

Zbl Arbeitsmed
<https://doi.org/10.1007/s40664-024-00553-0>
Eingegangen: 13. Mai 2024
Angenommen: 2. September 2024

© The Author(s) 2024



Hannah Rösner¹ · Stefan Bushuven^{2,3} · Brigitte Ettl^{4,5} · Susanne Heining^{6,7} ·
Dominik Hinzmann⁸ · Wolfgang Huf^{5,9} · Elisabeth Krommer^{4,14} · Hartwig Marung¹⁰ ·
Eva Potura¹¹ · Matthias Raspe¹² · David Schwappach¹³ · Milena Trifunovic-König^{1,2} ·
Reinhard Strametz¹

¹ Hochschule RheinMain, Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety (WiHelP), Wiesbaden, Deutschland; ² Notfallmedizinisches Trainingszentrum in Singen (NOTIS e.V.), Engen, Deutschland; ³ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; ⁴ Plattform Patientensicherheit, Wien, Österreich; ⁵ Karl Landsteiner Institut für Klinisches Risikomanagement, Wien, Österreich; ⁶ Technische Hochschule Deggendorf, Deggendorf, Deutschland; ⁷ PSU Akut e.V., München, Deutschland; ⁸ TUM School of Medicine and Health, Klinikum rechts der Isar, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, München, Deutschland; ⁹ Klinik Hietzing, Wiener Gesundheitsverbund, Wien, Österreich; ¹⁰ MSH Medical School Hamburg, Fakultät Gesundheitswissenschaften, Hamburg, Deutschland; ¹¹ Verein Second Victim, Wien, Österreich; ¹² Fächerverbund für Infektiologie, Pneumologie und Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ¹³ Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Bern, Schweiz; ¹⁴ Klinik Hietzing, Wien, Österreich

Second Victim: Übersetzung der internationalen konsensbasierten Definition mittels Delphi-Methode

Im Kontext der psychischen Belastung von Personal bei selbstbegangenen Fehlern in der Patientenversorgung prägte der amerikanische Internist Albert W. Wu im Jahr 2000 erstmals den Begriff des Second Victim, also des zweiten Opfers einer Patientenschädigung [1]. Diese Beschreibung bezieht sich hauptsächlich auf Ärzt*innen, die nach Begehen eines medizinischen Fehlers selbst traumatisiert sind und somit die Second Victims dieses Fehlers sind, während Patient*innen und Angehörige als First Victims beschrieben wurden [1]. Seitdem wurde dem Second-Victim-Phänomen vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet und die Definition aktualisiert und erweitert [2]. Während die eigene Fehlbarkeit bei bester Absicht und gewissenhaftem Vorgehen anfangs im Fokus stand, ist der Begriff des Second Victims von Scott et al. im Jahr 2009 auch auf andere traumatisierende Ereignisse und Berufserfahrungen erweitert worden, die im Rahmen der Patientenversorgung auftreten können [3]. Second Victims sind nach dieser Definition medizinische Fachpersonen, die durch einen

unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und/oder einer Verletzung des Patienten selbst zum Opfer werden, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert sind [3]. Das Phänomen wurde auch im deutschsprachigen Raum mittlerweile mehrfach untersucht [4–10]. Lange gab es jedoch keine neuen Beiträge zur Konzeptualisierung dieses Phänomens, während in der Praxis der Anwendungsbereich des Begriffs Second Victim ausgeweitet wurde [11].

Die Vorstellung des Second-Victim-Phänomens hat die Sensibilisierung dafür erhöht, dass auch Mitglieder des medizinischen Personals und Organisationen in Gesundheitseinrichtungen von Ereignissen betroffen sein können [11]. Die Anerkennung dieses Phänomens kann den Betroffenen helfen, besser mit einem Vorfall umzugehen, und bestätigt die Gedanken und Gefühle, die sie durchleben [11]. Zudem bietet es Organisationen einen Ansatzpunkt, die betroffenen Mitarbeitenden zu unterstützen und sich für den notwendigen kulturellen Wandel zu engagieren, hin zu einem Umfeld,

das auf Patientensicherheit und patientenzentrierte Pflege ausgerichtet ist [12, 13]. Die meisten Vorfälle in Gesundheitseinrichtungen sind auf fehlerhafte systemische, strategische oder organisatorische Bedingungen zurückzuführen, die außerhalb der individuellen Kontrolle der Mitarbeitenden liegen. In diesem Zusammenhang ist es angebracht, die betroffenen Mitarbeitenden als „Second Victim“ zu betrachten [14].

