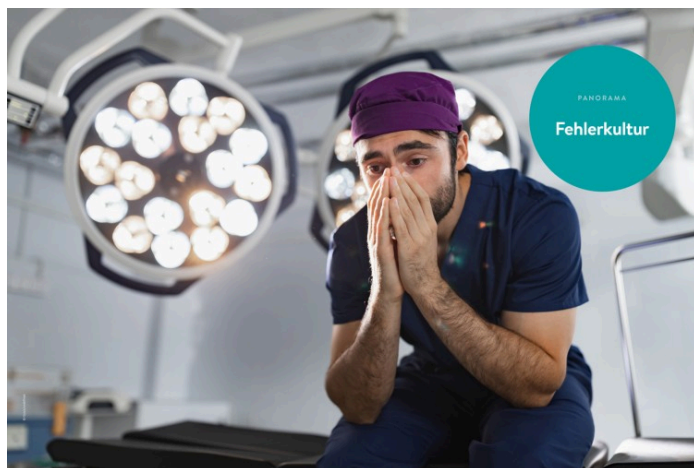


01.04.2026 Fehlermanagement

Fehlerkultur in der Chirurgie und Second-Victim-Phänomen

Guido Schumacher, Roger Pycha



Allgemeines zu Fehlern in der Chirurgie

Jeder Mensch begeht Fehler am laufenden Band, privat oder bei der Arbeit. Meist sind sie so klein, dass sie nicht der Rede wert sind oder nicht einmal auffallen. Sie können jedoch auch Ausmaße erreichen, die einen Patienten gefährden können. Manchmal sind es absolut vermeidbare Fehler, die durch Unachtsamkeit oder Fahrlässigkeit geschehen. Diese werden in der Rechtsmedizin als Behandlungsfehler

gewertet und somit entsprechend geahndet. Beispiele sind Verwechslung der Seite bei einer Knieoperation oder das Vergessen von Gegenständen wie Tupfer oder Instrumente in der Bauchhöhle. Andere Fehler werden als solche erst erkennbar, nachdem sie geschehen sind, wie z. B. eine Operation, die wir besser nicht durchgeführt hätten, weil das Risiko sehr hoch war. Diese Situation ist kein Behandlungsfehler im Sinne des Gerichts, sondern wird durch das erhöhte Risiko provoziert. Das wird mit den Patienten zuvor genauso ausführlich besprochen und das schriftliche Einverständnis eingeholt.

Davon abzugrenzen sind die Komplikationen, die ohne schuldhafte Vorgehensweise auch bei sehr sorgfältiger Behandlung auftreten können, wie z. B. eine Anastomoseninsuffizienz nach einer Darmnaht oder eine Lungenembolie. Je größer eine Operation, desto wahrscheinlicher sind Komplikationen. Bei Ösophagusresektionen sprechen wir von bis zu 50 %, die akzeptiert und meist gut behandelbar sind. Diese werden vor Gericht als schicksalhaft eingestuft und nicht geahndet. Natürlich treten Komplikationen häufiger auf, wenn die Operation technisch nicht optimal durchgeführt wird. Beispiele sind Nachblutungen durch unsaubere Ligaturen oder nicht schichtgerechte OP-Technik, Verletzung von anderen Organen wie dem Ureter oder der Milz. Um dieser Situation zuvorzukommen und um die Qualität der Operation immer so hoch wie möglich zu halten, assistiert ein erfahrener Chirurg dem Unerfahreneren die Operationen so lange, bis die Qualität ausreichend hoch ist, um eigenverantwortlich operieren zu können. Tabelle 1 fasst die drei Typen von Fehlern zusammen.

Nicht jeder Fehler hat einen Schuldigen. Manche sind vermeidbar, andere nicht.

Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern

Die vermeidbaren und angreifbaren Fehler in Punkt 1 der Tab. 1 können durch zahlreiche Maßnahmen minimiert werden (Tab. 2). Sie sind im Fokus zahlreicher sinnvoller Maßnahmen, die immer wieder aktualisiert werden und zu einer deutlichen Reduktion der Fehlerquote geführt haben [1].

