

•• niedersächsisches ärzteblatt

Gut aufgestellt für 2021



4. Niedersächsischer Digitalgipfel Gesundheit zum Digitalisierungsschub durch COVID-19

Patientensicherheit

Interview und Handlungsempfehlung zum Phänomen der „Second Victims“

Selbstverwaltung

„Regionale Versorgungszentren“ – Heilmittel gegen Ärztemangel?

Praxis & Versorgung

Integration praktisch – Verein pro!MFA unterstützt Migrantinnen

„Das Phänomen des ‚Second Victims‘ ist noch weitgehend unbekannt“

Interview mit Professor Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz über das Phänomen der „Second Victims“ und über die aktuelle Handlungsempfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zum Umgang mit Betroffenen im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Unter der Federführung von Professor Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. die Handlungsempfehlung „Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der COVID-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens“ herausgegeben. Im Interview mit dem [niedersächsischen ärzteblatt](#) erläutert Strametz, der an der Hochschule RheinMain am Studiengang Gesundheitsökonomie Medizin für Ökonomen lehrt, das bisher wenig bekannte Phänomen der „Second Victims“.



Professor Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz lehrt an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden Medizin für Ökonomen.

legen davon betroffen sind und auch nach der COVID-19-Pandemie davon betroffen sein werden. Momentan erleben wir eine größere Aufmerksamkeit für dieses Problem, weil wir auch wissen, dass durch Krisen sehr viele Behandelnde gleichzeitig traumatisiert werden. Wir sollten dieses Schlaglicht nutzen, um auf das Problem aufmerksam zu machen, um auch nach der COVID-19-Pandemie entsprechend gegen diese Problematik vorgehen zu können.

[Die Hochschule RheinMain in Wiesbaden, an der Sie lehren, hat im Rahmen der SeViD-I-Studie zu Second Victims im Deutschsprachigen Raum zusammen mit der Berliner Charité Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin \(DGIM\) befragt. Was ist das Ergebnis dieser Studie?](#)

Die SeViD-I-Studie wurde mit insgesamt 555 Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, kurz DGIM, durchgeführt. Die Studie ist momentan gerade für eine internationale Publikation im Peer Review. Was wir aber schon sagen können, sind zwei wesentliche Erkenntnisse: Zum ersten sind mehr als 50 Prozent der Befragten bereits in der Weiterbildungszeit selbst mindestens einmal „Second Victim“ geworden, wobei dieses Phänomen noch weitgehend unbekannt ist. Denn zum zweiten kannte nur einer von zehn befragten Assistentinnen und Assistenten in Weiterbildung überhaupt den Begriff des „Second Victim“-Phänomens. Insofern ist hier zum einen noch unglaubliche Aufklärungsarbeit zu leisten, zum anderen ist es aber auch sicherlich so, dass es eines flächendeckenden Unterstützungsangebots bedarf, weil es ein Phänomen ist, das bereits in der Weiterbildungszeit, also in jungen Ausbildungsjahren, flächendeckend vorkommt.

[Was ist die Folge dieser Traumatisierung?](#)

„Second Victim“-Traumatisierungen werden sehr unterschiedlich aufgenommen. Es gibt einige Kolleginnen und Kollegen, die das belastende Ereignis sehr schnell und nachhaltig verarbeiten und andere, die sehr lange brauchen. Einige verarbeiten es überhaupt nicht. Es gibt also drei Möglichkeiten, wie man aus einer „Second Victim“-Traumatisierung herausgeht: Gestärkt und an der Situation wachsend, mit psychischen Narben oder mit der Konsequenz, aus dem

Foto: Fotostudio Hoffmann / Frankfurt a.M.

