

---

# Soziale Probleme

Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle

---

20. Jahrgang, 2009, Heft 1/2

**Dominique Duprez / Axel Groenemeyer (Hrsg.)**

## Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa

Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa. Geschichte und aktuelle Entwicklungen im internationalen Vergleich <i>Dominique Duprez, Axel Groenemeyer</i>	5
Entwicklungen von Drogenproblemen und Drogenpolitik in Großbritannien <i>Geoffrey Pearson</i>	37
Gebrauch illegaler Drogen und die niederländische Drogenpolitik. Überblick und Bewertung <i>Marianne M. J. van Ooyen-Houben</i>	57
Requiem für den Krieg gegen Drogen. Portugiesische Erfahrungen der Entkriminalisierung <i>Cândido da Agra</i>	90
Die italienische Szene illegaler Drogen. Konsumformen und Politik <i>Amadeo Cottino, Franco Prina</i>	119
Drogenpolitik und Praktiken des Drogenkonsums im frankophonen Belgien <i>Caroline Jeanmart</i>	138
Heroin und Prekarität in Frankreich, 1990-2000. Die Genealogie eines Abstiegsprozesses <i>Patricia Bouhnik</i>	160
Entwicklungen des Drogenkonsums in Deutschland und die begrenzte Wirksamkeit der Kriminalpolitik <i>Karl-Heinz Reuband</i>	182



Centaurus-Verlag  
ISSN 0939-608X

# Entwicklungen von Drogenproblemen und Drogenpolitik in Großbritannien\*

von Geoffrey Pearson

## **Zusammenfassung**

*In Großbritannien sind die durch den Konsum illegaler Drogen verursachten Probleme erst spät zu einem öffentlichen Thema geworden. Der medizinische Konsum von Opium war im 19. Jahrhundert bekannt und mit dem Ersten Weltkrieg gab es eine kurze Episode des Kokainkonsums. Seit den 1920er Jahren führte das System des Rolleston-Komitees zu einem bemerkenswert niedrigen Niveau der Drogenabhängigkeit, aber das so genannte Britische System fand seinen Niedergang Ende der 1960er Jahre. Billiges Heroin aus dem Iran und Afghanistan wurde verfügbar, und das Rauchen von Heroin verbreitete sich insbesondere unter arbeitslosen Jugendlichen in Nordengland (Thatcher Ära). In den 1980er Jahren entwickelte sich die Strategie der Risikominimierung mit dem Ziel der Bekämpfung der Ausbreitung von HIV/AIDS (Nadelaustausch). Gleichzeitig verschob sich die politische Agenda stärker in Richtung auf Kriminalitätskontrolle, wobei davon ausgegangen wurde, dass ein Drittel der kriminellen Delikte mit dem Konsum illegaler Drogen verbunden sei. Allerdings bleibt Cannabis die am meisten konsumierte Droge mit etwa 3-5 Millionen regelmäßigen Konsumenten und Konsumentinnen, wobei sich diese Zahl zu reduzieren scheint, auch wenn man hierfür bislang keine Gründe angeben kann.*

## **1. Einleitung**

Wenn man das Ausmaß des Drogenproblems in Großbritannien einzuschätzen versucht, zieht man im Allgemeinen eher einen Vergleich mit den USA als mit dem kontinentalen Europa. Im Vergleich dazu war Großbritannien im Feld der Drogenforschung eher ein Spätentwickler. Allerdings waren im 19. Jahrhunderts Opium und verschiedene Praktiken seines Gebrauchs einschließlich der damit verbundenen Probleme ganz gewiss nicht unbekannt und dies sowohl in ländlichen als auch in industrialisierten Gegenden Großbritanniens. Auf dem Land stellte der Drogengebrauch einen von der volkskundlichen Medizin geerbten Aspekt dar, wie die

\* Übersetzung aus dem Französischen: Bertrand Schaeffer, Maureen Arnold. Axel Groenemeyer.

Verwendung des Opiums als Hausmittel gegen Übelkeit und Schmerzen bei Erwachsenen, als Beruhigungsmittel in Form von „Mohnsamentee“, um die Säuglinge während des Zahnens zu beruhigen, oder als Hilfsmittel, um den Gesundheitszustand der Tiere auf den Bauernhöfen zu verbessern (Berridge 1977; Berridge/Edwards 1981).

Andere Aspekte der Drogenverwendung im viktorianischen England schließen, dank einer Vielfalt vermarkteter Produkte auf der Basis von Morphin, die Selbstmedikation der Mittelklasse ein, obwohl das Gesundheitswesen sich besonders um die Gefahren des „erheiternden“ Opiumgebrauches durch die urbane Arbeiterklasse und die Praxis des „infantilen Dopens“ mit Hausmitteln zu sorgen begann, deren Vermarktung mit Produktnamen wie *Soothing Syrup* (beruhigender Sirup), *Nurses' Drops* (die Tropfen der Krankenschwestern), *Mothers' Quietness* (die Ruhe der Mütter), *Infants' Quietness* (die Ruhe der Kinder) und *Pennyworth of Peace* (die Ruhe für einen Penny) weit verbreitet war. Diese Mischung aus Ängsten und Klagen, die von skandalösen Berichten über die Bedrohung der „Opiumhöhlen“ im Londoner East End begleitet waren, war ein Bestandteil allgemeiner Besorgnisse und Ängste über den Zustand der Moral und Sitten der Arbeiterklasse Ende des 19. Jahrhunderts, einschließlich des angenommenen Niedergangs des Familienlebens, des Auflösens gemeinschaftlicher Werte und der Bedrohung durch Hooliganbanden (Pearson 1983).

So war das England des 19. Jahrhunderts weit davon entfernt in Bezug auf das Drogenthema ahnungslos zu sein. Auf jeden Fall ist Englands berühmte Rolle in den Opiumkriegen und bei der Absatzförderung der Opiummärkte in Südostasien ausreichend bekannt, selbst wenn jüngste Studien suggerieren, dass China die nationale Demütigung nicht erlitten hätte, die man gewöhnlich beschreibt, und dass das kaiserliche China schon vorher einen großen Appetit auf Narkotika gezeigt hätte (Dikötter/Laamann/Zhou 2004). Nach dem Vorbild anderer europäischer Regionen hat England zu Beginn des 20. Jahrhunderts ebenfalls kurz vom Kokain gekostet, besonders zur Zeit des Ersten Weltkrieges, als man den in London einquartierten Soldaten aus Kanada unterstellte, in den Schmuggel von Kokain nach Großbritannien verwickelt zu sein und als die Presse Skandalgeschichten über die Verwicklungen kleiner Berühmtheiten wie Schauspielerinnen, Tänzerinnen und kleinen Stars der Music-Hall verbreitete (Kohn 1992; Parssinen 1983).

Tatsächlich ist allerdings diese relativ unbedeutende Episode zum Anlass für die erste strafrechtliche Strategie des Kontrolle des Drogenkonsums in Großbritannien geworden, die während des Krieges in Form eines Notstandsgesetzes darauf abzielte, den Besitz von und die Versorgung mit Kokain zu einer kriminellen Handlung zu machen (Berridge 1978; Pearson 1991: 171 f.). Vorher war der aus dem 19. Jahrhundert übernommene Rechtsrahmen Großbritanniens recht unsystematisch gewesen und beinhaltete den *Pharmacy Act* von 1868, der den Verkauf von Mor-

phium- und Opiumderivaten auf Apotheken begrenzte und den Verkauf in Lebensmittelgeschäften oder Drogerien verbot. Patentierte Arzneimittel waren dieser Regelung bis zur Verabschiedung des *Poisons and Pharmacy Act's* von 1908 allerdings nicht unterworfen. Großbritannien wurde ein ziemlich zurückhaltender Partner des Den Haager Opium-Abkommens von 1912, das, wie die Shanghai-Kommission von 1909, von den USA, die schon um 1900 eine geschätzte Zahl von 250.000 Drogenabhängigen zählten, initiiert wurde (Musto 1987: 5; Bewley-Taylor 1999).

