



**BRIEFING
PAPERS**

Global State of Tobacco Harm Reduction



Rauchen bei Menschen mit Drogenproblemen

**Mai
2026**

BESUCHEN SIE **GSTHR.ORG** FÜR WEITERE VERÖFFENTLICHUNGEN



gsth.org



[@globalstatethr](https://twitter.com/globalstatethr)



[@gsth](https://facebook.com/gsth)



[@gsth](https://youtube.com/gsth)



[@gsth.org](https://instagram.com/gsth.org)



Creative Commons
Attribution (CC BY)

Einführung

In den letzten zwei Jahrzehnten ist die Raucherquote in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung in vielen Ländern, vor allem in wohlhabenderen Nationen, zurückgegangen. Doch sowohl in Ländern mit hohem Einkommen (HIC) als auch in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC) hat das Rauchen erhebliche und oft unverhältnismäßig starke Auswirkungen auf marginalisierte Bevölkerungsgruppen. In diesem Briefing Paper untersuchen wir, wie sich das Rauchen auf eine solche Gruppe auswirkt: Menschen, die mit Problemen im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum zu kämpfen haben. **Einbindung der Tabakschadensminderung in die Drogenbehandlung und in Dienste zur Schadensminderung** wurde zusammen mit diesem Briefing Paper veröffentlicht und bietet einige praktische Einblicke für Fachkräfte an vorderster Front.

Hochriskanter Drogenkonsum: Teil eines komplexen Gesamtbildes

Hochriskanter oder abhängigkeitsbildender Drogenkonsum kann für den Einzelnen und für Familien verheerende Folgen haben. Zudem stellt er ein großes globales Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Schätzungen des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung für das Jahr 2023 zufolge gab es weltweit 64 Millionen Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen, von denen schätzungsweise 14 Millionen ihre Drogen injiziert nahmen. Nur einer von zwölf befand sich in Behandlung.¹

Die Überschneidung zwischen risikoreichem Drogenkonsum und anderen Risikofaktoren für schlechte Gesundheit und soziale Ausgrenzung ist erheblich. Die Daten variieren zwischen den Ländern. Durchschnittliche Schätzungen aus mehreren Studien deuten jedoch darauf hin, dass etwa 60 % der Menschen, die die diagnostischen Kriterien für eine „Substanzgebrauchsstörung“ erfüllen, mindestens eine weitere schwere psychische Erkrankung haben, und etwa die Hälfte der Obdachlosen drogenabhängig ist.^{2,3,4} Menschen, die Drogen injizieren, sind durch die Verwendung kontaminierter Utensilien einem hohen Risiko für durch Blut übertragbare Viren ausgesetzt. Laut einer globalen Metaanalyse sind 15 % HIV-positiv, während 60 % an Virushepatitis C (HCV) und 6 % an Virushepatitis B (HBV) leiden.^{5,6} Mit einer geschätzten weltweiten Prävalenz von 25 % ist auch die Rate der Tuberkuloseinfektionen (TB) bei Menschen, die Drogen konsumieren, erhöht (im Vergleich zu 5–10 % in der Weltbevölkerung).⁷

Drogenabhängigkeit ist auch unter Inhaftierten weit verbreitet; Daten aus 13 Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen belegen, dass bei der Aufnahme ins Gefängnis bei 27 % bis 68 % der Insassen eine Suchterkrankung festgestellt wurde, während europäische Studien darauf hindeuten, dass zwischen 30 % und 75 % der Menschen mit problematischem Drogenkonsum bereits im Gefängnis waren.^{8,9}

Internationale Daten zeigen durchweg, dass die Raucherquoten oder der riskante Tabakkonsum in dieser Bevölkerungsgruppe unverhältnismäßig hoch sind. Eine Metaanalyse von Guydish et al. untersuchte 54 Studien mit Daten zur Raucherprävalenz in der Suchtbehandlung in 20 Ländern und

Schätzungen zufolge gab es weltweit 64 Millionen Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen, von denen schätzungsweise 14 Millionen ihre Drogen injiziert haben. Nur einer von zwölf befand sich in Behandlung

