

# & Zusammenfassung Schwerpunkte

**D**ie 1994 in Lissabon eingerichtete Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sammelt und verbreitet Informationen zu folgenden Punkten:

- \* Drogennachfrage und Reduzierung der Nachfrage;
- \* nationale und gemeinschaftliche Strategien und Politiken;
- \* internationale Zusammenarbeit und Geopolitik des Drogenangebots;
- \* Überwachung des Handels mit Suchtstoffen, psychotropen Substanzen und Vorprodukten;
- \* Folgen der Drogenproblematik für die Erzeuger-, Verbraucher- und Transitländer.

Im Einklang mit den ursprünglichen Prioritäten der EBDD stehen im Mittelpunkt des Berichts die bisherigen Erkenntnisse zum Ausmaß und zur Art der Drogennachfrage (Epidemiologie) in der Europäischen Union (**Kapitel 1 von Teil I**) sowie die Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage (**Kapitel 2 von Teil I**). Durch die in Teil II behandelten nationalen und europäischen Strategien werden die Reduzierung der Nachfrage und die sonstigen in Europa durchgeführten Maßnahmen zur Rauschgiftbekämpfung in einen größeren Zusammenhang eingeordnet.

Gerade bei diesem ersten Bericht kommt es darauf an, nicht nur die Endergebnisse der EBDD- Informationsprogramme vorzulegen, sondern auch den Entscheidungsträgern auf nationaler und europäischer Ebene das notwendige Verständnis für die Infrastruktur zu vermitteln, von der die erzielten Ergebnisse

Fachstellen, die Informationen aus diesen Quellen verarbeiten.

In **Teil III** wird ein Überblick über die Informationsquellen für Epidemiologie und Reduzierung der Nachfrage gegeben und untersucht, inwieweit die erfaßten Informationen und die von den wichtigsten internationalen Partnern der EBDD entwickelten Systeme dazu beitragen können, die Ziele der EBDD zu verwirklichen. **Teil IV** behandelt die Art und die Möglichkeiten der nationalen Knotenpunkte, die das Europäische Informationsnetz für Drogen und Drogensucht unterstützen, und untersucht darüber hinaus die Drogen-dokumentationsstellen, auf die viele dieser Knotenpunkte ihrerseits angewiesen sind.

Insgesamt sagt der erste Bericht ebensoviel darüber aus, was zur Verbesserung der Informationsinfrastruktur (insbesondere im Hinblick auf die länderübergreifende Kompatibilität) zu tun ist, wie über die Ergebnisse, die von der derzeitigen Infrastruktur ermöglicht wurden. Die Entwicklung, die von der EBDD und ihren wichtigsten internationalen Partnern, den nationalen Knotenpunkten, eingeleitet wurde, wird nicht so schnell und auch nicht ohne Probleme zum Aufbau eines Drogeninformationssystems führen, das europäischen und nicht nur nationalen Erfordernissen entspricht. Doch enthält bereits dieser erste Bericht genügend konkrete Informationen, die bestätigen, daß die Aufgabenstellung sinnvoll und

# 1 Prävalenz und Konsum

<Der Anteil der Erwachsenen, die nach eigenem Bekunden schon einmal illegale Rauschmittel eingenommen haben, bewegt sich in manchen Ländern zwischen 5 und 8 % und in einigen anderen Ländern zwischen 11 und 16 %, fällt aber bei jüngeren Erwachsenen mit 10 bis 20 % deutlich höher aus.

<Wesentlich geringer ist der Prozentsatz der Personen, die Gebrauch von Rauschmitteln im Verlauf der letzten 12 Monate angeben. Bei Cannabis liegt der Anteil insgesamt zwischen 1 und ca. 4-5 %, in den jüngeren Altersgruppen hingegen zwischen 5 und 15 %.

<Unter den illegalen Drogen rangiert in der gesamten Europäischen Union nach wie vor Cannabis an erster Stelle. Dabei handelt es sich in der Regel nicht um häufigen, sondern um gelegentlichen oder unregelmäßigen Konsum.

<Kokain spielt zwar nur eine geringe Rolle, doch hat der Mißbrauch in den meisten Ländern etwas zugenommen. In der Regel wird dieses Suchtmittel in Gemeinschaft und unregelmäßig konsumiert. In jüngster Zeit hat sich das Crack-Rauchen unter bestimmten städtischen Randgruppen zu einem spürbaren Problem ausgeweitet.

