



Irmela Gnass
Erika Sirsch
(Hrsg.)

Die Komplexität des Schmerzes

Schmerzexpertise
nach dem EFIC-Curriculum

 **hogrefe**

Die Komplexität des Schmerzes

Die Komplexität des Schmerzes

Irmela Gnass, Erika Sirsch (Hrsg.)

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Heidi Höppner, Berlin; Heike Kubat, Feldbach;
Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum; Birgit Stubner, Regensburg;
Ursula Walkenhorst, Osnabrück; Claudia Winkelmann, Berlin

Irmela Gnass
Erika Sirsch
(Hrsg.)

Die Komplexität des Schmerzes

Schmerzexpertise nach dem EFIC-Curriculum

unter Mitarbeit von

Thomas Fischer

Jörg Freyhoff

Rita Görlich

Susanne Herzog

Franziskus Knoll

Kirsten Kopke

Katharina Lex

Sarah Löwe

Nadja Nestler

Paul Nilges

Sabine Nover

Maria Peters

Berta Schrems

Nadine Schüßler

Meike Schwermann

Gerlinde Strunk-Richter

Irmela Gnass, Ass.-Prof. Dr., Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Salzburg

Erika Sirsch, Univ.- Prof. Dr., Dekanin der Fakultät für Pflegewissenschaft, Lehrstuhl für Akutpflege, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Barbara Müller
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Doucefleur, GettyImages
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2022
© 2022 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96196-5)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76196-1)
ISBN 978-3-456-86196-8
<https://doi.org/10.1024/86196-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1 Definitionen	11
1.1 Phänomen Schmerz	13
<i>Irmela Gnass</i>	
1.1.1 Schmerz nach der International Association for the Study of Pain (IASP) ..	13
1.1.2 Diagnosen zum Schmerz	14
1.1.3 Fazit	18
1.2 Bezugsrahmen Kompetenz	20
<i>Erika Sirsch</i>	
1.2.1 Kompetenz auf struktureller Ebene	20
1.2.2 Kompetenz des Individuums	21
1.2.3 Aktuelle Informationen zu Kompetenzen	22
1.2.4 Fazit	22
1.3 Bezugsrahmen Komplexität	24
<i>Erika Sirsch, Irmela Gnass</i>	
1.3.1 Kriterien der Komplexität	25
1.3.2 Fazit: Key Points	25
2 Schmerz und Pflegewissenschaft	27
2.1 Schmerz und Pflegeforschung	29
<i>Thomas Fischer, Kirsten Kopke</i>	
2.1.1 Ergebnisse der Review zur schmerzbezogenen Pflegeforschung	30
2.1.2 Fazit	32
3 Komplexität des Phänomens Schmerz	37
3.1 Phänomen Schmerz und seine Mechanismen	38
<i>Jörg Freyhoff</i>	
3.1.1 Schmerzphysiologie und -pathophysiologie	38
3.1.2 Neuroanatomie der Schmerzweiterleitung	38
3.1.3 Pharmakologie von Schmerzen	40
3.1.4 Schmerzarten	42