Internationale Daten zeigen durchweg, dass die Raucherquoten oder der risikoreiche Tabakkonsum in dieser Bevölkerungsgruppe unverhältnismäßig hoch sind

verglichen diese mit der Raucherquote in der Allgemeinbevölkerung. Unter den Personen, die sich in Suchtbehandlung befanden, lagen die Raucherquoten zwei- bis viermal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Mit 85 % war die durchschnittliche Raucherquote bei Personen, die eine Opioid-Erhaltungstherapie (OMT) erhielten, am höchsten.¹⁰ Eine aktuelle Studie unter Erwachsenen, die in Kirgisistan Dienste zur Schadensminderung in Anspruch nehmen, ergab einen fast flächendeckenden Nikotinkonsum (98 %), wobei der tägliche Konsum von Rauchtabak vorherrschte (79 %), gefolgt vom täglichen Konsum von Nasvay, einem regionalspezifischen Mundtabak (18 %).¹¹

Die meisten Menschen, die eine Drogenbehandlung beginnen, stehen daher vor einer Vielzahl komplexer und sich überschneidender Herausforderungen. Dazu gehören Rauchen und riskanter Tabakkonsum. Dennoch können die Auswirkungen des Tabakkonsums und die Bemühungen zur Unterstützung der Entwöhnung in manchen Behandlungseinrichtungen trotz erheblicher und gut dokumentierter Gesundheitsschäden an Bedeutung verlieren. Dies kann viele Gründe haben: Behandler rauchen möglicherweise selbst, verfügen über keine Ausbildung zur Entwöhnung oder befürchten, dass die Bekämpfung des Rauchens die Genesung von anderen Substanzen beeinträchtigen könnte. In vielen Fällen sind die Fachkräfte natürlich einfach überfordert von den Anforderungen, die an sie gestellt werden.

Welche Auswirkungen hat das Rauchen auf Menschen, die zudem Probleme mit dem Substanzgebrauch haben?

In allen Bevölkerungsgruppen ist Rauchen eine der Hauptursachen für vermeidbare Krankheiten und verursacht Lungenkrebs sowie zahlreiche andere Krebsarten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle und Atemwegserkrankungen, insbesondere COPD. Es erhöht das Risiko für Typ-II-Diabetes und ist mit einer geschwächten Immunabwehr verbunden. Bis zur Hälfte aller Raucher stirbt vorzeitig an einer tabakbedingten Krankheit.

Jeder, der raucht, ist diesen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Es gibt jedoch Belege dafür, dass Menschen mit Problemen aufgrund von Drogenkonsum im Vergleich zu anderen ein erheblich erhöhtes Risiko haben, vorzeitig an einer durch Rauchen bedingten Krankheit zu sterben.

Eine aktuelle Analyse der Sterblichkeitsdaten von 106.789 Heroinkonsumenten in England ergab, dass 63 % vor dem 70. Lebensjahr sterben würden, verglichen mit nur 16 % der Allgemeinbevölkerung. Entscheidend ist, dass ein ähnlicher Anteil der vorzeitigen Todesfälle unter Heroinkonsumenten durch Tabakrauchen (24 %) wie durch illegale Drogen (28 %) verursacht wurde.¹² Und in einer US-Studie lag die tabakbedingte Sterblichkeitsrate in der Allgemeinbevölkerung bei 31 %, bei Menschen, die wegen Substanzkonsumproblemen behandelt wurden, jedoch bei 54 %. Personen in einer Drogenbehandlung starben zudem häufiger in jüngerem Alter an tabakbedingten Ursachen als der Rest der Bevölkerung.¹³



Diese Ungleichheiten haben komplexe Ursachen und Wechselbeziehungen. Langfristiger Hochrisikokonsum kann zu erheblichen gesundheitlichen Folgen führen, abhängig von den konsumierten Drogenarten und den häufigsten Verabreichungswegen. Wie oben erwähnt, erhöht der intravenöse Drogenkonsum das Risiko einer Ansteckung mit durch Blut übertragbaren Viren erheblich. Rauchen verkompliziert das Bild. HIV scheint ein eigenständiger Risikofaktor für durch Rauchen bedingte Krebserkrankungen zu sein. Eine aktuelle Studie ergab, dass jeder vierte Todesfall bei Menschen mit HIV in den USA auf das Zigarettenrauchen zurückgeführt werden könnte.^{14,15} Rauchen ist bei Menschen mit HCV und HCB mit schlechteren Lebererkrankungen sowie einem schwereren Verlauf der Tuberkulose verbunden.^{16,17}

