

Dienstagmorgen, kardiochirurgische Frühbesprechung, ich sitze auf demselben Platz im Besprechungsraum, auf welchem ich schon in der ersten Woche meiner Famulatur saß. Ich habe einen guten Blick auf die Leinwand, auf welche der große Beamer den OP-Plan des Vortages projiziert. „Saal 2“, die Patientin, bei welcher ich mit am Tisch stehen durfte. Meine Augen scannen die anderen Fälle und bleiben bei einer Not-OP aus der Nacht hängen. Ein junger Mann, Anfang 20, fällt mir auf. „Verschluss LV“ wurde der Eingriff benannt. „Warum sollte man bei einem so jungen Kerl den linken Ventrikel verschließen müssen?“ Als ich diesen Gedanken zu Ende denke, dämmert mir, was der diensthabende Oberarzt gleich erzählen wird. „Gewaltdelikt mit einem Messer, Punktion der linken Herzkammer, schwierige präklinische Situation, halbe Clamshell-Thorakotomie, Reanimation, fragliche No-flow-time.“

Wir gehen nach der Frühbesprechung auf die Intensivstation und schauen uns die Patienten der Operationen vom Vortag an. Im besten Fall sprechen wir mit ihnen, machen Scherze und informieren sie darüber, dass alles gut gelaufen ist und sie heute weiterverlegt werden. Nicht jedoch in Zimmer 9, denn dort liegt der junge Mann. Intubiert und maschinell beatmet, invasive Blutdruck- und Temperaturmessung, Schläuche und Kabel liegen über dem sportlich gebauten Körper. Der Oberarzt der Intensivstation übergibt erneut die wichtigsten intensivmedizinischen Fakten, damit auch die Pflege und alle behandelnden Berufsgruppen auf dem aktuellen Stand sind. Ich schaue in die Gesichter der Oberärzt:innen und des Chefarztes. „Mal schauen ob er’s schafft“, spricht Letzterer aus. Wir gehen weiter mit der 25-köpfigen Visite und beenden diese. Ich bleibe wie besprochen auf der Intensivstation und begleite dort die Ärzt:innen bei der Arbeit. Neben all den Notfällen, postoperativen Fällen und der normalen Stationsarbeit kümmern wir uns auch um den jungen Mann in Zimmer 9.

Über die Tage kristallisiert sich immer mehr der aufgetretene Schaden heraus. Nicht am Herzen – dieses wurde versorgt und erholte sich mit der Zeit regelhaft – sondern eine Etage höher. „V.a. ausgeprägter hypoxischer Hirnschaden“ wurde nach der computertomographischen Bildgebung geäußert, das MRT des Kopfes bestätigt die Annahme. Eine Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff führte zu irreparablen Schäden des Gehirns. Der Hirnstamm ist laut Aussage der Radiologen nicht betroffen, d.h. der junge Mann hat ein funktionierendes Atemzentrum, rudimentäre Schutzreflexe, wie Husten- oder Würgereiz. Höhere kognitive Funktionen sind nicht zu erwarten, denn auch der Thalamus, die Hirnstruktur, welche unser Bewusstsein bildet, ist beschädigt und ebenso das Sehzentrum zerstört. Wenn er es schaffen sollte, dann wäre er blind. Die Untersuchungen der Neurologen zeigen, dass er in der Peripherie seiner Extremitäten weder etwas empfindet noch sorgen passive Stimulierungen für eine Reaktion im Gehirn. Er wäre also für den Rest seiner Lebenszeit ans Bett gefesselt, würde keine Berührung empfinden,

noch sich bewegen können. Wir wiederholen Anfang nächster Woche die Untersuchungen, alle, um zu sehen, ob es in der kurzen Zeit doch eventuell zu einer Besserung kommt. Jedoch sieht die Befundkonstellation gleich aus, nicht schlechter, aber keinesfalls besser.

