



Fachhochschule Köln
Cologne University of Applied Sciences

Fakultät für Angewandte
Sozialwissenschaften



Forschungsschwerpunkt
SOZIAL · RAUM · MANAGEMENT

Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN):

Implementierung des Programms

“Communities That Care (CTC)” in Niedersachsen

Erster Zwischenbericht der SPIN Evaluation

Literaturanalyse Communities That Care

Arbeitspapier 35

Herbert Schubert

Katja Veil

Die Evaluation des Projekts „Sozialräumliche Prävention in Netzwerken“ (SPIN) wird im Auftrag des Landespräventionsrats Niedersachsen im Niedersächsischen Justizministerium durchgeführt. SPIN wird finanziert aus Mitteln des Niedersächsischen Justizministerium, des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Europäischen Union und der Klosterkammer Hannover (2008 – 2011).

Projektleitung:

Prof. Dr. Dr. Herbert Schubert

Bearbeitung:

Dr. Katja Veil

Arbeitspapier 35

Forschungsschwerpunkt Sozial • Raum • Management (SRM)
Fachhochschule Köln
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Mainzer Straße 5
50678 Köln
<http://www.f01.fh-koeln.de>
<http://www.sozial-raum-management.de>

Köln, Oktober 2009

INHALT

1	THEORETISCHE GRUNDLAGEN VON „COMMUNITIES THAT CARE“ (CTC)	1
1.1	Kontext der Entwicklung von CTC	1
1.2	Das „Social Development“-Modell	2
1.3	Risikofaktoren	6
2	INSTRUMENTE VON CTC	9
2.1	Erstellung Risiko- und Schutzfaktorenprofil durch den CTC Survey	11
2.2	Präventive Maßnahmen und Präventionskonzept	13
3	ERFAHRUNGEN DER PROZESSEVALUATION VON CTC	19
3.1	CTC in den USA (CYDS)	20
3.2	CTC in den Niederlanden	22
3.3	CTC in England	25
3.4	CTC in Schottland	29
4	PERSPEKTIVEN FÜR DIE EVALUATION DER SPIN PROJEKTE	32
4.1	Erfolgsbedingungen der Umsetzung von CTC	32
5	SCHLUSSBEMERKUNG	35
	LITERATUR	36
	BEGRIFFE UND ABKÜRZUNGEN	40

1 Theoretische Grundlagen von „Communities That Care“

Dieser Überblick zu „*Communities That Care*“ (CTC) dient der Fokussierung der Evaluation auf spezifische Fragestellungen, die sich aus der wissenschaftlichen Perspektive heraus stellen. Es soll dabei keine wissenschaftliche Evaluation des Programms an sich erfolgen, sondern auf der Grundlage einer Literaturanalyse werden zentrale Aspekte für die Qualität des Präventionsprogrammes extrahiert, die in der Evaluation des SPIN Projekts weiter beleuchtet werden sollen.

Das Programm „*Communities That Care*“ (CTC) basiert auf langjährigen Vorarbeiten der *Social Development Research Group* (SDRG) an der University of Washington in den USA. Dabei sind vor allem David Hawkins, der die SDRG gründete, und Richard Catalano, der diese zurzeit leitet, als Entwickler zu nennen. Die Hintergründe und vor allem die wissenschaftlichen Grundlagen des Programms werden in der folgenden Literaturanalyse zusammenfassend dargestellt. Es ist aufgrund der Fülle von Artikeln, die die SDRG im Lauf der Jahre publizierte, kaum möglich, alle Veröffentlichungen auszuwerten. Derzeit liegen knapp 500 Publikationen vor (vgl. <http://depts.washington.edu/sdrg>). Dazu kommen Evaluationen und Forschungsarbeiten, die in Bezug auf CTC außerhalb der SDRG erarbeitet wurden.

Die vorliegende Literaturanalyse wird fokussiert auf ausgewählte Publikationen, die für die Ausrichtung der Evaluation Bedeutung haben.

1.1 Kontext der Entwicklung von CTC

Die Notwendigkeit ein evidenzbasiertes Präventionsprogramm (wie CTC) zu entwickeln, wird in einem Aufsatz von 1985 beschrieben, in dem auch das bis heute handlungsleitende ‚*Social Development Model*‘ (SDM) vorgestellt wird (Hawkins/Weis 1985). Hawkins und Weis argumentieren, dass Jugenddelinquenz ein anhaltendes soziales Problem darstelle, das bisher nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte (ebenda:73, Hawkins 1999). In den Vereinigten Staaten sind zwischen 1929 und 1974 die Inhaftierungsraten um 600% gestiegen. Etwa 40% aller Straftaten wurden dabei von unter 18-jährigen begangen. Dies ist nach Hawkins Überzeugung keine sinnvolle Lösung, da Gefängnisanstalten teuer sind und sich darin vor allem die Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen manifestiert (ebenda:444). Stattdessen müsse am Problem der Delinquenz durch Präventionsarbeit angesetzt werden. Hawkins hatte vor allem durch seine Arbeit als Bewährungshelfer die Überzeugung gewonnen, dass Interventionen viel zu spät kämen. Er vergleicht diese Art von Tätigkeit mit einem sehr teuren Notarztteam, das am Boden einer Klippe arbeitet, um die Heruntergefallenen zu behandeln. Ein Eingreifen müsse stattdessen viel früher ansetzen, bevor es zu solchen Unglücksfällen kommt.

Die Prävention von Jugenddelinquenz war in den Vereinigten Staaten bis zum *Juvenile Justice and Delinquency Prevention Act* von 1974 eine Aufgabe des Justizsystems (Hawkins/Weis 1985:74). Damit war der Fokus der Kriminalprävention eher eine Reaktion auf Problemverhalten als auf frühzeitige Prävention ausgerichtet. Seit 1974 sind die Jugendgerichte nur noch für die legale

Kontrolle und nicht mehr für präventive Aufgaben zuständig. Damit wurde die Aufgabe, Prävention von Jugenddelinquenz wahrzunehmen, in die Hände der Gemeinden zurück gegeben. Die Prävention habe dabei nicht immer Erfolge gezeigt; es seien sogar Delinquenz fördernde Folgen von wohlgemeinten Ansätzen bekannt. Als Beispiel nennt Hawkins das in den 1970er Jahren eingeführte schulbasierte Drogeninformationsprogramm, das anscheinend das Interesse der Jugendlichen an Drogen gefördert hat, statt vorzubeugen (ebenda:445).

Hawkins und Weis unterscheiden in diesem Aufsatz die *frühe Intervention*, die Individuen mit einem hohem Delinquenzrisiko beeinflussen soll, und die *primäre Prävention*, die sich auf die strukturellen, sozialen, kulturellen, institutionellen und organisatorischen Einflussfaktoren von Delinquenz bezieht (ebenda:73). Für den CTC-Ansatz ist es wegweisend, dass Hawkins und Weis vor allem die primäre Prävention als sinnvollen Handlungsansatz bezeichnen. Das dahinter stehende Verständnis ist, dass die Bedingungen, die Personen dazu bringen, Gesetze zu übertreten, veränderbar sind und dass vor allem auch die Faktoren, die davon abhalten, sich antisozial zu verhalten, gestärkt werden können. Sie können sich dabei auf die Philosophie der *President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice* stützen (ebenda:76). Die Argumentation von Hawkins und Weis betont, dass den Gemeinden für die Prävention bisher die Instrumente fehlten (ebenda:76).

In den vor 1974 liegenden Jahren wurden in den USA nur wenige Präventionsprogramme durchgeführt; davon waren die meisten auf Intervention ausgerichtet (ebenda: 76). Die Evaluationen solcher Programme zeigten meist nur gemischte und unklare, teilweise sogar negative Ergebnisse. 1978 lag der erste Bericht der *National Evaluation of Prevention* vor, aus dem hervorging, dass eine klare konzeptionelle Basis ebenso fehlte wie ein klarer Fokus und ein Bezug zu wissenschaftlichen Erkenntnissen. Deswegen folgern Hawkins und Weis, dass mehr Wissen über effektive Präventionsansätze gesammelt werden müsse und dass wissenschaftliche Erkenntnisse über die Einflussfaktoren von Delinquenz für die Prävention nutzbar gemacht werden müssen. Für den *National Center for the Assessment of Delinquent Behavior and its Prevention* hatten Hawkins und Weis deswegen einen Überblick über Theorien und Forschung zur Jugenddelinquenz erarbeitet (ebenda: 77). Dabei hatten sie als Arbeitsprinzipien den Fokus auf die Hintergrundfaktoren von Delinquenz in der sozialen Umgebung der Jugendlichen (in verschiedenen Entwicklungsstufen) gesetzt. Sie suchten nach einem mehrstufigen Präventionsansatz, der ein dynamisches Modell der Entstehung von Delinquenz zur Basis hat. Auf dieser Grundlage stellen sie das *Social Development Model* (SDM) als wissenschaftlich basierten Rahmen für die Prävention von Jugenddelinquenz dar. Das Modell bildete die Plattform für die Entwicklung und Forschung des Präventionsprogramms *Communities That Care*. Es sollte den Gemeinden einen ersten wissenschaftlich fundierten Rahmen für die frühe Prävention von Jugenddelinquenz geben.

1.2 Das „Social Development“-Modell

Bereits seit 1979 wird das sogenannte Social Development Model (SDM) in der School of Social Work der University of Washington entwickelt und erforscht (vgl. Übersicht über Forschungstätigkeiten auf der website <http://depts.washington.edu/ssdp/mission.shtml>). David Hawkins und Richard Catalano sind die Begründer des Modells, das im Rahmen eines vielfältigen

Projekt- und Forschungsverbands mit anderen Forschungsergebnissen verknüpft wurde. Das SDM-Modell ist zugleich Erklärungsansatz für ‚gesundes Verhalten‘ als auch eine ‚Schutz‘-orientierte Grundlage für Prävention.

Das ursprüngliche *Social Development Model* basiert auf zwei grundlegenden Theorien der Erklärung von Jugenddelinquenz (Catalano/Hawkins 1996; Catalano, Park et al. 2005, Hawkins, Weis 1985). Es stellt im Kern eine Integration von Kontrolltheorie und der Theorie des sozialen Lernens dar. Beide basieren auf der Annahme, dass Verhalten sozial gelernt und damit sozial beeinflussbar ist. Die Kontrolltheorie im SDM wird von Hawkins und Weis (1985:78) vor allem auf Hirschi als Referenz bezogen.¹ Im Blickpunkt steht weniger die situative soziale Kontrolle, sondern mehr die Selbstkontrolle, die delinquentes Verhalten verhindert. Die Bereitschaft zu normabweichendem Verhalten wird demnach verhindert durch (a) psychosoziale Bindungen („attachment“) zu Familie, Schule und einen nicht delinquenten Freundeskreis, (b) durch die strategische Bindung („commitment“) an Konventionen und (c) die Überzeugung² („belief“) von der Validität und Legitimität der Rechtsordnung. Nach der Kontrolltheorie sind vor allem die Familie und die Schule wichtige Einheiten der Sozialisation, die im Fokus von präventiven Aktivitäten stehen sollten. Das Ziel der Prävention sollte es sein, die Elemente der Beziehungen (Bindungen, Bekenntnis und Überzeugung) zwischen dem/der Heranwachsenden und der (konventionellen) Gesellschaft zu stärken. Für die empirische Überprüfung der Kontrolltheorie werden Hindelang (1973), Hirschi (1969) und Kornhauser (1978) zitiert. Die Kontrolltheorie spezifiziert nach Hawkins/Weis allerdings nicht, wie solche Bindungen entstehen. Deswegen wird als zweite Theorie des SDM-Modells die des „sozialen Lernens“ („social learning theory“) ergänzt (nach Akers 1977; Akers et al., 1979; Burgess & Akers 1966).³ Im Vordergrund der Erklärung steht der Prozess des sozialen Lernens, der vor allem durch die Mechanismen Belohnung und Bestrafung beeinflusst wird. Dabei können konventionelle Einflüsse konformes Verhalten fördern; dem gegenüber können delinquente Bekanntenkreise von Gleichaltrigen („peers“) die Bereitschaft zur Delinquenz fördern. In Ergänzung zur sozialen Lerntheorie wird in der überarbeiteten Version des SDM von Catalano/Hawkins 1996 noch die Theorie der differentiellen Kontakte („differential association“) genannt (z.B. nach Cressey 1953, Sutherland 1939).⁴ In dieser wird die Bedeutung der normativen Orientierung der ‚peers‘ für das Verhalten von Jugendlichen hervorgehoben, wie die Bekanntschaft von jungen Straftätern mit anderen Delinquenten, woraus eine gegenseitige Beeinflussung abgeleitet wird (Catalano/Hawkins 1996:155).

Das SDM versucht, die genannten Theorien integriert zu betrachten und die Entstehung von konformen Verhalten in gleicher Weise wie die Delinquenz zu erklären. Damit wird das Konzept der „Schutzfaktoren“ auch als Basis der Prävention verwendbar. Wenn soziale Bindungen an nicht delinquente Personenkreise bestehen, wird auch das Verhalten konform und nichtdelinquent

¹ Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.

² Damit ist gemeint, dass Nonkonformität Erfolgchancen beeinflussen könnte, beispielsweise Delinquenz den Berufseinstieg erschweren („stakes in conformity“) (McLaughlin/Muncie 2002:270).

³ Akers, R. L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach*. Belmont, CA:

Wadsworth. Akers, R. L., Krohn, M., Lanza-Kaduce, L., & Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636-655. Burgess, R. L., & Akers, R. (1966). A differential association-reinforcement theory of criminal behavior. *Social Problems*, 4, 128-147.

⁴ Sutherland, E.H.; Cressey D.R: (1974) *Principles of Criminology*. 9th ed. Philadelphia:Lippincott

ausgerichtet. Die Aspekte prosozialer Bindungen werden in drei Komponenten aus der Kontrolltheorie kategorisiert: ‚commitment‘, ‚attachment‘ und ‚belief‘. Aus der Theorie des sozialen Lernens werden vermittelnde Aspekte ergänzt, die dem Heranwachsenden helfen, in diese stabilen Beziehungen hineinzuwachsen. Diese drei Komponenten werden auch in der Präventionspraxis von CTC immer wieder benannt: (a) es müssen Gelegenheiten zur prosozialen Einbindung bestehen (‚opportunities‘); (b) die Fähigkeiten zur Wahrnehmung der Gelegenheiten müssen vorhanden oder bei Bedarf trainiert werden (‚skills‘) und vor allem muss (c) die Teilnahme an prosozialen Aktivitäten auch belohnt werden (‚reinforcement‘).

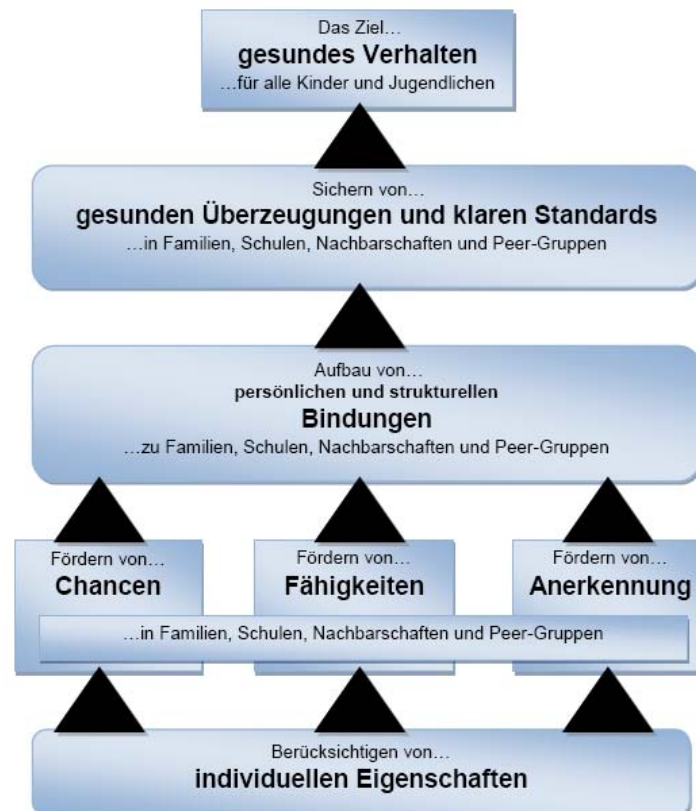


Abbildung 1: Die „Soziale Entwicklungsstrategie“

Quelle: www.lpr.niedersachsen.de/Landespraeventionsrat//Module/Publikationen/Dokumente/CTC-infotext_F447.pdf 08/09

In einer Veröffentlichung von 1996 wird das SDM-Modell von Catalano und Hawkins noch weiter spezifiziert, indem beispielsweise die sozialstrukturellen Rahmenbedingungen der Heranwachsenden und ihrer individuellen Eigenschaften als vorausgehende Kontextfaktoren dargestellt werden (Catalano/Hawkins 1996). Außerdem wird der Entwicklungspfad zwischen den Polen der Entwicklung zwischen delinquenten und nicht delinquenten sozialen Beziehungen bzw. Einflussfaktoren aufgespannt. Damit nahm die Komplexität des Modells zu. Im Rahmen von „Communities That Care“ wird die Darstellung des Modells nur auf die Entwicklung von

„gesundem“ Verhalten bezogen. Aus dem SDM wurde bereits frühzeitig eine soziale Entwicklungsstrategie der Prävention abgeleitet. (Hawkins/Weis 1985). Diese „Soziale Entwicklungsstrategie“ weist den Weg zur Entwicklung von Jugendlichen mit „gesunden“ Verhaltensweisen (s. Abbildung 1).

Die Erklärungskraft des Modells wurde bisher in den Bereichen Alkohol und Drogenkonsum, Delinquenz und Gewalt von unter 18-jährigen bestätigt (Catalano, Park et al. 2005:94). Die Entstehung von delinquentem oder prosozialem Verhalten verläuft in altersspezifischen Phasen. Unterschieden wird im Allgemeinen nach früher Kindheit, Vorschulalter, Grundschule und weiterführender Schule, die sich am US-amerikanischen Schulsystem orientiert (Catalano/Hawkins 1996:169). Es wird dabei davon ausgegangen, dass diese Wechsel der Schulumgebung auch zu Umbrüchen in der sozialen Entwicklung und Orientierung führen. Der Beginn delinquenten Verhalten liegt bei 8 bis 14 Jahren, der Höhepunkt bei 15 bis 19 Jahren. Im Pfadmodell der „Raising Healthy Children“-Studie wurden die vorhergehenden Einflussfaktoren Gelegenheiten in den Klassenstufen 5 und 6 zugeordnet, die Teilnahme an und Belohnung von prosozialem Verhalten ermöglichen. In den Klassenstufen 7 und 8 resultieren daraus dann prosoziale Beziehungen und ab der 8. Klasse Vertrauen in die Rechtsordnung und letztendlich prosoziales Verhalten (ebenda:110, Catalano, Park et al. 2005,).