Menschen, die neben Tabak auch Substanzen wie Crack-Kokain, Methamphetamin oder Opiate rauchen, weisen häufig eine schlechte Atemwegsgesundheit auf, wobei regelmäßigeres und längeres Rauchen von Drogen mit der Diagnose einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) assoziiert ist.¹⁸ Schätzungen zufolge erfüllt bis etwa die Hälfte der Heroinraucher die Kriterien für COPD (im Vergleich zu jedem Fünften, der sich die Droge injiziert). COPD erhöht wahrscheinlich das Risiko einer Opiatüberdosierung aufgrund von Atemdepression, weil die Atemfähigkeit der Betroffenen bereits beeinträchtigt ist.^{19,20}

Warum sind die Raucherquoten unter Drogenkonsumenten so hoch?

Unabhängig vom Konsum anderer Substanzen rauchen Menschen aus den unterschiedlichsten Gründen. Es ist wichtig anzuerkennen, dass dies auch Vergnügen oder Genuss beinhalten kann. Es kann auch daran liegen, dass Menschen das Gefühl haben, Nikotin helfe ihnen, mit Traurigkeit, Langeweile oder Stress umzugehen. Wiederholter Nikotinkonsum kann zu Abhängigkeit führen.

Wie bereits erwähnt, ist die Raucherquote unter Drogenkonsumenten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Zu den spezifischen Faktoren, die dabei eine Rolle spielen können, gehören:

» Nikotinkonsum zur Bewältigung von Entzugsserscheinungen oder unangenehmen Nebenwirkungen des Substanzkonsums

Nikotin bietet vorübergehende Linderung von Stress, Angstzuständen und Entzugsserscheinungen – etwa dem Absturz nach dem Konsum von Stimulanzien. Forschungsergebnisse indizieren und Menschen, die Drogen konsumieren, berichten, dass der Konsum von Nikotin bei der Bewältigung des Entzugs von Opioiden hilft.²¹

» Nikotinkonsum zur Verstärkung der Drogenwirkung

Es gibt Belege dafür, dass die Kombination von Nikotin mit anderen Drogen – beispielsweise Stimulanzien (Kokain, Amphetamine), Opioiden (Heroin), Tetrahydrocannabinol (THC, konsumiert in Cannabis oder anderen Substanzen) und Alkohol – die Aufnahme einer oder

„
Eine aktuelle Analyse von Mortalitätsdaten von 106.789 Heroinkonsumenten in England ergab, dass eine ähnliche Anzahl vorzeitiger Todesfälle durch Tabakrauchen (24 %) wie durch illegale Drogen (28 %) verursacht wurde

„
In Kombination mit anderen Drogen zeigt sich, dass Nikotin die Aufnahme einer oder beider Substanzen im Körper verstärken kann

beider Substanzen im Körper erhöht, was die Erfahrung des Konsumenten wahrscheinlich verstärkt.²² Dies gilt wahrscheinlich auch für neue psychoaktive Substanzen – wie synthetische Cannabinoide oder Cathinone.

» » Nikotin als Teil eines Drogenkonsumrituals

Oft rauchen Menschen vor oder nach dem Drogenkonsum Zigaretten als Teil ihrer Routine. Rauchen kann daher Teil des Rituals des Konsums anderer Drogen werden und beide Gewohnheiten verstärken.²³

» Nikotin zur Selbstmedikation bei psychischen Erkrankungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten

Wie bereits erwähnt, ist die Raucherquote bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ebenfalls erhöht.²⁴ Es gibt Hinweise darauf, dass manche Menschen den Nikotinkonsum mit einer Linderung bestimmter Symptome in Verbindung bringen, beispielsweise bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Für Menschen mit Schizophrenie kann der Nikotinkonsum eine Form der Selbstmedikation sein, von der sie glauben, dass sie damit kognitive Symptome behandeln oder die Nebenwirkungen von Psychopharmaka lindern können.²⁵

» Nikotinkonsum als Reaktion auf soziale und umgebungsbedingte Faktoren

Bekannterweise sehen sich Menschen mit Drogenproblemen oft einer Vielzahl komplexer und sich überschneidender Herausforderungen gegenüber. Sie verbringen möglicherweise Zeit in Umgebungen und sozialen Kreisen, in denen Rauchen üblich, normalisiert oder fest in den sozialen Umgang integriert ist. Dazu kann gehören, dass sie auf der Straße, in Wohnheimen oder Obdachlosenunterkünften, im Gefängnis, in psychiatrischen Kliniken oder in Drogenbehandlungszentren leben. Zigaretten mit anderen zu teilen kann Menschen helfen, Bindungen aufzubauen, wenn sie sonst sozial isoliert oder von Freunden und Familie entfremdet wären.

