



Irmela Gnass
Erika Sirsch
(Hrsg.)

Die Komplexität des Schmerzes

Schmerzexpertise
nach dem EFIC-Curriculum

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 Manuskriptherstellung 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: Doucefleurf, 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 <i>Irmela Gnass</i>	13
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 <i>Erika Sirsch</i>	20
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 <i>Erika Sirsch, Irmela Gnass</i>	24
1.3.1 Kriterien der Komplexität	25
1.3.2 Fazit: Key Points	25
2 Schmerz und Pflegewissenschaft	27
2.1 Schmerz und Pflegeforschung <i>Thomas Fischer, Kirsten Kopke</i>	29
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 <i>Jörg Freyhoff</i>	38
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 Schüßler</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 umfänglichen 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

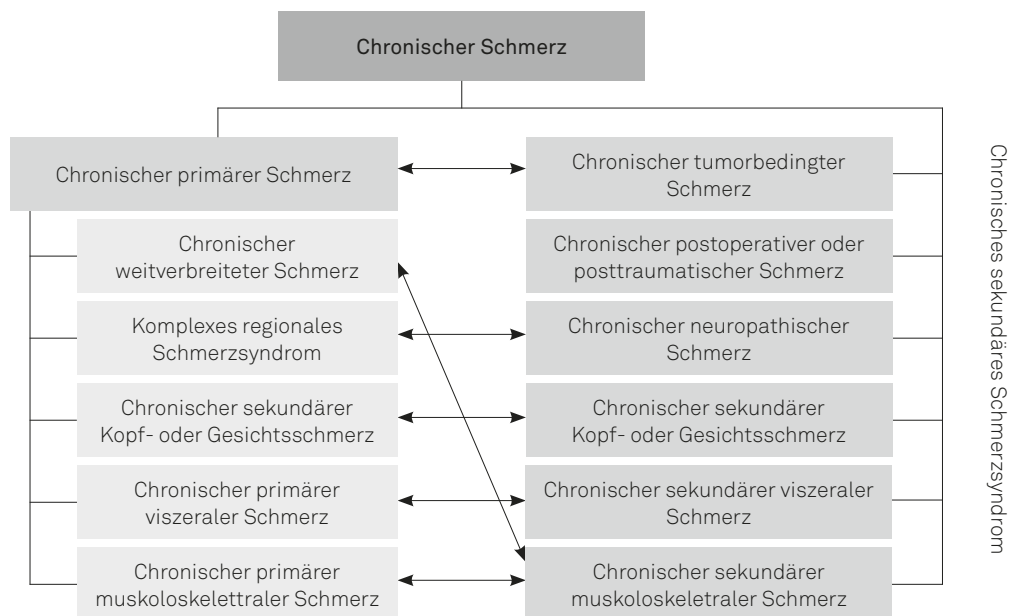


Abbildung 1-1: Definition chronischer Schmerz – ICD-11 (eigene Darstellung, adaptiert von Treede et al., 2018)

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.

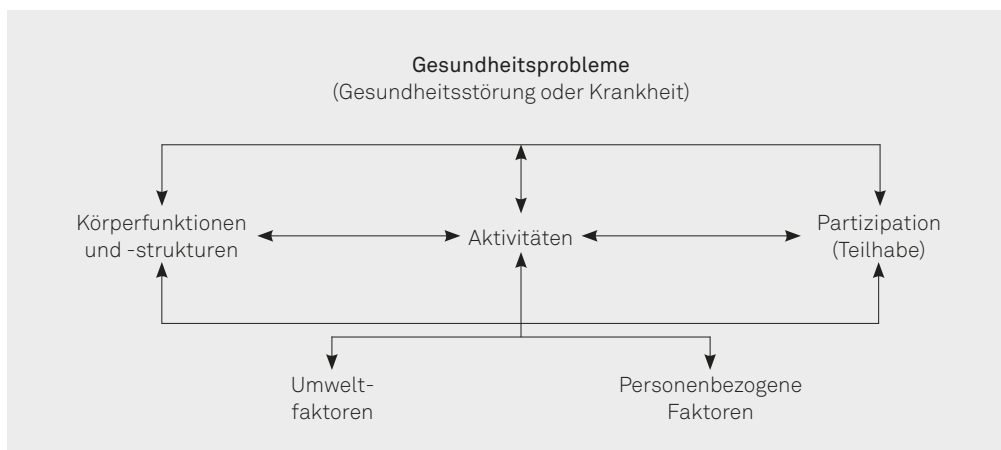
Zu jeder NANDA-I-Pflegediagnose werden sogenannte „bestimmende Merkmale“ dargelegt, die einerseits körperliche Veränderung aufgrund des Schmerzes aufzeigen, z. B. „Anorexie“, „Veränderung des Schlafverhaltens“ und andererseits aber auch handlungsorientierte Merkmale beschreiben, z. B. „Selbstbeurteilung 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)

