gesamtergebnis	53,6	3,15	59,8	6,9	120
1.1	Organisationsstrukturen schaffen um mit CtC anfangen zu kö	14,1	0,95	14	1,18	36
1.2	Reichweite der Präventionsstruktur festlegen	15	1,01	15,7	1,69	32
1.3	Bereitschaft des Standortes ermitteln	15,3	0,9	16	1,27	32
1.4	Analysieren/Bearbeiten	5,6	0,67	6,5	0,65	12
1.5	Standort bereit nach Phase 2 überzugehen	3,6	0,45	3,7	0,7	8
Two	Phase 2 Gesamtergebnis	41,1	2,67	45,6	3,03	92
2.1	Einbeziehen lokale Schlüsselpersonen	11,4	1,01	11,6	0,64	28
2.2	Aufbau des Gebietteams	13,8	1,33	12,7	1,97	32
2.3	Aufklären/Einbeziehen der Öffentlichkeit	12,8	0,71	15,2	1,03	24
2.4	Standort bereit nach Phase 3 überzugehen	3,1	0,23	4,7	0,54	8
Three	Phase 3 Gesamtergebnis			51,7	5,52	92
3.1	Gebietsteam ist zu einer Gebietsanalyse befähigt			9,6	0,75	20
3.2	Sammlung der Standortdaten und Vorbereitung Priorisierung			5,8	0,49	12
3.3	Priorisierung sozialer Gruppen/geografische Gebiete			4,8	0,39	8
3.4	Identifizierung vorrangiger Risiko- und Schutzfaktoren			7,2	0,83	16
3,5	Durchführung Resourcebewertung und Analyse			15,3	1,34	28
3,6	Standort bereit nach Phase 4 überzugehen			4,5	0,75	8

Ergebnisse der Standorte

Neben den Gesamtergebnissen haben wir auch die Ergebnisse der fünf Standorte bei der Erreichung der Meilensteine analysiert. Wir sehen, dass der LK Osnabrück (Bramsche/Bersenbrück) und Stadthagen hier die niedrigsten Werte haben und dass Oldenburg und Nordstemmen in der ersten Phase die höchsten Werte haben (siehe **Abbildung 3.1**). Dieses Bild setzt sich auch für die zweite und dritte Phase fort.

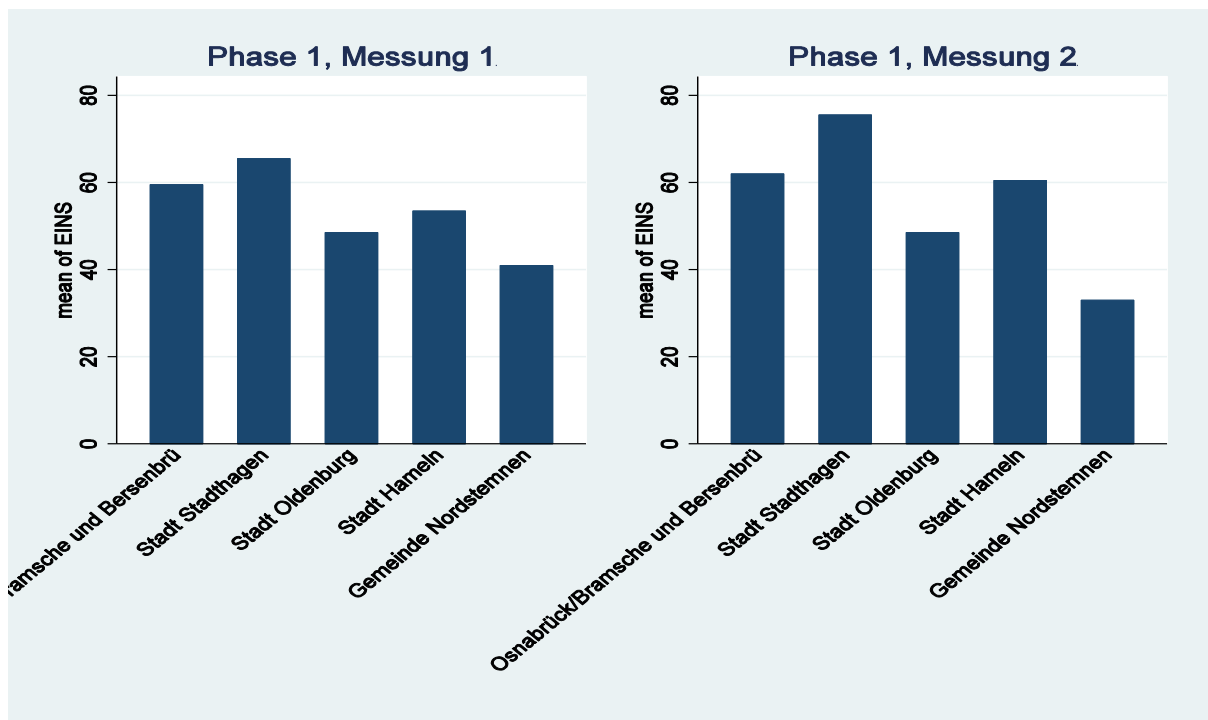
Abbildung 3.1. Phasen Meilensteine Kommunen: erste und zweite Messung

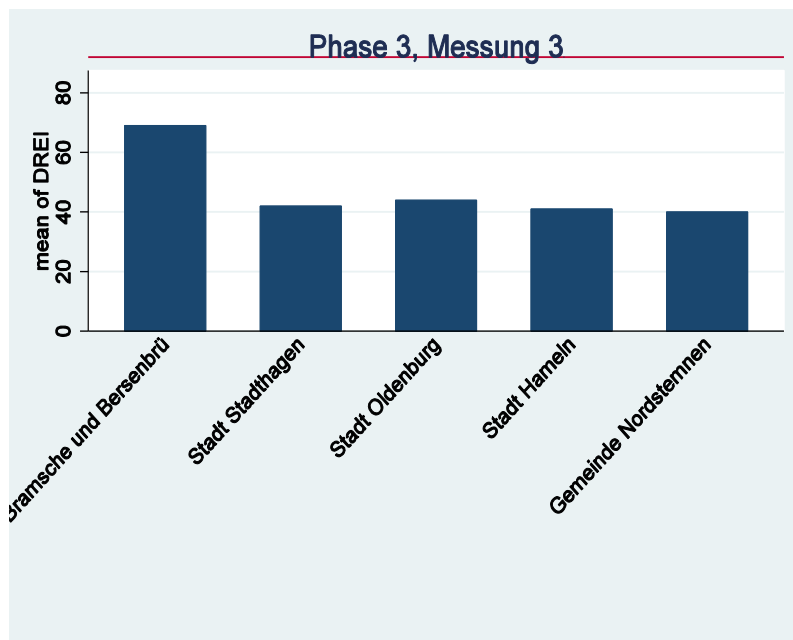
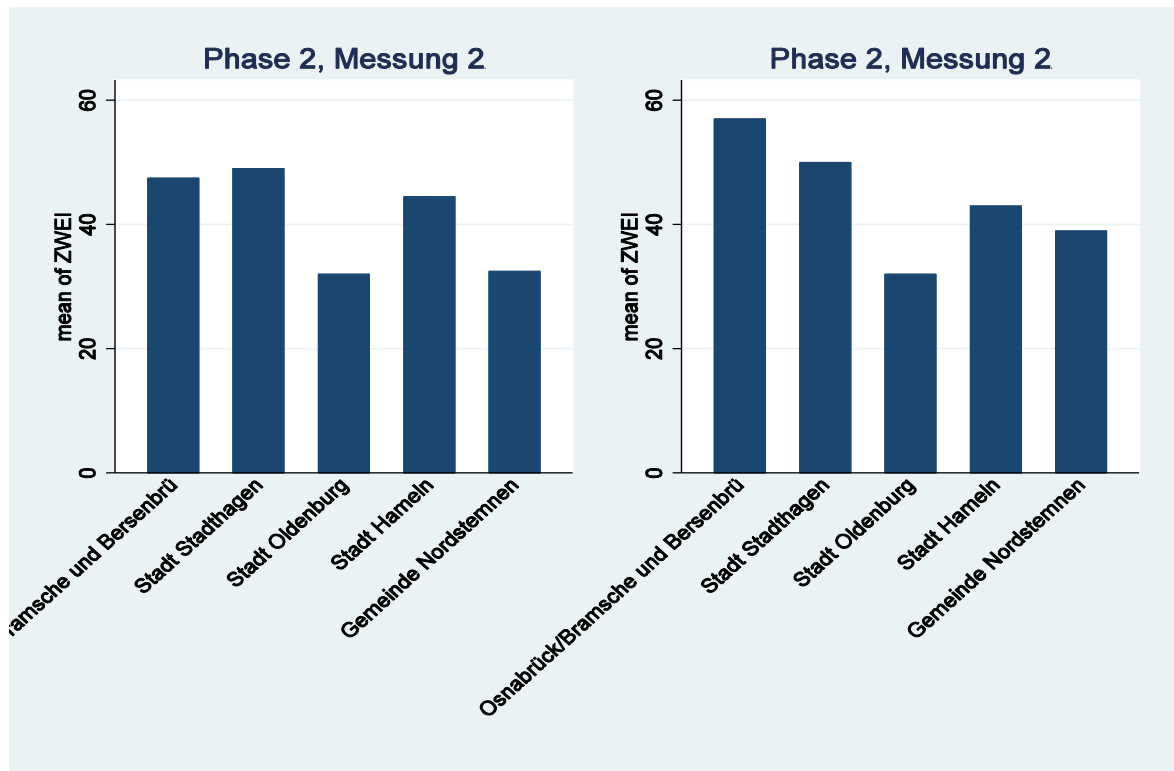




