

9

Präventionsprojekte in Gemeinden – Erfolgsfaktoren

Carlo Fabian, Martin Neuenschwander und Marisa Geiser

9.1 Einleitung

Die Schweiz besteht aus etwa 2200 Gemeinden, davon haben rund 85 % weniger als 5000 Einwohnerinnen und Einwohner⁷. Ein Großteil dieser Gemeinden ist periurban oder ländlich. Diese Gemeinden unterscheiden sich teilweise erheblich hinsichtlich der Nähe zu urbanen Zentren, der Zusammensetzung der Bevölkerung hinsichtlich Alter, sozioökonomischer Faktoren oder dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund. Zudem sind die Herausforderungen sowie die Ressourcen der Gemeinden sehr heterogen und unterscheiden sich in der Regel stark von urbanen Gebieten. Eines haben aber alle Gemeinden gemeinsam: Für die Gesundheit der Wohnbevölkerung spielen sie eine wichtige Rolle. Die Gemeinden haben in der föderalistisch geprägten Schweiz im Besonderen eine Mitverantwortung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Die skizzierten strukturellen Merkmale vieler Gemeinden in der Schweiz entsprechen in vielerlei Hinsicht denjenigen in ländlichen Gebieten. Entsprechend lassen sich die Ergebnisse der Studie allgemein auf ländliche Gebiete – auch in einem internationalen Kontext – übertragen⁸.

Als sozialräumliche Systeme eignen sich Gemeinden in besonderer Weise für Präventionsvorhaben, denn sie haben überschaubare und gut erfassbare Strukturen. Das heißt, dass sich viele Leute und Anbietende von formellen oder informellen Angeboten her kennen, in diversen Kontexten zusammenarbeiten oder zumindest voneinander wissen. Die sozialen Netzwerke auf der Basis persönlicher Kontakte sind (oft) vorhanden. Solche Strukturen sind besonders gut geeignet, um Präventionsprojekte umzusetzen. Präventionsprojekte auf Ebene der Gemeinde fokussieren oft die Themen Substanzkonsum (insbesondere Alkohol, Tabak und Cannabis) sowie Gewalt und Vandalismus.

In der Schweiz realisieren die Gemeinden viele Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zusammen mit kantonalen und lokalen Fachstellen, während Kantone oder der Bund (meist Bundesamt für Gesundheit [BAG], Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]) in Absprache mit den Kantonen solche Projekte fördern und dabei die Gemeinden direkt oder indirekt unterstützen. Um qualitativ hochwertige Projekte planen und umsetzen zu können, ist es für die Gemeinden oder die zuständigen Fachstellen und Fachpersonen hilfreich und zielführend, sich an Good-Practice-Kriterien und Erfolgsfaktoren zu orientieren.

⁷ vgl. Bundesamt für Statistik, Daten und Erläuterungen unter <https://www.tinyurl.com/yd7c79rg> (Zugriff am 4. Mai 2019).

⁸ Die Befunde der Studie basieren auf der Analyse internationaler Literatur.

Dieser Buchbeitrag will diese Unterstützung bieten⁹. Dazu werden zunächst wichtige theoretische Grundlagen und Konzepte eingeführt. Anschließend werden die Faktoren für erfolgreiche Präventionsprojekte dargelegt. Der Beitrag basiert auf der systematischen Auswertung der aktuellen Forschungsliteratur zum Thema Prävention auf kommunaler Ebene unter gleichzeitiger Berücksichtigung und Bewertung aktuell gültiger Standards bei der praktischen Umsetzung von Präventionsprojekten.

Der Beitrag ist wie folgt gegliedert: In Kap. 9.2 werden wichtige theoretische Grundlagen und Begriffe zum Thema dargestellt. In Kap. 9.3 wird das methodische Vorgehen kurz beschrieben. Kap. 9.4 und Kap. 9.5 enthalten die zentralen Befunde sowie die Zusammenstellung bedeutsamer Erfolgsfaktoren und hinderlicher Faktoren für Präventionsprojekte in Gemeinden. Der Beitrag schließt mit einem Fazit ab (Kap. 9.6).

9.2 Theoretischer Bezugsrahmen für Gemeindeprojekte

Die nachfolgend dargestellten Theorien, Begriffe und Modelle dienen als Bezugsrahmen für die Ergebnisdarstellung und das Ableiten von Konsequenzen für die Präventionspraxis auf der Ebene *Gemeinde*. Bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsprojekten in Gemeinden ist eine Orientierung an diesem Bezugsrahmen per se 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.

9.2.1 Gemeinde und Setting

In den in der Schweiz seit 2017 gültigen Nationalen Strategien Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen & -direktoren, 2016) und Sucht (Bundesamt für Gesundheit, 2015) misst das BAG für die Umsetzung der Strategien den Kantonen und Gemeinden eine besondere Bedeutung zu.

Im Kontext von Prävention ist eine Gemeinde nicht nur als politisch oder geografisch abgegrenzte Struktur zu sehen, sondern als Sozialraum oder auch als Setting. „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“ (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen & -direktoren, 2016, S. 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 diesem Zusammenhang ist auch von „Supersettings“ die Rede (Bloch et al., 2014). Sehr oft werden die beiden Begriffe Setting und Lebenswelt synonym verwendet (vgl. z. B. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017).

⁹ Basis des Beitrags ist eine 2018 abgeschlossene Studie (Fabian, Neuenschwander & Geiser, 2018).

9.2.2 Der Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz gilt in der Prävention und Gesundheitsförderung 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). Settings gibt es viele. Für die Gesundheitsförderung und Prävention typische Settings sind Schulen, Betriebe oder Gemeinden, aber auch Freizeitvereine oder auch Familien.

Das Modell von Kilian, Geene und Philippi (2004) zeigt die Zusammenhänge der *Verhaltens-* und der *Verhältnisorientierung* sowie der *Partizipation* im Setting-Ansatz auf (s. **Abb. 9-1**).

Die Kernstrategien des Setting-Ansatzes betreffen den Einbezug und die Beteiligung aller relevanten Akteure und Akteurinnen (Partizipation), die Prozessorientierung, die Entwicklung integrierter Konzepte und der Einbezug von Interventionen, die sowohl individuelle Verhal-

tensweisen als auch strukturelle Verhältnisse innerhalb des Settings beeinflussen (Sterdt & Walter, 2012).

