

## Skill-Training Folge 5

# Die Corona-Angst am Telefon

Pierre Loeb

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, spez. Psychosomatische Medizin SAPP, Senior Editor PHC

### Die Intervention

«Hallo Herr Huber. Sie haben angerufen, weil Sie momentan wegen der Corona-Krise Angst verspüren, ist das richtig?» Wenn spontan keine Antwort erfolgt, frage ich weiter: «Stimmt es für Sie, jetzt über Ihre Angst zu sprechen, oder sind Sie im Moment zu sehr erregt oder in Panik?» «Gut, Sie denken es sei jetzt möglich, dann atmen Sie ganz ruhig durch und sobald Sie mögen, erzählen Sie mir, was Sie genau belastet. Was für eine Angst verspüren Sie?»

### Die Indikation

Wir müssen jetzt herausspüren, wovor unser Patient genau Angst hat. Hat er Angst, selbst angesteckt zu werden oder eher jemanden anzustecken, oder hat er Angst vor dem Ersticken, vor der Intensivstation mit Tubus, Beatmungsmaschine, oder ganz allgemein vor der Zukunft, beim Sterben allein zu sein oder was ihn auf der «anderen Seite» erwartet, oder die Kinder und Lieben allein zu lassen oder alleingelassen zu werden, oder sind es wirtschaftliche Ängste, die ihn nicht schlafen lassen? Wir müssen genau zuhören, worum es unserem Patienten überhaupt geht und ihm genügend Raum lassen, seine Not auszudrücken. Allein die Ausformulierung seiner Gedanken, und dass jemand aufmerksam zuhört, bringt eine Entlastung. Bevor wir mit eigenen Rationalisierungen, Erklärungen oder gar Vor- bzw. Ratschlägen kommen – mit denen wir uns in erster Linie selbst zu beruhigen versuchen – gilt es zuzuhören, empathisch mitzugehen und die Konstrukte, in die wir geführt werden, selbst auszuhalten. Kein vorzeitiges Trösten. Doch wenn der Patient während des Gesprächs zu hyperventilieren beginnt, sich in eine Panik steigert, werden wir versuchen, die Gedanken zu unterbrechen und zu kanalisieren: «Spüren Sie Ihre Füße auf dem Boden? Stehen Sie kurz auf und gehen Sie in den Zehenstand und lassen Sie sich auf die Fersen plumpsen», oder «Drücken Sie den Telefonhörer ganz stark ans Ohr und zählen Sie laut bis fünf. Können Sie mich hören? Können Sie jetzt ganz langsam durch die Nase einatmen und mit einem Ton durch die Lippen ausatmen?»

«Talkdown». Wir bringen den Patienten wieder auf den Boden. Wir gewissermaßen uns, dass der Patient ge-

### Skill-Trainings

In der Skill-Training-Reihe von *Primary and Hospital Care* möchten wir einfache Kommunikationshilfen für den Alltag vorstellen, die jedem Hausarzt, jeder Hausärztin in der Sprechstunde helfen, die psychosomatisch-psychosoziale Achse näher zu verfolgen. Feedbacks und Fragen zu dieser Serie sind willkommen in der Kommentarfunktion unterhalb des Textes in der Online-Version des Artikels auf [primary-hospital-care.ch](http://primary-hospital-care.ch).

2014 wurde bereits eine erste Serie des Skill-Trainings publiziert. Sie finden sie im Archiv ([primary-hospital-care.ch/archiv](http://primary-hospital-care.ch/archiv)), indem Sie in der Volltextsuche den Namen des Autors Pierre Loeb und «skill» eingeben.

sprächsbereit ist und klar mitdenken kann. Vielleicht unterbrechen wir das Gespräch und warten bis sich die Person beruhigt, einen Tee getrunken oder ein Benzodiazepin eingenommen hat und setzen unser Gespräch eine halbe Stunde später fort. Doch das ist eher selten notwendig. Wenn die Leute Raum erhalten, ihre eigentlichen Ängste auszusprechen, beruhigen sie sich, sobald das Gespräch konkret und konsistent wird. Emotionen sind dabei erwünscht und wirken oft wie eine Katharsis.

### Die Theorie

Ja die Angst ist hier. Die Aussichten sind tatsächlich düster, Leute sterben, leiden, und es beunruhigen uns Nachrichten, Berichte und eigene Erlebnisse. Es geht ja nicht darum *keine* Angst zu haben. Die Angst ist berechtigt. Und Vielen ist schon geholfen, wenn sie verstehen, dass Angst eine physiologische Reaktion ist, die uns hilft, Vorsicht walten zu lassen, uns auf eine ausserordentliche Lage einzustellen. Manchmal ist es jedoch nötig, sich bei der Angst quasi zu bedanken, sie hat jetzt ihre Aufgabe erfüllt, ich bin wachsam und mir ist gegenwärtig, dass es sich um eine Notsituation handelt, die Angst darf jetzt gehen oder nachlassen und ich übernehme wieder die Kontrolle.

