

Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden

Carlo Fabian, Martin Neuenschwander, Marisa Geiser

Muttenz und Luzern, November 2018

Kontakt

Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit
Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung
Prof. Carlo Fabian
Hofackerstrasse 30, 4132 Muttenz
carlo.fabian@fhnw.ch, +41 61 228 59 38

Inhalt

Management Summary	3
1 Einleitung	9
2 Theoretischer Bezugsrahmen für Gemeindeprojekte	9
2.1 Gemeinde und Setting	10
2.2 Der Setting-Ansatz	11
2.3 Partizipation und Empowerment	12
2.4 Evidenzverständnis	14
2.5 Good- und Best-Practice in der settingorientierten Prävention	17
2.6 Das Qualitätssystem quint-essenz	18
2.7 Projektzyklen als Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsgrundlage	19
3 Methodisches Vorgehen	20
3.1 Literaturrecherche	20
3.2 Experten- und Expertinnengruppe mit Vertretungen aus den Sprachregionen und BAG	22
4 Ergebnisse	23
4.1 Thematischer Fokus und Zielgruppen	23
4.2 Grad der Partizipation	23
4.3 Kooperation und Sozialraumorientierung	25
4.4 Setting – Gemeinde	26
5 Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren	27
5.1 Erfolgsfaktoren	27
5.1.1 Planungs- und Konzeptqualität	27
5.1.2 Strukturqualität	28
5.1.3 Prozessqualität	28
5.1.4 Ergebnisqualität	30
5.1.5 Qualität der Nachhaltigkeit und Verstetigung	30
5.2 Hinderliche Faktoren	31
5.3 Sprachregionale Besonderheiten	32
5.3.1 Kooperation und Vernetzung	32
5.3.2 Projektkultur	32
5.3.3 Verfügbarkeit von Ressourcen	33
5.4 Listen wirksamer Angebote (Good Practice Beispiele)	33
5.4.1 Grüne Liste Prävention (Deutschland)	33
5.4.2 RADIX-Liste wirksamer Angebote	34
6 Empfehlungen für die Gestaltung der Praxishilfe	34
7 Literatur	38
8 Autorenschaft	42

Zitiervorschlag

Fabian, Carlo, Neuenschwander, Martin & Geiser, Marisa. (2018). Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden. FHNW-HSA & HSLU. Muttenz und Luzern.

Management Summary

Als sozialräumliche Systeme eignen sich Gemeinden in besonderer Weise für Präventionsvorhaben. Damit Präventionsprojekte auf kommunaler Ebene die gewünschte Wirkung erzielen können, müssen sie hohen Qualitätsanforderungen genügen. Dabei gilt es, Aspekte der wissenschaftlichen und praxisbezogenen Evidenz zu berücksichtigen. Der Bericht gibt auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes einen Überblick über evidenzbasierte Erfolgs- und hinderliche Faktoren bei der Planung, Umsetzung und Bewertung von Präventionsprojekten in Gemeinden.

Nationale Strategien Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) und Sucht

Seit 2017 befinden sich die vom Bundesamt für Gesundheit BAG, den Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz verabschiedeten Strategien für die Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD) und Sucht in der Umsetzung.¹ Die Zuständigkeit für die lokale resp. kommunale Gesundheitsförderung und Prävention liegt bei den Kantonen und insbesondere bei den Gemeinden; sie realisieren entsprechende Projekte zusammen mit den Fachstellen.

Wirken gemeindeorientierte Präventionsprojekte?

Trotz der langjährigen und vielfältigen Tradition gemeindebasierter Präventionsprojekte in der Schweiz fehlt es an fundiertem Wissen betreffend Nutzen und Wirkungen von Präventionsaktivitäten. Von daher besteht ein Bedarf nach wissenschaftlich fundierten Hilfen für die Praxis. In diesem Zusammenhang hat das BAG den Bericht «Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden» in Auftrag gegeben. Der Bericht soll als Grundlage dienen, um für die Gemeinden, Kantone und Projektträger ein benutzerfreundliches Instrumentarium zu erstellen. Dieses soll wichtige Erkenntnisse und Empfehlungen für die Planung, Umsetzung und Beurteilung gemeindebasierter Projekte beinhalten.

Für die Erarbeitung des Berichts wurde nebst einer Literaturrecherche (Datenbanken für Fachpublikationen, Internet, Anfragen bei Fachstellen) eine ExpertInnengruppe hinzugezogen, zusammengesetzt aus je einer Vertretung aus den verschiedenen Sprachregionen und dem BAG. Basis für den Bericht sind insgesamt 65 Studien (Artikel, Forschungsberichte) sowie verschiedene Berichte von Fachstellen.

Der Setting-Ansatz der Ottawa Charta als leitender Handlungsrahmen

Als theoretische Grundlage für Präventionsprojekte in Gemeinden dient der *Setting-Ansatz*. Der Setting-Ansatz gilt in der Gesundheitsförderung und Prävention als Schlüsselstrategie und Handlungsrahmen bei der Umsetzung von Massnahmen gemäss Prinzipien der Ottawa-Charta (World Health Organization, 1986). Diese Prinzipien implizieren, dass der Fokus gesundheitsförderlichen und präventiven Handelns auf die sozialen Systeme wie Schule, Betrieb, Quartier oder Gemeinde gerichtet wird. Neben der individuellen, der gemeinschaftlichen und der gesellschaftlichen Ebene werden auch räumliche und soziale Strukturen als Ziele

¹ Vgl. BAG – Bundesamt für Gesundheit: Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. www.tinyurl.com/yc2xoy8c; Zugriff 20.10.18.

BAG – Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie Sucht: www.tinyurl.com/y7b2afug, Zugriff 20.10.18.

gesundheitsfördernder Massnahmen angesprochen. «*Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities, their ownership and control of their own endeavours and destinies.*» (ebd.).² In unterschiedlichen Lebensbereichen resp. sozialen Systemen herrschen jeweils unterschiedliche Rahmenbedingungen. Diese haben Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten und können durch Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention beeinflusst werden. Kernstrategien des Setting-Ansatzes sind die *umfassende Partizipation aller relevanten Akteure*, die *Prozessorientierung*, die *Entwicklung integrierter Konzepte* und der Einbezug von *Interventionen*, die sowohl *individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen als auch strukturelle Verhältnisse* innerhalb des Settings beeinflussen.

Evidenzverständnis

Prävention im Setting Gemeinde umfasst ein breites Spektrum an Massnahmen, methodischen Zugängen und Qualitätsstandards. Um eine möglichst hohe Qualität bei der Planung und Umsetzung von präventiven Massnahmen sowie bei der Beurteilung des Erfolgs bzw. Misserfolgs dieser Massnahmen erreichen zu können, ist ein adäquates *Verständnis von Evidenz* durch die verschiedenen Anspruchsgruppen, die auf Gemeindeebene in Präventionsprojekte involviert sind (Vertretungen aus der Wissenschaft, Fachstellen, Politik, Behörden, Zielgruppen etc.) von grosser Bedeutung. Mögliche Folgen eines einseitigen Evidenzverständnisses bestehen zum Beispiel darin, dass aus Sicht der Wissenschaft Projekte und Programme methodisch einseitig beurteilt oder sogar abqualifiziert werden. Oder aber, dass sich Projektverantwortliche in der Präventionspraxis einer kritischen wissenschaftlichen Beurteilung ihrer Projekte verschliessen und damit eine Chance verpassen, dass ihre Projektarbeit kritisch gewürdigt und verbessert werden kann.

Generell gelten Interventionsansätze (auch in der Prävention) als evidenzbasiert, wenn ihre Wirkung hinsichtlich des Interventionsziels nachgewiesen ist. Bei diesem Wirkungsnachweis gilt es, das *wissenschaftlich basierte Evidenzverständnis* von einem *praxisbasierten Evidenzverständnis* zu unterscheiden, resp. mit diesem zu ergänzen.

Wissenschaftsbasierte und praxisbasierte Evidenz

Im *wissenschaftlichen* Sinn gilt die Wirkung von Interventionen dann als gesichert (evidenzbasiert), wenn auf der Grundlage von randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien (RCT-Standard) nachgewiesen werden kann, dass bei den relevanten Outcome-Variablen (z.B. Substanzenkonsum) statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Intervention bestehen. Ein solches Kontrollgruppendesign ermöglicht Störvariablen (statistisch) zu kontrollieren. Die Durchführung einer solchen Studie im Setting Gemeinde ist angesichts der komplexen und vielschichtigen Strukturen, Dynamiken und Einflussfaktoren mit einem entsprechend hohen Aufwand verbunden, der eigentlich nur im Kontext von umfassenden Forschungsvorhaben geleistet werden kann.

² Die originale Englischsprachige Version bringt den Aspekt der gemeinschaftlichen Aktivitäten (community action) besser zum Ausdruck als die Deutschsprachige Version (diese ist nachzulesen unter -> http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf).

Beim Generieren *praxisbasierter Evidenz* geht es um die konzeptionelle Fokussierung auf praxisrelevante lokale Kontextfaktoren. Dazu gehören unter anderem *lokales Wissen* (z.B. Insiderwissen über die Zielpersonen und deren Lebenswelt, Wissen über die Gesundheitslage der Zielpersonen, Berücksichtigung gemachter Lernprozesse), *Wissens- und erfahrungsbasierte Schlussfolgerungen* von Akteuren und Akteurinnen aus Politik und Praxis über Wirkzusammenhänge in ihrem Handlungskontext, *Qualifikation und Qualifikationsentwicklung* der beteiligten Akteure und Akteurinnen oder der *Grad deren Partizipation*. Eine Bedingung für eine erfolgreiche, wirksame gemeindebasierte Prävention besteht darin, dass die wissenschaftsbasierte und die praxisbasierte Evidenz in optimaler Weise ineinandergreifen.

Good-Practice in der settingorientierten Prävention

«Good-Practice» steht in Zusammenhang mit Qualität, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Dem Ansatz zufolge gibt es meist nicht ausschliesslich eine beste Lösung, *sondern mehrere erfolgreiche Lösungen oder Teillösungen*. Dadurch werden auch diejenigen Angebote miteinbezogen, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen die «beste» Lösung darstellen. Um Good-Practice identifizieren zu können, muss untersucht werden, *welche* Elemente eines Projekts oder einer Massnahme *wie* zum Erfolg beitragen.

Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren

Die Kriterien für Good-Practice befinden sich auf folgenden vier unterschiedlichen Projektebenen: *Planungs- und Konzeptqualität* (7 Faktoren), *Strukturqualität* (6) *Prozessqualität* (7) und *Ergebnisqualität* (3).

Planungs- und Konzeptqualität

- *Wissensbasierung*: Die Verwendung evaluierter Projekte – mit den allenfalls nötigen Anpassungen an die lokalen Gegebenheiten – ist entscheidend. Beispielsweise wird beim Methodenansatz «Communities That Care» (CTC) oder bei der Nutzung der «Grünen Liste»³ eine möglichst gute Programmtreue eingefordert. Bei der konkreten Umsetzung müssen die Aspekte der wissenschafts- und praxisbasierten Evidenz in ausgewogener Weise berücksichtigt werden.
- *Verwertung von lokalem Wissen und «lokalen Theorien»*: Nutzbar machen von Insiderwissen über die Zielgruppen, deren Lebenswelten und Problemlasten; mit lokalen Theorien ist die Berücksichtigung der Logik lokaler Strukturen und Prozesse beim Wirkungsnachweis gemeint inkl. der Schlussfolgerungen für die Entwicklung angemessener Massnahmen. Die Präventionskonzepte sollten anschlussfähig sein mit bestehenden *kommunalen Rahmenbedingungen*.
- *Verhältnisprävention*: Der Schwerpunkt der Massnahmen sollte optimalerweise verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente enthalten und beide Ansätze verschränken. Dabei sollte der Fokus, vor allem wenn die Projekte weniger umfassend sind, auf die Verhältnisprävention gelegt werden.
- *Thematische Öffnung*: Programme sollten nicht eng auf ein Thema, eine Substanz oder eine Problematik fokussiert sein, sondern verschiedene integrieren. Thematisch vielfältige Projekte sind anzustreben, weil häufig sowohl die Ursachen für Problemverhaltensweisen gewisser Zielgruppen als auch die damit korrespondierenden Präventionsmassnahmen oft themenunabhängig sind.
- *Wording*: *Beispielsweise wird* «safety-problem» eher akzeptiert als «health-problem».

³ Das Bundesland Niedersachsen (D) stellt auf der Datenbank «Grüne Liste Prävention» evidenzbasierte Präventionsprogramme zur Verfügung. Ziel dieser Plattform ist es, die Verbreitung von getesteten, wirksamen Präventionsprogrammen zu fördern.

- *Ressourcen*, wie Zeit und Finanzen müssen vorhanden sein.
- *Strukturen und Abläufe* müssen geklärt und organisiert sein.

Strukturqualität

- Politischer Support, *Agenda-Setting* (das Setzen konkreter Themenschwerpunkte was in politisches Commitment münden kann) sowie die Einbindung von Politik und Netzwerken.
- *Regionale Kooperation* mit anderen Projekten oder als Teil eines grösseren Programms; Kooperation zwischen Fachstellen auf nationaler und regionaler/lokaler Ebene sowie zwischen verschiedenen Stakeholdern innerhalb von Gemeinden.
- Lokale Arbeitsgruppe.
- *Leadership*: eine *starke* lokale Führung, idealerweise durch die Gemeinde selbst oder durch eine Fachperson.
- *Persönlichkeit* der Führungsperson mit Fähigkeit bzw. Bereitschaft zu Begeisterung und Kontinuität.
- Qualitativ gutes Netzwerkmanagement.

Prozessqualität

- *Informationsfluss & Kommunikation* zwischen den Akteuren und Akteurinnen.
- *Partizipation*: frühe Einbindung aller relevanter Akteure und Akteurinnen, auch schon vor Projektbeginn.
- *Soziale Faktoren* wie Qualität der Beziehung, gegenseitiges Vertrauen und gut funktionierende, transparente *Kommunikation* zwischen den Akteuren und Akteurinnen einerseits und den im Projekt aktiv beteiligten Betroffenen andererseits.
- *Öffentlichkeitsarbeit*: Sichtbarmachen von Massnahmen für die Zielgruppe.
- *Professionalisierung*. Schulungen und kontinuierliche Begleitung/Fachberatung durch Fachpersonen.
- *Motivierende Faktoren für die Implementierung*, namentlich durch die Programmverantwortlichen.
- *Mediale Aufmerksamkeit*: Einbindung der lokalen Medien von Anfang an als Voraussetzung für eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit.

Ergebnisqualität

- *Lokale Bedarfsanalysen*, wissenschaftlich fundiert oder pragmatisch unter Einbezug relevanter Schlüsselpersonen.
- *Multikomponenten-Ansatz*: umfassende und vernetzte Projekte in Settings. Dabei gilt es mehrere Subsettings (z.B. Schulen, Vereine, Fachstellen, Jugend- und Kinderangebote) einzubinden und mit diesen zusammenzuarbeiten.
- *Massnahmenpaket*: verschiedene, aufeinander abgestimmte Massnahmen, wobei der Grad der Vernetzung, der gemeinsamen Arbeit, der Abstimmung der Ziele und Massnahmen geringer ausfällt als beim Multikomponenten-Ansatz.

Hinderliche Faktoren

Neun hinderliche Faktoren konnten aus der Literatur identifiziert werden:

- *Einzelne, isolierte Massnahmen statt* koordinierte und abgestimmte Massnahmen.
- Zu hohe Komplexität gekoppelt mit einem unbefriedigenden Informationsfluss.
- Fehlende lokale und/oder regionale Kooperationen.

- *Besorgnis betr. Aufwand*, namentlich im Zusammenhang mit dem partizipativen Vorgehen.
- *Zeitrahmen*, namentlich Sorge um zu knappen Zeiträume.
- *Fokussierung* auf eine einzelne Substanz oder ein einzelnes Phänomen/Problem.
- Fehlende «readiness» bei professionellen Akteuren oder Entscheidungsträgern trotz positiver Haltung gegenüber den Projekten.
- *Fehlendes Vertrauen* gegenüber Behörden, Angst vor sozialer Kontrolle (besonders bei vulnerablen Gruppen).
- Unvorhersehbare / unbestimmbare Bedingungen wie z.B. Wetter.

Partizipation und Sozialraumorientierung

Die Analyse der Literatur zeigt auf, dass in den Studien kaum Fragen zu den Wirkungen (outcomes, impacts) untersucht werden. In den raren Studien zu Wirkungsaspekten beschränken sich die entsprechenden Aussagen tendenziell auf Einschätzungen von Stakeholdern oder beruhen auf kleinen Stichproben untersuchter Gemeinden. Die recherchierten Studien weisen hingegen viele Ergebnisse auf den Ebenen Planung, Strukturen sowie Implementierung (Prozesse) von Gemeindeprojekten aus.

Zusätzlich zu den skizzierten Erfolgs- und hinderlichen Faktoren sind die Aspekte *Partizipation* und *Sozialraumorientierung* von besonderer Bedeutung.

Partizipation

Wie erwähnt, ist Partizipation ein entscheidender Faktor in Setting-Ansatz basierten Präventionsprojekten. Ein Grossteil der in der recherchierten Literatur untersuchten Projekte und Programme agiert dabei im Bereich der *Verfahrensbeteiligung*, d.h. mit einer Partizipation der Zielgruppen im Sinne von «informiert werden». Wenig findet Partizipation auf der Ebene *Beratungsbeteiligung* (mitreden) und selten auf der Ebene *Entscheidungsbeteiligung* (mitentscheiden) statt. Es gibt allerdings auch Projektbeispiele, die Partizipation umfassender umsetzen.