3.1.5 Akuter Schmerz – chronischer Schmerz	43
3.1.6 Fazit und Reflexion	44
3.2 Komplexität chronischer Schmerzen	45
<i>Paul Nilges</i>	
3.2.1 Schmerz und somatische Befunde	45
3.2.2 Einflussfaktoren: Psyche, Placebo, Kontext	46
3.2.3 Psyche als Restkategorie	47
3.2.4 Revision der Schmerzdiagnosen in der ICD	48
3.2.5 Fazit und Key Points	48
3.3 Soziale Dimension von Schmerz	51
<i>Sabine Ursula Nover</i>	
3.3.1 Hintergrund	51
3.3.2 Geschichte der Rezeption von Schmerz	52
3.3.3 Soziale Wirkmacht von Schmerz	54
3.3.4 Fazit	56
3.4 Schmerz spirituell betrachtet	59
<i>Franziskus Knoll</i>	
3.4.1 Leitbegriffe	61
3.4.2 Evidenzen aus Theorie und Empirie	62
3.4.3 Fazit	63
3.5 Kulturelle Dimensionen des Schmerzerlebens	65
<i>Meike Schwermann</i>	
3.5.1 Mehrdimensionalität des Schmerzerlebens	65
3.5.2 Kulturell determinierte Deutungsmuster	67
3.5.3 Kultursensibles Schmerzmanagement	67
3.5.4 Fazit: Reflexion	69
3.6 Entscheidungsfindung	71
<i>Gerlinde Strunk-Richter</i>	
3.6.1 Modelle zur Entscheidungsfindung	71
3.6.2 Methoden zur Entscheidungsfindung	74
3.6.3 Prozess der Entscheidungsfindung	76
3.6.4 Fazit	77
4 Versorgungsbereiche	79
4.1 Ambulantes Setting	81
<i>Sarah Löwe</i>	
4.1.1 Leistungen und Angebote	82
4.1.2 Menschen mit Pflegebedarf und ihre pflegenden Angehörigen	84
4.1.3 Fazit: Bedeutung für künftige Modelle	90
4.2 Stationäre Altenpflege	92
<i>Erika Sirsch</i>	
4.2.1 Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung	92

4.2.2	Pflege als Teil der interprofessionellen Versorgung	93
4.2.3	Ärztliche Versorgung	94
4.2.4	Menschen mit Schmerzen in der stationären Langzeitpflege	95
4.2.5	Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie	95
4.3	Akutstationäre und postoperative Versorgung	98
	<i>Irmela Gnass</i>	
4.3.1	Versorgung im Krankenhaus	98
4.3.2	Schmerz und akutstationäre Aufnahme	99
4.3.3	Schmerz rund um Operationen	100
4.3.4	Fazit	103
4.4	Intensivstation	106
	<i>Rita Görlich</i>	
4.4.1	Definitionen und Begriffe	106
4.4.2	Formen von Intensivstationen	107
4.4.3	Hygiene	108
4.4.4	Situation des Personals	108
4.4.5	Situation der Patient*innen und Angehörigen	111
4.4.6	Fazit	114
4.5	Palliative Versorgung	116
	<i>Katharina Maria Lex</i>	
4.5.1	Definition und Begriffe	116
4.5.2	Versorgungsstrukturen	117
4.5.3	Fazit: Reflexion	121
5	Schmerzen bei spezifischen Personengruppen	123
5.1	Früh- und neugeborene Kinder	125
	<i>Maria Peters</i>	
5.1.1	Sensibilisierung der Sorgetragenden	125
5.1.2	Herausforderungen bei Schmerzerkennung und Behandlung	126
5.1.3	Nichtmedikamentöse Ansätze	128
5.1.4	Soziale Folgen	129
5.1.5	Fazit	130
5.2	Kinder und Jugendliche	135
	<i>Susanne Herzog</i>	
5.2.1	Prävalenz von Schmerzen	136
5.2.2	Folgen von Schmerzen	136
5.2.3	Schmerzwahrnehmung und -einschätzung	137
5.2.4	Psychoedukation bei chronischen Schmerzen	139
5.2.5	Fazit und Selbstreflexion	140
5.3	Menschen mit Demenz	142
	<i>Erika Sirsch</i>	
5.3.1	Dementielle Erkrankungen	142
5.3.2	Mythen in der Schmerzeinschätzung und -behandlung	143

