



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 8: Patientensicherheit ist Arbeitssicherheit – Das Second-Victim-Phänomen

Hannah Rösner, Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

Sichere Patientenversorgung und Minimierung vermeidbarer Schäden sind, ausgedrückt durch die Grundsätze „primum nil nocere“ und „salus et voluntas aegroti suprema lex“, Kernbestandteile des Selbstverständnisses und hohen ärztlichen Anspruchs an das eigene Handeln [1]. Dennoch kommt es im Rahmen der eigenen ärztlichen Tätigkeit immer wieder zu unbeabsichtigten, vermeidbaren Fehlern, teilweise mit gravierenden Auswirkungen auf Patienten.

Wenn Patienten vermeidbar zu Schaden kommen, trifft dies sowohl die Behandelten als auch ihre Angehörigen schwer. Aber auch die Ärztinnen und Ärzte, denen dieser Fehler unterläuft, werden dadurch oft traumatisiert. Der amerikanische Internist Albert W. Wu prägte im Jahr 2000 für diese Kolleginnen und Kollegen den Begriff des Second Victims [2], also des zweiten Opfers einer Patientenschädigung, womit ein Prozess des Umdenkens begann.

Während die eigene Fehlbarkeit bei bester Absicht und gewissenhaftem Vorgehen zunehmend thematisiert werden darf, ist der Begriff des Second Victims auf andere traumatisierende Ereignisse und Berufsgruppen erweitert worden, die im Rahmen der Patientenversorgung auftreten können. So werden beispielsweise bei Großschadensereignissen vielfach auch Ärztinnen und Ärzte nachhaltig traumatisiert [3]. Second Victims sind also „medizinische Fachpersonen, die durch einen unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und/oder einer Verletzung des Patienten selbst zum Opfer werden, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert sind“ [4].

Internationale Studien zeigen, dass die Traumatisierung Behandelnder ein länderübergreifendes und flächendeckendes Phänomen darstellt und selbst innerhalb der Weiterbildungszeit schon über 50 %

befragter Kolleginnen und Kollegen betreffen kann [5, 6]. Das Second-Victim-Phänomen ist jedoch selbst innerhalb der Ärzteschaft bislang wenig bekannt: Die Hochschule RheinMain in Wiesbaden hat in Zusammenarbeit mit der Charité Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in ärztlicher Weiterbildung im Rahmen der SeVID-I-Studie befragt [7]: Während die Mehrheit der Teilnehmenden nach Erläuterung des Begriffs angab, selbst schon mindestens einmal Second Victim gewesen zu sein, hatten ca. 90 % der Antwortenden vom Begriff Second Victim vor dieser Befragung noch nie gehört.

Ablauf und Folgen einer Second-Victim-Traumatisierung

Der Ablauf einer Second-Victim-Traumatisierung ist mittlerweile gut erforscht [4]: Nach dem initialen Schock und sich anschließenden aufdrängenden Erinnerungen gilt es, die persönliche Integrität wiederherzustellen, den Schweregrad der Situation zu realisieren und den Fall aufzuarbeiten. Neben der Suche nach einer Antwort auf die Frage, warum dieses Ereignis passiert ist, wird vor allem emotionale Erste Hilfe benötigt, um die Traumatisierung zu überwinden. Je nach Schweregrad des Falles, der persönlichen Ressourcen der Betroffenen, aber auch insbesondere der Hilfe und Unterstützung durch Mitglieder des Behandlungsteams und Vorgesetzte kann die Situation auf eine von drei der hier beschriebenen Arten bewältigt werden:

1. Wachsen an der Situation unter Beibehaltung der Life-Balance und Arbeitsfähigkeit.
2. Überleben der Situation als bloßes Funktionieren mit „Narben“.
3. Verlassen des Arbeitsplatzes, der patientennahen Tätigkeit oder komplette Berufsaufgabe.