Obwohl Großbritannien von den USA mit den *Dangerous Drugs Acts* von 1920 und 1923 in Richtung eines repressiven Vorgehens gedrängt wurde, wurde 1926 infolge des *Rolleston-Reports* eher ein durch Ärzte dominiertes medizinisches System der Drogenhilfe etabliert, statt auf die alleinige Sanktionierung durch das Strafrecht zu setzen (Ministry of Health 1926).

## **2. Die Ära Rolleston: Das britische medizinische System als Partner des Staates**

Der Auftrag des Rolleston-Komitees bestand darin zu bestimmen, unter welchen Umständen es für einen Arzt legitim wäre Drogen zu verschreiben, die wie das Heroin und das Morphinum illegal geworden waren. Das Komitee erklärte, das für bestimmte Klassen von Patienten und Patientinnen – insbesondere diejenigen, die einen progressiven Entzug benötigten sowie diejenigen, die nicht in der Lage sind, entwöhnt zu werden oder deren soziales Verhalten sich verschlechtere, wenn sie ihre „übliche Dosis“ der Droge nicht bekommen – eine ärztliche Behandlung als legitim erachtet würde (Ministry of Health 1926). Die Verschreibungspraxis sollte über die professionelle Selbstkontrolle durch ein medizinisch besetztes Komitee reguliert werden.

Darin sollte man jedoch keinen Sieg für die Autonomie der medizinischen Profession gegenüber staatlicher Regelung und der Polizei sehen. Der nicht-autorisierte Besitz kontrollierter Substanzen wurde weiterhin als ein kriminelles Delikt betrachtet. „Doctors henceforth were in partnership with the State“, schließt Berridge (1979: 85) in seiner Beschreibung des erreichten Kompromisses ab. Diese damit etablierte Form der Drogenkontrolle wurde unter der Bezeichnung „Britisches System“ bekannt, und wenn das Ziel dieses Systems darin bestand, den Anstieg der Zahl der von opiumhaltigen Substanzen Abhängigen zu verhindern, so war es vierzig Jahre lang bemerkenswert erfolgreich. Während der Ära Rolleston lösten sich die in Großbritannien an die Drogenabhängigkeit gebundenen Probleme in Luft auf. 1932 stellte der jährlich für den Völkerbund erstellte Bericht „Opium and other Dangerous Drugs“ selbstsicher heraus, dass „drug addiction is not prevalent in Great Britain“ (Spear 1969: 248). Außerdem bestand die große Mehrheit der Dro-

genabhängigen, die beobachtet wurden, aus „persons who had become addicted in the course of an illness (of therapeutic origin) and an appreciable proportion of the addicts were members of the medical profession“ (Spear 1969: 248). Dieses Schema blieb während der 1940er und 1950er Jahre praktisch unverändert, trotz eines kleinen Kreises von „Freizeitkonsumenten“ von Heroin und Cannabis, der sich hauptsächlich in den Jazzclubs und anderen Londoner Unterhaltungslokalitäten in Begleitung von Seeleuten und ausländischen Soldaten traf (MacInnes 1985; Spear 1969). In Großbritannien gab es also nur geringfügige Probleme mit dem missbräuchlichen Heroingebruch, was zu Lob nordamerikanischer Kommentatoren führte, die das Britische System der Regulierung des Heroingebruchs als ein Verfahren betrachteten, das eine Drogenkriminalität und einen „illegalen Straßenhandel“ vermieden hatte (vgl. Judson 1973; Schur 1964; Trebach 1982).

Dieses System sollte dennoch in den 1960er Jahren auf unumkehrbare Art in sich zusammenbrechen. Bereits 1958 war ein Regierungskomitee einberufen worden, um die Drogenpolitik zu bewerten, aber es kam 1961 zu dem Ergebnis, dass die Verbreitung von Drogenabhängigkeit „is still very small“ und dass die jüngste Zunahme (eine Erhöhung von 260 Drogenabhängigen auf 437 im Jahr 1954, darunter nur 68 Heroinabhängige, gegenüber einer großen Mehrheit von Pethidin- und Morphinabhängigen) zeige, dass die Verwaltung durch das System wirksamer geworden wäre. Der Markt der illegalen Drogen blieb „so small as to be almost negligible“ (Ministry of Health 1961: 9).

In weniger als vier Jahren sollte das Komitee bereits aufs Neue zusammentreten, allerdings in einem Kontext, der nun ganz anders bewertet wurde (vgl. Stimson/Oppenheimer 1982: Kap. 3). Während sich Anfang der 1960er Jahre die Gesamtzahl der erfassten Drogenabhängigen praktisch verdoppelt hatte, gab es ebenfalls eine Tendenz hin zu jüngeren Drogenabhängigen, und die Zahl der Heroinabhängigen „nichttherapeutischen Ursprungs“ war von nur 47 Abhängigen im Jahr 1959 auf 222 im Jahr 1963 gestiegen, um schließlich 1964 die Zahl von 328 zu erreichen (Ministry of Health 1965: 14).

Obwohl das Komitee keinen Beweis des illegalen Handels mit gefährlichen Drogen gefunden hatte, schien diese Zunahme umso beunruhigender zu sein als die Hauptversorgungsquelle durch eine kleine Zahl von liberalen Londoner Ärzten gebildet wurde, die außergewöhnlich hohe Mengen des Heroins an die von ihnen behandelten Drogenabhängigen verschrieben hatten. Zum Beispiel hatte ein Arzt sechs Kilogramm Heroin in einem einzigen Jahr verschrieben. Dieser Arzt hatte einem Drogenabhängigen neun Gramm verschrieben und drei Tage später demselben Patienten von neuem ein Rezept über sechs Gramm ausgestellt, um Drogen zu ersetzen, die vermeintlich bei einem Unfall verloren gegangen waren.

Es war offensichtlich, dass man handeln musste, um diese wenig gewissenhaften Ärzte – das Komitee sprach davon, dass es sich um „höchstens sechs“ Personen

handele – einem System wirksamerer Kontrollen zu unterwerfen. Davon abgesehen hatten die Drogen immer mehr die Aufmerksamkeit der Massenmedien auf sich gelenkt. Eine verbreitete Sorge entwickelte sich aufgrund des Gebrauches von Amphetaminpillen (*Pep Pills* oder *Purple Hearts*) und Cannabis bei Jugendlichen. 1965 starb der Enkel des ehemaligen Ministerpräsidenten Harold Macmillan an einer Überdosis in Oxford, und einige Jahre später wurde Mick Jagger, eines der Mitglieder der Rolling Stones, für den Besitz einer kleinen Menge Amphetaminsulfats inhaftiert. Die öffentliche Stimmung war angespannt. Infolgedessen führten lange Beratungen zu der Einführung eines Systems, das das Recht der Allgemeinmediziner begrenzte, Rezepte über Heroin oder Kokain an Drogenabhängige auszustellen und dies nur dem Personal spezialisierter Drogenbehandlungszentren (bekannt als „clinics“) gestattete. Die Allgemeinmediziner (Hausärzte) behielten allerdings das Recht, normalen Patienten und Patientinnen gefährliche Drogen zu verschreiben, zum Beispiel um Schmerzen zu behandeln.

### **3. Das neue System der Drogentherapiezentren der 1970er Jahre: Behandlung oder Kontrolle?**

Das Britische System ist also wegen höchstens einem halben Dutzend Ärzte in sich zusammengebrochen, was ein merkwürdiges Licht auf diesen Zusammenbruch wirft. Das Heroinproblem war zur damaligen Zeit fast vollständig auf London konzentriert. Was in London geschehen war, war nicht mehr als eine Epidemie eines missbräuchlichen Heroingebrauches schwachen Umfangs, die wahrscheinlich in ihrer Höchstphase nicht mehr als 2000 Personen betraf. Das beste Urteil über das Britische System wurde von David Downes (1977: 89) gefällt, der erklärte, dass das System anstatt der Entwicklung einer Drogenkriminalität und eines illegalen Handels vorzubeugen „little more than masterly inactivity in the face of an almost non-existent addiction problem“ bedeutet habe.