<Der Anteil der Bevölkerung, der schon einmal Heroin ausprobiert hat, liegt bei 1 % oder darunter, aber dennoch sind die mit diesem Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Probleme am gravierendsten. Die Gesamtzahl der Heroinsüchtigen in der Europäischen Union erreicht vermutlich eine Größenordnung von 500 000 bis einer Million.

<Seit Ende der achtziger Jahre greifen Jugendliche verstärkt zu Amphetaminen.

Ländern haben 3 bis 4 % der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 20 Jahren Erfahrungen mit Amphetaminen, in anderen Ländern 9 bis 10 %. Bei Ecstasy und LSD liegen die Verhältnisse ähnlich.

<Zahlreiche Länder verzeichneten in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre einen deutlichen Anstieg der Rauschgifttoden, und zum Teil zeichnet sich jetzt erneut ein Aufwärtstrend ab.

<Es wird über zunehmenden Medikamentenmißbrauch und Probleme infolge kombinierten Drogenkonsums berichtet, doch bei Patienten in Erstbehandlung stellt in der Regel Heroin das Hauptproblem dar. In Nordeuropa spielen Amphetamine eine bedeutende Rolle.

<Das Durchschnittsalter der Patienten in Erstbehandlung liegt zwischen Anfang 20 und Anfang 30. Mindestens zwei Drittel der Betroffenen sind Männer.

<Die HIV- bzw. AIDS-Raten bei intravenös Süchtigen sind sehr unterschiedlich. Die HIV-Neuinfektionsrate ist rückläufig, doch bestehen die Verhaltensmuster, durch die

HIV übertragen wird, weiter fort.

<Seit den achtziger Jahren hat sich in den meisten Ländern die Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte erhöht. Drogenkonsumenten machen häufig 30 bis 40 % aller Strafgefangenen aus.

## Teil I

### Nachfrage und Reduzierung der Nachfrage

## 2 Reduzierung der Nachfrage

<Die meisten EU-Mitgliedstaaten bemühen sich verstärkt um die Reduzierung der Nachfrage, und es besteht Einvernehmen

Nachfrage um eine multidisziplinäre Aufgabe der Gemeinschaft handelt. Dieser Sichtweise entsprechend stehen dezentrale Initiativen obenan.

<Die Prävention des Suchtmittelmißbrauchs wird überall als Priorität betrachtet. Ansätze in der gesamten EU zielen auf jene Faktoren ab, die den Drogenkonsum begünstigen oder junge Menschen davon abhalten. Dabei ist eine Schwerpunktverlagerung von der Droge selbst zum familiären und sozialen Umfeld zu verzeichnen.

<Die Aufklärung in den Schulen ist in Europa die am stärksten verbreitete Form der Primärprävention und oft obligatorischer Bestandteil des Unterrichts in der Sekundarstufe.

<Die Primärprävention ist offenbar dann am wirksamsten, wenn sie früh einsetzt und nahtlos bis zum Ende der Sekundarstufe fortgesetzt wird. Das Eingehen auf die Haltung junger Menschen zu Drogen und auf ihr Selbstverständnis hat sich dabei besonders bewährt. Die Sachverständigen befürworten Maßnahmen, bei denen die Problematik der illegalen Drogen im Zusammenhang mit erlaubten Suchtmitteln und allgemeinen Fragen der Gesundheitsförderung behandelt wird.

<Kampagnen in den Massenmedien bewirken eine verstärkte Sensibilisierung, führen aber nicht unmittelbar zu Verhaltensänderungen oder zu einem spürbaren Wandel der Einstellungen. Den Mitgliedstaaten, die massenmediale Aufklärungskampagnen durchführen, geht es häufig darum, das öffentliche Bewußtsein zu schärfen oder Informationen zu vermitteln.

<An die Stelle des klassischen Therapieschemas ist ein wesentlich flexibleres und differenzierteres Leistungsangebot getreten. Zur Behandlung gehört jetzt ein umfassendes Spektrum von

vielfach darauf abzielen, den Drogenabhängigen den Ausstieg zu erleichtern, die Abstinenz zu sichern und/oder die Gefahren des Suchtmittelmißbrauchs zu mindern.