Nachdem der Begriff Second Victim mittlerweile nach erstmaliger Bekanntmachung von Wu et al. im Jahr 2000 seit über zwei Jahrzehnten verwendet wird, ist er trotz seiner Verbreitung auch Gegenstand einiger Kritik [11, 12, 15, 16]. Stimmen, die seine Beibehaltung in Frage stellen, beziehen sich insbesondere auf die traditionellen Konnotationen, die mit dem Begriff „Victim“ bzw. „Opfer“ verbunden sind. Kritiker befürchten, dass die Verwendung des Begriffs die Verantwortung der Gesundheitsfachkräfte für eine sichere Berufsausübung untergraben könnte und die Ursachen von Patientenschäden vernachlässigt, und verwenden deswegen vereinzelt den Begriff „af-

fected“. Dies macht zwar die Begrifflichkeit deutlicher, hat sich aber nicht durchgesetzt. [15, 16]. Die Verwendung des Begriffs „Victim“, könnte den Eindruck erwecken, dass Patientenschäden zufällig, unvermeidbar und vom Schicksal bestimmt sind [12]. Dies könnte die Sensibilität der Angehörigen der Gesundheitsberufe wecken, aber auch zu Passivität führen und die Dringlichkeit verringern, die Ursachen von Patientenschäden anzugehen [12, 15]. Darüber hinaus wird befürchtet, der Begriff könnte den Eindruck erwecken, dass Angehörige der Gesundheitsberufe sich ausschließlich um ihre eigenen Belange kümmern [16]. Trotz dieser Kritik empfahl eine Gruppe internationaler Expert*innen im Jahr 2017, den Begriff Second Victim beizubehalten, da er von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen sowie politischen Entscheidungsträgern zunehmend angenommen wird [17].

Kürzlich wurde die Definition durch die COST Action des European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST) weiter verbessert und im Jahr 2022 eine evidenz- und konsensbasierte Definition des Begriffs veröffentlicht [11].

Dieses Forschungsvorhaben zielt darauf ab, eine konsensbasierte Übersetzung der englischen Definition des Begriffs Second Victim ins Deutsche zu entwickeln, da bisher keine flächendeckend konsentrierte deutsche Definition existiert.

Methode

Es wurde eine webbasierte Delphi-Befragung mit deutschen Expert*innen für das Second-Victim-Phänomen durchgeführt. Die Delphi-Methode ist eine Konsensfindungs-Technik, die zum Ziel hat, auf strukturiertem Wege das beste verfügbare Wissen durch Expert*innenmeinungen einzuholen, wenn die Evidenzlage schwach oder heterogen ist [18, 19]. Während cross-cultural systematische Vor- und Rückübersetzungsverfahren in der Regel bei der Übersetzung von Fragebögen oder psychometrischen Instrumenten Anwendung finden, bietet die Delphi-Methode den Vorteil, dass sie nicht nur die Über-

setzung, sondern auch die inhaltliche Validierung durch Experten ermöglicht. Da es unser Ziel war, eine inhaltlich präzise und konsensbasierte Definition des Begriffs „Second Victim“ zu entwickeln, erschien die Delphi-Methode als die geeignetere Wahl.

Teilnehmerrekrutierung

Mit dem Ziel, eine Gruppe von deutschsprachigen, klinisch und wissenschaftlich tätigen Second-Victim-Expert*innen für die Befragung zu gewinnen, wurden basierend auf einschlägigen internationalen Publikationen zum Second-Victim-Phänomen Personen ausgewählt, die zu diesem Thema bereits wissenschaftlich forschen und ggf. im Rahmen der psychosozialen Unterstützung entsprechende Hilfsangebote etabliert haben. Potenzielle Teilnehmende wurden nach Überprüfung der Kontaktdaten durch Internetrecherche persönlich per Mail kontaktiert und zur Teilnahme an der Delphi-Studie eingeladen. Sie wurden vorab über das Studienziel und das Vorgehen der Studie aufgeklärt. Mit der Teilnahme erklärten sich alle Studienteilnehmer mir der wissenschaftlichen Verwertung der Ergebnisse einverstanden.