Die weitere Entwicklung des neuen Systems der Drogentherapiezentren wurde dank einer zehnjährigen Studie über ein Drittel aller Drogenabhängigen, die 1969 die Londoner Drogentherapiezentren als ambulante Patienten oder Patientinnen aufgesucht hatten und die ursprünglich Heroinrezepte erhielten, äußerst detailliert beschrieben (Stimson/Oppenheimer 1982). Am Ende dieser Periode waren etwa 40 Prozent drogenfrei und führten „reasonably ordinary lives with no major problems with other drugs“; etwa 40 Prozent besuchten weiterhin die Behandlungszentren und erhielten Verschreibungen; 15 Prozent waren verstorben. Die restlichen 9 Prozent hatten einen „equivocal or uncertain status“ (ebd.: 5).

In zahlreichen Fällen hatten die Behandlungszentren das Heroin durch injizierbares Methadon ersetzt, um später die orale Methadoneinnahme als favorisierte Methode zu übernehmen, entweder im Rahmen einer Entgiftungstherapie oder ei-

nes Substitutionsprogramms. Diese Veränderungen der Behandlungsphilosophie, wie sie von Stimson und Oppenheimer beschrieben wurden, waren wahrscheinlich mehr das Ergebnis einer Überforderung und Frustration der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Zentren als einer geplanten Strategie. Zunächst mit Forderungen überhäuft, die das System der Drogentherapiezentren betrafen, war das medizinische Personal manchmal mit feindseligen und manipulierenden Patienten und Patientinnen konfrontiert, und die zu verschreibende Drogenmenge war regelmäßig Gegenstand von Verhandlungen und Konflikten. Zudem erlebte das Personal einen Rollenkonflikt zwischen Behandlung und Kontrolle. Die Verschreibung des Heroin hielt den Kontakt zwischen den Drogenabhängigen und dem Drogentherapiezentrum aufrecht, was als ein Mittel wirksamer Kontrolle hätte betrachtet werden können, aber die Ärzte sahen darin keinen therapeutischen Vorteil. Dagegen führte die Verweigerung Heroin zu verschreiben zu konfliktgeladeneren Situationen, die als für eine „therapeutische“ Veränderung von Vorteil angesehen wurden.

Die Studien haben dann gezeigt, dass diese Veränderungen des Systems nicht voraussehbar waren. Obwohl sie zu einer hohen Rate der Abstinenz führten, erzeugten sie gleichzeitig eine stärkere Verwicklung in illegale Drogenaktivitäten sowie in kriminelle Delikte (Hartnoll et al. 1980; Mitcheson/Hartnoll 1978). Stimson und Oppenheimer (1982) haben beobachtet, dass diese Feststellungen oft vom Fachpersonal der Londoner Therapiezentren falsch interpretiert wurden, da sie diese benutzten, um ihre wachsende Unzufriedenheit mit der Heroinausgabe auszudrücken, die als eine Strategie einer „nicht-therapeutischen“ Kontrolle angesehen wurde, wohingegen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eher dem Trend einer „konfrontativen“ therapeutischen Haltung folgten. In seinen Überlegungen über seine dreißigjährige Erfahrung im Drogenfeld kommt Connell (1986: 463) zu dem Schluss, dass die Ärzteschaft nur mit großen Vorbehalten die Vorstellung eines „stabilisierten Drogenabhängigen“ und die Verschreibung von Heroin und von Kokain für Drogenabhängige unterstützt habe, insbesondere angesichts der neuen Typen von Straßendrogenabhängigen mit oft chaotischen Lebensstilen im Vergleich mit den eher gesetzten „therapeutischen Drogenabhängigen“, denen man noch vor den 1960ern begegnet war.

In den 1970er Jahren hatte sich das Problem des Heroinkonsums weitgehend stabilisiert, was sich auch in einer Alterszunahme der neu gezählten Drogenabhängigen und im Alter der Täter von Drogendelikten widerspiegelte. Diese Beobachtung könnte andeuten, dass das medizinische System und das strafrechtliche System mit einer alternden Gruppe von Heroingebern in Berührung kamen, die die Überlebenden der Miniepidemie Ende der 1960er Jahre waren. In einer rückblickenden Analyse des Jahrzehnts, in dem das neue System angewandt wurde, scheint die Haltung von Edwards (1979) völlig gerechtfertigt zu sein, der die These vertrat, dass sich das britische Drogenproblem in dieser Zeit beruhigt habe.

#### 4. „Chasing the Dragon“: Die Heroin-Epidemie der 1980er Jahre

Dies alles änderte sich auf bedeutsame Art in den 1980er Jahren. Kaum waren diese beruhigenden rückblickenden Meinungen in den 1970er Jahren dargelegt worden, brach eine gewaltige Welle des Drogenkonsums los, was diesmal der Wirklichkeit entsprach und nicht mehr nur ein Produkt der aufgeregten Öffentlichkeit war: Anfang der 1980er Jahre entwickelte sich in Großbritannien eine Heroinepidemie, die bis heute anhält. 1983 hatte sich die Zahl der polizeilichen Heroinbeschlagnahmen im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt und war sechs Mal so hoch wie der jährliche Durchschnitt der Jahre 1973-1978. Die Zahl der Drogenabhängigen, die vom Innenministerium gemeldet wurde, war um 42 Prozent angestiegen, und die Zahl der 1983 gemeldeten Erstkonsumenten von Drogen war gegenüber 1982 um 50 Prozent angestiegen (Home Office 1984). Man schätzte 1983 im Vereinigten Königreich die Zahl von 50.000 regelmäßigen Opiatkonsumenten und -konsumentinnen, für 1986 kam man dann auf 75.000 bis 150.000 problematische Drogenkonsumenten und -konsumentinnen (ACMD 1988: 13; Hartnoll et al. 1985).

Diese Explosion des Heroingeбраuches in Großbritannien entstand infolge des Imports von viel und preisgünstigem Heroin über neue Handelswege aus Südwestasien – dem Iran, Pakistan und Afghanistan –, eine geopolitische Region, die durch den Sturz des Schahs im Iran und die sowjetische Invasion in Afghanistan Ende der 1970er Jahre destabilisiert worden war. Die Daten zeigen, dass die Preise für Heroin, das auf den Londoner Straßen gehandelt wurde, zwischen 1980 und 1983 bei einem beibehaltenen hohen Reinheitsniveau um etwa 25 Prozent gesunken waren (Lewis et al. 1985).

Diese Entwicklung des Drogenproblems in Großbritannien im Laufe der 1980er Jahre drückte sich sowohl in der Größenordnung als auch in der geografischen Verbreitung aus. Der Heroingebrauch beschränkte sich jetzt nicht mehr auf London und begann ein ernstes soziales Problem in zahlreichen Städten und Vorstädten im Norden Englands und Schottlands zu werden, wo das Heroin bis dahin eher unbekannt geblieben war. Auf jeden Fall waren die regionalen Unterschiede sehr ausgeprägt und zeigten zugleich oft überraschende örtliche und regionale Fluktuationen in Bezug auf den Umfang des Problems und die Arten der konsumierten Drogen (Pearson/Gilman 1994, 2005). Zum Beispiel war im Norden Englands das neue Heroinproblem viel gravierender westlich der Pennine-Kette als im Osten und erzeugte große Probleme nicht nur in den Großräumen Liverpool und Manchester, sondern auch in den kleinen Städten des ehemaligen Baumwollgürtels von Lancashire. Ebenso variierten die Konsumarten der Drogen nach der vorherigen Existenz oder Nichtexistenz einer Drogenkultur: Dort, wo Amphetamin-Sulfate injiziert



worden waren, wurde auch das neu aufgetretene Heroin injiziert, während woanders das Rauchen von Heroin eher verbreitet war.

Entscheidend für die Entwicklung der Drogenepidemie war auch, dass das neu eingeführte Heroin als so genanntes „braunes Heroin“ geraucht werden konnte, und es so neuen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen möglich wurde die stigmatisierte Selbstinjektion zu vermeiden. Die Praxis des *Chasing the Dragon* – das Erhitzen von Heroin auf einem Aluminiumpapier und die Inhalation der entstehenden Dämpfe – verbreitete sich auf diese Weise in zahlreichen Vierteln wie ein Strohfeuer (Parker/Bakx/Newcombe 1988; Pearson 1987a; Pearson/Gilman/McIver 1986).

