

**Oldenburger Studien zur Europäisierung und zur transnationalen Regulierung
(ISSN: 1866-8798)**

**Ausgewählte Abschlussarbeiten
ST 2013/03**

Akzeptierende Drogenhilfe am Beispiel einer britischen Kommune

Kathrin Hartmann

Jean Monnet Centre for Europeanisation and Transnational Regulations Oldenburg
Fakultät I • Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg • 26111 Oldenburg

Abrufbar im Internet unter: <http://www.uni-oldenburg.de/cetro/31251.html>

Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Einführung in die Thematik	5
2.1 Zentrale Grundbegriffe.....	6
2.1.1 Der Begriff ‚Droge‘	6
2.1.2 Was ist Sucht?	7
2.2 Entwicklung des Drogenproblems	8
2.2.1 Die Reformierung des bestehenden Systems	8
2.2.2 Die Veränderung der Problemthematisierung	11
2.2.3 Neue Formen der Suchtbekämpfung	12
3. Hypothesenentwicklung anhand der Kontrollmaßnahmen des Drogenkonsums	14
3.1 Was ist ein soziales Problem?	15
3.1.1 Der Drogenkonsum als soziales Problem.....	16
3.2 Kontrollmaßnahmen des Drogenkonsums	16
3.2.1 Kriminalpolitische Kontrolle des Drogenkonsums	17
3.2.2 Die medizinisch-psychiatrische Kontrolle des Drogenkonsums.....	18
3.2.3 Das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit.....	19
3.3 Aufstellung der Hypothesen.....	21
4. Methodisches Vorgehen.....	24
4.1 Fallstudie	24
4.2 Analyseschritte	25
4.3 Experteninterview	28
4.4 Erläuterung zum Leitfaden.....	28
5. Drogenarbeit in Bristol.....	29
5.1 Exkurs-Vorstellung der Stadt und der Interviewpartner	30
5.1.1 Stadt Bristol.....	30
5.1.2 Bristol Drugs Project.....	30
5.1.3 Southmead Project.....	31
5.2 Darstellung der Ergebnisse.....	31
5.2.2 Bewertung der Hypothese 2	33
5.2.3 Bewertung der Hypothese 3	36
5.2.4 Abschließende Betrachtung der Ergebnisse	37
6. Reflexion	39
7. Fazit und Ausblick	40
Literatur- und Quellenverzeichnis	43
Literaturverzeichnis.....	43
Internetverzeichnis	44
Anhang.....	47
Interviewleitfaden (Deutsch und Englisch).....	47

1. Einleitung

Die Thematik der Drogenabhängigkeit ist in der heutigen Gesellschaft allgegenwärtig. In nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen wird sich auf unterschiedliche Art und Weise mit der Frage beschäftigt, wie dieses vermeintliche Problem zu lösen sei. Das Ziel der Abstinenz scheint dabei einen großen Stellenwert zu haben, streben doch die meisten Thematisierungsformen eine nahezu drogenfreie Gesellschaft an. Dabei spielen bei dem Umgang mit der Problematik im Wesentlichen drei Konzepte eine Rolle (vgl. Groenemeyer 2012: 484). Während in dem medizinisch-psychiatrischen Konzept davon ausgegangen wird, dass der missbräuchliche Konsum von Drogen als Krankheit angesehen und der Süchtige dementsprechend von ihr geheilt werden muss (vgl. ebd.: 483f.), setzen kriminalpolitische Konzepte auf das Prinzip der Abschreckung durch Strafmaßnahmen (vgl. Duprez/Groenemeyer 2009: 27). Beide Konzepte thematisieren die Drogenabhängigkeit mit dem oben genannten Ziel: der Schaffung einer drogenfreien Gesellschaft. Dieser Zielvorstellung liegt die Annahme zugrunde, dass der Konsum von Drogen eine Form von abweichendem Verhalten darstellt, welches den gültigen Werten und Normen in der Gesellschaft widerspricht und somit unerwünscht ist. Das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit stellt das Thema der Schadensminimierung vor das allgemeine Ziel der Abstinenz (vgl. Groenemeyer 2012: 485). Der Drogenkonsum wird in diesem Konzept nicht als abweichendes Verhalten definiert, sondern als Lebensform mit einem anderen „Wertkonzept“ (Stöver/Herwig-Lempp 1988: 39). Den Drogenkonsumenten soll zugestanden werden, als handlungsfähiges Individuum eigene Entscheidungen zu treffen und die Hilfsangebote von Einrichtungen mit niedrigschwelligen Angeboten in der Weise beanspruchen, wie sie es persönlich für nötig empfinden. So werden neben den Maßnahmen zur Erreichung der Abstinenz vor allem Projekte angeboten, welche die möglichen Folgen des Drogenkonsums entweder verhindern oder zumindest minimieren sollen (vgl. Stöver 1991: 22).

Obwohl die Entwicklung des Konzeptes der akzeptierenden Drogenarbeit erst zu Beginn der 1980er Jahre stattfand, ist das Konzept heutzutage als fester Bestandteil der Drogenhilfe anzusehen. Es stellt sich die folgende Frage:

„Welche Aspekte spielen eine zentrale Rolle für die Ausgestaltung und den Erfolg einer akzeptierenden Drogenarbeit?“

Diese Frage soll anhand der gegenwärtigen akzeptierenden Drogenarbeit innerhalb der britischen Kommune Bristol untersucht werden. Großbritannien ist für diese Forschungsarbeit interessant, weil das Land eine komplexe Geschichte der Drogenhilfe aufweist, die durch die Heroinepidemie in den 1980er Jahren in besonderer Weise geprägt ist.

Die Stadt Bristol war und ist als sechstgrößte Stadt Englands ebenfalls stark von den Einflüssen der Drogenproblematik betroffen und wird aus diesem Grund als Untersuchungsgegenstand dienen.

Die Untersuchung der oben genannten Forschungsfrage wird mithilfe der Fallstudienmethode nach Robert K. Yin durchgeführt. Der Vorteil dieser Methode besteht darin, dass nicht nur geführte Interviews in die Analyse einbezogen werden können, sondern auch weitere Dokumente oder eigene Beobachtungen. Im Rahmen dieser Forschung wurden insgesamt drei leitfadengestützte Interviews mit zwei Mitarbeitern geführt. Zwei Interviews wurden dabei mit einem Mitarbeiter aus dem Bristol Drugs Project geführt. Das dritte Interview wurde mit einer Mitarbeiterin aus dem Southmead Project durchgeführt. Diese drei Interviews werden zusammen mit weiterem Material in Form von einem Jahresbericht des Bristol Drugs Project in die qualitative Forschungsarbeit einfließen. Die vorhandenen Daten sollen mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring analysiert werden.

Zu Beginn der Arbeit wird definiert, wie der Begriff ‚Droge‘ in dieser Forschungsarbeit angewandt wird. Die Frage „Was ist Sucht?“ wird gestellt, um das besondere Verständnis des Begriffs, welches in der akzeptierenden Drogenarbeit vorherrscht, zu verdeutlichen. Im Anschluss daran soll durch die Beschreibung der Entwicklung des Drogenproblems für den speziellen Fall ein Überblick über vergangene Handlungsstrategien und Sichtweisen gegeben werden. Zudem sollen aktuelle politische Diskurse und neueste Entwicklungen genannt werden.

Der Schwerpunkt des dritten Kapitels wird der Darstellung des theoretischen Hintergrunds gewidmet sein. Dabei soll zunächst der Begriff des ‚sozialen Problems‘ auf das Drogenproblem angewandt werden. Die Definition des Drogenproblems als soziales Problem führt direkt zu den drei oben beschriebenen Konzepten. Dabei wird die kriminalpolitische Kontrolle des Drogenproblems zwar nicht als Untersuchungsgegenstand in die Analyse einfließen, trotzdem ist eine Beleuchtung des Konzeptes sinnvoll. Es nimmt über Gesetze und strafrechtliche Sanktionen bezüglich der Herstellung, des Handels und Konsums von und mit Drogen auch einen Einfluss auf andere Interventionsformen. Das medizinisch-psychiatrische Konzept wird herangezogen, um den Kontrast zu dem dritten Konzept, der akzeptierenden Drogenarbeit, zu verdeutlichen und um die aufgestellten Hypothesen überprüfbar zu machen. Dieses Konzept war in der britischen Drogenhilfe lange Zeit vorherrschend, verlor ab den 1980er Jahren jedoch zunehmend an Bedeutung. Dies soll durch den Einbezug des Konzeptes gezeigt werden.

Zudem wird auf diese Weise die hohe Bedeutung des Konzeptes der akzeptierenden Drogenarbeit verdeutlicht.

Insgesamt wurden im Vorfeld der Analyse drei Hypothesen aufgestellt, welche mithilfe der geführten Leitfadeninterviews entweder bestätigt oder verworfen werden sollen.

Es wird davon ausgegangen, dass maßgeblich drei Aspekte eine zentrale Rolle für die Ausgestaltung und den Erfolg einer akzeptierenden Drogenarbeit spielen: (1) Die organisatorische Dimension, in welcher die Bedeutung des Aufbaus der Institution betrachtet werden soll, (2) die programmatische Dimension, in welcher davon ausgegangen wird, dass staatliche Fördermaßnahmen in einem hohen Maße von der Programmatik der Institution abhängen. (3) Unter der Begrifflichkeit der institutionellen Einbettung in den staatlichen Rahmen wird untersucht, inwieweit es staatlichen Instanzen möglich ist, die Handlungsspielräume einer Institution zu beschränken. Das Kapitel der Auswertung beginnt mit einer kurzen Überblicksdarstellung der untersuchten Institutionen. Im Anschluss folgt die Auswertung der Interviews anhand der aufgestellten Hypothesen. Im abschließenden Fazit wird die Forschungsfrage mithilfe der Ergebnisse beantwortet und zudem ein Ausblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten gegeben.

2. Einführung in die Thematik

Im nachfolgenden Kapitel soll zunächst einmal der zentrale Grundbegriff 'Droge' definiert werden. Darauf folgt die Beantwortung der Frage „Was ist Sucht?“. Anschließend wird in Kapitel 2.2 ein Überblick über die historische Entwicklung des Drogenproblems und der damit verbundenen Diskurse im politischen Raum gegeben. Dabei wird auf die Entwicklung der Drogenproblematik in Großbritannien eingegangen. Obwohl der Fokus der vorliegenden Arbeit in dieser Hinsicht auf den Entwicklungen der letzten 20 bis 30 Jahre liegt, wird in dem entsprechenden Abschnitt bis in die 1920er Jahre zurückgeblickt. Dieser Rückblick ist notwendig, um zu verdeutlichen, wie stark sich die Thematisierungsformen und Konzepte innerhalb weniger Jahrzehnte verändern haben. Zudem wird auf diese Weise ein erster Einblick in die unterschiedlichen Interventionsformen gegeben, die zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Arbeit beschrieben werden.

2.1 Zentrale Grundbegriffe

Im nachfolgenden Abschnitt sollen die zentralen Grundbegriffe, die in dieser Arbeit eine maßgebliche Rolle spielen, definiert werden. Der Begriff ‚Droge‘ soll dabei zunächst allgemein erklärt werden um zu bestimmen welche Substanzen in dieser Arbeit unter den Begriff ‚Droge‘ fallen und welche ausgeschlossen werden. Anschließend soll der Begriff noch einmal unter dem soziologischen Aspekt betrachtet werden. Zudem soll die Frage „Was ist Sucht?“ beantwortet werden, um das grundlegende Verständnis des Begriffs in dieser Arbeit zu klären und im weiteren Verlauf darauf aufbauen können.

2.1.1 Der Begriff ‚Droge‘

Allgemein versteht man unter dem Begriff ‚Droge‘, chemisch oder auf natürlicher Basis hergestellte Substanzen, die bei der Einnahme unmittelbar Auswirkungen auf die Funktionen des zentralen Nervensystems haben. Aufgrund dieser Auswirkungen werden sie häufig auch als psychoaktive Substanzen bezeichnet (vgl. Schmidt-Semisch/Nolte 2007: 7). Da dieser Definition zufolge auch Alkohol und Arzneimittel als Droge bezeichnet werden können, unterscheidet man im Allgemeinen zumeist zwischen ‚legalen‘ und ‚illegalen‘ Drogen.

Neben Substanzen wie Arzneimitteln und Alkohol zählen auch Nikotin und Koffein zu den sogenannten ‚legalen‘ Drogen. Stoffe, wie Heroin, Kokain oder Crack werden dagegen als ‚illegale‘ Drogen bezeichnet (vgl ebd.).

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff der Droge nur für solche Substanzen verwendet, die in dem ‚Misuse of Drugs Act 1971‘ und dessen Ergänzungen (vgl. Misuse of Drugs Act 1971, n.d. [online]) als illegale Substanz definiert wurden und deren Besitz beziehungsweise der Handel mit ihnen unter Strafe gestellt ist. In den genannten Verordnungen werden die Substanzen zudem in drei Kategorien eingeteilt: ‚Class A‘, ‚Class B‘ und ‚Class C‘. Bei dieser Klassifizierung handelt es sich um eine Verortung des Grades der Gefährlichkeit. Dabei werden die der ‚Class A‘ zugeordneten Drogen als für den Konsumenten am gefährlichsten, die der ‚Class C‘ am relativ ungefährlichsten angesehen. Weiterhin werden der Handel mit, sowie der Konsum von Drogen der Kategorie C weniger hart bestraft als dieselben Taten für Drogen der Kategorie A. Ein weiterer Unterschied im Strafmaß besteht zwischen dem nachgewiesenen Handel mit Drogen und dem Konsum der Substanzen.

So kann ein Dealer der mit Heroin handelt, welches nach der Definition der Verordnungen zu den Drogen der gefährlichsten Kategorie zählt, zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt werden, während die Höchststrafe für den Besitz von Heroin lediglich sieben Jahre beträgt (vgl. Drugs penalties, n.d., [online]).

Soziologisch betrachtet stellt die Bezeichnung einer Substanz als ‚Droge‘ niemals einen neutralen wissenschaftlichen Begriff dar, sondern ist von Beginn an verbunden mit bestimmten, zumeist negativen Bewertungen und Assoziationen wie Verelendung und Schaden (vgl. Duprez/Groenemeyer 2009: 5). „*Etwas als Droge zu bezeichnen, suggeriert Gefährlichkeit, Risiko und Abhängigkeit*“ (ebd.). Somit stellt die Droge einen Störfaktor innerhalb der Gesellschaft dar, der behoben werden muss.

2.1.2 Was ist Sucht?

Der Begriff ‚Sucht‘ ist die umgangssprachliche Bezeichnung für die seelische und körperliche Abhängigkeit von einer Substanz oder einem Verhalten (vgl. Sucht(Definition), n.d. [online] / Gesundheitsberichterstattung 2013 [online]). Es kann zwischen zwei Arten von Abhängigkeiten unterschieden werden: der substanzbezogenen Abhängigkeit und der verhaltensbezogenen Abhängigkeit (vgl. Sucht(Definition), n.d. [online]). Dabei fällt der Missbrauch von psychoaktiven Substanzen unter die erste Kategorie, während die Sucht nach Glücksspielen ein Beispiel für eine verhaltensbezogene Abhängigkeit darstellt.

