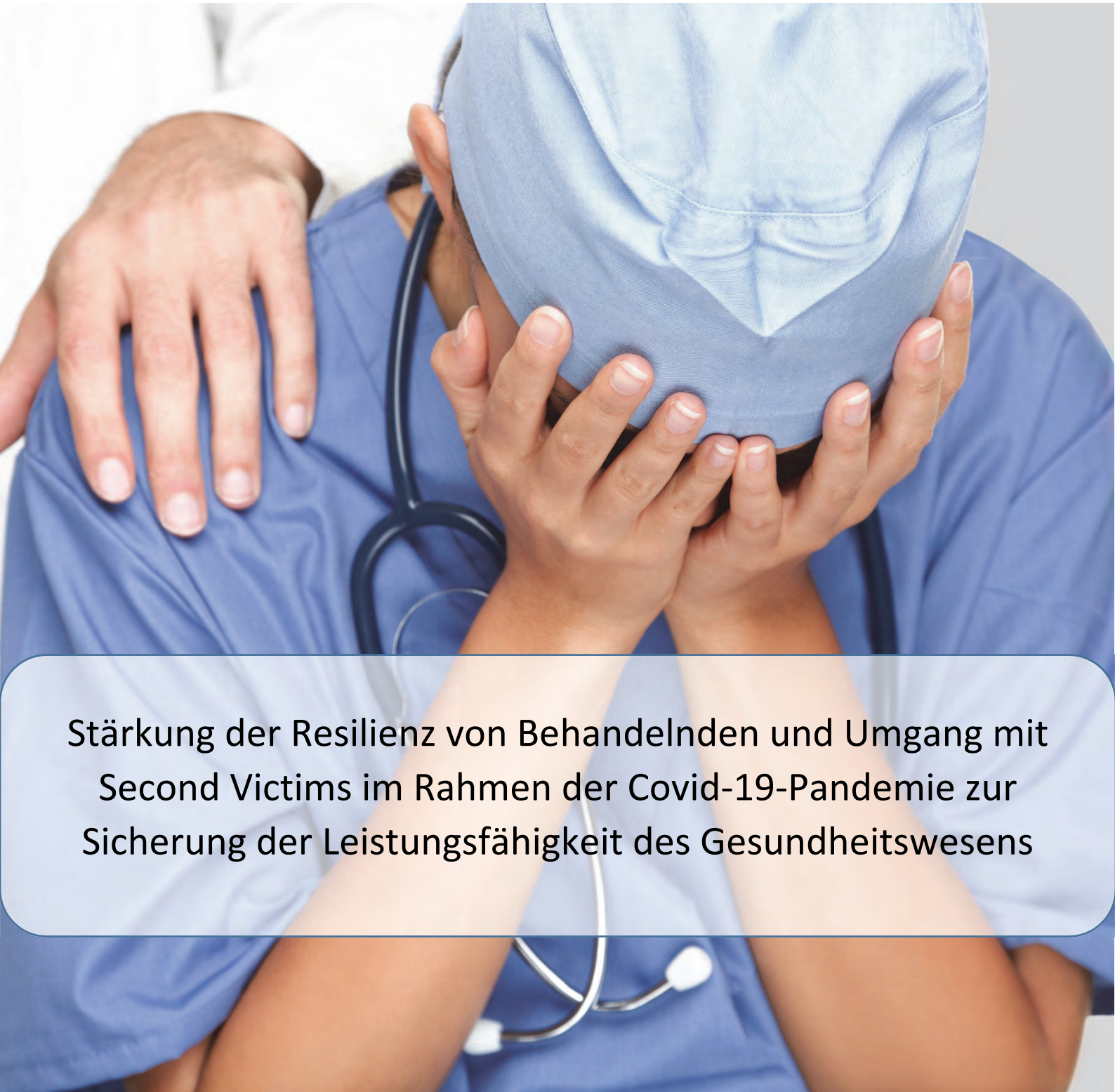


Handlungsempfehlung:



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

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

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz,
Zertifizierte Person Klinisches Risikomanagement nach ONR 49003:2014
Professur Medizin für Ökonomen, Hochschule RheinMain/Wiesbaden und
Beisitzer im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V./Berlin

