

Wie gelingt kommunale Prävention bei Kindern und Jugendlichen?

Erste Erkenntnisse aus der CTC-EFF-Studie

Dominik Röding, Vera Birgel, Lea Decker, Sibel Ünlü & Ulla Walter

Erkenntnisse zur Wirksamkeit kommunaler Ansätze spielen eine entscheidende Rolle in der Prävention von junglichem Problemverhalten, wie beispielsweise Substanzkonsum, Gewalt und Delinquenz. Gut erforscht ist, welche Elemente kommunale Präventionsstrategien wirksam machen. Klar ist aber auch, dass die Wirksamkeit kommunaler Präventionsstrategien stark von lokalen Rahmenbedingungen abhängt. Die Erkenntnisse hierzu stammen bislang ausnahmslos aus anderen Ländern und es ist unklar, inwiefern diese auf Deutschland übertragbar sind. Mit unserer Studie schaffen wir nun erstmalig eine valide Datengrundlage, um diese Frage für Deutschland zu erhellen. Erste Ergebnisse aus unserer Studie lieferten jüngst spannende Erkenntnisse hierzu, die von hoher praktischer und politischer Relevanz für die Prävention sind. Der Beitrag gibt einen anwendungsorientierten Überblick über diese Erkenntnisse und gibt Empfehlungen im Bereich der kommunalen Prävention und deren effektive Umsetzung in der Praxis.

Wirksamkeit kommunaler Präventionsansätze

In diesem Beitrag stellen wir erste spannende Erkenntnisse aus unserer seit 2020 laufenden Studie *Effektivität des kommunalen Präventionssystems Communities That Care – CTC-EFF* vor.¹ Diese wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Wir bauen damit auf dem Forschungsstand auf, der besagt, dass kommunale Ansätze für die Prävention von junglichem Problemverhalten wie Gewalt und Substanzkonsum entscheidend sind (Das et al., 2016). Dies liegt daran, dass die psychosoziale Entwicklung von Heranwachsenden primär von deren Nahumfeld wie z.B. Wohnumfeld, Schule, Peer-Group und Familie geprägt wird (Loh-

man et al., 2007). Mit unserer Studie widmen wir uns der 'Black Box', welche Präventionsstrategien unter welchen lokalen Rahmenbedingungen Wirksamkeit entfalten.

Für unsere Studie war es daher besonders wichtig, Kommunen mit möglichst unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu gewinnen (Röding, Soellner, Reder, et al., 2021). Von April bis Dezember 2020 haben wir zum einen 21 sehr unterschiedliche Kommunen gewinnen können, die den Communities That Care (CTC)-Ansatz einführen. Zum anderen haben wir für jede dieser CTC-Kommunen je eine vergleichbare Kommune im selben Bundesland gefunden und für die Studie gewonnen (Röding, Soellner, Birgel, et al., 2021). Zwischen Mai 2021 und März 2022 haben wir dann in diesen Kommunen umfangreiche und für Deutschland einzigartige Daten erhoben. Insgesamt wurden von uns fünf sich inhaltlich ergänzende Erhebungen durchgeführt. Unsere Daten umfassen daher ein breites thematisches Spektrum. Wir planen, diese Erhebungen in zweijährlichen Abständen in den kommenden Jahren zu wiederholen. Aus der ersten Erhebungswelle liegen uns vollständige Daten für 28

Kommunen aus Niedersachsen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz vor.

Voraussetzungen für wirksame Präventionsstrategien

Welche Rahmenbedingungen vorherrschen müssen, damit kommunale Präventionsansätze Wirkung entfalten können, ist unklar. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass lokale Rahmenbedingungen hierfür eine bedeutende Rolle spielen und was wichtige Elemente wirksamer Präventionsstrategien sind. In unserer Studie messen wir das Ausmaß, in dem Kommunen wirksame Präventionsstrategien anwenden, anhand eines komplexen Index der sechs Stufen der Übernahme wissenschaftsbasierter Prävention differenziert (Arthur et al., 2005). Die unterste Stufe des Index bedeutet, dass in der betreffenden Kommune nicht oder kaum mit präventionswissenschaftlichen Konzepten und Begriffen gearbeitet wird. Die höchste Stufe hingegen zeichnet sich dadurch aus, dass die Kommune nicht nur solche Konzepte nutzt, sondern auch epidemiologische Daten für ihre Planung und Steuerung verwendet und datenbasiert identifizierte Bedarfe mit evidenzbasierten Maßnahmen adressiert. Aus anderen Ländern liegen hierzu bereits wissenschaftliche Erkenntnisse vor (Nagorcka-Smith et al., 2022). Diese sind allerdings nicht umstandslos auf Deutschland übertragbar. Um diese Lücke zu schließen, haben wir erstmals robuste Daten hierzu für Deutschland erhoben.

