

# **Abschlussbericht zum Projekt**

## **CTC-EFF: Effektivität des kommunalen Präventionssystems**

### **Communities That Care**

**Förderzeitraum:** 1.4.2020 bis 31.12.2023

**Förderkennzeichen:** 01EL2006A und 01EL2006B

#### **Autoren**

Dr. Dominik Röding (Koordination des Verbundprojekts)

Prof. Dr. Renate Soellner (Projektleitung an der Universität Hildesheim)

Prof. Dr. Ulla Walter (Projektleitung an der Medizinischen Hochschule Hannover)

#### **Verbundpartner**

Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover

Stiftung Universität Hildesheim  
Fachbereich 1: Erziehungs- und Sozialwissenschaften  
Institut für Psychologie  
Universitätsplatz 1  
31141 Hildesheim

## Inhalt

1	Hintergrund .....	1
1.1	Communities That Care-Ansatz .....	1
1.2	Intersektorale Netzwerke für kommunale Gesundheitsförderung .....	2
1.3	Evidenz zur Wirkung intersektoraler Netzwerke für kommunale Gesundheitsförderung .....	2
2	Fragestellungen und Hypothesen.....	5
3	Methodik und Ablauf.....	7
3.1	Studieneigenschaften und Studientypus.....	7
3.2	Zu vergleichende Maßnahmen (natürliche Gruppen).....	7
3.2.1	Prevention System Communities That Care (CTC-Gruppe).....	7
3.2.2	Prevention as Usual (Nicht-CTC-Gruppe) .....	9
3.3	Erhebungsmethoden und -ablauf .....	9
3.3.1	Vorphase.....	9
3.3.2	Hauptphase .....	14
3.4	Fallzahlplanung und Studienteilnehmer*innen .....	17
3.5	Zielgrößen und Validität der Verfahren .....	19
3.5.1	Short-Term Outputs .....	19
3.5.2	Mid-Term Outputs.....	20
3.5.3	Long-Term Outputs .....	21
3.5.4	Intermediate Outcomes .....	22
3.5.5	Long-Term Outcome.....	24
3.5.6	Gesundheitsökonomische Evaluation .....	24
3.6	Auswertungsstrategie und statistische Verfahren .....	25
3.7	Datenmanagement und Dokumentation .....	26
4	Ergebnisse.....	26
4.1	Prozessevaluation.....	26
4.2	Wirksamkeitsevaluation .....	29
4.3	Ökonomische Evaluation.....	35
5	Schlussfolgerungen und Anwendungsmöglichkeiten.....	35
6	Veröffentlichungen.....	36
6.1	Erfolgte Veröffentlichungen .....	36
6.1.1	Aufsätze .....	36
6.1.2	Vorträge ggf. inklusive publizierter Abstracts .....	37
6.2	Geplante Veröffentlichungen .....	39
6.2.1	Aufsätze .....	39

6.2.2 Vorträge ggf. inklusive publizierter Abstracts .....	39
7 Verwendung der Zuwendung .....	40
8 Literaturverzeichnis .....	42

## 1 Hintergrund

Durch die gestiegene Lebenserwartung, aber auch durch veränderte Lebensgewohnheiten haben chronische Erkrankungen in nahezu allen Industrienationen zugenommen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische und neurodegenerative Erkrankungen sind mittlerweile zu Volkskrankheiten geworden. Dies stellt nicht nur jeden einzelnen Menschen, sondern auch die Gesellschaft vor große Herausforderungen. Gezielte Gesundheitsförderung und Prävention können wesentlich dazu beitragen, die Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen zu stärken und damit die Qualität gewonnener Lebensjahre zu erhöhen.

Es existieren vielfältige Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für verschiedene Zielgruppen in unterschiedlichen Lebenswelten. Es ist jedoch nach wie vor viel zu wenig erforscht, ob und unter welchen Bedingungen diese Interventionen auch auf andere Lebenswelten oder andere Zielgruppen übertragbar sind.

Mit der Fördermaßnahme „Forschung zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung“ unterstützte das BMBF daher im „Modul 2 - Konfirmatorische Studien zur Wirksamkeit von komplexen und lebensweltbezogenen Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung“ Vorhaben, welche die Übertragbarkeit von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen auf andere Lebenswelten und/oder Zielgruppen untersuchen.

Die vom BMBF geförderte CTC-EFF-Studie prüfte, ob bzw. unter welchen Bedingungen das US-amerikanische Präventionsprogramm „Communities That Care (CTC)“ auch auf deutsche Verhältnisse übertragen werden kann. CTC unterstützt Kommunen durch Beratungen und Schulungen über mehrere Jahre bei der Entwicklung, Einrichtung und nachhaltigen Verankerung von evidenzbasierten Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Im Folgenden wird der Forschungsstand skizziert, der dem Vorhaben zugrunde lag.

### 1.1 Communities That Care-Ansatz

**International.** CTC ist ein in den 1990er Jahren in den USA entwickeltes und weltweit verbreitetes kommunales Präventionssystem zur Vorbeugung von jungendlichem Problemverhalten, wie z.B. Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, körperliche Gewalt, Mobbing (Hawkins et al. 1999; Hawkins et al. 1992; Hawkins et al. 1995). CTC basiert auf einem empirisch untermauerten Modell, das Risiko- und Schutzfaktoren für jungendliches Problemverhalten beschreibt. Als Risikofaktoren werden Einflussfaktoren verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Jugendliche künftig diese Verhaltensweisen zeigen, während Schutzfaktoren diese Wahrscheinlichkeit reduzieren.

CTC richtet sich nicht nur an Jugendliche selbst, sondern auch an Personen und Einrichtungen, die direkt mit der Erziehung, der Bildung und der sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beauftragt sind. Im Rahmen von CTC werden Kommunen, unter Partizipation der Bürger\*innen, über Schulungen und technische Unterstützung befähigt, die lokalen Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarfe epidemiologisch zu identifizieren und effektiv zu beeinflussen. Hierzu werden vor allem kommunale Entscheidungsträger aus verschiedenen Bereichen/Sektoren aktiviert und zusammengeführt. Mit ihnen wird ein kommunales Kooperationsnetzwerk für Prävention und Gesundheitsförderung auf- oder ausgebaut (Fagan et al. 2011; Hawkins et al. 2014; Kim et al. 2015a; Kim et al. 2015b; Kuklinski et al. 2013), innerhalb dessen evidenzbasierte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen datenbasiert und bedarfsorientiert ausgewählt und implementiert werden. CTC setzt bei der Auswahl von geeigneten Präventionsmaßnahmen den Fokus auf evaluierte Programme.

**Deutschland.** CTC wurde bereits im Rahmen eines EU-Modellversuchs (2009-2012) vom Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR Nds.) strukturell-kulturell adaptiert und in Niedersachsen implementiert (Walter et al. 2023). Die 2011 online gestellte deutsche CTC-Datenbank Grüne Liste Prävention

enthielt zum Zeitpunkt der Antragstellung 90 bewertete Programme (Stand: 3/2019, 06/2024: n=106) und wird kontinuierlich aktualisiert (Groeger-Roth 2015, Brender et al. 2024). CTC wurde mittlerweile in weitere drei Bundesländer exportiert und bislang in 33 deutschen Städten und Kommunen durchgeführt. Ferner wurde eine bundesweite Transferstelle (DPT) eingerichtet. Eine Machbarkeitsstudie in Niedersachsen belegt die Übertragbarkeit von CTC auf den deutschen Kontext (Groeger-Roth 2018; Schubert et al. 2013).

## 1.2 Intersektorale Netzwerke für kommunale Gesundheitsförderung

**International.** Hinter CTC steht der theoretische Ansatz, dass die Prävention von Krankheiten und Risikofaktoren (z.B. Rauchen) sowie die Förderung von gesundheitsuträglichen protektiven Faktoren (z.B. eine unterstützende soziale Umgebung) vor Ort (z.B. im Stadtteil oder der Gemeinde) durch eine intersektoral abgestimmte Strategie geleistet wird (Nutbeam 1998). Dieser Ansatz hat mit der WHO Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (World Health Organization (WHO) 1986) international einen Schub bezüglich seiner praktischen Umsetzung wie auch seiner wissenschaftlichen Fundierung erfahren.

**Deutschland.** Böhm und Gehne (2018) sowie Trojan et al. (2018) zeigen anhand der Historie von Förderprogrammen<sup>1</sup> und Einzelprojekten<sup>2</sup> für Deutschland, wie sich intersektorale Netzwerke in der Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend verbreitet haben. Diese Entwicklung wird mit dem Präventionsgesetz (PrävG 2015) gesetzlich gestärkt (Böhm und Gehne 2018; Fröhlich-Gildhoff und Trojan 2018). Seit 2011 wird vor allem durch das – von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte und vom Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) getragene (Mielck et al. 2018) - Programm „Kommunaler Partnerprozess“ die Relevanz und Umsetzung dieses Ansatzes unterstützt, (Mielck et al. 2018). Auch vermehrt erschienene Praxisleitfäden zu diesem Ansatz (Richter-Kornweitz und Utermark 2013; Landschaftsverbund Rheinland (LVR) - Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen 2009; Dezort et al. 2017; Brümmer et al. 2018; Groos et al. 2017) unterstützen diesen Prozess.

## 1.3 Evidenz zur Wirkung intersektoraler Netzwerke für kommunale Gesundheitsförderung

**International.** Wie eine Meta-Analyse (Hayes et al. 2012) und mehrere Übersichtsarbeiten (Kegler et al. 2020; Wiggins et al. 2021; Stolp et al. 2017; Rantala et al. 2014; Anderson et al. 2015; Zakocs und Edwards 2006; Roussos und Fawcett 2000) zeigen, sind nur wenige Ansätze dieser Gattung hinsichtlich ihrer Effektivität mittels randomisierter kontrollierter Studien geprüft worden. Kegler et al. (2020) bemängeln in ihrer Übersichtsarbeit, dass sich die Endpunkte der Wirksamkeitsevaluationen fast ausschließlich auf kommunale Strukturen und Prozesse beziehen, während Veränderungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und von Gesundheitsoutcomes sehr selten einbezogen werden. Die beiden zentralen Desiderata sind bislang kaum untersucht: (1) ob synergetische multisektorale Veränderungen in der Kommune zu Veränderungen in Verhaltensweisen und Gesundheit auf Bevölkerungsebene führen. und (2) ob der Aufbau eines kommunalen Präventionsnetzwerkes mit integrierter Gesamtstrategie einen Mehrwert gegenüber nicht abgestimmten Aktivitäten und Maßnahmen der einzelnen Akteure bringt. International liegen hierzu lediglich zwei Studien vor, die Community Youth Development Study (CYDS) (Hawkins et al. 2008) zur Evaluation von CTC und die Studie von Flewelling und Hanley zur Evaluation von Community Coalitions (Flewelling und Hanley 2016), die nach dem Strategic Prevention Framework arbeiten. In beiden Studien wurde nicht nur gezeigt, dass diese komplexen Präventionsansätze tatsächlich zu einer Reduzierung jugendlicher Problemverhaltensweisen (z.B.

---

<sup>1</sup> Dies sind z.B. die Frühen Hilfen, der kommunale Partnerprozess, das Gesunde Städte-Netzwerk, das Soziale Stadt-Programm, Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut, Präventionsketten in 40 Modellkommunen.

<sup>2</sup> Dies sind z.B. die Projekte Lenzgesund in Hamburg oder das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis.

Binge Drinking, Rauchen, Drogenkonsum) führen, sondern es wurde darüber hinaus untersucht, welche transformierten lokalen Strukturen, Strategien und Arbeitsweisen welchen Beitrag zur Entfaltung dieser intendierten Wirkungen leisten.

Im Folgenden werden einige zentrale Ergebnisse aus der CYDS zu mittelfristigen und Langzeiteffekten von CTC auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei Schüler\*innen referiert. Beispielsweise hatten zwei Jahre nach Ende der fünfjährigen CTC-Intervention die Schüler\*innen in den Kontrollkommunen (KK) gegenüber denen der Interventionskommunen (IK) eine 60% höhere Chance, mit Alkoholkonsum zu beginnen (adjustiertes OR = 1.60;  $p < .05$ ). Für die Initiation von Zigarettenrauchen und delinquenten Verhalten lagen die adjustierten OR bei 1.79 ( $p < .05$ ), 2.34 ( $p < .01$ ). Im multivariaten Modell zeigten die Schüler\*innen der KK gegenüber denen der IK eine signifikant höhere Chance für Alkoholkonsum (OR = 1.25; 95%-KI: 1.04-1.52) und Konsum von Kau- und Schnupftabak (OR = 1.79; 95%-KI: 1.23-2.62) in den letzten 30 Tagen, Rauschtrinken (OR = 1.40; 95%-KI: 1.07-1.84) in den vorausgegangenen 14 Tagen und delinquentes Verhalten (OR = 1.34; 95%-KI: 1.20-1.49) in den letzten 12 Monaten (Hawkins et al. 2009). Langzeiteffekte zeigten sich noch, als die Kohorte das 21. Lebensjahr erreicht hatte (Übersicht: (Fagan et al. 2019)). So haben die Befragten der KK im multivariaten Modell eine 1.49 so hohe Chance, bis Einstiegsdrogen erstmals konsumiert zu haben.

Mittels Mediationsanalysen (Brown et al. 2014; Shapiro et al. 2015b; Shapiro et al. 2015a) wurde im Rahmen der CYDS das logische Modell von CTC (s. **Abb. 1**) vollständig geprüft. Hierzu haben zum einen Brown et al. (2014) das in **Abb. 2** gezeigte Mediationsmodell evaluiert. Das erstaunliche Ergebnis ihrer Analyse ist, dass die Netto-Effekte von CTC bezüglich der Problemverhaltensweisen in der untersuchten Kohorte von Jugendlichen, die zu T0 in der fünften und zum letzten Erhebungszeitpunkt in der achten Klasse waren, vollständig durch das Konstrukt „Adoption of Science-Based Prevention“ mediiert wurden. Während also den anderen Konstrukten auf dieser Ebene allenfalls eine marginale Rolle zukommt, kommt diesem Konstrukt eine entscheidende Rolle für das Erklären und Verstehen der Wirkmechanismen von CTC zu. **Abb. 3** beschreibt die fünf Stufen dieses Konstrukts. Aus präventionswissenschaftlicher Perspektive ist die hohe Relevanz dieses Konstrukts hoch plausibel.

Zum anderen haben Shapiro et al. (2015a/b) geprüft, inwiefern „Coalition Functioning“ und „Coalition Capacity“ dazu beitragen, dass in den CTC-Kommunen die „Adoption of Science-Based Prevention“ stärker über die Zeit zugenommen hat als in den Kontrollkommunen. Hierbei wurden zum einen direkte Effekte von „Coalition Capacity“ auf die „Adoption of Science-Based Prevention“ gefunden. Zum anderen hat sich gezeigt, dass sich das „Coalition Functioning“, vermittelt über eine verbesserte „Coalition Capacity“, auf die „Adoption of Science-Based Prevention“ auswirkt.

Flewelling und Hanley (2016) untersuchten in ihrer Studie mit Längsschnittdaten, inwiefern Veränderungen in der „Coalition Capacity“ Veränderungen im Alkoholkonsum Jugendlicher prädizieren. Auch hier zeigt sich, dass, je stärker ein kommunales Präventionsnetzwerk seine Kapazitäten und Strukturen ausbauen konnte, desto erfolgreicher war es darin, den Alkoholkonsum bei Jugendlichen zu reduzieren.

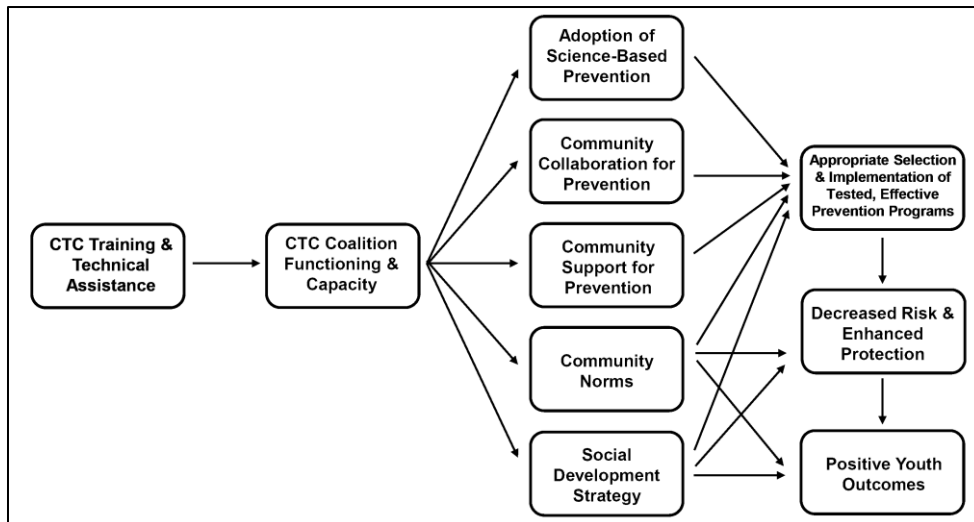


Abb. 1: Logisches Modell von CTC (<https://blueprintsprograms.org/resources/logic-model/CTC.pdf>)<sup>3</sup>

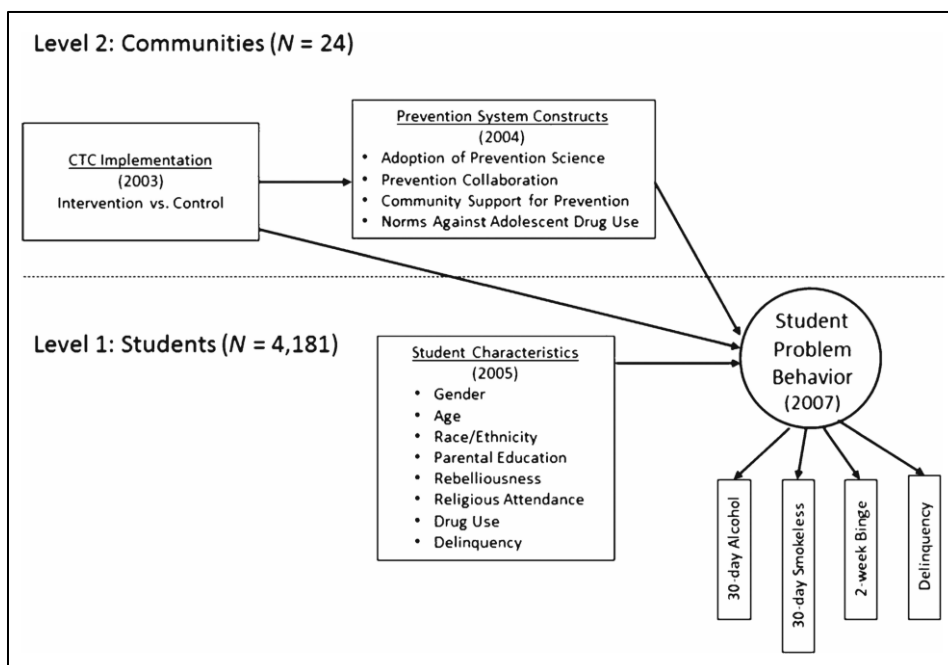


Abb. 2: Mediationsmodell zum Wandel des kommunalen Präventionssystems mit Hilfe von CTC (Brown et al. 2014: 17)

Zudem hat sich in Studien zur Verstetigung der durch die im Rahmen von CTC und SPF aufgebauten Community Coalitions und die dadurch bewirkten Transformationen in der kommunalen Prävention gezeigt, dass dort auch noch lange nach der finanziellen Förderung und wissenschaftlichen Unterstützung zum Umbau der kommunalen Präventionsarbeit eine erhöhte Anzahl evidenzbasierter Programme laufen (Fagan et al. 2019; Johnson et al. 2017).

<sup>3</sup> Quelle: <https://blueprintsprograms.org/resources/logic-model/CTC.pdf>

---

Stage 0	Pre-awareness. Little or no awareness of science-based prevention. Lack of clear understanding of concepts of risk and protective factors or their relevance to strategic prevention planning.
Stage 1	Awareness of terminology and concepts of science-based prevention. Understands concepts of risk and protective factors and their basis in longitudinal research.
Stage 2	Adoption of the science-based prevention framework as the basis for strategic prevention planning.
Stage 3	Collection of epidemiological data on risk and protective factors as well as adolescent problem behaviors.
Stage 4	Use of epidemiological data for allocating prevention resources. Prioritization of specific populations and risk and protective factors for preventive action, and selection of evidence-based interventions that address prioritized risk and protective factors.
Stage 5	Repeated collection of epidemiological data over multiple years for program evaluation, monitoring, and administrative purposes. Feedback of monitoring data into the prevention planning cycle.

---

**Abb. 3: Hypothetische Stufen der Adaption eines wissenschaftsbasierten Präventionsansatzes (Arthur et al. 2005) S. 180)**

**Deutschland.** Während weltweit betrachtet zumindest vereinzelte randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit derartiger Ansätze vorliegen (Kegler et al. 2020, Wiggins et al. 2020, Walter et al. 2019, Stolp et al. 2017, Rantala et al. 2014, Anderson et al. 2015, Hayes et al. 2012, Zakocs & Edwards 2006, Roussos und Fawcett 2000), liegt für Deutschland hierzu allenfalls anekdotische Evidenz vor. Vor diesem Hintergrund hat unser Vorhaben eine Förderung im Rahmen des BMBF-Förderprogramms „Forschung zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung“ aus dem Modul 2 „Konfirmatorische Studien zur Wirksamkeit von komplexen und lebensweltbezogenen Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung“ erhalten, damit wir überprüfen, ob und unter welchen Bedingungen CTC im deutschen Kontext eine ähnliche Wirksamkeit wie in den USA entfaltet.

## 2 Fragestellungen und Hypothesen

Die Studie untersucht, ob das in den USA entwickelte und hinsichtlich seiner Effektivität und Effizienz evaluierte Präventionssystem „Communities That Care“ (CTC) (Hawkins et al. 2008) auch in seiner für Deutschland adaptierten Fassung (Groeger-Roth 2018, Groeger-Roth et al. 2015) effektiv und effizient ist. In einem 2017 vom European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction veröffentlichten Review wurde empfohlen, CTC im europäischen Kontext zu testen und mittels eines Multisite Community Trial bezüglich seiner Wirksamkeit zu evaluieren.

Leitfrage des Vorhabens ist, ob sich die in den USA gefundenen Ergebnisse zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von CTC in Deutschland replizieren lassen. Im Einzelnen sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Führt CTC bei den Kommunen zu einer Zunahme (a) wissenschaftsbasierter PGF, (b) interorganisationaler Zusammenarbeit, (c) der Unterstützung der kommunalen PGF-Arbeit und (d) von Veränderungen gesundheitsbezogener Normen im Alltag?
2. Führt CTC bei den intersektoralen Kooperationsnetzwerken (Koalition) zu einer Verbesserung von (a) PGF-Kompetenzen, (b) Team-Functioning und (c) Coalition Capacity Building?
3. Führt CTC zu (a) einer Zunahme evidenzbasierter PGF-Maßnahmen und (b) zu einer Verbesserung der Zielgruppenerreichung und Reichweite von PGF-Maßnahmen?