Die gesamte Zeit sind wir im Austausch mit der Familie des jungen Mannes. Freitagmittag sprechen wir mit dem Oberarzt über die neuen Informationen zum sozialen Umfeld des Patienten. Insgesamt sehr schwierige familiäre Verhältnisse geprägt von Flucht vor Krieg und dem Leben eines Geflüchteten in Deutschland. Seine Familie und auch er sind gläubige Muslime. Durch eine Sprachbarriere ist die Kommunikation erschwert, ein Cousin der Familie und Kollegen der Intensivstation übersetzen vom Arabischen ins Deutsche und vice versa. Die Komplexität des Falles sorgt dafür, dass die Ärzt:innen und der Oberarzt die Ethikkommission in den Fall involvieren. Auch ich sitze in der Besprechung um 14 Uhr am nächsten Dienstag, genauso wie die zuständige Pflegekraft, die Ethikkommission, der katholische Seelsorger, einen muslimischen gibt es in der Klinik nicht, und die involvierten Ärzt:innen. Wir besprechen den Fall erneut, beschreiben und diskutieren das ethische Dilemma, welches sich in den letzten Tagen entfaltet: Auf der einen Seite stehen wir – stellvertretend für das gesamte involvierte medizinische Personal – welche den jungen Mann als Patienten sehen: seine Vitalparameter, die Blutergebnisse und Untersuchungsbefunde, seine somatischen Reaktionen, wenn er gelagert wird. Der Stress, den er verspürt, wenn er erneut abgesaugt wird, spiegelt sich in einem starken Anstieg des Pulses und des Blutdrucks wider. Wir sehen aber genauso, dass er hier nicht hingehört. Es fühlt sich komisch an, einen so jungen Menschen in einem derartigen Zustand zu sehen und zu behandeln. Immer wieder murmelt jemand, wie traurig diese Erfahrung macht. Auf der anderen Seite steht die Familie des jungen Mannes, ihres Sohnes, Bruders, Cousins, welche jedes Blinzeln des Patienten hoffnungsvoll erwarten, als würden diesem gleich eine gezielte Reaktion folgen. Dann könnten wir extubieren und auch ihm in wenigen Tagen mitteilen, dass er weiterverlegt und alles gut wird.

Wir suchen das Gespräch mit der Familie, versuchen zu erklären, dass es medizinisch keine Perspektive für den jungen Mann gibt. Der Hirnschaden ist so ausgeprägt, dass wir erwarten, falls er aufwachen sollte, er blind, gelähmt und vermutlich dement, aber sicherlich schwer pflegebedürftig sein wird. Der Cousin des jungen Mannes übersetzt und antwortet uns, dass sie Hoffnung haben, dass Allah ihm Heilung bringen wird und es uns nicht erlaubt sei zu entscheiden, wann sein Leben endet, denn dies vermag nur Allah. Erneut versucht der Oberarzt der Intensivstation zu verdeutlichen, dass jede unserer Maßnahmen das Leid und die Strapazen des jungen Mannes nur verlängert. Vorwürfe fallen, dass wir den jungen Mann sterben lassen möchten, aktive Sterbehilfe leisten, um sein Leben zu beenden, auch wenn er in nicht absehbarer Zeit gesund werden könnte. Mit Nachdruck versuchen wir klarzustellen, dass wir dies in keiner Weise tun, sondern ein palliatives Setting anstreben, um nach einer Extubation mögliche Schmerzen und andere leidvolle Symptome zu lindern. Das Gespräch ist lang und intensiv, denn wie es scheint, prallen zwei Welten aufeinander. Medizin auf der einen, Familie und Glaube auf der anderen Seite. Dass hier aber verschieden betroffene Menschen miteinander reden, vermag keine der beiden Seiten zu realisieren. Wir einigen uns, bis zum darauffolgenden Montag zu warten. Sollte es bis dahin zu keiner Besserung kommen, werden wir in interdisziplinärer Absprache mit den Angehörigen die Palliation einleiten.

Die restliche Woche ist stressig. Wir reanimieren in der Eingangshalle der Klinik einen älteren Herren vergeblich, komplexe Patientenfälle fordern viel Einsatz des gesamten Teams, zwischendurch werden meine studentischen Kolleg:innen und ich ein wenig abgefragt und uns wird sehr viel erklärt. Die gesamte Zeit schwebt eine unsichtbare, belastende Aura über der Station, denn auch wenn es keiner ausspricht, erwarten wir alle, dass der junge Mann in Zimmer 9 ein Zeichen der Besserung zeigt. Etwas, das unsere Logik und sämtliche erhobenen Parameter nichtig macht und letztlich zur Entscheidung führt, den kurativen Ansatz fortzuführen.

An einem Montag um 14 Uhr lassen wir die Angehörigen des jungen Mannes auf die Intensivstation herein. Alle stehen wir im Zimmer: am Bett die Mutter, der Cousin und zwei weitere Angehörige, ein pflegerischer Kollege zum Dolmetschen und der Oberarzt. Letzterer informiert die Familie, dass es keine Besserung in den letzten Tagen gab und wir nun, wie vereinbart, die palliative Therapie starten werden. Er bespricht ausführlich die Befunde aller Fachdisziplinen und erklärt, dass wir den jungen Mann mit Medikamenten so begleiten können, dass er keine Schmerzen hat und nicht leiden muss. Danach teilt er mit, dass wir nun den Beatmungsschlauch entfernen werden. Der Kollege übersetzt. Die Mutter verweigert. Sie sagt, wenn wir den Beatmungsschlauch ziehen, dann würde ihr Sohn sterben. Der Oberarzt versucht zu erklären, dass der junge Mann prinzipiell keine Beatmung mehr benötige, denn er atme größtenteils selbst, die Maschine leiste kaum Unterstützung. Die Mutter hört ihm jedoch nicht zu, sie streicht ihrem Sohn durch seine Locken, sagt immer wieder leise seinen Namen und flüstert ihm etwas zu. Eine Stunde lang versucht der Oberarzt mit Unterstützung des Kollegen zu erklären, dass wir nicht wissen, ob der junge Mann direkt nach der Extubation oder in den nächsten Wochen verstirbt und uns am liebsten gewesen wäre, er öffne die Augen und spaziere aus dem Zimmer heraus. Am Ende stimmen sie dem Prozedere zu und verlassen das Zimmer, damit wir extubieren können. Wir bereiten uns vor. Zwei Pflegekräfte, die behandelnde Assistenzärztin, der Oberarzt und ich besprechen das Vorgehen im Team-Time-Out. Wir extubieren den jungen Mann. Er ist gestresst und wir erhöhen die Medikamente ein wenig, woraufhin er sich beruhigt. Die Pflegekraft wischt dem jungen Mann die Tränen von der Wange – er weint nicht, die Tränen folgen auf den starken Würgereflex bei Herausziehen des Beatmungsschlauchs.

