

# „Communities That Care – CTC“ in der Praxis

## Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Modellversuch SPIN in Niedersachsen

### Frederick Groeger-Roth

„Communities That Care – CTC“ ist eine Methode, die Kommunen dabei unterstützen soll, ihre Präventionsaktivitäten im Bereich der Verringerung von Problemverhaltensweisen von Jugendlichen wirkungsorientiert und ressourcenschonend zu planen. Der ursprünglich in den USA entwickelte Ansatz (vgl. Hawkins/Catalano 2005) wurde vor einigen Jahren auch in den Niederlanden eingeführt (vgl. van Dijk et al. 2004, Jonkman et al. 2005). Der Landespräventionsrat Niedersachsen hat CTC erstmals in Deutschland in einem Modellversuch mit dem Namen SPIN – Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (Laufzeit 2009–2012) eingesetzt. In dieser Zeitschrift haben wir bereits ausführlich über das Modell, die theoretischen Hintergründe und Methoden von CTC und die Konzeption des Modellversuchs SPIN berichtet (Groeger-Roth fk 4-2010, mehr unter [www.ctc-info.de](http://www.ctc-info.de)). Ebenfalls haben wir in dieser Zeitschrift über einen notwendigen Bestandteil von CTC berichtet, die Empfehlungsliste über verfügbare und evaluierte Präventionsprogramme (Groeger-Roth/Hasenpusch fk 4-2011). Im Rahmen des Modellversuchs ist diese Übersicht unter dem Namen „Grüne Liste Prävention“ im Internet veröffentlicht worden ([www.grüne-liste-praevention.de](http://www.grüne-liste-praevention.de)).

In diesem Beitrag möchte ich nun über die praktischen Erfahrungen mit der Umsetzung von CTC in den drei Modellstandorten, der Landeshauptstadt Hannover (Stadtteil Mühlenberg), der Stadt Göttingen (Stadtteil Weststadt) und dem Landkreis Emsland (Samtgemeinden Freren, Sögel, Spelle und Werlte) berichten. Ausgangspunkt meiner Ausführungen sind meine Informationen und Einsichten als SPIN-Projektleiter auf Landesebene. Ich greife dabei v. a. auf Gespräche mit den lokalen Projektbeteiligten, Beobachtungen aus Treffen und Sitzungen und auf die uns vorliegenden Ergebnisse der externen wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation durch die Fachhochschule Köln, Forschungsschwerpunkt Sozialraum-Management, zurück. Die bisherigen Ergebnisse liegen als unveröffentlichte Zwischenberichte vor (Schubert/Veil 2009 und 2010, Abels et al. 2011a und 2011b, s. a. Groeger-Roth/Schubert 2012). Ein Abschlussbericht der Evaluation wird ca. Anfang 2013 publiziert werden. Die Verantwortung für die Ausführungen in diesem Artikel trägt allein der Autor.

### Das CTC-Implementationsmodell:

Damit eine Einführung von CTC gut gelingt, liegt dem Ansatz ein Phasenmodell zugrunde, in dem die jeweiligen Schritte und Ziele beschrieben werden.

Für die Akteure sind die einzelnen Schritte und Zielstellungen in einem ausführlicheren „CTC-Implementationsplan“ beschrieben (LPR 2012). Dieses Modell gibt den Akteuren eine Hilfe zur Erstellung einer sinnvollen Ablaufplanung für ein doch recht komplexes Verfahren. Wichtig ist, stets ein Gesamtverständnis der Zielstellung zu haben, damit sich die Umsetzung nicht zu einem mechanischen Abhaken von zu erledigenden Schritten reduziert.

Ich beschreibe nun im Folgenden Erfahrungen bei der Umsetzung der einzelnen Phasen und darauf aufbauende Schlussfolgerungen.

