

Der Umgang mit „second victims“ als organisationsethische Aufgabe

Settimio Monteverde · Cornel Schiess

Eingegangen: 5. August 2016 / Angenommen: 7. Februar 2017 / Online publiziert: 24. März 2017
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017

Zusammenfassung Zwischenfälle, Behandlungsfehler und tragische Verläufe können im Medizinalltag schwerwiegende Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten haben („first victims“), aber auch auf beteiligte Gesundheitsfachpersonen („second victims“). Don Berwick, ehemaliger Leiter des Institute for Healthcare Improvement in Boston (USA), hob in einem Interview die Unterstützung von „second victims“ als „ethische Angelegenheit“ hervor. Es besteht aber keine Klarheit darüber, was darunter zu verstehen ist. Der vorliegende Beitrag unternimmt eine Klärung dieser Frage aus der Perspektive der Organisationsethik. Ausgehend von Daten aus der Literatur zur Wirksamkeit der Unterstützung von „second victims“ werden Herausforderungen beschrieben und aus organisationsethischer Sicht beurteilt. Es gibt Hinweise, dass Angebote der Unterstützung von „second victims“ zwar bestehen, aber nicht wirksam genug sind, um die psychischen Folgen von unerwünschten Ereignissen zu bewältigen. Dies wirkt sich auf betroffene Fachpersonen negativ aus und kann zu einer erneuten Gefährdung der Patientensicherheit führen. Angesichts dieser Befunde bedarf es eines organisationsethischen Ansatzes, um Don Berwicks Forderung nachzukommen, den Umgang mit „second victims“ als „ethische Angelegenheit“ wahrzunehmen. Dieser Ansatz fördert die Kongruenz zwischen den deklarierten und den faktisch gelebten Werten der Organisation. Sein normatives Fundament besteht in den Fürsorgepflichten der Organisation, gegenüber Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden. Die Organisationsethik ermöglicht es, die Unterstützung von „second victims“ verbindlich und sichtbar in der Sicherheitskultur der Organisati-

S. Monteverde, PhD, MME, MAE, RN (✉)
UniversitätsSpital Zürich, Klinische Ethik, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte,
Universität Zürich, DERM E6, Gloriastrasse 31, 8091 Zürich, Schweiz
E-Mail: settimio.monteverde@usz.ch

C. Schiess, MScN
Institut für Angewandte Pflegewissenschaft, FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte
Wissenschaften, St. Gallen, Schweiz

on zu verankern. Sie konkretisiert sich in ihrer Verpflichtung, für die Mechanismen der Entstehung des Phänomens zu sensibilisieren und Ressourcen bereitzustellen, die einen effektiven Umgang damit ermöglichen. Dazu gehören evidenzbasierte ethische Leitlinien, standardisierte Prozesse, Schulungen sowie niederschwellige Coaching-Angebote.

Schlüsselwörter „Second victim“ · Patientensicherheit · Organisationsethik · Unerwünschte Ereignisse · Behandlungsfehler · Sicherheitskultur

The support for second victims as an issue of organizational ethics

Abstract

Background and purpose Adverse events and medical errors can have severe consequences for patients (“first victims”), but also for the involved health care professionals (“second victims”). Don Berwick, former director of the Boston Institute for Healthcare Improvement (USA), highlighted the support for “second victims” as an “ethical issue”. But there is no clarity about what “ethical issue” implies. This article aims to clarify this question from the perspective of organizational ethics.

Method Starting with data from the literature, challenges are described and evaluated from the perspective of organizational ethics.

Results Evidence suggests that current approaches for supporting “second victims” are not sufficiently effective to help professionals to cope with the psychological consequences of adverse patient events and medical errors. This not only has negative consequences for the involved professionals, but can also put patient safety again at risk. In the light of these data, an organizational ethics approach is needed to comply with Don Berwick’s claim to consider the support of “second victims” as an “ethical issue”. This approach fosters the congruence of the organization’s values that are declared and those that are practiced. Its normative foundation is rooted in the organization’s duty of care both for the patients and for the employees.

Conclusions Using organizational ethics it is possible to conceptualize and visualize the support for “second victims” as a binding component of the safety culture of the organization. It is translated into the organization’s obligation to raise the awareness for the phenomenon and to provide the resources necessary to deal effectively with it, e. g., evidence-based ethical guidelines, standardized procedures, staff training, and low-threshold coaching programs.

Keywords Second victim · Patient safety · Organizational ethics · Adverse events · Medical error · Safety culture

Hintergrund

Im Jahr 2000 erregte der Bericht des Institute of Medicine mit dem Titel „To Err is Human“ großes Aufsehen. Ihm zufolge sterben in den USA aufgrund extrapolierter Todesfallstatistiken aus dem Jahre 1997 jährlich 44.000 bis 98.000 Menschen an den Folgen von Fehlern im Gesundheitswesen. Dadurch entstehen – so die Autorinnen

und Autoren – jährlich vermeidbare Kosten zwischen USD 17 und 27 Mrd. (Kohn et al. 2000).

