

Das Second-Victim-Phänomen in der Anästhesiologie: Ergebnisse aus der Originalpublikation der SeViD-X-Studie

The Second-Victim phenomenon in anesthesiology: Results from the original publication of the SeViD-X study

T. Bexten · H. Roesner · S. Bushuven · J. Kubitz · A. Kamphausen · D. Hinzmann · S. Heiningner ·
Kommission „Wellbeing, Diversität und Chancengleichheit in der Anästhesiologie“ des BDA · R. Strametz · G. Beck

► **Zitierweise:** Bexten T, Roesner H, Bushuven S, Kubitz J, Kamphausen A, Hinzmann D et al:
Das Second-Victim-Phänomen in der Anästhesiologie: Ergebnisse aus der Originalpublikation der
SeViD-X-Studie. *Anästh Intensivmed* 2026;67:107–115. DOI: 10.19224/ai2026.107

Zusammenfassung

Hintergrund

Das Second-Victim-Phänomen beschreibt die psychischen und emotionalen Folgen, die Mitarbeitende im Gesundheitswesen nach unerwarteten unerwünschten Ereignissen erleben. In der Anästhesiologie, einem Fach mit einer hohen Verantwortungserwartung und komplexen Risikosituationen, stellt das Second-Victim-Phänomen eine besondere Herausforderung für Betroffene, die Patientensicherheit und die Teamdynamik dar.

Ziel dieses Beitrags ist es, die Ergebnisse aus der Originalpublikation der SeViD-X-Studie zusammenzufassen, in ihrem anästhesiologischen Kontext zu reflektieren und daraus mögliche praxisnahe Handlungsoptionen für Prävention, Akutintervention und Ausbildung abzuleiten.

Methodik

Die vorliegende Arbeit fasst zentrale Ergebnisse der SeViD-X-Studie zusammen, in der multizentrisch 408 Mitarbeitende der Anästhesie zu ihren Erfahrungen als „Second Victims“, den damit verbundenen Symptomen, Bewältigungsstrategien und Unterstützungsbedarfen befragt wurden. Zugleich werden mögliche Handlungsoptionen für den klinischen Alltag erarbeitet und in Praxisboxen zusammengeführt. (Originalpublikation „The impact of adverse patient events among German anesthesiologists“).

Ergebnisse

76,9 % der Befragten berichteten, mindestens eine Second-Victim-Erfahrung

durchlebt zu haben, 47,5 % mehrfach. Häufigste Auslöser waren Patientenschäden (37,5 %), unerwartete Todesfälle (24,7 %) und Beinahe-Fehler (20,7 %). Der Wunsch nach Aufarbeitung, Schuldgefühle und Selbstzweifel waren die häufigsten Symptome. 45 % erholten sich innerhalb eines Monats, 14 % benötigten über ein Jahr; 16 % waren zum Befragungszeitpunkt weiterhin belastet. Nur 46 % erhielten nach dem Ereignis Unterstützung. Fehlende Unterstützung war signifikant mit höherer Symptomlast und längerer Erholungszeit assoziiert.

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung struktureller Unterstützungsangebote und einer organisationalen Sicherheitskultur. Hierbei stehen fünf Stufen im Vordergrund: 1) Prävention und Sicherheitskultur; 2) Selbstfürsorge; 3) kollegiale Peer-Unterstützung; 4) professionelle Krisenintervention und 5) die therapeutische Begleitung. Zudem sollte das Second-Victim-Phänomen curricular in die ärztliche und pflegerische Aus- und Weiterbildung sowie in Führungskräfte trainings integriert werden.

Schlussfolgerung

Das Second-Victim-Phänomen ist in der Anästhesiologie weit verbreitet und beeinflusst nicht nur die psychische Gesundheit der Betroffenen, sondern auch Patientensicherheit und Personalbindung. Die Implementierung oder Erweiterung vorhandener strukturierter Unterstützungsprogramme und einer nachhaltigen Sicherheitskultur ist essen-

Danksagung

Wir danken dem Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) für die Unterstützung bei der Datenerhebung, der Hochschule RheinMain sowie der Paracelsus Medizinische Privatuniversität für die wissenschaftliche Unterstützung.

Förderung

Es erfolgte keine externe Förderung.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Second-Victim-Phänomen
– Anästhesiologie – Patientensicherheit – Peer-Support – Sicherheitskultur

Keywords

Second-Victim Phenomenon
– Anaesthesiology – Patient Safety – Peer Support – Safety Culture

ziell, um Mitarbeitende nach kritischen Ereignissen zu schützen und langfristig die Qualität der Patientenversorgung zu sichern.

Summary

Background

The Second-Victim phenomenon describes the psychological and emotional consequences experienced by health-care workers after unexpected adverse events. In anaesthesiology, a specialty with high expectations of responsibility and complex risk situations, the Second-Victim phenomenon poses a particular challenge for those affected, patient safety, and team dynamics.

The aim of this article is to summarise the results from the original publication of the SeViD-X study, reflect on them in their anaesthesiological context and derive possible practical options for prevention, acute intervention, and training.