- (4) Der vermehrte und vor allem bedarfsorientierte Einsatz evidenzbasierter PGF-Maßnahmen sowie deren Monitoring und Steuerung führt (a) etwa 36 Monate nach Einführung von CTC zu einer Reduzierung kontextbezogener Risikofaktoren und einer Steigerung kontextbezogener Schutzfaktoren, (b) etwa 48 Monate nach Einführung von CTC zu einer Reduzierung gesundheitsriskanten Verhaltens und zu einer Zunahme gesundheitszuträglichen Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen sowie (c) etwa 60 Monate nach Einführung von CTC zu einer Verbesserung ihrer Gesundheit.

### 3 Methodik und Ablauf

Das im folgenden dargestellte Studiendesign und die Erhebungsmethoden orientieren sich soweit wie möglich an der US-Studie.

#### 3.1 Studieneigenschaften und Studientypus

Die Studie entspricht dem Typus eines natürlichen Experiments (Craig et al. 2012; Craig et al. 2017). Dieses haben wir als prospektive Cluster Non-Randomized Controlled Study mit 1:1-Matching konzipiert. Das 1:1-Matching der CTC-Kommunen mit Nicht-CTC-Kommunen (KK) wird in **Abschnitt 3.3.1** dargestellt. Um Missverständnissen vorzubeugen, möchten wir an dieser Stelle betonen, dass es sich bei einem natürlichen Experiment nicht um eine Interventions-, sondern um eine Beobachtungsstudie handelt, da jede Kommune ihre Intervention selbst auswählt und die Wissenschaftler\*innen der Studie nicht an den Interventionen beteiligt sind.

Im Rahmen der partizipativen Vorphase dieser Studie wurden ferner im Februar und März 2021 Vertreter\*innen der potenziellen Studienkommunen zu Online-Fokusgruppensitzungen eingeladen, in denen sie sich über die Studie informieren und auf die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Studie Einfluss nehmen konnten (Details in **Abschnitt 3.3.1**). Für die Fokusgruppensitzungen wurde am 17.09.2020 ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover eingereicht, der am 22.10.2020 ein positives Votum der Ethikkommission erhalten hat. Für die Schüler\*innenbefragung wurde ein Ethikantrag mit positivem Votum bei der Ethikkommission der Universität Hildesheim gestellt sowie bei den zuständigen Landesbehörden der Schulaufsicht in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Bayern und Baden-Württemberg. Bis auf Bayern stimmten alle Länder der Befragung zu.

#### 3.2 Zu vergleichende Maßnahmen (natürliche Gruppen)

Im Rahmen dieses natürlichen Experiments steht der Vergleich der Wirksamkeit von CTC gegenüber anderen Präventionsansätzen in den Kommunen (Nicht-CTC-Kommunen, KK) im Vordergrund des Erkenntnisinteresses.<sup>4</sup> Diese beiden bereits ‚natürlich‘ vorliegenden Gruppen werden im Folgenden analog einer Maßnahmenbeschreibung für eine Interventionsstudie beschrieben.

##### 3.2.1 Prevention System Communities That Care (CTC-Gruppe)

In die CTC-Gruppe wurden Kommunen aufgenommen, die sich bei der CTC-Transferstelle des Deutschen Präventionstags als CTC-Kommunen registriert, bis spätestens 31.01.2021 mindestens die CTC-Phase 1 (s. **Abb. 5**) gestartet und die CTC-Phase 4 noch nicht abgeschlossen haben.

---

<sup>4</sup> Sekundäres Erkenntnisinteresse der Studie ist, welche Strategien und Arbeitsweisen zu einem wirksamen lokalen intersektoralen Netzwerk für Prävention und Gesundheitsförderung führen (vgl. hierzu die in **Abschnitt 1.2** referierten Mediationsanalysen und das in **Abschnitt 1.3** dargestellte logische Modell).

## CTC-EFF: Effektivität des kommunalen Präventionssystems Communities That Care

Interventionsphasen	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
	Get started – Voraussetzungen klären & Community Readiness fördern	Get organized – Intersektorale Kooperation für PGF etablieren	Develop a community profile – Sozialraumprofil erstellen	Create a community action plan – Handlungsplan entwickeln	Implement & evaluate – Handlungsplan umsetzen und evaluieren
Ziele und Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schlüsselpersonen in der Kommune identifizieren und einbeziehen</li> <li>▪ Prozessverantwortung klären</li> <li>▪ Lokale Koordinierung einrichten</li> <li>▪ Einsatzgebiet und Handlungsbereiche festlegen</li> <li>▪ Beteiligungsbereitschaft lokaler Akteure klären</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokale Lenkungsgruppe einrichten</li> <li>▪ Expertenteam(s) auf Sozialraumebene (z.B. Stadtteil) einsetzen</li> <li>▪ Kinder- und Jugend-survey durchführen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risiko- und Schutz-faktoren anhand Survey-daten identifizieren und priorisieren</li> <li>▪ Sozialraumprofil veröf-fentlichen</li> <li>▪ Lokal existierende PGF-Maßnahmen/-Program-me und kommunale Ressourcen ermitteln</li> <li>▪ Bedarf an PGF-Maßnah-men identifizieren und priorisieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überprüfbare Ziele fest-legen</li> <li>▪ Handlungsplan erstellen</li> <li>▪ PGF-Maßnahmen anhand der „Grünen Liste Prävention“ auswählen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PGF-Maßnahmen implementieren</li> <li>▪ Monitoring umsetzen</li> <li>▪ Kinder- und Jugend-sureys wiederholen (Ziel: alle 2 Jahre)</li> <li>▪ Handlungsplan über-prüfen und anpassen</li> </ul>
Schulungen		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training 1: Orientierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training 2: Risiko- und Schutzfaktorenanalyse</li> <li>▪ Training 3: Stärkenana-lyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training 4: Handlungs-plan erstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training 5: Handlungs-plan umsetzen</li> </ul>
Instrumente zur Qualitätssicherung und -entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milestones &amp; Bench-marks-Tool (MBT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milestones &amp; Bench-marks-Tool (MBT)</li> <li>▪ Kinder- und Jugend-survey</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milestones &amp; Bench-marks-Tool (MBT)</li> <li>▪ Community Resource Documentation (CRD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milestones &amp; Bench-marks-Tool (MBT)</li> <li>▪ Datenbank „Grüne Liste Prävention“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milestones &amp; Benchmarks-Tools MBT</li> <li>▪ Intervention Implemen-tation Measures (IIM)</li> <li>▪ Community Resource Documentation (CRD)</li> <li>▪ Kinder- und Jugend-survey</li> </ul>
Zeit pro Phase	4-6 Monate	6 Monate	8 Monate	5 Monate	fortlaufend

**Abb. 5: Phasen und Komponenten der CTC-Intervention (nach Hawkins et al. 2008)**

Die CTC-Transferstelle bietet den CTC-Kommunen nach dem in **Abb. 5** beschriebenen Schema unmittelbar oder vermittelt über CTC-Multiplikator\*innen ein CTC-Training und technische Beratung zum erfolgreichen Durchlaufen des CTC-Prozesses (CTC-Phase 1-5) an. Das Durchlaufen der fünf Phasen dauert durchschnittlich etwa 24 Monate; Kernelemente (Hawkins et al. 2008; Catalano und Hawkins 1996) sind:

- ✓ Phase 1: Zusammenführung und Aktivierung kommunaler Entscheidungsträger<sup>5</sup>,
- ✓ Phase 2: Auf- bzw. Ausbau eines kommunalen Kooperationsnetzwerkes für PGF,
- ✓ Phase 3: Erhebung und Analyse von Daten zu Risiko- und Schutzfaktoren, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen und den in der Kommune vorhandenen PGF-Ressourcen (Programme, Maßnahmen, Aktivitäten),
- ✓ Phase 4: bedarfsorientierte Auswahl der Programme aus dem Evidenzregister Grüne Liste Prävention ([www.gruene-liste-praevention.de](http://www.gruene-liste-praevention.de)) und Planung zur Implementierung,
- ✓ Phase 5: Implementieren, Monitoren und Evaluieren der Präventionsprogramme.

Eine Besonderheit im Rahmen unserer Studie ist, dass sämtliche teilnehmenden Kommunen (CTC-Gruppe und Nicht-CTC-Gruppe) und alle teilnehmenden Schulen Berichte mit Daten für ihre Kommune bzw. Schule erhalten, die die CTC-Kommunen ansonsten in den CTC-Phasen 2 und 3 auf eigene Kosten hätten erstellen lassen. Daher kann dieses Element unserer Studie wie ein Incentive wirken.

<sup>5</sup> Hierzu gehören Mitarbeitende verschiedener lokaler Einrichtungen im Bereich Gesundheit/Bildung/Soziales/Justiz/Politik/Verwaltung, , Kirchen sowie und Andere (z.B. Betriebe, Medien, Eltern, ehrenamtlich Tätige).

### 3.2.2 Prevention as Usual (Nicht-CTC-Gruppe)

Diese Gruppe wurde über das in **Abschnitt 3.3.1** beschriebene Matching-Verfahren rekrutiert. Für diese Kommunen wurde nicht geprüft, ob diese nach einem elaborierten System kommunaler Gesundheitsförderung arbeiten und welches dies gegebenenfalls ist. Wie in **Abschnitt 1.2** dargestellt, ist allerdings zu erwarten, dass die meisten Kommunen mit einem lokalen intersektoralen PGF-Netzwerk arbeiten, das abgestimmt und bedarfsorientiert Maßnahmen plant und implementiert. Auch ist zu erwarten, dass eine Mehrheit dieser Kommunen Schulungen und Beratungen zur Umsetzung einer effektiven kommunalen Gesundheitsförderung von irgendeiner Stelle erhalten hat oder wird, wobei uns hier nichts über die Dauer und Intensität bekannt ist. Vor diesem Hintergrund ist ferner zu erwarten, dass die Nicht-CTC-Kommunen weniger als die CTC-Kommunen von den von uns zur Verfügung gestellten Berichten (siehe **Abschnitt 3.2.1**) profitieren.

Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die Nicht-CTC-Gruppe sind, dass

- ✓ die Stadt/Gemeinde bereits nach CTC arbeitet oder bei der CTC-Transferstelle Interesse bekundet hat, nach CTC zu arbeiten,
- ✓ die Stadt/Gemeinde in einem Landkreis liegt, der nach CTC arbeitet,
- ✓ die Stadt/Gemeinde direkt neben einer CTC-Kommune liegt und Kontaminationseffekte zu erwarten sind,
- ✓ in der Stadt/Gemeinde nicht mindestens eine weiterführende Schule angesiedelt ist.

Unterschiede zwischen den CTC-Kommunen und den Nicht-CTC-Kommunen bestehen voraussichtlich darin, dass

- ✓ der CTC-Prozess stärker manualisiert/formalisiert ist als ähnliche in Deutschland verbreitete Ansätze (z.B. der Ansatz der kommunalen Präventionsketten),
- ✓ CTC stärker auf (gemeinde-, schul-, peer-group und familienbezogene) Risiko- und Schutzfaktoren fokussiert als auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen,
- ✓ bei CTC die Bedarfsermittlung vorrangig auf epidemiologischen Daten basiert und/oder
- ✓ das CTC-Präventionsnetzwerke stärker in evidenzbasierter Prävention und im Umgang mit der Grünen Liste Prävention geschult werden.

## 3.3 Erhebungsmethoden und -ablauf

### 3.3.1 Vorphase

Die Vorphase der Studie (geplant für April 2020 bis September 2020, tatsächlich aber bis März 2021) diente einerseits der Rekrutierung potenzieller Studienkommunen sowie andererseits der partizipativen Ermittlung von Inhalten und der Konkretisierung des Studienprozesses im Rahmen von Fokusgruppendifkussionen. Im Folgenden werden zunächst der Matching- und Rekrutierungsprozess und anschließend die Fokusgruppendifkussionen beschrieben.

#### 3.3.1.1 Rekrutierungs- und Matchingprozess

Die beim Deutschen Präventionstag (DPT) angesiedelte nationale CTC-Transferstelle sowie der Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR) haben von April 2020 bis März 2021 alle sich im Anfangsstadium befindlichen CTC-Kommunen schriftlich über die Möglichkeit informiert, an der CTC-EFF-Studie teilzunehmen. Sobald sich eine CTC-Kommune zur Studienteilnahme bei der MHH angemeldet hat, hat die MHH für die entsprechende Kommune mittels eines Matching-Verfahrens mögliche Vergleichskommunen für diese CTC-Kommune identifiziert und eine entsprechende Kommune rekrutiert. Pro CTC-Kommune wurde also eine Vergleichskommune rekrutiert.

Da uns kein Verfahren für solch ein individuelles Matching bekannt war, welches für unser Vorgehen gepasst hätte, haben wir zunächst nach Matching-Verfahren recherchiert. Wir haben in der Literatur allerdings nur Matching-Verfahren gefunden, die für eine größere Anzahl rekrutierter Fälle (Fälle meint hier exponierte Einheiten, wobei für unsere Studie CTC-Kommunen als exponierte Einheit gelten) aus einem Pool von potenziellen Kontrollen (für unsere Studie sind das Vergleichskommunen) sogenannte statistische Zwillinge für jeden Fall identifiziert. Wir haben allerdings ein Verfahren benötigt, mit dem wir jeweils für einen einzigen Fall (einzelne CTC-Kommune) statistische Zwillinge aus einem Pool von potenziellen Kontrollen (Vergleichskommunen) identifizieren können. Es war bereits zu Studienbeginn klar, dass die Rekrutierung von Kommunen ein mehrwöchiger Prozess ist, bei dem sich lokale Akteure über die Vor- und Nachteile der Studienteilnahme abstimmen und ein ggf. längerwieriger Ratsbeschluss erforderlich ist, bevor sich die jeweilige Kommune bei unserer Studie anmeldet. Wir konnten daher mit der Rekrutierung von Vergleichskommunen nicht erst abwarten bis wir alle oder zumindest eine größere Anzahl an CTC-Kommunen rekrutiert haben. Stattdessen war uns sehr daran gelegen, dass wir jedes Mal, wenn sich eine CTC-Kommune für unsere Studie angemeldet hat, sofort deren statistische Zwillinge zu identifizieren und zur Studienteilnahme einladen. Dabei sind wir so vorgegangen, dass wir zunächst die am besten passende (ähnlichste) Vergleichskommune kontaktiert haben. Bei einer Absage haben wir die Vergleichskommune kontaktiert, die als zweitbestes gepasst hat usw. Da die Kommunen auch im Falle einer Absage meist mehrere Wochen benötigt haben, um ihre Entscheidung zu finden, hat die Rekrutierung der Vergleichskommunen mehrere Monate beansprucht.

Folgend wird nun das von uns entwickelte und verwendete Matching-Verfahren skizziert. Zu erwähnen ist, dass wir das Matching-Verfahren im laufenden Prozess einmal geändert (optimiert) haben. Grundsätzlich war unser Verfahren so aufgebaut, dass bei jedem einzelnen Matching immer alle Kommunen aus demselben Bundesland wie der entsprechende Fall als Pool potenzieller Kontrollen betrachtet wurden.

In der ersten Version unseres Matching-Verfahrens haben wir uns auf kommunale Merkmale beschränkt, die im öffentlich zugänglichen „Indikatoren und Karten zur Stadt- und Raumentwicklung“ (INKAR)-Datensatz zur Verfügung stehen. Der INKAR-Datensatz wird vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumplanung (BBSR) veröffentlicht. Zum Zeitpunkt der Rekrutierung bezogen sich die aktuellsten Daten auf das Jahr 2017. Aus diesen Daten haben wir zunächst 20 Indikatoren ausgewählt, die nach theoretischen Erwägungen mit Gesundheit sowie Gesundheits- und Problemverhalten assoziiert sein sollten (Tabelle 1). Der Indikator „Anteil arbeitslose Ausländer\*innen“ wurde herangezogen, weil in den INKAR-Daten für die Bezugsgröße „Gemeinde“ keine Daten zum Anteil der Ausländer\*innen an den Einwohner\*innen vorliegen.

**Tabelle 1: Übersicht zu den Ausgangsindikatoren**

Indikator	Erläuterung
<b>Arbeitslosigkeit</b>	Arbeitslose je 1000 Einwohner*innen im erwerbsfähigen Alter
<b>Anteil arbeitslose Ausländer*innen</b>	Anteil der arbeitslosen Ausländer*innen an den Arbeitslosen in %
<b>Anteil jüngere Arbeitslose</b>	Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren an den Arbeitslosen in %
<b>Langzeitarbeitslose</b>	Anteil der Arbeitslosen, 1 Jahr und länger arbeitslos, an den Arbeitslosen in %
<b>Beschäftigtenquote</b>	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Wohnort je 100 Einwohner*innen im erwerbsfähigen Alter
<b>Einwohner unter 6 Jahre</b>	Anteil der Einwohner*innen unter 6 Jahren an den Einwohnern in %
<b>Einwohner &gt;=65 Jahre</b>	Anteil der Einwohner*innen 65 Jahre und älter an den Einwohnern in %
<b>Frauenanteil</b>	Anteil der Frauen an den Einwohnern in %
<b>Gesamtwanderungssaldo</b>	Gesamtwanderungssaldo je 1.000 Einwohner*innen
<b>Zuzugsrate</b>	Zuzüge je 1.000 Einwohner*innen
<b>Fortzugsrate</b>	Fortzüge je 1.000 Einwohner*innen
<b>Geborene</b>	Geborene je 1.000 Einwohner*innen
<b>Gestorbene</b>	Gestorbene je 1.000 Einwohner*innen
<b>Natürlicher Saldo</b>	Natürlicher Saldo je 1.000 Einwohner*innen
<b>Steuereinnahmen</b>	Steuereinnahmen in € je Einwohner*innen

Um für einen Fall (CTC-Kommune) geeignete Kontrollen (Vergleichskommunen) im INKAR-Datensatz statistisch zu identifizieren, haben wir einen Score entwickelt, der angibt, wie ähnlich alle anderen Kommunen des jeweiligen Bundeslandes dem Fall (der CTC-Kommune) sind, für den gerade eine Kontrolle gesucht wird. Dieser Score wurde von uns in einem iterativen Prozess entwickelt, in dem wir verschiedene Varianten des Scores getestet haben. Diese verschiedenen Varianten ergaben sich zum einen daraus, dass wir die einzelnen Matching-Merkmale unterschiedlich gewichtet haben, und zum anderen daraus, dass wir metrisch-skalierte Variablen entweder als Rohwerte oder als z-standardisierte Werte in den Score verrechnet haben. Diese Testphase wurde anhand einer Beispiel-Kommune vorgenommen. In der Testphase zeigte sich, dass das Matching bessere Resultate erzielt, wenn einige der 20 Indikatoren ausgeschlossen werden. Die erste Version des Matching-Scores basiert daher nur noch auf folgenden zehn Indikatoren:

▪ **Kategoriale Indikatoren**

- 16 Bundesländer (nominal)
- 5 Stadt- und Gemeindetypen (ordinal)
- 5 Kategorien der Gemeindeentwicklung (ordinal)

▪ **Metrische Indikatoren**

- Arbeitslose je 1.000 Einwohner\*innen im erwerbsfähigen Alter
- Anteil Ausländer\*innen unter den Arbeitslosen
- Anteil Langzeitarbeitslose unter den Arbeitslosen
- Gestorbene pro 1.000 Einwohner\*innen
- Steuerkraft in € pro Einwohner\*innen
- Einwohnerdichte
- Erreichbarkeit von Krankenhäusern.

Diese zehn Indikatoren gingen mit folgenden Gewicht in den Score ein: Bundesland (50), Stadt- und Gemeindetyp (4), Gemeindeentwicklung (8), arbeitslose Ausländer\*innen (4), Arbeitslose (2), Langzeitarbeitslose (2), Mortalität (2), Steuerkraft (4), Einwohnerdichte (4), Erreichbarkeit von Krankenhäusern (4). Die ausgewählte Interventionskommune hat immer den Wert 0. Die maximale Unähnlichkeit wird durch einen Score von 84 ausgedrückt ( $50 + 4 + 8 + 4 + 2 + 2 + 2 + 4 + 4 + 4$ ).

Für die zweite Version unseres Matching-Scores haben wir in einem ersten Schritt zu den INKAR-Daten gemeindebezogene Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) aus dem Jahr 2019 zugespielt. Aus diesem zusammengeführten Datensatz haben wir 34 ausgewählte INKAR-Variablen und 18 ausgewählte PKS-Variablen zusammen einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen. Das Ergebnis dieser explorativen Faktorenanalyse ist, dass sich diese 52 Variablen auf 12 Faktoren reduzieren lassen, die in Summe 75 % der Varianz in diesen 52 Variablen erklären.

In einem zweiten Schritt haben wir uns über den Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR), von 23 niedersächsischen Gemeinden Daten zur kommunalen Prävalenz von 14 Problemverhaltensweisen (z. B. Gewalt, Vandalismus, Alkoholkonsum) beschaffen können, die im Rahmen der CTC-Schülerbefragung in diesen Gemeinden erhoben wurden. Mittels Korrelationsanalysen haben wir dann für diese 23 Gemeinden getestet, inwiefern diese Befragungsdaten auf kommunaler Ebene mit den 52 oben genannten Variablen und den 12 daraus extrahierten Faktorvariablen korrelieren. In Tabelle 2 ist ein Auszug aus diesen Korrelationsmatrizen wiedergegeben. Daran lässt sich exemplarisch zeigen, wie wir mittels dieser Analysen INKAR- und PKS-Variablen identifizieren konnten, die Korrelate für jugendliche Problemverhaltensweisen sind, wie sie im Rahmen von CTC ermittelt und mit Präventionsmaßnahmen adressiert werden.

Für die zweite Version unseres Matching-Scores haben insbesondere auf Basis dieser Ergebnisse drei Faktorvariablen (Kriminalität, Vandalismus, Drogenkonsum), eine PKS-Variable (Ladendiebstahlsrate bei Jugendlichen) und vier INKAR-Variablen (Stadt- und Gemeindetyp, Gemeindeentwicklung, Langzeitarbeitslose, Steuerkraft) ausgewählt. Für den Score haben wir davon folgende metrisch-skalierte Variablen in Quintile kategorisiert: Langzeitarbeitslose, Steuerkraft, Kriminalität, Ladendiebstahlsrate, Faktor Vandalismus, Faktor Drogenkonsum.

Wie beim ursprünglichen Matching-Score misst der Matching-Score 2 bei jeder Gemeinde im Datensatz, ob sie der Interventionskommune ähnlich oder unähnlich ist. Bei den Indikatoren Bundesland und Stadt- und Gemeindetyp bedeutet ähnlich, wenn eine Gemeinde exakt den Wert der ausgewählten Interventionskommune hat. Bei dem Indikator Gemeindeentwicklung bedeutet ähnlich, wenn der Wert einer Gemeinde maximal um eine Einheit vom Wert der Interventionskommune abweicht. Bei den übrigen Indikatoren (Langzeitarbeitslose, Steuerkraft, Kriminalität, Ladendiebstahlsrate, Faktor Vandalismus, Faktor Drogenkonsum) bedeutet ähnlich, wenn der Wert einer Gemeinde um ein Quintil vom Wert der Interventionskommune abweicht. Auch beim Matching-Score 2 wird ein gewichteter Summenscore aus den Unähnlichkeiten berechnet. Die Indikatoren gingen mit folgenden Gewicht in den Score ein: Bundesland (10), Stadt- und Gemeindetyp (4), Gemeindeentwicklung (1), Langzeitarbeitslose (1), Steuerkraft (1), Kriminalität (1), Ladendiebstahlsrate (1), Faktor Vandalismus (1), Faktor Drogenkonsum (1). Die ausgewählte Interventionskommune hat den Wert 0. Die maximale Unähnlichkeit wird durch einen Score von 21 ausgedrückt ( $10 + 4 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1$ ).

