

Lust auf Drogen – oder „Wie spricht man mit Patienten über Drogen“?

S. Schellberg
Berlin

Der Gebrauch unterschiedlichster psychoaktiver Substanzen gehört seit Anbeginn zur Geschichte der Menschheit. Kaum eine Kultur, in der sich nicht der Gebrauch von Substanzen findet – sei es zu rituellen Zwecken, zur Linderung von Beschwerden oder schlichtweg zur Erzeugung von Lust, Extase oder Entspannung. Alkohol, berauschende Kräuter oder Blätter, Halluzinogene aus Früchten oder Rinden oder der Gebrauch tierischer Gifte – jede Kultur fand Möglichkeiten, die entsprechenden Belohnungszentren unseres Gehirns zu stimulieren. Aber auch bei anderen Säugetieren ist der Gebrauch von Substanzen bekannt, Geschichten betrunkenen Gänse oder berauschter Primaten erinnern uns an unsere gemeinsame Geschichte und dopaminerge Hirnstrukturen, von deren Einfluss wir uns nicht befreien können – oder es auch gar nicht wollen.

Und trotzdem oder auch gerade deshalb ist der Gebrauch von Drogen auch ein Thema, das mit erheblicher Stigmatisierung einhergeht. Während der Gebrauch von Alkohol – vermutlich der Droge mit den meisten gesundheitlichen Folgen – gesellschaftlich akzeptiert ist und der Gebrauch von Nikotin höchstens mit Naserümpfen bedacht wird und angeblich abschreckende »Schockbilder« zum Alltag in Supermärkten, Kiosken oder auf Plakaten geworden sind, ist der Gebrauch sogenannt »illegaler« Drogen kaum Thema. Die rechtliche Stellung dieser Substanzen erzeugt Angst vor den möglichen Konsequenzen eines eingeräumten Konsums oder doch zumindest Angst vor einer gesellschaftlichen Ächtung. Immer wieder aufkommende Diskussionen über mögliche (Teil)Legalisierungen, Beispiele im Ausland oder von Unentwegten veranstaltete »Hanfmessen« haben hieran wenig geändert.

Somit stellt sich vor der Diskussion des »wie« einer Kommunikation über Drogen häufig eher die Frage nach dem »ob«. Obwohl der Konsum von Drogen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit oder die Wirkung ärztlich verordneter Therapien haben

kann, scheint die Frage nach der Konsistenz des Stuhlgangs, der Heftigkeit der Regelblutung oder der Häufigkeit nächtlichen Urinierens im ärztlichen Anamnesegespräch akzeptabler als die Frage nach dem Gebrauch von Substanzen zu sein. Man erinnere sich an seinen eigenen letzten Arztbesuch und die hier vom Kollegen gestellten Fragen – oder eben an die gerade nicht gestellten.

Während man Menschen unterhalb des 40. Lebensjahrs zumindest stillschweigend unterstellt, Erfahrungen mit Drogen zu haben und es hier zumindest im ein- oder anderen Kontext zu Gesprächen über dieses Thema kommen kann, ist dieses Thema in der immer größer werdenden Generation der »zweiten Lebenshälfte« vermeintlich endgültig »ad acta«. Dass die eigene Großmutter schon in den 50er Jahren gerne mal mit der »Spanischen Fliege« nachgeholfen hat und den Effekt von »Hallo Wach« auch heute noch schätzt oder der rüstige Rentner, der heute mit 75 in seinem Gewächshaus genau das anbaut – und auch konsumiert, was er in den Zeiten der 68er-Revolutionen kennengelernt hat, verschwindet gerne unter dem Deckmantel eines vermeintlich gnädigen Schweigens.

Einer jüngst publizierten britischen Umfrage [1] unter HIV-positiven Männern, die Sex mit Männern haben, zufolge, gebrauchen 29,5 % der Befragten regelmäßig Substanzen im sexuellen Kontext, 10,1 % betreiben intravenösen Gebrauch im Rahmen des sog. »slamming«. Die Verknüpfung von Sexualität und Drogen stellt nicht nur ein therapeutisches Problem dar, sie macht die Kommunikation häufig noch komplexer – aber umso notwendiger. In Zeiten dauernder kommunikativer Verfügbarkeit und Mobilität, andauernder sexueller Stimulation und Verfügbarkeit über YouTube, Grindr, Scruff, Tinder und Co. ist der Gebrauch gerade entaktogen wirkender Substanzen nicht nur eine logische Fortentwicklung, sondern auch eine Antwort auf eben genau den hierdurch erzeugten Leistungsdruck. Das auch beim Sex »24/7« zu



Der Gebrauch von Substanzen ist keine Altersfrage.

