

Präventionsprojekte in Gemeinden – Erfolgsfaktoren!

2018-6
Jg. 44
S. 31 - 35

Der Beitrag gibt auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes einen Überblick über evidenzbasierte Erfolgsfaktoren bei der Planung, Umsetzung und Bewertung von Präventionsprojekten in Gemeinden. Als wichtige Erfolgsfaktoren erweisen sich insbesondere eine umfassende Partizipation aller relevanten Anspruchsgruppen, der Fokus auf thematisch koordinierte Massnahmenpakete statt auf Einzelmassnahmen, die Einbindung von Politik und Netzwerken, die optimale Berücksichtigung lokaler Rahmenbedingungen sowie das Sicherstellen einer ergebnisorientierten Kooperation zwischen den verschiedenen AkteurInnen.

CARLO FABIAN

Prof., Dozent und Forschungsleiter, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Hofackerstrasse 30, CH-4132 Muttenz, carlo.fabian@fhnw.ch, www.tinyurl.com/y8vyjxr5

MARTIN NEUENSCHWANDER

Dr. phil., Dozent und Projektleiter, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Werftstrasse 1, CH-6002 Luzern, martin.neuenschwander@hslu.ch, www.tinyurl.com/y8auj65d

MARISA GEISER

M.A., Projektassistentin, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Hofackerstrasse 30, CH-4132 Muttenz, marisaigeiser@gmail.com

Die Schweiz – ein Land der kleinen Gemeinden

Die Schweiz besteht aus etwas mehr als 2'200 Gemeinden. Davon haben lediglich 152 Gemeinden eine Wohnbevölkerung von mehr als 10'000 Personen. Rund 1'860 Gemeinden haben weniger als 5'000 EinwohnerInnen.¹ Diese vielen kleinen Gemeinden haben überschaubare und gut erfassbare Strukturen. Die sozialen Netzwerke auf der Basis persönlicher Kontakte sind (oft) vorhanden, «man kennt sich» eben noch. Solche Strukturen sind besonders gut geeignet, um Prävention umzusetzen. Präventionsprojekte auf Ebene Gemeinde fokussieren Themen wie Sucht, nichtübertragbare Krankheiten, Gewalt oder Vandalismus. Viele dieser Gemeindeprojekte werden mit Unterstützung des Bundes (Bundesamt für Gesundheit BAG, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV) realisiert.

Nationale Strategien Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) und Sucht

In der Schweiz werden seit 2017 die beiden Strategien Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) und Sucht umgesetzt.² 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.

Der Setting-Ansatz der Ottawa Charta als leitender Handlungsrahmen

Der theoriegeleitete Setting-Ansatz gilt in der Gesundheitsförderung und Prävention als Schlüsselstrategie bei der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta (WHO 1986). Mit diesem Ansatz wurde der Fokus gesundheitsfördernden und präventiven Handelns auf die sozialen Systeme wie Schule, Betrieb, Quartier oder Gemeinde gerichtet. Neben der individuellen, der gemeinschaftlichen und der gesellschaftlichen

Ebene werden auch räumliche und soziale Strukturen als Ziele 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*» (WHO 1986).³ In unterschiedlichen Lebensbereichen resp. sozialen Systemen herrschen jeweils andere 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 AkteurInnen*, 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* (Sterdt&Walter 2012; Fabian 2017).