Begriffsdefinitionen und Abgrenzung

Unerwartete Zwischenfälle, unvorhersehbare Verläufe und Behandlungsfehler haben negative Folgen für direkt betroffene Patientinnen und Patienten sowie deren Familien („first victims“) (Seys et al. 2013a). Darüber hinaus können sie sich auch für beteiligte Fachpersonen („second victims“) und Organisationen („third victims“) negativ auswirken (Seys et al. 2013a). Im Jahr 2000 umschrieb Albert W. Wu erstmals das Bündel an psychischen und emotionalen Reaktionen sowie Gefühlen der Schuld und Scham, welche bei Ärztinnen und Ärzten nach Behandlungsfehlern beobachtet wurden, mit dem Begriff „second victim“ (Wu 2000). Darauf aufbauend und angereichert mit Ergebnissen qualitativer Forschung definierten Scott et al. im Jahr 2009 das Phänomen „second victim“ mit einem erweiterten Fokus auf alle Gesundheitsfachpersonen und auf andere unerwünschte Ereignisse und Komplikationen. Diese Definition, welche sich in der Diskussion zum Thema etabliert hat, wird auch der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt: “Second victims are healthcare providers who are involved in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, these individuals feel personally responsible for the patient outcome. Many feel as though they have failed the patient, second guessing their clinical skills and knowledge base” (Scott et al. 2009, S. 326). Aus dieser Definition gehen zwei Aspekte hervor: Erstens stehen bei der Charakterisierung des Phänomens „second victim“ die psychischen und emotionalen Auswirkungen des Ereignisses und deren Bewältigung im Vordergrund. Zweitens können dem Phänomen ätiologisch unterschiedliche Situationen zugrunde liegen, d. h. ein vermeidbarer Behandlungsfehler, ein unerwarteter Zwischenfall oder ein besonders tragischer Verlauf. Dieses Spektrum an Situationen, das die Definition von Scott et al. abbildet, wird in diesem Beitrag vereinfacht unter dem Begriff des „unerwünschten Ereignisses“ wiedergegeben. Der gemeinsame Fokus dieser Situationen liegt darin, dass sie bei den involvierten Fachpersonen eine Traumatisierung auslösen aufgrund der persönlichen Verantwortung, die sie für das patientenseitige negative Ergebnis wahrnehmen (Scott et al. 2009). Der Mantelbegriff des „unerwünschten Ereignisses“ impliziert jedoch nicht, dass sich diese Situationen bezüglich der Vermeidbarkeit, der Schuldhaftigkeit des Handelns, der Rechtsfolgen sowie der Konsequenzen für Patientinnen und Patienten nicht in signifikanter Hinsicht unterscheiden können. Empirische Untersuchungen deuten aber darauf hin, dass das Bündel an Belastungsreaktionen, welches das Phänomen „second victim“ charakterisieren, von allfällig zu tragenden Rechtsfolgen des Ereignisses unabhängig ist und auch nach einer rechtlichen Wiedergutmachung fortbestehen kann (vgl. Ullström et al. 2014; Wu und Steckelberg 2012). Diese Belastungsreaktionen bedürfen deshalb einer Herangehensweise, die über die Identifikation von schuldhaftem Handeln, der rechtlichen Wiedergutmachung, der Behebung patientenseitigen Schadens und der Linderung von entstandenem Leiden hinausgeht, resp. diese ergänzt (von Laue et al. 2012). Im täglichen Umgang mit menschlicher Fehlbarkeit ist das Nach-

denken über eine angemessene rechtliche und moralische Wiedergutmachung von entstandenem physischen und psychischen Schaden und Leiden für Organisationen im Gesundheitswesen unverzichtbar (vgl. Seifart 2012). Dies stellt jedoch eine eigene Thematik dar und bedarf – trotz der Nähe zum Phänomen „second victims“ – einer gesonderten Betrachtung, die an dieser Stelle nicht weiter vertieft wird.

