

Ergebnispapier zu „Cannabis zwischen Forschung und Praxis – Fachtagung zur interdisziplinären Bestandsaufnahme“

am 11. Dezember 2014 in München

Der folgende Text fasst Recherchearbeiten zur Tagungsvorbereitung, Ergebnisse der Referate und Diskussionsbeiträge zusammen.

1 Zielsetzung der Veranstaltung

Fragestellung der Tagung war, inwieweit eine differenzierte, aber *integrierte rationale Beurteilung* von Cannabis möglich ist (Tretter, 1997). Dabei ging es zunächst um eine umfassende Darstellung von allgemeinen Risiken und medizinischem Nutzen des Cannabis-Konsums und die Perspektiven möglicher anderer Umgangsweisen mit dem Cannabissthema als Public Health- und Public Order-Aufgabe. Dazu sind Fragen der Verbreitung, der Schäden und Risiken sowie soziokulturelle, ökonomische, rechtssystematische und kriminologische Aspekte bedeutsam - ein Fächerspektrum, das bei dieser Tagung aufgerufen war.

2 Kulturelle Aspekte – Kulturgeschichtliche Aspekte und aktuelle Konsummuster

Traditionell wird Cannabis bereits seit Jahrhunderten besonders in sozial schwachen Gruppen als Rauschmittel („Kraut der Armen“) eingesetzt. In Europa wird es seit Mitte des 19. Jahrhunderts kulturell thematisiert und mystifiziert.

Seit den 1920er Jahren wurde Cannabis nahezu weltweit als unerlaubtes Betäubungsmittel eingestuft. Negative Einstufungen der Droge gingen dabei vor allem von den USA aus, wo die Droge zu diesem Zeitpunkt über den frühen Jazz erstmals populärkulturell thematisiert wurde. Angesichts dieser Verbindung der Musik der Schwarzen mit dem Cannabis-Gebrauch wurden Ängste vor einer Ausbreitung der als negativ eingeschätzten Effekte des Cannabis auch unter Weißen geschürt.

Aus heutiger jugendkultureller Perspektive betrachtet zeigt sich, dass der Cannabiskonsum die höchste Verbreitung unter den Anhängern des Reggae aufweist, es sich hierbei aber um eine zahlenmäßig kleine Gruppe handelt. Es bestehen zum Teil wechselnde positive Zusammenhänge auch mit anderen Musikrichtungen – mit Ausnahme des Pop, bei dem sich ein stets negativer Zusammenhang ergab. Insgesamt zeigt sich, dass die Cannabisverbreitung generell unter denjenigen höher ist, die Musikrichtungen jenseits des „Mainstreams“ bevorzugen.

Die soziokulturellen Aspekte weiten zwar den Blick in der Debatte und relativieren die tagespolitischen Bewertungen, aber dennoch ändern sie nicht die Grundpositionen.

3 Rechtslage – Gesetzliche Regelungen

Da trotz aller politischer und repressiver Maßnahmen der Cannabiskonsum unverändert weltweit verbreitet ist, werden auch in juristischen Kreisen (vgl. Resolution deutscher Strafrechtsprofessoren des sog. Schildower Kreises) derzeit Schaden und Nutzen der aktuellen Drogenpolitik, die Abschaffung der Drogenprohibition und die Möglichkeiten legaler Bezugswege kontrovers diskutiert.

Der aktuellen Rechtslage zufolge ist Cannabis Betäubungsmittel i.S. des § 1 BtMG und darf nur zur Herstellung oder als zugelassenes Fertigarzneimittel in den Verkehr gebracht werden. Nach § 3 BtMG bedarf jeder Umgang mit Cannabis einer Erlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte; dies gilt auch für die zur Herstellung ausgenommenen Zubereitungen.

