



Dr. Peter Gausmann

# Second Victim: das zweite Opfer eines Behandlungsfehlers

Primum nihil nocere – diesem uralten Leitsatz zufolge sollen Ärzte in ihrem Bemühen, den ihnen anvertrauten Patienten zu helfen, zunächst einmal darauf achten, ihnen nicht zu schaden. Dieser Grundsatz hat nie an Bedeutung verloren. Die Gewährleistung von Sicherheit in der Patientenversorgung und die Minimierung vermeidbarer Schäden sind Grundlagen von Diagnostik, Therapie und Pflege und erfordern stets ein hohes Maß an Aufmerksamkeit. Dennoch kommt es im Rahmen der eigenen ärztlichen Tätigkeit zu Fehlern mit gravierenden Folgen. Dabei werden nicht nur Patienten und deren Angehörige geschädigt. Auch die Behandelnden selbst als „Second Victims“ benötigen Hilfe, um ein derart belastendes Ereignis zu verarbeiten.

Nicht zuletzt die umfangreichen Maßnahmen des klinischen Risikomanagements seit Beginn des Jahrtausends haben dazu beigetragen, die Aufmerksamkeit für potenzielle Fehler zu erhöhen, wirkungsvolle Maßnahmen der Prävention aufzubauen und eine Sicherheitskultur in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen zu etablieren. Gleichwohl sind Medizin und Pflege nicht fehlerfrei, und es kommt durch unkonzentriertes Arbeiten, Wissenslücken, psychische Überlastung, fehlende Interprofessionalität und weiteren Faktoren zu Schädigungen von Patienten. Die Verursacher werden, neben dem Geschädigten, zum Opfer. Die Nomenklatur „Second Victim“ ist dabei in Medizin und Pflege relativ neu und bezieht sich auf die emotionalen Auswirkungen, die medizinisches Fachpersonal zu erleiden hat, wenn eine Patientin oder ein Patient durch eigenes Verschulden zu Schaden kommt. Als „First Victim“ werden Patienten und deren Angehörige bezeichnet, „Second Victim“ (SV) sind die Behandelnden und Pflegenden und als „Third Victim“ klassifiziert man mitunter auch die Organisation und die an einem schwerwiegenden Behandlungs- und Pflegefehler unbeteiligten Mitarbeitenden. Eines sei an dieser Stelle aber deutlich gesagt: Die geschädigte Patientin oder der geschädigte Patient steht prioritär im Mittelpunkt der Fürsorge nach einem Zwischenfall mit Schadenfolge. Ihr oder ihm gehört die maximale Aufmerksamkeit, um die Folgen zu minimieren und die Gesundheit zu bewahren. Gleichwohl ist die Wahrnehmung und Bewusstmachung eines potenziellen zweiten Opfers wichtig – und sie ist nicht neu. Ärzte und Pflegenden, die in risikogeeigneten Abteilungen von Gesundheitseinrichtungen arbeiten, kennen das Gefühl, wenn sie etwa auf einer Intensivstation, im OP, in der Zentralen Notaufnahme oder der Geburtshilfe Situationen erlebt haben, die suboptimal für den Patienten oder die Patientin endeten und schädigend waren. Es war schon immer Aufgabe der Leitungsverantwortlichen und des Teams, in solchen Krisensituationen Kolleginnen und Kollegen aufzufangen und zu unterstützen, wenn offensichtlich ist, dass sie leiden. Geändert hat sich aber im Kontext der globalen Patientensicherheitsbewegung die Haltung und die öffentliche Diskussion zur Problematik des zweiten Opfers. Statt „Augen zu und durch“,

„das haben wir alle auch schon mehr als einmal erlebt“ oder „das wird schon wieder“ können und dürfen wir heute den Leidensdruck benennen, die Folgen artikulieren und (hoffentlich) Hilfestellung erwarten. Der Umgang mit dem Second Victim ist eine Operationalisierung und ein Indikator einer stabilen Sicherheits- und Führungskultur.