Ausgangspunkt: internationale konsensbasierte Definition von Second Victim

Die evidenz- und konsensbasierte Definition wurde 2022 im Rahmen der COST Action ERNST (CA19113) Working Group 2 entwickelt und konsentriert [11]. Ein Second Victim ist definiert als: „Any health care worker, directly or indirectly involved in an unanticipated adverse patient event, unintentional healthcare error, or patient injury, and who becomes victimized in the sense that they are also negatively impacted“. Ziel dieser Delphi-Befragung war die sinngetreue, möglichst inhaltsnahe Übersetzung der englischen Definition von Vanhaecht et al. in die deutsche Sprache.

Ablauf der Befragung

Vor Beginn der Befragung wurde ein Übersetzungsentwurf der englischen

Definition (s. oben) mittels KI-basierter Online-Übersetzung (DeepL) und folgender grammatikalischer Korrektur erarbeitet. Die Befragung erfolgte online über den Anbieter soSci Survey unter Verwendung eines strukturierten Online-Fragebogens. Den Expert*innen wurde darin der Übersetzungsvorschlag für eine deutsche Definition zur Bewertung gestellt. Der Definitionssatz wurde in neun (Sinnes-)Abschnitte unterteilt. Die Übersetzungsvorschläge wurden binär (1 = stimme zu, 2 = stimme nicht zu) bewertet. Die Expert*innen wurden aufgefordert, den einzelnen übersetzten Abschnitten der Definition zuzustimmen oder bei ablehnender Bewertung in Freitextfeldern einen alternativen Übersetzungsvorschlag anzugeben.

Während der zweiten Befragungsrunde erhielten alle Expert*innen ein anonymes Feedback über die Bewertungsergebnisse aus der ersten Runde. Dabei wurden die von den Expert*innen erbrachten alternativen Definitionsvorschläge zusätzlich in den Abschnitten eingefügt, sodass es für manche Formulierungen der Definition mehrere Alternativen gab. Mit diesen Informationen wurden alle Expert*innen der Gruppe erneut gebeten, per Single-Choice-Verfahren die bestmögliche Wortwahl der Definitionsabschnitte zu wählen.

Da in der zweiten Befragungsrunde kein Konsens gefunden wurde, kam es zu einer dritten Befragungsrunde. Hierzu wurden die Definitionsabschnitte zur Verfügung gestellt, die in der zweiten Runde die meisten Stimmen erlangt hatten. Übersetzungen mit keiner bzw. nur einer Stimme wurden entfernt. Zusätzlich wurde das Ergebnis der zweiten Runde als Prozentzahl hinter den Auswahlmöglichkeiten ergänzt.

Anschließend wurde die erarbeitete deutsche Definition per Mail an die Expert*innen vermittelt.

Jede Befragung war mit einem Freitextfeld für Kommentare und Anmerkungen versehen. Am Ende jeder Befragung wurden Informationen zu den soziodemografischen Daten (Alter und Geschlecht), die Haupttätigkeit, die Berufserfahrung in Patientensicherheit und Wissenschaft, der berufliche Hintergrund und der selbsteingeschätzten

Zbl Arbeitsmed <https://doi.org/10.1007/s40664-024-00553-0>
© The Author(s) 2024

H. Rösner · S. Bushuven · B. Ettl · S. Heininger · D. Hinzmann · W. Huf · E. Krommer · H. Marung · E. Potura · M. Raspe · D. Schwappach · M. Trifunovic-König · R. Strametz

Second Victim: Übersetzung der internationalen konsensbasierten Definition mittels Delphi-Methode

Zusammenfassung

Einleitung. Der Begriff „Second Victim“ erfährt seit seiner Prägung im Jahr 2000 bedeutende inhaltliche Erweiterungen und wurde kürzlich international neu konsentiert. Bislang existiert keine einheitliche deutsche Definition des Begriffs „Second Victim“. Um eine Basis für ein flächendeckendes Verständnis des Phänomens zu schaffen und die Vergleichbarkeit durchgeführter Forschung zum Thema zu erleichtern, zielt diese Studie darauf ab, eine konsensbasierte Übersetzung der aktuellen englischen Definition des Begriffs Second Victim zu erarbeiten.