Es wurde schnell klar, dass sich die größten an Heroin gebundenen Probleme in den ärmsten Vierteln zeigten, in denen in den 1980er Jahren die Jugendarbeitslosigkeit am höchsten war. Das wurde zuerst in den gleichzeitig in Glasgow (Haw 1985) und in Nordengland (Pearson/Gilman/McIver 1986) durchgeführten Studien und bei einer detaillierten Fallstudie bezüglich des Heroingebrauches auf der Halbinsel von Wirral in Merseyside (Parker/Bakx/Newcombe 1988), die eines der Epizentren der Epidemie bildete, beobachtet. Andere, in Nottingham (Giggs et al. 1989), Liverpool (Fazey/Brown/Batey 1990) und verschiedenen Regionen des Südens von London (Burr 1987; Mirza/Pearson/Phillips 1991; Pearson/Mirza/Phillips 1993: 111 ff.) durchgeführte Studien haben diese Tendenz bestätigt, und später wurde sie im Bericht des *Advisory Council on the Misuse of Drugs* mit dem Titel *Drug Misuse and the Environment* (1998) als ein Definitionsmerkmal des problematischen Drogengebrauchs beschrieben.

So machte Großbritannien erst in den 1980er Jahren die ersten Erfahrungen mit den Problemen der Beschaffungskriminalität, während der Heroingebrauch gleichzeitig anfang mit einem Lebensstil verbunden zu werden, wie er in dem berühmten 1960 erschienenen Artikel von Edward Preble und James Casey *Taking Care of Business* für New York beschrieben worden war. Der Tagesablauf eines Heroinabhängigen wird oft mit einem Uhrwerk verglichen – vom Aufstehen, dem Geldhinterherrennen, dem Kauf von Heroin, dem Vorgang des Rauchens bis zur Wiederaufnahme einer neuen Gelegenheit zur Heroinbeschaffung:

*Dann stehst du auf, du muss rausgehen, Geld aufreiben, du kaufst deinen Stoff, du kehrst zurück, du rauchst es... Es geht dir zehn Minuten lang gut, du gehst wieder raus, du treibst Geld auf... nach ein paar Stunden geht es dir dreckig, du findest nichts, also gehst du wieder los (Colin, 23 Jahre, Manchester.*

*Können Sie einen ihrer typischen Tage beschreiben?*

*Na ja, du gehst deinen Stoff holen, du rauchst ihn und dann... fragst du dich, wo du dein nächstes Pack finden wirst und du glotzt ein wenig fern, das ist alles... also, es wird dir bewusst und du fängst an, dir zu sagen: „Pffff und*

*jetzt, was werde ich heute Abend nehmen?“ Also, du versuchst loszugehen, um mehr Geld aufzutreiben und so bist du den ganzen Tag beschäftigt... Du machst was du immer machst, um Geld zu bekommen, du kaufst deinen Stoff, du kehrst zurück und dann... rauchst du ihn... und dann ist es Zeit zu essen (Sharon, 21 Jahre, Liverpool; (Pearson 1987b: 88).*

## **5. Die Auswirkungen: Verbrechen, Crack und „Standardisierung“**

Die Verbindung zwischen Drogen und Kriminalität wurde in Großbritannien von einigen Forschern problematisiert (vgl. z. B. McSweeney/Hough/Turnbull 2007). Wie auch immer die genauen Ursachen und Mechanismen zwischen Drogenkonsums und Drogen aussehen, es zeigt sich eine direkte Verbindung: Überall, wo man Heroinkonsum findet, registriert man systematisch kriminelle Aktivitäten, und je höher der Heroinkonsum ist, desto höher ist die Kriminalitätsrate. In einem Forschungsprojekt mit Urintests an Verdächtigen in Polizeigewahrsam, basierend auf dem berühmten amerikanischen Programm ADAM (*Arrestee Drug Abuse Monitoring*) wurden 29 Prozent aller festgenommenen Personen positiv auf Opiate und 20 Prozent positiv auf Kokain getestet, allerdings mit beträchtlichen regionalen Unterschieden. In Liverpool zum Beispiel wurden 50 Prozent der festgenommenen Personen positiv auf Opiate und 40 Prozent positiv auf Kokain getestet, mit Unterschieden in Bezug auf die Straftat: 67 Prozent der Wohnungseinbrecher wurden positiv auf Opiate und 50 Prozent positiv auf Kokain getestet, während 64 Prozent der Laddendiebe positiv auf Opiate und 41 Prozent positiv auf Kokain getestet wurden (Bennett 2000: 27 ff.).

Im Schatten der Heroin-Epidemie entwickelte sich in Großbritannien ein ernstes Drogenproblem. Nach einer Periode sichtbarer Stabilität änderte das Auftauchen neuer Brennpunkte in den 1990er Jahren nicht nur das geografische Profil des Heroingebrauches, sondern auch das Profil der ethnischen Zusammensetzung der Konsumenten und Konsumentinnen. Obwohl das neue Heroinproblem der 1980er Jahre auf die schottischen Städte Edinburgh und Glasgow, auf die armen Stadtteile Londons und dem Nordwesten Englands zentriert war, blieb das Problem im Nordosten Englands praktisch noch unbekannt. In den 1990er Jahren zeigte sich dann auch im Nordosten das Auftreten bedeutsamer Drogenprobleme und eine verallgemeinerte geografische Verbreitung der verschiedenen Konsumarten des Heroins (Parker/Bury/Eggington 1998).

In Bezug auf den ethnischen Ursprung der Drogenabhängigen bildete die Tatsache, dass das Heroin fast ausschließlich von der urbanen weißen Arbeiterklasse konsumiert wurde, ein bemerkenswertes Merkmal der Heroin-Epidemie der 1980er Jahre. Da dieser Aspekt des Problems dermaßen evident und als selbstverständlich betrachtet wurde, haben sich die meisten Studien um die Frage der ethnischen Zu-

sammensetzung der Heroinkonsumenten nicht gekümmert und haben sogar davon abgesehen, ethnische Zugehörigkeit in Frage- und Kodierungsbögen aufzunehmen (Pearson/Mirza/Phillips 1993). Mittlerweile lassen sich einzelne Gruppen mit problematischem Drogenkonsum sowohl mit Heroin als auch mit Crack bei Schwarzen und anderen ethnischen Minderheiten beobachten und die Existenz einer bedeutenden Heroin-Epidemie unter Jugendlichen südasiatischen Ursprungs – oft moslemische Pakistani oder Bengali – ist wahrscheinlich, aber noch wenig erforscht (siehe Pearson/Patel 1998).

Die Hauptveränderung in Bezug auf Drogenprobleme in Großbritannien im Laufe der 1990er Jahre und zu Anfang des neuen Jahrtausends betraf zweifellos die wachsende Popularität des Kokaingebrauches. Vor 1990 wurde Kokain im Allgemeinen als „Champagner-Droge“ betrachtet, die man mit dem luxuriösen Lebensstil der Reichen und Berühmten assoziierte, und bis dahin waren, wenn überhaupt, nur wenige Studien zu diesem Thema veröffentlicht worden (siehe Bean 1993; Ditton et al. 1991; Ditton/Hammersley 1996; Green et al. 1994; Pearson 2001; Pearson/Mirza/Phillips 1993; Power et al. 1995). Die geläufigere Konsumart des Kokains beinhaltet das Schnupfen der pulverartigen Droge („Line ziehen“ oder „Sniefen“). Daneben verbreitete sich der Gebrauch von Crack – in Großbritannien unter dem Namen *Rocks Kokain* bekannt – auf beunruhigende Art. Sein Konsum war bis Anfang der 1990er Jahre nahezu unbekannt (Bean 1993; Pearson/Mirza/Phillips 1993), aber obwohl gezeigt wurde, dass die Crackkonsumenten besonders häufig in kriminelle Aktivitäten verwickelt waren (Parker/Bottomley 1996), haben sich nur wenige Studien mit diesem speziellen Thema befasst.