Die Tabelle 3 gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Variablen, die in die jeweiligen Matching-Scores einbezogen wurden.

**Tabelle 2: Korrelationen auf Gemeindeebene zwischen aggregierten Daten amtlicher Statistiken und aggregierten Daten von CTC-Schülerbefragungen**

Prävalenzdaten aus diversen CTC-Kommunalberichten in Nds. mit Befragungen zwischen 2013 und 2020		Gemeindebezogene Daten aus der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) und INKAR mit aktuellstem Bezugsjahr (2017-2019)																				
		PKS mit Bezugsjahr 2019																		PKS & INKAR		
		Häufigkeitszahlen Fälle						Häufigkeitszahlen Verdächtige						Häufigkeitsz. minderjähriger Verd.						Faktorenanalyse		
		Alle Delikte	Ladendiebstahl	Sachbeschädigung	Rauschgift	Gewalt	Graffiti	Alle Delikte	Ladendiebstahl	Sachbeschädigung	Rauschgift	Gewalt	Graffiti	Alle Delikte	Ladendiebstahl	Sachbeschädigung	Rauschgift	Gewalt	Graffiti	Kriminalität	Vandalismus	Drogen
Vandalismus	r	0,173	0,046	0,271	0,072	0,255	0,267	0,400	-0,010	0,551	0,360	0,403	0,641	0,464	0,178	0,643	0,071	0,168	0,577	0,021	0,650	0,204
	p 2-seitig	0,632	0,900	0,449	0,844	0,478	0,456	0,286	0,979	0,124	0,341	0,283	0,063	0,208	0,646	0,062	0,855	0,666	0,104	0,958	0,058	0,598
	N	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Prügelei	r	0,080	0,028	0,409	-0,076	0,184	0,386	0,368	0,028	0,678	0,232	0,328	0,663	0,618	0,263	0,792	0,110	0,261	0,502	0,065	0,640	0,001
	p 2-seitig	0,826	0,939	0,241	0,836	0,610	0,270	0,330	0,942	0,045	0,548	0,388	0,052	0,076	0,493	0,011	0,779	0,498	0,169	0,868	0,063	0,998
	N	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Vorsätzliche Körperverletzung	r	0,209	0,146	0,515	-0,204	0,236	0,434	0,405	0,149	0,557	0,096	0,381	0,553	0,728	0,383	0,603	0,214	0,500	0,413	0,190	0,560	-0,172
	p 2-seitig	0,562	0,687	0,128	0,571	0,512	0,210	0,279	0,702	0,120	0,806	0,312	0,123	0,026	0,308	0,085	0,581	0,171	0,269	0,624	0,117	0,658
	N	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Waffe	r	0,272	0,289	0,270	-0,267	0,057	0,272	0,187	0,245	0,201	-0,024	0,048	0,210	0,206	0,238	0,335	-0,153	0,103	0,279	0,213	0,274	-0,496
	p 2-seitig	0,447	0,419	0,451	0,455	0,876	0,447	0,630	0,526	0,604	0,952	0,903	0,588	0,594	0,537	0,378	0,694	0,791	0,468	0,583	0,475	0,174
	N	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Ladendiebstahl	r	0,539	0,457	0,635	0,143	0,314	0,482	0,545	0,522	0,191	0,278	0,325	0,146	0,478	0,713	-0,187	0,568	-0,146	0,257	0,445	0,165	0,045
	p 2-seitig	0,108	0,184	0,049	0,694	0,377	0,158	0,129	0,150	0,622	0,469	0,394	0,708	0,193	0,031	0,629	0,111	0,708	0,505	0,230	0,671	0,908
	N	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Graffiti	r	0,333	0,145	0,353	0,027	0,075	0,253	0,032	0,181	0,098	-0,067	0,032	-0,031	-0,128	0,183	-0,355	0,166	0,214	-0,085	0,244	-0,010	-0,115
	p 2-seitig	0,347	0,690	0,317	0,942	0,836	0,481	0,934	0,641	0,802	0,864	0,935	0,937	0,742	0,638	0,348	0,669	0,580	0,828	0,527	0,980	0,767
	N	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Konsum von Bier(mischgetränken)	r	-0,028	-0,146	-0,111	0,274	0,143	-0,102	0,148	-0,123	0,282	0,262	0,178	0,134	0,164	-0,036	0,198	0,195	0,061	-0,104	-0,062	-0,021	0,473
	p 2-seitig	0,901	0,505	0,614	0,205	0,516	0,642	0,522	0,595	0,216	0,251	0,441	0,563	0,478	0,878	0,390	0,398	0,794	0,654	0,790	0,927	0,030
	N	23	23	23	23	23	23	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Konsum von Wein oder Sekt	r	0,130	0,194	0,197	-0,253	-0,030	0,173	-0,067	0,037	0,116	-0,165	-0,111	0,163	-0,029	0,177	-0,199	0,004	-0,213	0,125	0,021	0,108	-0,252
	p 2-seitig	0,586	0,413	0,405	0,282	0,899	0,466	0,793	0,885	0,645	0,512	0,660	0,519	0,908	0,482	0,429	0,988	0,395	0,622	0,934	0,670	0,313
	N	20	20	20	20	20	20	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Konsum von alkohol. Mischgetränken	r	0,156	0,172	0,160	-0,302	0,005	0,121	-0,097	-0,065	0,130	-0,277	-0,157	0,198	-0,064	0,060	-0,108	-0,091	-0,183	0,220	-0,086	0,179	-0,336
	p 2-seitig	0,512	0,468	0,500	0,196	0,985	0,610	0,703	0,799	0,606	0,267	0,534	0,430	0,801	0,814	0,669	0,719	0,466	0,381	0,736	0,477	0,173
	N	20	20	20	20	20	20	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Konsum vom Spirituosen	r	0,260	0,062	0,128	0,049	0,200	-0,030	0,229	-0,011	0,312	0,065	0,196	0,100	0,174	0,080	0,062	0,182	0,181	-0,055	0,050	-0,106	0,264
	p 2-seitig	0,268	0,796	0,592	0,837	0,398	0,900	0,362	0,965	0,208	0,799	0,436	0,692	0,490	0,751	0,807	0,470	0,471	0,829	0,845	0,677	0,289
	N	20	20	20	20	20	20	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Tabakkonsum	r	0,440	0,297	0,203	0,445	0,475	0,154	0,328	0,168	0,371	0,416	0,422	0,091	0,263	0,244	-0,009	0,349	0,283	-0,202	0,242	-0,101	0,513
	p 2-seitig	0,035	0,168	0,352	0,034	0,022	0,484	0,147	0,466	0,098	0,061	0,057	0,694	0,249	0,286	0,969	0,121	0,215	0,380	0,290	0,663	0,017
	N	23	23	23	23	23	23	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Konsum von weichen Drogen	r	0,464	0,457	0,308	0,351	0,492	0,327	0,380	0,404	0,165	0,417	0,430	0,000	0,420	0,402	0,036	0,347	0,387	-0,213	0,416	-0,104	0,376
	p 2-seitig	0,026	0,028	0,153	0,101	0,017	0,127	0,089	0,069	0,474	0,060	0,052	0,999	0,058	0,071	0,877	0,123	0,083	0,353	0,061	0,653	0,093
	N	23	23	23	23	23	23	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Konsum von harten Drogen	r	0,355	0,365	0,029	0,422	0,388	0,145	0,282	0,311	-0,160	0,344	0,240	-0,316	0,059	0,047	0,044	0,013	0,197	-0,477	0,293	-0,431	0,331
	p 2-seitig	0,096	0,087	0,897	0,045	0,067	0,508	0,216	0,170	0,489	0,127	0,294	0,163	0,801	0,839	0,851	0,954	0,391	0,029	0,197	0,051	0,142
	N	23	23	23	23	23	23	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

**Tabelle 3: Übersicht über die eingeschlossenen Variablen in den beiden Matching-Scores**

Datenbank	Matching-Score 1	Matching-Score 2
INKAR	– Bundesland	– Bundesland
	– Stadt- und Gemeindetyp <sup>1</sup>	– Stadt- und Gemeindetyp <sup>1</sup>
	– Entwicklung der Gemeinde <sup>2</sup>	– Entwicklung der Gemeinde <sup>2</sup>
	– Langzeitarbeitslose <sup>3</sup>	– Langzeitarbeitslose <sup>3</sup>
	– Steuerkraft <sup>4</sup>	– Steuerkraft <sup>4</sup>
	– Arbeitslosigkeit <sup>5</sup>	
	– Anteil arbeitsloser Ausländer*innen <sup>6</sup>	
	– Gestorbene <sup>7</sup>	
	– Einwohnerdichte <sup>8</sup>	
PKS		– Erreichbarkeit von Krankenhäusern <sup>9</sup>
		– Kriminalität <sup>10</sup>
		– Ladendiebstahlsrate <sup>11</sup>
		– Faktorvariable Vandalismus
		– Faktorvariable Drogenkonsum

INKAR = Indikatoren und Karten zur Stadt- und Raumentwicklung. PKS = Polizeiliche Kriminalstatistik.

<sup>1</sup> Großstädte, Mittelstädte, größere Kleinstädte, kleinere Kleinstädte, Landgemeinden; <sup>2</sup> Stark schrumpfend, schrumpfend, stabil, wachsend, stark wachsend, gemeindefreies Gebiet; <sup>3</sup> Anteil der Arbeitslosen, 1 Jahr und länger arbeitslos, an den Arbeitslosen; <sup>4</sup> Gemeindliche Steuerkraft in € je Einwohner; <sup>5</sup> Arbeitslose je 1.000 Einwohner\*innen im erwerbsfähigen Alter; <sup>6</sup> Anteil der arbeitslosen Ausländer\*innen an den Arbeitslosen; <sup>7</sup> Gestorbene je 1.000 Einwohner; <sup>8</sup> Einwohner\*innen je km<sup>2</sup>; <sup>9</sup> Durchschnittliche PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten; <sup>10</sup> Pro 100.000 Einwohner\*innen; <sup>11</sup> 0-17 Jahre pro 100.000 Einwohner\*innen dieser Altersgruppe.

### 3.3.1.2 Partizipation im Rahmen von Fokusgruppensitzungen

Alle Kommunen, die bis zum 15.01.2021 ihr Interesse an der Studienteilnahme bekundet haben, wurden zu einem von 10 möglichen Online-Fokusgruppenterminen (jeweils 60 Minuten) eingeladen. Konkret wurden pro Kommune zwei Expert\*innen pro 100.000 Einwohner\*innen eingeladen, wovon die Hälfte der Personen aus dem Schulbereich kommen sollte. Die Einladungen enthielten auch eine Studieninformation und eine Datenschutzerklärung. Im Rahmen dieser Online-Fokusgruppen wurden die Expert\*innen über die verschiedenen geplanten Erhebungen informiert und es wurde mit ihnen besprochen, wie die Ziele der Studie erreicht werden können bzw. wie die Erhebungen vor Ort möglichst optimal zu realisieren sind. An insgesamt 9 realisierten Fokusgruppenterminen beteiligten sich insgesamt 60 Expert\*innen aus 29 Kommunen. Für die weitere Studienplanung (Überarbeitung des Erhebungszeitplans und der Erhebungsinstrumente sowie die Erstellung und Verbreitung weiterer Informationsmaterialien bezüglich der Studie) konnten zahlreiche Hinweise von den Expert\*innen berücksichtigt werden. Zudem haben sich die Teilnehmer\*innen der Fokusgruppen dazu bereit erklärt, uns beim weiteren Feldzugang zu unterstützen (z.B. Kontakte zu weiteren Schulen und lokalen Schlüsselpersonen/Expert\*innen herzustellen).

### 3.3.2 Hauptphase

Wie dem in **Abschnitt 1.3** vorgestellten logischen Modell zu entnehmen ist, gingen wir aufgrund der Ergebnisse aus der CYDS davon aus, dass sich im Zeitraum von 9 bis 24 Monaten nach Einführung von CTC zunächst messbare Effekte auf der Makro- und Meso-Ebene (Qualität des Präventionsnetzwerks und Output des Präventionsnetzwerks) zeigen, etwa 36 Monate nach Einführung von CTC Effekte auf Ebene der kontextbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren erkennbar werden und erst ab etwa 48 Monaten nach Einführung von CTC Effekte auf jugendliches Problemverhalten gemessen werden können. Wir haben die Studie entsprechend als Langzeitstudie geplant und dies so auch dem BMBF kommuniziert. Im Folgenden wird die Hauptphase der Studie bis zum Ende des BMBF-Förderzeitraums beschrieben. Die Studie soll jedoch darüber hinaus weitergeführt werden und wir bemühen uns um entsprechende Anschlussfinanzierungen.

## CTC-EFF: Effektivität des kommunalen Präventionssystems Communities That Care

In der Hauptphase (Förderzeitraum: Oktober 2020 – September 2023 plus Verlängerung bis Dezember 2023) erfolgten spezifische Datenerhebungen zu den genannten Wirkebenen. Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind übersetzte und auf Deutschland adaptierte Fassungen der Instrumente aus der CYDS. Diese Instrumente wurden (mit Ausnahme der CRD), wie in **Abschnitt 1.2** beschrieben, bereits im Zuge der Einführung von CTC in Deutschland in einer Machbarkeitsstudie übersetzt, einem kognitiven Pretest unterzogen und adaptiert. Für die CTC-EFF-Studie haben wir allerdings alle bereits übersetzten Instrumente erneut geprüft, überarbeitet und kognitiven Pretests unterzogen. Die Instrumente für die Schüler\*innenbefragung entstammen der Niedersachsenweiten-Befragung. Für die 5. Klassen wurde eine angepasste Version erstellt. Die Einzelinstrumente für das CRD haben wir im Rahmen der CTC-EFF-Studie erstmals ins Deutsche übersetzt, an den deutschen Kontext angepasst und kognitive Pretests durchgeführt. Die Instrumente werden im Folgenden noch erläutert. Zunächst gibt **Abb. 6** einen Überblick zu den geplanten Zeitpunkten der Erhebungen. An dieser Stelle sei bereits angemerkt, dass aufgrund der Pandemie der Zeitplan während des Studienverlauf mehrmals angepasst werden musste. **Abb. 7** zeigt den tatsächlichen Ablauf der Erhebungen.

Kalenderjahr -->		2020												2021												2022												2023																																			
Kalendermonat -->		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9																														
Studienphase -->		Vorphase																																				Hauptphase																																			
Schuljahre -->		Schuljahr 2019/20												Schuljahr 2020/21												Schuljahr 2021/22												Schuljahr 2022/23																																			
Studienarme	Interventionsgruppe*	MBT***												CKI CRD KIJu MBT CBI												MBT CBI												CKI CRD KIJu MBT CBI																																			
	Kontrollgruppe**													CKI CRD KIJu																								CKI CRD KIJu																																			

### Legende

\*Kommunen, die den CTC-Prozess bis spätestens 31.1.2021 gestartet und noch nicht mit CTC-Phase 5 (Umsetzung Aktionsplan) begonnen haben.

\*\*Kommunen, die nach einem anderen Ansatz als CTC Prävention betreiben (Prevention as Usual)

\*\*\*Wird von Interventionskommunen, die den CTC-Prozess 2020 oder früher gestartet haben, ex-post übermittelt.

■ Instrumente Effectiveness-Evaluation: CKI = Community Key Informant Interview, CRD = Community Resource Documentation, KIJu = Kinder- und Jugendsurvey

■ Instrumente Prozessevaluation: MBT = Milestones & Benchmarks, CBI = Community Board Interview

**Abb. 6: Erhebungsplan mit Erhebungsinstrumenten nach Erhebungszeiträumen und Studiengruppe**

Studienkommunen	2020												2021												2022												2023												2024				
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5			
	Vorphase												Schuljahr 2020/21												Schuljahr 2021/22												Schuljahr 2022/23												Schuljahr 2023/24				
Kommunen mit CTC-Ansatz*													CKI CRD KIJu MBT CBI												MBT CBI												CKI CRD KIJu												MBT CBI				
Kommunen mit anderem Ansatz													CKI CRD KIJu																								CKI CRD KIJu																

### Legende

\*Kommunen, die den CTC-Prozess bis spätestens 31.1.2021 gestartet und noch nicht mit CTC-Phase 5 (Umsetzung Aktionsplan) begonnen haben.

■ Instrumente Effectiveness-Evaluation: CKI = Community Key Informant Interview, CRD = Community Resource Documentation, KIJu = Kinder- und Jugendsurvey (Panel u. Querschnitt)

■ Instrumente Prozessevaluation: MBT = Milestones & Benchmarks, CBI = Community Board Interview

**Abb. 7: Tatsächlicher Ablauf der Erhebungen**

Um den Feldzugang anzubahnen, haben wir alle Kommunen (gezielt Vertreter\*innen der Gemeindeverwaltung, der Präventionsakteure, der Schülermitverantwortung, der Elternbeiräte und des Schulpersonals), die Interesse an der Studienteilnahme geäußert haben, zu einem Kick-off-Event (Hybrides

Format) am 23.03.2021 eingeladen. Die Einladung erfolgte zum einen per E-Mail an die Bürgermeister\*innen und alle Personen aus den Kommunen, mit denen wir bereits in Kontakt standen, mit der Bitte, diese weiterzuleiten. Zum anderen haben wir an die lokalen Tageszeitungen eine Presseinformation verschickt, um die lokale Bevölkerung über die Möglichkeit der Teilnahme an dem Event zu informieren.

Im Folgenden werden die in **Abb. 6** aufgeführten Erhebungsinstrumente vorgestellt und die damit zu befragenden Personengruppen genannt.

**Community Key Informant Interviews (CKI):** In jeder Studienkommune sollten abhängig von der Größe der Kommune 10-20 lokale Schlüsselakteure (z.B. Bürgermeister\*in, Ressortleiter\*innen, Schulleiter\*in, Lehrkräfte, Leiter\*innen von Jugend- und Sozialeinrichtungen, Polizeidirektor\*in, Ehrenamtliche) zweijährlich zu folgenden Aspekten in ihrer Gemeinde befragt werden:

- ✓ Wissenschaftsbasierte Präventionsarbeit
- ✓ Interorganisationaler und intersektoraler Zusammenarbeit für Prävention
- ✓ Bürgerlichem Engagement und Finanzierung für die lokale Präventionsarbeit
- ✓ Einstellungen der Bürger\*innen und Entscheidungsträger\*innen zur Präventionsstrategie der Kommune

Die Befragung wurde primär telefonisch durchgeführt (Dauer 30-45 Minuten), konnte aber auf Wunsch der Studienteilnehmenden auch per Online-Fragebogen erfolgen.

**Community Resource Documentation (CRD):** In jeder Studienkommune sollten zweijährlich alle lokalen PGF-Akteure zu den durchgeführten Präventionsmaßnahmen und -programmen in der Kommune telefonisch interviewt und online befragt werden. Ziel war eine Bestandsaufnahme aller PGF-Aktivitäten die auf jugendliches Problemverhalten wirken könnten. Damit wurden primär Daten zu folgenden Aspekten erhoben:

- ✓ Anzahl und Bezeichnung/Markennamen laufender Programme/Maßnahmen
- ✓ Aspekte der Umsetzungsqualität der laufenden Programme/Maßnahmen
- ✓ Anzahl der mit den laufenden Programmen/Maßnahmen erreichten Personen
- ✓ Personeller Aufwand und Kosten für die Programme/Maßnahmen

**CTC-Kinder- und Jugendsurvey (KiJu):** In jeder Studienkommune sollten durch die Universität Hildesheim 2021 und 2023 Querschnittbefragungen bei den Schüler\*innen der 6., 8., 10. und 11. Klasse aller Schulen in der jeweiligen Kommune organisiert werden sowie ggf. auch in Schulen außerhalb der jeweiligen Kommune, die von Kindern und Jugendlichen der jeweiligen Studienkommune besucht werden. Zum anderen sollten Längsschnittbefragungen bei den Schüler\*innen durchgeführt werden, die im Schuljahr 2020/21 die 5. Klasse besuchen. Die Fragebögen für die Längsschnittbefragung waren für die jüngere Altersgruppe angepasst. Um eine Verknüpfbarkeit der Längsschnittdaten zu gewährleisten, erhielt jede/r Schüler\*in einen Befragungscode. Die Befragung dauerte jeweils etwa 45 Minuten und wurde im Rahmen einer Schulstunde als Online-Befragung durchgeführt. Für alle Schüler\*innen musste die Zustimmung<sup>6</sup> der Erziehungsberechtigten vorliegen. Die Schüler\*innen selbst hatten ebenfalls die Möglichkeit die Befragung abzulehnen. In der Befragung wurden primär Daten zu sozialräumlichen, familiären, schulbezogenen, peerbezogenen und individuellen Risiko- und Schutzfaktoren erhoben sowie bestimmte Risikoverhaltensweisen und Informationen zur Gesundheit und Wohlbefinden der Schüler\*innen. Pandemiebedingt (Schulschließungen etc.) konnte die erste Befragung erst im November 2021 starten und der Erhebungszeitraum musste mehrfach verlängert werden, da die Abläufe in den Schulen nachhaltig von der Pandemie beeinträchtigt waren. Abschließend ist anzumerken, dass

---

<sup>6</sup> Diese Zustimmungen verbleiben bei den Schulen.

in der zweiten Erhebungswelle nur die Schüler\*innen aus der Längsschnittbefragung befragt werden konnten. Eine Querschnittsbefragung war aufgrund von Verzögerungen der Bewilligung einer kostenneutralen Verlängerung und der damit einhergehenden fehlenden Planungssicherheit nicht möglich.

**Community Board Interview (CBI):** In den CTC-Kommunen sollten die Mitglieder des aufgebauten Gebietsteams 2021, 2022 und 2023 online oder telefonisch zur Entwicklung und Aufrechterhaltung ihres Teams befragt werden. Ergänzend hierzu sollten die lokalen CTC-Koordinator\*innen der MHH vierteljährlich standardisierte Aufzeichnungen zu den Aktivitäten des Gebietsteams und jährlich eine Dokumentation zum Umsetzungsgrad des Handlungs-, Implementierungs- und Evaluierungsplanes schicken. Hier ist anzumerken, dass es den CTC-Kommunen während der Pandemiejahre (2020 bis 2022) gar nicht oder nur ansatzweise gelungen ist, diese Teams aufzubauen und mit diesen aktiv zu arbeiten. Dementsprechend konnte die geplante Datensammlung nur ansatzweise und mit zeitlicher Verzögerung umgesetzt werden.

**Milestones & Benchmarks-Tool (MBT):** Mit dem MBT sollten die lokalen CTC-Koordinator\*innen dokumentierten, wie gut ihrer Einschätzung nach die für die einzelnen CTC-Phasen vorgegebenen Meilensteine und Benchmarks in ihrer Kommune erreicht wurden und bei welchen es Schwierigkeiten gab. Diese Ratings sollten von den CTC-Trainer\*innen und Wissenschaftler\*innen der MHH durchgeführt werden, um die Implementation des CTC-Prozesses intersubjektiv einschätzen zu können. Auch hier war pandemiebedingt eine erste Erhebung erst ab Sommer 2022 sinnvoll und nur bedingt möglich.