Methode. Die konsensbasierte Übersetzung wurde mittels der Delphi-Methode durchgeführt. Es wurden 11 deutschsprachige Expertinnen und Experten aus Deutschland,

Österreich und der Schweiz mit einschlägigen Publikationen eingeladen und 3 Delphi-Runden geplant.

Ergebnisse. An der Studie beteiligten sich 9 von 11 eingeladenen Expertinnen und Experten. Die Übersetzung der internationalen Definition eines Second Victim wurde nach drei Delphi-Runden mit einer Zustimmungsrate von 90 % konsentiert. Ein Second Victim wird damit definiert als: „Jede Fachkraft im Gesundheitswesen, die direkt oder indirekt an einem unerwarteten unerwünschten Patienteneignis, einem unbeabsichtigten Fehler in der Gesundheitsversorgung oder einer Patientenschädigung beteiligt ist und die zur betroffenen Person wird, indem sie ebenfalls beeinträchtigt ist.“

Diskussion. Mit der vorliegenden Delphi-Studie wurde erstmals eine deutschsprachige, evidenzbasierte Definition des Begriffs „Second Victim“ formal durch anerkannte Fachexpertinnen und Fachexperten konsentiert. Damit ist auch in Deutschland eine Grundlage für ein klares Verständnis des Begriffs geschaffen und ein Beitrag zu einer gemeinsamen Basis für die Diskussion und Erforschung des Second-Victim-Phänomens im deutschsprachigen Raum geleistet worden.

Schlüsselwörter

Second-Victim-Phänomen · Delphi-Verfahren · Patientensicherheit · Mitarbeitersicherheit · Second Victim Definition

Second victim: translation of the international consensus-based definition using the Delphi method

Abstract

Introduction. Since its inception in 2000 the notion of the second victim has undergone significant expansions and was recently internationally reconceptualized. So far there is no unified German definition of the term second victim. This study aims to establish a consensus-based German translation of the current English definition of the term second victim to lay the groundwork for a widespread understanding and to facilitate comparability of research conducted on the subject.

Method. The consensus-based translation was carried out using the Delphi method. A total of 11 German-speaking experts from Germany, Austria and Switzerland with

relevant publications were invited and 3 Delphi rounds were planned.

Results. Out of the 11 invited experts 9 participated in the study. The translation of the international definition of a second victim was achieved through 3 Delphi rounds with a consensus rate of 90%. A second victim is thus defined as: „Jede Fachkraft im Gesundheitswesen, die direkt oder indirekt an einem unerwarteten unerwünschten Patienteneignis, einem unbeabsichtigten Fehler in der Gesundheitsversorgung oder einer Patientenschädigung beteiligt ist und die zur betroffenen Person wird, indem sie ebenfalls beeinträchtigt ist.“

Discussion. With the present Delphi study, for the first time a German language evidence-based definition of the term second victim was formally agreed upon by recognized experts in the field. This establishes a foundation for a clear understanding of the term in Germany and contributes to a common basis for the discussion and exploration of the second victim phenomenon in the German-speaking region.

Keywords

Second victim phenomenon · Delphi procedure · Patient safety · Staff safety · Second victim definition

Expertise im Bereich des Second-Victim-Phänomens der Teilnehmenden abgefragt. Der Befragungszeitraum der ersten beiden Runden dauerte jeweils zwei Wochen, der Zeitraum der dritten Befragungsrunde betrug eine Woche.

Analyse

Die Analyse erfolgte deskriptiv und unter Verwendung von pseudonymisierten Daten. Zur Bewertung der Ergebnisse wurde die Zustimmungsrate je Frage ermittelt, indem der Anteil der zustimmenden Antworten bei binären Fragen bzw.

der Anteil der priorisierten Alternativformulierung berechnet wurde. Die modifizierten Übersetzungsvorschläge wurden in aufeinanderfolgenden Runden erneut bewertet, bis ein Konsens erreicht wurde. Ein Konsens wurde im Voraus als eine Zustimmung von über zwei Drittel der Teilnehmenden definiert, gemessen am Anteil der zustimmenden Antworten. Zur Beschreibung der Teilnehmenden wurden die soziodemografischen Daten deskriptiv aufbereitet (Anzahl und Prozentangaben, Median und Spannweite).

