

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

# **Zur Wirksamkeit des Gemeindeansatzes in der Prävention von Sucht- und Drogenproblemen**

## **Internationale Befunde und Schlussfolgerungen für die Schweiz**

econcept im Auftrag des BAG  
Zürich, September 2006

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Internationale Befunde .....</b>	<b>4</b>
2.1	Projektbeispiele .....	5
2.1.1	"Suchtprävention an der Gemeng" .....	5
2.1.2	Trelleborg Projekt.....	6
2.1.3	Communities that Care Programme (CTC).....	8
2.1.4	Community Health Demonstration Project (CHDP) .....	9
2.1.5	Prevention Alcohol Trauma: A Community Trial .....	10
2.1.6	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FrED) .....	12
2.2	Die Wirksamkeit des Gemeindeansatzes in der Prävention – Befunde aus den internationalen Erfahrungen .....	13
2.2.1	Kritische Erfolgsfaktoren .....	14
2.2.2	Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen? .....	17
<b>3</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>Schlussfolgerungen.....</b>	<b>25</b>
<b>A-1</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>A-1</b>

---

# 1 Einleitung

„Ein Setting ist ein Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen, im Verlauf derer umweltbezogene, organisatorische und persönliche Faktoren zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen.“ (WHO 1998)

Im Rahmen des Massnahmenpaketes zur Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in den Jahren 1992 - 2005 nationale, mehrjährige Präventionsprogramme in unterschiedlichen Settings lanciert und gemeinsam mit Partnern durchgeführt. Das umfangreichste und am längsten dauernde Programm (1992 - 2005) bezog sich auf das Setting Gemeinde. Weitere Programme wurden in den Settings der Schule, des Sports, der Jugendheime und der Jugendarbeit durchgeführt.

Der vorliegende Bericht ist Teil einer zu Handen des BAG erstellten „Meta-Studie“ zur Wirksamkeit von Prävention im Setting der Gemeinde. Der Gesamtbericht enthält eine zusammenfassende Beurteilung ausgewählter Schweizer Projekte, für welche eine Evaluation vorliegt. Es sind dies: „FemmesTische“, „Hinschauen und Handeln“, „Runder Tisch“, „Die Gemeinden handeln!“ und „*supra-f*“.

Die zwei Hauptfragen, die sich jeder Projektträger stellen sollte, sind: Bewirkt das Projekt eine Verminderung des Substanzkonsums und der damit verbundenen Probleme? Können sich das Projekt oder Teile davon im Gemeinwesen verankern und werden sie auch nach Rückzug der Bundeshilfe weitergeführt? In Ihrer Beurteilung kommen die Autoren der Meta-Studie zum Schluss, dass aufgrund der vorliegenden Evaluationen, mit Ausnahme des *supra-f* Programms, kaum verlässliche Aussagen über die Wirkung der Projekte auf der Ebene des Verhaltens getroffen werden können. Die strukturelle Verankerung oder Institutionalisierung der Projekte im Gemeinwesen ist, wiederum mit Ausnahme von *supra-f*, gering.

Dieser eher ernüchternden Bilanz steht die nach wie vor grosse Beliebtheit der Prävention im Setting Gemeinde gegenüber. Da das Setting Gemeinde ohne Zweifel auch in Zukunft für viele Präventionsthemen von grosser Bedeutung bleiben wird, lohnt es sich, aus den Erfahrungen zu lernen. Die Autoren fassen die Lehren aus den Projektevaluationen wie folgt zusammen:

- Präventionsprojekte benötigen eine theoretische Fundierung und eine Programmlogik, die aufzeigt, welche Aktivitäten zu welchen Ergebnissen und Wirkungen führen sollen.

- 
- Von einmaligen Veranstaltungen ist keine Nachhaltigkeit zu erwarten. Nachhaltigkeit muss von Beginn weg eingeplant sein.
  - Nicht das Projekt einer Präventionsstelle soll Ausgangspunkt für ein Engagement sein sondern der Bedarf und die Bedürfnisse der Gemeinden.
  - Es ist wirksamer, bestehende Strukturen zu nutzen, als neue zu schaffen.
  - Nationale Präventionsakteure müssen die Distribution ihrer Angebote sorgfältig planen. Der Markt ist gekennzeichnet durch etablierte Anbieterstrukturen und eine teilweise gesättigte Nachfrage nach Prävention.

Der hier veröffentlichte Teil des Berichtes fasst einige internationale Befunde zur Wirksamkeit des Gemeindeansatzes zusammen und stellt einige wenige Projektbeispiele aus dem Ausland vor.

In den abschliessenden Kapiteln „Fazit“ und „Schlussfolgerungen“ wird der Bogen wieder zu den Schweizer Erfahrungen gespannt. Die darin festgehaltenen Denkanstösse und Fragen mögen alle an der Prävention Interessierte, also die „Policy maker“, die Politiker, die Geldgeber und die Fachleute dazu ermuntern, sich auch in Zukunft für eine Prävention einzusetzen, die gewisse Anforderungen erfüllt, Wirkung verspricht und auch erzielt.

Bernhard Meili  
Bundesamt für Gesundheit  
Sektion Grundlagen  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

---

## 2 Internationale Befunde

Anfang der 70er Jahre wurde der gemeindebasierte Präventionsansatz erstmals in gross angelegten Projekten zur Reduktion von Herz-Kreislaufkrankungen erprobt.<sup>1</sup> Basierend auf diesen Erfahrungen wurde der Gemeindeansatz auch auf die Prävention von Sucht- und Drogenproblemen übertragen und erfreut sich seit Anfang der 90er Jahre grosser Beliebtheit. Dies zeigt die Fülle an gemeindebasierten Präventionsprogrammen, die ausgehend von Nordamerika vor allem in Europa, Australien und Neuseeland durchgeführt wurden.

Dabei sind die Ausgestaltung und der Fokus der Programme sehr unterschiedlich. Es finden sich gemeindebasierte Programme zur allgemeinen Gesundheitsförderung, zur Prävention von Drogenmissbrauch und Sucht, zur Verhütung alkoholbedingter Unfälle, zur AIDS-Prävention sowie zur Senkung des jugendlichen Alkohol- und Tabakkonsums. Die Programme unterscheiden sich jedoch nicht nur hinsichtlich ihres Fokus, sondern auch hinsichtlich der folgenden Faktoren:

- *Intitierung*: Wurden die Programme von der Gemeinde selbst oder von einer wissenschaftlichen bzw. staatlichen Institution ins Leben gerufen?
- *Strategie*: Agieren die Programme auf der Ebene der Primär- bzw. der Sekundärprävention oder wurde ein Mehrebenen-Ansatz gewählt?
- *Ebene*: Werden im Rahmen des Programms Massnahmen zur individuellen Verhaltensänderung (Verhaltensprävention) oder Massnahmen zur Veränderung des Umfelds (Verhältnisprävention) bzw. eine Kombination dieser zwei Massnahmenpakete angewendet?
- *Interventionsort*: Welche Settings und Lebensbereiche werden innerhalb einer Gemeinde angesprochen (bspw. Schule, Familie, Arbeitsplatz)?
- *Zielgruppen*: Welche Zielgruppen werden im Rahmen des Präventionsprogramms angesprochen?

Die gezielte Literaturrecherche zur gemeindeorientierten Prävention förderte rund ein Dutzend Reviews und Meta-Evaluationen sowie eine grosse Anzahl von Fallstudien zu Tage. Der Grossteil der Studien kommt aus dem angelsächsischen Sprachraum, insbesondere aus den Vereinigten Staaten. Die Projekte weisen eine grosse Heterogenität auf bezüglich Thematik, Fragestellungen, Rahmenbedingungen und Design. Die im Folgenden näher vorgestellten Studien sollen daher nur als exemplarische Beispiele dienen, um einen Einblick in die Fülle von

---

<sup>1</sup> Beispiele hierfür sind das North Karelia Projekt in Finnland sowie die amerikanischen Programme Stanford Three-Community, Stanford Five-City, Minnesota Heart Health oder das Pawtucket Heart Health Programm.

---

gemeindebasierten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten auf internationaler Ebene zu geben. Es werden 5 Projekte vorgestellt; es handelt sich dabei um zwei europäische Projekte, ein internationales Projekt sowie zwei Projekte aus Nordamerika.

## **2.1 Projektbeispiele**

### **2.1.1 "Suchtprävention an der Gemeinde"**

"Suchtprävention an der Gemeinde" ist ein gemeindegetragenes Projekt zur Prävention von Drogenmissbrauch und Sucht, welches in sieben luxemburgischen Gemeinden durchgeführt wurde (vgl. Fischer 2001, Fischer und Krieger 1998). Die theoretischen Grundlagen des Projekts beziehen sich unter anderem auf das Überzeugungs-Kommunikationsmodell, die soziale Lerntheorie sowie das Konzept der Lebenskompetenzentwicklung. Darüber hinaus kommen gängige Modelle der Gesundheitsförderung zum Tragen, die neben Risikofaktoren auch protektive Faktoren betonen (bspw. Einstellungsmodelle oder Modelle der Ressourcenorientierung).