Wie viele Menschen haben weltweit Zugang zu Unterstützung bei der Drogenbehandlung und zur Raucherentwöhnung?

Eine umfassende und zugängliche Drogenbehandlung ist in vielen Ländern schwer zu erreichen. Wie zuvor angeführt befand sich im Jahr 2023 schätzungsweise nur einer von zwölf Menschen weltweit mit einer Suchterkrankung in Behandlung.²⁶ Eine aktuelle Untersuchung ergab, dass zwar 90 Länder eine medikamentöse Substitutionsbehandlung (OMT) und 94 Länder Nadel- und Spritzenaustauschprogramme durchführten, jedoch nur fünf Länder eine hohe Abdeckung beider Dienste boten, was lediglich zwei Prozent der weltweiten Bevölkerung von Drogenkonsumenten entsprach.²⁷



In einigen Ländern mit hohem Einkommen, wie Kanada, Deutschland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich, haben Menschen mit Drogenproblemen Zugang zu einer von der Regierung finanzierten primären Versorgung bei Drogenkonsum. Doch selbst unter den Ländern mit hohem Einkommen ist dies nach wie vor selten. Dennoch gibt es in Ländern aller Einkommensstufen, in denen es keine offizielle, staatlich finanzierte Drogenbehandlung gibt, vom Gemeinwesen getragene, manchmal religiös geprägte und/oder gemeinnützige Organisationen, die Menschen in Not Unterstützung anbieten.

„Hilfe zur Tabakentwöhnung anbieten“ ist eine der sechs „MPOWER“-Maßnahmen zur Tabakkontrolle, die 2008 von der WHO eingeführt wurden. Ziel dieser Maßnahme war es, dass Länder nationale Systeme zur Tabakentwöhnung einführen und Hilfsmittel zur Raucherentwöhnung für ihre Bevölkerung breit verfügbar machen.

Im Jahr 2024 veröffentlichte die WHO ihre erste klinische Leitlinie zur Tabakentwöhnung bei Erwachsenen und legte damit verbindlich fest, was diese Dienste bieten sollten. Die Leitlinie empfiehlt eine Kombination aus „Verhaltensunterstützung durch Gesundheitsdienstleister, digitalen Entwöhnungsmaßnahmen und pharmakologischen Behandlungen“. Die in der Leitlinie empfohlenen pharmakologischen Maßnahmen sind Vareniclin, Nikotinersatztherapie (NRT), Bupropion und Cytisin. Die WHO-Leitlinie zitiert insgesamt 11 systematische Cochrane-Übersichtsarbeiten zur Gesundheitsforschung über Maßnahmen zur Tabakentwöhnung.²⁸ Cochrane-Übersichtsarbeiten gelten als Goldstandard der evidenzbasierten Medizin.

Es ist daher bedauerlich, dass die WHO-Leitlinie die systematische Cochrane-Übersichtsarbeit zum Thema „Elektronische Zigaretten zur Raucherentwöhnung“ nicht zitiert. Diese fortlaufende systematische Übersicht, die seit 2012 regelmäßig aktualisiert wird, hat durchweg festgestellt, dass das Dampfen Menschen hilft, mit dem Rauchen aufzuhören. Bei der Aktualisierung im November 2025 kam sie zu folgendem Schluss: „Nikotin-E-Zigaretten können Menschen helfen, mindestens sechs Monate lang mit dem Rauchen aufzuhören. Es gibt Belege dafür, dass sie besser wirken als Nikotinersatztherapien und wahrscheinlich besser als E-Zigaretten ohne Nikotin.“^{29,30}

