



# Delir-Netzwerk e.V.

## DER ERSTE NEWSLETTER

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wir freuen uns, heute am Welt-Delir-Tag den ersten Newsletter des Delir-Netzwerks an Sie und Euch versenden zu können. Weiterhin freuen wir uns, dass das Delir-Netzwerk endlich als ein eingetragener Verein registriert worden ist und somit die eigentliche inhaltliche Arbeit beginnen kann.

In diesem Newsletter sind verschiedene Informationen zum Verein, Veranstaltungen, Studien und den Säulen des Delir-Netzwerks zusammengefasst.

## DER VEREIN

Am 26.10.2018 wurde das Delir-Netzwerk als eingetragener Verein registriert. Damit kann der Verein nun offiziell seine Arbeit aufnehmen.

Erste Vorsitzende ist Dr. med. Rebecca von Haken, Uniklinik Heidelberg; 2. Vorsitzender ist Michael Dewes, Fachkrankenpfleger aus Luxemburg; Schriftführer ist Peter Nydahl, Pflegewissenschaftler des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein; Beisitzer sind Stefanie Monke, Pflegepädagogin, Köln, Rolf Dubb, M.A. der Kreiskliniken Reutlingen, Dr. med. Stefan Kreisel aus Bielefeld und Dr. med. Jochen Meyburg aus Heidelberg.

Die weiteren Gründungsmitglieder und Mitglieder der Lenkungsgruppe zur Vereinsgründung sind Susanne Krotsetis, Lübeck, Ulf Günther, Oldenburg, Alawi Lütz, Berlin, Sabrina Sayk und Carsten Hermes aus Bonn sowie Arnold Kaltwasser aus Reutlingen und Christine Thomas aus Stuttgart. Alle Genannten geben jederzeit Auskunft über den Verein.

Das Delir-Netzwerk ist multidisziplinär und multiprofessionell ausgerichtet. Das Netzwerk hat zum Ziel, die (Fach-)Öffentlichkeit für das Thema Delir zu sensibilisieren, Wissen zu verbreiten und Projekte zu initiieren. Das Delir-Netzwerk ist offen für die Kooperation mit Fachgesellschaften, wie z.B. bereits mit der Sektion Koma und Bewusstseinsstörungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin DIVI, der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste eV und der European Delirium Association in der Vergangenheit erfolgt. Das Netzwerk arbeitet transparent und es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass einige Mitglieder des Vorstands freundschaftliche Beziehungen zur Industrie pflegen; eine entsprechende Konflikterklärung wird demnächst auf der Homepage erscheinen.

Interessierte können unsere Unterlagen zur Anmeldung im Verein nutzen, diese stehen unter [www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html](http://www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html) im Internet zur Verfügung.

## IN DIESEM NEWSLETTER

Die Säulen des Vereins .....	2
Der Newsletter .....	3
Veranstaltungen .....	4
Internationale Verbände .....	5
ABCDEF-Bundle .....	6
Delir im Krankenhaus .....	7
Haloperidol zur Delirprophylaxe. 8	
Arbeitsaufwand bei Agitation.....	9
Delir-Detektion Notaufnahme.....	10



## Die Säulen

Die inhaltliche Arbeit des Vereins soll in verschiedene Säulen aufgliedert werden.