Dies bedeutet, dass die Gemeinde nicht nur eine Plattform für präventive Interventionen sein darf, auf der präventive Aktivitäten umgesetzt werden, sondern dass die Gemeinde Gegenstand der Entwicklungen sein sollte, um so das präventive Potenzial am besten entfalten zu können. Die Strukturen, Prozesse, Angebote sowie Werte und Haltungen (z.B. Gleichstellung aller Einwohnerinnen und Einwohner, Akzeptanz, Inklusion) der Menschen in der Gemeinde müssen gemeinsam betrachtet und entwickelt werden. Der Setting-Ansatz ist ein (teilweise) normatives Konzept, das in seiner Ganzheit nicht einfach umzusetzen ist. Denn Settings sind nicht immer abschließend definier- und abgrenzbar und sind sozial konstruiert. Ein Setting zeichnet sich einerseits aus durch Stabilität und andererseits durch eine hohe Dynamik, die durch kontinuierliche Veränderungen bei der Struktur, Infrastruktur und bei den Akteurinnen und Akteuren bedingt ist. Gerade hierfür bietet der Setting-Ansatz die Chance, dass die Verhaltens- und die Verhältnissebene

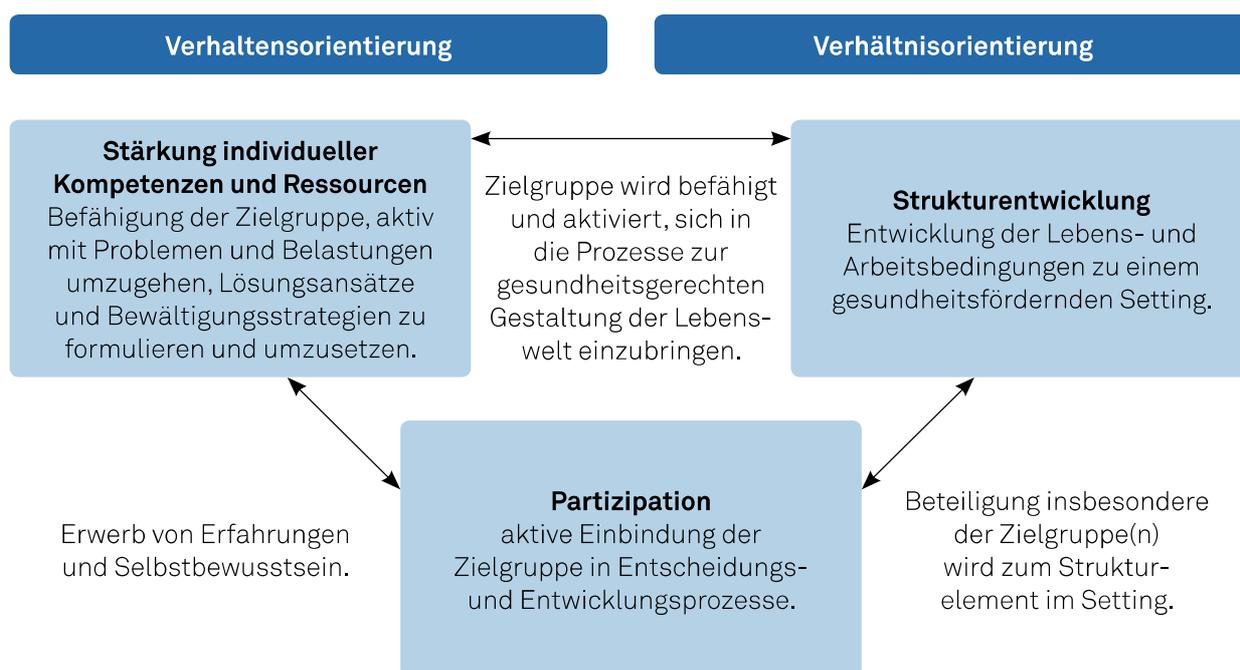


Abbildung 9-1: Kompetenzen- und Ressourcenstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Setting-Ansatzes (Kilian et al., 2004; zitiert nach Gold et al., 2014, S. 15).

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

9.2.3 Partizipation und Empowerment

Im Zusammenhang mit dem Setting-Ansatz sind Partizipation und Empowerment zwei relevante *handlungsorientierte Konzepte* und sind verbunden mit wichtigen Werthaltungen und Arbeitsweisen. Mit dem Empowerment-Ansatz wendet man sich von einer paternalistischen Ausrichtung ab und setzt den Fokus nicht auf die individuelle Vorsorge, Betreuung oder Erziehung, sondern vielmehr auf Strategien der zielgruppen- und lebensweltspezifischen Aktivierung und Mobilisierung der relevanten Anspruchsgruppen. Mit Empowerment werden Maßnahmen, Strategien oder Konzepte bezeichnet, welche 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 stellt sich die wichtige Frage, wer überhaupt und wie empowert werden soll. Voraussetzung für Empowerment ist Interesse und Engagement seitens der Personen mit Entscheidungsbefugnissen für die Bedürfnisse, Anliegen und Lebenslagen von benachteiligten, schwächeren oder gar gefährdeten Personen oder Gruppen¹⁰. Wer als benachteiligt, schwach und gefährdet gilt, wird häufig durch den normativen Blick von Professionellen bestimmt. Von den benachteiligten Personen wird zugleich die Übernahme von mehr Eigenverantwortung und Eigeninitiative

sowie als Folge davon mehr Autonomie erwartet.

Um Personen von unten her zu *empowern*, müssen die Personen mit Entscheidungsbefugnissen, aus den beteiligten Institutionen aus dem öffentlichen und privaten Bereich inkl. Verwaltung, Politik, NGOs 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; vgl. auch Fabian, Drilling, Niemann & Schnur, 2017). Und schließlich müssen die Personen, die empowert werden sollen, auch wissen respektive lernen, dass sie wirksam sind oder sein können. Es besteht also eine dynamische Wechselwirkung zwischen diesen verschiedenen genannten Punkten. Die oben aufgeführten Aspekte sollten in der präventiven Arbeit stets reflektiert und bewusst in die Planung und Umsetzung von Präventionsvorhaben einbezogen werden.

Zum Thema Partizipation ist zu ergänzen, dass die *partizipativen Prozesse* als solche, gemäß der Forschungsliteratur 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 muss es darum gehen, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen, was bedeutet, dass die Planung und Umsetzung von Präventionsprojekten unter möglichst engem Einbezug der Zielgruppen und Projektverantwortlichen erfolgen sollte. Dabei ist zu bedenken, dass Partizipation verschiedene Grade an-

¹⁰ Nicht alle Menschen müssen empowert werden. Viele Menschen sind in diesem Sinne schon stark, autonom und befähigt!

nehmen kann. Ein in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Prävention oft verwendetes Modell ist das Stufenmodell von Wright, Block und von Unger (2010) (s.a. Wright, Block, Kilian & Lemmen, 2013). Das Modell bietet eine gute Grundlage, um den Grad der Partizipation zu beurteilen (vgl. **Abb. 9-2**). Gemäß diesem Partizipationsmodell darf von Partizipation eigentlich erst ab Stufe 6 *Mitbestimmung* gesprochen werden.