Konkret haben wir in 38 Kommunen jeweils ein breites Spektrum an Personen befragt, die aufgrund ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit Insider-Wissen zu den lokalen Rahmenbedingungen und Präventionsaktivitäten haben. Anhand der Daten von 182 Befragten haben wir für jede Kommune objektive (intersubjektive) Daten berechnet (Röding et al., 2023). Damit

¹ An der Studie sind neben den genannten Autorinnen und Autoren Prof. Dr. Renate Soellner und Dr. Maren Reder von der Universität Hildesheim beteiligt sowie Prof. Dr. Christian Krauth und Maike Stolz von der Medizinischen Hochschule Hannover. Als Praxispartner sind Frederick Groeger-Roth für den Landespräventionsrat Niedersachsen und Sven Krupik für den Deutschen Präventionstag beteiligt. Unsere Studie wird zudem unterstützt von (ehemaligen) Mitgliedern der Social Development Research Group, Washington, USA, sowie von Harrie Jonkman, Utrecht, Niederlande.

können wir valide untersuchen, wie stark zehn in der Literatur diskutierte lokale Rahmenbedingungen (Birgel et al., 2022) mit wirksamen Präventionsstrategien zusammenhängen (Birgel et al., 2023). Diese Rahmenbedingungen werden im angelsächsischen Raum unter dem Begriff **Community Capacity** zusammengefasst und beziehen sich auf die Fähigkeit einer Kommune, Ressourcen zu sammeln, effizient zusammenzuarbeiten und wirksame Programme und Strategien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden durchzuführen. Diese Kapazität einer Kommune wird von mehreren Faktoren geprägt, darunter auch von sozialen und wirtschaftlichen Determinanten (Chinman et al., 2005).

Unsere Ergebnisse belegen, dass eine hohe Community Capacity bzw. kommunale Kapazitäten einen Einfluss auf die Umsetzung wirksamer Präventionsstrategien hat. Dabei sind insbesondere drei Aspekte entscheidend.

(1) Relevant ist, in welchem Ausmaß und mit welcher Qualität die lokalen Akteure Formate der Zusammenarbeit für Prävention installiert haben. Dies bezieht sich beispielsweise darauf, ob Präventionsakteure Informationen austauschen, ihre Präventionsstrategien koordinieren und jeder Akteur eine klare Rolle bei der Umsetzung des lokalen Präventionsplans hat. Das Ausmaß und die Qualität der Zusammenarbeit ist mit einer 26-fach höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, wirksame Prävention umzusetzen.

(2) An zweiter Stelle steht die Fähigkeit von Präventionsakteuren, auf die Bedürfnisse ihrer Kommune bei der Planung und Umsetzung von Präventionsstrategien zu reagieren. Es konnte gezeigt werden, dass eine solche bedarfsorientierte Arbeitsweise mit einer 20-fach höheren Wahrscheinlichkeit für die Umsetzung wirksamer Präventionsstrategien assoziiert ist.

(3) Die dritt wichtigste Rahmenbedingung für die Umsetzung wirksamer Prävention ist eine gute intersektorale Zusammenarbeit für Prävention (10-fach höhere Wahrscheinlichkeit). Wir empfehlen allen Kommunen insbesondere diese drei Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen und gegebenenfalls zu verbessern.