Während also Personen, die dieses Er-

eignis gut verarbeiten können, aus dieser Situation mit höherer Kompetenz und zukünftigem Engagement für Patientensicherheit hervorgehen, findet in den anderen beiden Fällen kein konstruktives Lernen aus Fehlern statt. Dies wiederum führt bei vielen Betroffenen zu dysfunktionalen Verarbeitungsmechanismen, die sich äußern können in:

- Schlafstörungen,
- dem Verlust an Glauben in eigene Fähigkeiten,
- Schuldgefühlen, Isolation, Depression,
- Wiedererleben (Flashbacks) der Situation,
- Medikamenten- und/oder Alkoholkonsum.

Die Folgen für Betroffene sind individuell dramatisch und können zur Posttraumatischen Belastungsstörung, zur Berufsaufgabe und im schlimmsten Fall zum Suizid führen [8]. Behandelnde, die aufgrund eines eigenen verschuldeten medizinischen Fehlers physisch und psychisch vorbelastet sind, haben mit einer kontinuierlichen Entmutigung im Beruf zu kämpfen, die dabei häufig schwerer wiegt als die Angst vor juristischen Konsequenzen [9]. Resultierend aus einer geringeren Aufmerksamkeit oder einer ängstlichen, defensiven Haltung der Second Victims gegenüber Patienten, besteht somit das Risiko, dass sich eine Traumatisierung darüber hinaus auch beeinträchtigend auf die Behandlung zahlreicher künftiger Patienten auswirkt [10]. Es ist daher wichtig, sich bewusst zu werden, dass Patientensicherheitsmaßnahmen in gleichem Maß dem eigenen Schutz dienen und umgekehrt: Patientensicherheit ist Arbeitssicherheit!

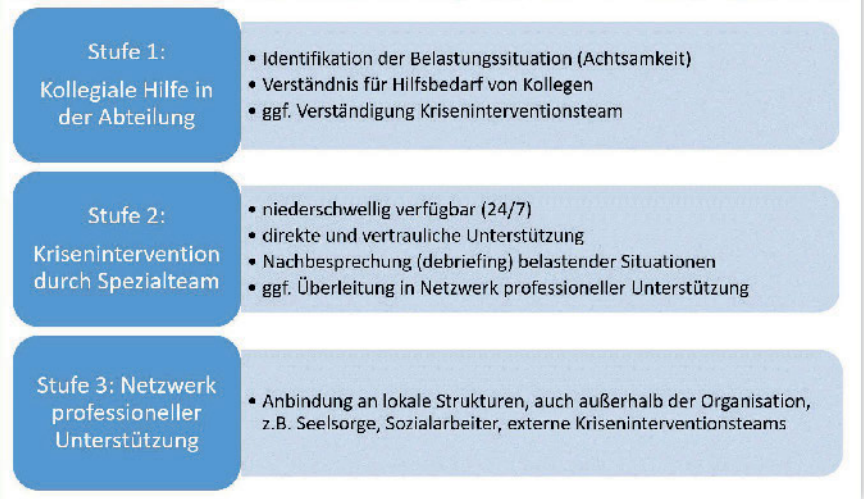
Hilfe für Second Victims

Second Victims brauchen Hilfe, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die



Berufszufriedenheit bis hin zur eigenen Lebensqualität zu erhalten. Hilfsprogramme zur Verminderung emotionaler Stressreaktionen nach einer Second-Victim-Problematik aus den USA zeigen sowohl positive medizinische Effekte [11] als auch eine Kosteneffektivität [12] durch den Vergleich mit Folgeschäden einer unzureichenden Unterstützung der Second Victims. In Deutschland gibt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Empfehlungen zur psychologischen Ersten Hilfe bei traumatischen Ereignissen [13]. Weiterhin existieren einige Projekte wie der Verein PSU-Akut e.V. in Bayern [14] oder das Projekt EMPTY der YoungDGINA sowie Initiativen einiger Kliniken als Anlaufstellen für ein Gesprächsangebot auf kollegialer Basis. Anders als beispielsweise für Nadelstichverletzungen gibt es bislang aber keine flächendeckenden Akut- und Nachsorgeprogramme für Angehörige des Gesundheitswesens [15]. Strategie aller bisherigen Hilfsprogramme ist es, eine gestufte Krisenintervention für Second Victims zu etablieren, wie das Drei-Stufen-Modell von Scott [16] zeigt (siehe Grafik). Die meisten Second Victims erhalten bereits in Stufe 1 ausrei-