Wissenschaftlich aufgearbeitet und geprägt wurde der Begriff von Albert Wu in einer Publikation im British Medical Journal im Jahre 2000. Der Mediziner der Johns Hopkins University in Baltimore sprach erstmalig vom Second Victim für die an einem Zwischenfall beteiligten Ärzte. Sein Ziel war es, die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit zu lenken, primär Ärzten, die in einen medizinischen Fehler verwickelt wurden, emotionale Unterstützung zu bieten.<sup>1)</sup>

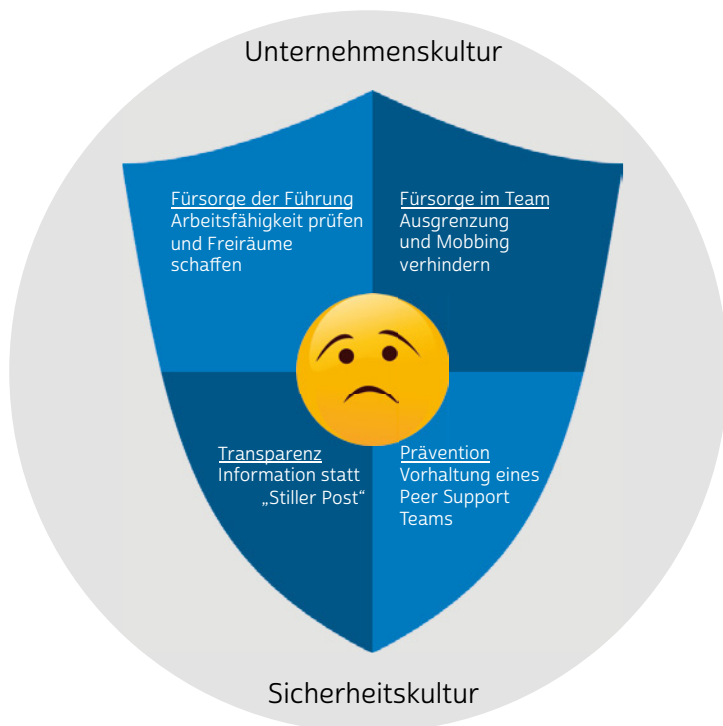
Scott et al. definiert einen Second Victim als „eine medizinische Fachperson, die durch einen unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und/oder eine Verletzung des Patienten selbst zum Opfer wird, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert wird.“<sup>2)</sup>

## Traumatisierung und ihre Auswirkungen

Weitere Studien zeigen, dass die Beteiligung an einem kritischen Ereignis, an einem Behandlungszwischenfall oder einem Schaden bei Fachpersonen häufig Schuld, Scham und Selbstzweifel hervorrufen, die zu akuten, aber auch chronischen Belastungssituationen führen. Schuld auf sich zu laden, ist für die meisten Menschen purer emotionaler und physischer Stress. Watermann untersuchte den Einfluss der Fehlerbeteiligung von Ärzten auf die persönliche Lebensqualität. In der Befragung berichteten 61 % der Ärzte von Angst vor weiteren Fehlern, 44 % von reduzierter Selbstsicherheit im Job, 42 % von Schlafstörungen, 42 % von einer reduzierten Arbeitszufriedenheit und 13 % von Angst vor einem Reputationsverlust.<sup>3)</sup>

Im SeViD-Projekt (Second Victim im deutschsprachigen Raum) untersuchte Strametz die landesweite Inzidenz und Auswirkung der Second Victim-Traumatisierung unter Behandelnden. 5 500 Ärzte in Weiterbildung wurden befragt. Es zeigte sich, dass nur einer von zehn befragten Kollegen in internistischer