9.2.4 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. Ge-

nerell 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, Wolff & Streber, 2016; Wright et al., 2013). Der Vorteil eines umsichtigen Evidenzverständnisses besteht darin, dass Projekte und Programme adäquat beurteilt werden können. Denn wenn aus methodischer Sicht die Latte bei der Konzeption (z.B. wissenschaftliche Qualitätskriterien für die Befragung von Zielgruppen) oder Umsetzung (z.B. Kontrolle von Störfaktoren) zu hoch gelegt wird, besteht das Risiko, dass die Projektvorhaben bei der Beurteilung nach solchen Kriterien ungerechtfertigterweise diskreditiert werden. Umgekehrt verpassen Projektverantwortliche aus der Praxis, die sich aus Unkenntnis in Bezug auf den Nutzen einer wissenschaftlichen Beurteilung ihrer Projekte sich einer solchen verschließen, eine Chance, dass ihre Projektarbeit aus wissenschaftlicher Sicht kritisch gewürdigt und auch verbessert werden kann.

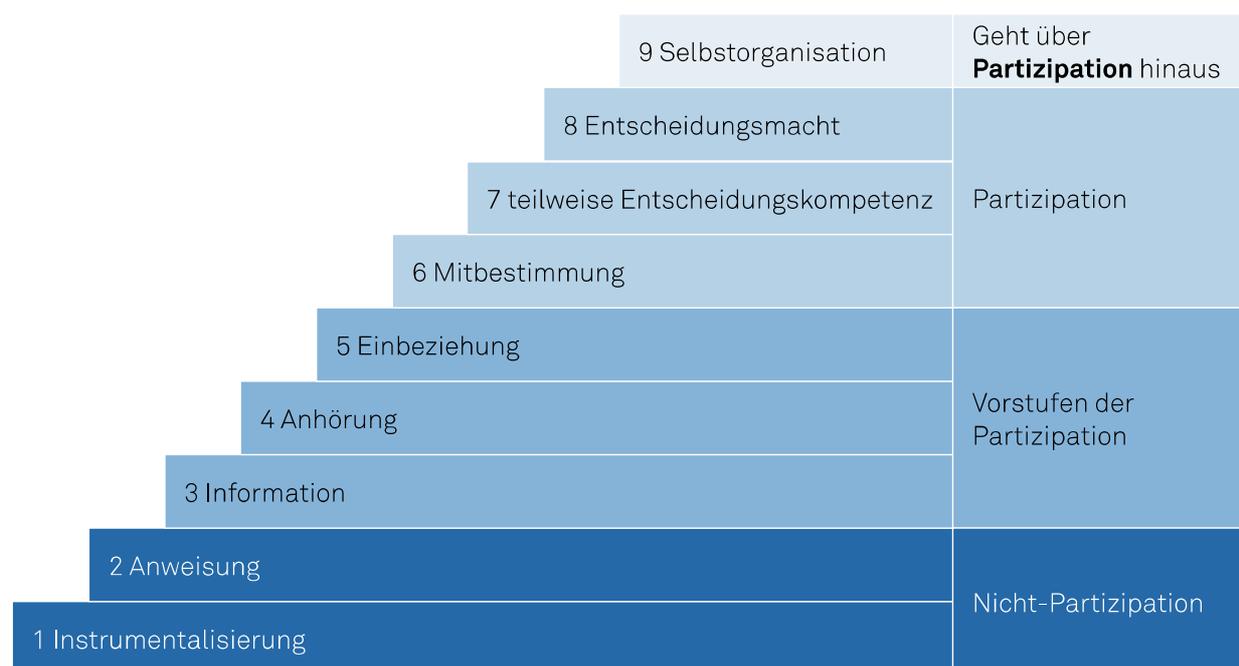


Abbildung 9-2: Stufen der Partizipation (nach Wright et al., 2010).

9.2.5 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. Substanzkonsum) statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Intervention bestehen. Die Durchführung von kontrollierten Studien im Setting Gemeinde ist angesichts der komplexen und vielschichtigen Strukturen, Dynamiken und Einflussfaktoren mit einem hohen Aufwand verbunden, der eigentlich nur im Kontext von umfassenden Forschungsvorhaben geleistet werden kann. Im Unterschied zur wissenschaftsbasierten Evidenz geht es beim Generieren *praxisbasierter Evidenz* um die konzeptionelle Fokussierung auf praxisrelevante lokale Kontextfaktoren. Dazu gehören u. a. *lokales Wissen* (z. B. Insiderwissen über die Zielpersonen, deren Lebenswelt und Problemlast, 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* (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, demzufolge die wissenschaftliche Evidenz mit der Evidenz präventionspraktischen Handelns im Implementierungskontext auf eine interaktive Weise miteinander verbunden werden (s. **Abb. 9-3**).

se), *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* (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, demzufolge die wissenschaftliche Evidenz mit der Evidenz präventionspraktischen Handelns im Implementierungskontext auf eine interaktive Weise miteinander verbunden werden (s. **Abb. 9-3**).

9.2.6 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

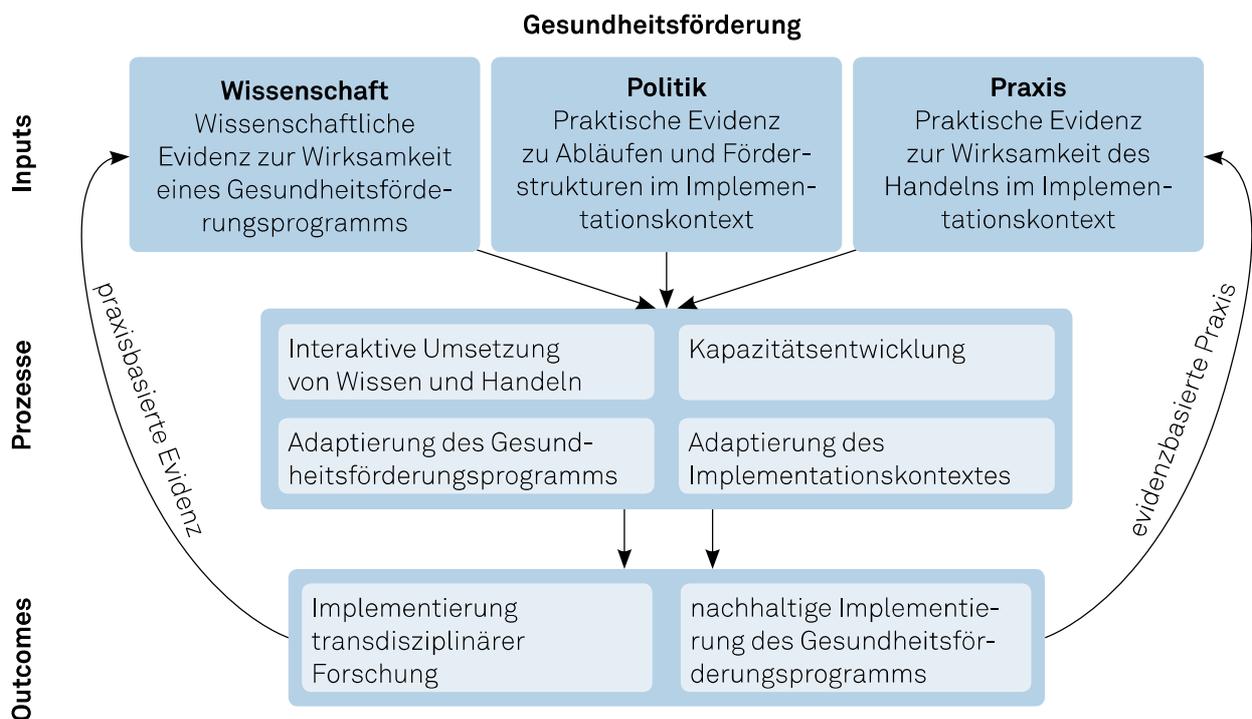


Abbildung 9-3: Integration von wissenschaftsbasierter und praxisbasierter Evidenz im Implementierungskontext (nach Rütten et al., 2016).