Runde Tische, welche der Bevölkerung offenstehen, aber auch lokale Arbeitsgruppen, die eine konkrete Mitgestaltungsmöglichkeit haben, sind geeignete Methoden, um eine Entscheidungsbeteiligung zu ermöglichen. Das Projekt «styria vitalis» ist ein Beispiel, in welchem interessierten Bewohner und Bewohnerinnen der Steuergruppe beitreten und mitentscheiden können (*Entscheidungsbeteiligung*). Ausserdem werden im Projekt Jugendliche einerseits darin geschult, ihre Peers zu befragen (*Beratungsbeteiligung*) und gleichzeitig durch eine Fachbegleitung dabei unterstützt, Projekte aktiv mitzugestalten.

Kooperation und Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierte Präventionsangebote beziehen sich auf die Lebenswelten der Ziel- und Anspruchsgruppen. Dabei fördern und fordern sie die Kooperations- und Vernetzungsstrukturen der verschiedenen Akteure und Akteurinnen. Gemeinsame, koordinierte Ziele und Massnahmen erhöhen die Wirkungschancen. Sozialraumorientierung als ein Arbeitsprinzip betrifft alle Settings und ist ein Pfeiler des Setting-Ansatzes. Die Forderung bleibt aber im Allgemeinen normativ, d.h. es gibt kaum Projekte auf Ebene Gemeinde, die diesem Ansatz umfassend nachkommen.

Was braucht die Praxis?

Mit Blick auf die konkrete Planung und Umsetzung von Präventionsprojekten auf Ebene Gemeinde stellt das BAG in der Funktion als nationale Koordinationsstelle einen Bedarf fest, die verschiedenen Anspruchsgruppen mit einer attraktiven, leicht verfügbaren Praxishilfe in ihrer Präventionsarbeit zu unterstützen. Dabei gilt es, den Bedürfnissen der verschiedenen Akteurinnen und Akteure in optimaler Weise gerecht zu werden. Als Adressatinnen und Adressaten stehen die Akteurinnen und Akteure auf folgenden drei Ebenen mit je eigenen Aufgaben im Fokus:

- Das *BAG* sowie *weitere geldgebende Behörden* für politische Entscheidungen, für Projektbeurteilungen und als Entscheidungsgrundlage für Finanzierungen von Projekten.
- *Behörden und Akteure/Akteurinnen der Gemeinden*, als Auftraggebende und/oder Ausführende von Präventionsprojekten und -programmen.
- Fachstellen / Praxis / NGOs als Ausführende und/oder Beratende.

Die Praxishilfe muss mehrsprachig erstellt werden. Dabei sollte der Text über die rein sprachliche Übersetzung hinaus zusätzlich sprachregional kontextualisiert werden. Vielfältige Formate erleichtern es, die Bedürfnisse der einzelnen Stakeholder konkreter adressieren zu können.

Für die Praxishilfe sind verschiedene Formate denkbar wie Poster, Broschüren, Checklisten, eine Website, ein moderierter Blog oder auch geschlossene Online-Gruppen. Zusätzlich sind kurze Fortbildungen (Fachseminare), online Workshops oder Webinare im Sinne einer unkomplizierten und niederschweligen Fortbildung denkbar. Zudem sind allenfalls Schulungen im Rahmen bestehender CAS oder MAS, wie sie von verschiedenen Fachhochschulen und universitären Instituten angeboten werden, denkbar.

1 Einleitung

Seit 2017 befinden sich die vom Bundesamt für Gesundheit BAG, den Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz verabschiedeten Strategien für die Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD) und Sucht in der Umsetzung.⁴ In diesem Rahmen will der Bund seine Rolle und Unterstützungsmöglichkeiten im Hinblick auf Präventionsprojekte von Gemeinden klären. Die Zuständigkeit für die lokale resp. kommunale Gesundheitsförderung und Prävention liegt bei den Kantonen und insbesondere bei den Gemeinden; sie realisieren entsprechende Projekte zusammen mit den Fachstellen. Diese Rolle der Gemeinden ist nicht neu. Schon seit vielen Jahren entwickeln und realisieren sie solche Projekte. Dabei arbeiten sie mit den Kantonen und dem Bund zusammen und stimmen die Projekte und Aktivitäten aufeinander ab. Kantone oder der Bund (BAG) fördern in Absprache mit den Kantonen solche Projekte und unterstützen dabei direkt oder indirekt die Gemeinden.

Das Ziel des vorliegenden Berichts besteht darin, für die verschiedenen Anspruchsgruppen, Akteure und Akteurinnen eine Grundlage für die Entwicklung eines wissenschaftlich basierten, baukastenförmigen und benutzerfreundlichen Instrumentariums zu erstellen. Das Instrumentarium soll wichtige Erkenntnisse und Empfehlungen für die Planung, Umsetzung und Beurteilung gemeindebasierter Projekte beinhalten inkl. Hinweise auf Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren. Dabei sollen sprachregionale Unterschiede, Quintessenz-Qualitätskriterien und wenn möglich Berührungspunkte zur NCD- und Suchtstrategie berücksichtigt werden.

Für die Berichtlegung wurde nebst einer breiten Literaturrecherche eine Experten- und Expertinnengruppe hinzugezogen, zusammengesetzt aus Vertretern und Vertreterinnen aus den verschiedenen Sprachregionen und dem BAG. Die Experten- und Expertinnengruppe hatte die Funktion, die erarbeiteten Erkenntnisse zu diskutieren und zu validieren sowie ihre fachliche und sprachregionale Expertise einzubringen.

Der Bericht ist unterteilt in sechs Hauptkapitel. Im nachfolgenden zweiten Kapitel werden wichtige Begriffe und Modelle zum Thema dargestellt und eingegrenzt. Das dient dazu, um bei der Darstellung und Bewertung der Ergebnisse über eine theoretische Bezugsbasis zu verfügen. Im dritten Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben. Die Kapitel vier und fünf enthalten die Ergebnisse der Recherche inkl. einer Zusammenstellung bedeutsamer Erfolgsfaktoren und hinderlicher Faktoren. Für eine bessere Übersicht sind konkrete Beispiele bestehender Projekte, welche in der Recherche vorgefunden und relevante Erkenntnisse beitragen, grau unterlegt (siehe Kap. 4). Kapitel sechs enthält Empfehlungen für die Gestaltung der Praxishilfe. Die verwendete und ausgewertete Literatur ist in Kapitel 7 aufgelistet.

2 Theoretischer Bezugsrahmen für Gemeindeprojekte

Die nachfolgend dargestellten Theorien, Begriffe und Modelle dienen als Bezugsrahmen für die Ergebnisdarstellung und weiterführenden Überlegungen im Bericht. Bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsprojekten in Gemeinden ist eine Orientierung an diesem Bezugsrahmen per se

⁴ Vgl. BAG – Bundesamt für Gesundheit: Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. www.tinyurl.com/yc2xoy8c; Zugriff 20.10.18.
BAG – Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie Sucht: www.tinyurl.com/y7b2afug, Zugriff 20.10.18.

qualitätsfördernd: Einerseits hilft ein klares und somit einheitliches Begriffsverständnis Missverständnisse zu vermeiden. Andererseits erhöht die reflektierte Anwendung von praxis- und wissenschaftsbasierten Modellen die Chance auf Erfolg (vgl. Kap. 2.4).

2.1 Gemeinde und Setting

In den seit 2017 gültigen Nationalen Strategien Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD (BAG & GDK, 2016) und Sucht (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2015) setzt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die Umsetzung der Strategien auf die Kantone und Gemeinden. Gerade für Präventionsprojekte vor Ort spielen die Gemeinden somit eine wichtige Rolle und das BAG kann entsprechend auch Präventionsprojekte von und in Gemeinden fördern (Bundesamt für Gesundheit, 2017).

Im Kontext von Prävention ist eine Gemeinde nicht nur als politisch oder geografisch abgegrenzte Struktur zu sehen, sondern als *Sozialraum resp. als Setting* (vgl. Kap. 2.2). «Ein Ansatzpunkt bei der Prävention von NCDs ist das Umfeld bzw. das Setting, in dem sich der Mensch bewegt. Dieses Setting wird als ein abgegrenztes sozialräumliches System verstanden, in dem Menschen leben und das Einfluss auf die Gesundheit von Individuen und Gruppen hat. Beispiele für Settings sind die Schule, der Arbeitsplatz, die Gemeinde, das Quartier oder das soziale Wohnumfeld. Der Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme aus der Interaktion zwischen sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und der persönlichen Lebensweise entstehen. Ziel des Setting-Ansatzes ist es, die Lebenswelten so zu gestalten, dass sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.» (zit. nach BAG & GDK, 2016, p. 58).

Namentlich für die Gemeinde als Setting ist die Integration aller Subsettings im Sinne einer koordinierten oder gemeinsamen Planung und Umsetzung von Aktivitäten ein entscheidendes Kriterium. In aktueller Literatur ist auch die Rede von «Supersettings». Dabei wird die Integration aller Subsettings inkl. der darin stattfindenden Aktivitäten noch stärker betont (Bloch et al., 2014).

Als zentrale Faktoren für wirksame und nachhaltige Prävention in Gemeinden gelten grundsätzlich folgende (vgl. z.B. Bär, 2015; Fabian, Drilling, Niermann, & Schnur, 2017):

- Orientierung am Setting-Ansatz
- Förderung von Partizipation
- Empowerment und Integration
- politische Unterstützung
- Engagement der Gemeinde und der Einwohner und Einwohnerinnen
- Einbezug von Fachpersonen und Fachstellen mit den entsprechenden Kompetenzen
- Kooperation
- Kommunikation
- Intersektoralität
- Nutzbarmachung bestehender und zur Verfügung stellen von neuen Ressourcen
- Verstetigung in der Gemeinde
- Good-Practice

2.2 Der Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz gilt in der Prävention als Schlüsselstrategie (Altgeld, 2004; Engelmann & Halkow, 2008) zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta (World Health Organization, 1986). Zusätzlich zu den Ebenen *Individuum* und *Bevölkerung/gesellschaftlicher Kontext* werden auch *räumliche und soziale Strukturen* als Ziele gesundheitsfördernder Massnahmen bearbeitet (Engelmann & Halkow, 2008).

Das Modell von Kilian, Geene und Philippi (2004) zeigt die Zusammenhänge der *Verhaltens-* und der *Verhältnisorientierung* sowie der *Partizipation* im Setting-Ansatz auf (vgl. Abbildung 1).

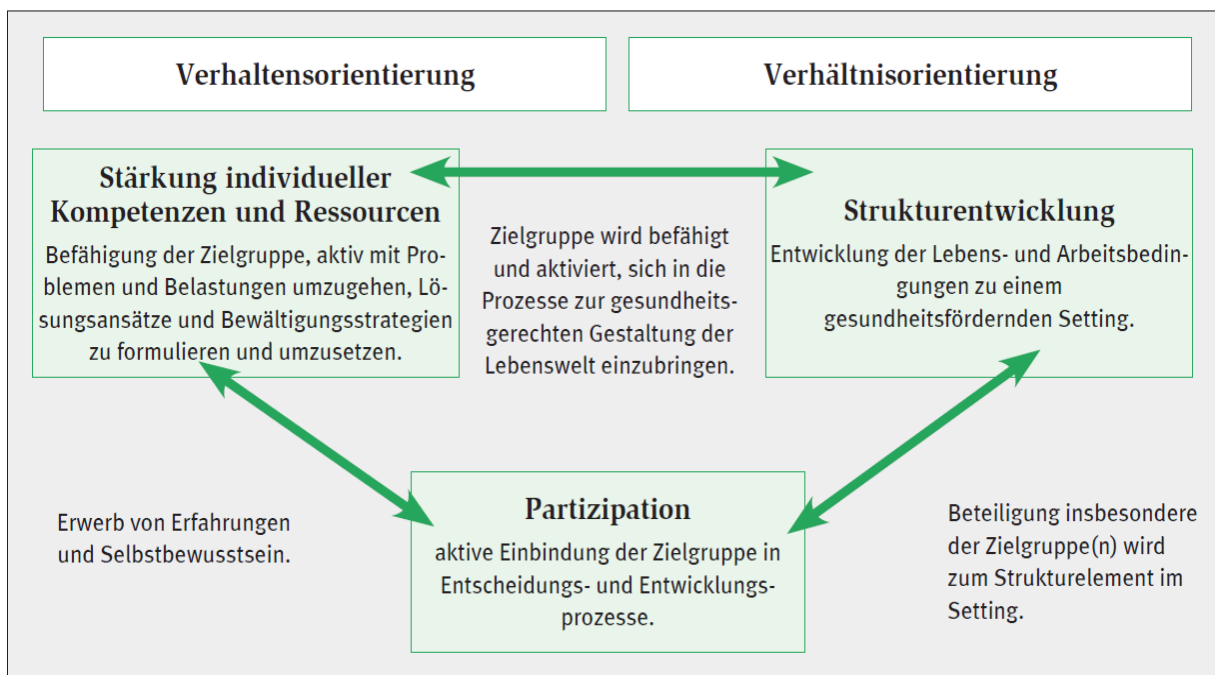


Abbildung 1: Kompetenzen- und Ressourcenstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Setting Ansatzes (Kilian et al., 2004; zit. nach Gold et al. 2014: 15).

Die Kernstrategien des Setting-Ansatzes sind der Einbezug und die Beteiligung aller relevanter Akteure und Akteurinnen (Partizipation), die Prozessorientierung, die Entwicklung integrierter Konzepte und der Einbezug von Interventionen, die sowohl individuelle Verhaltensweisen als auch strukturelle Verhältnisse innerhalb des Settings beeinflussen (Sterdt & Walter, 2012). Entsprechend wird von der «Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung» gesprochen (Pelikan, 2011). Eng verknüpft mit Partizipation ist Empowerment (vgl. Kap. 2.3).

Dies bedeutet, dass die Gemeinde nicht nur eine *Plattform* für präventive Interventionen sein darf, auf welcher präventive Aktivitäten umgesetzt werden, sondern dass die Gemeinde *Gegenstand der Entwicklungen* sein sollte, um so das präventive Potential am besten entfalten zu können. Die Strukturen, Prozesse, Angebote sowie Werte der Gemeinde müssen gemeinsam betrachtet und entwickelt werden. Der Setting-Ansatz ist ein (teilweise) normatives Konzept, welches in seiner Ganzheit nicht einfach umzusetzen ist. Ein Setting ist nicht immer abschliessend definier- und abgrenzbar und ist sozial konstruiert. Ein Setting zeichnet sich einerseits aus durch Stabilität und andererseits durch Dynamik mit Blick auf kontinuierliche Veränderungen bei der Struktur, Infrastruktur und bei den Akteuren. Gerade hierfür bietet der Setting-Ansatz die Chance,

dass Verhalten und Verhältnisse nicht als Dichotomie, sondern als sich ergänzende und gegenseitig beeinflussende Bereiche betrachtet werden können (vgl. auch Fabian, 2017).

2.3 Partizipation und Empowerment

Partizipation und Empowerment sind zwei in Zusammenhang mit dem Setting-Ansatz relevante *handlungsorientierte Konzepte* und bezeichnen wichtige *Werthaltungen* und *Arbeitsweisen*. Mit dem Empowerment-Ansatz wendet man sich von einer paternalistischen Ausrichtung ab und setzt den Fokus weg von der individuellen Vorsorge, Betreuung oder Erziehung neu auf Strategien der zielgruppen- und lebensweltspezifischen Aktivierung und Mobilisierung. Mit Empowerment werden Massnahmen, Strategien oder Konzepte bezeichnet, die die Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Individuen oder Gemeinschaften erhöhen und es ihnen so ermöglichen sollen, ihre Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und ihre Umwelten eigenständig zu gestalten (Kraschl, Drewes, & Kleiber, 2010).

Bei partizipativen Projekten eröffnen sich durchaus auch kritische Fragen, wie z. B. wer überhaupt «empowert» werden soll. Voraussetzung für Empowerment ist Interesse und Engagement für die Bedürfnisse, Anliegen und Lebenslagen von benachteiligten, schwächeren oder gar gefährdeten Personen oder Gruppen.⁵ Es wird allerdings durch den normativen Blick von Professionellen bestimmt, wer als benachteiligt, schwach und gefährdet gilt. «Dieser normative Blick ‹von oben› steht aber im Widerspruch zum Empowerment-Ansatz, wonach die betreffenden Personengruppen selbst der Motor für Veränderungen sein sollten» (zit. nach ebd., S. 162). Von den benachteiligten Personen wird zugleich die Übernahme von mehr Eigenverantwortung und Eigeninitiative sowie als Folge davon mehr Autonomie erwartet. Dies führt mitunter zu einer Diskussion über das Verhältnis von individueller und gesellschaftlicher Verantwortung.

Um Personen von unten her zu empowern, müssen die Mächtigen, also Fachpersonen, Institutionen, Führungspersonen, aber auch die Verwaltung und Politik etc., einen Teil ihrer Macht abgeben. Dabei stellt sich unmittelbar die Frage, ob das (immer) möglich und auch erwünscht ist. Ein weiterer Punkt betrifft das Dilemma von Selbstbestimmung versus soziale Kontrolle und beschützende Intervention. So ist bei Personen, die nur über wenige persönliche oder soziale Ressourcen verfügen, darauf zu achten, wie viel Selbstbestimmung und Selbstverantwortung möglich sind, wie viel Schutz (in diesem Sinne eine unterstützende soziale Kontrolle) geboten werden sollte, ohne in eine negative Kontrolle zu kippen (Herriger, 2010, p. 223). Diese Punkte sind in der präventiven Arbeit stets zu reflektieren.