Der bloße Konsum ist im Vergleich zum Besitz straflos, wobei Konsum ohne vorhergehenden Besitz selten ist. Das Betäubungsmittelgesetz hat für den strafbewerten Umgang mit Cannabis in kleinen Mengen jedoch Zwischenlösungen offen gehalten, die rechtlich für alle in den Anlagen I bis III aufgeführten Stoffe gleichermaßen gelten. Bei Kleinmengen („geringe Menge“) besteht die Möglichkeit der Einstellung nach § 31 a BtMG oder § 153 a StPO. Die Interpretation der geringen Menge von Cannabis unterscheidet sich je nach Bundesland: Sie reicht von 6 g (z.B. in Bayern) bis 15 g (in Berlin) Cannabis (ohne Feststellung des Wirkstoffgehalts). Grundsätzlich gilt aber nach gegenwärtiger

Rechtslage, dass ein legaler Umgang mit Cannabis auch in kleinen Mengen zum Eigenkonsum nicht möglich ist, er bleibt immer strafbewehrt.

In der Praxis hat sich mittlerweile Prinzip „Therapie statt Strafe“ und das damit eingeführte Zurückstellungsprinzip bewährt. Hier wurden die Bedenken des Aufweichens der Strafrechtsgrundlagen zugunsten der Rehabilitation überwunden.

Die bei der Diskussion um eventuelle Veränderungen des Rechtsstatus von Cannabis zur Sprache kommenden Begriffe „Liberalisierung“, „Entpönalisierung“, „Entkriminalisierung“ und „Legalisierung“ müssten genau geklärt und im Bedeutungsumfang diskutiert werden. Dies war aber nur am Rande Gegenstand der Tagung.

Eine Legalisierung im engen Wortsinn wird von keinem risikobewussten Akteur angestrebt.

4 Epidemiologie – Verbreitung des Cannabis-Konsums

Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Jugendlichen liegt deutschlandweit bei 10 % für Jungen und 4 % für Mädchen (Hibell et al., 2012). Bei rund 1,56 Mio. Jugendlichen (Zensus, 2011) in dieser Altersgruppe sind das 80.000 Jungen bzw. 30.000 Mädchen.

In der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen liegt die Größenordnung bei 13,5 % oder rund 1 Mio. Konsumenten. Der Anteil regelmäßiger Cannabiskonsumenten war in dieser Altersgruppe seit 2004 (4,2 %, rund 314.000¹ K.) zunächst rückläufig (2008: 3,1 %, rund 232.000¹ K.), dann aber wieder leicht steigend (2011: 3,3 %, rund 247.000¹ K.). Der gleiche Trend gilt auch für die Monats- und Jahresprävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

Bei einer Jahresprävalenz von 4,5 % bzw. rund 2,28 Mio.¹ Konsumenten unter den 18- bis 64-Jährigen weisen 0,5 % bzw. rund 252.000¹ eine Cannabisabhängigkeit auf (Pabst et al., 2013). Das sind etwa 10 % der Konsumenten. Weitere 0,5 % füllen die DSM-IV-Kriterien für Cannabismisbrauch. Im internationalen Vergleich weist Nordamerika mit einer geschätzten Jahresprävalenz von 11,2 % die höchsten Werte auf. In der erwachsenen Allgemeinbevölkerung gibt es nur eine geringe Variation in den zeitlichen Trends. Konsum und Konsumfrequenz sind nach Kontrolle von Alter und zeitlicher Periode bei den jüngeren Kohorten stabil. Europaweit liegt die Lebenszeitprävalenz bei 21,7 % bei den 15-64-Jährigen; in Deutschland weist der entsprechende Wert mit 23,1 % ein etwas höheres Niveau auf.

Noch nicht zu beantworten ist die Frage, wie sich der Konsum neuer synthetischer Cannabinoide, die in Form von Kräutermischungen im Handel sind, auf die Prävalenz der Abhängigkeit auswirkt. Klinische Beobachtungen weisen auf ein erhöhtes Abhängigkeitspotenzial dieser Cannabisprodukte hin.

Wichtig ist eine Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren, da sich beispielsweise niederländische und deutsche Schülerinnen und Schüler trotz der Unterschiede hinsichtlich Verfügbarkeit und Legalstatus der Substanz nicht in der Konsumprävalenz unterscheiden.