Die nächsten therapeutischen Schritte, nachdem eine gewisse kontrollierte Katharsis stattgefunden hat, bestehen in der Unterscheidung von realen und irrationalen Ängsten. Diese Grenzziehung ist nicht immer einfach und auch der weitere Verlauf ist heute beim besten Willen nicht abzusehen. Betrifft es Ängste um Ansteckung, um finanzielle Verluste oder um eine bevorstehende Verschlimmerung der allgemeinen Lage? Das gerade macht wohl die aktuelle Krise aus, wir alle, Ärztinnen, Patienten, Wissenschaftlerinnen, Unternehmer, Politikerinnen sind einem neuen Virus ausgesetzt, neuen Herausforderungen, für die es keine Erfahrungswerte gibt, und alle müssen improvisieren. Das Coronavirus triggert bei uns allen die eigene Sterblichkeit, trifft also zutiefst in unser Wesen. Zum einen erklärt dies, dass Angst in dieser Situation völlig gesund und angemessen ist, andererseits soll sie uns wappnen und nicht sabotieren. Doch gerade das passiert, wenn die Angst ausser Kontrolle gerät, wenn die Angst selbst wieder Angst auslöst und wir die Bodenhaftung verlieren. Ziel also des ärztlichen Gesprächs: Auf den Boden zurückkommen. Dinge, die wir beeinflussen können angehen und den Dingen, welchen wir ausgeliefert sind, so gelassen wie möglich begegnen. Mehr können wir nicht tun. Aber das ist genug, um uns auf konkrete «handfeste» Tätigkeiten zu konzentrieren.

Der nächste Punkt ist so zu verstehen, dass unsere Fantasien und Katastrophisierungen weit schlimmer sind als die Realität. Ich erkläre dies meist mit einer Eigen-

erfahrung: Wie ich als frischgebackener Hausarzt im städtischen Notfalldienst zu einem Einsatz beordert wurde, waren meine Vorstellungen und Ausschmückungen, was mich vor Ort erwarten würde, immer sehr viel schlimmer als die Gegebenheiten, die ich dann real vorgefunden hatte. Egal, ob ich klar einsehen musste, dass hier eine desaströse Situation vorlag, wo mir nur noch blieb, die Sanität anzurufen und bis zu deren Eintreffen eine Herzmassage durchzuführen oder eine familiäre Eskalation, die zur Hyperventilation führte; ich tat, was ich konnte, ich war voll beschäftigt und hatte keine Zeit mehr, mir auszumalen, was alles noch hätte passieren können.

Wir werden also mit unserem Patienten versuchen, seine Befürchtungen so weit wie möglich zu ergründen und mit ihm zusammen auszuhalten. Individualisieren und entkatastrophisieren. Was bedeutet es für ihn, auf einer Intensivstation zu liegen? Was stellt er sich genau vor? Und was wird das engagierte Pflegepersonal machen? Hat er sich für eine Beatmung oder für eine palliative Behandlung entschieden? Ist für seine Familie gesorgt? Was weiss er jetzt schon über die weitere berufliche Existenz, und wieviel davon ist Vermutung oder Befürchtung?

Der Arzt und Entertainer Eckhart von Hirschhausen spricht in der Basler Zeitung vom 03.04.2020 von «radikaler Akzeptanz»: *«Je mehr psychische Energie wir damit verträdeln, der Realität vorzuwerfen, dass wir uns das Ganze anders vorgestellt haben, desto anstrengender wird es. Und umso weniger Energie bleibt für die konst-*



*ruktive Gestaltung dieser Ausnahmesituation. Vielleicht hilft dieses Bild: Ich bleibe jetzt zu Hause – nicht weil ich dazu verdonnert werde, sondern weil ich das für sinnvoll halte und ich damit andere Menschen schütze. Und ich versuche, das Beste daraus zu machen. Wir können damit Ärzten, Pflegekräften und vielen anderen, die gerade unter maximalem Einsatz den Laden am Laufen halten, helfen, nicht in die totale Überlastung zu kommen. Und wir geben den Wissenschaftlern Zeit, Medikamente und Impfstoffe zu entwickeln. Soziale Distanz ist nicht toll, aber das Beste, was wir gerade tun können.» [1].*