Das SDM wurde im Rahmen der „Raising Healthy Children“-Studie (RHC) auch auf seine Interaktion mit Kontextvariablen getestet (Catalano, Park et al. 2005). Diese bestehen aus den soziökonomischen Variablen Einkommen und Geschlecht, aus individuellen Charakteristiken wie Konzentrationsfähigkeit sowie weiteren externen Einflussfaktoren wie sozialer Kontrolle und der Klarheit von Regeln. All diese Variablen wurden in vorausgegangenen Studien bereits als erklärend dargestellt. In der RHC-Studie wurde nun geprüft, inwiefern das SDM-Modell als intervenierende Variable auf die Entwicklung vielfältiger Arten von unsozialem/ungesundem Verhalten Einfluss nimmt und damit Kontextbedingungen wie einen geringen soziökonomischen Status moderieren kann. Die Langzeitstudie wurde über einen Verlauf von 15 Jahren durchgeführt und basierte auf einer Stichprobe von 441 Schülerinnen und 510 Schülern in 10 öffentlichen Schulen im Staat Washington. Zu Beginn der Studie waren die Teilnehmer/innen in der ersten oder zweiten Klasse. Bei vielen Befragten wurde im weiteren Entwicklungsverlauf von Alkoholkonsum bis hin zu schweren Straftaten eine weite Bandbreite von Verhaltensweisen gemessen (ebenda:111). Das SDM-Modell wurde in der Studie mit zwei Ausnahmen empirisch bestätigt (ebenda:108): Es konnte einen Großteil des unsozialen Verhaltens in der siebten und achten Klasse erklären. Auch außerhalb des Modells liegende Einflussfaktoren wurden durch das Modell zumindest teilweise reduziert. (ebenda: 109): Zwei Drittel der Korrespondenz von Geschlecht und etwa die Hälfte der von geringem Einkommen mit unsozialem Verhalten wurden durch das SDM-Modell erklärt. Dies galt auch für ein Drittel des Einflusses der gemessenen individuellen Eigenschaften auf unsoziales Verhalten Da diese individuellen Eigenschaften meist außerhalb des Wirkungsbereiches der Prävention liegen, ist es eine wichtige Erkenntnis, dass sie teilweise durch das SDM Modell beeinflusst werden können.

1.3 Risikofaktoren

Das CTC-Programm bezieht sich (neben dem SDM-Modell) auf eine Matrix von Risikofaktoren, die unterschiedlichen Arten von Problemverhalten vorausgehen. Der Risikofaktorenansatz wurde aus dem Bereich der Gesundheitsvorsorge auf die Prävention von Problemverhalten übertragen (public health approach) (vgl. Hawkins 1999). Durch die Kenntnis von Risikofaktoren können Aussagen über die wahrscheinliche Verbreitung von Krankheiten getroffen und präventive Maßnahmen für die Bevölkerung entwickelt werden. Wie diese ‚Risikofaktoren‘ individuell wirken, ist unterschiedlich und beispielsweise auch abhängig von den „Schutzfaktoren“:

“Risk factors are those characteristics, variables, or hazards that, if present for a given individual, make it more likely that this individual, rather than someone selected at random from the general population, will develop a disorder.”

*“Protective factors are factors that reduce the likelihood of problem behavior either directly or by mediating or moderating the effect of exposure to risk factors”
(Arthur/Hawkins 2002:575)*

Die Definition von Risikofaktoren in CTC basiert auf dem Zusammenhang von prädiktiven Variablen mit späteren gesundheitlichen, psychischen oder verhaltensbezogenen Problemen. Risikofaktoren wurden klassischerweise nicht über den Bezug auf Kausalmodelle abgesichert, sondern über ein multifaktorielles Zusammenhangsmodell von Variablen, das über die Zeit betrachtet wird. In neueren kriminologischen Entwicklungsstudien werden zunehmend auch theoretische Erklärungsmodelle für Risikofaktoren entwickelt, wie beispielsweise die ‚Integrated Theory of Antisocial Behaviour‘ von Farrington (vgl. dazu Boers 2007:21). Risikofaktoren werden aus Längsschnittstudien gewonnen, die hauptsächlich prospektiv angelegt worden sind und in denen die prädiktive Aussagekraft von Indikatoren mit der Entwicklung auf problematisches Verhalten gemessen wird. Je größer die Stichprobe ist und je mehr Studien einen Risikofaktor bestätigen, desto verlässlicher ist sein prädiktiver Effekt. Im Allgemeinen können dabei Korrelationen, Risikofaktoren und kausale Risikofaktoren unterschieden werden (vgl. Murray, Farrington, Eisner. (2009). Korrelationen bilden einen gleichzeitigen Zusammenhang von Problemverhalten und Indikator ab. Risikofaktoren gehen hingegen im Entwicklungsverlauf dem Problemverhalten voraus. Ein kausaler Risikofaktor liegt nur dann vor, wenn die Verringerung des Risikofaktors in der Zeitperspektive mit der Verringerung des Problemverhaltens korrespondiert. Die Ermittlung dieser kausalen Risikofaktoren ist das zentrale Ziel der auf Prävention bezogenen Längsschnittstudien.

Für die Präventionsarbeit mit CTC liegt eine Risikofaktorenmatrix als Arbeitsgrundlage vor (s. Abbildung 2). Die Risikofaktorenmatrix wurde für verschiedene Formen von jungem Problemverhalten spezifiziert: Drogenkonsum, Delinquenz, frühe Schwangerschaft, Schulabbruch und Gewalt. Hawkins, Catalano und Miller (1992) stellen als Basis der Risikomatrix eine Sammlung von Risikofaktoren für Drogenkonsum vor (ebenda:66ff). Diese Matrix wurde in späteren Artikeln weitergeführt und auf andere Verhaltensbereiche – insbesondere Delinquenz – erweitert. Ein wichtiger Bezugspunkt ist die Metaanalyse der Risikofaktoren für antisoziales Verhalten von Lipsey und Derzon. Sie ist Bestandteil einer umfassenden vom OJJDP in Auftrag gegebenen Studie, in der die Übersicht über den derzeitigen Forschungsstand erstellt wurde (1998). In dieser Metaanalyse werden die Ergebnisse verschiedener Langzeitstudien zusammengefasst.

Jugendliches Problemverhalten						
Risikofaktoren	Gewalt	Delinquenz	Alkohol- und Drogenmissbrauch	Schulabbruch	Teenager-schwangerschaft	Depressionen und Ängste
FAMILIE						
Geschichte des Problemverhaltens in der Familie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
schlechtes Familienmanagement	✓	✓	✓	✓	✓	
Konflikte in der Familie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zustimmende Haltungen der Eltern zu Problemverhalten	✓	✓	✓			
SCHULE						
Frühes und anhaltendes unsoziales Verhalten	✓	✓	✓	✓	✓	
Lernrückstände beginnend in der Grundschule	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fehlende Bindung zur Schule	✓	✓	✓	✓	✓	
KINDER UND JUGENDLICHE						
Entfremdung und Auflehnung		✓	✓	✓		
Umgang mit Freunden, die Problemverhalten zeigen	✓	✓	✓	✓	✓	
Haltungen, die Problemverhalten fördern		✓	✓	✓	✓	
Früher Beginn des Problemverhaltens	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anlagebedingte Faktoren	✓	✓	✓			✓
NACHBARSCHAFT / GEBIET						
Verfügbarkeit von Drogen	✓		✓			
Verfügbarkeit von Waffen	✓	✓				
Normen, die Problemverhalten fördern	✓	✓	✓			
Gewalt in den Medien	✓					
Fluktuation und Mobilität/ Häufiges Umziehen		✓	✓	✓		
Wenig Bindung in der Nachbarschaft und Desorganisation in einem Gebiet	✓	✓	✓			
Hochgradige soziale und räumliche Ausgrenzung	✓	✓	✓	✓	✓	

© SAMHSA/NIZW *Der Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und Problemverhalten bei Jugendlichen, 1997*
 Jeder Haken bedeutet, dass mindestens zwei wissenschaftliche Längsschnittstudien den Zusammenhang bestätigen.

Abbildung 2: CTC Risiko Faktoren Matrix

Quelle: www.lpr.niedersachsen.de/Landespraeventionsrat//Module/Publikationen/Dokumente/CTC-infotext_F447.pdf 08/09

Die vergleichende Analyse einer Reihe von Studien brachte einige Herausforderungen mit sich, da sich die zu Grunde liegenden empirischen Ansätze in der methodischen Herangehensweise und in den Stichproben deutlich unterscheiden. Durch geeignete statistische Verfahren wurden die Daten für den Vergleich aufbereitet (ebenda:88). In der Metaanalyse von 35 Studien und 155 Effektgrößen für die Altersgruppe von 6-11 und von 12-14 wurden die Korrelationsstärken verglichen und Differenzen bis zu 20% festgestellt (ebenda:88). In der Altersgruppe von 6-11 wurden nur wenige verlässliche Risikofaktoren gefunden, die Studien hatten sehr heterogene Aussagen (ebenda:93). In der Gruppe der 12-14-jährigen wurden eindeutiger Prädiktoren gemessen. Die Matrix von Lipsey und Derzon wurde als Arbeitsgrundlage für die Risikofaktorenmatrix der Entwickler von CTC genommen. Es wurden auch Studien einbezogen, die den Kriterien der Metaanalyse nicht

entsprachen, aber dennoch wichtige Aufschlüsse geben konnten (Hawkins, Herrenkohl et al. 1996). Zusätzlich wurden die Daten aus den vorliegenden Langzeitstudien mit denen der „Seattle Social Development“-Studie ergänzt (ebenda:107). Die Zusammenstellung der Risikofaktoren weicht etwas von der von Lipsey und Derzon ab (2002), beispielsweise wird der sozioökonomische Status auf das Wohnquartier und weniger auf die Familie bezogen (ebenda:140). Die Autoren konzentrieren sich außerdem auf die veränderbaren Indikatoren, die im sozialen Umfeld von Heranwachsenden liegen. Sie unterscheiden hier die Bereiche Familie, Schule und Sozialraum. In einer weiteren Veröffentlichung wird die Risikofaktorenmatrix auf die Verhaltensbereiche Drogenmissbrauch, Delinquenz, Teenagerschwangerschaften, Schulabbruch und Gewalt erweitert (Hawkins et al. 2002:954).

Risikofaktoren lassen sich für unterschiedliche Altersgruppen identifizieren. Mediationseffekte von Risikofaktoren in der frühen und in der späteren Kindheit wurden nach der dritten Erhebungswelle der „Seattle Social Development“-Studie ausgewertet (Herrenkohl, Guo et al. 2001). Insgesamt wurden Daten von 808 Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen von Seattle erfasst, von denen etwa 90% an allen drei Phasen teilnahmen. In der Auswertung wurde deutlich, dass die Risikofaktoren, die im Alter von 10 Jahren gemessen wurden, nicht nur auf die Delinquenz direkt wirkten, sondern zu einem großen Anteil durch Risikofaktoren mit 14 Jahren moderiert wurden. Beispielsweise lagen bei vielen 14-jährigen Schüler/innen mit Schulproblemen bereits mit 10 Jahren Konzentrationsprobleme vor (ebenda:459). Aus der Mediationsanalyse lässt sich schließen, dass frühe Risikofaktoren (mit 10 Jahren) auch indirekt auf die Delinquenzentwicklung wirken, je nach den Einflüssen der Risikofaktoren mit 14 Jahren. Das bedeutet außerdem, dass eine erfolgreiche Entwicklungsunterstützung bei Jugendlichen in der Adoleszenz helfen kann, einige Risikofaktoren aus der Kindheit nicht weiter fortwirken zu lassen. Hier sind vor allem die Bereiche Schule und Bekanntenkreis (‘peers’) die wichtigsten Einflussbereiche (ebenda 461).

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass die Kumulation von Risikofaktoren das Delinquenzrisiko erhöht (Hawkins, Herrenkohl et al. 1996). Über die Interaktion der Faktoren sei jedoch weiterhin zu wenig bekannt und deswegen weitere Forschung notwendig. Risikofaktoren können Drogenkonsum und anderes Problemverhalten zu einem gewissen Grad in Form von erhöhten Wahrscheinlichkeiten vorhersagen. Die Kausalbeziehungen der Risikofaktoren sind zwar nicht immer transparent, aber aus der Übersicht der Studien geht hervor, dass die Risikofaktoren im Zeitverlauf stabil geblieben sind und dass sie in Bezug auf unterschiedliche soziale Gruppen hinsichtlich der Wirkungen bedeutsam sind (Hawkins, Catalano und Miller 1992: 86). Obwohl einige dieser Risikofaktoren nicht veränderbar sind, wie beispielsweise das Geschlecht, so hilft deren Kenntnis, die Zielgruppen für Präventionsprogramme auszuwählen. Entsprechend der großen Heterogenität von Risiko- und Schutzfaktoren sollen darauf bezogene präventive Aktivitäten ebenso heterogen und multiperspektivisch erfolgen (vgl. Hawkins et al 1998).

2 Instrumente von CTC

Im Jahr 1992 veröffentlichten D. Hawkins und R. Catalano das Buch „*Communities That Care. Action for Drug Abuse Prevention*“ (Hawkins/Catalano 1992). In dieser Veröffentlichung sind die Grundzüge des CTC-Programms dargestellt. Sie beziehen sich dabei auf Erfolge, die mit Programmen im Bereich der Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen gemacht wurden (ebenda: 21). Neben den Risikofaktoren und dem Social-Development-Modell als Ansatzpunkte der Prävention wird die Implementierung eines evidenzbasierten Ansatzes in den Kommunen beschrieben. Mit der CTC-Strategie sollen zwei Aktionsziele erreicht werden (ebenda: 24):

- (1) Aus dem aktuellen Stand der Wissenschaft soll eine umfassende Strategie entwickelt werden, die Risiken (z.B. des Drogenkonsums) verringert und Schutzfaktoren stärkt.
- (2) Die Kommunen und ihre Akteure (einschließlich der nichtprofessionellen) sollen aktiviert und befähigt werden, eine solche Präventionsstrategie auf sozialräumlicher Ebene umzusetzen.

Die Umsetzung der CTC-Präventionsprogramme erfolgt lokal durch eine Handlungskoalition in einem Sozialraum, dessen Größe und Definition variabel sein kann. Die Auswahl soll sich jedoch am Bedarf, der sich im Risiko- und Schutzfaktorenprofil zeigt, orientieren. Die Mobilisierung der ‚*Community*‘ ist ein wesentlicher Bestandteil von CTC. Die Handlungskoalition besteht aus zwei Gruppen: Erstens gehören die ‚*key leaders*‘ dazu, die auf der strategischen Ebene arbeiten und Ressourcen bereit stellen. Hier sollen alle Institutionen und Akteure, die für die Prävention und die Umsetzung des CTC-Handlungsplans relevante Entscheidungen treffen können, einbezogen werden. Zweitens gehört das ‚*community board*‘ dazu; dieses erarbeitet den CTC Handlungsplan auf der operativen Ebene. Hier sollen Repräsentanten der lokalen Organisationen wie Schulen, Jugendeinrichtungen und Kirchen teilnehmen, aber auch Schülervertreter/innen, Lehrer/innen, lokale Gewerbetreibende und andere zivilgesellschaftlichen Kräfte eingebunden werden (Hawkins, Catalano et al. 1992:29ff). Von der Handlungsfähigkeit dieser Koalition im Sozialraum ist letztendlich der Erfolg von CTC abhängig.

Die SDM-Strategie soll für den Aufbau dieser Handlungskoalition genutzt werden. Das heißt, sie soll Chancen zur Partizipation geben, die Befähigung dazu fördern und vor allem auch Partizipation anerkennen (Hawkins, Catalano et al. 2008). Indem die Chancen, Fähigkeiten und die Anerkennung zur Teilnahme an CTC gefördert werden, soll eine starke Bindung innerhalb der Handlungskoalition erzeugt und die Zusammenarbeit zwischen den professionellen Akteuren und den Bewohner/innen (‚*community members*‘) gestärkt sowie die Qualität der Umsetzung des Präventionsprogrammes gefördert werden. Das CTC-Programm enthält damit Komponenten aus dem Bereich der ‚*community competence*‘, der Gesundheitsförderung und aus den Präventionswissenschaften (ebenda:180).

Bisherige Handlungskoalitionen waren häufig nicht in der Lage, effektive Präventionsprogramme umzusetzen (Hawkins, Catalano et al. 2008). Empfehlungen, die daraus abgeleitet werden können, sind: (a) die Definition von klaren Zielen und (b) eine Erfassung von Daten zur Messung der

Zielerreichung. Handlungskoalitionen sollen außerdem (c) nur Programme auswählen, deren Wirksamkeit bezüglich spezifischer Risiko- oder Schutzfaktoren im Rahmen von Evaluationen bereits bestätigt worden ist. Weiterhin sollten regelmäßig (d) Wirkungsanalysen durchgeführt werden, um den Erfolge der Präventionsmaßnahmen zu evaluieren. CTC enthält als ‚Betriebssystem‘ alle diese Komponenten, indem es Instrumente zur Mobilisierung der ‚Community‘ enthält und eine wissenschaftlich basierte Präventionsstrategie ermöglicht (durch den Bezug auf Risiko- und Schutzfaktorenprofile und durch die Nutzung evaluierter Programme). Auf der Basis der insgesamt positiven Ergebnisse wurde CTC von der Bundesregierung der USA als Rahmenprogramm ausgewählt, das den Gemeinden dazu verhilft, die Fördermittel des *Title V Delinquency Prevention Block Grants* zu erhalten, und wurde im Jahr 1999 bereits in 500 Kommunen angewendet (Hawkins 1999:455).