In der Diskussion wurde deutlich, dass deskriptive epidemiologische Studien nur begrenzte analytische Aussagen zulassen.

¹ Alle Absolutzahlen sind auf der Grundlage des Zensus 2011 berechnet worden.

5 Ökonomische Perspektive – Kosten und Konsequenzen einer Liberalisierung von Cannabiskonsum

Es stellt sich die grundlegende Frage, ob eine „Legalisierung“ aus ökonomisch-rationaler Perspektive eine Verbesserung gegenüber der derzeitigen „Situation mit Kriminalisierung“ der Konsumenten darstellt. Mit welchen Auswirkungen einer Liberalisierung auf das Konsumausmaß (Nachfrage), Konsumqualität und Produktqualität wäre zu rechnen?

Obwohl die medizinischen Pro-Kopf-Kosten einer Behandlung wegen Cannabisabhängigkeit unter denen der Tabak- bzw. Alkoholabhängigkeit liegen, bleibt zu beachten, dass in Folge von Liberalisierung eine Zunahme der Konsumenten und damit eine Zunahme des schädlichen Cannabiskonsums sowie auch andere psychische Erkrankungen verstärkt auftreten können. Zudem kann eine wechselseitig sich verstärkende Beziehung zwischen Alkohol und Cannabiskonsum vorliegen. Dies wiederum würde zu einer Erhöhung der Behandlungskosten führen.

Effertz berechnete die Kosten von schädlichem Cannabiskonsum auf Basis von geschätzten 146.000 Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Routinedaten) – darunter 1.245 Personen mit einer Cannabis-assoziierten ICD10-Diagnose im Jahr 2014. Demzufolge ergibt sich bei Annahme von 107.000 schädlich Cannabis konsumierenden Personen in Deutschland eine Erhöhung der Gesundheitskosten um rund 114 Mio. € pro Jahr. Hinzu kommen noch weitere Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühverrentung sowie intangible Kosten in Form von Schmerz, Depression und gesteigerten Ermüdungs-/Erschöpfungszuständen. Allerdings ist die epidemiologische Situation ungewiss, wenn an die konstante niedrigprozentige Quote der Konsumenten in Holland gedacht wird, womit das Ausmaß der Zunahme der Konsumenten nur schwer abschätzbar ist (Stärke der De-Repressions-Effekte).

In der Diskussion wurde auf den Aspekt des entgangenen ökonomischen Nutzens durch die Ausgaben der Konsumenten in Milliardenhöhe (ca. 2-4 Mrd. € Umsatz/Jahr) hingewiesen, eines Geldbetrags also, der in die Schattenwirtschaft der kriminellen Organisationen fließt. Auch der Aspekt der öffentlichen Ausgaben für die Justiz zur Regulierung der Cannabisdelikte wurde angesprochen, wobei derzeit keine belastbaren Studien dieser Art vorliegen, wie sie für die Heroinproblematik gegeben sind. Dieser Aspekt wird in den USA betont (Caulkins et al., 2012)

6 Medizinische Risiken von Cannabis

Durch die Anwendung sensitiverer technischer Methoden ist in den letzten Jahren sowohl im Bereich der Humanpathologie wie auch in Tierexperimenten die bisher unterschätzte Toxizität von Cannabis, insbesondere bei der jugendlichen Hirnentwicklung, deutlich geworden. Die epidemiologischen Langzeitbefunde von über 50.000 skandinavischen Rekruten zeigen ein deutliches Risiko, eine Schizophrenie zu erleiden (Zammit, 2002): So fand sich ein 6,7-fach erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Schizophrenie für diejenigen, die mindestens 50-mal Cannabis (ausschließlich, d.h. ohne andere Drogen) konsumiert hatten. Allerdings ist eine (Mit-)Verursachung nicht sicher nachweisbar, da es auch konfundierende Variablen gibt wie beispielsweise Cannabiskonsum aufgrund von präpsychoischen Zuständen oder Sozialisationsdefiziten.