Ergebnisse

An allen drei Runden beteiligten sich 9 von 11 eingeladenen Expert*innen. Die Bearbeitungszeit der Delphi-Befragung belief sich im Median in der ersten Runde auf 4,21 min, im zweiten Durchlauf auf 2,08 min und in der abschließenden dritten Runde auf 1,76 min. Die Mehrheit der Befragten war männlich und ordnete sich der Altersgruppe 45–54 Jahre zu. Bei der Frage zur Haupttätigkeit ordnete sich ein größerer Teil der Forschung bzw. Wissenschaft zu und ein kleinerer Teil der klinischen Tätigkeit, während

Tab. 1 Soziodemografische Daten der Studienteilnehmenden

	1. Runde		2. Runde		3. Runde	
	n	%	n	%	n	%
Alter						
35–44 Jahre alt	3	33	2	22	3	33
45–54 Jahre alt	4	44	5	56	4	44
55–64 Jahre alt	1	11	1	11	1	11
65–74 Jahre alt	1	11	1	11	1	11
Geschlecht						
Weiblich	3	33	4	44	4	44
Männlich	6	67	5	56	5	56
Beruflicher Hintergrund						
Medizin	6	67	6	67	7	78
Wissenschaft/Forschung	6	67	5	56	3	33
Beides	3	33	2	22	1	11
Haupttätigkeit						
Forschung/Wissenschaft	6	67	6	67	7	78
Klinische Tätigkeit	3	33	3	33	4	44
Beides	0	0	0	0	2	22

Tab. 2 Berufserfahrung und Selbsteinschätzung der Studienteilnehmenden

	1. Runde		2. Runde		3. Runde	
	n	%	n	%	n	%
Berufserfahrung PS						
1–2 Jahre	0	0	0	0	1	11
3–4 Jahre	2	22	2	22	0	0
5–6 Jahre	1	11	0	0	2	22
7–8 Jahre	0	0	0	0	0	0
9–10 Jahre	0	0	0	0	0	0
10–15 Jahre	0	0	3	33	2	22
Über 15 Jahre	6	67	4	44	4	44
Berufserfahrung Wissenschaft						
Bis zu 1 Jahr	0	0	0	0	0	0
1–2 Jahre	0	0	0	0	0	0
3–4 Jahre	1	11	1	11	1	11
5–6 Jahre	1	11	1	11	1	11
7–8 Jahre	0	0	2	22	0	0
9–10 Jahre	0	0	0	0	2	22
10–15 Jahre	4	44	3	33	3	33
Über 15 Jahre	3	33	2	22	2	22
Selbsteinschätzung SVP						
Mäßiges Wissen	1	11	1	11	1	11
Viel Wissen	6	67	6	67	5	56
Sehr viel Wissen	2	22	2	22	3	33

die Mehrheit einen medizinischen Hintergrund hat (■ Tab. 1).

Während 6 der 9 Antwortenden über 15 Jahre Berufserfahrung zum Thema Patientensicherheit angeben, verfügen 2 Befragte über 3–4 Jahre Berufserfahrung und eine befragte Person über 5–6 Jah-

re. Zum Thema Wissenschaft haben $n = 1$ 3–4 und 5–6 Jahre Berufserfahrung, $n = 3$ über 15 Jahre und $n = 4$ 10–15 Jahre Berufserfahrung. Bei der Selbsteinschätzung über das eigene Wissen zum Second-Victim-Phänomen schätzen die

Infobox Neue deutsche konsensbasierte Second-Victim-Definition

Ein Second Victim wird definiert als: „Jede Fachkraft im Gesundheitswesen, die direkt oder indirekt an einem unerwarteten unerwünschten Patientenergebnis, einem unbeabsichtigten Fehler in der Gesundheitsversorgung oder einer Patientenschädigung beteiligt ist und die zur betroffenen Person wird, indem sie ebenfalls beeinträchtigt ist.“

meisten Befragten ihr Wissen als hoch ein (■ Tab. 2).