Aufgrund der vorhergehenden Definition des Drogenbegriffs (siehe Kapitel 2.1.1) wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit lediglich die substanzbezogene Abhängigkeit in die Analyse einbezogen. Es wird davon ausgegangen, dass der regelmäßige Konsum von psychoaktiven Substanzen zu „*einer zunehmenden Abstumpfung (Gewöhnung)[...]*“ (Gesundheitsberichterstattung 2013 [online]) gegen die Wirkung der Substanz führt, sodass der Konsument die Dosierung der Droge allmählich steigern muss, um die beabsichtigte Rauschwirkung zu erreichen (vgl. ebd.). Die Entstehung der Sucht kann als Zusammenwirken von seelischen Faktoren wie Labilität oder Haltlosigkeit sowie körperlicher Vorgänge wie dem „*Einbau‘ der Suchtmittel in das Stoffwechselgeschehen*“ (ebd.) und die Wirkungseigenschaft des jeweiligen Suchtmittels beschrieben werden (vgl. ebd.) Zum einen lassen sich direkte Folgen der Sucht wie der körperliche Verfall oder auch nachlassende Leistungs- und Widerstandskräfte feststellen, zum anderen die indirekten Folgen der Sucht wie beispielsweise dem Rückgang sozialer Verhaltensweisen (vgl. ebd.).

2.2 Entwicklung des Drogenproblems

In dem nachfolgenden Kapitel wird die Entstehung der Drogenproblematik in Großbritannien dargelegt. Dabei sollen nicht nur die Entwicklungen ab den 1980er Jahren betrachtet werden, welche in dieser Arbeit eine zentrale Rolle spielen, sondern auch die Problematiken, Handlungsstrategien und Gesetze der vorherigen Jahrzehnte, insbesondere der 1960er und 1970er Jahre, da in diesen beiden Jahrzehnten ebenfalls maßgebliche Veränderungen des Drogenhilfesystems stattfanden. Zur Verdeutlichung der verschiedenen Entwicklungen und Veränderungen der Strategien und Konzepte wird dieses Kapitel in drei Abschnitte geteilt. Der erste Abschnitt geht dabei auf die Umstände ein, welche zur ersten Reformierung des Drogenhilfesystems aus dem Jahr 1926 führten und beschreibt die vorgenommenen Veränderungen. Im zweiten Abschnitt wird die Veränderung der Sichtweise auf das Drogenproblem im Vordergrund stehen. Dabei soll vor allem der beginnende Bewusstwerdungsprozess des Zusammenhangs zwischen dem Drogenmissbrauch und der Entstehung eines sozialen Problems verdeutlicht werden. Die Entstehung neuer Strategien und die Entwicklung neuartiger Konzepte zur Suchtbekämpfung wird im dritten Abschnitt beschrieben. Den Ausgangspunkt der Entwicklungen stellt dabei vorrangig eine starke Veränderung der Drogenpopulation zu Beginn der 1980er Jahre dar.

2.2.1 Die Reformierung des bestehenden Systems

Zunächst einmal lässt sich festhalten, dass das britische Drogenhilfesystem bis in die 1980er Jahre hinein von medizinischen Lösungsansätzen dominiert wurde (vgl. Duprez/Groenemeyer 2009: 16). *Die Grundlage für dieses Modell wurde dabei im Jahr „[...] 1926 infolge des Rolleston-Reports [...]“ (Duprez/Groenemeyer 2009: 39) gelegt. Dabei wurde ein „[...] durch Ärzte dominiertes medizinisches System der Drogenhilfe etabliert, statt auf die alleinige Sanktionierung durch das Strafgesetz zu setzen.“ (Ministry of Health 1926[online])* Diese besondere Form der Drogenkontrolle wurde nicht nur unter der Bezeichnung „*Britisches System*“ (Pearson 2009: 40) bekannt, sondern erwies sich jahrzehntelang auch als äußerst erfolgreich. Während der 1940er und 1950er Jahre gab es in Großbritannien, abgesehen von wenigen Ausnahmen, keine nennenswerten Probleme mit dem missbräuchlichen Konsum starker Drogen (vgl. ebd.).

Die erste kleinere Epidemie missbräuchlichen Heroingebrauchs in Großbritannien fand in den 1960er Jahren statt und reformierte das bestehende Drogenhilfesystem (vgl. Stimson 1987: 479). Bereits im Jahr 1958 wurde ein Komitee mit dem Namen ‚Interdepartmental Committee on Drug Addiction‘ einberufen, welches zur Aufgabe hatte die bestehenden Empfehlungen des ‚Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction‘ aus dem Jahr 1926 zu überprüfen. Dabei sollte neu bewertet werden, ob in der Zukunft auch andere Drogen als Heroin oder Morphium in den Beratungsrahmen des neu berufenen Komitees fallen sollten und ob eine medizinische Notwendigkeit bestünde, eine spezielle, gegebenenfalls institutionelle, Behandlung außerhalb der bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden Behandlungsmaßnahmen anzubieten (vgl. Ministry of Health/ Department of Health for Scotland 1961: § 1). In der nachfolgenden Analyse der Situation bezüglich des Vorkommens von Drogensucht in der britischen Bevölkerung kamen die Mitglieder des Komitees zu dem Ergebnis, dass dieser noch immer sehr niedrig sei (vgl. ebd.: § 67 (1)). Aus diesem Grund sahen sie keine Veranlassung, spezielle Institutionen einzurichten, die ausschließlich Drogensüchtige behandeln würden (vgl. ebd.: § 67(6)).

Nur wenige Jahre später wurde ein zweiter Report des Komitees veröffentlicht, in dem man Letzteres klar revidierte. In dem zweiten Report aus dem Jahr 1965 wurde von einer Veränderung der Drogenpopulation gesprochen. Nicht nur, dass die Zahlen der Abhängigen insgesamt angestiegen waren, es zeigte sich zudem, dass die neuen Drogensüchtigen oftmals jünger waren als zuvor. Während im Jahr 1959 nur etwa 11 Prozent jünger waren als 35 Jahre, hatte sich die Zahl fünf Jahre später auf fast 40 Prozent erhöht. Dabei muss jedoch gesagt werden, dass die Gesamtzahl der Drogenabhängigen im Jahr 1959 lediglich 454 Personen, im Jahr 1964 dann 753 Personen betrug (vgl. Ministry of Health/Scottish Home and Health Department 1965: § 8). Aus diesem Grund spricht beispielsweise Geoffrey Pearson in seinem 2009 erschienenen Artikel „Drogenprobleme und Drogenpolitik in Großbritannien“ von einer „*Mini-epidemie*“ (Pearson 2009: 42). Dennoch warf der schnelle Anstieg heroinsüchtiger Jugendlicher in der damaligen Drogenpopulation Fragen auf, inwieweit das bestehende System effektiv sei, welches Allgemeinmediziner erlaubte, Drogensüchtigen starke Drogen wie Heroin zu verschreiben (ebd.) Die darauf folgende Maßnahme beschränkte dieses Recht für Allgemeinmediziner jedoch lediglich bezüglich der Verschreibung von starken Drogen an Abhängige. Nicht süchtigen Patienten durften weiterhin starke Drogen zur Schmerzbehandlung verschrieben werden.

Pearson führt diese Maßnahme auf die Tatsache zurück, dass die Lage in den 1960er Jahren angespannt und die allgemeine Öffentlichkeit beunruhigt von den Entwicklungen war und vor allem aus diesem Grund eine Notwendigkeit zum Handeln bestand (vgl. Pearson 2009: 41). Pearson verweist weiterhin auf die Schlussfolgerung des 1962 einberufenen Regierungskomitees: „[...]die Hauptversorgungsquelle [wurde] durch eine kleine Zahl von liberalen Londoner Ärzten gebildet [...] die außergewöhnlich hohe Mengen des Heroins an die von ihnen behandelten Drogenabhängigen verschrieben hatten [...]“ (Pearson 2009: 40). Er kommt zu dem Ergebnis, dass das bestehende System zum einen aufgrund der fehlerhaften Verschreibung starker Drogen von wenigen Ärzten in der Hauptstadt London, sowie einer enormen Aufregung der Öffentlichkeit zusammenbrach (vgl. ebd.: 40; 43).

Eine weitere Entwicklung, welche infolge der Empfehlungen des Komitees ausgelöst wurde, war die Einrichtung spezieller Kliniken zur Behandlung Drogenabhängiger, die laut des ersten Reports nicht notwendig gewesen waren (vgl. Ministry of Health/Scottish Home and Health Department 1965: §(6)). Mittlerweile sah man jedoch die Veranlassung die Kliniken so schnell wie möglich einzurichten: „[...] the situation has now changed to such an extent that we consider that such centres should be set up as soon as possible [...]“ (Ministry of Health/Scottish Home and Health Department 1965: § 22)

Ziel war es die Dosierungen des Heroins und des Methadons langfristig herabzusetzen sowie die Patienten nach Möglichkeit gänzlich davon zu entwöhnen (vgl. Stimson 1987: 479).

Die Vorteile einer Methadon-Behandlung als Heroin-Ersatz bestehen darin, dass Methadon als Opiat kreuztolerant mit anderen Opiaten ist, das heißt, wirkungsgleich ist (Schmidt-Semisch 1990: 92). Somit können Methadon und Heroin „sich wechselseitig ersetzen“ (ebd.). Im Gegensatz zu Heroin besitzt Methadon jedoch eine längere Halbwertszeit und bleibt dadurch über einen doppelt oder gar dreifach so langen Zeitraum im Körper wie Heroin, sodass es deutlich seltener eingenommen werden muss, um Entzugserscheinungen zu vermeiden (ebd.). Ein weiterer Vorteil des Methadons ist, dass es unter anderem oral aufgenommen werden kann. Auf diese Art und Weise lassen sich „etwaige negative Folgen des unsterilen Injizierens [...]“ (ebd.) wie beispielsweise Abszesse oder die Infizierung mit HIV vermeiden (ebd.). Ende der 1970er Jahre hatte sich das Drogenproblem, weitestgehend beruhigt, was sich auch auf die Alterszunahme der Drogenkonsumenten zurückführen lässt (vgl. Pearson 2009: 42). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Reformierung des britischen Drogenhilfesystems zu einer Vielzahl von Neuerungen geführt hat, welche vor allem medizinische mit kriminalpolitischen Ansätzen kombinieren, um dem Drogenproblem auf diese Weise entgegenzuwirken.

2.2.2 Die Veränderung der Problemthematisierung

Zu Beginn der 1970er Jahre fand eine erneute Änderung des bisherigen Systems statt, welche eine Ablösung der Dominanz des medizinischen Ansatzes bei der Lösung des Drogenproblems andeutete. Erstmals ließ sich im politischen Raum eine Veränderung der Betrachtungsweise des missbräuchlichen Drogenkonsums und seiner möglichen Folgen beobachten. Drogenkonsum wurde nicht mehr nur aus der Sicht medizinischer oder kriminalpolitischer Ansätze betrachtet. Zunehmend zeichnete sich sozialpolitische Denkrichtung ab, die wohl als erster Grundstein für die spätere Entwicklung einer akzeptierenden Drogenarbeit gesehen werden kann. Nachfolgend werden die Anfänge dieser sozialpolitischen Denkrichtung, welche sich in den Beschlüssen politischer Gremien und neu geschaffener Gesetze finden lassen, beschrieben.

Im 1971 beschlossenen ‚Misuse of Drugs Act 1971‘ wurde mit dem ‚Advisory Council on the Misuse of Drugs‘ (ACMD) ein Gremium geschaffen, welches unter anderem zur Aufgabe hat, die Entwicklungen des missbräuchlichen Drogenkonsums zu beobachten und in kritischen Situationen den zuständigen Ministern Ratschläge zu geben wie der Situation entgegen gewirkt werden kann.

Dabei wird eine Verbindung zwischen dem Drogenmissbrauch und der Entstehung eines sozialen Problems durch die Folgen dieses Missbrauchs hergestellt:

„(2) It shall be the duty of the Advisory Council to keep under review the situation in the United Kingdom with respect to drugs which are being or appear to them likely to be misused and of which the misuse is having or appears to them capable of having harmful effects sufficient to constitute a social problem.“ (Misuse of Drugs Act 1971: (2))

Des Weiteren sollte durch den ACMD die Kooperation zwischen den verschiedenen Institutionen, welche sich mit der Problematik auseinandersetzten, verbessert werden (vgl. Misuse of Drugs Act 1971: (2)).

Weiterhin wurde die Einteilung der verschiedenen psychoaktiven Substanzen in drei Kategorien festgelegt: Class A, Class B und Class C. Nach dieser Klassifizierung sind die Drogen, welche der Class A zugeordnet werden am gefährlichsten, die Drogen, die der Class C zugeordnet werden am relativ ungefährlichsten (vgl. ebd.)

Trotz der deutlichen Warnung vor der Entstehung sozialer Probleme als mögliche Folge des missbräuchlichen Drogenkonsums, welche in dem ‚Misuse of Drugs Act‘ erkennbar sind, und der entschiedenen Einteilung von psychoaktiven Substanzen in drei Klassen, wurde eine Epidemie zu Beginn der 1980er Jahre nicht vermieden.

Diese wird im nachfolgenden Abschnitt genauer betrachtet und analysiert, um im Anschluss daran die Entwicklung der akzeptierenden Drogenarbeit als konzeptuellen Lösungsansatz darzustellen.

2.2.3 Neue Formen der Suchtbekämpfung

Das bis heute anhaltende Drogenproblem fand seinen Anfang in den 1980er Jahren und war im Gegensatz zu der Epidemie der 1960er Jahre von Beginn an nicht mehr nur beschränkt auf bestimmte Gebiete, breitete sich schneller aus und hatte zudem einen anderen Ursprung als die erste Epidemie (vgl. Pearson 2009: 43). Im Jahr 1983 war die Zahl der polizeilichen Heroinbeschlagnahmungen im Vergleich zu 1982 doppelt so hoch, die Zahl der gemeldeten Drogenabhängigen war um 42 Prozent angestiegen. Zudem war die Zahl der gemeldeten Erstkonsumenten im Vergleich zum Vorjahr um 50 Prozent angestiegen (vgl. ebd.). Die Gründe für diesen Anstieg waren zweierlei.

Erstens waren die Preise für das Heroin zwischen 1980 und 1983 bei gleichbleibendem Reinheitsniveau um etwa 25 Prozent gesunken. Dies lässt sich auf den Import von günstigem Heroin über neue Handelswege aus Ländern wie Pakistan, dem Iran und Afghanistan zurückführen (vgl. ebd.). Zweitens zeigte sich, dass in den Gebieten des Vereinigten Königreiches, in denen die Jugendarbeitslosigkeit besonders hoch war, auch ein drastischer Anstieg des problematischen Heroinkonsums stattfand. Einhergehend mit diesem Anstieg zeichnete sich schnell die Entstehung der sogenannten Beschaffungskriminalität ab (vgl. ebd.: 45).