fikation die Komponenten „Gesundheitsproblem“ und „Körperfunktionen/-strukturen“ noch eine gewisse Nähe zum Verständnis der ICD auf, so zeigen die Komponenten „Aktivitäten“ und „Partizipation“ eine Teilhabeorientierung und die Komponenten „Umweltfaktoren“ und „personbezogene Faktoren“ eine Kontextorientierung. Diese Orientierungen und ihre Wechselwirkungen stärken das umfängliche Verständnis des jeweiligen Gesundheitsproblems des Individuums. Mit der Fokussierung auf den Schmerz ist es derzeit möglich, vier Formen von Schmerz im International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core-Set für muskuloskelettale Erkrankungen zu betrachten:

- Generalisierter Schmerz umfassend
- Generalisierter Schmerz kurz
- Lumbaler Rückenschmerz umfassend
- Lumbaler Rückenschmerz kurz

Es besteht die Möglichkeit, mittels eines Online-Tools für die gewählte Klassifikation einen International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) -basierten Dokumentationsbogen zu erstellen (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Research Branch, 2021). Wählt man eine dieser Core-Sets für die Erstellung, so sieht man eine umfängliche Liste mit ICF-Kategorien, die im International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) -Core-Set enthalten sind. In dem generierten Dokumentationsbogen steht dann für die enthaltenen Kategorien jeweils eine Definition, z. B. „Schmerz – Empfinden eines unangenehmen Gefühls, das mögliche oder tatsächliche Schäden einer Körperstruktur anzeigt Inkl.: Allgemeiner oder umschriebener Schmerz in einem oder mehreren Körperteilen, Schmerz in einem [sic]“ (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Research Branch, 2021, S. 4). Zu guter Letzt kann eine standardisierte Einschätzung von „Keine Schädigung (0)“ bis „Volle Schädigung (4)“ bzw. „Nicht spezifiziert (8)“ oder „Nicht Anwendbar (9)“ vorgenommen werden.

1.1.3 Fazit

Um ein komplexes Phänomen wie den Schmerz klar verständlich und mit allen Facetten angemessen zu beschreiben, liegen Definitionen, Begriffe und Klassifikationen vor, die die subjektiven Erfahrungen der von Schmerz betroffenen Menschen festlegen. Daher können hier ein paar Fragen gestellt werden: Sind die von Ihnen betreuten Personengruppen in der generellen Definition Schmerz mit abgebildet? Oder erzeugen erst die weiteren „wichtigen Hinweise“ zur Definition das notwendige Verständnis?

Zu guter Letzt kann vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Diagnosen, Definitionen, Klassifikationen zum Schmerz kritisch reflektiert werden: braucht es diese Definitionen für unterschiedliche Professionen? Und inwieweit sind diese als handlungsorientierende Grundlage in Ihrer täglichen Praxis nützlich? Die Diskussionskultur für die weitere Entwicklung ist lebendig, inwieweit würden Sie sich dieser anschließen?

Literatur

- Aydede, M. (2019). Does the IASP definition of pain need updating? *PAIN reports*, 4(5), e777. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000777>
- Bernstein, L.R. (2020). A pragmatic, general definition of pain. *PAIN reports*, 5(2), e813. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000813>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>
- Brodal, P. (2017). Do we need an updated definition of pain? *Scandinavian Journal of Pain*, 17(1), 444. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.08.012>
- Büscher, A., Blumenberg, P. & Krebs, M. (Hrsg.). (2020). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege* (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Aktualisierung 2020). Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Cohen, M., Quintner, J. & van Rysewyk, S. (2018). *Reconsidering the International Association for*