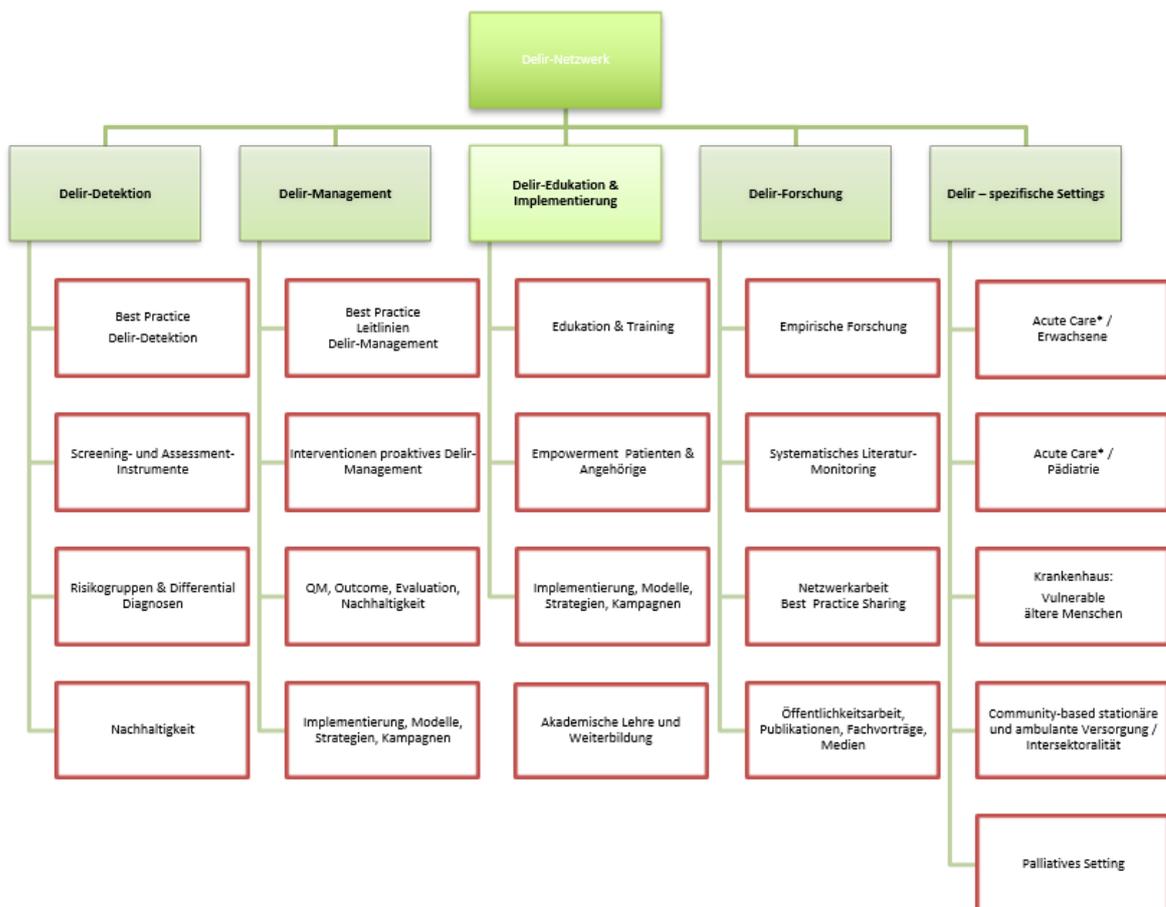
Die Säulen sind bisher:

Delir-Detektion, Delir-Management, Delir-Edukation & Implementierung, Delir-Forschung und Delir in spezifischen Settings.

Wenn Sie an einer aktiven Mitarbeit und Weiterentwicklung in einer der Säulen interessiert sind, so lassen Sie es uns bitte wissen.

Ziel ist es, für jeden Bereich interessierte Personen zu vernetzen und gegebenenfalls Projekte zu initiieren.

## Säulen des Delir-Netzwerks 2019



\*Acute Care It. 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



## Der Newsletter

Der Newsletter soll alle drei Monate erscheinen und über die neusten Entwicklungen, Projekte und Studien informieren.

Das Gute ist: der Newsletter ist umsonst und soll bitte gerne an Interessierte weitergeleitet werden. Bei Zitierung bitten wir um die Berücksichtigung der korrekten Quellenangaben.

Wenn Sie und Ihr den Newsletter nicht mehr empfangen möchten, dann genügt eine email an:

[info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de).



### INHALTE DES NEWSLETTERS

---

Ideen und Vorschläge, welche Inhalte in diesen Newsletter gehören?