Drei-Stufen-Modell der Unterstützung von Second Victims nach Scott



Quelle Grafik: [16] basierend auf [4]

chend Hilfe, es muss immer die Möglichkeit bestehen, auch Hilfsangebote höherer Bedarfsstufen zu erhalten, was insbesondere die organisatorische Einbindung von Fachleuten voraussetzt. Zur Verminderung der Effekte von Second-Victim-Traumatisierungen können folgende Maßnahmen vor Ort helfen [16, 17]:

- Kurze Auszeit von der Tätigkeit anbieten auch bei Personalknappheit (ein

dauerhafter Ausfall wäre die schlechtere Lösung).

- Aktives kollegiales Gesprächsangebot, nicht nur bei vermuteten Fehlern, sondern in regelmäßigen Abständen.
- Routinehafte kurze, aber effektive Nachbesprechung belastender Situationen.
- Einfühlsame, aber eindeutige und klare Sprache.
- Grundsätzliche Bestätigung fachlicher Kompetenz.

Second Victim: Mehr Aufmerksamkeit für ein noch wenig bekanntes Phänomen

Warum ist es wichtig, besonders jetzt zum Second-Victim-Phänomen zu informieren?

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen: Besonders in Corona-Zeiten sind die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, aber auch alle anderen medizinischen Berufsgruppen stark gefordert. Die zusätzliche Belastung, die durch die aktuellen Umstände entsteht, kann zu Überlastung und damit zu höherer Fehleranfälligkeit führen. Dies gilt es im Sinne der Patientensicherheit zu verhindern.

Natürlich gehört die Vermeidung unerwünschter Ereignisse zur Grundhaltung des ärztlichen Berufes. Wenn aber dennoch ein Fehler passiert, ist es notwendig, neben allen Maßnahmen für die Patienten und ihre Angehörigen die betroffenen Kolleginnen und Kollegen bestmöglich zu unterstützen – sie tragen entscheidend zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens bei.

Wie kann eine Unterstützung betroffener Kolleginnen und Kollegen aussehen?

Pinkowski: Wichtig ist es, jetzt, aber auch zukünftig mehr zum Second-Victim-Phänomen zu informieren. Kollegen und Vorgesetzte sollten auf der Arbeitsebene sensibilisiert, vorhandene Unterstützungsstrukturen genutzt und neue Möglichkeiten

entwickelt werden. Auch die Betroffenen selbst sollten das Phänomen kennen und sich, wenn nötig, Hilfe organisieren können. Davon unabhängig sollte vor Ort eine gute Fehlerkultur gefördert werden. So kann eine Aufarbeitung kritischer Ereignisse und Beinahefehler im Behandlungsteam stattfinden. Dies schafft eine wichtige Grundlage für die Patientensicherheit, die ein wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Alltags ist.