Dr. med. Matthias Raspe, M.Sc.
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dir. Dr. Brigitte Ettl
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wiener Krankenanstaltenverbund
Karl-Landsteiner-Institut für Klinisches Risikomanagement

Dr. Wolfgang Huf, M.Sc.
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wiener Krankenanstaltenverbund
Karl-Landsteiner-Institut für Klinisches Risikomanagement

Prof. Dr. iur. Andreas Pitz,
Professur für Sozialrecht und Gesundheitsrecht
Hochschule Mannheim

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz
Hochschule RheinMain
Wiesbaden Business School
Bleichstr. 44
65183 Wiesbaden
Tel: + 49 611 94953241
Email: reinhard.strametz@hs-rm.de

Version: 14.04.2020, Bildnachweis Cover: © maridav - stock.adobe.com

Danksagung:

Die Autoren danken dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. für die Veröffentlichung der Handlungsempfehlung.

Bitte wie folgt zitieren:

Strametz R, Raspe M, Ettl B, Huf W, Pitz A (2020): Handlungsempfehlung zu Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.

Inhaltsverzeichnis:

Ziel der vorliegenden Handlungsempfehlung:	3
Executive Summary	4
Was ist ein Second Victim?	4
Wie viele Behandelnde sind Second Victims?	4
Was sind die Folgen einer Second Victim Traumatisierung?	5
Wie kann Second Victims geholfen werden?	5
Wie können Second Victim Traumatisierungen vermieden werden?	6
Literaturverzeichnis	9

Ziel der vorliegenden Handlungsempfehlung:

Die vorliegende Handlungsempfehlung soll Führungskräfte in klinischen und administrativen Bereichen der Gesundheitsversorgung für die Problematik der Traumatisierung von Behandelnden sensibilisieren, die durch die aktuellen psychischen Belastungen im Rahmen der Covid19-Pandemie ebenso wie die Infektion von Behandelnden selbst weltweit auftreten.

Es soll durch Optimierung der Führungsinstrumente und der Krisenkommunikation die Resilienz von Behandelnden und Führungskräften stärken und so helfen, das Risiko der Überlastung der Gesundheitsversorgung zu minimieren.

Hierzu wird in einer Kurzdarstellung unter Würdigung verfügbarer Evidenz und anerkannter Empfehlungen, aber auch aktueller Situationsberichte aus Krisengebieten, eine Empfehlung für das praktische Vorgehen vor Ort gegeben.

Dieses Dokument konzentriert sich auf den stationären Bereich der Akutversorgung insbesondere aufgrund der vorhandenen Evidenz. Eine Berücksichtigung entsprechender Strategien zur Stärkung der Resilienz wird jedoch für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung dringend angeraten, da die außergewöhnlichen Belastungen sich nicht nur auf die stationäre Akutversorgung beschränken.

Das Dokument gibt den gegenwärtigen Stand des Wissens wieder, der sich im Rahmen der aktuellen dynamischen Entwicklung ändern kann. Hinweise und Ergänzungen an die angegebene Kontaktadresse sind ebenso wie die Verbreitung und/oder Übersetzung des Papers unter Angabe der Quelle jederzeit herzlich willkommen!

Die Autoren

Wiesbaden, Berlin, Wien und Mannheim,

14. April 2020

Executive Summary

Der Begriff Second Victim beschreibt eine an der Patientenversorgung beteiligte Person, die durch eine außergewöhnliche Situation in der Patientenversorgung selbst traumatisiert wird. Dieses in der Öffentlichkeit noch weitgehend unbekannt aber weit verbreitete Phänomen wird durch die Covid19-Pandemie verschärft und birgt das Risiko, durch eine ausgeprägte psychische Überlastung der Behandelnden Gesundheitssysteme zusätzlich unter Druck zu setzen. Dies stellt sowohl für die Patienten- als auch für die Arbeitssicherheit eine ernstzunehmende Gefahr dar.