»performen« ist, wie es die Arbeitswelt vorlebt, ist häufig nur noch mit Crystal Meth umsetzbar oder mit Ketamin erträglich.

Kommunikation über Drogen ist somit kein „nice to have«, sondern häufig eine sehr reale Notwendigkeit. Diesen Aspekt wissentlich oder fahrlässig auszublenden, wird den Anforderungen an den modernen Behandler nicht gerecht.

Aber warum tun wir uns mit diesem Thema häufig so schwer? Ob wir wollen, oder nicht, wir als Ärzte unterliegen genau den gleichen Wertevorstellungen und Moralddefinitionen wie unsere Patienten. Wir haben zum Großteil eine ähnliche Sozialisation hinter uns und tendieren dazu, das uns Geschilderte sogleich mit unserer eigenen Lebenswelt zu vergleichen und damit auch immer als »gleich« und damit »gut« oder »anders« und damit zumindest weniger positiv zu bewerten. Die Einsicht, das nicht alles gleich auch zu bewerten, und – wenn dann doch geschehen – nicht alles auch für sich selbst erstrebens- und wünschenswert zu halten, ist häufig kopfgesteuert, wird unserer eigenen Emotionalität aber nicht gerecht.

Wie sollte eine Kommunikation über Drogen also idealer Weise aussehen?

Dabei ist zunächst zu bedenken, welchen

Zweck man eigentlich verfolgt. Hat man ein akutes Problem vor Augen, das den Gebrauch von Substanzen nahelegt, geht es um allgemeines Interesse, möchte man Interaktionen ausschließen oder geht es einem einfach um die Vollständigkeit der Anamnese?

Nicht zwangsläufig stellt der Gebrauch von Substanzen auch ein akutes medizinisches Problem dar, es kann also durchaus berechtigt sein, sich den Grund der Frage oder Kommunikation oder die möglichen Kon-

Warum reden Menschen?

- Weil sie etwas zu sagen haben
- Weil es ihnen Spass macht, zu kommunizieren
- Weil sie gesellig sein wollen
- Weil sie Bedürfnisse ausdrücken möchten
- Weil es erwartet wird / weil sie müssen / weil es „dazu gehört“

Warum schweigen Menschen?

- Weil sie Nichts (zum Thema) zu sagen haben
- Aus Scham, Angst, Trauer oder Depression
- Aus Angst vor den Konsequenzen
- Weil es erwartet wird
- Aus dem Gefühl des Fremdseins / Aus mangelnden Sprachkenntnissen
- Aus (dem Gefühl) von Unterlegenheit / sozialer Isolation

sequenzen noch einmal zu überlegen und die Kommunikation auf einen geeigneteren Zeitpunkt zu verschieben. Auf der anderen Seite kann eine Kommunikation bei einem akut intoxikierten Patienten wenig zielführend sein, zumindest, wenn diese über das übliche Maß einer Akutanamnese hinausgeht. Durchaus kann es auch berechtigt sein, die »Dose der Pandora« nicht zu öffnen, zumindest dann, wenn man – aus welchen Gründen auch immer – nicht dazu in der Lage ist oder auch nicht wünscht, das Thema weiter zu bearbeiten. Hier sollte dann aber wohl überlegt sein, welche externen Alternativen man dem Patienten ggf. anzubieten hat. Nicht alles muss und kann man auch wirklich selbst tun.

Ist die Entscheidung zu Kommunikation aber gefallen, bieten sich einige Grundsätze für die Kommunikation an.

