

# KLINIK FOKUS



Intensivmedizin

## MEHR ALS MEDIKAMENTE

**Medikamente allein machen noch keine gute Intensivmedizin. ORION Pharma Critical Care Solutions geht bei intensivmedizinischen Problemstellungen mit in die Verantwortung und wird mit umfassenden Versorgungskonzepten Teil des Teams.**

Wer Patienten in der Intensivmedizin optimal versorgen will, braucht einen Horizont, der über das akute medizinische Problem hinausgeht. So ist für die Verbesserung der langfristigen Prognose intensivmedizinischer Patienten ein breit aufgestelltes Delir-Management nötig, in dessen Rahmen Delir-Situationen früh erkannt oder, wenn möglich, ganz vermieden werden. Auch bei der Herzinsuffizienz-Versorgung ist proaktives Handeln im Interesse der Patientinnen und Patienten entscheidend: Das beste Outcome erreicht, wer nicht nur auf Dekompensations-Episoden reagiert, sondern wer versucht, Problemsituationen durch vorausschauendes Herzinsuffizienz-Management zu entschärfen.

Solch ein umfassendes intensivmedizinisches Management ist allerdings leichter gesagt als getan. Es erfordert Schulungen, Team-Building und nicht zuletzt sehr viel Erfahrung, zumal in der Intensivmedizin stets mehrere Berufsgruppen mitgenommen werden müssen, wenn Veränderungen dauerhaft erfolgreich sein sollen. Das Unternehmen ORION Pharma bringt sich hier als kompetenter Partner und erfahrener Spezialist für intensivmedi-

zinische Problemstellungen ein. Unter der neuen Dachmarke Critical Care Solutions positioniert sich ORION Pharma als Partner für maßgeschneiderte Lösungskonzepte für die Intensivmedizin.

Der Anspruch dabei ist, zur Umsetzung von Lösungskonzepten beizutragen, die auf die spezifische intensivmedizinische Konstellation zugeschnitten sind. Das erfordert mehr als „nur“ pharmazeutische Kompetenz, die ORION Pharma mit seiner Palette bewährter Medikamente (zum Beispiel dexdor®/Dexmedetomidin und SIMDAX®/Levosimendan) von Hause aus mitbringt. Nötig sind Servicematerialien und Fortbildungsexpertise, aber auch Konzepte für Prävention und Früherkennung. Dazu zählen zum Beispiel Medizinprodukte wie DeltaScan®, ein Brain State Monitor, der es erlaubt, akute Enzephalopathie und Delir früh zu erkennen. Erfolgsentscheidend ist dabei ein strukturiertes, mehrdimensionales Change-Management. ORION Pharma Critical Care Solutions verfügt über ein gewachsenes Netzwerk erfahrener intensivmedizinischer Experten mit breitem Praxiswissen und kann bei der Umsetzung derartiger Lösungen auf höchstem Niveau unterstützen.



CRITICAL CARE SOLUTIONS

Anzeige

[www.prolira.com](http://www.prolira.com)

DELTASCAN®  
BRAIN STATE MONITOR



Krankenhausstrukturen:

## JETZT WIRD'S HYBRID

Was als Worthülse im Koalitionsvertrag startete, wird bald mit Leben gefüllt: Unter dem Stichwort Hybrid-DRG sollen größere Teile der Krankenhausversorgung „ambulantisiert“ werden.

Ende März war es so weit: In seltener Eintracht legten Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein beim Berliner IGES-Institut beauftragtes Gutachten zur sektorenübergreifenden Versorgung vor. Im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition findet sich dazu das Stichwort „Hybrid-DRG“, ein neues Abrechnungsmodell, mit dessen Hilfe relevante Teile der stationären Versorgung in den ambulanten Sektor verlagert werden sollen. So weit, so unstrittig, nur: Wie genau ändern sich dadurch die Strukturen?

Beim Fachärztetag des Spitzenverbands der Fachärzte (SpiFa) wurden erste Konzepte ausgetauscht. Für den GVK-Spitzenverband machte Vorstandsmitglied Stefanie Stoff-Ahnis deutlich, dass es um ein erhebliches Leistungsvolumen gehe. Sie sprach von rund vier Millionen Fällen so genannter ambulant sensibler Leistungen pro Jahr, Krankenhausbetten also, die letztlich Eintagesfälle sind und die damit prinzipiell auch ambulant erbracht werden

könnten. Auch KBV-Chef Andreas Gassen betonte, dass es um einen großen Brocken an Leistungen gehe, im Gesamtvolumen von etwa sechs Milliarden Euro.

