

P. Lawin · H.W. Opderbecke · H.-P. Schuster (Hrsg.)

Die geschichtliche Entwicklung der Intensiv- medizin in Deutschland

Zeitgenössische Betrachtungen

Die Gründung

Am 19.1.1977 trafen im Sheraton-Hotel Frankfurt-Flughafen Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung, der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und der Arbeitsgemeinschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin zusammen, um die „Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin“ (DIVI) zu gründen. Die im Vorfeld der Gründungsversammlung geführten vorbereitenden Gespräche und Verhandlungen sind in Folge 3, Teil II dieser Beitragsserie dargestellt worden [3].

Die o.a. ärztlichen Verbände hatten bereits enge und vertrauensvolle Gesprächskontakte entwickelt, als es darum ging, zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein bundeseinheitliches Konzept für die Weiterbildung in der Intensivpflege zu erarbeiten. Der Erfolg dieser Verhandlungen bestärkte die beteiligten Anästhesisten, Internisten und Pädiater in der Absicht, eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft als Dachverband zu gründen, um in Zukunft ärztlicherseits die Belange der Intensivmedizin auch bei anderen Gelegenheiten geschlossen vertreten zu können.

Der Gründung eines solchen Dachverbands standen jedoch juristische Schwierigkeiten entgegen, da das deutsche Vereinsrecht für einen rechtsfähigen „eingetragenen Verein“ (e.V.) nur die Mitgliedschaft natürlicher Personen vorsieht, im geplanten Dachverband aber nur ärztliche Verbände mit

P. Lawin · H.W. Opderbecke

Folge 8: Gründung und Entwicklung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

intensivmedizinischer Aufgabenstellung vertreten sein sollten.

Um diese Schwierigkeit zu lösen, wurde von H.W. Opderbecke, Nürnberg, die Satzung der „Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus“ (ADK) als Vorlage für einen Satzungsentwurf herangezogen. Die ADK ist ein im Vereinsregister beim Amtsgericht Düsseldorf eingetragener Verein, der (bis 1985) Veranstalter des „Deutschen Krankentages“ und der „Interhospitalia“ war. Träger des Vereins sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten und als Vertretung der Leitenden Krankenhauspflegekräfte die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und der Deutsche

Berufsverband für Krankenpflege. Jeder dieser Verbände entsendet in den Verein eine durch die Satzung festgelegte Anzahl von Vertretern, die als Ordentliche Mitglieder formal den Verein bilden. Damit ist das rechtliche Postulat, daß ein Verein nur aus natürlichen Personen bestehen kann, gewahrt. Den bestimmenden Einfluß üben aber gleichwohl die Verbände aus, die jederzeit das Recht haben, ihre Vertreter im Verein zu bestimmen und abzurufen.

Als Vertreter des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte war Opderbecke seinerzeit Mitglied der ADK und

Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. Lawin
Hofbauernstraße 6, D-81247 München

Prof. Dr. med. H.W. Opderbecke
Keßlerplatz 10, D-90489 Nürnberg

verfügte somit über Erfahrungen mit einer derartigen Vereinsstruktur. Er bat W. Weißbauer, den Justitiar des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, auf der Basis dieses Konzepts einen Satzungsentwurf für den geplanten Dachverband zu erarbeiten. Da die ADK im Vereinsregister beim Amtsgericht Düsseldorf eingetragen war, beschloß man schon im Vorfeld, als Sitz des Dachverbandes ebenfalls Düsseldorf zu wählen, weil man annehmen konnte, daß dort die Satzung ebenso wie die der ADK auf keine Einwände stoßen würde.

Die Bezeichnung „Vereinigung“ geht auf einen Vorschlag des Internisten W. Nachtwey, zurück, der meinte, mit diesem Begriff würde der korporative, interdisziplinäre Charakter des Verbandes am besten zum Ausdruck gebracht. Als englische Bezeichnung wurde anfangs das Wort „Society“ gewählt, das später durch „Association“ ersetzt wurde.

Als Opderbecke die Vertreter der genannten ärztlichen Verbände zur Gründungsversammlung nach Frankfurt a.M. einlud, waren bereits in zwei Vorgesprächen am 4.12.1976 und 10.1.1977 alle wesentlichen Einzelheiten der Gründung abgesprochen worden, so daß die eigentliche Gründungsversammlung nur noch formalen Charakter hatte. Das Versammlungsprotokoll wurde von Frf. v. der Osten-Sacken und v. Rhein, Mitglied der Rechtsabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten, erstellt, die als Juristin die Gründungsversammlung begleitete und auch die Aufnahme in das Vereinsregister beim Amtsgericht Düsseldorf (mit Datum vom 7.6.1977) besorgte. Das Gründungsprotokoll hat folgenden Wortlaut:

„Am 29. Januar 1977 fanden sich im Sheraton-Hotel am Flughafen Frankfurt ein:

Professor Dr. med. P. Emmrich
Professor Dr. med. Hans-Gotthard Lasch
Professor Dr. med. Peter Lawin
Priv.-Doz. Dr. med. Peter Lemburg
Professor Dr. med. Volker v. Loewenich
Priv.-Doz. Dr. med. W. Nachtwey
Priv.-Doz. Dr. med. H.W. Opderbecke
Professor Dr. med. K.D. Scheppokat
Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
Professor Dr. med. Karl-Heinz Weis

Herr Dr. Opderbecke eröffnete um 10.00 h die Versammlung. Er begrüßte die Erschienenen und erklärte, daß die Zusammenkunft erfolgt sei, um die „Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin“

in der Form eines rechtsfähigen Vereins zu gründen.

Herr Dr. Opderbecke gab den Wortlaut der für den zu gründenden Verein ausgearbeiteten Satzung bekannt und stellte sie zur Diskussion.

Von den Anwesenden wurde einstimmig beschlossen, die „Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin“ als Verein zu errichten, ihm die dieser Niederschrift als Anlage beigefügte Satzung zu geben und ihm als Gründungsmitglieder anzugehören.

Die Anwesenden übertrugen sodann einstimmig Herrn Dr. Nachtwey die Leitung der Wahl des 1. Vorstandes und sprachen sich einstimmig für Wahl durch Akklamation aus. Vorgeschlagen und bei Enthaltung des jeweiligen Bewerbers wurden einstimmig gewählt zum Präsidenten und 1. Vorsitzenden

Herr
Professor Dr. med. Hans-Gotthard Lasch
Direktor der medizinischen Klinik
und Poliklinik der Universität Gießen
Klinikstraße 32b
6300 Gießen

zum Vizepräsidenten und 2. Vorsitzenden
Herr
Professor Dr. med. P. Emmrich
Universitäts-Kinderklinik
Langenbeckstraße 1
6500 Mainz 31

zum Generalsekretär
Herr
Professor Dr. med. Peter Lawin
Direktor der Klinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin der
Universität Münster
Jungeblodtplatz 1
4400 Münster/Westfalen

zum Schriftführer
Herr
Dr. med. H.W. Opderbecke
Vorstand der Anästhesie-Abteilung
Städt. Krankenanstalten
Flurstraße 17
8500 Nürnberg 15

zum Kassenführer
Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
II. Med. Univ. Klinik und Poliklinik
Langenbeckstraße 1
6500 Mainz

Die Gewählten nahmen die Wahl an.

Herr Dr. Lasch übernahm hierauf die Leitung der Versammlung. Er stellte fest, daß der Verein ordnungsgemäß gegründet, die für ihn ausgearbeitete Satzung angenommen und der aus den Vereinsmitgliedern Dr. med. Hans-Gotthard Lasch und Dr. med. P. Emmrich bestehende 1. Vorstand satzungsgemäß bestellt worden sei.

Herr Dr. Lasch sprach den Anwesenden seinen Dank für die Vereinsgründung und das mit der Wahl bekundete Vertrauen aus.

Er wies darauf hin, daß der Verein sich in naher Zukunft auf dem Gebiet der Intensivmedizin mit einer Reihe schwieriger Probleme zu befassen habe. Er hoffe jedoch, daß der Verein bei der Bewältigung der Probleme Unterstützung von den wissenschaftlichen Gesellschaften, die als fördernde Mitglieder dem Verein angehören werden, erhalten werde. Schließlich gab er seiner Hoffnung Ausdruck, daß es möglich sein werde, den erforderlichen Kontakt zu anderen wissenschaftlichen Gesellschaften, die sich mit Fragen der Intensivmedizin im In- und Ausland befassen, zu erlangen.

Er versprach, unverzüglich Kontakte zu den Gesellschaften aufzunehmen, die gemäß § 5, Absatz 1 der Satzung als fördernde Mitglieder in die Vereinigung aufzunehmen sind. Des weiteren stellte er in Aussicht, sich an die einzelnen Fachgesellschaften, die sich satzungsgemäß mit Fragen der Intensivmedizin befassen, zu wenden und ihnen die Gründung der „Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin“ bekanntzugeben.

Er schloß die Versammlung um 15.00 h, nachdem niemand mehr das Wort gewünscht hatte.“

Aus der beschlossenen Satzung sind insbesondere die §§ 2, 4 und 5 von Bedeutung:

§ 2 – Zweck der Vereinigung

- (1) Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin dient der Förderung der Intensivmedizin in Wissenschaft und Praxis. Sie sieht ihre wesentlichen Aufgaben
 - in der Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen den wissenschaftlichen Gesellschaften und Verbänden, die sich mit Fragen der Intensivmedizin befassen,
 - in der Vertretung der gemeinsamen Belange der Intensivmedizin gegenüber Behörden, ärztlichen Berufsvertretungen und dritten Stellen,
 - in der Kommunikation mit wissenschaftlichen Vereinigungen im Ausland, die sich mit der Intensivmedizin in Wissenschaft und Praxis befassen,
 - in der Beteiligung an internationalen Kongressen auf dem Gebiet der Intensivmedizin und
 - in der Vertretung von Belangen der Intensivmedizin auf internationaler Ebene.

§ 4 – Ordentliche Mitglieder

- (1) Als Ordentliches Mitglied wird aufgenommen, wer von einem Fördernden Mitglied vorgeschlagen wird und seine Aufnahme schriftlich beantragt.

- (2) Die der Vereinigung als Fördernde Mitglieder angehörenden wissenschaftlichen Gesellschaften können je vier Mitglieder, die Berufsverbände je ein Mitglied zur Aufnahme vorschlagen.

§ 5 – Fördernde Mitglieder

- (1) Als Fördernde Mitglieder werden in die Vereinigung aufgenommen
- a) Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung; Berufsverband Deutscher Anästhesisten
 - b) Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin; Berufsverband Deutscher Internisten
 - c) Arbeitsgemeinschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin; Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands.
- (2) Als Fördernde Mitglieder können weitere wissenschaftlich-medizinische Gesellschaften und fachärztliche Berufsverbände aufgenommen werden, die ein Fachgebiet im Sinne der Weiterbildungsordnung vertreten und sich satzungsgemäß mit Fragen der Intensivmedizin befassen. Für jedes Fachgebiet im Sinne der Weiterbildungsordnung kann nur eine wissenschaftliche Gesellschaft und ein Berufsverband aufgenommen werden.
- (3) Teilgebiete im Sinne der Weiterbildungsordnung sollen von den Fördernden Mitgliedern bei den Vorschlägen nach § 4, Abs. 2 berücksichtigt werden.
- (4) Die Aufnahme bedarf eines schriftlichen Antrages.

Die Mitglieder-Entwicklung

Nach der Gründung wurde eine ausführliche Verlautbarung über den Charakter und die Ziele der DIVI publiziert (zitiert in Folge 3, Teil II dieser Beitragsreihe [3]). Darüber hinaus wurden alle ärztlichen Verbände mit intensivmedizinischer Aufgabenstellung mit dem folgenden Schreiben angesprochen:

„Sehr geehrte Damen und Herren!
Wir dürfen Sie davon in Kenntnis setzen, daß sich die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Deutsche Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und die Arbeitsgemeinschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin sowie die Berufsverbände Deutscher Internisten und Deutscher Anästhesisten zu einer

DEUTSCHEN INTERDISZIPLINÄREN
VEREINIGUNG FÜR INTENSIVMEDIZIN

zusammengeschlossen haben. Die Vereinigung steht auch anderen wissenschaftlichen

Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden offen, die an der Intensivmedizin interessiert sind.