Das Second Victim Phänomen ist gut erforscht und bedarf einer zweigleisigen Strategie. Einerseits müssen Second Victims in einem flächendeckenden, möglichst niederschwellig erreichbaren, gestuften System schnell, persönlich und vertraulich unterstützt werden. Andererseits kommt der Stärkung der Resilienz aller Behandelnden besondere Bedeutung zu. Die Resilienz und damit die langfristige Leistungsfähigkeit der Behandelnden kann durch eine besondere Berücksichtigung im Führungsverhalten und in der Krisenkommunikation nachhaltig unterstützt werden. Sie leistet somit sowohl kurzfristig als auch nachhaltig einen positiven Beitrag für die Patientensicherheit und damit die Überlebenschancen vieler Patienten während und nach der Covid19-Pandemie.

Was ist ein Second Victim?

Der Begriff Second Victim wurde im Jahr 2000 von Albert W. Wu für Behandelnde eingeführt, die durch einen selbst begangenen Fehler selbst traumatisiert werden (Wu 2000). Der Begriff wurde 2009 von Scott et al. erweitert und beschreibt mittlerweile „eine medizinische Fachperson, die durch einen unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und/oder einer Verletzung des Patienten selbst zum Opfer wird, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert wird“ (Scott et al. 2009). In diesem Kontext kann die aktuelle Situation der Covid19-Pandemie und die damit verbundenen Ausnahmesituationen in den Behandlungseinrichtungen als unvorhergesehener Zwischenfall angesehen werden (Dewey et al. 2020; Adams und Walls 2020), auch wenn zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland noch keine Triagierungen aufgrund von Überlastungssituationen vorgenommen werden müssen. Diese Einschätzung ist kongruent mit einer Studie von Waterman et al., die zeigen konnte, dass auch Beinahe-Schadenfälle (near misses) vergleichbare Belastungen bei einem hohen Teil der Befragten ausgelöst haben (Waterman et al. 2007). Außerordentliche Maßnahmen, steigende Infektionszahlen, insbesondere auch das unter Behandelnden erhöhte Risiko einer Infektion und die in der Zahl zunehmenden schwerwiegenden und letalen Verläufe der Erkrankung, belasten die Behandelnden aller Versorgungsbereiche nicht nur physisch, sondern vor allem auch emotional (Tam et al. 2004; Wu et al. 2020).

Wie viele Behandelnde sind Second Victims?

Das Second Victim Phänomen ist im angloamerikanischen Raum im Bereich der stationären Akutversorgung gut untersucht. Während eine Metaanalyse von Seys et al. aus dem Jahr 2013 Second Victim Prävalenzen von 10-42% aller Befragten angibt (Seys et al. 2013), gehen aktuellere Studien und eigene in Publikation befindliche Erhebungen aus der Zeit vor der Covid19-Pandemie von Prävalenzen über 50% alleine im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung aus (Harrison et al. 2014). Nach Einschätzungen von Experten werden alle Behandelnden früher oder später einmal im Laufe ihres Berufslebens Second Victim (Laue et al. 2012).

Berichte aus vergangenen Krisensituationen wie der SARS-Pandemie aus dem Jahr 2003 zeigen, dass bis zur Hälfte aller Behandelnden der SARS-Patienten durch das Ereignis akute psychische Reaktionen, Burnout oder eine posttraumatische Belastungsstörung zeigten (Tam et al. 2004).

Aus aktuellen Berichten italienischer Ärztinnen und Ärzte ist davon auszugehen, dass die in der Literatur beschriebenen Prävalenzen, die sich sonst auf einen Zeitraum mehrerer Jahre oder sogar des gesamten Berufslebens beziehen, binnen weniger Wochen erreicht worden sind und nicht nur die individuelle Gesundheit der Betroffenen, sondern die Leistungsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems massiv beeinträchtigt haben.

Basierend auf Erfahrungen vergangener Krisensituationen (SARS, 9/11 etc.) und den aktuellen Berichten aus dem italienischen Gesundheitssystem, ist davon auszugehen, dass eine systemrelevante Anzahl von Behandelnden durch die aktuelle Situation der Covid19-Pandemie auch in Deutschland bereits Traumatisierungen als Second Victim erfahren hat oder von dieser Traumatisierung akut bedroht ist.

Was sind die Folgen einer Second Victim Traumatisierung?