Für ambulant sensitive Leistungen sollen künftig nicht mehr die stationären DRGs bezahlt werden. Stattdessen könnte es, in gewisser Anlehnung an den Katalog Ambulanter Operationen (AOP), Hybrid-DRG geben, die die Kostenträger dann einheitlich erstatten, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Für einzelne Krankenhäuser wird das, wenn es so kommt, zu einer enormen Umstellung führen: So gibt es nicht wenige Kliniken, die über die Hälfte ihrer Gesamteinnahmen mit ambulant sensiblen Leistungen generieren.

Die Ambulantisierung ist an sich unstrittig: Auch die DKG ist dafür, die Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland gilt im internationalen Vergleich als zu hoch. Die Frage ist: Wie umsetzen? Für den DKG Fachausschuss Krankenhausfinanzierung plädierte Matthias Einweg dafür, mit Hybrid-DRG primär die Ambulantisierung am

Krankenhaus voranzutreiben: „Wir schlagen vor, einen ambulanten klinischen Bereich zu definieren, der jenseits der AOP komplexere Leistungen umfasst, die dennoch ambulant durchführbar sind.“ Diese sollten dann aber ausschließlich den Krankenhäusern vorbehalten sein.

Gassen sah das aus niedergelassener Sicht wenig überraschend anders: Er plädierte für eine „Wer-kann-der-darf“-Herangehensweise mit Qualitätskriterien, die erfüllt werden müssen, aber ohne Kopplung an Klinikgebäude. Eine „Jägerzaun-Ambulantisierung“ nur für Krankenhäuser sei nicht durchhaltbar und auch nicht im Interesse der Kostenträger. Überbrücken lassen könnte sich der Graben vielleicht mit einem Konzept des SpiFa, das einen gemeinsamen Versorgungsbereich mit „Kooperationsgebot“ vorsieht. Hier wäre dann die Frage, nach welcher Systematik die Höhe der Hybrid-DRGs berechnet wird. Klar ist: Es dürfte sich einiges ändern in der Krankenhausversorgung, aber genau genommen ist der Strukturwandel ja ohnehin schon in vollem Gange.



## VERSORGUNGSENGPASS BEI TAMOXIFEN: HILFE IST UNTERWEGS

Versorgungsengpässe bei Medikamenten sind ein Dauerthema. Weil ORION Pharma in Europa produziert, kann das Unternehmen bei Problemen einspringen. Aktuelles Beispiel: Tamoxifen.

Apotheker und Onkologen hatten bereits gewarnt, mit Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 18. Februar 2022 wurde es dann offiziell: Es gibt aktuell einen Versor-

gungsgengpass bei tamoxifenhaltigen Medikamenten. Tamoxifen ist ein unverzichtbarer Bestandteil der adjuvanten Brustkrebstherapie. Die Bekanntmachung im Bundesanzeiger ist Voraussetzung dafür, dass Ware aus dem Ausland in Deutschland in Verkehr gebracht werden darf.

Genau dies geschieht jetzt: ORION Pharma hat die behördliche Genehmigung erhalten, Tamoxifen Farnos 20 mg



100 Tabletten – PZN 18039126 – aus der Zulassung der ORION Pharma AG Schweiz auch in Deutschland in den Verkehr zu bringen. Eine Gebrauchsinformation in deutscher Sprache ist enthalten. Die Packung ist nicht serialisiert, muss also nicht dekommissioniert werden.

Um den Versorgungsengpass in Deutschland abzumildern, fährt die ORION-Tochter Fermion ihre Tamoxifen-Produktion in Finnland deutlich nach oben. Seit Kalenderwoche 12 stehen im Großhandel größere Mengen des Produkts zur Verfügung. Tamoxifen Farnos kann solange geordert werden, bis der Versorgungsengpass im Bundesanzeiger für beendet erklärt wird.