Die Vereinigung will der Förderung der Intensivmedizin in Wissenschaft und Praxis dienen. Sie befaßt sich mit allen, die Intensivmedizin berührenden, fachübergreifenden Fragestellungen und steht zu diesem Themenkreis als Gesprächspartner und für Stellungnahmen zur Verfügung.

Mit vorzüglicher Hochachtung
gez. Prof. Dr. H.G. Lasch
Präsident
gez. Priv.-Doz. Dr. H.W. Opderbecke
Schriftführer“

Als erste traten im Frühjahr 1978 die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen der DIVI bei. Ihnen folgten kurz darauf die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie. 1987 wurde schließlich die Deutsche Gesellschaft für Neurologie aufgenommen.

Noch im Jahr 1978 bemühten sich die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie um Aufnahme. Wegen der mit Absicht restriktiv gehaltenen Satzungsbestimmung, wonach nur eine Fachgesellschaft bzw. ein Berufsverband beitreten

kann, die bzw. der ein selbständiges Fachgebiet im Sinne der ärztlichen Weiterbildungsordnung repräsentiert, die Thorax- und die Kinderchirurgie damals aber noch Teilgebiete der Chirurgie waren, konnten diese Wünsche zunächst nicht berücksichtigt werden. Während ein Vertreter der Kinderchirurgie über die Pädiater Eingang in die DIVI fand, war die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie anfangs nicht bereit, eine ihrer vier Mitgliederpositionen an einen Herzchirurgen abzutreten. Schließlich konnte im Jahr 1984 doch eine Einigung in diesem Sinne zwischen den beiden Gesellschaften erzielt und ein Herzchirurg in der DIVI begrüßt werden.

Die Schwierigkeit mit den Teilgebieten erledigte sich, als mit der Weiterbildungsordnung von 1992 diese zu selbständigen Gebieten aufgewertet wurden. Dafür sieht die neue Weiterbildungsordnung für die großen Gebiete Chirurgie und Innere Medizin „Schwerpunkte“ vor, die nun ihrerseits eine Repräsentanz in der DIVI anstreben.

Das Problem wurde 1993 durch eine Ergänzung der Satzung entschärft, mit der die Zahl der von den Fördernden Mitgliedern zu nomierenden Ordentlichen Mitglieder präzisiert wurde (Tabelle 1). Der veränderten Nomenkla-

Tabelle 1

Zusammensetzung der DIVI-Mitgliederversammlung seit 1993

Fördernde Mitglieder	Ordentliche Mitglieder
1. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	4
Berufsverband Deutscher Anästhesisten	1
2. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	4
Berufsverband der Deutschen Chirurgen	1
3. Deutsche Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie	3
4. Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	1
5. Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	4
Berufsverband der Deutschen Neurochirurgen	1
6. Deutsche Gesellschaft für Plastische Chirurgie	1
7. Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin	4
Berufsverband Deutscher Internisten	1
8. Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin	4
Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands	1
9. Deutsche Gesellschaft für Neurologie	4
10. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	2
Gesamt	36

tur entsprechend heißt es in § 5, Abs. 3 der Satzung nun:

„Schwerpunkte im Sinne der ärztlichen Weiterbildungsordnung sollen von den Fördernden Mitgliedern bei den Vorschlägen nach § 4, Abs. 2 berücksichtigt werden.“

Durch diese Satzungsänderung wurde zwar die Anzahl der Ordentlichen Mitglieder von 29 auf 36 erhöht, die grundsätzliche Struktur der DIVI aber nicht verändert.

Die Aktivitäten

Entsprechend der satzungsgemäßen Ziele hat die DIVI im Laufe ihres nunmehr 20jährigen Bestehens zahlreiche Entschlüsse zu aktuellen Problemen der Intensiv- und Notfallmedizin erarbeitet und gegenüber staatlichen Instanzen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften u.a. vertreten. Über die Vielfalt dieser Initiativen geben die in den Tabellen 2 und 3 aufgeführten Stellungnahmen und Empfehlungen Auskunft. Die Zusammenstellung ist im wesentlichen A. Karimi, Köln, zu verdanken, der diese Verlautbarungen erstmalig 1991 in einer Broschüre – in der 3. Auflage 1995 gemeinsam mit W. Dick, Mainz, – herausgegeben hat [1]. Es liegt in der Natur berufspolitischer Aktivitäten, daß nicht jede dieser Stellungnahmen von einer erfolgreichen Einflußnahme begleitet war. So sind die Bemühungen der DIVI um eine Erweiterung der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung in der Intensivpflege vom 16.11.1976 mit dem Ziel, die operativen Fachgebiete in stärkerem Maße an der Weiterbildung zu beteiligen, seinerzeit an der ablehnenden Haltung der DKG gescheitert. Andererseits war es der DIVI möglich, maßgeblichen Einfluß auf die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 1992 zu nehmen, insbesondere auf das Konzept und den Inhalt der Fakultativen Weiterbildung „Spezielle Intensivmedizin“ [2]. Auf jeden Fall kann man sagen, daß die DIVI sehr viel nachdrücklicher, geschlossener und erfolgreicher intensivmedizinische Belange vertreten konnte und vertreten hat, als es den einzelnen in ihr zusammengeschlossenen ärztlichen Verbänden möglich gewesen wäre.

Tabelle 2
Stellungnahmen der DIVI [1]

Stellungnahmen

- zur Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes „Anforderungen der Hygiene an die funktionelle und bauliche Gestaltung von Einheiten der Intensivmedizin (9.11.1978)“.
- zur Weiterbildung zur Hygienefachschwester/zum Hygienefachpfleger (9.11.1978).
- zur Besetzung von Intensivseinheiten mit Pflegepersonal (9.11.1978).
- Humanitäre Gesichtspunkte für den Bau und den Betrieb von Intensivseinheiten (14.3.1980).
- zum Notarzteinsetz von Krankenhausärzten (14.3.1980).
- Änderungsvorschläge zum „Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung und Prüfung zu Krankenschwestern, Krankenpflegern und Kinderkrankenschwestern in der Intensivpflege. Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 16.11.1976“ (19.3.1982).
- zum Tätigkeitsbereich der Intensivpflegekraft (26.10.1990).
- zur Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenpflegepersonen in der Anästhesie und Intensivpflege – Entwurf des Landes Nordrhein-Westfalen (27.3.1992).
- zur Weiterbildung Pflegedienst Nordrhein-Westfalen (13.11.1992).
- zur Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst (13.11.1992).

Die Sektionen

Schon ziemlich bald nach der Gründung ergab sich das Bedürfnis, auch Probleme der Notfallmedizin und des Rettungswesens in die Arbeit der DIVI einzubeziehen und hierzu über den begrenzten Kreis der Ordentlichen Mitglieder hinaus weitere Experten zuzuziehen. Das führte zu dem Beschluß, eine „Sektion Rettungswesen“ ins Leben zu rufen, deren Mitglieder von der DIVI und ihren Verbänden nominiert werden, aber von der Anzahl her keinen satzungsmäßigen Beschränkungen unterworfen sind. Hinzu kam die Absicht, hierdurch Tendenzen zur Gründung einer eigenständigen „Deutschen Gesellschaft für das Rettungswesen“ in Analogie zu der bereits vorhandenen Gesellschaft in der Schweiz zu neutralisieren.

Die konstituierende Sitzung der Sektion Rettungswesen fand am 26.9.1980 in Berlin unter dem Vorsitz des Internisten H. Hochrein, Berlin, statt. Anwesend waren die von der DIVI benannten Mitglieder K.D. Grosser, Krefeld, K.H. Jungbluth, Hamburg, A. Karimi, Köln, R. Lorenz, Frankfurt, H. Mickan, München, P. Sefrin, Würzburg, und H. Tscherne, Hannover.

Auf der Tagesordnung dieser ersten Sitzung standen folgende Themen:

1. Sinn, Aufgabe und Ziele der Sektion.
2. Koordination der Rettungsdienste.

3. Ausbildung zum Notarzt.
4. Katastrophenmedizin.
5. Empfehlungen zur Organisation und personellen Besetzung des Neugeborenen-Rettungsdienstes.
6. Aufnahme und Verlegung bzw. Konsiliarpraxis bei Schwerstkranken und Schwerstverletzten.
7. Notfallmedizinische Grundmethoden.

In der Folgezeit entwickelte sich die Sektion Rettungswesen zu einer außerordentlich dynamischen Komponente der DIVI, die durch ihre Aktivitäten und regelmäßig durchgeführten Tagungen (Tabelle 4) erheblich zum Bekanntheitsgrad und Ansehen der DIVI beigetragen hat.

Im Jahr 1986 stellte die 1980 gegründete Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin den Antrag auf Aufnahme in die DIVI. Da eine Aufnahme aufgrund der mehrfach erwähnten Satzungsbestimmung nicht erfolgen konnte, wurde nach längeren Verhandlungen am 30.6.1987 in Frankfurt a.M. vereinbart, eine „Sektion Katastrophenmedizin“ zu gründen, um auf diesem Weg eine engere Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin und der DIVI zu ermöglichen. Die Mitgliedsverbände der DIVI wurden aufgefordert, je zwei Fachvertreter in die neue Sektion zu entsenden.

Unter Leitung der Internisten A. Sturm, Herne, fand am 15.4.1988 in

Tabelle 3
Empfehlungen der DIVI [1]

Empfehlung

- zur Qualifikation des Arztes im Rettungsdienst (15.11.1983).
- zu den Richtzahlen für den Bettenbedarf und die Personalbesetzung von Intensivseinheiten in Akut-Krankenhäusern (20.11.1984).
- zur Aus-, Weiter- und Fortbildung auf dem Gebiet der Notfallmedizin (10.5.1985).
- zur Weiterbildung von Pflegekräften in der Intensivmedizin (10.5.1985).
- zum Berufsbild des Rettungsassistenten vormals Rettungssanitäters (10.6.1986).
- zur Qualifikation des Leitenden Notarztes beim Massenansturm von Verletzten und Erkrankten (27.3.1987).
- zum Inhalt der Weiterbildung in der Intensivmedizin im Rahmen der Gebiets- bzw. Teilgebietsweiterbildung (27.11.1987).
- zum bundeseinheitlichen Notarzteinsatzprotokoll (15.4.1988).
- für Laienhelfer zur Durchführung der Atemspende bei Reanimationen (15.4.1988).
- zur Breitenausbildung der Bevölkerung in Erster Hilfe (15.4.1988).
- zur baulichen Gestaltung und Einrichtung von Intensivbehandlungsheiten (18.4.1989).
- zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst (26.10.1990).
- zur Verbesserung der Situation des Pflegedienstes in der Intensivmedizin (26.4.1991).
- zur Ergänzenden Weiterbildung in der Intensivmedizin (26.4.1991).
- für den Grundkatalog zur Fakultativen Weiterbildung „Spezielle Intensivmedizin“ (13.11.1992).
- zur Verbesserung des Aufnahmenotstandes (13.11.1992).
- zu den Weiterbildungsinhalten für die Fakultative Weiterbildung in der gebietsbezogenen Speziellen Intensivmedizin (30.4.1993).
- zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten für die Fakultative Weiterbildung in der gebietsbezogenen Intensivmedizin (30.4.1993).
- zu den Übergangsbestimmungen Fakultative Weiterbildung „Intensivmedizin“ (25.3.1994).
- zum bundeseinheitlichen Rettungsdienstprotokoll (25.3.1994).
- zur Mehrzweckfahrzeugstrategie im Rettungsdienst (25.3.1994).
- zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (25.3.1994).
- zur präklinischen Lyse beim Myokardinfarkt (11.11.1994).
- zum Rettungsdienst in Europa (7.4.1995).
- zum Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin (7.4.1995).
- zur Zusatzbezeichnung Notfall-Rettungsmedizin (Juli 1995).