### Phase 1: CTC vorbereiten:

In Phase 1 steht die Klärung der Bereitschaft von lokalen Schlüsselakteu-

ren im Mittelpunkt, sich auf ein wissenschaftsbasiertes Verfahren zur Planung und Steuerung der Prävention einzulassen (im Original: die „Readiness-Analyse“). Am Beispiel der Modellstandorte zeigte sich, dass die grundsätzliche Bereitschaft z. B. bei zuständigen Dezernenten, Amtsleitern, aber auch Führungskräften bei der Polizei oder bei einzelnen Trägern aufgrund des vorhandenen Problembewusstseins recht hoch war. Eine Herausforderung stellte die Vermittelbarkeit der komplexen Methode bei den oftmals nur knappen zur Verfügung stehenden Zeitfenstern der betreffenden Personen dar. Die Bereitschaftsanalyse umfasst verschiedene Aspekte wie z. B. bereits bestehende thematische und räumliche Prioritätensetzungen, Erfahrungen mit ressortübergreifender Zusammenarbeit oder mögliche Verknüpfungen mit anderen bestehenden kommunalen Initiativen und Rahmenkonzepten. Eine zentrale Erfahrung aus dem Modellversuch ist die Bedeutung einer formalen Legitimation für den Prozess (bestenfalls Ratsbeschluss) und die Definition der Reichweite, die der Einsatz der Methode haben soll – z. B. in welchem Rahmen besteht die Bereitschaft zum Umsteuern bestehender Ressourcen? Nicht getroffene Definitionen zu diesem Zeitpunkt lassen sich später im Prozess schlecht wieder einholen.

### Phase 2: CTC einführen und Rückhalt für CTC schaffen

Im Zentrum dieser Phase steht die Einrichtung einer arbeitsfähigen Struktur für den Einsatz von CTC. Eine kommunale Lenkungsgruppe aus Schlüsselpersonen (z. B. Bürgermeister, Dezernatsleitung, Schulleiter, Trägervertreter, Polizei etc.) soll den Prozess verantwortlich steuern. An den Modellstandorten war im Idealfall eine bestehende Lenkungsgruppe (z. B. Lenkungsgruppe des Kommunalen

## DIE CTC-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 Gebietes, 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

- Das Formulieren der Ziele, welche die CTC-Strategie im Hinblick auf Problemverhalten, Risikofaktoren und Schutzfaktoren langfristig erreichen will
- Die Erstellung eines Planes, in dem Akteure und Einrichtungen in dem Gebiet 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, welche 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

Präventionsrates) in der Lage, diese Rolle zu übernehmen. Für die notwendige Projektkoordination konnte in allen drei Standorten eine Lösung gefunden werden, bei der vorhandenes Personal (z. B. aus der Jugendpflege) mit dieser Aufgabe beauftragt wurde. Die Beteiligung der lokalen Akteure, die unmittelbar mit Kindern, Jugendlichen und Familien arbeiten (Vertreter von Kitas, Schulen, Jugendarbeit und -hilfe, Familienbildung, Polizei etc.) in dem „CTC-Gebietsteam“ sollte ebenfalls keine Doppelstrukturen zu schon bestehenden sozialräumlichen Zusammenschlüssen (Stadtteilrunden etc.) verursachen. Dies ließ sich nicht ganz wie geplant umsetzen, da die Beteiligung an den einzelnen Arbeitsschritten (Priorisierung von Risiko-

und Schutzfaktoren, Analyse des bestehenden Präventionsangebotes, Erstellung Aktionsplan etc.) zu zeitintensiv war, um sie als TOP im Rahmen von regulären Sitzungen, z. B. eines Stadtteilnetzwerkes, durchzuführen. Als Ergebnis bildete sich meist eine Untergruppe aus der bestehenden Netzwerkstruktur. Die Rückkopplung der Zwischenergebnisse in die weitere Stadtteilöffentlichkeit bleibt dann eine Daueraufgabe. CTC beruht sehr auf der Idee von der Wirkungsmächtigkeit gemeinsam getroffener Entscheidungen. Daher war es ein wenig überraschendes Ergebnis des Modellversuchs, dass es im Lauf des Prozesses schwer war (aber nicht unmöglich), Einrichtungen und Akteure, die nicht von Anfang an eingebunden waren,

später mit ins Boot zu holen. Insgesamt war aus Sicht der Projektleitung die Bereitschaft der lokalen Akteure, als Mitglieder des CTC-Gebietsteams an dem Prozess mitzuwirken, als sehr hoch einzuschätzen. Als zu lösende Hindernisse stellten sich weniger Akzeptanzprobleme in Bezug auf die Inhalte (Vorrang von Prävention, wissenschaftliche Grundlage, Betonung des Nachweises von Wirkungen etc.) heraus, als vielmehr pragmatische Hürden (Zeitkonflikte mit der Alltagsarbeit) und Vorbehalte aufgrund früherer Erfahrungen (nach dem Motto: „Das ist jetzt der x-te Versuch, hier etwas zu ändern. Wird das die Stadt auch wirklich aufgreifen, wenn wir jetzt etwas Neues erarbeiten?“). Lösbar waren diese Hürden aufgrund der aktiven Unterstützung der lokalen Projektkoordination und klarer Aussagen der Lenkungebene, dass der Prozess und seine Ergebnisse kommunal gewünscht sind.