Laut Selbstauskunft betroffener Second Victims verarbeiten bis zu 2/3 aller Befragten das zugrundeliegende Ereignis dysfunktional (Waterman et al. 2007; Scott et al. 2010; West et al. 2006; Burlison et al. 2016; Schwappach und Boluarte 2009). Dies kann sich beispielsweise äußern in:

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

In einer Studie unter Anästhesisten von Gazoni et al. gaben 10% aller betroffenen Second Victims an, sich von diesem Ereignis nie erholt zu haben (Gazoni et al. 2012). Die Folgen für die Betroffenen sind individuell dramatisch und können zur Posttraumatischen Belastungsstörung, zur Berufsaufgabe und schlimmstenfalls sogar zum Suizid führen (Grissinger 2014). Neben den Second Victims sind aber auch künftige behandelte Patienten betroffen durch die erhöhte Fehleranfälligkeit der Second Victims aufgrund der verminderten Leistungsfähigkeit und der permanenten Beschäftigung mit dem zurückliegenden Vorfall (Tawfik et al. 2019). Ebenfalls berichtet sind Verhaltensänderungen im Berufsleben hin zu defensiver Medizin und absicherndem Verhalten, was im Kontext der Covid19-Pandemie auch zu klinischen Fehleinschätzungen zu Lasten aller Beteiligten führen kann (Vincent und Amalberti 2016).

Es ist damit nach jetzigem Erkenntnisstand davon auszugehen, dass unzureichend berücksichtigte psychische Belastungen der Behandelnden den Zeitpunkt der Überlastung des Gesundheitssystems zeitlich deutlich vorverlegen bzw. die effektive Gesamtkapazität des Gesundheitssystems deutlich reduzieren.

Wie kann Second Victims geholfen werden?

Basierend auf der qualitativen Patientensicherheitsforschung zur Second Victim Problematik in den USA wurden in den letzten Jahren in immer mehr Gesundheitseinrichtungen Hilfsprogramme für Second Victims etabliert, wie beispielsweise das RISE Programm der Johns Hopkins Universität (Edrees et al. 2016), das forYOU-Programm an der Universität Missouri (Scott et al. 2010) oder die Medically Induced Trauma Support Services (MITSS) (Medically Induced Trauma Support Services (MITSS) 2010). Die Evaluation einzelner Programme zeigt sowohl einen positiven medizinischen Effekt (Edrees et al. 2016), als auch eine Kosteneffektivität (Moran et al. 2017), wenn die Kosten der Hilfsprogramme mit der Reduktion des finanziellen Schadens von Berufsaufgaben Behandelnder verglichen werden.

Im deutschsprachigen Raum sowie anderen europäischen Ländern (Ullström et al. 2014) gibt es bislang nur vereinzelte ehrenamtliche Initiativen wie den Verein PSUakut e.V. (Hinzmann et al. 2019) oder das EMPTY-Programm der Young DGINA.

Flächendeckende und niederschwellig erreichbare Unterstützungsprogramme für Behandelnden existieren im deutschsprachigen Raum derzeit nicht.

Ziel und gemeinsamer Kern aller bisherigen Hilfsprogramme ist es, durch eine niederschwellig erreichbare, rund um die Uhr verfügbare, gestufte Kriseninterventionsstrategie Second Victims schnell zu unterstützen, um die Erfahrung bestmöglich verarbeiten zu können. Dies alles sollte zudem in einer von Wertschätzung geprägten Atmosphäre stattfinden, in der Belastungen als menschliche Reaktion und nicht als Ausdruck charakterlicher Schwäche verstanden werden. In der Untersuchung des natürlichen Verlaufs konnte gezeigt werden, dass viele Second Victims mit optimaler Unterstützung an dem traumatisierenden Ereignis sogar wachsen können und gestärkt und mit voller Leistungsfähigkeit aus diesem Ereignis hervorgehen. Die Merkmale dieser Unterstützungsangebote basieren auf dem in **Abbildung 1** dargestellten Modell, das je nach Bedarf um eine Stufe eskaliert werden kann.