Method

This paper summarises the key findings of the SeViD-X study, in which 408 anaesthesia staff members were surveyed in a multicentre study about their experiences as "second victims," the associated symptoms, coping strategies, and support needs. At the same time, possible courses of action for everyday clinical practice are developed and compiled in practice boxes. (Original publication: "The impact of adverse patient events among German anaesthesiologists")

Results

76.9 % of respondents reported having experienced at least one Second-Victim experience, 47.5 % multiple times. The most common triggers were patient harm (37.5 %), unexpected deaths (24.7 %), and near misses (20.7 %). The desire to process the experience, feelings of guilt, and self-doubt were the most common symptoms. 45 % recovered within one month, 14 % needed more than a year, and 16 % were still affected at the time of the survey. Only 46 % received support after the event. Lack of support was significantly associated with a higher symptom burden and a longer recovery time.

The results underscore the importance of structural support services and an organisational safety culture.

There are five main steps: (1) prevention and safety culture; (2) self-care; (3) collegial peer support; (4) professional crisis intervention; and (5) therapeutic support. In addition, the Second-Victim phenomenon should be integrated into the curriculum of medical and nursing education and training, as well as into management training.

Conclusion

The Second-Victim phenomenon is widespread in anaesthesiology and affects not only the mental health of those affected, but also patient safety and staff retention. The implementation or expansion of existing structured support programmes and a sustainable safety culture is essential to protect employees after critical incidents and to ensure the long-term quality of patient care.

Hintergrund

Zur Jahrtausendwende markierte der Bericht des „Committee on Quality of Health Care in America: To Err is Human: Building a Safer Health System“ einen Wendepunkt im Umgang mit medizinischen Fehlern [1]. Hierin wurde die Fehlbarkeit des Menschen im medizinischen Umfeld anerkannt und gefordert, dass das Versorgungssystem, in dem wir arbeiten, so gestaltet wird, dass es Fehler verhindert, auffängt oder zumindest abmildert. Hierbei soll die Kultur der Sicherheit die Kultur des „naming, blaming and shaming“ ersetzen – eine Aufgabe, die auch 25 Jahre später weiterhin relevant ist. Ein erheblicher Teil dieser Sicherheitskultur ist der Umgang mit denjenigen, die zu einem **Second Victim** werden. Der amerikanische Internist Albert Wu prägte Anfang der 2000er-Jahre den Begriff „Second Victim Phenomenon“ (SVP) mit dem Fokus auf Ärztinnen und Ärzte, die durch medizinische Fehler traumatisiert waren, und bezeichnete sie als „Second Victims“ (SVs) [2].

Hierbei steht die Anästhesie mit ihren komplexen und anspruchsvollen Arbeits-

feldern im Fokus. Der Schwerpunkt der anästhesiologischen Arbeit besteht darin, Patientinnen und Patienten in kritischen Situationen im Operationsaal, in der Notaufnahme, auf der Intensivstation sowie zu Beginn und am Ende ihres Lebens zu versorgen. In diesen Situationen können unerwünschte Ereignisse auftreten und zu erheblichen Belastungen bei allen Beteiligten führen. Unabhängig vom Verlauf und Hergang können im Nachgang Schuldgefühle aufkommen und/oder Trauer empfunden werden. In diesen Fällen können die Betroffenen zu einem Sekundär-Opfer, zu einem Second-Victim werden.

Die Bedeutung des Begriffs des „Second Victim“ wurde später von Scott et al. dahingehend erweitert, dass er alle Mitarbeitende des Gesundheitswesens einbezog, die von einem unvorhergesehenen unerwünschten Ereignis betroffen waren [3]. 2022 definierte das Europäische Netzwerk zur Erforschung der Second-Victim-Problematik (ERNST) den Begriff „Second Victim“ als „Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter des Gesundheitswesens, der direkt oder indirekt in ein unerwartetes unerwünschtes Ereignis, einen unbeabsichtigten Fehler oder eine Verletzung eines Patienten involviert ist und dadurch ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen wird“ [4,5].

Das Second-Victim-Phänomen beschreibt die psychologischen und emotionalen Reaktionen, die jede Fachkraft in der Medizin erleben kann.

Historisch gesehen gab es Second Victims in der Anästhesiologie schon lange, bevor der Begriff geprägt wurde. Ein frühes bekanntes Beispiel ist der Zahnarzt Horace Wells (1815–1848), ein Pionier der Anästhesie, der nach einer missglückten Demonstration einer Lachgasnarkose in Boston schwer unter dem Spott seiner Kollegen litt und in der Folge eine Depression entwickelte, seinen Beruf zeitweise aufgab und sich später das Leben nahm, ohne zu wissen, dass er kurze Zeit zuvor von der Académie Royale de Médecine für seine Errungenschaften geehrt worden war [6].

Der Einfluss des Second-Victim-Phänomens (SVP) auf anästhesiologisches Per-

sonal ist gut belegt. So können perioperative Zwischenfälle tiefgreifende psychische Belastungen verursachen und die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen [7]. Hierbei zeigte eine aktuelle Umfrage aus Belgien, dass 73,7 % der Anästhesist*innen im zurückliegenden Jahr ein sicherheitsrelevantes Ereignis erlebt hatten, meist ohne ausreichende Unterstützung währenddessen oder im Nachgang erhalten zu haben [8].

Bezüglich der Betroffenheit von Ärztinnen und Ärzten in der Anästhesiologie beschrieb Hinnerk Wulf erstmals im Jahr 2013 dieses Phänomen in der Anästhesiologie und stellte Strategien zur Prävention und Bewältigung vor [9,10]. In den darauffolgenden Jahren wurden im deutschsprachigen Raum weitere Untersuchungen publiziert, die sowohl auf die hohe Prävalenz als auch auf die Notwendigkeit aktiver Unterstützung hinweisen [11,12]. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse besteht weiterhin Forschungs- und Aufklärungsbedarf in Deutschland.