### 3.4 Fallzahlplanung und Studienteilnehmer\*innen

Im Folgenden werden die Fallzahlenplanung und die Charakterisierung der Studienteilnehmer\*innen für jede der fünf Erhebungen vorgestellt. Dabei wird mit dem Kinder- und Jugendsurvey für die Längsschnittdatenerhebung (Schüler\*innen-Kohorte) angefangen, weil die Planungen der anderen Erhebungen auf der mit dieser Planung ermittelten Anzahl an Studienkommunen (Cluster) aufbauen. Darüber hinaus haben wir noch eine andere Methode zur Stichprobengrößenberechnung verwendet und diese Vorgehensweise sowie deren Ergebnisse publiziert (Röding et al. 2021b).

#### CTC-Kinder- und Jugendsurvey

Die Stichprobengrößen für das Kohorten- und das wiederholte Querschnittsdesign wurden getrennt berechnet, obwohl sie weitgehend auf den gleichen Annahmen beruhen (s. Röding et al., 2021). In Anbetracht der heterogenen Effekte des CYDS in den verschiedenen Nachbeobachtungsintervallen gingen wir von kleinen Effekten ( $d = 0,2$ ) für unsere primären Outcomes sowohl im Kohorten- als auch im wiederholten Querschnittsdesign aus sowie einer Typ-1-Fehlerrate von 5 %, einer gewünschten Power von 80 %,  $SD = 1$ , keiner Anpassung für Kovariaten und einer Intraklassen-Korrelation von 0,013 und a priori Matching der Kommunen mit einer Korrelation zwischen den Matching-Faktoren und dem Outcome von 0,1 (Individualebene) und 0,3 (Clusterebene). Für das Kohortendesign basierte die Berechnung auf einer Nettodifferenz unter der Annahme einer durchschnittlichen Anzahl von 150 Personen pro Cluster (Gemeinde) und einer Korrelation über die Zeit für die Ergebnisvariable von 0,7 (Individualebene) und 0,6 (Clusterebene). Für das Querschnittsdesign basierte die Berechnung auf einer einfachen Differenz unter der Annahme einer durchschnittlichen Anzahl von 450 Individuen pro Cluster (Gemeinde). Beide Berechnungen führten zu einer erforderlichen Stichprobe von 14 Gemeinden (7 pro Bedingung). Die Stichprobe der Schüler\*innen für die Kohortenerhebung beträgt  $n = 2100$  und für die Querschnittserhebung  $n = 6300$ .

Die Rekrutierung der Schüler\*innen in den rekrutierten Gemeinden (deren Schulaufsichtsbehörden der Befragung zugestimmt hatten) erfolgte, indem wir zunächst die Teilnahmebereitschaft der Schulen abfragten. Die Schulen erhielten zunächst schriftliche Vorabinformationen und wurden telefonisch kontaktiert. Es wurde hierbei abgefragt mit wie vielen Klassen, die Schule teilnehmen würde und wer

die Ansprechpartner\*innen für die Befragung an der Schule wären. Zum Befragungsstart erhielten die Schulen ein Informationsschreiben (inklusive Studieninformation, Datenschutz- und Einwilligungserklärung) für die Eltern. Die Schüler\*innen konnten an der Befragung teilnehmen, wenn sie wollten und ihre Eltern schriftlich eingewilligt hatten. Die Schüler\*innen selbst erhielten zu Beginn des Fragebogens eine Studieninformation und Einverständniserklärung. Die Kinder erhielten keine Vergütung für ihre Teilnahme an der Befragung und konnten die Teilnahme jederzeit ohne Nachteile abbrechen. Die Befragungen waren für Sommer 2021 und 2023 im Rahmen einer Schulstunde geplant, fanden pandemiebedingt jedoch von November 2021 bis Mai 2022 und von November 2023 bis März 2024 statt.

### **Community Key Informant Interviews (CKI)**

Mit dem CKI wurden primär kommunenbezogene Daten (in Abgrenzung zu personenbezogene Daten) erhoben. Da es sich dabei um Informationen handelt, zu denen keine objektiven Daten vorliegen, sollten mit den Interviews zumindest intersubjektive Daten über den Untersuchungsgegenstand gewonnen werden. In der CYDS wurden dazu 15 Schlüsselpersonen pro Kommune interviewt. Eine Validierungsstudie aus Deutschland zur Erfassung ähnlicher kommunenbezogener Daten (Muellmann et al. 2021) untersuchte, wie viele Schlüsselpersonen interviewt werden müssen, um valide Werte zu erzielen. Diese Studie zeigt, dass sich ab nach dem zehnten Interview kaum noch Verbesserungen hinsichtlich des intersubjektiven Index zeigen. Wir strebten daher für das CKI pro Kommune 10 Teilnehmende an. Während der Projektlaufzeit neu hinzugewonnene wichtige Erkenntnisse zu dieser Fallzahlenkalkulation haben wir bereits veröffentlicht (Röding et al. 2023a). Wie oben begründet streben wir an, zwischen 24 und 40 Kommunen an der Studie teilnehmen zu lassen. Dementsprechend liegt die Gesamtzahl der zu interviewenden Schlüsselpersonen zwischen 240 und 400.

Die Interviews mit lokalen Schlüsselpersonen (z. B. Bürgermeister\*in, Ressortleiter\*innen, Schulleiter\*in, Lehrkräfte, Leiter\*innen von Jugend- und Sozialeinrichtungen, Polizeidirektor\*in, Ehrenamtliche) wurden im Sommer (von Anfang Mai bis Ende Juni) 2021 und 2023 primär als Computer Assisted Telephone Interviews und ggf. als ergänzendes Angebot als Online-Befragung mittels SoSciSurvey durchgeführt. Hierzu erhielten die zu Interviewenden vorab über unsere Ansprechpartner\*innen in den Kommunen eine Studieninformation und den Fragebogen inkl. Anhänge. Der Termin für das telefonische Interview wurde individuell abgestimmt. Die Befragung dauerte circa 45 Minuten bis maximal eine Stunde.

### **Community Resource Documentation (CRD)**

Mit der CRD wurde für jede Studienkommune eine Vollerhebung jener Präventionsprogramme und -maßnahmen angestrebt, die direkt oder indirekt (z.B. vermittelt über die Eltern oder Settings) auf Kinder und Jugendliche zielen. Das Sampling erfolgte größtenteils über ein Schneeballsystem, das mit Interviews der Schulleitungen und in der Prävention aktiven Lehrkräften sowie der Leitungen der Jugendämter und Ordnungsämter begann. In dem CRD-Interview wurde bei jedem Programm oder jeder Maßnahme, die für die Kommune angegeben wurde, gefragt, welche Stelle dafür zuständig ist (z.B. eine Krankenkasse, ein öffentlich-rechtlicher Sozialträger, ein Privatanbieter oder ein Amt) und ob wir Kontaktdaten zu dieser Stelle haben können. Daraufhin haben wir diese Stellen kontaktiert, um detaillierte Informationen über die Programme und/oder Maßnahmen zu erfassen. Wir planten mit durchschnittlich 15 zu interviewenden Personen pro Kommune. Wie oben begründet, strebten wir an, zwischen 24 und 40 Kommunen an der Studie teilnehmen zu lassen. Dementsprechend lag die angestrebte Gesamtzahl der zu interviewenden Schlüsselpersonen zwischen 360 und 600.

Für die Bestandsaufnahme kommunaler Präventionsressourcen wurden lokale Präventionsakteure in den Kommunen von Mai bis September 2021 und 2023 in Form von Computer Assisted Telephone Interviews und ggf. als ergänzendes Angebot als Online-Fragebogen mittels SoSciSurvey befragt.

Hierzu haben wir über unsere Ansprechpartner\*innen in den Kommunen vorab eine Studieninformation und den Fragebogen inkl. Anhänge an die zu Interviewenden zukommen lassen. Der Termin für das telefonische Interview wurde individuell mit den zu interviewenden Personen abgestimmt. Die Befragung dauerte durchschnittlich 45 Minuten.

### Community Board Interview (CBI)

Das CBI wurde ausschließlich in CTC-Kommunen durchgeführt und es wurden damit primär gruppen- und kommunenbezogene Daten (in Abgrenzung zu personenbezogene Daten) erhoben. Da es sich dabei um Informationen handelte, zu denen keine objektiven Daten vorliegen, sollten mit den Interviews zumindest intersubjektive Daten über den Untersuchungsgegenstand gewonnen werden. In der CYDS wurden dazu 10 Schlüsselpersonen pro Kommune interviewt. Eine Validierungsstudie aus Deutschland zur Erfassung ähnlicher gruppen- und kommunenbezogener Daten (Muellmann et al. 2020) hat untersucht, wie viele Akteure interviewt werden müssen, um valide Werte zu erzielen. Diese Studie zeigt, dass sich ab nach dem zehnten Interview kaum noch Verbesserungen hinsichtlich des intersubjektiven Index zeigen. Wir strebten für das CKI pro Kommune 10 Teilnehmer\*innen an. Wie oben begründet strebten wir an, zwischen 12 und 20 CTC-Kommunen an der Studie teilnehmen zu lassen. Dementsprechend lag die angestrebte Gesamtzahl zu interviewender Schlüsselpersonen zwischen 120 und 200.

### Milestones & Benchmarks-Tool (MBT)

Das MBT ist keine Befragung, die im Rahmen der Studie durchgeführt wurde, sondern ein Monitoring-Tool der lokalen CTC-Koordinator\*innen zur Steuerung und Überwachung des lokalen CTC-Prozesses. Mit den an der Studie teilnehmenden CTC-Kommunen wurde vereinbart, dass das Forschungsteam im September/Oktober eines jeden Jahres von lokalen CTC-Koordinator\*innen und der/die CTC-Multiplikator\*in<sup>7</sup> diese Dokumentation per E-Mail, per Post oder per Cloud<sup>8</sup> erhalten.

## 3.5 Zielgrößen und Validität der Verfahren

Die Zielgrößen werden im Folgenden nach der Reihenfolge dargestellt, die der im logischen Modell (Abb. 1) dargestellten Kausalkette entspricht.

### 3.5.1 Short-Term Outputs

Prüfziele der Short-Term Outputs sind, ob sich bei den Präventionsnetzwerken in den CTC-Kommunen das Team Functioning und die Coalition Capacity im Zeitverlauf verbessern. Zu Zeitpunkten und Dauer der entsprechenden Messungen siehe im **Abschnitt 3.3** die Erläuterungen zum Community Board Interview (CBI). Mit dem CBI sind für die Befragten keine Risiken verbunden. **Tab. 1** gibt einen Überblick zu den Coalition Capacity Scales und Team Functioning Scales sowie deren interne Konsistenz und prädiktive Validität.

**Tab. 1: Zielgrößen zu Short-Term Outputs und deren Bewertung**

Zielgrößen	Cronbachs $\alpha$	Prädiktive Validität
<b>Community Board Interview</b>		
Coalition Capacity Scales		Varianzaufklärung in Netto-Effekt auf Adoption of Science-Based Prevention
- Member Substantive Knowledge of Prevention	n.a. (5 Items)	5%

<sup>7</sup> Dies sind z.B. die beim Deutschen Präventionstrag angesiedelte CTC-Transferstelle oder der Landespräventionsrat Niedersachsen.

<sup>8</sup> Hierfür nutzen wir den Cloud-Dienst der Gesellschaft für wissenschaftliche Datenverarbeitung mbH Göttingen. Der Zugang zur Cloud wird über Mitarbeiter\*innen der MHH gegeben, dazu eine E-Mailadresse der lokalen CTC-Koordination benötigen.

- Member New Skill Acquisition	0,78 (3 Items)	10%
- Member Attitudes toward CTC	0,74 (7 Items)	2%
- Organizational Linkages to the Coalition	0,79 (13 Items)	22%
- Coalition Influence on Organizations	0,87 (7 Items)	3%
Team Functioning Scales		Varianzaufklärung in Coalition Capacity Scales 1 & 4
- Goal Directedness	0,69 (5 Items)	13% bzw. 29%
- Efficiency	0,80 (6 Items)	15% bzw. 33%
- Opportunities for Participation	0,65 (4 Items)	11% bzw. 25%
- Cohesion	0,64 (3 Items)	15% bzw. 29%
n.a. = nicht anwendbar.		

Die interne Konsistenz der Skalen ist mit Cronbachs Alpha-Werten zwischen 0,64 und 0,87 in einem akzeptablen bis guten Bereich (Shapiro et al. 2015a/b). Auch haben Shapiro et al. (2015a/b) die Kriteriumsvalidität für diese Skalen nachgewiesen. So zeigte sich, dass die Coalition Capacity Scales Prädiktoren des Netto-Effekts auf das ganz zentrale Mid-Term Output „Adoption of Science-Based Prevention“ sind (dies wird im Folgenden noch erläutert) und die Team Functioning Scales Prädiktoren der Coalition Capacity Scales sind.

Als mögliche Störgrößen erheben wir im CBI einige personenbezogene Daten zu den Befragten. Hierzu gehören die Wohndauer in der Kommune, die Dauer der Mitgliedschaft im Präventionsnetzwerk (CTC-Gebietsteam), Alter und Geschlecht des/der Befragten, ein möglicher Migrationshintergrund sowie den höchsten Bildungsabschluss. Bevor die Daten auf die kommunale Ebene aggregiert werden, wird untersucht, ob die Messwerte bezüglich dieser Merkmale adjustiert werden müssen, um Verzerrungen entgegenzuwirken. Zudem nutzen wir kommunenbezogene Daten der amtlichen Statistik um Kontextfaktoren aus dem Bereich Wirtschaft, Infrastruktur und Soziodemographie als Begleit- und Störgrößen zu berücksichtigen, die in Zusammenhang mit diesen Zielgrößen stehen könnten.

### 3.5.2 Mid-Term Outputs

Bei den Mid-Term Outputs sind die Prüfziele, ob sich die CTC-Kommunen von den Nicht-CTC-Kommunen hinsichtlich der intendierten Systemtransformation unterscheiden. Diese wird dabei über die Konstrukte Adoption of the Science-Based Approach of Prevention, Zusammenarbeit für Prävention, intersektorale Kooperationen für Prävention sowie Unterstützung der Präventionsarbeit im Zeitverlauf gemessen. Zu Zeitpunkten und Dauer der entsprechenden Messungen siehe im **Abschnitt 3.3** die Erläuterungen zum Community Key Leader Interview (CKI). Mit dem CKI sind für die Befragten keine Risiken verbunden. **Tab. 2** gibt einen Überblick zu diesen vier Konstrukten, deren interne Konsistenz und prädiktive Validität.

**Tab. 2: Zielgrößen zu Mid-Term Outputs und deren Bewertung**

Zielgrößen	Cronbachs $\alpha$	Prädiktive Validität*
<b>Community Key Information Interview</b>		
Adoption of Science-Based Prevention-Score: Stufe 1: Kenntnis bestimmter Präventionsbegriffe und -konzepte	n.a.	39% (96%)

Stufe 2: Risiko-/Schutzfaktorenmodell (RS/SF) als Planungsbasis		
Stufe 3: Epidemiologische Bedarfsermittlung zu RS/SF		
Stufe 4: Bedarfsorientierte Auswahl evidenzbasierter Programme		
Stufe 5: Monitoring und Evaluation implementierter Programme		
Zusammenarbeit für Prävention	0,92 (9 Items)	n.s. (n.s.)
Intersektorale Zusammenarbeit	0,72 (7 Items)	n.s. (n.s.)
Unterstützung für Prävention aus der Kommune	0,77 (10 Items)	38% (n.s.)
* Varianzaufklärung als direkter Effekt des Konstrukts auf die Veränderungen jugendlichen Problemverhaltens sowie in Klammern als Mediation des Netto-Effekts von CTC auf Problemverhalten n.a. nicht anwendbar; n.s. nicht signifikant		

Die interne Konsistenz der Skalen ist mit Cronbachs Alpha-Werten zwischen 0,72 und 0,92 in einem guten bis sehr guten Bereich (Brown et al. 2014). Zudem haben Brown et al. (2014) eine Kriteriumsvalidität für zwei dieser vier Konstrukte nachweisen können. So zeigte sich, dass der Adoption of Science-Based Prevention-Score 39% der Varianz in der Veränderung des jugendlichen Problemverhaltens aufklären konnte und der Netto-Effekt von CTC auf jugendliches Problemverhalten zu 96% über die Veränderungen dieses Scores zu erklären ist. Dies spricht dafür, dass dieses Konstrukt das zentrale medierende Glied zwischen den Interventionsbedingungen (CTC vs. Nicht-CTC) und den von CTC erzielten Netto-Effekten ist. Für das Konstrukt Unterstützung für Prävention aus der Kommune wurde ein direkter Effekt auf die Veränderung jugendlichen Problemverhaltens gefunden. Für die anderen beiden Konstrukte wurde in der US-amerikanischen Studie weder ein direkter noch ein indirekter Effekt auf das Outcome gefunden. Dies könnte in Deutschland allerdings anders sein, weshalb wir diese Zielgrößen in unserer Studie erheben.

Eine Validierungsstudie aus Deutschland zur Erfassung ähnlicher kommunenbezogener Daten (Muellmann et al. 2020) zeigt, dass sich mit zehn Interviews bereits ein valider Index für eine Kommune berechnen lässt. Wir streben für das CKI pro Kommune 10-15 Befragte an.

Als mögliche Störgrößen erheben wir im CKI einige personenbezogene Daten zu den Befragten. Hierzu gehören die Wohndauer in der Kommune, die Dauer der beruflichen Position, die die Person als Key Leader auszeichnet, Alter und Geschlecht, ein möglicher Migrationshintergrund sowie dem höchsten Bildungsabschluss. Bevor die Daten auf die kommunale Ebene aggregiert werden, wird untersucht, ob die Messwerte bezüglich dieser Merkmale adjustiert werden müssen, um Verzerrungen entgegenzuwirken. Ferner erheben wir im CKI Ereignisse (z.B. lokaler Umweltschaden, Schließung großer Betriebe), die einen Einfluss auf diese Zielgrößen haben können. Auch nutzen wir kommunenbezogene Daten der amtlichen Statistik um Kontextfaktoren aus dem Bereich Wirtschaft, Infrastruktur und Soziodemographie als Begleit- und Störgrößen zu berücksichtigen, die in Zusammenhang mit diesen Zielgrößen stehen könnten.

### 3.5.3 Long-Term Outputs

Hinsichtlich der Long-Term Outputs sind die Prüfziele, ob die CTC-Kommunen im Vergleich zu den Nicht-CTC-Kommunen im zeitlichen Verlauf a) eine größere Anzahl evidenzbasierter Programme einführen und b) mit ihren Programmen eine höhere Zielgruppenerreichung erzielen. Zu Zeitpunkten und Dauer der diesbezüglich durchzuführenden Messungen siehe im **Abschnitt** Erhebungsmethoden und -ablauf **3.3** die Erläuterungen zur Community Resource Documentation (CRD). Mit dem CRD sind für die

Befragten keine Risiken verbunden. Wie **Tab. 3** zeigt, liegen keine statistischen Kenngrößen zur Validität dieser Zielgrößen vor. Fagan et al. bewerten die Validität des CRD wie folgt (Fagan et al. 2011):

*„We found that all of the programs funded by the study in CTC communities were identified through the CRD Program Interviews and all but one were identified through the Teacher Surveys, which provides some confidence in the validity of the findings.“ (Fagan et al. 2011: 11)*

**Tab. 3: Zielgrößen zu Long-Term Outputs und deren Bewertung**

Zielgrößen	Cronbachs $\alpha$	Validität
<b>Community Resource Documentation</b>		
Name des Programms, ist es evidenzbasiert	n.a.	f.i.
Wie war die Zielgruppenerreichung	n.a.	f.i.
n.a. = nicht anwendbar; f.i. = fehlender Informationen		

Als mögliche Begleit- und Störgrößen erheben wir im CKI Ereignisse (z.B. lokaler Umweltschaden, Schließung großer Betriebe), die einen Einfluss auf diese Zielgrößen haben können. Auch nutzen wir kommunenbezogene Daten der amtlichen Statistik um Kontextfaktoren aus dem Bereich Wirtschaft, Infrastruktur und Soziodemographie als Begleit- und Störgrößen zu berücksichtigen, die in Zusammenhang mit diesen Zielgrößen stehen könnten.

### 3.5.4 Intermediate Outcomes

Bezüglich der intermediate Outcomes sind die Prüfziele, ob sich die Risiko- und Schutzfaktoren sowie die gesundheitsrelevanten und Problemverhaltensweisen, Opfererfahrung und Wohlbefinden bei den Jugendlichen in den CTC-Kommunen stärker in die erwünschte Richtung entwickeln als in den Nicht-CTC-Kommunen. Die Veränderungen der Risiko- und Schutzfaktoren sind für den vom BMBF finanzierten Untersuchungszeitraum das primäre Outcome, weil sich hier erwartungsgemäß messbare Effekte bereits ab 36 Monaten nach Einführung von CTC zeigen, während bei gesundheitsrelevanten und Problemverhaltensweisen erst ab 48 Monaten nach Einführung von CTC messbare Effekte zu erwarten sind. Zu Zeitpunkten und Dauer der Messungen zu den Risiko- und Schutzfaktoren sowie den gesundheitsrelevanten und Problemverhaltensweisen siehe im **Abschnitt 3.3** die Erläuterungen zum Kinder- und Jugendsurvey (KiJu). Mit dem KiJu sind für die Befragten keine Risiken verbunden. **Tab. 4** gibt einen Überblick zu diesen Outcome-Parametern, deren interne Konsistenz und Kriteriumsvalidität. Diese Werte basieren auf Querschnittsdaten (n = 3.870), die in der Stadt Braunschweig erhoben und von Termöhlen (unveröffentlicht) im Rahmen einer Masterthesis 2019 analysiert wurden.

