4. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V.

3. Februar 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen
Wir freuen uns, Ihnen den 4. Newsletter des Delir-Netzwerks e.V. präsentieren zu können. Bitte leiten Sie den Newsletter an interessierte Kolleginnen und Kollegen, Freunde und Bekannte weiter und legen Sie ihn aus.
Weitere Informationen finden Sie auf www.delir-netzwerk.de oder per email an info@delir-netzwerk.de

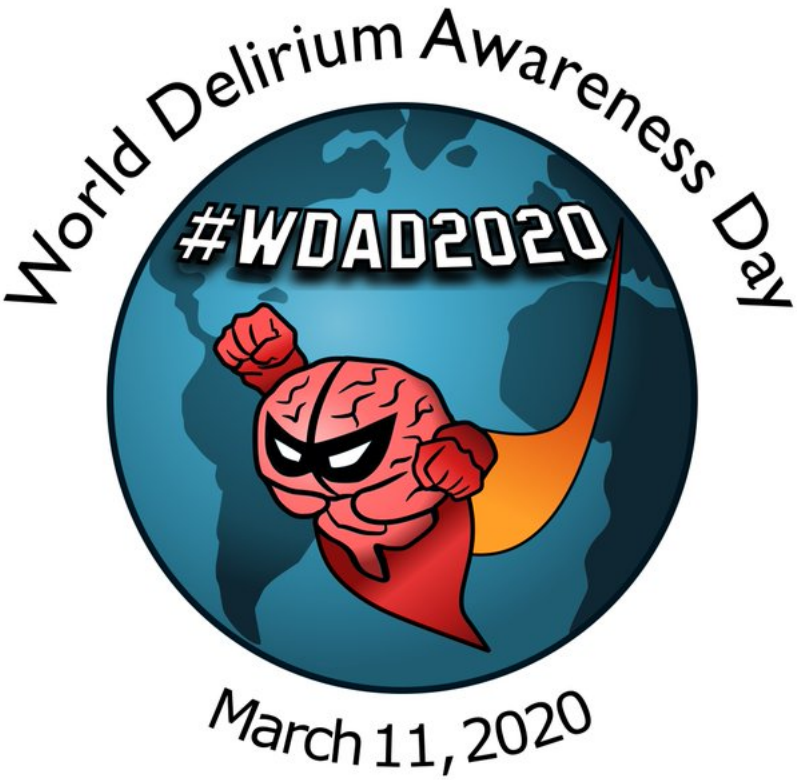
In diesem Newsletter geht es um …

Welt-Delir-Tag am 11.3.2020 2
Medien 3
Veranstaltungen 4
Fachbeitrag: Placebo 6
Fachbeitrag: Nomenklatur 6
Fachbeitrag: Pädiatrisches Toolkit 8
Newsticker 9
Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor 11

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen
Peter Nydahl, Michael Dewes und Rebecca von Haken für den Vorstand.

Welt-Delir-Tag am 11.3.2020

An diesem Tag werden verschiedene Delir-Gesellschaften und -Vereine weltweit Aktionen zum Delir veranstalten. Informationen dazu werden auf www.delir-netzwerk.de sowie www.idelirium.org zu finden sein, ebenso auf Twitter unter #WDAD2020
Das Delir-Netzwerk möchte Sie dabei unterstützen, an diesem Tag in Ihrem Krankenhaus, Ihrer Pflegeeinrichtung oder Arztpraxis auf das Thema Delir hinzu- weisen.
Bei Interesse senden Sie uns bitte eine email an info@delir-netzwerk.de



Medien

Podcast: Es gibt einen neuen Podcast zum Thema Delir
https://www1.wdr.de/mediathek/audio/wdr5/wdr5-neugier-genuegt-das-feature/audio-das-delir--eine-verharmloste-erkrankung-100.html

Videos: ein sehr hilfreiches Aufklärungsvideo auf Englisch für Patienten, Angehörige und auch Mitarbeiter zum Thema Delir
https://www.youtube.com/watch?v=7NA6iJJdsK8

Twitter
Twitter mausert sich langsam zur Quelle eines seriösen, wissenschaftlichen Informationsaustausches (www.twitter.com). Empfehlenswerte Personen und Organisationen für das Thema Delir sind:

Adresse	Name	Follower
@DrDaleNeedham	Prof. Dale M. Needham, Johns Hopkins University - Pulmonary & Critical Care Medicine	7802
@A_MacLullich	Alasdair MacLullich, Professor of Geriatric Medicine, University of Edinburgh	7673
@EDA_delirium	European Delirium Association	5680
@iDelirium_Aware	International Federation of Delirium Societies	3020
@psychinformatic	Dr. M. Krishnan, Old Age Psychiatrist Academic Secretary	2971
@AmerDelirium	American Delirium Society	2755
@DeliriumCare	Delirium Care Network	2417
@NIDUS_Delirium	Network for Investigation of Delirium: Unifying Scientists	1664
@ScotDelirium	Scottish Delirium Association	1644
@NydahlPeter	UKSH Pflegeforschung	1556
@ElderLifeProg	The Hospital Elder Life Program	1188
@ANZDA_delirium	Australian/Asian Delirium	1163
@DeliriumPapers	Twitter bot for pubmed search of 'delirium treatment'	1150
@GeriEMEurope	European Geriatric Emergency Medicine	737
@robertaevcastro	Roberta Castro, Pädiaterin	499
@LADIG58934819	LADIG - Latin American Delirium Group	150
@delir_netzwerk	Deutsches Delir-Netzwerk	53

HINWEIS: Auch wir übersehen mal etwas und bitten dies zu entschuldigen. Sollten Sie weitere Medien zum Thema Delir kennen, so senden Sie uns bitte den entsprechenden Hinweis, bzw. Link

Veranstaltungen

Wir bemühen uns, einen Überblick über internationale, nationale, regionale, große und kleine, etablierte und neu entstandene Kongresse, Konferenzen und Vortragsreihen zu gewinnen. Es wird sich nicht vermeiden lassen, dass einzelne Veranstaltungen nicht auf unserem Radar erscheinen.

Helfen Sie mit, damit es uns gelingt, einen „One-Stop-Shop“ für alle Interessierten zu schaffen. Senden Sie Name, Ort und Datum Ihnen bekannter Veranstaltungen an: info@delir-netzwerk.de

Save the date: 28.11. Konferenz des Delir-Netzwerks

Am 28.11.2020 wird in Mannheim die diesjährige Konferenz des Delir-Netzwerks stattfinden. Das Programm wird zurzeit finalisiert, wir informieren im nächsten Newsletter genauer über die Veranstaltung

Konferenzen mit dem Thema Delir

Auf den folgenden Veranstaltungen finden Vorträge zum Delir statt. Bitte nutzen Sie die links, um sich über die Veranstaltungen näher zu informieren.

26.-28.2.2020 Bremen

Intensivsymposium: www.intensivmed.de

11.03.2020 Bayreuth
5. Bayreuther Intensivsymposium https://bit.ly/3b5Scqq

11.3.2020 Berlin

7. Pflegefachtag: Das Delir im Krankenhaus

Auguste-Viktoria-Klinikum & Wenckebach-Klinikum: www.vivantes.de

27.03.2020 Frankfurt
2. Akut-Pflegesymposium
https://www.kgu.de/formulare/akut-pflegesymposium/

23.- 24.04.2020 Kassel
INKKA

https://pflegekongresse-nordhessen.de/

24.-25.04 2020 Dresden
8. Interprofessioneller Gesundheitskongress
Workshop Delir
https://www.gesundheitskongresse.de/dresden/2020/

24.- 27.06.2020 Salzburg
52.Gemeinsame Jahrestagung ÖGIAIN & DGIIN

https://www.intensivmedizin.at/52-gemeinsame-jahrestagung-der-dgiin-und-%C3%B6giain

05.-06.11.2020 Reutlingen
34. Reutlinger Fortbildungstage.
Informationen: www.akademie-reutlingen.de

Fachbeitrag: Placebo

Chen, P.A., Cheong, J.H., Jolly, E. *et al.* Socially transmitted placebo effects. *Nat Hum Behav* (2019) doi:10.1038/s41562-019-0749-5