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 beitragen¹¹. Das heißt, die Kriterien für Good Practice befinden sich auf unterschiedlichen Projektebenen und beziehen sich je nachdem auf die *Planungs- und Konzeptqualität, Strukturqualität, Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* (Donabedian, 1966; vgl. auch Fabian & Jordi, 2009)¹².

9.2.7 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 grund-

sätzlich große Überschneidungen gegeben sind.

Die wesentlichen Elemente am Beispiel des *Public Health Action Cycle* sind folgende (nach Ruckstuhl et al., 2008, S. 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*)

9.3 Grundlagen für die Studie

Die Befunde im vorliegenden Kapitel basieren auf einer Auswertung der aktuellen Forschungsliteratur. Mittels einer systematischen Literaturrecherche wurden relevante Studien zu Präventionsprojekten in Gemeinden sowie Konzepte und theoretische Grundlagen identifiziert. Der thematische Fokus und auch das Spektrum der Zielgruppen der Präventionsprojekte in den Gemeinden wurden in der Recherche absichtlich breit gehalten. Ziel der Recherche war es, fundierte Hinweise zu finden, um Erfolgsfaktoren und auch hinderliche Faktoren solcher Projekte zu eruieren. Der Fokus lag in der Anfangsphase auf der Schweiz sowie dem deutschsprachigen Raum. Aufgrund der eher spärlichen Studienlage wurde die Recherche zusätzlich auf englischsprachige Quellen und damit breit international ausgerichtet. Die Recherchen erfolgten hauptsächlich datenbankbasiert für Fachpublikationen (Ovid, Cochrane, Web of Science, WISO Net). Ergänzt wurde dies mit manuellen Internetrecherchen sowie Anfragen bei Fachstellen¹³. Mithilfe eines strukturierten Bewertungsrasters wurden im Bericht

11 Für weiterführende Informationen siehe https://www.olev.de/g/good_practice.htm

12 Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention existieren verschiedene Qualitätssysteme. In der Schweiz hat sich das System von quint-essenz etabliert (<https://www.quint-essenz.ch/>). In Deutschland sind dies die Systeme resp. Informationsdatenbanken „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und die dazugehörigen Good-Practice-Kriterien (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/>) und die „Grüne Liste – CTC-Datenbank empfohlener Präventionsprogramme“ (<https://www.gruene-liste-praevention.de/>).

13 Für detaillierte Informationen zur Recherche sowie zu den verwendeten Schlagwörtern verweisen wir auf den Abschlussbericht des Projekts (Fabian, Neuschwander & Geiser, 2018).

schließlich 56 Studien auf Deutsch und 15 Studien auf Englisch sowie 34 Berichte von Fachstellen berücksichtigt.

Eine Experten- und Expertinnengruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus den verschiedenen Sprachregionen der Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit hat zusätzlich Fachinput eingebracht sowie die erarbeiteten Ergebnisse diskutiert und validiert.

9.4 Zentrale Befunde aus der aktuellen Forschungsliteratur

Unsere Recherchen in der Forschungs- und Fachliteratur zeigten, dass es kaum belastbare Ergebnisse zu den Wirkungen (*outcomes, impacts*) gibt. 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.

Im Folgenden werden in vier thematischen Abschnitten relevante Erkenntnisse aus der Literaturbearbeitung dargestellt.

9.4.1 Thematischer Fokus und Zielgruppen

In der untersuchten 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 selten vor, die Themen Früherkennung und Frühintervention sowie Sturz fehlen gänzlich.

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 ist in den Studien noch wenig vertreten. Altersspezifische Themen oder Themen, die speziell die Gruppe der älteren Menschen fokussieren, sind in gemeindespezifischen Konzepten und Projekten noch eher neu.

9.4.2 Grad der Partizipation

Wie oben dargelegt, ist Partizipation ein entscheidender Faktor in Präventionsprojekten auf Basis des Setting-Ansatzes. Ein Großteil der in der recherchierten Literatur präsentierten Projekte und Programme agiert im Bereich der Verfahrensbeteiligung, sprich mit einer Partizipation der Zielgruppen im Sinne von „informiert werden“ (Mossakowski et al., 2009). Das entspricht der Stufe 3 gemäß Wright et al. (2010) (vgl. Abb. 9-2) Eher selten findet Partizipation auf der Ebene *Beratungsbeteiligung* (mitreden, Stufen 4–5 nach Wright et al., 2010) und nur selten auf der Ebene *Entscheidungsbeteiligung* (mitentscheiden, Stufen 6 und höher nach Wright et al., 2010) 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 in Lausanne (Schweiz) durchgeführte Projekt „Correspondants de nuit (CN)“ befragt die Anwohner und Anwohnerinnen, die umliegenden Gastronomiebetriebe und die Stadtgärtnerei über die Situation in den Parks, die Nachtschwärmer und Nachtschwärmerinnen selber werden aber nicht auf den Ebenen Beratungsbeteiligung und Entscheidungsbeteiligung miteinbezogen, sondern lediglich von der aufsuchenden Sozialarbeit oder

der Polizei zu Themen wie Littering, Sachschäden, Lärm, Alkohol- und Cannabiskonsum etc. informiert (Bonvin, 2016; Bugnon & Kuhn, 2016).

Auf der Ebene Entscheidungseteiligung sind Runde Tische, die der Bevölkerung offenstehen, aber auch lokale Arbeitsgruppen, in denen konkrete Mitgestaltungsmöglichkeiten bestehen, gute Beispiele. Das österreichische Projekt „styria vitalis“ ist ein Beispiel, in welchem interessierte Bewohner und Bewohnerinnen der Steuergruppe beitreten und mitentscheiden können (Entscheidungsbeteiligung). Außerdem werden im Projekt Jugendliche darin geschult, ihre Peers zu befragen (Beratungsbeteiligung) und durch eine Fachbegleitung darin unterstützt, Projekte aktiv mitzugestalten (Reis-Klingspiegl, 2009). In der *Peer to Peer Education*, bei der Betroffene geschult und zu Lehrenden/Experten und Expertinnen gemacht werden, um anschließend ihr Wissen an Betroffene weiterzugeben, kann von einer Durchführungsmacht gesprochen werden, die hauptsächlich bei den Betroffenen selbst liegt, wie das Berliner Kreuzberg Projekt „Stadtteilmütter“ beispielhaft zeigt (Stolzenberg, Berg & Maschewsky-Schneider, 2012).