Wir sind offen für jede Anregung—auch hier gilt:

Einfach eine Mail an

[info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de)

## VERANSTALTUNGEN ZU DELIR, DEMENZ UND VERWANDTEN THEMEN

Wir bemühen uns, einen Überblick über internationale, nationale, regionale, große und kleine, etablierte und neu entstandene Konferenzen, 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](mailto:info@delir-netzwerk.de)



*Veranstaltungen 2019*

## Veranstaltungen

- 21.03.2019 Klinikum Stuttgart:  
Abschluss-Symposium Projekt HuBerTDA—HuBerTDA—Die Zukunft für das Krankenhaus  
<https://www.klinikum-stuttgart.de/aktuell-im-klinikum/projekte-und-innovationen-in-der-medizin/das-projekt-hubertda/>
- 26.03.2019 BG Klinikum Hamburg:  
1. Boberger Delirtag, Hamburg Boberg. Informationen:  
[www.bg-klinikum-hamburg.de/veranstaltungen](http://www.bg-klinikum-hamburg.de/veranstaltungen)
- 10.05.2019 1. Siegburger Fachtag Pflege. Infos:  
<https://www.helios-gesundheit.de/kliniken/siegburg/unser-haus/veranstaltungen/>
- 23.05./24.05.2019 Hamburger Intensivtage:  
Pflegeprogramm zu Frühmobilisation und Delir  
<https://hamburger-intensivtage.de>
- 12.06.-14.06.2019 Berlin:  
Jahrestagung der DGIIN mit Pflegeprogramm. PAD-Workshops vom **Delir-Netzwerk** und mehr. Infos:  
<https://2019.dgiin.de/index/programm/mittwoch.html>
- 04.09.-06.09.2019 Edinburgh, UK / Republic of Scotland:  
EDA Conference der European Delirium Association  
[www.europeandeliriumassociation.com](http://www.europeandeliriumassociation.com)
- 24.09.2019 Hamburg:  
Tea Time Lecture 2019. Infos:  
<http://www.teatimelecture-hamburg.de>
- 29.10.2019 Stuttgart:  
8. Deutschsprachiger Delirtag
- 14.11.-15.11.2019 Reutlingen:  
Reutlinger Fortbildungstage. Informationen:  
[www.akademie-reutlingen.de](http://www.akademie-reutlingen.de)

## Internationale Verbände



**iDelirium**

The International Federation of Delirium Societies

[Home](#) [WDAD2019](#) [About Delirium](#) [About Us](#) [Contact Us](#) [Super](#)

**Welcome to iDelirium  
World Delirium Awareness Day  
Headquarters  
13 March 2019**



European  
Delirium  
Association



Australasian  
Delirium  
Association



*“iDelirium—A Unified Voice For Advancing Delirium Science.” Ein Zusammenschluss der American Delirium Society, der European Delirium Association und der Australasian Delirium Association. [www.iDelirium.org](http://www.iDelirium.org)*

## EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

A MULTI-DISCIPLINARY, MULTI-PROFESSIONAL  
ORGANISATION  
FOR THE ADVANCEMENT OF DELIRIUM CARE AND  
RESEARCH

*“Our goal is to move forward with all those dedicated to delirium care and research....” Die EDA, European Delirium Association.  
[www.europeandeliriumassociation.com](http://www.europeandeliriumassociation.com)*

## AKTUELLE STUDIEN

In den Newslettern werden aktuelle Studien verschiedener Bereiche zusammengefasst, um komprimiert Wissen zu vermitteln.

Wer sich hier beteiligen und ebenfalls eine Zusammenfassung präsentieren möchte, ist herzlich willkommen.