Das der Glaube Berge versetzen kann, ist den meisten Menschen aus persönlicher Erfahrung weitestgehend bekannt. Bei medizinischen Behandlungen findet eine soziale Interaktion zwischen dem Leistungserbringer und dem Patienten statt. Die Erwartungen des Patienten können das Behandlungsergebnis dramatisch beeinflussen. Bisher wurde allerdings der Einfluss des Anbieters der Leistung (Arzt, Pflege etc.) noch nicht systematisch untersucht. Das Team um den Mediziner Luke Chang konnte in einer Testreihe von 194 Probanden nachweisen, dass die Überzeugung des Therapeuten für die durchgeführte Therapie einen signifikanten Einfluss auf die Wirksamkeit beim Patienten hat. Glaubt der Mediziner selbst an die Wirksamkeit des applizierten Medikamentes, empfanden die Patienten nachweislich weniger Schmerzen.
Chang et al. führten drei Experimente durch, um zu verstehen, wie sich die Überzeugungen hypothetischer Anbieter auf die Schmerzreaktion von experimentellen Teilnehmern auswirken können, die als Patienten agieren. Die Autoren ordneten 194 Teilnehmer der Rolle des "Arztes" oder "Patienten" zu und gaben jedem Arzt zwei Cremes zur Verabreichung an die Patienten. Die Ärzte wurden zu der Annahme veranlasst, dass eine der Cremes wirksam zur Schmerzlinderung beiträgt und die andere ein Placebo ist. Tatsächlich waren beide Placebos. Die Autoren fanden heraus, dass, als Ärzte die Creme verabreichten, die sie für wirksam hielten, die Patienten über niedrigere Schmerzniveaus berichteten, weniger Schmerzen im Gesicht ausdrückten und eine signifikant andere Erregungsreaktion auf die Haut hatten. Die Autoren beobachteten, dass die Gesichtsausdrücke der Ärzte auch je nach der von ihnen verwendeten Creme unterschiedlich waren, was auf einen möglichen Mechanismus für diesen Effekt hindeutet.
Die Ergebnisse zeigen, dass ein sozial übertragbarer Placebo-Effekt möglich ist. Verhalten und die kognitiven Einstellungen von Gesundheitsdienstleistern können sich auf klinische Interaktionen auswirken.
Rolf Dubb, Reutlingen

Fachbeitrag: Nomenklatur

Evered L, Silbert B, Knopman DS, Scott DA, DeKosky ST, Rasmussen LS, Oh ES, Crosby G, Berger M, Eckenhoff RG. Nomenclature Consensus Working Group (2018) Recommendations for the nomenclature of cognitive change associated with anaesthesia and surgery. British Journal of Anaesthesia (2018) 121: 1005-1012

Das Delir im Krankenhaus wird seit den 90er Jahren zunehmend beforscht. Dabei kamen durch unterschiedliche Disziplinen unterschiedliche Forschungsinstrumente zum Einsatz, und zwar sowohl für operative als auch nicht-operative Patienten. Dies führte zu einem Wildwuchs der Nomenklatur und teils widersprüchlichen Forschungsergebnissen; einige neu-beschriebene Störungen (z.B. „post-operative cognitive decline“, POCD) haben keinen Eingang in gängige Klassifkationssysteme wie z.B. ICD-10 gefunden.

Zur Vereinheitlichung der Nomenklatur und der zu verwendenden Diagnose-

Werkzeuge fand sich eine internationale Arbeitsgruppe zusammen, deren Ergebnisse von Evered el al. (2018) als „Recommendations for the nomenclature of cognitive change associated with anaesthesia and surgery“ in sechs Journalen zeitgleich publiziert wurden [2].

Die Arbeitsgruppe empfiehlt den Oberbegriff „perioperative neurocognitive disorder“ (perioperative NCD) als übergreifenden Begriff für kognitive Einschränkungen oder Veränderungen in der prä- oder post-operativen Phase. Eine vorbestehende NCD wird anhand der Activity of Daily Living (ADL) in ‚mild' und ‚major' eingeteilt. Eine vorbestehende, ‚major' NCD könnte z.B. eine Demenz sein, ein mildes NCD eine ‚mild cognitive insufficiency' (MCI). Delir (postoperatives) wird definiert als im Krankenhaus auftretend, bis zu einer Woche post-prozedural bzw. bis zur Entlassung und den DSM-5 Kriterien genügend.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Nomenklatur:

Perioperative neurokognitive Störungen (NCD)	
Prähospital	Mild NCD (MCI) – ADL erhalten
	Major NCD (Demenz) - ADL reduziert
Akut / innerklinisch	Delir
Bis 30 Tage post-interventionell	Delayed neurocognitive recovery
Bis 1 Jahr post-interventionell	NCD

Einteilung der neurokognitiven Störungen (NCD) nach den „Recommendations for the nomenclature of cognitive change associated with anaesthesia and surgery“ (2018).