Zum Thema Partizipation ist abschliessend zu ergänzen, dass die *partizipativen Prozesse* als solche, namentlich mit Kindern, einen wichtigen Beitrag zu gesundheitsrelevanten Faktoren wie Empowerment und Autonomie, Selbstwirksamkeit, Attribution und Kontrollüberzeugungen sowie Kohärenzgefühl beitragen können (vgl. für eine ausführliche Herleitung Fabian, 2016).

Bei der Partizipation geht es schliesslich immer darum die Betroffenen zu Beteiligten zu machen, die Zielgruppen und -personen partizipieren zu lassen. In partizipativen Präventionsprojekten in Gemeinden geht es also darum die Bevölkerung insgesamt, oder die Jugendlichen und jungen Erwachsenen (wenn ein Fokus da

⁵ Nicht alle Menschen müssen empowert werden. Ganz viele Menschen sind in diesem Sinne schon stark, autonom und befähigt!

gelegt werden will) partizipieren zu lassen. Wenn eine Arbeitsgruppe z.B. zusammengesetzt aus Fachpersonen oder Vertretungen von Organisationen etc. arbeitet, dann ist das in diesem Sinne nicht partizipativ. Denn die Betroffenen werden nicht beteiligt. Eine Bedürfnisabfrage bei den Zielgruppen reicht nicht resp. ist nur ein erster Schritt.

Partizipationsmodelle resp. Stufenmodelle gibt es einige. Im Grundsatz sind alle ähnlich aufgebaut. Ein in Zusammenhang mit Gesundheit oft verwendetes ist das von (Wright, Block, & von Unger, 2010).

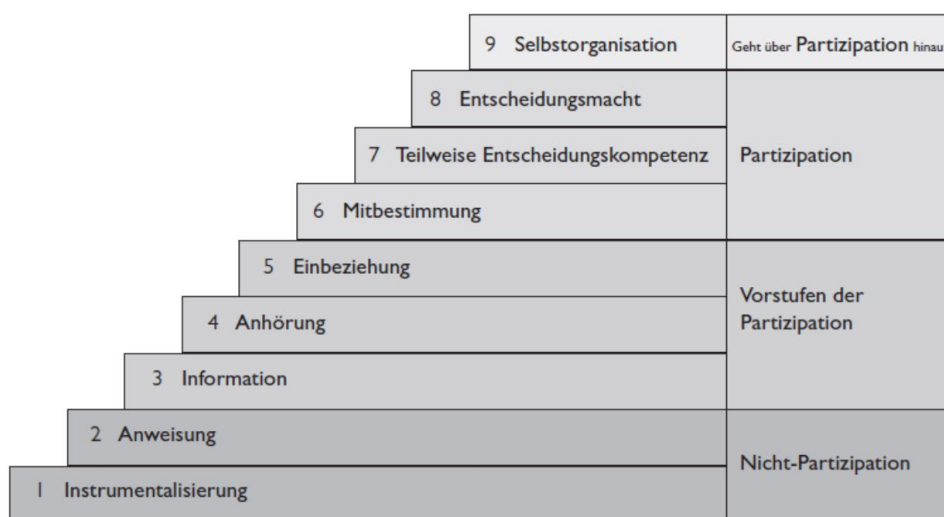


Abbildung 2: Stufen der Partizipation (zit. nach Wright et al., 2010).

Wie das Partizipationsmodell zeigt, beginnt echte Partizipation ab der Stufe Mitbestimmung (Stufe 6).⁶

Das Modell «parallel-tracking» nach Laverack (2008, zit. nach Wihofszky, 2013, S. 182) zeigt, dass es zwei verschiedene Grade der Durchführungs- und Kontrollmacht gibt. In den meisten Fällen handelt es sich um ein *Top-down* Approach, sprich einer Entscheidungs- und Durchführungsmacht von oben aus den Reihen der Gemeindeakteure und -akteurinnen oder Fachpersonen. In wenigen Fällen wird von einem *Bottom-up* oder *Parallel Tracking* gesprochen (siehe Modell Abbildung 3), in welchem die Bevölkerung oder die angesprochenen Zielgruppen in allen Entscheidungs- und Durchführungsprozessen miteinbezogen werden (vgl. das Projekt «styria vitalis», Reis-Klingspiegl, 2009; Wihofszky, 2013).

⁶ Vgl. für weitere Ausführungen-> <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>

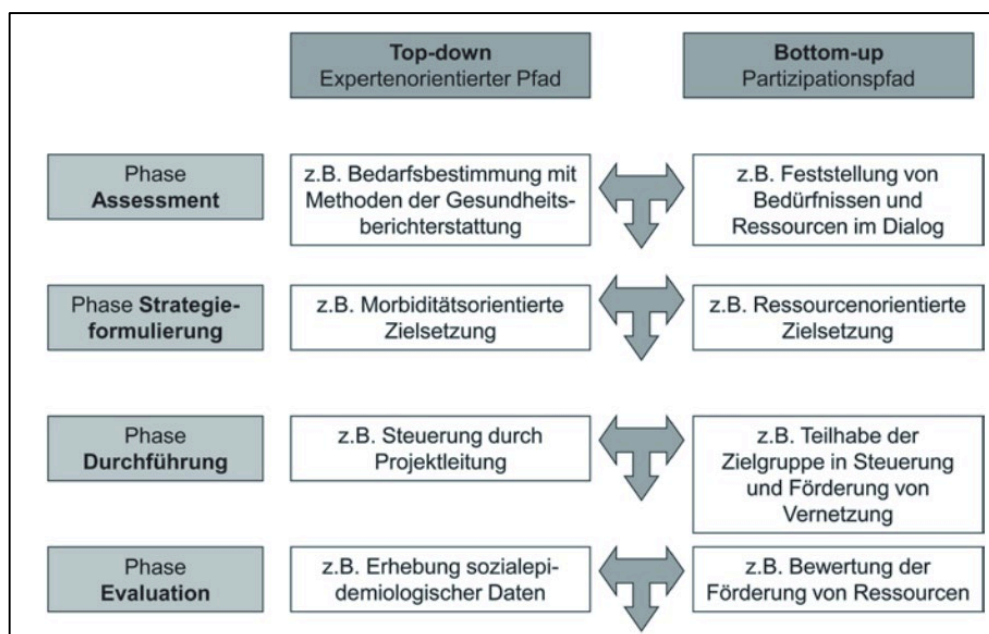


Abbildung 3: Das Modell «parallel-tracking» nach Laverack (2008, zit. nach Wihofszky, 2013, S. 182)

2.4 Evidenzverständnis

Prävention im Setting Gemeinde⁷ umfasst ein breites Spektrum an Massnahmen, methodischen Zugängen und Qualitätsstandards. Beim Bemühen um eine möglichst hohe Qualität bei der Planung und Umsetzung von präventiven Massnahmen sowie der Beurteilung des Erfolgs bzw. Misserfolgs dieser Massnahmen spielt das Verständnis von Evidenz eine wichtige Rolle. Es ist wichtig, dass die verschiedenen Anspruchsgruppen, die auf Gemeindeebene in Präventionsprojekte involviert sind (Vertretungen aus der Wissenschaft, Fachstellen, Politik, Behörden, Zielgruppen) über ein ausreichend gutes Verständnis des Evidenzbegriffs verfügen damit sie sich in angemessener Weise in der Diskussion von Qualitätsfragen einbringen können.

Die Folgen eines einseitigen Evidenzverständnisses bestehen zum Beispiel darin, dass aus Sicht der Wissenschaft Projekte und Programme methodisch einseitig beurteilt oder sogar abqualifiziert werden, oder aber, dass sich Projektverantwortliche in der Präventionspraxis einer kritischen Beurteilung ihrer Projekte verschliessen und damit eine Chance verpassen, dass ihre Projektarbeit kritisch gewürdigt und verbessert werden kann, was letztlich der eigenen Legitimation förderlich ist.

Evidenzbegriff

Generell gelten Interventions-Ansätze (auch in der Prävention) als evidenzbasiert, wenn ihre Wirkung nachgewiesen ist. Bei diesem Wirkungsnachweis gilt es, das *wissenschaftlich basierte Evidenzverständnis* von einem *praxisbasierten Evidenzverständnis* zu unterscheiden (Rütten, Wolff, & Streber, 2016; Wright, Block, Kilian, & Lemmen, 2013). Gleichzeitig geht es mit Blick auf eine qualitativ hochstehende und dennoch praktikable Umsetzung von Massnahmen der Prävention im Setting Gemeinde (Good-Practice, Best-Practice)

⁷ Wir begrenzen uns in diesem Bericht bewusst auf den Bereich der Prävention. Die Ausführungen zum Evidenzverständnis schliessen sinngemäss auch den Bereich der Gesundheitsförderung ein.

darum, den Evidenzbegriff ausreichend breit zu fassen und aus einer integralen Sicht zu verstehen und zu würdigen.

Wissenschaftsbasierte Evidenz

Im wissenschaftlichen Sinn gilt die Wirkung von Interventionen dann als gesichert (evidenzbasiert), wenn auf der Grundlage von randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien (RCT-Standard) nachgewiesen werden kann, dass bei den relevanten Outcome-Variablen (z.B. Substanzenkonsum) statistisch signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen mit und ohne Intervention bestehen. Erst bei einem solchen Nachweis ist es aus wissenschaftlicher Sicht gerechtfertigt, die beforschten Interventionen für die (Präventions-) Praxis zu empfehlen. Ziel dieser Perspektive ist möglichst gute Interventionsprogramme und Massnahmen für die evidenzbasierte Praxis zur Verfügung zu stellen.

RCT-Studien sind darauf ausgelegt, Störvariablen und die Diversität der Umstände in der Praxis soweit möglich auszuschliessen bzw. zu kontrollieren, damit die theoretisch postulierten Wirkmechanismen möglichst *ungestört* untersucht werden können. Für den wissenschaftsbasierten Wirkungsnachweis von Präventionsmassnahmen im Setting Gemeinde bedeutet dies, dass die Untersuchungsanordnung möglichst stark an Laborbedingungen angelehnt wird (Quasi-Experiment), damit Störvariablen ausreichend gut kontrolliert werden können. Ein solcher Grad an methodischer Kontrolle kann im praktischen Alltag gemeindebasierter Präventionsarbeit normalerweise nicht vorausgesetzt werden, denn das Setting Gemeinde zeichnet sich aus durch einen hohen Grad an Diversität, die mit einer Fülle lokaler Kontextfaktoren zu tun hat. Beim Evidenznachweis gemeindeorientierter Prävention sollten die lokalen Kontextfaktoren in angemessener Weise mitberücksichtigt werden.

Praxisbasierte Evidenz

Beim Generieren praxisbasierter Evidenz geht es um die konzeptionelle Fokussierung auf *praxisrelevante Kontextfaktoren* (lokale Strukturen, Prozesse, Ressourcen, politische Rahmenbedingungen) und um das Nutzbarmachen des *lokalen Wissens* für die Prävention. Das heisst, dass die praxisbasierte Evidenz Nachweise liefert zur Wirksamkeit gemeindebasierter Interventionen auf der Grundlage der lokal gegebenen Strukturen, Prozesse und *Praxis-Logiken*.

Aspekte der praxisbasierten Evidenz sind (Wright et al., 2013):

- Wissens- und erfahrungsbasierte Schlussfolgerungen von Akteuren und Akteurinnen aus Politik und Praxis über Wirkzusammenhänge in ihrem Handlungskontext
- lokales Wissen (z.B. Insiderwissen über die Zielpersonen und deren Lebenswelt, Wissen über die Gesundheitslage der Zielpersonen, Berücksichtigung gemachter Lernprozesse)
- *Readiness* der beteiligten Institution für die geplante Intervention
- zielführende Gestaltung und Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und Akteurinnen
- Adaptationsfähigkeit von Projekten und Programmen auf die lokalen Verhältnisse
- Qualifikation und Qualifikationsentwicklung der beteiligten Akteure und Akteurinnen
- Grad der Partizipation der beteiligten Akteure und Akteurinnen

Integration von wissenschaftsbasierter und praxisbasierter Evidenz

Eine Bedingung für eine erfolgreiche, wirksame gemeindebasierte Prävention besteht darin, dass die wissenschaftsbasierte und die praxisbasierte Evidenz in optimaler Weise ineinandergreifen. Rütten, Wolff und Streber (2016) schlagen ein integratives Modell vor, in dem die wissenschaftliche Evidenz mit der Evidenz präventionspraktischen Handelns im Implementierungskontext auf eine interaktive Weise miteinander verbunden werden (vgl. Abbildung 4).

Das Modell zeigt schematisch das Zusammenspiel von Wissenschaft, Politik und Präventionspraxis bei der Implementierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen im Setting Gemeinde. Als wesentliche Inputs figurieren einerseits die vorliegende wissenschaftsbasierte Evidenz und andererseits die praxisbasierte Evidenz aus Politik (Abläufe, Strukturen, politische Kontextfaktoren) und Präventionspraxis (präventionspraktisches Handeln im gegebenen Kontext). Beim Implementierungsprozess sind enge Interaktionen zwischen Wissenschaft und Praxis sowie Rückkoppelungsprozesse bei der Beurteilung der Evidenzen entscheidend. Lokale Netzwerke mit Vertretungen aus Wissenschaft, Politik und Praxis sind geeignet, um den im Modell vorgesehenen interaktiven Wissenstransfer zu garantieren bzw. zu fördern.

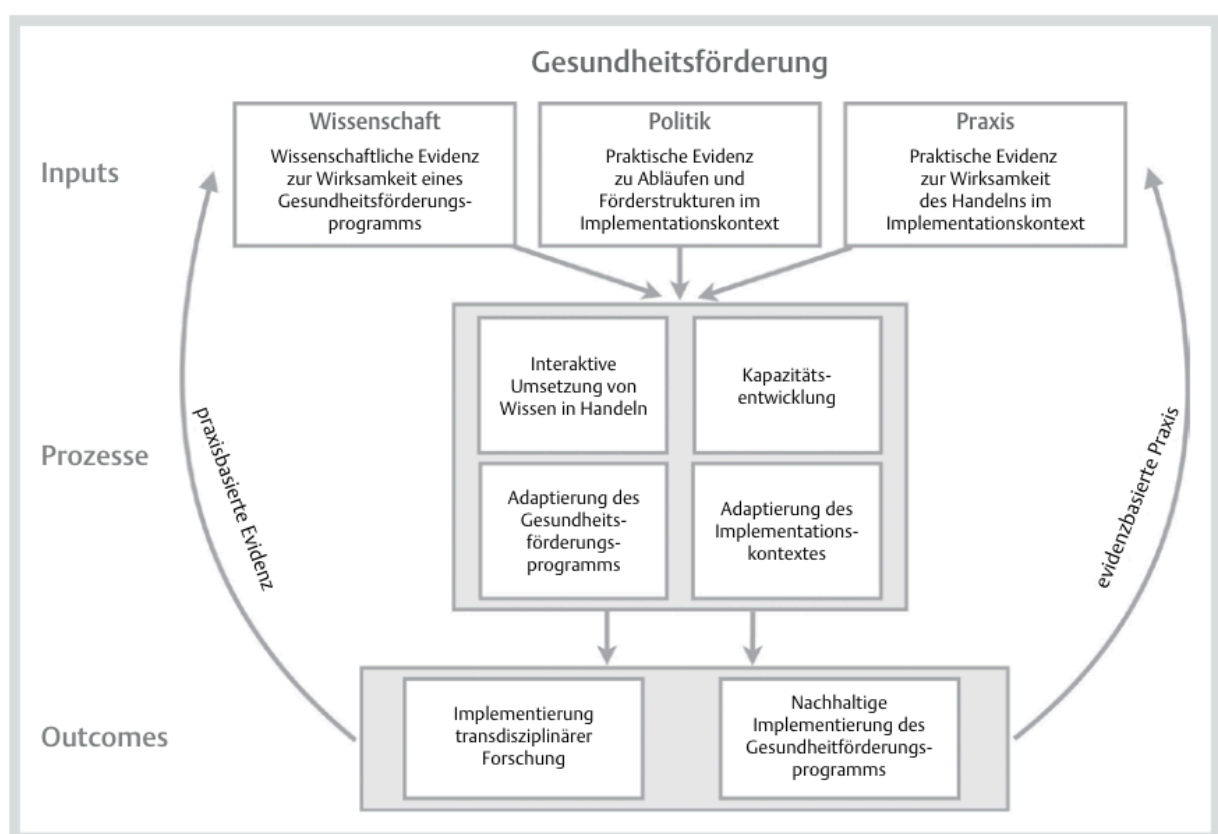


Abbildung 4: Integration von wissenschaftsbasierter und praxisbasierter Evidenz im Implementierungskontext (Darstellung nach Rütten et al. 2016)

Um die Verbindung zwischen der wissenschaftsbasierten und praxisbasierten Evidenzperspektive zu verdeutlichen, schlagen Fietz & Tielking (2014) den Begriff der *Evidenzorientierung* vor. Mit Blick auf eine wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde muss es darum gehen, die Planung, Umsetzung und Bewertung von Projekten mit der nötigen Evidenzorientierung anzugehen.