Erste Ansätze zur Prävention existieren bereits im Sinne einer Integration des Themas in Führungskräftebildungen, in der Qualifikation von Ansprechpartnern und der Erarbeitung von Standards zum Vorgehen, um akute Situationen zu deeskalieren und den betroffenen Mitarbeiter*innen Hilfe zukommen lassen zu können. Verweise auf bestehende Institutionen werden unterstützt und deren Kontakte angeboten.

Ziel dieses Beitrages ist, die aktuellen Ergebnisse der SeViD-X-Studie zum Second-Victim-Phänomen in der Anästhesiologie im deutschsprachigen Raum vorzustellen. Wir berichten, worin die klinische Bedeutung des Second-Victim-Phänomens liegt, wie verbreitet es in der Anästhesiologie ist, wie ausgeprägt die Symptome sind, welche Dauer sie haben und welche Unterstützungsmöglichkeiten besonders gewünscht sind. In einem zweiten Schritt sollen hieraus mögliche Handlungsoptionen abgeleitet werden.

Die Ergebnisse der SeViD-X-Studie basieren inhaltlich auf dem englischsprachigen Originalartikel [13].

Die klinische Bedeutung

Obwohl sich über 70 % des Gesundheitspersonals als Second Victims bezeichnen, war das Bewusstsein für das SVP lange Zeit gering, es scheint aber zunehmend wahrgenommen zu werden: Laut SeViD-I-Studie hatte nur jede zehnte Ärztin bzw. jeder zehnte Arzt jemals davon gehört; die SeViD-II-Studie zeigte, dass auch in der Pflege nur etwa drei von zehn Fachpersonen das Second-Victim-Phänomen bekannt war [11]. Etwa fünf Jahre später, im Rahmen der SeViD-X-Studie, kannten die Hälfte der Teilnehmenden den Begriff Second Victim. Das Second-Victim-Phänomen äußert sich sowohl in psychischen als auch in kognitiven und/oder körperlichen Symptomen, z. B. Gefühlen der Angst, Schuld, Trauer, Depression und Unzufriedenheit.

Unzureichend verarbeitete Second-Victim-Erfahrungen sind mit maladaptiven Bewältigungsmechanismen wie defensiver Medizin, posttraumatischer psychischer Belastung, Kündigungsabsicht und erhöhten Fehlzeiten assoziiert. Ebenso kann es auf institutioneller Ebene zu einer erhöhten Mitarbeiterfluktuation führen [14,15]. Nicht nur die Second Victims selbst, sondern auch Patientinnen und Patienten können betroffen sein, da die durch das Ereignis belasteten Mitarbeitenden aufgrund verminderter Leistungsfähigkeit und fortdauernder gedanklicher Beschäftigung mit dem Vorfall anfälliger für Fehler sein können [16–19]. Zudem kann sich defensive Medizin unmittelbar auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten auswirken, da sie sowohl zu Übertherapie (z. B. unnötige Diagnostik oder Überweisungen) als auch zu einer Vermeidung notwendiger, aber risikobehafteter Maßnahmen führen kann.

So können unmittelbare Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten wie folgt gegliedert werden: 1. Unsicherheit im klinischen Handeln, Reduktion von Risikobereitschaft („defensive medicine“), 2. Auswirkungen auf Teamdynamik (Misstrauen, Schweigen, Schuldzuweisungen), 3. Möglicher Verlust an Patientenzentrierung oder Empathie (Compassion Fatigue) [19,20].

Gesundheitsökonomisch kommt hinzu, dass einige Mitarbeitende nach einem Ereignis die patientennahe Tätigkeit verlassen. So berichteten Kruse et al., dass ca. 12 % der anästhesiologischen Pflegekräfte im Zusammenhang mit dem Second-Victim-Phänomen die Intention hatten, die patientennahe Tätigkeit aufzugeben [21]. Im mittleren Osten wurde diese Anzahl auf 39 % beziffert [22].

Praxisbox: Das Second-Victim-Phänomen – Klinische Bedeutung

- **Prävalenz:**
Über **70 %** des Gesundheitspersonals bezeichnen sich als **Second Victims**.
- **Symptome und Folgen:**
 - **Symptome:** psychische, kognitive und körperliche Reaktionen wie Angst, Schuld, Trauer, Depression, Unzufriedenheit
 - **Folgen:** Unsicherheit im klinischen Handeln, defensive Medizin, negative Auswirkungen auf Teamdynamik (Misstrauen, Schweigen, Schuldzuweisungen) und möglicher Verlust an Patientenzentrierung und Empathie (Compassion Fatigue)
- **Gesundheitsökonomische Relevanz:**
 - Absentismus und Verlassen der patientennahen Tätigkeit: 12–39 %.

Die SeViD-X Studie

Methode

Die SeViD-X Studie wurde unter der Schirmherrschaft des Berufsverbands Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) auf drei verschiedenen deutschen Anästhesiesymposien im Herbst-Winter 2024 durchgeführt: Sylter Woche der Anästhesiologie, Bayerische Anästhesietage und Südwestdeutsche Anästhesietage.

Alle Teilnehmenden wurden gebeten, die Umfrage über ein datensicheres, webbasiertes Tool oder einen papierbasierten Fragebogen auszufüllen.