Das zentrale Ziel des Projektes war die Mobilisierung von freiwilligen Bürgern aus der Gemeinde für Umsetzung von präventiven Massnahmen und gemeindespezifische Aktionen. Dazu wurden in den sieben Projektgemeinden Präventionsgruppen, bestehend aus freiwilligen Gemeindegliedern, aufgebaut, die mit fachlicher Unterstützung gemeindespezifische Aktionen durchführten. Es wurden verschiedene Lebensbereiche (z.B. Schule, Familie, Arbeitsplatz) und Ebenen der Gemeinde (Individuen, soziale Netzwerke, Organisationen etc.) miteinander verknüpft. Dabei kam den Multiplikatoren (Eltern, Lehrpersonal, Erzieher) eine zentrale Rolle zu; sie sollten für die Verbreitung der präventiven Ideen und Massnahmen sorgen.

Das Gesamtprojekt wurde von einem mehrköpfigen Team aus PsychologInnen und PädagogInnen geplant und durchgeführt. Für die Umsetzung des Projekts wurde in jeder Projektgemeinde eine lokale Präventionsgruppe ins Leben gerufen und bezüglich Suchtprävention, Projektarbeit in Gruppen und Öffentlichkeitsarbeit geschult. Im Laufe eines halben Jahres führten die Präventionsgruppen selbstständig verschiedene Aktionen in den Gemeinden durch. Die Aktivitäten reichten von Informationsvermittlung und Diskussion über Massnahmen zur Veränderung

---

der Umwelt bis hin zur Vermittlung allgemeiner Bewältigungsfertigkeiten (life skills).<sup>2</sup>

In den sieben Gemeinden wurde das Programm mit Hilfe eines quasi-experimentellen Kontroll- und Interventionsgruppendesigns ein halbes Jahr nach Projektbeginn evaluiert. Zur Beurteilung der Effektivität der Massnahmen wurden insgesamt 644 Personen zu zwei Zeitpunkten befragt.

Die Evaluation zeigte, dass nach einem halben Jahr die Gefahren verschiedener Substanzen und Verhaltensweisen vergleichsweise sensibler wahrgenommen wurden. Dem relativ kurzen Zeitraum entsprechend liessen sich im berichteten Konsumverhalten der einzelnen Substanzen keine Veränderungen feststellen.

Insgesamt kam die Evaluation zum Schluss dass, "der gemeindegetragene Ansatz zu einem erfolgreichen Aufbau von präventiven Strukturen, insbesondere in Form von agierenden Präventionsgruppen führte und damit verbunden zu einer gestiegenen Akzeptanz des suchtpreventiven Programms in den Gemeinden. Eine eindeutige Bewertung der Wirksamkeit des Programms in Hinblick auf das Konsumverhalten erscheint in dieser kurzen Zeitspanne verfrüht" (Fischer 2001, S. 144).

### **2.1.2 Trelleborg Projekt**

Das Trelleborg Projekt hatte zum Ziel, den Alkohol- und Drogenkonsum in der südschwedischen Gemeinde Trelleborg zu senken (vgl. Strafström et al. 2006, Holder 2006). Dazu wurde eine umfassende Interventionsstrategie erarbeitet. Diese bestand aus der Entwicklung und Implementierung einer nachhaltigen Alkohol- und Drogenpolitik mit Fokus Jugendliche, die mittels eines umfassenden Aktionsplans umgesetzt wurde.

Das Dreijahresprogramm wurde vom Schwedischen Gesundheitsministerium lanciert und stütze sich auf den von Waagenar und Perry (1994) entwickelten Ansatz zur Reduktion des jugendlichen Alkoholkonsums, der bereits bei dem US-Projekt "Communities Mobilizing for Change on Alcohol" (CMCA) zur Anwendung kam (vgl. Waagenar et al. 2000).

Die vier Hauptzielsetzungen des Projekts waren:

---

<sup>2</sup> Eine umfassende Aufführung der Massnahmen und Aktionen findet sich bei Fischer (2001, S. 138).

- 
- Fokussierung auf Jugendliche bei der Formulierung der Präventionsstrategien
  - Rückgang des episodischen Rauschtrinkens
  - Rückgang des jugendlichen Alkoholkonsums
  - Verhaltens- und Einstellungsänderung gegenüber Alkohol

Die lokale Gemeinde war für die Formulierung und Umsetzung der lokalen Präventionsmassnahmen verantwortlich. Fünf lokale Aktionsgruppen, bestehend aus den Schlüsselpersonen der Gemeinde, erarbeiteten einen detaillierten Aktionsplan. Dabei wurde sie von Fachleuten unterstützt. Der Aktionsplan enthielt nebst Massnahmen, die auf individuelle Verhaltensänderungen abzielen, auch Massnahmen zur Veränderung des Umfelds. Damit sollte nicht nur die Nachfrage nach Alkohol, sondern auch das Angebot an Alkohol beeinflusst werden. Er umfasste die folgenden sieben Interventionskomponenten:<sup>3</sup>

- Verabschiedung einer lokalen Alkohol- und Drogenpolitik für die Gemeinde durch den Stadtrat
- Einführung einer Alkohol- und Drogenpolitik in den Schulen
- Berücksichtigung der Thematik Alkohol und Drogen in den Schulen (inkl. speziellem Lehrmittels zu dieser Thematik sowie Gruppendiskussionen)
- Verstärkte polizeiliche Kontrollen der Restaurants und Verkaufsstellen hinsichtlich des Alkoholverkaufs an Minderjährige
- Rundschreiben an alle Eltern von SchülerInnen der 7.-9. Klasse
- Erarbeitung von Informationsmaterial zur Thematik Alkohol und Drogen, das an alle Eltern von SchülerInnen der 7.-9. Klasse abgegeben wurde
- Artikel zur Problematik Jugendliche und Drogen in den lokalen Medien

Für die Evaluation wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten 15-16-jährige SchülerInnen zu ihrem Alkoholkonsum sowie zur Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Alkohol befragt. Die erste Befragung fand zu Projektbeginn statt. Danach gab es zwei Befragungen während des Projekts sowie eine Befragung kurz nach Projektende. Die Befragungen zeigte eine Abnahme des selbstberichteten Alkoholkonsums unter Jugendlichen. So gingen nach Projektende – im Vergleich zu Projektbeginn – sowohl der moderate als auch der exzessive Alkoholkonsum der

---

<sup>3</sup> Die Aktionsgruppen bestanden aus insgesamt 28 Personen, darunter waren Vertreter von Sportvereinen, Jugendklubs, Kirche und Polizei.



---

befragten SchülerInnen um rund 14% zurück. Allerdings konnte bei der "Verfügbarkeit von Alkohol" keine signifikante Abnahme beobachtet werden.<sup>4</sup>

### **2.1.3 Communities that Care Programme (CTC)**

Das Ziel von "Communities that Care" ist die Einführung eines evidenzbasierten Präventionssystems zur Eindämmung von Gewalt und Aggression in den Gemeinden (vgl. Steinmann 2005, S. 120; Hawkins et al. 2002; Feinberg et al. 2002). Es basiert auf dem Ansatz des "community empowerment". Das CTC-Programm wurde bereits in mehreren hundert amerikanischen Gemeinden erfolgreich eingeführt und evaluiert. Zurzeit wird das CTC-Programm in den Niederlanden, England, Schottland, Wales und Australien erprobt.<sup>5</sup> Die Zielsetzungen des CTC-Programms sind relativ breit und umfassen die Prävention von Gewalt und Aggression, Jugendkriminalität, Drogen- und Alkoholmissbrauch, Schulversagen sowie Teenager-Schwangerschaften.

Das CTC-Programm basiert auf einem 5-Phasen Modell, welches darauf abzielt durch Mobilisierung der Schlüsselpersonen (z.B. Vertreter von Schule, Polizei und Politik) und deren Zusammenschluss in einer kommunalen Präventionsgruppe, evidenzbasierte Präventionsmassnahmen in den Gemeinden zu lancieren (vgl. dazu Hawkins et al. 2002).

Die Mitglieder der Präventionsgruppe werden während einer Initialphase gezielt in den theoretischen Grundlagen der Prävention geschult; um danach selbständig Präventionsmassnahmen durchführen zu können. Jede Gemeinde erhebt Daten zu Risiko- und Schutzfaktoren. Mittels dieser lokalen Daten werden das Risiko-Profil der Gemeinde definiert und der Aktionsplan entwickelt, welcher die Hauptzielgruppen definiert und die evidenzbasierten Strategien und Massnahmen zu deren Erreichung festlegt. Dazu gehören gleichzeitige Interventionen auf verschiedenen Ebenen:

- Gemeinde/Gemeindewesen: Mobilisierung, Medien, Policy-Veränderung
- Schule: Veränderung von Führungsstrukturen und Unterrichtsmethoden
- Familie: Strategien für Elterntrainings
- Individuum: Strategien zur Stärkung sozialer Kompetenzen

---

<sup>4</sup> Die Verfügbarkeit von Alkohol wurde im Fragebogen mit den beiden Variablen "Alkohol verfügbar durch Eltern" und "Schüler ist Käufer von Alkohol" gemessen.