5.3.3	Schmerz bei Menschen mit Demenz	143
5.3.4	Fazit	144
5.4	Menschen mit Behinderungen	147
	<i>Nadine Schübler</i>	
5.4.1	Formen von Behinderung und Bedeutung für Schmerzsituationen	147
5.4.2	Komplexe Beeinträchtigung	149
5.4.3	Besonderheiten in der Behindertenhilfe	149
5.4.4	Fazit und Reflexion	152
6	Interprofessionalität	155
6.1	Klärung der Begriffe zu Interprofessionalität	157
	<i>Erika Sirsch</i>	
6.1.1	Ziele der Interprofessionalität	158
6.1.2	Bedingungen der Interprofessionalität	158
6.1.3	Herausforderungen der Interprofessionalität	159
6.1.4	Chance und Bedeutung interprofessionellen Handelns	160
6.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit	162
	<i>Nadja Nestler</i>	
6.2.1	Definition und Begriffe	162
6.2.2	Schmerzmanagement	164
6.2.3	Versorgung von Menschen mit Akutschmerz	164
6.2.4	Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen	166
6.3	Dimensionen des Schmerzerlebens und Konsequenzen für die Pflegediagnostik	168
	<i>Berta Schrems</i>	
6.3.1	Die (Be-)Deutung des Schmerzes in der Pflege	168
6.3.2	Akute und chronische Schmerzen	170
6.3.3	Schmerz in Form von Angst und Leiden	170
6.3.4	Bewusstseinsförderung zum Schmerzerleben durch Fallarbeit	171
6.3.5	Ethische Komponenten des Schmerzmanagements	172
	Verzeichnis der Herausgeberinnen und Autor*innen	175
	Sachwortverzeichnis	179

Vorwort

Wir freuen uns, Ihnen mit diesem Buch die erste Ausgabe der Buchreihe *Schmerzexpertise* zu präsentieren.

Schmerz ist eines der Phänomene, die schon immer eine Qual für die Menschheit dargestellt haben. Das Phänomen hat sich in Forschung, Lehre und der klinischen Versorgungspraxis aufs Vielfältigste entwickelt. Neben dem grundlegenden Verständnis zur Schmerzentstehung und -wahrnehmung zeigt sich dessen Komplexität auch in diversen schmerztherapeutischen Möglichkeiten und Versorgungsbereichen. Das Gesundheitswesen wie auch Veränderungen bei den Gesundheitsberufen tragen zur Komplexität einer multiprofessionellen Perspektivität auf den Schmerz bei. Das Zusammenspiel der Akteure und die unterschiedlichen Versorgungsberei-

che und -möglichkeiten weisen an sich schon eine Komplexität auf und unterliegen mit neuen Erkenntnissen zum Phänomen Schmerz einem stetigen Wandel.

Wir freuen uns mit diesem Buch Grundlagen zu liefern, die in den weiteren Ausgaben dieser Buchreihe dem Wandel zum Phänomen Schmerz und der notwendigen Schmerzexpertise beitragen, auch mit Blick auf die Inhalte des *Core Curriculum for the European Diploma in Pain Nursing*. In diesem ersten Band laden wir Sie ein, die unterschiedlichen Aspekte des Phänomens Schmerz und dessen Komplexität auch mit Blick auf unterschiedliche Versorgungsbereiche zu erkunden.

Viel Freude beim Lesen,
Irmela Gnass und Erika Sirsch

1

Definitionen

In Themenbereich **Definitionen** freuen wir uns, Ihnen aktuelle Beschreibungen im Kontext von Schmerz und Schmerzmanagement darzustellen. Für ein umfängliches Bild auf das Phänomen Schmerz und seine Komplexität werden internationale und bezugswissenschaftliche Definitionen ausgeführt.

1.1 Phänomen Schmerz

Irmela Gnass

In dem folgenden Abschnitt werden sowohl Definitionen zum Phänomen Schmerz als auch deren Entwicklungen berichtet. Des Weiteren werden Begriffe, Definitionen und Diagnosen für wesentliche Schmerzarten vorgestellt. Ein kurzer Ausflug zur International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation rundet den Beitrag mit Blick auf deren klinische Nutzung ab.