Zur Erhebung der Symptomlast wurde ein „Symptom Severity Score (SSS)“ berechnet. Die Antworten wurden wie folgt bewertet: „stark ausgeprägt“ = 1; „schwach ausgeprägt“ = 0,5; „überhaupt nicht“ = 0; „weiß nicht“ = keine Bewertung. Die Summenpunktzahl wurde für jedes Item einzeln berechnet und der Median als mittlerer Score dargestellt.

Die Bewertungen der Unterstützung erfolgten wie folgt: „Sehr hilfreich“ = 3; „Eher hilfreich“ = 2; „Eher nicht hilfreich“ = 1; und „Überhaupt nicht hilfreich“ = 0. Hieraus wurde, äquivalent zur Symptombelastung, ein Gesamtscore berechnet.

Die Teilnahme an der SeViD-X-Studie war freiwillig und anonym; ein Ethikvotum durch den Vorsitz der Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main wurde aufgehoben (Waiver); die Entscheidung erfolgte im Einklang mit den Grundsätzen der Deklaration von Helsinki.

Ergebnisse

An der Befragung nahmen 408 Anästhesiologinnen und Anästhesiologen teil (Durchschnittsalter $50,8 \pm 10,4$ Jahre; Berufserfahrung $21,5 \pm 11,2$ Jahre). Der Großteil arbeitete im Krankenhaus (82,8 %), überwiegend in Deutschland (85,8 %).

Knapp die Hälfte (48 %) hatte den Begriff **Second Victim** zuvor nie gehört, dennoch berichteten 76,9 %, mindestens einmalig ein Second-Victim-Phänomen erfahren zu haben, 47,5 % mehrfach. Merkmale wie Alter, Geschlecht, Position oder Arbeitsumfeld zeigten keinen Einfluss auf das Auftreten.

Auslöser: Am häufigsten wurden Patientenschäden (37,5 %), unerwartete Todesfälle (24,7 %) und Beinahe-Fehler (20,7 %) genannt.

Symptomlast: Hierbei zeigte sich der Wunsch, das Erlebnis aufzuarbeiten, als am stärksten ausgeprägt, gefolgt von Selbstzweifeln, Schuldgefühlen und dem Wunsch nach Unterstützung durch andere. In den freien Angaben der Teilnehmenden zeigte sich jedoch auch eine

hohe persönliche Last derer Symptome, welche hier weiter unten anstehen, so z. B. die Angst vor sozialer Isolation sowie die Gefahr der Drogensucht [13]. Details sind in Abbildung 1 dargestellt.

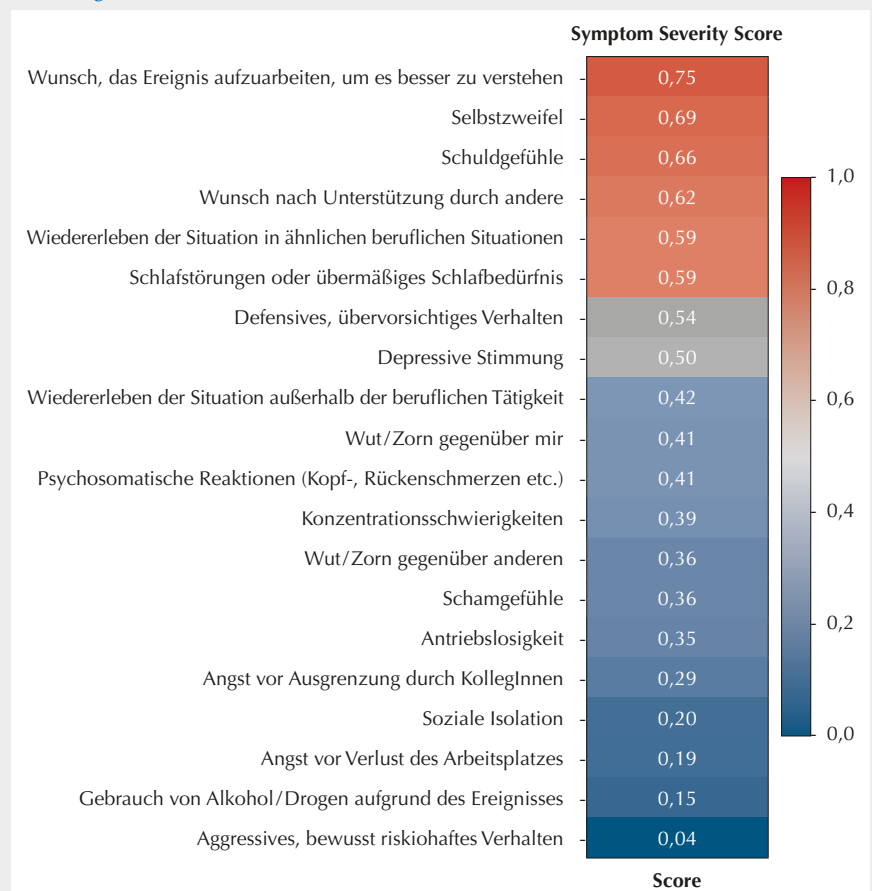
Erholungszeit: 45 % der Teilnehmenden gaben an, sich innerhalb eines Monats erholt zu haben. 14 % der Befragten benötigten mehr als ein Jahr zur Re-kompensation nach dem Ereignis und 16 % der Teilnehmenden hatten sich zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht vollständig vom stattgehabten Ereignis erholt. In 59 % der Fälle lag das Ereignis über ein Jahr zurück [13].