<sup>5</sup> Siehe: <http://www.communitiesthatcare.org.uk/>, Stand August 2006

---

Das CTC-Programm wurde zuerst in 25 Gemeinden im Bundesstaat Washington getestet und evaluiert, danach in 40 Gemeinden im Bundesstaat Oregon. Bei diesen Evaluationen wurden folgende zwei Fragestellungen untersucht:

1. Verbesserte das CTC-Programm die Wahl der Präventionsstrategien, d.h. werden vermehrt evidenzbasierte Präventionsmassnahmen angewendet?
2. Führt die Anwendung des CTC-Programms zu einer Senkung der Gesundheits- und Verhaltensprobleme von Jugendlichen?

Die Evaluation stützte sich auf ein vergleichendes Pre- und Post-Design mit Kontrollgemeinden. Bezüglich der Wahl der Präventionsinstrumente zeigte sich, dass die CTC-Projektgemeinden signifikant häufiger evidenzbasierte Präventionsstrategien wählten und einen Aktionsplan entwickelten als die Kontrollgemeinden. In den Kontrollgemeinden wurden somit weitaus öfters Massnahmen angewendet, deren Wirksamkeit umstritten ist, also nicht evidenzbasiert waren. Die Wahl von evidenzbasierten Präventionsstrategien hat sich positiv auf die Wirksamkeit der Massnahmen ausgewirkt.

Hinsichtlich der 2. Evaluationsfragestellung zeigte eine in der Projektgemeinde Port Angeles (Bundesstaat Washington) durchgeführte Evaluation, dass 30% der befragten Jugendlichen bei Interventionsende weniger Probleme in der Schule hatten als vor der Intervention. Ebenso gingen Anklagen im Zusammenhang mit Waffenbesitz um 65%, Einbruchdiebstähle um 45% und Substanzmissbrauch um 29% zurück.

Die Evaluation zeigte zudem, dass vier Jahre nach Projektbeginn in 31 von 40 CTC-Gemeinden die Gemeindebehörden immer noch aktiv waren in der Risikoreduktion und Prävention. Dies ist ein positives Indiz für die Nachhaltigkeit des CTC-Programms.

Feinberg et al. (2002) evaluierten anhand des CTC-Programms die Wirksamkeit einer umfassenden Schulung der kommunalen Präventionsgruppen. Dazu befragten sie in 21 CTC-Projektgemeinden im Bundesstaat Pennsylvania insgesamt 203 Mitglieder der Präventionsgruppen. Die Befragung zeigte, dass sich die Schulung positiv auf die interne Zusammenarbeit sowie die Nachhaltigkeit der Programme auswirkte.

#### **2.1.4 Community Health Demonstration Project (CHDP)**

Ziel des CHDP-Projektes war die Prävention von Alkohol-, Tabak- und anderen Drogenproblemen in ländlichen Gemeinden (siehe Vicary et al. 1996). Dabei lag

---

der Projektfokus auf den besonderen Bedürfnissen von kleinen, ländlichen Gemeinden. Das Programm wurde von der Pennsylvania State Universität entwickelt und kam in einer kleinen, ruralen Gemeinde im Bundesstaat Pennsylvania zum Einsatz.

Zu Programmbeginn wurde eine Bedarfserhebung in der Gemeinde durchgeführt, um die dringenden Handlungsfelder zu identifizieren. Zudem wurde eine Befragung von OberstufenschülerInnen lanciert, um Informationen über das Suchtverhalten der Jugendlichen in der Gemeinde zu erhalten. Ebenso fand eine Befragung von 18-45 jährigen Frauen zu ihren Familien- und Haushaltsverhältnissen statt. Die Resultate dienten zur Erarbeitung der Präventionsaktivitäten.

Im Rahmen des CHDP-Projekts wurde eine Präventionskommission aufgebaut, welche die Schlüsselpersonen aus verschiedenen Bereichen vernetzte. Die Präventionskommission erarbeitete verschiedene Instrumente zur Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums in der Gemeinde. Es wurde beispielsweise eine umfassende Präventionskampagne ("One Year of Prevention!") ausgearbeitet, welche unter anderem diverse Zeitungsartikel und Informationsveranstaltungen beinhaltete. Die Programmaktivitäten umfassten – mit Ausnahme der Schaffung der Präventionskommission – vor allem Massnahmen, welche auf Verhaltensänderungen auf der Individualebene abzielten.

Die Evaluation gliederte sich in eine Befragung der Mitglieder der Präventionskommission ("interagency coalition evaluation") und einer Befragung von Jugendlichen und 18-45 jährigen Frauen.

Mehr als zwei Drittel der befragten Mitglieder der Präventionskommission gaben an, dass sich dank des Projekts die Vernetzung und Zusammenarbeit unter den Stakeholders verbessert hatte. Zudem führte das Projekt zur Anwendung von neuen Instrumenten und Ansätzen zur Prävention von Alkohol-, Tabak- und anderen Drogenproblemen. Die vor und nach Projektende erfolgte Befragung von Jugendlichen und 18-45 jährigen Frauen zeigte, dass die Sensibilisierung der Zielgruppen für Alkohol und Drogen zwar zugenommen hatte; der Alkohol- und Tabakkonsum der Zielgruppen war allerdings nur geringfügig gesunken. Die Evaluatoren führten dies auf die kurze Programmdauer von 2.5 Jahren zurück, "die zu kurz sei, um signifikante individuelle Verhaltensänderungen feststellen zu können." (vgl. Vicary et al. 1996, S. 316).

### **2.1.5 Prevention Alcohol Trauma: A Community Trial**

Das 5-Jahres Projekt "Prevention Alcohol Trauma: A Community Trial" hatte die Reduktion von alkoholinduzierten Unfällen zum Ziel (vgl. Holder 2000, 2002; Hol-

---

der et al. 1997a, 1997b; Holder und Reynold 1997). Das Projekt basierte auf einem strukturellen Public Health Ansatz mit Fokus Verhältnisprävention. Ziel des Projektes war, eine nachhaltige Veränderung in den lokalen Strukturen zu erreichen, um so die Zahl der alkoholinduzierten Unfälle zu reduzieren. Dies geschah mittels eines 5-Phasenmodells.<sup>6</sup>:

Ausgehend von dem im Vorfeld des Projekts entwickelten evidenzbasierten konzeptuellen Modell wurden fünf Typen von Präventionsstrategien identifiziert und im Rahmen des Projekts erprobt (vgl. Holder et al. 1997a, S. 158ff):

- Mobilisierung der Gemeinde (z.B. Aufbau einer lokalen Präventionsgruppe)
- Verantwortungsbewussten Alkoholausschank (z.B. Erarbeitung von Richtlinien)
- Alkohol am Steuer (z. B. verschärfte Kontrollen)
- Jugendliche und Alkohol (z.B. verschärfte Kontrollen bzgl. Alkoholausschank an Minderjährige)
- Verfügbarkeit von Alkohol einschränken (z.B. Schaffung von "alkoholfreien Zonen")

Das Projekt wurde in drei amerikanischen Kleinstädten erprobt und anschließend evaluiert. Für die Evaluation wurde ein quasi-experimentelles Vorgehen gewählt. Jeder der drei Projektgemeinden wurde eine Kontrollgemeinde zugeteilt. Die Datenerhebung erfolgte zu Projektbeginn und kurz nach Projektende. Im Rahmen der Evaluation wurde die verschiedenen Zielgruppen (u.a. Jugendliche, Wirte) eingehend befragt. Die Datenerhebung beinhaltete auch Testkäufe.

Die Evaluation zeigte, dass dank dem Projekt:

- die Zahl der alkoholinduzierten Autounfälle zurückging,
- der "verantwortungsbewusste" Alkoholausschank zunahm,
- die Verkäufe an Minderjährige abnahmen,
- das Bewusstsein für die Thematik stieg, sowie
- die Zusammenarbeit zwischen den Stakeholders sich verbesserte.

Es zeigte sich zudem, dass alle Projektgemeinden nach Projektende lokale Ressourcen bereitstellten, um ihre Präventionsaktivitäten fortsetzen zu können. Dies ist ein Indiz für die Nachhaltigkeit des Programms.

---

<sup>6</sup> Die 5 Phasen sind: Nullmessung, 1. Implementierungsphase, 2. Implementierungsphase, Wiederholung der 2. Implementierungsphase, Institutionalisierung und Evaluation (vgl. Holder et al. 1997a, S. 164).