Stand der Forschung

Während Seys et al. (2013a) die Prävalenz des Phänomens „second victim“ mit Zahlen zwischen 10,4 und 43,3 % beziffern, gehen von Laue et al. (2012) davon aus, dass fast alle Gesundheitsfachpersonen im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn einmal in die Rolle des „second victim“ geraten (vgl. Scott 2015b). Trotz der Relevanz des Themas ist eine systematische Reflexion des Phänomens „second victim“ sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Ausbildung und Lehre immer noch ein Desiderat (Vincent und Amalberti 2016). Angesichts der angenommenen Häufigkeit des Phänomens (Seys et al. 2013a; von Laue et al. 2012; Wu und Steckelberg 2012), seiner Bedeutung für das klinische Risikomanagement, insbesondere aber seiner Folgen für alle Betroffenen kann von einem nicht gedeckten Forschungsbedarf ausgegangen werden, der alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen betrifft: “We know that staff suffer a variety of consequences from being the ‘second victim’ ... We should also consider that a member of staff who has been seriously affected may well be performing poorly and be a risk to future patients” (Vincent und Amalberti 2016, S. 84). Dabei ist die Forschung zum Phänomen „second victim“ vor eine besondere Herausforderung gestellt: Trotz vielerorts vorhandener Konzepte im Umgang mit unerwünschten Ereignissen und „second victims“ ist die Rekrutierung von Forschungsteilnehmenden erschwert. Ein möglicher Grund dafür ist, dass sich gerade auf der informellen, interpersonellen und patientenversorgungsnahen Ebene eine „name-blame-shame-Kultur“ im Umgang mit Fehlern zeigt, welche für die Betroffenen nicht die nötige Sicherheit gewährleistet, sich über ihre Erfahrungen auszutauschen (Sahay et al. 2015; Singer et al. 2009). Eine solche „name-shame-blame-Kultur“ zeichnet sich dadurch aus, dass sie unerwünschte Ereignisse *ausschließlich* auf der Ebene des schuldhaften Handelns der unmittelbar verantwortlichen Fachperson verortet. Typischerweise fragt diese Herangehensweise nach einem unerwünschten Ereignis „wer“ daran beteiligt war, nicht aber „was“ geschehen ist (Schiess et al. 2016). Selbst dort wo eine individuelle Zuschreibung von fehlbarem Verhalten möglich ist, ist davon auszugehen, dass auch systemische Faktoren vorliegen, die die Entstehung unerwünschter Ereignisse begünstigen (Reason 2000). Gerade diese Reziprozität von personalem Handeln und institutionellen Rahmenbedingungen erklärt auch die Schwierigkeit, einen Konsens über effektive Unterstützungsstrategien für „second victims“ zu erzielen (Seys et al. 2013a; Scott 2015b). Nebst Fragen der Prävalenz des Phänomens „second victim“ und der Evaluation bestehender Ansätze des Umgangs damit gehören zum ungedeckten Forschungsbedarf auch konzeptionelle Aspekte, die der Implementierung von Bewältigungs- und Präventionsstrategien zugrunde gelegt werden. Zu diesen zählt einerseits die Integration des Phänomens „second victim“ in das übergeordnete Konzept der Sicherheitskultur (Pfaff et al. 2009), welche den Umgang mit unerwünschten Ereignissen auf der sys-

temischen Ebene betrachtet (Sammer et al. 2010; Scott 2015b). Andererseits zählen auch ethische Aspekte dazu, denen sich dieser Beitrag widmet. Sie begründen das persönliche und organisationale Handeln im Umgang mit „second victims“, verankern dieses verbindlich im Werteprofil der Organisation und in den jeweiligen Strukturen der Unterstützung für Betroffene und sichern den Zugang Letzterer zu diesen Angeboten.

Rechtliche versus psychische Folgen

Trotz vorliegender systemischer Zusammenhänge beim Auftreten unerwünschter Ereignisse erscheint zweifelsohne eine Individualattribution im Falle manifest fehlbaren und pflichtwidrigen Verhaltens einer identifizierbaren Fachperson als angebracht. Eine vorzeitige Exkulpation der fehlbar handelnden Fachperson mit dem Hinweis auf das Vorliegen des „second victim“-Phänomens wäre hier nicht nur kontraintuitiv, sondern ethisch auch inakzeptabel. Hier darf in normativer Hinsicht sowohl von der Fachperson als auch der Organisation die Bereitschaft erwartet werden, im Sinne der wiederherstellenden Gerechtigkeit sämtliche Rechtsfolgen des entstandenen Patientenschadens zu tragen, Patientinnen und Patienten vollumfänglich und zeitnah zu informieren, gesundheitliche Konsequenzen *lege artis* zu behandeln und entstandenes Leid zu lindern. Gerade hier belegt die Forschung, dass auch im Tragen der Rechtsfolgen „second victims“ einen hohen Unterstützungsbedarf durch die Organisation äußern, der aber nicht immer gewährleistet ist (vgl. Chan et al. 2016). Alleine schon die Rechtsfolgen fehlerhaften, pflichtwidrigen oder fahrlässigen Handelns können mitunter gravierende Konsequenzen für das berufliche Leben der Betroffenen haben, mit existentiell bedrohlichen Auswirkungen. Auch wenn hier – im Vergleich zur psychischen Traumatisierung Betroffener durch den patientenseitigen Schaden – von einer anderen Dynamik auszugehen ist, betreffen beide Phänomene ein- und dieselbe Person und verstärken deren psychische Belastung (vgl. Bock et al. 2013). Deshalb sollte die Unterstützung von „second victims“ immer auch Betroffene im Tragen der genannten Rechtsfolgen unterstützen, so z. B. in enger Zusammenarbeit mit den organisationsinternen Rechtsdiensten.

„An ethical issue“

In einem Interview hebt Don Berwick, ehemaliger Leiter des Institute for Healthcare Improvement in Boston (USA) hervor: “And if you don’t understand how things work, you feel like you caused it. That creates a victim. My heart goes out to the injured patient and family, of course. That’s the first and most important victim. But health care workers who get wrapped up in error and injury, as almost all someday will, get seriously hurt too. And if we’re really healers, then we have a job of healing them too. That’s part of the job. It’s not an elective issue, it’s an ethical issue” (Berwick zitiert in Denham 2007, S. 109). Dass der Umgang mit „second victims“ eine ethische Dimension aufweist, ist für Berwick genauso unbestritten wie die Feststellung, dass dieser Umgang keine „elektive Aufgabe“ ist, die also nach dem Gutdünken oder den jeweils verfügbaren Möglichkeiten der Organisation angegangen werden