Unterstützung im Akutfall: Die Bedeutung des Phänomens reicht über die individuelle Belastung der Mitarbeitenden

hinaus: Es erfordert, dass Organisationen gezielte Strukturen der Unterstützung und Nachsorge schaffen.

Auf die Frage nach Unterstützung ging aus unserer Studie hervor, dass nur 46 % der Befragten nach dem auslösenden Ereignis Unterstützung erhielten; 41 % fragten niemanden, 12 % baten um Hilfe, erhielten aber keine Unterstützung. Am hilfreichsten bewertet wurden juristische Beratung, rasches Debriefing und Unterstützung, um aktiv am Aufarbeitungsprozess dieses Ereignisses mitzuwirken. Fehlende Unterstützung war mit einer signifikant höheren Symptombelastung (Odds Ratio (OR) $\approx 2,2$) und einer verlängerten Erholungszeit (>1 Jahr, OR $\approx 14,8$) assoziiert [13]. Details sind in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 1



Mittelwerte der Schweregrade einzelner Symptome nach belastenden Ereignissen. Höhere Werte entsprechen einer stärker ausgeprägten Ausprägung des jeweiligen Symptoms [13].

Praxisbox: Unterstützung im Akutfall – was wünschen sich Second Victims?

Ergebnisse aus SeViD X:

- 46 % der Betroffenen erhielten nach dem auslösenden Ereignis Unterstützung, 41 % suchten keine Hilfe
- 12 % baten um Unterstützung, erhielten jedoch keine
- Am hilfreichsten wurden folgende Maßnahmen bewertet:
 - Juristische Beratung
 - Rasches Debriefing im Team oder mit Vorgesetzten
 - Möglichkeit, präventiv zur Fehlervermeidung beizutragen

Praktische Implikationen: Wenn Second Victim – dann früh Hilfe anbieten!

- Frühzeitige, strukturierte Unterstützung (z. B. Peer-Support, Supervision, Debriefing) ist entscheidend.
- Offene Gesprächsangebote und rechtliche und ethische Beratungsmöglichkeiten senken die psychische Belastung.
- Eine gelebte Sicherheitskultur, die Fehler als Lernchance begreift, mindert langfristige Folgen.

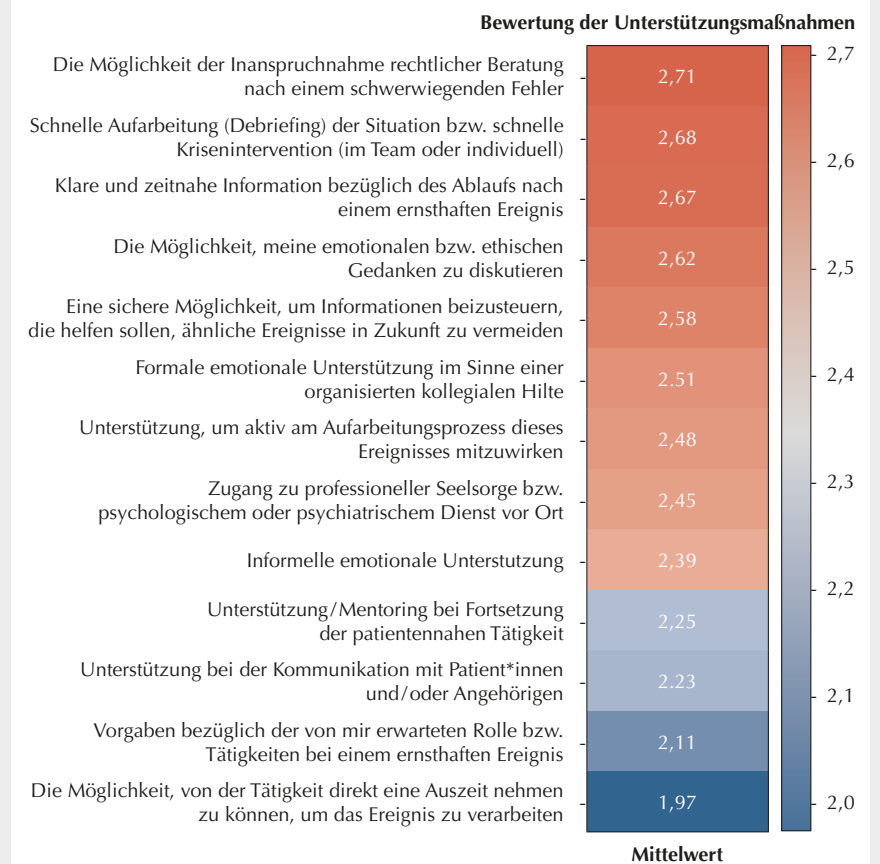
Handlungsoptionen

Unterstützung kann auf fünf Ebenen betrachtet werden. Hierbei wurden drei Stufen bereits 2013 von Scott et al. vorgestellt, die wir heute als Stufe 3–5 kennen [23].

Unmittelbare kollegiale Peer-Unterstützung: Direkte Kolleginnen und Kollegen vermitteln dem Second Victim unmittelbar nach dem Ereignis ein Gefühl von Stabilität und helfen, die weitere Versorgung der Patientin oder des Patienten sicherzustellen. Für diese Kolleginnen und Kollegen hat eine Peer-Ausbildung eine hohe Relevanz, um das Second Victim gezielter unterstützen zu können und nicht selbst belastet zu werden [24,25].