- the Study of Pain definition of pain. *PAIN reports*, 3(2), e634. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2020). *ICD-10-GM Version 2020. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Herdman, H. T. & Kamitsuru, S. (2019). *Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation 2018-2020*. Kassel: Recom GmbH.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2021, 24. Juli). *Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised)* – IASP. Verfügbar unter <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677>
- International Association for the Study of Pain (IASP). Taxonomie Workgroup. (2021). *IASP Terminology – Definition of Pain*. Verfügbar unter <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Research Branch. (2021). *ICF-Dokumentation. Erzeugung eines ICF-basierenden Dokumentationsbogens*. Verfügbar unter <https://www.icf-core-sets.org/de/page0.php>
- Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F.J., Mogil, J.S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P.R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161(9), 1976-1982.
- Tesarz, J. & Eich, W. (2017). A conceptual framework for „updating the definition of pain“. *PAIN*, 158(6), 1177-1178. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000878>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M.I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N.B., First, M.B., Giamberardino, M.A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ..., Wang, S.J. (2018). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*, 160(1), 19-27.
- Williams, A.C.d.C. & Craig, K.D. (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*, 157(11), 2420-2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>

Weiterführende Literatur

- Bundesgesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021). *ICD*. Verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8670

1.2 Bezugsrahmen Kompetenz

Erika Sirsch

Der Bologna Prozess, der im Jahr 1999 auf europäischer Ebene begann, hatte zum Ziel, die Ausbildungsziele zu vereinheitlichen. Die Durchgängigkeit des Ausbildungssystems und die Beschäftigung im europäischen Kontext sollten vereinfacht werden. Dazu wurde u.a. eine vereinheitlichte Orientierung an Kompetenzen, weniger an einzelnen Wissensständen angestrebt. Für Deutschland wurde der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) mit acht Niveaus zur allgemeinen Beschreibung der Kompetenzen im deutschen Bildungssystem beschrieben¹.

1.2.1 Kompetenz auf struktureller Ebene

Dieser Qualifikationsrahmen umfasst acht Niveaus zur beruflichen und hochschulischen Bildung auf struktureller Ebene. Auf der Homepage des Bundesministeriums für Bildung und Forschung² werden die Kompetenzstufen (DQR Niveaus) wie folgt definiert (**Abbildung 1-3**):

Die Niveaus 1–3 umfassen berufliche Ausbildungen, die unterstützenden Charakter haben.

„Das Niveau 1 beschreibt Kompetenzen, die zur Erfüllung einfacher Anforderungen erforderlich sind, in einem überschaubar und stabil strukturierten Lern- oder Arbeitsbereich angesiedelt sind und unter Anleitung erbracht werden.“

Auf dem Niveau 2 werden Kompetenzen zur fachgerechten Erfüllung grundlegender Anforderungen

in einem überschaubar und stabil strukturierten Lern- oder Arbeitsbereich beschrieben, die weitgehend unter Anleitung erbracht werden.

Das Niveau 3 beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Erfüllung fachlicher Anforderungen in einem noch überschaubaren und zum Teil offen strukturierten Lernbereich oder einem beruflichen Tätigkeitsfeld.“

Die Niveaus 4–5 umfassen fachschulische Ausbildungen, die in der Pflege die Ausbildung zur Pflegefachfrau/ zum Pflegefachmann und Fachweiterbildungen wie bspw. Anästhesie- und Intensivpflege umfassen.

„Auf dem Niveau 4 werden Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen beschrieben, die in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld erbracht werden.“

Niveau 5 beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen, die in einem komplexen, spezialisierten und sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld erbracht werden.“

Die Niveaus 6–8 umfassen akademische Ausbildungen, in der Pflege ein Bachelor- oder Masterabschluss, bspw. Advanced Practice Nurse (APN) und auf dem Niveau 8 die Promotion.

„Auf dem Niveau 6 werden Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld beschrieben. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet. Das bedeutet von der fachschulischen dreijährigen Ausbildung als Pflegefachperson bis hin zur mit Masterabschluss.“

1 (<https://www.dqr.de/content/2314.php> / Zugriff 30.06.2021)

2 (<https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/deutscher-qualifikationsrahmen-dqr-niveaus.html> / Zugriff 11.11.2021)

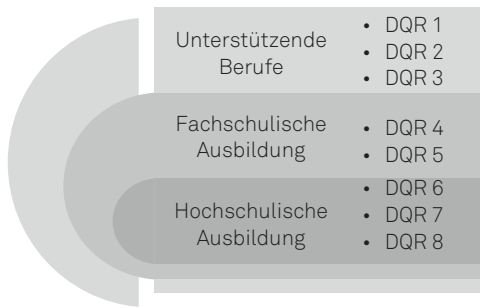


Abbildung 1-3: DQR Stufen des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR) (eigene Darstellung)

Auf dem Niveau 7 werden Kompetenzen zur Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategisch orientierten beruflichen Tätigkeitsfeld beschrieben, deren Anforderungsstruktur durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet ist.