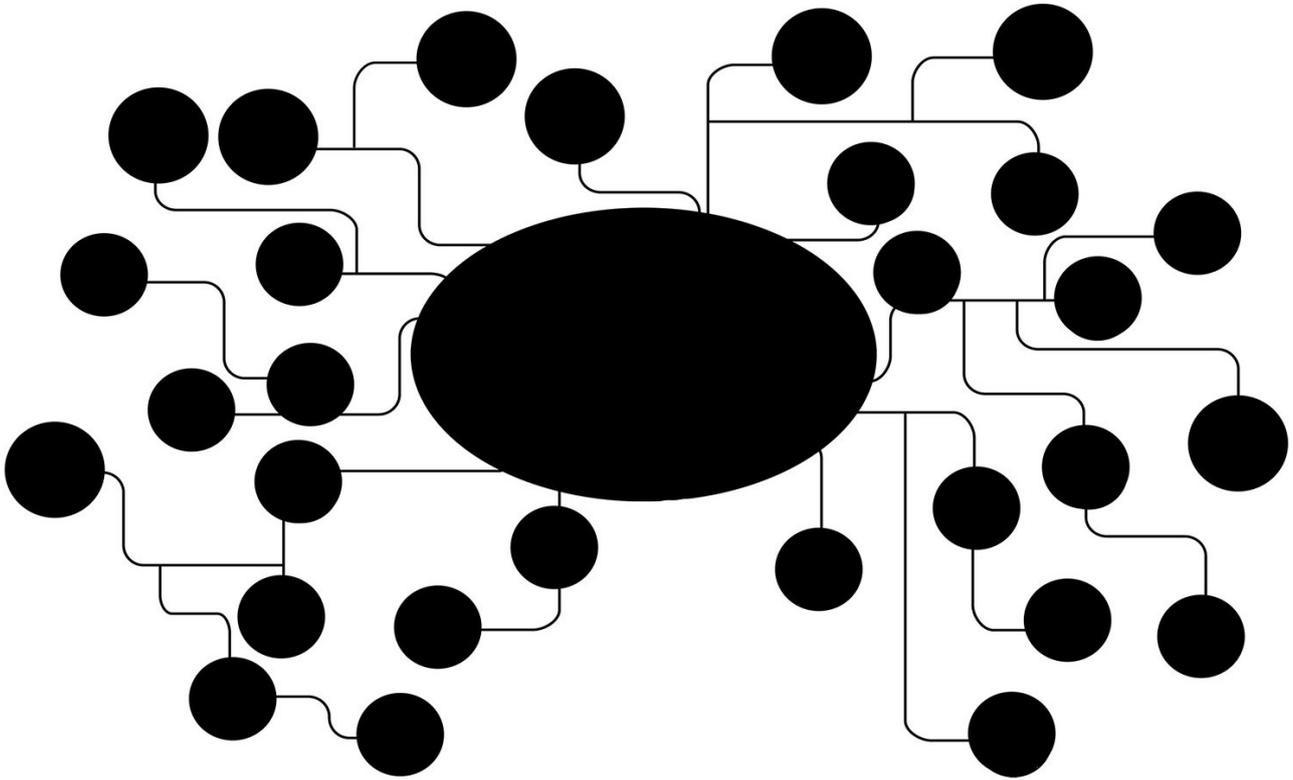
(Firmen sind hiervon verständlicher Weise ausgenommen).



## Implementierung des ABCDEF-Bundles

Im Intensivbereich beinhaltet das sogenannte abcdef-Bündel den täglichen Aufwach- und Spontanatmungsversuch, Delir-Assessment, Frühmobilisierung und Familienintegration. Das abcdef-Bündel wird von verschiedenen Professionen koordiniert im Team umgesetzt. Fraglich ist hierbei, in wie weit das Ausmaß der Implementierung des Bündels Einfluss auf verschiedene Outcomeparameter haben kann. Pun et al. (2018) aus den USA haben nun auf 68 Intensivstationen mit insgesamt 15.226 Intensivpatienten mit einer Verweildauer  $\geq 24$ h untersucht, wie die Umsetzung des abcdef-Bündels mit verschiedenen Outcomefaktoren zusammenhängen kann. Im Ergebnis zeigte sich, dass von den teilnehmenden Intensivstationen 85% ein Sedierungsassessment, 77% ein Schmerzassessment, 76% den täglichen Aufwach- und Spontanatmungsversuch, 58% die Gegenwart von Familien gefördert, 56% das Delirassessment und 29% Mobilität umgesetzt hatten. Insgesamt haben 25-30% der Intensivstationen alle Aspekte umgesetzt. Je mehr die einzelnen Aspekte umgesetzt worden waren, desto eher waren diese mit a) einer geringeren Mortalität, b) weniger Zeit im Koma/Sedierung, c) weniger Delir, d) weniger Fixierungen, e) einer geringeren Wiederaufnahmerate und f) einer größeren Wahrscheinlichkeit, statt in ein Pflegeheim nach Hause entlassen werden zu können, assoziiert. Das nach Einflussfaktoren angepasste Risikoverhältnis, ein Delir zu erleiden, konnte hier auf 0.6 (95% CI 0.49-0.72,  $p < 0,0001$ ) reduziert werden. Dies zeigt, dass ein komplexes Maßnahmenbündel, das interprofessionell umgesetzt wird, die Delirrate und andere Outcomefaktoren maßgeblich verbessern kann. Damit sind vor allem Mediziner, Pflegenden und Therapeuten gefragt, gemeinsam an der Implementierung zu arbeiten. Natürlich hat eine so große Studie auch erhebliche Risiken für mögliche Verzerrungen, in jedem Fall zeigt die Studie, dass die Umsetzung des abcdef-Bündels einen merkbaren Unterschied in der Pflege- und Versorgungsqualität machen kann (PN).

Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, Byrum D, Carson SS, Devlin JW, Engel HJ, Esbrook CL, Hargett KD, Harmon L, Hielsberg C, Jackson JC, Kelly TL, Kumar V, Millner L, Morse A, Perme CS, Posa PJ, Puntillo KA, Schweickert WD, Stollings JL, Tan A, D'Agostino McGowan L, Ely EW. [Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15.000 Adults](#). Crit Care Med. 2018 Oct 18.



*“Komplexe Maßnahmenbündel können die Delirrate deutlich senken.”*

## Delir im Krankenhaus

Mit dem Thema „Delir im Krankenhaus“ beschäftigt sich die Übersichtsarbeit von N. Zoremba und M. Coburn. Die selektive Literaturrecherche fand in MEDLINE, PubMed, Cochrane Library und im International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)-Register statt. Die Autoren wiesen deutlich darauf hin, dass es sich bei der Diagnose Delir um einen medizinischen Notfall handelt. Das Delirscreening hat durch fehlende apparative oder laborchemische Möglichkeiten weiterhin einen hohen Stellenwert, auch wenn es weiterhin nicht flächendeckend im Klinikalltag genutzt wird. Der Stellenwert der nichtmedikamentösen Delirprävention stellen die Autoren in den Vordergrund. Hierbei werden insbesondere die Frühmobilisation, die Reorientierung, die optimierte Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, die Schlafverbesserung und die adäquate Schmerztherapie hervorgehoben. Die Vermeidung einer Polypharmazie hat zusätzlich einen hohen Stellenwert und kann z.B. mit der Priscus-Liste angegangen werden. Zur Therapie gehört grundlegend die Ursachenforschung mit deren Behandlung. Bei der medikamentösen Therapie weisen die Autoren darauf hin, dass die meisten Medikamente nur unter intensivmedizinischer Aufsicht gegeben werden dürfen. In Ihrem Resümee schreiben die Autoren zu Recht:

„Der Umgang mit Delir im Krankenhaus erfordert es, multifaktoriell vorzugehen. Entscheidend sind die Prävention und die zeitnahe Diagnostik durch validierte Screeningverfahren. Wird ein Delir diagnostiziert, muss zügig eine Therapie begonnen werden, wobei nichtmedikamentöse Therapieoptionen äußerst wichtig sind. Nur so ist es möglich, das Delir als medizinischen Notfall korrekt zu behandeln und für den Patienten das optimale Behandlungsergebnis zu erzielen“ (AK).

Zoremba N, Coburn M: Acute confusional states in hospital. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 101–6. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0101 <https://>



## AKTUELLE STUDIEN

Vielleicht möchten Sie selbst keine Studie zusammenfassend vorstellen, haben aber eine Idee, was einen Aspekt in der Delir-Versorgung oder -forschung betrifft, der Ihrer Ansicht nach nicht ausreichend repräsentiert ist?

Schreiben Sie uns doch einfach eine Mail mit dem Hinweis auf eine solche Studie—wir überlegen uns dann, wie wir diese Studie hier vorstellen können.