Support durch geschulte Mitarbeitende/Professionelle Krisenintervention:

Abbildung 2



Bewertungen verschiedener Unterstützungsmaßnahmen nach belastenden Ereignissen. Höhere Werte entsprechen einer größeren wahrgenommenen Bedeutung der jeweiligen Maßnahme [13].

Professionell geschulte Mitarbeitende erkennen typische Anzeichen und Symptome des Second-Victim-Phänomens und bieten gezielte, persönliche Unterstützung im Sinne einer ersten psychologischen Hilfe an. Zu nennen sind hier unter anderen Kriseninterventionsteams, denen auch die Rolle zufällt, subtile Anzeichen des Betroffenen im späteren Verlauf wahrzunehmen, um so aktiv auf das Second Victim zugehen zu können.

Professionelle therapeutische Unterstützung: Fachärztlich-psychiatrische Ambulanzen oder psychologische Dienste bieten eine weiterführende, professionelle Betreuung im Sinne einer psychotherapeutischen Intervention. In diesem Zusammenhang kann auch die Anerkennung des Phänomens als berufsassoziierte Belastung in den Fokus rücken. Dies Stufe der Unterstützung betrifft

nur eine Minderheit der Betroffenen, führt jedoch in über 90 % der Fälle zur vollständigen Genesung [26].

Etwa 60–80 % der Second Victims erfahren bereits auf den ersten beiden Stufen nach Scott et al. eine ausreichende Unterstützung, während rund 10 % eine weiterführende therapeutische Intervention benötigen. Bemerkenswert ist, dass etwa 80 % der Betroffenen sich Unterstützung aus dem eigenen Team wünschen [23,26–28].

Im Jahr 2023 wurde das ursprüngliche Stufenmodell nach Scott et al. durch das ERNST aufgenommen und erweitert [29,30]. Dieses umfasst nun fünf Ebenen: Die oberen drei Stufen entsprechen dem ursprünglichen Konzept von Scott et al., ergänzend wurde ein zweistufiges Fundament integriert, das auf die Fähig-

keit von Individuen und Organisationen abzielt, auf kritische Ereignisse vorbereitet zu sein oder unmittelbar reagieren zu können.

Prävention und Sicherheitskultur: Auf dieser Stufe steht die Förderung individueller und organisatorischer Präventionsmaßnahmen im Vordergrund. Beispiele für Stufe 1 sind Investitionen in unterstützende Teamstrukturen, ein System der Sicherheit, familienfreundliche Rahmenbedingungen sowie die Aufklärung über das Second-Victim-Phänomen. Zudem führt eine Verbesserung der Kultur hinsichtlich der Patientensicherheit zu einem direkten Einfluss auf die Verarbeitung des Second-Victim-Phänomens [31].

Selbstfürsorge: Stufe 2 beinhaltet Aspekte der intrinsisch motivierten Selbstfürsorge, aktiv auf das eigene seelische und körperliche Wohlbefinden zu achten. Dies beinhaltet in Bezug auf das Second-Victim-Phänomen auch das Bemühen, das Ereignis zu verstehen, daraus zu lernen und aktiv Unterstützung bei Kolleginnen und Kollegen zu suchen [30]. Dass sich diese Maßnahmen auch ökonomisch auszahlen, konnten unlängst Roesner et al. zeigen [32].

Praxisbox: 5 Schritte zur Unterstützung von Second Victims

- **Prävention und Sicherheitskultur:** Offene, schuldzuweisungsfreie Kommunikation fördern. Teams für das Second-Victim-Phänomen sensibilisieren.
- **Selbstfürsorge:** Eigene Reaktionen wahrnehmen, Belastung reflektieren, aktiv Hilfe suchen. Selbstfürsorge wird als professionelles Verhalten, nicht als Egoismus verstanden.
- **Unmittelbare kollegiale Peer-Unterstützung:** Ein zentrales Instrument. Unmittelbar nach dem Ereignis können geschulte Mitarbeitende Stabilität geben, Betroffene entlasten, Peer-Support anbieten.
- **Professionelle Krisenintervention:** Geschulte Mitarbeitende erkennen Symptome frühzeitig

und bieten strukturierte Unterstützung, ggf. auch in Form psychologischer Krisenintervention

- **Professionelle therapeutische Unterstützung:** Bei schweren und langwierigen Verläufen ist eine tiefergehende klinische und therapeutische Begleitung notwendig, welche in ca. 90 % zu einer vollständigen Genesung führt.

Merke: Rund 80 % der Betroffenen wünschen sich Hilfe aus dem eigenen Team – organisierter Peer-Support ist hier ein wichtiger erster Schritt.

Implikationen für Ausbildung und Weiterbildung

Obwohl nahezu jede medizinische Fachkraft im Verlauf ihres Berufslebens mindestens einmal ein Second-Victim-Erlebnis durchlebt, ist das Wissen um das Second-Victim-Phänomen noch nicht Bestandteil der medizinischen Ausbildung [33]. So finden sich im aktuellen **Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0)** nur wenige Lernziele zum Second-Victim-Phänomen (VIII.4-04.52 und VIII.5-10.2.5). Hierbei greifen bestehende Lernziele relevante Aspekte auf, etwa Selbstreflexion und kollegiale Unterstützung oder den Umgang mit der eigenen Gesundheit und Belastung, doch bleibt der Begriff „Second Victim“ selbst unberücksichtigt. Eine vergleichbare Integration findet sich im „UEMS European Training Requirement (ETR) for Anaesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine“, ohne auch hier explizit auf das Second-Victim-Phänomen einzugehen.