Die CTC-Schülerbefragung soll nun für den weiteren Prozess ein repräsentatives Bild über die seitens der Jugendlichen erfahrenen Risiko- und Schutzfaktoren liefern, die die Entwicklung von schwerwiegenden Problemverhaltensweisen begünstigen oder ihnen entgegenwirken (vgl. Arthur et al. 2002, 2007). Eine Aufgabe des Modellversuchs war die Übertragung des US-amerikanischen und niederländischen Fragebogens nach Deutschland und eine Überprüfung seiner Messgüte, was aber nicht Thema dieses Beitrags sein soll. Bei der Frage der praktischen Umsetzbarkeit steht in Phase 2 die Organisation der Befragung an den Schulen in Vordergrund. Für den Modellversuch haben wir ein Verfahren gewählt, das eine webbasierte Befragung der Schülerinnen und Schüler vorsah, selbstorganisiert im Befragungsablauf durch die Schulen. Hier zeigt sich, dass die Bereitschaft der Schulen, dieses (aus Auftraggebersicht kostengünstige) Verfahren umzusetzen, sehr unterschiedlich ausgeprägt war – von Unverständnis bis „überhaupt kein Problem“ war alles dabei. Als Fazit zeigte sich, dass das Verfahren zukünftig v. a. in Hinsicht auf bessere Anreize (z. B. schulbezogene Auswertungsberichte) und externe Unterstützung optimiert werden muss (vgl. Abels et al. 2011a). Die Rücklaufquoten für Hannover und den LK Emsland waren dennoch zufriedenstellend. Im Fall von Göttingen musste im Rahmen des Modellversuchs auf ein nicht-schulbasiertes haushaltsbe-

zogenes Befragungsverfahren der Jugendlichen zurückgegriffen werden<sup>1</sup>.

## Phase 3:

### CTC-Gebietsprofil erstellen

In dieser Phase wird eine „soziale Diagnose“ erstellt, um die zukünftige Planung der Prävention auf eine solide, datengestützte und gemeinsam geteilte Basis zu stellen.

Zum einen werden die Ergebnisse der Schülerbefragung und anderer vorhandener lokaler Sekundärdaten (z. B. Jugendhilfestatistik, Daten der Polizei etc.) durch das Gebietsteam ausgewertet. Die Befragungsergebnisse werden so dargestellt, dass eine Diskussion über die Bedeutung der Ergebnisse aus der Sicht der Praktiker geführt werden kann. Ziel soll es sein, dass sich das Gebietsteam auf die bedeutsamsten (erhöhten) 2–3 Risikofaktoren und (niedrigsten) 1–2 Schutzfaktoren einigt, um die zukünftigen Aktivitäten zu fokussieren und knappe Ressourcen auf die vordringlichsten Handlungsbereiche zu lenken. Ein mögliches Hindernis in der Umsetzung besteht sicher darin, dass sich – aufgrund von vorhandenen Interessenkonflikten oder unterschiedlichen professionellen Zugängen der Akteure – keine Einigkeit herstellen lässt. CTC

arbeitet nicht zuletzt deshalb bei der Messung der Risiko- und Schutzfaktoren mit quantitativen Befragungen von Jugendlichen, um ein möglichst objektives Bild, frei von Verzerrungen aufgrund der verschiedenen Zugänge, über die gesamte Jugend des entsprechenden Gebiets zu erhalten. Die Erfahrung in den Modellstandorten war, dass die Priorisierung der Risiko- und Schutzfaktoren nicht als große Herausforderung durch die Akteure wahrgenommen wurde und gut umgesetzt werden konnte. Die Sichtbarkeit der jeweiligen lokalen Unterschiede vereinfachte die Auswahl sicherlich (vgl. auch Abels et al. 2011b). Zur Übersicht „ausgewählte Risikofaktoren Modellstandorte“:

Hilfreich für den Prozess war zudem die große Fachlichkeit der Diskussionen unter den Akteuren in den Gebietsteams. Trotz der z. T. unüberschaubaren Fülle von vorhandenen lokalen Sekundärdaten war deren Erkenntniswert für die zu fällenden Entscheidungen weniger groß (z. B. fehlender Sozialraumbezug), was den Wert der CTC-Schülerbefragung für diesen Prozessschritt unterstreicht. Die Ergebnisse der Befragung waren für die Akteure nicht immer überraschend, aber wichtige Akzente konnten aufgrund der Ergebnisse z. T. auch neu gesetzt werden (z. B. Bedeutung des frühen Beginns der Problemverhaltensweisen oder der Einfluss des Elternhauses).