Die frühe Version von CTC hatte drei Phasen (Catalano, Arthur et al. 1996:281). Im ersten Abschnitt wurden relevante Akteure wie Bürgermeister/innen, Schulleiter/innen, Richter/innen und Führungskräfte der Polizei zu einem halbtägigen Workshop eingeladen. Wenn sie sich daraufhin entschlossen, an dem Projekt teilzunehmen, bildeten sie die Lenkungsgruppe für das CTC-Projekt. In der zweiten Phase wurde dann das ‚community board‘ gebildet. Dieses wurde darin geschult, eine Risiko- und Ressourcen-Analyse durchzuführen. In einer etwa halbjährigen Phase sollten nun Daten gesammelt und ausgewertet werden, die über das Risiko- und Schutzfaktorenprofil Auskunft geben. Auf dieser Basis wurden die Risiko- und Schutzfaktoren ausgewählt, auf die sich die Präventionsprogramme beziehen. Aus einer Liste von evaluierten Programmen wurden anschließend die ausgewählt, die auf das Profil der Gemeinde am besten passen. In der dritten Phase wurden die Programme dann umgesetzt und die Effekte durch Akteure kontrolliert, die ein Interesse an der positiven Wirkung der Programme haben (‚stakeholder‘) und die Expertise, dies zu bewerten. Die zu Beginn gesammelten Risiko- und Schutzfaktorendaten dienen als Vergleich für die Entwicklung nach der Implementierung.

Eine Evaluation von frühen CTC-Pilotprojekten zeigte als Wirkung auf, dass im Bereich der Prävention besser zusammengearbeitet wurde und dass Risiko- und Schutzfaktoren als Ankerpunkte der Prävention aufgenommen wurden (ebenda:281). Aus diesem Pilotprojekt wurden auch Verbesserungsvorschläge zur Weiterentwicklung des Programms gewonnen. Es wurde deutlich, dass die Risikoanalysen nicht von den persönlichen Präferenzen der Akteure abhängig gemacht werden dürfen, sondern auf einer verlässlichen empirischen Grundlage basieren müssen. Außerdem wurde der Wunsch nach mehr Betreuung bei der Auswahl von Programmen geäußert. Daraufhin wurden die Hilfsmittel wie das Handbuch zur Auswahl evaluierter Programme sowie die Schulung und technische Unterstützung der Projekte verbessert. In einem weiteren Pilotprojekt in Oregon erarbeiteten von 37 interessierten Kommunen 34 erfolgreich Präventionspläne und 31 ‚community boards‘ waren nach 4 Jahren noch aktiv, im Vergleich dazu waren es nur 13% bei einem anderen sozialraumorientierten Präventionsprogramm (ebenda:282.).

Auch im Bundesstaat Pennsylvania wurde CTC umgesetzt und unter anderem zwischen 1999 und 2002 evaluiert (Greenberg, Feinberg 2002). Die untersuchten Gemeinden hatten CTC zwischen 1,5 und 3 Jahren eingesetzt. In der Evaluation wurden teilweise ähnliche Erkenntnisse wie in der in Washington gewonnen. Weiterentwicklungsbedarf wurde vor allem im Bereich der Unterstützung

der Programmauswahl festgestellt und auch in der Schulung der – insbesondere neu hinzukommenden – Akteure (ebenda:4). Außerdem wurde festgestellt, dass der CTC-Prozess sich zu sehr auf den geförderten Zeitraum von 3 Jahren bezog und Langzeitziele damit nicht ausreichend in den Blick genommen wurden. Es war schwierig, Zugang zu den lokalen Gewerbetreibenden zu bekommen und damit den Risikofaktor Deprivation bzw. ökonomische Armut zu beeinflussen. Da CTC nicht das einzige verwendete Förderprogramm war, gab es teilweise Überschneidungen. Wenn diese zu sehr zusammengelegt wurden, ging der CTC kennzeichnende wissenschaftliche Ansatz verloren (ebenda:5).

Aus diesen Erkenntnissen wurden weitere Entwicklungen des Programms angestoßen, z.B. eine bessere Koordination von Förderprogrammen auf der Landesebene und eine Weiterentwicklung der Schulung und technischen Assistenz. Aus den quantitativen Auswertungen der Prozessverläufe wurde deutlich, dass die Teilnahme an Schulungen ein entscheidender Faktor für den späteren Projekterfolg ist; die Kenntnis des CTC Ansatzes, eine positive Haltung dazu und die Funktion der Arbeitsgruppen hängen damit zusammen (ebenda:7). Die Bereitschaft der Akteure zu Beginn des CTC-Prozesses (*„community readiness“*) hängt ebenfalls mit dem späteren Projekterfolg zusammen, Schlüsselfaktoren dabei sind: die Fähigkeit (a) Konflikte zu lösen, (b) Entscheidungen zu treffen und (c) eine handlungsfähige Führungsperson zu haben. Schwierigkeiten für den Projekterfolg bereiten vor allem eine Instabilität der Handlungskoalition und der Wechsel von Akteuren (ebenda:9). Weiterhin ist für die Umsetzung des Aktionsplans die Hürde zu nehmen, Finanzierungsmöglichkeiten zu finden, den CTC Ansatz konsequent umzusetzen und eine ausreichende Partizipationsbereitschaft im Sozialraum zu finden sowie zu erhalten. Wenn die Handlungskoalition gut funktioniert und die programmbegleitende Beratung ausreichend den Prozess unterstützt, zeigten sich die besten Chancen, CTC dauerhaft umzusetzen (ebenda:10). Während der beschriebenen Evaluation in Pennsylvania lag noch kein Schülerbefragungsinstrument vor und das Handbuch mit evaluierten Programmen war noch nicht auf die Risiko- und Schutzfaktoren bezogen. Aus diesen Erfahrungen heraus wurden diese zwei Komponenten weiterentwickelt: die Erstellung des Risiko- und Schutzfaktorenprofils wird mit dem CTC-Schülersurvey, der den Gemeinden ermöglicht, eine wissenschaftlich basierte ‚Diagnose‘ in den Sozialräumen durchzuführen, und mit dem CTC-Präventionshandbuch realisiert, das nach Risiko- und Schutzfaktoren sortierte evaluierte Programme auflistet.

Drei Komponenten sind für das derzeitige Verfahrensmodell des CTC-Programms kennzeichnend:

- (1) Erstellung Risiko und Schutzfaktorenprofil durch den CTC Survey
- (2) Auswahl und Implementierung evaluierter Präventionsprogramme
- (3) Lokale Handlungskoalition auf der strategischen und auf der operativen Ebene

2.1 Erstellung Risiko- und Schutzfaktorenprofil durch den CTC-Survey

Das CTC-Modell (Hawkins/Catalano et al. 1992) bestand von Anfang an aus einer Sammlung und Priorisierung von Risiko- und Schutzfaktoren in einem Sozialraum. Nach einer Evaluation dieses frühen Modells wurde deutlich, dass die Analyse nicht von den persönlichen Einschätzungen der Akteure abhängig gemacht werden dürfe, sondern aus einer neutralen Analyse heraus erfolgen

müsse (Catalano/Arthur et al 1996:281). Daraufhin wurde das CTC Programm weiter entwickelt und ein Instrumentarium zur epidemiologischen Bestimmung des lokalen Risiko- und Schutzfaktorenprofils zusammengestellt. Der wichtigste Baustein dafür ist der validierte CTC-Schülerfragebogen.

Die beschriebene Risiko- und Schutzfaktorenmatrix wird im Schülersurvey von CTC als Grundlage der Fragen genutzt. Als Einschlusskriterium für den Fragebogen muss ein Risiko- oder Schutzfaktor in zwei Längsschnittstudien bestätigt worden sein (Arthur/Hawkins et al. 2002:578). Der CTC-Fragebogen wurde in Studien zur Alkohol- und Drogenprävention für die Altersgruppen 11-18 entwickelt, erfasst jedoch auch weitere Formen von Problemverhalten (ebenda). Zur Entwicklung des Fragebogens wurde so weit wie möglich auf bereits vorliegende Fragen und Skalen zurückgegriffen. Die erste Schülerbefragung mit einem epidemiologischen Risiko- und Schutzfaktorenansatz wurde im Rahmen des *Six State Consortium Projects* (1994-1997) entwickelt und getestet. Die Befragung wurde in Kansas, Maine, Oregon, South Carolina, Washington und Utah in den Jahren 1994 und 1995 durchgeführt (Pollard, Hawkins et al 1999). Im Vergleich zu anderen risikobasierten Befragungen sollten erstmals auch die Schutzfaktoren adäquat einbezogen werden (ebenda:147). Der Fragebogen bestätigte die Hypothesen weitgehend: Je mehr Risikofaktoren und je weniger Schutzfaktoren im Fragebogen genannt wurden, desto größer war die Prävalenz von Alkohol- und Marihuanakonsum, schlechten Schulergebnissen sowie Inhaftierung und Gewalttätigkeit. Allerdings handelte es sich um eine Querschnittstudie, die die Risikofaktoren retrospektiv abfragte.

In einer weiteren Studie, die Teil des *Diffusion Projects* war, wurde der CTC-Fragebogen entwickelt und getestet (Arthur/Hawkins et al. 2002:578).⁵ In einem ersten Test wurden die Fragen zu 21 Risikofaktoren und 11 Schutzfaktoren auf ihre Konsistenz und Verständlichkeit hin getestet und überarbeitet. In einem weiteren Schritt wurden in den Jahren 1998 und 1999 über 10.000 Schüler/innen mit dem überarbeiteten Fragebogen befragt. Die Befragung sollte nicht länger als eine Schulstunde dauern. In den statistischen Auswertungen wurde anschließend geprüft, ob die Skalen tatsächlich und konsistent den Risikofaktor messen. Fragen, die diesen Qualitätskriterien nicht entsprachen, wurden gelöscht (ebenda 586ff). Die Fragen des Surveys wurden zudem unter Einbezug der Variablen Ethnizität und Geschlecht auf ihre Validität geprüft, (ebenda: 596, Glaser et al. 2005).

Der finale Fragebogen umfasste schließlich 121 Fragen zu 29 Risiko- und Schutzfaktoren. Die Reliabilität des finalen Fragebogens wird als ‚gut‘ bewertet. Die Werte des Kennwerts Cronbachs Alpha liegen beispielsweise bei über 0.78, was eine hohe interne Konsistenz der Indikatoren bedeutet (ebenda:579). Nicht alle Risiko- und Schutzfaktoren konnten mit dem Instrument erfolgreich erfasst werden; dazu zählen die Gelegenheiten zur prosozialen Beteiligung, prosoziale ‚peer‘-Beziehungen und Ablehnung durch ‚peers‘ (ebenda: 597). Einige Risikofaktoren wurden in der Befragung grundsätzlich nicht erfasst, da keine funktionierenden Skalen zur Erfassung vorlagen (Sozialverhalten, Resilienz, Impulsivität) oder auch weil die Validität der Selbsteinschätzung hinterfragt wurden (schwere ökonomische Deprivation). Einige Skalen hatten außerdem eine

⁵ Ein direkter Verweis auf das vorangegangene Projekt (vgl. Pollard, Hawkins et al 1999) wird nicht genannt, aufgrund der Übereinstimmung einiger Autoren sind weitgehende Überschneidungen beider Fragebögen wahrscheinlich.

relativ geringe interne Konsistenz. Im Rahmen der weiteren Verbreitung von CTC wurde der Fragebogen weiter entwickelt und durch die wachsende Datenbasis eine noch höhere Validierung der Fragen erzielt. Auf der Basis eines Samples von über 170.000 Schüler/innen der sechsten, achten und zehnten Klasse, die an dem CTC Survey in sieben Bundesstaaten seit 1998 teilgenommen hatten, wurde die Konstruktvalidität weitergehend bestätigt (Glaser, Van Horn et al.2005).⁶

Da die Befragung letztendlich das Ziel hat, Prioritäten der Prävention in Sozialräumen festzulegen, wurde in einer weiteren Studie untersucht, ob die Varianzen groß genug sind, um signifikante Unterschiede darzustellen. Dafür wurden die auf der individuellen Ebene erhobenen Daten durch eine Mehrebenenanalyse aufbereitet und untersucht. Daraus wurden dann Intraklassenkorrelationen berechnet (Hawkins, Van Horn, Arthur 2004). Mit diesem Test wurde geprüft, ob die Grundannahme des CTC-Programms, mit einem epidemiologischen Ansatz zu arbeiten, gerechtfertigt ist. Denn nur wenn die Daten unterschiedlicher Sozialräume sich signifikant unterscheiden, kann eine Risiko- und Schutzfaktorenorientierung auf der aggregierten räumlichen Ebene gerechtfertigt werden. Die Identifikation von Präventionsbedarfen kann dann jeweils aus der sozialräumlichen Abweichung von statistischen Mittelwerten berechnet werden. Die statistische Differenz zwischen den Sozialräumen steigt mit der Homogenität innerhalb der Sozialräume und nimmt deswegen mit zunehmender Sozialraumgröße ab (ebenda:214). Die Studie wurde in kleinen und mittleren Städten durchgeführt. Dabei wurden keine Vororte oder Stadtteile miteinbezogen. Die Analyse zeigte, dass in dieser Studie die Differenzen zwischen den Sozialräumen signifikant waren und dass die Korrelationen zwischen Risiko-/Schutzfaktoren und Problemverhalten, die in der Befragung auf der individuellen Ebene gemessen wurden, auch auf der aggregierten Sozialraumebene nachgewiesen werden konnten.

2.2 Präventive Maßnahmen und Präventionskonzept

Die Erkenntnisse aus der Forschung zu Risiko- und Schutzfaktoren sollen durch CTC nutzbar gemacht werden, um effektive präventive Maßnahmen für Verhaltensproblematiken zu entwickeln und auszuwählen. Bisherige Präventionsprojekte im Bereich der Drogenprävention waren oft nur auf kurzfristige Erfolge ausgerichtet oder verfehlten gar den Erfolg. So hatte beispielsweise das Verbot von Drogen nicht die intendierten Wirkungen hervorgebracht (Hawkins/Catalano/Miller 1992:88). Stattdessen werden mit CTC auch die Risikofaktoren, die nicht direkt im Kontext des Drogenkonsums stehen, und vor allem auch die Schutzfaktoren beachtet. Insbesondere soll frühzeitig eine gesunde Entwicklung von Heranwachsenden entsprechend der sozialen Entwicklung gefördert werden (ebenda:92). Eine weitere Forderung ist es, die Populationen mit dem höchsten Risikoniveau zu identifizieren, damit eine wirksame und effektive Prävention möglich wird (Hawkins/Catalano/Miller 1992:97).

Hawkins nennt folgende Grundprinzipien der präventiven Intervention (Hawkins, Catalano et al. 1992:45):

⁶ In der Literaturanalyse wurde bisher keine Information über die Weiterentwicklung des Fragebogens gefunden, beispielsweise die Messung der bisher fehlenden Risiko-Schutzfaktoren.

- Der Fokus liegt auf der Reduzierung von bekannten Risikofaktoren durch die Förderung von Schutzfaktoren.
- Risikofaktoren sollen in der richtigen Entwicklungsstufe angesprochen werden; dieser ist der früheste Zeitpunkt, zu dem sie als stabile Prädiktoren auftreten.
- Interventionen sollen vor den Problemen beginnen, z.B. bezüglich Drogenkonsum.
- Risikobelastete Heranwachsende werden durch die Orientierung auf Sozialräume mit einem hohen Risikoprofil erreicht.
- Unterschiedliche Faktoren sollen in einer integrierten Strategie angegangen werden.

Die Risikomatrix soll eine multiperspektivische Grundlage für eine frühzeitige Prävention vielfältiger Problemverhalten bieten. Hawkins, Catalano und Miller (1992) unterscheiden in einer Zusammenstellung von Risikofaktoren für Drogenkonsum zwischen (a) den legalen und kontextbezogenen Einflussfaktoren wie Gesetzgebung, Zugänglichkeit von Drogen und relativer Deprivation, (b) den Einflussfaktoren auf der individuellen Ebene und (c) den Einflussfaktoren in der sozialen Umgebung von Jugendlichen (ebenda:65). Frühzeitigen Risiko- und Schutzfaktoren in der sozialen Umgebung wird nach dem SDM-Modell die höchste Bedeutung zugesprochen. Hawkins, Catalano und Miller belegen diese Aussage auf der Basis von vorliegenden Längsschnittuntersuchungen von Präventionsprogrammen und deren Wirkungsevaluationen (ebenda:86). In Hinblick auf die Präventionspraxis wird angemerkt, dass viele der bekannten Risikofaktoren nicht zu beeinflussen sind, wie beispielsweise pränataler Drogenkonsum. Allerdings könnten einige Risikofaktoren durch Schutzfaktoren moderiert werden, so dass hier weitergehende Ansätze zur Prävention erschlossen werden könnten (Hawkins, Catalano und Miller 1992:86). Das bereits mit dem SDM-Modell vorgestellte Schutzfaktorenprinzip ermöglicht konzeptionell, die Vulnerabilität zu verringern und die Resilienz zu erhöhen.

Das Programm CTC wurde nicht nur in dieser Hinsicht aus der Logik von Ansätzen aus der Gesundheitsvorsorge entwickelt. Dort werden seit längerem auf Risiko- und Schutzfaktoren bezogene Präventionsprogramme erfolgreich umgesetzt. Nachdem beispielsweise bekannt wurde, dass Rauchen zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen kann, wurden einerseits Programme zur Förderung von Schutzfaktoren wie Sport gefördert und andererseits Programme zur Verringerung von Risikofaktoren wie Rauchverbote (Hawkins 1999:445). Dieser Präventionsansatz soll auch für die Prävention von Jugenddelinquenz nutzbar gemacht werden. Der Präventionsansatz des CTC-Modells basiert sowohl auf dem theoriebasierten SDM-Modell, das die Seite der Schutzfaktoren präsentiert, als auch auf der Sammlung von Risikofaktoren aus der Längsschnittforschung zur Delinquenzentwicklung.