Grundsätze der Kommunikation über Drogen

- Die Kommunikation muss direkt sein
- Die Kommunikation muss respektvoll sein
- Die Kommunikation muss selbstverständlich sein
- Die Kommunikation muss sich einer adäquaten Sprache bedienen
- Die Kommunikation muss von Hintergrundwissen geprägt sein
- Die Kommunikation muss empathisch sein
- Die Kommunikation darf nicht stigmatisieren
- Die Kommunikation muss schamlos sein

Die Kommunikation muss direkt sein

Die Frage nach dem Gebrauch von Drogen berührt – wie schon ausgeführt – viele stigmatisierte Bereiche, kann Angst und Scham auslösen. Je indirekter die Fragestellung, je unklarer die Sprache, umso unklarer wird für den Patienten auch das Ziel der Frage und je unwahrscheinlicher wird eine ebenso klare Antwort. Die direkte Frage mag initial Erstaunen auslösen, ermöglicht ggf. aber auch eine ebenso direkte Antwort und ermöglicht das Gefühl einer zumindest eingeräumten Normalität.

Die Kommunikation muss respektvoll sein

Was für den einen normal, gesellschaftlich akzeptiert oder im Freundeskreis auch weit verbreitet ist, kann für den anderen in absolute Grenzbereiche vorstoßen. Und dies gilt in beide Richtungen für Arzt und Patient. Der versteckte Vorwurf »Nehmen Sie Drogen« kann beim gelegentlichen »chillenden« THC-Konsumenten ebenso respektlos empfunden werden, wie die umgekehrt beiläufige Frage an die 78-jährige Hausfrau, wie oft sie denn zum Joint greife. Wichtig ist hier aus eigener Erfahrung das Signal des echten, genuinen Interesses. Dies darf auch gerne offen verbalisiert sein. »Es interessiert mich, ob Substanzen in Deinem / Ihrem Leben eine Rolle spielen« ist eine Fragestellung, die Intention und Respekt signalisieren kann.



Kommunikation über Drogen trifft oft mehrere Stigmata.

Die Kommunikation muss selbstverständlich sein

Die Frage nach Drogen ist weniger außergewöhnlich, als wir sie uns häufig vorstellen. Recht unbefangen fragen wir nach akzeptierten Drogen, wie Alkohol und Nikotin. Hiernach genauso selbstverständlich auch nach anderen Substanzen zu fragen, signalisiert die gleiche Selbstverständlichkeit. Auch hier kann ein einleitender Satz »Nicht wundern, ich frage das jeden« ebenso helfen wie der Ersatz des Wortes »Drogen« durch weniger stigmatisierte Ersatzbegrifflichkeiten – »Pillen, Pulver – Dinge, die man rauchen, schnupfen oder spritzen kann«. Der häufig geäußerte Glaube, die Frage in einem schriftlichen Fragebogen sei übrigens diskreter oder mache das Thema selbstverständlicher, ist übrigens häufig ein Irrglauben. Viele Menschen tun sich gerade bei diesem Thema leichter, Fragen verbal zu beantworten. So selbstverständlich die Frage in der Anamneseerhebung auch kommen mag, die Frage nach der Dokumentation der Antwort oder der möglichen Einsicht der »Krankenkasse« in eben diese Dokumentationsunterlagen kommt mit ebenso regelmäßiger Selbstverständlichkeit auch zurück.

Die Kommunikation muss sich einer adäquaten Sprache bedienen

Sprache ist bunt und abhängig von Alter, Situation, Bildungshintergrund, Ethnie oder auch Muttersprache. Während dem schwulen jungen Mann in Berlin der Begriff »G« geläufig sein dürfte, wird dies in Schwäbisch-Hall nicht unbedingt auch der Fall sein. »K« kann sowohl für »Kokain« als auch für »Ketamin« stehen und auch nicht jedem Mediziner dürfte »Mephisto« geläufig sein. Hier bedarf es guten Gespürs, welche Begrifflichkeiten man verwendet, damit es nicht unfreiwillig zu Mißverständnissen kommt. Wichtig ist zu bedenken, dass bestimmte Codenamen für Substanzen in unterschiedlichen Ländern auch unterschiedlich verwendet werden und dass typisches Vokabular dieses Themenkreises nicht zum »Grundkurs Deutsch« für Migranten oder ausländische Studenten gehören mag. Wird klar, dass es sich um Gebrauch im sexuellen Kontext handelt, sollten auch die mit diesem Gebrauch üblicherweise verknüpften Praktiken zum beherrschten Vokabular gehören.