Die Second-Victim-Definition wurde nach der dritten Delphi-Runde konsentiert. Die erste Runde fragte Alternativvorschläge zu allen Abschnitten der Definition ab, die in den folgenden beiden Runden bewertet wurden. Neue Vorschläge zu dem Sinnesabschnitt „any health care worker“ waren die deutschen Übersetzungen „jede im Gesundheitswesen arbeitende Person“, „jede Gesundheitsfachperson“, „jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen“, sowie „jede Fachkraft im Gesundheitswesen“. Vorschläge für „patient injury“ waren „Patientenverletzung“, „Patientenschädigung“ und „Verletzung von Patienten“. In der 3. Delphi-Runde wählten die Teilnehmenden im Abschnitt „who becomes victimized in the sense“ zwischen den Übersetzungen „die in dem Sinne zum Opfer wird“, „die zur betroffenen Person wird“ und „selbst zum Opfer wird, in dem sie ...“ aus und im letzten Abschnitt „also negatively impacted“ zwischen „ebenfalls beeinträchtigt“, „ebenfalls negativ betroffen“ und „ebenfalls mit Belastungssymptomen zu kämpfen“.

Während alle Abschnitte in der dritten Runde einen deutlichen Konsens erreichten, gab es bei dem Abschnitt „any health care worker“ einen Dissens, wobei 33 % für die Übersetzung „jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen“ und 67 %, die für „jede Fachkraft im Gesundheitswesen“ stimmten.

Diskussion

Die vorliegende Delphi-Studie verfolgt das Ziel, eine einheitliche und umfassen-

de deutsche Definition des Second-Victim-Phänomens zu erarbeiten und damit die Kommunikation sowie das Verständnis innerhalb der Fachgemeinschaft zu verbessern. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung wurde durch die Konsentierung einer Übersetzung der internationalen Definition gemacht.

Die Diskussionen während der Delphi-Runden verdeutlichten die Komplexität des Konzepts. Insbesondere die Bestimmung, wen der Begriff „health care worker“ einschließen sollte, erforderte eine sorgfältige Abwägung. Die inklusive Definition bezieht alle Personen ein, die im Gesundheitswesen tätig sind, während andere Stimmen eine Beschränkung auf diejenigen favorisierten, die direkte Patientenversorgung oder -therapie durchführen. In diesem Zusammenhang kann auch diskutiert werden, ob der Begriff „Fachperson“ anstelle von „Fachkraft“ verwendet werden sollte. Da „Fachperson“ zunehmend in der aktuellen Diskussion des Gesundheitswesens und in offiziellen Dokumenten bevorzugt wird, könnte dieser Begriff in künftigen Überarbeitungen berücksichtigt werden. Die Möglichkeit der Einbringung eigener Übersetzungsvorschläge diente zwar der inhaltlichen Validierung, aber die zur Auswahl stehenden Begriffe sind natürlich sprachlich nicht zwingend kohärent zueinander. Eine Angleichung der Begriffe aus methodischen Überlegungen ist jedoch nicht möglich, um die Teilnehmerantworten absolut unverfälscht wiederzugeben. Die Entscheidung, das Wort „Opfer“ in der Übersetzung zu vermeiden, stützte sich auf eine kritische Auseinandersetzung mit früheren Studien [12, 15, 16], die die potenziellen negativen Konnotationen dieses Begriffs hervorgehoben haben. Stattdessen wurde der Begriff „Second Victim“ beibehalten, um das Konzept präzise zu beschreiben und eine epistemologische Abkehr von einer rein passiven Opferrolle zu signalisieren. In der Diskussion um die Übersetzung der Formulierung „unbeabsichtigter Fehler“ wurde der Vorschlag vorgebracht, das Wort „unbeabsichtigt“ vor „Fehler“ zu streichen, um Verwirrung zu vermeiden und im Einklang mit etablierten Fehlerdefinitionen zu bleiben, wie sie beispielsweise

in den Arbeiten von Reason beschrieben sind, wo intendierte Abweichungen als Regelverletzung bezeichnet werden [20]. Das Argument betont die Tautologie in der Verwendung des Wortes „unbeabsichtigt“, da ein Fehler per Definition immer unbeabsichtigt sei. Final wurde jedoch für die Beibehaltung des Wortes „unbeabsichtigt“ plädiert, in Analogie zu Just-Culture-Algorithmen [21–24], der gängigen Fehlertaxonomie nach Leonard und Frankel [25] und der im Englischen etablierten Bezeichnung des „honest mistake“ [26]. Ein weiterer Diskussionspunkt war die Verwendung des Begriffs „unerwartet“ in der Definition, wobei argumentiert wurde, dass nach dieser Annahme auch Personen Second Victims sind, die das negative Patientenergebnis erwarten, z. B. durch die Versorgung nach einem Suizid, Verkehrsunfall oder schwerer Krankheit.