Das Ziel von CTC ist es, die bisherigen sozialraumorientierten Präventionsprogramme durch wissenschaftliche Erkenntnisse effektiver zu machen (Hawkins, Catalano et al. 1992:3ff). Dabei wird der Ansatz der ‚*comprehensive intervention*‘ favorisiert. Dies bedeutet, auf das gesamte Umfeld der Heranwachsenden einen positiven Einfluss auszuüben. Hier bieten vor allem die sozialen Kontexte der Familie und Schule sowie des Sozialraums erfolgversprechende Ansatzpunkte für Interventionen (Catalano, Arthur et al. 1996:251). Sozialraumbezogene Präventionsansätze können bis auf das Chicago Area Project in den 1930er Jahren zurückgeführt werden. Dieser

kontextbezogene Ansatz stand damals in scharfen Kontrast zu den „*child guidance clinics*“, in denen das Verhalten der Jugendlichen direkt beeinflusst werden sollte (ebena:250). Seit den 1990er Jahren werden in den Vereinigten Staaten die Verantwortung der Kommunen für die Kriminalprävention betont und sozialräumliche Präventionsstrategien gefördert. Grundsätzlich setzen die Interventionen damit an *der sozialen Umgebung der Heranwachsenden* an. Es handelt sich also *nicht um eine individuelle* Prävention, sondern um einen ‚sozialökologischen‘ Ansatz, der den Bezug von Individuum und Umwelt in den Blick nimmt und zu beeinflussen versucht. CTC soll dazu beitragen, die Prävention lokal in den Händen der Gemeinde durchzuführen und zu steuern. CTC setzt am sozialräumlichen Profil von Risiko und Schutzfaktoren an und versucht so kommunale Ressourcen bedarfsorientiert zu steuern. Wenn in einem Sozialraum ein bestimmter Risikofaktor als erhöht bzw. besonders bedeutend identifiziert wurde, dann wird davon ausgegangen, dass insbesondere Risikogruppen von den darauf ausgerichteten Präventionsangeboten profitieren. Das heißt, dass auch Jugendliche ohne einen Hintergrund von Risikofaktoren über das CTC-Programm erreicht werden. Hawkins sieht darin den Vorteil, dass eine Stigmatisierung durch Präventionsprogramme verhindert werden kann und dennoch Risikogruppen erreicht werden können (Hawkins 1999:46).

Der CTC-Ansatz wurde aus dem Gesundheitsbereich übertragen und lässt sich der Einstufung von Caplan nicht einfach zuordnen⁷: Die primäre Prävention versucht negative Entwicklungen zu vermeiden, bevor es zu spezifischen Problemen kommt. Die sekundäre Prävention bezieht sich auf Risikogruppen, bei denen eine negative Entwicklung als wahrscheinlich angesehen wird. Die tertiäre Prävention könnte auch Rehabilitation genannt werden; es geht darum, nach dem Auftreten eines (Verhaltens-) Problems dessen Fortsetzung zu verhindern. Dieser Ansatz soll durch CTC ausdrücklich nicht verfolgt werden, sondern es soll frühzeitig angesetzt werden, möglichst bevor Probleme sichtbar werden. Nach dem SDM-Modell kann Prävention immer nur zweiseitig in Bezug auf den Jugendlichen und sein soziales Umfeld erfolgen, da es um die Entwicklung von prosozialen Beziehungen geht. Dafür müssen die Heranwachsenden Fähigkeiten und Kompetenzen entwickeln, aber diese Beziehungsfähigkeit muss auch von der sozialen Umgebung ermöglicht und vor allem belohnt werden. Der Präventionsansatz von CTC setzt deswegen auf der sozialräumlichen Ebene an und somit nicht (nur) am Individuum. Der selektive Bezug auf die Risikobevölkerung erfolgt lediglich indirekt, indem die Verteilung und Ausprägung von Risiko- und Schutzfaktoren gemessen wird. Insofern passt CTC nicht einfach in die oben genannten Klassifizierungen hinein. Diese Einteilung kann in Bezug auf die Zielgruppenorientierung nach Gordon in universale (Gesamtbevölkerung), selektive (Risikogruppen) und indizierte (Einzelpersonen) erfolgen (Gordon 1983)⁸. In CTC werden Risikogruppen entsprechend dieser Logik auf einer sozialräumlichen Ebene identifiziert und die Maßnahmen können daraufhin sowohl universal, selektiv als auch indiziert gestaltet werden.

Hawkins und Weis listeten bereits 1985 eine Reihe von Programmen und Interventionen auf, die in den Bereichen Familie, Schule und Nachbarschaft die Chancen und die Fähigkeiten zur Partizipation und die Aussicht auf positive Rückmeldungen erhöhen sollten (Hawkins/Weis 1985:81

⁷ nach Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books

⁸ Gordon, R. S. (1983): An operational classification of disease prevention. In: Public Health Reports, 98, S. 107–109.

ff). Das Buch „Communities That Care“ (Hawkins, Catalano et al. 1992) enthält weitere erprobte Ansätze der Prävention von Suchtverhalten, die auf dem SDM-Modell aufbauen. Auch hier setzt die Prävention an der Schnittstelle zwischen Heranwachsenden und den Bereichen Familie, Schule, Sozialraum sowie (Massen-) Medien an. Die Prävention soll einerseits durch die Förderung von Sozialkompetenzen erreicht werden, aber auch durch die Verbesserung der Kommunikation und Interaktion zwischen den Heranwachsenden und ihrer (pro-) sozialen Umgebung. Im Vergleich zu den derzeit von CTC gelisteten Präventionsprogrammen (vgl. dazu die Internetadresse: www.ncadi.samhsa.gov/features/CTC/) fällt auf, dass es sich teilweise um Vorschläge zu Strukturveränderungen handelt, die über spezifische Präventionsprogramme weit hinaus gehen. So wird beispielsweise vorgeschlagen die Lehrmethoden interaktiver (*interactive teaching*) zu gestalten und die Schulen zu verkleinern (*schools within a school*) (Hawkins/Weis 1985:84). Prinzipiell soll die Kooperation im Verhältnis zu Wettbewerb unter den Schülern, beispielsweise durch veränderte Notensysteme, aufgewertet werden, damit prosoziale Bindungen leichter aufgebaut werden können. Auch neue Schulfächer wie „life skills training“ sollen die Jugendlichen dazu befähigen, Konflikte besser durch Kommunikation zu steuern und ihre Beziehungsfähigkeit zu verbessern. Auch auf der Gemeindeebene wird vorgeschlagen, im Rahmen von „Youth Development Projekten“ die Chancen für Partizipation auszubauen und die Fähigkeiten dazu zu fördern. Insgesamt wird damit eine positive Gestaltung der Rahmenbedingungen gefordert, die den Jugendlichen eine Bindung an die Gesellschaft und ihre Normen ermöglicht. Der SDM-Rahmen soll jedoch prinzipiell dazu genutzt werden, dass *jede* Organisation oder Institution sich die Frage stellt, wie sie Jugendliche dabei unterstützt, sich zu beteiligen, und diese Beteiligung positiv bestärkt bzw. belohnt (ebenda; Hawkins 1999).



In den Veröffentlichungen der SDRG wird betont, dass es in besonderem Maße darauf ankomme, evaluierte Programme zu verwenden (Hawkins, Catalano et al. 1992:49).⁹ Der Bezug auf Evaluation wird als einziger Weg gesehen, eine effektive Prävention zu leisten (ebenda). Dies gilt für die Auswahl der Programme, aber auch die Durchführung der Programme im eigenen Sozialraum. Evaluation soll ein integraler Bestandteil der CTC-Strategie sein und somit nicht nur als Handlungsgrundlage genutzt werden, sondern auch dazu beitragen, die Wissensbasis zu erweitern. Die Entwicklung von wirksamen Präventionsprogrammen und die Sammlung evaluiert Programme ist daher ein weiterer grundlegender Baustein der Programmentwicklung von CTC. Seit dem ersten Aufsatz über das SDM-Modell (Hawkins/Weis1985) wird die Liste der wirksamen Programme ständig weiter entwickelt (Fagan/Hanson 2008). An der University of Washington wurden dabei vor allem Programme entlang der Logik des SDM-Modells entwickelt und evaluiert, beispielsweise im Rahmen der Studie „Preparing for the drug free years“ (vgl. Haggerty, Kosterman, Catalano, Hawkins (1999)). In CTC wurde allerdings auch das gesamte Spektrum evaluiert Ansätze übernommen; derzeit liegen 56 effektive Programme für die USA im „Prevention Strategies Guide“ (vgl. www.preventionplatform.samhsa.gov) vor.

Das Kriterium für eine positive Bewertung ist nicht nur die Veränderung des Risikofaktors, sondern auch eine Verringerung des jeweiligen Problemverhaltens, also Drogenmissbrauch, Delinquenz, Teenagerschwangerschaft, Schulabbruch oder Gewalt. Die Programme werden nach

⁹ Über die Entwicklung einer Datenbasis wird an anderer Stelle berichtet (vgl. 2.2)

Altersgruppen von pränatalen Interventionen bis ins späte Jugendalter spezifiziert. Sie setzen entsprechend des Bezugsrahmens des Programms an den Bereichen Sozialraum, Schule, Familie und auch am Individuum an. Außerdem werden nach der Zielgruppenorientierung universale, zielgruppenorientierte und indizierte Angebote spezifiziert. Es werden in der Angebotsliste von CTC nur solche aufgeführt, die über Programmmaterialien wie Handbücher und Training verfügen. So soll erreicht werden, dass eine (bereits erfolgreiche) Präventionsmaßnahme möglichst genau repliziert werden kann. Die Kosten der Angebote werden nicht spezifiziert, aber die relevanten Ansprechpartner für den Projektvertrieb genannt. Die Angebote werden entsprechend einer Zuordnung von Risiko- und Schutzfaktoren aufgelistet, um die Passung der präventiven Angebote zum Sozialraumprofil zu ermöglichen (s. Abbildung 3).

Teenage Health Teaching Modules (THTM)

Target Audience  General	Operating Domain(s)  School
--	--

Protective Factors Addressed:

- Opportunities
- Skills

Risk Factors Addressed:

- Early initiation of the problem behavior
- Favorable attitudes toward the problem behavior
- Friends who engage in the problem behavior

Program Materials Available:

- Curriculum/program manual
- Training of trainers
- Technical assistance
- Program description
- Videotapes
- Evaluation tools
- Training of clients
- Implementation guide
- Training of program implementers

National Recognition:

- SAMHSA Promising Program
- Safe, Disciplined, and Drug-Free Schools Promising Program

Abbildung 3: Beispiel eines Arbeitsblatts aus dem „Prevention Strategies Guide“

Quelle: SAMHSA/NIZW www.preventionplatform.samhsa.gov

Durch die Zusammenstellung unterschiedlicher Programme soll in den Sozialräumen eine möglichst umfassende und kohärente Präventionsstrategie geplant und umgesetzt werden. Deswegen wird empfohlen in Bezug auf die einzelnen Risikofaktoren an den verschiedenen

Domänen Familie, Schule, Gleichaltrige und Sozialraum gleichzeitig anzusetzen (Hawkins, Catalano et al 2002:965). Damit sollen Synergie-Effekte ermöglicht und die Zielgruppenerfassung optimiert werden. Zu diesem Zweck sollen auch Umsetzungspläne erstellt werden, in denen festgelegt wird, was zu welchem Zeitpunkt von wem implementiert wird. Zudem sollte der gesamte Umsetzungsprozess beobachtet und die Qualität sichergestellt werden (ebenda).

Eine Herausforderung für die Implementierung bereits existierender Programme ist die Sicherstellung der Umsetzungsgenauigkeit („fidelity“). Deswegen werden nur Programme empfohlen, für die ausreichende Materialien vorliegen. In vielen sozialräumlichen Präventionsprojekten wurde festgestellt, dass die Programme nicht genau und qualitativ umgesetzt wurden. Eine nationale Evaluation von schulbasierten Programmen stellt fest, dass nur in 19% der Bezirke die Programme genau umgesetzt wurden, in den anderen waren die Lehrer nicht dafür qualifiziert worden, die notwendigen Materialien lagen nicht vor, oder es wurden für die Zielgruppen unpassende Programme ausgewählt (Fagan, Hanson et al. 2008:257). Allerdings wurden bisher selten größere Studien durchgeführt, die die Qualität der Umsetzung tatsächlich tiefenscharf messen, z.B. ob die Lehrinhalte auch qualitativ vermittelt wurden. Einen Überblick über den Forschungsstand liefern z.B. Durlak/DuPre (2008). Im Rahmen der Community Youth Development Study (CYDS) wurde deswegen zwischen 2004 und 2006 die Umsetzung von 16 Präventionsprogrammen in 12 Gemeinden evaluiert (vgl. Abschnitt CTC in den USA).

Die Kriterien, die im Rahmen von CTC als wichtig für eine qualitativvolle Umsetzung definiert wurden, umfassen die Aufrechterhaltung des originalen Programms („adherence“), die erzielte Dosis der Umsetzung („dosage“), die Qualität der pädagogischen Umsetzung („quality of delivery“), die Empfänglichkeit für die Programminhalte („participant responsiveness“), die Teilnahmequote am Programm („programm participation“) sowie Hindernisse der Umsetzung („implementation challenges“) (ebenda). Für die Kriterien wurde eine Checkliste zur Selbstevaluation der Durchführenden von Präventionsprogrammen erstellt. In der CYDS wurden für alle Präventionsprogramme sehr gute Ergebnisse erzielt; die Antworten in einigen Bereichen sind jedoch eventuell nicht belastbar, da bei Selbstbeobachtung häufig zu positive Effekte genannt werden (ebenda:273). Andererseits kann dieses Instrument ohne die Hilfe von Wissenschaftler/innen in den Sozialräumen angewendet werden.

Obwohl die meisten Programme gut umgesetzt werden konnten, wurden auch einige Schwierigkeiten deutlich. Die Vermittlung der gesamten Lehrinhalte ist zumeist zeitintensiv und zugleich ist es schwierig, das Interesse der Teilnehmer/innen zu halten. Durch eine gezielte interaktive Festlegung von Präventionsprogrammen und vor allem durch nicht zu inhaltsbeladene Programme könnte hier eine Erleichterung erzielt werden (ebenda:274). Besonders bei Elterntrainingsprogrammen war es häufig schwierig, die geeigneten Teilnehmer/innen zu gewinnen und dann die Teilnahme während des gesamten Projekts zu halten. Die Programme der CYDS wurden durch ein CTC Präventionsteam und zusätzlich von Wissenschaftlern begleitet. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Kontrolle der Programmdurchführung einen (positiven) Effekt auf die Qualität der Umsetzung hatte (vgl. lokale Handlungskoalition im nächsten Abschnitt).

3 Erfahrungen der Prozessevaluation von CTC

Der derzeitige CTC-Ansatz ist durch fünf Phasen gekennzeichnet, die in den CTC Handbüchern spezifiziert werden (vgl. Abbildung 4). Für jede Arbeitsphase liegt ein genaues Aufgabenprofil vor und eine Arbeitshilfe zur Selbsterfassung der erreichten Benchmarks.

DIE PHASEN UND DIE DAZUGEHÖRIGEN ZIELE

Phase 1: CtC vorbereiten

- Die Einbindung einer begrenzten Anzahl von Personen/Organisationen in CtC.
- Die Definition von Rahmenbedingungen für eine gut verlaufende Einführung von CtC.
- Der Überblick über die Faktoren des jeweiligen Viertels, die den CtC-Prozess beeinflussen können.
- Die Vorbereitung der CtC-Schülerumfrage.

Phase 2: CtC einführen und Rückhalt für CtC schaffen

- Die Durchführung der CtC-Schülerumfrage.
- Die Zusammensetzung und Gründung einer CtC-Lenkungsgruppe.
- Die Zusammensetzung und Gründung eines CtC-Gebietsteams.
- Die Information und Einbindung des betreffenden Gebietes in den CtC-Prozess.

Phase 3: CtC-Gebietsprofil erstellen

- Das Sammeln und Analysieren von Daten über Problemverhalten, Risikofaktoren und Schutzfaktoren im Gebiet.
- Das Priorisieren der Risikofaktoren und der Schutzfaktoren.
- Die Beschreibung und Analyse der bestehenden präventiven Programme und Aktivitäten in dem Gebiet.
- Die Erstellung eines CtC-Gebietsprofils.

Phase 4: CtC-Aktionsplan erstellen

- Die Ziele, die die CtC-Strategie im Hinblick auf Problemverhalten, Risikofaktoren und Schutzfaktoren langfristig erreichen will, sind formuliert.
- Es wurde ein Plan erstellt, in dem Programme/Einrichtungen in dem Viertel ein integriertes Angebot bereitstellen, um die Risikofaktoren abzuschwächen und die Schutzfaktoren zu verstärken.
- Rückhalt für den CtC-Präventionsplan schaffen.

Phase 5: CtC-Aktionsplan einführen

- Die Schaffung einer Organisationsstruktur für den CtC-Prozess, die die Einführung des CtC-Aktionsplans unterstützt.
- Die Durchführung von Evaluationen und die Nachbesserung des CtC-Aktionsplans.
- Die langfristige Sicherung des Rückhalts für den CtC-Prozess an dem Standort.

Abbildung 4: Phasenplan der Umsetzung von CTC (deutsche Übersetzung)

Quelle: www.lpr.niedersachsen.de/Landespraeventionsrat//Module/Publikationen/Dokumente/CTC-infotext_F447.pdf 08/09

Die CTC-Umsetzung wird in den USA durch sechs Schulungen begleitet, zahlreiche Arbeitsmaterialien stehen im Internet unter <http://prevention.platform.samhsa.org> bereit. Durch diese Vorstrukturierung der Planung und Umsetzung des sozialräumlichen

Präventionsprogrammes soll erreicht werden, dass ein wissenschaftlich basiertes Vorgehen eine sich verbreitende Anwendung findet. Die Umsetzung des CTC-Programms wird durch Materialien und Trainings sowie durch ‚programmbegleitende Beratung‘ unterstützt, die je nach Land und Programm unterschiedlich ausgeprägt sind. Durch die Zertifizierung von Trainern und die Vereinheitlichung der Handbücher und Fragebögen wird die Einheitlichkeit des Programms gewahrt.

Die Umsetzung von CTC wurde in verschiedenen internationalen Studien und Evaluationen wissenschaftlich untersucht. Sie können nicht direkt miteinander verglichen werden, da die Bedingungen der Umsetzung unterschiedlich waren. Im Folgenden werden die Community Youth Development Study (CYDS) in den USA sowie die nationalen Evaluationen aus England, Schottland und den Niederlanden betrachtet. Außerdem werden Ergebnisse einer Vergleichsstudie in den Vereinigten Staaten und den Niederlanden vorgestellt.