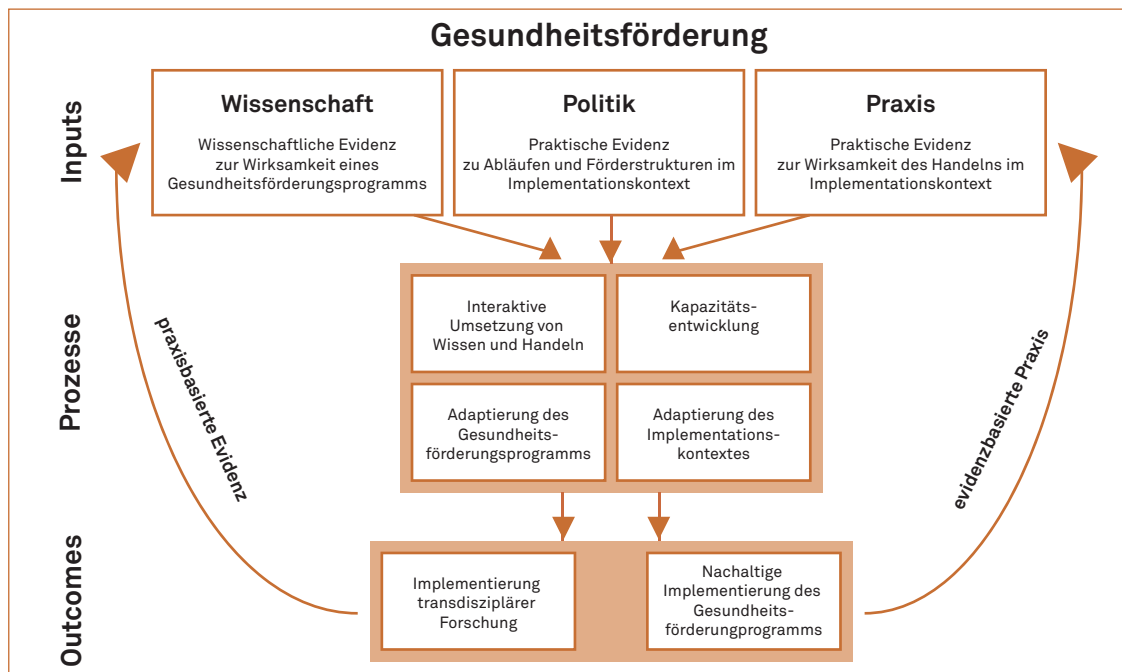


Abb. 1: Integration von wissenschaftsbasierter und praxisbasierter Evidenz im Implementierungskontext (nach Rütten et al. 2016).

Wirken gemeindeorientierte Präventionsprojekte?

Trotz der langjährigen und vielfältigen Tradition gemeindebasierter Präventionsprojekte fehlt es an fundiertem Wissen betreffend Nutzen und Wirkungen von Präventionsaktivitäten auf Ebene Gemeinde. Es besteht ein Bedarf an wissenschaftlich basierten Hilfen für die Praxis. Aufgrund dieser Ausgangslage hat das BAG den literaturbasierten Bericht «Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden» (Fabian et al. 2018)⁴ in Auftrag gegeben. Der Bericht soll als Grundlage dienen, um in einem weiteren Schritt für die Gemeinden, Kantone und Projektträger ein wissenschaftlich basiertes und 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 international, Internet, Anfragen bei Fachstellen – primär Schweiz und deutschsprachiger Raum) eine ExpertInnengruppe hinzugezogen, zusammengesetzt aus je einer Vertretung aus den verschiedenen Sprachregionen und dem BAG. Basis für den Bericht waren insgesamt 65 Studien (Artikel, Forschungsberichte) sowie verschiedene Berichte

von Fachstellen (vgl. für Details Fabian et al. 2018).

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 z. B. 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 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 (Rütten 2016; Wright et al. 2013).

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)⁵ nachgewiesen werden kann, dass bei den relevanten Outcome-Variablen (z. B. Substanzkonsum) 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.

Beim Generieren *praxisbasierter Evidenz* geht es um die konzeptionelle Fokussierung auf praxisrelevante lokale Kontextfaktoren. Dazu gehören u. a. *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 der Partizipation (Wright et al. 2013). Eine Bedingung für eine erfolgreiche, wirksame gemeindebasierte Prävention besteht darin, dass die wissenschaftsbasierte und die praxisbasierte Evidenz in optimaler Weise ineinandergreifen. Rütten et al. (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 (Abb. 1).

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 sind auf folgende vier Qualitätsebenen verortet: *Planungs- und Konzeptqualität* (7 Faktoren), *Strukturqualität* (6) *Prozessqualität* (7) und *Ergebnisqualität* (3) (vgl. Donabedian 1966; siehe auch Fabian & Jordi 2009).⁶ Nachfolgend werden die wichtigsten Faktoren aufgelistet und einzelne davon detaillierter ausgeführt (vgl. Fabian et al. 2018: 21f).

Planungs- und Konzeptqualität

- *Wissensbasierung*: Die Verwendung evaluiertes Projekte – mit den allenfalls nötigen Anpassungen an die

lokalen Gegebenheiten – ist entscheidend. Bspw. wird beim Methodenansatz «Communities That Care» (CTC) oder bei der Nutzung der «Grünen Liste»⁷ 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 (vgl. dazu auch den Setting-Ansatz weiter oben).
- *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 sowohl die Ursachen für Problemverhaltensweisen gewisser Zielgruppen als auch die damit korrespondierenden Präventionsmassnahmen oft themenunabhängig sind.
- *Wording*: Bspw. wird «Sicherheitsproblem» eher akzeptiert als «Gesundheitsproblem».
- *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 Einbin-

- *Regionaler 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 relevanten Akteure und Akteurinnen, auch schon vor Projektbeginn.
- *Soziale Faktoren* wie Qualität der Beziehung, gegenseitiges Vertrauen und gut funktionierende, transparente Kommunikation zwischen den Akteurinnen und Akteuren selbst und den im Projekt aktiv beteiligten Betroffenen.
- *Öffentlichkeitsarbeit*: Sichtbar machen 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 erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit.

Ergebnisqualität

- *Lokale Bedarfsanalysen*, wissenschaftlich fundiert oder pragmatisch.
- *Multikomponenten-Ansatz*: umfassende und vernetzte Projekte in Settings. Dabei gilt es, mehrere Subsettings (z. B. Schulen, Vereine, Fachstellen, Jugend- und Kinderangebot) 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 der Verantwortlichen betr. Aufwand, namentlich im Zusammenhang mit dem partizipativen Vorgehen
- Zeitrahmen, namentlich Sorge der Verantwortlichen betr. zu knappen Zeitrahmen.
- Fokussierung auf eine einzelne Substanz oder ein einzelnes Phänomen/ Problem.
- Fehlende «readiness» bei professionellen AkteurInnen oder EntscheidungsträgerInnen trotz positiver Haltung gegenüber den Projekten.
- Fehlendes Vertrauen der Zielgruppen/ betroffenen Personen gegenüber Behörden, Angst vor sozialer Kontrolle (besonders bei vulnerablen Gruppen)
- Unvorhersehbare/unbestimmbare Bedingungen wie z. B. Wetter.