Obwohl die Teilnehmerzahl an der Delphi-Befragung begrenzt war, kann sie dennoch als angemessen betrachtet werden, um das spezifische Ziel dieser Studie zu erreichen. Die hohe Zustimmungsrates der Teilnehmenden (90 %) sowie die vergleichbare Teilnehmerrate (82 %) gegenüber Studien, die Symptomdefinitionen entwickelten [27–30], stärken die Validität der erarbeiteten Übersetzung und legen somit den Grundstein für zukünftige Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet.

Die Etablierung einer einheitlichen deutschen Definition des Phänomens Second Victim bietet zahlreiche Vorteile für die Fachgemeinschaft, sowohl für die klinische Praxis als auch die Forschung im deutschsprachigen Raum [31–34]. Eine klare Definition schafft eine gemeinsame Sprache und Verständnisgrundlage, die die Kommunikation und den Austausch innerhalb der Fachwelt erleichtert [35]. Dadurch können Diskussionen effektiver geführt und bessere Lösungen entwickelt werden. Des Weiteren trägt eine klare Definition dazu bei, das Bewusstsein und das Verständnis für das Second-Victim-Phänomen zu fördern, sowohl unter medizinischem Personal als auch unter Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen.

Insgesamt liefert diese Studie einen wichtigen Beitrag zu einer gemeinsamen Grundlage für die Diskussion und Erfor-

schung des Second-Victim-Phänomens im deutschsprachigen Raum. Durch die Berücksichtigung von verschiedenen Perspektiven und die sorgfältige Abwägung der kritischen Punkte konnte eine Definition erarbeitet werden, die sowohl präzise als auch anwendungsorientiert ist und somit einen Mehrwert für die klinische Praxis und die Forschung bietet.

Fazit

Unsere Studie definiert Second Victims als *„Jede Fachkraft im Gesundheitswesen, die direkt oder indirekt an einem unerwarteten unerwünschten Patientenergebnis, einem unbeabsichtigten Fehler in der Gesundheitsversorgung oder einer Patientenschädigung beteiligt ist und die zur betroffenen Person wird, indem sie ebenfalls beeinträchtigt ist.“* Erstmals wurde im Rahmen einer dreistufigen Delphi-Befragung eine deutsche Übersetzung der international führenden Definition des Second-Victim-Begriffs erarbeitet und formal konsentiert. Dies ermöglicht ein besseres Verständnis und stellt eine Basis für die zukünftige und dringend erforderliche Forschung und Entwicklung zu effektiven Unterstützungsangeboten von Second Victims auch in Deutschland dar.