Unterschieden werden *akute* Effekte wie

- Herz-Kreislauf-Komplikationen bei aktuellem Konsum (v.a. bei „Spice“),
- akute Psychose, besonders bei auffälliger Eigen- und Familienanamnese,
- kognitive Beeinträchtigungen,
- psychomotorische Störungen,
- verdoppeltes Unfallrisiko bei Intoxikation (Potenzierung des Risikos bei gleichzeitigem Alkoholkonsum)

und *chronische* Effekte wie

- Cannabisabhängigkeit,
- Cannabisentzugssyndrom mit Angst, Schlaf- und Appetitstörungen und Depression,
- kognitive Störungen wie z.B. Beeinträchtigung von Lernen, Aufmerksamkeit und Gedächtnis (⇒ geringeres Bildungsniveau bei Konsumbeginn im Jugendalter),
- chronische Psychose und

- Veränderung an Hirnstruktur und -funktion wie z.B. Beeinträchtigung des dopaminergen Systems.

In der Folge chronischen Cannabiskonsums ist ein *möglicher* Zusammenhang beobachtet worden für

- Tumore,
- affektive Störungen und Suizidalität,
- persistierende neurokognitive Störungen,
- amotivationales Syndrom und
- Konsum anderer illegaler Substanzen.

Der Cannabiskonsum birgt akute und chronische Risiken. Tödliche Überdosierungen sind im Vergleich zu Opioiden oder Alkohol hingegen nicht bekannt. Die kausale Beziehung zu manchen Folgen ist nicht eindeutig.

7 Therapie von cannabisbezogenen Störungen

Ein geringer Anteil der schädlich oder abhängig Cannabiskonsumierenden hat Kontakt zur Suchthilfe. Zwischen dem Zeitpunkt des Störungsbeginns und einer ersten Inanspruchnahme einer Behandlung liegen durchschnittlich 9 Jahre (Brand et al., 2014). Nach Alkohol ist Cannabis der häufigste Anlass für die Inanspruchnahme einer Suchtberatung oder -therapie.

Die Nachfrage nach Therapieangeboten hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies weist darauf hin, dass das Abhängigkeitspotenzial von Cannabis unterschätzt wurde. So stieg die Zahl der Erstbehandlungen im Zeitraum von 2006-2011 von 45.000 auf 61.000 und lag 2012 bei 59.000 (Hoch et al., 2015).

Dem aktuellen Stand der internationalen Therapieforschung zufolge sind cannabispezifische Behandlung, Allgemeine Suchttherapie und e-Interventionen wirksam. Als effektivste Therapieformen gelten derzeit eine Kombination aus motivationsfördernden Verfahren, kognitiver Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement sowie bei Jugendlichen auch Familientherapie. Die Abstinenzraten schwanken zwischen 10 und 50 %, auch die Abbruchquoten sind mit 50-70 % hoch (Davis et al., 2015). Leichter erreichbar sind sekundäre Therapieziele wie Konsumreduktion in Hinblick auf Menge und Häufigkeit oder eine Reduktion cannabisbedingter Probleme (EMCDDA in press, 2015).

Für (junge) Menschen, die traditionelle Behandlungssettings ablehnen oder vermehrt Telekommunikationsmittel benutzen, gibt es auch die Möglichkeit von Interventionen über Internet, Telefon oder SMS.

Defizite weist das Behandlungssystem jedoch im Hinblick auf Patienten mit komorbiden Störungen und einen stationären Behandlungsbedarf und hinsichtlich einer effektiven Pharmakotherapie auf.

8 Nutzen von Cannabis – medizinische Anwendung von Medikamenten auf Cannabisbasis

Für Deutschland wird ein geschätzter Bedarf an cannabishaltigen Medikamenten für etwa 400.000 bis 1 Mio. Patienten berichtet. Derzeit erhalten knapp 5.500 Personen eine entsprechende Behandlung.

In Deutschland können einige Medikamente auf Cannabisbasis auf einem Betäubungsmittelrezept verschrieben werden (THC/Dronabinol, Nabilon, Sativex). Eine Verpflichtung zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen besteht jedoch nur bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Spastik im Rahmen einer Erkrankung an Multipler Sklerose, wenn sich andere Behandlungsverfahren als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben.