Im Laufe der Jahre wurde deutlich, dass die bestehenden Hilfsangebote nicht mehr ausreichend waren (vgl. ebd.: 48). Im Zuge dessen gründeten sich zahlreiche Drogenhilfeeinrichtungen auf nicht-medizinischer Basis. Die Mitarbeiter dieser Einrichtungen kamen aus vielen verschiedenen Berufsgruppen wie beispielsweise Krankenpfleger, Sozialarbeiter und Psychologen. Nicht selten wurden auch ehemalige Drogenabhängige in die Arbeit einbezogen (vgl. ebd.). Diese Einrichtungen boten vor allem Hilfe in Form von Beratung und Unterstützung im Alltag an. Die Programme zielten hauptsächlich darauf ab, den Schaden, welcher durch den missbräuchlichen Konsum von Drogen bereits entstanden war, zu minimieren und Folgeschäden zu verhindern (siehe Kapitel 3.2.3). Ein weiteres wichtiges Angebot der Institutionen war der Spritzenaustausch, welcher an Konsumenten gerichtet war, die injizierbare Drogen wie Heroin zu sich nahmen. Zunächst nur in einem kleineren Rahmen angeboten, weiteten sich die Angebote mit dem Anstieg der HIV-Raten aus (vgl. Pearson 2009: 48).

Den entscheidenden Impuls dazu gab wahrscheinlich der ACMD, welcher in seinem 1988 erschienenen Bericht die folgende Aussage traf: „*HIV is a greater threat to public and individual health than drug misuse*“ (Druglink 1994 [online]).

Die Erkenntnis, dass ein Zusammenhang zwischen dem Anstieg der HIV-Raten und der Injektion von Heroin durch verschmutztes Injektionsbesteck bestand, hatte schließlich Auswirkungen auf die gesamte drogenpolitische Kontrolle der 1990er Jahre. Die Risikominimierung durch Programme wie den bereits genannten Nadelaustausch wurde zu einem zentralen Thema in der britischen Drogenpolitik (vgl. Pearson 2009: 49f.)

Im Jahr 1998 veröffentlichte die Regierung eine Zehn-Jahres-Strategie mit dem Namen ‚Tackling Drugs to Build a Better Britain‘ (UK Government 1998 [online]). Diese verfolgte hauptsächlich Ziele, die den Schutz der Gesellschaft vor drogenabhängigen Konsumenten und die Bekämpfung der Kriminalität, welche durch den Drogenkonsum entstehen kann, in den Vordergrund stellten (vgl. ebd.)

Die darauffolgende Strategie aus dem Jahr 2008 machte deutlich, dass die Zahl der Drogenkonsumenten in Großbritannien bereits rückläufig war, es jedoch weiterer Maßnahmen bedürfe, die Zahl zu senken. Die Hauptziele welche in dieser Strategie genannt wurden, bezogen sich auf die folgenden Themen:

- Unterstützung für junge Menschen und Familien, in denen Probleme mit Drogen aufgetaucht sind oder in denen zumindest das Risiko besteht.
- Weitere Investitionen in der Drogenbehandlung zu tätigen, um Gesundheitsrisiken zu minimieren und das Kriminalitätsrisiko zu senken.
- Die Durchsetzung des geltenden Drogengesetzes zu fördern, um die Verfügbarkeit von Drogen auf den Straßen zu reduzieren und auf diese Weise die Sicherheit innerhalb der Kommunen zu erhöhen (vgl. HM Government 2008 [online]).

Bereits ein Jahr später folgte die aktuelle staatliche Drogenstrategie. Anders als die vorherige Strategie nutzt diese zunächst einige Statistiken über den Drogenmissbrauch der letzten Jahre, um zu verdeutlichen, wie problematisch die Zustände im Land noch immer sind. So wurden im Jahr 2010 etwa 320.000 Drogenkonsumenten verzeichnet, die entweder abhängig von Heroin oder Kokain waren (vgl. HM Government 2010 [online]). Zwar ließ sich zwischen 2006/7 und 2008/9 ein leichter Rückgang der Heroin-Nutzer von 273.000 auf 262.000 verzeichnen (ebd.), dennoch entspricht dies einer Prozentzahl von 4,5 Prozent der Gesamtbevölkerung¹ im Jahr 2006 und 4,2 Prozent der Gesamtbevölkerung² in 2009.

¹ Gesamtbevölkerung Großbritannien 2006: 6.058000 (vgl. Statista n.d. [online])

Eines der Hauptziele dieser Strategie, die bis Ende des Jahres 2014 erfüllt sein soll, besteht darin, den Kommunen mehr Verantwortung zuzuschreiben:

„This strategy also sets out a shift in power to local areas. [...] We are setting out a clear and ambitious vision for the future direction of travel, and it will be for local areas to respond to this and design and commission services which meet the needs of all in the community.“ (HM Government 2010 [online])

Zudem liegt ein besonderer Fokus darauf, den Kreis der Drogenabhängigkeit zu durchbrechen (vgl. ebd.) und die Konsumenten durch entsprechende Maßnahmen in ein drogenfreies Leben zu führen. Dabei wird der zentrale Begriff ‚recovery‘ mit drei Prinzipien gleichgesetzt: Wohlbefinden (‚wellbeing‘), Bürgerschaft (‚citizenship‘) und Suchtfreiheit (‚freedom from dependence‘) (vgl. ebd.).

Weiterhin wird explizit die Verschreibung von Drogensatzstoffen wie Methadon thematisiert, die seit Beginn der staatlichen Drogenhilfe die Behandlungen in unterschiedlicher Intensität prägte. Diese soll zwar weiterhin stattfinden, darf aber nicht das Ende der Behandlung sein.

Stattdessen soll sicher gestellt werden, dass die Patienten, welche sich in den Austausch-Programmen (‚substitute prescription‘) befinden, im Anschluss in weitere Maßnahmen geleitet werden, die das Ziel der Abstinenz verfolgen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Drogenhilfesystem in einem Zeitraum von insgesamt 87 Jahren maßgebliche Änderungen erfahren. Dabei hat sich auch die Sichtweise auf das Drogenproblem durch die Entstehung neuer Situationen wie etwa die Heroin-Epidemie in den 1980er Jahren und neuer Erkenntnisse verschoben. Deutlich wurde jedoch, dass dem Problem immer durch kriminalpolitische Maßnahmen entgegengewirkt wurde und diese immer Teil der unterschiedlichen politischen Handlungsstrategien gewesen sind.

3. Hypothesenentwicklung anhand der Kontrollmaßnahmen des Drogenkonsums

Im folgenden Kapitel soll der theoretische Kontext dieser Forschungsarbeit dargelegt werden. Zunächst einmal soll der Begriff des sozialen Problems erläutert werden, um diesen anschließend mit dem missbräuchlichen Drogenkonsum in Verbindung zu bringen. Es geht zudem darum, die Kontrollmaßnahmen des Drogenkonsums, welche in dieser Arbeit durch insgesamt drei Konzepte vertreten werden, zu beschreiben.

² Gesamtbevölkerung Großbritannien 2009: 6.179000 (vgl. ebd.)

Auf der Grundlage dieser Konzepte und den in Kapitel 2.2 beschriebenen Entwicklungen des Drogenproblems sollen Hypothesen aufgestellt werden, welche eine Grundlage für die Forschung bilden.

3.1 Was ist ein soziales Problem?

Ein soziales Problem bezeichnet einen unerwünschten Zustand oder eine unerwünschte Situation. Es tritt innerhalb der Gesellschaft auf und wird zumeist mit den Begriffen Störung und Leiden in Verbindung gebracht (vgl. Groenemeyer 2012: 29). Ist von einem sozialen Problem die Rede, so ist darin das Verständnis enthalten, dass es sich um einen Zustand handelt, der von den gültigen Werten und Normen innerhalb der Gesellschaft abweicht (vgl. ebd.: 30). Zudem ist darin auch immer die Annahme enthalten, dass der Zustand potenziell besser sein könnte (vgl. ebd.).

Die Definition eines unerwünschten Zustandes als soziales Problem auf der Basis von gesellschaftlichen Strukturen und Entwicklungen ist als Konstitutionsprozess anzusehen (vgl. Pfeuffer n.d. [online]). Dabei ist vor allem zu beachten, dass ein soziales Problem „[...]abgegrenzt, strukturiert und im gesellschaftlichen und politischen Raum definiert werden[...]“ (Groenemeyer 2012: 31) sowie einen „identifizierbaren Namen haben“ (ebd.) muss.

Herbert Blumer hat diesen Konstitutionsprozess in die folgenden fünf Phasen eingeteilt: Die erste Phase beschreibt die Wahrnehmung und anschließende Benennung des sozialen Problems. In der zweiten Phase erfolgt die „*öffentliche Anerkennung (Legitimierung) als soziales Problem*“ (Pfeuffer n.d. [online]). In der dritten Phase werden mögliche Handlungsstrategien in öffentlichen Diskursen (ebd.) erwogen. Dies führt in Phase vier zu der Erstellung eines offiziellen Handlungsplanes zum Zwecke der Regulierung des Problems. Die fünfte Phase beschreibt die Umwandlung des Handlungsplanes in seine Ausführung (vgl. ebd.). *In „[...]modernen Gesellschaften stellen soziale Probleme einen sozialen Konflikt dar.“ (Groenemeyer 2012: 32)* In den von Blumer beschriebenen Diskursen (vgl. Pfeuffer n.d. [online]) lassen sich verschiedene Bewertungen und Deutungsmuster des jeweiligen sozialen Problems erkennen, die in Konkurrenz zueinander stehen (vgl. Groenemeyer 2012: 32). In den Diskursen soll nicht ausschließlich die richtige Kategorisierung des Problems durchgesetzt werden, es geht auch darum, die Lösungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten der gesellschaftlichen Bereiche zu bewerten.

Die Ambiguität und Ambivalenz, welche hiermit verbunden sind, sieht Axel Groenemeyer *als „grundlegendes Merkmal sozialer Probleme“* (Groenemeyer 2012: 32) an. Ihm zufolge scheint keine richtige Kategorisierung eines sozialen Problems zu existieren, welche mit einer Fülle an Informationen und Analyse zu bestimmen wäre. Eine solche Fülle führe zwar zu der Erweiterung des Wissens über das soziale Problem, sie helfe jedoch nicht bei der Bestimmung der Art des Problems (vgl. ebd.).

3.1.1 Der Drogenkonsum als soziales Problem

Ein gutes Beispiel für einen solchen Fall stellt der Drogenkonsum dar. Er ließ sich schon immer sowohl *als „Kriminalitäts- und Ordnungsproblem, [...] Gesundheitsproblem und [...] Problem der Marginalisierung und Exklusion beschreiben“* (Groenemeyer 2012: 437). Die Art der Thematisierung und Problematisierung des Drogenkonsums ist dabei immer variabel geblieben. Diese Tatsache lässt sich darauf zurückführen, dass die Interessengruppen und sozialen Bewegungen, welche an der Thematisierungs- und Problematisierungsgeschichte mitgewirkt haben, zu verschiedenen Zeitpunkten stärker oder schwächer involviert waren und sich unterschiedlich stark engagiert haben, um ihren Standpunkt in dem Diskurs durchzusetzen. Kontinuierlich ist in diesem Zusammenhang dagegen die in verschiedenen Maßnahmen, Gesetzen und Einrichtungen institutionalisierte Praxis. Erst durch diese entsteht eine Realität über die diskutiert werden kann (vgl. ebd.).

3.2 Kontrollmaßnahmen des Drogenkonsums

„Die Kontrolle des Drogenkonsums wird über verschiedene Bereiche der Politik institutionalisiert [...]“ (Groenemeyer 2012: 477). In Kapitel 2.2 wurde bereits gezeigt, dass die verschiedenen Handlungsstrategien der letzten neun Jahrzehnte immer das Ziel hatten dem Drogenkonsum entgegenzuwirken. Dies geschah auf unterschiedliche Art und Weise. Die politischen Bereiche, in denen die Kontrolle des Drogenkonsums institutionalisiert ist, lassen sich mit den *„Thematisierungsformen des Drogenkonsums als soziales Problem“* (ebd.) verknüpfen. Nachfolgend werden diese insgesamt drei Konzepte zunächst beschrieben und anschließend in kurzer Weise diskutiert.

3.2.1 Kriminalpolitische Kontrolle des Drogenkonsums

Obwohl der Ansatz der kriminalpolitischen Kontrolle des Drogenkonsums in dieser Arbeit keinen Untersuchungsgegenstand darstellen wird, ist er dennoch von Bedeutung für die Forschung, da er die „[...] Rahmenbedingungen für die Wirkungsweise der anderen Interventionsformen setzt.“ (Duprez/Groenemeyer 2009: 27) Gesetze, die den Drogenkonsum, Drogenhandel und –besitz regulieren, stellen dabei die Grundlage der Kontrollform dar. Die festgelegten strafrechtlichen Maßnahmen gelten nicht nur für die Menschen in der Gesellschaft, sondern müssen auch von den Institutionen beachtet werden, die eine andere Interventionsform der Drogenkontrolle verfolgen.

Bei dieser Art der Drogenkontrolle werden nicht nur die Konsumenten, sondern auch die Gesellschaft im Allgemeinen einbezogen. Es wird zwischen General- und Spezialprävention unterschieden. Bei der Generalprävention steht die Abschreckung potenzieller Straftäter, in diesem Fall also potenzielle Drogenkonsumenten oder Drogenhändler, im Vordergrund. Zudem soll den betroffenen Personen durch die Androhung von Strafmaßnahmen ihr normabweichendes Verhalten verdeutlicht werden (vgl. ebd.: 27). Die Spezialprävention richtet sich an bereits straffällig gewordene Personen. Sie sollen über Abschreckungsmaßnahmen von der Begehung weiterer Straftaten abgehalten werden. Die Gesellschaft spielt insofern eine Rolle, als dass sie vor möglichen Schäden, welche durch Kriminelle verursacht werden, geschützt werden soll. Aus diesem Grund werden Straftäter aus der Gesellschaft ausgeschlossen, in dem sie beispielsweise zu Haftstrafen verurteilt werden. Dieses Prinzip wird auch in Großbritannien verfolgt. Wie bereits in Kapitel 2.1.1 beschrieben wird der Konsum von und der Handel mit illegalen Drogen auf unterschiedliche Weise strafrechtlich sanktioniert. So kann der Handel mit Heroin unter Umständen zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe führen (vgl. Drugs penalties n.d. [online]).

Problematisch an dieser Form der Kontrolle ist vor allem die Tatsache, dass durch die Sanktionierung auch in Marktprozesse eingegriffen wird, was die Konsumenten zu risikoreichem Handeln bewegen kann (vgl. Duprez/Groenemeyer 2009: 28). Ein Ansteigen des Risikos für die Produzenten und Händler führt in der Regel zu steigenden Preisen, was zusätzlich häufig mit nachlassender Qualität der Drogen einhergeht. Dies kann für die Konsumenten gravierende Folgen haben. Nicht nur, dass durch steigende Preise auch die Kriminalitätsbereitschaft der Konsumenten steigen kann, eine schlechte Qualität der Substanzen erhöht auch das Risiko von Fehl- oder gar Überdosierungen. Anhand aktueller Fälle lässt sich zudem ein weiteres Problem ausmachen: Die Entwicklung preisgünstigerer Ersatzdrogen, die für Konsumenten fatale Folgen haben.