kann. Sie ist vielmehr eine Notwendigkeit, die sich aus der sozialen Verantwortung der Organisation und den daraus abgeleiteten allgemeinen Fürsorgepflichten ergibt. Letztere gelten selbstredend für Patientinnen und Patienten, die sich ihr anvertrauen, aber auch für die im Namen der Organisation handelnden Akteurinnen und Akteure. Berwick weist im Interview auf eine wichtige Nexus hin, der den Prozess der Entstehung von „first victims“ und „second victims“ gleichsam triggert: Fehlt ein Verständnis für den erweiterten systemischen Zusammenhang von unerwünschten Ereignissen („if you don't understand how things work“, Berwick zitiert in Denham 2007, S. 109), kommt bei den Beteiligten ein verkürzter Erklärungszusammenhang zum Tragen: *Intrapersonal* äußert er sich in Form von Schuld- und Versagensgefühlen, die auf der Selbstzuschreibung von Schuld beruhen („you feel like you caused it“, Berwick zitiert in Denham 2007, S. 109). *Interpersonal* kann er sich als Fremdzuschreibung von Schuld manifestieren, die sich in Form von im- oder explizitem Vertrauensverlust, Tadel, offener Kritik oder Phänomenen sozialer Exklusion zeigt. Diesen Mechanismen ist gemeinsam, dass sie eine psychische Dynamik auslösen, die über das Tragen allfälliger Rechtsfolgen hinausgeht. Insgesamt stehen diese Mechanismen für eine Herangehensweise, die Reason (2000) als „person approach“ im Umgang mit unerwünschten Ereignissen beschreibt (vgl. Scott 2015a). Im Kontext solcher Feldbedingungen fordert Berwick, den Umgang mit „second victims“ als verbindliche, nicht-elektive, „ethische Angelegenheit“ wahrzunehmen. Was aber der Gehalt dieser Forderung ist, wie sie sich im Werteprofil der Organisation zeigt und innerhalb der Organisation realisieren lässt, kann aus Berwicks Äußerungen nicht unmittelbar eruiert werden und bildet den Gegenstand der weiteren Überlegungen.

Der Umgang mit unerwünschten Ereignissen als Bestandteil der Sicherheitskultur

Organisationen der Gesundheitsversorgung weisen eine hohe Arbeitsdichte auf. Mit ihr verbunden ist eine systemisch bedingte Fehleranfälligkeit (Löber 2012; Reason 2000). Sie wird begünstigt durch spezifische Rahmenbedingungen wie z. B. eine unerwartete Komplikation bei einem chirurgischen Eingriff, die Vernachlässigung von Routinechecks bei medizintechnischen Geräten aufgrund von Zeitdruck oder die Variabilität von „best practices“ bei Interventionen mit nicht gesicherter Evidenzlage (vgl. Brent und Hammond 2000). In diesen zeigt sich, dass trotz des Gebots der konsequenten Risiko- und Fehlerminimierung unerwünschte Ereignisse in Form von Zwischenfällen, tragischen Verläufen und Behandlungsfehlern nicht restlos zu verhindern sind (Seifart 2012). Mit diesem Paradox umzugehen, ohne den Sozialvertrag zwischen Gesundheitsdienstleistern und der Gesellschaft zu gefährden, stellt einen Balanceakt für die Organisation im Gesundheitswesen dar (Denham 2007). Ethisch geboten erscheint deshalb im Umgang mit unerwünschten Ereignissen ein Dreifaches:

- unerwünschte Ereignisse zu verhindern,
- durch unerwünschte Ereignisse entstandenen Schaden zu behandeln und entstandenes Leiden zu lindern sowie deren rechtliche Folgen zu tragen,

- Wissen zu sichern, um die Rahmenbedingungen, die diese Ereignisse begünstigen, besser zu verstehen und vorzubeugen.

Verhinderung, Behandlung und Wissenssicherung bilden einen Zyklus, der das Paradox von gebotener Schadensverhinderung, individueller und systemischer Fehlbarkeit zusammendenkt. Die organisationalen Rahmenbedingungen, welche dies ermöglichen, werden heutzutage unter dem Begriff der Sicherheitskultur diskutiert. Diese umfasst nach Pfaff et al. (2009, S. 494) „... den gemeinsamen Wissens-, Werte- und Symbolvorrat der Organisation, der ihre Kapazität erhöht, die Patientensicherheit zu verbessern“. Sie manifestiert sich – so die Autorinnen und Autoren – im „sicherheitsförderlichen Verhalten“, welches durch Wissen, Werte, Normen, Rollen und Prozesse geprägt wird (Pfaff et al. 2009; vgl. auch Sammer et al. 2010). Die wirksame Unterstützung von „second victims“ wird darin zwar nicht eigens thematisiert. Sie lässt sich aber unschwer als wichtiges Element innerhalb der Sicherheitskultur beschreiben, welche für die zyklische Struktur des Prozesses der Vermeidung, Behandlung und Wissenssicherung im Kontext von unerwünschten Ereignissen wesentlich ist.