Um Folgen des Second-Victim-Phänomens zu vermeiden, ist eine frühzeitige Sensibilisierung und damit Ausbildung für das Second-Victim-Phänomen notwendig, da bereits z. B. Studierende und Auszubildende in ihren Praxiserfahrungen betroffen sein können [34].

Darüber hinaus sollte die Entwicklung von Peer-Support-Kompetenzen fester

Bestandteil in Trainings für Führungskräfte sein, da sich unserer Meinung nach nur so eine nachhaltige Kultur der Unterstützung implementieren lässt.

Praxisbox: Bildung und Führung im Umgang mit dem Second-Victim-Phänomen

- **Frühe Sensibilisierung:** Das Second-Victim-Phänomen sollte bereits im Studium und in der Ausbildung thematisiert werden – Studierende und Auszubildende können früh betroffen sein.
- **Curriculare Verankerung:** Der Begriff „Second Victim“ erscheint für zukünftige Überarbeitungen des NKLM und anderer Ausbildungscurricula relevant.
- **Führung und Peer-Support:** Peer-Support-Kompetenzen müssen Bestandteil von Führungskräfte trainings sein, um eine nachhaltige Kultur der Unterstützung zu fördern.

Fazit

Seit der Veröffentlichung des Berichts „To Err Is Human: Building a Safer Health System“ und etwa zwanzig Jahre später des „Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021–2030“ ist die Förderung der Prävention und Unterstützung betroffener Fachkräfte im Gesundheitswesen „von Beginn an“ und für alle Fachprofessionen erklärtes Ziel [35]. Hierbei bedarf es auch einer Besinnung auf den zehnten Satz des Genfer Ärztegelöbnisses in seiner letzten Aktualisierung von 2017, in dem es heißt: „**Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können**“ [36,37].

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass das Second-Victim-Phänomen in der Anästhesiologie weit verbreitet ist und erhebliche Auswirkungen auf das Individuum hat. Zugleich zeigt sich, dass sich das Auftreten des SVP erheblich auf die Patientensicher-

heit und Teamdynamik auswirkt; mit ihm verbunden sind eine relevante Mitarbeitendenfluktuation und Mitarbeitendenverluste.

Trotz der hohen Prävalenz und der ersten Angebote in Kliniken und einer Vernetzung zu bestehenden Institutionen fehlt es in Deutschland – und dies wird durch die Umfrage bestätigt – weiterhin an flächendeckenden Unterstützungsangeboten und einer curricularen Verankerung des Themas.

Eine nachhaltige Verbesserung kann nur durch eine Beachtung aller fünf oben genannten Ebenen erfolgen, zugleich kann aber die Etablierung von Peer-Support-Programmen ein erster Schritt sein, der ausdrücklich auch Führungskräfte einbezieht.

Das Second-Victim-Phänomen darf nicht als individuelles Versagen, sondern als Ausdruck systemischer Verantwortung verstanden werden. Wer für die Patientensicherheit verantwortlich ist, muss hierbei zugleich die Sicherheit und psychische Gesundheit derjenigen berücksichtigen, die täglich Verantwortung für andere übernehmen.

Literatur

Das Literaturverzeichnis finden Sie unter **ai-online.info** in der frei verfügbaren PDF-Version des Artikels.



Korrespondenz- adresse



**Dr.
Tobias Bexten**

Klinik für Interdisziplinäre Intensivmedizin und Intermediate Care,
Helios Dr. Horst Schmidt Klinik
Wiesbaden, Lehrkrankenhaus der
Universitätsmedizin Mainz
Ludwig-Erhard-Straße 90
65119 Wiesbaden, Deutschland
E-Mail:
tobias.bexten@helios-gesundheit.de
ORCID-ID: 0009-0002-5113-4589

An der Erstellung des Beitrags „Das Second-Victim-Phänomen in der Anästhesiologie: Ergebnisse der SeVid-X-Studie zu Second Victims in Deutschland. Ergebnisse aus der Originalpublikation der SeVid-X-Studie“ haben maßgeblich mitgewirkt:

Dr. Tobias Bexten

Klinik für Interdisziplinäre Intensivmedizin und Intermediate Care, Helios Dr. Horst Schmidt Klinik Wiesbaden, Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz

Dr. Hannah Roesner

Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety (WiHELP), Hochschule RheinMain Wiesbaden, Wiesbaden Business School

Dr. Stefan Bushuven

Medizinische Fakultät Universität Freiburg, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. Jens Christian Kubitz

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Universität

Dr. Anne Kamphausen

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Universität

Priv.-Doz. Dr. Dominik Hinzman

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, TUM Universitätsklinikum – Rechts der Isar, München

Prof. Dr. Susanne Heiningner

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Technische Hochschule Deggendorf

Prof. Dr. Reinhard Strametz

Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety (WiHELP), Hochschule RheinMain Wiesbaden, Wiesbaden Business School

Kommission „Wellbeing, Diversität und Chancengleichheit in der Anästhesiologie“ des Berufsverbands Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)

Vertreten durch: Prof. Dr. Martina Nowak-Machen
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Palliativ- und Schmerzmedizin, Klinikum Ingolstadt