3.1 CTC in den USA (CYDS)

Die Umsetzung von CTC wurde erstmalig im Rahmen der *Community Youth Development Study* (CYDS) von 2003 bis 2008 als randomisierter Kontrollgruppenversuch untersucht (Brown, Hawkins et al. 2007; Hawkins, Catalano et al. 2008; Quinby/Hanson 2008; Fagan/Hanson 2008). In dieser Vergleichsgruppenstudie wurden 12 Paare von Gebieten gebildet, die zwischen 1.500 und 41.000 Einwohnern umfassten und die jeweils eine Interventionskommune mit CTC und eine Vergleichskommune ohne CTC beinhalteten. Die Untersuchungskommunen hatten bereits zuvor an einer Studie, dem *Diffusion Project*, zur Umsetzung von Drogenprävention teilgenommen und keine messbaren Verbesserungen der Umsetzung von evaluierten Programmen erreicht (Hawkins, Catalano et al. 2008:183). Den Kommunen, die im Anschluss daran CTC einsetzten, wurde neben den Schulungsveranstaltungen und technischer Unterstützung auch die Finanzierung eines Koordinators als Vollzeitstelle sowie 75.000 \$ (USA) jährlicher Unterstützung zur Umsetzung der Präventionsstrategie zur Verfügung gestellt (Quinby, Hanson 2008). Die Koordinatoren für den Prozess wurden gemeinsam von Akteuren aus dem Sozialraum und dem Begleitungsteam der SDRG ausgewählt. Jedes Jahr nahmen die Koordinatoren an einem dreitägigen Workshop teil, auf dem die Aufgaben für das kommende Jahr erarbeitet wurden. Die CTC-Kommunen haben die fünf Phasen typischerweise in einer Zeitspanne von 9 bis 11 Monaten durchlaufen (ebenda:316). Die erste und hier rezipierte Auswertung der CYDS erfolgte nach 18 Monaten (Quinby, Hanson 2008).

In der ersten CTC-Phase prüften lokale Akteure den Kontext für die Umsetzung von CTC und die Handlungsbereitschaft in ihren Sozialräumen. Nachdem sie zu einer positiven Bewertung gekommen waren, wurde der CTC-Prozess vorbereitet. In der zweiten Phase wurde eine halbtägige Schulung der ‚*key leaders*‘ und der ‚*community boards*‘ abgehalten, in denen Arbeitsgruppen zur Umsetzung von CTC gebildet wurden. Die Koordinatoren hatten in Phase zwei vor allem die Aufgabe, diese Arbeitsgruppen zusammen zu stellen. In einigen Sozialräumen wurde auf bestehende Koalitionen zurückgegriffen, in den meisten Gebieten wurden jedoch neue Verbünde gebildet. Die ‚*community boards*‘ hatten zwischen 18 und 76 Mitgliedern (ebenda:318). In der dritten Phase wurden dann der Schulsurvey und eine weitere Schulung der Arbeitsgruppe zur Bewertung der Risiko- und Schutzfaktoren durchgeführt. Eine weitere Arbeitsgruppe, die für die

Umsetzung der Präventionsprogramme zuständig ist, erhielt in dieser Phase eine weitere Schulung zur Bewertung der Ressourcen und der bestehenden Präventionsprogramme. (Anm. d. Verf.: In der CYDS wurden die Präventionsprogramme nur für die Schulklassen 5 bis 9 geplant, um zu schneller messbaren Ergebnissen zu gelangen als bei Frühpräventionsprogrammen, die ihre Wirkung erst nach vielen Jahren zeigen). In der vierten Phase wurden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen von den *community boards* überarbeitet und ein gemeinsamer Handlungsplan entwickelt (ebenda:318). Als Unterstützung bei der Erstellung des Handlungsplans wurde eine weitere Schulung angeboten, die den Akteuren helfen sollte, evaluierte und passende Programme aus der bestehenden CTC-Programmsammlung auszuwählen. In den Modellkommunen wurden zwischen einem und vier Programmen ausgewählt. Die Präventionspläne aus den Sozialräumen wurden durch die programmbegleitende Beratung der CYDS durchgesehen und auf ihre Machbarkeit und Qualität hin bewertet. Auf der Basis dieser Rückmeldungen wurden die Pläne noch einmal überarbeitet und die fünfte Phase begonnen, in der die Umsetzung der Prävention erfolgt. In dem fünften Workshop wurden die Kriterien der Umsetzung und der Qualitätsbewertung vermittelt, um eine qualitätsvolle und genaue Anwendung der ausgewählten Programme sicherzustellen (ebenda:319). Der CTC-Prozess sollte von dort aus weitergeführt werden und alle zwei Jahre eine Schülerbefragung sowie eine Überarbeitung des Handlungsplans erfolgen.

Die Qualität der Umsetzung von CTC wurde in der CYDS mit einem Bewertungsinstrument gemessen, in dem Meilensteine und Benchmarks bestimmt wurden. Nach jedem Training bewerteten die Koordinatoren sowie die programmbegleitende Beratung der CYDS und die CTC-Trainer die Arbeitsergebnisse der letzten Arbeitsphase auf ihre Vollständigkeit hin (ebenda:321). Die Teilnahmeraten an den Trainingsveranstaltungen reichte von 41% bis zu 100% der Handlungskoalitionen. Nach den Schulungsveranstaltungen konnten signifikante Verbesserungen im Verständnis von Prävention festgestellt werden. Diese erzielten Effekte im Bereich des Wissens und des Verständnisses korrelierten deutlich mit dem langfristigen Erfolg von CTC. Das Verständnis und auch die Partizipation sowie die Motivation, an CTC mitzuwirken, wurden dadurch positiv beeinflusst (ebenda:322). In allen Modellkommunen wurden die Meilensteine zu mindestens 90% im Durchschnitt der Bewertungen erreicht, wobei diese nicht stark voneinander abweichen (ebenda:325). Mindestens 6 der 12 Modellkommunen bewerteten 5 der Benchmarks jedoch als ‚herausfordernd.‘

In der ersten Phase war es teilweise schwierig, eine Handlungskoalition zu bilden und einen anerkannten Projektverantwortlichen zu finden. In einigen Gemeinden gab es bereits Handlungskoalitionen im Jugendbereich, die jedoch anders als CTC ausgerichtet waren. Der Verweis auf Risikofaktoren als Ansatzpunkte für unterschiedliche Entwicklungsprobleme und die Möglichkeit, die Daten des Schülersurvey gemeinsam zu nutzen, waren hier erfolgreiche Überzeugungsmomente. Außerdem wurde auch die Möglichkeit genutzt, CTC an bestehende Handlungskoalitionen anzubinden. Dies führte in der Umsetzungsphase allerdings teilweise zu Koordinationsproblemen (ebenda:327).

In Phase drei wurde die Aufgabe, neben dem Schülersurvey statistische Daten zum Risiko- und Schutzprofil im Sozialraum aufzubereiten, als Herausforderung beschrieben (ebenda:325).

Außerdem hatten viele Kommunen Schwierigkeiten, ausreichende Ressourcen für den identifizierten Bedarf zu mobilisieren.

Eine Häufung von Herausforderungen fand dann in Phase 4 statt, in der sich die Handlungskoalition auf einen gemeinsamen Handlungsplan einigen soll (ebenda:328). Zwei Themen werden besonders hervorgehoben. Erstens fehlte in sieben von zwölf ‚community boards‘ die Unterstützung entscheidender Akteure für die Umsetzung des Handlungsplans, obwohl diese in sechs Fällen von Anfang an in CTC eingebunden waren. Weiterhin gab es Umsetzungsprobleme in den Schulen: In fünf Gemeinden sollten Programme in Schulen umgesetzt werden, die in den Lehrplan eingriffen. Lehrzeit konnte bzw. sollte jedoch nicht von den Kernfächern abgezogen werden und zusätzliche Ressourcen zur Unterrichtung standen nicht zur Verfügung (ebenda:328). In diesen Fällen wurden schulnahe extracurriculare Programme ausgewählt, in der Hoffnung diese zu einem späteren Zeitpunkt in den Lehrplan aufnehmen zu können. Im Ergebnis konnten die Projektziele von CTC trotz bestehender Schwierigkeiten jedoch in allen Gemeinden zufriedenstellend erreicht werden.

Im Vergleich zu den CTC-Sozialräumen waren die Ergebnisse in den Vergleichsräumen zwischen 2001 und 2004 deutlich unterschiedlich (Brown, Hawkins et al. 2007). Die Vergleichskommunen hatten zu einem geringeren Anteil auf einen wissenschaftlich basierten Präventionsansatz zurückgegriffen (ebenda:185). Die intersektorale Zusammenarbeit hatte sich in den CTC-Kommunen deutlich verstärkt, war in den Vergleichskommunen aber rückläufig. Derselbe Trend findet sich etwas schwächer auch für den Bereich der Kooperation in der Prävention wieder. Insgesamt kann CTC als Steuerungsinstrument als erfolgreich bewertet werden. Die Auswirkungen auf die Risiko- und Schutzfaktorenprofile und letztendlich die Entwicklung der Jugendlichen zeigen positive Ergebnisse (Hawkins, Oesterle et al. (2009)). Bei Schüler/innen der Klassen 5 bis 8 aus den Kontrollgemeinden, die nicht an CTC teilnahmen, lag die Wahrscheinlichkeit, delinquentes Verhalten zu zeigen, deutlich höher als bei den Schüler/innen aus den CTC Gemeinden. Auch die Prävalenz der Schüler/innen, die zwischen der siebten und achten Klasse begannen, Alkohol und Tabakprodukte zu konsumieren, war in CTC-Kommunen signifikant geringer (ebenda:795).

3.2 CTC in den Niederlanden

Eine quantitativ ausgelegte Prozessevaluation von CTC wurde in Kooperation mit der CYDS auch in 10 Modellkommunen in den Niederlanden durchgeführt. So kann CTC (erstmalig) international vergleichend bewertet werden (vgl. Haggerty, Jonkman et al. 2008). Bevor diese Studie durchgeführt wurde, lagen Erkenntnisse aus der qualitativen Evaluation von vier Modellprojekten vor. Da diese Evaluation nur in holländischer Sprache verfasst wurde, wird auf zwei Texte in deutscher Fassung zurückgegriffen (Jonkman/Vergeer 2002; Jonkman, Junger Tas et al 2005). Die Ergebnisse der qualitativen und der quantitativen Evaluation werden in diesem Abschnitt zusammenfassend dargestellt.

Der Hintergrund für die Einführung von CTC in den Niederlanden war ein Anstieg der Jugendkriminalität, vor allem bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Jonkman/Vergeer 2002:119). Zwei Berichte, die 1996 und 1997 von Junger-Tas im Auftrag des Justizministeriums

erstellt wurden, empfahlen unter anderem den Einsatz von CTC als Steuerungsinstrument einer zielgerichteten und frühzeitigen Prävention von Problemverhalten. Die Ministerien für Justiz und das Gesundheitsministerium unterstützten auf der Basis dieser wissenschaftlichen und politischen Vorarbeit die Einführung von CTC in den Niederlanden und finanzierten vier Modellprojekte für den Zeitraum von drei Jahren (ebenda:120). Ausgewählt wurden Sozialräume in Amsterdam, Rotterdam, Arnhem und Zwolle. Das Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) begleitete den Prozess der Einführung von CTC, der von der DSP-Groep, einem privaten Beratungsunternehmen, evaluiert wurde.

Die Umsetzung von CTC begann mit der Übertragung von Instrumenten aus den USA und deren Anpassung an den niederländischen Kontext (Jonkman, Junger Tas et al 2005). So wurde der Fragebogen in Bezug auf Schutzfaktoren ergänzt und Fragen zu Schusswaffen und harten Drogen wurden aufgrund fehlender Verbreitung gekürzt (ebenda:108). Auch das Quellenbuch mit den effektiven Präventionsprogrammen musste für den niederländischen Gebrauch umgearbeitet werden. Allerdings lagen zu Beginn keine verlässlichen Studien zur Effektivität der vielfältigen Präventionsprogramme in den Niederlanden vor. Der Entwurf eines angepassten Quellenbuches „Vielversprechend und Effektiv“ wurde im Jahr 2000 in den Modellkommunen angewendet; in den folgenden Jahren wurde es weiter entwickelt (ebenda:109).

Die Pilotgemeinden beauftragten lokale Projektleiter, die zwei bis vier Tage wöchentlich mit dem Projekt beschäftigt waren (ebenda:128). Zwei Projektleiter hatten ihren Arbeitsplatz vor Ort, die anderen nicht. Die Projektleiter führten in der ersten Projektphase Gespräche mit Schlüsselpersonen, um CTC in die Aktivitäten vor Ort zu integrieren. In allen Sozialräumen bestanden unterschiedliche Entwicklungspläne, und es war klar, dass diese mit CTC abgestimmt werden mussten (ebenda:129). Nicht immer war es leicht, den Mehrwert und die Chancen von CTC zu vermitteln. Am wichtigsten war das Orientierungstreffen mit Schlüsselpersonen: Das NIZW führte nach der Identifizierung der wichtigsten Schlüsselpersonen („key leader“) ein Orientierungstreffen der Lenkungsgruppe („key leader board“) durch. Eine große Gruppe (über 27 Personen) wurde später reduziert, da die Beschlussfassung in dem komplexen Rahmen zu schwierig verlief (ebenda:129). Neben den Lenkungsgruppen wurden auch Präventionsteams („community boards“) gegründet, die überwiegend aus Professionellen der Kinder- und Jugendhilfe bestanden. Da diese in ihren Rollen weitgehend ausgelastet waren und nur zu einem geringen Anteil zusätzliche Arbeit übernehmen konnten, wurde auf die dreitägige Schulung, die in den USA entwickelt wurde, verzichtet. Stattdessen wurden Arbeitsbesprechungen in kleineren Gruppen durchgeführt (ebenda:130).

Die erste Schülerbefragung wurde im Jahr 2000 durchgeführt. Auf der Suche nach ergänzenden relevanten Daten wurde die Schwierigkeit deutlich, dass diese sich sowohl auf unterschiedliche Definitionen von Problemen, Zeiträume wie auch auf unterschiedliche Sozialräume beziehen und dass nationale Referenzdaten fehlten (ebenda:131). Die Arbeitsgruppe verwendete deswegen nicht zuletzt ‚gesunden Menschenverstand‘ und lokales Wissen, um die wichtigsten Risikofaktoren auszuwählen (ebenda:132). Als weiterer Schritt wurde durch eine andere Arbeitsgruppe eine ‚Stärkenanalyse‘ („resource assessment“) durchgeführt, in der die bisherigen Programme im Sozialraum aufgelistet wurden. Es wurde insgesamt festgehalten, dass die derzeitigen Programme

weder qualitativ noch quantitativ ausreichend evaluiert wurden (ebenda: 133). In drei Projektgemeinden, unter der Ausnahme von Arnhem, konnte CTC bis in die Umsetzungsphase geführt werden, und es wurden Verbesserungen in der Kooperation und der Qualität der Präventionsarbeit festgestellt (Jonkman, Junger Tas et al 2005). Die Umsetzung in Arnhem scheiterte an der mangelnden Unterstützung durch die Stadtverwaltung, was die Finanzierung des Aktionsplans betraf und damit die Umsetzung verhinderte.

Nach dieser weitgehend positiven Bewertung wurde CTC in den Niederlanden in weiteren Gemeinden eingesetzt. Auf der Basis der qualitativen Evaluation erfolgte nun eine quantitative Prozessevaluation, die sich an den Instrumenten der CYDS orientierte (Haggerty, Jonkman et al. 2008). Die Studie wurde durch das Verwey-Jonker-Institut durchgeführt. In 10 Modellkommunen wurde nach der Zielerreichung der Meilensteine und den Schwierigkeiten dabei gefragt; außerdem wurden auf der Grundlage von Indikatoren Funktionen der Handlungskoalition untersucht. Die ausgewählten Modellprojekte wurden zwischen 2002 und 2006 betrachtet; auf Kontrollgruppen wurde in dieser Studie verzichtet (zurzeit läuft eine weitere Studie mit Vergleichsgruppen). Für die Auswertung ist zu beachten, dass die Kommunen zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit CTC begonnen hatten und deswegen noch nicht alle bis in die Umsetzungsphase gelangt waren (ebenda:47). Im Vergleich zu den Beispielen aus den USA, die meistens ganze Kommunen umfassen, handelte es sich in den Niederlanden um ausgesuchte Sozialräume als Teile von Städten. Die Bevölkerungsgröße reichte von 18.000 bis 32.000 Einwohner (ebenda:47). Jede Gemeinde wurde durch zertifizierte Trainer geschult und erhielt einen Koordinator. Eine Finanzierung für die Umsetzung der Aktionspläne gab es nicht (ebenda:48).

Die ‚community boards‘ scheinen in den Niederlanden besser zu funktionieren als in den USA (ebenda:53). Signifikante Unterschiede wurden in den Bereichen der Kenntnis von CTC, der Handlungsbereitschaft der Kommune, der Partizipation, der Stabilität und der Kohäsion gemessen. Allerdings waren die Einschätzung der Effizienz, des Einflusses und der Bedeutung von CTC vergleichbar. Die insgesamt positive Bewertung der Handlungsfähigkeit wird teilweise durch den höheren Professionalisierungsgrad der Handlungskoalitionen erklärt. Die Beteiligung von nicht-professionellen Akteuren findet in den Niederlanden in wesentlich geringerem Umfang als in den USA statt. In den Niederlanden wurden, wie in den USA, die vorgesehenen Meilensteine zum großen Anteil erreicht (ebenda:50). Es zeigte sich jedoch, dass die Herausforderungen als größer eingeschätzt wurden, als das in den USA der Fall war.

In den Niederlanden wurde die ‚richtige‘ Abgrenzung der Gebiete diskutiert (ebenda:52). Es war teilweise nicht leicht, die relevanten Schlüsselpersonen für die Mitarbeit an der Handlungskoalition zu motivieren (ebenda:50). In der Phase zwei gab es Defizite in der Kommunikation zwischen ‚key leader‘ und dem ‚community board‘. Die Kooperation mit den Schulen und die Durchführung der Schülerbefragung wurden als relativ schwierig eingestuft und auch die Analyse der Ressourcen im Sozialraum war herausfordernd. Der Fokus auf die Schutzfaktoren ging in den Niederlanden im Prozessverlauf teilweise verloren. Dort war es weiterhin schwierig, auf evaluierte Programme zurückzugreifen. Außerdem gab es Vorbehalte, neue und bisher unbekannte Programme zu nutzen. Ein Training zur Umsetzung des Aktionsplans wurde erst nach der Studie umgesetzt (ebenda:52).