Einzelne Programme sind in unterschiedlichen Phasen oder Arbeitsschritten unterschiedlich partizipativ. Beispielsweise wurden in den Projekten des Programms „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ der Schweizer Fachstelle RADIX die Bedarfserhebungen breit abgestützt und somit auf einer hohen Partizipationsstufe durchgeführt, während anschließend die Maßnahmenplanung und Umsetzung durch lokale Arbeitsgruppen mit fachlicher Unterstützung erfolgten. Dabei waren einzelne lokale Maßnahmen in der Planung und Umsetzung wiederum stark partizipativ konzipiert. Beispielsweise haben bei gewissen Schulprojekten die Schülerinnen und Schüler mit Unterstützung der Lehrpersonen Maßnahmen geplant, realisiert, nach intern und extern kommuniziert und mit anderen Aktivitäten koordiniert (Furrer, Oetterli, Wight & Balthasar, 2010).

9.4.3 Kooperation und Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierte Präventionsangebote orientieren sich an den Lebenswelten der Ziel- und Anspruchsgruppen. Diese Orientierung ist im Wesentlichen eine Absage an Konzepte, die vorgeben, schon im Voraus zu wissen, was für die Menschen das Richtige ist. Sozialraumorientierung bedeutet, die Kooperation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren und Akteurinnen gezielt zu fördern und gleichzeitig als erfolgsrelevante Bedingung einzufordern. Gemeinsame, durch möglichst alle Stakeholder koordinierte Ziele und Maßnahmen erhöhen die Wirkungschancen. Sozialraumorientierung ist als Element des Setting-Ansatzes ein Arbeitsprinzip und betrifft alle Settings (vgl. Fabian et al., 2014). Die Forderung nach Sozialraumorientierung bleibt in den meisten Präventionsprojekten im Allgemeinen normativ, es gibt kaum Projekte auf Gemeindeebene, die diesem Ansatz umfassend nachkommen. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass die hier genannten Aspekte der Sozialraumorientierung bei den weiter unten aufgeführten Erfolgsfaktoren wiederum als relevante Faktoren auftauchen.

9.4.4 Setting – Gemeinde

In den berücksichtigten Fachtexten zeigt sich, dass die Begriffe Gemeinde sowie Setting teilweise unterschiedlich verstanden werden. Dabei ist nicht immer klar, was genau unter diesen beiden Begriffen resp. Konzepten zu verstehen ist (z. B. Furrer et al., 2010)¹⁴. Folgende Punkte können der Literatur entnommen werden:

- Die Gemeinde (bezeichnet als *municipality* in der englischsprachigen Literatur und

¹⁴ Zu beachten gilt, dass eine fehlende oder nur rudimentär Klärung der Begriffe „Gemeinde“ oder „Setting“ in Evaluationsberichten nicht bedeutet, dass diese Klärung nicht bereits in der Konzeptphase der Programme ausreichend gut erfolgt ist.

*Kommune*¹⁵ 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 – periurban) unterschieden (Furrer et al., 2010; Laging, 2012; Oetterli & Wight, 2014).

- Subsettings (wie Schulen, Eltern/Familien, Vereine, Verkaufsstellen, Feste, Gastronomie, Freizeit, öffentlicher Raum) werden nur teilweise explizit benannt. Da die meisten Projekte sich an die Zielgruppe Jugend/junge Erwachsene richten, werden hauptsächlich die Subsettings miteinbezogen, die für diese Zielgruppe von Bedeutung sind (Furrer et al., 2010; Laging, 2012; Oetterli & Wight, 2014). Einzelne Quellen 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. es 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 aktuellerer Literatur ist die Rede von Supersettings. Dabei wird die Integration aller Subsettings inkl. der darin stattfindenden Aktivitäten noch stärker betont (Bloch et al., 2014).

9.5 Erfolgsfaktoren von Prävention in Gemeinden

Vor dem Hintergrund der dargelegten theoretischen Grundlagen sowie unter Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnislage aus der Forschungsliteratur und Good-Practice-Empfehlungen aus dem Praxisfeld kommunaler

Präventionsprojekte (Projektberichte, Fachtagungen), werden im Folgenden wichtige Erfolgsfaktoren aufgelistet und kurz erläutert. Dabei erfolgt eine Bündelung dieser Faktoren nach den Bereichen *Planungs- und Konzeptqualität, Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität* sowie *Qualität der Nachhaltigkeit und Versteigerung*.

9.5.1 Planungs- und Konzeptqualität

- **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.
- **Verwertung von lokalem Wissen und lokalen Theorien:** Hier geht es um das Nutzbarmachen 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 an bestehende **kommunale Rahmenbedingungen** (Henze et al., 2014).
- **thematische Öffnung:** Das Programm „Die Gemeinden handeln“ von RADIX (Schweiz) 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 an-

15 Eine Kommune in Deutschland kann von der Dimension „Bevölkerungszahl“ her sehr groß sein.

zustreben, denn sowohl Ursachen als auch Präventionsmöglichkeiten sind oft themenunabhängig (Fabian, 2019).

- **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 die Ausführungen zum Setting-Ansatz).
- **Ressourcen:** Genügend Zeit- und Finanzressourcen müssen geplant und tatsächlich zur Verfügung gestellt werden (Abels et al., 2012; de Goeij, Harting & Kunst, 2017).
- **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 Akteurinnen und Akteuren (de Goeij et al., 2017).
- **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 bewähren, um entsprechende Initiativen in den Kommunen anzustoßen und durchzuführen. Der vorgeschlagene Prozessablauf bietet genügend Freiraum, sodass die Gemeinden ihre auf die jeweiligen Voraussetzungen abgestimmten, *maßgeschneiderten* Politiken entwickeln können. Dies trifft für große, kleine, ländliche und urban strukturierte Gemeinden gleichermaßen zu.

9.5.2 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 an 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 bilden** (de Goeij et al., 2017; Hallmann, 2014; Mossakowski et al., 2009): Idealerweise wird dabei auf bestehende Strukturen zurückgegriffen (gilt zumindest für CTC-Projekte: Abels et al., 2012).
- **Leadership**, eine starke lokale Führung, idealerweise mit Vertretungen aus der Gemeinde, andernfalls mit Personen von Fachstellen (de Goeij et al., 2017), ist ein Erfolgsfaktor.
- Eine starke **Persönlichkeit** (der Führungsperson) mit Begeisterung und Kontinuität ist entscheidend (de Goeij et al., 2017; Furrer et al., 2010; Haggård, Trolldal, Kvillemo & Guldbbrandsson, 2014; Twemlow, 2014).
- **Voraussetzungen für ein qualitativ gutes Netzwerkmanagement:** Entscheidend 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 Personen mit Entscheidungsbefugnissen (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).