Die ORION Lieferketten

als große Infografik



# DELIR-MANAGEMENT: SO MACHEN ES DIE PROFIS

**Anästhesie, Pflege, Klinikapotheke, Krankenhaus-IT und studentischer Nachwuchs: Wer das Delir-Management so ernst nimmt wie das Herz- und Diabeteszentrum in Bad Oeynhausen, hat viel Aufwand – aber am Ende auch Erfolg.**



Prof. Dr. Vera von Dossow  
(Foto: Peter Hübbe)

Als Prof. Dr. Vera von Dossow 2018 ans Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW) nach Bad Oeynhausen kam, hatte sie das Thema Delir-Management schon im Gepäck: „Das ist seit fast 15 Jahren mein Forschungsschwerpunkt. Wir haben das dann hier systematisch implementiert, weil die Patienten in Kardiologie und Herzchirurgie schon wegen ihres Alters ein sehr hohes Delir-Risiko haben.“ Am Anfang stand die Etablierung eines Core-Teams, in das alle an der Versorgung herzchirurgischer Patienten beteiligten Disziplinen eingebunden waren. In einem multiprofessionellen, interdisziplinären Projekt wurde dann ein Programm entwickelt, das in Deutschland seinesgleichen sucht.

## Erster Schritt: Risikostratifizierung

Eine ganz wichtige Komponente ist zunächst die frühe Risikostratifizierung, die in der Verantwortung der Anästhesie liegt und die im Rahmen eines präoperativen Gebrechlichkeits-Assessments vonstattengeht: „Das dauert 20 bis 30 Minuten und findet unabhängig von Aufklärung und Prämedikationsvisite statt. Wir führen kognitive und physische Funktionstests durch und screenen auch auf demenzielle Syndrome, um ggf. früh Neurologen und Psychologen einbinden zu können“, so von Dossow.

Im Gefolge der Risikostratifizierung wird versucht, die perioperative Behandlung – Vollnarkose in der Herzchirurgie, Sediierung bei TAVI-Klappen und anderen kardiologischen Kathetereingriffen – auf das individuelle Risiko abzustimmen: „Generell ist unser Ziel, so flach und so kurz wie möglich zu sedieren. Wir nutzen präoperativ, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine Benzodiazepine, weil sie das Delir-Risiko erhöhen. Und wir lassen die Patienten nach dem Eingriff so schnell wie möglich wieder aufwachen.“

Auch andere Disziplinen tragen ihren Teil dazu bei, das Auftreten von Delir möglichst zu verhindern: Die frühe Mobilisierung durch die Physiotherapie gehört genauso dazu wie Medikationsvisiten durch die Krankenhauspharmazie und die Optimierung des Ambientes auf der Intensivstation was Lärm, Licht und Ruhephasen angeht. Um die Maßnahmen zu optimieren, werden am HDZ NRW im Bereich der nicht-pharmakologischen Interventionen auch Studien und Masterarbeiten durchgeführt. Denn die Datenlage ist zum Teil noch verbesserungsfähig.

## „Kümmerer“ für professionelles Reorientierungsmanagement

Die zweite Kernkomponente des Delir-Managements in Bad Oeynhausen ist ein Frailty-Team, bestehend aus Arzt, Pflegekraft und studentischer Hilfskraft. Dieses Team ist zum einen für das präoperative Assessment, zum anderen aber auch für das Patientenmonitoring an den ersten drei postoperativen Tagen zuständig: „Wir reden manchmal auch von unseren Kümmerern“, beschreibt die Anästhesistin von Dossow das Konzept. „Das ist ein Team, das als konstanter Ansprechpartner im perioperativen Verlauf fungiert, was die Patienten sehr zu schätzen wissen.“

Das Monitoring besteht in einem täglichen Delir-Assessment mittels CAM-ICU-Score auf Normalstation bzw. mindestens zwei täglichen CAM-ICU-Assessments auf Intensivstation. Dazu kommt ein orientierendes EEG mit dem Medizinprodukt DeltaScan®, außerdem malen die Patienten das Ziffernblatt einer Uhr, so wie das auch bei Demenz-Screenings gemacht wird. All diese Parameter werden auch schon präoperativ einmal erhoben, um einen Vergleich zu haben.