Die Ergebnisse bei den Herausforderungen sieht man in **Abbildung 3.2**. Die Ergebnisse für die Herausforderungen sind vergleichbar mit den Ergebnissen für die Meilensteine. Im LK Osnabrück und in Stadthagen sieht man die höchsten Herausforderungen und in Oldenburg und Nordstemmen die wenigsten.

Abbildungen 3.2. Phasen Herausforderungen erste und zweite Messung

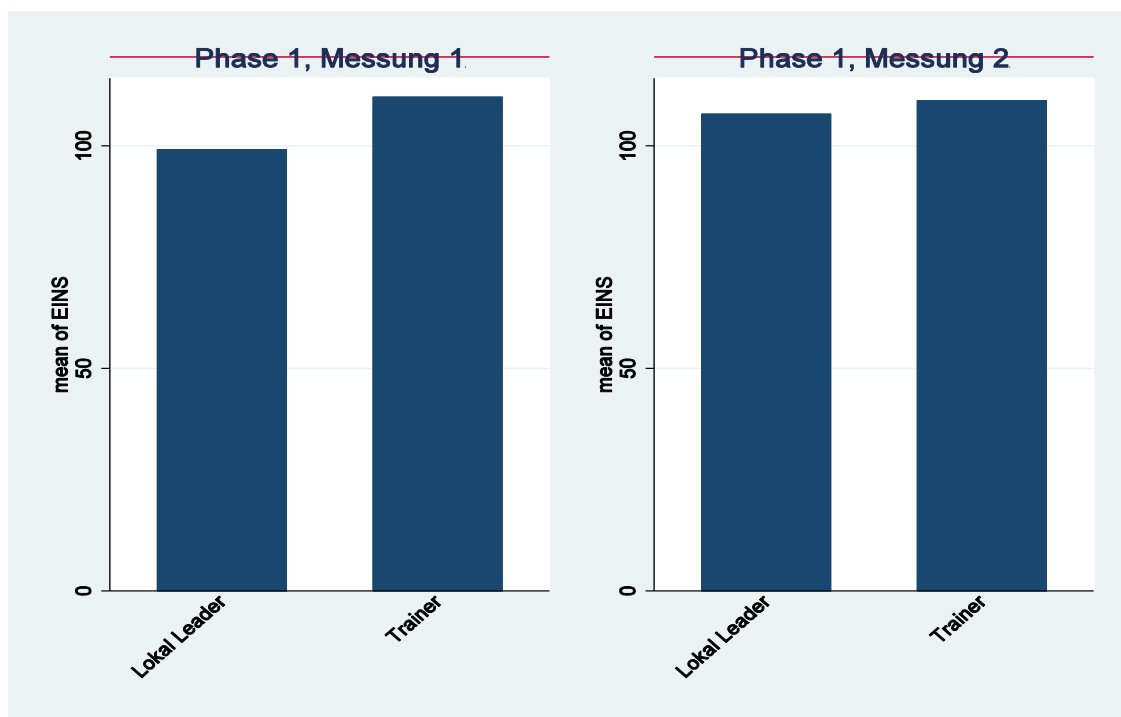


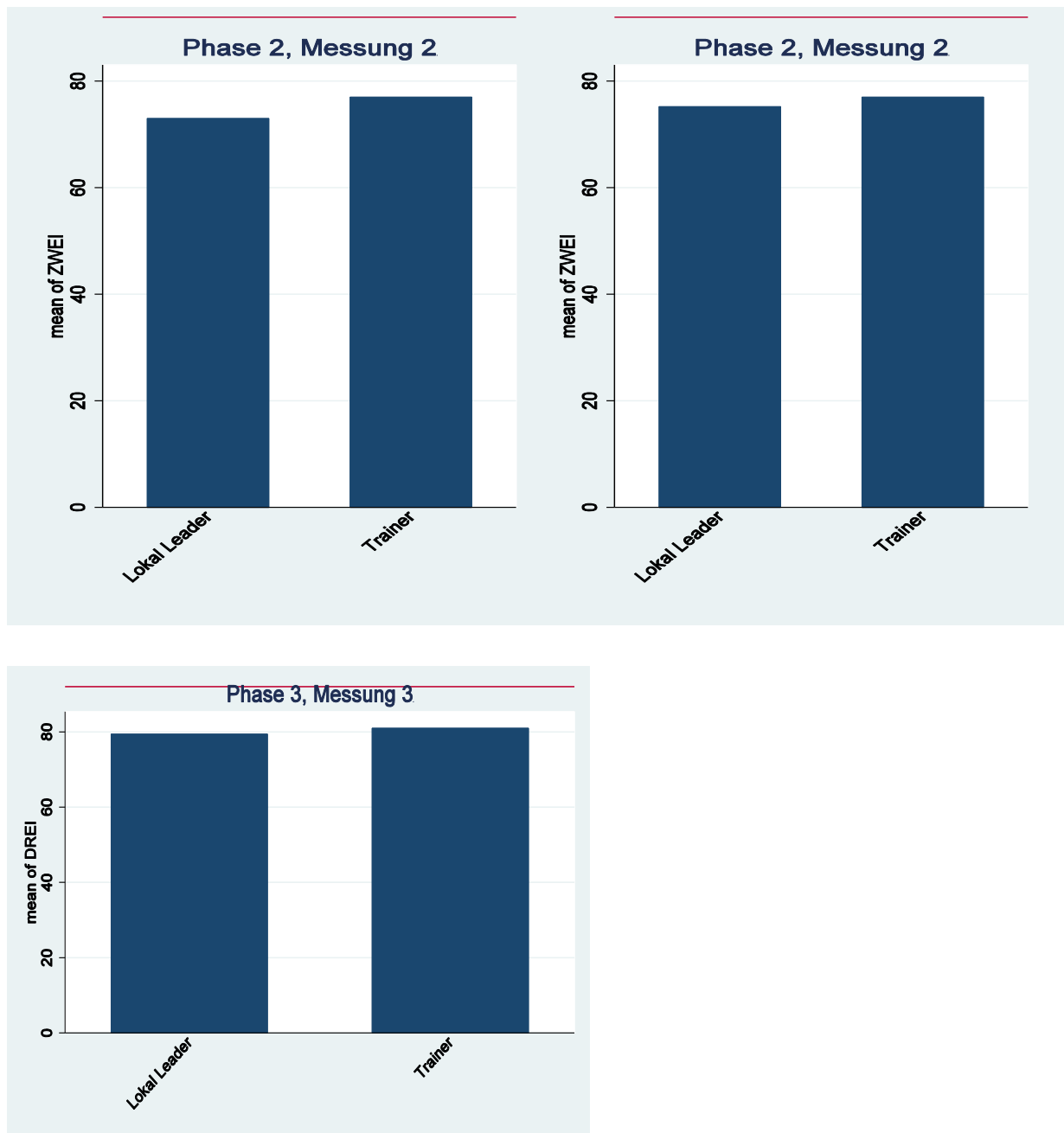


Trainer und Projekt-Koordinatoren

Nicht nur die Kommunen haben wir miteinander verglichen, sondern auch die Bewertungen durch die Trainer und die lokalen Projektkoordinatoren. In Abbildung 3.3. sehen wir, dass in den drei Phasen die Trainereinschätzungen ein wenig optimistischer bei den Ergebnissen sind als die Einschätzungen der Koordinatoren.