Es scheint offensichtlich, dass viele, wenn nicht sogar die Mehrheit der Kokainkonsumenten und -konsumentinnen ebenfalls Heroin konsumieren. Diese Form der Polytoxikomanie ist im heutigen Großbritannien zu einem gängigen Problem der Drogenabhängigkeit geworden. Sie ist mit einem hohen Ausmaß an Kriminalität und *Anti-Social Behaviour* verbunden und ist nicht selten auch an Prostitution gebunden (Lupton et al. 2002; May/Edmunds/Hough 1999; McKeganey/Barnard 1996). Insgesamt zählt Großbritannien nach den Schätzungen von Godfrey et al. (2002) heute ungefähr 350.000 problematische Heroin- und Kokainkonsumenten und -konsumentinnen, die jährlich Kosten zwischen 10 und 17 Milliarden Pfund sozialer und wirtschaftlicher Art hervorrufen. Davon werden etwa 90 Prozent der Drogenkriminalität zugerechnet und die nur schwach miteinander verbundenen illegalen Drogenmärkte bleiben äußerst lebhaft (Pearson/Hobbs 2001, 2003, 2004; Pearson 2007a).

Großbritannien hat ganz allgemein im Laufe der 1990er Jahre die Ausweitung verschiedener Formen des Drogenkonsums erlebt, insbesondere des Konsums von Cannabis und „Partydrogen“ wie Ecstasy (MDMA), das bei Personen, die *Raves* mit schneller, rhythmischer Musik besuchen, äußerst beliebt geworden ist (siehe

Hammersley/Khan/Ditton 2002; Malbon 1999; Parker/Measham/Aldridge 1995; Parker/Aldridge/Meacham 1998). Hierbei handelt sich um weitgehend unproblematische Formen eines „Freizeit-Drogengebrauchs“ (*recreational drug use*), der dermaßen verbreitet und toleriert wurde, dass Parker und seine Kollegen sich veranlasst sahen, das Phänomen als eine „Normalisierung“ bestimmter Formen des Drogengebrauchs im heutigen Großbritannien zu konzeptualisieren (Measham/Newcombe/Parker 1994; Parker/Aldridge/Measham 1998b; Parker/Williams/Aldridge 2002).

Die letzten Schätzungen des Drogenkonsums (Newcombe 2007; Roe/Man 2006) zeigen, dass ungefähr 35 Prozent der Menschen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren in England und in Wales (mit anderen Worten mehr als 11 Millionen Individuen) eine oder mehrere Drogen im Laufe ihres Lebens konsumiert haben, davon 10 Prozent im Laufe des letzten Jahres und 6 Prozent im Laufe des letzten Monats. Dabei ist Cannabis die mit Abstand am häufigsten konsumierte Droge und knapp 10 Prozent haben sie im Laufe des vergangenen Jahres konsumiert. Der Drogengebrauch ist insbesondere in der Altersgruppe der Jugendlichen und Heranwachsenden verbreitet. Die älteren Zahlen des *British Crime Survey* von 1998 haben gezeigt, dass in England und Wales 1998 insgesamt 54 Prozent der Jugendlichen und Heranwachsenden Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen hatten. Mit anderen Worten, ungefähr 2,5 Millionen Jugendliche und Heranwachsende im Alter zwischen 16 und 29 Jahren hatten im Laufe des vergangenen Jahres und 1,5 Millionen im Laufe des vergangenen Monats Cannabis konsumiert (Ramsay/Partridge 1999: 24). Seitdem scheint sich der Drogenkonsum insgesamt stabilisiert zu haben bzw. scheint sogar gesunken zu sein, was hauptsächlich auf einen Rückgang des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und Heranwachsenden zurückzuführen ist. Allerdings hat der Konsum von Drogen der Klasse A (hauptsächlich Opiate und Kokain) im Laufe desselben Zeitraums aufgrund des Zuwachses des Konsums von Kokain in Pulverform zugenommen, womit sich hinsichtlich der Konsumhäufigkeit Kokain nunmehr zur zweithäufigsten Droge hinter Cannabis entwickelt hat.

Die Drogengesetzgebung bezüglich Cannabis ist 2004 geändert worden und die Droge wurde von Klasse B auf Klasse C zurückgestuft. Dies bedeutet, dass der Besitz von Cannabis nicht mehr als kriminelles Delikt geahndet wird, stattdessen wurden die bei Personenkontrollen durch die Polizei gefundenen Drogen beschlagnahmt und es wurde lediglich nur eine Verwarnung ausgesprochen (May/Edmunds/Hough 2007; Pearson 2007b). Diese Gesetzesänderung wurde damit gerechtfertigt, dass die Zeit, die die Polizei bis dahin für Verhaftungen der Rechtsverstöße und für die Bearbeitung der an Cannabis gebundenen Verstöße aufwendete, dann anderweitig verwendet werden könne. Allerdings ist diese Änderung im Mai 2008, trotz anderslautender Meinungen der wissenschaftlichen Berater der Regierung und des Beirats zu Fragen des Drogenmissbrauchs, rückgängig gemacht worden.

Möglicherweise unterschätzen die vorher zitierten Zahlen das wahre Ausmaß des Cannabisgebrauchs (Newcombe 2007), aber wenn das Ausmaß des Cannabiskonsums in den letzten Jahren rückläufig ist, wie es die letzten Zahlen aufzeigen (Roe/Man 2006), so wissen wir im Grunde nicht, weshalb dies der Fall ist. Tatsächlich haben wir überraschend wenig detaillierte Kenntnisse über die Konsumweisen, die konsumierten Mengen oder die Zeitabstände des Cannabisgebrauchs. Darüber hinaus haben wir kaum Informationen über den Cannabisgebrauch von Erwachsenen oder über die gesundheitlichen Folgen des Konsums (Pearson 2001). Es ist schon erstaunlich, so wenige relevante Informationen über eine illegale Droge zu haben, die in einem solchen Umfang konsumiert wird.

## **6. Antworten im Rahmen der Politik: Von der Risikominimierung bis hin zur Reduzierung des Verbrechens?**

Mitte der 1980er Jahre wurde deutlich, dass mit der Entwicklung der Heroin-Epidemie die bestehenden Hilfsangebote nicht ausreichend waren. Die Regierung kündigte damals die Gründung einer bescheidenen *Central Funding Initiative* an, um soziale Dienste für Drogenabhängige zu fördern, die bis 1987 17,5 Millionen Pfund bewilligt bekamen, wovon die Hälfte an so genannte *community-based projects* vergeben wurden. Bestimmte Gebiete wie London (Dorn/South 1985) hatten bereits Erfahrungen mit gemeindenahen nicht-medizinischen Drogenhilfeeinrichtungen gemacht und diese Einrichtungen wurden zur zentralen Einrichtungsform der *Central Funding Initiative*. Das Personal dieser Einrichtungen besteht im Allgemeinen aus verschiedenen Berufsgruppen – Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Betreuer und Betreuerinnen, Krankenpflegepersonal, aber auch nicht selten als Fachpersonal eingesetzte ehemalige Drogenabhängige. In den Einrichtungen werden verschiedene Dienste wie eine Hotline, Beratung und Weitergabe von Informationen, die Unterstützung im Rahmen des Sozialrechts und die Vermittlung zu spezialisierteren Diensten angeboten.

Dieser niedrigschwellige Sektor gewann weiter an Bedeutung mit der Übernahme von Programmen der *harm reduction* wie z. B. Spritzentausch infolge der Überzeugung, dass Konsumenten und Konsumentinnen injizierbarer Drogen eine der Hauptrisikogruppen der Verbreitung von HIV/AIDS darstellen. Stimson (1994) hat drei Faktoren vorgeschlagen, die die Geschwindigkeit erklären könnten, mit der die Kontaktläden die Strategie der Risikominimierung umsetzten. Erstens kommt die Tatsache zum Tragen, dass es sich bei den meisten der Einrichtungen um Neugründungen handelte, die den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Arbeitsplätze und Karrieregelegenheiten boten, was auch neue Personen dazu bewegte im Drogenbereich zu arbeiten. Zweitens waren mit der *Central Funding Initiative* keine besonderen Richtlinien der Umsetzung verbunden, was auf lokaler Ebene eine relativ große

Autonomie ermöglichte. Drittens existierte bereits vorher eine bestimmte Rhetorik die Risikominimierung aus den Zeiten des Berichts des Rolleston-Komitees, das davon ausgegangen war, dass unter bestimmten Umständen eine medizinische Praxis der Drogenabgabe an Abhängige gerechtfertigt ist, so dass sie ein verhältnismäßig normales Leben führen und drogenbedingte Schäden vermeiden können.