Basierend auf allgemeinen Empfehlungen können folgende Maßnahmen vor Ort helfen, Effekte von Second Victim Traumatisierungen zu vermindern (Scott et al. 2010; Schwappach und Boluarte 2009; Strametz 2019):

- Kurze Auszeit von der klinischen Tätigkeit anbieten bzw. sicherstellen 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 Debriefings belastender Situationen/Schichten
- Einfühlsame, aber eindeutige und klare Sprache
- Grundsätzliche Bestätigung der fachlichen Kompetenz und Bestärkung des Selbstwertgefühls des Mitarbeiters
- 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, Schuldzuweisungen und Herabwürdigungen der Beteiligten (um Hilfe zu bitten ist kein Zeichen von Schwäche, sondern menschlich und verantwortungsbewusst gegenüber seinen Patienten)

Wie können Second Victim Traumatisierungen vermieden werden?

Die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) benennt in Ihrem Framework für Hochzuverlässigkeitsorganisationen Resilienz als einen der fünf kritischen Faktoren (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)). Resilienz, also die Widerstandsfähigkeit von Individuen gegenüber belastenden Situationen wurde begrifflich von Aaron Antonovsky wesentlich geprägt. Das von ihm als Voraussetzung für Resilienz definierte Kohärenzgefühl besteht aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit. Bezogen auf die Covid19-Pandemie und unter Einbeziehung der aktuellen Empfehlungen von Wu et al. (Wu et al. 2020) können für Führungskräfte folgende in **Abbildung 2** dargestellte Empfehlungen abgegeben werden.

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

Stufe 1: Kollegiale Hilfe in der Abteilung

- Identifikation der Belastungssituation (Achtsamkeit)
- Verständnis für Hilfsbedarf von Kollegen
- ggf. Verständigung Kriseninterventionsteam

Stufe 2: Krisenintervention durch Spezialteam

- niederschwellig verfügbar (24/7)
- direkte und vertrauliche Unterstützung
- Nachbesprechung (debriefing) belastender Situationen
- ggf. Überleitung in Netzwerk professioneller Unterstützung

Stufe 3: Netzwerk professioneller Unterstützung

- Anbindung an lokale Strukturen, auch außerhalb der Organisation, z.B. Seelsorge, Sozialarbeiter, externe Kriseninterventionsteams

Quelle: Strametz R, Raspe M, Ettl B, Huf W, Pitz A (2020): Handlungsempfehlung zu Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.

Abb. 1: Drei-Stufenmodell der Unterstützung von Second Victims nach Scott (2009)