<Therapeutische Gemeinschaften sind in südeuropäischen Ländern häufiger als im Norden des Kontinents anzutreffen. Bei den Programmen setzt man verstärkt auf kürzere Verweildauer, größere Professionalität, individuelle Therapie und Vorbereitung der Patienten auf die Zeit nach der Behandlung.

<Es gibt nur wenige konsequente Untersuchungen zum Erfolg von Therapie. Die volle Absolvierung des Therapieprogramms ist für die Prognose der verlässlichste Faktor, denn je länger die Abstinenz aufrechterhalten wurde, desto besser sind die Langzeitprognosen.

<Zahlreiche nationale Maßnahmen haben zum Ziel, Drogenabhängige vor (weiterem) Schaden zu bewahren. Dabei liegt der Schwerpunkt in der Regel auf der Eindämmung der gesundheitlichen Gefahren, insbesondere des Risikos der Ansteckung mit HIV und anderen Infektionskrankheiten, sowie auf der Förderung einer frühen Behandlungsaufnahme.

<Obwohl in allen EU-Mitgliedstaaten die langfristige Verschreibung von Methadon möglich ist, bestehen erhebliche Unterschiede im Umfang, in den Zugangskriterien für die Patienten und dem Grad der staatlichen Regulierung. In mehreren Staaten ist seit einiger Zeit eine rasche Zunahme der Verschreibung festzustellen.

<Unkenntnis und mangelndes Vertrauen stehen vielfach der Einbeziehung von Sachverständigen in die Suchtmittelprävention bzw. Behandlung entgegen, so daß die Drogenabhängigen nicht die ganze Palette der medizinischen und sozialen Leistungen in Anspruch nehmen können, die der übrigen Bevölkerung zur Verfügung stehen. Dies ist zum Teil Beleg für die Notwendigkeit, in allen Mitgliedstaaten Fachausbildungsprogramme zu

---

### **3** Nationale Strategien

<Die nationalen Drogenstrategien in der EU sind in der Regel darauf ausgerichtet, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage und Schritten zur Reduzierung des Angebots beizubehalten.

< Die Hauptaufgabe der Verwaltung besteht darin, Strukturen zu schaffen, mit denen die Maßnahmen der nationalen Ministerien und der nationalen Verwaltung mit denen der regionalen Behörden koordiniert werden können.

<Die nationalen Maßnahmen werden zunehmend durch supranationale Aktionen oder durch Verpflichtungen bestimmt, die vom jeweiligen Staat durch Beitritt zu Abkommen der Vereinten Nationen eingegangen wurden.

<Indirekt wird der Drogenkonsum durch das Verbot des Besitzes von Suchtmitteln verhindert, doch besteht in weniger als der Hälfte aller EU-Mitgliedstaaten ein direktes Verbot. In manchen Staaten wird der Besitz zum Zwecke des Eigenkonsums nur als Ordnungswidrigkeit geahndet.

<Durch die nähere Beschäftigung mit den nationalen Strategien und Rechtsvorschriften im Rahmen der Europäischen Union können die

Ansätze anderer EU-Mitgliedstaaten verstehen und einen besseren Überblick über die Entscheidungsvarianten erlangen.

### **4** Aktionen der Europäischen Union

<Seit 1987 beteiligt sich die Europäische Gemeinschaft an internationalen Aktionen zur Drogenbekämpfung.

<Das Argument, daß der neugeschaffene Binnenmarkt ein hohes Maß an Koordinierung erfordert, führte zur Ausarbeitung europäischer Aktionspläne zur Drogenbekämpfung. Als flankierende Maßnahme wurde die Schaffung eines europäischen Drogeninformationszentrums für notwendig erachtet.

<Das Inkrafttreten des Vertrages über die Europäische Union im Jahre 1993 bahnte den Weg zu einem übergreifenden Ansatz, der zu einem neuen Plan für den Zeitraum 1995-1999 führte.

<Die Europäische Union hat vor allem zwei Möglichkeiten, sich der Drogenproblematik anzunehmen: erstens in Bereichen der Politik, wo Institutionen der Gemeinschaft zur

Vertretung der Mitgliedstaaten befugt sind, und zweitens direkt über die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten. Zum ersten Bereich zählen öffentliche Gesundheit, Geldwäsche und Abzweigung von Vorprodukten, zum zweiten die Außen- und Sicherheitspolitik sowie die

Bereiche Justiz und Inneres.