Der zweite große Arbeitsschritt in Phase 3 nach der „Risikoanalyse“ ist

die sogenannte „Stärkenanalyse“, die Bestandaufnahme und Bewertung der schon bestehenden Angebote in Bezug auf die priorisierten Faktoren. Die lokalen Einrichtungen und Träger werden hierbei gebeten, einen Online-Fragebogen über ihre Angebote auszufüllen. Die Auswertung durch das Gebietsteam bezieht sich auf die inhaltliche Qualität und auf Lücken und Überschneidungen im bestehenden Angebot – in Bezug z. B. auf Altersgruppen, geografische Bereiche oder Bereiche (z. B. „bezogen auf den Faktor A werden kaum Eltern erreicht von Kindern im Alter von 6–10 im Gebiet xy“). Diese Analyse bietet die Basis für die Frage, ob durch Umsteuerung bestehender oder Einführung neuer, evaluierter Angebote etwas zur Verringerung erhöhter Risikofaktoren und der Erhöhung schwach ausgeprägter Schutzfaktoren erreicht werden kann.

Die Ergebnisse der Risiko- und der Stärkenanalyse werden in einem Gebiets-/Sozialraumprofil zusammengefasst und veröffentlicht. Die bereits erstellten Profile der Modellstandorte können unter [www.ctc-info.de/nano.cms/spin-modellstandorte](http://www.ctc-info.de/nano.cms/spin-modellstandorte) eingesehen werden.

## Phase 4:

### CTC-Aktionsplan erstellen

Ein CTC-Aktionsplan ist gekennzeichnet durch mess- und überprüfbare Zielstellungen für Problemverhaltensweisen, priorisierte Risiko- und

<sup>1</sup>In diesem Fall wurden die Jugendlichen im Alter von 12–18 über Briefe an ihre Meldeadresse zur Teilnahme an der anonymen Online-Befragung eingeladen, was niedrigere Teilnehmeraten im Vergleich zur schulbasierten Befragung, aber dennoch verwertbare Ergebnisse erbrachte.

ausgewählte Risikofaktoren (aus 19 insgesamt)	Hannover Mühlenberg	Göttingen Weststadt	Sögel/Werlte	Freren/Spelle
Probleme mit dem Familienmanagement		X	X	X
Konflikte in der Familie		X		
Lernrückstände beginnend in der Grundschule		X		
Früher Beginn des antisozialen Verhaltens	X			
Früher Beginn des Substanzkonsums			X	X
Umgang mit Freunden, die Problemverhalten zeigen		X		
Peer – Anerkennung für antisoziales Verhalten				X (nur Freren)