2.5 Good- und Best-Practice in der settingorientierten Prävention

«Good-Practice» steht in Zusammenhang mit Qualität, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Dem Ansatz zufolge gibt es meist nicht ausschliesslich *eine beste Lösung*, sondern mehrere erfolgreiche Lösungen oder Teillösungen. Dadurch werden auch diejenigen Angebote miteinbezogen, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen die «beste» Arbeit leisten. Mit dem Good-Practice Ansatz werden somit unterschiedliche, bewährte Handlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen. Der Ansatz von Good-Practice steht für die fünf Prinzipien (vgl. auch BZgA, 2011, p. 557):

- Praxisorientierung
- Transferpotenzial
- Qualitätsorientierung
- wissenschaftliche Fundierung
- und Nachvollziehbarkeit der Bewertung

Um Good-Practice identifizieren zu können, muss untersucht werden, *welche* Elemente eines Projekts oder einer Massnahme *wie* zum Erfolg beitragen.⁸ Das heisst, die Kriterien für Good-Practice befinden sich auf unterschiedlichen Projektebenen und beziehen sich je nach dem auf die *Planungs- und Konzeptqualität, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität* (vgl. Donabedian, 1966, siehe auch Fabian & Jordi 2009).

«Best-Practice» hingegen bedeutet, dass man aus einer (genügend grossen) Auswahl an Projekten diejenigen auswählen kann, die am effizientesten und effektivsten sind. Diese Basis fehlt allerdings in diesem innovativen Themenfeld. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hält in diesem Zusammenhang fest: «Die Praxislandschaft ist zu komplex und zu dynamisch, um einen belastbaren Anspruch auf die Auswahl der „besten“ Praxis erheben zu können. Ein ‘Best Practice’-Ansatz begünstigt das Missverständnis, es handele sich um einen Wettbewerb mit Gewinnern und Verlierern. Dieser Gedanke ist nicht vereinbar mit dem Ziel, einen gemeinschaftlichen Ansatz der Qualitätsentwicklung zu entwickeln und umzusetzen.»⁹

Diesen Gedanken folgend ist eine Orientierung an «Good-Practice Kriterien» für das vorliegende Projekt sinnvoll.

Zentrale Dimensionen für Prävention

Ausgehend von (Broesskamp-Stone & Ackermann, 2010), betonen Fietz und Tielking (2014, p. 41) die drei zentralen Dimensionen für Prävention: *Werte, Wissen, Kontext* (vgl. Abbildung 5). Wenn es also um die Planung und Umsetzung von Prävention geht, sollten immer die Fragen gestellt werden: An welchen Werten orientieren wir uns? Welche Wissensbasis (aus der Forschung, aus der Praxis) haben wir, welche brauchen wir? In welchem Kontext bewegen wir uns, was sind die Rahmenbedingungen, die Chancen und die Grenzen? Welche Aspekte müssen hier besonders berücksichtigt werden? Gerade im Kontext von Prävention in Gemeinden heisst das unter anderem, dass die Eigenheiten der Gemeinde, wie z.B. die soziodemographischen

⁸ -> www.olev.de/g/good_practice.htm

⁹ -> <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-was-ist-das/entstehungsgeschichte/>

Aspekte der Bevölkerung (Alter, sozioökonomischer Status, kulturelle und migrantenspezifische Bezüge etc.) aber auch Fragen von Ressourcen oder besonderen Belastungen etc. wichtig sind.

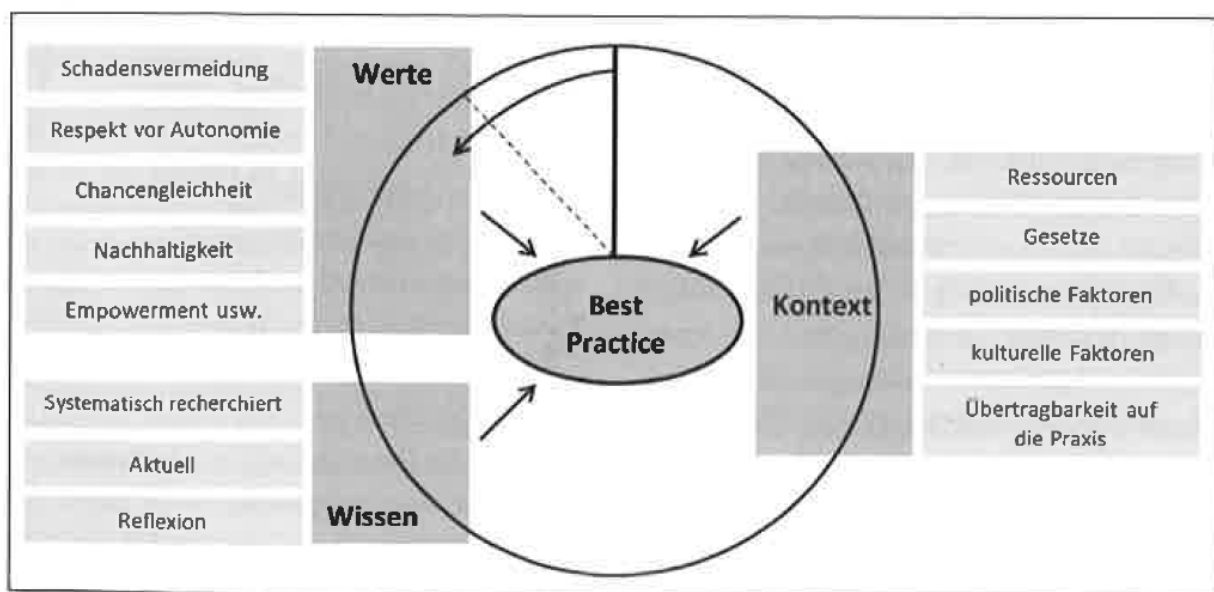


Abbildung 5: Systematische Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten (Fietz & Tielking, 2014, p. 41)

2.6 Das Qualitätssystem quint-essenz

Ein Qualitätssystem ist ein kohärentes System von Verfahren und Instrumenten, die zur Erreichung von definierten Zielen dienlich sind. Die in Qualitätssystemen enthaltenen Qualitätskriterien dienen der systematischen Reflexion und Überprüfung von Projekten und Programmen (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl, & Studer, 2012).

Das webbasierte Qualitätssystem quint-essenz dient dem Management von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung Schweiz ist Trägerin der Plattform www.quint-essenz.ch und entwickelt sie laufend weiter. Das System verbindet die Grundsätze der Gesundheitsförderung mit denen des Projekt- und Qualitätsmanagements und beruht auf einem Set von 21 Qualitätskriterien für Projekte sowie einem Set von 25 Qualitätskriterien für Programme. Das Qualitätssystem ist in der Schweiz als Referenzrahmen für die Präventionspraxis bereits gut etabliert. Die Qualitätskriterien inkl. der zugehörigen Hilfsmittel von quint-essenz stellen eine praxisbezogene Hilfe dar für die systematische Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018).

Das System (vgl. Abbildung 6) beruht zum einen auf dem Grundsatz eines umfassenden bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses und zum anderen auf dem Grundsatz einer salutogenetischen Perspektive und Ressourcenorientierung. Die Qualitätskriterien stehen in Bezug zu folgenden vier Handlungsgrundsätzen:

1. Empowerment
2. Partizipation
3. Settingansatz

4. Gesundheitliche Chancengleichheit

Die Kriterien selber (21 für Projekte, 25 für Programme) werden sechs verschiedenen Bereichen zugeordnet. Diese Bereiche lauten:

1. Grundlagen (vgl. die beiden erwähnten Grundsätze oben)
2. Projektbegründung
3. Projektplanung
4. Projektorganisation
5. Projektsteuerung
6. Evaluation- und Valorisierung

Für alle sechs Bereiche stehen spezifische Instrumente (Anleitungen, Checklisten, Beurteilungsraster) zur Verfügung, die z.T. direkt ins Projektmanagement integriert werden können.

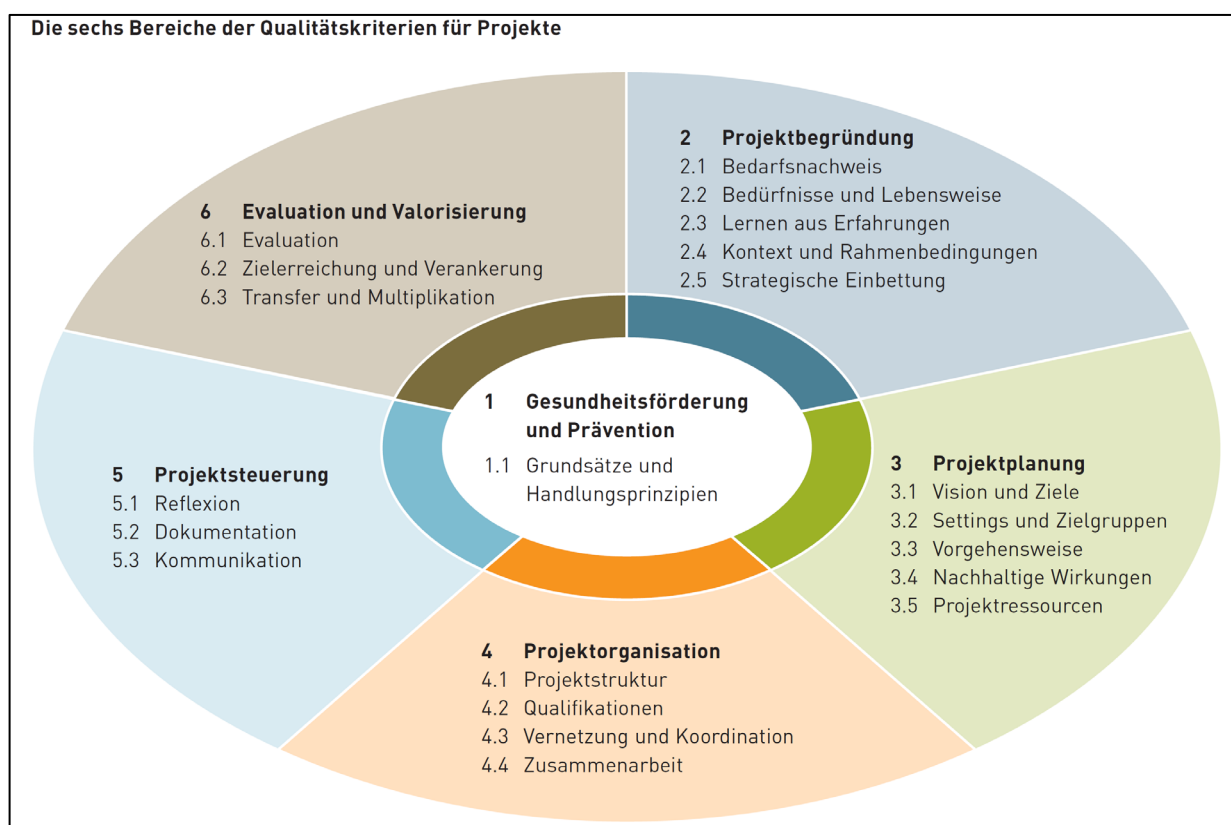


Abbildung 6: Aufbau des Qualitätssystems quint-essenz; Darstellung der Qualitätskriterien für Projekte (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018, p. 10, vgl. auch Ackermann, Studer & Ruckstuhl, 2009)

2.7 Projektzyklen als Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsgrundlage

Viele Projekte orientieren sich für die Planung und Umsetzung von Präventionsprojekten am *Policy Cycle* (Brewer & de Leon, 1983), am *Public Health Action Cycle* (Kassel, Rauh, & Fröhlich-Gildhoff, 2017; Mossakowski, Süß, & Trojan, 2009; Ruckstuhl, Somaini, & Twisselmann, 2008) oder an anderen, im Wesentlichen ähnlichen Projektzyklen (vgl. z.B. Fabian, Käser, Klöti, & Bachmann, 2014). Diese verschiedenen Grundmodelle unterscheiden sich in der Anzahl und/oder in der Bezeichnung der Phasen. Die Analyse dieser

Projektmanagements- und Planungszyklen, also die Betrachtung, welche Arbeitsschritte oder Aktivitäten in den einzelnen Phasen subsummiert werden, zeigt, dass grundsätzlich grosse Überschneidungen gegeben sind. Die wesentlichen Elemente am Beispiel des *Public Health Action Cycle* sind (zit. nach Ruckstuhl et al., 2008, p. 4):

1. Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen der Bevölkerung (Assessment)
2. Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien (Policy development)
3. Umsetzung dieser Strategien im Gesundheitssystem (Assurance)
4. Prüfen der Akzeptanz und Wirksamkeit (Evaluation)

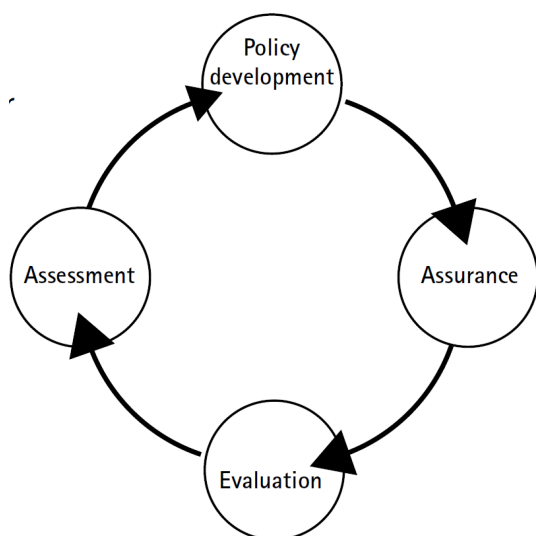


Abbildung 7: Public Health Action Cycle (Ruckstuhl et al., 2008, p. 4)

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Literaturrecherche

In einer umfangreichen Literaturrecherche wurde primär nach Studien und Evaluationsberichten zu Präventionsprojekten in Gemeinden und sekundär nach Konzepten und theoretischer Literatur gesucht. Der thematische Fokus und die Zielgruppen der Präventionsprojekte in den Gemeinden wurde offengehalten. Ziel der Recherche war es, fundierte Hinweise zu finden, um Erfolgsfaktoren und auch hinderliche Faktoren solcher Projekte zu eruieren. Der Fokus lag dabei auf der Schweiz sowie dem angrenzenden deutschsprachigen Raum. Aufgrund der eher rar ausgefallenen Resultate wurden zur Ergänzung internationale Studien und Evaluationsberichte hinzugezogen.

Um die relevanten Dokumente (Forschungs- und Evaluationsberichte, Journalartikel, Erfahrungsberichte sowie vorhandene Good-Practice-Kataloge, Praxishilfen, Handbücher etc.) zu finden, wurden verschiedene Strategien verfolgt:

- **Datenbankrecherche für Fachpublikationen** (Journals) in internationalen Datenbanken (Ovid, Cochrane, Web of Science, WISO Net). Eine Fokussierung auf die Schweiz wäre wenig ergiebig gewesen, da hier wenig wissenschaftlich publiziert wurde.
- **Manuelle Internet-Recherche:** Anhand von Schlagwörtern wurde im Internet nach weiteren thematisch relevanten Berichten gesucht.
- **Nachfragen bei Fachstellen:** Es wurden 17 Fachstellen und Fachpersonen in der Schweiz aus allen drei Sprachregionen angeschrieben bzw. telefonisch angefragt, ob weitere Berichte oder praxisnahe Publikationen vorliegen oder bekannt sind. Angefragt wurden Fachpersonen und Fachstellen, von denen wir wussten oder auf die wir von verschiedenen Seiten aufmerksam gemacht wurden, dass sie in diesem Themenfeld aktiv sind. Die Liste war somit weder systematisch noch abschliessend.¹⁰

Ergänzend zur Recherche in den erwähnten Datenbanken suchten wir *manuell* anhand der einzelnen Stichwörter und in der Disziplin bekannten Autoren nach zusätzlicher Literatur.

Verwendete Schlagwörter

In einer *and/or*-Suche verwendeten wir themenspezifische Schlagwörter, wobei wir mehrere Durchgänge anhand verschiedenen Syntax-Variationen durch die Datenbank laufen liessen. Über alle Durchgänge hinaus suchten wir nach den Schlagwörtern Deutsch:

- Alkohol, Tabak, Cannabis, Drogen, Sucht, Gewalt, Littering, Vandalismus, psychische Gesundheit,
- Prävention, Beratung, Früherkennung & Frühintervention, Risikominimierung, kontrollierter Konsum,
- Settingansatz, Gemeinde,
- Alte, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene, Bevölkerung, schwer erreichbar, bildungsschwach, Migrationshintergrund, obdachlos,
- Evidenz, Review, Metaanalyse, Effektivität, impact, outcome, Qualität,

sowie Englisch:

- Alcohol, tobacco, cannabis, drugs, addiction, violence, littering, vandalism, mental health,
- prevention, counsel, early recognition & early intervention, risk reduction, controlled consumption,
- setting approach, municipalities or community,
- elderly, children, youth, young adults, adults, population, hard to reach, poorly educated, migration background, homeless,
- evidence, review, meta analysis, effectiveness, impact, outcome, quality

Dabei verwendeten wir Platzhalter «?» für Umlaute und «*» / «\$» für Mehrzahl oder Wortergänzungen, um ergänzende Wortkompositionen oder andere Schreibweisen zu berücksichtigen (Bsp. Pr?vention*, communit\$).

Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien, um für die Weiterverarbeitung anhand eines strukturierten Bewertungsrasters in Frage zu kommen, waren folgende:

¹⁰ Im Rahmen dieses Auftrages war eine systematischer angelegte Recherche im Praxisfeld nicht möglich.

- Die vorgefundene Literatur (Evaluationsbericht, Fachartikel, Studie, etc.) bezieht sich auf das Setting Gemeinde / Kommune (bzw. *municipality / community* auf Englisch),
- beinhaltet als thematischer Fokus die Felder Drogen/Sucht/Konsum, Gewalt, Bewegung/Ernährung/Gewicht, Integration, Sturz/Pflege, psychische Gesundheit, Littering oder Vandalismus,
- ist evidenzbasiert/evidenzorientiert, peer-reviewed, eine Metaanalyse oder überprüft die Effektivität, Impact, Outcome oder Qualität.

Darstellung benutzte Quellen

Aufgrund dieser Einschlusskriterien und der Analyse anhand eines strukturierten Bewertungsrasters wurden im Bericht schliesslich 56 Studien auf Deutsch und 15 Studien auf Englisch berücksichtigt. Von den Fachstellen liegen 34 Berichte aus der Deutschschweiz, 5 aus der Romandie, 2 aus dem Tessin und 1 aus Deutschland vor, welche für den Bericht ebenfalls berücksichtigt werden konnten.

Tabelle 1: Suchstrategie und -ergebnisse

	Anzahl Studien beinhaltet	Anzahl Studien ausgeschlossen
Studien identifiziert in DataBase (WISO Net, Web of Science, alle OVID)	Deutsch: 2'674, Englisch: 152'471 / berücksichtigt: 1'668	Englisch: 150'803
Duplikate gelöscht		nicht festgehalten
Nicht Treffen der Kriterien nach Titel & Abstract Screening		Deutsch: 2644, Englisch: 1'583
Ausgewählt für Volltext Screening	Deutsch: 30, Englisch: 85	
Nicht Treffen der Kriterien nach Volltext Screening		Deutsch: 18, Englisch: 72
Inkludierung manueller Recherche-Ergebnisse	Deutsch: 44, Englisch: 8	
Bericht anhand Raster analysiert	Deutsch: 56, Englisch: 21	Englisch: 6
Studien in Bericht berücksichtigt	Deutsch: 50, Englisch: 15	
Berichte von Fachstellen berücksichtigt	Deutschschweiz: 34 Romandie: 5 Tessin: 2 Deutschland: 1	

3.2 Experten- und Expertinnengruppe mit Vertretungen aus den Sprachregionen und BAG

Die Experten- und Expertinnengruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus den verschiedenen Sprachregionen und dem BAG hatte die Funktion, einerseits die erarbeiteten Ergebnisse zu diskutieren und aus Sicht der Praxis soweit möglich zu validieren und andererseits ihre fachliche und sprachregionale Expertise einzubringen.

Teilnehmende:

- **Irène Abderhalden**, Vertreterin Deutschschweiz; Dozentin an der ZHAW und Leiterin des Moduls «Setting/Zielgruppen», Mitglied der Experten- und Expertinnengruppe beim Pilotprojekt «Communities That Care (CTC)» von RADIX, ehemalige Direktorin Sucht Schweiz.
- **Kurt Frei**, Vertreter Tessin; Servizio di promozione e di valutazione sanitaria Ticino.
- **Christian Wilhelm**, Vertreter Romandie; Fachexperte RADIX Romandie, Präventionsfachmann für Projekte in Gemeinden.
- **Tina Hofmann**, Vertreterin des BAG; Sektion Gesundheitsförderung und Prävention.

4 Ergebnisse

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die untersuchten Studien kaum Fragen zu den Wirkungen (outcomes, impacts) untersuchten und somit dazu auch wenige Ergebnisse vorliegen. Die wenigen Studien, die Aussagen zu Wirkungen machen, beruhen tendenziell eher auf Einschätzungen von Stakeholdern oder auf kleinen Fallzahlen an beteiligten Gemeinden. Die Studien weisen hingegen viele Ergebnisse auf den Ebenen Planung, Strukturen sowie Implementierung (Prozesse) von Projekten aus.

4.1 Thematischer Fokus und Zielgruppen

In der ausgewerteten Literatur liegt der Schwerpunkt der Projekte auf der Thematik *Drogen/Sucht* mit einem klaren Fokus auf dem Konsum von *Alkohol* und *Tabak* sowie dessen Prävention. Die Themen *Gewalt*, *Bewegung/Ernährung/Gewicht*, *Chancengleichheit*, *Integration und psychische Gesundheit* kommen in der gemäss dem Rechercheverfahren (vgl. Tabelle 1) gefundenen und untersuchten Literatur selten vor, die Themen *Früherkennung und Frühintervention* sowie *Sturz* kommen in den vorgefundenen Studien und den Evaluationsberichten nicht vor.

Die am häufigsten angesprochenen Zielgruppen in der ausgewerteten Literatur bilden klar die *Jugendlichen und jungen Erwachsenen*, teilweise mit Einbezug von deren *Eltern und Familien*. Letztere kommen unabhängig von der Zielgruppe *Kinder/Jugendliche* jedoch kaum vor. Oft liegt der Fokus auf der *allgemeinen Bevölkerung*, eher selten werden *Erwachsene* oder *Kinder* als konkrete Zielgruppen der Prävention definiert. Die Zielgruppe *ältere Menschen/Alter* kommt in den ausgewerteten Studien und Evaluationsberichten noch wenig spezifisch vor, da dies eher ein neues Thema in gemeindespezifischen Konzepten und Projekten darstellt.

4.2 Grad der Partizipation

Wie im theoretischen Kapitel «Partizipation und Empowerment» (Kap. 2.3) ist die Partizipation ein entscheidender Faktor in Setting-Ansatz-basierten Präventionsprojekten. Ein Grossteil der in der recherchierten Literatur untersuchten Projekte und Programme agiert im Bereich der *Verfahrensbeteiligung*, spricht mit einer Partizipation der Zielgruppen im Sinne von «informiert werden» (Mossakowski et al., 2009). Wenig findet Partizipation auf der Ebene *Beratungsbeteiligung* (mitreden) und selten auf der Ebene *Entscheidungsbeteiligung* (mitentscheiden) statt.

Beispielsweise werden bei «Communities That Care (CTC)» anhand eines Schülersurveys die Jugendlichen über ihr Konsumverhalten befragt, es bleibt aber aufgrund der Literatur meist unklar, ob überhaupt und

allenfalls wie deren Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung bei der Massnahmenplanung und Durchführung weiter gestaltet wird (Abels, Schubert, Spieckermann, & Veil, 2012; Groeger-Roth, 2015).

Das Lausanner Projekt «Correspondants de nuit (CN)» befragt zwar die Anwohner und Anwohnerinnen sowie die umliegenden Gastronomiebetriebe und die Angestellten der Stadtgärtnerei über die Situation in den Parks, die Nachtschwärmenden selber werden aber nicht auf den Ebenen Beratungsbeteiligung und Entscheidungsbeteiligung miteinbezogen, sondern lediglich von der aufsuchenden Sozialarbeit oder der Polizei zu Themen des Littering, Sachschäden, Lärm, Alkohol- und Cannabiskonsum etc. informiert (Bonvin, 2016; Bugnon & Kuhn, 2016).

Auf der Ebene Entscheidungsbeteiligung sind Runde Tische, welche der Bevölkerung offenstehen, aber auch lokale Arbeitsgruppen, die eine konkrete Mitgestaltungsmöglichkeit haben, gute Beispiele. Das Projekt «styria vitalis» ist ein Beispiel, in welchem interessierten Bewohner und Bewohnerinnen der Steuergruppe beitreten und mitentscheiden (*Entscheidungsbeteiligung*) können. Ausserdem werden im Projekt Jugendliche darin geschult, ihre Peers zu befragen (*Beratungsbeteiligung*) und durch eine Fachbegleitung darin unterstützt, Projekte aktiv mitzugestalten (Reis-Klingspiegl, 2009).

Die Münsterlinger Zukunftskonferenz im Kanton Thurgau bedient sich einer *partizipativen Planungsveranstaltung*, bei welcher, anders als bei klassischen Konferenzen und Tagungen, die Teilnehmenden aktiv in die Erarbeitung von gemeinsamen Zielen in Kleingruppen oder im Plenum miteinbezogen werden und die Zukunftsplanung zum Thema Alter innerhalb des Kantons oder Gemeinde bewusst mitgestalten können (Hermann, 2010).

In der peer-to-peer education, bei welcher Betroffene geschult und zu Lehrenden/Experten und Expertinnen gemacht werden, um dann ihr Wissen an Betroffene weiter zu geben, kann von einer Durchführungsmacht gesprochen werden, die hauptsächlich bei den Betroffenen selbst liegt, wie das Berliner Kreuzberg Projekt «Stadtteilmütter» zeigt (Stolzenberg, Berg, & Maschewsky-Schneider, 2012). Am Programm interessierte Mütter mit verschiedenen kulturellen Hintergründen aus dem benachteiligten Quartier Friedrichshain-Kreuzberg werden über 6 Monate in 10 Modulen ausgebildet, um dann über Hausbesuche oder in Familiencafés und Spielplätzen den Zugang zu schwer erreichbaren benachteiligten Müttern zu finden und ihr Wissen anhand eines peer-to-peer approach weiter zu vermitteln sowie die Brücke zu schlagen zwischen Fachkräften aus Kindergarten, Schulen oder Sozialsystemen und den Familien (Stolzenberg et al., 2012).

Allerdings sind auch peer-to-peer-Ansätze immer kritisch zu betrachten. So besteht grundsätzlich die Gefahr einer (auch unbewussten) Instrumentalisierung. Die Frage ist, inwieweit die Peers sich selbst (Erfahrungen, Wissen, Einschätzungen etc.) einbringen können, oder inwieweit die Kompetenzen und das Selbsthilfepotential von eben diesen Peers genutzt werden, um Ziele der Machthabenden, der Programmverantwortlichen, der Fachpersonen etc. umzusetzen (vgl. z.B. Bauch, 1997).

Einzelne Programme sind in unterschiedlichen Phasen oder Arbeitsschritten unterschiedlich partizipativ. Beispielsweise wurden in den Projekten des Programms «Gemeindeorientierte Tabakprävention» von RADIX die Bedarfserhebungen breit abgestützt und somit auf einer hohen Partizipationsstufe durchgeführt, während anschliessend die Umsetzungs- und Massnahmenplanung von der lokalen Arbeitsgruppe mit fachlicher Unterstützung gemacht wurde. Einzelne lokale Massnahmen waren in der Planung und Umsetzung wieder stark partizipativ konzipiert. Beispielsweise haben bei gewissen Schulprojekten die Schülerinnen und Schüler

mit Unterstützung der Lehrpersonen Massnahmen geplant, realisiert, nach innen und aussen kommuniziert und mit anderen Aktivitäten koordiniert (Furrer, Oetterli, Wight, & Balthasar, 2010).

4.3 Kooperation und Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierte Präventionsangebote beziehen sich auf die Lebenswelten der Ziel- und Anspruchsgruppen. Sozialraumorientierung bedeutet Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Akteure und Akteurinnen sowohl zu fördern als auch zu fordern. Gemeinsame, koordinierte Ziele und Massnahmen erhöhen die Wirkungschancen. Sozialraumorientierung als ein Arbeitsprinzip betrifft alle Settings und ist ein Element des Setting-Ansatzes (vgl. Fabian et al., 2014, p. 34).

Eine **Orientierung am Sozialraum** und die Kooperationen innerhalb des Settings kommt vor allem in der theoretischen Literatur vor, jedoch weniger in Studien und Evaluationsberichten (Andersen, El Ansari, Rasmussen, & Stock, 2010; Bonvin, 2016; Bugnon & Kuhn, 2016; Dadaczynski, Baumgarten, & Hartmann, 2016; Dössegger, 2017; Furrer et al., 2010; Kassel et al., 2017; Laging, 2012; Piontek, Hannemann, & Kraus, 2013; Reis-Klingspiegl, 2009; Wihofszky, 2013).

In einigen Projektevaluationen steht dennoch die **Netzwerkarbeit** im Sinne des Setting-Ansatzes im Vordergrund (Laging, 2012; Piontek et al., 2013). Zu beobachten ist, dass bei einigen Projekten eine gute Vernetzung und Kooperation innerhalb des Settings oftmals trotzdem *mit einem tieferen Grad der Partizipation* verschiedener Akteure und Akteurinnen einhergeht (Mossakowski et al., 2009; Reis-Klingspiegl, 2009; Wihofszky, 2013).

In der Flensburger Neustadt werden beispielsweise interessierte Bewohnerinnen und Bewohner im Projekt «NeustadtGesund» aktiv in den Entscheidungsprozess miteinbezogen und darin geschult, durch gezielte Brückenaktivitäten den Zugang zu professionellen Angeboten zu erleichtern, die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Massnahmen zu verbessern und mit begleitenden, alltagsnahen Aktivitäten passend zu unterstützen. Dabei liegt ein wichtiger Fokus des Projektes darauf, Akteure und Akteurinnen in den Teilsettings wie KiTAs, Schulen und Selbsthilfeeinrichtungen zu vernetzen, Ressourcen zu konzentrieren, innovative Zugänge zu Gruppen in sozialen Brennpunkten zu finden und Bewohnerinnen und Bewohner *vor Ort zu beteiligen* (Wihofszky, 2013). Das Projekt «NeustadtGesund» sieht eine wichtige Aufgabe darin, den Prozess zu einer gesundheitsfördernden Gesamtstrategie zu moderieren, zu begleiten und durch die Qualifizierung von Gesundheitsvermittlern zu unterstützen sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit der Akteure und Akteurinnen zu unterstützen und zu stärken (Wihofszky, 2013).

Aus der Untersuchung von Kassel et al. (2017) zeigt sich, dass auf der institutionellen Ebene zwar Kooperationen zwischen Gesundheitssystem, Bildungssystem, Sozialsystem, Kinder- und Jugendorganisationen, Polizei, aufsuchender Sozialarbeit, (Freizeit-)Vereinen, Gastronomie, Quartiertreffpunkten oder einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern der Quartiere / Gemeinden angestrebt werden, jedoch in der Praxis weiterhin eine verbesserte Kooperation und mehr Austausch bei den Fachstellen und Akteuren gewünscht wird, die Transparenz in der Angebotslandschaft fehlt und das Umfeld, z.B. Eltern-Kind, zu wenig miteinbezogen wird (Kassel et al., 2017).

Weiter zeigen einige Studien, dass innerhalb einzelner Systeme, wie beispielsweise im Gesundheitssystem, Bildungssystem oder Sozialsystem, zwar eine gute Kooperation stattfindet, jedoch systemübergreifend die Kooperation und der Informationsaustausch mangelhaft sind, wie am Beispiel des *dänischen*

gemeindeübergreifenden Tabakpräventions-Projektes ersichtlich wird (Andersen et al., 2010; Kassel et al., 2017). Die geplante Kooperation zwischen den Gemeinden entstand aufgrund von neuen gesetzlichen Reformen in Dänemark. Sie schlossen kleinere geografische Regionen und Gemeinden zu einer grösseren politischen Region zusammen (Andersen et al., 2010). Im Tabakpräventionsprojekt konnten *innerhalb* der Gemeinden jeweils gut funktionierende Projekte aufgebaut werden, jedoch scheiterte die geplante regionale Kooperation zwischen den Gemeinden aufgrund fehlender Klarheit und Transparenz betr. Kooperation, Rollen oder Erwartungen der Akteure und Akteurinnen. Anstelle eines gemeindeübergreifenden Projektes wurden schliesslich zwei unabhängige Projekte realisiert (Andersen et al., 2010; Kassel et al., 2017).

Auch das Projekt «Gemeindeorientierte Tabakprävention» von RADIX zeigt, dass sich eine gemeindeübergreifende Koordination zwischen den kantonalen/regionalen Fachstellen und den Gemeinden, sowie der Einbezug aller Akteure und Akteurinnen in Projekten schwierig gestaltet. Folge war, dass die gewählten Massnahmen eher voneinander losgelöst waren (Furrer et al., 2010). Vor allem Akteure und Akteurinnen, welche keinen Handlungsbedarf in der Tabakprävention sehen, wie bspw. einzelne Gastgewerbe und Vereine oder Akteure und Akteurinnen, welche schon in vielen anderen Projekten involviert sind (z.B. Schulen), sind schwer für eine Zusammenarbeit zu gewinnen (Furrer et al., 2010).

4.4 Setting – Gemeinde

Im Kapitel «Gemeinde und Setting» (Kap. 2.1) wurden die Gemeinde und das Setting theoretisch kurz eingeführt. Zudem sind dort einige aus der theoretischen Literatur bekannte Faktoren für wirksame und nachhaltige Prävention in Gemeinden festgehalten. In den hier folgenden Ausführungen geht es um die Erkenntnisse aus der bearbeiteten Forschungsliteratur.