---

## **Teil II**

---

### **Strategien zur Drogenbekämpfung**

---

<Im Jahre 1995 gab die EU insgesamt 27,9 Mio ECU für Aktionen zur Drogenbekämpfung aus, wobei jeweils die Hälfte auf Maßnahmen innerhalb und außerhalb der Europäischen Union entfiel.

<Auf beiden Tagungen des Europarates 1995 kam die Drogenproblematik zur Sprache, womit deren hoher Stellenwert unterstrichen wurde. Durch die im Laufe des Jahres eingeleiteten Schritte wurden die Koordinierung und die Zusammenarbeit zwischen den Strafverfolgungsbehörden spürbar vorangebracht und das Thema Suchtmittel auf die Tagesordnung internationaler Veranstaltungen gesetzt, an denen die Gemeinschaft teilnahm.

## 5

### Epidemiologie

<Epidemiologische Informationen von ausreichender Qualität und Relevanz versetzen die politischen Entscheidungsträger in die Lage, die Auswirkungen ihrer Maßnahmen zu überblicken, noch bestehenden Handlungsbedarf sowie Risikofaktoren zu ermitteln, die Kostenwirksamkeit der einzelnen Handlungsvarianten abzuschätzen und Mittel entsprechend einzusetzen.

< Im Bereich des illegalen Drogenkonsums angewandt, ist die Epidemiologie noch eine relativ junge Wissenschaft, und die Beurteilung des Suchtstoffmißbrauchs auf europäischer Ebene wird noch dadurch erschwert, daß die Daten der Mitgliedstaaten dafür miteinander kompatibel sein müssen.

<Zur Bewertung des Drogenkonsums werden

zur Zahl der Drogentoten, Festnahmen, Sicherstellung von Suchtmitteln sowie Erhebungen in Haushalten und Schulen herangezogen.

<Erhebungen sind das wichtigste Instrument, um das Ausmaß des Drogenkonsums unter der Gesamtbevölkerung einzuschätzen. Bei den gängigsten regelmäßigen Erhebungen werden Stichproben unter der Gesamtbevölkerung und unter Schülern erhoben, doch sind die Daten aufgrund unterschiedlicher Methodiken in den Mitgliedstaaten nicht vergleichbar.

<Bei der Beurteilung der Prävalenz von schwererem, problematischerem und unüblicherem Drogenkonsum bedient man sich gewöhnlich anderer Methoden, um schwer zugängliche Personengruppen zu untersuchen.

<Wiederholte Studien oder Erhebungen bieten eine gute Möglichkeit, Entwicklungstendenzen über einen längeren Zeitraum zu verfolgen. Dafür lassen sich auch verschiedene indirekte Indikatoren heranziehen, die auf routinemäßig erhobenen Statistiken von sozialen Einrichtungen oder Strafverfolgungsbehörden beruhen.

<In der Qualität der auf Betreuungseinrichtungen oder Drogenfällen beruhenden Daten, etwa zur Therapie oder Morbidität, sind Verbesserungen erkennbar. Die Erhebungen weisen in der Regel eine gute Qualität auf, doch lassen sich die Ergebnisse nicht ohne weiteres zusammenführen oder vergleichen. Auch erfolgen sie zumeist nicht regelmäßig, so daß sie nur bedingt zur Beobachtung von Entwicklungstendenzen geeignet sind.

### Teil III

## Informationsquellen

<Auf Krankenhauseinweisungen beruhende Daten sind häufig verfügbar. Unter den mit Drogenkonsum im Zusammenhang stehenden

dokumentiert. Bei der Sammlung von Daten zu Drogentoten kommen verschiedene Begriffsbestimmungen und Kriterien zur Anwendung.

<In den meisten Mitgliedstaaten stehen Daten der Strafverfolgungsbehörden im Rahmen des Gesamtsystems der Datenerfassung zur Verfügung. Die Unterschiede im Strafrecht erschweren allerdings den Vergleich.