Delir (postoperatives) wird definiert als im Krankenhaus auftretend, bis zu einer Woche post-prozedural bzw. bis zur Entlassung und den DSM-5 Kriterien genügend.

Folgende Faktoren sollen bei der Diagnose berücksichtigen und dokumentiert werden:

- Demaskierte vorbestehende Vulnerabilitäten, z.B. Missbrauch von Medikamenten, Alkohol und stattgehabte Episode eines Delir
- Persistierende Medikamenten-Effekte
- Andere physiologische, metabolische Störungen
- Luzide Intervalle sollten dokumentiert werden

Die Arbeit von Evered et al. (2018) ist ein richtiger Schritt in Richtung der Vereinheitlichung der zunehmend eher verwirrenden Nomenklatur. Eine einheitliche Nomenklatur stellt die Voraussetzung dar, in Zukunft Diagnosekriterien zu vereinheitlichen, Forschung zu koordinieren und kodierbare Diagnosen zu schaffen. Leider wird in der Arbeit mal vom „postoperativen“ mal vom „postinterventionellen“ Delir gesprochen. Dabei werden ja längst nicht alle Patienten, die im Krankenhaus ein Delir erleiden, im klassischen Sinne „operiert“. Hier besteht noch Nachholbedarf hinsichtlich einer einheitlichen Nomenklatur.

Ulf Günther, Oldenburg

Fachbeitrag: Pädiatrisches Toolkit

Silver, G., & Traube, C. (2019). A systematic approach to family engagement: Feasibility pilot of a pediatric delirium management and prevention toolkit. *Palliative & supportive care*. 17(1), 42-45.

Machbarkeitsstudie eines pädiatrischen Delir Toolkits zur Prävention und Management

Delir bei Kindern ist eine Komplikation in Folge einer schweren Krankheit mit einer Prävalenz von 20-65% auf pädiatrischen Intensivstationen (Meyburg et al. *Pediatric Critical Care Medicine.* 18(2), 128-133). Silver und Traube (2019) stellen in ihrem Artikel eine Machbarkeitsstudie vor, in der der Einsatz eines sogenannten „Toolkits" als nicht-pharmakologische Maßnahme zur Prävention und Management eines Delir bei Kindern erprobt und evaluiert wird.

Hierzu wurde ein entwicklungsspezifisches *Delirium Prevention Toolkit* für Familien, deren Kinder auf einer pädiatrischen Intensivstation aufgenommen waren, entwickelt. Dieses Toolkit enthält folgende Gegenstände: eine dem Alter angemessene Uhr/Kalender, um Tages-und Nachtzeiten zu unterscheiden, Gegenstände zur kognitiven Stimulation während des Tages (DVD Player, dem Alter des Kindes angepasste Spiele-Spielzeug, Bastelutensilien), Kopfhörer, um Umgebungsgeräusche zu reduzieren oder um Musik zu hören, Augenmasken, um den Schlaf zu fördern, eine Massagelotion, um Berührung und ein Wohlgefühl zu unterstützen/erhöhen sowie eine Vorlage eines Kinderintensivtagebuchs, um Familienangehörige anzuregen, einen Bericht für ihr Kind über den Aufenthalt auf der Intensivstation zu schreiben. Weiterhin wurden die Angehörige aufgefordert, vertraute und wichtige Gegenstände, Lieblingsmusik sowie Bilder von anderen vertrauten Personen oder Haustieren mitzubringen.

Dieses Projekt zur Qualitätsverbesserung in der klinischen Versorgung zielte darauf ab, die betroffene Familie systematisch zu fördern, um tröstende und orientierende Aktivitäten mit dem schwerkranken Kind zu initiieren und somit die Delirraten zu senken.