9.5.3 Prozessqualität

- **Partizipation** meint 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*, der bei einer starken Einbindung der Betroffenen, wie z. B. 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.
- **Soziale Faktoren** sind eine gute Qualität der Beziehung, geprägt durch Respekt, Empathie und Reziprozität, 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, bringt Verbreitung und Sichtbarkeit von Maßnahmen für die Zielgruppe, wie z. B. Wahrnehmen von Jugendschutzmaßnahmen durch Jugendliche (Abels et al., 2012; Hallmann, 2014; Hallmann & Schmieder, 2014).
- **Informationsfluss und 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 ei-

nes Austausches und die Auseinandersetzung mit fachlichem Inhalt innerhalb von Netzwerken (Kassel et al., 2017).

- **Professionalisierung** beinhaltet Schulung von Akteuren und Akteurinnen (Abels et al., 2012) und kontinuierliche Begleitung/Fachberatung durch (externe) Fachpersonen aus der 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 Fortbildungen¹⁶.
- **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, namentlich gehaltvolle, konkrete, transparente, umfassende und bei Bedarf wiederholte Rückmeldung an die lokalen Stakeholder. Dies kann in Form von Präsentationen gegenüber (politischen) Personen mit Entscheidungsbefugnissen und anderen Stakeholdern, verschriftlichten Berichten oder auch Medienartikeln sein (Trolldal, Haggard & Guldbrandsson, 2013). Weitere motivierende Faktoren für die Implementierung sind *local needs, experienced program qualities, support, early involvement of practitioners, political decisions, guidelines, opinion leaders*. Je stärker solche Faktoren berücksichtigt werden, desto höher fällt die Motivation aus (Trolldal et al., 2013). Gute, auf Gemeindestruktur und -typ angepasste Informationen bei Promotion neuer Programme sind förderlich (Fasel & , 2004).

¹⁶ Vgl. z. B. die Projekte „Profil g – Prävention von Jugendgewalt in der Gemeinde“ (<https://www.radix.ch/Gesunde-Gemeinden/Gewaltpraevention/Profil-gewaltfrei/PUmp6/?keyword=profil%20>) oder „GigA – Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ (<https://www.gemeinsaminitiativ.de/Projektgruppe-Beirat.aspx>).

- **mediale Aufmerksamkeit:** Die lokalen Medien (Presse, Radio, Internetmedien) 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).

9.5.4 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*. CTC-Projekte sehen zum Beispiel eine wissenschaftlich fundierte Bedarfsanalyse vor (typischerweise beschränkt auf Kinder und Jugendliche), was mit einem entsprechend größeren Aufwand und höheren Kosten verbunden ist (z. B. Averdijk, 2017; Groeger-Roth, Frisch, Benit & Soellner, 2015; Haggård et al., 2014). Die Methode „bedarfserhebung.ch“¹⁷ schlägt ein kontextbezogenes, pragmatisches Verfahren für die Bedarfsanalyse auf kommunaler Ebene vor, die typischerweise breitere Bevölkerungsschichten berücksichtigt (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 zusammenzuarbeiten (Carson-Chahhoud et al., 2017). Im Setting Gemeinde wären das z. B. Schulen, Vereine, Fachstellen, Jugend- und Kinderangebote etc. Solche Multikomponenten-Interventionen umfassen: Koordina-

tion 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, Estermann, Chang & Smith, 2011; Hallgren & Andreasson, 2013).

- Beim **Maßnahmenpaket** im Sinne von verschiedenen, aufeinander abgestimmten Maßnahmen (de Goeij et al., 2017) 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 (Beispiel Gemeinde), die aber wenig oder überhaupt nicht miteinander vernetzt und aufeinander abgestimmt umgesetzt werden (z. B. wenn eine Schule und ein Jugendverein unabhängig voneinander präventive Maßnahmen umsetzen, die aber keinerlei Bezug zueinander aufweisen).

9.5.5 Nachhaltigkeits- und Verstetigungsqualität

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, 2019) und zum anderen die „dauerhafte Etablierung von Strukturen und Angeboten, die Voraussetzung für langfristige gesundheitsförderliche Wirkungen sind“ (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). Die folgende Zusammenstellung von Erfolgsfaktoren

17 <https://www.bedarfserhebung.ch>

ren bezieht sich auf die Untersuchungen von Funk et al. (2019), Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer (2012), Loss (2012), Savaya und Spiro (2012).

Erfolgsfaktoren auf der Ebene Konzept

Einzelne Erfolgsfaktoren werden in der nachfolgenden Liste erneut aufgeführt. Diese Doppelung erfolgt bewusst, da die folgenden Punkte namentlich für die Nachhaltigkeit und Verstetigung von entscheidender Bedeutung sind.

- 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
- gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Handlungsebenen, d.h. Individuum, Zielgruppe, Umfeld und Gesellschaft/Politik
- Festlegen langfristiger Handlungsziele, inkl. konkreter 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)
- 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 der Ebene Kontext

- 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 Kooperationspartnerinnen
- unterstützende kommunalpolitische Rahmenbedingungen, die für die Projektverantwortlichen einen entsprechend guten Rückhalt garantieren (z. B. finanzielle und personelle Ressourcen, Programmakzeptanz, Planungssicherheit, Regelungen für Personalwechsel und Krankheitsausfälle, etc.). Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf die finanziellen Ressourcen wichtig, weil die anderen genannten Punkte mehr oder weniger stark von den finanziellen Möglichkeiten abhängig sind.

9.5.6 Hinderliche Faktoren

Neben den für die Prävention förderlichen Faktoren gibt es eine ganze Reihe an Faktoren, die das Gelingen behindern können. Diese zu kennen und in den Planungen und Umsetzungen von Präventionsangeboten möglichst zu vermeiden, unterstützt die wirksame Realisierung.

- **einzelne Maßnahmen**, aber nicht koordinierte und abgestimmte Maßnahmen in einer Gemeinde (de Goeij et al., 2017).
- **Fokussierung** auf eine einzelne Substanz. Bei der Beschränkung auf eine einzelne Substanz (z. B. Tabak) besteht das Risiko, dass sich einzelne Gemeinden bei den Präventionsvorhaben entweder gar nicht engagieren wollen (weil sie die adressierten Themen als nicht prioritär beurteilen) oder aber, dass bei der Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen vorwiegend andere Themen im Vordergrund stehen (Furrer et al., 2010).
- **Zu hohe Komplexität** der geplanten Maßnahmen und Programme und **unbefriedigender Informationsfluss**, 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 werden „pfannenfertige“ Maßnahmen gewünscht (Furrer et al., 2010).
- **Zeitraumen:** 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).
- **fehlende *readiness* bei professionellen Akteuren oder Personen mit Entscheidungsbefugnissen,** trotz positiver Haltung gegenüber den Projekten (Haggård et al., 2014; Stolzenberg et al., 2012).
- **fehlendes Vertrauen:** Angst vor Behörden oder sozialer Kontrolle; diese ist relevant insbesondere bei vulnerablen Gruppen, die in großer Not sind, denen aber zusätzliche Probleme wie häusliche Gewalt, Drogenmissbrauch, kulturelle oder religiöse Tabus eine Teilnahme an Präventionsprogrammen erschweren (Stolzenberg et al., 2012).