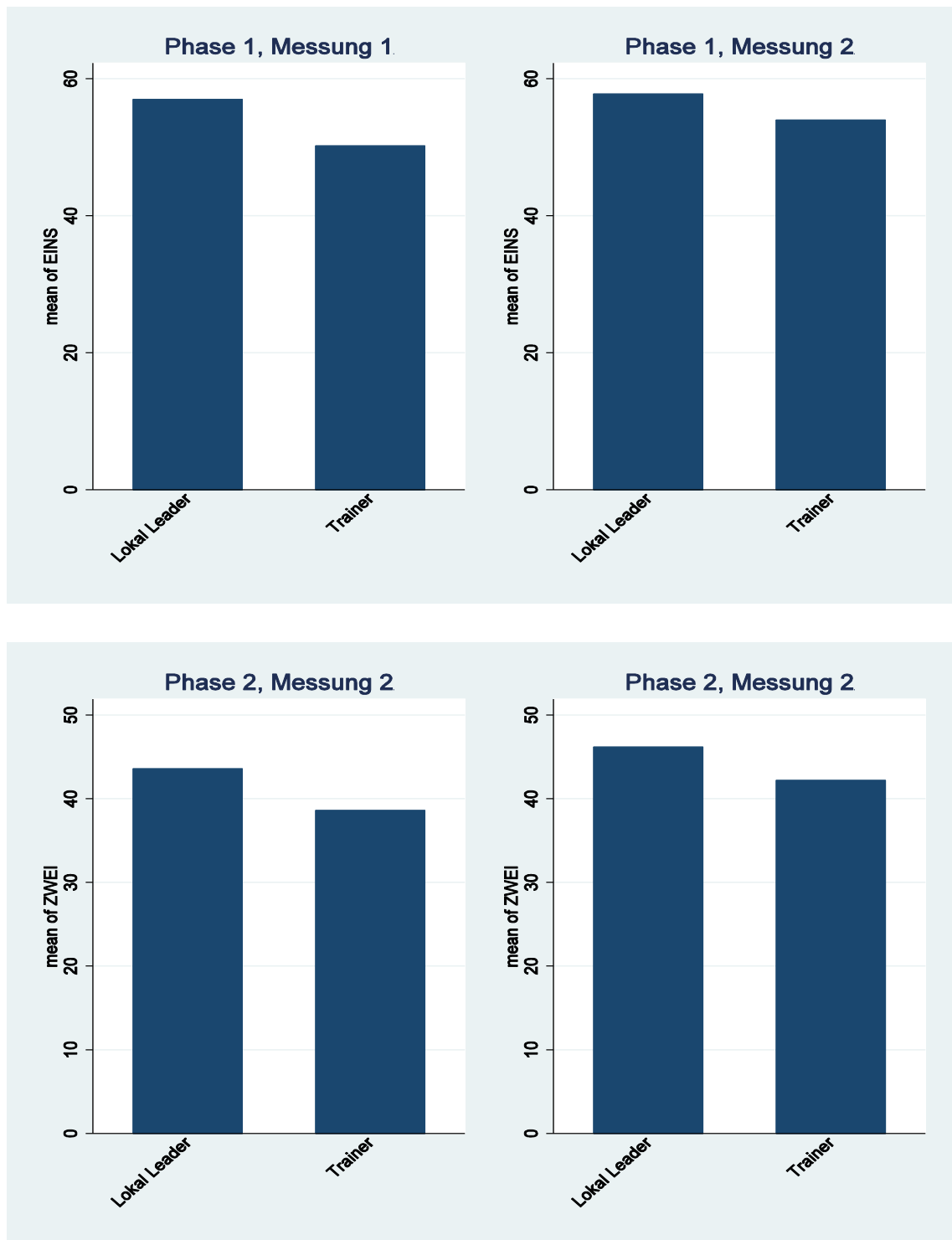
Abbildung 3.3. Phasen Meilensteine nach Funktion: erste und zweite Messung

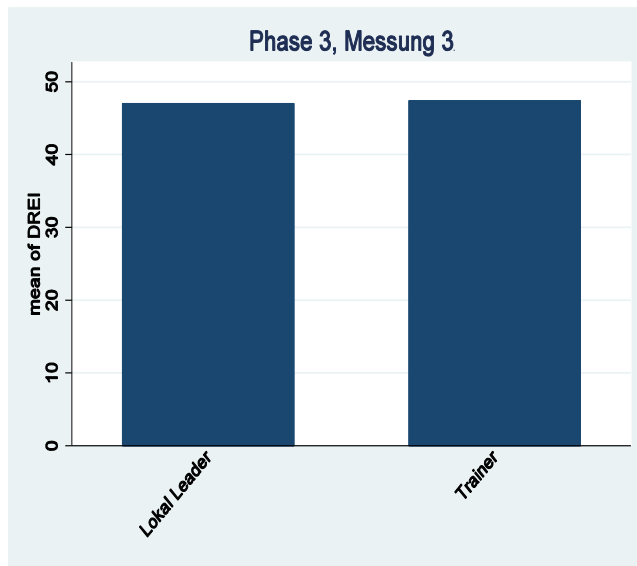




Die Herausforderungen werden seitens des Trainers auch als ein wenig leichter eingeschätzt als durch die lokalen Projektkoordinatoren (**Abbildung 3.4**).

Abbildung 3.4. Phasen Herausforderungen nach Funktion: erste und zweite Messung





Internationaler Vergleich

Tabelle 3.3 Vergleich USA, Niederlande und USA

Phase	US	NL	Germany	US	NL	Germany
	Implemen- tation Score (1=hohe Implemen- tation)	Implemen- tation Score (1=hohe Implemen- tation)	Implemen- tation Score (1=hohe Implemen- tation)	Herausfor- derung Score (1=hohe Heraus- forderung)	Herausfor- derung Score (1=hohe Heraus- forderung)	Herausfor- derung Score (1=hohe Heraus- forderung)
EINS	1.28 (0.18)	1.54 (0.26)	1.10 (0.02)	3.16 (0.55)	2.25 (0.37)	1.84 (0.50)
ZWEI	1.20 (0.22)	1.56 (0.27)	1.31 (0.03)	3.31 (0.65)	2.16 (0.36)	2.03 (0.47)
DREI	1.06 (0.11)	1.55 (0.47)	1.29 (0.04)	3.71 (0.44)	2.37 (0.51)	2.04 (0.50)

Die Daten des internationalen Vergleichs mit den etwas älteren Ergebnissen aus den USA und den Niederlanden zeigen uns hohe Implementationsergebnisse aus allen Ländern. Die erste Phase ist in Deutschland am besten. In Phase Zwei und Drei zeigen die Amerikaner höhere Werte. Die Herausforderungen werden in Deutschland höher als in USA und den Niederlanden eingeschätzt.