### Fürsorge für das zweite Opfer eines Behandlungs- und Pflegefehlers



Weiterbildung das SV-Phänomen kannten gleichwohl sechs von zehn Befragten selbst schon einmal eine solche Traumatisierung erlebt hatten. 90 % der Befragten kannten den Begriff also nicht, aber 60 % waren schon persönlich betroffen.<sup>4)</sup>

Vincent und Al Lamberti beschrieben 2016, dass eine Person, die im Sinne eines Second Victim traumatisiert wurde, durch die starke Vereinnahmung des Ereignisses und die Ausprägung einer defensiv ängstlichen Haltung künftige Patienten schlechter behandeln würde.<sup>5)</sup> In einer anderen Studie gaben 60 % der Befragten an, dass sie nach einem schwerwiegenden Fehler eine gesteigerte Angst vor künftigen ähnlichen Ereignissen haben, das Vertrauen in ihre eigene Kompetenz verloren hätten und sich dies auf die Zufriedenheit in ihrem Beruf auswirke.<sup>3)</sup> Scott beschreibt sechs Phasen des Ablaufs einer Traumatisierung als Second Victim: In Phase 1 herrscht Chaos bei den Beteiligten. Der Fehler wird entdeckt, der Patient oder die Patientin wird stabilisiert, und die Emotionen schlagen hohe Wellen. Persönliche Panik. Häufig sind die Betroffenen nicht mehr fähig, die Dienstschrift regulär zu beenden. Sie fragen sich, wie und warum der Fehler passieren konnte. Die Organisation ist hier aufgefordert, das „Opfer“ zu identifizieren, die Arbeitsfähigkeit für den Rest der Schicht abzuklären und den Mitarbeitenden gegebenenfalls aus der Versorgung abzuziehen. Er oder sie sollte nicht allein gelassen werden.

In Phase 2 der „Aufdrängenden Erinnerung“ kommt es beim SV zum Wiedererleben des Szenarios, zur Selbstisolation und zu Gefühlen der Unfähigkeit: „Was habe ich falsch gemacht?“ und „Wie hätte das verhindert werden können?“ sind bohrende Fragen. Hier ist insbesondere die Unterstützung der Mitarbeiten-

den notwendig und eine Wachsamkeit für physische und psychische Symptome des Kollegen oder der Kollegin.

Phase 3 nennt Scott die „Herstellung der persönlichen Integrität“. Das zweite Opfer muss Gerüchte und die eigene Angst aushalten: „Was denken die anderen über mich? Wird mir jemals wieder vertraut?“ In dieser Phase ist es wichtig, eine einheitliche Sichtweise des Ereignisses innerhalb des Teams sicherzustellen und intensiv einer Gerüchtebildung entgegenzuwirken. Dies beinhaltet auch die Festlegung der Sprachregelung nach außen.

In Phase 4 geht es insbesondere um die professionelle und neutrale Aufarbeitung des Ereignisses – in der Regel im Rahmen einer retrospektiven Fallanalyse. Im Team ist die Frage zu beantworten, warum es im Kontext der Arbeitsumgebung, der interprofessionellen Zusammenarbeit oder auch patientenspezifischer Besonderheiten zum Fehler kommen konnte. Als Hilfsmittel hat sich das London Protokoll nach James Reason bewährt.

Phase 5 beinhaltet die „emotionale Hilfe“. Es ist zu klären, welchen konkreten, individuellen Unterstützungsbedarf das zweite Opfer benötigt, um weiterarbeiten zu können oder sich ggf. auch außerhalb

der Arbeitsumgebung zu stabilisieren. In entsprechend gut organisierten Gesundheitseinrichtungen sind hier nicht zuletzt Kollegen der Abteilung „Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement“ gefordert und/oder die Seelsorger der Einrichtung.