Schutzfaktoren und einzusetzende Programme – also z. B. „Wir streben eine Verringerung des Risikofaktors A von 37% auf 30% in drei Jahren an“. Diese „outcome“-pbasierte Planungsmethode war ungewohnt und neu für die meisten Akteure in den Modellstandorten. Eine Herausforderung in dieser Phase war sicher die Entwicklung von realistischen, nicht zu ambitionierten, aber auch nicht zu unbedeutenden Zielen. Die Zielformulierung ist die Basis für die Bestimmung dessen, was einzusetzende Programme erreichen sollen. Für neu einzusetzende Programme (aufgrund vorher festgestellter Lücken) haben sich die Modellstandorte an der Empfehlungsliste „Grüne Liste Prävention“ (s. o.) des LPR orientiert. Diese Online-Datenbank ist so aufgebaut, dass geeignete Programme leicht nach den Risiko- und Schutzfaktoren recherchiert werden können, die sie beeinflussen. Da die Gebietsprofile v. a. eine Konzentration auf die Bereiche Kita und Grundschule nahelegten, befand sich der Modellversuch nun in einer kritischen Phase – bekannt ist schließlich die Problematik, dass Kitas und Schulen mit eigenen Aufgaben und zusätzlichen Projekten ausge- und z. T. überlastet sind. Umso positiver ist das Ergebnis zu bewerten, dass die Bereitschaft der meisten Einrichtungen, sich mit der Frage der Implementierung von effektiven Programmen zu befassen, groß war. Die Einbeziehung der Einrichtungen in den vorhergehenden Analyseprozess soll vom Konzept her diese Entscheidungen vorbereiten. Auch wenn das Argument für effektive Programme lautet, dass sie bestehende Probleme wahrscheinlicher als andere Maßnahmen reduzieren können, stellen sie dennoch zu Beginn einen erhöhten Aufwand für die umsetzenden Akteure dar. Das gilt ebenso für die Kosten: auch wenn es das Versprechen von guten Programmen ist, in Zukunft Kosten zu reduzieren, so fallen doch zunächst für die Einführung Mehrkosten an. Dass es dennoch an den Modellstandorten<sup>2</sup> gelungen ist, eine solide Finanzierung für die zusätzlich anfallenden Kosten aus Bordmitteln zu erstellen, liegt m. E. vor allem an der Akzeptanz des Bedarfes aufgrund der breit getragenen vorgelegten Analyse und den vergleichsweise niedrigen Kosten für effektive Programme (meistens handelt es sich um Fortbildungen für Erzieher/-innen und Lehrer/-innen). Die bisher erstellten Aktionspläne können ebenfalls un-

ter dem o. g. Link für die Modellstandorte eingesehen werden.

## Phase 5: CTC-Aktionsplan einführen

Die Umsetzung der ausgewählten Programme aus der Grünen Liste Prävention steht nun in den Modellstandorten an. Aus der Forschung ist bekannt, dass die Umsetzungsqualität einen entscheidenden Anteil an der Wirkung eines Programms hat (vgl. Durak/DuPre 2008, Elliot/Mihalic 2004, Fixsen et al. 2005). Der CTC-Prozess sieht eine enge Begleitung und Unterstützung der umsetzenden Akteure durch das Gebietsteam und die lokale Koordination vor. Regelmäßig sollen die Programmumsetzung und die möglichen Wirkungen (durch die Wiederholung der Schülerbefragung) durch die beteiligten Akteure reflektiert und nötige Korrekturen durchgeführt werden.

## Fazit und Ausblick

Einige Schritte und Erfahrungen sind hier aus Platzgründen nur angerissen oder ausgelassen worden. Beispielsweise wäre viel über die Unterschiede in der Umsetzung zwischen eher ländlichen und städtischen Bedingungen zu sagen (erstes scheint einfacher, letzteres scheint herausfordernder) oder über das Thema Zeit bzw. die Vor- und Nachteile einer schnellen oder eher langsamen Implementierung. Eine angestrebte Dauer von 18 Monaten für die Phasen 1–4 ist herausfordernd, aber der sprichwörtliche Atem der Beteiligten sollte auch nicht länger strapaziert werden. Nicht beschrieben wurden hier auch die begleitenden 5 Trainings für die Beteiligten in den Gebietsteams, die einen großen Anteil an dem Gelingen des doch sehr voraussetzungsvollen Prozesses haben. Die Evaluation durch die FH Köln hat die einzelnen Abläufe genau dokumentiert und durch die regelmäßigen Befragungen der beteiligten Akteure liegen uns gute Einschätzungen über den Projektverlauf unabhängig von der Beurteilung durch die Projektleitung vor (s. o.). Ein Zwischenergebnis der Evaluation ist, dass sich CTC gut in bestehende kommunale Strukturen einpassen lässt – vielleicht passt die grundsätzliche Arbeitsweise von CTC sogar besser in die hiesigen Strukturen als in die der USA (wie eine These von Herbert Schubert lautet, vgl. Groeger-Roth/Schubert

2012). Über die Frage der Umsetzbarkeit und Passungsfähigkeit hinaus geht die Frage nach den möglichen Wirkungen von CTC in Bezug auf die Innovation kommunaler Strukturen in der Prävention. Vieles deutet darauf hin, dass es dabei v. a. um die Frage geht, welchen Stellenwert evaluierte und manualisierte Präventionsprogramme im Vergleich zur üblichen Praxis der Projektorientierung und des „Selberentwickelns“ haben. Werden neue Programme nur „on top“ zu den bisherigen Angeboten dazugefügt, oder werden knappe (bzw. knapper werdende) Ressourcen gezielt auf wirkungsüberprüfte Ansätze konzentriert, die an den lokal schwerwiegendsten Entwicklungsrisiken für Kinder und Jugendliche ansetzen? CTC als Verfahren kann eine kommunale Willensbildung über strategische Fragen dieser Art anstoßen, sie mit Daten und Analysen unterlegen, Akteure für diese Fragen sensibilisieren, aber niemandem die Entscheidungen abnehmen, denn „data is not information, information is not knowledge, knowledge is not understanding, understanding is not wisdom“ (Clifford Stoll).