Forschung an Bedeutung. Ausdruck dieser Akzentverschiebung waren u.a. die zwischenzeitlich von der DIVI durchgeführten wissenschaftlichen Kongresse, die Stiftung eines Traveller-Stipendiums in Höhe von DM 10 000,- (Beschluss der Mitgliederversammlung am 11.11.1994 in Frankfurt) und schließlich die Entscheidung der Mitgliederversammlung am 14.3.1997 in Frankfurt, eine Sektion „Wissenschaft und Forschung“ zu gründen. Dadurch sollen insbesondere jüngere, wissenschaftlich interessierte Intensivmediziner in die DIVI eingebunden werden. Die Sektion hat darüber hinaus die Aufgabe, durch eine enge Kooperation mit dem jeweiligen Wissenschaftlichen Komitee Einfluss auf die zukünftigen DIVI-Kongresse zu nehmen.

Die Umbenennung der DIVI

Nicht zuletzt durch die Aktivitäten der Sektion Rettungswesen gewannen notfallmedizinische Themen in der DIVI zunehmend an Bedeutung. Das führte zu Überlegungen, diese erweiterte Zielsetzung auch in dem Namen der DIVI zum Ausdruck zu bringen. Mit einer entsprechenden Namensergänzung sollte zugleich möglichen Tendenzen entgegengetreten werden, eine konkurrierende „Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin“ zu gründen.

Auf der Mitgliederversammlung am 14.4.1989 in Frankfurt wurde einstimmig beschlossen, unter Beibehaltung der Abkürzung die DIVI in „Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und

Frankfurt die konstituierende Sitzung der Sektion Katastrophenmedizin statt, auf der der Chirurg E. Ungeheuer, Frankfurt, zum Vorsitzenden und der Anästhesist P. Sefrin, Würzburg, zu seinem Stellvertreter gewählt wurden.

Beide Sektionen kooperierten in der Folgezeit eng miteinander und koordinierten zeitlich und thematisch ihre Tagungen, so daß es sich schließlich als zweckmäßig erwies, die Sektionen am 26.10.1990 unter dem Vorsitz von P. Sefrin zu einer Sektion „Rettungswesen und Katastrophenmedizin“ zusammenzufassen.

Nachdem in den ersten Jahren der Schwerpunkt der DIVI-Aktivitäten eher im gesundheitspolitischen Bereich lag, gewannen in den späteren Jahren daneben auch Aspekte der Wissenschaft und

Tabelle 4
Tagungen der Sektion Rettungswesen bzw. Rettungswesen und Katastrophenmedizin [1]

Datum	Ort	Tagungspräsident
4./5. 6. 1982	Würzburg	H. Hochrein
10. 6. 1983	Berlin	H. Hochrein
25. 5. 1984	Frankfurt	E. Ungeheuer
17./18. 9. 1984	Berlin	H. Hochrein
22./23. 3. 1985	Ludwigshafen	H. Gillmann
18./19. 4. 1986	München	J.G. Schöber/R. Strigl
15./16. 5. 1987	Köln	A. Karimi
7. 5. 1988	Weiden	H.-U. Lehmann
9./10. 6. 1989	Duisburg	G. Hierholzer
4./5. 5. 1990	Hamburg	H.N. Herden
13./15. 6. 1991	Neu-Ulm	F.W. Ahnefeld
22./23. 5. 1992	Saarbrücken	M. Harloff
23. 4. 1994	Würzburg	P. Sefrin

Tabelle 5
Kongresse der DIVI

Termin	Tagung	Ort	Kongreß-Präsident
11.–14.7.1986	3. Europäischer Kongreß für Intensivmedizin	Hamburg	H.-G. Lasch Gießen
27.–30.11.1991	1. Deutscher Interdisziplinärer Kongreß für Intensivmedizin	Hamburg	P. Lawin Münster
24.–27.11.1993	2. Deutscher Interdisziplinärer Kongreß für Intensivmedizin	Hamburg	A. Encke Frankfurt
4.–7.12.1995	3. Deutscher Interdisziplinärer Kongreß für Intensivmedizin	Hamburg	H.-P. Schuster Hildesheim
26.–29.11.1997	4. Deutscher Interdisziplinärer Kongreß für Intensivmedizin	Hamburg	W. Dick Mainz

Notfallmedizin“ („German Interdisciplinary Association of Critical Care Medicine“) umzubenennen. Der erforderliche Eintrag der Namensänderung in das Vereinsregister beim Amtsgericht Düsseldorf erfolgte mit Datum vom 5.9.1989.

Die Kongresse

Im Zusammenhang mit der Gründung der „European Society of Intensive Care Medicine“ am 13.3.1982 in Genf beschloß die Mitgliederversammlung der DIVI am 19.11.1982 in Düsseldorf, sich

um die Ausrichtung des 3. Europäischen Kongresses für Intensivmedizin zu bewerben. Nicht zuletzt durch den Einfluß H.-P. Schusters, Hildesheim, als Mitglied des Executive Committees der European Society gelang es der DIVI, den Zuschlag zu erhalten. Als Datum für den Kongreß wurde der 11.–14.7.1986 festgelegt, als Ort Hamburg. Die Vorbereitungen erfolgten in enger Kooperation mit dem Präsidenten der European Society, P.M. Suter, Genf. In einer von der DIVI-Mitgliederversammlung am 15.11.1983 in Düsseldorf genehmigten Geschäftsordnung wurden H.-G. Lasch zum Kongreß-Präsidenten, P. Lawin zum Generalsekretär, A. Dönhardt zum Schatzmeister und H.-P. Schuster zum Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Komitees bestellt.

Der 3. Europäische Kongreß für Intensivmedizin 1986 in Hamburg stellte die erste wissenschaftliche Veranstaltung dar, mit der die DIVI an die internationale Öffentlichkeit trat. Er war zu-

Tabelle 6
Zusammensetzung des DIVI-Präsidiums 1977–1998

Amtsperiode	Präsident	Vizepräsidenten	Generalsekretär	Schriftführer	Kassenführer
1977–1982	H.-G. Lasch (Internist)	P. Emmrich (Pädiater)	P. Lawin (Anästhesist)	H.W. Operbecke (Anästhesist)	H.-P. Schuster (Internist)
1982–1988	H.-G. Lasch (Internist)	P. Emmrich (Pädiater) A. Encke (Chirurg)	P. Lawin (Anästhesist)	H.W. Operbecke (Anästhesist)	H.-P. Schuster (Internist) A. Karimi (Neurochirurg)
1988–1990	P. Lawin (Anästhesist)	P. Emmrich (Pädiater) A. Sturm (Internist)	A. Encke (Chirurg)	H.W. Operbecke (Anästhesist)	A. Karimi (Neurochirurg) D.L. Heene (Internist)
1990–1992	P. Lawin (Anästhesist)	P. Lemburg (Pädiater) A. Sturm (Internist)	A. Encke (Chirurg)	W. Dick (Anästhesist)	A. Karimi (Neurochirurg) D.L. Heene (Internist)
1992–1994	A. Encke (Chirurg)	P. Lemburg (Pädiater) A. Sturm (Internist)	D.L. Heene (Internist)	W. Dick (Anästhesist)	A. Karimi (Neurochirurg) R.W.C. Janzen (Neurologe)
1994–1996	D.L. Heene (Internist)	P. Lemburg (Pädiater) A. Sturm (Internist)	F.W. Schildberg (Chirurg)	W. Dick (Anästhesist)	A. Karimi (Neurochirurg) R.W.C. Janzen (Neurologe)
1996–1998	D.L. Heene (Internist)	P. Lemburg (Pädiater) H.-P. Schuster (Internist)	F.W. Schildberg (Chirurg)	W. Dick (Anästhesist)	A. Karimi (Neurochirurg) R.W.C. Janzen (Neurologe)
1998–2000	W. Dick (Anästhesist)	P. Lemburg (Pädiater) H.-P. Schuster (Internist)	F.W. Schildberg (Chirurg)	W. Bock (Neurochirurg)	A. Karimi (Neurochirurg) R.W.C. Janzen (Neurologe)

gleich die erste interdisziplinäre Tagung in Deutschland, die die deutschen Intensivmediziner auf einem europäischen Forum zusammenführte.

Der Erfolg des Kongresses (1700 Teilnehmer und eine ausverkaufte Industrieausstellung) veranlaßte die DIVI, sich bei der World Federation of Societies for Intensive and Critical Care Medicine um die Ausrichtung des Weltkongresses für Intensivmedizin 1993 zu bewerben. Lawin brachte als Mitglied des Councils der World Federation den Antrag im Oktober 1986 ein. Auf der Mitgliederversammlung am 21.11.1989 in Düsseldorf mußte Lawin, inzwischen als Nachfolger von Lasch zum DIVI-Präsidenten gewählt, jedoch bekanntgeben, daß die World Federation den Weltkongreß 1993 an Spanien vergeben habe.

Lawin setzte sich daraufhin mit großer Entschiedenheit und Überzeugungskraft dafür ein, anstelle eines internationalen Kongresses einen ständigen „Deutschen Interdisziplinären Kongreß für Intensivmedizin“ ins Leben zu rufen. Sein Vorschlag fand trotz der Bedenken einiger Mitglieder mehrheitlich Zustimmung; der 1. Deutsche Interdisziplinäre Kongreß für Intensivmedizin fand unter der Kongreß-Präsidentschaft von P. Lawin vom 27.–30.11.1991 in Hamburg statt. Die Resonanz übertraf mit über 3000 Teilnehmern (Ärzte und Pflegekräfte) bei weitem die des Europäischen Kongresses und zeigte, daß bei den deutschen Intensivmedizinern aller Fachrichtungen ein großes Bedürfnis für ein derartiges interdisziplinäres Forum neben den Jahrestagungen der einzelnen Fachgesellschaften vorhanden ist.

Von nun an veranstaltete die DIVI regelmäßig in zweijährigen Abständen einen Deutschen Interdisziplinären Kongreß für Intensivmedizin. Der 2. Deutsche Interdisziplinäre Kongreß (Kongreß-Präsident A. Encke, Frankfurt) fand vom 24.–27.11.1993 statt, der 3. Kongreß (Kongreß-Präsident H.-P. Schuster, Hildesheim) vom 4.–7.12.1995 und der 4. Kongreß (Kongreß-Präsident W. Dick, Mainz) vom 26.–29.11.1997, sämtliche in Hamburg und sämtliche mit stetig wachsenden Teilnehmerzahlen (1997 mehr als 5000 Teilnehmer) (Tabelle 5).

Die DIVI hat damit eine Tradition begründet, die dem einzelnen Tagungsteilnehmer wie auch den beteiligten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften die Gemeinsamkeiten von Interessen und Problemen sowie die Fortschritte in der Intensivmedizin vor Augen führt.

Schlußbemerkungen

Bei der Satzungsstrukturierung der DIVI wurde von vornherein auf ein ausgewogenes Verhältnis der beteiligten Disziplinen geachtet. Die auf Konsens angelegten Beschlußgremien Präsidium und Mitgliederversammlung sollten von keinem einzelnen Fachgebiet oder einer Gruppe von Fachgebieten majorisiert werden können.

So sieht § 11, Abs. 1 der Satzung vor, daß die drei Gründungsdisziplinen Anästhesiologie, Innere Medizin und Pädiatrie stets mindestens mit einem Mitglied im Präsidium vertreten sein müssen.

Um das Prinzip der Ausgewogenheit zu wahren, beschloß die Mitgliederversammlung am 27.11.1981 in Düsseldorf, durch eine Satzungsänderung das Präsidium um zwei Sitze auf 7 Positionen zu erweitern (Präsident, zwei Vizepräsidenten, Generalsekretär, Schriftführer, zwei Kassensführer). Damit sollte erreicht werden, daß auch die inzwischen neu hinzugekommenen Mitgliedsverbände angemessen im Präsidium vertreten sind.