Ein weiterer Impuls wurde durch den Bericht des *Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD) gegeben, der eine Reihe eher erstaunlicher Empfehlungen zum Thema *AIDS and Drug Misuse* abgab, die von der Prämisse ausgingen, dass „HIV is a greater threat to public and individual health than drug misuse“ (ACMD 1988a: 1). Dies ermöglichte nicht nur eine Ausweitung der Spriztensauschprogramme in größeren Umfangs, sondern auch die Beratung zum Thema *Safer Use*, wie z. B. der Verzicht auf die gemeinsame Benutzung der Nadel und des Injektionsbestecks, sowie die Wiederaufnahme der Behandlung mit Methadon, um den Kontakt zwischen den Opiatkonsumenten bzw. -konsumentinnen und den Drogenberatungsstellen aufrecht zu erhalten. Andere Empfehlungen schlossen die Entwicklung niedrigschwelliger Angebote mit dem Ziel der Aufrechterhaltung des Kontaktes ein. Darüber hinaus sollten soziale Einrichtungen nicht automatisch die Kinder drogenabhängiger Eltern dem Jugendamt übergeben und es wurde die Einrichtung von Spriztensauschprogrammen in Gefängnissen empfohlen. Während Mitte der 1980er Jahre eine Gesundheitserziehungskampagne unter dem Slogan „Just Say No“ zusammengefasst werden kann, verkündete gleichzeitig eine Werbekampagne im Fernsehen und auf Werbetafeln angesichts der Übertragungsrisiken von HIV: „Don't Share Works!“.

Ähnlich wie auch bei anderen Aspekten der Heroin-Epidemie zeigten Berichte über die Verbreitung von HIV-Infektionen bei den intravenös konsumierenden Drogenkonsumenten und -konsumentinnen eine breite lokale und regionale Variation (Pearson/Gilman 1994: 111 ff.). In England wurden 1991 etwa zwei Drittel der bekannt gewordenen HIV-Fälle in London beobachtet und etwa 30 Prozent der gesamten englischen Fälle stammten allein aus einer Berichtsregion in North West Thames. Betrachtet man das Vereinigte Königreich insgesamt, so waren 44 Prozent der bekannt gewordenen HIV-Fälle in Schottland, ein weiteres Drittel in London und weniger als ein Prozent in der Region von Merseyside beobachtet worden, die eines der Epizentren der „Chasing the Dragon“ Epidemie gewesen war. Zusammenfassend kann man sagen, dass das Profil der bekannten Berichte über positive HIV-Tests der Drogen injizierenden Abhängigen die lokalen Vorlieben bezüglich der Konsumweise von Drogen, d. h. ob sie inhaliert oder injiziert werden, widerspiegeln. Das Erkennen der Tatsache, dass die Praktiken mit hohen Risiken, wie z. B. das gemeinsame Benutzen von Injektionsbesteck, die Übertragung von HIV bei den Drogenabhängigen beschleunigen konnte, hatte tiefe Auswirkungen auf die Politik der Drogenkontrolle und auf das Angebot an Hilfseinrichtungen (O'Hare et

al. 1992; McKeganey/Barnard 1992; Plant 1990; Strang/Stimson 1990). Damit wurde Risikominimierung in Großbritannien der 1990er Jahre zum zentralen Diskurs in der Drogenpolitik. Die Eindämmung der HIV-Infektion unter den intravenös konsumierenden Drogenabhängigen sollte in der Tat als der größte Erfolg der Drogenpolitik des Vereinigten Königreichs dieser Zeit betrachtet werden.

Eine wesentliche Änderung erfolgte 1997 mit der Wahl von *New Labour* in die Regierung und der Verkündung ihrer Zehn-Jahres-Strategie zur Drogenbekämpfung *Tackling Drugs to Build a Better Britain* (UK Government 1998). Diese Strategie enthielt die Ernennung eines Antidrogen-Koordinators für das Vereinigte Königreich (des so genannten *Drugs Czar*) und die Verabschiedung einer Reihe von Strategien für alle Regierungsbehörden, die um vier Hauptziele kreisten:

- a. "To help young people resist drug misuse in order to achieve their potential in society;
- b. To protect our communities from drug-related anti-social behaviour;
- c. To enable people with drug problems to overcome them and live healthy and crime-free lives;
- d. To stifle the availability of illegal drugs on our streets".

Das zweite dieser Ziele – "To protect our communities from drug-related anti-social behaviour" – stellte eine Innovation dar und postulierte, dass diejenigen, die am meisten an dem missbräuchlichen Drogengebrauch leiden, wahrscheinlich nicht die Drogenabhängigen selbst sind, sondern die nicht drogenkonsumierenden Gemeinschaften. Diese Vorstellung führte zu den meisten Kontroversen, da dieses Ziel den Schwerpunkt auf die Kriminalitätsbekämpfung legte und dabei gesundheitspolitische Zielsetzungen aussparte, die die britische Politik der Drogenkontrolle seit Ende der 1980er Jahre beherrscht hatten. Dieses zweite Ziel war gleichermaßen wenig beliebt bei der Ärzteschaft wie auch beim Fachpersonal der Drogenhilfeeinrichtungen. Sie blieben natürlich der Gesundheit und dem Wohlbefinden ihrer Klientel verbunden. auch wenn in der Zehn-Jahres-Strategie zur Drogenbekämpfung besonders hervorgehoben wurde, dass die Förderung von Abstinenztherapien ein Mittel sein kann, um die Beschaffungskriminalität zu reduzieren und die *National Treatment Agency* von einer Erhöhung ihrer Mitteln profitierte, um die Zahl von Behandlungsplätzen deutlich steigern zu können.

Eine andere sehr umstrittene Konsequenz der Strategie zur Drogenbekämpfung war die Entwicklung von Initiativen wie die *Drug Treatment and Testing Orders* (DTTOs) im *Crime and Disorder Act* von 1998, wodurch es den Gerichten ermöglicht wurde, von straffälligen Drogenabhängigen eine stationäre Therapie mit einem anschließenden Zeitraum der Verpflichtung zu regelmäßigen Drogentests zu fordern. Eine erste Auswertung hat gezeigt, dass dieses Programm nur mäßig erfolgreich war im Hinblick auf die Verringerung des Ausmaßes des Drogenkonsums und der von den Konsumenten und Konsumentinnen für Drogen ausgegebenen Be-

träge (Turnbull et al. 2000). Da die DTTOs jedoch Zwangsbehandlungen forderten, waren sie für zahlreiche Professionelle des Gesundheitswesens ein Gräuel.

Die entscheidende Frage im Hinblick auf die Zehn-Jahres-Strategie zur Drogenbekämpfung muss allerdings darin gesehen werden, ob sie tatsächlich die Ziele der Public Health Perspektive einer Risikominimierung verrät, die das vorherrschende Merkmal der britischen Politik der Drogenkontrolle gebildet hatte, oder ob sie eher – durch den auf die Kriminalität und das Anti-Social-Behaviour gelegten Akzent – als eine Ausweitung der Prinzipien der Risikominimierung auf die ganze Gesellschaft verstanden werden muss.