Die Kommunikation muss von Hintergrundwissen geprägt sein

Zu wissen, worüber man redet, hat noch nie geschadet und so verhält es sich auch in der Kommunikation über Drogen und Substanzgebrauch. Die regional oder in der jeweiligen Patientenpopulation häufig gebrauchten Substanzen und deren Wirkung und Applikationsformen zumindest vom Namen zu kennen, sollte zur Grundlage einer guten Kommunikation gehören. Sollte man dennoch von Aussagen überrascht werden, deren Inhalt sich einem nicht sofort erschließen, schadet es auch nicht, offen nachzufragen. »Du, den Begriff kenne ich nicht – kannst Du mir erklären, was das ist?« Auch hier spielt häufig der Gebrauchskontext eine Rolle. Zu wissen, warum MDMA gerade in der Partyszene geschätzt wird und warum Ketamin gerne beim Fisten zum Einsatz kommt, kann hier hilfreich sein.

Die Kommunikation muss empathisch sein

»Alles im Leben hat seine Zeit«, steht schon in der Bibel und so gibt es gute und weniger gute Zeiten für eine Kommunikation über Drogen. Dem empathisch handelnden Arzt wird es auffallen, ob die Kommunikation gerade passt und vom Patienten als ehrliches Interesse mit einem möglichen Hilfsangebot wahrgenommen werden kann – oder eben auch nicht. Das 5-Minuten-Gespräch beim wiederholten Wunsch nach Krankschreibung am Montag mag dazu ebenso wenig geeignet sein, wie eine Randbemerkung, kurz vor der wiederholten Tardocillin-Injektion. Die ausführliche Aufklärung über eine HIV-PrEP oder aber der Wunsch nach Abklärung einer »unerklärlichen Müdigkeit und Erschöpfung« signalisiert eher ein ehrliches Interesse für weitere Lebensumstände, zu denen beim Patienten durchaus auch eben der regelmäßige Gebrauch von Substanzen zählen mag.

Die Kommunikation darf nicht stigmatisieren

Der Gebrauch von Substanzen definiert einen Patienten nicht ausreichend. Kategorische Sichtweisen, wie »Gebraucher und Nichtgebraucher« oder »Gefährdete und

Nicht-Gefährdete« erfassen eine Persönlichkeit nur zu einer Winzigkeit und der Betroffene wird sich zu Recht als stigmatisiert beschreiben, wenn er nur hiernach klassifiziert wird, sich die Behandlung ausschließlich daran orientiert oder sich das Arzt-Patientenverhältnis nach der Offenlegung des Substanzgebrauches plötzlich grundlegend verändert. Auch das Anbringen entsprechender Vermerke im »Info-Feld« der Patientenakte, mag nicht zwangsläufig als vertrauensfördernde Maßnahme oder als einfacher zu beachtender Hinweis für mögliche Arzneimittelinteraktionen verstanden werden. Ein Hinweis darauf, dass man die vom Patienten gezeigte Offenheit durchaus als Vertrauensbeweis zu schätzen weiß, mag hingegen den Weg zu einer umfassenderen Kommunikation ebnen.

Die Kommunikation muss schamlos sein

Dieser Hinweis mag inadäquat klingen, aber Kommunikation über Drogen ist häufig von Scham behindert, ein möglicher Gebrauch im sexuellen Kontext macht das Problem doppelt schwierig. Gerade das Wissen über den schamhaften Kontext ermöglicht es aber, diesen Bereich und die damit verbundene Stigmatisierung bewusst auszublenden. Das Signal des Behandlers, diesen Kontext zu kennen und gerade eben deshalb nicht moralisch zu kommentieren oder zu bewerten, also nach dem Grundsatz

zu handeln »Gottes Welt ist bunt«, eröffnet bislang ungeahnte Vielschichtigkeit in der Kommunikation und damit auch in der Herangehensweise an das ggf. als problematisch erlebte Verhalten.