Der Landespräventionsrat Niedersachsen hat als ein Fazit aus dem positiven Verlauf des Modellversuchs beschlossen, ab 2013 neue Standorte in Niedersachsen im Rahmen seiner Förderrichtlinie bei der Einführung von CTC zu unterstützen und so weitere Erfahrungen über die Möglichkeiten dieser Methode zu sammeln. Interessierte Kommunen innerhalb und außerhalb von Niedersachsen haben unlängst auf einem Workshop des Städtenetzwerkes DEFUS großes Interesse an CTC bekundet (siehe [www.defus.org](http://www.defus.org)) – die Zukunft wird zeigen, welche weisen Entscheidungen dabei noch auf uns zukommen.

*Der Autor ist Mitarbeiter im Landespräventionsrat Niedersachsen, Kontakt: [frederick.groeger-roth@mj.niedersachsen.de](mailto:frederick.groeger-roth@mj.niedersachsen.de)*

<sup>2</sup> Zumindest Hannover und das Emsland sind im Projektverlauf schon an diesen Punkt gekommen.



## Literatur:

- Abels, S., Schubert, H., Spieckermann, H., Veil, K. (2011a): Evaluation der Schülerbefragung in Schulen der Modellkommunen Emsland, Hannover und Göttingen, Köln (unveröffentlicht).
- Abels, S., Schubert, H., Spieckermann, H., Veil, K. (2011b): Abschlussbericht der Evaluation für die Phasen 1–3, SRM Arbeitspapier 39, Köln (unveröffentlicht).
- Arthur, M. W., J. D. Hawkins, J. A. Pollard, R. F. Catalano, 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, R. F. Catalano (2007): Measuring risk and protection in communities using the Communities That Care Youth Survey. *Evaluation and Program Planning* 30: 197–211.
- van Dijk, B., Flight, S., Geldorp, M., Tullner, H. (2004): Eindrapportage vier pilotprojecten Amsterdam, Arnhem, Rotterdam, Zwolle. Amsterdam, DSP-groep.
- Durlak, J., DuPre, E. (2008): Implementation Matters. A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation, *Journal for Community Psychology* 41: 327–350.
- Elliott, D. S. / Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5(1), 47–52.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F. (2005): *Implementation research: A synthesis of the literature*, Tampa: University of South Florida.
- Groeger-Roth, F. (2010): Wie kann eine effektive Präventionsstrategie auf kommunaler Ebene befördert werden? Der Ansatz von „Communities That Care – CTC“ und ein Modellversuch in Niedersachsen. *forum kriminalprävention* 4/2010, 4–10.
- Groeger-Roth, F. / Hasenpusch, B. (2011): Die „Grüne Liste Prävention“ – effektive und erfolgversprechende Präventionsprogramme im Blick. *forum kriminalprävention* 4/2011, 52–58.
- Groeger-Roth, F. / Schubert, H. (2012): „Das kommt aus Amerika, das geht hier nicht ...“ – Erfahrungen mit CTC in Niedersachsen, in: Kerner, Hans-Jürgen und Marks, Erich (Hrsg.): *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*, Hannover.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (2005): *Investing in Your Community's Youth: An Introduction to the Communities That Care System*, South Deerfield; MA: Channing Bete.
- 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.
- Landespräventionsrat Niedersachsen (Hrsg.) (2012): *Lokaler Implementationsplan. Ziele und Schritte für jede Phase der Einführung von CTC – Communities That Care an einem Standort*, Hannover.
- Schubert, H., Veil, K. (2009): *Erster Zwischenbericht der SPIN-Evaluation. Literaturanalyse Communities That Care*, SRM Arbeitspapier 35, Köln (unveröffentlicht).
- Schubert, H., Veil, K. (2010): *Zweiter Zwischenbericht. Evaluation der Phasen 1 und 2*, Köln (unveröffentlicht).