Zwar mag „Hilfe zur Tabakentwöhnung anbieten“ seit 2008 eines der Kernziele globaler Maßnahmen zur Tabakkontrolle gewesen sein, doch letztlich bleibt die Umsetzung unzureichend. Dies ist nicht überraschend. Die Einrichtung und Bereitstellung umfassender Raucherentwöhnungsdienste oder die Unterstützung der Einführung frei zugänglicher Nikotinersatztherapie kann kostspielig sein. Die Verabschiedung neuer Gesetze zur Tabakkontrolle – ohne diese notwendigerweise durchzusetzen – kostet die Regierungen nicht so viel Geld. Eine eigene Bewertung der WHO aus dem Jahr 2021 ergab, dass Raucherentwöhnungsdienste „in weiten Teilen der Welt unzureichend und nicht verfügbar“ sind, und im Jahr 2025 berichtete die WHO, dass zwei Drittel der Weltbevölkerung keinen Zugang zu Unterstützung bei der Raucherentwöhnung haben.^{31,32}

Cochrane-Systematische Übersichtsarbeiten gelten als Goldstandard der evidenzbasierten Medizin; „Elektronische Zigaretten zur Raucherentwöhnung“, seit 2012 regelmäßig aktualisiert, hat durchweg festgestellt, dass das Dampfen Menschen hilft, mit dem Rauchen aufzuhören

Im Jahr 2025 berichtete die WHO, dass zwei Drittel der Weltbevölkerung keinen Zugang zu Unterstützung bei der Raucherentwöhnung haben

In vielen Ländern ist es unwahrscheinlich, dass Fachkräfte, die mit Menschen arbeiten, die Probleme mit dem Drogenkonsum haben, ihre Klienten an spezielle lokale Raucherentwöhnungsdienste überweisen können. Für manche Fachkräfte könnte hier die Schadensminderung helfen.

Was ist Tabakschadensminderung – und wie könnte sie Menschen helfen, die Drogen und Tabak konsumieren?

Das Prinzip der Tabakschadensminderung ist dasselbe wie das hinter den vielen Maßnahmen zur Schadensminderung, die weltweit für Drogenkonsumenten angeboten werden – von OMT, Drogenkonsumräumen, Überdosierungsprävention und -behandlung, Nadel- und Spritzenaustausch bis hin zur Bereitstellung von Informationen über sichereren Drogenkonsum und Tabletten-Check. Das Hauptaugenmerk liegt darauf, Menschen am Leben zu erhalten, die durch ihren Drogenkonsum verursachten Schäden zu verringern und, wo möglich, sicherere Alternativen anzubieten.³³

Die gefährlichste Methode, Nikotin zu konsumieren, ist das Abbrennen einer Zigarette und das Einatmen des Qualms. Das liegt daran, dass die Zigarette ein schädliches Mittel zur Nikotinaufnahme ist. Beim Verbrennen von Tabak werden Teer und Gase freigesetzt, die Tausende von Giftstoffen enthalten, von denen viele ein erhebliches Risiko für schwere Erkrankungen bergen. Einige Tabakerzeugnisse zum oralen Gebrauch setzen außerdem während ihres Konsums gefährliche Giftstoffe frei.

Im Gegensatz dazu sind sicherere Nikotinprodukte (SNP) nicht verbrennbar: Bei keinem dieser Produkte wird Tabak verbrannt, und einige enthalten überhaupt keinen Tabak. Folglich versorgen sie den Konsumenten mit Nikotin bei einem deutlich geringeren Risiko als das fortgesetzte Rauchen. Unabhängig von Tabakrauch ist Nikotin eine Substanz mit relativ geringem Risiko.³⁴ Zu den SNP gehören Nikotin-E-Zigaretten, tabakfreie Nikotinbeutel, Snus nach schwedischer Art (ein Mundtabak), einige rauchfreie (Kau-)Tabake aus den USA sowie erhitzte Tabakprodukte. Viele dieser Produkte wurden erst in den letzten 10–15 Jahren entwickelt.