Erfahrungen von „second victims“ im klinischen Umfeld

„Aus dem Kreislauf herauskommen“

Hat die Implementierung der Sicherheitskultur in Organisationen des Gesundheitswesens das Ziel, die Patientensicherheit zu verbessern (Pfaff et al. 2009), sind die Integration der Erfahrungen von „second victims“ und der bewusste Umgang mit diesem Phänomen unverzichtbar. So zeigte die Untersuchung von Scott (2015b), dass sich eine wirksame Unterstützung von „second victims“ positiv auf die Sicherheitskultur auswirkt. Trotzdem zeigt dieselbe Autorin, dass eine solche Integration in der Praxis vor erhebliche Herausforderungen gestellt ist (Scott 2015a). Einer der Gründe dafür ist die Tatsache, dass das Phänomen „second victim“ eine Dynamik aufweist, die sich in den vielfältigen sozialen Interaktionen im Arbeitsfeld manifestiert, wie etwa der sozialen Integration am Arbeitsplatz, Arbeitsplanung, Qualifikation oder Karriereplanung. Sie hat aber auch Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen und den Verbleib im Beruf (Lewis et al. 2013; Scott et al. 2009): Wegen Auswirkungen von unerwünschten Ereignissen auf „first victims“ können „second victims“ aufgewühlt sein (Seys et al. 2013a). Angst, Depression und Schuld sind mögliche Folgen und können vom Berufs- ins Privatleben übergreifen (Seys et al. 2013a). Auch über eine erhöhte Suizidalität wird berichtet (vgl. von Laue et al. 2012). In aller Regel sind die Folgen unerwünschter Ereignisse – nebst denjenigen für „first victims“ – auch für „second victims“ langfristig und weitreichend (Schwappach et al. 2010; Scott 2015a). Diese betreffen jedoch nicht nur am unerwünschten Ereignis direkt Beteiligte, sondern mittel- und langfristig auch weitere Patientinnen und Patienten: So haben von Laue et al. (2012) die Zusammenhänge zwischen der Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis und der individuellen Belastungsreaktion bis hin zur erneuten Gefährdung der Patientensicherheit als re-

ziproken Zyklus dargestellt, der primär durch die anhaltende Belastungssituation getriggert ist und mit den oben aufgeführten psychischen Symptomen assoziiert ist, weswegen es „... Hilfe durch Kollegen, Vorgesetzte und Bezugspersonen [braucht], um aus dem Kreislauf heraus zu kommen“ (von Laue et al. 2012, S. 368). Gesundheitsfachpersonen, die an unerwünschten Ereignissen beteiligt sind, erfahren eine psychische Traumatisierung (Scott et al. 2009). Wie oben beschrieben ist diese wesentlich an die *persönliche* Attribution von Verantwortung gebunden (Denham 2007). Ihr liegt nach von Laue et al. (2012) ein kognitiver Automatismus zugrunde, der gemäß der sog. Attributionstheorie zur Selbstzuweisung von Schuld durch die Betroffenen führt und zu einer personalen Festlegung der Verantwortlichkeit. Im Falle manifester Behandlungsfehler oder pflichtwidrigen Verhaltens (z. B. bei grober Fahrlässigkeit), die zu patientenseitigem Schaden führen, ist eine solche Attribution von Schuld aufgrund identifizierbarer personaler Verantwortlichkeit angebracht und erfordert, wie oben ausgeführt, auch aus ethischer Sicht die Bereitschaft zum Tragen der Rechtsfolgen. Doch löst ein solcher Automatismus bei den Betroffenen eine vom primären Entstehungszusammenhang des Ereignisses abgekoppelte Dynamik aus, welche den beschriebenen „Kreislauf“ charakterisiert und die Entstehung des unerwünschten Ereignisses einzig aus der „Täterperspektive“ heraus erklärt, resp. diese darauf reduziert. Von einem solchen Reduktionismus ist anzunehmen, dass er den Mechanismus der psychischen Traumatisierung von „second victims“ verstärkt. Belege dafür lassen sich in der Literatur finden: „Second victims“ haben Bedürfnisse nach kollegialem Austausch (Seys et al. 2013a, 2013b) und messen der kollegialen Unterstützung höchste und gar heilsame Wirkung bei. Trotzdem aber erklärt sich nur jede dritte Kollegin oder Kollege bereit, einem „second victim“ uneingeschränkte Unterstützung zuzusichern (Schwappach et al. 2010).

Grenzen bestehender Unterstützungsangebote für „second victims“

Unter Berücksichtigung der Expertenmeinung, dass fast alle Gesundheitsfachpersonen im Laufe ihrer Karriere einmal in die Rolle des „second victim“ geraten (Scott 2015b; von Laue et al. 2012), wird ein weiteres Paradox manifest: So unstrittig es ist, dass die Unterstützung für „second victims“ eine ethische Aufgabe darstellt (Denham 2007), so offensichtlich ist es auch, dass im klinischen Umfeld Rahmenbedingungen herrschen, welche die wirksame Unterstützung von „second victims“ erschweren: Gerade die vielerorts vorherrschende „name-shame-blame-Kultur“ (Johnstone und Kanitsaki 2005) im Umgang mit unerwünschten Ereignissen und die daraus abgeleitete Tendenz zur Personalisierung von Schuld ist es, welche „second victims“ im Praxisalltag den Zugang zu wirksamer Unterstützung erschwert (vgl. Adams und Balfour 2005; Joesten et al. 2015). Dies belegen konkrete Erfahrungen von „second victims“, für welche Unterstützungsangebote in der Praxis jeweils formal vorhanden waren: Trotz bestehender Angebote wie Gespräche, psychologische Betreuung und Fortbildungen, erfahren „second victims“ im Alltag Widerstände, die den Zugang zu diesen Angeboten erschweren (Santomauro et al. 2014):