Interview: Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, ist Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin und Palliativmedizin sowie der Qualifikation Leitender Notarzt. Er ist seit vielen Jahren als Anästhesist und Schmerztherapeut niedergelassen. Pinkowski setzt sich im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit, aber auch als Kammerpräsident für das Thema Patientensicherheit ein. Zudem ist er Co-Vorsitzender und aktives Mitglied des Ausschusses Patientensicherheit bei der Bundesärztekammer. [18]



- Bestärkung des Selbstwertgefühls.
- Emotionen und Ängste zulassen.
- Fachliche Unterstützung und Rückversicherung im klinischen Arbeiten anbieten.
- Bei Fehlern in der Behandlung Beteiligten eine Rolle bei der Fehleranalyse geben; über Ergebnisse informieren.
- Aufmerksame Beobachtung, um Isolierung und Rückzug frühzeitig zu erkennen.
- Vermeiden und Ächtung von Lästereien, Mobbing, Schuldzuweisung und Herabwürdigungen der Beteiligten (um Hilfe zu bitten, ist kein Zeichen von Schwäche, sondern menschlich und verantwortungsbewusst gegenüber eigenen Patienten).

Second Victims in Zeiten von Covid-19

Die Covid-19-Pandemie verschärft die Second-Victim-Problematik: Die außergewöhnliche Belastung und die berechtigte Sorge, sich selbst und Angehörige mit dem SARS-CoV-2-Virus zu infizieren, führen global zur Belastung von Ärztinnen



Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz (Foto links) ist Patientensicherheitsforscher an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Zuvor war er langjährig klinisch als Anästhesist und Notfallmediziner sowie als Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität am Universi-



tätsklinikum Frankfurt am Main tätig. Neben zahlreichen Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement ist er im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) e. V. und als Dozent auch für die Landesärztekammer Hessen tätig.

Hannah Rösner (Foto rechts) studiert Gesundheitsökonomie an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Während ihrer Studienzeit hat sie im Forschungsprojekt SeVID-I mitgewirkt und verfasste ihre Abschlussarbeit zur Second Victim-Problematik.

und Ärzten. Mündet dies in eine Traumatisierung, schädigt es sowohl die Behandelnden als auch künftige Patientinnen und Patienten, da die eigene Leistungsfähigkeit reduziert wird und die Fehleranfälligkeit damit steigt. Wie aus Italien und New York berichtet, kann die flächendeckende psychische Überlastung der Behandelnden das Gesundheitssystem zusätzlich unter erheblichen Druck setzen. Aus diesem Grund haben Forscher aus Deutschland und Österreich unter Koordination der Hochschule RheinMain eine Handlungsempfehlung zur Unterstützung von Second Victims, aber auch zur Stärkung der Resilienz von Behandelnden in

Zeiten von Covid-19 publiziert, die auf der Website des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (www.aps-ev.de) kostenfrei abrufbar ist.

Hannah Rösner

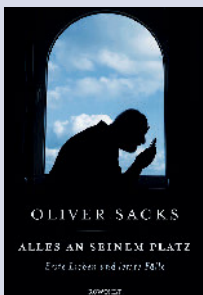
Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

Hochschule RheinMain

E-Mail: reinhard.strametz@hs-rm.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Bücher



Oliver Sacks: Alles an seinem Platz – Erste Lieben und letzte Fälle

Rowohlt 2019, Deutsche Erstausgabe.
Aus dem Englischen von Hainer Kober.
288 Seiten, ISBN 9783498064426,
Hardcover € 24, auch als E-Book

Der Autor braucht nicht mehr vorgestellt zu werden – der Neurologe Oliver Sacks (1943–2015) wurde durch die Publikation seiner Fallgeschichten weltberühmt. Nach seinen Büchern wurden mehrere Filme gedreht. Diese Sammlung an Kurzgeschichten aus seinem umfangreichen Nachlass überblickt die Lebenszeit des Autors von Jugend an bis zu seinen letzten Tagen. Kurz nach seinem Tod am 30. August 2015 publizierte The New Yorker in seinem Angedenken „Filter Fish“. Im Buch ist dies die vorletzte Geschichte über die Zubereitung von „Gefilter Fisch“, eines hauptsächlich am jüdischen Sabbat verzehrten Gerichts. Beispielhaft zeigt sich hier die verdichtete Sprache, mit der Sacks mit wenigen Worten und höchster Empathie die Charaktere unterschiedlichster Menschen lebendig werden lässt und die Eigen-