4. Effektive lokale Zusammenarbeit. Ergebnisse der Gebietsteam-Befragung.

EINLEITUNG

Problemverhalten – wie antisoziales Verhalten, Delinquenz und Drogenmissbrauch- bei Kindern, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen stellen eine enorme Belastung dar - für die Jugendlichen selbst, ihre Familien, ihre Umgebung und die Gesellschaft insgesamt. Bei bis zu 20 Prozent der jungen Menschen lässt sich irgendwann eine Verhaltensstörung feststellen. Potentielle Verhaltensstörungen zeigen sich oft schon in jungen Jahren und Eltern machen sich oftmals schon längere Zeit Sorgen um ihre Kinder. Die Kosten für die Gesellschaft sind nicht nur hoch für die Systeme der seelischen Gesundheit, bzw. der psychosozialen Versorgung, sondern auch für andere Bereiche wie Bildung, Justiz und körperliche Gesundheit. Der frühe Anfang von Problemverhalten hat auch Einfluss auf die Entwicklung späterer Probleme, wie geringere Schulleistungen, höhere Belastungen des Jugendhilfswesen und höhere Beanspruchung des Jugendstrafrechtssystem (Jonkman, 2012; IOM, 2009).

Aber wir wissen heutzutage auch viel mehr über diese Probleme. Wir sind in der Lage die Faktoren identifizieren, die zu Problemverhalten führen können. Wir wissen auch, dass durch die Anwendung von bestimmten Maßnahmen, Interventionen, Programmen und Strategien wir Risiken eliminieren und Stärken fördern können. Es ist auch deutlich, dass es möglich ist, das Auftreten von Problemverhalten präventiv zu verhindern und einen positiven Effekt auszuüben auf das Leben von jungen Menschen. Was effektive Prävention und Gesundheitsbeförderung ist, kann deutlicher definiert werden. Eine der Grundlagen dafür besteht in aufeinander abgestimmten Systemen auf Gemeindeebene, um junge Menschen in ihrer Entwicklung zu unterstützen (IOM, 2009). Die gesunde Entwicklung von Jugendlichen liegt in der Verantwortlichkeit von verschiedenen Parteien, die zu diesem Zweck zusammenarbeiten und ihre Arbeit dabei abstimmen müssen, wie z.B. das Gesundheits- und Bildungswesen, sowie verschiedene lokale Akteure.

Diese Einsicht hat auch das Interesse daran gefördert, vermehrt über Interventionen in lokalen Gemeinschaften nachzudenken. Bedeutsam wird hier die Frage, wie wir die Präventionsziele auf der Ebene einer ganzen (Sub)Population erreichen können. Aber es stellt sich auch die Frage, wie wirkungsvolle Eingriffe auf der Ebene ganzer Gemeinschaften gestartet werden können. Kommunale Interventionen sind hier gemeint, wie auch verschiedene Methoden, ganze lokale Gemeinschaften zu mobilisieren (Wandersman & Florin, 2003). Dabei wissen wir, dass präventive Intervention an besten wirken, wenn sie an Risikofaktoren ansetzen, die die Wahrscheinlichkeit von Problemverhalten vergrößern oder an Schutzfaktoren, die die gesunde Entwicklung befördern (Hawkins et al, 2008). Aber viele Interventionen, die in einer lokalen Gemeinschaft eingesetzt werden, greifen dabei nur einzelne Faktoren an in einem spezifischen Kontext, z.B. nur in der Familie oder in der Schule. Es ist aber bekannt, dass in der Entwicklung von Jugendlichen mehrere Kontexte eine Rolle spielen und Einfluss ausüben. Dabei ist auch klar geworden, dass es nicht nur eine Art und Weise gibt, wie vorgegangen werden muss in verschiedenen Kommunen. Die Art und Weise der Arbeit hängt auch vom jeweiligen Profil der Kommune ab. Zweckdienliche kommunale Interventionen hängen ab von der Zusammenarbeit lokaler Gruppen, meisten von Personen mit sehr verschiedenen Hintergründen, die mit Jugendlichen arbeiten. Was wir weiter wissen, ist, dass Wirkungen auf der kommunalen Ebene zusammenhängen mit (Fagan et al., 2011; Hallfors et al, 2002):

- deutlich definierten, fokussierten und erreichbaren Zielen;
- einer adäquater Zeitplanung;
- Entscheidungen, die gefällt werden auf der Basis von empirischen Daten darüber, was sich ändern muss und auf der Basis von Nachweisen („Evidence“) aus wissenschaftlich validierten Studien;
- der Einführung von getesteten, effektiven Politikstrategien, Programmen und Interventionen;
- dem Monitoring der Aktivitäten und Ergebnisse

Communities That Care ist ein „Präventions-System“ (Hawkins et al., 2008; Hawkins & Catalano, 1992) das auf diesen Gedanken basiert. Evaluationen haben gezeigt, dass

Kommunen und lokale Akteursbündnisse mit proaktivem Training und Begleitung darin unterstützt werden können, deutliche Ziele und Richtlinien zu entwickeln und effektive Interventionen einzuführen, bei denen wir wissen, dass sie positive Resultaten zeigen. Z.B. weil wissenschaftliche Nachweise vorliegen, dass sie in der Lage sind, Alkohol- und Drogengebrauch als auch antisoziales Verhalten und Delinquenz zu verringern. Die Ergebnisse der CTC-Evaluation aus Pennsylvania legen auch nahe, dass der Effekt von CTC zusammenhängt mit der Anwendung von effektiven Programmen, hinreichender „technischer Unterstützung“ (direkter Beratung) und „fidelity“ der Implementation (vgl. Feinberg et. al., 2011).

Koalitionen von lokalen Akteuren werden mit CTC verschieden aufgebaut, aber es wird eine definierte Rahmenstrategie angewendet. Die Vorgehensweisen variieren, weil jede Kommune ihr eigenes Profil und ihre eigene Charakteristik hat. Aber das angewendete System ist immer wieder vergleichbar, weil es mit Trainings, speziellen Werkzeugen und technischer Unterstützung arbeitet; weil spezielle epidemiologische Daten und effektive Programme verwendet werden, und weil die Aktivitäten und Resultate laufend beobachtet und überprüft werden (Jonkman et al., 2008).

Communities That Care stellt eine feste Struktur vor, wie lokale Organisationen zusammenarbeiten können. Einen wichtigen Platz in dieser Struktur hat das „Gebietsteam“ (oder auch „Sozialraumteam“ oder „Präventionsteam“ in anderen Ländern). Das Gebietsteam führt die CTC-Arbeit im lokalen Kontext aus. Im Gebietsteam sitzen Vertreter von verschiedenen Einrichtungen, die lokale Programme und Projekte umsetzen und die in die Kinder- und Jugendarbeit einbezogen sind. Dieses Team analysiert das kommunale Profil; priorisiert die Risiko- und Schutzfaktoren; stellt den Aktionsplan auf; führt den Plan aus und sieht, ob jeder seiner Verantwortlichkeit nachkommt; und führt Evaluationen der Umsetzung durch. Das Gebietsteam hat einen Sprecher oder einen Vorsitzenden. Eine lokale Projektkoordination arbeitet mit dem Team zusammen und unterstützt es bei seiner Arbeit. Wichtig für positive Ergebnisse ist die gute Abstimmung der Arbeit mit den Schlüsselpersonen („Keyleaders“) in der Lenkungsgruppe. Das Team trifft sich regelmäßig, um die Arbeit miteinander durchzuführen.

Es ist wichtig zu wissen, was die Zusammenarbeit effektiv macht und wie man in den letzten zwei Jahren in den fünf untersuchten Kommunen hierzu gearbeitet hat. In diesem Teil der Evaluation gehen wir auf das Funktionieren des Gebietsteams ein. Wir untersuchen, wie man vor Ort zusammenarbeitet hat und ob der Koalitionsaufbau effektiv war. Wir haben hier die fünf Gebietsteams in den fünf CTC - Standorten befragt: Landkreis Osnabrück (Bramsche/Bersenbrück), Stadt Stadthagen, Stadt Oldenburg, Stadt Hameln und die Gemeinde Nordstemmen

METHODE

Teilnehmer

Wir haben zweimal alle Teilnehmer der jeweiligen Gebietsteams zu einer Befragung eingeladen. Das erste Mal haben wir im Dezember 2013 insgesamt 31 Teilnehmer befragt. Acht aus dem Landkreis Osnabrück (Bramsche/Bersenbrück), vier aus Stadthagen, neun aus Oldenburg, vier aus Hameln und sechs aus Nordstemmen. Das zweite Mal haben wir die Teilnehmer im Oktober 2014 eingeladen und dieselben Fragen vorgelegt. Diesmal war die Gruppe kleiner (18 Teilnehmer). Teilgenommen haben aus dem Landkreis Osnabrück sechs, aus Stadthagen zwei, aus Stadt Oldenburg vier, aus Hameln drei und aus der Gemeinde Nordstemmen auch drei Personen. Die meisten Befragten wohnen auch in der jeweiligen Kommune (67% das erste Mal und 72,2% das zweite Mal). Die meisten arbeiten schon längere Zeit in der Kommune (mehr als 10 Jahre). Der Ausbildungshintergrund besteht in einem Fachhochschulabschluss (1. 41,4%, 2. 52,9%), einer universitären Ausbildung (37,9% und 29,4%), Berufsausbildung (13,8%, bzw. 11,8%), Abitur (3,5%, -) und Realschule (3,5% und 5,9%). Die meisten Befragten sind auch im lokalen Präventionsrat aktiv.