Die aus der Tabelle 6 ersichtliche Zusammensetzung des Präsidiums in den bisherigen Amtsperioden zeigt die interdisziplinäre Ausgewogenheit in den 20 Jahren des Bestehens der DIVI. Diese gut austarierte Konstruktion hat sich in der Praxis hervorragend bewährt. Im Laufe der Jahre ist dadurch zwischen den beteiligten Fachverbänden als den Fördernden Mitgliedern und den von ihnen benannten Ordentlichen Mitgliedern ein hohes Maß an Vertrauen entstanden, ein Gefühl der Gemeinsamkeit, eine „Corporate Identity“, die die am Anfang der strukturellen Entwicklung der Intensivmedizin gelegentlich bestehenden Rivalitäten zwischen einzelnen Fachgebieten nahezu völlig abgelöst hat.

Diese Geschlossenheit ist gerade in der heutigen problembelasteten gesundheitspolitischen Situation von unschätzbarem Wert. Sie fördert eine weitere Verbesserung der Strukturen und den wissenschaftlichen Fortschritt in der Intensivmedizin.

Literatur

1. Karimi A (Hrsg) (1991) **Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): Stellungnahmen, Empfehlungen zu Problemen der Intensiv- und Notfallmedizin**. 1. Aufl. Karimi A, Dick W (Hrsg) (1995) 3. Aufl. Eigenverlag
2. Knuth P, Opderbecke HW (1999) **Die Entwicklung der ärztlichen Weiterbildung in der Intensivmedizin**. Anaesthesist 48:403–408
3. Lawin P, Opderbecke HW (1999) **Strukturelle Entwicklung der operativen Intensivmedizin. Teil II**. Anaesthesist 48:173–182

Andreas Markewitz¹, Hans Anton Adams², Stefan Schwab³, Klaus Notz⁴, Gerhard Jorch⁵, Uwe Janssens⁶, Elke Muhl⁷, Dietmar Schneider⁸, Hilmar Burchardi⁹

40 Jahre DIVI – von 1977 bis 2017

Wie ging es seit 1999 weiter?

40 years DIVI – from 1977 until 2017

What happened since 1999?



Foto: privat

OTA Prof. Dr. med. Andreas Markewitz
Bundeswehrkrankenhaus Koblenz, Klinik für
Herz- und Gefäßchirurgie

Zusammenfassung: Seitdem die DIVI im Jahre 1977 gegründet wurde, hat sie sich zu einer einzigartigen medizinischen Fachgesellschaft entwickelt, die zugleich als intensivmedizinischer Berufsverband wirkt. Die ersten 20 Jahre ihres Bestehens wurden 1999 von Lawin und Opderbecke in einem Artikel gewürdigt. Seitdem ist die DIVI zu einer Mitgliedergesellschaft umgewandelt worden, die aus inzwischen über 2200 Mitgliedern besteht, und die bereits vorhandene Exklusivität der DIVI um das Alleinstellungsmerkmal Inter- und Multiprofessionalität ergänzt. Auf den seit 2010 jährlich veranstalteten Kongressen der DIVI, die alternierend in Hamburg oder Leipzig stattfinden, können regelmäßig 4000 bis 5000 Teilnehmer und mehr begrüßt werden. Die seit 2010 in Berlin beheimatete Geschäftsstelle der DIVI ist wie die 2009 gegründete gesellschaftseigene Zeitschrift und das seit 2012 erscheinende Jahrbuch Ausdruck der zunehmenden Professionalisierung der DIVI. Wie in den ersten 20 Jahren hat die DIVI zudem weiter zu wichtigen Fragen der Intensiv- und Notfallmedizin in Positionspapieren Stellung bezogen und durch Strukturpapiere fachliche und strukturelle Standards in ihrem Zuständigkeitsbereich definiert. Diese Leistungen sollten Ansporn genug sein, auch in der Zukunft dem Anspruch der DIVI gerecht zu werden, als Ansprechpartner für alle Fragen der Intensiv- und Notfallmedizin zu fungieren.

Schlüsselwörter: DIVI; Interdisziplinarität; Intensivmedizin; Wissenschaft; Berufspolitik

Abstract: Since 1977 when the German Interdisciplinary Association of Critical Care and Emergency Medicine (DIVI) was founded, the association has developed into a unique scientific medical society concomitantly handling the tasks of a professional medical association. The first 20 years of its existence were appreciated by Lawin and Opderbecke in a paper published in 1999. Since then, the DIVI has grown up to a society with individual members whose number meanwhile amounts to 2.200 adding the unique selling point inter- and multidisciplinary to the exclusiveness of the society. The meetings of the society, since 2010 organized on an annual basis either in Hamburg or in Leipzig, are usually visited by 4.000 to 5.000 participants, in some years by even more. The office of the society which was opened in Berlin in 2010 as well as the society's own journal founded in 2009 and whose issues are published four times a year, or the yearbook published since 2012 are visible signs of the society's increasing professionalism. As in the preceding 20 years, the DIVI has continued to take position to essential questions of critical care and emergency medicine and to define professional and structural standards in its area of competence in position papers. These achievements should be enough stimulation for the DIVI to meet its requirements to represent the point of contact for all questions concerning critical care and emergency medicine in the future as well.

Keywords: DIVI; interdisciplinarity; intensive care medicine; science; politics

Zitierweise: Markewitz A, Adams HA, Schwab S, Notz K, Jorch G, Janssens U, Muhl E, Schneider D, Burchardi H: 40 Jahre DIVI – von 1977 bis 2017. Wie ging es seit 1999 weiter? DIVI 2017; 8: 136– 143. DOI 10.3238/DIVI.2017.0136–0143

¹ Geschäftsstelle der DIVI, Luisenstr. 45, 10117 Berlin

² Fichtenweg 3, 54293 Trier

³ Universitätsklinikum Erlangen, Neurologische Klinik, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

⁴ Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Steinenbergstr. 31, 72764 Reutlingen

⁵ Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Universitätskinderklinik, Leipzigerstr. 44, 39120 Magdeburg

⁶ St. Antonius-Hospital, Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, Dechant-Deckers-Str. 8, 52249 Eschweiler

⁷ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Chirurgie Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

⁸ Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

⁹ Kiefernweg 2, Bovenden

Zeitraum	Präsident	Vizepräsident	Generalsekretär	Kassenführer	Schriftführer
2001–2002	F.W. Schildberg (Chirurgie)	H.P. Schuster, P. Lemburg	H. Burchardi	A. Karimi, R.W.C. Janzen	W. Bock
2003–2004	W. Hacke (Neurologie)	H.P. Schuster, G. Hohlbach	H. Burchardi	A. Karimi, H. Stopfkuchen	W. Bock
2005–2006	E. Martin (Anästhesie)	W. Hacke, W. Seeger	G. Kreymann	H. Stopfkuchen, A. Unterberg	A. Markewitz
2007–2008	A. Markewitz (Chirurgie)	E. Martin, W. Seeger	G. Kreymann	I. Marzi, W. Hacke	P.G. Kühl, G. Jorch (ab 11/2007)

Tabelle 1 Funktionsträger der DIVI von 2001 bis 2008

1. Einleitung

Am 29.01.2017 hat es sich zum vierzigsten Male gehört, dass Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung, der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und der Arbeitsgemeinschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin im Sheraton-Hotel Frankfurt-Flughafen zusammentrafen, um die „Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin“ (DIVI) zu gründen. Über die ersten Jahre der Entwicklung haben im Jahre 1999 Lawin und Opderbecke berichtet [1]. Seitdem sind fast 20 Jahre vergangen, und nicht nur die DIVI, sondern auch das fachliche und berufspolitische Umfeld in der Intensiv- und Notfallmedizin haben so viele gravierende Änderungen erfahren, sodass wir das Jubiläum des 40-jährigen Bestehens zum Anlass nehmen, über den Zeitabschnitt von 1999 bis 2017 zu berichten.

Dabei soll zunächst die Entwicklung der DIVI selbst und anschließend das fachliche und berufspolitische Umfeld mit den diesbezüglichen Aktivitäten der DIVI in den Blick genommen werden.

2. Die Weiterentwicklung der DIVI im neuen Jahrtausend

Wie sich die meisten erinnern werden, handelte es sich bei der DIVI gegen Ende des letzten und zu Beginn des neuen Jahrtausends um eine von der Struktur her relativ einmalige wissenschaftliche Vereinigung. Ihre Mitglieder waren die Fachgesellschaften und Berufsverbände

derjenigen Fachgebiete, die an der Intensiv- und Notfallmedizin beteiligt waren und diese aktiv ausübten.

Die Funktionsträger der DIVI wurden weiter – der interdisziplinären Idee folgend – so besetzt, dass jedes Fachgebiet Funktionen übernahm. Eine Übersicht über die Funktionsträger gibt Tabelle 1.

Die DIVI führte weiterhin alle 2 Jahre ihren Kongress in Hamburg durch, wobei als Besonderheit erwähnt werden muss, dass der 5. DIVI-Kongress, der turnusgemäß eigentlich 1999 hätte stattfinden müssen, auf das Jahr 2000 verschoben wurde, da 1999 der Kongress der European Society for Intensive Care Medicine in Deutschland stattfand und die DIVI mit ihrem Kongress dieser Veranstaltung keine Konkurrenz machen wollte. In der Folgezeit fanden dann die Kongresse wieder alle 2 Jahre statt. Die Kongresspräsidenten im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Im weiteren Verlauf wurde klar, dass die Strukturen der DIVI nicht mehr ausreichten, um dem von vielen deutschen Intensivmedizinern getragenen Wunsch gerecht zu werden, sich als Mitglieder einer Fachgesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin aktiv an der Weiterentwicklung der Intensiv- und Notfallmedizin beteiligen zu können. Der Gedanke, die DIVI in eine Mitgliedergesellschaft umzuwandeln, wurde erstmals in der Mitgliederversammlung der DIVI vom 23.11.2005 vom seinerzeitigen Generalsekretär der DIVI, dem internistischen Intensivmediziner Kreymann vorgetragen. Er wurde daraufhin beauftragt, einen ersten Entwurf zu erarbeiten. Der

Jahr	Kongresspräsident
2000	F.W. Schildberg, Chirurgie
2002	W. Seeger, Innere Medizin
2004	K. Reinhart, Anästhesie
2006	K.W. Jauch, Chirurgie
2008	G. Sybrecht, Innere Medizin

Tabelle 2 Übersicht über die DIVI-Kongresspräsidenten von 2000 bis 2008

Entwurf wurde von Herrn Kreymann auf der nächsten Mitgliederversammlung am 07.11.2006 vorgestellt. Bei der sich anschließenden Diskussion zeigte sich, dass die zahlreichen noch offenen bzw. nicht konsentierten Detailfragen, die sich aus dem Entwurf ergaben, die Einsetzung einer Arbeitsgruppe sinnvoll erscheinen ließen. Die Gruppe erarbeitete im weiteren Verlauf einen Vorschlag, der im Vorfeld der nächsten Mitgliederversammlung den beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbänden zur Konsentierung vorgelegt wurde. Es zeigte sich, dass weder auf Seiten der Fachgesellschaften und Berufsverbände noch bei den seinerzeit stimmberechtigten Ehrenmitgliedern eine Mehrheit für die Satzungsänderung zu erreichen war. Daher wurde der Antrag auf Satzungsänderung zur Umwandlung der DIVI in eine Mitgliedergesellschaft von der Mitgliederversammlung der DIVI am 20.11.2007 in Hamburg abgelehnt.

In unmittelbarem Anschluss an diese Entscheidung begann daher eine Reihe von Intensivmedizinern an einem

Zeitraum	Präsident	1. Vizepräsident	2. Vizepräsident	Generalsekretär	Schatzmeister	Schriftführer
2009–2010	G. Sybrecht (Internist)	E. Muhl	M. Quintel	A. Markewitz	D. Schneider	G. Jorch
2011–2012	M. Quintel (Anästhesie)	G. Sybrecht	E. Muhl	A. Markewitz	D. Schneider	G. Jorch
2013–2014	E. Muhl (Chirurgie)	M. Quintel	G. Jorch	A. Markewitz	D. Schneider	K. Ludewig
2015–2016	G. Jorch (Kinder- und Jugendmedizin)	E. Muhl	S. Schwab	A. Markewitz	E. Rickels	K. Ludewig G. Marx
2017–2018	S. Schwab (Neurologie)	G. Jorch	U. Janssens	A. Markewitz ab 2018: NN	E. Rickels ab 2018: NN	G. Marx

Tabelle 3 Funktionsträger der DIVI von 2009 bis 2017

Konzept für eine intensivmedizinische Mitgliedergesellschaft zu arbeiten. Am 10.01.2008 erging der Aufruf zur Gründung einer „Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Intensivmedizin“ (DIGI).

