



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin

Société Suisse de Médecine Intensive

Società Svizzera di Medicina Intensiva

Jubiläumsbuch
Livre du Jubilé

1972–2012

Bon anniversaire!

Chers (ères) membres de la SSMI, chers (ères) collègues, chers (ères) amis(es),

C'est avec un immense plaisir que notre société vous invite à Bâle pour notre réunion annuelle du 15 au 17 novembre 2012. Cette année est celle d'un grand événement, puisque notre société fête ses 40 ans d'existence. En effet, c'est le 4 février 1972 qu'est née la Société Suisse de Médecine Intensive sous l'impulsion de 23 membres fondateurs, déjà réunis à Bâle pour cette occasion. Pour célébrer dignement cet anniversaire historique, le comité a décidé de vous offrir un cadeau particulier : le livre du jubilé. Dans cet ouvrage, nous avons notamment voulu rendre hommage aux vingt présidents qui ont consacré beaucoup de leur temps et de leur énergie pour donner vie à notre société et lui permettre d'arriver aujourd'hui à pleine maturité pour son quarantième anniversaire. Ce livre propose également de superbes textes, écrits spécialement pour ce jubilé par certains pionniers de la médecine intensive en Suisse, que nous vous laissons le plaisir de découvrir à la rubrique « tribune libre ». Il faut encore relever que nous ne sommes pas seuls à célébrer un jubilé, puisque la Société Suisse d'Anesthésie et Réanimation (SSAR), avec laquelle nous organisons le présent congrès, fête cette année ses 60 ans! A cet égard, nous remercions son président, le Dr Tiziano Cassina, d'avoir contribué à notre livre par un texte particulièrement instructif sur le rôle pionnier joué par les médecins anesthésistes dans le développement de la médecine intensive.

Nous espérons que la lecture de ce livre vous procurera autant de plaisir que nous avons eu à le constituer, et nous vous souhaitons un très beau congrès, en vous disant à tous: Bon anniversaire!



Prof. Lucas Liaudet
Secrétaire de la SSMI

Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag!

Liebe Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin,
liebe KollegInnen, liebe Freunde

Im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) heissen wir Sie herzlich willkommen zur Jahresversammlung in Basel vom 15. bis 17. November 2012. Dieses Jahr handelt es sich um ein grosses Ereignis, da unsere Gesellschaft ihre 40 jährige Existenz feiert. Den Anstoss zur Gründung der SGI am 4. Februar 1972 gaben 23 Gründungsmitglieder, die sich zu diesem Zweck ebenfalls in Basel versammelt hatten. Um diesen historischen Geburtstag gebührend zu feiern hat der Vorstand entschieden, Ihnen ein besonderes Geschenk zu machen: Das Jubiläumsbuch. In diesem Werk wollen wir die 20 Präsidenten ehren, die viel Zeit und Energie investiert haben, um unsere Gesellschaft ins Leben zu rufen und es ihr ermöglicht haben, bis zum heute vierzigsten Geburtstag heranzureifen. Entdecken Sie in diesem Buch unter der Rubrik „Freie Mitteilungen“ ausgezeichnete Texte, die von Pionieren der Schweizerischen Intensivmedizin speziell zum aktuellen Anlass verfasst worden sind. Es sollte zudem angemerkt werden, dass wir nicht die einzigen sind, die ein Jubiläum feiern: die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR), mit der wir den aktuellen Kongress organisiert haben, feiert dieses Jahr ihren 60. Geburtstag! In diesem Zusammenhang bedanken wir uns ganz herzlich bei ihrem Präsidenten, Dr. Tiziano Cassina, für seinen Beitrag zu unserem Buch, einem sehr instruktiven Artikel über die Vorreiter-Rolle der Anästhesisten bei der Entwicklung der Intensivmedizin.

Wir hoffen nun, dass Ihnen das Lesen dieses Buches genauso viel Spass bereitet wie uns dessen Zusammenstellung. Wir wünschen Ihnen einen schönen Kongress und vor allem: Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag!



Prof. Lucas Liaudet
Sekretär der SGI



Dr Yvan Gasche
Président de la SSMI (Médecins)

L'explosion des connaissances scientifiques et la révolution technologique récente ont permis le développement sans précédent de la médecine moderne. Les progrès thérapeutiques des dernières décennies ont créé de nouveaux besoins, qui sont à l'origine de la naissance de la médecine intensive. Les pionniers de notre discipline ont dû convaincre leurs pairs anesthésistes, internistes et chirurgiens du besoin de former des médecins spécialisés dans le domaine de la réanimation et de leur donner une identité propre, reconnue à sa juste valeur. Ce combat a été parfois dur et n'a pas été gagné partout, puisque seuls quelques pays comme la Suisse reconnaissent aujourd'hui la médecine intensive comme discipline indépendante. Nous devons ici reconnaître le travail accompli par nos prédécesseurs qui ont donné vie à la médecine intensive.

Ceci n'a été possible que par la qualité et la force de l'investissement qu'ils ont consenti dans leur métier et leur profession pour structurer une discipline à la hauteur des exigences de ceux qui pouvaient douter de sa pérennité.

Mais l'histoire ne s'arrête pas là.

Lorsque l'on se place en observateur attentif des développements récents de la médecine, que l'on tente une analyse des enjeux complexes professionnels, économiques et sociaux tant au niveau hospitalier qu'au niveau de la santé dans sa globalité, on doit réfléchir à l'avenir de la médecine intensive et aux réformes qu'il faudra certainement engager alors même que la stabilisation de la discipline et des unités a tout juste été obtenue.

La médecine intensive doit faire face à un défi socio-professionnel généré par la charge en travail et le besoin en personnel médico-infirmier de plus en plus qualifié. Les choix que nous ferons auront certainement un impact décisif sur l'avenir des unités de médecine intensive et sur celui de notre discipline. Continuer à sous-estimer ces enjeux socio-professionnels comme nous l'avons fait pendant des décennies fait courir un grand risque. L'application de la loi sur le travail a été un premier coup de semonce pour le personnel médical. Le système hospitalier a été mis sous pression et poussé à faire des ajustements nécessaires en personnel. Mais le problème est loin d'être réglé pour les services de médecine intensive. Ces services ont des besoins opérationnels extrêmement exigeants en et pour le personnel dont ils doivent parallèlement assurer la formation. Les états de crise récemment observés dans certaines unités en Suisse sont l'illustration de la difficulté de cette profession.

Comment concilier le besoin en personnel médical de plus en plus hautement qualifié dans une organisation fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept avec les aspirations des professionnels qui consentent à des sacrifices considérés comme trop importants pour nombre de jeunes médecins constituant la relève. Jusqu'à récemment, les services ont naturellement pallié au problème en mettant les plus jeunes en première ligne. Ces derniers acceptent la charge, le plus souvent avec enthousiasme, dans la première partie de leur carrière professionnelle...

Mais la complexification de la médecine intensive et les exigences naturelles et justifiées d'un public de plus en plus informé rendent cette organisation anachronique. Cela signifie qu'à terme, dans les services où la vie des patients est directement mise en jeu

par leur maladie, il faudra mener à son aboutissement la professionnalisation du personnel médical, qui est déjà en route dans de nombreuses unités de médecine intensive. Mais cette professionnalisation impliquera qu'un personnel médical de plus en plus âgé soit en première ligne. Il faudra donc poursuivre les aménagements que la loi sur le travail a mis sur le devant de la scène et adapter le mode d'enseignement dispensé au personnel formé et en formation. Cela aura évidemment des implications organisationnelles et économiques pour des services qui représentent déjà près de 10% des coûts hospitaliers.

Des enjeux similaires et tout aussi importants touchent l'organisation du personnel soignant des unités de médecine intensive. Ces dernières ne peuvent fonctionner sans un personnel infirmier hautement qualifié. Ici aussi, il s'agit de promouvoir les compétences du personnel, ce qui ne peut se faire sans fidélisation. Le développement de la profession d'infirmier(ière) passe sans aucun doute par l'université, mais sur le terrain, nous devons continuer à développer la formation postgraduée et mettre en place une formation continue de haut niveau qui valorise et motive le personnel.

Des modèles originaux d'enseignement voient le jour et ne demandent qu'à être développés. Certains centres mettent en place des outils informatiques permettant au personnel de relever en temps réel leur activité clinique et avoir ainsi individuellement une comptabilisation de l'exposition aux différentes pathologies et autres problèmes cliniques, ceci dans le but de développer des programmes de formation personnalisés.

Des programmes multidisciplinaires médico-infirmiers de formation continue sont également en développement. Ces programmes permettront d'assurer un enseignement intégré centré sur les problèmes des malades en état critique. Les efforts consentis jusqu'à maintenant dans le domaine de l'enseignement infirmier ont déjà montré des effets tangibles sur la qualité des soins dans les unités de médecine intensive.

C'est probablement en médecine intensive que la collaboration entre les médecins et les infirmiers(ières) est la plus étroite. Ces deux professions sont devenues de vraies partenaires de soins et l'évolution des deux professions va certainement encore donner lieu à une redéfinition de leur rôle respectif. Le fait que les deux professions appartiennent maintenant à la même société de discipline sera un atout indéniable pour l'avenir de notre spécialité

Le développement et la complexification de la médecine intensive engendrent un autre défi de taille : concilier le développement de compétences hautement spécialisées avec le maintien de compétences polyvalentes suffisantes, dans un environnement où les coûts sont devenus une préoccupation centrale au même titre que la qualité des soins. Ce défi n'est pas original. La médecine interne a dû faire face à ce même paradigme, lorsque sa croissance a mené à l'apparition des domaines spécialisés de la pneumologie, de la cardiologie etc..., qui sont devenus par la suite des spécialités à part entière. Cette évolution, bien que probablement inévitable, a été très douloureuse pour la médecine interne, qui en refusant l'évidence du développement des spécialités a quasiment signé sa disparition dans de nombreux pays. La médecine intensive vit certainement le même défi, dans un environnement économiquement plus exigeant. Le développement rapide des techniques d'investigations, de monitoring et de traitement dans des domaines spécifiques (réanimation cardio-pulmonaire, neuro-réanimation, transplantation etc...) génère des besoins en personnel spécialisé capable de collaborer dans un univers multidisciplinaire.

La naissance de la médecine intensive a impliqué la création d'unités fermées plus efficaces que les unités traditionnelles ouvertes, avec en conséquence une redéfinition des responsabilités entre les prestataires de soins en faveur des nouveaux acteurs qu'étaient les intensivistes. Initialement, en Suisse, les unités de médecine intensive se sont naturellement définies comme chirurgicales, médicales ou multidisciplinaires pour les petites unités. Le besoin de polyvalence pour soigner des patients polymorbides a incité les grands services à fusionner leurs entités médicales et chirurgicales. Ceci a certainement permis une meilleure prise en charge des malades mais également d'optimiser la gestion des flux de ces derniers et d'offrir une casuistique extrêmement riche au personnel formé et en formation. Cette étape du développement des unités de médecine intensive a été nécessaire et ne doit pas être remise en cause, mais elle ne doit pas freiner le développement des compétences hautement spécialisées du personnel et de rétablir des liens forts avec les spécialistes qui adressent les patients aux services de médecine intensive.

La médecine intensive doit former en son sein des spécialistes dans les domaines spécifiques pour leur permettre de faire face aux développements scientifiques et techniques qui bénéficieront aux malades et d'être des interlocuteurs crédibles pour les spécialistes externes impliqués dans les stratégies thérapeutiques de plus en plus complexes.

Les implications structurelles de cette évolution des soins ne seront probablement pas négligeables mais dépendront des conditions locales de développement des différents hôpitaux et de leur casuistique.

Les défis organisationnels toucheront et touchent déjà les petites unités comme les grands services de médecine intensive. Les premières devront se confronter aux avantages et inconvénients d'un regroupement ou au minimum d'un fonctionnement en réseau clairement défini. Les très grands services doivent réfléchir à l'opportunité de créer en leur sein des subdivisions favorisant les soins hautement spécialisés.

Les exemples des différents types d'organisations des services de médecine intensive expérimentés dans le monde suggèrent que la complexité grandissante des malades rend indispensable que l'offre de soins associe une polyvalence solide à des compétences hautement spécialisées. A nous de résoudre les termes de cette équation incontournable. Quoi qu'il en soit, toutes les opportunités de développement seront soumises à l'exigence d'une gestion optimale des ressources. Les questions financières pèseront certainement de plus en plus dans les stratégies de développement des hôpitaux et leurs services. Notre discipline devra certainement se déterminer sur l'opportunité de certains développements. Il faudra comme toujours du courage et du bon sens.

D'autres défis nous attendent évidemment, l'avenir de la recherche médicale dans notre discipline doit aussi être au centre de nos préoccupations. La question de la qualité et du financement s'impose une fois de plus à nous. Les questions éthiques ne devront pas non plus être laissées de côté. Une médecine offrant une technologie de plus en plus invasive à une population de plus en plus âgée, dans un environnement économique en dégradation, doit susciter une réflexion éthique tant au niveau des professionnels dispensant les soins que de la part des bénéficiaires potentiels de ces soins.

Cette réflexion devra intégrer les conséquences profondes que ne manqueront pas d'avoir les changements du code civil suisse.

Ne nous voilons pas la face, ces enjeux sont critiques pour notre avenir et leur complexité peut rendre prudents ceux qui ont le pouvoir de proposer des réformes. Mais le fait qu'« à tout problème complexe, il existe une solution simple et fautive » (GB Shaw, 1856-1950) ne doit pas nous laisser penser que nous pouvons faire l'économie de rechercher avec conviction les meilleures solutions pour notre discipline.

Nous devons faire des choix! leurs effets seront difficiles à mesurer!





Paola Massarotto
SGI Präsidentin Pflege

40 und ein plus

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Als erste SGI-SSMI Präsidentin Pflege gelten die Glückwünsche insbesondere der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin, wie sie vor 40 Jahren entstanden ist.

Weshalb plus?

Qualität und Innovationen waren immer schon ein wichtiges Anliegen, beider Berufsgruppen – in Zukunft nun gemeinsam!

Qualität – nicht nur im medizinisch-technischen Bereich. Die professionelle Betreuung der Patientinnen, Patienten und Angehörige durch spezialisierte Pflegefachpersonen war und ist der Gesellschaft nach wie vor ein wichtiges Anliegen. So waren es bereits in frühen Jahren Mediziner, welche eine Spezialisierung der Pflege im Intensivbereich unterstützten. Innovation – Schon immer hat sich die Gesellschaft an Neuem, an Trends und internationalen Entwicklungen orientiert.

Ich möchte an dieser Stelle all jenen danken, die tatkräftig, die Entwicklungen der Intensivmedizin und der Intensivpflege damals- wie heute unterstützen.

Wie kam es zu diesem plus?

Auf den Antrag eines Mitgliedes der Interessengemeinschaft Intensivpflege, M. Wehrli, und dem Interesse des damaligen SGI-SSMI Präsidenten, H. Pargger, kam es zu einem regen Austausch zwischen den beiden Gesellschaften, zu ersten Überlegungen und einem Plus an Sitzungen. Der Prozess, eine einzige Gesellschaft Intensivmedizin aus beiden Berufsgruppen zu bilden, dauerte zwei Jahre. Der Vorstand beider Gesellschaften hat stets offen die Mitglieder informiert und versucht, diese auch in den Prozess einzubinden. An der Hauptversammlung 2011 in Interlaken haben die Mitglieder beider Berufsgruppen ihre Zustimmung für eine gemeinsame Gesellschaft gegeben.

Was bringt dieses plus?

Im Praxisalltag arbeiten Pflegendе und Mediziner seit Jahren ganz selbstverständlich Hand in Hand. Themen, wie beispielsweise Behandlungspfade, ethische Fragestellungen, werden gemeinsam diskutiert und angegangen. Die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten ist eine gemeinsame Verantwortung. Entscheidungen werden im Team gefällt und können so besser getragen werden. Dieses interprofessionelle Auftreten fördert das Vertrauen bei den Patientinnen, Patienten und Angehörigen und verbessert der Outcome. In der Gesellschaft wird nun genau diese Stärke abgebildet.