## Literatur

- Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), 1988a: AIDS and Drugs Misuse, Part I. London: H.M. Stationery Office.
- Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), 1988b: Drug Misuse and the Environment, London: H.M. Stationery Office.
- Bean, Philip (Hrsg.), 1993: Cocaine and Crack: Supply and Use. London: Macmillan.
- Bennett, Trevor, 2000: Drugs and Crime: The Results of the Second Developmental Stage of the NEW-ADAM Programme (Home Office Research Study 205). London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors205.pdf>].
- Berridge, Virginia, 1977: Fenland Opium Eating in the Nineteenth Century. *British Journal of Addiction* 72: 275-284.
- Berridge, Virginia, 1978: War Conditions and Narcotics Control: The Passing of Defence of the Realm Act Regulation 40B. *Journal of Social Policy* 7/3: 285-304.
- Berridge, Virginia, 1979: Morality and Medical Science: Concepts of Narcotic Addiction in Britain, 1820-1926. *Annals of Science* 36: 67-85.
- Berridge, Virginia/Edwards, Griffith, 1981: Opium and the People. Opiate Use in Nineteenth Century England. London: Allen Lane.
- Bewley-Taylor, David R., 1999: The United States and International Drug Control, 1909-1997. London: Pinter.
- Burr, Angela, 1987: Chasing the Dragon: Heroin Misuse, Delinquency and Crime in the Context of South London Culture. *British Journal of Criminology* 27: 333-357.
- Connell, Philip H., 1986: "I Need Heroin": Thirty Years' Experience of Drug Dependence and the Medical Challenge at Local, National, International, and Political Level. What Next? *British Journal of Addiction* 81: 461-472.
- Dikötter, Frank/Labmann, Lars/Zhou, Xun, 2004: Narcotic Culture: A History of Drugs in China. London: Hurst & Co.
- Ditton, Jason/Hammersley, Richard, 1996: A Very Greedy Drug: Cocaine in Context. Amsterdam: Harwood Academic.



- Ditton, Jason/Farrow, Kathryn/Forsyth, Alasdair/Hammersley, Richard, 1991: Scottish Cocaine Users: Wealthy Snorters or Delinquent Smokers? *Drug and Alcohol Dependence* 28: 269-276.
- Dorn, Nicholas/South, Nigel, 1985: *Helping Drug Users: Social Work, Advice Giving, Referral and Training Services of Three London «Street Agencies»*. Aldershot: Gower.
- Downes, David, 1977: The Drug Addict as a Folk Devil. S. 89-97 in: Rock, P. (Hrsg.), *Drugs and Politics*. New York: Transaction Books.
- Edwards, Griffiths, 1979: British Policies on Opiate Addiction: Ten Year Working of the Revised Response and Options for the Future. *British Journal of Psychiatry* 134: 1-13.
- Fazy, Cindy/Brown, Peter/Batey, Peter, 1990: *A Socio-Demographic Analysis of Patients Attending a Drug Dependency Clinic*. Liverpool: Centre for Urban Studies, University of Liverpool.
- Giggs, John/Bean, Philip/Waynes, David/Wilkinson, Christine, 1989: Class A Drug Users: Prevalence Characteristics in Greater Nottingham. *British Journal of Addiction* 84: 1473-1480.
- Godfrey, Christine/Eaton, Gail/McDougall, Cynthia/Culyer, Anthony, 2002: *The Economic and Social Costs of Class A Drug Use in England and Wales, 2000 (Home Office Research Study 249)*. London: Home Office.
- Green, Anna/Pickering, H./Foster, Rebecca/Power, Robert/Stimson, Gerry V., 1994: Who Uses Cocaine? Social Profiles of Cocaine Users. *Addiction Research* 2: 141-154.
- Hammersley, Richard/Khan, Furzana/Ditton, Jason, 2002: *Ecstasy and the Rise of the Chemical Generation*. London: Routledge.
- Hartnoll, Richard/Mitcheson, Martin/Battersby, A./Brown, Geoffry/Ellis, Margaret/Fleming, Philip/Hedley, Nicholas, 1980: Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry* 37: 877-884.
- Hartnoll, Richard/Lewis, Roger/Mitcheson, Martin/Bryer, Susan, 1985: Estimating the Prevalence of Opioid Dependence. *Lancet*, 1/8422: 203-205.
- Haw, Sally, 1985: *Drug Problems in Greater Glasgow*. London: SCODA.
- Home Office, 1984: *Statistics of the Misuse of Drugs, United Kingdom, 1983 (Home Office Statistical Bulletin 18/84)*. London: Home Office.
- Home Office, 1988: *Tackling Drug Misuse: A Summary of the Government's Strategy*. London: Home Office. [3. Auflage].
- Judson, Horace F., 1973: *Heroin Addiction in Britain*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kohn, Marek, 1992: *Dope Girls: The Birth of the British Drug Underground*. London: Lawrence & Wishart.
- Lewis, Robert/Hartnoll, Richard/Bryer, Susan/Daviaud, Emmanuelle/Mitcheson, Martin, 1985: Scoring Smack: The Illicit Heroin Market in London, 1980-1983. *British Journal of Addiction* 80: 281-290.
- Lupton, Ruth/Wilson, Andrew/May, Tiggey/Warburton, Hamish/Turnbull, Paul J., 2002: *A Rock and a Hard Place: Drug Markets in Deprived Neighbourhoods (Home Office Research Study 240)*. London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors240.pdf>].
- Malbon, Ben, 1999: *Clubbing: Dancing, Ecstasy and Vitality*. London: Routledge.
- MacInnes, Colin, 1985: *City of Spades*. London: Alison & Busby. [1. Auflage 1957].

- McKeganey, Neil/Barnard, Marina, 1992: AIDS, Drugs and Sexual Risk. Buckingham: Open University Press.
- McKeganey, Neil/Barnard, Marina, 1996: Sex Work on the Streets: Prostitutes and Their Clients. Buckingham: Open University Press.
- McSweeney, Tim/Hough, Mike/Turnbull, Paul J., 2007: Drugs and Crime: Exploring the Links. S. 95-107 in: Simpson, M./Shildrick, T./McDonald, R. (Hrsg.), Drugs in Britain: Supply, Consumption and Control. London: Palgrave.
- May, Tiggey/Edmunds, Mark/Hough, Mike, 1999: Street Business: The Links between Sex and Drug Markets (Police Research Series Paper 118). London: Home Office. *Internetquelle*: [[http://www.popcenter.org/problems/drugdealing\\_apartments/PDFs/fprs118.pdf](http://www.popcenter.org/problems/drugdealing_apartments/PDFs/fprs118.pdf)].
- May, Tiggey/Duffy, Martin/Warburton, Hamish/Hough, Mike, 2007: Policing Cannabis as a Class C Drug: An Arresting Change? York: Joseph Rowntree Foundation. *Internetquelle*: [<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/1961-policing-cannabis-classc.pdf>].
- Measham, Fiona/Newcombe, Russell/Parker, Howard, 1994: The Normalisation of Recreational Drug Use amongst Young People in North-West England. *Sociology* 45: 287-312.
- Ministry of Health, 1926: Report of the Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction. London: H.M. Stationery Office.
- Ministry of Health, 1961: Drug Addiction: Report of the Interdepartmental Committee. London: H.M. Stationery Office.
- Ministry of Health, 1965: Drug Addiction: Second Report of the Interdepartmental Committee. London: H.M. Stationery Office.
- Mirza, Heidi S./Pearson, Geoffrey/Phillips, Stewart, 1991: Drugs, People and Services in Lewisham (Final Report of the Drug Information Project). London: Goldsmiths College, University of London / Lewisham Safer Cities Project.
- Mitcheson, Martin C./Hartnoll, Richard, 1978: Conflicts in Deciding Treatment within Drug Dependency Clinics. S. 74-77 in: West, D. J. (Hrsg.), Problems of Drug Abuse in Britain. Cambridge: Cambridge Institute of Criminology.
- Musto, David F., 1987: The American Disease. Origins of Narcotic Control. Oxford: Oxford University Press.
- Newcombe, Russell, 2007, Trends in the Prevalence of Illicit Drug Use in Britain. S. 13-38 in: Simpson, M./Shildrick, T./McDonald, R. (Hrsg.), Drugs in Britain: Supply, Consumption and Control. London: Palgrave.
- O'Hare, Patrick A./Newcombe, Russell/Matthews, Alan/Buning, Ernst C./Drucker, Ernest (Hrsg.), 1992: The Reduction of Drug-Related Harm. London: Routledge.
- Parker, Howard/Bottomley, Tim, 1996: Crack Cocaine and Drugs-Crime Careers (Home Office Research Findings 34). London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r34.pdf>].
- Parker, Howard/Aldridge, Judith/Measham, Fiola, 1998: Illegal Leisure: The Normalisation of Adolescent Recreational Drug Use. London: Routledge.
- Parker, Howard/Bakx, K./Newcombe, Russell, 1988: Living With Heroin. The Impact of a Drugs «Epidemic» in an English Community. Milton Keynes: Open University Press.