Instrument

Das Instrument (Community Board Interview) wurde in den USA entwickelt (Quinby et al., 2008; Fagan et al., 2008) und ist auch in Holland eingesetzt worden (Steketee et al., 2012, 2013; Jonkman et al., 2008). Mit dem Instrument wird die Arbeit in der lokalen Präventionskoalition beleuchtet. Es handelt sich um einen Fragebogen mit 71 Fragen, die

entweder telefonisch oder schriftlich beantwortet werden. Wir haben uns bei der Evaluation der fünf Förderstandorte für ein Online-Verfahren entschieden. Die Mitglieder der Gebietsteams erhielten über ihre lokale Projektkoordination ein Schreiben vom Landespräventionsrat. In dem Schreiben wurde der Hintergrund der Befragung erläutert und die aufzusuchende Internetadresse genannt. Das Interview dauert zwischen 45 Minuten bis zu einer Stunde. Zuerst haben wir die Teilnehmer nach ihrem Hintergrund gefragt: Wo arbeitet man, wo lebt man, wie lange arbeitet man auf der jetzigen Stelle und so weiter. Wie viel Zeit verwendet man für CTC? Auch haben wir nach einigen persönlichen Hintergründen gefragt: ob man in Deutschland aufgewachsen ist und welche Ausbildung man hat. Dann folgen Fragen über verschiedene Aspekte der Koalition des Gebietsteams, zusammengefasst in folgenden Skalen: CTC-Teilnahme, Effekt, Vorteile, Kosten, Kenntnis, Bewertung, Verstehen, Einfach, Kompetenzen, Wie oft, Produktiv, Funktion, Effektive, Effizient, Hindernisse, Spannungen, Leitung, Wechsel, Mitglieder, Gebiet definiert, Einbeziehung, Schule-Unterstützung, Schule Vertretung, Schule-CTC, Rückhalt, Führung, Unterstützung, Hürden, Widerstand, Vorher, Wirkung Programme, Veränderungen, Nützlich, Einfluss, Ziele, Verstetigung, Arbeitsweise, Wahrscheinlichkeit, Schritte, Bewertung, Programme, Wirkung, Koordination, Unterstützung Landespräventionsrat und Technische Unterstützung.

Vierzehn Skalen bestehen aus einer Frage (Item). 25 Skalen bestehen aus 2 bis 15 Fragen (Items). 20 dieser Skalen haben eine Zuverlässigkeit (Cronbach's Alpha) von .60 oder mehr. Bei fünf Skalen ist die Zuverlässigkeit geringer. Einige Fragen konnten in dieser Phase noch nicht gestellt werden (Verstetigung, Arbeitsweise, Wahrscheinlichkeit, Bewertung, Programme, Wirkung), weil man an den Standorten noch nicht so weit war.

Tabelle 4.1. Variablen, Items und Alpha's

Variablen	Items	Cronbach alpha
CTCTEILNAHME (CTC ACTIVITY)	4	.33
EFFEKT (EFFECT)	7	.79
VORTEILE (BENEFITS)	6	.86

KOSTEN (COSTS)	4	.51
KENNTNIS(KNOWLEDGE)	6	.37
BEWERTUNG (ASSESSMENT TRAINING)	2	.31
VERSTEHEN (UNDERSTAND)	1	NA
EINFACH (EASY)	1	NA
KOMPETENZEN (COMPETENCES)	13	.87
WIE OFT TEILNAHME (HOW MANY)	3	.51
PRODUKTIV (PRODUCTIVE)	2	.80
FUNKTION (FUNCTION)	7	.78
EFFECTIV (EFFECTIVE)	1	NA
EFFICIENT (EFFICIENT)	9	.90
HINDERNISSE (BARRIERES)	1	NA
SPANNUNGEN (TENSION)	1	NA
LEITUNG (LEADERSHIP)	10	.83
WECHSELN (TURNOVER)	1	NA
MITGLIEDER (MEMBERSHIP)	3	.69
GEBIET DEFINIERT (AREA DEFINED)	1	NA
EINBEZIEHUNG (INVOLVEMENT)	15	.83
SCHULUNTERSTUTZUNG (SCHSUP)	1	NA
SCHULVERTRETUNG (SCHOFF)	1	NA
SCHULE CTC (SCHCTC)	1	NA
RUCKHALT (COMINVOLVE)	2	.69
FÜHRUNG (CHAMPION)	4	.67
UNTERSTUTZUNG (SUPPORT)	8	.83
HÜRDEN (BARRIERES)	11	.80
WIDERSTAND (OPPOSITION)	1	NA
VORHER(PRIOR)	1	NA
WIRKUNG PROGRAMME (TESTED PROGRAMS)	1	NA
VERÄNDERUNGEN (CHANGED)	4	.76
NÜTZLICH (VALUABLE)	1	NA

EINFLUSS (INFLUENCE)	9	.89
ZIELE (GOALS)	4	.83
VERSTETIGUNG (SUSTAINABILITY)	Noch nicht	Noch nicht
ARBEITSWEISE (FUNKTION)	Noch nicht	Noch nicht
WAHRSCHEINLICHKEIT (CONTINUE)	Noch nicht	Noch nicht
SCHRITTE (STEPS)	4	.71
BEWERTIGUNG	Noch nicht	Noch nicht
PROGRAM (PROGRAM)	Noch nicht	Noch nicht
WIRKUNG ()	Noch nicht	Noch nicht
KOORDINATION (COORDINATION)	8	.84
UNTERSTÜTZUNG LPR (SUPPORT LPR)	2	.70
TECHNISCHE UNTERSTÜTZUNG (TECHNICAL ASSISTANCE)	11	.83

Analyse

Der originale Fragebogen aus den USA wurde zuerst auf Deutsch übersetzt und unter zwei Personen ausprobiert. Der Fragebogen wurde, wo nötig, der Situation in Deutschland angepasst und in eine Online-Version gebracht. Die gesamte Ergebnisse wurden in Excel exportiert und dann in ein statistisches Programm übersetzt (Stata 13.1, StataCorp, 2013). Für die Analyse wurden Syntaxen erstellt. Variablen wurden benannt, Labels zugefügt und wichtige Resultate analysiert. Von den Resultaten wurden auch Grafiken erstellt. Für die weitere Analyse haben wir nur die Skalen mit einem hohen Zuverlässigkeitsintervall (höher als .60) verwendet. Mit einem T-Test haben wir die Resultate der beiden Messungen miteinander verglichen. Weil auch hier die Gruppen der Teilnehmenden ziemlich klein sind haben wir die Effektergebnisse mit ‚Bayescher Statistik‘ (s.o.) untersucht. Wir wissen, dass diese Technik besser funktioniert, wenn die Gruppen klein sind. Simulationstechniken wurden angewandt (Gelman et al., 2014; Kéry, 2010).

ERGEBNISSE

Zusammenarbeit in den Kommunen

Nach nicht ganz einem Jahr Zeit weisen die Ergebnisse von 11 der 17 Skalen eine Verbesserung auf (Effekt, Produktiv, Effizient, Leitung, Unterstützung, Hürden, Veränderungen, Einfluss, Koordination, Unterstützung und Technische Unterstützung). Bei sechs Skalen sehen wir eine Abnahme der Ergebnisse (Vorteile, Kompetenzen, Funktion, Einbeziehung, Ziele und Schritte).