Fehler in Punkt 2 und 3 aus Tabelle 1 können nur durch äußerst sorgfältiges Handeln der Ärzte minimiert werden. Letztlich sind Fehler nie gänzlich vermeidbar.

Tab 1: Fehler in der Chirurgie

1. Behandlungsfehler durch Fahrlässigkeit <i>Falsche Seite, Verwechslung des Patienten, vergessenes Instrument, falsches Medikament, etc.</i>
2. Sekundärer vermeidbarer Fehler <i>Zu hohes Risiko der OP, zu viel Chirurgie in einer OP, anstatt eine zweizeitige OP durchzuführen</i>
3. Schicksalhafte Komplikation Verletzung des Ureters oder der Milz, Anastomoseninsuffizienz, Thrombose, Wundinfektion, Nachblutung

Second-Victim-Phänomen (SVP)

Während das bislang Dargestellte allgemein bekannt ist und in jeder Klinik verpflichtend Anwendung findet, wird deutlich weniger Aufmerksamkeit denjenigen persönlich gewidmet, denen schwerwiegende Fehler unterlaufen. Ein guter und gewissenhafter Chirurg fühlt sich auch bei einer nicht vermeidbaren Komplikation verantwortlich und betroffen, denn er weiß, dass nicht jede Operation gleich ist und oft ihre Tücken hat.

Der erste Gedanke sollte hier sein: „Habe ich persönlich etwas falsch gemacht? Was ich hätte vermeiden können? War ich nicht sorgfältig genug? Hätte ich eine bestimmte Naht anders anlegen sollen?“ Nur durch die eigene Reflexion und Selbstkritik sind wir in der Lage, uns zu verbessern und zu optimieren. Somit kommt es bei ungeplanten Ereignissen zwangsläufig zu einer negativen psychologischen Reaktion. Umso stärker betroffen sind wir, wenn es sich um einen vermeidbaren Behandlungsfehler handelt, der entweder durch eine Verkettung unglücklicher Umstände oder aber durch einen einzigen Zwischenfall entstanden ist. Es können mehrere oder nur eine Person beteiligt sein. In diesen Fällen ist die psychische Belastung für den behandelnden Arzt ungleich größer. Neben dem Schaden für den Patienten kommen mögliche weitere Faktoren dazu. Eine Metaanalyse zeigt die häufigsten Symptome und Auswirkungen bei 6629 Behandlern [2], die in Tabelle 3 aufgelistet sind. Man nennt diese Situation das „Second Victim Phenomenon“ (SVP), wobei der Behandler selbst zum „Opfer“ wird.

Tab. 2: Häufigste Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern

•M&M-Konferenzen nach aufgetretenen Fehlern

•„Critical Incidence Reporting System“ (CIRS) bei Beinaheunfällen
•Patientenidentifikation durch Armbänder mit Namen
•Markierung der zu operierenden Seite
•Team-Time-Out vor dem Schnitt (= Checkliste mit den wichtigsten Punkten)
•Zählen der Tupfer, Instrumente und anderem, was Verwendung im OP fand, durch die Pflege

Zusätzlich kommt noch die Angst vor weiteren Konsequenzen: Neben der emotionalen Last besteht oft die Sorge vor rechtlichen Schritten, dem Verlust der Zulassung oder einer öffentlichen Stigmatisierung.

Diese psychische Belastung und den Umgang damit möchten wir in diesem Artikel hervorheben.

Der Arzt, der den Fehler begeht, kann selbst zum Opfer werden.