Damit ergab sich die Situation, dass die Existenz von zwei Fachgesellschaften mit sehr ähnlichen Inhalten und Vertretungsansprüchen bevorstand. Daraufhin beantragten DGAI, BDA, BDC, DGNIN und GNPI am 21.01.2008 eine außerordentliche Mitgliederversammlung, um die Situation der DIVI nach dem Gründungsauftrag der DIGI zu analysieren. Diese Sitzung fand am 05.02.2008 in Frankfurt statt und hatte nach nicht immer emotionsfrei geführten Diskussionen folgende Ergebnisse: Zunächst wurde eine Erklärung der DIVI mit folgendem Wortlaut mehrheitlich beschlossen: „Die DIVI spricht sich gegen die Gründung der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für Intensivmedizin (DIGI) aus“. Weiter wurde der DIVI-Präsident gebeten, darauf hinzuwirken, dass die DIGI nicht gegründet wird. Schließlich wurde erkannt, dass die DIVI sich individuellen Mitgliedern öffnen müsse und eine Kommission gebildet, die mit fachkundiger Unterstützung von Herrn Ulsenheimer unter Führung von Herrn Sybrecht und Beteiligung von Frau Muhl sowie der Herren Jorch, Schneider und Van Aken einen Vorschlag für einen Entwurf einer Satzungsänderung erarbeiten sollte. Erklärtes Ziel dieser Maßnahmen war es, eine Partitionierung der intensivmedizi-

nischen Vertretung in Deutschland zu verhindern. Ungeachtet dieser Aktivitäten wurde die DIGI am 21.02.2008 in Bremen gegründet.

Es schlossen sich zahlreiche, bisweilen auch informelle Aktivitäten und Gespräche zwischen Vertretern der DIVI und der DIGI an, um einer vernünftigen, für alle Beteiligten akzeptablen Lösung näher zu kommen. Währenddessen nahm die Satzungsänderung Form und Gestalt an. Ein erster Änderungsentwurf wurde auf einer weiteren außerordentlichen Mitgliederversammlung am 10.06.2008 verabschiedet und darüber hinaus ein neues interimistisches Präsidium gewählt, das aus folgenden Mitgliedern mit ihren jeweiligen in Klammern aufgeführten Funktionen bestand: Muhl (Beisitzerin), Jorch (Schriftführer), Markewitz (Präsident), Quintel (Beisitzer), Rickels (Beisitzer), Schneider (Schatzmeister), Stopfkuchen (Beisitzer), Sybrecht (1. Vizepräsident), van Aken (2. Vizepräsident), Welte (Beisitzer). Die Wahlen für die einzelnen Funktionen erfolgten dabei in einer sich der Mitgliederversammlung unmittelbar anschließenden außerordentlichen Präsidiumssitzung.

Der Entwurf der Satzungsänderung wurde vom zuständigen Amtsgericht jedoch nicht in allen Punkten angenommen, sodass Nachbesserungen notwendig wurden, die auf einer weiteren außerordentlichen Mitgliederversammlung vom 01.09.2008 genehmigt und danach vom Amtsgericht akzeptiert wurden. Mit Vorliegen dieser neuen Sat-

zung waren zudem die zuvor von Vertretern der DIGI formulierten Voraussetzungen für eine Auflösung der DIGI zugunsten eines Beitritts ihrer Mitglieder in die DIVI erfüllt. Die Auflösung der DIGI erfolgte am 03.12.2008.

Am gleichen Tag fand die 1. Mitgliederversammlung der „neuen“ DIVI nach ihrer Satzungsänderung in Hamburg statt. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits 600 in der Intensivmedizin tätige Personen in die DIVI eingetreten. Inzwischen hat die DIVI über 2200 Mitglieder; ca. die Hälfte davon sind Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin im jeweiligen Fachgebiet, die verbleibende Hälfte wird wiederum nahezu paritätisch von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung sowie von Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe, mehrheitlich aus der Pflege, gebildet.

In den neuen Strukturen besteht die DIVI nunmehr aus drei Divisionen:

1. der Division der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände, deren Mitglieder nach der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung zu einer Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und/oder Notfallmedizin berechtigt sind (DIVI-FB),
2. der Division der ärztlichen Mitglieder (DIVI-MG-Ärzte) und
3. der Division der nichtärztlichen in der Intensiv- und Notfallmedizin tätigen Mitglieder (DIVI-MG-Nichtärzte).

Während der 1. Mitgliederversammlung erfolgten zahlreiche Wahlen, u.a. die des Präsidenten sowie des Präsidenten elect, und insgesamt 20 Sektionen wurden ge-

Jahr	Kongresspräsident
2010	W. Hacke, Neurologie
2011	G. Jorch, Pädiatrie
2012	T. Welte, Innere Medizin
2013	G. Marx, Anästhesie
2014	G. Sybrecht, Innere Medizin
2015	A. Unterberg, Neurochirurgie
2016	A. Seekamp, Chirurgie
2017	Th. Nicolai, Kinderchirurgie
2018	E. Muhl, Chirurgie

Tabelle 4 Übersicht über die DIVI-Kongresspräsidenten von 2010 bis 2018

gründet, um spezielle Fragestellungen in der Intensiv- und Notfallmedizin wissenschaftlich zu bearbeiten. Damit war die DIVI erstartet aus einer nicht unproblematischen Situation hervorgegangen.

Eine Übersicht über die Funktions-träger der DIVI nach ihrer Satzungs-änderung gibt Tabelle 3.

Die neuen Strukturen der DIVI erfor-derten weitere Veränderungen, die in rascher zeitlicher Abfolge beschlossen und umgesetzt wurden:

1. die Eröffnung einer eigenen Ge-schäftsstelle, die die DIVI im August 2010 in der Luisenstr. 45 in Berlin in unmittelbarer Nachbarschaft zum Langenbeck-Virchow Haus und der Charité in Betrieb nahm. Die Funk-tion des Geschäftsstellenleiters nimmt seit der Inbetriebnahme Herr Volker Parvu wahr und stellt damit u.a. die permanente Ansprechbarkeit der DIVI sicher. Die an Zahl ständig zunehmenden Sitzungen der DIVI-Gremien finden seit 2010 in der Lui-senstraße in Berlin statt.
2. Die Durchführung eines jährlichen Kongresses, was seit 2010 umgesetzt wird, wobei die Kongressorte wech-seln: in geraden Jahren finden die Kongresse in Hamburg statt, in ungeraden in Leipzig. Aufgrund von Um-baumaßnahmen am Congress Cen-trum Hamburg wird der DIVI 2018 allerdings ebenfalls in Leipzig statt-finden. Die Kongresspräsidenten der Jahre 2010 bis 2018 sind in Tabelle 4 aufgeführt.

3. Die Aktualisierung und kontinuierliche Pflege der Homepage der Gesell-schaft [2].
4. Die Gründung einer eigenen Zeit-schrift, die im Jahre 2009 stattfand und seit 2010 mit 4 Ausgaben pro Jahr sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form [3] erscheint.
5. Die Publikation eines DIVI-Jahr-buchs, das in der aktuellen Form seit 2012 zum DIVI-Kongress erscheint und neben einem wissenschaftlichen Schwerpunktthema viele Fortbil-dungsartikel enthält, die von den Re-ferenten der Fortbildungsvorträge des jeweiligen DIVI-Kongresses ver-fasst werden.

Weitere Projekte der DIVI:

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Intensivmedizin hat die DIVI mit DIVI Reversi und dem Peer Review Ver-fahren 2 unterschiedliche Instrumente in Zusammenarbeit mit anderen Fach-gesellschaften aufgebaut und zur Ver-fügung gestellt.

Das DIVI-Register Versorgungsforschung Intensivmedizin (**DIVI-REVERSI**) hat zwei Zielsetzungen:

1. Krankenhäuser mit Intensivstatio-nen werden durch Feedback, Reports und Benchmarking bei ihrer laufen-den Arbeit in Risikomanagement und Qualitätsentwicklung unter-stützt.
2. Langfristig wird ein repräsentativer Datenbestand aufgebaut, der wissen-schaftliche Projekte zur Versorgungsforschung in der Intensivmedizin er-möglicht.

Beim **intensivmedizinischen Peer Review**, das auf Freiwilligkeit basiert, bittet der Leiter einer Intensivmedi-zinischen Einrichtung die zuständige Lan-desärztekammer um ein intensivmedi-zinisches Peer Review. Voraussetzung da-für ist, dass die Geschäftsleitung des be-treffenden Krankenhauses zustimmt und dass das ärztliche und pflegerische Leitungsteam der Intensivstation sich anhand der jeweils gültigen Peer Review Unterlagen selbst bewertet. Die Unterla-gen können bei der Ärztekammer ange-fordert werden oder sind im Internet unter <http://www.divi.de/qualitaetssicherung/peer-review/erste-schritte.html> verfügbar. Für das Peer Review-Verfahren wurden relevante, verständlich formulierte, messbare, erreichbare und durchführba-

re Qualitätsindikatoren für die Intensiv-medicin in einem Delphi-Verfahren mit Experten aus allen Fachgesellschaften definiert und erstmals 2010 publiziert. Die Indikatoren wurden 2013 und 2017 aktualisiert und finden inzwischen auch außerhalb des Peer Review Verfahrens zunehmend Beachtung (<http://www.divi.de/qualitaetssicherung/peer-review/qualitaetsindikatoren.html>).

Die DIVI hat sich darüber hinaus an einer Reihe von anderen Projekten be-teiligt, diese angestoßen oder federführend durchgeführt. Eine komplette Auf-zählung würde den Rahmen dieses Arti-kels sprengen. Der interessierte Leser sei in diesem Zusammenhang auf die Homepage der DIVI (<http://www.divi.de/empfehlungen.html>) bzw. Tabelle 5 ver-wiesen.

3. DIVI und Berufspolitik

Die Projekte und Aktivitäten lassen sich grob in drei große Themenbereiche ein-teilen:

1. Vergütung intensivmedizinischer Leistungen im G-DRG System

Im australischen DRG-System, das als Vor-bild für das deutsche DRG-System diente, sind intensivmedizinische Leistungen nicht enthalten, sie werden gesondert ver-gütet. Es fehlten daher Anhaltspunkte, wie man eine sach- und aufwandsgerechte Vergütung im deutschen DRG-System ge-stalten sollte. Hier verdankt es die deut-sche Intensivmedizin insbesondere den kontinuierlichen und zielstrebigem Bemü-hungen des DIVI-Ehrenmitglieds und frü-heren Generalsekretärs, Prof. Dr. Hilmar Burchardi, dass intensivmedizinische Fall-pauschalen entstehen und weiterent-wickelt werden konnten. Primär erfolgte die Vergütung zunächst im Wesentlichen über die Beatmungstunden, was rasch als unzureichend, nicht zielführend und mit falschen Anreizen verbunden erkannt wurde [4].