1.1.1 Schmerz nach der International Association for the Study of Pain (IASP)

Das Erleben von Schmerz ist ein stark subjektives Empfinden. Um ein gemeinsames Verständnis vom Phänomen Schmerz als Wahrnehmung zu bekommen, gibt es schon seit vielen Jahrzehnten eine Definition. Die erste Definition zum Schmerz aus dem Jahr 1979 wurde von einer Arbeitsgruppe der Internationalen Association for the Study of Pain (IASP) entwickelt und 2011 überarbeitet (International Association for the Study of Pain (IASP), 2021). Für die aktuelle Überarbeitung der Definition gab es einen umfänglichen Diskurs in der Fachliteratur. Hierbei standen die Kommunikationsmöglichkeiten bzw. die Art der Mitteilung von Schmerz bei kognitiven Beeinträchtigungen genauso im Fokus wie die Notwendigkeit, alle Dimensionen eines biopscho-sozialen Phänomens in der Definition festzuhalten (Brodal, 2017; Cohen et al., 2018; Tesarz & Eich, 2017; Williams & Craig, 2016). Eine Diskussion, die bereits 1977 von Engel als Paradigmenwechsel für die Betrachtung von Schmerz angeführt wurde (Engel, 1977).

Mit der Einführung der neuen Definition beschreibt die International Association for the Study of Pain (IASP), dass mit der „alten“ Definition die Gefahr der Fehlinterpretation in dem Maße bestand, dass Kinder, ältere Menschen

und andere Gruppen, die sich nicht verbal äußern können – sogar Tiere – von der Definition nicht genügend berücksichtigt wurden. Die aktuelle Definition für den Schmerz lautet:

„An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage“ (International Association for the Study of Pain (IASP), 2021).

Somit wird der Schmerz als unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung beschrieben, die mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung verbunden ist oder dieser ähnelt. Zur Verdeutlichung weiterer Aspekte bzw. Dimensionen, die im Zusammenhang mit dem Schmerz bzw. der Definition betrachtet werden sollten, liefert die International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force auf der Homepage sechs wichtige Hinweise:

- Schmerz ist immer eine persönliche Erfahrung, die in unterschiedlichem Maße von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird.
- Schmerz und Nozizeption sind unterschiedliche Phänomene. Schmerz lässt sich nicht allein aus der Aktivität der sensorischen Neuronen ableiten.
- Durch ihre Lebenserfahrungen lernen Individuen das Konzept des Schmerzes.
- Der Bericht einer Person über eine Erfahrung als Schmerz sollte respektiert werden.
- Obwohl Schmerzen in der Regel eine adaptive Funktion haben, können sie negative Auswirkungen auf die Funktion und das soziale und psychische Wohlbefinden haben.
- Die verbale Beschreibung ist nur eine von mehreren Verhaltensweisen, um Schmerzen auszudrücken; die Unfähigkeit zu kommunizieren schließt die Möglichkeit nicht aus, dass ein Mensch oder ein nicht-menschliches Tier Schmerzen erlebt [freie Übersetzung der Autorin] (International Association for the Study of Pain (IASP), 2021).

Die Mitglieder der Task Force beschreiben die verwendeten Konzepte, Herausforderungen und auch Kompromisse bei der Erstellung der Definition und halten fest, dass nun eine Definition vorliegt, die von Personen im Gesundheitswesen, Wissenschaftler*innen, Forscher*innen, Regierungen und nicht Regierungsorganisationen bis hin zur Weltgesundheitsorganisation eine hohe Akzeptanz erfährt (Raja et al., 2020).

Neben der generellen Definition des Phänomens Schmerz hat die International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force für die Taxonomie weitere Definitionen erarbeitet, die z.B. Schmerzen mit Blick auf spezifische Strukturen, „neuropathischer Schmerz“ oder den engen Zusammenhang des Schmerzerlebens, „Schmerzschwellenwert“ bzw. Schmerztoleranzgrenze in den Blick nehmen (International Association of Pain (IASP) Taxonomie Workgroup, 2021). Für einen detaillierten Einblick in alle Definitionen bietet sich das barrierefrei zugängliche E-Book „Classification of chronic pain, Second Edition (Revised)“ an (International Association of Pain (IASP) Taxonomie Workgroup, 2021).

Zu guter Letzt kann festgehalten werden „nach der Aktualisierung ist vor der Aktualisierung“, denn in der Fachliteratur sind bereits erste Diskussionsbeiträge als Reaktion auf die aktuelle Definition von Schmerz gesichtet worden. Deren Argumente für eine Anpassung nehmen Bezug auf den Abschnitt der Definition zur „tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung“ (Aydede, 2019; Bernstein, 2020).