Die Übertragung des CTC-Programms aus den USA funktionierte in den Niederlanden, auch wenn Anpassungen (z.B. des Fragebogens) notwendig waren. Im Jahr 2004 (nach den evaluierten Modellprojekten) wurde ein Handbuch mit 31 Programmen veröffentlicht, von denen fünf als effektiv bewertet wurden, die übrigen gelten als ‚vielversprechend‘ (Jonkman, Junger Tas et al 2005:109). Durch CTC wurde die weitere Evaluation von Präventionsprogrammen in den Niederlanden angeregt. Es ist in den kommenden Jahren eine Verbesserung der Wissensbasis zu erwarten. Da die professionelle Jugendarbeit in NL wesentlich stärker entwickelt ist als in den USA, wird den Präventionsprogrammen ein insgesamt geringerer Stellenwert zugesprochen (ebenda: 109). CTC wird in den Niederlanden als eine Ergänzung, nicht als ein Gesamtkonzept der generellen Jugendarbeit gesehen. Seit 2008 liegt in den Niederlanden das Handbuch der effektiven Programme vor („Effektive Jeugdinterventies“, NJI 2008). Darin werden drei Qualitätseinstufungen getroffen: (a) Theoriebasierte Wirksamkeit: hier muss mindestens theoretisch genau nachvollziehbar sein, wie und warum die Intervention wirkt und wie diese umgesetzt werden soll. (b) Geprüfte Wirksamkeit: für dieses Programm wurden die theoretisch erwünschten Effekte und Wirkungen bestätigt und der Intervention zugeordnet. (c) Kosteneffiziente Wirksamkeit: bei diesen Maßnahmen werden die für die Prävention eingesetzten Ressourcen bewertet und mit den erreichten Zielen verglichen. Zu dieser Einteilung werden zusätzlich noch ‚Qualitätssterne‘ vergeben, die die Methodik der Evaluationsstudien bewerten.

Neben der technischen wurde die politische Frage aufgeworfen, auf welcher Steuerungsebene CTC im niederländischen Kontext funktionieren soll (Jonkman/Vergeer 2002:136). CTC kann nicht als ‚*top-down*‘ bezeichnet werden, da die Ausgestaltung der Handlungspläne lokal und praxisgeleitet erfolgt. Es ist jedoch auch nicht ‚*bottom-up*‘ ausgerichtet, da CTC auf der Nutzung eines vorgefertigten (theoriegeleiteten) Produkts basiert. (ebenda:134). In den Niederlanden wurde versucht, beide Aspekte in eine Balance zu bringen. Die Erstellung und Umsetzung von Handlungsstrategien wurde auf ein Aushandeln von ‚Tradition‘ und ‚Zukunft‘ fokussiert, da es nicht möglich und erwünscht ist, die bisherige Jugendarbeit durch die neue, evidenzbasierte Vorgehensweise zu ersetzen. Als realistisches Ziel wird deswegen verfolgt, die bisherige Arbeit besser zu strukturieren und die Kooperation zwischen nationalen (theoriegeleitet ‚*top down*‘) und lokalen (praxisgeleitet ‚*bottom up*‘) Akteuren arbeitsteilig zu definieren (ebenda:136). In den Niederlanden wurde bisher kaum eine Beteiligung und Aktivierung von nicht-professionellen Akteuren umgesetzt. Dies führte dazu, dass die institutionell-professionellen Ziele der beteiligten Akteure die Handlungsanforderungen im Sozialraum teilweise überlagern und institutionelle Eigeninteressen die Oberhand gewinnen können (Haggerty, Jonkman et al. 2008). Insgesamt wird die, nur in den technischen Arbeitshilfen angepasste, Übertragung von CTC aus den USA in die Niederlande jedoch als weitgehend erfolgreich geschildert.

3.3 CTC in England

CTC UK wurde unter anderem durch von D. Farrington angeregt, der mit Wissenschaftlern der SDRG im Bereich der Risikofaktorenforschung zusammengearbeitet hatte (Bannister/Dillane 2004). Die Joseph Rowntree Foundation initiierte die Gründung der gemeinnützigen Organisation von CTC UK, die die lizenzierte Verbreitung von CTC im Vereinigten Königreich organisierte. Parallel

dazu wurde an der Universität Oxford ein Fragebogen zur Schülerbefragung erstellt, der an die soziokulturellen Verhältnisse in Großbritannien angepasst wurde. Außerdem wurde ein Handbuch mit Präventionsprogrammen erstellt (Utting 1999), das Präventionsprogramme aus den USA und Großbritannien enthält. Die Liste der Präventionsprogramme wurde für Großbritannien auch danach erweitert, welche Programme vielversprechend waren (Utting 1999). Damit entsprach die Auswahl nicht den Standards des USA-Handbuchs, weil auch in GB nicht genügend hochwertige, evaluierte Programme verfügbar waren (vgl. Haines/Case 2008:15).

CTC wurde in England durch die Joseph Rowntree Foundation (JRF) in drei Pilotprogrammen seit 1998 umgesetzt und evaluiert (Crow, France et al. 2004). Die Umsetzung erfolgte, wie in den USA vorgesehen, in fünf Phasen. Zur Umsetzung wurden jeweils eine Lenkungsgruppe (der ‚key leaders‘) und ein ‚community board‘ gebildet, organisiert durch einen finanzierten Koordinator. Die Evaluatoren merken an, dass die Schülerbefragungen in den Kommunen Englands nicht den Standards der USA entsprachen, da beispielsweise einige Fragen fehlten und die Teilnahmequote gering war (ebenda:8). Im Rahmen der Evaluation wurden deswegen weitere Schülerbefragungen durchgeführt, die die Konstrukte des validierten Originalfragebogens besser reflektierten; dabei wurde eine Anpassung an den britischen Sprachraum vorgenommen (ebenda:9)¹⁰. Das Ziel war es, tatsächliche Veränderungen in den Kommunen zu messen; der Schülersurvey wurde vor der Implementierung der Präventionspläne (1999/2000) und zweieinhalb Jahre danach (2002) durchgeführt. Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass es sehr schwierig ist im komplexen Wirkungsgefüge des Sozialraums und angesichts der vielfältigen Entwicklung Jugendlicher die Einflussfaktoren von CTC zu isolieren und die Wirkung des Programms zu bestimmen (ebenda:12). Die Auswertung konzentrierte sich deswegen auf die Ergebnisse, die innerhalb der CTC-Modellkommunen erzielt wurden.

Das Pilotprojekt „Southside“ wird als erfolgreichstes der drei Modellprojekte beschrieben (ebenda:14ff). Das CTC-Gebiet hatte eine hohe Arbeitslosigkeit, die Kriminalitätsraten waren je nach Delikt im nationalen Vergleich über- oder unterdurchschnittlich. Ethnische Minderheiten haben unter der Bevölkerung keine hohen Anteile. Bereits seit Mitte der 1990er Jahre gab es in Southside ein gut strukturiertes Gebietsentwicklungsprogramm und trotz anfänglicher Bedenken entwickelten beide Initiativen eine gute Zusammenarbeit. Die Entwicklung des Projekts wurde regelmäßig reflektiert, und es wurden strategische Anpassungen vorgenommen. Auch mögliche Probleme beim Wechsel des Koordinators wurden vorhergesehen, so dass das Projekt deswegen keine Schubkraft verlor. Die Projektgruppen kooperierten über gemeinsame Treffen und somit entstand eine Synergie zwischen den ‚key leader‘ und dem ‚community board‘. Ein vor Ort gegründetes Familienzentrum konnte als Ankerpunkt für die Einbindung der Bewohnerschaft genutzt werden und die CTC-Initiative wurde durch eine gute Öffentlichkeitsarbeit publik gemacht. Nur die Beteiligung junger Menschen konnte nicht befriedigend umgesetzt werden (ebenda:25).

Als schwierig wurden in ‚Southside‘ vor allem die Umsetzung des wissenschaftlichen Ansatzes und der Bezug auf die Risiko- und Schutzfaktoren bewertet. Die Schülerbefragungen konnten nicht auf nationale Durchschnittsdaten bezogen werden und so war es schwierig, Prioritäten zu setzen.

¹⁰ Dieser Fragebogen wird seit dem für CTC in Großbritannien als offizielles Instrument verwendet

Außerdem wies die Datenqualität, wie oben ausgeführt, einige Mängel auf (ebenda:17). Die identifizierten Risikofaktoren wurden im weiteren Projektverlauf mit gezielten Initiativen, beispielsweise zur Verfügbarkeit von Drogen und der frühen Förderung von Familien beantwortet. Die Umsetzung wurde vor allem durch die strategische Arbeit der Koordinationskraft ermöglicht, die Möglichkeiten der Förderung identifizierte und die CTC-Initiative an andere Förderinitiativen, wie das *Sure Start*-Programm, anschlussfähig machte. Da Fördermittel nicht immer zur Verfügung standen, konnten einige Projekte auch nicht umgesetzt werden, denn die Finanzierung der Projekte wurde durch die CTC-Initiative selber nicht gefördert. (ebenda:25). Aus den Schülerbefragungen der Evaluation lassen sich Veränderungen durch CTC bisher nicht mit Bestimmtheit ablesen, aber es zeigten sich Effekte in positiver Richtung. Seit Abschluss des CTC Pilotprojekts wird die Initiative weiter fortgesetzt und die Arbeitsgruppen wurden fortgeführt. Die lokale Koordinationskraft wird nun aus Haushaltsmitteln der Stadt finanziert und das Programm wird auf andere Sozialräume erweitert (ebenda:32). CTC wurde in diesem Sozialraum am klarsten entlang der Vorgaben des CTC-Modells umgesetzt. Dies wurde durch eine gute Infrastrukturausstattung und ein klares Management sowie eine intensive Beteiligung der Akteure im Sozialraum und partnerschaftliches Arbeiten erleichtert (ebenda:23f).

Die zweite Gemeinde „Westside“ hatte größere Schwierigkeiten mit der CTC-Programmumsetzung (ebenda:33ff). Das CTC-Gebiet wurde aus drei Sozialräumen zusammengesetzt, die in keinem ‚natürlichen‘ Zusammenhang zueinander standen. In Westside war die Arbeitslosigkeit überdurchschnittlich hoch und die Kriminalitätsraten lagen über dem nationalen Durchschnitt, außerdem war der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund relativ groß. Auch in Westside gab es eine gut etablierte Grundlage des partnerschaftlichen Zusammenarbeitens: so war die Stadt bereits in Sozialräume mit Sozialraumkoordinatoren eingeteilt; in jedem Sozialraum gab es außerdem eine Arbeitsgemeinschaft. Das CTC-Gebiet lag allerdings in zwei Sozialräumen. Ein wesentlicher Grund mit CTC zu arbeiten, war in Westside die bisher nicht gelungene Einbindung und Beteiligung der Bewohnerschaft. Diese konnte durch CTC nicht wie erhofft erzielt werden und führte zu einer Überforderung der Koordinationskraft, da das bei CTC nur ein Aspekt neben vielen anderen Aufgaben ist (ebenda:36). Die Koordination wechselte nach 12 Monaten und ein Mitglied des ‚community boards‘ übernahm die Aufgabe. Dies führte jedoch zu Spannungen, da unklar war, wer das Projekt steuert. Es wurde behauptet, dass die Sozialraumkoordination CTC dazu nutzte, eigene Ziele und Interessen umzusetzen. Im weiteren Projektverlauf wurde die CTC-Koordination durch die Sozialraumkoordination der Stadt übernommen. Außerdem wurde das gesamte Projekt restrukturiert und in den Rahmen der stadtweiten „Local Strategic Partnership“ aufgenommen. Die Professionalisierung von CTC wurde damit verstärkt, was im Hinblick auf die Evaluation und Struktur des Programms sinnvoll erscheint, jedoch ging die Nähe zu den Bürgern weiter verloren und damit ein Kernbestandteil von CTC (ebenda:45). In den einzelnen Projektphasen war, wie in den anderen Kommunen, die Auswahl der Risiko- und Schutzfaktoren aufgrund der mangelhaften Datenqualität schwierig. Die Evaluation zeigte außerdem im Rahmen ihrer Schülerbefragung, dass die Auswahl anderer Risikofaktoren adäquater gewesen wäre (ebenda:40). Auch die Umsetzung von präventiven Projekten war problematisch. Zum Zeitpunkt der Evaluation konnte nur ein Programm erfolgreich umgesetzt werden. Auch hier lagen die Schwierigkeiten bei fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten. Es gab zwar eine erhebliche Fördersumme (aus dem Single

Regeneration Budget), diese war jedoch nur für über 14-jährige zu verwenden und somit nicht für die ausgewählten Programme verfügbar (ebenda:41). Da zum Zeitpunkt der Evaluation nur ein Programm umgesetzt wurde, an dem außerdem nur wenige Familien teilgenommen hatten, konnten in *Westside* keine Effekte auf das Profil der Risiko- und Schutzfaktoren gemessen werden. Es war zum Zeitpunkt der Evaluation unklar, ob CTC in die nächste Projektphase übergehen kann: es blieb jedoch als Modell und Projektinitiative aktiv (ebenda:48).

Das dritte CTC-Pilotprojekt fand in „*Northside*“ statt. Auch dort gab es eine relativ hohe Arbeitslosigkeit und überdurchschnittlich viele Gesundheitsprobleme, die Kriminalitätsraten waren je nach Delikt im nationalen Vergleich über- oder unterdurchschnittlich. Im Vergleich zu den anderen Projekten gab es in *Northside* vor CTC nur wenige kooperative Aktivitäten (ebenda:52). Außerdem gab es Spannungen zwischen der Stadtverwaltung und einigen Akteuren im Sozialraum, die sich nicht ausreichend unterstützt fühlten. Zu Beginn wurde der Prozess von einer Führungskraft der Polizeibehörde geleitet, und das Projekt wurde mit viel Enthusiasmus begonnen (ebenda: 58). Allerdings nahm dieser im Projektverlauf deutlich ab, vor allem nachdem die treibende Kraft aus dem Projekt ausgeschieden war. In der Lenkungsgruppe waren zwar die meisten relevanten Akteure versammelt, aber die Teilnahmebereitschaft reduzierte sich im Projektverlauf deutlich. Neue Mitglieder konnten nur schwer aufgenommen werden, da sie nicht von Anfang an beteiligt und entsprechend informiert waren. Im weiteren Projektverlauf wurde die CTC-Lenkungsgruppe in den Rahmen eines anderen Projektes integriert, worauf die Aktivitäten der Lenkungsgruppe praktisch zum Erliegen kamen. Ohne die Unterstützung der Lenkungsgruppe wurde der Zugang zu Fördermöglichkeiten von Präventionsprojekten schwierig (ebenda:58). Auch die Koordination des Projektes war problematisch, da ein Personalwechsel stattfand und dazwischen sechs Monate keine Koordinationskraft zur Verfügung stand. Die Spannungen, die sich daraus ergeben hatten, belasteten die neue Koordinatorin, die außerdem keine Stärke in der Einbindung von Akteuren und der Einwohnerschaft hatte. Schließlich arbeitete die Koordinatorin nur noch halbtags und kündigte schließlich. Im letzten Jahr der Evaluation wurde das Projekt ohne Koordination durchgeführt. Auch das ‚*community board*‘ arbeitete in *Northside* nicht regelmäßig: Je größer die Hindernisse in der Programmumsetzung wurden, desto geringer wurde die Teilnahmebereitschaft (ebenda:59). Gegen Ende des Projekts lösten sich die Arbeitsgruppen auf. Wie in den anderen Kommunen wurde das CTC Programm durch mangelhafte Daten aus dem damaligen Schülersurvey erschwert und viel Zeit auf Diskussionen verwendet. Die Risikofaktoren-Auswahl des ‚*community boards*‘ wurde von einigen Schlüsselakteuren nicht akzeptiert, wodurch die weitere Unterstützung des Projektverlaufs gefährdet war (ebenda:53). Aufgrund der fehlenden finanziellen Ressourcen wurden nur drei Programme umgesetzt, die auf der Basis von Freiwilligenarbeit oder bestehender Ressourcen kostenneutral umgesetzt werden konnten. Allerdings wurden zwei Initiativen bald wieder beendet und die dritte wäre wohl auch ohne CTC zu Stande gekommen. Ein weiteres empfohlenes Präventionsprogramm (PATHS) konnte nicht implementiert werden, da die lokalen Schulen nicht überzeugt werden konnten (ebenda:58). Keine der Schulen im Sozialraum konnte für die Teilnahme an der CTC-Handlungscoalition gewonnen werden. Als Gründe wurden vor allem fehlende personelle Ressourcen genannt. Es kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund fehlender umgesetzter Programme Wirkungen von CTC auf das Risiko- und Schutzfaktorenprofil im Sozialraum ausgeblieben sind (ebenda:60). Zur Zeit der

Evaluation im Jahr 2002 wurde deswegen von einem Versagen (*failure*) der Implementierung von CTC ausgegangen. Im Jahr 2004 sollte ein neuer Koordinator das Projekt neu beleben (ebenda:41).

Insgesamt zeigt die Evaluation der drei Modellprojekte in England sehr ambivalente Ergebnisse. Nur in einer der drei Kommunen konnte CTC erfolgreich durch die fünf Phasen und darüber hinaus fortgeführt werden. Problematisch waren dabei nicht nur die lokalen Bedingungen, sondern auch Mängel in der Unterstützung der Pilotprojekte, weil die damalige Schülerbefragung nur schwer zu interpretierende Daten lieferte. Über die Qualität der technischen Assistenz und der Schulungen gibt es in der Evaluation keine Aussagen; es scheint jedoch so, dass die CTC Projekte gerade in schwierigen Phasen keine ausreichende Unterstützung erhielten. Die Kapazitäten der Selbstorganisation und -motivation wurden teilweise überlastet und die CTC-Handlungskoalitionen gerieten ins Stocken. Die Evaluation von CTC in England begann mit dem Ziel, in drei Jahren nach Beginn der Initiative Wirkungen im Sozialraum zu erzielen. Der Projektstart der Evaluation wurde bald um zwei Jahre verschoben, da dies unrealistisch erschien. (Crow, France et al. 2004: 9). Auch nach fünf Jahren ließen sich positive Effekte nicht mit Bestimmtheit zeigen, nur in einer Gemeinde gab es einen positiven Ausblick. Daraus muss nicht der Schluss gezogen werden, dass CTC ‚versagt‘ habe. Es kann auch angenommen werden, dass die Projekte mit zu hohen Erwartungen angegangen wurden, indem einerseits sehr schnelle Ergebnisse erwartet wurden und in Ergänzung dazu diese auch noch mit weiteren Aufgaben überladen wurden, beispielsweise Bürgerbeteiligung im Sozialraum aufzubauen. Eine weitere Hypothese ist, dass die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von CTC vor der Implementierung nicht hinreichend entwickelt worden sind.