Tabelle 4.2. Ergebnisse erste und zweite Messung

Variable	Items	Alpha	Mittelwert SE		Mittelwert SE	
			Erste		Zweite	
			Messung		Messung	
Effekt	7	.79	3.21	(0.08)	3.32	(0.07)
Vorteile	6	.86	2.65	(0.32)	2.15	(0.13)
Kompetenzen	13	.87	2.67	(0.1)	2.44	(0.11)
Produktiv	2	.80	4.07	(0.16)	4.17	(0.17)
Funktion	7	.78	2.76	(0.05)	2.73	(0.09)
Effizient	9	.90	2.74	(0.05)	2.92	(0.07)
Leitung	10	.83	3.35	(0.01)	3.51	(0.11)
Einbeziehung	15	.83	2.65	(0.09)	2.48	(0.11)
Unterstützung	8	.83	3.22	(0.09)	3.23	(0.11)
Hürden	11	.80	1.67	(0.11)	1.91	(0.15)
Veränderungen	4	.76	3.28	(0.1)	3.71	(0.12)
Einfluss	9	.89	2.55	(0.11)	2.56	(0.09)
Ziele	4	.83	2.11	(0.14)	2.00	(0.15)
Schritte	4	.71	1.31	(0.06)	1.11	(0.05)
Koordination	8	.84	2.75	(0.1)	2.99	(0.12)
Unterstützung	2	.70	3.83	(0.24)	3.86	(0.21)
Technische Unterstützung	11	.83	1.91	(0.11)	1.99	(0.17)

Wenn wir die Unterschiede zwischen Vor- und Nachmessung miteinander mit einem T-Test vergleichen (zweite Messung minus erste Messung, siehe Methode), dann sehen wir, dass der Unterschied für die meisten Variablen nicht bedeutungsvoll ist. Das sehen wir, weil die Null ins CI-Intervall fällt. Das ist der Fall bei den Skalen für Effekt, Vorteile, Kompetenzen, Produktiv, Funktion, Leitung, Einbeziehung, Unterstützung, Einfluss, Ziele, Koordination und Technische Unterstützung. Die Variablen Effizienz, Hürden, Veränderung haben bei der zweiten Messung positive Resultate. Aber die Variablen Schritte und Unterstützung haben negative Resultate. Zusammengefasst: es ist nicht deutlich geworden, ob mit CTC die Arbeitsweise in der Koalition des Gebietsteams verbessert wurde. Wir müssen aber berücksichtigen, dass die Zeit zwischen der ersten und der zweiten Messung sehr kurz war (10 Monate).

Tabelle 4.3. zweite minus erste Messung

Variablen	Unterschied Erste und Zweite Messung	SD	Credibility Intervall: 0.025- 0.975
Effekt	0.092	0.108	-0.119/ 0.303
Vorteile	-0.617	0.327	-1.326/ 0.092
Kompetenzen	-0.218	0.161	-0.538/ 0.095
Produktiv	0.281	0.282	-0.267/ 0.847
Funktion	0.031	0.110	-0.194/ 0.252
Effizient	0.219	0.082	0.062/ 0.383
Leitung	0.020	0.136	-0.289/ 0.254

Einbeziehung	0.008	0.144	-0.272/ 0.295
Unterstützung	-0.069	0.136	-0.337/ 0.197
Hürden	0.494	0.214	0.079/ 0.906
Veränderungen	0.329	0.156	0.017/ 0.626
Einfluss	-0.086	0.151	-0.385/ 0.206
Ziele	-0.293	0.200	-0.688/ 0.099
Schritte	-0.198	0.093	-0.380/ -0.018
Koordination	0.242	0.150	-0.044/ 0.533
Unterstützung	-0.760	0.344	-1.446/ -0.084
Technical Assistance	-0.021	0.243	-0.497/ 0.462

Internationaler Vergleich

Wir konnten einen Vergleich von einigen Kernelementen der Arbeitsweise der Gebietsteams in Deutschland mit den Koalitionen in den USA und den Niederlanden durchführen. Die Ergebnissen aus den USA und den Niederlanden sind schon etwas älter (Jonkman et al., 2008). Die Variablen aus Deutschland sieht man in **Tabelle 4.4**. Es geht hier um Kenntnis über CTC (5 Fragen, z.B. „was ist wichtiger: Selbstvertrauen oder Bindung mit Erwachsenen?“); Partizipation („wie sind die Personen involviert in CTC?“), Effizienz (z.B. „die Beteiligten arbeiten gut zusammen“); Einfluss von CTC (z.B. „wie wurde die Qualität der

lokalen Angebote und Programme verbessert“?), Hürden (z.B. „es sind viele Probleme in der Umsetzung vorhanden“); Einbeziehung (z.B. „man arbeitet zusammen, um die Arbeit zu erledigen“) und Zusammenhang („Board Cohesion“, z.B. „jeder ist in Diskussionen einbezogen“).

Tabelle 4.4. Deutsche Variablen

Variablen	Mittelwert	SE	Items	Alpha
Kenntnis	1,63	0.03	5 Fragen	NA
Partizipation	3,41	0.09	4	0.56
Effizienz	2,62	0.06	6	0.92
Einfluss	2,53	0.11	8	0.72
Impact	3,30	0.11	3	0.82
Hürden	1,62	0,1	10	0,75
Einbeziehung	2,62	0,1	12	0,80
Board Cohesion	3,00	0.05	3	0,56

Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den drei Ländern sehen wir in **Tabelle 4.5.**

Tabelle 4.5. Variablen aus USA, Niederlanden und Deutschland miteinander verglichen

Variablen	USA	Niederlande	Deutschland
Kenntniss	3.9	3.4	1.6
Partizipation	2.8	2.2	3.4
Effizienz	3.4	2.8	2.6
Einfluss	2.6	2.7	2.5
Impact	4	3.9	3.3
Hürden	2.1	2	1.6
Einbeziehung	3.3	2.8	2.6
Board cohesion	3.5	2.8	3

Im Allgemeinen sehen wir, dass die Teams in den USA besser funktionieren als in den Niederlanden und Deutschland. Die US-Teams haben bessere Ergebnisse bei Kenntnis, Effizienz, Impact, Hürden, Einbeziehung und Board Cohesion. Deutschland hat ein besseres Ergebnis bei der Partizipation.

5. Zum Schluss

In 2013 und 2014 hatte der Landespräventionsrat Niedersachsen im Rahmen seines Förderprogramms an der „Verbreitung der Methode CTC in Niedersachsen“ in fünf Kommunen gearbeitet: Landkreis Osnabrück, Stadt Stadthagen, Stadt Oldenburg, Stadt Hameln und Gemeinde Nordstemmen. Zugleich hat die LPR eine Evaluation dieser Arbeit in Auftrag gegeben. Der Auftrag umfasste die Anpassung und Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente, die für die Prozessevaluation in den USA und den Niederlanden entwickelt wurden, die Datenerhebung und Datenauswertung.

Durch zielgerichtete Fortbildungen (CTC-Trainings), spezielle Werkzeuge (z.B. CTC-Schülerbefragung) und direkte Unterstützung bei der Einführung der CTC – Strategie sollen lokale Präventionsnetzwerke („Koalitionen“) gestärkt werden. Diese sollen befähigt werden, mit wissenschaftlich fundierten Kenntnissen und Fähigkeiten Einfluss auszuüben auf die Präventionsarbeit in den Kommunen. Wichtig dabei ist die Aneignung („Adoption“) einer wissenschaftlich fundierten Präventionsstrategie: die Kenntnis und Anwendung von Konzepten aus der Präventionswissenschaft, die Verwendung von epidemiologischen Daten, der Einsatz von effektiven Programmen, das Monitoring der Implementation der Programmen und die Evaluation der Auswirkungen auf die Jugendlichen. Es ist von zentraler Bedeutung, dass lokale Schlüsselpersonen sich dieses Denken aneignen und damit arbeiten. Wir haben untersucht, wie die lokalen Schlüsselpersonen über die Präventionsarbeit zu Beginn der Einführung von CTC denken und ca. eineinhalb Jahre später bei der zweiten Messung. Wir sehen im Allgemeinen eine positive Entwicklung bei den erfragten Indikatoren: die Analyse wird mehr und mehr als wichtig erachtet, die neuen Information werden als nützlich für die Arbeit eingeschätzt und die Information werden auch langsam vermehrt mit konkreten Programmen kombiniert. Aber der Zeitraum war zu kurz um alle CTC - Phasen zu untersuchen. Weiterhin ist klar geworden, dass in den Augen der Schlüsselpersonen die lokale Zusammenarbeit im Untersuchungszeitraum verstärkt wurde, die kommunalen Normen gestärkt sind und dass mit der CTC - Strategie die Prävention in den Kommunen ein stärkeres Gewicht bekommen hat.