In der Zeit von März bis Juni 2016 wurde das Toolkit 15 Patienten und ihren Familien angeboten. Bei der Entlassung wurden die Familien gebeten, die Verwendung des Toolkits zu beschreiben und zu beurteilen, ob sie diesen Ansatz als für sie hilfreich einschätzen. Zwölf von 15 Patienten und Familien nutzten verschiedene Elemente des Toolkits, insbesondere die Kopfhörer, Musik und Spiele; niemand benutzte regelmäßig das Tagebuch. Alle berichteten, dass sie die Verwendung des Toolkits während ihres Aufenthalts auf der Kinderintensivstation als hilfreich und unterstützend empfanden.

Kommentar: Das Pilotprojekt von Silver und Traube (2019) zeigt die gute Anwendbarkeit eines nicht-pharmakologischen Deliriums Präventions-Toolkits auf der pädiatrischen Intensivstation und die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit der Anwender. Diese Studie ist unter dem Aspekt der praktischen Machbarkeit und Relevanz für die Betroffenen und Angehörigen zu sehen. Unter diesen Gesichtspunkten ist die Erarbeitung eines Familienzentrierten Toolkits, um Angehörige strukturiert und methodisch durch eine für sie belastende Zeit zu begleiten für die individuelle Praxis von pädiatrischen Stationen sicherlich wünschenswert.

Susanne Krotsetis, Lübeck

Newsticker

In dieser Rubrik stellen wir Studien zum Delir kurz vors damit Sie einen Überblick über aktuelle Publikationen erhalten. Durch einen Klick auf den Link wird eine Weiterleitung zum Abstract in der PubMed geschaltet. Dieser Newsticker entsteht in Kooperation mit dem Netzwerk Frühmobilisierung.

CPOT: das Critical-Care Pain Observation Tool CPOT wurde für eine gemischte Gruppe von Intensivpatienten validiert, mit begrenzten Ergebnissen für delirante Patienten. Beobachtungsstudie von Emsden et al. (2019) aus der Schweiz https://bit.ly/2ZAwV51

Delir & Prämorbidität: die Häufigkeit eines Delirs bei Intensivpatienten mit vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen ist nicht statistisch signifikant erhöht im Vergleich zu Patienten ohne diese vorbestehende Erkrankungen. Retrospektive Studie mit 472 Patienten von van der Kuur et al. (2019) aus den Niederlanden https://bit.ly/2UeqbVq

Delirbehandlung: eine Übersichtsarbeit mit 1844 Patienten und 14 Studien gemischter Qualität zur pharmakologischen Behandlung von deliranten Patienten zeigte keinen Vorteil im Hinblick auf Delir-freie Tage, Fixierungen, Verweildauer, kognitives Outcome oder Mortalität. Cochrane-Review von Burry et al. (2019) https://bit.ly/30QILFY

Delir & Antipsychotika zur Behandlung: nach der Analyse von 16 RCTs und 10 Beobachtungsstudien kommen die Autoren zu dem Schluss, dass der Routinegebrauch von Antipsychotika (u.a. Haloperidol) bei erwachsenen, deliranten Patienten im Krankenhaus nicht geeignet ist, um ein Delir zu verkürzen, bzw. zu behandeln. Systematische Literaturrecherche von Nikooie et al (2019) https://bit.ly/33d8tFf

Delir & Antipsychotika zur Prävention: nach der Analyse von 14 RCTs zur Prävention eines Delirs bei erwachsenen Patienten im Krankenhaus durch Antipsychotika kommen die Autoren zu dem Schluss, dass kein präventiver Effekt nachweisbar ist (Delirhäufigkeit, -dauer, -schwere, Verweildauer, Kognition, Mortalität). Systematische Übersichtsarbeit von Oh et al (2019) https://bit.ly/2LPLSsp

Delir-Kosten: in Australien wurden in den Jahren 2016-17 insgesamt 132.595 Delirien festgestellt, die zusammen zu 900 Toden und zusätzlichen Kosten von 4.3 Milliarden Pfund führten. Kostenkalkulation von Pezzullo et al. (2019) https://bit.ly/2OjYbyR

Delir bei Schlaganfall: In einer Übersichtsarbeit mit 6718 Patienten nach Schlaganfall und 32 Studien von moderater Qualität zeigte sich eine Delir-Prävalenz von 25%. Systematische Übersichtsarbeit von Shaw et al (2019) https://bit.ly/30Ozw89

Delir & Bewegungssensoren: bisher wurde in 14 Studien mit 315 Patienten untersucht, ob und wie tragbare Fitnessarmbänder bei deliranten Patienten umsetzbar und aussagefähig sind. Systematische Literaturrecherche von Davoudi et al. (2019) https://bit.ly/2IsZiIB