---

## 2.1.6 Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FreD)

FreD ist kein typisches Setting-Projekt, ähnlich wie das schweizerische Projekt supra-f. Wenn man aber Prävention auch unter dem Aspekt der präventiven Versorgung einer Region (Gemeinde, Agglomeration, Kanton usw.) versteht, dann ist FreD interessant. Es ist ein typisches Programm der selektiven<sup>7</sup> Prävention mit klar definierter Zielgruppe, eindeutiger Interventionslogik, klaren Zuständigkeiten und organisatorischen Festlegungen.

Das Programm FreD wurde vom Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) entwickelt und während zwei Jahren an 15 Standorten in acht Bundesländern erprobt (siehe LWL 2003a, 2002). FreD zielte darauf ab, erstauffälligen Drogenkonsumenten fundierte Informationen über die verschiedenen Drogen, deren Wirkung und Risikopotentiale zu vermitteln, sie zur Reflexion des eigenen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen anzuregen sowie zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu motivieren. Ein weiteres grundlegendes Ziel war zudem, die Entwicklung zu einem missbräuchlichen bzw. abhängigen Drogenkonsum sowie eine erneute strafrechtliche Auffälligkeit zu verhindern.

Die Leitidee des Projekts FreD bestand darin, 14- bis 18-Jährigen, aber auch jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr, nach einer polizeilichen Erstauffälligkeit frühzeitig ein spezifisches suchtpreventives Angebot zu machen. Die Jugendlichen wurden bei der polizeilichen Erstvernehmung auf die FreD-Angebote hingewiesen. Den Personen der Zielgruppe wurden ein Einzelgespräch (In-Take-Gespräch) und ein viermal zweistündiger Kurs angeboten. Die einzelnen Kurseinheiten wurden von den (Präventions-)Fachkräften methodisch-didaktisch vorbereitet und durchgeführt.

Die Evaluation des Projekts zeigt, dass im Erhebungszeitraum 675 Personen der Zielgruppe einen telefonischen Erstkontakt zum FreD-Angebot aufnahmen (LWL 2003b). Mit 569 (88%) wurde ein In-Take-Gespräch durchgeführt, davon nahmen 446 (87%) Jugendliche am Kurs teil. 83% der Kursteilnehmer schlossen das Kursangebot regulär ab. Dies wurde vor dem Hintergrund der weitgehenden Freiwilligkeit der Teilnahme und des Alters der Teilnehmer als positiv bewertet. Ein Pre-Post-Vergleich zeigte, dass die Mehrheit der Teilnehmer ihre Kenntnisse zu Drogenwirkung und Unterstützungsmöglichkeiten erweitern konnte und ihren Drogenkonsum stärker problematisierte. Zwei Drittel der Teilnehmer bekundeten

---

<sup>7</sup> Universelle Prävention richtet sich an die Bevölkerung allgemein, selektive Prävention an die am stärksten gefährdeten Gruppen und indizierte Prävention an Einzelpersonen.

---

eine Änderungsabsicht im Hinblick auf ihren persönlichen Umgang mit Drogen (Reduktion der Konsummenge bzw. -häufigkeit).

Die weit überwiegende Mehrheit der Teilnehmer war mit den Inhalten und der Durchführung zufrieden. Zusammenfassend zeigten die Evaluationsergebnisse, dass Inhalt und Durchführung des FreD-Angebotes hinsichtlich Partizipation, Teilnehmerorientierung und Durchführungsstruktur von den Teilnehmern als "wirksam und hilfreich" empfunden wurde.

Die Evaluatoren kamen zum Schluss, dass das Angebot von FreD dazu beigetragen hat, Einstellung und Umgang der Teilnehmer zum Konsum von illegalen Drogen in Richtung eines bewussteren und eigenverantwortlicheren Gebrauchs zu verändern.

## **2.2 Die Wirksamkeit des Gemeindeansatzes in der Prävention – Befunde aus den internationalen Erfahrungen**

Wie die vorangehenden Studien gezeigt haben, können gemeindebasierte Präventionsprogramme zur Reduktion von Alkohol- und Drogenproblemen beitragen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich der Gemeindeansatz grosser Beliebtheit erfreut.<sup>8</sup> Trotz der Popularität von gemeindebasierten Präventionsprogrammen wird ihre Wirksamkeit in Fachkreisen stark hinterfragt.

Fallstudien und einzelne Metaevaluation zeigten zwar höchst unterschiedliche Resultate bezüglich der Wirksamkeit von gemeindebasierten Präventionsprojekten; gesamthaft betrachtet wird der Erfolg dieser Programme jedoch als eher bescheiden eingestuft (vgl. dazu Finchman 1992; Wandersman und Florin 2003; Stevenson & Mitchell 1996; Pentz 2000; Nilsen 2006; Kreuter et al. 2000; Butterfoss et al. 1993; Roussos and Fawcett 2000; Holder 2002; Aguirre-Molina und Gorman 1996; Hawkins et al. 2002).

So kommen beispielsweise Merzel und D'Afflitti (2003, S. 557) in ihrer Metaevaluation von 32 gemeindebasierte Präventionsprojekten zu folgender Erkenntnis:

*"(..) the evidence [is] suggesting that health promotion programs employing community coalitions have limited impact on community health status. Evalua-*

---

<sup>8</sup> Dies hat einige Wissenschaftler zur enthusiastischen Äusserung veranlasst die 90er Jahre als "Jahrzehnt der gemeindebasierten Prävention" zu bezeichnen (Casswell 2000; Mills und Bogen-schneider 2001).

---

*tions of well-designed, large-scale, community-based prevention trials indicate that, in general, these programs have produced only modest effects in changing population risk behaviours".*

Bei zahlreichen gemeindebasierten Präventionsprojekten konnten entweder keine signifikanten Programmeffekte, beziehungsweise Verhaltensänderungen bei den Zielgruppen, festgestellt werden, oder die Effekte waren von bescheidenem Ausmass. So konnten beispielsweise beim Minnesota Heart Programm für eine Vielzahl von Indikatoren (z.B. Raucherquote, Cholesterinwerte) keine signifikanten Unterschiede zwischen Projekt- und Kontrollgemeinde nachgewiesen werden (vgl. Merzel und D'Afflitti 2003). Ebenfalls keine signifikanten Verhaltensänderungen fanden sich beim Lahti-Projekt, welches eine Reduktion des Alkoholkonsums in der südfinnischen Stadt Lahti zum Ziel hatte (vgl. Holmila und Simpura 1997). Andere Projekte wie beispielsweise das Stanford Five-City Projekt zur Reduktion von Herz-Kreislauferkrankungen oder das Alkoholpräventionsprojekt Midwest zeigten hingegen nur sehr bescheidene Wirkungen (vgl. Winkleby et al. 1996).

### **2.2.1 Kritische Erfolgsfaktoren**

Im Folgenden werden vier kritische Erfolgsfaktoren diskutiert, die es bei der Programmplanung und -umsetzung zu berücksichtigen gilt, und auf methodologische Schwierigkeiten bei der Wirkungsmessung hingewiesen.

#### *Programmdesign*

Für Merzel und D'Afflitti (2003) liegt eines der Hauptprobleme für den geringen Erfolg des Gemeindeansatzes in der begrenzten Ausgestaltung der Programme. Diese Einschätzung wird auch von anderen Fachleuten geteilt. So konnte bei zahlreichen Programmen eine mangelhafte Reichweite der Aktivitäten, eine zu kurze Projektdauer oder eine ungenügende Tiefenwirkung festgestellt werden (vgl. u.a. Vicary et al. 1996; Sorensen et al. 1998). Teilweise hatten die Programme ein falsches Design zur Erreichung der Zielgruppen, da der soziale Kontext in der Programmplanung zu wenig berücksichtigt wurde (vgl. Judd et al. 2001).

Zudem wurden vielfach nur Strategien der Verhaltensprävention angewendet. Viele Interventionen auf der Ebene Gemeinde fokussieren auf die Entwicklung von Prozessen des "Empowerment", dem Aufbau von Netzwerken sowie auf die Sensibilisierung der breiten Bevölkerung mittels Medien- und Informationskampagnen. Dies hat sich als ungenügend erwiesen, da den kontextuellen Faktoren zuwenig Beachtung geschenkt wurde. Ein policy-orientierter Ansatz, der auf die Veränderungen der Umwelt abzielt, verspricht dagegen eine höhere Wirksamkeit

---

(siehe u.a. McKinlay 1993; Aguirre-Molina und Groman 1996). Insbesondere im Bezug auf die Problematik des Alkoholkonsums Minderjähriger zeigten Massnahmen, welche auf eine Politikveränderung innerhalb der Gemeinde abzielten, gute Ergebnisse. Mit rechtlichen Instrumenten etwa in Form einer verbesserten Durchsetzung der bestehenden Gesetze oder eine Zugangsbeschränkung konnten in verschiedenen Projekten eine Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums von Minderjährigen erreicht werden (siehe Pentz 2000).