[info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de)



## Haloperidol zur Delirprophylaxe— Die REDUCE-Studie

Immer wieder diskutiert wird die prophylaktische Gabe von Haloperidol zur Vermeidung eines Delirs. Für Aufsehen sorgte eine grosse multizentrische Studie der Arbeitsgruppe um van den Boogaard in den Niederlanden (2018), die im letzten Jahr im JAMA veröffentlicht wurde.

Die primäre Fragestellung war: verbessert bei nicht deliranten Intensivpatienten die Gabe von Haloperidol alle 8 Stunden das 28 Tages Überleben im Vergleich zu Placebo? In den 15 sekundären Endpunkten wurde jedoch neben dem 90 Tage Überleben auch die Delirinzidenz erhoben, sowie die Zahl der delirfreien Tage. Eingeschlossen wurden Patienten, die einen erwarteten Intensivaufenthalt von mindestens 2 Tagen, keine schwere neurologische Vorerkrankung und kein Delir hatten. Von den fast 16000 rekrutierten Patienten konnten 1789 eingeschlossen werden. Die zunächst dreiarmlige Studie (eine Gruppe Placebo, eine Gruppe 1mg Haloperidol, die letzte 2 mg /8hr) wurde in einer geplanten verblindeten Zwischenanalyse um die 1mg Haldolgruppe auf zwei Arme reduziert (wegen futility). In der Auswertung zeigte sich weder ein Unterschied im 28 Tage Überleben, noch konnte in den oben genannten sekundären Endpunkten ein signifikanter Vorteil für die Interventionsgruppe gezeigt werden. Die Studie hat einige von den Autoren selbst dargestellte Schwächen. Zum einen war die mediane Behandlungsdauer sehr kurz, nämlich 2 Tage, so dass postuliert werden könnte, die medikamentöse Prophylaxe sei zu kurz gewesen. Eine andere Limitation sehen die Autoren im Zeitpunkt des Therapiebeginns, nämlich mit Aufnahme auf die Intensivstation, also bereits in einer kritischen gesundheitlichen Situation. Nicht unterschieden wurde zwischen elektiven und nicht elektiven Patienten. Betrachtet man die Metaanalyse von Shen (2018) dann scheint eine prophylaktische hoch dosierte Gabe von Haloperidol bei elektiver Chirurgie die Inzidenz insgesamt verringern zu können, allerdings wird diese Aussage aus zwei Studien gefolgert, von der mindestens eine unterpowered, die andere nicht doppelt blind randomisiert wurde.

Somit ist nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft eine prophylaktische Gabe von Haloperidol auf der Intensivstation höchstens in besonderen Fällen zu rechtfertigen (RVH).

van den **Boogaard** M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, Schoonhoven L, Beishuizen A, Vermeijden JW, Pretorius D, de Koning J, Simons KS, Dennesen PJW, Van der Voort PHJ, Houterman S, van der Hoeven JG, Pickkers P; **REDUCE** Study Investigators, van der Woude MCE, Besselink A, Hofstra LS, Spronk PE, van den Bergh W, Donker DW, Fuchs M, Karakus A, Koeman M, van Duijnhoven M, Hannink G. [Effect of Haloperidol on Survival Among Critically Ill Adults With a High Risk of Delirium: The REDUCE Randomized Clinical Trial](#). JAMA. 2018 Feb 20;319(7):680-690

Shen YZ, Peng K, Zhang J, Meng XW, Ji FH. [Effects of Haloperidol on Delirium in Adult Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis](#). Med Princ Pract. 2018;27(3):250-259



## Pflegeaufwandsindizes (TISS-10, TISS-28 und NEMS) erfassen nicht den erhöhten (Pflege-) Arbeitsaufwand bei Agitation und Delir

Standardmäßig werden für die Kalkulation einer Intensivstation verschiedene Indizes erfasst, auch zum Messen von Arbeitsaufwand und Stellenkalkulation. Besteht in der Erfassung ein Unterschied, ob der Patient im Delir ist oder nicht? Diesen Fragen gingen Günther et al in einer retrospektiven Auswertung von 152 Patienten im Jahre 2016 für den Zeitraum Oktober und November 2007 nach. Um eine Kostenrechnung (Deckungsbeitrag III) exemplarisch durchzuführen, wurden die Standarddaten der DGAI herangezogen. Für die intensivmedizinische Behandlung wurden Kosten von 1426 € pro Behandlungstag mit künstlicher Beatmung und von 1145 € ohne künstliche Beatmung ermittelt. Der TISS-10 ist Basis für die Abrechnung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung und kann als zusätzliches Gewicht die Erlöse erhöhen. Mit dieser Arbeit wurde erstmals überhaupt der Zusammenhang zwischen TISS-10 und TISS-28 untersucht; immerhin fand sich eine hohe Korrelation ( $r^2 = 0,864$ ).