Darüber hinaus sind für eine erfolgreiche Umsetzung wirksamer Präventionsmaßnahmen neben einem starken Wir-Gefühl und dem Vorhandensein einer Präventionskoordinationsstelle auch die Beteiligung von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und

kulturellen Hintergrund an der Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen entscheidend. Nach unseren Daten gehen diese Faktoren mit einer rund 5-fach höheren Wahrscheinlichkeit einher, wirksame Prävention umzusetzen.

Erstaunlicherweise steht nach unseren Daten die Umsetzung wirksamer Präventionsstrategien nicht in substantziellen Zusammenhang mit stark ausgeprägter Partizipation seitens der Bevölkerung, hohem Wissensstand und ausgeprägten Fähigkeiten, guter Ressourcenausstattung und guter Konfliktlösefähigkeit der Kommune. Wir empfehlen dennoch, diese Faktoren in ihrer Relevanz nicht zu unterschätzen. Diese sind womöglich insbesondere für Kommunen bedeutsam, die sich noch wenig mit kommunaler Prävention beschäftigen. Solche Kommunen sind in unserer Studie womöglich unterrepräsentiert, was dazu führen könnte, dass wir den Einfluss dieser Faktoren tendenziell unterschätzen.

Community Capacity und Substanzkonsum

Für andere Länder ist bereits hinreichend belegt, dass die oben genannten Community Capacity-Bereiche einen wesentlichen Einfluss auf den Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen haben (Brown et al., 2014; Flewelling & Hanley, 2016). In Deutschland wurde dieser Zusammenhang jedoch bislang nicht untersucht und es ist umstritten, ob die Erkenntnisse anderer Länder auf Deutschland übertragbar sind. Um diese Wissenslücke zu schließen, haben wir die Daten von 7.210 Schülerinnen und Schülern aus 28 deutschen Kommunen mit den Daten der befragten lokalen Schlüsselpersonen verknüpft.

Unsere Analysen belegen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Community Capacity und dem Substanzkonsum der Schülerinnen und Schüler. Je höher die Community Capacity ist, desto geringer ist der Anteil an Heranwachsenden, die Drogen konsumieren, rauchen, Alkohol trinken oder sich damit berauschen (Binge Drinking). Kommunen mit niedriger Capacity haben unter anderem über dreifach so viele Kinder und Jugendliche, die regelmäßig Alkohol trinken. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass auch in Deutschland die Community Capacity für Prävention einen kausalen Einfluss auf den Substanzkonsum bei He-

ranwachsenden hat. Sie zeigen zudem, dass vor allem ein hoher Grad an Zusammenarbeit für Prävention, finanzielle und personelle Ausstattung mit Ressourcen, ein hoher Wissensstand und ausgeprägte Fähigkeiten im Bereich Prävention, Konfliktlösefähigkeit und Partizipation der Bevölkerung mit geringeren Prävalenzen von Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen zusammenhängen.

In Anbetracht der hohen direkten und indirekten Kosten, die durch den Konsum von Drogen und anderen Substanzen sowohl für die Kommunen als auch für die einzelnen Menschen entstehen, empfehlen wir allen Kommunen, in wirksame kommunale Präventionsstrategien zu investieren. Studien aus den USA zeigen, dass jeder Dollar, den CTC-Kommunen für Prävention von jugendlichem Problemverhalten investiert haben, langfristig zu Ersparnissen in Höhe von fünf bis über 30 Dollar geführt hat (Kuklinski et al., 2021).