Das zentrale Inklusionskriterium für die Literaturrecherche und -auswahl bestand in der *Ausrichtung der Präventionsprojekte auf die Gemeinden*. Im Weiteren liegt der Fokus in der vorliegenden Untersuchung auf dem Setting-Ansatz als leitende Handlungsstrategie. In den berücksichtigten Texten zeigt sich, dass die Begriffe «Gemeinde» und «Setting» teilweise unterschiedlich aufgefasst werden. Auch wird nicht immer ganz klar, was genau unter diesen beiden Begriffen resp. Konzepten zu verstehen ist (z.B. Furrer et al., 2010).¹¹ Folgende Punkte können vorerst festgehalten werden:

- Die Gemeinde (bezeichnet als «municipality» in den englischsprachigen und «Kommune»¹² in Texten aus Deutschland) wird als wichtiges Setting für Prävention gesehen.
- In der Regel wird in den Projekten nicht systematisch oder zumindest nicht ausführlich zwischen verschiedenen Gemeinden (z.B. gross – klein, ländlich – peri-urban) unterschieden (Furrer et al., 2010; Laging, 2012; Oetterli & Wight, 2014).
- Subsettings werden teilweise erwähnt, teilweise fehlt eine explizite Benennung. Typische Subsettings sind Schulen, Eltern/Familien, Vereine, Verkaufsstellen, Feste, Gastronomie, Freizeit, öffentlicher Raum. Da die meisten Projekte sich an die Zielgruppe Jugend/junge Erwachsene richten, werden oft auch Subsettings

¹¹ Zu beachten gilt, dass eine fehlende oder nur rudimentäre Klärung der Begriffe «Gemeinde» oder «Setting» in Evaluationsberichten nicht bedeutet, dass diese Klärung nicht bereits in der Konzeptphase der Programme ausreichend gut erfolgt ist.

¹² Eine Kommune in Deutschland kann von der Dimension «Bevölkerungszahl» her, sehr gross sein.

miteinbezogen, die für diese Zielgruppe von Bedeutung sind (Furrer et al., 2010; Laging, 2012; Oetterli & Wight, 2014).

- Einzelne Texte führen aus, wie die Zusammenhänge, die Kooperationen sowie das Gemeinsame zwischen und mit diesen Subsettings ausgestaltet sind. Oft bleiben die Subsettings und die dort verorteten Massnahmen aber isoliert resp. wird wenig erklärt, wie diese integriert sind. Im Setting-Ansatz ist die Integration aller Subsettings im Sinne einer koordinierten, gemeinsamen Planung und Umsetzung von Aktivitäten ein entscheidendes Kriterium. In neuerer Literatur ist die Rede von «Supersettings». Dabei wird die Integration aller Subsettings inkl. der darin stattfindenden Aktivitäten noch stärker betont (Bloch et al., 2014).

5 Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren

5.1 Erfolgsfaktoren

Die Erfolgsfaktoren sind nach den für Qualitätskriterien gängigen Bereiche der Planungs- und Konzeptqualität, Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität sowie Qualität der Nachhaltigkeit und Verstetigung gegliedert. Die Angaben stammen aus wissenschaftlichen Fachartikeln, Projektberichten und Fachtagungen. Damit die Übersicht leicht möglich ist, sind die Kommentare zu den einzelnen Faktoren knappgehalten. Die entsprechenden Quellen sind angegeben.

5.1.1 Planungs- und Konzeptqualität

- **Wording:** Wenn in einem Präventionsprojekt die Problemlast als «safety-problem» bezeichnet wird und weniger als «health-problem», erhöht dies vergleichsweise das Interesse und die Motivation von Bevölkerung und Akteuren (de Goeij, Harting, & Kunst, 2017).
- **Ressourcen:** Genügend Zeit- und Finanzressourcen müssen geplant und tatsächlich zur Verfügung gestellt werden (Abels et al., 2012; de Goeij et al., 2017).
- **Wissensbasierung:** Die Verwendung evaluierter Projekte – mit den allenfalls nötigen Anpassungen an die lokalen Gegebenheiten – ist entscheidend (Henze, Groeger-Roth, Keuntje, & Schlieckau, 2014). Teilweise, beispielsweise bei «CTC» (Jonkman, 2015) oder der «Grünen Liste» (Groeger-Roth, 2015), wird eine möglichst gute Programmtreue eingefordert. Gleichzeitig muss die Evidenz in ausgewogener Weise als praxis- und wissenschaftsbasiert bewertet werden (vgl. Kap. 2.4).
- **Verwertung von lokalem Wissen und «lokalen Theorien»:** Nutzbar machen von Insiderwissen über die Zielgruppen, deren Lebenswelten und Problemlasten; mit lokalen Theorien ist die Berücksichtigung der Logik lokaler Strukturen und Prozesse beim Wirkungsnachweis gemeint (Herstellen von lokaler Evidenz) inkl. der Schlussfolgerungen für die Entwicklung von angemessenen Massnahmen (Hallmann, 2014; Stolzenberg et al., 2012; Wright et al., 2013). Die Präventionskonzepte sollten anschlussfähig sein mit bestehenden **kommunalen Rahmenbedingungen** (Henze et al., 2015; Caspar & Jordi, 2015).
- **Verhältnisprävention:** Der Schwerpunkt der Massnahmen sollte optimalerweise verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente enthalten und beide Ansätze verschränken (Henze et al., 2014). Dabei sollte der Fokus, vor allem wenn die Projekte weniger umfassend sind, auf die Verhältnisprävention gelegt werden und weniger auf die Verhaltensprävention (Furrer et al., 2010) (vgl. dazu auch den Setting-Ansatz, Kap. 2.2).

- **Thematische Öffnung:** Das Programm «Die Gemeinden handeln» hat die vorher in je eigenen Projekten separat thematisierten Substanzen Tabak und Alkohol in ein gemeinsames Projekt integriert, was für die Umsetzung in den Gemeinden förderlich war (Oetterli & Wight, 2014). Die thematische Öffnung resp. thematisch vielfältige Projekte sind anzustreben, denn sowie Ursachen als auch die Präventionsmöglichkeiten sind oft themenunabhängig (Fabian, 2018, im Druck).
- **Strukturen und Abläufe:** Laging (2012) hält in ihrer Evaluation zum Thema «Lokale Alkoholpolitik» fest, dass sich die von RADIX vorgeschlagenen Strukturen und Abläufe zur Errichtung einer lokalen Alkoholpolitik eignen und bewähren, um entsprechende Initiativen in den Kommunen anzustossen und durchzuführen. Der vorgeschlagene Prozessablauf bietet genügend Freiraum, so dass die Kommunen ihre auf die jeweiligen Voraussetzungen abgestimmten, *massgeschneiderten* Politiken entwickeln können. Dies trifft für grosse, kleine, ländliche und urban strukturierte Gemeinden gleichermaßen zu.

5.1.2 Strukturqualität

- **Politischer Support** (de Goeij et al., 2017; Hallmann, 2014), **Agenda-Setting** (das Setzen konkreter Themenschwerpunkte was in politisches Commitment münden kann) (Furrer et al., 2010) sowie die **Einbindung von Politik und Netzwerken** sind wichtig (Henze et al., 2014). Diese Aspekte gilt es von Beginn weg mit den entsprechenden Akteuren und Akteurinnen sowie in meist langfristig gewachsenen Netzwerken zu bearbeiten.
- **Regionale Kooperation** mit anderen Projekten oder im Rahmen eines grösseren Programms (de Goeij et al., 2017) hilft, das eigene lokale Projekt besser und reflektierter umzusetzen. Regionale Kooperationen ermöglichen wichtige Lernprozesse der beteiligten Akteure und Akteurinnen. Die Kooperation zwischen Fachstellen auf nationaler und regionaler/lokaler Ebene sowie Kooperationen verschiedener Stakeholder innerhalb von Gemeinden bewähren sich (Caspar, Kull, Fabian, & Jordi, 2010).
- **Lokale Arbeitsgruppe** (de Goeij et al., 2017; Hallmann, 2014; Mossakowski et al., 2009), wobei idealerweise auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden kann/soll (gilt zumindest für CTC-Projekte: Abels et al., 2012).
- **Leadership:** eine starke lokale Führung, idealerweise aus der Gemeinde, sonst aber auch von einer Fachstelle aus (de Goeij et al., 2017).
- **Persönlichkeit** (der Führungsperson) mit Begeisterung und Kontinuität (de Goeij et al., 2017; Furrer et al., 2010; Haggård, Trolldal, Kvillemo, & Guldbrandsson, 2014; Twemlow, 2014) ist massgeblich entscheidend.
- **Voraussetzungen für ein qualitativ gutes Netzwerkmanagement:** Entscheidend dabei ist eine strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene. Indikatoren dafür sind: intrinsische Motivation (innere, aus sich selbst entstehende Motivation) und politische Unterstützung der Beteiligten, z.B. durch Zuschreibung hoher Relevanz durch die verantwortlichen politischen Entscheidungstragenden (Féraud & Bolliger, 2013; Hallmann, 2014; Hallmann & Schmieder, 2014; Stolzenberg et al., 2012). Besonders förderlich für die Vernetzung und Zusammenarbeit ist die Bildung von örtlichen Lenkungsgruppen oder lokaler Arbeitsgruppen (Hallmann, 2014).

5.1.3 Prozessqualität

- **Informationsfluss & Kommunikation:** Ein aktiver Informationsfluss und transparente Kommunikation zwischen den Akteuren und Akteurinnen ist entscheidend für ein gutes Netzwerkmanagement und relevant für funktionierende Kooperationen (Haggård et al., 2014; Hallmann, 2014). Wünschenswert ist

z.B. auch die Möglichkeit eines Austausches und die Auseinandersetzung mit fachlichem Inhalt innerhalb von Netzwerken (Kassel et al., 2017).

- **Partizipation:** frühe Einbindung aller relevanter Akteure und Akteurinnen, auch schon vor Projektbeginn (Umsetzung von Aktivitäten) (Abels et al., 2012; Mossakowski et al., 2009). Die Potenziale auf nachhaltige Wirksamkeit regionaler Gesundheitsförderung steigen mit dem Grad der Partizipation (Bottom-up) und der «Community Readiness» (Top-down) (Reis-Klingspiegl, 2009). Hinzu kommt der «snowball effect» welcher bei einer starken Einbindung der Betroffenen, wie zum Beispiel anhand einer peer to peer education, ausgelöst wird (Stolzenberg et al., 2012). Ausgehend von den dargelegten Aspekten zur Partizipation muss man auch die Betroffenen frühzeitig zu Beteiligten machen (vgl. auch Kap. 2.3 und 4.2).
- **Soziale Faktoren** wie Qualität der Beziehung, gegenseitiges Vertrauen und gut funktionierende, transparente Kommunikation zwischen den Akteuren und Akteurinnen selbst und den im Projekt aktiv beteiligten Betroffenen (Stolzenberg et al., 2012).
- **Öffentlichkeitsarbeit:** regional, kommunal, sektorenübergreifend. Verbreitung und Sichtbarkeit von Massnahmen für die Zielgruppe (z.B. Wahrnehmen von Jugendschutzmassnahmen durch Jugendliche), je nach Kontext auf kommunaler und/oder regionaler Ebene bez. sektorenübergreifend (Abels et al., 2012; Hallmann, 2014; Hallmann & Schmieder, 2014).
- **Professionalisierung:** Schulung von Akteuren und Akteurinnen (Abels et al., 2012) und kontinuierliche Begleitung/Fachberatung durch (externe) Fachpersonen Prävention (Fietz & Tielking, 2014; Furrer et al., 2010; Hallmann, 2014; Henze et al., 2014; Stolzenberg et al., 2012). Eine Möglichkeit von Schulungen sind Workshops oder kurze Fortbildungen.¹³
- **Motivierende Faktoren für Implementierung:** Die funktionierende Implementierung von Multikomponentenprogrammen wird durch verschiedene lokale Faktoren gefördert. Wichtigster Faktor ist «evaluation and feedback». Das bedeutet eine qualifizierte Rückmeldung durch die Programmverantwortlichen, d.h. gehaltvolle, konkrete, transparente, umfassende und bei Bedarf wiederholte Rückmeldung an die lokalen Stakeholder. Dies kann in Form von Präsentationen gegenüber (politischen) Entscheidungsträgern und anderen Stakeholdern, verschriftlichten Berichten oder auch Medienartikeln sein (Trollidal, Haggard, & Gulbrandsson, 2013).
Weitere motivierende Faktoren für die Implementierung sind: *local needs, experienced program qualities, support, early involvement of practitioners, political decisions, guidelines, opinion leaders*. Je mehr dieser Faktoren gegeben sind, desto höher fällt die Motivation aus (Trollidal et al., 2013).
Gute, auf Gemeindestruktur und -typ angepasste Informationen bei Promotion neuer Programme, sind förderlich (Fasel & Krebs, 2004).
- **Mediale Aufmerksamkeit:** die lokalen Medien (Presse, Radio, Internet-Medien) sollten von Anfang an gut eingebunden werden. Gut informierte Medien führen i.d.R. zu positivem Medienecho und einer erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit (Lang, 2015). Mediale Aufmerksamkeit bei negativen Vorfällen in Gemeinden oder auch das «reframing» eines Problems durch die Medien kann zu einem entsprechenden Agenda-Setting führen (de Goeij et al., 2017).

¹³ Vgl. z.B. Projekt «*Profil g* – Prävention von Jugendgewalt in der Gemeinde» -> <https://www.radix.ch/Gesunde-Gemeinden/Gewaltpraevention/Profil-gewaltfrei/PUmp6/?keyword=profil%20g> oder «*GigA* - Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen» -> <https://www.gemeinsaminitiativ.de/Projektgruppe-Beirat.aspx>

5.1.4 Ergebnisqualität

- **Lokale Bedarfsanalysen** sind entscheidend, um zu wissen, um was es geht und in welche Richtung die präventive Arbeit erfolgen soll. Solche Analysen können grundsätzlich auf zwei Ebenen umgesetzt werden: Wissenschaftlich fundiert oder pragmatisch. Beispiele sind: Wissenschaftlich fundiert wie bei wie bei CTC, was aber eingeschränkt auf Jugend ist und mit einem grossen Aufwand sowie Kosten verbunden ist (z.B. Averdijk, 2017; Groeger-Roth, Frisch, Benit, & Soellner, 2015; Haggård et al., 2014). Eher pragmatisch, auf die ganze Bevölkerung bezogen, wie bei «bedarfserhebung.ch»¹⁴ (Fabian et al., 2010).
- **Multikomponenten-Ansatz:** Mit dem Begriff Multikomponenten-Ansatz sind umfassende und vernetzte Projekte in Settings gemeint. Dabei gilt es mehrere Subsettings (vgl. Supersetting-Ansatz) einzubinden und mit diesen gemeinsam und vernetzt zusammen zu arbeiten (Carson-Chahhoud et al., 2017). Im Setting Gemeinde wären das z.B. Schulen, Vereine, Fachstellen, Jugend- und Kinderangebote etc. Solche Multi-Komponenten-Interventionen umfassen: Koordination von Beginn weg, breitgefächerte und aufeinander abgestimmte Interventionen, Einbindung kommunaler Akteure und Akteurinnen, Schulung/Berücksichtigung des Jugendschutzes und ähnlichen Behörden, Einsatz von Massenmedien, schul- und familienbasierte Programme etc. (Carson, Libiszewski, Esterman, Chang, & Smith, 2011; Hallgren & Andreasson, 2013).
- **Massnahmenpaket** im Sinne von verschiedenen, aufeinander abgestimmten Massnahmen (de Goeij et al., 2017). Hier ist der Grad der Vernetzung, der gemeinsamen Arbeit, der Abstimmung der Ziele und Massnahmen auf- und miteinander etc. geringer als beim Multikomponenten-Ansatz. Massnahmenpakete sind teilweise eine Reihe verschiedener Massnahmen im gleichen Setting (Bsp. Gemeinde), die aber wenig oder nicht miteinander vernetzt und abgestimmt sind oder nicht miteinander kooperierend arbeiten (Beispielsweise setzten eine Schule und ein Jugendverein etwas um, die beiden präventiven Massnahmen zeigen aber keinerlei Bezug zueinander auf).

5.1.5 Qualität der Nachhaltigkeit und Verstetigung

Nachhaltigkeit bedeutet im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung zum einen «Ausdruck für die Dauerhaftigkeit der intendierten Wirkungen bspw. in Bezug auf Verhaltensmodifikationen» (zit. nach Funk, Schaefer, & Kolip, 2016) und zum anderen die «dauerhafte Etablierung von Strukturen und Angeboten, die Voraussetzung für langfristige gesundheitsförderliche Wirkungen» (ebd.) Dieses Verständnis von Nachhaltigkeit wird auch als Verstetigung bezeichnet (ebd.).

Die Sicherstellung von Nachhaltigkeit und Verstetigung ist mehrschichtig und betrifft gleichermaßen konzeptionelle Aspekte (Projektebene) als auch kontextabhängige Prozessaspekte der Projektvorhaben (Ebene Setting). Folgende Zusammenstellung von Erfolgsfaktoren bezieht sich auf die Untersuchungen von Funk et al., 2016; Kolip et al., 2012; Loss, 2012; Savaya & Spiro, 2012 (vgl. auch Quellenangaben unter 5.1.1 und 5.1.2 und 5.1.3).

Konzeptionelle Erfolgsfaktoren

- Gute und frühzeitige Bedarfsabklärung bei der Zielgruppe inkl. Sicherstellung adäquater Partizipation; wiederholte Überprüfung der Bedarfslage.
- Sicherstellung einer möglichst guten «Passgenauigkeit» zwischen Angebot und Bedürfnissen/Bedarf der Zielgruppe.

