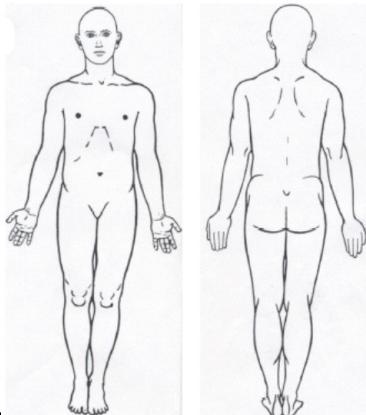


Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH  ... sicher und geborgen	Handbuch Qualitätsmanagement <hr/> Differentialassessment akuter & chronischer Schmerz	Kap. D.1.3.5.3
---	--	-------------------

Bewohnername:	Datum:	Hdz.:
0. Welche Quellen verwenden Sie zur Beantwortung der Fragen? <p>Zur Beantwortung der Fragen habe ich folgende Informationsquellen genutzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Angaben vom Bewohner. Wenn nicht, warum nicht?:</p> <p><input type="checkbox"/> Angaben von Bezugspersonen.</p> <p><input type="checkbox"/> Angaben (schriftlich/ mündlich) vom Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> eigene pflegefachliche Einschätzung</p> <p><input type="checkbox"/></p>		

Teil 1: Ermittlung der Basisdaten bei akuten und/oder chronischen Schmerzen

1.1 Wo hat der Bewohner Schmerzen? (Schmerzlokalisation) <p><input type="checkbox"/> Die Schmerzen des Bewohners treten im gesamten Bewegungsapparat auf.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Schmerzen treten an folgenden, im Körperschema kenntlich gemachten Stellen auf:</p>		
		
<p><input type="checkbox"/> Es ist nicht zweifelsicher feststellbar, an welchen Körperstellen Schmerzen auftreten, weil:</p>		
1.2 Warum hat der Bewohner Schmerzen? (Schmerzursache, Schmerzvorgeschichte) <p>Die Schmerzen sind verursacht durch ...</p> <p><input type="checkbox"/> ...folgende Krankheit/en: <input type="checkbox"/>folgenden Unfall: <input type="checkbox"/> ...durch folgende Ursache/n:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Ursache ist nicht feststellbar, weil:</p>		
1.3 Aktueller Stand der medikamentösen schmerzlindernden Therapie? <p>Nimmt der Bewohner derzeit dauerhaft verordnete schmerzlindernde Medikamente ein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>		

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	August 2025	Seite 1 von 4

Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH  ... sicher und geborgen	Handbuch Qualitätsmanagement <hr/> Differentialassessment akuter & chronischer Schmerz	Kap. D.1.3.5.3
---	--	-------------------

1.4	Wann traten die Schmerzen des Bewohners erstmals auf?
	<input type="checkbox"/> Zeitangabe: <input type="checkbox"/> Das erste Auftreten ist zeitlich nicht bestimmbar, weil:
1.5	Handelt es sich eher um einen Dauerschmerz oder um Schmerzattacken? (Schmerzverlauf u. -rhythmus)
	<input type="checkbox"/> Es handelt sich eher um einen Dauerschmerz. <input type="checkbox"/> Es handelt sich eher um Schmerzattacken. <input type="checkbox"/> Der Schmerz tritt sowohl als Dauerschmerz und in Schmerzattacken auf.
	<u>Wenn die Schmerzen in Attacken auftreten:</u>
	Wie häufig (Tag, Woche ...) treten die Schmerzattacken in der Regel auf?
	Wie lange dauern die Schmerzattacken in der Regel an?
	Sind die Schmerzen zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten besonders stark?
	Welche weiteren Aspekte charakterisieren den Schmerzverlauf?
1.6	Um welche Schmerzart handelt es sich? (beides ist möglich)
	<input type="checkbox"/> Der Bewohner leidet an akuten Schmerzen. <input type="checkbox"/> Der Bewohner leidet an chronischen Schmerzen.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	August 2025	Seite 2 von 4

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. D.1.3.5.3
Differentialassessment akuter & chronischer Schmerz		

Teil 2: Ermittlung des Handlungsbedarfs bei akut. u./ o. chronischen Schmerzen

Hinweis: Ein Handlungsbedarf liegt jeweils vor, wenn beim Ausfüllen das Antwortkreuzchen „“ in der rechten Spalte gesetzt wird!