Die Heroinersatz-Droge ‚Krok‘ ist weitaus günstiger als Heroin, wird aus „Kodein, Benzin, Phosphor und Schwermetallen“ (Spiegel 2011 [online]) hergestellt und zerstört den Körper eines Abhängigen innerhalb kürzester Zeit (vgl. ebd.). Die Lebenserwartung eines Krok-Abhängigen liegt schätzungsweise zwischen einem und drei Jahren-sofern der Konsument nicht bereits nach dem ersten Konsum an einer Fehldosierung verstorbt (vgl. ebd.). Auf diese Weise ist das Konzept der kriminalpolitischen Kontrolle zumindest teilweise verantwortlich für die gesundheitlichen Schäden und die Kriminalitätsbereitschaft der Konsumenten, welche normalerweise nur mit dem Drogenkonsum an sich in Verbindung gebracht werden. Trotzdem sind es gerade diese Folgen, welche in der Generalprävention genutzt werden, stellen sie doch abschreckende Beispiele dar, mit denen gearbeitet werden kann (vgl. Duprez/Groenemeyer 2009: 29).

3.2.2 Die medizinisch-psychiatrische Kontrolle des Drogenkonsums

Medizinisch-psychiatrische Konzepte der Drogenhilfe problematisieren den Drogenkonsum als Krankheit, von welcher die Konsumenten geheilt werden müssen. Die Kategorisierung des Drogenkonsums als Problem stellt eine „[...]Form der Begründung und Legitimation [...]“ (Duprez/Groenemeyer 2009: 5) dar, möglicherweise auch gegen den Willen der Betroffenen zu intervenieren (vgl. Groenemeyer 2012: 483). Es wird davon ausgegangen, dass die betroffenen Personen „[...]aufgrund physischer oder psychischer Defizite oder Fehlanpassungen eine Motivation oder einen Drang zum Drogenkonsum entwickelt haben.“ (ebd.: 482) Diese sollen durch psychotherapeutische Maßnahmen kompensiert werden, um das vorrangige Ziel der Drogenabstinenz zu erreichen. Aufgrund der hohen Anforderungen, welche an potenzielle Klienten vor Beginn der Therapie gestellt werden, ist diese Form der Drogenhilfe als hochschwellig anzusehen (ebd.: 483). So erschweren Bewerbungsverfahren oder Abstinenz- und Therapiemotivationserklärungen oftmals bereits den Zugang zu entsprechenden Hilfsmaßnahmen. Diese hohen selektiven Anforderungen haben mitunter den Effekt, dass Konsumenten ausgeschlossen werden, weil sie die Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllen können. Oftmals handelt es sich dabei gerade um die Klienten, die eine Unterstützung am nötigsten hätten (vgl. Duprez/Groenemeyer 2009:30). Ein wichtiges Instrument dieses Konzeptes kann in dem sogenannten Leidensdruck gesehen werden. Dieser bezeichnet das Ausmaß „in dem ein [...] kranker Mensch unter seinen Problemen bzw. Symptomen leidet“ (Uni Hamburg, n.d. [online]).

Der Leidensdruck soll dazu motivieren, eine Behandlung bis zum Ende durchzuführen und auf diese Weise die Drogenfreiheit zu erlangen (vgl. Groenemeyer 2012: 483). Es gilt: je geringer der Leidensdruck, desto schlechter die Aussichten auf einen Behandlungserfolg (vgl. Uni Hamburg, n.d. [online]). Ein Behandlungsabbruch ist nach diesem Verständnis damit gleichzusetzen, dass der Leidensdruck bei dem Betroffenen noch nicht hoch genug war (vgl. Groenemeyer 2012: 484). Dem Argument des Leidensdrucks als eine Art helfender Zwang stehen die Überlegungen gegenüber, welche in dem Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit angestellt werden. Nach einer Beschreibung des Konzeptes sollen diese Überlegungen im nachfolgenden Abschnitt dargestellt werden.

3.2.3 Das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit.

Die Entwicklung des Konzeptes der akzeptierenden Drogenarbeit in Großbritannien fand maßgeblich in den 1980er Jahren im Zuge der Heroin-Epidemie statt (siehe Kapitel 2.2.1). Neue praktisch-methodische Ansätze waren nicht allein zur Verbesserung der Kontrolle und Eindämmung des stetig zunehmenden Missbrauchs von Heroin notwendig, sondern sollten auch die weitere Verbreitung von lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis verhindern (vgl. Stöver 1999: 8). Zu Beginn der 1980er Jahre gründeten sich im Zuge dieser Entwicklung zahlreiche Einrichtungen, welche das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit, auf Englisch mit dem Begriff „*harm reduction*“ (ebd.: 12) umschrieben, verfolgten. Im Gegensatz zu traditionellen Ansätzen steht bei dem Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit nicht das Ziel der Abstinenz im Vordergrund. Stattdessen sind die Angebote dieser Einrichtungen eher auf die Schadensminimierung und -begrenzung ausgerichtet (vgl. ebd.). Das Konzept zielt also eher darauf ab, die „*Risiken, Folgen und Schäden im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum*“ (Groenemeyer 2012: 485) zu vermindern.

Ziel dieser Form der Drogenarbeit ist es

„*Schwellen im Zugang zur Drogenhilfe [abzubauen], um die Reichweite der Hilfsangebote zu vergrößern, insbesondere für die Drogengebraucher, die hochschwellige drogenfreie Angebote nicht mehr erreichen können oder wollen.*“ (Stöver 1991: 14).

Ziel ist es zudem, anstelle von dramatisierenden Beschreibungen sowohl die Drogenkonsumenten als auch die Gesellschaft auf differenzierte Weise über die positiven und negativen Wirkungen von Drogen aufzuklären (vgl. ebd.: 27). Die Herabsetzung beziehungsweise Abschaffung von Zugangsschwellen macht es möglich auch Kontakt zu diesen Personen aufzunehmen (vgl. ebd.).

Dabei stellen vor allem die folgenden Punkte wichtige Leitlinien dar, die in der akzeptierenden Drogenarbeit verfolgt werden:

- Genau wie jeder andere Mensch besitzt der Drogenkonsument „*ein Recht auf Menschenwürde*“ (Stöver/Herwig-Lempp 1988 1988: 39) und muss dieses „*nicht erst durch abstinenteres und angepasstes Verhalten erwerben*“ (ebd.)
- Drogenabhängige sind in der Lage eigenverantwortlich zu handeln. Es besteht dementsprechend keine Notwendigkeit einen Zwang auf betroffene Personen hinsichtlich Beratungs- bzw. Hilfsangeboten auszuüben (vgl. ebd.)
- Drogenkonsumverhalten wird als „*eine persönliche Entscheidung mit einem anderen Wertkonzept*“ (ebd.) akzeptiert

Darüber hinaus muss beachtet werden, dass es keinen festgelegten Typ eines Drogenkonsumenten gibt, sondern es sich bei den Konsumenten um verschiedene Individuen handelt, die unterschiedliche Bedürfnisse haben und sich in verschiedenen Lebenssituationen befinden (vgl. ebd.). Dementsprechend ergibt sich eine Vielzahl von Problemen, deren Behandlung auf die jeweiligen Lebenslagen der Klienten angepasst werden muss. Indem der Drogengebrauch akzeptiert wird, erweitert sich die Perspektive „*zugunsten der Betrachtung der gesamten Persönlichkeit*“ (Stöver 1991: 22) des Drogengebrauchers und seiner Bedürfnisse (vgl. ebd.). Wendet sich ein Drogenkonsument an eine Einrichtung, so hat er oftmals dringlichere Ziele als das Erreichen des Zustandes der Abstinenz. Vielfach treten Probleme bei der „*Realisierung existenzieller Bedürfnisse*“ (Stöver 1991: 18) wie beispielsweise fehlende Übernachtungsmöglichkeiten, ein Mangel an Nahrungsmitteln oder der Wundversorgung auf (vgl. ebd.). Diese und andere alltägliche, oder aufgrund des Drogenkonsums entstandene, Probleme stehen somit oftmals im Mittelpunkt der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Darüber hinaus wird in Projekten und Beratungen jedoch auf Wunsch der Klienten auch die Abstinenz thematisiert. Aus den vielfältigen genannten Problemen ergibt sich ein oftmals breit gefächertes Angebot, aus welchem die Klienten wählen und entscheiden können, welche Form der Beratung in ihrer Situation am geeignetsten ist. Das Angebot reicht meist von „*abstinenzorientierte[n] Beratungs-, Therapie- und Lebensformen*“ (Stöver/Herwig-Lempp 1988: 40) über drogenersetzende Möglichkeiten bis hin zu abhängigkeitsakzeptierenden psychosozialen, materiellen Unterstützungsformen (vgl. ebd.).

Das Konzept verfolgt also gewissermaßen die Strategie den Drogenkonsum auf neutrale Art und Weise zu betrachten.

In dem Moment, in welchem der Abhängigkeit und dem Ziel der Abstinenz weniger Gewicht beigemessen und dem Klienten zudem die freie Wahl gelassen wird, erscheint seine Drogensucht weniger dramatisch. Auf diese Weise ist es gleichzeitig möglich, eventuelle Rückfälle als unvermeidbare Stationen zu bewerten (vgl. Stöver 1991: 22).

Obwohl das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit seit den 1980er Jahren zunehmend an Bedeutung gewann und heutzutage in hohem Maße gefördert wird, wird vielfach bemängelt, dass dieses Konzept durch seine Hilfsangebote den Leidensdruck der Betroffenen minimieren würde und auf diese Art den Suchtzustand verlängert, anstatt ihn zu beenden. Die Unverbindlichkeit der akzeptanzorientierten Hilfsangebote wird dabei gleichgesetzt mit einem „*Verzicht auf die Forderung nach unbedingter Motivation zur Drogenfreiheit [...]*“ (Steffan 1991: 53). Diesem Argument seien die Ergebnisse unterschiedlicher Studien entgegengesetzt, die gezeigt haben, dass ein zu hoher Leidensdruck eher bewirken kann, dass die betreffenden Personen mehr Drogen konsumieren (vgl. Groenemeyer 1990:43). Zudem kann an dieser Stelle das Argument angeführt werden, dass jeder Mensch ein Recht auf eine menschenwürdige Behandlung hat (vgl. Herwig-Lempp 2000: 105). Dieses Recht ist wohl kaum als erfüllt anzusehen, wenn einem Drogenkonsumenten erst dann Hilfe zugestanden wird, wenn er durch seinen Drogenkonsum bereits massive physische und psychische Schäden erlitten hat.

Diese Ausführungen sollen nun im folgenden Kapitel anhand von insgesamt drei Hypothesen genauer untersucht werden.

3.3 Aufstellung der Hypothesen

Im nachfolgenden Kapitel sollen insgesamt drei Hypothesen aufgestellt werden, die der Beantwortung der Forschungsfrage:

Welche Aspekte spielen eine zentrale Rolle für die Ausgestaltung und den Erfolg einer akzeptierenden Drogenarbeit?

dienen.

Die Hypothesen werden die Grundlage dieser Forschung bilden. Die Ergebnisse, welche aus der Analyse der geführten Experteninterviews entstehen sollen, werden im fünften Kapitel dargestellt.

Bei dem Konzept der akzeptierenden Drogenhilfe spielt die Individualität des Klienten eine große Rolle (siehe Kapitel 3.2.3). Er wird als eigenständige Person betrachtet und nicht als Repräsentant eines festgelegten Typs, dem Drogenkonsumenten, welchem eine bestimmte Form der Behandlung aufgezwungen werden muss, die das Ziel der Abstinenz in den Vordergrund stellt (vgl. Stöver 1999: 8). Werden bei dem Konzept der medizinisch-psychiatrischen Kontrolle (siehe Kapitel 3.2.2) beispielsweise psychotherapeutische Maßnahmen als Lösung des Problems angesehen (vgl. Groenemeyer 2012: 483), beinhaltet das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit viele Maßnahmen unterschiedlichster Art um den individuellen Problemen der Klienten gerecht zu werden (vgl. Stöver 1991: 22). Diese Maßnahmen werden in Projekten mit unterschiedlichen Anforderungen und Zielen umgesetzt.

Es wird davon ausgegangen, dass eine hohe Anzahl unterschiedlicher Projekte die Chancen erhöht, dem Klienten bei der Lösung seines individuellen Problems langfristig helfen zu können.

Aus diesen Annahmen ergibt sich die folgende erste Hypothese:

Die Art und Weise wie die Institution aufgebaut ist, trägt maßgeblich zu einem langfristigen Therapieerfolg der Klienten bei.

Ein langfristiger Therapieerfolg wird dann als erfüllt angesehen, wenn dem Klienten langfristig bei der Lösung seines Problems geholfen werden konnte. In der akzeptierenden Drogenarbeit wird nicht allein die Erreichung des Abstinenzzieles als Erfolg gewertet, sondern bereits die „*Realisierung existenzieller Bedürfnisse*“ (Stöver 1991: 18), welche für die Drogenkonsumenten oftmals ein dringlicheres Ziel darstellt (vgl. ebd.).

Es wird angenommen, dass eine finanzielle Unterstützung von staatlicher Seite nur dann erfolgt, wenn die Programmatik der Institution den Zielsetzungen der politischen Handlungsstrategien bezüglich der Bekämpfung des Drogenproblems entspricht.

Das Bristol Drugs Project beschäftigt mehr als 170 Angestellte und Freiwillige und arbeitet jährlich mit mehr als 3000 Klienten an deren Suchtproblemen (vgl. Bristol Drugs Project 2011 [online]). Die Größe der Institution und die Vielzahl unterschiedlicher Projekte lassen vermuten, dass eine Existenz in dieser Größenordnung ohne regelmäßige staatliche Zuwendungen nicht möglich ist. Solche Zuwendungen sichern bestenfalls zwar den Bestand der Institution, jedoch sind sie auch an gewisse Bedingungen der Förderer geknüpft. So sind Förderer zumeist nicht „*in erster Linie an gesundheits- und drogenpolitischen Gesamtkonzepten interessiert, sondern an der effektiven Erbringung spezifischer gesundheits- und sozialpolitischer Dienstleistungen[...]*“ (Stöver 1999: 281).

Um ihre jeweiligen Handlungsstrategien durchzusetzen, schließen die staatlichen Instanzen Verträge mit den jeweiligen Institutionen, die an konzeptionelle Vorgaben gebunden sind und einen bestimmten „*Versorgungsauftrag*“ (ebd.) definieren (vgl. ebd.). Die Drogenpolitik Großbritanniens war und ist durch einen vielfachen Wandel der Handlungsstrategien bezüglich des Drogenproblems gekennzeichnet. So steht in der aktuellen Handlungsstrategie der Begriff ‚recovery‘, welcher mit ‚Gesundung‘ übersetzt werden kann, als zentrales Ziel der Drogenarbeit an erster Stelle (siehe 2.2.3). Demnach kann das Drogenproblem dann als gelöst betrachtet werden, wenn eine möglichst hohe Anzahl Drogenabhängiger suchtfrei („freedom from dependence“) ist und erfolgreich zurück in die Gesellschaft eingegliedert werden konnte („citizenship“). Überdies soll die Verschreibung von Drogensubstituten wie Methadon zwar weiterhin Teil, aber nicht das Ende der Behandlung sein.

Stattdessen sollen die Drogenkonsumenten im Anschluss an eine Methadonbehandlung schnellstmöglich in weitere Maßnahmen geleitet werden, die mit der Erreichung des Abstinenzziels als abgeschlossen anzusehen sind (vgl. HM Government 2010 [online]). Sollten die Einrichtungen diese Vorgaben nicht einhalten oder erfüllen können, so besteht aufseiten der Förderer die Möglichkeit entsprechende Sanktionen zu verhängen oder den Institutionen die Fördermittel zu entziehen.