### *Präventionskoalitionen*

Wie Kerzer et al. (2000) festgestellt haben, kommt den lokalen Präventionskoalitionen<sup>9</sup> eine zentrale Bedeutung zu. Die beiden Autoren identifizieren die Kompetenz- und Aufgabenteilung sowie die interne Organisation und Zusammenarbeit der Präventionskoalitionen als kritische Erfolgsfaktoren. Zudem können sich diffuse oder unklare Präventionsziele, das Fehlen eines strukturierten Aktionsplanes sowie ein fehlendes Verständnis für die theoretische Fundierung des Projektes negativ auf den Programmerfolg auswirken (vgl. Roussos und Fawcett 2000; Butterfoss et al. 1993).

Mansergh et al. (1996) kritisieren, dass trotz der zentralen Bedeutung der Präventionskoalitionen, diese bis anhin noch nicht eingehend untersucht wurden. In ihrer vergleichenden Fallstudie wurde eine top-down (d.h. von der Wissenschaft initiierte) Präventionskoalition mit einer bottom-up (d.h. von der Gemeinde initiierte) Präventionskoalition verglichen. Dabei konnten die Forscher keine wesentlichen Unterschiede in der Funktionsweise und Wirksamkeit der beiden Präventionsgruppen feststellen. Sie gaben jedoch zu bedenken, dass die Wirksamkeit der Präventionskoalitionen erhöht werden kann, wenn sie externe personelle Unterstützung erhalten, zum Beispiel in Form eines von der Gemeinde bezahlten Programmkoordinators.

### *Setting Gemeinde*

Nilsen (2006) sieht die unbefriedigende Wirkung gemeindebasierter Präventionsprogramme in den theoretischen Unzulänglichkeiten des Gemeindeansatzes. Seiner Meinung nach gilt es, das Setting Gemeinde zu überdenken. Gemeinden, die eine im Bezug auf ethnische, kulturelle und sozioökonomische Faktoren sehr

---

<sup>9</sup> Im Englischen wird hierfür eine Vielzahl von unterschiedlichen Begriffen verwendet, unter anderem: "collaborative partnerships" oder "community coalitions".



---

heterogene Bevölkerungsstruktur aufweisen, haben Mühe bei der Mobilisierung von Gemeindemitgliedern. Je nach Beschaffenheit der Bevölkerungsstruktur kann es daher sinnvoll sein, den Begriff der „community“ enger oder weiter zu fassen.

Guldan (1996) wirft die Frage auf, ob die Gemeinde das richtige Setting für Prävention ist. Sie gibt zu bedenken, dass vor allem ärmere Gemeinden Mühe haben können bei der Umsetzung von gemeindebasierten Präventionsprojekten. In diesen Gemeinden kann beispielsweise die Mobilisierung von Gemeindemitgliedern schwierig sein. Häufig werden beim Design von gemeindebasierten Präventionsprojekten die unterschiedlichen kulturellen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen zu wenig stark berücksichtigt.

### *Nachhaltigkeit*

Wie unterschiedliche Studien aufgezeigt haben, wird der Nachhaltigkeit von gemeindebasierten Präventionsprogrammen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Skara und Sussman 2003; Holder und Moore 2000; Graham und Chandler-Coutts 2000; Beery et al. 2005). Viele Programme haben einen kurzen Zeithorizont und vernachlässigen eine längerfristige Verankerung. Zwei mögliche Gründe für die schwache Nachhaltigkeit zahlreicher gemeindebasierter Präventionsprogramme können einerseits eine ungenügende Schulung und externe Unterstützung der im Projekt involvierten lokalen Akteure sein; andererseits können fehlende Kompetenzen der mit der Umsetzung betrauten Akteure, es erschweren, die Präventionsarbeit auch nach dem Projektende noch sinnvoll weiter zu führen.

Um die Institutionalisierung von gemeindebasierten Präventionsprogrammen zu begünstigen, gilt es gemäss Holder (2000) bereits bei der Programmplanung und -umsetzung die lokalen Gegebenheiten und Werte der Gemeinde zu berücksichtigen. Das Programm muss auf die Bedürfnisse der Gemeinde abgestimmt sein; einheitliche Standardlösungen sind kontraproduktiv. Wichtig ist zudem, die Gemeinde aktiv in die Umsetzung des Programms zu involvieren. Die Gemeinde muss das Gefühl haben, dass ein für sie relevantes Thema angepackt wird. Entscheidend ist auch die aktive Einbindung der BürgerInnen, da so die Akzeptanz des Projektes in der Gemeinde gesteigert werden kann. Zudem gilt es die Unterstützung der Schlüsselpersonen zu gewinnen. Wenn die politischen Entscheidungsträger hinter dem Projekt stehen, steigert dies die Wahrscheinlichkeit, dass nach Programmende die Gemeinde die Präventionsaktivitäten aus eigenen Mitteln weiter bestreiten wird. Holder (2002) identifizierte das Bereitstellen von lokalen Ressourcen sowie die verbindliche Verankerung von Projektmassnahmen im

---

Gemeindealltag als wichtige Meilensteine zur Erreichung eines nachhaltigen Projektoutcomes.

Abschliessend gilt es zu bedenken, dass gemeindebasierte Präventionsprojekte über einen relativ langen Zeitraum laufen sollten, da die Bildung der lokalen Projektgruppen Zeit bedarf. Zudem dauert es relativ lange, bis die Effekte der Interventionen sichtbar werden. Von Experten wird daher eine Laufzeit von fünf bis zehn Jahren als wünschenswert erachtet. Evaluationen, die bereits ein bis zwei Jahre nach Projektbeginn durchgeführt wurden, konnten oftmals aufgrund der erst relativ kurzen Programmdauer keine signifikanten Programmwirkungen nachweisen (siehe u.a. Vicary et al. 1996 oder Fischer 2001).

### *Methodologische Probleme*

Der mangelnde Programmerfolg von gemeindebasierten Präventionsprojekten wird auch auf methodologische Probleme bei der Projektevaluation zurückgeführt (vgl. Stevens und Mitchell 2003). So kann die Messbarkeit der Wirkungen von Projektmassnahmen oder Interventionsstrategien methodisch schwierig sein. Mögliche Selektionseffekte bei quasi-experimentellen Designs, kleine Fallzahlen oder nicht-adäquate Evaluationsdesigns können den Nachweis von statistisch signifikanten Resultaten beeinträchtigen (vgl. Sorensen et al. 1998). Zudem kann hinzukommen, dass Veränderungen in der gesellschaftlichen Einstellung zu Alkoholkonsum und Rauchen es erschweren, statistisch signifikante Resultate zwischen Projekt- und Kontrollgemeinde festzustellen.

Gemäss Merzel und D'Afflitti (2003) gilt es auch, die hohen Erwartungen an gemeindebasierte Präventionsprojekte zu reduzieren. Von Fachleuten werden Veränderungen in der Grössenordnung von 20-30% als wünschenswert erachtet. Wie die Resultate zahlreicher gemeindebasierter Präventionsprogramme jedoch gezeigt haben, liegen die beobachteten Veränderungen jedoch in der Grössenordnung von knapp 5%, im Maximalfall bei 15%.

## **2.2.2 Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen?**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass viele Präventionsprogramme im Setting Gemeinde in erster Linie auf Strategien der Verhaltensprävention fokussieren, anstatt auch Massnahmen aus dem Bereich der Verhältnisprävention anzuwenden, die erwiesenermassen eine höhere Effektivität aufweisen. Zudem werden viele Programme nicht im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit aufgelegt und

---

umgesetzt. Die Institutionalisierung der Massnahmen und der Präventionskoalitionen wird vernachlässigt.

Der Gemeindeansatz in der Prävention kann wirksam sein. Doch gilt es dazu, einige kritische Erfolgsfaktoren zu berücksichtigen:

**Keine Einheitsprogramme:** Gemeindebasierte Präventionsprogramme müssen auf die Strukturen, Bedürfnisse und Besonderheiten der Gemeinden zugeschnitten sein. Zudem müssen die Programme eine gewisse Flexibilität aufweisen, um auf Veränderungen reagieren zu können. Ausserdem gilt es, bei der Programmplanung die unterschiedlichen Bedürfnisse der Zielgruppen zu berücksichtigen.

**Evidenzbasierte Programme:** Für die Ausarbeitung von Präventionsprogrammen gilt es, die neuesten Erkenntnisse aus der Forschung zu berücksichtigen. Anstatt einen losen Massnahmenkatalog zu formulieren, erhöhen aufeinander abgestimmte, evidenzbasierte Strategien und Massnahmen die Wirksamkeit des Programms. Dabei sollten wenn immer möglich multiple Interventionsstrategien zur Anwendung kommen. So dürfen sich gemeindebasierte Präventionsprogramme nicht nur auf die individuelle Ebene fokussieren, sondern sollten auch den sozialen Kontext berücksichtigen, in dem sich die Individuen bewegen. Merzel und D'Afflitti (2003) erachten eine dreistufige Vorgehensweise als am erfolgversprechendsten: Einzelinterventionen bei den Risikogruppen, eine gemeindeweite Intervention zur Veränderung der sozialen Normen sowie Interventionen auf Ebene der Politik, um die sozialen und politischen Rahmenbedingungen zu verändern.