Delirschwere messen: es gibt 42 verschiedene Assessments, um die Schwere eines Delirs zu messen. Nach einem Delphi-Prozess und kritischer Bewertung blieben 6, die zur Messung der Delirschwere empfohlen werden können: Confusion Assessment Method–Severity Score, Confusional State Examination, Delirium-O-Meter, Delirium Observation Scale, Delirium Rating Scale, und Memorial Delirium Assessment Scale. Systematische Literaturrecherche von Jones et al. (2019) https://bit.ly/2ZC4zaH

Delir & Melatonin: in einer randomisierten Studie mit 210 Patienten nach Herzoperationen reduzierten 3 mg Melatonin vs. Placebo nicht die Häufigkeit, Dauer oder Schwere des Delirs. RCT von Ford et al. (2019) aus Australien https://bit.ly/2r6bLfw

Delir & Pädiatrie: 66% der 0-17 Jahre alten Kinder auf Intensivstationen waren postoperativ im Delir. Verschiedene Risikofaktoren konnten identifiziert werden, wenige davon veränderbar. Beobachtungsstudie von Meyburg et al. (2019) aus Deutschland https://bit.ly/34344oW
Delir & Kardiochirurgie: Eine Literaturarbeit konnte 56 Studien zur Prävention und Therapie des Delirs bei kardiochirurgischen Intensivpatienten identifizieren, mit sehr heterogenem Design und Qualität. Dexdor könnte viel versprechend sein. Systematische Übersichtsarbeit von Pieri et al. (2019) https://bit.ly/2O1kPeQ
Delir & Haloperidol: eine systematische Übersichtsarbeit mit 8 qualitativ geringwertigen RCTs und 3034 Patienten zu Haloperidol vs Placebo fand keinen Vorteil für die Prävention, Dauer eines Delirs, Intensivtage oder Mortalität. Meta-Analyse von Chen et al. (2019) https://bit.ly/2KBJX9H
Delir & Tod: ein Fallbeispiel beschreibt den Tod eines Patienten im Delir, der sich unbeaufsichtigt mit seinem Rasierequipment einen Dialysekatheter durchschneidet und verblutet. Fallbeschreibung von Brown et al. (2019) https://bit.ly/2OpnkXa
Delir & Assessment: Die Amerikanische und Europäische Delirvereinigungen empfehlen, nicht untersuchbare Patienten so zu behandeln, als hätten sie ein Delir (inclusiveness is safe). Die Sektion Koma und Bewusstseinsstörung der DIVI hat dagegen ein Positionspapier herausgebracht, um Behandlungen nur mit gesicherten Diagnosen durchzuführen: Nydahl, Hansen et al (2019) https://bit.ly/2qwHiat
Delir & Demenz: Es kann schwierig sein, ein Delir bei demenzerkrankten Patienten zu erkennen. Der Test „Welchen Wochentag haben wir?“ erkennt 8 von 10 Betroffene und wenn dies kombiniert mit „Wochentage rückwärts aufzählen“, sogar 9 von 10. Validierungsstudie von Steensma et al. (2019) aus den USA https://bit.ly/2QxRbiK
Delir & HELP: das HELP (Hospital Elder Life Program) erwies sich in China als sehr erfolgreich, um die Rate an postoperativen Delirien zu verringern. RCT von Wang et al (2019) https://bit.ly/36ufgLT
Delirtypen: das hypoaktive Delir kommt am häufigsten vor, wird am häufigsten übersehen und hat leider auch die höchste Mortalität. Übersichtsarbeit von Krewaluk et al. (2020) https://bit.ly/394PwYh
Delir-Tag: der Welt-Delirtag in Großbritannien wurde dazu genutzt, um in 45 Krankenhäusern die Delirrate bei 1.507 >65-Jährigen mit 14,7% festzustellen. Delir-Screening erhöht die Chance, ein Delir auch festzustellen, um das 5fache. Prävalenzstudie der Geriatric Medicine Research Collaborative (2019) https://bit.ly/38QI3vR
Delir-Cafe: Ein Cafe zum Thema Delir diente als interessante Fortbildungslokalität und -möglichkeit für Ärzte und Pflegekräfte während des Welt-Delirtags in Finnland. Roitto 2020 https://bit.ly/37v9mv8
Delir & Schlaf: Schlafentzug und Delir haben ähnliche Symptome, können gemeinsam auftreten und sich gegenseitig beeinflussen, im Positiven wie auch Negativen. Übersichtsarbeit von Pisani et al. (2020) https://bit.ly/36vmK0W
Delir & Histamin: unverstanden und unterschätzt bezeichnet die englische Arbeitsgruppe um Chazot die Rolle von Histamin in der Entstehung von Delir, zumal über die pleiotropen Effekte dieses Neurotransmitters die facettenreiche Klinik erklärt wäre. Übersichtsarbeit von Chazot et al (2019) https://bit.ly/2RQHtlI