Umsetzungsqualität und Reichweite evidenzbasierter Programme

In unserer Studie befragen wir die lokalen Präventionsakteure zu allen Präventionsmaßnahmen, die für Kinder, Jugendliche und deren Familien vor Ort umgesetzt werden. Zwei Schwerpunkte dieser Befragungen sind die Qualität der Umsetzung dieser Maßnahmen und die Anzahl damit erreichter Personen. Die umgesetzten Maßnahmen werden anhand der Grünen Liste Prävention (www.grue-ne-liste-praevention.de) beurteilt, um festzustellen, ob es sich um evidenzbasierte Programme handelt. Für diese Erhebung haben wir 242 lokale Präventionsakteure aus 38 Kommunen telefonisch befragt. Diese Daten wurden mit unserer Befragung lokaler Schlüsselpersonen sowie mit kommunenbezogenen Daten der amtlichen Statistik verknüpft. Dabei wurden von uns auch die Einwohnerzahl, ein Raumtypus-Index (städtisch-zentral vs. ländlich-peripher) (BBSR Bonn, 2019) sowie ein Index zum Deprivationsgrad der Kommune (Kroll, 2017) berücksichtigt. Mithilfe dieser verknüpften Daten haben wir untersucht, inwiefern die Anzahl der implementierten evidenzbasierten Programme, deren Umsetzungsqualität und Reichweite (Anzahl erreichter Personen) mit der lokalen Präventionsstrategie und lokalen Rahmenbedingungen zusammenhängen.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass ländliche und stärker deprivierte Kommunen tendenziell mehr evidenzbasierte Programme implementiert haben. Die am stärksten deprivierten Kommunen haben gegenüber den besonders privilegierten Kommunen etwa doppelt so viele evidenzbasierte Programme eingeführt. Auch werden in stärker deprivierten Kommunen mehr Personen mit evidenzbasierten Programme erreicht. Dies sind positive Signale, da ländliche und insbesondere deprivierte Kommunen einen größeren Bedarf an Prävention von junglichem Problemverhalten haben. Dieser Befund rührt aber wohl daher, dass die an unserer Studie teilnehmenden Kommunen kein repräsentatives Abbild der deutschen Kommunen sind. Denn eine jüngst veröffentlichte Studie bestätigt ganz eindeutig die Theorie, dass stärker deprivierte Kommunen weniger aktiv in Prävention und Gesundheitsförderung sind (Herbert-Maul et al., 2022).

Unsere Daten zeigen ferner, dass Kommunen mit einer stärker wissenschaftsbasierten Präventionsstrategie, einer ausgeprägten intersektoralen Kooperation und mit höherer finanzieller Unterstützung für Prävention mehr evidenzbasierte Programme implementiert haben. Zudem zeigen unsere Analysen, dass Kommunen mit einer ausgeprägten intersektoralen Kooperation und starkem Rückhalt seitens ihrer Bürgerinnen und Bürger eine höhere Anzahl an Personen mit evidenzbasierten Programmen erreichen. Die Kommunen, die sich besonders stark an wirksamen Präventionsstrategien ausrichten, haben fast doppelt so viele evidenzbasierte Programme implementiert und erreichen mit diesen Programmen etwa 50% mehr Personen im Vergleich zu Kommunen, die sich weniger an wirksamen Präventionsstrategien orientieren. Dies steht in Einklang mit Theorien zur Wirkweise von wissenschaftsbasierten kommunalen Präventionsansätzen (Brown et al., 2014) und unterstreicht die Bedeutung, die diese lokalen Rahmenbedingungen für wirksame Prävention haben.

Die Umsetzungsqualität von evidenzbasierten Programmen ist nach unseren Daten hingegen weitgehend unabhängig von lokalen Rahmenbedingungen. Hier zeigt sich lediglich, dass eine ländlich-periphere Lage in schwachem Zusammenhang mit geringer Umsetzqualität steht. Dies könnte auf die geringeren Ressourcen dieser Kommunen im Vergleich zu städtisch-zentrumsnahen Kommunen zurückzuführen

ren sein. Weitere Analysen sind jedoch notwendig, um dies zu abschließend zu klären.

Einführung von CTC während der Pandemie

Ein besonderer Schwerpunkt unserer Studie ist die Evaluation des kommunalen Präventionssystems Communities That Care (CTC) in Deutschland. CTC ist ein wissenschaftsbasierter Ansatz zur kommunalen Prävention von junglichem Problemverhalten (Röding et al., 2022). Die Einführung von CTC folgt fünf Phasen und dauert normal 24 bis 30 Monate. In Phase 1 wird der CTC-Prozess vorbereitet, in Phase 2 wird ein Gebietsteam aufgebaut und geschult, in Phase 3 wird datenbasiert ein Gebietsprofil erstellt, in Phase 4 wird darauf aufbauend ein Aktionsplan erarbeitet und in Phase 5 wird der Aktionsplan umgesetzt und evaluiert.