<Die Daten der einzelnen EU-Länder sind nur in sehr begrenztem Maße kompatibel, doch zeichnen sich einige Orientierungspunkte ab, die als Grundlage für eine verbesserte Kompatibilität im Hinblick auf die Indikatoren und die Mitgliedstaaten dienen können.

<Von der bloßen Untersuchung der Gemeinsamkeiten und Bedeutungsunterschiede in den einzelnen Ländern könnte man dazu übergehen, sich auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Kompatibilität innerhalb der durch die verschiedenen Maßnahmen, Rechtsvorschriften und Behandlungssysteme gesetzten Grenzen zu verständigen.

<Der nächste Schritt wäre dann die Auswahl einheitlicher Begriffsbestimmungen und Klassifikationen sowie die Entwicklung von Protokollen analog zum Therapiebedarfsprotokoll der Pompidou-Gruppe.

## 6

### Reduzierung der Nachfrage

<Eine Überblick wird dadurch erschwert, daß kein Konsens darüber besteht, was unter "Reduzierung der Nachfrage" zu verstehen ist. Die Trennlinien zwischen Primärprävention, Sekundärprävention und Therapie sind unscharf und werden nicht einheitlich gezogen. Nicht einmal diese Terminologie wird überall akzeptiert. Eine Schwerpunktaufgabe für die Beobachtungsstelle besteht darin, diese

<Informationen über die Programme zur Reduzierung der Nachfrage sind schwer zugänglich. Sie involvieren oft die verschiedensten Behörden und Organisationen, und die Erfassung erfolgt nicht gemäß einer nationalen Struktur, sondern auf lokaler Ebene, so daß kein besonderer Anreiz zu einer angemessenen Dokumentation auf nationaler Ebene besteht.

<Die schulischen Programme sind anscheinend die am besten dokumentierte Form der Drogenprimärprävention. Nur bei diesen und bei den allgemeinen Präventionsprogrammen verfügen mehr als zehn Mitgliedstaaten nach eigenen Angaben über zentralisierte Daten. Ansonsten laufen nur in sechs Ländern Informationen im jeweiligen Knotenpunkt zusammen.

<Informationen zu Therapieprogrammen lagen den Angaben zufolge nur in fünf Mitgliedstaaten vor, doch ist diese niedrige Zahl möglicherweise darauf zurückzuführen, daß über diese Kategorie Unklarheit besteht. Neun Mitgliedstaaten können auf Informationen über Programme zur Schadensbegrenzung zurückgreifen.

<Die meisten Mitgliedstaaten haben entweder Zugang zu einer oder mehreren Datenbanken über Programme zur Reduzierung der Nachfrage oder sind dabei, eine Datenbank aufzubauen. Eine systematische Anwendung von Qualitätskriterien vor der Informationseingabe in die Datenbank ist offenbar nicht üblich, doch schicken sich einige Mitgliedstaaten an, diesen Zustand zu ändern.

<Die zur Informationsübermittlung an die Knotenpunkte verwandte Technologie ist nicht ganz zeitgemäß. Die meisten Informationen werden nur in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt.

<Es gibt nur wenige verlässliche Auswertungen

der Nachfrage. Die Programmplaner und die Geldgeber müssen dazu motiviert werden, solche Auswertungen mit einzuplanen.

<Angaben aus verschiedenen Programmen bzw. Ländern werden nur selten nach einem einheitlichen Schema vorgelegt, das auch einen Vergleich zwischen den einzelnen Konzepten ermöglichen würde.

<Die Verbesserung der Informationserfassung erfordert die Modernisierung der Informationsübertragungssysteme, und die Vergleichbarkeit setzt einen Konsens über den Sprachgebrauch voraus.

## **7 Austausch zwischen nationaler und internationaler Ebene**

<Die sechs Hauptpartner der EBDD sind das UNDCP, die Pompidou-Gruppe, die WHO, Interpol, Europol und die Weltzollorganisation.

<Diese unterhalten einige der umfassendsten und technisch fortgeschrittensten Informationssysteme zu Fragen des Suchtstoffmißbrauchs, die als zentrale Ausgangspunkte für die Verbesserung der Qualität und Vergleichbarkeit der epidemiologischen Informationen in der Europäischen Union dienen können.

<Allerdings bestehen in den Systemen zur Datenerfassung und -analyse erhebliche Unterschiede, und die Schnittstellen sind noch unzureichend entwickelt, so daß sie sich nur bedingt zu einer europäischen Gesamtschau zusammenfügen lassen.