Ich halte seine Hand, wissend, dass er dies nicht spürt, der Oberarzt streicht ihm über die Schulter, spricht ihn mit Namen an und sagt ihm, dass alles gut wird. Wir bitten die Familie herein und lassen sie bei ihrem Sohn, Bruder, Cousin. Ich fahre nach Hause, versuche vergeblich etwas zu essen, mich abzulenken und mit meiner Familie über das Erlebte zu sprechen. Die Abgabe der letzten Portfolio-Aufgabe für mein Seminar steht morgen an, ich kann mich aber nicht konzentrieren. Ich bitte meinen Dozenten um einen Aufschub, er gewährt mir diesen in einer empathischen Nachricht. Am Dienstagabend verstirbt der junge Mann.

Dieser Text ist keine wissenschaftliche Aufarbeitung der fehlenden strukturellen Begleitung medizinischen Personals in schwierigen Kasuistiken, keine Analyse von notwendigen interkulturellen Kompetenzen, die unverzichtbar sind in Fällen wie diesem, keine Kritik an Institutionen des Gesundheitswesens zur fehlenden flächendeckenden Etablierung eines multi-religiösen Seelsorge-Angebots. Diese Arbeit soll zeigen, dass Empathie die Grundkompetenz ist, welche wir als zukünftige Mediziner:innen mitbringen oder erlernen müssen, denn die Arbeit mit und am Menschen setzt voraus, dass wir die Emotionen unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen erkennen, verstehen und nachvollziehen können und angemessen darauf

reagieren können. ([Kerasidou et al. 2020](#)). Es steht außer Frage, dass wir großes Wissen über den menschlichen Körper und seine Vorgänge besitzen, auch der Fortschritt der Medizin hat dazu geführt, dass wir in den Körper hineinsehen können. Wären unser Handeln und unsere Entscheidungen nicht an Wissen und Evidenz geknüpft, würden wir nicht das Vertrauen unserer Mitmenschen genießen. Dieses Wissen verliert jedoch an Wert, wenn im zunehmend stressigen medizinischen Alltag aus dem Blick gerät, wie sich eine Mutter fühlt, wenn wir ihr eines Tages mitteilen müssen, dass ihr Sohn nie wieder so sein wird wie früher, wenn wir nur noch Körper und nicht Menschen sehen. ([Chochinov 2016](#)) Dies ist ein Extremfall und nicht der Alltag. Wir können aber in unserem Alltag beginnen, Empathie in kleinen Schritten zu üben, indem wir uns darüber Gedanken machen, wie es uns, unseren Kolleg:innen, unseren Patient:innen geht. Uns hinsetzen, wenn wir eine Anamnese machen, unsere Unterstützung anbieten, hinhören und nicht nur zuhören. Empathie und Mitgefühl werden einzelnen Personen des Gesundheitswesens zugesprochen, diese Personen bleiben einem besonders in Erinnerung. Der Anspruch sollte sein, dass unser Gesundheitssystem als Ganzes empathischer und mitfühlender wird, damit die Medizin, welche wir praktizieren, als Ganzes besser wird. ([Kerasidou et al. 2020](#)) Es bedarf nicht immer opulenter Gesten, um seine Anteilnahme zu zeigen. Manchmal reicht die eigene Initiative und ein wenig Verständnis für die Situation der anderen Person aus, um dieser zu zeigen, dass sie nicht allein ist.

**Autorenhinweis:** Ammar Kalić ist Student der Humanmedizin im 9. Semester an der Justus-Liebig-Universität in Gießen.

**Zitiervorschlag:**

Kalić, Ammar. *Zimmer 9 – Ein persönlicher Case Report*, Uncovering Medicine, 2026-06-26, Online: <https://www.uni-giessen.de/de/fbz/fb11/institute/histor/blog/zimmer-9-ein-persoenerlicher-case-report/ein-persoenerlicher-case-report-1> DOI: <https://jlupub.ub.uni-giessen.de/handle/jlupub/21638>