3.4 CTC in Schottland

In Schottland wurden, ebenfalls unter der Betreuung von CTC UK, in der Partnerschaft zwischen *Scottish Executive* und verschiedenen Kommunen – mit deren *Social Inclusion Partnerships* (SIPs) und Gesundheitspartnerschaften (*Health Boards*) – drei Pilotprojekte im Zeitraum von 2000 bis 2003 durchgeführt und evaluiert. Eine weitergehende Übertragungsleistung von englischen auf schottische Verhältnisse fand nicht statt. Alle drei Pilotprogramme wurden an mindestens eine bestehende Partnerschaft der geförderten *Social Inclusion Partnerships* angekoppelt (Bannister/Dillaine 2004). Die Pilotprogramme wurden durch eine hauptberufliche Koordinationskraft begleitet. Die Koordinatoren waren dem Direktor von CTC Schottland unterstellt und wurden durch diesen auch unterstützt. Die Kommunen erhielten auf der Basis der Schülerbefragung und lokalen Statistiken einen vorgefertigten Risiko- und Schutzfaktorenbericht, ein Handbuch mit ‚vielversprechenden Programmen‘ und fünf Schulungsveranstaltungen. Die Evaluation war – im Vergleich zur britischen – auf die Prozesse in den CTC-Partnerschaften ausgerichtet. Sie basierte auf Beobachtungen vor Ort sowie auf Interviews mit den lokalen Koordinatoren sowie Mitgliedern der Handlungskoalitionen. Außerdem wurde eine Expertenbefragung und eine zusätzliche Befragung von Gemeindemitgliedern in einer Gemeinde durchgeführt (ebenda 6). Die Umsetzung von CTC fand in ‚*Maplewell*‘, ‚*Flushdyke*‘ und ‚*Berrybrow*‘ statt. Die drei Projekte verliefen relativ ähnlich. Deswegen wird hier nur *Maplewell* ausführlicher dargestellt; die anderen Projekte werden nur in einen Vergleich dazu gebracht.

Der CTC-Sozialraum von *Maplewell* bestand aus 10 Nachbarschaften mit etwa 30.000 Einwohner/innen und ist damit wesentlich größer als die empfohlene Größe (bis zu 12.000 EW). Die Verteilung sozialer Probleme sowie sozioökonomischer Charakteristiken der Bevölkerung war innerhalb des Sozialraums heterogen (ebenda:8). Das ‚*key leader board*‘ wurde hauptsächlich aus Vertreter/innen der Social Inclusion Partnership (SIP) gebildet: es umfasste alle zentralen Personen, die für den Zugang zu Ressourcen im Sozialraum wichtig sind. Der Koordinator initiierte den ‚*community board*‘, indem er dafür aktiv Werbung machte und Gespräche führte. Am ersten Seminar zur ‚*community board orientation*‘ nahmen schließlich 23 Personen teil. Um die Teilnahme von Bürger/innen zu stärken, wurde außerdem eine Gruppe gebildet, die eine Schülerbeteiligung an einer Schule durchführte. Dadurch wurde die Risiko- und Schutzfaktorenanalyse durch ein partizipatives Element ergänzt (ebenda:9). In Ergänzung dazu traf sich der Koordinator mit mehreren Elterngruppen und konnte eine Person für die Handlungskoalition gewinnen. Das ‚*community board*‘ umfasste nach diesen Bemühungen 47 Teilnehmer/innen, von denen jedoch nicht alle regelmäßig und dauerhaft teilnahmen (ebenda:10). Außerdem wurde ein kleineres ‚*executive board*‘ zur Umsetzung des Programms gebildet, das Vertreter/innen der ‚*key leader*‘ und des ‚*community boards*‘ zusammenbrachte.

Die Umsetzung des CTC-Programms erfolgte in *Maplewell* weitestgehend planmäßig. Der Risikofaktorenbericht wurde auf der Basis der Schülerbefragung und des von CTC UK erstellten Dokuments erstellt. Anschließend wurde plangemäß eine Priorisierung durchgeführt. An der entsprechenden Schulung dafür nahmen 37 Personen teil, davon waren 22 bereit, das Risiko- und Schutzfaktorenaudit durchzuführen. Allerdings entsprachen die Einschätzungen der Handlungskoalition nicht immer den Empfehlungen von CTC UK (ebenda:14ff). Zum Zeitpunkt der schottischen Pilotprojekte lagen noch keine nationalen Erhebungsdaten zum Vergleich der Daten vor. In die Bewertung flossen außerdem auch subjektive Wahrnehmungen mit ein, vor allem da zusätzlich eine beteiligende Befragung Jugendlicher durchgeführt wurde. Das Risiko- und Schutzfaktorenaudit wurde nach Bereichen getrennt in Subgruppen in 4 jeweils 2-stündigen Treffen durchgeführt (Individuum, Familie, Schule, Sozialraum). Diese Untergruppierung wurde im Nachhinein als nicht hilfreich angesehen, da es dadurch zu unterschiedlichen Sichtweisen der Priorisierung kam. Nach dem Risikofaktorenaudit wurde die Erhebung der Ressourcen im Sozialraum, vor allem durch den Koordinator, durchgeführt. Dafür wurde ein Erhebungsbogen verschickt, der die bestehenden Programme, die Erfahrung damit und die zu erwartenden Kosten erfasste (ebenda:18). Diese Analyse wurde durch Mitglieder der Handlungskoalition aktiv unterstützt, die dafür ein weiteres Training erhielten. An der Schulung nahmen 23 Personen teil und die Reaktionen darauf waren positiv. In der nächsten Phase wurde der Aktionsplan erstellt, der auf dem Risikofaktorenaudit und der Ressourcenerhebung basieren soll. Auch hier wurden vier Untergruppen nach Bereichen gegründet und eine Schulung durchgeführt, an der 33 Personen teilnahmen. Dieser Plan wurde auf einer gemeinsamen Sitzung besprochen, und es wurden Hinweise zur Überarbeitung diskutiert. Insgesamt wurden 12 Gruppentreffen und 9 ergänzende Besprechungen abgehalten, um den Aktionsplan zu überarbeiten. Nicht alle Aktionen bezogen sich auf evaluierte Programme; es wurden auch vielfältige Hinweise zur Weiterentwicklung der lokalen Dienstleistungen gemacht. Das lokale Wissen der Akteure über den Sozialraum, die Ressourcen und die lokalen Probleme waren zentrale Faktoren für die Erstellung eines konsistenten

und realistischen Aktionsplans. Verbesserungsvorschläge wurden bezüglich des vorhandenen Handbuchs der evaluierten Programme geäußert, da beispielsweise Kosten und weitergehende Informationen nicht schnell und unbürokratisch verfügbar waren (ebenda:22). Im Jahr 2002 begann die Umsetzung des Aktionsplans (ebenda:23). Da 97 Handlungsansätze zur Umsetzung des Aktionsplans vorlagen, traf der Koordinator eine weitere Priorisierung. Die vier Fokusgruppen begleiteten in der nächsten Phase von CTC auch die Umsetzung des Aktionsplans und aktualisierten ihn zudem. Zur Zeit der Evaluation hatten die Aktionsgruppen ihre Ziele in unterschiedlicher Weise erreicht, wobei es aber noch zu früh war, diese schon abschließend zu bewerten.

Das zweite CTC-Pilotprojekt in Schottland fand in *Flushdyke* statt. Es erreichte ebenfalls die Implementierungsphase, allerdings ergab sich eine Verzögerung, nachdem die Finanzierung der Koordination nach 3 Jahren auslief. Ein neuer Koordinator wurde daraufhin für ein Jahr finanziert (ebenda:45). Die Datensammlung erfolgte in ähnlicher Weise wie in *Maplewell*, allerdings beanspruchte dieser Vorgang mehr Arbeitszeit (25 Stunden) und wurde in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe durchgeführt (ebenda:46). Außerdem wurde festgestellt, dass eine Befragung in der Grundschule ebenfalls wichtig gewesen wäre, um eine frühe Prävention zu planen (ebenda:32). *Flushdyke* wurde ebenfalls an eine SIP-Partnerschaft angeschlossen, der Sozialraum ist jedoch erheblich kleiner. Der Koordinator konnte, evtl. aufgrund der überschaubaren Größe, eine erhebliche Zahl von Bürgern in die Handlungskoalition einbeziehen. Jugendliche wurden durch eine Reihe von Workshops integriert, was als besonderes hilfreich für die Analyse und Priorisierung der Risiko- und Schutzfaktoren empfunden wurde (ebenda: 47). Dabei wurden neue Erkenntnisse über den Sozialraum gewonnen, die die Akteure teilweise überraschten und den Mehrwert von CTC deutlich machten. Der Koordinator, die ‚key leader‘ und das ‚community board‘ arbeiteten in *Flushdyke* erfolgreich zusammen, teilweise war es jedoch auch schwierig die Kommunikation zwischen den Gruppen aufrecht zu erhalten (ebenda:61). Dies wurde vor allem in der Ressourcenanalyse deutlich (ebenda:47). Diese erfolgreich durchgeführte Arbeitsphase wurde als sehr herausfordernd beschrieben, und es entstand ein Verlust von Mitgliedern in den Arbeitsgruppen (ebenda:47). Die Umsetzung eines Handlungsplans war zur Zeit der Evaluation noch nicht erfolgt. Es gab jedoch Bedenken, dass der Raumausschnitt zu klein für bestimmte Programme sei und dadurch der Rückhalt für die Finanzierung nicht ausreichend sei, da ‚key leader‘ sich auf ‚größere‘ Projekte konzentrieren wollen (ebenda:44). Die Notwendigkeit eines Koordinators, auch über die dreijährige Pilotphase hinaus, wurde als wichtiger Faktor für die beabsichtigte Umsetzung des Handlungsplans gesehen (ebenda:48).

Das dritte evaluierte Pilotprojekt fand in *Berrybrow* statt. Dieser Sozialraum umfasst mit 22.000 Einwohner/innen wesentlich mehr, als im CTC-Programm empfohlen werden. Im Unterschied zu den anderen Gebieten arbeitete der Koordinator nur mit 50% der vollen Arbeitszeit. Die restlichen 50% sollten durch Personal der SIP geleistet werden (ebenda:49). Auch hier setzt sich der Koordinator erfolgreich für die Beteiligung von Bürgern sowie von informellen und formellen Initiativen im ‚community board‘ ein (ebenda:64). Von Jugendlichen wurde mehrfach die Meinung vertreten, dass das für die Erstellung des Handlungsplans als sehr hilfreich empfunden wurde. Durch das Risikoaudit und das Ressourcenaudit, das im Wesentlichen der Koordinator durchführte, wurden in *Berrybrow* bisher nicht erkannte Versorgungslücken identifiziert (ebenda:65). Der

Handlungsplan wurde teilweise in Übereinstimmung mit dem Handbuch entwickelt, enthält jedoch auch Handlungsziele der SIP (ebenda:59). Die Umsetzung des Handlungsplans wurde aufgrund der engen Zusammenarbeit mit der SIP optimistisch eingeschätzt, konnte zum Zeitpunkt der Evaluation allerdings noch nicht bewertet werden (ebenda:62). Die Koordination mit einer Teilzeitkraft funktionierte durch die Unterstützung der SIP, teilweise wurden jedoch auch Engpässe in der Kommunikation benannt (ebenda:65). Der CTC-Ansatz und die Schulungsmaßnahmen wurden insgesamt gut angenommen und fanden eine weit verbreitete Akzeptanz.

Es zeichnet sich insgesamt eine Kontinuität des CTC-Programms in Schottland ab, wobei es auch Sorgen um die weitere Finanzierung nach Auslaufen der dreijährigen Förderphase gab (ebenda 77). Es ist nicht genau zu erkennen, woran der deutliche Kontrast der erfolgreichen schottischen Beispiele zu den englischen begründet liegt. Im Vergleich fällt jedoch auf, dass die Qualitätskriterien unterschiedlich angesetzt wurden. Im erfolgreichen ‚Maplewell‘ wurden die Risiko- und Schutzfaktoren relativ wenig nach den wissenschaftlichen Kriterien priorisiert, ebenso wurden die Präventionsprogramme zu einem großen Anteil aus der Kommune selbst heraus entwickelt bzw. eine Verbesserung von bestehenden Angeboten geplant. Dies kann auch als ein Umsetzungsfehler gesehen werden. Vielleicht sind aber jene Freiheitsgrade für die Umsetzung des Programms und den Erhalt der Motivation der Beteiligten entscheidend. In allen Gemeinden gab es bereits die SIP-Partnerschaften. Eventuell hat dieser stabile Rahmen zum Erhalt der Handlungskoalition beigetragen. Es wurden jedoch auch Differenzen in den Handlungszielen von CTC und den SIP festgestellt. Im Rahmen der SIP-Partnerschaften stehen erhebliche Ressourcen zur Verfügung, die die Umsetzung des Handlungsplans ermöglichen können (ebenda:60). Dies ist sicherlich ein wesentlicher Faktor, die Handlungskoalition zu mobilisieren und CTC erfolgreich umzusetzen.

4 Perspektiven für die Evaluation der SPIN Projekte

In dieser Literaturanalyse wird deutlich, wie vielseitig das CTC Programm ist. Dabei ist bisher nur ein Bruchteil der relevanten Literatur ausgewertet worden; die Schnittstellen zur deutschen Präventionskultur könnten noch weiter vertieft betrachtet werden. Als erster Schritt erfolgte in diesem Text eine Auswertung nach thematischen Einzelabschnitten. Daraus ergeben sich thematische Perspektiven für die Evaluation von CTC im Rahmen des SPIN-Projekts, die im weiteren Projektverlauf aufgegriffen werden sollen.

4.1 Erfolgsbedingungen der Umsetzung von CTC

Aus den bestehenden Erfahrungen und Evaluationen lassen sich wichtige Erkenntnisse gewinnen, auch aus den negativen Beispielen. In der weiteren Evaluation werden diese auch für die SPIN-Projekte in Niedersachsen untersucht und die Lösungswege, die für eine erfolgreiche Umsetzung gefunden werden, dargestellt. Dabei sollen u.a. folgende Fragestellungen aufgegriffen werden:

- Wie wird in den SPIN-Projekten in der Anfangsphase eine geeignete Kooperationskultur geschaffen (bzw.: an welche bereits bestehende Kooperationskultur kann CTC ansetzen)?

Es zeigte sich in vielen Studien, dass die Anfangsphase für den Projektverlauf entscheidend ist. Wenn zu Beginn keine ausreichende Kooperationskultur besteht, treten im späteren Projektverlauf meist Konflikte auf (Crow, France et al. 2004). Die Bereitschaft der Akteure zu Beginn des CTC-Prozesses (*community readiness*) hängt ebenfalls mit dem späteren Projekterfolg zusammen, Schlüsselfaktoren sind dabei die Fähigkeit, Konflikte zu lösen, Entscheidungen zu treffen und eine handlungsfähige Führungsperson zu haben. Schwierigkeiten für den Projekterfolg bereiten vor allem eine Instabilität der Handlungskoalition und der Wechsel von Akteuren (Greenberg, Feinberg 2002:9). Die Auswertung der CTC-Schülerbefragung hilft zwar, einen gemeinsamen Nenner zu finden. Die Priorisierung der Risiko- und Schutzfaktoren kann aber auch konflikthaft verlaufen, vor allem wenn noch keine verlässlichen Vergleichsdaten vorliegen. Spätestens bei der Auswahl geeigneter Programme und Projekte müssen Kompromisse erzielt werden.

- Wie erfolgt in den SPIN-Projekten der Anschluss an bestehende Strukturen?

Zur Umsetzung von CTC sollen zwei Handlungseinheiten gebildet werden, ein strategisches (*key leader board*) und ein operatives Gremium (*community board*). Teilweise können diese an bestehende Arbeitskreise angegliedert werden. Dies hat den Vorteil, dass Erfahrungen in der Kooperation bestehen und eine Handlungsbereitschaft bereits vorliegt, wie sich beispielsweise im Anschluss der schottischen Projekte an die SIP darstellte (Bannister/Dillaine 2004). Allerdings kann dadurch das Programm auch seine Eigenständigkeit verlieren oder in seinem Fokus eingeschränkt werden (Bannister/Dillaine 2004, Crow, France et al. 2004).

- Wie werden alle wichtigen Akteure in den SPIN-Prozess integriert? Ist es möglich auch im späteren Projektverlauf Akteure einzubeziehen?

Wichtig ist jeweils, dass die relevanten Akteure frühzeitig mit einbezogen werden. Es erwies sich als schwierig, Projekte in Bereichen umzusetzen, die nicht Teil der CTC-Handlungskoalition waren. Das betraf vor allem den Schulbereich, der einen wichtigen Ansatzpunkt der Prävention darstellt. In Großbritannien wurde deswegen gefordert, mindestens einen Schulleiter in die Handlungskoalition aufzunehmen (Crow, France et al. 2004: 69). Wenn es in einem Handlungsbereich keine Teilnahmebereitschaft gibt, ist die Umsetzung von Projekten dort in späteren Phasen nicht möglich und der CTC-Prozess kann nicht umgesetzt werden (Crow, France et al. 2004). Schwierig ist es auch, Akteure zu einem späteren Zeitpunkt nachträglich in die Handlungskoalition zu integrieren. Der verspätete Einstieg könnte zwar durch zusätzliche Schulungsmaßnahmen für ‚Einsteiger‘ erleichtert werden; vor allem gilt es aber, die Motivation der bereits eingebundenen Akteure zu erhalten, Erfolge zu erzielen und Belohnungen für die Teilnahme an CTC zu vergeben (entsprechend der Logik des SDM-Modells).

- Wie erfolgt eine effiziente Arbeitsteilung in den SPIN Projekten?