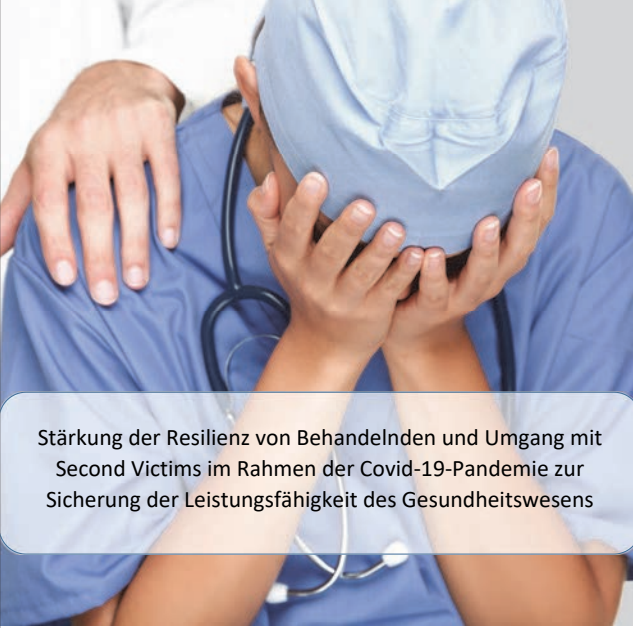
[Können Sie kurz erklären, worum es bei dem Begriff „Second Victim“ geht?](#)

Ja gerne. Ein „Second Victim“ ist eine Gesundheitsfachperson, die durch einen kritischen Behandlungsverlauf traumatisiert wird. Das kann ein eigener oder beobachteter medizinischer Fehler sein, das kann aber auch ein völlig unverschuldetes kritisches Ereignis sein, wie zum Beispiel ein dramatischer Behandlungsverlauf. Auslöser kann auch sein, wenn beispielsweise Kolleginnen, Kollegen oder Angehörige mit einbezogen sind oder wenn es um eine kritische Versorgung von Kindern geht. Das heißt, jede Gesundheitsfachperson, die durch einen kritischen Behandlungsverlauf, egal aus welcher Ursache, traumatisiert wird, ist ein „Second Victim“.



[Warum ist das gerade jetzt ein Thema, obwohl der Begriff bereits im Jahr 2000 von dem amerikanischen Internisten Albert-W. Wu geprägt wurde? Welche Rolle spielt die Corona-Pandemie dabei?](#)





Sie haben absolut Recht, dass dieses Phänomen schon seit 20 Jahren bekannt ist und dass viele Kolleginnen und Kol-

Handlungsempfehlung:



Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

Beruf auszuscheiden. Wir wissen allerdings, dass zwei Drittel aller „Second Victims“ dieses Trauma dysfunktional, mit Isolation, Rückzug, Schlafstörungen, Wiedererleben der Situation, sogenannten Flashbacks, bis hin zu Substanzgebrauch, Depression oder sogar Posttraumatischer Belastungsstörung verarbeiten. Im schlimmsten Fall, und das ist eben auch beobachtet worden – sowohl vor als auch während der COVID-19-Pandemie – mit dem Suizid der Behandelnden aufgrund dieser psychischen Belastung.

Was empfehlen Sie in Ihrer Handlungsempfehlung zur Unterstützung von „Second Victims“?

Die allgemeine Unterstützungsempfehlung für „Second Victims“ ist ein dreistufiges Vorgehen nach dem Modell von Susan Scott und Kollegen. Es beginnt zunächst einmal mit einer niederschweligen Unterstützung innerhalb der jeweiligen Abteilung, dem sogenannten Peer-Support, indem Kolleginnen und Kollegen für diese Problematik sensibilisiert werden und niederschwellig ein Hilfsangebot bereitstellen können. Stufe zwei wären dann ausgebildete Peer-Supporter in den entsprechenden Einrichtungen, also bestimmte, „professionellere psychologische Ersthelferinnen und Ersthelfer“, die weitergehend Krisenintervention betreiben können. In Stufe drei, die allerdings nur für ungefähr

zehn Prozent aller „Second Victims“ überhaupt notwendig ist, kommen professionelle Angebote der Notfallseelsorge, beziehungsweise auch der psychologischen Psychotherapie in Frage. Erfahrungsgemäß reicht die kollegiale Hilfe und der kollegiale Support in zwei Drittel aller Fälle bei „Second-Victim“-Traumatisierungen aus, damit diese gut verarbeitet werden können und die Betroffenen im Idealfall gestärkt aus einer solchen Erfahrung herausgehen können.

Das bedeutet aber auch, wenn ich das richtig verstehe, dass noch viel zu tun ist und wahrscheinlich auch viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist, oder?