2005 wurde die intensivmedi-zinische Komplexbehandlung eingeführt (OPS-Code 8–980), mit der versucht wurde, die Komplexität der Intensivthe-rapie differenziert abzubilden. Dazu wurden zusätzlich bzw. alternativ über einen nicht unkomplizierten, auf 2 Scores (SAPS II und TISS) basierenden Al-gorithmus sog. Aufwandspunkte be-

Jahr	Titel
2000	Intensivtransportprotokoll V1.0
2001	Ausführungsempfehlungen zum DIVI-Kurs-Intensivtransport
2001	Stellungnahme der DIVI zur Katastrophenbewältigung
2003	Ausführungsempfehlungen der DIVI zum Kurs „Atemwegsmanagement“
2004	Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Schockformen
2004	Ärztliche Qualifikation bei Intensivtransport
2004	Empfehlungen der DIVI zum innerklinischen Transport kritisch kranker, erwachsener Patienten
2004	Stellungnahme der BAND und DIVI zur Konstruktion und Ausstattung von Intensivtransportwagen (ITW)
2004	Stellungnahme der DIVI zur präklinischen Lyse beim akutem Myokardinfarkt mit ST-Hebung (STEMI)
2006	Stellungnahme zur Patientenversorgung im Katastrophenfall
2006	Medizinische Versorgung Sterbender und von Patienten mit infauster Prognose auf Intensivstationen
2007	Ausführungsempfehlungen der DIVI zum „Curriculum Kinderheilkunde“
2009	Interdisziplinäre Behandlungspfade zur Versorgung von Patienten mit hypovolämischem Schock
2010	Empfehlungen zum Intensivtransportkurs für Rettungspersonal
2010	Empfehlung zur Kennzeichnung von Spritzen in der Intensiv- und Notfallmedizin
2010	Kerndatensatz Intensivmedizin 2010 der DIVI und DGAI
2010	Anforderungen an den Kurs zur präklinischen Traumaversorgung
2011	Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen
2011	Stellungnahme der Sektion „Schock“ der DIVI zur Schocklage
2011	Der Minimale Notfalldatensatz MIND3
2012	Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin
2012	Stellungnahme der DIVI zur Sichtung nach dem mStART Verfahren durch Rettungsdienstpersonal
2013	DIVI-Notarzteinsatzprotokoll – Version 5.1
2014	Pflegekompetenzen für Intensivpflegekräfte
2015	Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen
2015	Entscheidungen bei potentiellen Organ Spendern
2015	Datensatz Notaufnahme V2015.1
2016	Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin
2017	Empfehlungen zur Ausstattung und Struktur von Intermediate Care Stationen
2017	Dokumentation Therapiebegrenzung

Tabelle 5 Publikationen, die seit 2000 von der DIVI bzw. ihren Sektionen (früher interdisziplinäre Arbeitsgruppen) verfasst wurden oder unter Beteiligung der DIVI entstanden sind

rechnet. Je nach Höhe der Summe der Aufwandspunkte erfolgte und erfolgt die Eingruppierung in unterschiedlich hoch vergütete DRG-Fallpauschalen.

In der zunehmend komplexeren Krankenhauslandschaft verlor dieses Verfahren im weiteren Verlauf zunehmend an Trennschärfe, sodass 2013 ein zusätzlicher OPS-Code 8–98f, bisweilen

als „Super-SAPS“ bezeichnet, eingeführt wurde, der die „aufwendige“ intensivmedizinische Komplexbehandlung beschreiben sollte. Dieser unterscheidet sich von dem weiter bestehenden OPS-Code 8–980 im Wesentlichen durch Strukturmerkmale, wie Regelungen zur ärztlichen Qualifikation und Anwesenheit auf der Intensivstation, Verfügbar-

keit spezialisierter diagnostischer und therapeutischer Verfahren u.a. Bei Vorliegen dieser Strukturmerkmale werden seit 2015 die komplexen intensivmedizinischen Leistungen besser vergütet. Sinn der Einführung des neuen OPS-Codes war und ist es, die höheren Vorhaltekosten von Universitätskliniken und Maximalversorgern, die sich u.a. in

den vergleichsweise höherwertigen Strukturmerkmalen widerspiegeln sollten, durch eine höhere Vergütung zu refinanzieren.

In der Folgezeit kam es jedoch zu einem deutlichen Anstieg der Krankenhäuser mit Betten im niedrig dreistelligen Bereich, in denen eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert wurde. Die so kodierten Fälle verdoppelten sich fast auf knapp 500.000. Dies führte zu umfangreichen Prüfungen des MDK, ob die Strukturmerkmale wie im OPS-Code beschrieben vorliegen. Die Resultate der Prüfungen waren für die Betroffenen fast immer unerwartet negativ und mit einem Vergütungsabschlag verbunden. Dieses hatte für die betroffenen Intensivstationen und Intensivmediziner in der Regel strukturelle Einschnitte durch den Krankenhausträger zur Folge.

Momentan weichen in den Vorstellungen zu den Mindestmerkmalen die Positionen der Leistungserbringer und der Kostenträger immer mehr und inzwischen sehr deutlich von einander ab. Der Gesetz- und Verordnungsgeber hat durchblicken lassen, dass die Strukturmerkmale in der vorliegenden Form keine sichere Differenzierung bieten zwischen Krankenhäusern mit hohen Vorhaltekosten infolge aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung und solchen mit niedrigen Vorhaltekosten; daher erscheint eine Schärfung der Merkmale notwendig. Das würde eine Kontroverse insbesondere mit den Krankenhausträgern bedeuten.

Die Kennzeichnung von Krankenhäusern, die zur Erbringung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit der gebotenen Qualität und Sicherheit geeignet sind, muss mit der nötigen Trennschärfe erfolgen. Die Formulierung eines konsensfähigen Vorschlags zu den dafür notwendigen infrastrukturellen, personellen und apparativen Voraussetzungen bleibt eine große Herausforderung. Die DIVI nimmt in dieser Diskussion die Position des fachkundigen Experten ein.

Die Tatsache, dass das Gewicht der DIVI in der Diskussion zu Fragen der Vergütung und Klassifikation von Erkrankungen und Prozeduren zugenommen hat, zeigt zum einen die gewachsene Wahrnehmung der DIVI als wichtiger Ansprechpartner in Fragen der Intensiv- und Notfallmedizin, impliziert

andererseits aber auch eine große Verantwortung bei der Argumentation und Diskussionsführung, um bei der Bearbeitung dieser Fragestellungen weiter als dialogfähig gelten zu können.

2. Bearbeitung von Fragen der Musterweiterbildungsordnung

Bei der Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung in der Intensivmedizin hat die DIVI von Anfang an eine zentrale Rolle einnehmen dürfen und die zuständigen Gremien seit Beginn ihres Bestehens beraten. Insbesondere der interdisziplinäre Ansatz der DIVI als Dachgesellschaft aller Intensivmedizin betreibenden und weiterbildenden Fachgebiete, lässt die DIVI als idealen Partner zur zielgerichteten Bearbeitung von Fragen der Fort- und Weiterbildung in dem fachgebietsübergreifenden Querschnittsfach Intensivmedizin erscheinen.

Bei der momentan anstehenden Novellierung der Musterweiterbildungsordnung hat die DIVI zudem zusammen mit der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Inhalte zu der erstmals in den Katalog aufgenommenen Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ mit entwickeln dürfen.

Zusammengefasst wird die DIVI in Fragen der Fort- und Weiterbildung weiterhin den fachlichen Bestandteilen ihres Namens gerecht.

3. Erarbeitung von Empfehlungen zu strukturellen Voraussetzungen in der Intensiv- und Notfallmedizin

Im heutigen gesundheits- und berufspolitischen Umfeld, in dem Fragen der Qualität der Leistungserbringung, der Patientensicherheit, der Wirtschaftlichkeit, der Patienten- und Familienzentrierung, aber auch der Begehrlichkeiten bei Überschneidungen von Interessensgebieten Einfluss nehmen, gewinnt die evidenzbasierte Beschreibung der Strukturmerkmale von Fachabteilungen und spezialisierten Behandlungseinheiten immer mehr an Bedeutung. Die DIVI ist dieser Aufgabe seit Jahrzehnten durch Publikation von Struktur- und Positionspapieren zur Rettungsmedizin, zur Notfallmedizin, zur Katastrophenmedizin und zur Intensivmedizin nach-

gekommen (siehe u.a. Tabelle 5 und <http://www.divi.de/empfehlungen.html>).

Dies ermöglicht sowohl politischen Institutionen als auch Krankenhausmanagern oder Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Intensivmedizin eine klare Orientierung und kann im Zweifelsfall als Grundlage jeder Diskussion über Strukturfragen dienen.

4. Sektionen

Die Sektionsgruppen und Sektionen der „neuen“ DIVI können auf eine längere Vorgeschichte zurückblicken, die von P. Lawin und H.W. Opderbecke [1] dargestellt worden ist. Schon bald nach der Gründung der „alten“ DIVI im Jahr 1977 stellte sich heraus, dass zur Bearbeitung bestimmter Fragestellungen nicht auf die persönliche Mitarbeit von Experten verzichtet werden konnte – auch wenn diese von den Ordentlichen Mitgliedern (sprich den Fachgesellschaften) entsandt werden mussten. Am 26.09.1980 wurde daher zunächst die Sektion „Rettungswesen“ unter Vorsitz des Internisten H. Hochrein gegründet, die sich in der Folge beispielgebend entwickelte. Eine am 15.4.1988 unter dem Vorsitz des Chirurgen E. Ungeheuer gegründete Sektion „Katastrophenmedizin“ wurde am 26.10.1990 mit der Sektion „Rettungswesen“ zur Sektion „Rettungswesen und Katastrophenmedizin“ unter dem Vorsitz des Anästhesisten P. Sefrin zusammengeführt – sie besteht in der heutigen Sektion „Notfallmedizin und Katastrophenmedizin“ der Sektionsgruppe „Notfallmedizin“ fort. Damit war der Anfang einer personenbasierten Mitarbeit in der DIVI gemacht.

Da der bisherige Rahmen bald zu eng wurde, beschloss die Mitgliederversammlung der DIVI am 25.11.1997 auf Initiative ihres Präsidenten, des Internisten D. Heene, die Gründung einer Sektion „Wissenschaft und Forschung“, deren Gründungsversammlung am 24.11.2000 auf dem DIVI-Kongress in Hamburg erfolgte. Die Sektion bildete den Rahmen für „Interdisziplinäre Arbeitsgruppen“ (IAG's) mit bestimmten Schwerpunkten, die sich wiederum aus wissenschaftlich in der Intensiv- und Notfallmedizin aktiven Kollegen zusammensetzten. Schon vor der Gründungsversammlung hatte der Gründungsvorsitzende, der Internist H.-P. Schuster, in den Mitgliedsge-

Notfallmedizin
Notaufnahmeprotokoll Notfall- und Katastrophenmedizin Hyperbarmedizin Trauma Reanimation und Postreanimationstherapie Zusatzweiterbildung Interdisziplinäre Notaufnahme
Qualitätsverbesserung und Informationstechnologie
Informationstechnologie und Medizintechnik Qualität und Ökonomie in der Intensivmedizin Angewandte Pharmakologie in der Notfall- und Intensivmedizin
Kreislauf
Schock Hämodynamik (Herz- Kreislaufversagen)
Organversagen, Metabolismus und Hämostase
Klinische Hämotherapie und Hämostasemanagement Leberversagen Metabolismus und Ernährung Organspende und Organtransplantation Akutes Nierenversagen/Nierenersatz
Lunge
Respiratorisches Versagen
Pädiatrische Intensivmedizin
Pädiatrische Intensiv- und Notfallmedizin Neonatologische Intensiv- und Notfallmedizin
Infektionen und Sepsis
Systemische Inflammation und Sepsis Infektiologie
Neuromedizin
Bewusstseinsstörungen und Koma Studien und Standards in der Neuromedizin
Ethik
Ethik
Intensivpflege und Physiotherapie
Pflegeforschung und Pflegequalität Physiotherapie in der Intensivmedizin

Tabelle 6 Sektionsgruppen und Sektionen der DIVI; Stand Juni 2017
(<http://www.divi.de/wissenschaft/wissenschaftliche-sektionen.html>)

schaften und Verbänden aktiv um den Aufbau der Arbeitsgruppen geworben, die mit der IAG „Beatmung“, „Klinische Hämotherapie“, „Koma“, „Multiorganversagen“, „PDMS“, „Physiotherapie“, „Schock“ und „Qualitätssicherung“ bald Gestalt annahmen. Es wurde besonderer Wert auf eine tatsächlich interdisziplinäre Zusammensetzung gelegt – so gehörten der am 29.10.1999 gegründeten IAG „Schock“ u.a. Vertreter der Fachgebiete Anästhesiologie, Chirurgie (mit Unfall-, Neuro- und Kardiochirurgie), Innere Me-

dizin (mit Kardiologie und Immunologie), Pädiatrie, Pharmakologie und Physiologie an.