Auf dem Niveau 8 werden Kompetenzen zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld beschrieben, deren Anforderungsstruktur durch neuartige und unklare Problemlagen gekennzeichnet ist.“

Diese Beschreibungen für die DQR Stufen 6–8 (**Tabelle 1-3**) greift der spezifische Fachqualifikationsrahmen Pflege (FQR Pflege) auf. Die Autor*innen formulieren spezifisch für die akademische Pflege Kompetenzlevel entlang des Pflegeprozesses. Der FQR differenziert die Fachkompetenz ebenso wie der DQR in *Wissen* und *Haltung*. Die personale Kompetenz wird über *Haltung* abgebildet. In der Ausdifferenzierung werden die Kompetenzen *Kenntnisse*, *Verständnis* und *Erkenntnisse* unter dem Begriff des *Wissens* verortet. Der Begriff der *Fertigkeiten* umfasst die *Analyse*, die *Planung*, die *Durchführung* und die *Evaluation*, während sich die Kompetenz der *Haltung* auf die *Professionalität* stützt. Diese Beschreibungen des

FQR formulieren die Kompetenzniveaus für die akademische Pflege ebenso wie der DQR auf der strukturellen Ebene (Dangel et al., 2013).

1.2.2 Kompetenz des Individuums

Neben der Beschreibung der Bildungsniveaus auf der Strukturebene kann die Kompetenz auch auf das Individuum, die individuelle Person, bezogen werden. Dangel et al. (2013, S. 14) beschreiben, dass Kompetenz der handelnden Person sich situativ und „im Wechselspiel mit der jeweiligen Umgebung“ entfaltet. Dütthorn (2015, S. 3) beschreibt Kompetenz als „(...) Prämissen der Subjektorientierung“ und als „ganzheitliches Handlungspotential“ von individuell Pflegenden. Kompetenzen beziehen sich dabei jeweils auf die Komplexität der Handlungen, die Selbstständigkeit und Verantwortung der handelnden Personen.

Allerdings wird die Kompetenzebene der individuellen Personen, die Subjektebene, im europäischen Kontext unterschiedlich definiert. Auch für den deutschen Sprachraum liegt keine völlig einheitliche Definition von Kompetenz zugrunde (Dütthorn, 2014). Eine dieser Definitionen wird durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (bibb) zur Verfügung gestellt (Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung, 2016) (**Tabelle 1-3**). Darin wird die *Fachkompetenz* in Wissen und Fertigkeiten unterteilt, die *Personale Kompetenz* in Sozialkompetenz und Selbstständigkeit.

Dangel et al. (2013) beziehen sich bei der Definition der professionellen Handlungskompetenz ebenfalls auf die Fachkompetenz und die personale Kompetenz der Pflegefachpersonen. Die Definition der personalen Kompetenz des bibb greift allerdings aus Sicht der Autorengruppe Dangel et al. (2013) für die Pflege zu kurz, sie verstehen unter personaler Kompetenz *Haltung*, die *Professionalität*, bzw. die professionelle Perspektive der Pflegefachfrauen und -männer.

Tabelle 1-3: Kompetenzdimensionen des DQR (Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung, 2016). Verfügbar unter <https://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA160.pdf>

Kompetenzdimensionen des Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)			
Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstständigkeit
Tiefe und Breite	Instrumentelle und systemische Fertigkeiten, Beurteilungsfähigkeit	Team- / Führungsfähigkeit, Mitgestaltung & Kommunikation	Eigenständigkeit / Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz
Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten Berufliche Handlungsfähigkeit nach BBIG/HWO			
Die berufliche Handlungsfähigkeit schließt insbesondere die Befähigung zum selbstständigen Planen, Durchführen und Kontrollieren ein			