Hüttner (2022) beschreibt einen konkreten SV-Fall aus einem Großkrankenhaus in Baden-Württemberg und die vielschichtigen Interventionen nach einem schwerwiegenden Fehler mit Todesfolge. Eine Kollegin verwechselte im Nachtdienst beim Richten der angeordneten Infusion NaCl 0,9 % als Trägerlösung für Medikamente mit einer Ropivacain-Lösung, einem Lokalanästhetikum. Die zubereiteten Infusionen wurden mehreren Patienten verabreicht und führten zu zwei Todesfällen sowie zur intensivmedizinischen Behandlungsnotwendigkeit von weiteren. Frühzeitig und umfassend wurde ein psychologischer Dienst eingeschaltet und die Mitarbeiterin erhielt unmittelbare Unterstützung und Schutz durch die Geschäftsführung. Unmittelbar nach dem Ereignis wurde transparent inner- und äußerlich mit einer Betriebsversammlung und einer Pressekonferenz informiert, um einem „Stille-Post-Phänomen“ vorzubeugen. Resümierend schreibt der Autor, dass eine aufrichtige und fürsorgliche Haltung der Betriebsleitung nicht nur Wirkung auf die betroffene Mitarbeitende selbst hatte, sondern dass die Belegschaft der Klinik die individuelle Zuwendung als Zeichen der Solidarität und Sicherheitskultur erlebte.<sup>6)</sup>

### Erste Hilfe für das zweite Opfer:

Ein Patentrezept für den Umgang mit einem SV gibt es nicht. Persönlichkeitsmerkmale, Berufserfahrung und Status in der

Organisation beeinflussen die Dimensionen der individuellen Ausprägung des Leidensdrucks des zweiten Opfers. Betroffene, die bereit sind, sich zu äußern, berichten von zermürbenden Schuldgefühlen, von Schlafstörungen mit dem Wiedererleben der Situation (Flashbacks), von Gefühlen der Isolation, von Medikamenten- und/oder Alkoholkonsum und von suizidalen Gedanken.

Die Aufarbeitung ist komplex und erfordert einerseits eine professionelle und gestaffelte Herangehensweise der Verantwortungsträger in der Akutphase nach einem Ereignis und in den Tagen und Wochen danach.

Wichtige Interventionen in der akuten Phase nach einem Ereignis sind:

- angemessene Nachbesprechungsmöglichkeit mit dem SV, gute Vorbereitung des in der Regel hoch emotional geprägten Gesprächs.
- Verantwortliche sollten sich ausreichend Zeit für Betroffene nehmen, zuhören und eine einfühlsame, aber eindeutige Sprache wählen.
- Identifizieren der Einsatzfähigkeit von Betroffenen: Ggf. müssen Freiräume geschaffen werden, auch bei Personalknappheit.
- Möglichst balanciert sollte eruiert werden, ob die Entlastung des SV durch Freistellung/Urlaub oder durch die Weiterbeschäftigung (ggf. an anderem Ort) in der aktuellen Situation fürsorglicher ist.
- Ggf. Kontaktaufnahme mit den Angehörigen des SV, Unterstützung anbieten.
- Besteht ein Gesprächswunsch der Betroffenen mit Patienten und deren Angehörigen, sollte für eine unterstützende Moderation gesorgt werden.
- Bei starker emotionaler Beteiligung sollte psychologische Hilfe hinzugezogen werden, um gezielte, individuelle Hilfsprogramme zu identifizieren.
- Im Gespräch mit dem betroffenen Team sollte eine professionelle retrospektive Fallanalyse angeboten werden. Dem SV sollte die Möglichkeit der Teilnahme angeboten werden.
- Der Bedarf für eine kurz-, mittel- und langfristige Beratung des SV und des Teams sollte ermittelt werden.
- Betroffene müssen über die haftungsrechtliche Dimension des Ereignisses informiert werden. Unsicherheiten in diesem Punkt verstärken die Sorge.
- In den ersten Wochen nach dem Ereignis sollte ein regelmäßiger Besprechungstermin vereinbart werden.
- Das involvierte Team und ggf. die Belegschaft sind über die spezifischen Maßnahmen zu informieren.
- Dem Entstehen von Gerüchten sollte entgegengewirkt, Mobbing, Schuldzuweisungen und Herabwürdigungen aktiv vorgebeugt werden.