In einer italienischen Studie [3] wurden an einem Kollektiv aus 80,7 % Pflegepersonal und 19,3 % Ärzten ein validierter modifizierter Fragebogen (IT-SVEST) verteilt und ausgewertet, der ähnliche Fragen beinhaltet. 57,4 % der Befragten arbeiteten nicht in der Chirurgie. Die beschriebenen Symptome waren ähnlich, jedoch anders gewichtet. Nur 23,5 % litten unter psychischen und 9,9 % unter physischen Symptomen. Die Unterschiede zur Metaanalyse von Bryan könnten an dem sehr ungleichen Kollektiv liegen. Allerdings erbringt eine andere italienische Studie mit demselben Instrument bei allen Heilberufen des Krankenhauses von Udine wieder eine deutlich höhere Häufigkeit von Symptomen, die stärker der Metaanalyse ähnelt [4]. Gemeinsam ist den Studien, dass in einem größeren Teil der Behandler Schäden entstehen, die beseitigt, gelindert oder behandelt werden müssen.

Tab. 3: Auswirkungen des SVP (aus [2])

Emotional	Angst	56,3 %
	Schuldgefühle	53,8 %
	Trauer	48,3 %
Physisch/psychosomatisch	Schlafstörungen	50,5 %
Professionell	Verlust des Ansehens und des Selbstbewusstseins	35,8 %
Sozial	Interessensverluste	52,0 %
	Belastung der sozialen Beziehungen	24,5 %

Auswirkung auf die Betroffenen als Second Victim in der Patientenversorgung

Im Alltag führt das Second-Victim-Phänomen bei den Betroffenen zu einer Verschlechterung der Leistung, denn unter Angst, erneut solch einen Fehler zu begehen, werden Entscheidungen mitunter irrational. Eine deutlich defensivere Medizin mit Entscheidungsschwäche, frühzeitiger Einstufung einer Inoperabilität, Verlegung der Patienten in andere Kliniken oder unnötiger weiterer Diagnostik sind die Folgen. Grundsätzlich werden emotional-psychologische Folgen von einer Verschlechterung der medizinischen Leistungsfähigkeit und vom Absentismus, also von Fehltagen des betroffenen Chirurgen, der sich erst erholen muss, unterschieden.

Wir erinnern uns, dass wir während unserer Assistenzarztphase immer wieder mit Wutausbrüchen unserer vorgesetzten Chefärzte konfrontiert wurden, wenn wir vermeintliche Fehler begangen hatten. Darauf folgte unter Umständen ein OP-Verbot für 4 Wochen. Nach den modernen Konzepten der Deontologie und der medizinischen Didaktik ist diese Vorgehensweise keineswegs empfehlenswert, denn sie belastet die Ärzte noch deutlich mehr und führt zu einer weiteren Verschlechterung ihrer persönlichen Leistung.

Wenn z. B. ein Mensch mit V. a. akute Appendizitis vorstellig wird, ist die übliche Vorgehensweise, bei bestimmten Symptomen und Untersuchungsergebnissen die Appendektomie durchzuführen. Ein psychisch belasteter Arzt wird eher zurückhaltend mit der Entscheidung sein, wird z. T. unnötige Diagnostik wie ein CT oder weiteren Ultraschall initiieren, oder aber die Dringlichkeit verkennen und den Patienten zur Beobachtung aufnehmen. Der richtige OP-Zeitpunkt wird dadurch verschoben und die Folgen für den Patienten werden schwerer. Oder aber ein Tumor wird als inoperabel eingestuft, den der traumatisierte Chirurg zuvor problemlos entfernt hätte. Dieses Verhalten kann sich auf das Team übertragen, insbesondere wenn der Betroffene eine Stellung mit viel Ansehen im Team einnimmt oder ein Vorgesetzter ist. Aufgrund dieser Psychodynamik kann im Team eine Kultur der defensiven Medizin entstehen, die in der Regel nicht günstig ist. Patienten werden zu spät operiert, die Geschwindigkeit des Eingriffs nimmt ab, die Leistungsfähigkeit von Operateur und Team sinkt. Die Angst vor Komplikationen steigt und somit auch vor der Durchführung größerer Operationen. Gleichzeitig erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen in einem mehr oder minder ausgeprägten *circulus vitiosus*.