Diese Art Monitoring dient vor allem dazu, ein Delir, wenn es denn auftritt oder sich ankündigt, früh zu erkennen. Besondere Aufmerksamkeit gilt Patienten, bei denen das CAM-ICU-Assessment noch unauffällig ist, die aber im DeltaScan® oder im Uhrentest Abweichungen vom präoperativen Befund zeigen. „Wir interpretieren das als noch anhaltenden Entzündungsprozess. Für uns bedeutet es, dass wir das postoperative Monitoring bis zum sechsten postoperativen Tag verlängern“, erläutert von Dossow, die in diesem Bereich auch wissenschaftlich arbeitet und Studien dazu durchführt, wie genau sich die unterschiedlichen Risiko-Scoring-Tools zueinander verhalten bzw. voneinander unterscheiden.

## Kostenträger sind an Bord

Ein Delir-Management à la HDZ NRW geht nicht einfach so nebenher. Möglich wird es,

weil der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vor zwei Jahren für Krankenhäuser die Option geschaffen hat, mit den Krankenkassen Qualitätsverträge für die Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patienten abzuschließen, die sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen. Wer als Krankenhaus einen solchen Vertrag möchte, muss strenge Qualitätskriterien erfüllen. Das ist der Hauptgrund, warum bisher nur eine Handvoll Einrichtungen bundesweit derartige Verträge abgeschlossen hat: „Wir haben mit einer Krankenkasse angefangen, mittlerweile sind fünf an Bord. Der Qualitätsvertrag ermöglicht unserer Universitätsklinik eine leistungsfähige Delir-Prävention“, so von Dossow.

Am Ende profitieren die Patientinnen und Patienten: Die Delir-Profis in Bad Oeynhausen konnten die Delir-Rate bei elektiven chirurgischen Patienten in den letzten drei Jahren von 25 % auf etwa 16 % reduzieren. Für die elektive Herzchirurgie ist das niedrig, und zudem ist die Delir-Dauer im Mittel relativ kurz, meist nur ein bis zwei Tage. Das alles sollte dazu führen, dass mit der Delir-Inzidenz auch die langfristigen negativen Folgen von intensivmedizinischer Versorgung geringer werden.

**Alle müssen ohne Wenn und Aber mit an Bord sein.**

Um das noch besser zu erfassen, wird am HDZ NRW jetzt ein neuer Qualitätsindikator erhoben und in Studien evaluiert, der die Krankenhaussterblichkeit und die 30-Tage-Sterblichkeit ergänzt, nämlich Pflegebedürftigkeit nach drei Monaten.

## Empfehlungen für Nachahmer

Doch wo anfangen, wenn man als Krankenhaus beim Delir-Management vorankommen und vielleicht selbst einen Qualitätsvertrag abschließen möchte? Eine *conditio sine qua non* ist für von Dossow der multiprofessionelle Ansatz: „Wenn es eine Berufsgruppe gibt, die nicht mitzieht, dann funktioniert es nicht.“ Insbesondere die in der Intensivmedizin jeweils bettenführenden Kliniken müssen ohne Wenn und Aber mit an Bord sein. Solo-Shows der Anästhesie haben keine Aussicht auf Erfolg. Ebenfalls wichtig sei, die Geschäftsführung nicht nur zu involvieren, sondern sie möglichst zu einer treibenden Kraft zu machen. Am HDZ NRW in Bad Oeynhausen war es tatsächlich die Geschäftsführerin, die initial mit der Option eines Qualitätsvertrags im Bereich Delir auf die Anästhesie zuzug.



# DIGITALE MEDIKATION: JETZT WIRD INVESTIERT

Die digitale Arzneimittelverordnung im Krankenhaus hatte in Deutschland bisher Mühe, sich durchzusetzen. Doch jetzt schüttet das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) Fördermilliarden aus und Krankenhäuser müssen im DigitalRadar-Projekt der Bundesregierung ihre Digitalisierung unter Beweis stellen. Michael Baehr, Chefapotheker am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), ist einer der Pioniere von digitaler Verordnung und Closed Loop Administration. Wie sieht er den KHZG-Boom? Und was hält er vom eRezept?