Aufgabe der Vorsitzenden der Sektion „Wissenschaft und Forschung“ – nach H.-P. Schuster (1997–2002) der Chirurg E. Klar (2003–2006) und der Anästhesist H.A. Adams (2007–2008) – war es, die Arbeit der IAG's nach Kräften zu unterstützen und zu koordinieren. Die IAG's in ihrer Gesamtheit trugen dann nicht unwesentlich zum Übergang in die „neue“ DIVI bei – hatten sie doch ge-

zeigt, dass ein persönlich gelebtes fachliches Miteinander schnell zu respektablen Ergebnissen führte, die sich in zahlreichen Publikationen und aktiver Unterstützung der Jahreskongresse niederschlugen.

Gemäß der am 03.12.2008 von der Mitgliederversammlung beschlossenen neuen Satzung der DIVI mit nunmehr etablierter persönlicher Mitgliedschaft konnte die wissenschaftliche Arbeit auf eine noch breitere Basis gestellt werden. Die beiden Sektionen „Notfallmedizin und Katastrophenmedizin“ sowie „Wissenschaft und Forschung“ wurden aufgelöst und die IAG's in Sektionen überführt, die wiederum in zehn Sektionsgruppen zusammengefasst sind. Die Gliederung der aktuell 10 Sektionsgruppen mit 26 Sektionen ist in Tabelle 6 dargestellt.

Die Sektionen sind heute die eigentlichen Träger der wissenschaftlichen Arbeit in der DIVI. Mit der Erarbeitung von Empfehlungen und Positionspapieren tragen sie wesentlich zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und zum Außenbild bei; darüber hinaus sind sie aus der Gestaltung des jährlichen DIVI-Kongresses nicht mehr wegzudenken. Ihr „Geheimnis“ liegt in der interdisziplinären Zusammensetzung, die den Blick über den Tellerrand hinaus ermöglicht und manchmal auch erzwingt – und damit das gegenseitige Verständnis und die Gemeinsamkeit in einer „bunten“ Fachgesellschaft mit ihrer klaren Zielsetzung fördert.

5. Ausblick

In den 40 Jahren ihres Bestehens ist die DIVI Zeuge eines steten Wandels im fachlichen aber auch im gesundheits- und berufspolitischen Umfeld der Intensivmedizin geworden und hat diesen Wandel aktiv mitgestaltet. Die DIVI wird sich weiter ihrer Aufgabe einer Dachgesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin stellen, die zugleich die Funktion eines Berufsverbandes ausübt. Der zunehmende administrative Aufwand und die zu begrüßende, aber zugleich ressourcenintensive Zunahme an Anfragen zur aktiven Teilnahme an der Bearbeitung der unterschiedlichsten Themen und Fragen der Intensiv- und Notfallmedizin wird eine Fortsetzung der bereits eingeleiteten Professionalisierung der DIVI unumgänglich machen. Dabei bleibt die intrinsische Motivation ihrer

Mitglieder, mit der viele Projekte angepackt und erfolgreich abgeschlossen werden, nach wie vor das größte Kapital der DIVI und ihre Inter- und Multidisziplinarität ihr Alleinstellungsmerkmal. Wenn es gelingt, beides zu erhalten, können die in

der Intensivmedizin Tätigen mit Gelassenheit in die Zukunft blicken. DIVI

Interessenkonflikte: Es wurden keine möglichen Interessenkonflikte im Sinne des JCMJE angegeben.

Korrespondenzadresse

OTA Prof. Dr. Andreas Markewitz
c/o Geschäftsstelle der DIVI
Luisenstr. 45
10117 Berlin

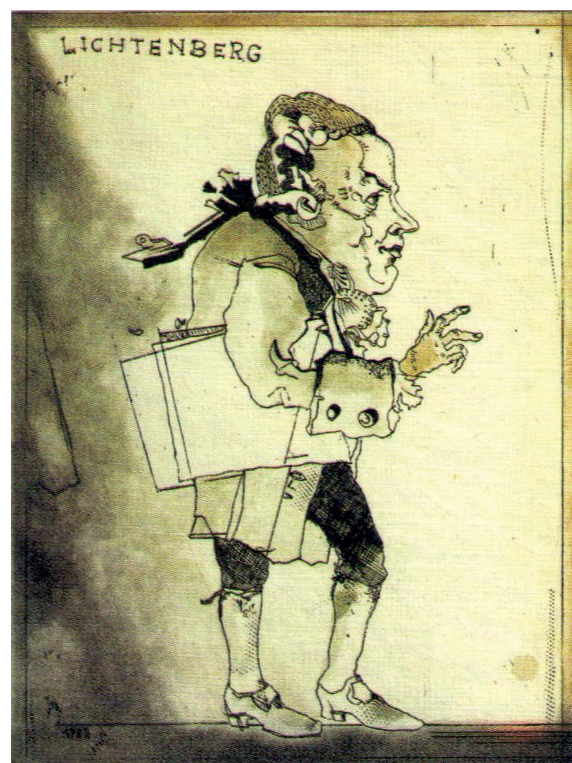
Literatur

1. Lawin P, Opderbecke HW: Folge 8: Gründung und Entwicklung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). *Anaesthesist* 1999; 48: 560–566
2. <http://www.divi.de/#/> (letzter Zugriff am 16.06.2017)
3. <http://www.online-divi.de> (letzter Zugriff am 16.06.2017)
4. Roeder N: Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005. <http://www.dkgev.de/media/file/2511.428.pdf> (letzter Zugriff am 30.05.2017)

„Es ist unglaublich wie viel die Regeln verderben können, sobald einmal alles zu gut geordnet ist.“

Quelle: Aus Lichtenberg:
Gedankenbücher. Hrsg. Franz H. Mautner. Fischer Bücherei 1963, Seite 191

Foto: Mit freundlicher Genehmigung des Künstlers Simon Dittrich.
Nach einer Farbradierung von G.C. Lichtenberg



40 Jahre DIVI!

Festrede zur Eröffnungsfeier des 17. Jahreskongresses der DIVI von Prof. Dr. med. Hilmar Burchardi

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Freunde! 40 Jahre DIVI!

Grund genug zu feiern, zurückzuschauen, aber auch nach vorne zu blicken! Ich glaube, wir können stolz sein auf das, was wurde und was ist.

Bevor es die DIVI gab, herrschte graue Vorzeit: Die Fächer standen in harter Konkurrenz zueinander. Es gab die großen „alten“ Fächer, die das Sagen hatten.

Es war in Deutschland schon eine besondere Situation:

- mit vielen Fächern, die sich über die Weiterbildungsordnung scharf gegen einander abgrenzten,
- mit Konkurrenz-Gebahren und mit Machtkämpfen.

Für die Generation von damals war das alltäglich.

Da kam nun die Intensivmedizin: Das alles begann mit Björn Ibsen, einem Anästhesisten in Kopenhagen, den die Internisten bei der schweren Polioepidemie 1952 um Rat fragten. Er hatte keine Ahnung von Polio (Gott sei Dank!). Doch er sah, dass das schwerkranke junge Polio-Mädchen eigentlich ein akutes Atemversagen hatte (wie die Kaninchen in seinen CO₂-Versuchen).

Also beatmete er die Patientin – und sie überlebte! Eine Sensation! Dies wurde die Geburtsstunde der Intensivmedizin:

- nicht nur wegen der Beatmung,
- auch wegen der erforderlichen intensiven, kontinuierlichen Pflege,
- der kontinuierlichen, lückenlosen Überwachung,
- der ununterbrochenen behandelnden Fürsorge.

Das Konzept überzeugte – und es ist selbst für unsere heutige schnelllebige Zeit faszinierend zu sehen, wie rasch dieses Konzept überall übernommen wurde.

Bereits in den 1970er-Jahren konstituierten sich in verschiedenen Ländern Fachgesellschaften für Intensivmedizin: So in den USA, in Großbritannien, in der

Schweiz. 1974 fand in London der Erste Weltkongress für Intensivmedizin statt! Da wollte man in Deutschland nicht abseitsstehen: 1976 gründete sich die „Arbeitsgemeinschaft für internistischen Intensivmedizin“, später wurde dies die DGIIN.

Das stachelte natürlich den Ehrgeiz der Anästhesisten an: Diese diskutierten sogar eine eigene Gesellschaft für Intensivmedizin, gemeinsam mit den Internisten! Diese gute Idee wurde schließlich vertagt – doch nicht völlig vergessen!

Es blieb das Gefühl, dass beide Fachgebiete – die Innere und die Anästhesie – in der Intensivmedizin überdeckende, gemeinsame Interessen haben.

So wurde erwogen, eine gemeinsame interdisziplinäre „Vereinigung“ für Intensivmedizin zu gründen: Am 29. Januar 1977 wurde in Frankfurt die „Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)“ gegründet. Als Friedensschluss zunächst zwischen den Fachgesellschaften Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie.

Der Zweck der Vereinigung ist in der Satzung festgehalten, u.a.:

- Förderung des Wissensaustauschs und Vertiefung der Zusammenarbeit
- Vertretung der Interessen der Intensivmedizin gegenüber Institutionen
- Vertretung auf internationaler Ebene
- Beteiligung an internationalen Kongressen
- Entwicklung von Standards
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Alle diese Ziele gelten bis heute.

Es gab eine Menge zu tun – und für vieles hat sich die DIVI maßgebend eingebracht:

- Richtlinien zur Gestaltung der Intensivstationen
- Weiterbildung für Ärzte und Pflegepersonal
- Personalbesetzung von Intensivstationen
- Kompetenzen von Notärzten und Rettungssanitätern u.v.a.m.



Professor Burchardi appellierte an die Zuhörer: Probleme müssen gemeinsam gelöst werden!

Foto: Mike Auerbach

Dabei stellte sich früh heraus: Die Gemeinsamkeit, die die DIVI repräsentierte, überzeugte die offiziellen Institutionen und die Politik! Die DIVI wurde wahrgenommen als übergeordnetes Gremium, als eine gemeinsame Stimme – außerhalb der egoistischen Interessen einzelner Fachgesellschaften.

Doch diese GEMEINSAMKEIT hatte auch ihre Grenzen: Die Intensivmedizin wird in Deutschland immer noch als „Eigentum“ einiger Basisfächer betrachtet.

Ich erinnere mich noch gut: Um die Jahrtausendwende gab es in der DIVI einen heftigen Streit: Die Schaffung interdisziplinärer Zentren für Intensivmedizin sollte nicht zugelassen werden – denn das hätte eine gewisse Eigenständigkeit bedeutet!

Dagegen wurde mit rechtlichen Geschützen aufgefahren: Wenn die intensivmedizinische Behandlung durch ein anderes Fach als das der Grundversorgung erfolgte, wurde dies als „Übernahmeverschulden“ gebrandmarkt.

Im Jahr 2007 gab es dann den „Aufstand der Intensivmediziner“ – ich nenne es mal so. Es sollte eine Mitglieder-gesellschaft der Intensivmedizin gegründet werden, die DIGI. Die Wünsche für die Intensivmedizin waren:

- Gemeinsamkeit
- Eigenständigkeit
- Anerkennung

Daraus wurde dann 2008 die „neue DIVI“ – als eine Mitgliedergesellschaft, aber immer noch mit starker Präsenz der Fachgesellschaften. Nun sollte vieles für

die Intensivmedizin besser werden – und das wurde es auch!

Fangen wir mit dem Positiven an: Es gibt eine große Gemeinsamkeit, eine gute Zusammenarbeit vieler Intensivisten aller Disziplinen in den Sektionen. Hier geschieht die gemeinsame aktive Arbeit der Intensivmediziner an speziellen Problemen – ungeachtet ihrer Herkunft und ihrer Primärdisziplin. In den Sektionen findet das Leben der Intensivmedizin statt! Darauf kann die DIVI stolz sein.

Aber dennoch: Insgesamt haben wir heute nach wie vor große, übergreifende Probleme:

- der gewaltige Druck der Ökonomie,
- der Personalmangel, vor allem beim Pflegepersonal,
- die fehlenden Karrierechancen für die Begeisterten der Intensivmedizin,
- die schwache internationale Repräsentanz der deutschen Intensivmedizin.