Darüber wie man mit der Qualität von Präventionsprogrammen umgehen muss, wird viel diskutiert. Müssen Programmen in der Praxis von Ort angepasst werden oder müssen sie umgesetzt werden, wie sie entwickelt worden sind? Anhänger der „Anpassungstreue“ stehen den „Umsetzungstreue“-Anhängern gegenüber. Diese Diskussion wird noch komplizierter, wenn es um effektive Programme geht, die von einem Land in ein anderes Land übersetzt werden. Auch hier besteht eine kontroverse Diskussion, weil die Ergebnisse der Programme in einem Land konfrontiert werden mit den Eigenarten anderer lokaler Gemeinschaften und deren kulturellen Relevanzen. CTC wird im Rahmen dieser Diskussionen definiert als eine Rahmenstrategie mit bestimmten Kernelementen. Wir wissen, welche Kernelementen beachtet werden müssen (Mobilisierung von Schlüsselpersonen in dem kommunalen Prozess; Verwendung von epidemiologischen Daten; Verwendung von getesteten und effektiven Programmen; laufende Evaluation von Ergebnissen und Anpassung der Planung). Diese Kernelemente werden bei CTC schrittweise in die kommunale Planung eingeführt. Dafür werden fünf Phasen unterschieden: 1) Mit CTC anfangen; 2) Organisieren, Einführen, Einbeziehen; 3) Entwicklung eines Gebietsprofils; 4) Aufstellen eines standort-bezogenen Aktionsplans; 5) Umsetzung und Evaluation des Aktionsplan. Dafür wurde ein Instrument entwickelt (Meilensteine und Benchmarks), das uns Einblicke erlaubt, wie man vor Ort umgeht mit der Integrität und der Implementation der CTC-Strategie. Dieses Instrument haben wir eingesetzt bei CTC-Trainern und den Lokalen Projektleitern kurz nach Beginn der Einführung von CTC in den fünf Kommunen und ein zweites Mal ein Jahr später. Die Gesamtergebnisse bei den Meilensteinen sind bei der zweiten Messung für Phase 1 und Phase 2 günstiger. Aber wir sehen auch, dass die CTC-Phase 3 nur bei der zweiten Messung untersucht werden konnte, Phase 4 und 5 konnten im Untersuchungszeitraum noch nicht untersucht werden. Obschon die Qualität der Implementation in Deutschland gut ist, wurde auch deutlich, dass im Laufe der Einführung steigenden Herausforderungen begegnet werden musste. Die vorhandenen Schwierigkeiten wurden durch die Teilnehmer bei der zweiten Messung als höher eingeschätzt. So durchlaufen die Standorte die Phasen der Implementation besser, aber man entdeckt auch mehr Mühen.

Wir wissen mehr und mehr über wirkungsvolle Eingriffe auf der Ebene ganzer Gemeinschaften. Deutlich ist, dass kommunale Interventionen zielgerichtet sein sollen und abhängen von der Zusammenarbeit von verschiedenen lokalen Akteuren, die mit oder für

Jugendliche arbeiten. Die Effekte kommunaler Präventionsarbeit hängen zusammen mit deutlich definierten, fokussierten und erreichbaren Zielen; adäquater Zeitplanung; Entscheidungen auf Basis von empirischen Daten und Nachweisen; der Einführung von getesteten, effektiven Politikstrategien, Programmen und Interventionen; und dem Monitoring der Aktivitäten und der Ergebnisse. Mit CTC werden lokale Präventionsnetzwerke (Koalitionen) gestärkt und besser aufgestellt. Die zielgerichtete Zusammenarbeit wird unterstützt und effektiver gemacht. Wir haben die Arbeit der CTC-Gebietsteams (lokale Koalitionen) unter verschiedenen Aspekten untersucht. Wir stellen im Allgemeinen eine positive Entwicklung über die zwei Messungen fest. Einige Skale zeigen bedeutungsvolle Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Messung (Effizienz, Hürden, Veränderung). Aber andere Skalen (Schritte, Unterstützung) zeigen auch negative Ergebnisse. Hier müssen wir sagen, dass die Zeit zwischen der ersten und zweiten Messung (10 Monate) für eine Veränderung in der Netzwerkarbeit zu kurz ist.

Die Stärke dieser Studie ist, dass sie die präventive Arbeit in den Kommunen unter realen Bedingungen und nicht in einem von der Forschung dominierten Setting untersucht. Wir wollen wissen, mit welchen Problemen die Kommunen zu tun haben und wie sie diese Probleme angehen. Viele Aktivitäten laufen auf kommunaler Ebene, aber was genau getan wird, darüber wissen wir nicht sehr viel. Dabei ist das Interesse an kommunaler Prävention in der Wissenschaft, in der Politik und der Praxis sehr hoch. Wie müssen wir kommunale Probleme angehen, was kann zusammen getan werden, was kann man hier an Ergebnissen erwarten, wie kann man am besten Ergebnisse erreichen und was muss man dafür tun? Diese Studie gibt einige Antworten auf diese Fragen. Diese Studie ist auch interessant, weil sie von Instrumenten Gebrauch macht, die auch in anderen Ländern verwendet werden. Die Arbeit in Deutschland baut auf den Erfahrungen in anderen Ländern auf und die Ergebnisse können so auch im späteren Verlauf miteinander verglichen werden.

Aber die vorliegende Studie hat sicherlich auch Schwächen. Zuerst war die Zeit für die Evaluation zu kurz. Durch den Förderzeitraum hatten wir zwei Jahre für die Analyse, aber um CTC vollständig zu implementieren, brauchen wir sicherlich drei bis vier Jahre. So konnten nicht alle Erfahrungen untersucht werden und der Prozess ist nur halbwegs durch die

Evaluation erfasst. Insbesondere für die Untersuchung mit den Meilensteinen und Benchmark und die Befragung der Gebietsteams hat sich das nachteilig ausgewirkt. Aber die Instrumentenentwicklung ist auch ein Teil der Arbeit in dieser Phase. Für spätere Untersuchungen liegen nun für Deutschland angepasste und überprüfte Messinstrumente vor. Eine zweite Schwäche dieser Studie ist, dass wir keine Kontroll-Kommune(n) in die Untersuchung einbeziehen konnten. Das ist vor allem für das Schlüsselpersonen-Interview wichtig. Eine dritte Schwäche ist, dass wir es mit ziemlich kleinen Untersuchungsgruppen zu tun hatten bei dieser Untersuchung. Effekte sind darum auch schwer festzustellen.

Communities That Care ist eine Strategie, die in einigen deutschen Kommunen erfolgreich eingesetzt wird. Wichtig ist, dass diese Entwicklung weiter geht und dass diese Qualität erhalten wird. Zugleich ist wichtig, dass die Ergebnisse von CTC gut untersucht werden. So kann diese Strategie einem wichtigen Beitrag leisten für die Entwicklung einer effektiven Präventionsarbeit und für die gesunde und sichere Zukunft der Jugend in Deutschland.

6. Literatur

Arthur, M.W., Glaser, R. R., & Hawkins, J. D. (2005). *Steps towards community-level resilience: Community adoption of science-based prevention programming*. In R. D. Peters, B. Leadbeater, & R. J. McMahon (Eds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. 177–194). New York: Kluwer.

Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Brown, E. C., Briney, J. S., Oesterle, S., & Abbott, R. D. (2010). *Implementation of the Communities That Care prevention system by coalitions in the Community Youth Development Study*. *Journal of Community Psychology*, 38, 245–258.

Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Abbott, R. D., & Van Horn, M. L. (2008). *Multilevel analysis of a measure of community prevention collaboration*. *American Journal of Community Psychology*, 41, 115–126.

Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Abbott, R. D. (2007). *Effects of communities that care on prevention services systems: outcomes from the community youth development study at 1.5 years*. *Prevention Science*, 8, 180–191.

Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Fagan, A. A. (2011). *Prevention service system transformation using communities that care*. *Journal of Community Psychology*, 39, 183–201.

Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1993). *Community coalitions for prevention and health promotion*. Health Education Research, 8, 315–330.

Cowles, M.C. (2013). Applied Bayesian Statistics. With R and OpenBUGS Examples. New York: Springer.

Christensen, R., Johnson, W., Branscum, A. & Hanson, T.E. (2011). Bayesian Ideas and Data Analysis. An Introduction for Scientists and Statisticians. Boca Raton: CRC Press.

Fagan, A.A., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (2011). *Engaging communities to prevent underage drinking*. Alcohol Research & Health, 34, nr. 2, 167-174.

Fagan, A. A., Arthur, M. W., Hanson, K., Briney, J. S., & Hawkins, J. D. (2011). *Effects of communities that care on the adoption and implementation fidelity of evidence-based prevention programs in communities: Results from a randomized controlled trial*. Prevention Science, 12, 223–234.

Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2008a). *Bridging science to practice: achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study*. American Journal of Community Psychology, 41, 235–249.

Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2008b). *Implementing effective communitybased prevention programs in the community youth development study*. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 6, 256–278.

Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2009). *Translational research in action: implementation of the communities that care prevention system in 12 communities*. *Journal of Community Psychology*, 37, 809–829.

Farrington, D. P., & Welsh, B. C. (Eds.). (2006). *Saving children from a life of crime: early risk factors and effective interventions*. Oxford: Oxford University Press.

Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., Osgood, D., Sartorius, J., & Bontempo, D. (2007). *Effects of the communities that care model in Pennsylvania on youth risk and problem behaviors*. *Prevention Science*, 8, 261–270.

Feinberg, M. E., Jones, D., Greenberg, M. T., Osgood, D. W., & Bontempo, D. (2010). *Effects of the communities that care model in Pennsylvania on change in adolescent risk and problem behaviors*. *Prevention Science*, 11, 163–171.

Gelman, A. , Carlin, J.B., Stern, H.S., Dunson, D.B., Vehtari, A. & Rubin, D.B. (2014). *Bayesian Data Analysis. Third Edition*. Boca Raton: CRC Press.

Gloppen, K. M., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., & Shapiro, V. B. (2012). *Sustainability of the Communities That Care prevention system by coalitions participating in the Community Youth Development Study*. Journal of Adolescent Health. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.018.

Hallfors, D., Cho, H., Livert, D., & Kadushin, C. (2002). *Fighting back against substance abuse: are community coalitions winning?* American Journal of Preventive Medicine, 23, 237–245.

Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2008). *Early effects of communities that care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use*. Journal of Adolescent Health, 43, 15–22.

Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2004). *Communities that care: prevention strategies guide*. South Deerfield: Channing Bete.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E. C., Abbott, R. D., et al. (2008). *Testing communities that care: the rationale, design and behavioral baseline equivalence of the community youth development study*. Prevention Science, 9, 178–190.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Jr., & and Associates. (1992). *Communities that care: Action for drug abuse prevention (1st ed.)*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M.W., Abbott, R. D., Fagan, A. A., et al. (2009). *Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163, 789–798.

Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Monahan, K. C., Abbott, R. D., Arthur, M.W., et al. (2012). *Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviors after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 166, 141–148.

Ince, D., Beumer, M., Jonkman, H., & Vergeer, M. (2005). *Veelbelovend en effectief: Overzicht van preventieprojecten en -programma's in de domeinen gezin, school, kinderen en jongeren, wijk (3e licht gew. dr ed. ed.)*. Amsterdam: SWP.

Jonkman, H. (2012). *Some years of Communities that Care. Learning from a social experiment*. Thesis Vrije Universiteit: Amsterdam.

Jonkman, H. B., Haggerty, K. P., Steketee, M., Fagan, A. A., Hanson, K., & Hawkins, J. D. (2008). *Communities that care, core elements and context: Research of implementation in two countries*. Social Development Issues, 30, 42–57.

Jonkman, H. B., Junger-Tas, J., & van Dijk, B. (2005). *From behind dikes and dunes: communities that care in the Netherlands*. Children and Society, 19, 105–116.

Junger-Tas, J. (1997a). *Gezin, jeugd en preventie*. Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding. Vorming en Onderwijs, 12, 290–299.

Junger-Tas, J. (1997b). *Jeugd en Gezin II. Naar een effectief preventiebeleid*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Kéry, M. (2010). Introduction to WinBUGS for Ecologists. A Bayesian approach to regression, ANOVA, mixed models and related analyses. San Diego: Academic Press.

Kreuter, M. W., Lezin, N. A., & Young, L. A. (2000). *Evaluating community-based collaborative mechanisms: implications for practitioners*. Health Promotion Practice, 1, 49–63.

Kuklinski, M. R., Briney, J. S., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2012). *Cost-benefit analysis of communities that care outcomes at eighth grade*. Prevention Science, 13, 150–161.

Merzel, C., & D’Afflitti, J. (2003). *Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential*. American Journal of Public Health, 93, 557–574.

Minkler, M. (Ed.). (1997). *Community organizing and community building for health*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Quinby, R. K., Fagan, A. A., Hanson, K., Brooke-Weiss, B., Arthur, M. W., & Hawkins, J. D. (2008). *Installing the communities that care prevention system: Implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial*. *Journal of Community Psychology*, 36, 313–332

R Core Team (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna/Austria: Foundation for Statistical Computing.

Rhew, I. C., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Briney, J. S. (2012). *Sustained effects of communities that care on prevention service system transformation*. *American Journal of Public Health*. doi:10.2105/ AJP.2011.300567:e1-e7.

Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). *A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health*. *Annual Review of Public Health*, 21, 369–402.

Shapiro, V., Oesterle, S., Abbott, R. D., Arthur, M. W., & Hawkins, J. D. (2012). *Measuring dimensions of coalition functioning for effective and participatory community practice*. *Social Work Research*.

Spoth, R. L., & Greenberg, M. T. (2005). *Toward a comprehensive strategy for effective practitioner-scientist partnerships and larger-scale community health and well-being*. *American Journal of Community Psychology*, 35, 107–126.

StataCorp (2013). *Stata Statistical Software. Release 13*. College Station, TX: StataCorpLP.

Steketee, M., Mak, J., & Huygen, M. e. A. (2006). *Opgroeien in veilige wijken. Communities That Care als instrument voor lokaal preventief jeugdbeleid*. Utrecht/Assen: Verwey-Jonker Instituut/Koninklijke Van Gorcum.

Steketee, M., Jonkman, H., Mak, J., Aussems, C., Huygen, A., Roeleveld, W., & Ketner, S. (2012). *Communities that Care in Nederlandse steden. Resultaten van een vierjarig experimenteel onderzoek*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M., Oesterle, S., Jonkman, H., Hawkins, J.D., Haggerty, K.P. & Aussems, C. (2013). *Transforming prevention systems in the United States and the Netherlands using Communities That Care*. *European Journal of Crime Policy*, 19, 99-116.

Stevenson, J. F., & Mitchell, R. E. (2003). *Community-level collaboration for substance abuse prevention*. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 371–404.

Veerman, J.W., & van Yperen, T. A. (2007). *Degrees of freedom and degrees of certainty: a developmental model for the establishment of evidence-based youth care*. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212–221.

Wandersman, A. (2003). *Community science: bridging the gap between science and practice with communitycentered models*. *American Journal of Community Psychology*, 31, 227–242.

Yin, R. K., Kaftarian, S. J., Yu, P., & Jansen, M. A. (1997). *Outcomes from CSAP's community partnership program: findings from the national cross-site evaluation*. *Evaluation and Program Planning*, 20, 345–355.