Korrespondenzadresse

Hannah Rösner

Hochschule RheinMain, Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety (WiHELP)
Wiesbaden, Deutschland
hannah.roesner@hs-rm.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Rösner, S. Bushuven, B. Ettl, S. Heininger, D. Hinzmann, W. Huf, E. Krommer, H. Marung, E. Potura, M. Raspe, D. Schwappach, M. Trifunovic-König und R. Strametz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Wu AW (2000) Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
- Rösner H, Raspe M, Strametz R (2021) Second-Victim-Traumatisierungen – Auswirkungen auf Behandelnde und Patienten. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 81:1006–1010. <https://doi.org/10.1055/a-1374-0581>
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR et al (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 18:325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Strametz R, Koch P, Vogelgesang A et al (2021) Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeVID-I survey). *J Occup Med Toxicol* 16:11. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>
- Strametz R, Fendel JC, Koch P et al (2021) Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeVID-II Survey). *Int J Environ Res Public Health* 18:10594. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010594>
- Marung H, Strametz R, Roesner H et al (2023) Second Victims among German Emergency Medical Services Physicians (SeVID-III-Study). *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054267>
- Krommer E, Ablöschner M, Klemm V et al (2023) Second Victim Phenomenon in an Austrian Hospital before the Implementation of the Systematic Collegial Help Program KoHi: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031913>
- Gatterer C, Krommer E, Ablöschner M et al (2023) Kollegiale Hilfe (KoHi) – Beschreibung des Interventionsprogramms zur Reduktion der Auswirkung belastender Arbeitssituationen im Sinne des Second-Victim-Phänomens bei patientennah tätigen Personal in der Klinik Hietzing, Wien, Österreich (KoHi-II-Studie). *Zbl Arbeitsmed*. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00517-w>
- Potura E, Klemm V, Roesner H et al (2023) Second Victims among Austrian Pediatricians (SeVID-A1 Study). *Healthcare*. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182501>
- Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I et al (2022) 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*. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063611>
- Vanhaecht K, Seys D, Russotto S et al (2022) 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*. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
- Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C et al (2019) Abandon the term “second victim”. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1233>
- Gómez-Durán EL, Tolchinsky G, Martín-Fumadó C et al (2019) Neglecting the “second victim” will not help harmed patients or improve patient safety. *BMJ* 365:l2167. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2167>
- Petersen IG (2019) The term “second victim” is appropriate for frontline workers. *BMJ* 365:l2157. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2157>
- Media A (2019) ‘Second Victim’ May Not Be the Best Approach to Adverse Events. *J Health Risk Manag*
- Tumelty ME (2021) The Second Victim: A Contested Term? *J Patient Saf*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000558>
- Wu AW, Shapiro J, Harrison R et al (2020) The Impact of Adverse Events on Clinicians: What’s in a Name? *J Patient Saf*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000256>
- Häder M, Häder S (1994) Die Grundlagen der Delphi-Methode: ein Literaturbericht
- Ammon U (2009) Delphi-Befragung. In: Kühl S, Strodtholz P, Taffertshofer A (Hrsg) *Handbuch Methoden der Organisationsforschung*. VS, https://doi.org/10.1007/978-3-531-91570-8_22
- Reason J (2000) Human error: models and management. *West J Med*. <https://doi.org/10.1136/ejwim.172.6.393>
- Meadows S, Baker K, Butler J (2005) The Incident Decision Tree: Guidelines for Action Following Patient Safety Incidents. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI (Hrsg) *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US),
- Rogers E, Griffin E, Carnie W et al (2012) A Just Culture Approach to Managing Medication Errors. *Hosp Pharm*: 308–315
- Reason J (1997) *Managing the Risks of Organisational Accidents*. Ashgate Publishing Ltd
- Strametz R, Kahla-Witzsch H (2019) Der Faktor Mensch im Risikomanagement. In: Strametz R, Bayeff-Filloff M (Hrsg) *Risikomanagement in der Notaufnahme – Wege zur Erhöhung der Patientensicherheit*
- Leonard MW, Frankel A (2010) The path to safe and reliable healthcare. *Patient Educ Couns* 80:288–292. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.001>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (Hrsg) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US), Washington (DC)
- Smith BH, Torrance N, Ferguson JA et al (2012) Towards a definition of refractory neuropathic pain for epidemiological research: An international Delphi survey of experts. *BMC Neurol* 12:29. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-12-29>
- Fearon K, Strasser F, Anker SD et al (2011) Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 12:489–495. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7)
- Soriano JB, Murthy S, Marshall JC et al (2022) A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis* 22:e102–e107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9)
- Simon ST, Weingärtner V, Voltz R et al (2014) Atemnotattacken: Übersetzung und Konsentierung der internationalen Definition im Rahmen einer Delphi-Befragung. *Dtsch Med Wochenschr* 139:2127–2131. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387295> (Episodic breathlessness: translation and consenting of the international definition using the Delphi method)
- Budnick A, Bünning F, Kuhlmeier AA recommendation for a uniform definition of distance caregiving: a scoping review. *Innov Aging*. <https://doi.org/10.1093/geronl/igad104.3148>
- Butcher N, Balogh ZJ (2009) The definition of polytrauma: the need for international consensus. *Injury* 40(4):S12–S22. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2009.10.032>
- Nafu OO, Tobias JD, DiNardo JA (2020) Definition of Clinical Outcomes in Pediatric Anesthesia Research: It Is Like the Tower of Babel! *Anesth Analg* 130:550–554. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004551>
- Duffy JMN, Bhattacharya S, Bofill M et al (2021) Standardizing definitions and reporting guidelines for the infertility core outcome set: an international consensus development study. *Fertil Steril* 115:201–212. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.11.013>
- Aithal GP, Watkins PB, Andrade RJ et al (2011) Case definition and phenotype standardization in drug-induced liver injury. *Clin Pharmacol Ther* 89:806–815. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.58>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.