Prof. Dr. Grietje Beck

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsmedizin Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Literatur

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg.): *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press 2000
2. Wu AW: Medical error: the Second Victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320:726–727
3. 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;18:325–330
4. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdóttir S, et al: An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:16869
5. Roesner H, Bushuven S, Ettl B, Heininger S, Hinzmann D, Huf W et al: Second Victim: Übersetzung der internationalen konsensbasierten Definition mittels Delphi-Methode. *Zentralbl Arbeitsmed Arbeitsschutz Ergon* 2024;74:277–282
6. Finder SG: Lessons from history: Horace Wells and the moral features of clinical contexts. *Anesth Prog* 1995;42:1–6
7. Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME: The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. *Anesth Analg* 2012;114:596–603
8. Nijs K, Seys D, Coppens S, Van De Velde M, Vanhaecht K: Second victim support structures in anaesthesia: a cross-sectional survey in Belgian anaesthesiologists. *Int J Qual Health Care* 2021;33:mzab058
9. Wulf H: Patientensicherheit – Auftrag für die Zukunft – Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2014;49:460–464
10. Wulf H: Zweites Opfer: Überlegungen zum Umgang mit Behandlungskomplikationen. *Anaesthesist* 2013;62:685–686
11. Strametz R, Fendel JC, Koch P, Roesner H, Zilezinski M, Bushuven S, et al: Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:10594
12. Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbidge A, Roesner H, Abloescher M, et al: Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol* 2021;16:11
13. Bexten T, Roesner H, Bushuven S, Klemm V, Kamphausen A, Strametz R, et al: The impact of adverse patient events among German anesthesiologists. *BMC Anesthesiol* 2025;25:447
14. Mahat S, Lehmusto H, Rafferty AM, Vehviläinen-Julkunen K, Mikkonen S, Härkänen M: Impact of second victim distress on healthcare professionals’ intent to leave, absenteeism and resilience: A mediation model of organizational support. *J Adv Nurs* 2025;81:5376–5388
15. Hakamy E, Innab A, Alfar Z: Impacts of Second-Victim Experience and Resilience on Nurses’ Turnover Intention. *Int Nurs Rev* 2025;72:e70031
16. Strametz R, Raspe M, Ettl B, Huf W, Pitz A: Recommended actions: reinforcing clinicians’ resilience and supporting second victims during the COVID-19 pandemic to maintain capacity in the healthcare system. *Zentralbl Arbeitsmed Arbeitsschutz Ergon* 2020;70:264–268
17. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al: Evidence relating health care provider burnout and quality of care. *Ann Intern Med* 2019;171:555–567
18. Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAJ, Evers R, Dijkman LM, van Pampus MG: Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMJ Psychiatry* 2018;18:73
19. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M: Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf* 2020;16:e61–74
20. Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R: Second Victims in Intensive Care – Emotional Stress and Traumatization of Intensive Care Nurses in Western Austria after Adverse Events during the Treatment of Patients. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:3611
21. Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee S: From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *J Nurs Manag* 2019;27:1818–1825
22. Kruse JA, Podojil-Kostecki P, Smith B: Living With the Aftermath: the Second Victim Experience Among Certified Registered Nurse Anesthetists. *AANA J* 2024;92:173–180
23. Alishaq M, Kamal Hassan A, Assar AH, Elfaki S, Sobhi Mohamed SM, Abdelaliem SMF, et al: The impact of second-victim syndrome on staff well-being and practice. *Medicine* 2025;104:e41345
24. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al: Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:233–240
25. Hinzmann D, Koll-Krümman M, Forster A, Schießl A, Igl A, Heininger SK: First Results of Peer Training for Medical Staff: Psychosocial Support through Peer Support in Health Care. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:16897
26. Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krümman M, Schneider G, Kreitlow J: Peer support in der Akutmedizin. *Anesthesiol Intensivmed* 2019;60:95–101
27. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al: Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:4717
28. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al: Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof* 2013;36:135–162
29. 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:e011708
30. López-Pineda A, Carrillo I, Mula A, Guerra-Paiva S, Strametz R, Tella S, et al: Strategies for the Psychological Support of the Healthcare Workforce during the COVID-19 Pandemic: The ERNST Study. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:5529
31. Seys D, Panella M, Russotto S, Strametz R, Mira JJ, Van Wilder A, et al: In search of an international multidimensional action plan for second victim support: a narrative review. *BMC Health Serv Res* 2023;23:816
32. Roesner H, Neusius T, Strametz R, Mira JJ: Economic Value of Peer Support Programs in German Hospitals. *Int J Public Health* 2024;69:1607218
33. Sánchez-García A, Saurín-Morán PJ, Carrillo I, Tella S, Pölluste K, Sruлович E, et al: Patient safety topics, especially the second victim phenomenon, are

neglected in undergraduate medical and nursing curricula in Europe: an online observational study. *BMC Nurs* 2023;22:283

34. Mira JJ, Matarredona V, Tella S, Sousa P, Neves VR, Strametz R: Unveiling the hidden struggle of healthcare students as second victims through a systematic review. *BMC Med Educ* 2024;24:378
35. Weltgesundheitsorganisation: Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030: Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung. Genf: Weltgesundheitsorganisation 2021
36. Weltärztebund: Deklaration von Genf. Genf: Weltärztebund 2017
37. Parsa-Parsi RW: The Revised Declaration of Geneva: A Modern-Day Physician's Pledge. *JAMA* 2017;318:1971–1972.