1.1.2 Diagnosen zum Schmerz

Die Möglichkeit, Diagnosen zum Schmerz zu vergeben, sind vielfältiger als es zunächst erscheinen mag. Daher werden im Folgenden medizinische, pflegerische und bezugswissenschaftliche Diagnosen vorgestellt, die ebenfalls Schmerzdefinitionen enthalten. Auf die Relevanz der „richtigen“ Diagnosestellung wird nicht an dieser Stelle eingegangen, son-

dern in den noch folgenden Kapiteln dieser Buchreihe.

Diagnosen Schmerz – ICD-10

„Die ‚Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme‘ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für ‚International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems‘, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen (Bundesgesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021).

Die ICD dient im Allgemeinen der Verschlüsselung von medizinischen Diagnosen und enthält spezifische Codes zu Schmerz. Im Kapitel XVIII „Symptome und abnormale klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ findet man in die Gruppe R50-R69 „Allgemeinsymptome“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2020).

Die **Tabelle 1-1** zeigt die ICD-10 Codes für Schmerz und differenziert, welche Schmerzformen bzw. Körperregionen in den Codes in- und exkludiert sind.

Für z. B. den Code R52.0 „Akuter Schmerz“ ist an dieser Stelle keine Definition hinterlegt, dies ggf. mit gutem Grund, da es für diesen Sachverhalt ebenfalls einen umfangreichen Diskurs gibt, nämlich bezüglich des Konzeptumfangs, also in welchen Fällen noch von einem akuten Schmerzgeschehen gesprochen werden sollte. Im Sinne eines Wahnsignals/normale physiologische Reaktion des Körpers auf eine Schädigung des Gewebes wird hier auch von „nozizeptischem Schmerz“ gesprochen. Diese Klassifizierung ermöglicht einerseits die Abgrenzung zum „neuropathischen Schmerz“ und andererseits zum „chronischen Schmerz“.

Tabelle 1-1: ICD-10 Diagnosen für Schmerz

Code	Beschreibung
R52.-	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
	Inkludiert Schmerz, der keinem bestimmten Organ oder keiner bestimmten Körperregion zugeordnet werden kann
	Exkludiert Chronisches Schmerzsyndrom mit andauernder Persönlichkeitsänderung (F62.80)
	Kopfschmerz (R51)
	Nierenkolik (N23)
	Schmerzen: Abdomen (R10.-) Auge (H57.1) Becken und Damm (R10.2) Extremität (M79.6-) Gelenk (M25.5-) Hals (R07.0) Lumbalregion (M54.5) Mamma (N64.4) Ohr (H92.0) psychogen (F45.40) Rücken (M54.9-) Schulter (M25.51) Thorax (R07.1-R07.4) Wirbelsäule (M54.-) Zahn (K08.88) Zunge (K14.6)
R52.0	Akuter Schmerz
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet – Diffuser Schmerz o.n.a.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Version ICD-11 wurde der chronische Schmerz überarbeitet (Treede et al., 2018). Der chronische Schmerz gliedert sich nun in den primären und sekundären chronischen Schmerz. Mit der Beschreibung des primären chronischen Schmerzes – dauerhafter oder wiederkehrender Schmerz in einem Zeitraum von drei Monaten – wird dann auch die Trennung zwischen akutem und (primär) chronischem Schmerz festgelegt.

Die Unterteilung in a) primären und b) sekundären chronischen Schmerz laut ICD-

11 zeigt die Differenzierung in a) in einer oder mehreren anatomischen Regionen und für b) Schmerzen, die sich ursächlich von einer spezifischen Grunderkrankung begründen lassen (Büscher et al., 2020). Weitere Details zur neuen Codierung bzw. Definition können der **Abbildung 1-1** entnommen werden.