- Phänomene „lateraler Gewalt“ werden beschrieben, die die Integration und Rehabilitation von „second victims“ in den Arbeitsprozess erschweren (Joesten et al. 2015).
- Als Ergebnis erfahrener Widerstände und „lateralen Gewalt“ wird von „second victims“ eine Tendenz zur Retabuisierung von unerwünschten Ereignissen berichtet, was zu Phänomenen des „Underreporting“ neuer Ereignisse und dadurch zu erneuter Gefährdung der Patientensicherheit führen kann (Davidson et al. 2015; Joesten et al. 2015; Johnstone und Kanitsaki 2005).

„Second victims“ als Anliegen der Organisationsethik

Die Organisation als Trägerin moralischer Verantwortung

Diese Beobachtungen machen deutlich, dass es für eine wirksame Unterstützung von „second victims“, die gemäß Berwicks Forderung „nicht elektiv“ sein soll, unverzichtbar ist, das Bewusstsein für diejenigen Mechanismen zu fördern, welche eine psychische Traumatisierung der beteiligten Fachpersonen verstärken (vgl. Schiess et al. 2016). Das Bewusstsein dafür ist nicht einzig aus einer Haltung der Sorge um das psychische Wohl des einzelnen Mitarbeitenden zu sehen. Vielmehr bildet es ein Kernelement des Werteprofiles der Organisation selbst und ist – wie im Folgenden ausgeführt – als integrativer Bestandteil der Sicherheitskultur zu sehen (vgl. Sammer et al. 2010). Im Lichte der Befunde zur Wirksamkeit der Unterstützung von „second victims“ und von Don Berwicks Forderung, diese Unterstützung als „ethische Angelegenheit“ zu betrachten, zeigt sich die Notwendigkeit eines Ansatzes, der von der Organisation als Trägerin moralischer Verantwortung ausgeht. Arnold (2006) spricht von einer *corporate moral agency*, die in einer *corporate intentionality* begründet ist. Dabei verweist Intentionalität auf die Zweck- und Zielgerichtetheit organisationalen Handelns, die in den *shared intentions* der jeweils im Namen der Organisation handelnden Akteurinnen und Akteure sichtbar wird (Arnold 2006). Als Beispiele solcher „geteilten Intentionen“ lassen sich unschwer diejenigen Werte und Normen aufführen, welche die Sicherheitskultur einer Organisation qualifizieren (vgl. Pfaff et al. 2009): Sie fördern die Fähigkeit der Organisation, die Patientensicherheit zu verbessern und Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen dies für die in ihrem Namen handelnden Akteurinnen und Akteure auch möglich ist. Moralisch begründet sind sie in den Geboten der konsequenten Risikominimierung, der Fehlervermeidung, der Schadensbehandlung sowie der Nutzung des durch die Aufarbeitung unerwünschter Ereignisse generierten Wissens mit dem Ziel, künftige unerwünschte Ereignisse zu verhindern (s. oben). Ihnen zugrunde liegt ein weiterer Verantwortungsbegriff, der „... nicht nur Schadensersatz, sondern auch Schadensvermeidung und Sorge für andere einschließt, also ein umfassendes Netz der Verantwortung ermöglichen soll“ (Neuhäuser 2011, S. 165). In der Implementierung der Normen und Werte, die Bestandteile dieses Netzes sind, nehmen Akteurinnen und Akteure ihrem Aufgabenbereich und ihren beruflichen Pflichten entsprechend immer eine „Rollenmoralität“ ein (Spencer et al. 2000), die ihre Verantwortlichkeit für die Gestaltung der Beziehung zu anderen Akteuren innerhalb der Organisation begründet.

Innen- und Außenperspektive

Aus organisationsethischer Sicht sind die in der Literatur zum Umgang mit dem Phänomen „second victim“ beschriebenen Mechanismen der sozialen Marginalisation oder gar Exklusion Betroffener als Gefährdung einer nachhaltigen Sicherheitskultur zu sehen. Zu diesem Blick aus der Innenperspektive der Organisation gesellt sich nach Moon (2014) auch eine Außenperspektive der Gesellschaft: Weil Organisationen in der Regel einen privilegierten sozialen Status haben, stehen sie in einer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Dies gilt in besonderem Maße für Organisationen des Gesundheitswesens aufgrund des mit ihrem gesellschaftlichen Auftrag verbundenen Sozialvertrags (s. oben, Denham 2007).