¹⁴ -> www.bedarfserhebung.ch

- Gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Handlungsebenen, d.h. Individuum, Gruppe, Umfeld und Gesellschaft/Politik.
- Festlegen langfristiger Handlungsziele, inkl. konkrete Strategien zur Zielerreichung (zeitliche Staffelung, Planung von Meilensteinen).
- Frühzeitige Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Projektkonzeption inkl. Planung einer möglichst umfassenden Partizipation (z.B. Mitentscheidung, vgl. Kap. 2.3).
- Sicherstellung der Anschlussfähigkeit der neuen Angebote an bestehende Strukturen.
- Vermeiden von Parallelangeboten.
- Durchführung von Prozessevaluationen, um entscheiden zu können, was für Anpassungen der Angebote in welcher Form erforderlich sind.

Erfolgsfaktoren auf Kontextebene

- Bestehende Netzwerkstrukturen, die für die Umsetzung des Projektes genutzt und bei Bedarf erweitert werden können oder Entwicklung von Netzwerkstrukturen aufbauend auf bestehenden Arbeitsbeziehungen.
- Möglichst wenig/keine Konkurrenz zwischen den einzelnen Kooperationspartnern und -partnerinnen.
- Unterstützende kommunalpolitische Rahmenbedingungen, die für die Projektverantwortlichen einen entsprechend guten Rückhalt garantieren (z.B. finanzielle und personelle Ressourcen, Programmakzeptanz, Planungssicherheit, Regelungen für Personalwechsel und Krankheitsfälle, etc.). Dabei ist auf den finanziellen Ressourcen ein besonderes Augenmerk zu werfen, denn die anderen genannten Punkte sind mehr oder weniger von den finanziellen Möglichkeiten abhängig.

5.2 Hinderliche Faktoren

- **Einzelne Massnahmen**, aber nicht koordinierte und abgestimmte Massnahmen in einer Gemeinde (de Goeij et al., 2017).
- **Zu hohe Komplexität und unbefriedigender Informationsfluss** der geplanten Massnahmen und Programme, insbesondere bei einem Multikomponenten Ansatz, können zu Verständnisdiskrepanzen zwischen den Akteuren und Akteurinnen führen (Haggård et al., 2014).
- **Fehlende lokale oder/und regionale Kooperationen** (de Goeij et al., 2017).
- **Besorgnis vor Aufwand**: Partizipatives Vorgehen wird als zu grosser Aufwand gesehen (betrifft v.a. die Entwicklung von Massnahmen. Teilweise wurden «pfannenfertige» Massnahmen gewünscht) (Furrer et al., 2010).
- **Zeitrahmen**: Die Wahrnehmung/Einschätzung/Erfahrung, dass der Zeitrahmen für das Projekt für die beteiligten Gemeinden resp. Stakeholder der Gemeinden zu knapp ist (Furrer et al., 2010; Stolzenberg et al., 2012).
- **Fokussierung** auf eine einzelne Substanz. Wenn ein Programm eine einzelne Substanz (z.B. Tabak), fokussiert, kann es problematisch werden. Entweder machen Gemeinden nicht mit oder sie machen allenfalls mit, obwohl das adressierte Problem gar keines ist oder nicht prioritär ist (Furrer et al., 2010) und in der Umsetzung vorwiegend andere Themen behandelt werden.
- **Fehlende «readiness» bei professionellen Akteuren oder Entscheidungsträgern** trotz positiver Haltung gegenüber der Projekte (Haggård et al., 2014; Stolzenberg et al., 2012).

- **Fehlendes Vertrauen:** Angst vor offiziellen Behörden oder sozialer Kontrolle; besonders bei vulnerablen Gruppen, welche in grosser Not sind, aber zusätzliche Probleme wie häusliche Gewalt, Drogenmissbrauch, kulturelle oder religiöse Tabus eine Teilnahme an Präventionsprogrammen erschweren (Stolzenberg et al., 2012).
- **Unvorhersehbare / unbestimmbare Bedingungen** wie z.B. Wetter, welche eine Implementierung der Projekte erschweren und eine reale Auswertung (aufgrund der Verzerrung der Projektumsetzung) verhindern (Bonvin, 2016; Bugnon & Kuhn, 2016).

5.3 Sprachregionale Besonderheiten

Aus der Diskussion mit der Expertengruppe (siehe Kapitel 3.2) konnten folgende sprachregionale Besonderheiten und Unterschiede herausgearbeitet werden.¹⁵

-> *Bei der inhaltlichen Gestaltung der geplanten Praxishilfe müssen diese sprachregionalen Besonderheiten angemessen berücksichtigt werden. Dabei ist die Validierung des Instrumentariums durch Praxisvertretungen aus den verschiedenen Landesteilen sehr wichtig.*

5.3.1 Kooperation und Vernetzung

Im Vergleich zur Deutschschweiz dominieren in der Romandie kantonsübergreifende Strukturen und Kommunikationswege, da diese ähnlich dem französischen Modell stärker zentralisiert sind. So ist es zum Beispiel einfacher, mit den Schulen in der Romandie übergreifend zu arbeiten, da sich die Gemeinden und Kantone an einen einheitlichen Lehrplan halten müssen. Die Zentralisierung der Ressourcen hat wiederum den Nachteil, dass eine Konkurrenz zwischen Projekten besteht. Aus diesem Grund ist eine kantons- oder gemeindeübergreifende Kooperation für kommunale Aktionen sehr wichtig.

Eine Besonderheit des Tessins besteht in der gegebenen geografischen aber auch kulturellen Distanz zum Rest der Schweiz. Der Kanton sei oft von fachlichen Netzwerken oder Dachverbänden ausgeschlossen oder sehr weit weg. Entsprechend ist es schwierig, einen fundierten und kontinuierlichen Austausch zu schaffen und aufrecht zu halten.

In der deutschsprachigen Schweiz ist ein Gefälle zwischen Stadt, Land und Agglomeration zu beobachten. Oftmals gestaltet es sich einfacher in den Städten (in welchen Bevölkerungszahl und Problemlast höher sind) Projekte umzusetzen als in den ländlichen Gemeinden oder Agglomeration.

5.3.2 Projektkultur

Bei der Planung und Umsetzung von Präventionsprojekten zeigen sich zwischen der lateinischen und der deutschen Schweiz diverse «kulturelle» Unterschiede. In der Romandie und im Tessin scheint nebst der konzeptbasierten, schriftlichen Kommunikation ebenso die laufende mündliche Kommunikation und die gelebte Praxis eine wichtige Rolle zu spielen. Entsprechend werden je nach Situation Konzepte weniger detailliert ausgearbeitet und festgelegt. Nach Möglichkeit verständigen sich die Akteure in der direkten Begegnung und im gegenseitigen mündlichen Austausch. Der Grad des Formalismus und das Befolgen von

¹⁵ Es handelt sich dabei um die Meinungen der drei befragten Experten/Expertin. Diese haben keinen abschliessenden Anspruch für alle sprachregionalen Besonderheiten.

strukturellen Vorgaben hängt allerdings von der Grösse des Projektes und der zuständigen Institution ab, d.h. je kleiner die Institution und das Projektvorhaben, umso geringer der Bedarf nach Strukturen und formalisierten Abläufen und umgekehrt.

In der deutschsprachigen Schweiz hingegen stehen bei der Planung und Umsetzung formalisierte Prozesse stärker im Vordergrund, und die Verschriftlichung der einzelnen Arbeitsschritte hat einen entsprechend höheren Stellenwert. Aufgrund der kulturellen Nähe, was die Projektkommunikation anbelangt, gestaltet sich der überregionale Austausch zwischen der Romandie und dem Tessin einfacher als zwischen den lateinischen Sprachregionen und der Deutschschweiz. Im Tessin findet punktuell auch ein Austausch mit gewissen Regionen in Italien statt.

5.3.3 Verfügbarkeit von Ressourcen

Der Kanton Tessin hat sehr limitierte finanzielle und personelle Ressourcen für Gesundheits- und Präventionsprojekte und insbesondere auch zu wenig fachliche Ressourcen für die Themen Gesundheit und Prävention, namentlich wenn es um die Umsetzung im Setting Gemeinde geht. Auch in Schulen oder Gemeinden stellt sich oft die Frage, wer ein Projekt zum Thema Gesundheit oder Prävention begleiten kann.

Die Deutschsprachige Schweiz verfügt mit den drei RADIX-Zentren sowie dank vieler kantonaler und regionaler Fachstellen für Prävention insgesamt über bedeutsame Ressourcen und viel Erfahrungswissen, was Präventionsprojekte in Gemeinden anbelangt. Entsprechend existieren in der Deutschschweiz langjährige, gute kantonale und regionale Netzwerke. Die unter der Leitung von RADIX durchgeführten interkantonalen Präventionsprogramme für die Gemeinden zu den Themen Alkohol, Tabak und Gewalt haben zu dieser Vernetzung und zum Know-how-Transfer beigetragen. Einige, aber nicht alle dieser Programme und Projekte wurden auch in der Romandie mit dem RADIX-Zentrum in Lausanne umgesetzt oder für die Romandie adaptiert.

5.4 Listen wirksamer Angebote (Good Practice Beispiele)

Als Beispiele guter Praxis wird nachfolgend auf die bestehende «Grüne Liste Prävention» aus Deutschland und die im Aufbau begriffenen «Liste wirksamer Angebote» von RADIX hingewiesen.

5.4.1 Grüne Liste Prävention (Deutschland)

Aus dem Bundesland Niedersachsen (D) steht die Datenbank «Grüne Liste Prävention»¹⁶ mit evidenzbasierten Präventionsprogrammen zur Verfügung. Ziel dieser Plattform ist es, die Verbreitung von getesteten, wirksamen Präventionsprogrammen zu fördern. Die Grüne Liste Prävention umfasst Programme zu den Themen Alkohol, illegale Drogen, Gewalt, Delinquenz und Depression/Angst (Groeger-Roth, 2015). Hauptkriterium für die Aufnahme eines Programms in die Liste ist der Nachweis einer ausreichend guten Beweiskraft, die verschiedene Stufen umfasst (Groeger-Roth, 2015, p. 134):

- *Deskriptive Beweiskraft:* Die Programmelemente sind deutlich und nachvollziehbar beschrieben.

¹⁶ -> www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information

- *Theoretische Beweiskraft*: Eine nachvollziehbare Begründung auf der Basis des wissenschaftlichen Kenntnisstandes liegt vor, warum diese Programmelemente wirksam sein sollen.
- *Indikative Beweiskraft*: Evaluationsstudien zeigen deutlich, dass die Intervention zu den gewünschten Ergebnissen führt, auch wenn die Beweiskraft noch niedrig oder vorläufig ist.
- *Kausale Beweiskraft*: Die Evaluation kann nachweisen, dass die gewünschten Ergebnisse tatsächlich durch die Massnahme hervorgerufen wurden.

5.4.2 RADIX-Liste wirksamer Angebote

Die Gesundheitsstiftung RADIX führt zurzeit mit drei Gemeinden ein Modellprojekt durch zum CTC-Ansatz (Communities That Care). Im Rahmen dieses Modellprojektes soll in Anlehnung an die «Grüne Liste Prävention» aus Deutschland eine «Liste wirksamer Angebote» aufgebaut werden. Diese Liste wird in einem ersten Schritt bestückt mit den gewonnenen Erkenntnissen aus dem Modellversuch mit den drei Gemeinden und wird im Laufe 2019 auf der RADIX-Website publiziert. In einem zweiten Schritt soll bis Ende 2020 eine umfassende Liste erstellt und publiziert werden, in der alle Angebote aus der Deutschschweiz berücksichtigt werden.

Die Auswahlkriterien für die Aufnahme auf die Liste basieren auf den Kriterien der Grünen Liste und Quintessenz und werden überdies mit den Qualitätsstandards von Gesundheitsförderung Schweiz und dem BAG abgestimmt.¹⁷

6 Empfehlungen für die Gestaltung der Praxishilfe

Zweckbestimmung und Zielgruppe

Mit dem vom BAG geplanten praxisorientierten Instrumentarium (Praxishilfe) sollen die unterschiedlichen Präventionsakteure in der Planung, Begründung, Umsetzung und Bewertung von Präventionsprojekten im Setting Gemeinde unterstützt werden. Die Praxishilfe soll einer *breiten Zielgruppe* dienen. Folgende drei Ebenen stehen im Fokus:

- Das BAG sowie *geldgebende Behörden*, für die Projektbeurteilungen und als Entscheidungsgrundlage für Finanzierungen
- *Behörden und Akteure/Akteurinnen der Gemeinden*, als Auftraggebende und/oder Ausführende präventiver Projekte und Programme
- *Fachstellen / Praxis / NGOs* als Ausführende und/oder Beratende

Inhaltliche Grundlage

Der vorliegende Bericht dient als inhaltliche Grundlage für die Praxishilfe. Wichtige Inhalte stellen die zusammengetragenen und *wissenschaftlich basierten Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren* dar.

¹⁷ Aussage gemäss persönlicher Information von RADIX (25.6.18)

Sprachen

Um alle Sprachregionen gleichermaßen zu berücksichtigen, muss die Praxishilfe in *den drei Landessprachen* Deutsch, Französisch und Italienisch verfasst werden. Dabei sollte der Text über die rein sprachliche Übersetzung hinaus zusätzlich sprachregional kontextualisiert werden.

Es empfiehlt sich, diese Arbeit von einem kleinen *Begleitgremium* pro Sprachregion begleiten und validieren zu lassen.

Mögliche Gestaltungsformen

Die Form der Praxishilfe sollte *leicht verständlich* und *benutzerfreundlich* dargestellt werden. In der Praxis bewähren sich folgende Gestaltungsformen:

- **Poster**, welche auf einen Blick die Übersicht der wichtigsten Inhalte und Prozesse aufzeigen sowie ein Argumentarium, warum Präventionsprojekte in Gemeinden lohnenswert sind. Die Themen können beispielsweise bausteinartig unterteilt oder anhand von Prozessgrafiken als relevante Abläufe dargestellt werden. Mit einfachem Bildmaterial kann das Poster zusätzlich ansprechend gestaltet werden.¹⁸
- **Broschüre**, welche mit einem *begrenzten Umfang* als Orientierung und Checkliste dienen kann. In einer Kombination von Text, Grafiken, Diagrammen und weiterführenden Links kann in leichter und ansprechender Form viel Information auf engem Raum verarbeitet werden (siehe z.B. «Ihre Gemeinde - gesund und lebenswert» Kanton St. Gallen¹⁹ & «bewegungsfreundliche Gemeinde» Kanton Luzern²⁰, «F&F in Schulen und Gemeinden» RADIX).²¹
- **Checklisten / Matrix-Tabelle**, z.B. als Hilfestellung für die Analyse des IST-Zustandes oder die Planung und Beurteilung von Projekten. Checklisten sind z.B. in Ergänzung zu einer Broschüre geeignet, in Kurzform zentrale Punkte abzubilden (z.B. Erfolgsfaktoren kantonaler Alkoholpolitik BAG).²² Die korrespondierenden ausführlicheren Erklärungen zu den Checkpunkten können in der Broschüre nachgelesen werden.
- **Website**, welche nebst thematischen Grundinformationen, Downloadmöglichkeiten (z.B. von Checklisten, Arbeitshilfen, Handbüchern, Postern etc.) auch weiterführende Links und Hilfestellungen zur erweiterten Suche beinhalten oder auf bewährte Projekte verweisen (siehe auch GigA).²³ Hilfreich kann auch eine Datenbank mit hinterlegten Good-Practice Kriterien und Empfehlungen aus evidenzorientierten Projekten

¹⁸ -> <http://www.quaktiv.ch/downloads/Praxishilfe%20Freiraumgestaltung%20FHNW%202016%20Poster.pdf>

¹⁹ -> https://www.zepira.info/tl_files/content/04_gemeinden/unterlagen/leitfaden_fuer_gemeinden/handbuch_gemeinden.pdf

²⁰ -> https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/GF/E_B/Bewegen/Faktenblatt_bewegungsfreundliche_Gemeinden.pdf?la=de-CH

²¹ Neuenschwander M, Wilhelm C (2016). Früherkennung und Frühintervention in Schulen und Gemeinden – das Wichtigste in Kürze. Onlinepublikation RADIX, Zürich

²² Vgl. BAG -> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/alkohol/alkoholpraevention-kantone/erfolgsfaktoren.html>

²³ Vgl. GigA - Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen -> <https://www.gemeinsaminitiativ.de/default.aspx>

sein (siehe z.B. Grüne Liste).²⁴ Eine interaktive Darstellung und eine Filterfunktionen können die konkrete Suche vereinfachen (siehe z.B. GigA, sozialesbasel.ch²⁵).

- **Moderierter Blog/geschlossene Online-Gruppe**, als Plattform für den Know-how-Transfer zwischen den verschiedenen Anspruchsgruppen und Projektteams vereinfacht im Gegensatz zu einem *face-to-face* Kontakt den Austausch und lässt geografische Distanzen überwinden (vgl. quint-essenz community).²⁶ Die Herausforderungen dieses Tools bestehen darin, Austausch und Kommunikation lebhaft zu halten und den Nutzerinnen und Nutzern eine gute Übersicht zu ermöglichen. Dies bedingt eine aktive Moderation des Austausches und eine umsichtige Koordination der Plattform.

Umfang

Der Umfang sollte möglichst kurz und prägnant sein. Je nach Form kann der Umfang variieren. Für eine Broschüre wird ein Rahmen von ca. 8 Seiten empfohlen. Zusätzlich kann ausführlicheres Material in anderer Form (z.B. in PDF auf Website) gesammelt und zur Verfügung gestellt werden.