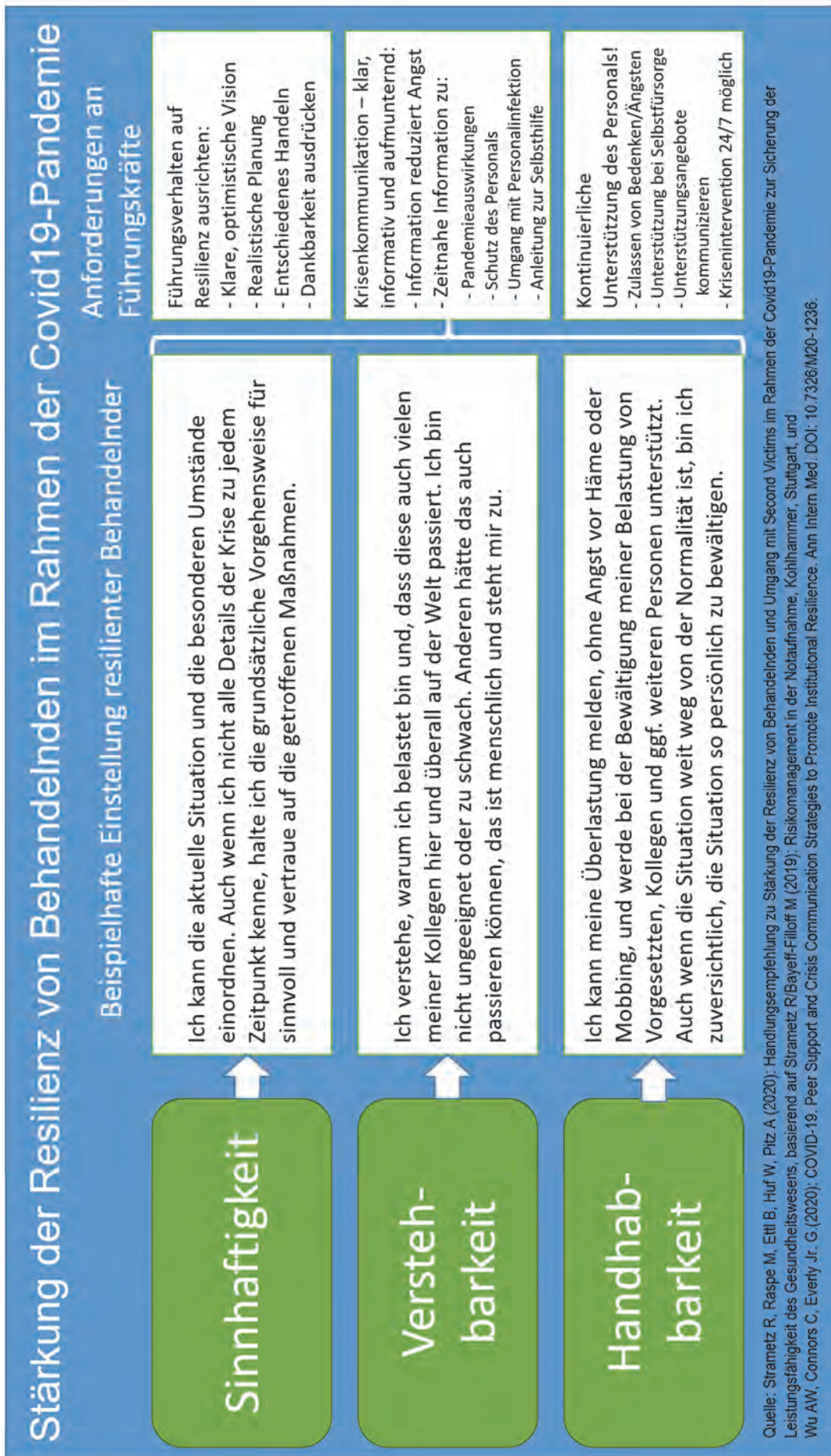


Abb.2 Stärkung der Resilienz von Behandelnden (nach Strametz 2019 und Wu et al. 2020)

Literaturverzeichnis

Adams, James G.; Walls, Ron M. (2020): Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. In: JAMA. DOI: 10.1001/jama.2020.3972.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): High Reliability. Online verfügbar unter <https://www.psnet.ahrq.gov/primer/high-reliability>, zuletzt geprüft am 09.04.2020.

Burlison, Jonathan D.; Quillivan, Rebecca R.; Scott, Susan D.; Johnson, Sherry; Hoffman, James M. (2016): The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes. Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism. In: Journal of patient safety. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000301.

Dewey, Charlene; Hingle, Susan; Goelz, Elizabeth; Linzer, Mark (2020): Supporting Clinicians During the COVID-19 Pandemic. In: Ann Intern Med. DOI: 10.7326/M20-1033.

Edrees, Hanan; Connors, Cheryl; Paine, Lori; Norvell, Matt; Taylor, Henry; Wu, Albert W. (2016): Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital. A case study. In: BMJ open 6 (9), e011708. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011708.

Gazoni, Farnaz M.; Amato, Peter E.; Malik, Zahra M.; Durieux, Marcel E. (2012): The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists. Results of a national survey. In: Anesthesia and analgesia 114 (3), S. 596–603. DOI: 10.1213/ANE.0b013e318227524e.

Grissinger, Matthew (2014): Too many abandon the "second victims" of medical errors. In: P & T : a peer-reviewed journal for formulary management 39 (9), S. 591–592.

Harrison, Reema; Lawton, Rebecca; Stewart, Kevin (2014): Doctors' experiences of adverse events in secondary care. The professional and personal impact. In: Clinical medicine (London, England) 14 (6), S. 585–590. DOI: 10.7861/clinmedicine.14-6-585.

Hinzmann, D.; Schießl, A.; Koll-Krüsmann, M.; Schneider, G.; Kreitlow, J. (2019): Peer-Support in der Akutmedizin. In: Anästhesiologie 60, S. 95–101. DOI: 10.19224/ai2019.095.