Für Menschen, die Drogen konsumieren und derzeit risikoreiche Tabakprodukte wie Zigaretten und bestimmte Mundtabake verwenden, bietet die Tabakschadensminderung die Möglichkeit, auf Produkte umzusteigen, die wesentlich geringere Gesundheitsrisiken bergen. Es gibt starke Hinweise darauf, dass bei Rauchern, die auf SNP umsteigen, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ins Rauchen geringer ist. Wie bereits erwähnt, berichtet die laufende systematische Cochrane-Übersichtsarbeit, dass Nikotin-E-Zigaretten wirksamer sind als NRT.³⁵

Es gibt starke Hinweise darauf, dass bei Rauchern, die auf SNP umsteigen, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ins Rauchen geringer ist

Schlussfolgerung

Die Bekämpfung des Rauchens und des riskanten Tabakkonsums sollte für Einrichtungen, die Menschen mit Drogenproblemen unterstützen, Priorität haben. Rauchen tötet die Hälfte aller Langzeitraucher, und das Risiko eines vorzeitigen Todes durch Rauchen ist für diese Bevölkerungsgruppe oft genauso hoch oder sogar höher als das durch illegale Drogen verursachte Risiko. Dennoch bleibt diese Sachlage allzu oft ein Problem, das zwar offensichtlich ist, aber dennoch übersehen wird.

Sobald Menschen vom Rauchen oder riskanten Tabakkonsum umgestiegen sind, können sie relativ sicher weiterhin SNP nutzen oder ihren Nikotinkonsum schrittweise reduzieren, bevor sie ganz aufhören. Es ist bekannt, dass Rauchen viele der langfristigen Gesundheitsprobleme verschlimmert, von denen diese Bevölkerungsgruppe bekanntlich betroffen ist – schlechte Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Gesundheit sowie das Fortschreiten einiger durch Blut übertragbarer Viren, wie oben erwähnt. Der Umstieg auf SNP bietet die Chance, die Schäden des Tabakkonsums drastisch zu reduzieren und so die allgemeine Gesundheit auf effektive und realisierbare Weise zu verbessern.

Es ist wichtig zu beachten, dass bei Befragungen zwischen 50 und 80 % der Menschen, die mit Drogenbehandlungsdiensten in Kontakt stehen, angeben, motiviert zu sein, mit dem Rauchen aufzuhören.^{36,37} Darüber hinaus ist es ein Irrglaube, dass das Aufhören mit dem Rauchen während einer Drogenbehandlung die Genesung von anderen Drogenproblemen gefährdet. Es hat sich gezeigt, dass die Bereitstellung von Unterstützung zur Raucherentwöhnung die Raucherquoten senkt und sich entweder neutral oder positiv auf die Behandlungsergebnisse bei anderen Drogen auswirkt.^{38,39}

Mindestens eine Art von SNP ist in 129 Ländern legal erhältlich, was 71 % der Weltbevölkerung abdeckt.⁴⁰ Wo sie verfügbar sind, sollten Fachkräfte, die mit dieser Klientengruppe arbeiten, Informationen und Beratung zu SNP anbieten oder, wenn möglich, Zugang dazu ermöglichen. Da diese Maßnahme nichts oder nur sehr wenig kostet, könnte sie sowohl die kurz- als auch die langfristige Gesundheit von Menschen, die Drogenbehandlungsdienste in Anspruch nehmen, erheblich verbessern. Die Aufrechterhaltung einer künstlichen Trennung zwischen Schadensminderung bei Tabak und Schadensminderung bei anderen Substanzen birgt das Risiko, eine entscheidende Chance zur Rettung von Menschenleben zu verpassen.

Informationen zur regulatorischen Situation für alle SNP-Kategorien und NRT-Produkte finden Sie durch die Suche nach Informationen auf nationaler Ebene in der GSTHR-Datenbank unter <https://gsth.org/countries/>. Die begleitende Publikation, **Einbindung der Tabakschadensminderung in die Drogenbehandlung und in Dienste zur Schadensminderung**, bietet einige Vorschläge für den Umgang mit THR in diesen Bereichen.