1.2.3 Aktuelle Informationen zu Kompetenzen

Das neue Curriculum zum pflegerischen Schmerzmanagement (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. & Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflegefortbildung & Schmerz, 2021) greift diese Definition der Kompetenzorientierung auf. Darin werden unter *Fachkompetenz* das *Wissen* und die *Fertigkeiten* zum pflegerischen Schmerzmanagement beschrieben (Tabelle 1-4). Das Wissen umfasst Kenntnisse, Verständnis und auch wissenschaftliche Erkenntnisse. Unter Fertigkeiten werden die Analyse, die Planung, die Durchführung und die Evaluation pflegerischer Handlungen subsumiert. *Haltung* bündelt die soziale Kompetenz, die professionelle Haltung und die Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen. Ein Beispiel aus dem Curriculum, die Kompetenzbeschreibungen im Verantwortungsbereich *Beschreibung grundlegender bio-psycho-sozialer Faktoren* kann das deutlich machen:

1.2.4 Fazit

Kompetenzen, die auf der individuellen Ebene betrachtet werden, müssen auf die strukturelle Ebene übertragen werden und vice versa. Das bedeutet, dass *Wissen*, die *Fertigkeiten* und die *Haltung*, die auf der strukturellen Ebene erfor-

derlich sind, im jeweiligen DQR-Niveau bekannt und unterrichtet werden müssen. Die Kompetenzen der individuell handelnden Personen und die strukturellen Anforderungen und Kompetenzen müssen abgeglichen werden und um die Perspektive der Menschen mit Schmerz erweitert werden, um ein angemessenes Schmerzmanagement zu ermöglichen.

Literatur

Dangel, B., Dütthorn, N., Fesenfeld, A., Greb, U., Hülsken-Giesler, M., Korporal, J., Müller, A.C., Recken, H. & Sieger, M. (2013). *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung* (FQR Pflege 6–8). Berlin: Verlag Purschke + Hensel GmbH.

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. & Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflegefortbildung & Schmerz. (2021). *Curriculum zum pflegerischen Schmerzmanagement*. Verfügbar unter <https://www.schmerzgesellschaft.de>

Dütthorn, N. (2014). *Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum: Eine empirische Studie in den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland* (Pflegewissenschaft und Pflegebildung). Osnabrück: V&R unipress.

Dütthorn, N. (2015). *Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum – eine empirische Studie zur Inhomogenität des Kompetenzbegriffs. Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*. Verfügbar unter <https://www.bwpat.de/ausgabe/spezi10/duetthorn>

Tabelle 1-4: Curriculum zum pflegerischen Schmerzmanagement (Auszug)

Kompetenzniveau	Wissen	Fertigkeiten	Haltung
4 Verantwortungsbereich: Beschreibung grundlegender bio-psycho-sozialer Faktoren	Die Pflegefachperson kann: • Menschen mit Schmerzen in ihrer Individualität in kognitiven, sensorischen und affektiven Dimensionen aus biopsychosozialer Perspektive und die Auswirkungen auf ihre Angehörigen beschreiben.	Die Pflegefachperson kann: die Individualität des Schmerzerlebens berücksichtigen.	Die Pflegefachperson kann: die Individualität des Schmerzerlebens verstehen.
5 Verantwortungsbereich: Beschreibung erweiterter bio-psycho-sozialer Faktoren	Die Pflegefachperson kann über die Kompetenzen der Stufe 4 hinaus: • individuelle erweiterte bio-psycho-soziale Einflussfaktoren differenziert benennen • erweitertes Wissen über akute, chronische und Tumorschmerzen darlegen • Mechanismen der Chronifizierung benennen • die Bedeutung von sozialen Rollen für Menschen mit Schmerzen bezogen auf Schule, Arbeit, Finanzen, Wohnen und Freizeitaktivitäten wiedergeben.	Die Pflegefachperson kann über die Kompetenzen der Stufe 4 hinaus: • individuelle Einflussfaktoren auf das Schmerzerleben im Schmerzmanagement berücksichtigen • die Selbstständigkeit und das Selbstmanagement des Menschen mit Schmerzen fördern.	Die Pflegefachperson kann über die Kompetenzen der Stufe 4 hinaus: • ein Verständnis für die kognitiven, sensorischen und affektiven Dimensionen zeigen • die Bedeutung eines wertschätzenden Miteinanders zur Stärkung autonomer Entscheidungsfindung und Selbstpflegekompetenz vertreten.

Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung. (2016). *Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung vom 26. Juni 2014 – geändert am 21. Juni 2016 – zur Struktur und Gestaltung von Ausbildungsordnungen – Ausbildungsberufsbild, Ausbildungsrahmenplan Verzeichnis ausgewählter Beschlüsse zur beruflichen Bildung*. Verfügbar unter <https://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA160.pdf>

1.3 Bezugsrahmen Komplexität

Erika Sirsch, Irmela Gnass

Der Begriff Komplexität wird im Kontext der pflegerischen Versorgung genutzt und hat inzwischen sogar in die Gesetzgebung Einzug gehalten. So ist bspw. in der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV)“ in § 9 festgehalten, dass Pflegefachpersonen in der praktischen Prüfung, die zur Pflege von Menschen in komplexen Pflegesituationen erforderlichen Kompetenzen nachweisen müssen, in § 32 wird auch die entsprechende Kompetenz zur Pflege in hochkomplexen Pflegesituationen gefordert (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) & Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2018). Der Begriff wird unterschiedlich genutzt und eine allgemein gültige Definition von komplexer Pflege liegt nicht vor. Es werden derzeit allerdings unterschiedliche Ansätze verfolgt, zu beschreiben was komplexen Pflegesituationen verstanden wird.

Eine Definition von Komplexität für die Intensivpflege bietet das im Jahr 2020 ins Deutsche übersetzte Synergiemodell von Hardin und Kaplow (2020) an. Die Autor*innen beschreiben, dass es sich bei komplexen Situationen oder Zuständen nicht nur um Krankheitssituationen handelt, vielmehr auch um „(...) vielschichtige Verflechtung von zwei oder mehr Systemen (z.B. Körper, Familie, Therapie)“. Diese körperliche, soziale und spirituelle Einheit ist grundlegend, das Umfeld wie die Familie wird stets mitgedacht. Das Grundprinzip des Synergiemodells ist der Zusammenhang der Bedürfnisse der Patient*innen und der Kompetenzen der Pflegenden. Die Charakteristika der (intensiv-) pflegebedürftigen Patient*innen und die Kompetenzen der Pflegenden werden sehr differenziert miteinander in Beziehung gesetzt.

Diese Charakteristika der Patient*innen sind in acht Konzepte gefasst:

- Resilienz
- Vulnerabilität
- Stabilität
- Komplexität
- Ressourcen
- Partizipation an der der Gesundheitsversorgung
- Partizipation an Entscheidungsprozessen
- Vorhersehbarkeit

Die Komplexität ist eines der zentralen Konzepte der Charakteristika. Dem gegenüber stehen die Kompetenzen der Pflegenden, angelehnt an das Stufenmodell von Patricia Benner (2017): Klinische Entscheidung, Anwaltschaft, Pflegepraxis, Zusammenarbeit, Systemdenken, Antwort auf die gesellschaftliche Vielfältigkeit, Klinische Untersuchung und Lernberatung.

Diese Position zu Komplexität wird in der Definition von Manning und Gagnon (2017) anders bewertet. Die Autor*innen entwickeln auf der Basis einer systematischen Literaturanalyse ein Modell zu Menschen mit komplexen Pflegebedarf und konzentrieren sich dabei im Wesentlichen auf klinischen Parameter. Ihre Beschreibung konzentriert sich vor allem auf medizinische und pflegerische Versorgungsaspekte und die jeweiligen Kontextbedingungen (z.B. ambulante bzw. stationäre Versorgung, verschiedene medizinische Fachrichtungen). Dabei standen Komorbidität, Multimorbidität, chronische Erkrankungen und diagnostische „Überlappungen“ somatischer und psychiatrischer Diagnosen im Fokus. Weitere Aspekte wie soziale Faktoren (Determinanten) werden zwar randständig erwähnt, aber im Gegensatz zu Hardin & Kaplow eher nachrangig behandelt. Auf diesen Beschreibungen basierend, wird dann von Komplexität oder komplexen Versorgungsgesprochen, wenn die pflegerische Betreuung von Patient*innen durch Komorbidität oder Multimorbidität gekennzeichnet ist. Oder mehrere

Erkrankungen zur gleichen Zeit beim gleichen Menschen (Polypathologie) auftreten, Doppel Diagnosen oder mehrere chronische Erkrankungen zugleich vorliegen.