Das Delir-Netzwerk e.V. stellt sich vor

Das Delir-Netzwerk e.V. wurde 2019 als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Lebach eingetragen. Vorstand sind Rebecca von Haken, Michael Dewes, Peter Nydahl, Stefanie Monke, Christine Thomas, Rolf Dubb und Stefan Kreisel. Kurz um fördern wir die multidisziplinäre, multiprofessionelle Pflege, Behandlung und Erforschung des Delirs.

Die Ziele:

- wissenschaftliche Forschung zum Thema zu betreiben,
- Wissen einzelner Disziplinen und Professionen zu verknüpfen,
- Theorie-Praxistransfer initiieren, zu begleiten und zu implementieren,
- Öffentlichkeitsarbeit zu fördern

Wer kann Mitglied werden?

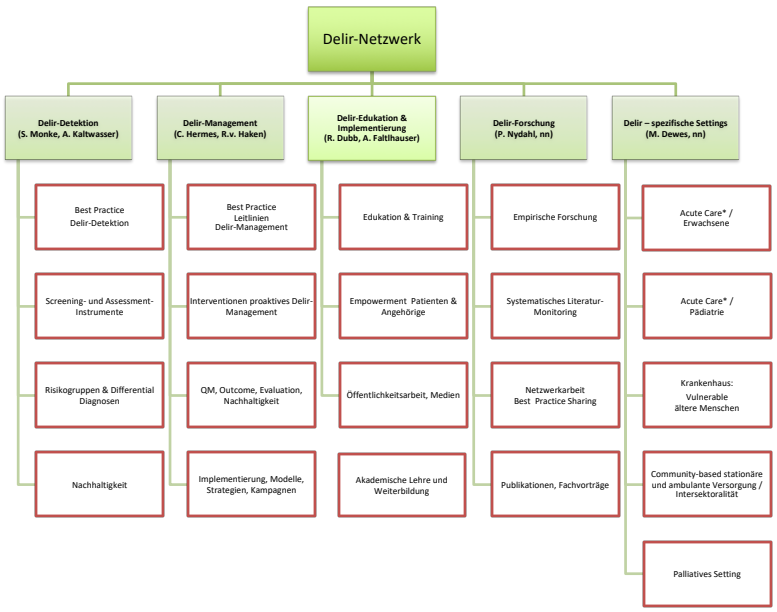
Das Delir Netzwerk ist offen für alle am Thema Interessierten.
Mein Beitrag?

- Es fallen jährliche Kosten von 30, - € pro Mitglied an, welche in die Forschung mit einfließt.
- Entscheiden Sie selbst, ob Sie aktiv oder passiv dem Verein beitreten wollen.

Aktive Mitglieder können sich zu einzelnen Teilbereichen oder Themenschwerpunkten zusammenschließen oder andere unzählige Aufgabengebiete übernehmen.

Die Mitgliedschaft des Vereins setzt sich zusammen aus Kolleginnen und Kollegen der verschiedensten Berufsgruppen und Arbeitsfelder.
Leiten Sie gerne diesen Newsletter weiter oder versenden Sie den Link zur Mitgliedschaft:
www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html
Für weitere Informationen schreiben Sie doch eine Mail an:
info@delir-netzwerk.de

Sektionen des Delir-Netzwerks 2020



*Acute Care lt. Definition der WHO, beinhaltet Therapie, Stabilisierung, Rehabilitation, Versorgung und Palliation in den Bereichen Rettungsdienst, Notaufnahme, Intensivstation und Bereiche mit intensiver Überwachung. Quelle https://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/, März 2019