Vertrauen und gute Kommunikation helfen das Selbstvertrauen wieder aufzubauen.

Maßnahmen zur Reduktion der Auswirkungen des SVP

Eine hilfreiche Fehlerkultur kann diese Entwicklungen stoppen oder zurück in eine günstige Richtung lenken. Man kann sie auch als Kommunikationskultur bezeichnen, da sie eigentlich die Besprechung, Beurteilung und Verarbeitung schwieriger Ereignisse und Erlebnisse beinhaltet und das Stigma des Versagens zu vermeiden hilft. Dazu gehören die Punkte in Tabelle 4:

Tab. 4: Kernmerkmale und Vorteile einer offenen Kommunikationskultur:

Vertrauensbasis	Mitarbeiter können Meinungen äußern, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.
Fehler- und Feedbackkultur	Fehler werden als Lernchancen genutzt; konstruktives Feedback ist der Standard.
Transparenz	Informationen fließen frei, was Spekulationen (Flurfunk) minimiert.

Innovation & Leistung	Unterschiedliche Perspektiven führen zu besseren Entscheidungen, höherer Kreativität und gesteigerter Leistung.
Stärkerer Zusammenhalt	Fördert ein positives Teamklima, in dem gemeinsame Ziele verfolgt werden.

Typisch sind die Bewältigungsmechanismen oder Coping-Strategien von Second Victims. Was bei Feuerwehr, Rettungskräften und Soldaten vielfach beschrieben wurde, gilt auch in diesem Fall: Reden hilft. Aber es ist nicht egal, mit wem.

Im Team wird das Gespräch in 72,5 % bei Kollegen und im familiären und Freundeskreis in 52,0 % gesucht [2]. Von größter Bedeutung ist, dass der Chefarzt mit gutem Beispiel vorangeht. Im Idealfall trifft er die richtigen Entscheidungen und ist ein Vorbild für das Team. Wenn ihm aber ein Fehler unterläuft oder eine Komplikation entsteht, soll er damit offen und transparent umgehen und die Dynamik des Vorfalls am besten aus verschiedenen Blickwinkeln im Team diskutieren. Dabei ist die Aufforderung zur Beteiligung an andere Teammitglieder wesentlich, um einen Monolog des Mächtigen zu vermeiden. Auf diese Weise zeigt er, dass auch er nicht unfehlbar ist, was Vertrauen aufbaut. Er muss auch Kritik im Team standhalten und sie als etwas konstruktives Hilfreiches aufnehmen. Die Fehler müssen im Team besprochen werden, damit Lernprozesse entstehen. Alle sollten wissen, dass Komplikationen und Fehler zum „Geschäft“ gehören. Wenn ein Mitarbeiter des Teams offenbar durch eigenen Fehler belastet ist, sollte er darin unterstützt werden, die gleiche Operation erneut durchzuführen, am besten mit einem erfahreneren Kollegen oder dem Chefarzt. Der Chefarzt oder andere erfahrene Mitarbeiter sollten auch zu Hilfe gerufen werden können, wenn etwas schwieriger ist als erwartet. In der Chirurgie bedeutet dies auch für den Chefarzt, ggf. nachts in die Klinik zu fahren, um seinem Team in schwierigen Situationen zu helfen. Solche Maßnahmen zeigen nicht nur die praktische Unterstützung, sondern auch den mentalen Rückhalt, den die Assistenzen erfahren.

In den meisten Kliniken fehlt eine organisierte Unterstützung, sodass sie im Wesentlichen in der Abteilung selbst organisiert werden muss.

Aus unserer Sicht sind offene Gespräche bei der Arbeit mit den Kollegen und den Vorgesetzten essenziell, um die psychische Last zu mildern. Im familiären Bereich, der auch in über 50 % der Fälle genutzt wird, sollte die innere Harmonie wiederhergestellt werden. Sport zu treiben, wird von vielen als Behandlungsmaßnahme angewendet, um den Stress abzubauen.