Michael Baehr, Chefapotheker  
Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf (UKE)

## Wie wichtig ist die Digitalisierung für die Apotheke am UKE?

Wir machen seit über einem Jahrzehnt intensiv Automatisierungsprojekte und die hatten und haben immer auch etwas mit Digitalisierung zu tun. Wir waren mit die erste Krankenhausapotheke, die 1995 ein automatisches Lagersystem eingeführt hat. Richtig los ging es dann 2003 mit der Umsetzung eines ambitionierten Plans zum Neuaufbau des seinerzeit schwer angeschlagenen Klinikums. Da war dann irgendwann klar: Wenn wir den Anspruch haben, das damals modernste Klinikum Europas zu werden, dann brauchten wir auch den modernsten Arzneimittelversorgungsprozess.

## Haben Sie zu diesem Zeitpunkt schon begonnen, ein Closed Loop Medication System einzuführen, also einen komplett digitalen Verordnungsprozess mit Einbindung der Materialwirtschaft (MaWi)?

Nicht sofort. 2007 haben wir begonnen, die Unit Dose Versorgung, also die patientenindividuelle Verblisterung der

Medikamente, aufzubauen. Das war damals für ein Uniklinikum eine Revolution, aber es war noch kein Closed Loop. Dazu mussten die digitale Patientenakte und die elektronische Dokumentation der Arzneimittelgabe eingeführt werden. Ab 2011 hatten wir tatsächlich einen komplett digitalen Verordnungsprozess, den die Amerikaner „Closed Loop Medication Administration“ nennen. Wir waren es, die diesen Begriff in Deutschland salonfähig gemacht haben. Und ich bin auch ein bisschen stolz darauf, dass der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) diesen Prozess in die Verbandsziele aufgenommen hat.

## Kommt Deutschland in dieser Hinsicht denn voran?

Wir haben kürzlich im Rahmen der ADKA eine Umfrage gemacht, danach liegt die Nutzung von elektronischen Verordnungssystemen unter 50 %. In Deutschland haben lediglich 35 Krankenhausapotheken ein Unit Dose System eingeführt. Und das ist, wie gesagt, noch nicht der vollständige Closed Loop. Ich glaube, dass es mit den Fördermitteln aus dem KHZG jetzt zu einem Schub kommt.

## Was empfehlen Sie Krankenhäusern, die jetzt die Verordnung digitalisieren?

Eine wichtige Empfehlung ist: Es braucht ein Informationssystem, an das die Logistik angebunden werden kann, und ein MaWi-System, das Unit-dose-fähig ist. Das ist aus unserer Sicht eine *conditio sine qua non*, und es geht nicht mit jedem System. Die Philosophie sollte sein, aus der ärztlichen Verordnung heraus alle Folgeprozesse ableiten zu können. Es reicht nicht, einfach nur singular Paracetamol 500 mg zweimal am Tag digital eingeben zu können. Da sollte im Hintergrund gleich die Materialnummer verknüpft und der nötige logistische Prozess veranlasst werden können.

## Kommen wir zum eRezept, das ebenfalls ins Haus steht, auch wenn die Ampelkoalition die Frist für die Einführung jetzt erst einmal gekippt hat. An welcher Stelle sind Krankenhäuser betroffen?

Im Krankenhaus ist das eRezept zunächst einmal ein Ambulanzthema. Allerdings wurde von der gematik etwas unterschätzt, welche Auswirkungen es dann

doch haben kann. Worum geht es? Es geht darum, das Muster 16 in den Ambulanzen abzulösen. Benötigt wird das zum einen beim so genannten Entlassrezept: Patienten, die in das Entlassmanagement einwilligen, haben Anspruch darauf, dass wir ihnen entweder Medikamente mitgeben oder ein Entlassrezept ausstellen, das dann in öffentlichen Apotheken eingelöst werden kann. Wenn Krankenhäuser künftig gezwungen werden, eRezepte zu nutzen, dann muss das diesen Bereich umfassen. Fehlerfrei geht das aber nur, wenn die Medikamente strukturiert dokumentiert sind und wenn die Aufnahmemedikation mit der Entlassmedikation abgeglichen wurde. Am Ende sollen die Patienten ja nicht nur ein eRezept erhalten, sondern möglichst auch einen bundeseinheitlichen Medikationsplan, und beides sollte dann schon kongruent sein.

## Das wären dann interne Prozesse im Krankenhaus. Gibt es bei den Spezifikationen Probleme? Kann das eRezept Krankenhausambulanzmedizin?