„
Separiert man die
Schadensminderung bei Tabak
von der Schadensminderung
bei anderen Substanzen, läuft
man Gefahr, eine entscheidende
Chance zur Rettung von
Menschenleben zu verpassen

Verweise

- ¹ UN. (2025). *World Drug Report 2025—Special Points of Interest*. United Nations : Office on Drugs and Crime. [/www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html).
- ² McNeely, J., Hamilton, L. K., Whitley, S. D., Wiegand, T. J., Stancliff, S. L., Norton, B. L., Gonzalez, C. J., & Hoffman, C. J. (2024, Mai). *Table 3, DSM-5-TR Criteria for Diagnosing and Classifying Substance Use Disorders [a,b]* [Text]. Johns Hopkins University. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565474/table/table-3/>.
- ³ Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>.
- ⁴ Neale, J., Parkin, S., Hermann, L., Metrebian, N., Roberts, E., Robson, D., & Strang, J. (2022). Substance use and homelessness: A longitudinal interview study conducted during COVID-19 with implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103818. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103818>.
- ⁵ People who inject drugs. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.
- ⁶ Rashti, R., Sharafi, H., Alavian, S. M., Moradi, Y., Mohamadi Bolbanabad, A., & Moradi, G. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of Global Prevalence of HBsAg and HIV and HCV Antibodies among People Who Inject Drugs and Female Sex Workers. *Pathogens*, 9(6), 432. <https://doi.org/10.3390/pathogens9060432>.
- ⁷ Ngowi, W. S., Mandizadza, O. O., Wang, M., Shao, W. T., & Ji, C. (2025). Prevalence of tuberculosis among People Who Use Drugs 2000–2024: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1635053>, S. 2000–2024.
- ⁸ Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7(4), e461–e471. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4).
- ⁹ Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1–2), 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>.
- ¹⁰ Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2), 220–230. <https://doi.org/10.1111/add.13099>.
- ¹¹ Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., Pikirenia, T., Stimson, G.V., Bessonov, S. (2026). High Smoking Rates and Emerging Alternatives: Nicotine Use Among People Who Use Drugs in the Kyrgyz Republic. Forthcoming, 2026.
- ¹² Lewer, D., Tattan-Birch, H., & Cox, S. (2025). Among people who use heroin, tobacco smoking and illegal drugs cause a similar number of premature deaths. *Addiction*, 120(12), 2573–2579. <https://doi.org/10.1111/add.70140>.
- ¹³ Bandiera, F. C., Anteneh, B., Le, T., Delucchi, K., & Guydish, J. (2015). Tobacco-related mortality among persons with mental health and substance abuse problems. *PloS One*, 10(3), e0120581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120581>.
- ¹⁴ Hessol, N. A., Barrett, B. W., Margolick, J. B., Plankey, M., Hussain, S. K., Seaberg, E. C., & Massad, L. S. (2021). Risk of smoking-related cancers among women and men living with and without HIV. *AIDS*, 35(1), 101–114. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002717>.
- ¹⁵ Asfar, T., Perez, A., Shipman, P., Carrico, A. W., Lee, D. J., Alcaide, M. L., Jones, D. L., Brewer, J., & Koru-Sengul, T. (2021). National Estimates of Prevalence, Time-Trend, and Correlates of Smoking in US People Living with HIV (NHANES 1999–2016). *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1308–1317. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa277>.
- ¹⁶ Rutledge, S. M., & Asgharpour, A. (2020). Smoking and Liver Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 617–625.
- ¹⁷ Duarte, R., Lönnroth, K., Carvalho, C., Lima, F., Carvalho, A. C. C., Muñoz-Torrico, M., & Centis, R. (2018). Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*, 24(2), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003>.
- ¹⁸ Burhan, H., Young, R., Byrne, T., Peat, R., Furlong, J., Renwick, S., Elkin, T., Oelbaum, S., & Walker, P. P. (2019). Screening Heroin Smokers Attending Community Drug Services for COPD. *Chest*, 155(2), 279–287. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1049>.
- ¹⁹ Hulin, J., Brodie, A., Stevens, J., & Mitchell, C. (2020). Prevalence of respiratory conditions among people who use illicit opioids: A systematic review. *Addiction*, 115(5), 832–849. <https://doi.org/10.1111/add.14870>.
- ²⁰ Darke, S., Farrell, M., Duflou, J., & Lappin, J. (2024). Chronic obstructive pulmonary disease in heroin users: An underappreciated issue with clinical ramifications. *Addiction*, 119(7), 1153–1155. <https://doi.org/10.1111/add.16407>.
- ²¹ Custodio, L., Malone, S., Bardo, M. T., & Turner, J. R. (2022). Nicotine and opioid co-dependence: Findings from bench research to clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.030>.
- ²² Kohut, S. J. (2017). Interactions between nicotine and drugs of abuse: A review of preclinical findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1209513>.
- ²³ Rupprecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. In D. J. K. Balfour & M. R. Munafò (Hrsg.), *The Neuropharmacology of Nicotine Dependence* (Bd. 24, S. 19–53). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_2.
- ²⁴ Alsuhaibani, Smith, Lowrie, Aljhani, & Paudyal, 2021.
- ²⁵ Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ²⁶ UN, 2025.