Leitlinien – Schulungen – Coaching

Ein organisationsethischer Zugang zum Phänomen „second victims“ verbindet sowohl die organisationale, die inter- als auch intrapersonale Ebene:

- Er zeigt erstens eine *corporate intentionality* durch die Bereitstellung ethischer Leitlinien, welche die mit der Sicherheitskultur verbundenen ethischen Orientierungen wie Risikominimierung, Fehlervermeidung, Schadensbehandlung und Wissenssicherung (s. oben) auf nicht-elektive, d. h. verbindliche Weise festlegen. Diese Leitlinien können nicht nur durch Institutionen der Gesundheitsversorgung bereitgestellt werden, sondern auch durch Fachgesellschaften einzelner Berufsgruppen. Als Beispiel dafür lassen sich die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen aufführen, welche sowohl das Phänomen „second victim“ beschreiben als auch Empfehlungen für Betroffene, Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte sowie Institutionen formulieren (Bock et al. 2013).
- Ein organisationsethischer Zugang stellt zweitens durch gezielte Schulungs- und Weiterbildungsprogramme sicher, dass das evidenzbasierte Wissen zum Umgang mit unerwünschten Ereignissen und den Mechanismen der Entstehung des Phänomens „second victim“, insbesondere der Selbst- und Fremdzuschreibung von Schuld und deren traumatisierende Folgen, vorhanden und aktuell ist. Er geht davon aus, dass alle Mitarbeitenden in die Rolle von Beteiligten geraten können.
- Drittens bietet er ein Modell des personalisierten Coachings an. Dieses eignet sich als Tätigkeitsfeld von Psychologinnen, Psychologen sowie Arzt- oder Pflegefachpersonen, die über eine entsprechende Weiterbildung und Erfahrung im Fehler- und Sicherheitsmanagement, in der Supervision und im Coaching verfügen (Schreyögg 2007). Geeignet dafür sind auch sog. Advanced Practice Nurses mit spezifischer Weiterbildung (McDonnell et al. 2015). Personalisiertes Coaching ermöglicht es, den – heute oftmals nur zufällig stattfindenden – konstruktiven und protektiven Umgang mit Fehlern zu systematisieren und die Sicherheitskultur zu erhöhen. Dadurch fühlen sich „second victims“ sicher genug, diese Personen aufzusuchen, um Zugang zu Unterstützung zu erhalten (Schwappach 2015;

Scott et al. 2010; Schiess et al. 2016). Diese Unterstützung betrifft auch den Umgang mit den rechtlichen Folgen des Ereignisses, der von vielen Betroffenen als emotional sehr belastend erlebt wird (Joesten et al. 2015).

Auf der Grundlage ihres institutionellen Mandats können beauftragte Sicherheitsfachpersonen durch ihre Präsenz in Sicherheitsausschüssen, Ethikkomitees oder anderen übergreifenden Strukturen dafür sorgen, dass sich weiterführende Unterstützungsangebote für „second victims“ nahtlos einleiten lassen oder externe Kooperationen bestehen. Ferner ermöglicht die Präsenz und der organisationale Auftrag dieser Personen eine zuverlässige Evaluation von bestehenden Programmen der Unterstützung von „second victims“ sowie eine Forschung zum Thema, die der Vulnerabilitäten betroffener Kolleginnen und Kollegen gerecht wird und den Persönlichkeitsschutz gewährleistet. Dazu zählen auch die Entwicklung und Validierung interprofessionell nutzbarer Instrumente zur Erfassung von „second victim“-Phänomenen im klinischen Alltag. Diese können wichtige Angaben liefern für die Evaluation und Weiterentwicklung von Programmen der Unterstützung von „second victims“ (vgl. Schiess et al. 2016). Ferner können sie wichtige Impulse geben, die zur Spezifizierung von ethischen Leitlinien zur Sicherheitskultur führen und Schulungsprogramme ermöglichen, welche an vorhandenen Evidenzen zum Phänomen innerhalb der Organisation anknüpfen.

Schlussfolgerungen

Durch die beschriebenen drei Schwerpunkte der Bereitstellung ethischer Leitlinien, der Sensibilisierung in Form von Schulungsprogrammen und des Coachings Betroffener ist der vorgeschlagene organisationsethische Zugang in der Lage, Erfahrungen, Bedürfnisse und Erkenntnisse von „second victims“ in die Wertschöpfungskette der Organisation zu integrieren.

Ein solcher Zugang bildet auf der Ebene der ethischen Leitlinien die „normative Trias“ der Sicherheitskultur ab, unerwünschte Ereignisse zu verhindern, entstandenen Schaden zu behandeln und Wissen zur Prävention von unerwünschten Ereignissen zu sichern. Leitlinien beschränken sich dabei nicht auf prozedurale Aspekte. In normativer Hinsicht entfalten sie die Fürsorgepflicht von Organisationen im Gesundheitswesen, die Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden gleichermaßen gilt. Im Sinne der „corporate intentionality“ bringen sie die Haltung zum Ausdruck, die explizit als Teil der Sicherheitskultur deklariert ist: Alle im Namen der Organisation handelnden Akteurinnen und Akteure können – ungewollt oder unbewusst – in die Rolle von „second victims“ geraten. Sie dürfen dann mit einer Organisation rechnen, die sich ihrer Fürsorgepflicht für „first“ und „second victims“ bewusst ist und entsprechende Unterstützung gewährleistet. Auf der Ebene der Sensibilisierung von Mitarbeitenden trägt der organisationsethische Zugang dazu bei, Wissen zu den Mechanismen der Selbst- und Fremdzurechnung von Schuld zu vermitteln, eigene Erfahrungen und Verhaltensmuster zu reflektieren sowie nach behebbaren systemischen Faktoren von unerwünschten Ereignissen zu suchen. Schließlich fördert er durch die Bereitstellung von Angeboten der persönlichen Unterstützung die Reinte-

gration von „second victims“ sowie deren psychische und moralische Rehabilitation als vollwertige Mitglieder des Behandlungsteams.