Es wird angenommen, dass eine Institution ihre Programmatik und Projekte entsprechend der Vorgaben der gültigen Handlungsstrategie anpassen muss, wenn sie staatliche Fördermittel erhalten möchte.

Aus diesen Annahmen ergibt sich die folgende zweite Hypothese:

Die Förderung durch staatliche Instanzen ist in hohem Maße abhängig von der Programmatik der Institution.

Es wird davon ausgegangen, dass staatliche Instanzen die Arbeit einer Institution über die Vergabe von Fördermitteln beeinflussen und die Handlungsspielräume innerhalb bereits bestehender Projekte beschränken kann. Zudem können die Instanzen die Schaffung neuer Projekte auf direkte oder indirekte Weise verhindern. Dabei werden nicht nur solche Institutionen beeinflusst, die staatliche Fördergelder erhalten, sondern auch solche, denen die Gelder verwehrt werden.

Gesetzt dem Fall, dass eine Institution staatliche Fördermittel erhält, so ist sie in gewisser Weise abhängig von den Vorgaben der staatlichen Instanzen. Wie bereits in Hypothese 2 deutlich gemacht wurde, definieren die Instanzen *einen* „*Versorgungsauftrag*“ (Stöver 1999: 281) dessen Richtlinien die Vertragspartner einhalten müssen.

Es wird angenommen, dass die Einrichtungen aufgrund der Vorgaben weniger frei in der Entwicklung und Umsetzung neuer Projekte sind und zudem Änderungen in bereits bestehenden Projekten nur bedingt ohne Absprache mit den Förderern vornehmen können. Die Handlungsspielräume solcher Einrichtungen, die keine staatliche Förderung erhalten werden insofern eingeschränkt, als dass Projekte aufgrund von Geldmangel nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden können. Auf diese Weise beschränken staatliche Instanzen sowohl die Handlungsspielräume der Institutionen, die sie finanziell unterstützen, als auch derer, die keine Unterstützung erhalten.

Die folgende dritte Hypothese soll diese Annahmen überprüfen:

Staatliche Instanzen beschränken die Handlungsspielräume der Institutionen, indem sie ihnen Fördermittel zugestehen oder verweigern.

4. Methodisches Vorgehen

Das nachfolgende Kapitel hat das Ziel, das methodische Vorgehen der vorliegenden Bachelorarbeit zu erläutern. Dabei wird zunächst die Fallstudie als gewählte Forschungsmethode erläutert und der Fallstudientypus bestimmt. Im Anschluss daran wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring als Analysemethode vorgestellt und auf den gewählten Fall angewendet werden.

4.1 Fallstudie

Die Wahl der Forschungsmethode fiel auf die Fallstudie. Der nachfolgende Abschnitt soll dazu dienen, in kurzer Form zunächst die Eigenschaften und Ziele dieser Methode darzustellen, um die Wahl der Forschungsmethode wissenschaftlich zu begründen. Weiterhin wird der gewählte Fall dem entsprechenden Fallstudientypus nach Robert K. Yin zugeordnet.

Robert K. Yin unterscheidet zwischen zwei unterschiedlichen Arten von Fallstudien: der Einzelfallstudie („single-case study“) und der Mehrfachstudie („multiple-case study“). Während bei der Einzelfallstudie ein Thema anhand eines bestimmten Falles untersucht wird, werden bei der Mehrfachstudie mehrere Fälle in einen thematischen Zusammenhang einbezogen. Im Falle dieser Forschung handelt es sich um eine Einzelfallstudie, da das Thema der akzeptierenden Drogenarbeit anhand eines Falles überprüft werden soll (vgl. Yin 2009: 9).

Eine Fallstudie lässt es zu, dass unterschiedliche Datenquellen in die Analyse einbezogen werden. So ist es möglich, nicht nur die geführten Experteninterviews zu nutzen, um die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen, sondern auch eigene Beobachtungen oder zusätzliche Dokumente wie beispielsweise von der Institution durchgeführte Evaluationen oder Informationsmaterialien in die Analyse einzubeziehen (vgl. Yin 2012: 10).

In diesem Fall erwies sich diese Tatsache als besonders hilfreich, da zusätzlich auch Daten und Informationen von den jeweiligen Internetseiten der Einrichtungen und zur Verfügung gestelltes Material ebenjener verwendet wurde, um die Hypothesen zu beziehungsweise widerlegen und die Forschungsfrage zu beantworten.

Vielfach wurden Fallstudien dafür kritisiert, dass sie durch ihre geringe Menge von Datenmaterial nicht generalisierbar, also auf keine große Gesamtheit anwendbar seien (vgl. Mayring 1997: 18). Eine Fallstudie erhebt jedoch niemals den Anspruch, generalisierbar zu sein. Vielmehr geht es bei einer Fallstudie darum, dazu beizutragen eine bereits bestehende Theorie zu bekräftigen oder sie gegebenenfalls zu entkräften und sie auf diese Weise zu generalisieren (vgl. Yin 2009: 15).

4.2 Analyseschritte

Eine Forschungsfrage kann sinnvoll ausgewertet werden, indem das vorliegende Arbeitsmaterial zunächst sinnvoll geordnet wird um im Anschluss daran dargestellt zu werden. Auf diese Weise wird der weitere Forschungsweg strukturiert. Zu diesem Zwecke werden nachfolgend die Analyseschritte des Arbeitsmaterials kurz dargestellt, um zu erklären, welche Methoden dazu dienen die Interviews durchzuführen und zu transkribieren. Die Auswertung der beiden Interviews erfolgte mithilfe des Computerprogramms MAX QDA 10. Bei der Auswertung wurde nach Philipp Mayrings Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse vorgegangen.

4.2.1 Festlegung des Materials

Im Rahmen dieser Forschung wurden insgesamt drei Interviews in zwei britischen Institutionen geführt, welche sich mit der Lösung des problematischen Drogenkonsums in dem Land auseinandersetzen. Dabei handelt es sich um einen Bereichsmanager („service manager“) der einen Projektbereich des Bristol Drugs Projects betreut sowie um die Verantwortliche des Bereichs Beratung und Therapie („counselling“) des Southmead Projects. Der Mitarbeiter des Bristol Drugs Projects wurde bereits im Rahmen einer anderen Forschung interviewt.

Es bot sich an, einige Informationen aus diesem Interview ebenfalls in die Analyse einzubeziehen. Das Interview wurde im Januar 2012 geführt und befindet sich im Anhang. Während sich der Leitfragebogen der Interviews aus dem Jahr 2013 ebenfalls im Anhang befindet, wurde dies für das Interview aus dem vorherigen Jahr nicht für notwendig betrachtet, da nur wenige Informationen aus dem Interview verwendet wurden.

4.2.2 Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnahme der Interviewpartner an den Interviews erfolgte auf freiwilliger Basis. Die Interviews wurden im März 2013 und im Januar 2012 in Bristol in den jeweiligen Räumlichkeiten des Bristol Drugs Projects beziehungsweise des Southmead Projects geführt. Die Interviews wurden von der Verfasserin dieser Arbeit selbst geführt und im Anschluss daran auch transkribiert. Die Gestaltung der Interviews lässt sich sowohl als halb-strukturiert als auch offen beschreiben. Die Interviewerin nutzte während der Interviews einen Leitfaden mit Fragen, bei welchem die Reihenfolge der Fragen und ihre konkrete Formulierung je nach Situation variierbar waren. Die Interviewpartner kannten den Leitfaden vor dem Tag des Interviews nicht, bekamen diesen jedoch vor dem Interview ausgehändigt, um gegebenenfalls eine direkte Orientierung während der Befragung gewährleisten zu können. Die Form des Interviews sollte es dem Befragten ermöglichen frei und offen auf die Fragen zu antworten. Die Einstiegsfrage „Warum wurde die Einrichtung gegründet?“ (siehe Anhang S.52) wurde bewusst gewählt, da sie dem Interviewpartner einen angenehmen Einstieg in das Interview bereiten und ihn zudem zum Erzählen anregen sollte.

4.2.3 Formale Charakteristika des Materials

Die durchgeführten Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen. Anschließend wurden die Dateien mit dem Program ‚Express Scribe‘ transkribiert. Die Regeln, die dabei verfolgt wurden, sollen im nachfolgenden Abschnitt kurz dargestellt werden. Bei dem Transkribieren der Interviews wurden unwichtige Textpassagen, wie beispielsweise mehrmalige Wiederholungen in Gedankengängen weggelassen um das Lesen des Transkriptes zu erleichtern. Aufgrund der Tatsache, dass die Interviews in Großbritannien stattfanden und nur eine der befragten Personen die deutsche Sprache beherrscht, fanden zwei der Interviews auf Englisch statt, während das dritte in der deutschen Sprache durchgeführt wurde. Der Leitfragebogen wurde aus diesem Grund im Vorfeld in die englische Sprache übersetzt.

Dementsprechend sind zwei der drei Transkripte in englischer Sprache. Textpassagen, die undeutlich gesprochen oder nicht verständlich waren, wurden folgendermaßen markiert: '(...)'. Zum Zwecke der Anonymitätswahrung wurden von den Interviewpartnern genannte Personennamen durch eckige Klammern ersetzt: '[...]'.
Von der Interviewerin gestellte Fragen wurden mit dem Buchstaben ‚I‘ für Interviewerin, die Antworten der Befragten mit dem Buchstaben ‚B‘ für Befragte gekennzeichnet.

Auf diese Weise kann zum einen ein einheitlicher Textaufbau für jedes Interview hergestellt werden und zum anderen kann die Anonymität des Interviewpartners gewährleistet werden.

4.2.4 Richtung der Analyse

Anhand der Experteninterviews soll ein genauer Einblick in den Aufbau und die Organisation der Einrichtungen gegeben werden. Zudem sollen die finanzielle und organisatorische Steuerung der Einrichtung ermittelt werden. Die beiden untersuchten Einrichtungen lassen sich jeweils einem anderen Konzept der Drogenhilfe zuordnen (siehe Kapitel 5). Das Interview, welches mit der Mitarbeiterin des Southmead Projects geführt wurde, soll dazu dienen einen Kontrast zu den Gesprächen mit dem Mitarbeiter des Bristol Drugs Projects herzustellen.

4.2.5 Zusammenfassung als Analysemethode

Als Analysemethode wurde die Zusammenfassung gewählt, welche das vorhandene Interviewmaterial auf die wichtigsten Textstellen zusammenfasst um zunächst einen allgemeinen Überblick über das Material zu erhalten. Dabei wurde das transkribierte Interview in mehreren Schritten immer weiter zusammengefasst. Die wichtigsten Aussagen des Interviews wurden mithilfe der Paraphrasierung in zusammengefasster Form herausgeschrieben. Anschließend folgte die sogenannte erste Reduktion bei der sowohl bedeutungslose Paraphrasen als auch Wiederholungen herausgestrichen wurden, um die Menge des Materials ein zweites Mal zu verringern. Im letzten Schritt wurde das Interview so weit zusammengefasst, dass mit den daraus entstandenen Paraphrasen im weiteren Analyseverlauf gearbeitet werden konnte. Das Statistikprogramm MAXQDA10 wurde genutzt um den ersten Schritt der Paraphrasierung durchzuführen. Die weiteren beschriebenen Schritte wurden dann mithilfe des Programms Excel umgesetzt. Auf diese Art und Weise war es möglich einen Überblick über die umfangreichen Interviewmaterialien zu erlangen und diese so weit zu reduzieren, dass sie am Ende des Vorgangs ein übersichtliches Arbeitsmaterial darstellten.

4.3 Experteninterview

Das Experteninterview eignet sich für die Forschung dieser Arbeit besonders gut, da das Ziel der Befragung sein soll, Informationen über eine Organisation zu sammeln, welche nur internen Mitarbeitern ebener bekannt sein dürfen. Die befragten Mitarbeiter interessieren dabei jedoch nicht als Person, vielmehr ist ihre Eigenschaft als „*Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld*“ (Flick 2011: 214) von Bedeutung. Im Falle dieser Forschung handelt es sich dabei um Mitarbeiter zweier unterschiedlicher Organisationen, die durch ihre Tätigkeit in der Organisation zu Experten auf ihrem Gebiet geworden sind.

Mithilfe des Leitfaden-Interviews soll eine möglichst offene Gesprächsatmosphäre geschaffen werden. Diese soll dazu dienen, die „*Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen*“ (ebd.: 194) zu lassen. Ein offenes Gespräch wird dadurch geschaffen, dass der Interviewer sich nicht streng an die Reihenfolge, der im Leitfaden erstellten Fragen halten muss, sondern situationsbedingt zwischen den Fragen springen kann (vgl. ebd.: 223). Auf diese Weise bietet sich dem Interviewpartner die Möglichkeit des freien Erzählens; gleichzeitig kann der Interviewer das Gespräch durch konkrete Fragen in eine bestimmte Richtung lenken, um auf diese Weise zu verhindern, dass der Experte vom eigentlichen Thema abweicht (vgl. ebd.: 217).

Während der Erstellung des Leitfadens wurde sich an der gestellten Forschungsfrage orientiert. Die entworfenen Fragen orientierten sich dabei an den drei Hypothesen, um diese überprüfbar zu machen. Zum anderen sollten Fragen gestellt werden, die einerseits das Gespräch offener gestalteten und andererseits Kontextinformationen liefern konnten, die zwar nicht in direkter Weise mit den Hypothesen verbunden waren jedoch ebenfalls dazu dienten, die Forschungsfrage zu beantworten (vgl. ebd.).

4.4 Erläuterung zum Leitfaden

Mithilfe des Experteninterviews wird zunächst einmal ermittelt, wie die jeweilige Institution aufgebaut ist. Des Weiteren stehen die Programmatik der Institution sowie die finanzielle und organisatorische Steuerung der Einrichtung im Fokus der Analyse.

Der Leitfragebogen wurde zu diesem Zweck in die folgenden vier Bereiche aufgliedert:

- Leitbild und Zielsetzung der Institution
- Finanzierung und Aufbau der Institution
- Einfluss des Staates auf die Arbeit
- Flexibilität der Institution

Zu diesen Bereichen entstanden jeweils Fragen, welche die drei Hypothesen (siehe Kapitel 3) überprüfbar machen sollten. Zum Zwecke der Überprüfung der ersten Hypothese wurde die Frage gestellt, ob die Einrichtung in unterschiedliche Bereiche oder Projekte aufgeteilt ist. Darüber hinaus zielten die Fragen darauf ab, herauszufinden, welche Erfolgsmaßstäbe angesetzt werden und auf welche Art und Weise der Erfolg gemessen wird. Explizite Fragen nach den Regeln für die Klienten sollen zudem klären, wie ein Arbeitserfolg möglich gemacht werden kann. In der zweiten Hypothese soll überprüft werden, ob und inwieweit die Förderung durch staatliche Instanzen abhängig von der Programmatik der Institution ist. Aus diesem Grund wurde eingangs die Frage gestellt wie die Institution sich finanziert. Eine weitere Frage, welche den Einfluss der staatlichen Drogenpolitik auf die Institution überprüft, kann sowohl für die zweite als auch für die dritte Hypothese genutzt werden. Diese beschäftigt sich mit der Annahme, dass staatliche Instanzen durch die Vergabe oder die Verweigerung von Fördermitteln, die Handlungsspielräume der Institution beschränken können. Die Interviewpartner sollten dazu beantworten, inwieweit die Gesetzgebung Handlungsspielräume in der täglichen Arbeit mit den Klienten zulässt, und, in welchem Zeitraum es der Einrichtung möglich ist, neue Projekte zu etablieren, sollten die Mitarbeiter eine Notwendigkeit für Veränderungen in der Projektarbeit sehen. Zusätzlich zu den genannten Fragen, wurden zu Beginn des Interviews weitere Fragen gestellt, welche die Aufgabe hatten, allgemeine Informationen über die Institution und weitere Kontextinformationen in Erfahrung zu bringen.