## Die Geschichte

Als Ärztinnen und Ärzte können wir an der Korrektur des Patientenkonzepts arbeiten, indem wir inadäquate Vorstellungen durch konkrete Informationen ersetzen. Dass Atemnot zum Beispiel durch Sauerstoffgabe und Morphin in den meisten Fällen weitgehend gelindert werden kann. Die detaillierten Beschreibungen im Interview des Leiters der Intensivstation des Unispitals Basel, Professor Dr. med. Hans Pargger, in «Rendez-vous» von Radio SRF 1 [2] vom 03.04.2020 sind hilfreich. *«Was erstaunlich ist, die Patienten haben gar nicht so massive Atemnot, wie man das vielleicht fürchtet.»* Und für den Fall, dass eine künstliche Beatmung notwendig wird, sagt er weiter: *«Eine mit Coronavirus infizierte Lunge ist schwer entzündet und dies schädigt die Alveolen, die Lungenbläschen, von denen der Sauerstoff von der Lunge ins Blut gelangt. Es kann zu Flüssigkeitsausscheidungen in diese Alveolen kommen, die Membranen können reissen, es kann zu kleinen Blutungen kommen [...] Wird die Atemnot zu gross, muss ein Patient an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden. Dazu bekommt er zu Beginn einige Minuten reinen Sauerstoff über eine Maske, wird dann in einen Schlaf versetzt und erhält ein Mittel, das die Muskeln erschlaffen lässt. Nun führt der Arzt einen Schlauch durch den Mund und die Stimmbänder in die Luftröhre [...] Enorm wirksam ist auch ein simpler Trick: Die Patienten immer wieder für einige Stunden auf den Bauch zu drehen. Dies bringt die Entzündungsflüssigkeit in den Lungen in Bewegung und befreit so die Lungenbläschen [...] Bei den Patienten zwischen 50 und 70 ohne massivste Vorerkrankungen sollte immer noch der Grossteil wieder nach Hause gehen. Wenn sich bei einem beatmeten und narkotisierten Patienten die Lungenfunktion erholt, reduzieren die Ärzte langsam die Aktivität der Maschine, der Patient atmet immer mehr selbst und trainiert dabei seine geschwächte Atemmuskulatur. Wenn das alles im grünen Bereich ist, und der Patient parat ist, lassen wir ihn aufwachen, und dann entfernen wir den Schlauch.»*

Genauso verfahren wir mit jeder konkreten Angst, die unseren Patienten belastet. Das Leiden soll damit nicht bagatellisiert werden, doch die ausschweifenden Horrorthantasien werden soweit möglich durch reale, rationale Informationen ersetzt. Dies fokussiert das Denken und bringt das Gespräch auf den Boden der Wirklichkeit zurück.

## Die Übung

Zu befürchten ist, dass in den nächsten Wochen und Monaten existentielle wirtschaftliche Ängste, Familientragödien durch die Quarantänebedingungen [3], Depressionen und Suizidgefährdungen die Infektionsangst ersetzen werden. Sie werden also genügend Gelegenheit haben, die vielen Fragen und Sorgen Ihrer Patientinnen und Patienten zu erörtern. Erkundigen Sie sich explizit, welche Rituale oder Techniken bei ihren Patienten üblicherweise wirken oder jeweils gewirkt haben und verordnen Sie ihnen diese! Zum Beispiel: «Führen Sie Ihren Spaziergang täglich zweimal – und bei jedem Wetter – aus.» Stärken Sie die Eigenverantwortung Ihrer Patientinnen und Patienten. Achten Sie auf Körperübungen, die «grounden», die den Körper, die Atmung, die Gedanken kanalisieren. Jeder hat seine eigene Trickkiste – Arzt und Patient. Dazu gehören auch Medikamente, Notfalltropfen, Musik – alles was hilft. Meditieren, Autogenes Training oder MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) sind für viele, die das nicht regelmässig machen, im akuten Zustand eine Überforderung, die die Gedanken reaktivieren. Sich gezielt mit der Lage zu beschäftigen und dann aber ebenso gezielt darauf zu verzichten, ist wichtig; setzen Sie also ein Zeitlimit für News – aber auch für das Haldern. Sollte dieser Weg nicht zielführend sein, und die Angst regelmässig in eine Panikstörung mit Hyperventilation, Herzrasen und den weiteren typischen adrenergen Symptomen münden, ist an eine Überweisung an eine Fachperson zu denken.

### Bildnachweis

© Andranik Hakobyan | Dreamstime.com

### Literatur

- 1 «Auch mal einen Baum umarmen», Interview mit Eckhart von Hirschhausen in der Basler Zeitung vom 03.04.2020, S. 14.
- 2 Das ganze Interview mit Prof. Hans Pargger, Intensivstation Unispital Basel, in «Rendez-vous» von Radio SRF 1 vom 03.04.2020 <https://www.srf.ch/play/radio/rendez-vous/audio/immer-mehr-menschen-muessen-kuenstlich-beatmet-werden?id=5efe0598-f8d3-428f-b82f-ff222e1ecdaa>
- 3 The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Samantha K Brooks et al. Lancet. 2020;395:912–20.

Korrespondenz:  
Dr. med. Pierre Loeb  
Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin FMH,  
spez. Psychosomatische  
Medizin SAPP  
Winkelriedplatz 4  
CH-4053 Basel  
loeb[at]hin.ch