Koordinator:innen zur Implementation befragt werden und 22 Mitglieder von acht CTC-Gebietsteams zu den folgenden zehn Gelingensbedingungen: Community Readiness, Diversität im Team, Präventionswissen der Teammitglieder, Teamzusammenhalt, Team-Effizienz, Einfluss des Teams, vom Team empfundene Wirksamkeit von CTC, Konflikte sowie Fluktuation im Team und Implementationshürden.

Von den 17 Kommunen sind fünf in CTC-Phase 1, drei in CTC-Phase 2, fünf in CTC-Phase 3 und je zwei in CTC-Phase 4 und 5. Die CTC-Phase 1 haben die Kommunen durchschnittlich mit einem Implementationsgrad von 75% abgeschlossen. Der mittlere Implementationsgrad über alle abgeschlossenen Phasen betrug 70%. Damit ist die von uns gemessene Implementationsqualität unter Pandemiebedingungen ähnlich gut wie in anderen Studien, in denen CTC unter Standardbedingungen umgesetzt wurde (Fagan et al., 2009).

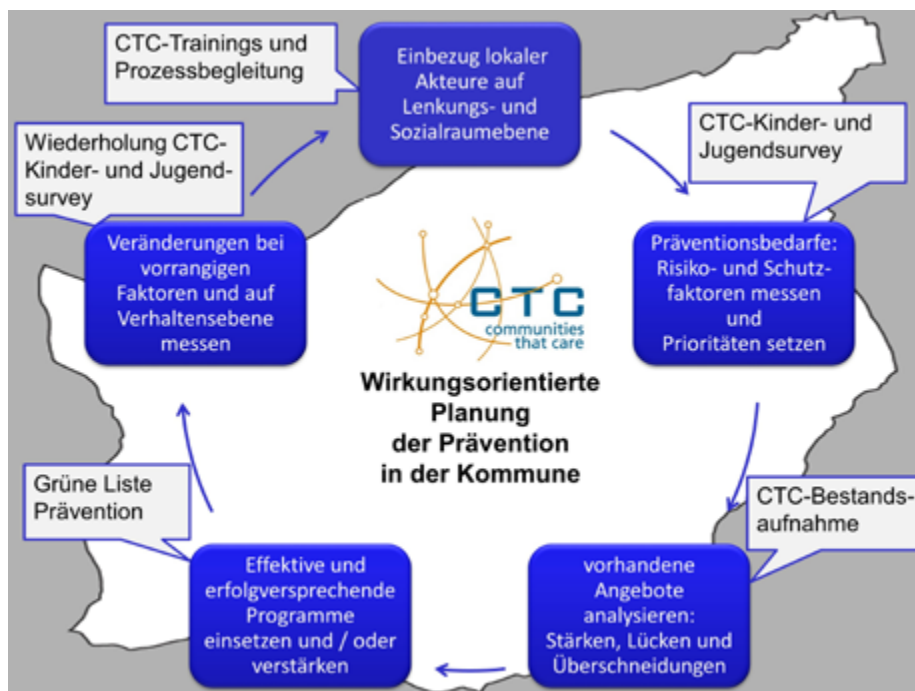


Abbildung 1: Die fünf CTC-Phasen (Quelle: Landespräventionsrat Niedersachsen)

Da unsere Studie kurz nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie gestartet hat, können wir untersuchen, inwiefern die Einführung von CTC unter den damit einhergehenden Ausnahmsbedingungen möglich ist. Unsere diesbezüglichen Analysen beziehen sich auf 17 CTC-Kommunen, da sich drei von 19 CTC-Kommunen, die in unserer Studie verblieben sind, aufgrund ihrer engen räumlichen Nähe und zur Bündelung von Ressourcen zu einem CTC-Standort zusammengetan haben. In diesen 17 Standorten konnten 12 CTC-

Unsere Daten zeigen allerdings, dass die CTC-Implementation während der Pandemie nur sehr langsam vorangeschritten ist. Teilweise haben die CTC-Gebietsteams vorübergehend ihre Aktivitäten ruhen lassen (müssen). Die CTC-Kommunen, die noch kein Gebietsteam aufgebaut hatten, haben dies auf unbestimmte Zeit verschoben. Angesichts der belegten Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie und die Infektionsschutzmaßnahmen (Kaman et

al., 2023; Schlack et al., 2022), möchten wir alle Präventionsakteure und CTC-Gebietsteams darin bestärken, wieder und vermehrt in ihre Präventionsaktivitäten zu investieren.