**Programmlogik:** Die Ziele, Zielgruppen und die Reichweite des Programms müssen genau definiert sein; dazu kann eine Programmlogik von Vorteil sein (Vgl. Funnel 2000a; 2000b). Zur Verbesserung von gemeindebasierten Präventionsprojekten entwickelten Wademan und Florin (2003) einen Fragekatalog, der die wichtigsten Probleme bei der Planung und Durchführung von gemeindebasierten Projekten anspricht. Dabei kommt der Bedarfsanalyse und der Sicherung der Nachhaltigkeit zentrale Bedeutung zu.

**Verbesserung der Zusammenarbeit:** Das Programm muss klare, verständliche Zielsetzungen formulieren sowie stringente Wege zu deren Erreichung aufzeigen. Die mit der Projektumsetzung betrauten Akteure sollten mit der theoretischen Fundierung des Programms vertraut sein. Gute fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung und Implementierung des Massnahmenkatalogs wirkt sich positiv auf die Programmumsetzung aus. Die Schlüsselpersonen der Gemeinde sollten in der Präventionskoalition eingebunden sein und die Kompetenzen und Zuständigkeiten innerhalb der Präventionskoalition sollten klar geregelt sein.

---

**Sicherung der Nachhaltigkeit:** Die Sicherung der Nachhaltigkeit ist von grosser Bedeutung. Da es höchst unwahrscheinlich ist, dass ein Programm über das Projektende hinaus weitergeführt wird, wenn es nicht in den lokalen Strukturen institutionalisiert und verankert worden ist. Prävention muss ein Teil des Gemeindealltags werden. Ein zentraler Punkt ist die Bereitstellung lokaler Finanzmittel.

Abschliessend gilt es anzumerken, dass die Durchführung und Evaluation von gemeindebasierten Präventionsprojekten in Nordamerika, Australien und Neuseeland bereits eine relativ lange Tradition genießt. Im europäischen Raum hingegen sind noch vergleichsweise wenige umfassende, gut dokumentierte Präventionsprogramme im Setting Gemeinde auszumachen.

Es gilt zu bedenken, dass die internationalen Erfahrungen nicht eins zu eins für die Schweiz übernommen werden können. Wie Casswell (2000) festgestellt hat, variieren die Projekte aus dem nordamerikanischen und dem australischen Raum erheblich. Während in Nordamerika vor allem sogenannte "grassroot movements" in die Umsetzung der Projekte involviert sind, wurde in Australien und Neuseeland ein stärkeres Gewicht auf die Einbindung bereits bestehender Gremien und Fachkräfte gesetzt. Dies führt Casswell auf die unterschiedlichen kulturellen und sozialen Gepflogenheiten zurück. Für die Schweiz heisst dies, dass bei der Ausgestaltung von gemeindebasierten Präventionsprojekten wohl auf die internationalen Erfahrungen zurückgegriffen werden kann, dass aber immer auch die lokalen die lokalen Gepflogenheiten berücksichtigt werden müssen.

---

## 3 Fazit

Die zentrale Fragestellung, die unser Beitrag beantworten soll, lautet wie folgt: Gibt es Evidenzen dafür, dass sich ein Engagement des Bundes im Präventionsbereich, bezogen auf Drogen- und Suchtprobleme, im Setting Gemeinde bewährt hat, und welches sind die Erfolgskriterien?

Aus dieser Hauptfrage ergeben sich weitere Fragen, wie beispielsweise:

1. Was weiss man generell über die Wirkung von gemeindenaher Prävention im Suchtbereich?
2. Was ist von durchgeführten Projekten oder Programmen geblieben (Frage der Nachhaltigkeit)?
3. Welche Erkenntnisse ergeben sich in Bezug auf die Logik der Intervention (z.B. "aktiv" im Sinne des Anstossens neuer vs. "reaktiv" im Sinne der Unterstützung bestehender Aktivitäten oder Strukturen)?
4. Welche Bedeutung hat das Behördenarrangement auf die Ergebnisse? Welche Behördenarrangements haben sich wie bewährt?
5. Welche Aussagen sind möglich in Bezug auf Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention?
6. Welche Aussagen sind in Bezug auf Primär- und Sekundärprävention möglich?
7. Welche Erkenntnisse gibt es zu Aufwand und Ertrag und somit zur Wirtschaftlichkeit?

Wir gliedern unser Fazit nach diesen sieben Fragestellungen.

### **1. Was weiss man generell über die Wirkung von gemeindenaher Prävention im Suchtbereich?**

Vorerst ist eine begriffliche Klarstellung nötig: Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass die Begriffe „gemeindenaher Prävention“, „Gemeindeansatz“ oder „Community Setting“ unterschiedliches bedeuten können.<sup>10</sup> Sie werden verwendet für Präventionsarbeit, die sich auf geografisch begrenzte Gebiete beschränkt, seien das nun Gemeinden, Regionen oder Nachbarschaften. Sie bedeuten nicht

---

<sup>10</sup> Die unklare Definition des "Gemeindeansatzes" wird im angelsächsischen Sprachraum durch die unterschiedliche Begriffsverwendung deutlich (u.a. community-level intervention, community-based, comprehensive community, community coalition, collaborative partnership) (vgl. Wandersman und Florin 2003, S. 441).

---

zwangsläufig, dass eine Gemeinde als politische Körperschaft in die Prävention einbezogen ist oder dass strukturelle bzw. Verhältnisprävention betrieben wird.

Die Literatursichtung zeigt, dass gemeindenaher Prävention grundsätzlich Wirkung haben kann. Aber ebenso deutlich wird, dass diese Wirkungen zum einen klein, zum anderen nur langfristig zu erwarten und zum dritten nicht von selbst nachhaltig sind oder werden.

Die Wirkungen werden gemeinhin überschätzt, sie sind kleiner, als sie gemeinhin erwartet werden. Das Veränderungspotenzial wird auf 5% bis maximal 15% geschätzt. Aus diesem Befund ergeben sich neue Einsichten in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis (vgl. Punkt 7).

Da Wirkungen nur eher langfristig erwartet werden können, sollen auch Projekte und Programme langfristig angelegt sein. In der Literatur werden Laufzeiten von fünf bis zehn Jahren als wünschenswert erachtet; die bisherigen Projekte in der Schweiz waren kurzfristiger angelegt. Werden Projekte oder Programme längerfristig durchgeführt, kommt der Formulierung einer Interventions- oder Programmlogik, die die schrittweise anzustrebenden Wirkungen aufzeigt, besondere Bedeutung zu. Diese können nämlich als Ansatzpunkte für eine begleitende Evaluation oder eine Zwischenevaluation genutzt werden..

Aus der geforderten Langfristigkeit von Projekten und Programmen ergibt sich auch ein höherer Mittelbedarf. Ebenso dürften institutionelle Mechanismen wichtiger werden, seien es die Möglichkeiten zur langfristigen Sicherstellung von Finanzmitteln, seien es die Legislaturperioden mit ihren möglichen Auswirkungen auf die Politikformulierung.

## **2. Was ist von durchgeführten Projekten oder Programmen geblieben (Frage der Nachhaltigkeit)?**

Aussagen zur Nachhaltigkeit sind in der Literatur allgemein wenig häufig und nicht klar gesichert. Das hat damit zu tun, dass die Evaluationen meist zu kurzfristig angesetzt sind. Die Nachhaltigkeit wird aber als zentrales Problem vieler Präventionsprojekte gesehen. Trägerschaften und Finanzierende müssen sich der Langfristigkeit der angestossenen Prozesse bewusster werden und Geduld haben. Umso wichtiger wird es, Teil- oder Zwischenwirkungen zu beobachten, was wiederum nur aufgrund einer Programmlogik möglich ist.

Nachhaltigkeit ergibt sich nicht von selbst, sie muss erarbeitet werden. Das bedeutet, dass ein Projekt nicht nur vorbereitet und durchgeführt, sondern auch transformiert werden soll. Dazu liegen zahlreiche Befunde vor. Diese Transfor-

---

mation bzw. Überführung eines Projekts von einer zeitlich beschränkten Intervention in einen Dauerzustand kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie bereits von Anfang an Bestandteil des Projektes ist.