Spezielle Trainingsformen wie Peer-Support-Programme, bei denen die Betroffenen mit anderen erfahrenen Kollegen sprechen können, oder Resilienztraining können sehr hilfreich und wirksam sein und sollten im Einzelfall in Erwägung gezogen werden.

Falls sich das Second Victim über mehrere Wochen verstärkt angespannt, schreckhaft und unruhig fühlt, den Ort des Geschehens durch Fehltag zu vermeiden beginnt und sich aufdrängende Erlebnisbilder, sogenannte Flashbacks, einstellen, liegt eine sogenannte posttraumatische Belastungsstörung vor. Sie ist die Indikation für psychotherapeutische Betreuung oder, falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, auch für psychiatrische Behandlung mit antidepressiven Medikamenten, die das Angst- und Anspannungsniveau senken [5].

Qualitäts-, Sicherheits- und Risikomanagement sind, so bürokratisch sie manchmal erscheinen mögen, präventive Vorkehrungen, die die Sicherheit der Patienten und das Wohlbefinden im Helferberuf auf direktem Wege erhöhen.

Im psychologischen Sinn ist Wohlbefinden trotz wiederholter Stresssituationen eng mit einer Fähigkeit verknüpft, die der Philosoph Nassim Nicholas Taleb „Antifragilität“ genannt hat: Es geht darum, nicht zu zerbrechen. Noch weiter reicht der Begriff der Resilienz. Sie ist die Fähigkeit, an Krisen zu wachsen oder aus Fehlern so zu lernen, dass zukünftige schwierige Situationen zunehmend besser gemeistert werden können.

Aaron Antonovsky studierte in dieser Hinsicht das Schicksal von Frauen, die das KZ überstanden hatten. Er entdeckte, dass 29 % von ihnen ohne besondere Hilfen zu einem normalen Leben zurückfanden, und analysierte die Faktoren, die ihnen dabei zugutekamen, also ihre Resilienz stützten. Er stieß auf drei allgemein gültige Prozesse, die in jeder kritischen Situation, auch für Second Victims oder Third Victims (darunter versteht man die Organisationen, in denen Behandlungsfehler auftreten, also in unserem Fall die Krankenhäuser) gelten: Es soll die Überschaubarkeit, die Beeinflussbarkeit und die Sinnhaftigkeit der schwierigen Lage erhöht werden. Je besser ich einen gesetzten Schaden überblicke (und damit auch eingrenze), je mehr ich sofort oder später dagegen unternehmen kann und je größeren Wert der leidvolle Weg grundsätzlich besitzt, desto leichter lassen sich Second-Victim-Phänomene vermeiden oder mindern.

Literatur

[1] Houben P. et al. Fehler-und Komplikations-Management in der Chirurgie. *Chirurg* 2021;92:232–236

[2] Bryan J, et al Second victim syndrome in surgeons: systematic review and meta-analysis of the impact of adverse events on surgeons. *Br J Surg.* 2025 Dec 24;113(1):

[3] Sedile R et al. Understanding the Second Victim Phenomenon Among Healthcare Workers in an Italian Hospital. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2024 Dec 16;14(12):3073-3086.

[4] Moretti V. et al. The impact of the second victim phenomenon in an Italian Academic Hospital: a cross-sectional study. *Eur J of Public Health* 2021 31 (3), ckab 164. 668.

[5] Strametz R. et al. The second victim phenomenon: comprehensive support and systemic change in healthcare. *Internat J for Quality in Healthcare* 2.

Autor:innen des Artikels



Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Krankenhaus Brixen und Sterzing
Dantestraße 51
39042 Brixen (BZ)
Italien

[> kontaktieren](#)



Dr. med. Roger Pycha

Klinik für Psychiatrie
Krankenhaus Brixen
Dantestraße 51
39042 Brixen (BZ)
Italien

[> kontaktieren](#)

Schumacher G, Pycha R: Fehlerkultur in der Chirurgie und Second Victim Phänomen. Passion Chirurgie. 2026 April; 16(04): Artikel 09.