Von 152 Patienten hatten 36,2 % während ihres Intensivaufenthalts ein Delir, 63,8 % hatten kein Delir. In 1/3 lag ein hyperaktives Delir, in 2/3 ein hypoaktives Delir vor. Patienten mit Delir waren signifikant länger beatmet, hatten einen längeren Intensivaufenthalt und waren länger im Krankenhaus als Patienten ohne Delir.

In dieser Studie wurde gezeigt, dass keiner der Aufwandsindizes erhöht war, wenn man die Patienten in beatmet und nichtbeatmet gruppiert, denn dann findet sich für Patienten mit und ohne Delir hinsichtlich der Aufwandsindizes kein Unterschied mehr. Der Unterschied bei den Aufwandsindizes ist lediglich auf die Beatmung zurückzuführen.

Seit 2007 sind viele Veränderungen spürbar. Wir wissen, dass Patienten weniger tief sediert sein sollen und werden. Wir wissen, dass die Arbeitsverdichtung zugenommen hat. Wird die Stellenberechnung für wache, nicht beatmete Patienten, welche agitiert und/oder delirant nur auf Basis von Standard-Indizes durchgeführt, wird kein adäquater Betreuungsschlüssel herauskommen (CH).

**Guenther, U., Koegl, F., Theuerkauf, N. et al. Med Klin Intensivmed Notfmed (2016) 111: 57. <https://doi.org/10.1007/s00063-015-0056-5>**

## Delir-Detektion bei älteren Notfallpatienten mit der Nu-DESC

Das Delir als häufiges und unterschätztes Problem bei älteren medizinischen Patienten in den Notaufnahmen von Krankenhäusern stellt in gewisser Weise einen Sonderfall dar: Die „Kontaktzeit“ mit den Patienten ist im Vergleich zu anderen Settings deutlich reduziert, serielles „Abarbeiten“ begünstigt ein Übersehen insbesondere hypoaktiv deliranter Zustände.

Von Interesse ist es also, über zuverlässige, rasch umzusetzende und möglichst unkompliziert zu schulende Delir-Assessments verfügen zu können.

Brich et al. haben in dieser 2018 erschienenen monozentrischen Validationsstudie an 315 über 70-jährigen Patienten der grossen (> 50.000 Notfallpassagen) interdisziplinären Notaufnahme einer Universitätsklinik die Anwendbarkeit der verbreiteten Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) in diesem Setting überprüft.

Eingeschlossen wurden über einen 4-Monats-Zeitraum Patienten, die sich zwischen 8:00 Uhr und 16:00 Uhr, seit nicht mehr als 12 Stunden, in der Notaufnahme befanden; erfasst wurden also auch Patienten, die bereits in der Nacht aufgenommen wurden.

Dazu wurden die pflegerischen Assessments den Delir-Assessments der diensttuenden Psychiater bzw. Neurologen gegenübergestellt.

Durch die Konsiliarärzte wurden anschließend die Mini-Mental-State-Examination (MMSE-) Ergebnisse dokumentiert und im Falle einer positiven Delir-Diagnose eine Einstufung anhand des motorischen Subtyps erhoben.

Im Ergebnis konnte ein Delir bei 47 der 315 eingeschlossenen Patienten (14.9%) gezeigt werden, wobei die meisten dieser Patienten (26) ein hypoaktives Delir präsentierten, 14 ein mixed-type Delir und nur 3 ein hyperaktives Delir. Vier Patienten konnten nicht eindeutig zugeordnet werden.

Die Nu-DESC zeigte eine gute Spezifität von 91.0%, jedoch eine nur mittelmässige Sensitivität von 66%.