Erst einmal muss einem klar sein, dass wir zumindest in den Universitätsklinikum von einer enormen Zahl an Patienten reden. Am UKE versorgen wir pro Jahr rund 500.000 Patienten, davon 400.000 ambulant. Nun ist es so, dass in den Spezialambulanzen nicht nur Arzneimittel für den häuslichen Gebrauch verordnet werden, sondern zum Beispiel auch Zytostatika und Biologika, die direkt vor Ort gegeben werden. Die kommen aus der Krankenhausapotheke, werden auf Muster 16 verordnet und über die Krankenkassen wie ambulante Leistungen abgerechnet. Wir haben uns bei der ADKA hingesetzt und die eRezept Spezifikation der gematik durch die Krankenhausbrille angesehen. Dabei stellten wir fest, dass doch so ein paar Dinge nicht bedacht wurden, die für uns unverzichtbar sind.

## Nämlich?

Das eine ist das Thema Workflowsteuerung durch Leistungserbringer. Dabei geht es darum, dass Ärzte den Apotheken, die Zytostatika zubereiten, Rezepte zuweisen. Das ist gesetzlich erlaubt, aber es braucht einen Workflow, und der muss dann auch digital abgebildet werden. Wenn das eRezept für das Zytostatikum wie jedes normale eRezept auf die TI (Telematikinfrastruktur) geladen wird, dann bestünde die Gefahr, dass der Token anderswo eingelöst wird, obwohl das Medikament bereits

appliziert wurde. Das wurde zu Beginn nicht berücksichtigt und erst im Winter 2021/22 so spezifiziert, dass es funktionieren kann. Das zweite, noch immer unge löste Problem ist ebenfalls ein Workflow-Thema: Der Deutsche Apotheker Verband DAV verhandelt mit dem GKV Spitzenverband ambulante Arzneimittelverträge, und im Rahmen dieser Verträge muss die Chargennummer dokumentiert werden. Im normalen ambulanten Bereich ist das kein Problem, da schreiben die Praxen das Rezept und die Apotheken scannen vor der Abgabe den Barcode. Das funktioniert im Krankenhaus aber nicht, weil die Krankenhausapotheke Medikamente an die Ambulanzen zur dortigen Applikation abgibt. Die Apotheke kann die Chargenbezeichnung demnach nicht patientenbezogen erfassen. Soll das eRezept fliegen, muss es für diese Sonderkonstellation im Krankenhaus eine Lösung geben.

### Wie sieht es generell bei den Rezepten für Zubereitungen aus? Sind die mit dem eRezept abbildbar?

Bei den Zubereitungen, die in der Apotheke hergestellt werden, zum Beispiel Zytostatika, muss man zwischen der ärztlichen Anforderung und dem abrechenbaren Rezept unterscheiden. Das Muster 16 wird erst erstellt, nachdem die Anforderung auf Plausibilität geprüft wurde. Dabei ergeben sich oft Änderungen der Dosierung, des Volumens oder der verwendeten Hilfsstoffe. Eine Erstellung des eRezepts im Nachhinein war zunächst nicht vorgesehen. Nach intensiver Diskussion ist dies nunmehr möglich, aber dazu muss der Datensatz der Zytostatika-Programme über eine standardisierte und definierte Schnittstelle in ein Programm übertragen werden, das ein eRezept erstellen kann. Lange Rede, kurzer Sinn: Wir sind

beim eRezept noch längst nicht am Ende. Aber ich möchte an dieser Stelle trotzdem betonen, dass das eRezept, so wie es bisher vorliegt, handwerklich wirklich gut gemacht ist. Es ist halt ein komplexes Thema und es fehlen noch ein paar Dinge, die aus unserer

Ich glaube, dass mit den KHGZ-Fördermitteln ein digitaler Schub kommt.

Sicht Stolpersteine werden könnten. Aber das ist alles lösbar. Seitens der ADKA haben wir dazu ein 3-Punkte-Papier erarbeitet, das sauber aufführt, was genau fehlt. Auch wir möchten das Rezept gern so bald wie möglich digital sehen.