- Parker, Howard/Bury, Catharine/Egginton, Roy, 1998: New Heroin Outbreaks amongst Young People in England and Wales (Crime Detection and Prevention Series Paper 92). London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORrecords/HO/421/2/prgpubs/fcdps92.pdf>].
- Parker, Howard/Measham, Fiola/Aldridge, Judith, 1995: Drug Futures: Changing Patterns of Drug Use amongst English Youth. London: Institute for the Study of Drug Dependence.
- Parker, Howard/Williams, Lisa/Aldridge, Judith, 2002: The Normalisation of «Sensible» Recreational Drug Use. *Sociology* 36: 941-964.
- Parssinen, Terry M., 1983: Secret Passions, Secret Remedies: Narcotic Drugs in British Society 1820-1930. Manchester: Manchester University Press.
- Pearson, Geoffrey, 1983: Hooligan. A History of Respectable Fears. London: Macmillan.
- Pearson, Geoffrey, 1987a: The New Heroin Users. Oxford: Blackwell.
- Pearson, Geoffrey, 1987b: Social Deprivation, Unemployment and Patterns of Heroin Use. S. 62-94 in: Dorn, N./South, N. (Hrsg.), A Land Fit for Heroin? Drug Policies, Prevention and Practice. London: Macmillan.
- Pearson, Geoffrey, 1991: Drug-Control Policies in Britain. S. 167-227 in: Tonry, M. (Hrsg.), Crime and Justice. A Review of Research, Vol. 14. Chicago: University of Chicago Press.
- Pearson, Geoffrey, 2001: Normal Drug Use: Ethnographic Fieldwork among an Adult Network of Recreational Drug Users in Inner London. *Substance Use and Misuse* 36: 167-200.
- Pearson, Geoffrey, 2007a: Drug Markets and Dealing: From «Street Seller» to «Mr. Big». S. 76-92 in: Simpson, M./Shildrick, T./McDonald, R. (Hrsg.), Drugs in Britain: Supply, Consumption and Control. London: Palgrave.
- Pearson, Geoffrey, 2007b: Lead Editorial: Policing Cannabis in the United Kingdom. *Addiction* 102/8: 1175-1177.
- Pearson, Geoffrey/Gilman, Mark, 1994: Local and Regional Variations in Drug Misuse: The British Heroin Epidemic of the 1980s'. S. 102-120 in: Strang, J./Gossop, M. (Hrsg.), Heroin Addiction and Drug Policy: The British System. Oxford: Oxford University Press.
- Pearson, Geoffrey/Gilman, Mark, 2005: Drug Epidemics in Space and Time: Local Diversity, Subcultures and Social Exclusion. S. 103-122 in: Strang, J./Gossop, M. (Hrsg.), Heroin Addiction and Drug Policy: The British System. Oxford: Oxford University Press.
- Pearson, Geoffrey/Hobbs, Dick, 2001: Middle Market Drug Distribution (Home Office Research Study 227). London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors227.pdf>].
- Pearson, Geoffrey/Hobbs, Dick, 2003: King Pin? A Case Study of a Middle-Market Drug Broker. *Howard Journal of Criminal Justice* 42/4: 335-347.
- Pearson, Geoffrey/Hobbs, Dick, 2004: «E» is for Enterprise: Middle Level Drug Markets in Ecstasy and Stimulants. *Addiction Research and Theory* 12/6: 565-576.
- Pearson, Geoffrey/Patel, Kamlesh, 1998: Drugs, Deprivation and Ethnicity: Outreach among Asian Drug Users in a Northern English City. *Journal of Drug Issues* 28/1: 199-224.
- Pearson, Geoffrey/Gilman, Mark/McIver, Shirley, 1986: Young People and Heroin: An Examination of Heroin Use in the North of England. London: Health Education Council [2. Auflage 1987: Aldershot, Gower/Avebury].

- Pearson, Geoffrey/Mirza, Heidi S./Phillips, Stewart, 1993: Cocaine in Context: Findings from a South London Inner-City Drug Survey. S. 99-129 in: Bean, P. (Hrsg.), Cocaine and Crack: Supply and Use. London: Macmillan.
- Plant, Martin A. (Hrsg.), 1990: AIDS, Drugs and Prostitution. London: Routledge.
- Power, Robert/Green, Anna/Poster, Rebecca/Stimson, Gerry V., 1995: A Qualitative Study of the Purchasing and Distribution Patterns of Cocaine and Crack Users in England and Wales. *Addiction Research* 2: 363-379.
- Preble, Edward/Casey, John J., 1969: Taking Care of Business: The Heroin User's Life on the Street. *International Journal of Addiction* 4: 1-24.
- Ramsay, Malcol/Partridge, Sarah, 1999: Drug Misuse Declared in 1998: Results from the British Crime Survey (Home Office Research Study 197). London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors197.pdf>].
- Roe, Stephen/Man, Louise, 2006: Drug Misuse Declared: Findings from the 2005/06 British Crime Survey. England and Wales (Home Office Statistical Bulletin 15/06). London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs06/hosb1506.pdf>].
- Schur, Edwin M., 1964: Drug Addiction under British Policy. S. 67-83 in: Becker, H.S. (Hrsg.), *The Other Side: Perspectives on Deviance*. New York: Free Press.
- Spear, H. Bing, 1969: The Growth of Heroin Addiction in the UK. *British Journal of Addiction* 64: 245-255.
- Stimson, Gerry V., 1994: Minimizing Harm from Drug Use. S. 248-256 in: Strang, J./Gossop, M. (Hrsg.), *Heroin Addiction and Drug Policy: The British System*. Oxford: Oxford University Press.
- Stimson, Gerry V./Oppenheimer, E., 1982: *Heroin Addiction: Treatment and Control in Britain*. London: Tavistock.
- Strang, John/Stimson, Gerry V. (Hrsg.), 1990: *AIDS and Drug Misuse*. London: Routledge.
- Trebach, Arnold S., 1982: *The Heroin Solution*. New Haven: Yale University Press.
- Turnbull, Paul J./McSweeney, Tim/Webster, Russell/Edmunds, Mark/Hough, Mike, 2000: *Drug Treatment and Testing Orders: Final Evaluation Report (Home Office Research Study 212)*. London: Home Office. *Internetquelle*: [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors212.pdf>].
- 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>].

### ***The Evolution of Drug Problems and Drug Policies in the United Kingdom***

#### ***Abstract***

*Britain was something of a late developer in terms of problems with illicit drugs. The use of opium and morphine in various medicinal products was not unknown in the 19th century, and during the 1914-18 War there was a brief episode of cocaine use. However, after the adoption of the Rolleston committee system in the 1920s, the level of drug addiction remained remarkably low but the so-called «British system» broke down in the late 1960s. Heroin in cheap and plentiful supply became suddenly available from Iran and Afghanistan. The habit of «chasing the dragon» spread like a whirlwind among the young unemployed (this was the Thatcher's period) in many towns and cities in the north of England. A dominant policy response to this epidemic from the late 1980s onwards was the promotion of «harm reduction» strategies to combat the spread of HIV/AIDS (such as needle exchange schemes). The policy agenda has also shifted, away towards a crime-control approach with one-third or more of crime being estimated to be drug-related, especially to heroin and crack-cocaine. The most commonly used drug in Britain remains cannabis, with probably 3-5 million regular users, and quite recently the penalties for cannabis possession have been reduced; and since then the level of cannabis use has fallen a little. But why is unknown.*

**Geoffrey Pearson**

*Goldsmiths College  
University of London  
New Cross London SE14 6NW  
Großbritannien  
g.pearson@gold.ac.uk*