Neben den Interventionen im konkreten Fall hat sich bewährt, präventive Maßnahmen für ein potenzielles künftiges Ereignis vorzuhalten und Schulungsmaßnahmen, nicht zuletzt für Führungskräfte, durchzuführen:

- Benennung eines verantwortlichen Personenkreises innerhalb eines Kriseninterventionsteams (Peer Support-Team).
- Information der Belegschaft über das SV-Phänomen und das Konzept der Gesundheitseinrichtung im Umgang damit (auch schon im Einarbeitungskonzept neuer Mitarbeitenden).
- Benennung einer Kontaktadresse für den Fall der Fälle.
- Schulung der Durchführung einer retrospektiven Fallanalyse mit Berücksichtigung des SV-Phänomens durch die Verantwortlichen für das klinische RM.

Für viele Mitarbeitende in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen kann es emotional sehr aufreibend sein, in einen schwerwiegenden Vorfall mit einem gesundheitlichen Schaden für Patienten verwickelt zu sein. Gefühle wie Stress, Selbstzweifel und Angst sind verbreitet und können noch lange nach dem ursprünglichen Vorfall anhalten. Diese werden von vielfältigen psychischen und körperlichen Symptomen begleitet. Ein „Second Victim“ zu werden, kann das Burnout-Risiko erhöhen und dazu führen, dass der Beruf aufgegeben wird. Professionelle und zielgerichtete Betreuung nach einer Traumatisierung stellt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wieder her und erhält die Lebensqualität der Betroffenen. Es gibt zahlreiche Beispiele für SV, die mit optimaler Unterstützung an dem Ereignis sogar wachsen konnten.<sup>7)</sup>

Professionelles Patientensicherheitsmanagement ist sensibel für das Phänomen des zweiten Opfers. Anforderungen für den Umgang mit Mitarbeitenden nach einem Zwischenfall mit Schadenfolge müssen in ein Organisationkonzept und einen Ablaufplan für Behandlungsfehler aufgenommen werden. Neben betroffenen Patienten und ihren Angehörigen geht es auch immer um die Verursacher – im Sinne einer verantwortungsbewussten und fürsorglichen Unternehmenskultur.

### Anmerkungen

- 1) Wu, A.W., (2000) Medical Error, The second victim. The Doctor who makes mistake needs help too, BMJ, 320
- 2) Scott, S.D. et al. (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider – Second Victim after adverse events, BMJ Quality and Safety, 18
- 3) Watermann, A.D. et al. (2007) The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. The Joint Commission Journal on Quality and Safety, 33
- 4) Strametz, R. et al. (2020) Entwicklung und Validation eines Fragebogens zur Beurteilung der Inzidenz und Reaktionen von Second Victims im deutschsprachigen Raum (SeViD), Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Arbeitsschutz, s40664-020-00400-y.pdf Zugriff am 11. April 2023
- 5) Vincent, C., Amalberti, R., (2016) safety strategie in hospitals in: Vincent, C. Amalberti R., healthcare strategies for the real world, Springer Heidelberg
- 6) Hüttner, I. (2022) Krisen- und Kontinuitätsmanagement – Ein Erfahrungsbericht, in: Gausmann, P., Koppenberg, J., Henninger, M., Patientensicherheitsmanagement, Walter de Gruyter, Berlin
- 7) Rösner, H., (2021) Etablierte Hilfsprogramme – Effekte psychosozialer Unterstützung, in: Strametz, R., Mitarbeitersicherheit ist Patientensicherheit, Aktionsbündnis Patientensicherheit/W.Kohlhammer Stuttgart.

### Anschrift des Verfassers

Dr. Peter Gausmann, GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, Ecclesia Gruppe, Ecclesiastraße 1-4, 32758 Detmold ■