Gemeinsam führen diese Schwerpunkte einen möglichen Gehalt von Don Berwick's Forderung aus, den Umgang mit „second victims“ als „ethische Angelegenheit“ zu betrachten.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt S. Monteverde und C. Schiess geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Adams G, Balfour D (2005) Human rights, the moral vacuum of modern organisations and administrative evil. In: Campbell T, Miller S (Hrsg) Human rights and the moral responsibilities of corporate and public sector organisations. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, S 205–221
- Arnold DG (2006) Corporate moral agency. *Midwest Stud Philos* 30:279–291
- Bock RW, Biermann E, Wulf H (2013) Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen. *Anesthesiol Intensivmed* 54:490–494
- Brent CJ, Hammond ME (2000) The challenge of variation in medical practice. *Arch Pathol Lab Med* 124:1001–1003
- Chan ST, Khong PC, Wang W (2016) Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev* 28. doi:10.1111/inr.12317
- Davidson JE, Agan DL, Chakedis S, Skrobik Y (2015) Workplace blame and related concepts: An analysis of three case studies. *Chest* 148:543–549
- Denham CR (2007) TRUST: The 5 rights of the second victim. *J Patient Saf* 3:107–119
- Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER (2015) Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf* 11:73–78
- Johnstone MJ, Kanitsaki O (2005) Processes for disciplining nurses for unprofessional conduct of a serious nature: a critique. *J Adv Nurs* 50:363–371
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000) To err is human: building a safer health system. National Academy Press, Washington DC
- Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AM (2013) Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *J Nurs Care Qual* 28:153–161
- Löber N (2012) Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus. Eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung. Gabler, Wiesbaden
- McDonnell A, Goodwin E, Kennedy F, Hawley K, Gerrish K, Smith C (2015) An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *J Adv Nurs* 71:789–799
- Moon J (2014) Corporate social responsibility. A very short introduction. Oxford University Press, Oxford
- Neuhäuser C (2011) Unternehmen als moralische Akteure. Suhrkamp, Berlin
- Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Kowalski C, Ommen O (2009) Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 103:493–497
- Reason J (2000) Human error: models and management. *BMJ* 18:768–770
- Sahay A, Hutchinson M, East L (2015) Exploring the influence of workplace supports and relationships on safe medication practice: a pilot study of Australian graduate nurses. *Nurse Educ Today* 35:21–26
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA (2010) What is patient safety culture? A review of the literature. *J Int Nurs Scholarsh* 42:156–165
- Santomauro CM, Kalkman CJ, Dekker S (2014) Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration. *J Hosp Adm* 3:95–103
- Schiess C, Schwappach D, Schwendimann R, Kobleder A, Senn B (2016) „Second victims“ – Die zweiten Opfer menschlicher Fehlbarkeit. *Krankenpflege* 5:8–11
- Schreyögg A (2007) Fehlerkultur, Fehlermanagement und ihre Bedeutung für Massnahmen der Personalentwicklung in Kliniken. *Organisationsberat Superv Coach* 14:213–222

- Schwappach D, Hochreutener MA, von Laue N, Frank O (2010) Täter als Opfer. Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
- Schwappach D (2015) Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58:80–86
- Scott SD (2015a) The second victim experience: mitigating the harm. *Am Nurse Today* 10:8–11
- Scott SD (2015b) Second victim support: implications for patient safety attitudes and perceptions. *Patient Saf Qual Healthc* 12:26–31
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 18:325–330
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, Phillips EC, Hall LW (2010) Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 36:233–240
- Seifart C (2012) Unbeachtete „innere“ Hürden eines effizienten Fehlermanagements: Der individuelle Umgang mit Behandlungsfehlern im Krankenhaus? In: Schmidt K, Sold M, Verrel T (Hrsg) Zum Umgang mit Behandlungsfehlern. (Organisations)Ethische, rechtliche und psychosoziale Aspekte. LIT, Münster, S 89–104
- Seys D, Wu AW, van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al (2013a) Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof* 36:135–162
- Seys D, Scott S, Wu AW, van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al (2013b) Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud* 50:678–687
- Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L (2009) Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res* 44:399–421
- Spencer EM, Mills AE, Rorty MV, Werhane PW (2000) *Organization ethics in health care*. Oxford University Press, Oxford
- Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M (2014) Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf* 23:325–331
- Vincent C, Amalberti R (2016) Safety strategies in hospitals. In: Vincent C, Amalberti R. *Healthcare strategies for the real world*. Springer, Heidelberg, S 73–91
- von Laue N, Schwappach D, Hochreutener MA (2012) „Second victim“ – Umgang mit der Krise nach dem Fehler. *Ther Umsch* 6:367–370
- Wu AW (2000) Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320:726–727
- Wu AW, Steckelberg RC (2012) Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf* 21:1–4