Da es auf Seiten des Pflegepersonals zu einem häufigen Verkennen des Items „Desorientiertheit“ der Nu-DESC bei solchen Patienten kam, die in der MMSE als desorientiert eingeschätzt wurden, wurde eine explorative Analyse einer modifizierten Version der Nu-DESC im Sinne einer Operationalisierung dieses Items durch Item 1+4 der MMSE (welcher Wochentag? Welche Krankenhausabteilung?) durchgeführt. Diese Modifikation ermöglichte eine Erhöhung der Sensitivität auf 77.8% bei einer gleichzeitig moderaten Absenkung der Spezifität auf 84.6%. Damit ordnen die Autoren die Performance ihrer modifizierten Nu-DESC einer Reihe anderer Screening Tools, wie z.B. Delirium Triage Screen (DTS), 6 Item Cognitive Impairment Test (6-CIT) oder der Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED) äquivalent zu, wobei sie betonen, dass die Praxisnähe ihres Ansatzes eine bessere Reproduzierbarkeit in der alltäglichen Arbeit verspricht.

Abschliessend empfehlen sie die modifizierte Nu-DESC mit erweiterter Schulung des Pflegepersonals für ein systematisches Delir-Screening in der Notaufnahme innerhalb einer Minute (MD).

Brich, J., Baten, V., Wußmann, J., Heupel-Reuter, M., Perlov, E., Klöppel, S., & Busch, H. J. (2018). [Detecting delirium in elderly medical emergency patients: validation and subsequent modification of the German Nursing Delirium Screening Scale](#). *Internal and emergency medicine*, 1-10.

In Ihrem Kommentar auf die Arbeit von Brich et al. weisen Grossmann et al. darauf hin, dass dieser Ansatz die Aufmerksamkeitsstörung – laut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) das Hauptmerkmal des Delirs – außer Betracht lässt. Die Notwendigkeit eines zuverlässigen und einfach durchzuführenden Assessments akut auftretender kognitiver Störungen bei medizinisch erkrankten, älteren Patienten in den Notaufnahmen bleibt bestehen und erfordert sicherlich weitere Untersuchungen.

Grossmann, F. F., Hasemann, W., & Nickel, C. H. (2019). [Detecting delirium in elderly medical emergency patients: validation and subsequent modification of the German nursing delirium screening scale—comment](#). *Internal and emergency medicine*, 1-1.

## Delir-Netzwerk e.V.

Die Mitgliedschaft des Vereins setzt sich zusammen aus Kolleginnen und Kollegen der verschiedensten Berufsgruppen und Arbeitsfelder.

Zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Newsletters (März 2019) haben wir bereits etwa 50 Mitglieder und hoffen auf ein weiteres rasches Wachstum.

Wenn Sie Fragen zur Mitgliedschaft im Verein haben, senden Sie einfach eine Mail an [info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de)

## Mitglieder anwerben

Es ist schwierig, das Thema Delir in die Köpfe und Herzen der Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Rettungsdienste zu tragen.

Ein Erfolg ist nur dann abzusehen, wenn sich eine kritische Masse an Enthusiasten zusammenfindet, die dieses Bewusstsein in der Breite schaffen kann.

Helfen Sie uns dabei, diese Enthusiasten zu erreichen und für die Mitarbeit im Verein Delir-Netzwerk e.V. zu gewinnen.

Leiten Sie gerne diesen Newsletter weiter oder versenden Sie den Link zur Mitgliedschaft:

[www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html](http://www.delir-netzwerk.de/mitgliedschaft.html)

Für weitere Informationen schreiben Sie doch eine Mail an:

[info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de)

## Delir-Netzwerk e.V.

Hermannstr. 2a  
D-66822 Lebach

E-Mail: [info@delir-netzwerk.de](mailto:info@delir-netzwerk.de)

Bilder in diesem Newsletter:

- Delir-Netzwerk e.V.
- <https://pixabay.com>

Im Namen des Delir-Netzwerk e.V. grüßen

Rebecca von Haken, Michael Dewes, Peter Nydahl, der Gesamtvorstand und die Gründungsmitglieder.