Partizipation und Sozialraumorientierung

Die Analyse der Literatur hat gezeigt, 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 aufgezeigt wurde, ist Partizipation ein entscheidender Faktor in Präventionsprojekten, die auf dem Setting-Ansatz basieren. 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 bieten, sind geeignete Methoden, die eine Entscheidungsbeteiligung ermöglichen. Das Projekt «styria vitalis»⁸ ist ein Beispiel, in welchem interessierte 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 (Reis-Klingspiegl 2009).

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 Element des Setting-Ansatzes (vgl. Fabian et al. 2014: 34). Die Forderung bleibt aber im Allgemeinen normativ, es gibt kaum Projekte auf Gemeindeebene, die diesem Ansatz umfassend nachkommen.

Was braucht die Praxis?

Mit Blick auf die konkrete Planung und Umsetzung von Präventionsprojekten auf Gemeindeebene 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 und will nun eine solche entwickeln. Dabei gilt es, den Bedürfnissen der verschiedenen Akteurinnen und Akteure in optimaler Weise gerecht zu werden. Als Adressatinnen und Adressaten der Praxishilfe stehen die Akteure und Akteurinnen auf folgenden drei Ebenen mit je eigenen Aufgaben im Fokus:

- Das BAG sowie geldgebende Behörden: für politische Entscheidungen, für Projektbeurteilungen und als Entscheidungsgrundlage für Finanzierungen.
- Behörden und Akteure/Akteurinnen der Gemeinden: als Auftraggebende und/oder Ausführende präventiver Projekte und Programme.
- Fachstellen/Präventionspraxis/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), Onlineworkshops oder Webinare im Sinne einer unkomplizierten und niederschweligen Fortbildung denkbar. Zudem sind allenfalls Schulungen im Rahmen bestehender CAS oder MAS denkbar, wie sie von verschiedenen Fachhochschulen und universitären Instituten angeboten werden.



Literatur

Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly XLJV(3)*: 166-206.

Fabian, C. (2017): Partizipative Entwicklung von Freiräumen mit Kindern. *SuchtMagazin 43(1)*: 28-32.

Fabian, C. (2017): Der Setting-Ansatz. Der umfassende Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention. *SozialAktuell 49(9)*: 14-17.

Fabian, C./Jordi, C. (2009): Qualitätsfaktoren als Basis für gute Frühintervention. *Schweizer Gemeinde 46(1)*: 18-19.

Fabian, C./Käser, N./Klöti, T./Bachmann, N. (2014): Good-Practice-Kriterien Prävention von Jugendgewalt in Familie, Schule und Sozialraum. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Fabian, C./Neuenschwander, M./Geiser, M. (2018): Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden. FHNW-HSA & HSLU. Muttenz und Luzern.

Reis-Klingspiegl, K. (2009): Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. *Prävention und Gesundheitsförderung 4(3)*: 175-183.

Rütten, A./Wolff, A./Streber, A. (2016): Nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Programme in der Gesundheitsförderung. *Das Gesundheitswesen 78(3)*: 139-145.

Sterdt, E./Walter, U. (2012): Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. S. 27-36 in: C. Böhme/C. Kliemke/B. Reimann/W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern: Huber.

WHO – World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO. www.tinyurl.com/mohf6n6; Zugriff: 20.10.18.

Wright, M.T./Block, M./Kilian, H./Lemmen, K. (2013): Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung 8(3)*: 147-154.

Endnoten

¹ Vgl. Bundesamt für Statistik: Daten und Erläuterungen. www.tinyurl.com/yd7c79rg, Zugriff 20.10.18.

² Vgl. BAG – Bundesamt für Gesundheit: Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. www.tinyurl.com/yc2xoy8c, Zugriff 20.10.18.

³ BAG – Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie Sucht: www.tinyurl.com/y7b2afug, Zugriff 20.10.18.

⁴ Die originale englischsprachige Version bringt den Aspekt der gemeinschaftlichen Aktivitäten (community action) besser zum Ausdruck als die deutschsprachige Version. Diese ist nachzulesen unter: *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*, www.tinyurl.com/alwup4j, Zugriff 20.10.18. Der vollständige Bericht steht zum Download bereit. www.tinyurl.com/ybr2ovgc, Zugriff 14.11.2018.

⁵ RCT-Standard steht für randomized controlled trial oder auf Deutsch: randomisierte kontrollierte Studie. Dabei werden die Stichproben für die Interventions- und die Kontrollgruppen zufällig zusammengestellt.

⁶ An dieser Stelle werden die rund 50 Quellen der Faktoren nicht einzeln ausgewiesen. Im Bericht von Fabian et al. (2018) sind diese je Faktor einzeln ausgewiesen.

⁷ 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.

⁸ www.styriavitalis.at