Unbedingt. Wir müssen ja konstatieren, dass wir als Ärztinnen und Ärzte, da zähle ich mich selber dazu, nicht immer die besten Patienten sind: Wir empfehlen zwar unseren Patientinnen und Patienten Fürsorge und Prävention, wenn es jedoch an unsere Selbstfürsorge geht, dann sind wir meistens nicht die Ersten. Wir müssen also auch lernen und es zusätzlich in den Kulturen der Organisationen etablieren, dass solche Belastungen völlig normale menschliche Reaktionen sind, die früher oder später bei einer hohen Belastung bei den meisten von uns auftreten werden. Wir müssen mit diesem Phänomen professionell umgehen und begreifen, dass ein Offenbaren – ein Ersuchen um Hilfe – keinesfalls Zeichen von Schwäche ist, sondern Ausdruck von Fürsorge und von Professionalität. Ich möchte in diesem Zusammenhang nur kurz an das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds erinnern, in dem steht, dass die Fürsorge für die eigene Gesundheit eine elementare ethische Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten ist, um weiterhin professionelle, ärztliche Versorgung auf höchstem Niveau leisten zu können. Wir müssen uns eingestehen, dass ehrlicherweise früher oder später wahrscheinlich jeder von uns einmal in diese Situation geraten wird und dass wir uns dann entsprechende professionelle Hilfe suchen müssen. Wir sollten betroffene Kolleginnen und Kollegen entsprechend wertschätzend unterstützen und nicht durch Häme oder Spott zusätzlich belasten oder eine Mauer des Schweigens aufbauen. Wir müssen also an dieser Stelle für unsere eigenen Belange eintreten, genau so, wie für unsere Patientinnen und Patienten und deren Gesundheitsbelange. Das müssen wir kollektiv und flächendeckend noch besser lernen, als es bis jetzt umgesetzt wird. Insbesondere in der somatischen Medizin, wo Mechanismen wie beispielsweise Supervision noch nicht etabliert sind, anders als in psychiatrischen Einrichtungen, in denen Kolleginnen und Kollegen schon von Supervisionsangeboten profitieren. Was wir nicht verändern können, ist die Situation, dass es immer wieder zu kritischen und emotional belastenden Versorgungssituationen kommt. Sehr wohl können wir aber beeinflussen, wie wir darauf vorbereitet sind und wie wir darauf reagieren. Ein ganz wichtiges Element ist, aufeinander zu achten – also das aktive Anspre-

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

chen, das aktive kollegiale Zugehen auf Kolleginnen und Kollegen bei Zeichen von emotionalem Rückzug. Aber auch das konstruktive Aufarbeiten von Fehlern, um mit Lernbotschaften statt Schuldzuweisungen an Fehlern zu wachsen, stellt einen wichtigen Baustein dar, damit wir alle weiterhin zuverlässig, sicher, aber auch zufrieden in unserem Beruf tätig sein können.

Herr Professor Strametz, ich bedanke mich ganz herzlich für das Interview.

Das Interview führte Silvia Berlage, kommissarische Leitung des ZQ, Bereich Qualitätsentwicklung.

Literaturempfehlungen zu dem Thema:

Die aktuelle Handlungsempfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. zum Umgang mit Betroffenen des „Second Victims“-Phänomens im Rahmen der COVID-19-Pandemie finden Sie unter dem Link:

www.haeverlag.de/n/077

Empfehlungen und Anregungen der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) zum Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern in Notaufnahmen und auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie finden Sie unter dem Link:

www.haeverlag.de/n/078

Der gemeinnützige Verein PSU Akut bietet über die HELPLINE eine anonyme und kostenfreie telefonische Beratung für besondere Stress- und Belastungssituationen an. Empfehlungen mit „Möglichkeiten der Stressreduktion für medizinisches Personal“ im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie finden Sie unter dem Link:

www.haeverlag.de/n/079

Informationen zum „European Researchers' Network Working on Second Victims“ finden Sie unter dem Link:

www.haeverlag.de/n/080

Anzeige



**Wir arbeiten für Ihren Erfolg:
Lösungsorientiert, fachbezogen
und verständlich!**

**In 16 Niederlassungen
für Sie da**

 **BUST**®
Steuerberatung für Ärzte

BUST Hauptniederlassung Hannover:

Seelhorststraße 9, 30175 Hannover

Telefon: 0511 28070-0

E-Mail: hannover@BUST.de

www.BUST.de