9.6 Fazit

Gemeinden sind für die Umsetzung von Präventionsvorhaben von großer Bedeutung. Dies ist mittlerweile in der Schweiz auch auf Bundesebene erkannt und findet einen entsprechenden Niederschlag insbesondere in den seit 2017 gültigen nationalen Strategien für die Prävention nicht übertragbarer Krankheiten und Sucht. Wie einleitend dargelegt, kann der Großteil der Schweizer Gemeinden aufgrund ihrer Struktur als ländlich bezeichnet werden. Im Sinne des *Setting-Ansatzes* ist dabei entscheidend, dass Gemeinden als sozialräumliche Systeme soweit wie möglich als gesundheitsförderliche Settings gestaltet und in Kooperation mit den relevanten Anspruchsgruppen weiterentwickelt werden.

Die Auswertung der aktuellen Forschungsliteratur unter Mitberücksichtigung von Good-Practice-Empfehlungen aus der gemeindeba-

sierten Präventionspraxis zeigen, dass die Chancen auf eine erfolgreiche und wirkungsvolle Umsetzung kommunaler Präventionsvorhaben deutlich erhöht werden können, wenn dabei wichtige theoriebasierte und praxisbezogene Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

Aus inhaltlicher Sicht ist eine gleichzeitige Berücksichtigung bzw. eine gezielte *Verknüpfung mehrerer Präventionsthemen* empfehlenswert (also z. B. eine Verknüpfung des Konsums nikotinhaltiger Produkte mit Alkohol- und Cannabis Konsum). Dabei können im Sinne des Multikomponentenansatzes einzelne Teilprojekte vernetzt oder im Rahmen einer umfassenden Projektorganisation in den verschiedenen Subsettings (Schule/Elternschaft, Vereine, Freizeit/Sport, Kinder- und Jugendarbeit) als mehrschichtige Projektkomposition umgesetzt werden.

Mit Blick auf die strukturell-organisationale Ebene ist von entscheidender Bedeutung, dass Präventionsvorhaben auf die *politische Agenda* kommen (Agenda-Setting) und ein entsprechendes Commitment seitens der politischen und behördlichen Entscheidungsträger besteht. Ebenso muss im Rahmen eines umsichtigen Netzwerkmanagements gewährleistet werden, dass Subsettings aus dem politischen, zivilgesellschaftlichen und fachlichen Bereich (je nach thematischem Fokus inkl. der medizinischen Grundversorgung) zielführend und verbindlich miteinander kooperieren können. Die Forschung zeigt auf, dass eine umfassende *Partizipation* aller relevanter Akteure – allen voran natürlich die interventionsbezogenen Zielgruppen, aber auch die in die Präventionsprojekte involvierten Akteure aus Politik, Behörden und Fachstellen – von größter Relevanz ist. Dies kann unter Berücksichtigung von Top-down- und Bottom-up-Prozessen erfolgen. Wichtig ist, dabei einen möglichst hohen Grad an Partizipation in Form von Mitbestimmung (Entscheidungsbeteiligung) zu gewährleisten. Die Befunde aus der Forschungsliteratur und Präventionspraxis zeigen, dass diesbezüglich

noch ein großer Entwicklungsbedarf besteht und sich in den meisten Projekten der Einbezug der Anspruchsgruppen auf die Vorstufen echter Partizipation beschränkt, typischerweise auf Informationsmaßnahmen, oder auf den Einbezug von Anspruchsgruppen mit beschränkten Mitgestaltungsmöglichkeiten.

Auf der Ebene der Prozessqualität muss dafür gesorgt werden, dass sowohl die Konzeption wie auch die Umsetzung von Projektvorhaben mit der nötigen *Professionalität* erfolgt. Dies kann mit zielgruppenspezifischen Schulungen sowie mit der Sicherstellung einer kontinuierlichen Fachbegleitung, also einer Einbindung von Fachstellen, gewährleistet werden.

Präventionsvorhaben auf der Ebene von Gemeinden sind grundsätzlich immer komplex. Dies hat zu tun mit den hochgradig differenzierten Struktur- und Prozessmerkmalen des Settings *Gemeinde*. Um der settingbedingten Komplexität bei der Konzeption von Präventionsvorhaben begegnen zu können, ist ein adäquates Evidenzverständnis hilfreich. Dabei ist es sinnvoll, mit Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz auf evaluierte Programme zurückzugreifen, wie sie Best-Practice-Listen zur Verfügung stellen (vgl. z.B. „Grüne Liste Prävention“, Deutschland¹⁸, oder die „Liste wirksamer Angebote“ von RADIX, Schweiz¹⁹). Aber auch evaluierte Projekte und Programme bedeuten keine Garantie auf Erfolg. Immer muss es im Sinne der praxisbezogenen Evidenz darum gehen, in der lokal verankerten Präventionspraxis bei der Planung und Umsetzung der Präventionsprojekte die lokalen Bedingungen (lokales Wissen über Zielgruppen und deren Problemlasten, Umsetzungsbedingungen, bestehende Erfahrungswerte) ausreichend gut zu berücksichtigen.

Good Practice in der gemeindeorientierten Prävention basiert auf der Erkenntnis, dass un-

ter Berücksichtigung evidenzbasierter Erfolgsfaktoren die Chance deutlich steigt, dass die präventiven Interventionen die intendierten Wirkungen erzielen können. Unsere Hoffnung besteht darin, dass die in diesem Buchbeitrag zusammengetragenen evidenzbasierten Erfolgsfaktoren den Verantwortlichen von kommunalen Präventionsprojekten als Orientierung und Hilfestellung dienlich sind.