Inhaltsspektrum

Unabhängig von der Form und Darstellung sind für die Praxishilfe folgende Inhalte empfehlenswert:

- Kurze Erklärungen präventions- und gesundheitsspezifischer Begriffe wie Partizipation, Setting, primäre, sekundäre, tertiäre Prävention, etc. für Gemeindeakteure und-akteurinnen und Entscheidungstragende, welche nicht vom Präventions- & Gesundheitsbereich sind (siehe auch «Ihre Gemeinde - gesund und lebenswert» Kanton St. Gallen).²⁷
- Auflistung mit guten Gründen für ein Projekt (Argumentarium) (vgl. z.B. bei QuAKTIV: «6 gute Gründe für...»). Ergänzend sind Grafiken oder Diagramme mit Zahlen und Fakten hilfreich (vgl. auch «Ihre Gemeinde - gesund und lebenswert» Kanton St. Gallen).
- Good-Practice-Kriterien: Umsetzungsnah formuliert.
- Hinweis auf Projektphasen mit Klärung, um was es dabei geht. Hilfreich sind dabei Leitfragen, um einzelne Aspekte umsetzungsnah aufbereiten zu können (siehe z.B. «Good-Practice-Kriterien der Prävention von Jugendgewalt in den Bereichen Familie, Schule und Sozialraum. Ein Leitfaden.»(Fabian et al., 2014)).
- Liste weiterführender Links und Verweise auf zusätzliche Informationen zu Methoden, Grundlagen, Projektbeispielen und Projektsammlungen, wünschenswert inkl. Anleitungen für Suchprozesse (siehe GigA).

²⁴ -> <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

²⁵ -> <https://www.sozialesbasel.ch/#/Home>

²⁶ -> <https://www.quint-essenz.ch/de/community>

²⁷ -> https://www.zepira.info/tl_files/content/04_gemeinden/unterlagen/leitfaden_fuer_gemeinden/handbuch_gemeinden.pdf

- Hinweise auf Fachstellen, Beratungen- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie Prozessbegleitungen (vgl. auch «Ihre Gemeinde - gesund und lebenswert» Kanton St. Gallen.)²⁸

Schulung

Eine Schulung für die Zielgruppen kann zusätzlich von Nutzen sein. Dabei sollte es um mehr als Wissensvermittlung gehen. Das Tool und die Inhalte sollten an Beispielen eingesetzt und reflektiert sowie möglichst auf die je eigenen Kontexte der Teilnehmenden bezogen werden. Mögliche Formen sind:

- **Einbettung in bestehende CAS/MAS** wie z.B. MAS Gesundheitsförderung und Prävention der HSA-FHNW²⁹ oder MAS Prävention und Gesundheitsförderung Präventive Massnahmen professionalisieren der HSLU.³⁰
- **Fortbildungen** an Hochschulen, Dauer zwischen eins bis fünf Tagen.
- **Online Workshop** oder **Webinar** im Sinne einer unkomplizierten und niederschweligen Fortbildung.

²⁸ ->

https://www.zepira.info/tl_files/content/04_gemeinden/unterlagen/leitfaden_fuer_gemeinden/handbuch_gemeinden.pdf

²⁹ -> Vgl. <https://www.fhnw.ch/de/weiterbildung/soziale-arbeit/6050963>

³⁰ -> <https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/weiterbildung/studienprogramm/mas/praevention-und-gesundheitsfoerderung/>

7 Literatur

- Abels, S., Schubert, H., Spieckermann, H., & Veil, K. (2012). Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN): Implementierung des Programms "Communities That Care (CTC)" in Niedersachsen
Forschungsschwerpunkt Sozial, Raum, Management.
- Ackermann, G., Studer, H., & Ruckstuhl, B. (2009). quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In P. Kolip & V. Müller (Eds.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften* (pp. 137-156). Bern: Verlag Hans Huber.
- Altgeld, T. (2004). Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren: Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Retrieved from Hannover:
- Andersen, P. T., El Ansari, W., Rasmussen, H. B., & Stock, C. (2010). Municipalities collaborating in public health: the Danish Smoking Prevention and Cessation Partnership. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 7(11), 3954-3971.
- Averdijk, M. (2017). Communities That Care Jugendbefragung Herbst 2016. Gesamtergebnisse für Bischofzell, Köniz und Meilen. Zürich: Radix.
- BAG & GDK. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK),.
- Bär, G. (2015). *Gesundheitsförderung lokal verorten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bauch, J. (1997). Peer-Education und Peer-Involvement. Ein Königsweg in der Gesundheitsförderung. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 2, 35-37.
- Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H. C., Clausen, L. T., Mikkelsen, B. E., Poulsen, K., & Jensen, B. B. (2014). Revitalizing the setting approach-Supersettings for sustainable impact in community health promotion. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity Vol 11 2014, ArtID 118, 11*.
- Bonvin, B. (2016). Evaluation du projet pilote des Correspondants de nuit de Lausanne. Genève TC Team Consult SA.
- Brewer, G. D., & de Leon, P. (1983). *The Foundations of Policy Analysis*. Dorsey: Homewood.
- Broesskamp-Stone, U., & Ackermann, G. (2010). Best Practice. Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bugnon, G., & Kuhn, A. (2016). *Résultats de l'évaluation de l'impact des correspondants de nuit*. Neuchâtel: Centre romand de recherche en criminologie de l'Université de Neuchâtel.
- Bundesamt für Gesundheit. (2017). Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte der Gemeinden. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BZgA. (2011). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Retrieved from Köln:
- Carson-Chahhoud, K. V., Ameer, F., Sayehmiri, K., Hnin, K., van Agteren, J. E. M., Sayehmiri, F., . . . Smith, B. J. (2017). *Mass media interventions for preventing smoking in young people*: Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Carson, K. V., Libiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Caspar, C., Kull, S., Fabian, C., & Jordi, C. (2010). *Road Map Tabak. Praxishilfe zur Verankerung von Tabakprävention auf Gemeindeebene*. Zürich: Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX.
- Dadaczynski, K., Baumgarten, K., & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention, Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 214-221.

- de Goeij, M. C., Harting, J., & Kunst, A. E. (2017). Stronger declines in youth alcohol consumption thanks to stronger integrated alcohol policies? A qualitative comparison of ten Dutch municipalities. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLIV(3), 166-206.
- Dössegger, A., Weibel, David, Frei, Klaus, Wissmath, Bartholomäus, und Hense, Jan. (2017). Entwicklung eines Wirkmodells für die Evaluation des Programms Jugend und Sport. *Zeitschrift für Evaluation*, JG. 16(1), 97-120.
- Engelmann, F., & Halkow, A. (2008). Der Setting Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Retrieved from Berlin:
- Fabian, C. (2016). Der Beitrag partizipativer Prozesse bei der Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern. Eine theoretische Annäherung. *Umweltpsychologie*, 112-136.
- Fabian, C. (2017). Der Setting-Ansatz. Der umfassende Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention. *SozialAktuell*(9), 14-17.
- Fabian, C. (2018, im Druck). Ein Blick aus der Sucht- und Gewaltprävention auf die Schuldenprävention: Was kann man lernen? In C. Mattes & C. Knöpfel (Eds.), *Armutsbekämpfung durch Schuldenprävention*. Weinheim: SpringerVS.
- Fabian, C., Caspar, C., Pannatier, G., Kneubühler, Y., Dieth, D., & Wilhelm, C. (2010). *Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde. Praxishilfe zur bedarfsgerechten Planung* (2. ed.). Bern: RADIX.
- Fabian, C., Drilling, M., Niermann, O., & Schnur, O. (Eds.). (2017). *Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Fabian, C., & Jordi, C. (2009). Qualitätsfaktoren als Basis für gute Frühintervention *Schweizer Gemeinde*(1), 18-19.
- Fabian, C., Käser, N., Klöti, T., & Bachmann, N. (2014). Good-Practice-Kriterien der Prävention von Jugendgewalt in den Bereichen Familie, Schule und Sozialraum. Ein Leitfaden. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Fasel, N., & Krebs, H. (2004). «Hinschauen und Handeln». Eine Präventionsstrategie für Gemeinden gegen Sucht, Gewalt und soziale Ausgrenzung - Evaluation. Bern & Zürich: Fasel & Krebs.
- Féraud, M., & Bolliger, C. (2013). *Kooperationsmodelle in den Bereichen Prävention, Intervention, Repression*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Fietz, H., & Tielking, K. (2014). Kommunale Suchtprävention. Bedarfsgerecht, ressourcenorientiert, theoretisch fundiert und evidenzorientiert. *Praevention*, 37(2), 39-42.
- Funk, S. C., Schaefer, P., & Kolip, P. (2016). Was fördert die Verstetigung von Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung? *Gesundheitswesen*, Online-Publikation.
- Furrer, C., Oetterli, M., Wight, N., & Balthasar, A. (2010). *Evaluation "Gemeindeorientierte Tabakprävention"*. Luzern: Interface.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2018). Qualitätskriterien für Programme und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention. Übersicht über die Kriterien und Anwendungsmöglichkeiten auf www.quint-essenz.ch. Arbeitspapier 44. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gold, C., Bräunling, S., Geene, R., Kilian, H., Sadowski, U., & Weber, A. (2014). *Aktiv werden für die Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung* (Vol. 1): Gesundheit Berlin-Brandenburg.
- Groeger-Roth, F. (2015). Die "Grüne Liste Prävention". Evaluierete Präventionsprogramme im Überblick. *Unsere Jugend*, 67(15), 50-58.
- Groeger-Roth, F., Frisch, J. U., Benit, N., & Soellner, R. (2015). Risikofaktoren fuer problematischen Substanzkonsum von Jugendlichen - Zur Anwendbarkeit des Communities That Care Schuelersurveys auf

- kommunaler Ebene. Risk factors for problematic substance use - Is the Communities That Care youth survey applicable in German communities? *Sucht*, 61(4), 237-249.
- Haggård, U., Trolldal, B., Kvillemo, P., & Guldbrandsson, K. (2014). Implementation of a multicomponent Responsible Beverage Service programme in Sweden – a qualitative study of promoting and hindering factors. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31.
- Hallgren, M., & Andreasson, S. (2013). The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: Effects on youth drinking. *Drug and Alcohol Review*, 32(5), 504-511.
- Hallmann, H.-J. (2014). Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch. Ein Baustein in der kommunalen Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen. *AJS-Forum*, Jg. 38(3), 6-7.
- Hallmann, H.-J., & Schmieder, G. (2014). *Kommunale Alkoholprävention als sektorenübergreifende Netzwerkarbeit*. Paper presented at the Kommunale Alkoholprävention.
- Henze, R., Groeger-Roth, F., Keuntje, S., & Schlieckau, T. (2014). *Alkoholpolitik und Alkoholprävention. Entwicklung einer kommunalen Gesamtstrategie in Niedersachsen*. Paper presented at the Arbeitsgruppe „Alkoholprävention in Niedersachsen“
- Hermann, M.-L. (2010). Die Zukunft der seelischen Gesundheit im Alter gestalten - Wirkungen der Muensterlinger Zukunftskonferenz. Managing the future of mental health in old age - Effects of the Muensterling Zukunftskonferenz. Zürich: Universitaet Zuerich, Philosophische Fakultae. .
- Herriger, N. (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (4. Aufl. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jonkman, H. (2015). Communities That Care in Niedersachsen. Ergebnisse der Implementation von CTC in fünf Standorten (2013-2014) Amsterdam: Communities That Care in Niedersachsen.
- Kassel, L., Rauh, K., & Fröhlich-Gildhoff, K. (2017). Partizipative Bedarfsanalyse kommunaler Akteure. Grundlage einer kommunalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12, 174-180.
- Kilian, H., Geene, R., & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, & A. Schröer (Eds.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit*. (pp. 151-230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B., & Studer, H. (2012). Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber
- Kraschl, C., Drewes, J., & Kleiber, D. (2010). Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In J. Drewes & H. Sweers (Eds.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (pp. 151-169). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Laging, M. (2012). Lokale Alkoholpolitik in drei Gemeinden Baden-Wuerttembergs. Ergebnisse einer qualitativen Begleitforschung. *Praevention*, 36(1), 22-25.
- Laverack, G. (2008). Berücksichtigung des Empowerments in der Programmplanung von Gesundheitsförderung. *Gesundheitswesen*, 70, 736–741.
- Loss, J. (2012). Konzepte der Evidenz-Gewinnung und Evaluation für eine nachhaltige Gesundheitsförderung. In E. Göpel (Ed.), *Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten* (pp. 170–184). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Mossakowski, K., Süß, W., & Trojan, A. (2009). Partizipative Ansätze in der gemeindenahen GesundheitsförderungStufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 184-194.
- Oetterli, M., & Wight, N. (2014). Evaluation des nationalen Präventionsprogramms „Alkohol/Tabak – die Gemeinden handeln!“. Schlussbericht zur ersten Programmphase. Luzern: Interface.
- Pelikan, J. M. (2011). Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung In K. Hurrelmann & P. Franzkowiak (Eds.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (pp. 400-403). Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Piontek, D., Hannemann, T.-V., & Kraus, L. (2013). Implementation kommunaler Suchtprävention im Landkreis Karlsruhe. *Sucht, 59*(5), 261-268.
- Reis-Klingspihl, K. (2009). Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. *Prävention und Gesundheitsförderung, 4*, 175-183.
- Ruckstuhl, B., Somaini, B., & Twisselmann, W. (2008). *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Zürich & Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich & Bundesamt für Gesundheit.
- Rütten, A., Wolff, A., & Streber, A. (2016). Nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Programme in der Gesundheitsförderung. *Das Gesundheitswesen, 78*(3), 139-145.
- Savaya, R., & Spiro, S. E. (2012). Predictors of sustainability of social programs *American Journal of Evaluation, 33*, 26-43.
- Sterd, E., & Walter, U. (2012). Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann, & W. Süß (Eds.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (pp. 27-36). Bern: Huber.
- Stolzenberg, R., Berg, G., & Maschewsky-Schneider, U. (2012). Healthy upbringing of children through the empowerment of women in a disadvantaged neighbourhood: Evaluation of a peer group project
- Herbeiführung gesunden Aufwachsens von Kindern durch Stärkung von Frauen in einem rückständigen Viertel: Evaluation eines Peer-Gruppen-Projekts. *Journal of Public Health, 20*(2), 181-192.
- Trolldal, B., Haggard, U., & Guldbbrandsson, K. (2013). Factors associated with implementation of a multicomponent responsible beverage service program-Results from two surveys in 290 Swedish municipalities. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 8*.
- Twemlow, S. W. (2014). A theoretical framework for creating safe, altruistic nonviolent communities. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy, 13*(4), 314-326.
- Wihofszky, P. (2013). Die Praxis der Gesundheitsförderung zwischen Top-down und Bottom-up. Ansätze partizipativen Planens und Forschens in der Konzeptentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung, 8*, 181-190.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, M., Block, M., & von Unger, H. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. Wright (Ed.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (pp. 36-53). Bern: Hans Huber.
- Wright, M. T., Block, M., Kilian, H., & Lemmen, K. (2013). Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung, 8*, 147-154.

8 Autorenschaft

Carlo Fabian, Prof., Sozial- und Gesundheitspsychologe (Fachpsychologe FSP). Coach und Organisationsentwickler MAS | bso. Langjährige Forschungs- und Evaluationstätigkeit an der Universität Zürich, am Institut für Suchtforschung ISF Zürich, an der Fachhochschule Nordwestschweiz sowie Praxiserfahrungen bei der Schweizerischen Gesundheitsstiftung RADIX. Leitung und Umsetzung zahlreicher Evaluations- und Forschungsprojekte sowie von Konzeptarbeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Kinder- und Jugendhilfe. Expertentätigkeit für BAG, BSV, Tabakpräventionsfonds. Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen EKSF. Vielfältige Lehr- und Beratungstätigkeit in Hochschul- und Praxiskontexten.

Carlo Fabian hat sich sowohl im Rahmen seiner wissenschaftlichen Arbeit bei der HSA-FHNW als auch während seiner praktischen Arbeit bei RADIX sehr intensiv mit Präventionsprojekten in Gemeinden als auch mit dem Thema Früherkennung und Frühintervention beschäftigt.

Weitere Informationen: www.fhnw.ch/personen/carlo-fabian.

Martin Neuenschwander, Dr. phil., Gesundheitspsychologe FSP, Organisationsberater & Coach, ist seit 2016 Dozent und Projektleiter im Kompetenzzentrum Prävention und Gesundheit an der Hochschule Luzern HSLU. Er verfügt über eine langjährige Erfahrung und Expertise in der settingorientierten Prävention und Gesundheitsförderung, in der Evaluations- und Interventionsforschung (Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF) sowie in der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation diverser Projekte in den Settings Gemeinde und Schule (Stiftung Berner Gesundheit BEGES, Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX). Die Themenschwerpunkte der realisierten und betreuten Projekte und Programme inkl. korrespondierender Publikationstätigkeit liegen in den Bereichen Tabak, Alkohol, Cannabis, Gewalt, Digitale Medien sowie Früherkennung und Frühintervention in den Settings Gemeinde, Schule und Betrieb. Diverse Expertentätigkeit für das BAG und BSV.

Marisa Geiser, MA in Frieden, Entwicklung, Sicherheit und internationaler Konflikttransformation an der Universität Innsbruck, BA in Sozialer Arbeit an der FHNW. Arbeitet seit November 2017 als wissenschaftliche Assistentin an der FHNW im Projekt «Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden».