

# 40 Jahre DIVI – von 1977 bis 2017

Wie ging es seit 1999 weiter?

**40 years DIVI – from 1977 until 2017**

What happened since 1999?

Andreas Markewitz<sup>1</sup>, Hans Anton Adams<sup>2</sup>, Stefan Schwab<sup>3</sup>, Klaus Notz<sup>4</sup>, Gerhard Jorch<sup>5</sup>, Uwe Janssens<sup>6</sup>, Elke Muhl<sup>7</sup>, Dietmar Schneider<sup>8</sup>, Hilmar Burchardi<sup>9</sup>,

Anschrift des Verfassers

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

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. Leipzig
9. Kiefernweg 2, Bovenden,

### **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 2.200 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 4.000 - 5.000 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 als Ansprechpartner für alle Fragen der Intensiv- und Notfallmedizin zu fungieren, gerecht zu werden.

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.

Key words: DIVI, interdisciplinarity, intensive care medicine, science, politics

## 1. Einleitung

Am 19.01.2017 hat es sich zum vierzigsten Male geöhrt, 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, so dass 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 Europäische Kongress für Intensivmedizin 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.

Zeitraum	Präsident	Vizepräsidenten	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 - 2008

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

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 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 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 Gründungsaufruf 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 für eine Satzungsänderung erarbeiten sollte. Erklärtes Ziel dieser Maßnahmen war es, eine Partitionierung in der intensivmedizinischen 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. Während dessen 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, so dass Nachbesserungen notwendig wurden, die auf einer weiteren außerordentlichen Mitgliederversammlung vom 01.09.2008 genehmigt und danach vom Amtsgericht akzeptiert wurden. Mit Vorliegen dieser neuen Satzung 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 2.200 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 gegründet, um spezielle Fragestellungen in der Intensiv- und Notfallmedizin wissenschaftlich zu bearbeiten. Damit war die DIVI erstarkt aus einer nicht unproblematischen Situation hervorgegangen.

Eine Übersicht über die Funktionsträger der DIVI nach ihrer Satzungsänderung gibt **Tabelle 3**.

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 - 2017

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

1. die Eröffnung einer eigenen Geschäftsstelle, 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 Funktion 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 Luisenstraße in Berlin statt.
2. Die Durchführung eines jährlichen Kongresses, was seit 2010 umgesetzt wird, wobei die Kongressorte wechseln: in geraden Jahren finden die Kongresse in Hamburg statt, in ungeraden in Leipzig. Aufgrund von Umbaumaßnahmen am Congress Centrum Hamburg wird der DIVI 2018 allerdings ebenfalls in Leipzig stattfinden. Die Kongresspräsidenten der Jahre 2010 bis 2018 sind in Tabelle 4 aufgeführt.
3. Die Aktualisierung und kontinuierliche Pflege der Homepage der Gesellschaft (2).
4. Die Gründung einer eigenen Zeitschrift, 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-Jahrbuchs, das in der aktuellen Form seit 2012 zum DIVI-Kongress erscheint und neben einem wissenschaftlichen Schwerpunktthema viele Fortbildungsartikel enthält, die von den Referenten der Fortbildungsvorträge des jeweiligen DIVI-Kongresses verfasst werden.

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

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

Weitere Projekte der DIVI:

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Intensivmedizin hat die DIVI mit DIVI Reversi und dem Peer Review Verfahren 2 unterschiedliche Instrumente in Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften aufgebaut und zur Verfügung gestellt.

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

1. Krankenhäuser mit Intensivstationen werden durch Feedback, Reports und Benchmarking bei ihrer laufenden Arbeit in Risikomanagement und Qualitätsentwicklung unterstützt.
2. Langfristig wird ein repräsentativer Datenbestand aufgebaut, der wissenschaftliche Projekte zur Versorgungsforschung in der Intensivmedizin ermöglicht.

Beim intensivmedizinischen Peer Review, das auf Freiwilligkeit basiert, bittet der Leiter einer Intensivmedizinischen Einrichtung die zuständige Landesärztekammer um ein intensivmedizinisches Peer Review. Voraussetzung dafür ist, dass die Geschäftsleitung des betreffenden Krankenhauses zustimmt und dass das ärztliche und pflegerische Leitungsteam der Intensivstation sich anhand der jeweils gültigen Peer Review Unterlagen selbst bewertet. Die Unterlagen können bei der Ärztekammer angefordert werden oder sind im Internet unter <http://www.divi.de/qualitaetsicherung/peer-review/erste-schritte.html> verfügbar. Für das Peer Review-Verfahren wurden relevante, verständlich formulierte, messbare, erreichbare und durchführbare Qualitätsindikatoren für die Intensivmedizin 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/qualitaetsicherung/peer-review/qualitaetsindikatoren.html>).

Die DIVI hat sich darüber hinaus an einer Reihe von anderen Projekten beteiligt, diese angestoßen oder federführend durchgeführt. Eine komplette Aufzählung würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Der interessierte Leser sei in diesem Zusammenhang auf die Homepage der DIVI (<http://www.divi.de/empfehlungen.html>) bzw. **Tabelle 5** verwiesen.

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

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

### 3. DIVI und Berufspolitik

Die Projekte und Aktivitäten lassen sich grob in drei große Themenbereiche einteilen:

#### 1. Vergütung intensivmedizinischer Leistungen im G-DRG System

Im australischen DRG-System, das als Vorbild für das deutsche DRG-System diente, sind intensivmedizinische Leistungen nicht enthalten, sie werden gesondert vergütet. Es fehlten daher Anhaltspunkte, wie man eine sach- und aufwandsgerechte Vergütung im deutschen DRG-System gestalten sollte. Hier verdankt es die deutsche Intensivmedizin insbesondere den kontinuierlichen und zielstrebigem Bemühungen des DIVI-Ehrenmitglieds und früheren Generalsekretärs, Prof. Dr. Hilmar Burchardi, dass intensivmedizinische Fallpauschalen entstehen und weiterentwickelt werden konnten. Dabei erfolgte die Vergütung zunächst im Wesentlichen über die Beatmungsstunden, was rasch als unzureichend, nicht zielführend und mit falschen Anreizen verbunden erkannt wurde [5].

2005 wurde die intensivmedizinische Komplexbehandlung eingeführt (OPS-Code 8-980), mit der versucht wurde, die Komplexität der Intensivtherapie differenziert abzubilden. Dazu wurden zusätzlich bzw. alternativ über einen nicht unkomplizierten, auf 2 Scores (SAPS II und TISS) basierenden Algorithmus sog. Aufwandspunkte berechnet. 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, so dass 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 weiterbestehenden OPS-Code 8-980 im Wesentlichen durch Strukturmerkmale, wie Regelungen zur ärztlichen Qualifikation und Anwesenheit auf der Intensivstation, Verfügbarkeit 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 im niedrig dreistelligen Bereich, die eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung kodierten, und 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 voneinander 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 Anbeginn 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 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 nachgekommen (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 26.9.1980 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 Mitgliedergesellschaften 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 Medizin (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 gezeigt, 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 3.12.2008 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.

<b>Notfallmedizin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notaufnahmeprotokoll</li> <li>• Notfall- und Katastrophenmedizin</li> <li>• Hyperbarmedizin</li> <li>• Trauma</li> <li>• Reanimation und Postreanimationstherapie</li> <li>• Zusatzweiterbildung Interdisziplinäre Notaufnahme</li> </ul>
<b>Qualitätsverbesserung und Informationstechnologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationstechnologie und Medizintechnik</li> <li>• Qualität und Ökonomie in der Intensivmedizin</li> <li>• Angewandte Pharmakologie in der Notfall- und Intensivmedizin</li> </ul>
<b>Kreislauf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schock</li> <li>• Hämodynamik (Herz- Kreislaufversagen)</li> </ul>
<b>Organversagen, Metabolismus und Hämostase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische Hämotherapie und Hämostasemanagement</li> <li>• Leberversagen</li> <li>• Metabolismus und Ernährung</li> <li>• Organspende und Organtransplantation</li> <li>• Akutes Nierenversagen/ Nierenersatz</li> </ul>
<b>Lunge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratorisches Versagen</li> </ul>
<b>Pädiatrische Intensivmedizin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pädiatrische Intensiv- und Notfallmedizin</li> <li>• Neonatologische Intensiv- und Notfallmedizin</li> </ul>
<b>Infektionen und Sepsis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemische Inflammation und Sepsis</li> <li>• Infektiologie</li> </ul>
<b>Neuromedizin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusstseinsstörungen und Koma</li> <li>• Studien und Standards in der Neuromedizin</li> </ul>
<b>Ethik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethik</li> </ul>
<b>Intensivpflege und Physiotherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeforschung und Pflegequalität</li> <li>• Physiotherapie in der Intensivmedizin</li> </ul>

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

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.

#### Literaturverzeichnis

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)
5. InEK: Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG. [http://www.g-drg.de/G-DRG-System\\_2017/Extremkostenbericht\\_gem.\\_17b\\_Abs.\\_10\\_KHG](http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2017/Extremkostenbericht_gem._17b_Abs._10_KHG) (letzter Zugriff am 30.05.2017)