Ferner gibt es die Möglichkeit einer Ausnahmegenehmigung zur Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke: Patienten beantragen bei der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten zur Anwendung im Rahmen einer ärztlich begleiteten Selbsttherapie. Im Antrag muss darlegt werden, dass andere Therapien nicht ausreichend wirksam waren und eine Behandlung mit anderen Cannabismedikamenten nicht möglich erscheint, etwa weil die Kosten einer Behandlung mit verschreibungsfähigen Cannabismedikamenten nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Dem Antrag muss zudem eine ärztliche Stellungnahme beigefügt werden. Nach Erteilung der Erlaubnis wird das Cannabiskraut an eine vom Patienten benannte deutsche Apotheke



geliefert. Die Kosten für diese Behandlung von etwa 15-25 € pro Gramm müssen vom Patienten getragen werden.

Cannabisprodukte können u.a. bei der Behandlung folgender Erkrankungen hilfreich sein:

- Übelkeit,
- AIDS,
- Glaukom,
- chronische Schmerzen und Entzündungen,
- Multiple Sklerose und
- Epilepsie.

Im März 2015 hat der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags über eine Kostenübernahme für cannabis-haltige Medikamente durch die GKV sowie den Verzicht auf eine strafrechtliche Verfolgung von Patienten, die im Rahmen einer ärztlich bescheinigten Therapie Cannabisprodukte verwenden, beraten.

9 Strategie der Entkriminalisierung – Versorgung durch Apotheken

International haben Länder wie die Niederlande, Spanien, Uruguay sowie einige US-amerikanische Bundesstaaten Wege gefunden, Cannabis auf legalem Weg an die Verbraucher abzugeben. In Deutschland wurde 1997 der Antrag Schleswig-Holsteins durch das BfArM abgelehnt, eine kontrollierte Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch über Apotheken im Rahmen eines Modellversuchs durchzuführen. Das wissenschaftliche Modellprojekt sollte prüfen, inwieweit die generalpräventiven Effekte, die mit dem umfassenden Verbot von Cannabis auf den Konsum von illegalen Drogen angestrebt sind, nicht ebenso gut oder besser durch eine kontrollierte Abgabe von Cannabis zum Eigengebrauch erreicht werden können.

Hintergrund war die Überlegung, dass mit einer besseren Trennung der Konsumentengruppen harter und weicher Drogen letztere von der illegalen Szene ferngehalten werden könnten. Durch die Trennung der Märkte könnte ein Umsteigen auf härtere Drogen vermieden werden. Aktuell wird für den besonders von Drogenhandel betroffenen Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg ein Modellprojekt zur kontrollierten Abgabe von Cannabis rund um den Görlitzer Park geprüft. Alternativen zu einer kontrollierten Abgabe sind „Cannabis Social Clubs“ für den Freizeit-Konsum wie z.B. in Barcelona.

Es wurde angeregt, zu überlegen, wie ein Modellversuch heutzutage gestaltet sein müsste, um Aussicht auf Erfolg zu haben.

10 Konsequenzen

Die Leitfrage der Tagung, wie eine integrierte rationale Beurteilung von Cannabis – und zwar vor allem in Hinblick auf andere Substanzen – heute möglich ist, konnte so nicht beantwortet werden. Denn wie kann man beispielsweise Cannabis-Psychosen mit Alkohol induzierten Akutintoxikationen vergleichen? Es sind auch die jeweiligen soziokulturellen Kontexte relevant! Letztlich haben verschiedene Versuche der Klassifikation der Drogen, wie sie von Nutt et al. (2010) in England unternommen wurden, zu nicht zufriedenstellenden Ergebnissen geführt. Vor allem Caulkins (2012) warnt vor derartigen Versuchen, da sie keine Summenscores erlauben, die die einzelnen Schadensdimensionen (letale Akutintoxikation, Psychosen, Leberzirrhose etc.) valide zusammenfassen.