## World Happiness Report

# ALWAYS THE HAPPIEST!

**Finnland exportiert nicht nur Medikamente, sondern auch Glück: Zumindest landet ORION's Heimatmarkt im World Happiness Report zum fünften Mal in Folge ganz vorn. Wie schaffen die das immer?**

Finnen gelten qua Klischee als dem Alkohol zugetan und grenzdepressiv. Der legendäre Regisseur Aki Kaurismäki („Leningrad Cowboys“) und sein Bruder Mika sind an diesem Image nicht ganz unschul-

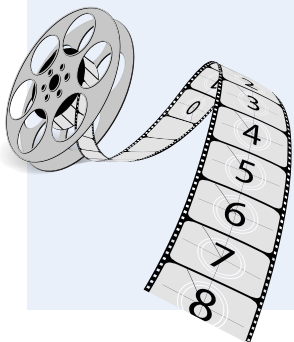
dig. Sie zeigen mit Vorliebe gesellschaftliche Außenseiter, die wenig reden und umso mehr trinken. Mika lässt in seinem neuesten Film „Eine Nacht in Helsinki“ einen Barkeeper, einen Pfleger und einen Sozialarbeiter in der „Corona Bar“ über Leben und Sterben in Zeiten der Pandemie debattieren.

Stimmungskanonien sehen anders aus. Trotzdem hat es Finnland jetzt zum fünften Mal in Folge auf Platz 1 des World Happiness Report<sup>1</sup> geschafft, der alljährlich auf Basis von Gallup Umfragen erstellt wird. Allerdings werden die Menschen nicht direkt gefragt, ob sie glücklich sind. Es handelt sich vielmehr um einen Komposit-Endpunkt, in den Bruttoinlandsprodukt, Lebenserwartung, sozialer Zusammenhalt, Korruptionswahrnehmung und Möglichkeit zur freien Entfaltung der Persönlichkeit einfließen.

Chronische Melancholie und sechs Monate Dunkelheit sind also keine Ausschlusskriterien für eine so definierte Happiness. Vielleicht können sich die Finnen aber auch einfach nur am besten abregieren. Dafür spricht eine andere Statistik, die der ehemalige schwedische Außenminister Carl Bildt vor einiger Zeit auf Twitter kommunizierte: Demnach ist Finnland das Land mit den meisten Heavy Metal Bands – rund 50 pro 100.000 Einwohner. Keep on moshing, Finland!



Quelle: Foto S. Bollmann, Wikipedia.org  
Lordi auf dem Rockharz 2019



Trailer  
„Eine Nacht  
in Helsinki“



### Impressum

## KLINIK FOKUS

Ein Service der ORION Pharma GmbH  
Jürgen-Töpfer-Str. 46, 22763 Hamburg  
Tel. +49 (0) 40 / 89 96 89 - 0  
E-Mail: info-hamburg@orionpharma.com

**Geschäftsführer:** Dr. Robert Borgdorf /  
Satu Ahomäki / Jari Karlson

**Registernummer:** B 34720

**Handelsregister:** Hamburg

**Steuernummer:** 02-893-00880

**Ust-IdNr.:** DE 811 460 900

**Zuständige Aufsichtsbehörde:** Freie und Hansestadt Hamburg,  
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

**Supplement zur „Krankenhauspharmazie“, Nr. 05/2022,  
und zum Download unter [www.criticalcare-orionpharma.com](http://www.criticalcare-orionpharma.com)**

**V. i. S. d. P.** Dr. Markus M. Gutschow, c/o  
ORION Pharma GmbH, Jürgen-Töpfer-Str. 46, 22763 Hamburg

**Redaktion:** Philipp Grätzel von Grätz, Berlin

**Layout:** die\_Wertarbeiter, Hamburg

**Druck:** eurodruck, Hamburg

**Copyright:** ORION Pharma GmbH, Hamburg

ORION Pharma GmbH ist von jeglicher Haftung freigestellt.