Laue, N. von; Schwappach, D.; Hochreutener, M. (2012): "Second victim" - Umgang mit der Krise nach dem Fehler. In: Therapeutische Umschau. Revue therapeutique 69 (6), S. 367–370. DOI: 10.1024/0040-5930/a000300.

Medically Induced Trauma Support Services (MITSS) (2010): MITSS Staff Support Survey. Online verfügbar unter http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/mitss_staff_support_survey.pdf, zuletzt geprüft am 07.01.2020.

Moran, Dane; Wu, Albert W.; Connors, Cheryl; Chappidi, Meera R.; Sreedhara, Sushama K.; Selter, Jessica H.; Padula, William V. (2017): Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff. In: Journal of patient safety. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000376.

Schwappach, David L.; Boluarte, Till A. (2009): The emotional impact of medical error involvement on physicians. A call for leadership and organisational accountability. In: Swiss medical weekly 139 (1-2), S. 9–15.

Scott, S. D.; Hirschinger, L. E.; Cox, K. R.; McCoig, M.; Brandt, J.; Hall, L. W. (2009): The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. In: Quality & safety in health care 18 (5), S. 325–330. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870.

Scott, Susan D.; Hirschinger, Laura E.; Cox, Karen R.; McCoig, Myra; Hahn-Cover, Kristin; Epperly, Kerri M. et al. (2010): Caring for our own. Deploying a systemwide second victim rapid response team. In: Joint Commission journal on quality and patient safety 36 (5), S. 233–240.

Seys, Deborah; Wu, Albert W.; van Gerven, Eva; Vleugels, Arthur; Euwema, Martin; Panella, Massimiliano et al. (2013): Health care professionals as second victims after adverse events. A systematic review. In: Evaluation & the health professions 36 (2), S. 135–162. DOI: 10.1177/0163278712458918.

Strametz, Reinhard (2019): Mitarbeitersicherheit durch Risikomanagement. In: Reinhard Strametz und Michael Bayeff-Filloff (Hg.): Risikomanagement in der Notaufnahme. 1. Auflage, S. 75–84.

Tam, Cindy W. C.; Pang, Edwin P. F.; Lam, Linda C. W.; Chiu, Helen F. K. (2004): Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003. Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. In: *Psychological medicine* 34 (7), S. 1197–1204. DOI: 10.1017/s0033291704002247.

Tawfik, Daniel S.; Scheid, Annette; Profit, Jochen; Shanafelt, Tait; Trockel, Mickey; Adair, Kathryn C. et al. (2019): Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care. A Systematic Review and Meta-analysis. In: *Ann Intern Med*. DOI: 10.7326/M19-1152.

Ullström, Susanne; Andreen Sachs, Magna; Hansson, Johan; Ovretveit, John; Brommels, Mats (2014): Suffering in silence. A qualitative study of second victims of adverse events. In: *BMJ quality & safety* 23 (4), S. 325–331. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002035.

Vincent, Charles; Amalberti, René (2016): *Safer Healthcare. Strategies for the Real World*. Cham (CH).

Waterman, Amy D.; Garbutt, Jane; Hazel, Erik; Dunagan, William Claiborne; Levinson, Wendy; Fraser, Victoria J.; Gallagher, Thomas H. (2007): The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. In: *Joint Commission journal on quality and patient safety* 33 (8), S. 467–476. DOI: 10.1016/s1553-7250(07)33050-x.

West, Colin P.; Huschka, Mashele M.; Novotny, Paul J.; Sloan, Jeff A.; Kolars, Joseph C.; Habermann, Thomas M.; Shanafelt, Tait D. (2006): Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. A prospective longitudinal study. In: *JAMA* 296 (9), S. 1071–1078. DOI: 10.1001/jama.296.9.1071.

Wu, A. W. (2000): Medical error. The second victim. In: *BMJ* 320 (7237), S. 726–727. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.726.

Wu, Albert W.; Connors, Cheryl; Everly Jr., George S. (2020): COVID-19. Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. In: *Ann Intern Med*. DOI: 10.7326/M20-1236.