<p>Bitte ermitteln Sie die aktuelle Schmerzintensität und dokumentieren das Ergebnis im Formular „P1_D.5.2 Wirksamkeitskontrolle“. Beurteilen Sie dann:</p> <p>→ Wird die Interventionsgrenze des Bewohners aktuell überschritten?</p>	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja																																
<p>Bitte beurteilen Sie anhand der Aufzeichnungen im Formular „Wirksamkeitskontrolle“ den Schmerzverlauf des Bewohners seit der letzten Evaluierung seiner Schmerzsituation.</p> <p>Ergibt sich aus diesem Verlauf nach pflegefachlicher Einschätzung die Notwendigkeit, den Hausarzt über diesen Schmerzverlauf zu informieren (z.B. bei häufiger Gabe der Bedarfsmedikation)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja: → Wurde der Arzt des Bewohners über diesen Schmerzverlauf informiert</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z <input type="checkbox"/> nein																																
<p>Bitte bewerten Sie folgende Faktoren im Hinblick auf ihre schmerzverstärkende und schmerzlindernde Wirkung auf den Bewohner. Bitte ergänzen Sie die Auflistung bei Bedarf:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">schmerzverstärkend</th> <th style="text-align: center;">schmerzlindernd</th> <th style="text-align: center;">spielt keine Rolle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gehen/ Stehen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Liegen/ Sitzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Körperpflege im Bett</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Positionswechsel im Bett</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verbandswechsel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Duschen/ Baden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Wenn schmerzverstärkende Faktoren identifizierbar sind: Ist der behandelnde Arzt über diese nachweislich, im Hinblick auf mögliche schmerztherapeutische Maßnahmen angesprochen und angefragt worden?</p>		schmerzverstärkend	schmerzlindernd	spielt keine Rolle	Gehen/ Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegen/ Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperpflege im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verbandswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z <input type="checkbox"/> nein
	schmerzverstärkend	schmerzlindernd	spielt keine Rolle																														
Gehen/ Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Liegen/ Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Körperpflege im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Verbandswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<p>Möchte der Bewohner, zur Unterstützung seines Schmerzmanagements nicht-medikamentöse schmerzlindernde Maßnahmen?</p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner möchte keine nicht-medikamentöse schmerzlindernden Maßnahmen, weil:</p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner möchte nach Beratung und Absprache nicht-medikamentöse schmerzlindernde Maßnahmen.</p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner kann selbst keine Angaben zum Wunsch nach nicht-medikamentösen schmerzlindernden Maßnahmen machen. Er erhält nicht-medikamentöse Maßnahmen nach pflegefachlicher Einschätzung.</p> <p>Werden dem Bewohner derzeit nachweislich nicht-medikamentöse Maßnahmen angeboten und sind diese Maßnahmen mit dem Hausarzt ebenfalls nachweislich abgestimmt?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z <input type="checkbox"/> nein																																

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	August 2025	Seite 3 von 4

 Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. D.1.3.5.3
Differentialassessment akuter & chronischer Schmerz	

<p>Liegen nach pflegefachlicher Einschätzung bei dem Bewohner derzeit schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: </p> <p>Wenn derzeit schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen vorliegen: Wurde der Hausarzt hierüber nachweislich informiert und wurden die ggf. ärztlich verordneten Maßnahmen umgesetzt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z. <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Wünscht der Bewohner eine Beratung zum Thema „Schmerzmanagement“?</p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner möchte die angebotene Beratung nicht. Er gibt hierzu folgende Begründung an: </p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner wünscht eine Beratung.</p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner kann nicht beraten werden, weil..... </p> <p>Wenn eine Beratung gewünscht ist, wurde der Bewohner nachweislich (= Inhalt, Ergebnis) beraten?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein
<p>Möchte der Bewohner derzeit ärztlich verordnete Maßnahmen zur Schmerzlinderung nicht annehmen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja: Sind diese nicht gewünschten Maßnahmen und die Gründe des Bewohners in der Maßnahmenplanung dokumentiert?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein
<p>Besteht nach pflegefachlicher Einschätzung derzeit die Notwendigkeit, dass ein pflegerischer Schmerzexperte zur Optimierung des Schmerzmanagements hinzugezogen wird?</p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<p>Bitte nur beantworten für Bewohner, die an chronischen Schmerzen leiden: Bei dem an chronischen Schmerzen leidenden Bewohner liegt derzeit:</p> <p><input type="checkbox"/> eine stabile Schmersituation vor. <input type="checkbox"/> eine instabile Schmersituation vor.</p>		

Datum der Evaluation:			
Ergebnis der Evaluation:	Das vorliegende Assessment ist: <input type="checkbox"/> weiterhin aktuell. <input type="checkbox"/> nicht mehr aktuell. Eine Neueinschätzung ist notwendig.	Das vorliegende Assessment ist: <input type="checkbox"/> weiterhin aktuell. <input type="checkbox"/> nicht mehr aktuell. Eine Neueinschätzung ist notwendig.	Das vorliegende Assessment ist: <input type="checkbox"/> weiterhin aktuell. <input type="checkbox"/> nicht mehr aktuell. Eine Neueinschätzung ist notwendig.
Handzeichen:			

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	August 2025	Seite 4 von 4