Neben dieser Definition von komplexen Pflegesituationen wurde Komplexität als Konzept in einem globaleren Kontext um 1980 in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt. Die wesentlichen Merkmale von Komplexität werden dabei auch komplex beschrieben: Komplexität „(...) bezieht sich auf Systeme, die nichtlinear, mit mehreren Skalendimensionen, in Netzwerkodynamik und mit Wahrscheinlichkeitscharakter funktionieren“ (Olde Rikkert et al., 2012). Nun sind Patient*innen keine Systeme, aber der Versuch ihr Befinden oder ihre Situation über Skalen einzuschätzen wird allerdings immer wieder unternommen. Mehrfach erkrankte und pflegebedürftige Menschen zeigen allerdings nicht selten ein diffuses Bild an Bedarfen und damit an Komplexität auf.

1.3.1 Kriterien der Komplexität

Kriterien, bei welchen Menschen, wann und in welcher Situation ein komplexer Pflegebedarf vorliegt, werden (weiter-) entwickelt (Kleinknecht-Dolf et al., 2015). Die Autor*innen Huber, Kleinknecht-Dolf, Kugler & Spirig beschreiben Komplexität als einzelne Pflegesituation, die sowohl die Situation der Patient*in als auch die Anforderungen an die Pflegenden einschließt. In einer Subanalyse von Case Studies identifizierten sie drei, für die Entstehung von Komplexität relevante Dimensionen: „Instabilität“, „Unsicherheit“ und „Variabilität“. Diese bilden sich in fünf Kategorien der Komplexität ab, von wenig komplex bis hin zu höchst komplex (Huber et al., 2020). In dem Maße, wie Pflegenden in der Lage sind, die vielschichtigen Probleme und die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen zeigt sich ein unterschiedliches Ausmaß von Komplexität. Dies wird in einer Untersuchung bestätigt: „Das Ausmaß der Komplexität wurde durch die vielfälti-

gen Probleme und Ressourcen der Patienten sowie durch das umfangreiche Wissen, die Erfahrung, die Aufmerksamkeit und die Fertigkeiten der Pflegenden bestimmt, die miteinander interagieren.“ (Huber et al., 2021). Bei aller Diversität bei der Definition komplexer Pflegesituationen ist die Einschätzung, ob eine komplexe Situation vorliegt oder nicht, auch mit der Einschätzung und der Kompetenz der professionell handelnden Person verknüpft.

1.3.2 Fazit: Key Points

Komplexe Pflegehandlungen werden durch die Bedürfnisse und Charakteristika der Menschen mit Pflegebedarf gekennzeichnet.

Komplexe Pflegehandlungen werden durch die Kompetenzen der handelnden Akteures*innen der Gesundheitsberufe bzw. Pflege als komplex charakterisiert.

Die Passung der Kompetenzen und die Ausprägung der Bedürfnisse und Charakteristika ist entscheidend für eine gelingende/exzellente pflegerische Versorgung.

Literatur

- Benner, P. (2017). *Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert*. Bern: Hogrefe Verlag. <https://doi.org/10.1024/85771-000>
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) & Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2018). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV). *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018*. Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html>
- Hardin, S.R. & Kaplow, R. (2020). *Das Synergiemodell für Pflegeexzellenz – Menschen in der Akut- und Intensivpflege exzellent pflegen*. Bern: Hogrefe Verlag. <https://doi.org/10.1024/85931-000>
- Huber, E., Kleinknecht-Dolf, M., Kugler, C. & Spirig, R. (2020). „Man muss stets aufmerksam sein“. Kategorisierung patientenbezogener Komplexität der Pflege im Akutspital. *Pflege*, 33(3), 143–152. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000738>

- Huber, E., Kleinknecht-Dolf, M., Kugler, C. & Spirig, R. (2021). Patient-related complexity of nursing care in acute care hospitals – an updated concept. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 35(1), 178–195. <https://doi.org/10.1111/scs.12833>
- Kleinknecht-Dolf, M., Grand, F., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J.S. & Spirig, R. (2015). Complexity of nursing care in acute care hospital patients: results of a pilot study with a newly developed questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29(3), 591–602. <https://doi.org/10.1111/scs.12180>
- Manning, E. & Gagnon, M. (2017). The complex patient: A concept clarification. *Nursing Health Science*, 19(1), 13–21. <https://doi.org/10.1111/nhs.12320>
- Olde Rikkert, M. G., Schers, H. J. & Melis, R. J. (2012). Defining patient complexity. *Annals of Internal Medicine*, 156(8), 606. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-8-201204170-00016>