**Tab. 4: Zielgrößen zu Intermediate Outcomes und deren Bewertung**

Zielgrößen	Cronbachs $\alpha$	Konkurrente Validität*
<b>Kinder- und Jugendsurvey</b>		
Substanzkonsum	0,94 (7 Items)	f.i.
Delinquenz	0,76 (8 Items)	f.i.
<b>Risiko- und Schutzfaktoren (RF und SF) Kommune</b>		
– RF: Geringe Nachbarschaftsbindung	0,83 (3 Items)	1,31 [1,05-1,36]; 1,48 [1,21-1,82]
– RF: Gesetze und Normen, die den Drogenkonsum begünstigen	0,76 (7 Items)	1,28 [1,03-1,59]; 1,54 [1,25-1,89]
– RF: Wahrgenommene Verfügbarkeit von Drogen	0,75 (3 Items)	2,90 [2,31-3,63]; 2,48 [2,01-3,07]

– SF: Möglichkeiten für prosoziales Engagement	0,67 (6 Items)	n.s.; n.s.
– SF: Belohnungen für prosoziales Engagement	0,82 (3 Items)	n.s.; n.s.
<i>Schule</i>		
– RF: Geringes Engagement in der Schule	0,65 (6 Items)	1,77 [1,42-2,21]; 1,65 [1,34-2,03]
– RF: Akademisches Versagen	0,68 (2 Items)	1,73 [1,39-2,16]; 1,48 [1,20-1,83]
– SF: Sicherheit in der Schule	0,56 (5 Items)	0,60 [0,43-0,83]; 0,67 [0,48-0,94]
– SF: Belohnungen für prosoziales Engagement	0,67 (4 Items)	0,60 [0,48-0,74]; 0,55 [0,44-0,67]
<i>Familie</i>		
– RF: Schlechtes Familienmanagement	0,67 (6 Items)	2,13 [1,70-2,67]; 1,66 [1,35-2,05]
– RF: Familienkonflikt	0,74 (3 Items)	n.s.; 1,43 [1,16-1,75]
– SF: Verbundenheit	0,72 (4 Items)	0,76 [0,61-0,95]; n.s.
– SF: Möglichkeiten für prosoziales Engagement	0,65 (3 Items)	n.s.; n.s.
– SF: Zusammenhalt	0,68 (4 Items)	0,76 [0,61-0,95]; n.s.
<i>Peers/Individuum</i>		
– RF: Rebellion	0,69 (3 Items)	2,05 [1,65-2,55]; 1,95 [1,57-2,42]
– RF: Einstellungen, die antisoziales Verhalten begünstigen	0,75 (4 Items)	1,81 [1,46-2,25]; 1,52 [1,23-1,87]
– RF: Einstellungen, die den Drogenkonsum begünstigen	0,79 (3 Items)	5,88 [4,66-7,43]; 7,04 [5,63-8,81]
– RF: Interaktion mit antisozialen Gleichaltrigen	0,66 (3 Items)	n.s.; n.s.
– RF: Drogenkonsum von Freunden	0,79 (3 Items)	7,08 [5,58-8,98]; 6,35 [5,09-7,93]
– RF: Belohnungen für antisoziales Engagement	0,89 (3 Items)	3,89 [3,10-4,88]; 5,30 [4,26-6,59]
– RF: Sensation Seeking	0,65 (3 Items)	2,70 [2,15-3,38]; 1,86 [1,51-2,29]
– SF: Soziale Fähigkeiten	0,66 (4 Items)	0,38 [0,30-0,48]; n.s.
– SF: Religiöse Beteiligung	n.a. (1 Item)	0,57 [0,46-0,71]; 0,62 [0,50-0,76]
– SF: Glaube an die moralische Ordnung	0,60 (4 Items)	0,32 [0,25-0,41]; 0,50 [0,40-0,61]
– SF: Interaktion mit prosozialen Gleichaltrigen	0,50 (3 Items)	0,71 [0,57-0,88]; 0,52 [0,43-0,64]
*Konkurrente Validität am Beispiel der 4-Wochen-Prävalenz für Binge Drinking. Berichtet werden unadjustierte Odds Ratios und 95%-Konfidenzintervalle für Jungen und Mädchen. n.a. = nicht anwendbar; f.i. = fehlende Informationen		

Die interne Konsistenz der Skalen ist mit Cronbachs Alpha-Werten zwischen 0,50 und 0,94 teils in einem nicht akzeptablen Bereich, größtenteils aber in einem akzeptablen (>0,6) und teils sogar in einem sehr guten (>0,8) Bereich. Bezüglich der konkurrenten Validität der Risiko- und Schutzfaktoren zeigt sich in der Analyse von Termöhlen (unveröffentlicht), dass die absolute Mehrheit dieser Skalen mit allen fünf untersuchten Outcome-Parametern zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen assoziiert ist. In **Tab. 4** werden exemplarisch die Assoziationen mit der 4-Wochen-Prävalenz von Binge Drinking berichtet.

Als Begleit- und Störgrößen zu diesen Zielgrößen werden im KiJu soziodemographische Charakteristika (Alter, Geschlecht, Ethnie, Zusammensetzung der Familie, Bildung der Eltern) der Kinder und Jugendlichen miterhoben. Ferner werden kommunenbezogene Daten der amtlichen Statistik aus dem Bereich Wirtschaft, Infrastruktur und Soziodemographie als Begleit- und Störgrößen berücksichtigt, die in Zusammenhang mit diesen Zielgrößen stehen könnten.

### 3.5.5 Long-Term Outcome

Long-Term Outcomes wurden in dieser Studie nicht erhoben, aber, falls die Studie nach Ende der Finanzierung durch das BMBF (Dezember 2023) weitergeführt werden könnte, könnten diese über eine retrospektive Analyse entsprechender Sekundärdaten untersucht werden. Long-Term Outcomes sind in dieser Studie Parameter zur psycho-sozialen und physischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Beispielsweise wurde in einer australischen Längsschnittstudie von Berecki-Gisolf et al. die Effektivität von CTC anhand kleinräumig aggregierter Daten zur Inzidenz unfallbedingter Krankenhauseinweisungen bei Jugendlichen untersucht (Berecki-Gisolf et al. 2020). Im Idealfall könnte man für diese retrospektiven Analysen Krankenkassendaten der dann Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus den Studienkommunen beschaffen. Entsprechende Möglichkeiten werden von Swart et al. (2011) dargestellt. Für die Weiterführung dieser Studie wäre erneut ein Ethikvotum einzuholen.

### 3.5.6 Gesundheitsökonomische Evaluation

Die Prüfziele der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Hauptphase der Studie bezogen sich auf die Kosten-Effektivitäts-Relation des CTC-Prozesses. Hierzu wurden Zielgrößen zum Ressourcenaufwand für die Umsetzung des CTC-Prozesses erhoben, die die personellen (Personalaufwand) und materiellen (Sachaufwand) Ressourcen abbilden. Die Erhebung des Personal- und Sachaufwands erfolgt über Zusatzmodule der in **Abschnitt 3.3.2** bereits beschriebenen Instrumente CBI und CRD. Demselben Abschnitt sind Zeitpunkte und Dauer der diesbezüglich durchzuführenden Messungen zu entnehmen. Mit dem CBI und CRD sind für die Befragten keine Risiken verbunden. **Tab. 5** gibt einen Einblick, welche Zielgrößen erhoben werden.

**Tab. 5: Beispiele für Ressourcenaufwand**

Gesundheitsökonomische Evaluation	
Personalaufwand	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Koordination</li> <li>– Teilnahme an Meetings</li> <li>– Bedarfsermittlung (Durchführung und Teilnahme an Befragungen)</li> <li>– Schulungen kommunaler Mitarbeiter</li> <li>– Planung und Implementation von Maßnahmen</li> </ul>
Sachaufwand	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Materialien für Präventionsmaßnahmen</li> <li>– Infrastruktur</li> <li>– Reisekosten</li> </ul>

In einer bislang noch ausstehenden Kosten-Effektivitäts-Analyse könnten die ermittelten Kosten für den CTC-Prozess der inkrementellen Effektivität der CTC-Kommunen (im Vergleich zu den Nicht-CTC-Kommunen) gegenübergestellt werden. Die genutzten Effektparameter sind hier die bereits dargestellten intermediate Outcomes (siehe **Abschnitt 3.5.4**).

Sollte die Studie nach dem Ende der Finanzierung durch das BMBF weitergeführt werden können, ist geplant, analog zu der gesundheitsökonomischen Evaluation der CYDS, eine Modellierung der langfris-

tigen Effekte (bspw. Folgeerkrankungen) und des langfristigen Nutzens (Lebensqualität, Lebenserwartung und monetärer Nutzen) anzuschließen (Kuklinski et al. 2013; Kuklinski et al. 2015; Kuklinski et al. 2012).

### 3.6 Auswertungsstrategie und statistische Verfahren

Im Folgenden wird die vorab geplante Auswertungsstrategie vorgestellt, die allerdings aufgrund der pandemiebedingten Verzögerungen in der Datenerhebung noch kaum umgesetzt werden konnte.

**Short-Term Outputs:** Mittels Pre-Post-Vergleichen (2021 vs. 2022 und 2021 vs. 2023) sollten in den CTC-Kommunen Veränderungen in der Coalition Capacity, im Team Functioning Building, dem Erreichen von Meilensteinen und Benchmarks untersucht werden. Hierfür sollten Mittelwertunterschiede mittels T-Test für verbundene Stichproben und approximativ Gaußtest für verbundene Stichproben untersucht sowie Anteilswertunterschiede mittels Differenztest für Anteilswertunterschiede für verbundene Stichproben werden.

**Mid-Term Outputs:** Es sollten Three-Level Hierarchical Generalized Linear Models, Poisson Models und Negative Binomial Models gerechnet werden, um zu untersuchen, ob sich die CTC-Kommunen und die Nicht-CTC-Kommunen in ihrer Entwicklung bezüglich der Adoption of the Science-Based Approach of Prevention, Zusammenarbeit für Prävention, intersektorale Kooperationen für Prävention sowie Unterstützung der Präventionsarbeit unterscheiden.

**Long-Term Outputs:** Für den Pre-Post-Vergleich (2021 vs. 2023) zu Veränderungen a) in der Anzahl in den beiden Studiengruppen implementierter evidenzbasierter Programme und b) der Zielgruppenerreichung durch implementierte Präventionsprogramme sollten Wilcoxon Signed Ranks Tests gerechnet werden.

**Intermediate Outcomes:** Die intermediate Outcomes sollten auf Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe geprüft werden, wobei entweder komplexe oder Mehrebenen-Strukturgleichungsmodelle verwendet werden sollten (Röding et al. 2021). Die Modelle sollten die genestete Datenstruktur von Schüler\*innen in Klassen/Schulen in Gemeinden in gematchten Paaren berücksichtigen. Außerdem sollten die Ausgangsniveaus der Ergebnisse in die Kohortenanalyse einbezogen werden. Die primäre Analyse sollten sich auf den Effekt von CTC auf die Outcomes auf Gemeindeebene konzentrieren. Als Sekundäranalysen sollten Mediations- und Moderationspfade sowie Effekte auf schulischer und individueller Ebene getestet werden.

**Gesundheitsökonomische Evaluation:** Zur Ermittlung der Kosten, die mit der Umsetzung des CTC-Prozesses verbunden sind, sollten der ermittelte Zeit- und Sachaufwand über Lohn- und Preisdokumentationen monetär bewertet werden. Die Kosten sollten auf verschiedenen Ebenen berechnet werden: 1) Mittelwert über alle CTC-Kommunen, 2) Mittelwert der Kosten pro Jugendlichen in den CTC-Kommunen, 3) Median der Kosten pro Jugendlichen in den CTC-Kommunen. Da sich die Größe der CTC-Kommunen zum Teil deutlich unterscheiden kann, einzelne Kostenparameter (z. B. CTC-Koordinatoren, Schulungen, Einführung von Präventionsmaßnahmen) aber unabhängig von der Anzahl an Jugendlichen innerhalb einer Kommune entstehen, sollten zusätzlich zum Mittelwert der Median berechnet werden, da dieser ein robusteres Lagemaß gegen Ausreißer ist. Zusätzlich sollte bestimmt werden, wie viel Anteil einzelne Kostenparameter an den Gesamtkosten für den CTC-Prozess haben. Um die Unsicherheiten der Kostenbestimmung sowie der inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Analyse abzubilden, sollten Konfidenzintervalle berechnet und Bootstrapping eingesetzt werden.

### 3.7 Datenmanagement und Dokumentation

Langfristig ist vorgesehen, dass gekürzte Fassungen der Analysedatensätze dem Langzeitarchiv der GESIS<sup>9</sup> – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften übergeben werden. Aus diesen Datensätzen werden alle Ortsmerkmale und Schulnamen entfernt, um die absolute Anonymität der Daten zu gewährleisten.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Prozessevaluation

Für die Prozessevaluation standen aus den folgenden Gründen nur 16 der ehemals 21 rekrutierten CTC-Kommunen zur Verfügung: (1) In Bayern konnten die jeweils zwei CTC- und Vergleichskommunen nicht an der Studie teilnehmen, weil die zuständige Schulaufsichtsbehörde in 2021 die für die CTC-EFF-Studie geplante Schülerbefragung nicht genehmigt hat. (2) In Niedersachsen haben sich in 2021 drei kleinere CTC-Gemeinden eines Landstrichs darauf geeinigt, zunächst nur ein CTC-Gebietsteam und eine CTC-Koordination für alle drei Gemeinden einzurichten. (3) In einer Großstadt, die in zwei Gebieten CTC-Teams aufbauen wollte und diese zwei Gebiete von uns als eigenständige CTC-Kommunen klassifiziert wurden, konnte aufgrund der Pandemie weder eine zweite CTC-Koordinatorin gewonnen noch in einem von beiden Gebieten ein Gebietsteam aufgebaut werden. In der Folge hat sich die amtierende CTC-Koordinatorin darauf beschränkt, nur ein Gebietsteam aufzubauen.

In der ersten Erhebungswelle (2022) stellten uns 12 der 16 lokalen CTC-Koordinator\*innen ein ausgefülltes Milestones & Benchmarks Tool (MBT) zur Verfügung. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 75 %. An dem Community Board Interview (CBI) nahmen 22 Gebietsteammitglieder aus 8 Gebietsteams teil. Für die Interpretation dieser Zahlen ist es wichtig zu wissen, dass uns die CTC-Koordinator\*innen zurückgemeldet hatten, sie hätten vor allem aufgrund der Pandemiebekämpfungsmaßnahmen kein Gebietsteam aufbauen können bzw. es seien gerade aufgebaute Gebietsteams derzeit vorübergehend inaktiv und nicht erreichbar. Die meisten CTC-Koordinator\*innen konnten in dieser Situation (2022) nicht einschätzen, wie viele Mitglieder ihr Gebietsteam umfasst. Daher konnten wir für 2022 keine Teilnahmequote auf Ebene der Gebietsteammitglieder berechnen.

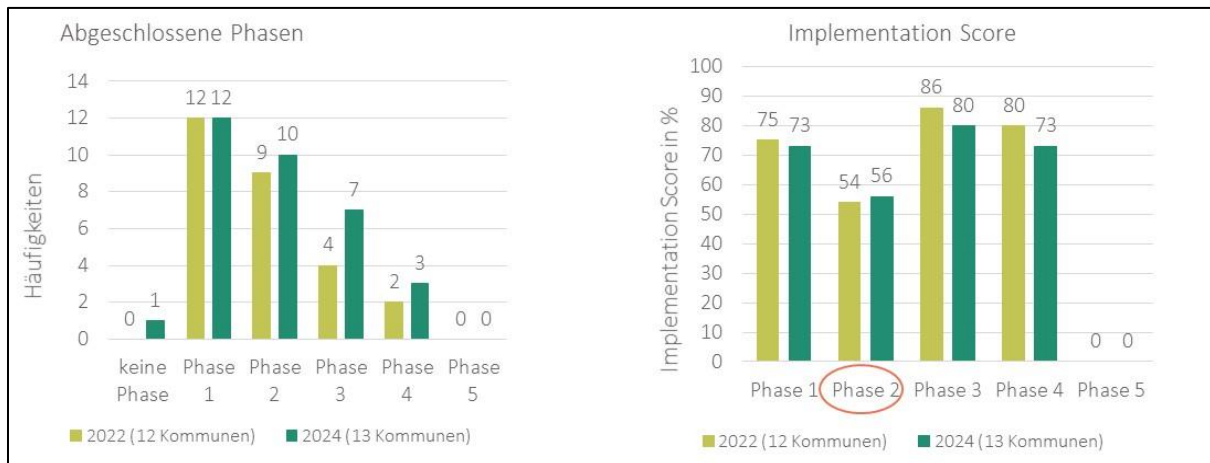
In der zweiten Erhebungswelle (2024), die nach Ablauf der BMBF-Finanzierung erfolgte, hatte sich an dieser Situation nicht viel geändert. Hier sendeten uns 13 CTC-Koordinator\*innen ein ausgefülltes MBT zu und 43 Mitglieder von 7 Gebietsteams nahmen am CBI teil. Laut der CTC-Koordinator\*innen hatten 8 der 16 CTC-Kommunen ein Gebietsteam aufbauen können und eine weitere Kommune war gerade dabei ein Gebietsteam aufzubauen. Von drei CTC-Kommunen haben wir die Information erhalten, dass sie nicht mehr das Ziel verfolgen, den CTC-Ansatz vollständig zu implementieren. Zwei dieser drei Kommunen ist es nicht gelungen, ein Gebietsteam aufzubauen. Bei der anderen Kommune war der CTC-Prozess zu sehr an die lokale CTC-Koordinatorin gebunden und kam dann aufgrund von längerer Krankheit und einem Stellenwechsel vollständig zum Erliegen. Somit nehmen an unserer Studie nur noch 13 CTC-Koordinator\*innen teil. Die Teilnahmequote am MBT beträgt für 2024 also 100%. Von den 8 Kommunen mit bestehendem Gebietsteam konnten uns 7 CTC-Koordinator\*innen Auskunft darüber geben, wie viele Mitglieder ihr Team hat. Demnach lag die Mitgliederzahl der einzelnen Teams zwischen 4 und 17 und im Durchschnitt bei 8,7. Somit haben 100% der bestehenden Gebietsteams und 81% deren Teammitglieder 2024 am CBI teilgenommen.

Anhand der MBT-Daten (subjektive Bewertung der lokalen CTC-Koordinator\*innen) haben wir gemessen, welche der fünf CTC-Phasen die jeweilige CTC-Kommune bereits abgeschlossen hat. Außerdem haben wir mit diesen Daten einen Implementation-Score berechnet. Dieser misst, zu wieviel Prozent die jeweilige CTC-Kommune die Meilensteine und Benchmarks der bereits abgeschlossenen Phasen erreicht hat. Abb. 8 zeigt im linken Diagramm getrennt für die beiden Erhebungszeitpunkte (2022 vs.

---

<sup>9</sup> GESIS = Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen

2024) die absolute Anzahl der CTC-Kommunen nach abgeschlossener CTC-Phase. Beim zeitlichen Vergleich ist darauf zu achten, dass in 2024 eine Kommune mehr das MBT ausgefüllt hat als 2022. Diese Kommune hat 2024 noch keine Phase abgeschlossen. In 2022 verharnte eine Mehrheit der 12 Kommunen in Phase 3 (d.h. die zuletzt abgeschlossene CTC-Phase ist die Phase 2). In 2024 verharnt eine Mehrheit der 13 Kommunen in CTC-Phase 4. Wäre der CTC-Prozess in den Kommunen planmäßig verlaufen – dies ist es insbesondere aufgrund der Pandemie nicht –, dann hätten bereits im Sommer 2022 alle CTC-Kommunen die Phase 3 abgeschlossen. Die drei größten Hürden während der Pandemie waren, (1) der Aufbau eines aktiv tätigen, großen und intersektoral zusammengesetzten Gebietsteams sowie (2) die Durchführung der Schülerbefragung und (3) die anschließende Diskussion der Kommunalberichte in den Gebietsteams.



**Abb. 8: Ergebnisse der Prozessevaluation auf Basis von MBT-Daten**

Von den fünf bzw. vier CTC-Kommunen, die uns kein ausgefülltes MBT zur Verfügung gestellt haben, war der Grund dafür, dass der CTC-Prozess vor Ort zum Erliegen kam und dies ganz oder zum Teil auf die Pandemie zurückgeführt wurde. Das rechte Diagramm in Abb. 8 zeigt, in welchem Grad es den einzelnen CTC-Kommunen gelungen ist, die Meilensteine und Benchmarks der bereits abgeschlossenen Phasen zu erreichen. Hier zeigt sich zu beiden Erhebungszeitpunkten, dass insbesondere die CTC-Phase 2 nicht gut umgesetzt werden konnte.

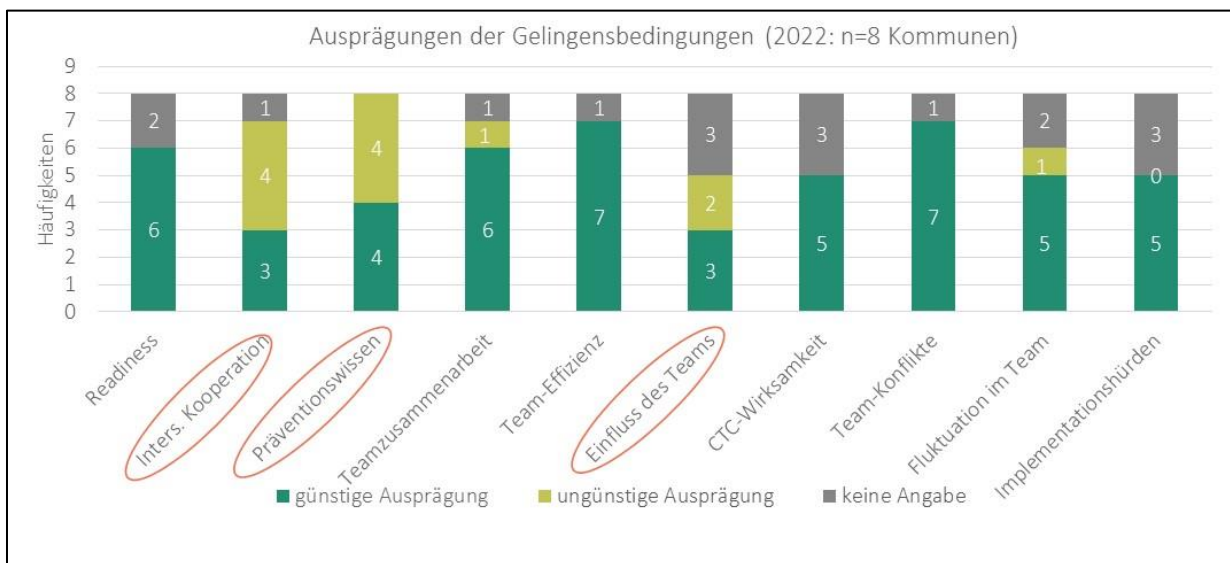
Für die Prozessevaluation wurden die Gebietsteammitglieder mit dem sogenannten Community Board Interview (CBI) befragt. Damit werden insbesondere zehn Gelingensbedingungen für den CTC-Prozess erhoben, die die Gebietsteams während des CTC-Prozesses gezielt beeinflussen sollten. Tabelle 4 gibt einen Überblick zu den erhobenen Gelingensbedingungen. Die in der Spalte „Reliabilität“ abgetragenen Koeffizienten beruhen auf Daten der ersten Erhebungswelle. Wir haben für jede Kommune die Daten der Befragten aggregiert in dem wir jeweils den kommunenspezifischen Mittelwert für die einzelnen Konstrukte berechnet haben. Anschließend haben wir die aggregierten Werte dichotomisiert (günstige vs. ungünstige Ausprägung der jeweiligen Bedingung).

**Tabelle 4: Übersicht der erhobenen Gelingensbedingungen**

Gelingensbedingungen	Items	Niveau	Cut-Off*	Reliabilität
1. Intersektorale Kooperation	14	Skala; ordinal (1-4)	≥2.5	α = .73
2. Einfluss des Teams	7	Skala; ordinal (1-4)	<2.5	α = .83
3. Fluktuation im Team	1	ordinal (1-4)	<2.5	
4. Teamzusammenarbeit	6	Skala; ordinal (1-4)	<2.5	α = .90
5. Team-Effizienz	6	Skala; ordinal (1-4)	<2.5	α = .91
6. Team-Konflikte	2	Index; ordinal (1-4)	<2.5	r = .66
7. Präventionswissen	5	Index, metrisch (1-5)	<4.0	
8. Community Readiness	3	Skala; ordinal (1-4)	<2.5	α = .85
9. Implementationshürden	11	Skala; ordinal (1-5)	≥3.5	α = .85
10. CTC-Wirksamkeit	3	Skala; ordinal (1-4)	<2.5	α = .20

N = 22 Personen, \*Cut-Off für ungünstige Ausprägungen, α = Cronbach's α, r: Korrelationskoeffizient nach Pearson

Abb. 9 und Abb. 10 zeigen für 2022 bzw. 2024 die Ausprägung der Gelingensbedingungen in den CTC-Kommunen. Deutlich wird, dass zu beiden Erhebungszeitpunkten jeweils drei Gelingensbedingungen relativ häufig nicht günstig ausgeprägt sind. Diese sind die intersektorale Kooperation/Zusammensetzung des Gebietsteams, das Präventionswissen des Gebietsteams und der von den Befragten wahrgenommene Einfluss des Gebietsteams auf Organisationen/Akteure in der Kommune.