Von den acht befragten Gebiets-teams wiesen vier Teams ein unzureichendes Präventionswissen auf, während drei Teams eine unzureichende Diversität im Team und zwei Teams einen zu geringen Einfluss aufwiesen. Wir empfehlen allen CTC-Gebietsteams, möglichst viele und vielfältige Akteure in das Team und dessen Aktivitäten einzubeziehen, da davon auszugehen ist, dass dies den Einfluss des Teams auf die Kommune und die lokalen Organisationen und Institutionen verbessert. Da Präventionswissen ein wichtiger Aspekt von Community Capacity ist und in engem Zusammenhang mit reduzierten Substanzkonsum bei Heranwachsenden steht, empfehlen wir auch dringend diesen Faktor stärker in den Blick zu nehmen und bei Bedarf zu fördern. Die übrigen Gelingsbedingungen waren bei den hier betrachteten Gebietsteams erfreulicherweise trotz Pandemie im akzeptablen bis sehr guten Bereich. Die von uns ermittelten Ausprägungen der zehn Gelingensbedingungen sind zudem mit den von einer internationalen Vergleichsstudie präsentierten Werten vergleichbar (Jonkman et al., 2009).

Ausblick

Im Sommer 2023 starten wir mit der zweiten Erhebungswelle unserer Studie. Dies ermöglicht uns dann erstmals zeitliche Veränderungen in den Daten zu analysieren und damit Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu modellieren. Derzeit bemühen wir uns um eine Anschlussfinanzierung, die es uns ermöglicht, die Studie über den zweiten Erhebungszeitpunkt hinaus fortzusetzen. Denn erst nach einer dritten Erhebungswelle können wir abschließend untersuchen, ob die Einführung von CTC auch in Deutschland zu einer verbesserten Community Capacity führt sowie zu einer stärker wissenschaftsbasierten Präventionsstrategie, zur vermehrten und verbesserten Implementation evidenzbasierter Programme, zu einer Verringerung von Risikofaktoren und Erhöhung von Schutzfaktoren für jugendliches Problemverhalten sowie zu einer Reduktion von jugendlichem Problemverhalten und deren gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Folgen. Die Studie

wird dann aber auch robuste Erkenntnisse darüber gewinnen, welche kommunalen Präventionsstrategien unter welchen lokalen Rahmenbedingungen in Deutschland Wirksamkeit entfalten. Dies würde einen Meilenstein der deutschen Präventionsforschung darstellen. An dieser Stelle möchten wir uns daher noch einmal herzlich bei allen Kommunen, Schulen und Personen bedanken, die sich an der Studie beteiligen und insbesondere bei jenen, die sich auch langfristig weiter an der Studie beteiligen werden.

Dr. Dominik Röding ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.

Vera Birgel ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.

Lea Decker ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.

Sibel Ünlü ist wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.

Prof. Dr. Ulla Walter ist Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.

Kontakt: roeding.dominik@mh-hannover.de

Literatur

- Arthur, M., Glaser, R. R., & Hawkins, J. D. (2005). Steps toward community-level resilience: Community adoption of science-based prevention programming. In R. D. Peters, B. J. R. Leadbeater, & R. J. McMahon (Eds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. 177–194). Kluwer Academic/Plenum Publishers. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/0-387-23824-7_11.pdf
- BBSR Bonn. (2019). *Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung*. www.bbsr.bund.de
- Birgel, V., Decker, L., Röding, D., & Walter, U. (2022). *Community capacity for prevention and health promotion: a systematic review on underlying domains and assessment methods*. [Preprint]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2297968/v1>
- Birgel, V., Walter, U., & Röding, D. (2023). *Relating community capacity to the adoption of an evidence-based prevention strategy: a community-level analysis*. [Preprint]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2620877/v1>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Rhew, I. C., Shapiro, V. B., Abbott, R. D., Oesterle, S., Arthur, M., Briney, J. S., & Catalano, R. F. (2014). Prevention system mediation of communities that care effects on youth outcomes. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 15(5), 623–632. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0415-7>
- Chinman, M., Hannah, G., Wandersman, A., Ebener, P., Hunter, S. B., Imm, P., & Sheldon, J. (2005). Developing a community science research agenda for building community capacity for effective preventive interventions. *American Journal of Community Psychology*, 35(3–4), 143–157. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-3390-6>
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), S61–S75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>
- Fagan, A. A., Hanson, K [Koren], Hawkins, J. D., & Arthur, M. (2009). Translational Research in Action: Implementation of the Communities That Care Prevention System in 12 Communities. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 809–829. <https://doi.org/10.1002/jcop.20332>
- Flewelling, R. L., & Hanley, S. M. (2016). Assessing Community Coalition Capacity and its Association with Underage Drinking Prevention Effectiveness in the Context of the SPF SIG. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 17(7), 830–840. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0675-y>