### **3. Welche Erkenntnisse ergeben sich in Bezug auf die Logik der Intervention (z.B. "aktiv" im Sinne des Anstossens neuer vs. "reaktiv" im Sinne der Unterstützung bestehender Aktivitäten oder Strukturen)?**

In der Schweiz wurde mit Bundesmitteln bisher in erster Linie versucht, Gemeinden mit vielfältigen Präventionsangeboten für lokale Aktivitäten zu gewinnen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wurde dabei nicht selber aktiv, sondern erteilte Aufträge an verschiedene Anbieter. In der Folge wurden, teilweise flächendeckend, Gemeinden kontaktiert und Aktionen oder Projekte vorgestellt und mit lokalen Mitteln zur Durchführung empfohlen. Mit diesen Aktivitäten in Gemeinden, die bisher nicht oder nur wenig aktiv waren, sollte die Idee der Prävention ganz allgemein gefördert werden. Das Gegenteil dieses „Subventionsansatzes“, nämlich die Unterstützung von Gemeinden, die bereits von sich aus Vorleistungen erbracht haben („Belohnungsansatz“), wurde noch nie erprobt.

Nur vereinzelt, z.B. mit supra-f, versuchte das Bundesamt für Gesundheit direkt, gezielt und mit eigenen Mitteln, ein klar definiertes Projekt mit vorgegebenen Rahmenbedingungen in bestimmten Gemeinden zu verwirklichen und in einen lokal finanzierten Dauerbetrieb zu überführen („Anschubmodell“).

Auf die Frage, ob ein „Subventionsansatz“ oder eher ein „Belohnungsansatz“ mehr Wirkung und Nachhaltigkeit verspricht, gibt die Literatur keine Antwort; sie ist kein Thema. Alle gesichteten Evaluationen und Metaevaluationen beziehen sich nämlich auf Projekte, die im Sinne des „Anschubmodells“ mit einer externen Finanzierung neu angestossen wurden. Diese so angestossenen Projekte werden sowohl neu geschaffenen als auch bestehenden Strukturen übertragen. Es mag sein, dass die in der Literatur sichtbar gewordene Tendenz zur Schaffung neuer Strukturen in den USA mit der Bedeutung der Freiwilligenarbeit oder des „Volunteering“ zu tun hat. Allerdings wird aus den Evaluationsberichten oft nur teilweise klar, wie ein Projekt organisiert war.

### **4. Welche Bedeutung hat das Behördenarrangement auf die Ergebnisse? Welche Behördenarrangements haben sich wie bewährt?**

Das Behördenarrangement ist Bestandteil der im Politikalltag ablaufenden Prozesse, in denen Politik formuliert und umgesetzt wird. Auf unsere Fragestellung

---

übertragen heisst das, zu fragen, wer was im Rahmen der Präventionspolitik des Bundes oder im Rahmen von Projekten oder Programmen tun soll.

Braucht es nationale Vermittler oder soll innerhalb bestehender Strukturen, nämlich mit den Kantonen direkt, gearbeitet werden? Wäre bei der Zusammenarbeit direkt mit den Kantonen nicht eine einfachere und wirtschaftlichere Implementierung flächendeckender Prävention in den Gemeinden, z.B. beim Vollzug von Bundesgesetzen, möglich? Wäre in Gemeinden nicht einfacher etwas zu bewegen, wenn mit kantonalen Präventionsnetzen und -organisationen gearbeitet würde, da die Gemeinden darin eingebettet sind als wenn man versucht, Gemeinden direkt anzusprechen? Aus der Sicht des Social Marketing gesprochen wäre somit vom BAG die Frage zu klären, welches die optimalen Verteilkanäle für welche Produkte sind:

Die Sichtung der Evaluationsliteratur zeigt, dass das Behördenarrangement nicht im generellen Sinne der Aufgabenteilung zwischen verschiedenen staatlichen Ebenen diskutiert wird. Wir vermuten, dass Überlegungen dazu allenfalls in der Berichterstattung zu den einzelnen Projekten zu finden wäre. Jedoch werden die „community coalitions“ breit diskutiert, deren Bedeutung unumstritten ist. Dabei geht es im Wesentlichen um die Frage der Ausgestaltung der lokalen Projektträgerschaft und -organisation.

## **5. Welche Aussagen sind möglich in Bezug auf Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention?**

Die gesichteten Evaluation behandeln mehrheitlich Projekte oder Programme, die verhaltensorientiert sind, also das individuelle Verhalten beeinflussen wollen. Da diese Projekte häufig in geografisch begrenzten Räumen durchgeführt werden, werden sie als gemeindenahe bezeichnet. Gemeindenahe Prävention bedeutet also nicht unbedingt Verhältnisprävention.

Im Vergleich zur Verhaltensprävention wird der Verhältnisprävention gesamthaft gesehen grössere Wirksamkeit zuerkannt. Das BAG hat somit im Rahmen des Massnahmenpaketes zur Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz zu Recht die Verhältnisprävention betont.

Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention die Wirkung von Prävention verbessern kann. Nicht zielgruppenorientierte Verhaltensprävention ohne Verhältnisprävention scheint wenig zu bringen. Andererseits dürfte die Wirkung von verhältnisorientierter Prävention in Kombination mit Verhaltensprävention bei Risikogruppen gesteigert werden können.



---

## **6. Welche Aussagen sind in Bezug auf Primär- und Sekundärprävention möglich?**

Die evaluierten Projekte und Programme sind meist der Primärprävention zuzuordnen, d.h. der Verhinderung von Missbrauch oder Suchtverhalten. Die Sekundärprävention mit dem Ziel der Früherkennung vom Missbrauch oder Suchtverhalten scheint weniger verbreitet. Ist Sekundärprävention nicht universell, sondern selektiv angelegt, also auf die Gruppen ausgerichtet, die am stärksten gefährdet scheinen, so erweist sie sich als wirksam.

Oft werden die beiden Ansätze miteinander kombiniert, da sie sich in der Praxis verwischen können. Daraus folgt wiederum oft eine Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention.

## **7. Welche Erkenntnisse gibt es zu Aufwand und Ertrag und somit zur Wirtschaftlichkeit?**

Die Wirtschaftlichkeit wird in den Evaluationsberichten nur wenig thematisiert. Es ist zu vermuten, dass in den einzelnen Projektberichten mehr über die finanzielle Seite zu lesen wäre.

Für das Verhältnis von Aufwand und Ertrag oder das Verhältnis von Kosten und Nutzen lassen sich aufgrund der obigen Befunde dennoch Erkenntnisse ableiten. Prävention scheint grundsätzlich aufwändig, da Veränderungen im individuellen Verhalten wie auch in Veränderungen von Verhältnissen eher langsam ablaufen und deshalb präventive Interventionen langfristig anzulegen sind. Sie kostet aber auch, weil die zu erwartenden Veränderung eher gering sind.

Wird bei Aufwand- und Ertragsüberlegungen der Ertrag evidenzbasiert und realistisch eher tief eingesetzt, ergeben sich sachgerechte Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit.

---

## 4 Schlussfolgerungen

Wollen Projekte oder Programme zur Prävention von Drogen- oder Suchtproblemen erfolgreich sein, so weisen sie folgende Merkmale auf:

- Sie sind langfristig angelegt.
- Sie sind theoriebasiert und verfügen über eine Programmlogik, die mit den Akteuren zusammen erarbeitet wurde.
- Sie sind auf die Besonderheiten und Bedürfnisse der Gemeinden und Zielgruppen ausgerichtet.
- Sie lassen sich klar entweder der universellen, der selektiven oder der indizierten Prävention zuordnen und berücksichtigen in ihrem Design die spezifischen Anforderungen jedes Ansatzes.
- Sie setzen sich realistische und bescheidene Ziele.
- Sie gehen bei Aufwand und Ertragsüberlegungen von einem Veränderungspotenzial von 10% aus.
- Sie schaffen von Projektbeginn an die Voraussetzungen für Nachhaltigkeit.
- Sie planen die Transformation von der Anstossfinanzierung zur Dauerfinanzierung von Anfang mit ein.
- Sie kombinieren zielgruppenspezifisch Verhaltens- und Verhältnisprävention.

## A-1 Literaturverzeichnis

- Aguirre-Molina, M. (1996): Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. *Annual Review of Public Health* 17, 337-358.
- Allamani, A., Casswell, S., Graham, K., Holder, H., Holmila, M., Larsson, S. and P. Nygaard (2000): Introduction: community action research and the prevention of alcohol problems at the local level. *Substance Use & Misuse*, 35 (1&2), 1-10.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2004): Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen, Zwischenergebnisse der supra-f Forschung, Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Beery, W. L., Senter, S., Cheadle, A., Greenwald, H.P., Pearson, D., Brousseau, R. und G. D. Nelson (2005): Evaluating the legacy of community health initiative. A conceptual framework and example from the California Wellness Foundation's Health Improvement Initiative. *American Journal of Evaluation* 26 (2), 150-165.
- Butterfoss, F. D., Goodman, R. M and A. Wandersman (1993): Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research* 8 (3), 315-330.
- Chen, H.-T. (1990): *Theory-driven evaluations*. Newbury Park: CA: Sage
- Casswell, S. (2000): A decade of community action research. *Substance Use & Misuse* 35 (1&2), 55-74.
- Dellenbach, M, Bissegger, C. und C. Meier (2001): Evaluation des Projekts FemmesTische. In: Weiss, J.-P., Wirth, S., Dellenbach, M., Bissegger, C. und C. Meier. (2001): *FemmesTische – Erziehende im Gespräch, Evaluation der Promotionsphase 1999-2001 (Im Auftrag von Radix Gesundheitsförderung und Bundesamt für Gesundheit)*, Manuskript, Bern: November 2001, S. 18–61.
- Fasel, N. und H. Krebs (2004): «Hinschauen und Handeln», Evaluation (Im Auftrag von Radix Gesundheitsförderung), Manuskript, Bern/Zürich: 5. November 2004
- Fasel, N. und H. Krebs (2005): «Runder Tisch» Austausch für Schlüsselpersonen – Cannabis, und ... was passiert in unserer Gemeinde? Evaluation (Im Auftrag von Radix Gesundheitsförderung), Manuskript, Fribourg/Zürich: 20. Oktober 2005
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., Osgood, D. W., Anderson, A. and L. Babinski (2002): The effects of training community leaders in prevention science: Communities That Care in Pennsylvania. *Evaluation and Program Planning* 25, 245-259.