tümlichkeiten des Lebens. Versöhnlich klingt darin auch sein Wissen um das nahende Ende seines irdischen Lebens an. Frei zugänglich auf der Website www.newyorker.com/magazine/2015/09/14/filter-fish/ ist seine starke literarische Stimme im englischen Original natürlich noch um Welten besser zu genießen als in der gelungenen Übersetzung von Hainer Kober. Sacks schreibt über Depressionen und Psychosen, über das Tourette-Syndrom und Demenzerkrankungen, Träume und Halluzinationen. Zum Lachen verführt seine mit Selbstironie und Komik gespickte Geschichte „Erste Liebe“. Es geht um seine Dreier-Clique in Teenager-Zeiten, die Schule und die Entdeckung seiner Liebe zur Chemie und den Naturwissenschaften – alles endet jedoch in einem Desaster aus explodierenden Tintenfisch-Kadavern in Einmachgläsern, einem zusätzlich zur Übertünchung des Gestanks mit Kokosnuss-Essenz getränkten Keller sowie einem daraufhin für mehrere Monate unbewohnbaren Ferienhaus in Kent.

Sacks ist in London geboren und wurde 2008 von Königin Elizabeth II. zum Commander of the Order of the British Empire ernannt. Noch mehr Episoden aus seinem reichen Leben, das jedoch auch lange emotionale Dürrezeiten kannte, sammeln seine Erinnerungen „On the move – Mein Leben“ (Rowohlt 2015, auch als Taschenbuch).

Isolde Asbeck



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 8: Patientensicherheit ist Arbeitssicherheit – Das Second-Victim-Phänomen

von Hannah Rösner und Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

- [1] Strametz R: Grundwissen Medizin: Für Nichtmediziner in Studium und Praxis. 4th ed. Stuttgart: UTB; UVK 2020.
- [2] Wu AW: Medical error: The second victim. *BMJ* 2000; 320(7237): 726–7.
- [3] Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW, Chiu HF: Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med* 2004; 34(7): 1197–204.
- [4] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW: The natural history of recovery for the healthcare provider „second victim“ after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009; 18(5): 325–30.
- [5] Seys D, Wu AW, van Gerven E, et al.: Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. *Eval Health Prof* 2013; 36(2): 135–62.
- [6] Harrison R, Lawton R, Stewart K: Doctors' experiences of adverse events in secondary care: The professional and personal impact. *Clin Med (Lond)* 2014; 14(6): 585–90.
- [7] Rösner H: Das Second Victim Phänomen in Deutschland: Ergebnisse der SeVID-I Studie. Bachelorthesis. Wiesbaden 2019.
- [8] Grissinger M: Too many abandon the „second victims“ of medical errors. *P T* 2014; 39(9): 591–2.
- [9] Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al.: The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33(8): 467–76.
- [10] Vincent C, Amalberti R: Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Cham (CH) 2016.
- [11] Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW: Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open* 2016; 6(9): e011708.
- [12] Moran D, Wu AW, Connors C, et al.: Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff. *J Patient Saf* 2017.
- [13] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (ed.): DGUV Information 206–023: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. Berlin: DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband 2017.
- [14] Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M, Schneider G, Kreitlow J: Peer-Support in der Akutmedizin. *Anästhesiologie Intensivmedizin* 2019; 60: 95–101.
- [15] Strametz R: Arbeitssicherheit durch Risikomanagement. In: Strametz R, Bayeff-Filloff M (eds.): Risikomanagement in der Notaufnahme, 1st ed. 2019; 75–84.
- [16] Strametz R, Raspe M, Ettl B, Huf, Wolfgang, Pitz, Andreas: Handlungsempfehlung zu Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.
- [17] Schwappach DL, Boluarte TA: The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly* 2009; 139(1–2): 9–15.
- [18] <https://www.laekh.de/die-kammer/praesidium/lebenslauf-praesident>. Zugriff 25.05.2020.