Herbert-Maul, A., Abu-Omar, K., Till, M., Fleuren, T., Wolff, A. R., & Reimers, A. K. (2022). Präventionsdilemma auf kommunaler Ebene? *Prävention Und Gesundheitsförderung*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00964-y>

Jonkman, H. B., Haggerty, K. P., Steketee, M., Fagan, A., Hanson, K [K.], & Hawkins, J. D. (2009). Communities That Care, Core Elements and Context: Research of Implementation in Two Countries. *Social Development Issues*, 30(3), 42–57.

Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Reiß, F., Napp, A.-K., Simon, A. M., Hurrelmann, K., Schlack, R., Hölling, H., Wieler, L. H., & Ravens-Sieberer, U. (2023). *Two years of pandemic: the mental health and quality of life of children and adolescents—findings of the COPSY longitudinal study*. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0001>

Kroll, L. E. (2017). *German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) Version 1.0*. <https://doi.org/10.7802/1460>

Kuklinski, M. R., Oesterle, S., Briney, J. S., & Hawkins, J. D. (2021). Long-term Impacts and Benefit-Cost Analysis of the Communities That Care Prevention System at Age 23, 12 Years After Baseline. *Prevention Science*, 22(4), 452–463. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01218-7>

Lohman, B. J., Kaura, S. A., & Newman, B. M. (2007). Matched or Mismatched Environments? The Relationship of Family and School Differentiation to Adolescents' Psychosocial Adjustment. *Youth & Society*, 39(1), 3–32. <https://doi.org/10.1177/0044118X06296637>

Nagorcka-Smith, P., Bolton, K. A., Dam, J., Nichols, M., Alston, L., Johnstone, M., & Allender, S. (2022). The impact of coalition characteristics on outcomes in community-based initiatives targeting the social determinants of health: A systematic review. *BMC Public Health*, 22(1), 1358. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13678-9>

Röding, D., Birgel, V., & Walter, U. (2023). *Validation of an instrument to measure community capacity building for prevention*. [Preprint]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2471168/v1>

Röding, D., Reder, M., Soellner, R., Birgel, V., Stolz, M., Groeger-Roth, F., & Walter, U. (2022). Evaluation des wissenschaftsbasierten kommunalen Präventionssystemen Communities That Care: Studiendesign und Baseline-Äquivalenz intermedialer Outcomes. *Prävention Und Gesundheitsförderung*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00972-y>

Röding, D., Soellner, R., Birgel, V., Groeger-Roth, F., Brender, R., Reder, M., Feierabend, N., Kleiner, C., & Walter, U. (2021). Results of the 1:1-matching of the CTC-EFF study: A non-randomized evaluation study. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3), Article ckab165.409. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab165.409>

Röding, D., Soellner, R., Reder, M., Birgel, V., Kleiner, C., Stolz, M., Groeger-Roth, F., Krauth, C., & Walter, U. (2021). Study protocol: A non-randomised community trial to evaluate the effectiveness of the communities that care prevention system in Germany. *BMC Public Health*, 21(1), 1927. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11935-x>

Schlack, R., Neuperd, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., Thom, J., Ravens-Sieberer, U., & Beyer, A.-K. (2022). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. Advance online publication. <https://doi.org/10.25646/10760>