Literatur

- Abels, S., Schubert, H., Spieckermann, H. & Veil, K. (2012). *Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN): Implementierung des Programms „Communities That Care (CTC)“ in Niedersachsen. Vierter Evaluationsbericht für die Phasen 4 bis 5*. Köln: Fachhochschule Köln.
- Altgeld, T. (2004). *Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren: Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Averdijk, M. (2017). *Communities That Care, Jugendbefragung Herbst 2016. Gesamtergebnisse für Bischofszell, Köniz und Meilen*. Zürich: Radix.
- Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H.C., Clausen, L.T., Mikkelsen, B.E., Poulsen, K. & Jensen, B.B. (2014). Revitalizing the setting approach – super-settings for sustainable impact in community health promotion. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(118), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0118-8>
- 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.
- 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 (BAG). (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Kon-

18 siehe unter <https://www.gruene-liste-praevention.de/>

19 Die Liste ist in Entwicklung und wird nach Fertigstellung auf <https://www.pgfwirkt.ch> abrufbar sein

- ferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- 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, CD001291.
- 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*, 6(6), CD001006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001006.pub3>
- Caspar, C., Kull, S., Fabian, C. & Jordi, C. (2010). *Road Map Tabak. Praxishilfe zur Verankerung von Tabakprävention auf Gemeindeebene*. Zürich: Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX.
- 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(13). <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0091-8>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–203. <https://doi.org/10.2307/3348969>
- Engelmann, F. & Halkow, A. (2008). *Der Setting Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Fabian, C. & Jordi, C. (2009). Qualitätsfaktoren als Basis für gute Frühintervention. *Schweizer Gemeinde*, 1, 18–19.
- Fabian, C., Caspar, C., Pannatier, G., Kneubühler, Y., Dieth, D. & Wilhelm, C. (2010). *Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde. Praxishilfe zur bedarfsgerechten Planung* (2. Aufl.). Bern: RADIX.
- 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.
- Fabian, C. (2016). Der Beitrag partizipativer Prozesse bei der Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern. Eine theoretische Annäherung. *Umweltpsychologie*, 20(2), 112–136.
- Fabian, C. (2017). Der Setting-Ansatz. Der umfassende Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention. *SozialAktuell*, 9, 14–17.
- Fabian, C., Drilling, M., Niermann, O. & Schnur, O. (2017). Quartier und Gesundheit – Klärungen eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. In C. Fabian, M. Drilling, N. Olivier & O. Schnur (Hrsg.), *Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis* (S. 9–37). Wiesbaden: VS Verlag Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15372-4_1
- Fabian, C., Neuenschwander, M. & Geiser, M. (2018). *Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden*. Muttenz, Luzern: Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW-HSA) & Hochschule Luzern (HSLU).
- Fabian, C. (2019). Ein Blick aus der Sucht- und Gewaltprävention auf die Schuldenprävention: Was kann man lernen? In C. Mattes & C. Knöpfel (Hrsg.), *Armutsbekämpfung durch Schuldenprävention: empirische Befunde, methodische Zugänge und Perspektiven* (S. 119–144). Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23934-3_8
- 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. (2019). Was fördert die Verstetigung von Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung? *Gesundheitswesen*, 81(1), 38–42. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116437>
- Furrer, C., Oetterli, M., Wight, N. & Balthasar, A. (2010). *Evaluation „Gemeindeorientierte Tabakprävention“*. Luzern: Interface.
- 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). Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.
- Groeger-Roth, F. (2015). Die „Grüne Liste Prävention“. *Evaluierte Präventionsprogramme im Überblick*. *Unsere Jugend*, 67(15), 50–58. <https://doi.org/10.2378/uj2015.art08d>
- Groeger-Roth, F., Frisch, J.U., Benit, N. & Soellner, R. (2015). Risikofaktoren fuer problematischen Substanzkonsum von Jugendlichen – Zur An-

- wendbarkeit 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. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000379>
- Haggård, U., Trolldal, B., Kvillemo, P. & Gulbrandsen, 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. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0038>
- 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. <https://doi.org/10.1111/dar.12057>
- Hallmann, H.-J. (2014). Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch. Ein Baustein in der kommunalen Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen. *AJS-Forum*, 38(3), 6–7.
- Hallmann, H.-J. & Schmieder, G. (2014). *Kommunale Alkoholprävention als sektorenübergreifende Netzwerkarbeit*. Papier präsentiert auf der Fachkonferenz Kommunale Alkoholprävention, Oktober 2013, in Düsseldorf.
- Henze, R., Groeger-Roth, F., Keuntje, S. & Schlieckau, T. (2014). *Alkoholpolitik und Alkoholprävention. Entwicklung einer kommunalen Gesamtstrategie in Niedersachsen*. Papier präsentiert in der Arbeitsgruppe „Alkoholprävention in Niedersachsen“.
- Herriger, N. (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jonkman, H. (2015). *Communities That Care in Niedersachsen. Ergebnisse der Implementation von CTC in fünf Standorten (2013–2014)*. Amsterdam: Communities That Care.
- 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 (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit* (S. 151–230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System. Quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2017). *Gesundheitsförderung im Quartier. Gute Praxis*. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg. Zugriff am 29. Juli 2020 unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/gute-praxis/>
- Kraschl, C., Drewes, J. & Kleiber, D. (2010). Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 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.
- Lang, P. (2015). Effektive Alkoholprävention bindet regionale Gegebenheiten mit ein. Grußwort der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In *Dokumentation der Tagung „Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention: Was kann eine lokale Alkoholpolitik leisten?“*, veranstaltet von Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS), Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR) am 27.11.2014 in Hannover und Arbeitsmaterialien (S. 4–5). Renchen: Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH. Verfügbar unter https://www.bw-lv.de/fileadmin/user_upload/bw-lv.de/Seiteninhalte/Praevention/Tagungsdoku_Lokale_Alkoholpolitik_web.pdf
- Loss, J. (2012). Konzepte der Evidenz-Gewinnung und Evaluation für eine nachhaltige Gesundheitsförderung. In E. Göpel (Hrsg.), *Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten* (S. 170–184). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Mossakowski, K., Süß, W. & Trojan, A. (2009). Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 184–194. <https://doi.org/10.1007/s11553-009-0180-2>
- Oetterli, M. & Wight, N. (2014). *Evaluation des nationalen Präventionsprogramms „Alkohol/Tabak – die Gemeinden handeln!“*. Schlussbericht zur ersten Programmphase. Luzern: Interface.

- Reis-Klingspiogl, K. (2009). Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 175–183. <https://doi.org/10.1007/s11553-009-0179-8>
- 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. *Gesundheitswesen*, 78(3), 139–145. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548883>
- Savaya, R. & Spiro, S.E. (2012). Predictors of sustainability of social programs. *American Journal of Evaluation*, 33, 26–43. <https://doi.org/10.1177/1098214011408066>
- Sterdt, E. & Walter, U. (2012). Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann & W. Süss (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (S. 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. <https://doi.org/10.1007/s10389-011-0460-0>
- Trolldal, B., Haggard, U. & Gulbrandsson, 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*, 8:11. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-11>
- Twemlow, S.W. (2014). A theoretical framework for creating safe, altruistic nonviolent communities. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 13(4), 314–326. <https://doi.org/10.1080/15289168.2014.951270>
- World Health Organization (WHO). (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 (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 36–53). Bern: Huber.
- Wright, M.T., Block, M., Kilian, H. & Lemmen, K. (2013). Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8, 147–154. <https://doi.org/10.1007/s11553-013-0396-z>