**Abb. 9: Ausprägung der Gelingensbedingungen in 2022**

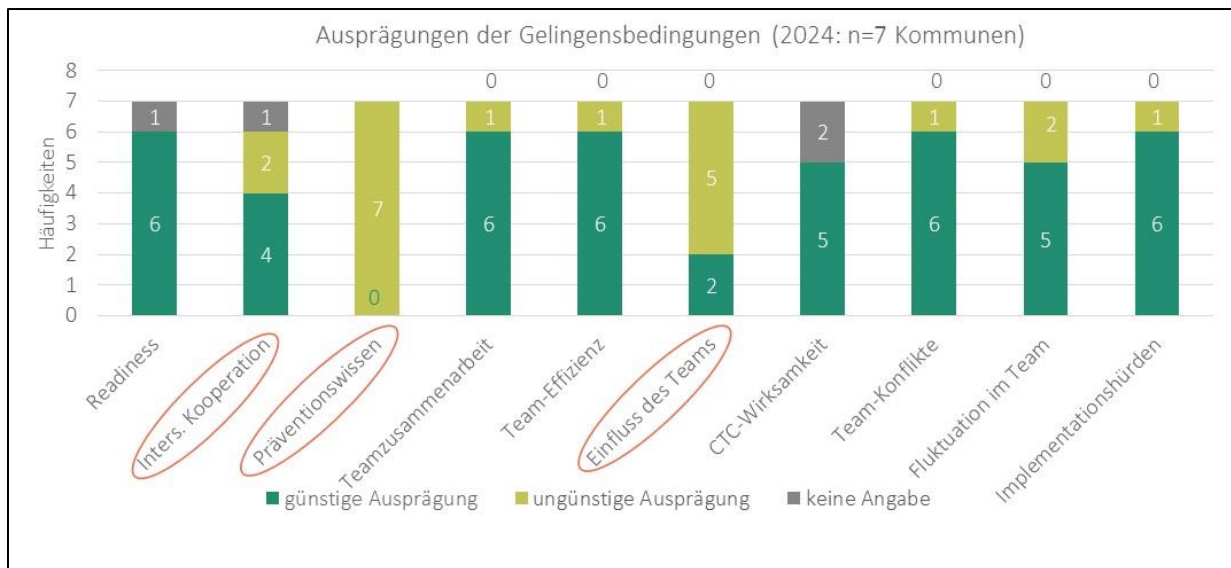


Abb. 10: Ausprägung der Gelingensbedingungen in 2022

Wir haben diese Ergebnisse im Mai 2024 auf dem bundesweiten CTC-Treffen in Berlin mit kommunalen CTC-Akteuren diskutiert und sind dabei zu folgender Interpretation gekommen: Ein Problem in der CTC-Phase 2 ist, das CTC-Gebietsteam in voller Stärke aufzubauen und zwar noch bevor die CTC-Schülerbefragung durchgeführt wird. Während der Pandemie war dies ziemlich sicher noch deutlich schwieriger, da sich ein solches Team zunächst zusammenfinden und arrangieren muss. Es ist aber ganz wichtig, dass ein möglichst großes und möglichst intersektoral und divers besetztes Gebietsteam aufgebaut wird, da nur ein großes und intersektoral zusammengesetztes Gebietsteam genügend Kontakte und Einflussmöglichkeiten hat, um den CTC-Prozess voranbringen zu können. Kleine Gebietsteams, in denen nur Vertreter\*innen weniger Sektoren vertreten sind, können in der Regel keinen Einfluss auf Organisationen der Kommune ausüben. Die Tatsache, dass sich das benötigte Präventionswissen bei den Gebietsteammitgliedern nicht verbreitet hat, könnte daran liegen, dass während der Pandemie die Kommunikation zwischen der geschulten lokalen CTC-Koordination und den Gebietsteammitgliedern beeinträchtigt war, da z.B. Präsenztreffen schwer möglich waren.

#### 4.2 Wirksamkeitsevaluation

Die ersten Analysen der Wirksamkeitsevaluation haben untersucht, inwiefern das a-priori Matching der Kommunen zu einer Baseline-Äquivalenz geführt haben. Dies wurde bereits für die Matching-Indikatoren untersucht (Röding et al. 2021a) sowie für die die Mid-term Outputs (Röding et al. 2023b). Abb. 11 und Abb. 12 zeigen die Ergebnisse zu möglichen Unterschieden zwischen CTC- und Vergleichskommunen hinsichtlich der acht Merkmale/Variablen, die für das Matching herangezogen wurden. Hierbei zeigt sich, dass sich die beiden Gruppen nur leicht und nicht statistisch signifikant unterscheiden.

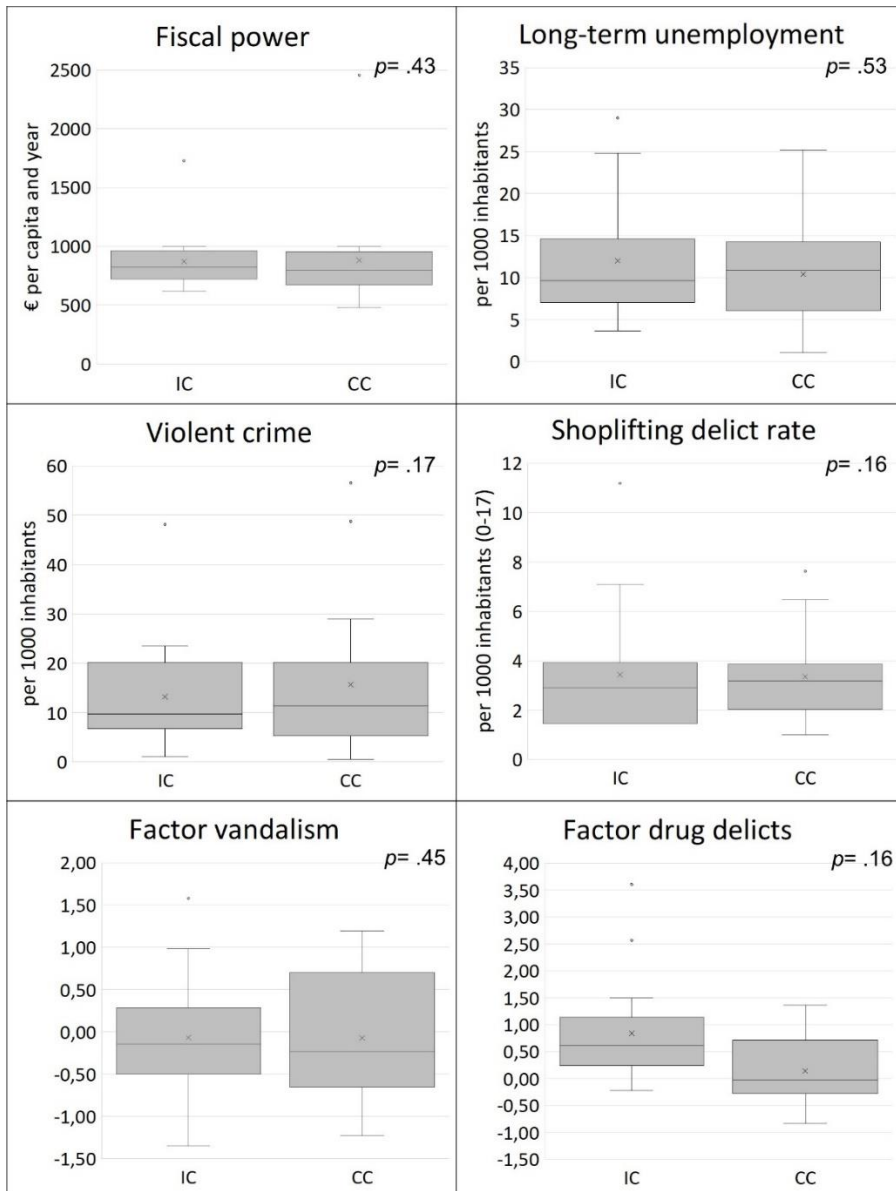
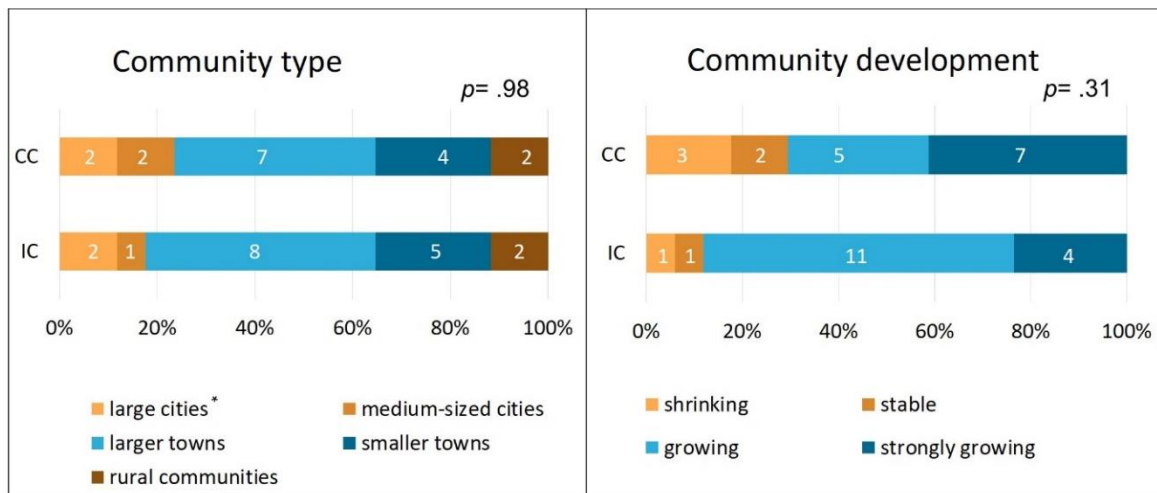


Abb. 11: Unterschiede zwischen CTC- und Vergleichskommunen in den metrisch-skalierten Matching-Merkmalen



\*For subsequent analyses, two city districts are matched within each of the large cities. The study then comprises 42 clusters instead of 34.

**Abb. 12: Unterschiede zwischen CTC- und Vergleichskommunen in den kategorial-skalierten Matching-Merkmalen**

Die Untersuchung zur Baseline-Äquivalenz der Mid-term Outputs zeigte, dass sich die beiden Gruppen in vier der fünf Parameter nicht signifikant unterscheiden (Röding et al. 2023b). In dem besonders zentralen Parameter, den sogenannten Adoption-Score, gab es bereits zur Baseline einen kleinen signifikanten Unterschied zugunsten der CTC-Kommunen (Röding et al. 2023b). Dies ließ sich dadurch erklären, dass erstens die Baseline-Messung pandemiebedingt erst relativ spät stattfand und zweitens auch solche CTC-Kommunen an der Studie teilnehmen konnten, die bis Ende März 2021 noch nicht die Phase 3 abgeschlossen bzw. die Phase 4 begonnen haben (Röding et al. 2023b).

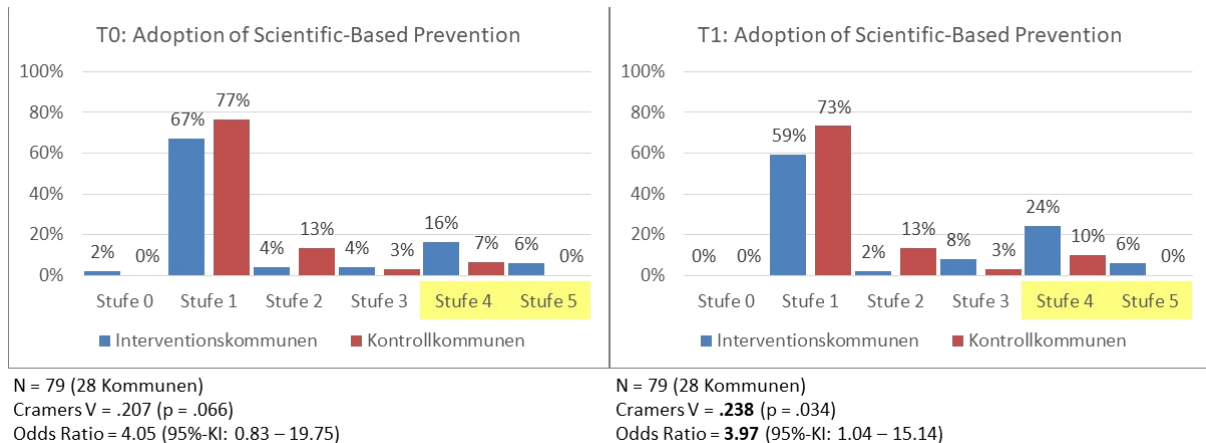
Die intermediate Outcomes der KiJu zeigten ebenfalls Baseline-Äquivalenz zum ersten Messzeitpunkt der Längsschnitterhebung. 20 CTC-Interventionsgemeinden und 17 Kontrollgemeinden lieferten die Daten von 1903 5. Klässler\*innen. Nach Datenbereinigung verblieben n = 1511. Die standardisierten Mittelwertdifferenzen für alle Risiko- und Schutzfaktoren sowie für alle Problemverhaltensweisen, Opfererfahrungen und Wohlbefinden waren < .1, was auf eine Gleichwertigkeit der Ausgangssituation hinweist. Drogenkonsum war in keiner der beiden Gruppen überhaupt aufgetreten. Das Matching kann damit als erfolgreich gelten.

Eine weitere Untersuchung mit den Daten zu den Mid-term Outputs ging der Frage nach, inwiefern trotz geringer Teilnahmequote bei den Community Key Informant Interviews (CKI) reliable Daten für diese kommunenbezogenen Merkmale erhoben werden konnten (Röding et al. 2023a). Hierbei zeigte sich, dass die fünf Parameter ausreichend reliabel erfasst werden konnten (Röding et al. 2023a).

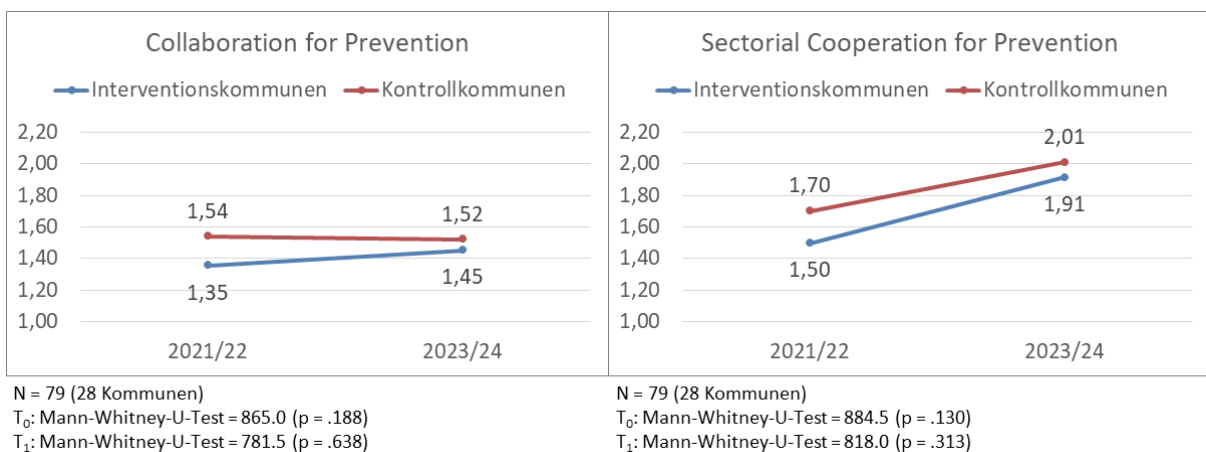
Aktuelle deskriptive Auswertungen der longitudinalen Entwicklung dieser fünf Parameter (siehe Abb. 13 bis Abb. 15) zeigen, dass zur zweiten Erhebungswelle (T1) ein höherer Anteil an CTC-Kommunen als an Vergleichskommunen auf dem Adoption-Score die Stufe 4 oder 5 erreicht haben. Rein deskriptiv war dieser Zuwachs von Welle 1 (T0) zu Welle 2 (T1) bei den CTC-Kommunen etwas größer als bei den Vergleichskommunen. Eine multivariate Analyse dieser Daten steht aber noch aus, insofern handelt es sich hier um vorläufige Ergebnisse. Bei den anderen vier Parametern zeigen diese bivariaten Analysen keine statischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Dies gilt für beide Erhebungszeitpunkte. Rein deskriptiv zeigt sich aber, dass die Zusammenarbeit für Prävention in den Vergleichskommunen schlechter und in den CTC-Kommunen besser geworden ist. Zudem hat sich die intersektorale Kooperation für Prävention in den CTC-Kommunen stärker verbessert als in den Vergleichskommunen. Der Kommunale Rückhalt für Prävention ist in den Kontrollkommunen stärker zurückgegangen als in den

## CTC-EFF: Effektivität des kommunalen Präventionssystems Communities That Care

CTC-Kommunen. Die finanzielle Unterstützung für Prävention ist in den CTC-Kommunen besser geworden, während sie sich in den Vergleichskommunen verschlechtert hat. Diese Tendenzen würden zwar für eine Wirksamkeit von CTC sprechen, sie sind in diesen bivariaten Analysen allerdings nicht statistisch signifikant. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass wir aus der Feldarbeit und Prozessevaluation wissen, dass der CTC-Prozess während der Pandemie größtenteils nur sehr langsam und teils sogar überhaupt nicht voranging. Außerdem konnten pandemiebedingt nicht die angestrebten Fallzahlen bei den Interviews erreicht werden, weshalb die statistische Power bei diesen Analysen nicht ausreicht, um derart geringe Effekte als statistisch signifikant detektieren zu können. Man kann also aus der fehlenden statistischen Signifikanz bei diesen Ergebnissen nicht schließen, dass CTC nicht wirksam ist.



**Abb. 13: Zeitliche Entwicklung in der Übernahme eines wissenschaftsbasierten Präventionsansatzes nach CTC- und Vergleichskommunen**

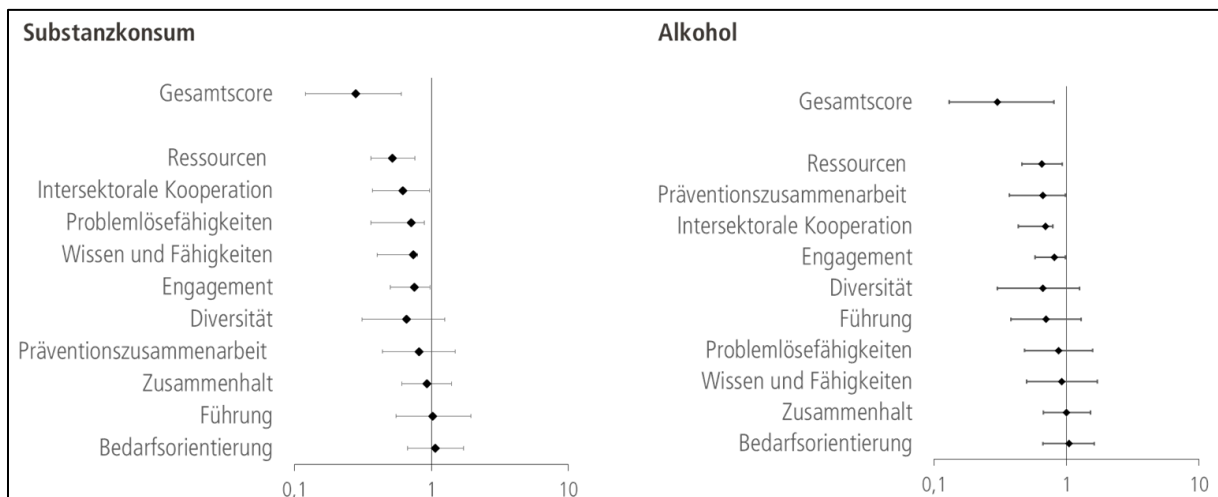


**Abb. 14: Zeitliche Entwicklung in der Zusammenarbeit (links) und intersektoralen Kooperation (rechts) für Prävention nach CTC- und Vergleichskommunen**

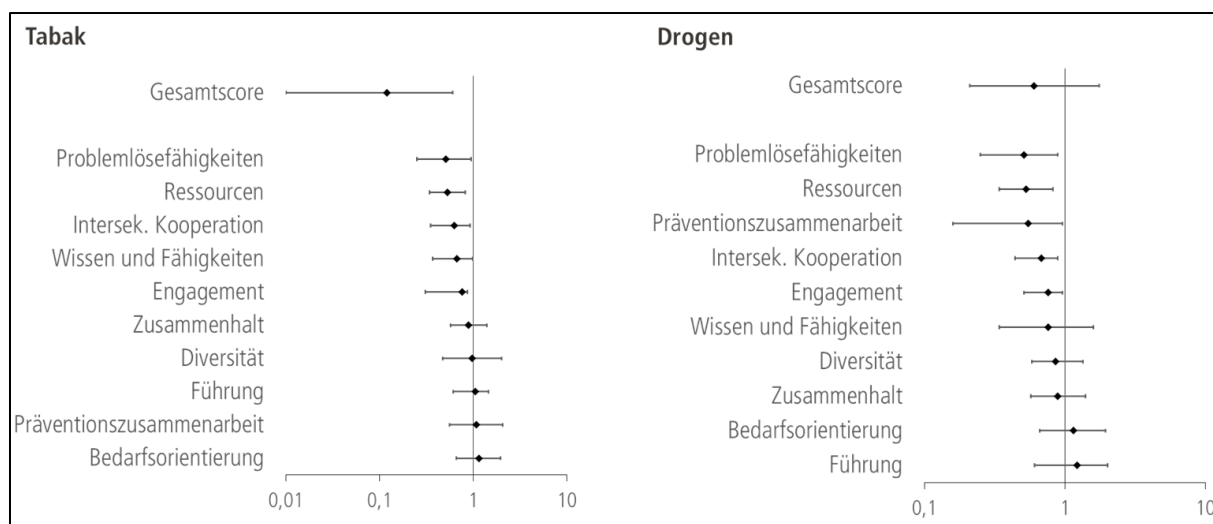


sind (Odds Ratio (OR): 1,28 – 26,05), wenngleich (aufgrund geringer statistischer Power) nur die stärkeren Effekte als statistisch signifikant detektiert werden konnten. Statistisch signifikant sind die Effektstärken folgender Dimensionen von Community Capacity: Zusammenhalt (OR 6.62; 95 % CI 2.39-18.39), Präventionszusammenarbeit (OR 26.05; 95 % CI 5.98-13.39), intersektorale Kooperation von Prävention (OR 10.49; 95 % CI 4.04-27.25), Ressourcen (19.29; 1.74-28.12), Problemlösefähigkeiten (OR 4.79; 95 % CI 1.85-12.43) und Führung (OR 5.21; 95 % CI 1.93-14.02).