- Fincham, S. (1992): Community health promotion programs. *Soc. Sci. Med.* 35(3), 239-249.
- Fishbein, M. (1996): Great expectations, or do we ask too much from community-level intervention? *American Journal of Public Health* 86 (8), 1075-1076.
- Fischer, U. (2001): Evaluation eines Pilotprojektes zur gemeindegetragenen primären Prävention von Drogenmissbrauch und Sucht in sieben luxemburgischen Gemeinden. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9 (4), 135-146.
- Fischer, U. und W. Krieger (1998): Suchtprävention an der Gemeinde: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention. Luxemburg: CePT.
- Funnell, S. (2000a): Developing and Using a Program Theory Matrix for Program Evaluation and Performance Monitoring, in: *New Directions for Evaluation* 87 (Frühling).
- Funnell, S. (2000b): Applications of Program Logic to Evaluation, Monitoring and Program Design, Paper presented at the AEA Conference, November 2000
- Graham, K. und M. Chander-Coutts (2000): Community action research: who does what to whom and why? Lessons learned from local prevention efforts (international experiences). *Substance Use & Misuse* 35 (1&2), 87-110.
- Grimley, D., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Blais, L.M., Di Clemente, C.C. (1994): The Transtheoretical Model of Change, in: Brinthaup, Th.M.; Lipka, R.P (Ed.): *Changing the Self*, New York, S. 201-227,
- Guldan, G. S. (1996): Obstacles to community health promotion. *Soc. Sci. Med.* 43, 689-695.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. and M. W. Arthur (2002): Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 27, 951-976.
- Holder, H. D. (2006): The power of local alcohol prevention and the Trelleborg Project in southern Sweden. *Addiction* 101, 763-764.
- Holder, H. D. (2002): Prevention of alcohol and drug "abuse" problems at the community level: what research tells us. *Substance Use & Misuse*, 37 (8-10), 901-921.
- Holder, H. D. (2000): Community prevention of alcohol problems. *Addictive Behaviours*, 25 (6), 843-859.

- Holder, H. D. (und R. S. Moore (2000): Institutionalization of community action projects to reduce alcohol-use related problems: systematic facilitators. *Substance Use & Misuse* 35 (1&2), 75-86.
- Holder, H. D., Saltz, R. F., Grube, J.W., Voas, R. B., Gruenewald, P. J. und A. J. Treno (1997a): A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview, *Addiction*, 92 (2), 155-171.
- Holder, H. D., Saltz, R. F., Grube, J. W., Treno, A. J., Reynolds, R. I., Voas, R. B. und P. J. Gruenewald (1997b): Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction*, 92 (2), 293-301.
- Holder, H. und R. Reynolds (1997): Application of local policy to prevent alcohol problems: experiences from a community trial. *Addiction*, 92(2), 285-292.
- Holmila, M und J. Simpura (1997): Outcome evaluation. In M. Holmila (Hrsg.), *Community Prevention of Alcohol Problems*, London: Macmillan.
- Hüsler, G. und Werlen, G. (o.J.): supra-f – Ein Sucht-Präventions-Forschungsprogramm. Schlussbericht (Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit), Manuskript, Fribourg: Universität Fribourg, Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie.
- Judd, J., Frankish, J. und G. Moulton (2004): Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. *Health Promotion International* 16 (4), 367-397.
- Kreuter, M. W., Lezin, N. A. und L. A. Young (2000): Evaluating community-based collaborative mechanisms: implications for practitioners. *Health Promotion Practice* 1 (1), 49-63.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2003a): Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten (FreD) – Handbuch. Online im Internet: [www.lwl.org/ks/](http://www.lwl.org/ks/).
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2003a): Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten (FreD) – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Online im Internet: <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=9949&sLanguageISO=EN>.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2002): Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten (FreD) – Beschreibung des Bundesmodellprojektes. Online im Internet: [www.lwl.org/ks/](http://www.lwl.org/ks/)

- Larsson, S. und B. Hanson (2000): To prevent alcohol problems in Europe by community actions – various national and regional contexts. *Substance Use & Misuse* 35 (1&2), 11-30.
- Mansergh, G., Rohrbach, L. A., Montgomery, S. B., Pentz, M. A. und C. A. Johnson (1996): Process evaluation of community coalitions for alcohol and other drug abuse prevention: a case study comparison of researcher – and community-initiated models. *Journal of Community Psychology* 24 (April), 118-135.
- Merzel, C. und J. D'Afflitti (2003): Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health* 93 (4), 557-574.
- Mills, J. und K. Bogenschneider (2001): Can communities assess support for preventing adolescent alcohol and other drug use? Reliability and Validity of a community assessment inventory. *Family Relations* 50 (4), 355-375.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15, 259-267.
- Mitchell, R. E., Stevensen, J. F. and P. Florin (1996): A typology of prevention activities: applications to community coalitions. *The Journal of Primary Prevention* 16 (4), 413-436.
- Roussos, S. T. and S. B. Fawcett (2000): A review of collaborative partnership as a strategie for improving community health. *Annual Review of Public Health* 21, 369-402.
- Pentz, M. A. (2000): Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychologie* 28 (3), 257-270.
- Peters M., und B. Wapf (2006): Evaluation der Wirkung lokaler Alkoholpolitiken – Schlussbericht, econcept im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Kompetenzzentrum für Evaluation, Juni 2006, Zürich.
- Schopper, D. (2005): Gesundes Körpergewicht: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken? Wissenschaftliche Grundlagen zur Erarbeitung einer Strategie für die Schweiz. Bern: Stiftung für Gesundheitsförderung.
- Sorensen, G., Emmons, K., Hunt M. K. und D. Johnston (1998): Implications of the results of community intervention trials. *Annual Review of Public Health* 19, 379-416.

- Skara, S. und S. Sussman (2003): A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine* 37, 451-474.
- Stafström, M., Östergren, P.-O., Larsson, S., Lingren, B. and P. Lundborg (2006): A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project. *Addiction* 101, 813-823.
- Steinmann, R. M. (2005): *Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Bern: Stiftung für Gesundheitsförderung.
- Van der Linde, F. (2005): *Gesundheitsförderung und Prävention stärken – Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz*. Bern: Stiftung für Gesundheitsförderung.
- Vicary, J. R., Doebler, M. K., Bridger, J. C. Gurgevich, E. A., and R. C. Deike (1996): A community systems approach to substance abuse prevention in a rural setting. *The Journal of Primary Prevention* 16 (3), 303-318.
- Waagenar, A. C. and C. L. Perry (1994): Community strategies for the reduction of youth drinking: theory and application. *Journal of Research on Adolescence* 4 (2), 319-345.
- Wageenar, A. C., Murray, D. M., Gehan, J. P., Wolfson, M., Forster, J. L., Toomey, T. L., Perry, C. L. and R. Jones-Webb (2000): Communities mobilizing for change on alcohol: outcomes from a randomized community trial. *Journal of Studies on Alcohol*, January 2000, 85-94.
- Wandersman, A. und P. Florin (2003): Community interventions and effective prevention. *American Psychologist* 58 (6/7), 441-448.
- Weiss J.-P., Wirth S., Dellenbach M, Bissegger C. und Meier C. (2001): *FemmesTische – Erziehende im Gespräch, Evaluation der Promotionsphase 1999-2001* (Im Auftrag von Radix Gesundheitsförderung und Bundesamt für Gesundheit), Manuskript, Bern: November 2001
- WHO (1998): *Health Promotion Glossary*, WHO/HPR/HEP/98.1, Geneva: World Health Organization
- Winkleby, M. A., Taylor, C. B., Jatulis, D. und S. P. Fortmann (1996): The long-term effect of a cardiovascular disease prevention trial: The Stanford Five-City Project. *American Journal of Public Health* 86 (12), 1773-1698.

---