Quelle:

(1) <https://worldhappiness.report/ed/2022/>



# Die richtige Balance entscheidet



Ruhige, kooperative  
Patienten



## Erfolgreiches PAD-Management



PAIN

AGITATION

DELIRIUM

**ORION**  
PHARMA

CRITICAL CARE SOLUTIONS

[www.criticalcare-orionpharma.com](http://www.criticalcare-orionpharma.com)

**dexdor® 100 Mikrogramm/ml Konzentrat** zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkstoff:** 1 ml Konzentrat enthält Dexmedetomidinhydrochlorid entsprechend 100 µg Dexmedetomidin. Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. **Verschreibungspflichtig. Anwendungsgebiet:** Für die Sedierung erwachsener, intensivmedizinisch behandelter Patienten, die eine Sedierungstiefe benötigen, die ein Erwecken durch verbale Stimulation noch erlaubt (dies entspricht einer Klassifikation von 0 bis -3 nach der Richmond Agitation-Sedation Scale [RASS]). Für die Sedierung erwachsener nicht intubierter Patienten vor und/oder während diagnostischer oder chirurgischer Maßnahmen, die eine Sedierung erfordern, d.h. prozedurale Sedierung/Wachsedierung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, fortgeschrittener Herzblock (Grad 2 oder 3) bei Patienten ohne Herzschrittmacher, unkontrollierte Hypotonie sowie akute zerebrovaskuläre Ereignisse. **Nebenwirkungen:** sehr häufig: Bradykardie, Hypotonie, Hypertonie, Atemdepression. Häufig: Hyperglykämie, Hypoglykämie, Unruhe, myokardiale Ischämie oder Infarkt, Tachykardie, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Entzugssyndrom, Hyperthermie. Gelegentlich: metabolische Azidose, Hypoalbuminämie, Halluzinationen, atrioventrikulärer Block, vermindertes Herzzeitvolumen, Herzstillstand, Dyspnoe, Apnoe, Blähbauch, Durst sowie Unwirksamkeit des Arzneimittels. Häufigkeit nicht bekannt: Diabetes insipidus. **Zulassungsinhaber:** Orion Corporation, FI-02200 Espoo. **Örtlicher Vertreter:** ORION Pharma GmbH, Jürgen-Töpfer-Straße 46, 22763 Hamburg. Weitere Einzelheiten siehe Fach- und Gebrauchsinformation. 4029-OP-30-11-22

**SIMDAX®**  
levosimendan

# SIMDAX® – ZEITGEWINN, WENN'S DRAUF ANKOMMT

Denn SIMDAX®

- sorgt für eine schonende hämodynamische Stabilisierung, ohne den O<sub>2</sub>-Verbrauch zu erhöhen<sup>1,2</sup>
- verbessert die Symptomatik<sup>1,2</sup>
- erzielt lang anhaltende Effekte<sup>1,2</sup>

Mehr Infos unter

[www.criticalcare-orionpharma.com](http://www.criticalcare-orionpharma.com)

1. Aktuelle Fachinformation Simdax 2,5 mg/ml, Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. 2. Pollesello Pet al. Int J Cardiol. 2016; 203: 543-548

**SIMDAX®** 2,5 mg/ml, Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkstoff:** Levosimendan. **Zusammensetzung:** Jeder ml des Konzentrats enthält 2,5 mg Levosimendan. Sonstige Bestandteile: Povidon K12 pyrogenfrei, Citronensäure, Ethanol. **Anwendungsgebiet:** Kurzzeit-Behandlung bei akut dekompensierter schwerer chronischer Herzinsuffizienz (ADHF), wenn eine konventionelle Therapie nicht ausreichend ist und in Fällen, wo die Verabreichung von Inotropika als geeignet betrachtet wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Hypotonie und Tachykardie. Signifikante mechanische Behinderungen, die die ventrikuläre Füllung, den ventrikulären Ausstrom oder beides beeinflussen. Schwer beeinträchtigte Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance <30 ml/min). Schwer beeinträchtigte Leberfunktion. Torsades de Pointes in der Anamnese. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen, Hypotonie, ventrikuläre Tachykardie. Häufig: Hypokaliämie, Schlaflosigkeit, Schwindel, Vorhofflimmern, Tachykardie, ventrikuläre Extrasystolen, Herzversagen, Myokardischämie, Extrasystolen, Übelkeit, Verstopfung, Diarrhoe, Erbrechen, erniedrigte Hämoglobinwerte. Über das Auftreten von Kammerflimmern wurde berichtet. **Warnhinweis:** 3.925 mg Alkohol in jeder 5 ml Durchstechflasche (entspricht ca. 98 Vol.-%). Packungsbeilage beachten! **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Orion Corporation, Orionintie 1, FI-02200 Espoo, Finnland. **Örtlicher Vertreter:** Orion Pharma GmbH, Jürgen-Töpfer-Straße 46, 22763 Hamburg.