5. Drogenarbeit in Bristol

Im nachfolgenden Kapitel soll das erhobene Forschungsmaterial in Bezug auf die aufgestellten Hypothesen und die Forschungsfrage ausgewertet werden. Die Fallauswahl fiel auf zwei Institutionen, die in der britischen Kommune Bristol Drogenhilfe leisten. Sie sollen nun in einem Exkurs auf kurze Art und Weise beschrieben werden. Anschließend werden die Annahmen, welche in den Hypothesen aufgestellt wurden, anhand des vorliegenden Interviewmaterials diskutiert.

5.1 Exkurs-Vorstellung der Stadt und der Interviewpartner

Der nachfolgende Abschnitt soll der Vorstellung der Stadt Bristol und der Institutionen in denen Interviews geführt wurden, gewidmet sein. Die Fallauswahl fiel dabei auf das Bristol Drugs Project und das Southmead Project. Bei den beiden Institutionen handelt es sich jeweils um Einrichtungen, die auf unterschiedliche Art und Weise dem Missbrauch von Drogen und seinen Folgen entgegenzuwirken versuchen. Während das Bristol Drugs Project das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit verfolgt, kann das Southmead Project eher dem Konzept der medizinisch-psychiatrischen Kontrolle zugeordnet werden. Im folgenden Abschnitt soll ein kurzer Überblick über die Struktur und den Aufbau der beiden Institutionen gegeben werden.

5.1.1 Stadt Bristol

In der im Südwesten Englands gelegenen Stadt Bristol leben derzeit etwa 433.100 Menschen (vgl. whatson Bristol, n.d. [online]). Dies macht einen prozentualen Anteil von 0,69 % der gesamten britischen Bevölkerung aus, die im Jahr 2011 auf etwa 62,6 Millionen Einwohner geschätzt wurde (Statista, n.d [online]). Von diesen 433.100 Einwohnern lassen sich, Schätzungen der Regierung zufolge, etwa 8000 Menschen als problematische Drogenkonsumenten bezeichnen. Dies macht einen Anteil von ca. 1,85 Prozent der Gesamteinwohnerzahl Bristols aus (Bristol Public Health 2010 [online]).

5.1.2 Bristol Drugs Project

Das Bristol Drugs Project wurde im Jahr 1986 von Bewährungshelfern gegründet, die aufgrund des vorherrschenden Drogenproblems eine Notwendigkeit darin sahen, drogen- beziehungsweise alkoholabhängigen Menschen professionelle Unterstützung anzubieten. Die Institution beschäftigt heute insgesamt circa 170 Mitarbeiter, davon 100 Vollzeitbeschäftigte und 70 freiwillige Mitarbeiter (vgl. Bristol Drugs Project 2011). Diese arbeiten in verschiedenen Arbeitsgruppen und Projekten zusammen, um das folgende Leitbild umzusetzen: *„Drug and alcohol problems damage individuals, families and communities. Bristol Drugs Project is reducing harm, promoting change, challenging prejudice and maximising people’s potential.“* (Bristol Drugs Project n.d. [online]). Die Mitarbeiter arbeiten dabei nicht nur mit Klienten, die sich in einer Abhängigkeit befinden, sondern bieten in verschiedenen Projekten auch betroffenen Familien oder Freunden die Möglichkeit unterschiedliche Formen der Therapie wahrzunehmen.

Das Ziel der Abstinenz wird in der Einrichtung nicht als vorrangiges Ziel angesehen. Stattdessen ist ein zentrales Anliegen, den Klienten und gegebenenfalls auch deren Angehörigen jede Hilfe anzubieten, die das Leben mit der Abhängigkeit erleichtert (vgl. ebd.). Damit vertritt das BDP das Prinzip der sogenannten akzeptierenden Drogenarbeit, welches in Großbritannien als ‚harm reduction‘ bezeichnet wird (siehe Kapitel 3.2.3).

5.1.3 Southmead Project

Das Southmead Project wurde im Jahr 1994 von John Dunn gegründet, einem Elternteil, dem der problematische Drogenkonsum in seinem Stadtteil Southmead aufgefallen war. Die Institution beschreibt ihr zentrales Ziel wie folgt: *„Our mission is to tackle reoccurring problematic drug/alcohol misuse and other ways of self-harming by addressing correlated causal factors such as historic trauma.“* (Southmead Project n.d. [online]). Im Gegensatz zum Bristol Drugs Project wird im Southmead Project nicht mit Menschen zusammengearbeitet, die sich zu Behandlungsbeginn in einer Drogen- oder Alkoholsucht befinden, sondern mit solchen, die bereits die Stufe der Abstinenz erreicht haben. Der therapeutische Ansatz der Organisation gründet auf der Annahme, dass dem Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch oftmals tiefere psychische Ursachen in der Vergangenheit der Klienten zugrunde liegen und eine Abhängigkeit auf lange Sicht nur erfolgreich bekämpft werden kann, wenn diese Ursachen behandelt werden (vgl. ebd.).

5.2 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Experteninterviews bezüglich der Forschungsfrage ausgewertet. Im Anschluss daran werden die in Kapitel 3 aufgestellten Hypothesen überprüft um entweder angenommen oder verworfen zu werden. Eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse soll abschließend die wichtigsten Aussagen noch einmal zusammenfassen.

5.2.1 Bewertung der Hypothese 1

Die Art und Weise wie die Institution aufgebaut ist, trägt maßgeblich zu einem langfristigen Therapieerfolg der Klienten bei.

Die Ergebnisse aus den Experteninterviews werden nachfolgend dazu dienen die Frage zu beantworten, ob die Annahme dieser Hypothese angenommen werden kann oder abgelehnt

werden muss. Zunächst wird der Aufbau des Bristol Drugs Projects und damit die unterschiedlichen Bereiche und Projekte, in welche die Institution gegliedert ist, beschrieben.

Eine zentrale Rolle in diesem Zusammenhang spielt das Verständnis, mit welchem den Klienten begegnet wird. Erst durch diesen Zusammenhang ergibt sich die Vielzahl der angebotenen Projekte der Einrichtung.

Das Bristol Drugs Project beschäftigt laut den Angaben des Mitarbeiters derzeit insgesamt circa 200 Mitarbeiter, von denen sich 100 in einem festen Beschäftigungsverhältnis befinden und 70 freiwillig in der Einrichtung arbeiten. Zusätzlich zu diesen 170 Mitarbeitern kommen etwa 30 Mitarbeiter, die auf freier Basis tätig sind. Sie alle arbeiten in insgesamt vier verschiedenen Teams, welche durch jeweils einen Manager geleitet werden. Darüber hinaus beschäftigt die Einrichtung einen Geschäftsführer („chief executive“). Bei dem befragten Mitarbeiter handelte es sich um einen dieser Manager, die im Bristol Drugs Project „service manager“ genannt werden. Dieser ist für die Leitung des sogenannten „Direct Access Service“ verantwortlich und koordiniert dabei den Nadelaustausch (needle exchange), welcher sowohl in der Einrichtung als auch in mobilen Fahrzeugen und in Apotheken stattfindet. Hinzu kommen die Koordination einer zentralen Anlaufstelle („drop in“), welche von den Drogenabhängigen ohne Anmeldung genutzt werden kann, sowie mobile Betreuungsangebote („outreach work“) bei denen beispielsweise sauberes Spritzbesteck für Heroin-Konsumenten oder Kondome angeboten werden um die Infizierung mit HIV und anderen Krankheiten zu vermeiden. Im zweiten Team, dem „Structured Support Team“ werden die unterschiedlichen Gruppenprogramme und eine Drogenberatung angeboten. Des Weiteren gehört ein „Detox Vacation Support Team“ zu dem zweiten Team, welches sich um die Organisation der Entzugsprogramme kümmert. Die Mitarbeiter des sogenannten „Treatment Team“ stellen beratende Dienste in Praxen von Allgemeinmedizinern und anderen Hilfsdiensten zur Verfügung. Der vierte Manager des Bristol Drugs Project leitet das „Community Team“. In dem Team arbeiten sowohl Jugendhelfer, die in Schulen und Jugendvereinen präventive Aufklärungsarbeit leisten als auch Familienbetreuer, die Betreuungsarbeit in den Familien leisten, die von dem Drogenkonsum durch Familienmitglieder beeinflusst werden.

Der Befragte gab in dem Interview an, dass jährlich etwa 3000 Drogenkonsumenten an den Projekten der Einrichtung teilnehmen. Diese Zahl bezieht sich jedoch nur auf die Personen, die an strukturierten Programmen, wie etwa den Entzugsprogrammen oder an regelmäßigen Gruppentreffen teilnehmen. Weitere Angaben zu der Anzahl von Klienten konnte der Befragte nur schätzungsweise machen: „*So I guess we're in contact with probably at least 4000 people a year*“ (Interviewpartner 1/BDP).

Der Zugang zu der Institution gestaltet sich für die Klienten durch Programme wie die oben beschriebene Anlaufstelle als einfach:

„[...]we're working with everyone who comes through the door [...]. So we're working with all substances, all drugs including alcohol and we're trying to work wherever people are and want our support. There is no exclusions at all (Interviewpartner 1/BDP).

Dies und die Tatsache, dass die Drogenkonsumenten keine Aufnahmekriterien erfüllen müssen, um an den Programmen teilzunehmen, ist bereits ein erster Schritt in Richtung des Therapieerfolges, welchen die Einrichtung für sich definiert hat. Er basiert darauf, dass kein bestimmtes Verständnis des Begriffs Sucht existiert, sondern mit dem Verständnis der Klienten zu diesem Thema gearbeitet wird. So kann ein Erfolg die Erreichung der Drogenabstinenz sein oder aber die Reduzierung des täglichen Heroinkonsums.

Insgesamt konnte in dem Zeitraum von 2009 bis 2011 auf diese Weise insgesamt 7366 Personen dabei geholfen werden, ihr Leben wieder zu ordnen (vgl. Bristol Drugs Project 2011 [online]). Dabei muss jedoch gesagt werden, dass nicht bekannt ist, wie viele von diesen Menschen letztendlich einen langfristigen Erfolg verzeichnen konnten und wie viele von ihnen sich zu einem späteren Zeitpunkt wieder mit einem ähnlichen Problem konfrontiert sahen.

Es lässt sich zwar sagen, dass die Art und Weise wie die Institution aufgebaut ist, dazu beiträgt, dass viele individuelle Probleme behandelt werden können und die niedrigen Zugangsschwellen den Einstieg für Drogenkonsumenten erleichtern, jedoch lässt sich dadurch nicht auf einen langfristigen Therapieerfolg schließen. Zwar können Teile der Hypothese bestätigt werden, um sie jedoch gänzlich zu beantworten, bedarf es weiterer Forschung. Somit muss die Hypothese zunächst grundsätzlich abgelehnt werden.

5.2.2 Bewertung der Hypothese 2

Die Förderung durch staatliche Instanzen ist in hohem Maße abhängig von der Programmatik der Institution.

Der befragte Mitarbeiter des Bristol Drugs Project bejahte die Frage, ob die Einrichtung hauptsächlich durch staatliche Instanzen gefördert wird. Er gab an, dass das Bristol Drugs Project in der Vergangenheit zwar auch anderweitige Förderung erhalten hat, der Großteil der finanziellen Mittel jedoch von staatlichen Instanzen zur Verfügung gestellt wird.

Die Verteilung der finanziellen Fördergelder läuft dabei folgendermaßen ab: Die Staatsregierung, sowie Einrichtungen wie der ‚National Health Service‘ und die kommunale Regierung stellen Fördergelder zur Verfügung. In einem Ausschuss (‚joint commission‘) wird auf lokaler Ebene über die Vergabe dieser Fördergelder in einem kompetitiven Prozess darüber entschieden, welchen Einrichtungen Fördergelder zugestanden werden. Die Entscheidung basiert dabei auf den erbrachten Leistungen der Bewerber. Kommt ein Vertrag zwischen der kommunalen Regierung und einer Einrichtung zustande, so ist er zunächst für drei Jahre gültig und kann nach Ablauf dieser Zeit entweder um weitere vier bis fünf Jahre verlängert oder aber neu ausgeschrieben werden. Die Vergabe der Fördergelder ist also an die Leistung der einzelnen Einrichtungen geknüpft. Kann eine Institution die geforderten Leistungen nicht erbringen, so werden die Verträge nach Ablauf der Laufzeit möglicherweise nicht verlängert. Im Falle des Southmead Projects lässt sich zeigen, welche Auswirkungen dies auf eine Einrichtung haben kann. Die befragte Person gab an, dass die Einrichtung für einen gewissen Zeitraum staatliche Fördermittel erhielt, die Verträge jedoch nicht verlängert wurden. Aufgrund dessen mussten nachfolgend Projekte gestrichen und Mitarbeiter entlassen werden. Die Maßnahmen, welche im Southmead Project durchgeführt werden, sind als relativ hochschwellig anzusehen. So berichtete die Befragte von Zugangsschwellen, wie etwa der Notwendigkeit für Klienten bereits eine gewisse Kontrolle über ihren Tagesablauf zurückgewonnen zu haben. Dies erhöhe die Chancen, eine Therapie bis zum Ende erfolgreich durchzuführen.

In einer Stadt mit etwa 8000 Drogenkonsumenten, von denen ca. 4400 abhängig von Heroin sind (vgl. Bristol Public Health 2010 [online]) lässt sich vermuten, dass es vielen Abhängigen nicht möglich ist, diese Zugangsschwelle zu überwinden. Die hohen Zahlen lassen zudem darauf schließen, dass Einrichtungen mit niedrigen oder keinen Zugangsschwellen notwendig sind, um einen ersten Kontakt zu den Betroffenen herzustellen.

Im Falle des Bristol Drugs Projects gab der befragte Mitarbeiter an, dass die Arbeit der Einrichtung auf der Philosophie der Schadensminimierung (‚harm reduction‘) basiere und es auch wichtig sei, dem Klienten in jeglichen Notsituationen zu helfen, jedoch verdeutlichte er auch die Notwendigkeit die Erwartungen und Vorgaben der kommunalen Regierung zu erfüllen: *„[...]but we have to meet the expectations of our contracts with the local authority. So if we didn't deliver all on those contracts, then we would be shot down [...].“* (Interviewpartner 1/BDP). Die Überprüfung der Arbeit erfolgt unter anderem über ein elektronisches System.