Zudem hat sie die CKI-Daten (Baseline) mittels hierarchischer linearer Modelle (HLM) in Zusammenhang mit Baseline-Daten zur Prävalenz von Substanzkonsum aus dem Kinder- und Jugendsurvey der CTC-EFF-Studie gebracht (Birgel et al. 2023b). Die zentralen Ergebnisse dieser Analysen können den folgenden Diagrammen (Abb. 16 und Abb. 17) entnommen werden. Diese Diagramme zeigen sogenannte Forrest Plots in denen Odds Ratio mit 95%-Konfidenzintervallen abgetragen sind. Dabei zeigt sich, je stärker die Kapazität der Kommunen für PGF ist, desto weniger Kinder- und Jugendliche konsumieren Alkohol, Tabak oder illegale Drogen. Insbesondere die Dimensionen Ressourcen, intersektorale Zusammenarbeit, Präventionszusammenarbeit und Problemlösefähigkeit der Kommune sind dabei von zentraler Bedeutung. Die Effektstärken sind teilweise sehr groß. Beispielsweise haben Kinder und Jugendliche in Kommunen mit hoher Kapazität gegenüber ihren Altersgenoss\*innen in Kommunen mit niedriger Kapazität ein 90% geringeres Risiko in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben.



**Abb. 16: Ergebnisse hierarchischer Regressionsanalysen zum Zusammenhang zwischen Community Capacity und Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen (Odds Ratio und 95%-Konfidenzintervalle)**



**Abb. 17: Ergebnisse hierarchischer Regressionsanalysen zum Zusammenhang zwischen Community Capacity und Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen (Odds Ratio und 95%-Konfidenzintervalle)**

### 4.3 Ökonomische Evaluation

Die geplanten ökonomischen Analysen konnten nicht durchgeführt werden, weil erstens pandemiebedingt der CTC-Prozess in den Kommunen (fast) vollständig zum Erliegen kam und dadurch zweitens auch nicht ausreichend Daten in der Prozessevaluation erhoben werden konnten.

## 5 Schlussfolgerungen und Anwendungsmöglichkeiten

Die an der Studie teilnehmenden Kommunen und Schulen haben nach den verschiedenen Befragungen jeweils Berichte bzw. Fact-Sheets zu ihren Ergebnissen erhalten, um diese als Datenbasis zur evidenzbasierten Präventionsplanung zu nutzen. Darüber sollte ein direkter Nutzen für die Teilnahme der Kommunen, Schulen und Befragten generiert werden. Die kommunalen Akteure haben auf Anfrage ihre Fragen zu den Ergebnissen mit der MHH oder der Universität Hildesheim klären können. Darüber hinaus erhielten sie auf Anfrage zum Teil gesonderte Berichte auf Stadtteil- oder Landkreisebene. Die MHH und die Universität Hildesheim wurden zudem dreimal zu einem online stattfindenden regionalen Treffen von CTC-Kommunen eingeladen und haben sich bei diesen Treffen aktiv eingebracht mit dem Ziel, die Teilnehmenden in ihren Präventionsbemühungen zu unterstützen.

Die Verbundpartner haben ihre Ergebnisse in unregelmäßigen Abständen mit dem Landespräventionsrat Niedersachsen und dem Deutschen Präventionstag diskutiert. Im Mai 2024 stellte die MHH die Ergebnisse der CTC-EFF-Studie auf dem jährlichen bundesweiten CTC-Treffen vor und diskutierte mit den Teilnehmenden Folgerungen für die praktische Umsetzung von CTC.

Die MHH hat den CTC-Ansatz und die Erkenntnisse der CTC-EFF-Studie 2022 und 2023 mit jeweils einer eigenen Session in der Summer School Public Health in Niedersachsen eingebracht, die sich primär an den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) richtet. Ziel dieser Sessions war, dass sich der lokale ÖGD künftig stärker am CTC-Prozess vor Ort beteiligt, was bislang noch zu wenig geschieht. Auch im Sommer 2024 wird die MHH wieder mit einer eigenen Session zum CTC-Ansatz auf der Summer School Public Health vertreten sein.

In 2022 haben die Verbundpartner auf der Tagung der European Society for Prevention Research gemeinsam mit Akteuren und Forschenden aus anderen europäischen Ländern einen Workshop ausge-

richtet. Im Mittelpunkt des Workshops standen die Fragen, inwieweit die Beteiligten eine ländervergleichende Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von CTC auf den Weg bringen könnten und wie künftig eine wirksame Umsetzung von CTC in den verschiedenen Ländern gelingen kann.

Die MHH hat die von ihr benutzten Erhebungsinstrumente im Rahmen der Studie in größerem Umfang validieren können und ist dabei, die validierten Instrumente für die Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung zu stellen. Hierzu sollen die Instrumente zeitnah beim ZIS – einem Open Access Repositorium für sozial- und verhaltenswissenschaftliche Messinstrumente (Items, Skala, Fragebogen, Test) – veröffentlicht werden. Das ZIS gehört zur GESIS (Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften).

Während der Studie wurden wichtige Erfahrungen gemacht, wie eine so große und komplexe quasi-experimentelle Studie am besten durchgeführt werden kann. Diese Erfahrungen wurden auf einem Methoden-Workshop im Rahmen der DGSMP-Jahrestagung 2023 mit einem größeren Publikum geteilt. Außerdem werden diese Erfahrungen regelmäßig in der Arbeitsgruppe Methoden der Evaluation von komplexen Interventionen und Politikmaßnahmen der DGSMP eingebracht und verbreitet.

Von Juni bis Dezember 2024 fördert das Deutsche Forum Kriminalprävention ein an der MHH angesiedeltes Projekt, in dem insbesondere die Längsschnittdaten der Studie ausgewertet werden. Ziel dabei ist, zu evidenzbasierten Empfehlungen bezüglich der praktischen Umsetzung von CTC in Deutschland zu kommen. Die Verbundpartner arbeiten zudem daran, einen DFG-Antrag zu stellen, um Teile der CTC-EFF-Studie weiter zu führen. Im Fokus dabei stehen insbesondere kausalanalytische Untersuchungen anhand von Längsschnittdaten z.B. zu den Effekten von Risiko- und Schutzfaktoren auf jugendliches Problemverhalten sowie zu den Effekten von CTC auf die Übernahme eines wissenschaftsbasierten Präventionsansatzes. Hier wurde mit der CTC-EFF-Studie eine Datenbasis geschaffen, die insbesondere bei einer Weiterführung der longitudinalen Erhebungen, neuartige Untersuchungen für Deutschland ermöglichen. Diese würden sowohl die Grundlagenforschung als auch die angewandte Forschung zur Prävention von junglichem Problemverhalten in Deutschland stark voranbringen.

## **6 Beirat**

Die CTC-EFF-Studie wurde durch einen Beirat mit Expert\*innen aus Wissenschaft und Praxis begleitet. Die Methodik, das Vorgehen, erste Ergebnisse und der Praxistransfer wurden den Beiratsmitgliedern präsentiert und mit ihnen kritisch diskutiert. Die Beiratssitzungen fanden 2021 online und 2023 in Hannover statt. Der Beirat betont die hohe Relevanz des Projektes auch für die Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Den Beiratsmitgliedern danken wir herzlich für Ihre Unterstützung. Mitglieder waren Benjamin von der Ahe, Prof. Dr. Freia de Bock, Christa Böhme, Prof. Dr. Kevin Dadaczynski, Jörg Freese, Dr. Regina von Görtz, PD Dr. Dr. Burkhard Gusy, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann Heike Hölling, Christine Liermann, Dr. Veronika Reising, Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Dr. Volker Wanek, Yvette Shajanian-Zarneh.

## **7 Veröffentlichungen**

### **7.1 Erfolgte Veröffentlichungen**

#### **7.1.1 Aufsätze**

Birgel V, Röding D, Walter U (angenommen). Community Capacity for Prevention and Health Promotion. Forum Public Health

Röding D, Birgel V, Walter U (angenommen). Intersektorale Kooperation in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Forum Public Health

Röding D, von Holt I, Decker L, Ünlü S, Walter U (2024). Kommunale Gesundheitskompetenz und kommunale Kapazitätsentwicklung. Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung. E-first <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01143-x>

Birgel V, Röding D, Reder M, Soellner R, Walter U (2023). Contextual effects of community capacity as a predictor for adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use: A multi-level analysis. SSM - Population Health, Volume 24, 2023, 101521. ISSN 2352-8273. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101521>

Birgel V, Walter U & Röding D (2023). Relating community capacity to the adoption of an evidence-based prevention strategy: a community-level analysis. J Public Health (Berl.) (2023). <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02159-x>

Birgel V, Decker D, Röding D & Walter U (2023). Community capacity for prevention and health promotion: a scoping review on underlying domains and assessment methods. Systematic Reviews (2023) 12:147, <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02314-1>

Röding D, Birgel V, Decker L, Ünlü S, Walter U (2023). Wie gelingt kommunale Prävention bei Kindern und Jugendlichen? Erste Erkenntnisse aus der CTC-EFF-Studie. Zeitschrift Forum Kriminalprävention. 01/2023, S. 13-15. <https://www.forum-kriminalpraevention.de/files/1Forum-kriminalpraevention-webseite/pdf/2023-01/CTC-EFF-Studie.pdf>

Röding D, Birgel V & Walter U (2023). Validation of an instrument to measure community capacity building for prevention. J Public Health (Berl.) (2023). <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01905-5>

Walter U, Groeger-Roth F, Röding D (2023). Evidenzbasierte Prävention für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Der Ansatz „Communities That Care“ (CTC) für Deutschland. Bundesgesundheitsbl <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03725-0>

Röding D, Reder M, Soellner R, Birgel V, Stolz M, Groeger-Roth F, Walter U (2022). Evaluation des wissenschaftsbasierten kommunalen Präventionssystems Communities That Care: Studiendesign und Baseline-Äquivalenz intermediärer Outcomes. Präventive Gesundheitsf (2022). <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00972-y>

Röding D, Soellner R, Reder M, Birgel V, Kleiner C, Stolz M, Groeger-Roth F, Krauth C, Walter U (2021). Study protocol: a non-randomized community trial to evaluate the effectiveness of the communities that care prevention system in Germany. BMC Public Health (2021) 21:1927, <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11935-x>

### **7.1.2 Vorträge ggf. inklusive publizierter Abstracts**

Röding D, Walter U (2024). CTC-Effektivitätsstudie – was wir für die Umsetzung in der Praxis lernen können. Vortrag auf dem bundesweites CTC-Netzwerktreffen am 16. Und 17.Mai 2024 beim Bundesministerium der Justiz in Berlin.

Walter U, Röding D (2023) Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Herausforderungen der Partizipation: Die kommunale Präventionsstrategie „Communities That Care“ für Heranwachsende verbindet zentrale Prinzipien der Gesundheitsförderung. Summer School Public Health: Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Aufbruch: bewährte Konzepte und neue Strategien, Hannover, 11.10.2023

Birgel V, Röding D, Decker L, Walter U (2023). Zusammenhang zwischen Community Capacity und Alkohol-, Tabak- sowie Drogenkonsum von Heranwachsenden: Ergebnisse einer Mehrebenen-Analyse. Das Gesundheitswesen 2023; 85(08/09): 784 - 784. doi:10.1055/s-0043-1770512

Birgel V, Röding D, Decker L, Walter U (2023). Zusammenhang zwischen Community Capacity und der Umsetzung evidenzbasierter Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien: Ergebnisse einer

Analyse auf kommunaler Ebene. *Das Gesundheitswesen* 2023; 85(08/09): 784 - 784. doi:10.1055/s-0043-1770513

Decker L, Röding D, Birgel V, Walter U (2023). Gelingensbedingungen für Implementation, Umsetzungstreue und Reichweite evidenzbasierter Präventionsprogramme – Ergebnisse der CTC-EFF-Studie. *Das Gesundheitswesen* 2023; 85(08/09): 784 - 784. doi:10.1055/s-0043-1770511

Ünlü S, Röding D, Birgel V, Walter U (2023). Implementation des kommunalen Präventionssystems Communities That Care unter Pandemiebedingungen: Eine Analyse von Gelingensbedingungen. *Das Gesundheitswesen* 2023; 85(08/09): 785 - 785. doi:10.1055/s-0043-1770515

Röding D, Groeger-Roth F, Walter U, Glans M, Mihic J (2022). The community-based prevention system Communities That Care. Implementation and evaluation in Europe. 13th EUSPR Conference and Members' Meeting. Tallin, Estonia, September 2022

Fellbaum, L., Reder, M., & Soellner, R. (2022, August). Stress perception of 5th graders in Germany during the CoViD-19 pandemic. Presented at the 36th Conference of the European Health Psychology Society, Bratislava.

Röding D, Groeger-Roth F, Walter U (2022). Design of the German CTC-EFF study and options to develop a European multi-country study on the functioning and effectiveness of CTC. 13th EUSPR Conference and Members' Meeting. Tallin, Estonia, September 2022

Runge, R. A., Schlüter, H., Reder, M., & Soellner, R. (2022, September). Protective factors for adolescent problem behavior: direct or buffering effects? Presented at the 52nd Congress of the German Psychological Society (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, DGPs), Hildesheim.

Walter U, Bremer K, Röding D (2022): Interventionen zur Förderung der Gesundheit im Setting Kommune Grundlagen, Evidenz und Etablierung intersektoraler Gesundheitsförderung für ein gesundes Aufwachsen. SUMMER SCHOOL PUBLIC HEALTH. Konzepte und Strategien des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Hannover, 27.09.2022

Birgel V, Decker L, Röding D, Walter U (2022). Community Capacity for Prevention and Health Promotion: Systematisches Review zu Dimensionen und Erhebungsmethoden. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 816 DOI 10.1055/s-0042-1753836

Birgel V, Röding D, Groeger-Roth F, Decker L, Walter U (2022). Systemveränderung als Outcome kommunaler Gesundheitsförderung – Eine Validierungsstudie. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 748 DOI 10.1055/s-0042-1753674

Röding D, Birgel V, Groeger-Roth F, Walter U (2022). Evaluation des wissenschaftsbasierten kommunalen Präventionssystems Communities That Care: Baseline-Äquivalenz der intermediären Outcomes *Gesundheitswesen* 2022; 84: 756 DOI 10.1055/s-0042-1753695

Röding D, Brender R, Walter U (2022). Effektivität von intersektoralen Kooperationen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung – Systematisches Review. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 756 DOI 10.1055/s-0042-1753694

Walter U, Groeger-Roth F, Röding D (2022). Communities That Care – Ein Ansatz zur Translation präventionswissenschaftlicher Grundlagen in die Praxis kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 865 DOI 10.1055/s-0042-1753995

Walter U, Groeger-Roth F, Röding D (2022). Workshop: Wissenschaftsbasierte kommunale Gesundheitsförderung. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 863 DOI 10.1055/s-0042-1753990

Reder, M., Runge, R., Schlüter, H., Feierabend, N., & Soellner, R. (2021, September). Die Communities That Care Kinder- und Jugendbefragung in Deutschland: Eindimensionalität und Vorhersagekraft von Schutzfaktoren auf das Wohlbefinden. Presented at the 15. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie am Lehrstuhl Gesundheitspsychologie der FAU Erlangen-Nürnberg in Erlangen.

Reder, M., Runge, R., Schlüter, H., Feierabend, N., & Soellner, R. (2021, August). The Communities That Care Youth Survey: Unidimensionality and predictive power of risk factors in Germany. Presented at the 35th Conference of the European Health Psychology Society, Online.

Röding D, Soellner R, Birgel V, Groeger-Roth F, Brender R, Reder M, Feierabend N, Kleiner C, Walter U (2021). Results of the 1:1-matching of the CTC-EFF study: A non-randomized evaluation study, *European Journal of Public Health*, Volume 31, Issue Supplement\_3, October 2021, ckab165.409, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab165.409>

Röding D, Walter U, Soellner R, Krauth C, Runge R, Kula A, Groeger-Roth F (2021). Evaluating the Effectiveness of Communities That Care in Germany: Rationale and Study Design of CTC-EFF. *Das Gesundheitswesen* 2021; 83: S. 718. DOI 10.1055/s-0041-1732181

## 7.2 Geplante Veröffentlichungen

### 7.2.1 Aufsätze

Reder, M., Runge, R., Schlüter, H., & Soellner, R. (2023). *The Communities That Care Youth Survey: Validity of risk factors in Germany*. Manuscript submitted for publication.

Röding D, Brender R, Bremer K, Schmidt ND, Ünlü S, Groeger-Roth F, Walter U (in review). Digitale Technologien im kommunalen Präventionssystem Communities That Care. In: Fischer F und Wrona KJ (Hg.). *Technologiegestützte Ansätze in der Community-basierten Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer Verlag

Decker L, von Holt I, Ünlü S, Walter U, Röding D (in Vorbereitung). CTC-EFF study: Baseline Equivalence of Evidence-Based Prevention Program Fidelity. *Journal of Prevention Science*

### 7.2.2 Vorträge und Poster ggf. inklusive publizierter Abstracts

Walter U, Röding D (angenommen). Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Herausforderungen der Partizipation: Die kommunale Präventionsstrategie „Communities That Care“ für Heranwachsende verbindet zentrale Prinzipien der Gesundheitsförderung. Vortrag auf der Public Health Summer School am 25.09.2025 in Hannover

Röding D, Decker L, von Holt I, Ünlü S, Walter U (eingereicht). Effekte von Communities That Care auf kommunale Präventionsstrukturen – Ergebnisse der quasi-experimentellen CTC-EFF-Studie. Vortrag auf der Kooperationstagung der GMDS, DGSMP, DGEpi, DGMS und DGPH vom 08. bis 13.09.2024 in Dresden.

Decker L, Röding D, von Holt I, Ünlü S, Walter U (eingereicht). Verbreitung, Umsetzungstreue und Reichweite evidenzbasierter Programme – Analyse zur Baseline-Äquivalenz in der CTC-EFF-Studie. Vortrag auf der Kooperationstagung der GMDS, DGSMP, DGEpi, DGMS und DGPH vom 08. bis 13.09.2024 in Dresden.

von Holt I, Röding D, Decker L, Ünlü S, Walter U (eingereicht). Kommunale Gesundheitskompetenz und kommunale Kapazitätsentwicklung - Ergebnisse der CTC-EFF-Studie zur Ausprägung kommunaler Kapazität für Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) in Deutschland. Vortrag auf der Kooperations-tagung der GMDS, DGSMP, DGEpi, DGMS und DGPH vom 08. bis 13.09.2024 in Dresden.

Ünlü S, Röding D, Decker L, von Holt I, Walter U (eingereicht). Implementation des kommunalen Präventionssystems Communities That Care: Eine Analyse von Gelingensbedingungen. Vortrag auf der Kooperationsstagung der GMDS, DGSMP, DGEpi, DGMS und DGPH vom 08. bis 13.09.2024 in Dresden.

Walter U, Decker L, von Holt I, Ünlü S, Röding D (angenommen). Effects of Communities That Care (CTC) on community structures for prevention and health promotion. Poster auf der 17th European Public Health Conference (EUPHA) vom 12. bis 15.11.2024 in Lissabon.

Walter U, Ünlü S, I von Holt I, Decker L, Röding D (angenommen). Communities That Care (CTC): implementation and conditions for success (angenommen). Poster auf der 17th European Public Health Conference (EUPHA) vom 12. bis 15.11.2024 in Lissabon.

## **8 Verwendung der Zuwendung**

Die Durchführung des Forschungsprojektes wurde wie oben erwähnt auf mehreren Ebenen durch die COVID-19-Pandemie erheblich verzögert und erschwert. Um diesen beeinträchtigten Verlauf etwas zu kompensieren gewährte das BMBF 2021 eine Aufstockung. Die beantragte überjährige kostenneutrale Laufzeitverlängerung um sechs Monate wurde aufgrund deutlicher Haushaltskürzungen auf Bundesebene (u.a. aufgrund des Krieges in der Ukraine) nicht bewilligt. Damit konnten weitere Erhebungen und Auswertungen nicht bzw. nur sehr eingeschränkt aus Eigenmitteln der beteiligten Institute durchgeführt werden.

Die folgende Tabellen 5 gibt eine Übersicht zur Verwendung der Zuwendung für das Teilprojekt an der MHH. Dabei werden die einzelnen Positionen getrennt nach Jahren und insgesamt dargestellt.