Eine rationale, durch Pro- und Contra-Argumente getragene Diskussion müsste sich an anderen Risikodiskursen orientieren, wie sie etwa in der Umweltmedizin bei Umweltchemikalien vorgenommen werden, wobei vor allem das subjektiv erlebte und das objektive Gefahrenpotenzial auseinanderklaffen (Ruff, 1993).

11 Weiterführende Literatur

- Brand H et al. (2014). Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Jahresbericht 2010 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Caulkins JP, Hawken A, Kilmer B, Kleiman M (2012). What Everyone Needs to Know. Oxford University Press.
- Davis ML, Powers MB, Handelksman P, Medina JL, Zvolensky M, Smits JA (2015): Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eval Health Prof* 38: 94-113
- EMCDDA Insight (2015). Treatment of cannabis-related disorders in Europe. In press.
- Hibell B et al. (2012). The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) 2012.
- Hoch E, Bonnet U, Thomasius R, Ganzer F, Havemann-Reinecke U, Preuss UW: Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. *Dtsch. Ärztebl Int* 2015; 112: 271-8. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0271
- Mark AR et al. (2013). Drugs and Drug policies. *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know*. Oxford Univ Press, New York.
- Nutt, DJ, King, LA., Phillips, LD (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* 376 (9752): 1558–1565.
- Pabst A et al (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 56(6): 321-331.
- Radhakrishnan R, Wilkinson ST, D'Souza DC (2014). Gone to pot – a review of the association between cannabis and psychosis. *Front Psychiatry*. 2014, 5:54.
- Raschke, P, Kalke, J (1997). Cannabis in Apotheken. Kontrollierte Abgabe als Heroinprävention. Freiburg: Lambertus.
- Ruff FM (1993): Risikokommunikation als Aufgabe der Umweltmedizin. In: Aurand K, Hazard B, Tretter F (Hrsg.): *Umweltbelastungen und Ängste*.
- Schildower Kreis. Resolution Deutscher Strafrechtsprofessorinnen und -professoren: http://www.schildower-kreis.de/themen/Resolution_deutscher_Strafrechtsprofessorinnen_und_%E2%80%93professoren_an_die_Abgeordneten_des_Deutschen_Bundestages.php
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg., 2014): Zensus 2011. Bevölkerung nach Alter in Jahren und Geschlecht für Gemeinden. Ergebnisse des Zensus am 9. Mai 2011. https://www.destatis.de/DE/Methoden/Zensus/_Downloads/2F_BevoelkerungAlterGeschlecht.html
- Tretter, F (1997). Mikroökonomie des Apothekenmodells. *Sucht* 43 (2): 138-139.
- Tretter, F (1997). Gibt es eine „rationale“ Haltung zum Cannabisproblem? *Psychomed* 9/1, 51-54
- Zammit et al. (2002). Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish sonscriptions of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 325, 1199-1201.

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS

Die BAS beschäftigt sich als Transferinstitut zwischen Forschung und Praxis mit wissenschaftlichen und praxisbezogenen Fragenstellungen der Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen. Sie wurde im Herbst 1997 mit dem Zweck gegründet, die Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens im Suchtbereich gezielt zu fördern. Zum Themenkreis der BAS gehören körperliche und psychosoziale Störungen beziehungsweise Krankheiten im Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen, psychoaktiv wirkenden Medikamenten, Crystal Meth oder Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS). Darüber hinaus befasst sie sich auch mit den sog. nicht-substanzgebundenen bzw. Verhaltenssuchten wie dem pathologischen Glücksspielen. Auch weitere mit Abhängigkeitsstörungen assoziierte Gesundheits-themen wie z.B. Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen werden behandelt. Ein zentrales Ziel der BAS besteht in der Förderung des Transfers zwischen Wissenschaft und Praxis. Neben der jährlichen Vortragsreihe organisiert sie regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen und Tagungen. Die BAS besteht aus den beiden Rechtsträgern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmersgesellschaft (haftungsbeschränkt) und der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. Weitere Informationen zur BAS finden Sie unter www.bas-muenchen.de.