Die Mitarbeiter sind dazu verpflichtet regelmäßig anonymisierte Informationen über die Arbeit mit den Klienten einzugeben, sodass die lokale Regierung überprüfen kann, welche Fortschritte die Klienten durch die Teilnahme an den Projekten des Bristol Drugs Projects erzielen konnten. Auch die Veränderungen, welche durch die neue Handlungsstrategie der Regierung stattfinden, beeinflussen die Einrichtung. Während beispielsweise für lange Zeit der Ersatz von Opiaten durch Methadon praktiziert wurde, besteht ein Ziel der aktuellen Regierung darin, diese Methode nur noch geringfügig anzuwenden und stattdessen mehr Menschen in strukturierten Hilfsprogrammen unterzubringen um somit das Ziel der Abstinenz wieder stärker zu verfolgen. Des Weiteren gab der befragte Mitarbeiter auf die Frage, ob die Drogenpolitik des Landes die Arbeit der Einrichtung mit den Klienten beeinflusse an, dass der Regierung zufolge zu viele Menschen in Hilfsprogrammen behandelt werden, ohne dass eine Besserung ihres Zustandes eintrete. Die Folgen für das Bristol Drugs Project beschrieb er wie folgt: *[...] services are being recommissioned. Now all of our services will have a much clearer focus on recovery.*“ (Interviewpartner 1/BDP) Dementsprechend sieht er eine Beeinflussung der Arbeit durch die aktuelle Handlungsstrategie der Regierung als gegeben an. Weiterhin geht er davon aus, dass die Arbeit in den einzelnen Projekten dem politischen Einstellungswandel angepasst werden muss, um den Anforderungen gerecht zu werden (ebd.).

Die Einrichtung verfolgt zwar grundsätzlich den Ansatz der Schadensminimierung, welcher einen wichtigen Aspekt der akzeptierenden Drogenhilfe darstellt, dennoch wurde in den Interviews aus dem Bristol Drugs Project deutlich, dass sowohl staatliche als auch kommunale Regierungsinstanzen über Verträge steuern, welche Projekte in der Einrichtungen angeboten und wie diese gestaltet werden. Wollen die Verantwortlichen solcher Institutionen staatliche Fördergelder erhalten, so müssen sie ihre Projekte gegebenenfalls den Erwartungen der staatlichen und kommunalen Regierung anpassen, wie aktuell am Fall des Bristol Drugs Projects gezeigt werden konnte. Somit kann die Annahme, dass die Förderung durch staatliche Instanzen in hohem Maße abhängig von der Programmatik der Institution ist, grundsätzlich bestätigt werden.

5.2.3 Bewertung der Hypothese 3

Staatliche Instanzen beschränken die Handlungsspielräume der Institution indem sie ihr Fördermittel zugestehen oder verweigern.

In dem Interview mit einer Mitarbeiterin des Southmead Projects gab die Befragte an, dass die seit 18 Jahren bestehende Organisation zunächst in einem kleinen Rahmen aufgebaut wurde und sich durch Zuschüsse vergrößern konnte. Nachdem der Einrichtung staatliche Fördermittel entzogen wurden, mussten jedoch Projekte gestrichen werden. Derzeit wird das Southmead Project hauptsächlich „über Lotto also „national lottery“ (Interviewpartner 2/SMP) finanziert. Die Hilfs-Lotterie hat der Organisation im Jahr 2011 400.000 Pfund für einen Zeitraum von insgesamt vier Jahren zugestanden. Die Mitarbeiterin bedauerte zwar die fehlende staatliche Förderung, da diese der Einrichtung eine gewisse Planungssicherheit bezüglich der Projekte und der Bezahlung der Mitarbeiter gebe, dennoch sah sie die staatlichen Fördergelder auch als beschränkend an: „[...]du hast nicht mehr die Freiheit zu arbeiten wie du willst. Da sind Bedingungen da.“ (Interviewpartner 2/SMP) Die Gelder, welche der Institution durch die Lotterie zugestanden werden, seien frei von solchen Bedingungen und gäben den Verantwortlichen des Southmead Project auf diese Weise eine größere Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Verwendung.

Der befragte Mitarbeiter des Bristol Drugs Project sah die staatliche Steuerung durch Vorgaben und Erwartungen, welche in Verträgen formuliert wurden nicht als einschränkend für die bestehende Projektarbeit an. Zwar sei die Einrichtung durch diese Verträge nicht gänzlich frei in ihren Entscheidungen, dennoch sei eine Vielzahl der Projekte flexibel wandelbar: „[...] a lot of what we deliver is flexible enough to me if it needs any changes“ (Interviewpartner 1/BDP). So habe sich beispielsweise herausgestellt, dass das Hauptproblem der Konsumenten nicht mehr nur die Heroin-Sucht sei, sondern vermehrt auch Menschen in der Einrichtung Hilfe suchen, die süchtig nach sogenannten neuen Drogen wie Ketamin sind. Auf diese Veränderung habe das Bristol Drugs Project den Fokus in seinen Projekten erweitert, sodass auch die Bedürfnisse dieser Konsumenten befriedigt werden können. Der Befragte ging anschließend auf den derzeit stattfindenden Wandel in der britischen Drogenpolitik ein (siehe Kapitel 2.2.1), der eine Umstrukturierung der Projekte mit sich bringt (siehe Kapitel 5.2.3).

Er sah den Wandel unter anderem auch darin begründet, dass die Regierung die Fördergelder reduzieren will:

much of the change that we are experiencing [...] has to do with the recession and the reduction in government spending [...], so a lot of the changing that is coming, is going to be about more efficiency, more cost effective. So you know our budget is shrinking year on year. “ (Interviewpartner 1/BDP)

Der Mitarbeiter befürchtete, dass die Einsparungen auch das Bristol Drugs Project in seiner zukünftigen Arbeit beeinflussen und möglicherweise beschränken können.

Die Befragten aus beiden Institutionen gaben an, dass die staatlichen Fördergelder einen Einfluss auf ihre Projektarbeit haben. Während die Mitarbeiterin aus dem Southmead Project einerseits die Freiheit in der Arbeit, welche der Einrichtung durch den Erhalt unabhängiger Gelder zur Verfügung steht, lobt, bemängelt sie andererseits, dass dadurch die Sicherheit fehlt, Projekte und die Einbindung von Mitarbeitern langfristig planen zu können. Auf diese Weise kann die Institution durch die Verweigerung von Fördergeldern durch staatliche Instanzen in ihrer Arbeit eingeschränkt werden.

Der Mitarbeiter aus dem Bristol Drugs Project sah eine Handlungsbeschränkung durch staatliche Instanzen als teilweise gegeben an. Zwar sei die Einrichtung beispielsweise im Falle von Veränderungen im Konsumverhalten der Klienten flexibel genug, bestehende Projekte anzupassen, jedoch zeigen die aktuellen Veränderungen in der britischen Drogenpolitik, dass die Institution davon maßgeblich beeinflusst wird. Ob und inwieweit diese Beeinflussung die Einrichtung letztendlich auch in ihren Handlungsspielräumen beschränken wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehen.

Die aufgestellte Hypothese lässt sich damit grundsätzlich bestätigen. Aufgrund der derzeit stattfindenden Veränderungen in der Drogenpolitik wäre es jedoch interessant, die Hypothese zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zu überprüfen um ein genaueres Ergebnis zu erhalten und aktuelle Entwicklungen einbeziehen zu können.

5.2.4 Abschließende Betrachtung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich aus der Auswertung entnehmen, dass zunächst einmal die organisatorische Dimension einen wichtigen Aspekt für die Ausgestaltung und den Erfolg einer akzeptierenden Drogenarbeit darstellt. Dies wurde in der ersten Hypothese überprüft.

Obwohl diese nur teilweise bewiesen wurde, da der langfristige Therapieerfolg der Klienten nicht nachgewiesen werden konnte, lässt sich doch sagen, dass die Einrichtung bereits seit 27 Jahren besteht und ihre Projektarbeit stetig weiter ausgestalten konnte. Die Ausgestaltung der Projektarbeit im Bristol Drugs Project erwies sich als sehr gut organisiert und klar strukturiert. Insgesamt arbeiten ca. 200 Mitarbeiter in vier unterschiedlichen Teams zusammen, die von jeweils einem sogenannten ‚service manager‘ betreut werden. In den Teams werden einzelne Projekte mit unterschiedlichen Intentionen, wie Drogenberatung, dem Nadelaustausch oder etwa Entzugsprogrammen betreut. Eine gute institutionelle Organisation lässt sich somit als wichtigen Aspekt für den Erfolg beschreiben. In der zweiten Hypothese wurde festgestellt, dass vor allem der Aspekt der finanziellen Förderung, durch staatliche Instanzen auf unterschiedlichen politischen Ebenen von Bedeutung ist. Die politischen Akteure entscheiden über die Vergabe von Fördergeldern dabei sowohl direkt als auch indirekt über die Möglichkeit einer Einrichtung, Projekte zu entwickeln und auszugestalten. Im Falle des Southmead Project, welches zu Vergleichszwecken in die Analyse einbezogen wurde, konnte gezeigt werden, welche Auswirkungen der Wegfall von staatlichen Zuschüssen haben kann. Die Finanzierung des Bristol Drugs Project findet hauptsächlich über staatliche Instanzen statt. Sie gewährleisten durch ihre Zahlungen einerseits den Bestand der Projekte und bieten zudem die Flexibilität, die Ausgestaltung der Projektarbeit auf veränderte Situationen und Konsumverhalten anzupassen. Andererseits sind sie gleichzeitig mit Beschränkungen verbunden. Diese ergeben sich durch vertraglich festgelegte Vorgaben bezüglich der Behandlungsmethoden und die Notwendigkeit der Evaluation der Arbeit.

Zudem hat sich in den Interviews noch einmal gezeigt, dass der politische Diskurs zur Thematik des Drogenproblems kontinuierlich fortbesteht und sich die Art und Weise wie einem sozialen Problem, in diesem Fall dem Drogenkonsum, entgegengewirkt werden kann, stetig verändert. Immer wieder entstehen neue Handlungsstrategien, die eine Angleichung oder gar Umstrukturierung der Projekte erfordern.

Unabhängig davon, ob eine Einrichtung Fördergelder von staatlichen Instanzen erhält, können diese die Handlungsspielräume der Einrichtung beschränken. Dies wurde in der dritten Hypothese überprüft.

Wollen die Verantwortlichen des Bristol Drugs Project also weiterhin staatliche Fördermittel erhalten, so sind sie dazu angehalten, die Projektarbeit dem Fokus der aktuellen Handlungsstrategie anzupassen, welcher darauf liegt, das Ziel der Abstinenz wieder stärker in den Vordergrund zu stellen und auf diese Weise gleichzeitig mehr Drogenkonsumenten aus dem Behandlungssystem zu lösen.

Es hat sich gezeigt, dass vor allem organisatorische und finanzielle Aspekte eine zentrale Rolle für die Ausgestaltung und den Erfolg einer akzeptierenden Drogenarbeit spielen. Weiterhin zeichnete sich in den Interviews eine Notwendigkeit aufseiten der Institution ab, das eigene Konzept zumindest teilweise den Anforderungen aus politischen Handlungsstrategien anzupassen, um weiterhin Fördergelder zu erhalten und qualitativ hochwertige Drogenarbeit leisten zu können.

Der Fall des Southmead Projects lässt sich folgendermaßen bewerten: Die Einrichtung weist die hohen Zugangsschwellen für potenzielle Klienten auf, welche sich im Konzept der medizinisch-psychiatrischen Kontrolle finden lassen. Dies konnte in der zweiten Hypothese belegt werden.

Das Konzept der medizinisch-psychiatrischen Kontrolle spielt in der Drogenhilfe mittlerweile nur noch eine untergeordnete Rolle (vgl. Groenemeyer 2012: 484).

Das Southmead Project erhielt staatliche Fördergelder, die jedoch gestrichen wurden, weil die Einrichtung die Verträge nicht mehr erfüllen konnte. Dies lässt sich auf die hohen Zugangsschwellen zurückführen, welche für viele Drogenabhängige nicht erfüllbar sind. Die aktuelle Handlungsstrategie der Regierung sieht jedoch vor, möglichst viele Abhängige in entsprechenden Einrichtungen unterzubringen und möglichst schnell wieder in die Gesellschaft einzugliedern. Die Diskrepanz zwischen den politischen Vorgaben und der Arbeitsweise des Southmead Projects erklärt zumindest für den Vergleich mit dem Bristol Drugs Project aus welchem Grund das Southmead Project keine staatliche Förderung erhält, während das Bristol Drugs Project hauptsächlich über staatliche Fördergelder finanziert wird.

6. Reflexion

In der nachfolgenden Reflexion sollen bestimmte Kritikpunkte dieser Forschungsarbeit aufgegriffen werden.

Die Forschungsarbeit kann lediglich Tendenzen in der Kommune Bristol abbilden, da im Rahmen der Forschung lediglich zwei Institutionen in der Stadt befragt wurden, von denen letztendlich das Bristol Drugs Project als Hauptuntersuchungsgegenstand diente, während das Southmead Project nur bedingt in die Analyse einfluss. Zwar reicht dies für den Umfang dieser Arbeit aus, dennoch könnte es für weitere Forschungsvorhaben interessant sein, weitere Einrichtungen in der Stadt zu befragen um durch eine größere Stichprobe möglicherweise tiefgreifendere Erkenntnisse zu gewinnen.

Grundsätzlich positiv zu bewerten sind die geführten Interviews. Durch mehrfache Telefonate und Schriftverkehr im Vorfeld der Interviews, konnten beide Seiten die Interviews gut planen, was dazu führte, dass die jeweiligen Interviewsituationen offen und gelöst verliefen.

Das leitfadengestützte Interview erwies sich als gute Möglichkeit das Gespräch in bestimmten Situationen wieder auf die Thematik zurückzuführen, da einige Fragen in sehr umfangreicher Weise beantwortet wurden.

7. Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Forschungsarbeit sollte anhand von drei Hypothesen die Frage beantwortet werden, welche Aspekte eine zentrale Rolle für die Ausgestaltung und den Erfolg einer akzeptierenden Drogenarbeit spielen.

Dazu wurde zunächst ein Überblick geschaffen, der zeigen sollte, wie sich das Drogenproblem in einem Zeitraum von insgesamt 87 Jahren entwickelt hat. Im Zentrum der Betrachtung lagen dabei besonders politische Interventionen und Diskurse. Es ließ sich feststellen, dass die Art und Weise, wie das soziale Problem des missbräuchlichen Drogenkonsums in der Gesellschaft verstanden wurde, sich durch unterschiedliche Faktoren und Situationen, wie etwa der Heroin-Epidemie in den 1980er Jahren immer wieder verändert hat. Im Umgang mit der Drogenproblematik haben immer unterschiedliche Thematisierungsformen eine Rolle gespielt. Von Beginn des beschriebenen Betrachtungszeitraumes bis in die 1980er Jahre hinein, dominierte ein medizinisch-psychiatrisches Modell (siehe Kapitel 3.2.2), welches dem problematischen Drogenkonsum hauptsächlich durch Psychotherapie und die Verschreibung von Drogenersatzstoffen entgegenzuwirken versuchte. Dies erwies sich bis in die 1980er Jahre hinein als sehr erfolgreich, wurde dann jedoch von einem anderen Konzept abgelöst: dem Konzept der akzeptierenden Drogenhilfe (siehe Kapitel 3.2.3). Das besondere an dem Konzept ist in seinem Verständnis von den Drogenkonsumenten und seinen damit verbundenen alternativen Behandlungsmethoden zu sehen. Im Gegensatz zu anderen Thematisierungsformen wird der Drogenkonsum bei diesem Konzept akzeptiert und das Ziel der Drogenabstinenz nicht in den Vordergrund gerückt. Stattdessen sollen vornehmlich die Schäden, welche durch den missbräuchlichen Konsum von Drogen entstehen können, minimiert oder vorab verhindert werden.