<Zum Teil ist dies auf den unterschiedlichen Auftrag der jeweiligen Organisationen zurückzuführen, die sich zumeist auf illegale Drogen beschränken. aber diese Thematik in

Gebrauchs von Substanzen und des Gesundheitswesens behandeln.

<Anstatt ein weiteres System zur Erfassung nationaler Berichte zu schaffen, sollte die EBDD wohl eher ihre Bemühungen darauf richten, die Beteiligung der Mitgliedstaaten an bestehenden internationalen Systemen auszubauen und auf eine einheitliche Grundlage zu stellen.

## **8 Nationale Knotenpunkte**

### **Teil IV**

#### **Informationsstrukturen**

<Bei den Knotenpunkten handelt es sich um zentrale Stellen für die Sammlung und den Austausch von Informationen im Rahmen des Europäischen Informationsnetzwerkes für Drogen und Drogensucht (REITOX), das die Arbeit der EBDD unterstützt.

<Die Knotenpunkte sind fast durchweg schon existierende Fachzentren, die noch die Strukturen und Funktionen entwickeln werden, um ihre künftigen Aufgaben als Knotenpunkte erfüllen zu können.

<Es besteht aber Einvernehmen darüber, daß ein Knotenpunkt die Aufgabe hat, die eigenen nationalen Informationsnetze zu koordinieren, um der EBDD, wie vereinbart, einen Kerndatensatz, jährliche Länderberichte zur Drogensituation und ein nationales Informationsnetz zu vermitteln.

<Die nationalen Netze, auf die sich die Knotenpunkte stützen, sind vielfältiger Natur und befinden sich in unterschiedlichen Aufbaustufen. Sie sind zumeist auf einige wenige Hauptpartner angewiesen.

<Knotenpunkte, die außerhalb der nationalen Verwaltungen angesiedelt sind und/oder Daten hauptsächlich in aggregierter Form erhalten, haben geringere Möglichkeiten, auf die Qualität, Darstellung und länderübergreifende Kompatibilität der von ihnen bearbeiteten Informationen Einfluß zu nehmen.

<Die nationalen Knotenpunkte können den europäischen Initiativen zur Drogenbekämpfung dadurch Auftrieb verleihen, daß sie zur EU-weiten Kompatibilität und Vergleichbarkeit der Informationen beitragen und die Sammlung, Speicherung, Verarbeitung und Verbreitung der Daten vereinheitlichen.

<Es spricht manches dafür, daß die Knotenpunkte jetzt eine Phase erreicht haben, in der sich die Mitgliedstaaten und die EBDD unbedingt darüber verständigen müssen, worin ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten bestehen und wie sie durch europäische und nationale Finanzmittel zu unterstützen sind.

## 9

### **Dokumentationszentren**

<Jeder Staat der Europäischen Union verfügt zumindest im Ansatz über ein Fachdokumentationszentrum zur Drogenproblematik.

<Es bestehen erhebliche Unterschiede in Form, Größe und Erfassungsbereich. In einigen Ländern existieren große und bewährte Einrichtungen, in anderen befindet sich die Entwicklung noch im Anfangsstadium.

<Zusammengenommen reicht ihre Erfassungsbreite für einen umfassenden

Drogen und Drogensucht aus.

<Der elektronische Zugang zu den Informationen ist auf den kleineren Teil der Mitgliedstaaten beschränkt.

<Die Mittelausstattung und der Stand der Kommunikationstechnologie, Professionalität und Vereinheitlichung reichen gegenwärtig noch nicht aus, um ein leistungsfähiges europäisches Dokumentationsnetz zu schaffen und zu erhalten.

<Initiativen auf europäischer Ebene könnten durch die Vermeidung von Überschneidungen Mittel freisetzen und durch die Förderung der Vereinheitlichung und Vernetzung der Dokumentationszentren in der gesamten Europäischen Union zu einer Verbesserung des Leistungsniveaus führen.

<Die EBDD könnte im Zusammenwirken mit der Europäischen Union sowie Netzwerken und Zentren zur Forschungskooperation als europäischer Umschlagplatz für Informationen zu Forschungsprogrammen und Initiativen im Drogenbereich fungieren.