Die Mitarbeit am CTC-Prozess ist durchaus zeitintensiv. Zur Vermeidung von Frustration und Ausstieg aus dem Prozess ist eine frühzeitige Planung der Umsetzungsschritte und eine Erhebung der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen notwendig. Dazu sollten eine Übersicht der voraussichtlich notwendigen Treffen und deren Zeitplanung gehören; sie ist von der Koordination bzw. der technischen Assistenz auf Landesebene zu erstellen. Eine Untergliederung der

Handlungskoalitionen nach Bereichen wie Schule und Sozialraum scheint für das Risiko- und Schutzaudit nicht hilfreich zu sein. Positiv wird aber die Entwicklung von praxisnahen Aktionsplänen eingeschätzt (vgl. Bannister/Dillaine 2004:12ff).

- Wie wird die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsgruppen in den SPIN-Projekten gestaltet?

Die Beziehung zwischen ‚community team‘ und ‚key leaders‘ ist in verschiedener Weise gestaltet. In einem Beispiel (Maplewell) wurde eine gemeinsame Teilgruppe ‚executive board‘ gebildet (Bannister/Dillaine 2004), in anderen gab es nur wenig Kommunikation, und die Kooperation wurde als schwierig angesehen (Haggerty, Jonkman et al. 2008). Wenn ein Aktionsplan erstellt wurde, ist die Unterstützung mit Ressourcen notwendig, für die ‚key leader‘ Verantwortung übernehmen. Konflikte zwischen den Arbeitsgruppen führten zu Krisen des CTC-Prozesses (Crow, France et al. 2004, Jonkman, Junger Tas et al 2005). Es scheint sinnvoll zu sein, frühzeitig die Kommunikation und Kooperation der beiden Gruppen zu besprechen, um ein späteres Scheitern des Aktionsplans zu verhindern.

- Wie wird der Transfer der Schulungsinhalte in den SPIN-Projekten gewährleistet?

Die Schulungen sind ein wichtiger Bestandteil von CTC. Dies zeigen bereits frühe Erfahrungen aus den USA (Greenberg/Feinberg 2002). Die Schulung erhöht nicht nur das ‚technische‘ Wissen zur Umsetzung von CTC; es stärkt auch den Zusammenhalt der Handlungskoalitionen und ermöglicht nicht zuletzt auch die aktive Teilnahme nicht-professioneller Kräfte. In Schottland, wo CTC erfolgreich in drei Pilotprojekten umgesetzt wurde, nahmen jeweils die gesamte, aktive Handlungskoalition an der Schulung teil (Bannister/Dillaine 2004). In Niedersachsen ist in den Modellprojekten nur die Teilnahme von 4 Personen möglich, die Informationen sollen hier beispielsweise über die zum Coach ausgebildeten Projektleiter vor Ort weitergegeben werden.

- Wie wird die Aktivierung und Beteiligung der Bewohner/innen, Schüler/innen und Eltern gestaltet?

Die Aktivierung und Beteiligung von Bewohner/innen, Schüler/innen und Eltern ist ein wichtiger Bestandteil von CTC. In Schottland ist es durch die Bemühungen der Koordination immer wieder gelungen, diese zu ermöglichen (Bannister/Dillaine 2004). Allerdings kann der CTC-Prozess auch überfordert werden, wenn die Beteiligung über CTC hinaus die Kommune aktivieren soll, wie in einem der englischen Beispiele (Crow, France et al. 2004). Es zeigte sich dabei, dass die Gemeinde vor allem als ‚Wissensgeber‘ wichtig ist, weniger in der Umsetzung der Aktionspläne, da diese eher in den Händen von Professionellen liegt. In den Niederlanden wurde auf Bürgerbeteiligung weniger Wert gelegt, da in der Jugendhilfe ein sehr hoher Professionalisierungsgrad vorliegt (Haggerty, Jonkman et al. 2008).

- Wie wird der Wechsel von wichtigen Personen (v.a. Projektleitern) organisiert?

Die Koordination trägt den CTC-Prozess und ist für seine Kontinuität ausschlaggebend. Daher ist auch die Sicherstellung der Koordination eine zentrale Frage für den CTC-Prozess. In Schottland wurden die CTC-Koordinatoren immer wieder als Erfolgsfaktoren genannt, ebenso in den

englischen Beispielen (Bannister/Dillaine 2004). Dies stellt die Frage, wie mit einem Ausfall der Koordinationsperson und ihrem notwendigen Ersatz umgegangen werden kann. Die CTC-Prozesse zeigen sich in dieser Hinsicht sehr verletzlich, wie CTC in England zeigte (Crow, France et al. 2004). Hier war es notwendig, den Wechsel einer Koordinationskraft frühzeitig zu besprechen und mögliche Diskontinuitäten planerisch vorherzusehen sowie aktiv zu gestalten. Das Scheitern der Umsetzung von CTC war nicht zuletzt in einer mangelnden Koordination begründet.

- Welche Ressourcen stehen SPIN-Projekten zur Umsetzung ihrer Handlungspläne Verfügung?

Es zeigte sich, dass das Erreichen dieser Ziele sehr stark von den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig war und CTC nur ein Steuerungsprogramm für diese Ressourcen ist. Das Erleben des Misserfolgs erzeugte Widerspruch zur CTC-Strategie. Eine Lehre könnte es deswegen sein, realistische und lokal angepasste Ziele zu setzen. Dies gilt insbesondere, wenn Präventionsprogramme oder auch die Koordination nicht durch Fördermittel abgesichert werden können. Andererseits kann angenommen werden, dass Umsetzungserfolge durch den Zugang zu einem auf CTC ausgerichteten Förderprogramm wesentlich beeinflusst werden. Das heißt: die strategische Unterstützung endet nicht auf der kommunalen Ebene, sondern sollte auch auf der Landes- bzw. Bundesebene stattfinden.

- Wie stark ist das Innovationspotenzial von CTC in den SPIN-Projektgebieten?

Für die Übertragung von CTC auf deutsche Verhältnisse wird in den Pilotprojekten diskutiert werden, inwiefern CTC an die lokalen Gegebenheiten und Vorstellungen angepasst werden soll bzw. kann, also beispielsweise wie die Balance zwischen ‚top-down‘, den wissenschaftlichen und programmstrategischen Vorgaben, und ‚bottom-up‘ als den praxisnahen Traditionen und Wünschen austariert werden kann. Das heißt auch, das Innovationsziel von CTC den lokalen Gegebenheiten anzupassen. In den Niederlanden wurde daraus gelernt, nicht alles erreichen zu wollen, sondern sich auf erreichbare Ziele zu konzentrieren (Jonkmann/Vergeer 2002:135ff).

5 Schlussbemerkung

Zur Einordnung dieser Literaturanalyse soll noch einmal an die einführenden Worte erinnert werden. Dieser Überblick der Literatur zu „Communities That Care“ (CTC) dient der Fokussierung der Evaluation auf spezifische Fragestellungen, die sich aus der wissenschaftlichen Perspektive heraus stellen. Es soll dabei keine wissenschaftliche Evaluation des Programms an sich erfolgen, sondern es wurden auf Basis der Literaturanalyse zentrale Aspekte für die Qualität des Präventionsprogrammes herausgearbeitet, die in der Evaluation des SPIN-Projekts weiter beleuchtet werden sollen.

Die Literaturanalyse lässt noch viel Raum für weitere Ergänzungen und Fragestellungen, sie ist offen für Ergänzungen und Korrekturen. Damit ist dieser Text ein erster Baustein für die Untersuchung der deutschen /niedersächsischen Übertragung von CTC, die im Rahmen der SPIN-Projekte erarbeitet werden.

Literatur

- Arthur, M. W., J. D. Hawkins, J. A. Pollard, R. F. Catalano, and A. J. Baglioni Jr. 2002. Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*.26:575-601.
- Arthur, M. W., J. S. Briney, J. D. Hawkins, R. D. Abbott, B. L. Brooke-Weiss, and R. F. Catalano. 2007. Measuring risk and protection in communities using the Communities That Care Youth Survey. *Evaluation and Program Planning* 30:197-211.
- Boers, K. J. Reinecke, J. (2007) *Delinquenz im Jugendalter, Erkenntnisse aus einer Münsteraner Längsschnittstudie.* Münster: Waxmann Verlag
- Catalano R.F., Arthur M.W., Hawkins J.D., Berglund L., Olson J.J. (1998). Comprehensive community and school based interventions to prevent antisocial behavior. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 248-283). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and Crime: Current theories* (pp. 149–197). New York: Cambridge University Press.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Catalano, R. F., Oxford, M. L., Harachi, T. W., Abbott, R. D., & Haggerty, K. P. (1999). A test of the social development model to predict problem behaviour during the elementary school period. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 39-56.
- Catalano, R. F., Park, J., Harachi, T. W., Haggerty, K. P., Abbott, R. D., & Hawkins, J. D. (2005). Mediating the effects of poverty, gender, individual characteristics, and external constraints on antisocial behavior: A test of the social development model and implications for developmental life-course theory. In D. P. Farrington (Ed.) *Advances in criminological theory: Vol. 14. Integrated developmental and life-course theories of offending* (pp. 93–123). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Choi, Y., Harachi, T. W., Gillmore, M. R., & Catalano, R. F. (2005). Applicability of the social development model to urban ethnic minority youth: Examining the relationship between external constraints, family socialization, and problem behaviors. *Journal of Research on Adolescence*, 15, 505-534.
- Crowl, A. France, S. Hacking and M. Hart (2004) *Does Communities that Care work? An evaluation of a community-based risk prevention programme in three neighbourhoods.* Joseph Rowntree Foundation
- Farrington, D. P. (Ed.)(2005) *Advances in criminological theory: Vol. 14. Integrated developmental and life-course theories of offending* (pp. 93–123). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Dryfoos, J. G. 1991. Adolescents at risk: A summation of work in the field: Programs and policies. *Journal of Adolescent Health* 12 (8): 630-37.
- Durlak, J. Du Pre E. (2008) *Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation*, *J Community Psychol* 41: 327 – 350).
- Eisner, M., Ribeaud, Locher (2009) *Prävention von Jugendgewalt (Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 5/09, Bern.*

- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 800-809.
- Fagan A., Hanson K., Hawkins J.C., Arthur M.W. (2008). Implementing Effective Community-Based Prevention Programs in the Youth Development Study. *Community Youth Violence and Juvenile Justice*; 6; 256
- Fleming, C. B., Catalano, R. F., Mazza, J. J., Brown, E. C., Haggerty, K. P., & Harachi, T. W. (2008). After-school activities, misbehavior in school, and delinquency from the end of elementary school through the beginning of high school: a test of social development model hypotheses. *Journal of Early Adolescence*, 28, 277-303.
- Fleming, C. B., Catalano, R. F., Oxford, M. L., & Harachi, T. W. (2002). A test of generalizability of the social development model across gender and income groups with longitudinal data from the elementary school developmental period. *Journal of Quantitative Criminology*, 18, 423-439.
- Glaser, R. R., M. L. Van Horn, M. W. Arthur, J. D. Hawkins, and R. F. Catalano. 2005. Measurement properties of the Communities That Care Youth Survey across demographic groups. *Journal of Quantitative Criminology* 21:73-102.
- Greenberg, M., M. Freinberg (2002). An Evaluation of PCCD's Communities that Care Delinquency Prevention Initiative. Final Report. Pennsylvania State University.
- Haggerty, K., R. Kosterman, R. F. Catalano, J. D. Hawkins (1999) Preparing for the drug free years. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Juvenile Justice Bulletin*, 1-12
- Hawkins J. D., Catalano R. F., Arthur M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A., & Catalano, R. F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 789-798
- Hawkins, J. D. (Ed.). (1996). *Delinquency and Crime: Current Theories*. New York: Cambridge University Press.
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Associates. (1992). *Communities That Care: Action For Drug Abuse Prevention*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Hawkins, J. D., M. L. Van Horn, and M. W. Arthur. 2004. Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science* 5:213-20.
- Hawkins, J. D., R. F. Catalano, and J.Y. Miller. 1992. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112 (1): 64-105.
- Hawkins, J. D., T. Herrenkohl, D. P. Farrington, D. Brewer, R. F. Catalano, and T. W. Harachi. 1998. A review of predictors of youth violence. In *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*, edited by R. Loeber and D. P. Farrington, 106-46. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hawkins, J. D., T. Herrenkohl, D. P. Farrington, D. Brewer, R. F. Catalano, T. W. Harachi, Cother, Lynn. 2000. Predictors of Youth Violence, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

- Hawkins, J.D., R.F. Catalano, M. W. Arthur, E. Egan, E. C. Brown (2008) Testing Communities That Care: The Rationale, Design and Behavioral Baseline Equivalence of the Community Youth Development Study. *Prev Sci* (2008) 9:178–190.
- Hawkins, J.D.: (1999) Preventing Crime and Violence through communities that care. : *European Journal on Criminal Policy and Research*, Volume 7, Number 4, 443-458(16)
- Huang, B., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hawkins, J. D., & Abbott, R. D. (2001). Modeling mediation in the etiology of violent behavior in adolescence: A test of the social development model. *Criminology*, 39, 75-107.
- IYJS (2009) Designing effective local responses to youth crime. A Baseline Analysis of the Garda Youth Diversion Projects/Irish Youth Justice Service.
- John Wiley Mrazek, P. J., and R. J. Haggerty, eds., and Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine. 1994. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for prevention intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- Jonkman, H., H. Schäfer (2002) Prävention gegen Kinder- und Jugendkriminalität. In: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (Hrsg.) *Nachbarn Lernen voneinander. Modelle gegen Jugenddelinquenz in den Niederlanden und in Deutschland*. München: Deutsches Jugendinstitut
- Jonkman, H., J. Junger-Tas, B. van Dyk (2005). From Behind Dikes and Dunes: Communities that Care in the Netherlands. *Children & Society* Volume 19: 105-116
- Jonkman, H., M. Vergeer (2002) Communities that Care: Das Prinzip, die Grundlagen und das Ziel. In: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (Hrsg.) *Nachbarn Lernen voneinander. Modelle gegen Jugenddelinquenz in den Niederlanden und in Deutschland*. München: Deutsches Jugendinstitut
- Jonkman, H. r, K. P. Haggerty, M. Steketee, PhD, senior, A. Fagan, PhD, K. Hanson, and J. D. Hawkins (2008) Communities That Care, Core Elements and Context: Research of Implementation in Two Countries. *Soc Dev Issues*. 30 (3): 42–57.
- Lipsey, M. W., and J. H. Derzon. 1998. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*, edited by R. Loeber and D. P. Farrington, 86-105. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., Farrington, D.P. 1998 Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention* 7(1):7–30.
- Loeber, R., M. Stouthamer-Loeber (1987) Prediction. In *Handbook of juvenile delinquency*, edited by H. C. Quay, 325-82. New York.
- Lonczak, H. S., Huang, B., Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Hill, K. G., Abbott, R. D., Ryan, J. A. M., & Kosterman, R. (2001). The social predictors of adolescent alcohol misuse: A test of the Social Development Model. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 179-189.
- Lösel, F., D. Bender (1996). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklungspsychopathologie: Zur Kontroverse um patho- versus salutogenetische Modelle. www.hogrefe.de/buch/online/kongress_40/41.htm. 18.09.2000.
- LPR Niedersachsen (2009) Was ist Communities That Care – CTC?. http://www.lpr.niedersachsen.de/Landespraeventionsrat//Module/Publikationen/Dokumente/CTC-nfotext_F447.pdf 08/09
- Murray, J., Farrington, D. & Eisner, M. (2009). Drawing conclusions about causes from systematic reviews of risk factors: The Cambridge quality checklist. *Journal of Experimental Criminology*, 5 (1), 1-23."

NJI (2008) Database of effective youth intervention. http://www.nji.nl/youthpolicy/docs/pdf/Database_of_effective_youth_interventions.pdf

Pollard, J. A., J. D. Hawkins, and M.W. Arthur. 1999. Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *SocialWork Research* 23 (8): 145-58"

Sampson, R., J. Laub (2005) A General Age Graded Theory of Crime: Lessons Learned and the Future of Life Course Criminology. In D. P. Farrington (Ed.) *Advances in criminological theory: Vol. 14. Integrated developmental and life-course theories of offending* (pp. 93–123). New Brunswick, NJ: Transaction.

Scheithauer, H., Rosenbach, C., K. Niebank. (2008). Interpersonale Gewalt im Kindes- und Jugendalter: Gelingensbedingungen für die Prävention. In: Bundesministerium des Innern (Hrsg.), *Theorie und Praxis gesellschaftlichen Zusammenhalts – aktuelle Aspekte der Präventionsdiskussion um Gewalt und Extremismus. Reihe Texte zur Inneren Sicherheit – Gesellschaftlicher Zusammenhalt* (S. 39-64). Berlin: BMI.

Thornberry, T.P., Krohn, M.D. (2000). The self-report method for measuring delinquency and crime. *Criminal Justice*, 14, 33-83.

Utting, D. (1999) *A Guide to Promising Approaches, Communities That Care*: London:JRF

Begriffe und Abkürzungen

Englische CTC Begriffe und deutsche Übersetzung (nur die wichtigsten)

Community Board: Gebietsteam oder Präventionsteam

Key Leader Board: Lenkungsgruppe

Technical Assistance: Programmbegleitende Beratung

Abkürzungen

CTC: Communities That Care

CYDS: Community Youth Development Study

GB: Großbritannien

JRF: Joseph Rowntree Foundation

LPR: Landespräventionsrat Niedersachsen

NIZW: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn(bis 2007)

NJI: Nederlands Jeugdinstituut (Niederländisches Jugendinstitut)

NL: Niederlande

OJJDP: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention

PDFY: Preparing for the Drug Free Years

RHC: Raising Healthy Children

SDM: Social Development Model

SDRG: Social Development Research Group (University of Washington)

SSDP: Seattle Social Development Project

ABBILDUNGEN

ABBILDUNG 1: DIE „SOZIALE ENTWICKLUNGSSTRATEGIE“	4
ABBILDUNG 2: CTC RISIKO FAKTOREN MATRIX	7
ABBILDUNG 3: BEISPIEL EINES ARBEITSBLATTS AUS DEM „PREVENTION STRATEGIES GUIDE“	17
ABBILDUNG 4: PHASENPLAN DER UMSETZUNG VON CTC (DEUTSCHE ÜBERSETZUNG)	19