Das Konzept der kriminalpolitischen Kontrolle (siehe Kapitel 3.2.1) ist in den britischen Diskursen und politischen Handlungsstrategien immer präsent, denn durch diese Art der Kontrolle, also vornehmlich durch Gesetze und Sanktionen bezüglich des Drogenkonsums, wird festgelegt auf welche Art und Weise die anderen Thematisierungsformen wirken.

Tendenziell konnte durch das Interview mit der Mitarbeiterin aus dem Southmead Project zudem gezeigt werden, aus welchem Grund die Regierung eher das Bristol Drugs Project fördert. Die hohen Zugangsschwellen, welche im Konzept der medizinisch-psychiatrischen Kontrolle des Drogenkonsums und auch im Southmead Project Anwendung finden, machen es unmöglich, die derzeitige Handlungsstrategie der Regierung durchzusetzen, welche das vorrangige Ziel hat, möglichst viele der Drogenkonsumenten in Behandlungen unterzubringen. Das Bristol Drugs Project eignet sich durch seine niedrigen Zugangsschwellen und die Vielfalt an Projekten besser, den unterschiedlichen Problemen der Konsumenten gerecht zu werden.

Die oben genannte Fragestellung der vorliegenden Arbeit konzentrierte sich jedoch vornehmlich auf das Konzept der akzeptierenden Drogenarbeit und wurde mithilfe von drei Hypothesen überprüft. Dabei stellte sich heraus, dass die politischen Handlungsstrategien, die Einrichtungen stärker in ihrer Projektarbeit beeinflussen als vorerst angenommen. So wurde in dem Interview mit dem Mitarbeiter des Bristol Drugs Projects auf den derzeit stattfindenden Wandel der politischen Strategie bezüglich des Drogenkonsums verwiesen. Die Auswertung der Interviews und der Abgleich mit den Hypothesen verdeutlichte diesen Wandel und die damit einhergehenden Veränderungen speziell für das Bristol Drugs Project, welches grundlegend den Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit verfolgt, noch einmal. Die Einrichtung wird maßgeblich über staatliche Fördergelder finanziert und ist somit an Verträge gebunden. Die neue Handlungsstrategie der Regierung, welche den Fokus auf die vollständige Genesung und gesellschaftlichen Wiedereingliederung der Drogenabhängigen legt, muss dementsprechend von der Einrichtung in ihren Projekten eingebunden werden. Da diese Umstrukturierung derzeit stattfindet, ließ sich noch nicht bewerten, inwieweit die Handlungsspielräume der Einrichtung von eventuellen Kürzungen der Fördermittel beschränkt werden. Eine weitere Untersuchung, welche den Fokus auf die Folgen des Strategiewandels legt und überprüft ob und inwieweit die Institution letztendlich in ihren Handlungsspielräumen beschränkt wurde, wäre interessanter weiterführender Forschungsansatz.

Insgesamt haben die Ausführungen gezeigt, dass der Aufbau und die Organisation einer Einrichtung eine zentrale Rolle für den Erfolg einer akzeptierenden Drogenarbeit darstellen. Die Ausgestaltung ist vor allem von finanziellen Aspekten abhängig.

Dabei spielt die staatliche Förderung eine wichtige Rolle. Zwar sind staatliche Fördermittel auch immer mit Vorgaben und Erwartungen seitens der Förderer verbunden, jedoch ist auf diese Weise eine regelmäßige Einnahmequelle gesichert, die eine Ausgestaltung der akzeptierenden Drogenarbeit überhaupt erst ermöglicht.

Zudem zeichnete sich in den Interviews eine Notwendigkeit aufseiten der Institution ab, das eigene Konzept zumindest teilweise den Anforderungen aus politischen Handlungsstrategien anzupassen, um weiterhin Fördergelder zu erhalten und weiterhin qualitativ hochwertige Drogenarbeit leisten zu können.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Duprez, Dominique und Axel Groenemeyer 2009: Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa. Geschichte und aktuelle Entwicklungen im internationalen Vergleich. In: Duprez, Dominique und Axel Groenemeyer (Hrsg.): Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa. Soziale Probleme. Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle. 20.Jahrgang, 2009, Heft 1/2. S.5-36
- Flick, Uwe 2011 (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Groenemeyer, Axel 1990: Drogenkarriere und Sozialpolitik Entwicklungsbedingungen der Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten der Intervention durch stationäre Behandlung. Pfaffenweiler: Centaurus. S.43
- Groenemeyer, Axel 2012 (1999): Drogen, Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit. In: Albrecht, Günther und Axel Groenemeyer (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme Band 1, 2. Überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 17-37; S. 433-487
- Mayring, Phillip 1997 (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studienverlage.
- Ministry of Health, 1926: Report of the Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction. London: H.M. Stationery Office. In: Pearson, Geoffrey 2009: Drogenprobleme und Drogenpolitik in Großbritannien. In: Duprez, Dominique und Axel Groenemeyer (Hrsg.): Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa. Soziale Probleme. Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle. 20.Jahrgang, 2009, Heft 1/2 . S.37-56
- Pearson, Geoffrey 2009: Drogenprobleme und Drogenpolitik in Großbritannien. In: Duprez, Dominique und Axel Groenemeyer (Hrsg.): Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa. Soziale Probleme. Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle. 20.Jahrgang, 2009, Heft 1/2. S.37-56
- Schmidt-Semisch, Henning 1990: Drogenpolitik. Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin. Mit einem Vorwort des Hamburger Drogenbeauftragten Horst Bossong. München: AG-SPAK-Publ.
- Schmidt-Semisch, Henning und Frank Nolte (2000): Drogen. Europäische Verlagsanstalt/Rotbuch Verlag, Hamburg. S.7

- Steffan, Werner 1991 (1990): Anbiederung, Verwöhnung und Suchtverlängerung? Metakritische Überlegungen zur akzeptierenden Drogenarbeit. In: Schuller, Klaus und Heino Stöver (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 52ff.
- Stimson, Gerry V. 1987: British Drug Policies in the 1980s: a preliminary analysis and suggestions for research. In: British Journal of Addiction (1987) 82, 477-488.
- Stöver, Heino 1991(1990): Akzeptierende Drogenarbeit-Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven. In: Schuller, Klaus und Heino Stöver (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Stöver, Heino 1999: Akzeptierende Drogenarbeit: Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Yin, Robert K. 2009: Case Study Research. Design and Methods. Kalifornien: SAGE Publications.
- Yin, Robert K. 2012: Applications of Case Study Research. Kalifornien: SAGE Publications.

Internetverzeichnis

- Bristol Drugs Project (*n.d.*): About BDP. BDP's Mission Statement. Internetquelle: <http://www.bdp.org.uk/pages/about-bdp> [Zugriff am 10.09.2013]
- Bristol Drugs Project 2011: Annual Review Newsletter 2010/2011. Internetquelle: <http://www.bdp.org.uk/data/bdp/downloads/Annual%20Review%20Newsletter%2011.pdf> [Zugriff am: 27.08.2013]
- Bristol Public Health 2010: Health and Wellbeing Factsheet. Drug Misuse. Internetquelle: http://www.bristol.gov.uk/sites/default/files/documents/health_and_adult_care/health_and_medical_advice/Bristol%20public%20health%20factsheet%20-%20drugs.pdf [Zugriff am 26.09.2013]
- GOV.UK (*n.d.*): Drugs Penalties. <https://www.gov.uk/penalties-drug-possession-dealing> [Zugriff am 24.08.2013]
- Caritas (*n.d.*): Caritas Glossar. Fachbegriffe von A-Z. Glossar: Sucht. Sucht(Definition).Internetquelle:<http://www.caritas.de/glossare/suchtdefinition> [Zugriff am: 25.08.2013]

- Druglink 1994: ‘Back to basics‘ report says cut drug use to curb HIV. Institute for the Study of Drug Dependence. Internetquelle: <http://www.drugscope.org.uk/OneStopCMS/Core/CrawlerResourceServer.aspx?resource=984f23d5-2403-4853-ac07-7151ebd75567&mode=link&guid=20b0e5fff757428db9deb71df4a80dd8> [Zugriff am 01.09.2013]
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013: Sucht. Internetquelle: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8611::Crack [Zugriff am: 25.09.2013]
- Herwig-Lempp, Johannes 2000: „Mach keine Witze- Sozialarbeiter?!“. Über das Berufsfeld Soziale Arbeit. In: Feifel-Thomas, Astrid-Camilla (Hrsg.): Schule- und dann? Tipps und Orientierungshilfen. Tübingen. Schwäbisches Tagblatt. S. 103-113 Internetquelle: <http://www.herwig-lempp.de/daten/veroeffentlichungen/0001keinewitzeJHL.pdf> [Zugriff am 21.09.2013]
- HM Government 2008: The 2008 drug strategy: One year on. Internetquelle: <http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/virtuallibrary/drugstrategy2008oneyearon.pdf> [Zugriff am 29.08.2013]
- HM Government 2010: Drug Strategy 2010. Reducing Demand. Restricting Supply, Building Recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life. Internetquelle: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/118336/drug-strategy-2010.pdf [Zugriff am 29.08.2013]
- Ministry of Health 1961: Drug Addiction: Report of the Interdepartmental Committee. London: H.M. Stationery Office. Internetquelle: <http://drugtext.org/First-Brain-Report/drug-addiction-1.html> [Zugriff am 28.08.2013]
- Ministry of Health 1965: Drug Addiction: Second Report of the Interdepartmental Committee. London: H.M. Stationery Office. Internetquelle: <http://www.drugtext.org/Second-Brain-Report/drug-addiction-2/Print.html> [Zugriff am 28.08.2013]
- Misuse of Drugs Act 1971 (*n.d.*): <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1971/38/schedule/1> [Zugriff am 24.09.2013]
- Pfeuffer, Andreas (*n.d.*): Soziale Probleme (Konstruktion). In: Socialinfo. Wörterbuch der Sozialpolitik. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=582> [Zugriff am 30.08.2013]

- UK Government 1998: Tackling Drugs to Build a Better Britain. The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drug Misuse (Presented to Parliament by the President of the Council by Command of Her Majesty, April 1998 (Cm 3945). London: The Stationery Office. Internetquelle: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/contents.htm>.
[Zugriff am 30.08.2013]
- Uni Hamburg(*n.d.*): Leidensdruck (degree or level of suffering).Internetquelle: <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/plex/plex/lemmata/lemma/leidensd.htm>
[Zugriff am 04.09.2013]
- Southmead Project(*n.d.*): About the Southmead Project. Internetquelle: <http://southmeadproject.org.uk/about-us/> [Zugriff am 23.08.2013]
- Spiegel 2011: Russischer Heroinersatz: Todesdroge Krokodil erreicht Deutschland. Internetquelle: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/russischer-heroinersatz-todesdroge-krokodil-erreicht-deutschland-a-791273.html> [Zugriff am 05.09.2013]
- Statista (*n.d.*): Großbritannien: Gesamtbevölkerung von 2003 bis 2013(in Millionen Einwohner). Internetquelle: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/19319/umfrage/gesamtbevoelkerung-in-grossbritannien/> [Zugriff am 20.09.2013]
- Stöver, Heino und Johannes Herwig-Lempp 1988: Die Notwendigkeit akzeptierender Drogenarbeit. Internetquelle: <http://www.herwig-lempp.de/wp-content/uploads/2009/12/1988-Notwendigkeit-Akzeptanz-St%C3%B6ver-JHL.pdf>
[Zugriff am 20.09.2013]
- whatson Bristol: Bristol Facts. Internetquelle: <http://www.whatsonbristol.co.uk/Bristol%20Facts> [Zugriff am 10.09.2013]

Anhang

Interviewleitfaden (Deutsch und Englisch)

Leitbild und Zielsetzung der Institution

- ❖ Warum wurde die Einrichtung gegründet? (What were the reasons for the foundation of the institution?)
- ❖ Was ist die Aufgabe der Einrichtung? (What is the purpose of the institution?)
- ❖ Wie sind Sie zu der Einrichtung gekommen? (Since when do you work for the institution?)
- ❖ Was sind Ihre Aufgaben in der Einrichtung? (What are your tasks in the institution?)
- ❖ Wie ist die Einrichtung aufgebaut? (Wie viele Klienten und Mitarbeiter gibt es? How is the institution structured (in terms of clients and employees))
- ❖ An welchem Leitbild orientiert sich die Einrichtung? (Which general principle does the institution follow?)
- ❖ Ist die Einrichtung in unterschiedliche Bereiche und/oder Projekte aufgeteilt? (Is the institution divided into different areas and projects?)
 - Wenn ja, in welche ? (If so, into which?)
 - Welche Ziele haben die einzelnen Projekte? (Which goals do the particular projects have?)
- ❖ Was sind die Erfolgsmaßstäbe? (How would you define „success“?)
- ❖ Wie wird der Erfolg gemessen? (Gibt es beispielsweise Evaluationen/Statistiken? How is the success of the projects measured (e.g. evaluations/statistics))
- ❖ Wie finanziert sich die Institution? (How is the institution funded?)

Finanzierung/Aufbau der Institution

- ❖ Gibt es Aufnahme- beziehungsweise Ausschlusskriterien für Drogenabhängige? (Are there any criteria of admission or exclusions for drug users to be part of your program?)
 - Wenn ja, welche? (If so, which?)
- ❖ Wie werden die Klienten motiviert an den Projekten teilzunehmen? (How are clients motivated to take part in the projects?)
 - Hat der Klient unterschiedliche Ansprechpartner? (Do the clients have different contact persons?)
 - Wenn ja, welche? (If so, which?)
 - Warum? (Why?)

Einfluss des Staates auf die Arbeit

- ❖ Hat die Drogenpolitik des Staates Einfluss auf die direkte Arbeit mit den Klienten? (Does the drug policy of the country influence your work with the clients?)
 - Art der Zusammenarbeit mit den Klienten (harm reduction)
 - Wahl der Kooperationspartner (e.g. Polizei, Gesundheitsämter, etc.)?
 - Zielsetzung der Projekte (im Rahmen des Anerkennungsprozesses und der Finanzierung)

- ❖ Welche Bedingungen muss die Institution erfüllen, um als staatlich anerkannte Einrichtung zu gelten? (Which conditions does the institution have to fulfil in order to be considered as a state-approved institution?)
- ❖ Inwieweit lassen die Gesetzgeber Handlungsspielräume in der direkten Arbeit mit Klienten zu? (Does the legislature give/leave you any room for manoeuvre?)
 - In der alltäglichen Arbeit, in Projekt Konzeptionen, Anträgen etc.?
 - Wie schnell ist es möglich neue Projekte einzuführen, wenn die Institution es als notwendig betrachtet, ein neues Projekt zu etablieren? (How long does the implementation of a new project take if the institution considers it to be necessary?)

Kooperationen und Flexibilität

- ❖ *Wie wird die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen bewertet? Eher förderlich oder eher hinderlich (die praktische Umsetzung der eigenen Arbeit betreffend)?*
 - *Wie werden die Kooperationspartner ausgewählt? Ist das Leitbild ausschlaggebend für die Wahl? Welchen Einfluss haben die Richtlinien und Förderer auf die Wahl der Kooperationspartner? (Alternativ Fragen)*
- ❖ Wie kann die reagiert die Institution auf neue Probleme? (Beispielsweise Veränderungen in der Drogenpopulation oder das Aufkommen neuer Drogen) (How does the institution react to the emergence of new problems?)