Wir müssen diese Probleme wahrnehmen und sie als die Probleme unserer DIVI anpacken!

WIR müssen dafür kämpfen!

Problem Ökonomie

Der Freiburger Medizin-Ethiker, Giovanni Majó, beklagt in seinem Buch „Geschäftsmodell Gesundheit“ zu Recht das Vorherrschen des ökonomischen Denkens in der Medizin [1]. Er sagt: „Die Ökonomisierung verändert peu à peu die innere Einstellung der Ärzte“. Er hat ja Recht! Wir merken tagtäglich, dass uns das Heft aus der Hand genommen wurde und dass wir uns ganz unterwürfig den Zwängen der Ökonomie und der Effizienz ergeben.

Eine große Interview-Studie von Wehkamp [2], jüngst im Deutschen Ärzteblatt publiziert, kam zu der Feststellung, „dass der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidung untergraben kann“. Auch Markmann monierte vor Kurzem im Deutschen Ärzteblatt [3]: „Die Dominanz betriebswirtschaftlicher Vorgaben hat negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und auf das Personal.“

Bei uns Ärzten bleibt die Fürsorge auf der Strecke. Für das humane, das charitative Prinzip unseres ärztlichen Handelns bleibt oft kein Raum mehr.

Gute ärztliche Fürsorge ist eben nicht nur richtige Diagnostik und korrekte Be-

handlung – es ist einfach mehr! Aber das haben wir oft aus dem Blickfeld verloren! Dieses Problem des Ökonomisierungsdrucks wird wohl nur von außen gelöst werden können – von der Politik! Doch müssen wir uns kommentarlos damit abfinden? Vor allem müssen wir uns dagegen wehren, dass ökonomische Defizite immer wieder durch weitere Arbeitsverdichtung und Personalabbau kompensiert werden!

Problem Personalmangel in der Pflege

Es besteht kein Zweifel daran, dass besonders in der Intensivpflege die Arbeitsverdichtung und der Personalmangel erheblich angestiegen sind. Damit steigen Arbeitsunzufriedenheit und Fluktuation; es mehren sich die Qualitätsdefizite und die Behandlungsrisiken. Es entsteht das Burn-out!

Man mag das Burn-out als Diagnose akzeptieren oder nicht. Tatsache ist, dass Überforderung und emotionale Erschöpfung die Leistung entscheidend beeinträchtigen – und das besonders bei denjenigen, die mit idealistischer Begeisterung und hohen Erwartungen begonnen haben! Die Folgen sind Desillusionierung, Frustration und Apathie – sowie erhöhter Krankenstand und Personalfluktuation!

In den USA, so zeigen viele Studien [z.B. 4], leiden etwa 25–33 % des Pflegepersonals auf den Intensivstationen an den Symptomen eines schweren Burn-outs. Diese Problematik ist bei uns wohl vielerorts nicht anders: So gibt es laut DKG bundesweit 10.000 freie Stellen, die besetzt werden könnten, wenn es Bewerber gäbe. Doch die Ökonomie erzwingt in den Krankenhäusern selbst ohne ausreichende Personalausstattung eine Aktivität auf Hochtouren!

Vor Kurzem stand in meinem Göttinger Tageblatt, dass in einer Klinik in privater Trägerschaft eine Gefährdungsanzeige aus der Pflege mit einer Abmahnung beantwortet wurde! Das ist die Reaktion einer Verwaltung zu dem Personalnotstand! Jetzt kümmert sich Verdi um den Fall.

Das ist unsere Realität! Es ist natürlich zunächst Sache eines jeden Einzelnen vor Ort! Die Abteilungsleiter müssen sich um die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsatmosphäre in ihrem Be-

trieb kümmern! Sie müssen sich ggf. schützend vor ihre Mitarbeiter stellen! Aber diese Probleme sind auch unser aller Probleme – die Probleme der DIVI wie die der Fachgesellschaften gleichermaßen! Die Intensivpflege gehört zu uns!

Im vergangenen Jahr kam es zu einem Aktionsaufruf aller Official Critical Care Societies in den USA gegen das „Burnout Syndrome in Critical Care“ [5]. Können wir einen solchen Protest nicht auch formulieren?

Diese Überforderung betrifft aber auch die Ärzte, wie eine Studie aus Deutschland jüngsthin gezeigt hat [6].

Problem Ärztemangel

Wir beklagen den Mangel an engagierten Ärzten für die Intensivmedizin. Und das sicher zu Recht! Allerdings gibt es für diesen gravierenden Mangel verschiedene gewichtige Gründe. Der Dienst auf einer Intensivstation ist eigentlich mit dem heutigen Lebensgefühl schwer vereinbar:

- mit extremer Arbeitsverdichtung,
- mit Schichtdiensten,
- mit unsicheren Urlaubsmöglichkeiten usw.

Die heutige Generation junger Ärzte – die sogenannte Y-Generation – ist nicht mehr bereit, den Leidensdruck unseres Berufes ohne Kompensation auf sich zu nehmen. Sie will die *Work-Life-Balance*, ein harmonisches Gleichgewicht zwischen Beruf und Familie. Eigentlich verwirklichen sie also das, wovon wir als ältere Generation immer geträumt haben, als wir für einen Wochenend-Dienst am Samstagmorgen unseren Dienst antraten, um dann am Montagmorgen die Klinik wieder zu verlassen.

Und dann gibt es noch dazu keine attraktive Langzeitperspektive: Es gibt in Deutschland kaum selbstständige Leitungspositionen für einen Intensivmediziner. Auch in größeren Häusern wird diese Aufgabe meist einem Oberarzt in untergeordneter Position überlassen, meist sogar nur über eine gewisse Zeit!

Warum sollten sich also der ehrgeizige junge Arzt für die Intensivmedizin entscheiden? „Mit der Intensivmedizin kann man ja nichts werden!“ Dabei hat doch die Intensivmedizin ihre eigene Faszination:

- Wir retten Menschenleben – mit hochentwickelten Verfahren,

- Wir werden ständig erneut herausgefordert,
 - stets über unsere Grenzen hinaus,
 - stets in Kontakt mit der ganzen Breite der Medizin.
- Routine kommt gar nicht erst auf,
- und Teamwork ist so stimulierend!

Manch einer würde ja gerne bei der Intensivmedizin bleiben! Doch sie bietet eben keine Langzeitperspektive. Man bleibt in untergeordneter Stellung, bleibt abhängig! Die wahren Jobs liegen leider wo anders!

Daher müssen wir nochmals über die Gemeinsamkeit der Fächer sprechen. Intensivmedizin ist heute mehr als nur ein Zusatz zu einem einzelnen Fach. Wenn ich z.B. an die Sepsis denke, dann sind die Probleme und die Zusammenhänge weit über das gesamte Spektrum der Medizin gestreut – bis hin zu den theoretischen Disziplinen. Diese Enge der Fachbindung muss überwunden werden!

Mein Eindruck ist, dass wir gerade hierin seit der Gründung der DIVI überhaupt nicht weitergekommen sind. Die einzelnen Fächer kämpfen immer noch gegeneinander, in egoistischer Selbstbehauptung. Aber muss man denn etwas verlieren, wenn man sich öffnet? Ist ein gemeinsamer Weg nicht die viel stärkere Strategie? Das Mutterfach behielt seine Selbstständigkeit, aber es besitzt so viel Selbstvertrauen, dass es mit den anderen Fächer kommunizieren kann! Nur gemeinsam sind wir stark!

Was jetzt passiert, ist fatal: Die Ökonomie hat uns allen das Heft aus der Hand geschlagen und die Leitung übernommen. Und in dieser fatalen Situation kämpfen wir auch noch gegeneinander, anstatt uns miteinander zu solidarisieren. Die Ökonomie kann sich nichts Besseres wünschen: *divide et impera!*

Das hat auch Folgen für die internationale Präsenz der deutschen Intensivmedizin: Die deutsche Intensivmedizin wird international nicht mehr ausreichend wahrgenommen; zumindest nicht so, wie es ihr eigentlich zustünde. Ich habe mir die Mühe gemacht, einmal die internationale Präsenz an den Kongressen der European Society (ESICM) in den vergangenen Jahren von 2006 bis heute aufzuzählen. Das Ergebnis ist für die deutsche Intensivmedizin enttäu-

schend: Wir sind nicht ausreichend vertreten, weder bei den Invited Lectures noch bei den Posters. Wir sind kaum noch vertreten bei den internationalen Studien. Wenn wir einmal von wenigen renommierten Leuchttürmen absehen, die draußen noch Ansehen haben! Wir sind also nicht mehr gefragt, obwohl wir immer noch die mitgliederstärkste Nation in der European Society (ESICM) sind. Die Gründe für diese nachlassende Präsenz sind sicher vielschichtig:

- Das strenge **Arbeitsregime** in der Klinik macht eine tragfähige Kongress-Repräsentanz schwierig.
- Die große **Personalnot** lässt den Luxus einer kompetenten Forschung meist nicht zu.

ABER VOR ALLEN DINGEN:

Mit Ärzten, die die Intensivmedizin in subalternen, zeitlich begrenzter Position versorgen, lässt sich keine hochwertige Forschung oder international hochwertige Weiterbildung aufbauen.

Ich habe einen Traum

Wir müssen attraktive Langzeitkarrieren für unsere Intensivmedizin-Begeisterten schaffen. Dazu brauchen wir mehr als bisher interdisziplinäre Zentren für Intensivmedizin an Großkliniken, von kompetenten Leitern geführt, mit einer gewissen Eigenständigkeit:

- mit eigenem Personal,
- mit eigenem Budget,
- mit eigener Forschungskompetenz und Forschungsmöglichkeit,
- mit Akzeptanz nach innen und außen.

Die gemeinsame Nutzung dämpft den Alleinanspruch der Einzelfächer, sie fördert den Zusammenhalt, steigert Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft.

Mit solchen Langzeitkonzepten könnten wir die Intensiv-Begeisterten wieder gewinnen. Und nur mit einem solchen Langzeitkonzept kann die kontinuierliche, rasante Weiterentwicklung in der Intensivmedizin effizient verwirklicht werden!

Die Geschäftsleitung großer Häuser könnte die Schaffung von solchen Intensivzentren im eigenen Geschäftsinteresse fördern: Das überzeugende Argument wäre für sie bessere Effizienz und straffere Ökonomie. Sie müssten sich nur gegen den Egoismus der einzelnen Fachgebiete durchsetzen.

Natürlich ist eine solche Entwicklung gegen viele Widerstände selbst für eine starke Verwaltung nicht einfach. Doch wir könnten sie als DIVI dabei wirksam unterstützen, indem wir dazu Konzeptvorstellungen entwickeln – etwa ein DIVI-Positionspapier mit dem Vorschlag einer Muster-Geschäftsordnung für interdisziplinäre Intensivzentren.

Wenn die DIVI hier Vorreiter würde, dann könnten wir vielleicht auch die widerspenstigen Fachgesellschaften davon überzeugen. Auch sie haben dabei nichts zu verlieren – auch sie werden nur gewinnen! Angesichts so vieler essenzieller Probleme wäre es doch vernünftig, zu einer Gemeinsamkeit zu finden, sich zusammenzuschließen, um die Probleme gemeinsam zu lösen.

Gerade jetzt brauchen wir diese Gemeinsamkeit, anstatt sich in gegenseitiger Konkurrenz zu erschöpfen. Denn: Nur gemeinsam sind wir stark! Das ist die wirklich große Aufgabe der DIVI!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur

1. Majo G: Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Suhrkamp, Berlin, 2014
2. Wehkamp KH, Naegler H: Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 797–804
3. Marckmann G, Maschmann J: Ethische Mangelverwaltung. Dtsch Arztebl 2017; 114: A2008–A2032
4. Poncet MC, Toullic P, Papazian L et al.: Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175: 698–704
5. Moss M, Good VS, Gozal D et al.: An official critical care societies collaborative statement: burn out syndrome in critical care health care professionals: a call for action. Am J Crit Care 2016; 25: 368–376
6. Kessler H: Burn-out bei Ärzten und Pflegekräften auf Intensivstationen. Anaesthesist 2008; 57: 513–515