CTC-EFF: Effektivität des kommunalen Präventionssystems Communities That Care

Tabelle 5: Verwendung der Zuwendung für das Teilprojekt am der MHH

Fonds	01EL2006A CTC-EFF - Effektivität des kommunalen Präventionssystems Communities That Care										
Laufzeit	01.04.2020 bis 31.12.2023										17751280
vorläufige Abrechnung											
						GESAMT	2020	2021	2022	2023	
			vom 18.03.2020	vom 28.05.2021	vom 30.11.2022						
Position	PosBeschreibung		FinPlan ZuwBescheid	Aufstockung wegen Covid	FinPlan	Ausgaben	Ausgaben	Ausgaben	Ausgaben	Ausgaben Gesamt	nicht verbrauchte Mittel
F0812	Entgeltgruppe E12-E15		432.851,07	511.972,32	479.872,32	7.463,04	86.438,81	65.879,56	245.888,83	405.670,24	74.202,08
F0817	Entgeltgruppe E1-E11				0,00					0,00	0,00
F0820	Lohnempfänger				0,00					0,00	0,00
F0822	Beschäftigungsentgelte		45.463,80	54.514,30	86.614,30	11.072,15	26.825,15	33.980,68	19.067,08	90.945,06	-4.330,76
<b>Personal</b>			<b>478.314,87</b>	<b>566.486,62</b>	<b>566.486,62</b>	<b>18.535,19</b>	<b>113.263,96</b>	<b>99.860,24</b>	<b>264.955,91</b>	<b>496.615,30</b>	<b>69.871,32</b>
F0831	Gegenstände < 410 € 2 x SPSS jährlich		2.400,00	2.400,00	2.400,00	0,00	0,00	368,00	1.313,76	1.681,76	718,24
F0832	Ausgaben für Mieten				0,00					0,00	0,00
F0833	Ausgaben für Rechner				0,00					0,00	0,00
F0835	Vergabe von Aufträgen		92.972,00	135.823,00	135.823,00	0,00	52.403,99	20.156,25	174,93	72.735,17	63.087,83
F0838	Verbrauchsmaterial				0,00					0,00	0,00
F0840	Literatur				0,00					0,00	0,00
F0843	Sonstige allg Verwaltungsaufgaben		97.857,50	69.006,50	69.006,50		4.481,90	1.431,96	346,08	6.259,94	62.746,56
F0846	Dienstreisen		32.340,00	32.340,00	32.340,00	0,00	417,20	756,72	147,87	1.321,79	31.018,21
<b>Sachkosten</b>			<b>225.569,50</b>	<b>239.569,50</b>	<b>239.569,50</b>	<b>0,00</b>	<b>57.303,09</b>	<b>22.712,93</b>	<b>1.982,64</b>	<b>81.998,66</b>	<b>157.570,84</b>
<b>GESAMT ProjektK</b>			<b>703.884,37</b>	<b>806.056,12</b>	<b>806.056,12</b>	<b>18.535,19</b>	<b>170.567,05</b>	<b>122.573,17</b>	<b>266.938,55</b>	<b>578.613,96</b>	<b>227.442,16</b>
Projektpauschale 20% ProjektK			140.776,87	161.211,22	161.211,23	3.707,04	34.113,41	24.514,63	53.387,71	115.722,79	45.488,43
<b>GESAMT</b>			<b>844.661,24</b>	<b>967.267,34</b>	<b>967.267,35</b>	<b>22.242,23</b>	<b>204.680,46</b>	<b>147.087,80</b>	<b>320.326,26</b>	<b>694.336,75</b>	<b>272.930,59</b>

## 9 Literaturverzeichnis

- Anderson, Laurie M.; Adeney, Kathryn L.; Shinn, Carolynne; Safranek, Sarah; Buckner-Brown, Joyce; Krause, L. Kendall (2015): Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 6, 1-175. DOI: 10.1002/14651858.CD009905.pub2.
- Arthur, Michael W.; Glaser, Renita R.; Hawkins, J. David (2005): Steps Toward Community-Level Resilience. Community Adoption of Science-Based Prevention Programming. In: Ray DeV. Peters, Bonnie Leadbeater und Robert J. McMahon (Hg.): *Resilience in Children, Families, and Communities. Linking Context to Practice and Policy*. Boston: Springer, S. 177–194.
- Berecki-Gisolf, Janneke; Rowland, Bosco; Reavley, Nicola; Minuzzo, Barbara; Toumbourou, John (2020): Evaluation of community coalition training effects on youth hospital-admitted injury incidence in Victoria, Australia: 2001-2017. In: *Inj Prev* 26 (5), S. 463–470. DOI: 10.1136/injuryprev-2019-043386.
- Birgel, Vera; Decker, Lea; Röding, Dominik; Walter, Ulla (2023a): Community capacity for prevention and health promotion: a scoping review on underlying domains and assessment methods. In: *Systematic reviews* 12 (1), S. 147. DOI: 10.1186/s13643-023-02314-1.
- Birgel, Vera; Röding, Dominik; Reder, Maren; Soellner, Renate; Walter, Ulla (2023b): Contextual effects of community capacity as a predictor for adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use: A multi-level analysis. In: *SSM - Population Health* 24, S. 101521. DOI: 10.1016/j.ssmph.2023.101521.
- Birgel, Vera; Walter, Ulla; Röding, Dominik (2023c): Relating community capacity to the adoption of an evidence-based prevention strategy: a community-level analysis. In: *J Public Health (Berl.)*. DOI: 10.1007/s10389-023-02159-x.
- Böhm, Katharina; Gehne, David (2018): Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Überblick über den Status quo in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (10), S. 1208–1214. DOI: 10.1007/s00103-018-2803-2.
- Brown, Eric C.; Hawkins, J. David; Rhew, Isaac C.; Shapiro, Valerie B.; Abbott, Robert D.; Oesterle, Sabrina et al. (2014): Prevention system mediation of communities that care effects on youth outcomes. In: *Prev Sci* 15 (5), S. 623–632. DOI: 10.1007/s11121-013-0413-7.
- Brümmer, Felix; Fittkau, Jacob; Koenemund, Inken; Meyer, Felix; Riviere, Miguel; Sauerland, Sonja; Weiger Wiebke (2018): Evaluation des Modellprojekts "Kommunale Präventionsketten". Abschlussbericht. 1. Aufl. Hg. v. Ramboll Management Consulting GmbH. Hamburg.
- Catalano, Richard F.; Hawkins, J. David (1996): The social development model: A theory of antisocial behavior. In: J. David Hawkins (Hg.): *Delinquency and crime: Current theories*. New York: Cambridge University Press (Cambridge criminology series), S. 149–197.
- Craig, Peter; Cooper, Cyrus; Gunnell, David; Haw, Sally; Lawson, Kenny; Macintyre, Sally et al. (2012): Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. In: *J Epidemiol Community Health* 66 (12), S. 1182–1186. DOI: 10.1136/jech-2011-200375.
- Craig, Peter; Katikireddi, Srinivasa Vittal; Leyland, Alastair; Popham, Frank (2017): Natural Experiments: An Overview of Methods, Approaches, and Contributions to Public Health Intervention Research. In: *Annu Rev Public Health* 38, S. 39–56. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044327.
- Dezort, Sandra; Günther, Christina; Hilke, Maren; Jasper, Christin M.; Köhler, Sabine; Schütte, Johannes D.; Stolz, Heinz-Jürgen (2017): Kein Kind zurücklassen. Der Qualitätsrahmen zum Aufbau einer

Präventionskette. Landeskoordinierungsstelle "Kein Kind zurücklassen! Für ganz Nordrhein-Westfalen". Münster. Online verfügbar unter [https://www.kinderstark.nrw/uploads/media/Qualitaetsrahmen\\_Kein\\_Kind\\_zuruecklassen\\_web\\_01.pdf](https://www.kinderstark.nrw/uploads/media/Qualitaetsrahmen_Kein_Kind_zuruecklassen_web_01.pdf).

Fagan, Abigail A.; Arthur, Michael W.; Hanson, Koren; Briney, John S.; Hawkins, J. David (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. In: *Prev Sci* 12 (3), S. 223–234. DOI: 10.1007/s11121-011-0226-5.

Fagan, Abigail A.; Hawkins, J. David; Catalano, Richard F.; Farrington D.P. (2019): Communities That Care. Building community engagement and capacity to prevent youth behaviour problems. New York: Oxford University Press (OUP).

Flewelling, Robert L.; Hanley, Sean M. (2016): Assessing Community Coalition Capacity and its Association with Underage Drinking Prevention Effectiveness in the Context of the SPF SIG. In: *Prev Sci* 17 (7), S. 830–840. DOI: 10.1007/s11121-016-0675-y.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Trojan, Alf (2018): Komplexe gemeindeorientierte Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern. Evaluation am Beispiel einer ländlichen (Ortenaukreis) und einer städtischen Region (Lenzviertel Hamburg). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (10), S. 1279–1288. DOI: 10.1007/s00103-018-2801-4.

Groeger-Roth, Frederick (2015): Verfügbarkeit von evaluierten Präventionsprogrammen für Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen - Die „Grüne Liste Prävention“. In: J. Klauber, B. Günster, C. Gerste, B. P. Robra und N. Schmacke (Hg.): Versorgungs-Report 2015. Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“. Stuttgart: Schattauer, S. 297–306.

Groeger-Roth, Frederick (2018): Prävention von psychischen Störungen auf der kommunalen Ebene: Zur Umsetzung von Communities That Care - CTC in Deutschland. In: Christiansen, H, D. Ebert und Bernd Röhrle (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvt-Verlag (Entwicklungen und Perspektiven, VI), S. 177–194.

Groos, Thomas; Jehles, Nora; Kersting, Volker; Niemann, Friederike-Sophie; Trappmann, Carolin (2017): Kommunale Mikrodatenanalyse. Praktischer Nutzen und Anwendungsbeispiele. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh (3).

Hawkins, J. David; Arthur, Michael W.; Catalano, Richard F. (1995): Preventing Substance Abuse. In: *Crime and Justice* 19, S. 343–427. DOI: 10.1086/449234.

Hawkins, J. David; Catalano, R. F.; Kosterman, R.; Abbott, R.; Hill, K. G. (1999): Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. In: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 153 (3), S. 226–234. DOI: 10.1001/ARCHPEDI.153.3.226.

Hawkins, J. David; Catalano, R. F.; Miller, J. Y. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention (112). Online verfügbar unter <https://psycnet.apa.org/record/1992-40647-001>.

Hawkins, J. David; Catalano, Richard F.; Arthur, Michael W.; Egan, Elizabeth; Brown, Eric C.; Abbott, Robert D.; Murray, David M. (2008): Testing communities that care: the rationale, design and behavioral baseline equivalence of the community youth development study. In: *Prev Sci* 9 (3), S. 178–190. DOI: 10.1007/s11121-008-0092-y.

Hawkins, J. David; Oesterle, Sabrina; Brown, Eric C.; Abbott, Robert D.; Catalano, Richard F. (2014): Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial. In: *JAMA pediatrics* 168 (2), S. 122–129. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2013.4009.

Hawkins, J. David; Oesterle, Sabrina; Brown, Eric C.; Arthur, Michael W.; Abbott, Robert D.; Fagan, Abigail A.; Catalano, Richard F. (2009): Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: a test of Communities That Care. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* 163 (9), S. 789–798. DOI: 10.1001/archpediatrics.2009.141.

Hayes, Sara L.; Mann, Mala K.; Morgan, Fiona M.; Kelly, Mark J.; Weightman, Alison L. (2012): Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 10, CD007825. DOI: 10.1002/14651858.CD007825.pub6.

Johnson, Knowlton; Collins, David; Shamblen, Steve; Kenworthy, Tara; Wandersman, Abraham (2017): Long-Term Sustainability of Evidence-Based Prevention Interventions and Community Coalitions Survival: a Five and One-Half Year Follow-up Study. In: *Prevention Science* 18 (5), S. 610–621. DOI: 10.1007/s11121-017-0784-2.

Kegler, Michelle C.; Halpin, Sean N.; Butterfoss, Frances Dunn (2020): Evaluation Methods Commonly Used to Assess Effectiveness of Community Coalitions in Public Health: Results From a Scoping Review. In: *New Directions for Evaluation* 2020 (165), S. 139–157. DOI: 10.1002/ev.20402.

Kim, B. K. Elizabeth; Gloppen, Kari M.; Rhew, Isaac C.; Oesterle, Sabrina; Hawkins, J. David (2015a): Effects of the communities that care prevention system on youth reports of protective factors. In: *Prev Sci* 16 (5), S. 652–662. DOI: 10.1007/s11121-014-0524-9.

Kim, B. K. Elizabeth; Oesterle, Sabrina; Hawkins, J. David; Shapiro, Valerie B. (2015b): Assessing Sustained Effects of Communities That Care on Youth Protective Factors. In: *J Soc Social Work Res* 6 (4), S. 565–589. DOI: 10.1086/684163.

Kuklinski, Margaret R.; Briney, John S.; Hawkins, J. David; Catalano, Richard F. (2012): Cost-benefit analysis of communities that care outcomes at eighth grade. In: *Prev Sci* 13 (2), S. 150–161. DOI: 10.1007/s11121-011-0259-9.

Kuklinski, Margaret R.; Fagan, Abigail A.; Hawkins, J. David; Briney, John S.; Catalano, Richard F. (2015): Benefit-Cost Analysis of a Randomized Evaluation of Communities That Care: Monetizing Intervention Effects on the Initiation of Delinquency and Substance Use Through Grade 12. In: *J Exp Criminol* 11 (2), S. 165–192. DOI: 10.1007/s11292-014-9226-3.

Kuklinski, Margaret R.; Hawkins, J. David; Plotnick, Robert D.; Abbott, Robert D.; Reid, Carolina K. (2013): How has the economic downturn affected communities and implementation of science-based prevention in the randomized trial of communities that care? In: *Am J Community Psychol* 51 (0), S. 370–384. DOI: 10.1007/s10464-012-9557-z.

Landschaftsverbund Rheinland (LVR) - Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen (2009): Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement NBQM. Ein Landesmodellprojekt zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe. Abschlussbericht. Landschaftsverbund Rheinland (LVR) - Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen. Köln.

Lorenz, Eva; Köpke, Sascha; Pfaff, Holger; Blettner, Maria (2018): Clusterrandomisierte Studien. Teil 25 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 115 (10), S. 163–168. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0163.

Maxwell, S. E. (2000): Sample size and multiple regression analysis. In: *Psychological Methods* 5 (4), S. 434–458. DOI: 10.1037//1082-989x.5.4.434.

Mielck, Andreas; Kilian, Holger; Lehmann, Frank; Richter-Kornweitz, Antje; Kaba-Schönstein, Lotte (2018): German cooperation-network 'equity in health'-health promotion in settings. In: *Health promotion international* 33 (2), S. 318–324. DOI: 10.1093/heapro/daw069.

Muellmann, Saskia; Brand, Tilman; Jürgens, Dorothee; Gansefort, Dirk; Zeeb, Hajo (2021): How many key informants are enough? Analysing the validity of the community readiness assessment. In: *BMC Res Notes* 14 (1), S. 1–6. DOI: 10.1186/s13104-021-05497-9.

Nutbeam, Don (1998): Health Promotion Glossary. In: *Health Promotion International* 13 (4), S. 349–364. DOI: 10.1093/heapro/13.4.349.

Rantala, Riikka; Bortz, Martin; Armada, Francisco (2014): Intersectoral action: local governments promoting health. In: *Health promotion international* 29 (S1), 92-102. DOI: 10.1093/heapro/dau047.

Richter-Kornweitz, Anja; Utermark, Kerstin (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hg. v. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Hannover.

Röding, D.; Soellner, R.; Birgel, V.; Groeger-Roth, F.; Brender, R.; Reder, M. et al. (2021a): Results of the 1:1-matching of the CTC-EFF study: A non-randomized evaluation study. In: *European Journal of Public Health* 31 (Supplement\_3), Artikel ckab165.409. DOI: 10.1093/eurpub/ckab165.409.

Röding, Dominik; Birgel, Vera; Walter, Ulla (2023a): Validation of an instrument to measure community capacity building for prevention. In: *J Public Health (Berl.)*, S. 1–17. DOI: 10.1007/s10389-023-01905-5.

Röding, Dominik; Reder, Maren; Soellner, Renate; Birgel, Vera; Stolz, Maike; Groeger-Roth, Frederick; Walter, Ulla (2023b): Evaluation des wissenschaftsbasierten kommunalen Präventionssystems Communities That Care: Studiendesign und Baseline-Äquivalenz intermediärer Outcomes. In: *Präv Gesundheitsf* 18 (3), S. 316–326. DOI: 10.1007/s11553-022-00972-y.

Röding, Dominik; Soellner, Renate; Reder, Maren; Birgel, Vera; Kleiner, Constantin; Stolz, Maike et al. (2021b): Study protocol: a non-randomised community trial to evaluate the effectiveness of the communities that care prevention system in Germany. In: *BMC Public Health* 21 (1), S. 1927. DOI: 10.1186/s12889-021-11935-x.

Roussos, Stergios Tsai; Fawcett, Stephen B. (2000): A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. In: *Annu Rev Public Health* 21, S. 369–402. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.21.1.369.

Schubert, Herbert; Veil, Katja; Spieckermann, Holger; Abels, Stephanie (2013): Evaluation des Modellprogramms „Communities That Care“ in Niedersachsen. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde zur sozialräumlichen Prävention in Netzwerken. Köln: Verlag Sozial • Raum • Management.

Shapiro, Valerie B.; Hawkins, J. David; Oesterle, Sabrina (2015a): Building Local Infrastructure for Community Adoption of Science-Based Prevention: The Role of Coalition Functioning. In: *Prev Sci* 16 (8), S. 1136–1146. DOI: 10.1007/s11121-015-0562-y.

Shapiro, Valerie B.; Oesterle, Sabrina; Hawkins, J. David (2015b): Relating coalition capacity to the adoption of science-based prevention in communities: evidence from a randomized trial of Communities That Care. In: *Am J Community Psychol* 55 (1-2), S. 1–12. DOI: 10.1007/s10464-014-9684-9.

Stolp, Sean; Bottorff, Joan L.; Seaton, Cherrisse L.; Jones-Bricker, Margaret; Oliffe, John L.; Johnson, Steven T. et al. (2017): Measurement and evaluation practices of factors that contribute to effective health promotion collaboration functioning: A scoping review. In: *Evaluation and program planning* 61, S. 38–44. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2016.11.013.

Walter, Ulla; Groeger-Roth, Frederick; Röding, Dominik (2023): Evidenzbasierte Prävention für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Der Ansatz „Communities That Care“ (CTC) für Deutschland. In: *Bundesgesundheitsbl* 66 (7), S. 774–783. DOI: 10.1007/s00103-023-03725-0.

Wiggins, Bonnie; Anastasiou, Kim; Cox, David N. (2021): A Systematic Review of Key Factors in the Effectiveness of Multisector Alliances in the Public Health Domain. In: *American journal of health promotion : AJHP* 35 (1), S. 93–105. DOI: 10.1177/0890117120928789.

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. World Health Organization (WHO). Geneva.

Zakocs, Ronda C.; Edwards, Erika M. (2006): What explains community coalition effectiveness? a review of the literature. In: *Am J Prev Med* 30 (4), S. 351–361. DOI: 10.1016/j.amepre.2005.12.004.

## Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN ---	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Schlussbericht
3. Titel Abschlussbericht zum Projekt CTC-EFF: Effektivität des kommunalen Präventionssystems Communities That Care	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Röding, Dominik Soellner, Renate Walter, Ulla	5. Abschlussdatum des Vorhabens 31.12.2023
	6. Veröffentlichungsdatum Siehe Veröffentlichungsliste im Schlussbericht
	7. Form der Publikation Siehe Veröffentlichungsliste im Schlussbericht
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Medizinische Hochschule Hannover Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover  Stiftung Universität Hildesheim Fachbereich 1: Erziehungs- und Sozialwissenschaften Institut für Psychologie Universitätsplatz 1 31141 Hildesheim	9. Ber. Nr. Durchführende Institution Nein
	10. Förderkennzeichen 01EL2006A und 01EL2006B
	11. Seitenzahl Der Schlussbericht umfasst 45 Seiten
12. Fördernde Institution (Name, Adresse)  Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 55
	14. Tabellen 5
	15. Abbildungen 17
16. Zusätzliche Angaben ---	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum) Siehe Veröffentlichungsliste im Schlussbericht	

## 18. Kurzfassung

### **Derzeitiger Stand von Wissenschaft und Technik**

Das kommunale Präventionssystem Communities That Care (CTC) wurde in den USA seit 2004 durch die Community Youth Development Study (CYDS) mittels eines cluster-randomisierten Designs evaluiert. Die Ergebnisse der CYDS zeigen, dass CTC nach etwa drei bis fünf Jahren Risiko- und Schutzfaktoren für jungendliches Problemverhalten verbessert und langfristig sowohl jungendliches Problemverhalten reduziert als auch Bildungsverläufe verbessert. Dabei hat sich gezeigt, dass der Effekt nahezu vollständig darüber vermittelt wird, dass CTC Kommunen verstärkt dazu bringt, einen wissenschaftsbasierten Präventionsansatz zu übernehmen. Eine quasi-experimentelle Studien aus den USA und Australien bestätigen ebenfalls die Wirksamkeit von CTC auf Ebene von jungendlichem Problemverhalten. In einer kleinen niederländischen experimentellen Studie konnte hingegen keine Wirksamkeit von CTC gefunden werden. In Deutschland bestätigt eine Machbarkeitsstudie die grundsätzliche Umsetzbarkeit von CTC in Deutschland. Es fehlt für Deutschland aber bislang eine Studie zur Wirksamkeit von CTC.

### **Begründung/Zielsetzung der Untersuchung**

Vor diesem Hintergrund untersuchte das Vorhaben, ob und falls ja unter welchen Bedingungen CTC in Deutschland wirksam ist. Da Effekte von CTC auf jungendliches Problemverhalten sowie dessen Risiko- und Schutzfaktoren erst nach etwa fünf Jahren in statistisch messbarer Stärke entfalten, lag der Fokus des Vorhabens darauf, Effekte von CTC auf die Übernahme eines wissenschaftsbasierten Präventionsansatzes zur untersuchen.

### **Methode**

Es wurde eine konzeptuelle Replikation der CYDS in Deutschland durchgeführt. Dabei wurden die Messinstrumente der CYDS benutzt und ein nicht-randomisiertes cluster-kontrolliertes Design gewählt. Für die Studie konnten 21 CTC-Kommunen aus vier Bundesländern rekrutiert werden sowie 21 Vergleichskommunen, die mittels eines 1:1-Matching identifiziert wurden. In den CTC-Kommunen wurde mittels zweier Instrumente der Implementationsprozess evaluiert. In den CTC- und Vergleichskommunen wurden lokale Schlüsselpersonen bezüglich der lokalen Präventionsarbeit und Rahmenbedingungen telefonisch befragt, sowie lokale Präventionsakteure zu Aufwand, Zielgruppenerreichung und Umsetzungstreu ihrer Präventionsmaßnahmen befragt. Außerdem wurden in den Kommunen Schülerinnen und Schüler (SuS) ab der fünften Klasse befragt (hier nur in drei Bundesländern, da Bayern der Befragung nicht zugestimmt hat).

### **Ergebnis**

Da während der Projektlaufzeit (April 2020 bis Dezember 2023) die Studienkommunen und insbesondere auch die Schulen durch die Corona-Pandemie in einem Ausnahmezustand waren, mussten die Zeitpläne für die Datenerhebungen mehrmals verschoben und ausgeweitet werden. In der Folge konnten die Wiederholungsbefragungen (Querschnitt) nicht mehr im Projektzeitraum gestartet und die Längsschnittbefragung nicht mehr im Projektzeitraum abgeschlossen werden. Die geplanten Längsschnittanalysen konnten daher nicht in der Projektlaufzeit durchgeführt werden.

Die Erhebungen konnten 2021 in 38 Kommunen (19 Kommunenpaare) gestartet werden. Im Zusammenhang mit der herausfordernden Situation während der Pandemie gab es einen hohen Drop-out, sodass das a-priori Matching ex-post aufgegeben werden musste. Für die Baseline aller Erhebungen und für die Wiederholungsbefragung der lokalen Schlüsselpersonen liegen Daten von 28 Kommunen aus drei Bundesländern vor. Aus der Schülerbefragung liegen aus 11 Kommunen Längsschnittdaten vor.

Zentrale Ergebnisse der Prozessevaluation sind, dass durch die Pandemiebekämpfungsmaßnahmen der CTC-Prozess in den Kommunen teils weitgehend, teils vollständig zum Erliegen kam. Lediglich acht Kommunen gelang es, den Prozess während der Pandemie voranzutreiben. Drei Kommunen haben in der Zeit vollständig aufgegeben, den CTC-Ansatz einzuführen.

Vorläufige deskriptive Analysen der Längsschnittdaten der befragten lokalen Schlüsselpersonen zeigen, dass es einem höheren Anteil von CTC- als von Vergleichskommunen gelungen ist, einen wissenschaftsbasierten Präventionsansatz zu übernehmen. Dies war der primäre Outcome für diesen Beobachtungszeitraum.

Zudem zeigen Analysen der Baseline-Daten von einerseits den befragten lokalen Schlüsselpersonen und andererseits den Befragten SuS, dass kommunale Kapazitätsentwicklung (Community Capacity Building), das auch vom CTC-Ansatz verfolgt wird, erstens mit einer stärkeren Übernahme eines wissenschaftsbasierten Präventionsansatzes assoziiert ist und zweitens mit geringeren Prävalenzen von Substanzkonsum bei Jugendlichen.

Die Baseline-Daten der SuS zeigten weiterhin, dass zum ersten Messzeitpunkt Baseline-Äquivalenz auf allen Variablen gegeben war und das ursprüngliche Matching somit erfolgreich war.

### **Schlussfolgerung/Anwendungsmöglichkeiten**

Die Ergebnisse haben für Deutschland neue Erkenntnisse zu den Erfolgsfaktoren von kommunaler Gesundheitsförderung für Jugendliche gebracht. Diese Erkenntnisse haben über den Austausch von Wissenschaft und Praxis bereits Eingang in die praktische Umsetzung von CTC gefunden.

## 19. Schlagwörter

Communities That Care, Wirksamkeit, jungendliches Problemverhalten, Kapazitätsentwicklung, Capacity Building

## 20. Verlag

Siehe Veröffentlichungsliste im Schlussbericht

## 21. Preis

Open Access