Grundsätze der Kommunikation sind häufig theoretisch und auch im klinischen Alltag nicht in jeder Situation und immer umzusetzen. Dennoch hilft es, zunächst selbst etwas Eigenreflektion zu betreiben, um nicht im eigentlichen Gespräch plötzlich hilf- und sprachlos vor seinen eigenen Problemen zu stehen. Einfache Fragen dieser Selbstreflektion mögen sein:

- Fragen wir »danach«?
- Wie gehen wir mit unserer eigenen Scham um?
- Was ist »gesund«, was »krank«, was »normal«, was »unnormale«?
- Welche Rolle spielt unsere eigene sexuelle Lebenswelt, unsere eigenen Werte und Moralvorstellungen?
- Wie steht es mit unserem eigenen Wissen zu sexuellen Realitäten, Bedrohungen, Suchtmitteln, Trend und Lifestyles?
- Wie ist die rechtliche Situation und welche Befürchtungen habe ich ggf. selbst?



Scham hat in der Kommunikation über Drogen wenig Platz

Es gibt viele Gründe zu kommunizieren. Von der gesellschaftlichen Erwartung zu Kommunikation beim abendlichen Dinner, dem Wunsch nach Beachtung oder auch einfach die Lust am Gespräch ist der mögliche Bogen weit. Eine Kommunikation über Drogen kann damit auch viele Ziele verfolgen. Im ärztlichen Kontext geht das Spektrum vom bloßen Erfassen wesentlicher anamnestischer Angaben bis zur Akutintervention beim wiederholten Rückfall des Crystal Meth-Gebrauchers. Das Ziel bestimmt damit klar auch Umfang, Form und Intensität der Kommunikation. Hierbei ist zu bedenken, dass sich ein Ziel auch beim gleichen Patienten regelmäßig ändern kann. Hier ist es bedeutsam, rechtzeitig das Signal gesetzt zu haben, dass Kommunikation über Drogen im individuellen Kontext möglich ist, der Patient bei selbst empfundenen Bedarf also einen Ansprechpartner hat, der Arzt umgekehrt bei Zeichen einer akuten Intoxikation oder beim Auftreten negativer Folgen auch proaktiv auf dieses Thema zu sprechen kommen wird. Das Tor ist also offen, der Kanal geschaltet und er wird ggf. auch genutzt werden.

Die Kommunikation über Drogen ist nur in den seltensten Fällen ein einmaliger, abgeschlossener Vorgang. Der Aufbau des notwendigen Vertrauens mag genauso lange Zeit benötigen, wie die Einsicht darin, dass das Problem ggf. doch vielschichtiger und weiter fortgeschritten ist, als man es sich selbst zunächst eingestehen möchte. Hier ist es von extremer Bedeutung, »dabei« zu bleiben, also nicht das Interesse zu verlieren. Patienten haben hier sehr deutliche Antennen, ob das Gegenüber wirklich daran interessiert ist, das Thema regelmäßig zu begleiten oder eben nicht. Was dem Arzt zuweilen als redundant oder auch als frustrierend erscheinen mag, gibt vielen Patienten doch Struktur, die manchem Drogengebraucher eben auch gerade durch den Gebrauch der Droge bisweilen abhanden kommt. Das Gefühl, genau diese Struktur zu geben, kann auch den Behandler als Erfolgserlebnis für eine gelungene ärztliche Intervention dienen.

Kommunikation über Drogen wird leider in der ärztlichen Ausbildung nicht unterrichtet und viele Behandler sind vielleicht ganz dankbar dafür, dass es Kollegen gibt, die sich auf den Bereich Substitutionsmedi-

zin konzentrieren und damit vermeintlich diesen Bereich abdecken. Drogenkonsum ist aber – ob wir es wollen oder nicht – ein breites und vom Umfang sicher nicht rückläufiges Phänomen. So sehr der Gebrauch Alltag vieler unserer Patienten ist, so sehr muss die Kommunikation hierzu auch zum Alltag der ärztlichen Versorgung gehören. Darüber nachzudenken, das Thema zumindest im Kopf zu haben, war Grund dieser kurzen Zusammenfassung. Dass es sich hierbei auch um ein Thema von großer Spannung, wissenschaftlicher Herausforderung und ärztlicher Relevanz handeln kann, bleibt dem Leser zu entdecken.

Referenz

1. Pufall EL, et al.: Sexualized drug use ("chemsex") and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men". *HIV Medicine* 2018;19:261–270.

Verfasser

Dr. med. Sven Schellberg
Novopraxis Berlin GbR
Mohrenstraße 6
10117 Berlin
E-Mail: sven@novopraxis.berlin