Im Gegensatz zu akuten Schmerzen bieten chronische Schmerzen keine Warnfunktion vor aktueller oder potenzieller Schädigung, sondern bestehen als komplexes Phänomen, bei

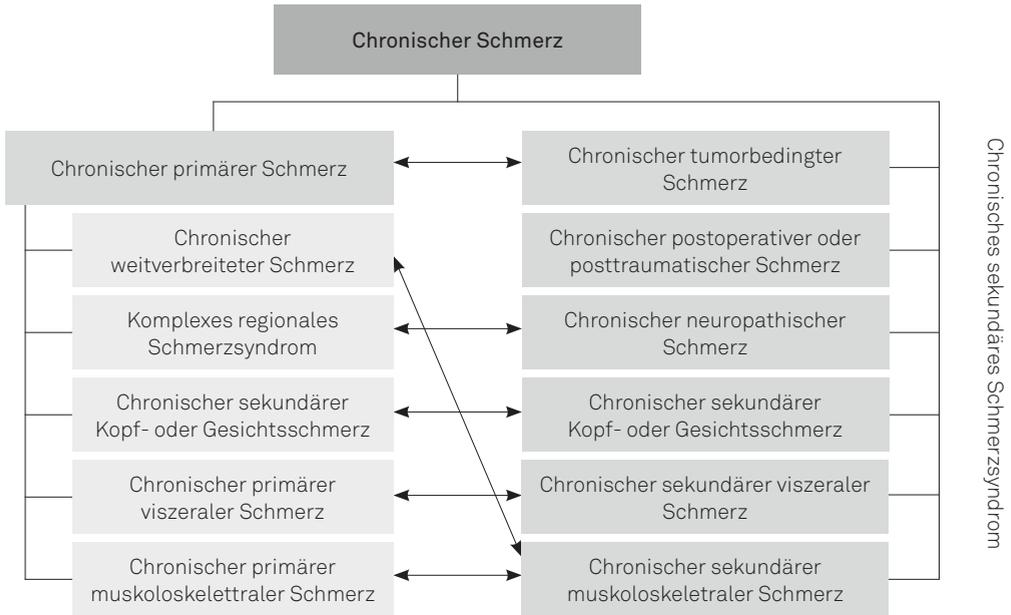


Abbildung 1-1: Definition chronischer Schmerz – ICD-11 (eigene Darstellung, adaptiert von Treede et al., 2018)

dem sich sowohl Einflussfaktoren als auch Auswirkungen auf emotionaler, psychischer und sozialer (spiritueller/kultureller) Ebene zeigen (Büscher et al., 2020).

Diagnosen Schmerz – NANDA-I

Die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ist eine internationale Vereinigung, deren Mitglieder in den frühen 1970er-Jahren erkannten, dass Pflegefachpersonen eigenständig diagnostizierten. Aus diesem Grund beschrieben sie für die Entwicklung der NANDA-I Definitionen und Klassifikationen: „Analog zu den medizinischen Diagnosen der Ärzte sollten Pflegefachpersonen etwas in der Hand haben, um ihren ganzheitlichen Tätigkeitsbereich zu dokumentieren“ (Herdman & Kamitsuru, 2019, S. 16).

In den insgesamt 13 angeführten Domänen findet man den Schmerz in der „Domäne 12. Comfort – Klasse 1. Physischer Comfort“ wieder. In **Tabelle 1-2** sind nur Pflegediagnosen „Schmerz“ dargestellt, neben weiteren Diagnosen in dieser Klasse.

Um hier nur eine Pflegediagnose konkreter zu betrachten, fiel die Entscheidung auf die Pflegediagnose „Akuter Schmerz“, da dieser in der regelhaften Aktualisierung der Pflegediagnosen eine Überarbeitung erfahren hatte. Die Definition wurde überarbeitet und die zeitliche Einschränkung von mehr als drei Monaten hinzugefügt, damit diese mit der Definition von „Chronischer Schmerz“ übereinstimmt. Für die Pflegediagnose „Chronischer Schmerz“ (Diagnosecode 0133 – chronic pain) wird die folgende Definition angeführt:

Unangenehme sensorische und emotionale Erfahrungen, die von aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigungen herrührt oder als solche Schädigung beschrieben werden kann (International Study of Pain), plötzlich oder allmählicher Beginn mit einer Intensität von leichter bis schwer, konstant oder wiederkehrend auftretend, ohne ein erwartetes oder vorhersehbares Ende und einer Dauer von mehr als 3 Monaten (Herdman & Kamitsuru, 2019, S. 512)

Tabelle 1-2: Pflegediagnosen Schmerz (NANDA-I)

Domäne 12. Comfort
Klasse 1. Physiologischer Comfort
Chronisches Schmerzsyndrom
Geburtsschmerz
Akuter Schmerz
Chronischer Schmerz

Schaut man sich den Diskurs der medizinischen Diagnoseentwicklung zur Codierung der „ICD-11 – Chronischer Schmerz“ an, so steht zu vermuten, dass für die Jahre 2021 bis 2023 auch eine Anpassung in den NANDA-I-Pflegediagnosen zu erwarten ist.

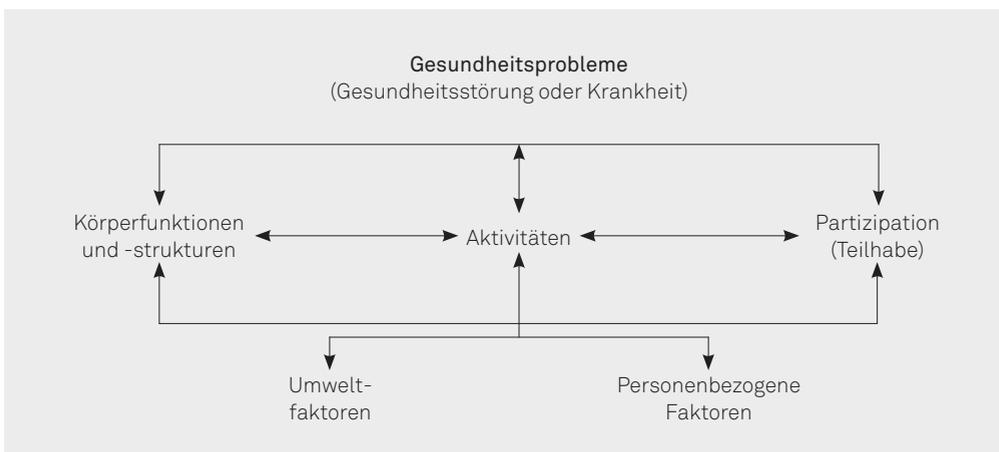
Zu jeder NANDA-I-Pflegediagnose werden sogenannte „bestimmende Merkmale“ dargelegt, die einerseits körperliche Veränderung aufgrund des Schmerzes aufzeigen, z. B. „Anorexie“, „Veränderung des Schlafverhaltens“ und andererseits aber auch handlungsorientierte Merkmale beschreiben, z. B. „Selbstbeurteilung der Intensität mithilfe einer standardisierten Schmerzskala“ (Herdman & Kamitsuru, 2019, S. 512). Des Weiteren werden umfangreiche Auflistungen geboten, die beeinflussende Faktoren, Risikogruppen und assoziierte Bedingungen zur Pflegediagnose „Chronischer Schmerz“ darstellen. Diese Auflistungen sind

sicherlich als hilfreich zu werten in einer differenzierten Erstellung einer Pflegediagnose.

Schmerz in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) -Klassifikation

Die (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)) gehört zur Familie der Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie schon die ICD-Klassifikation. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), die 2001 die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap (ICIDH)) ablöste, liegt nun seit 2005 in Deutsch vor. Das Besondere an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) liegt in der theoretischen Grundlegung des bio-psycho-sozialen Modells. Somit ist primär keine defizitorientierte Klassifikation entstanden, vielmehr klassifiziert sie Komponenten von Gesundheit: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2005).

Die **Abbildung 1-2** zeigt die einzelnen Komponenten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und deren Wechselwirkungen. Weisen in dieser Klassi-

**Abbildung 1-2:** Komponenten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)