- ²⁷ Colledge-Frisby, S., Ottaviano, S., Webb, P., Grebely, J., Wheeler, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G. J., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2023). Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(5), e673–e683. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00058-X).
- ²⁸ WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. (2024, Juli 2). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>.
- ²⁹ Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C. R., Hajek, P., Wu, A. D., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Fanshawe, T., & Hartmann-Boyce, J. (2025). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub10>.
- ³⁰ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³¹ WHO. (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, fourth edition* (4th ed). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>.
- ³² World Health Organization. (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco* (Nr. 978-92-4-011206–3). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>.
- ³³ GSTHR. (2022). *What is Tobacco Harm Reduction?* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/what-is-tobacco-harm-reduction/>.
- ³⁴ GSTHR, 2022.
- ³⁵ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³⁶ Syan, S. K., Belisario, K. L., Rahman, L., Levitt, E. E., McCarron, C., Radman, H., Amlung, M., Praecht, A., George, T. P., & MacKillop, J. (2025). Smoking in Substance Use Disorder Patients: Prevalence, Comorbidities, Impulsivity, and Patterns of Readiness to Change. *Nicotine & Tobacco Research*, 27(10), 1813–1822. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaf089>.
- ³⁷ Cookson, C., Strang, J., Ratschen, E., Sutherland, G., Finch, E., & McNeill, A. (2014). Smoking and its treatment in addiction services: Clients' and staff behaviour and attitudes. *BMC Health Services Research*, 14, 304. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-304>.
- ³⁸ Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2012). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. In The Cochrane Collaboration (Hrsg.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (S. CD010274). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274>.
- ³⁹ Apollonio, Philipps, & Bero, 2012.
- ⁴⁰ Shapiro, H., Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., & Porritt, O. (2024). *The Global State of Tobacco Harm Reduction 2024: A Situation Report* (Nr. 4; GSTHR Major Reports). Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR). <https://gsthr.org/resources/thr-reports/the-global-state-of-tobacco-harm-reduction-2024-a-situation-report/>. S. 1.



GSTHR. (2026). *Smoking among people facing problems with drug use* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/smoking-among-people-facing-problems-with-drug-use/>

Für weitere Informationen über die Arbeit des Global State of Tobacco Harm Reduction oder die in diesem **GSTHR-Briefing-Papier angesprochenen Punkte** wenden Sie sich bitte an info@gsthr.org

Über uns: **Knowledge•Action•Change (K•A•C)** fördert die Schadensbegrenzung als eine wichtige Strategie der öffentlichen Gesundheit, die auf den Menschenrechten beruht. Das Team verfügt über mehr als vierzig Jahre Erfahrung mit Harm Reduction-Arbeit in den Bereichen Drogenkonsum, HIV, Rauchen, sexuelle Gesundheit und Strafvollzug. K•A•C betreibt den **Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR)**, der die Entwicklung der Tabakschadensminderung sowie den Konsum, die Verfügbarkeit und die regulatorischen Maßnahmen für sicherere Nikotinprodukte sowie die Raucherprävalenz und die damit verbundene Sterblichkeit in über 200 Ländern und Regionen der Welt erfasst. Alle Publikationen und Live-Daten finden Sie auf <https://gsthr.org>

Unsere Finanzierung: Das GSTHR-Projekt wird mit Unterstützung von **Global Action to End Smoking** (ehemals Foundation for a Smoke-Free World) durchgeführt, einer unabhängigen, gemeinnützigen US-amerikanischen Förderorganisation nach 501(c)(3), die weltweit wissenschaftlich fundierte Bemühungen zur Beendigung der Rauchepidemie vorantreibt. Global Action war nicht an der Konzeption, Umsetzung, Datenanalyse oder Interpretation dieses Briefing-Papiers beteiligt. Inhalt, Auswahl und Darstellung der Fakten sowie die geäußerten Meinungen liegen in der alleinigen Verantwortung der Autoren und stellen nicht die Position von Global Action to End Smoking.