Ein Plus für die Patientinnen und Patienten auf den Intensivstationen.

Nur eine mitgliederstarke Gesellschaft wird heutzutage in der Öffentlichkeit als auch in der Politik wahrgenommen. Die Bedürfnisse der beiden Berufsgruppen sind verschieden und dieser Tatsache muss Rechnung getragen werden. Sie unterscheiden sich in ihrem Hintergrund, ihrem Werdegang, ihren Kompetenzen und Aufgaben.

Augenhöhe – war das Schlusswort der Hauptversammlung 2011. Auf gleicher Augenhöhe, also ebenbürtige Gesprächspartner sein. Dies beruht auf gegenseitigem Verständnis, Respekt und Vertrauen.

Ein plus für beide Berufsgruppen!

Die Gesellschaft ist Schrittmacherin und Vorzeigemodell für andere Gesellschaften. Eingeschränkte Ressourcen, demographische Veränderungen und unterschiedliche Vorstellungen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung werden die Entwicklungen der gesamten medizinischen Betreuung, insbesondere auch die Intensivmedizin, prägen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden und den Diskussionen mit guten Argumenten entgegen zu treten, braucht es Evidenz und eine klare Positionierung.

Ein Plus für die Zukunft!

Die Gesellschaft hat Geschichte geschrieben und schreibt sie weiter! Ein Jahr ist seit der Zusammenführung vergangen. Ein Plus an Erfahrungen, Gesprächen und Begegnungen, Kennenlernen und Austauschen hat stattgefunden. Dieser Prozess ist nicht abgeschlossen und benötigt ein Plus an Kommunikation und gegenseitiger Wertschätzung.

Dieses Plus soll nicht nur in der Gesellschaft sondern auch im Praxisalltag seinen Stellenwert haben. Ich wünsche der heutigen Gesellschaft alles Gute und stets:

Sich auf AUGENHÖHE zu begegnen – jetzt und in Zukunft!



Die Entwicklung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin 1971 – 2001 und die Entstehung des Facharztstitels für Intensivmedizin

Tonya Frank, Hans Ulrich Rothen
Universitätsklinik für Intensivmedizin, Inselspital Bern

Dieses Jahr feiert die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) ihr 40-jähriges Bestehen. In diesem Zusammenhang haben wir einige uns wichtig scheinende Elemente aus der Geschichte dieser Fachgesellschaft aufgearbeitet. Nachfolgend wird kurz dargestellt, wie es zur Gründung der SGI gekommen ist und wie sich die Gesellschaft im Verlauf der folgenden Jahre entwickelt hat. Zudem werden die speziellen Bedingungen aufgezeigt, die zur Etablierung des Facharztstitels Intensivmedizin in der Schweiz geführt haben.

Als wichtige Quelle dienten Notizen und Briefwechsel von J.-P. Gigon, einem der Gründer der Gesellschaft. Zusätzlich wurden die schriftlichen Unterlagen und Korrespondenzen der Mitbegründer der Gesellschaft, die Protokolle der Jahres- respektive Mitgliederversammlungen, sowie Mitschriften der einzelnen Komitees verwendet. Als Ergänzung konnten mit einzelnen Schlüsselpersonen Interviews geführt werden (P. Frey, Zürich; A. Frutiger, Chur; B. Horisberger, St. Gallen; A. Leutenegger, Chur; J. Pfenninger, Bern; R. Ritz, Basel; F. Roth, Bern; R. Stocker, Zürich). Hilfreiche Quellen waren zudem die Festschriften der 50 Jahr-Jubiläen der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) und der deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI), sowie eine Neuauflage einzelner Publikationen der Zeitschrift SWISS MED, die unter dem Titel „Intensivmedizin 1976-1989 – Die Jahre der Etablierung der Intensivmedizin in der Schweiz“ im Februar 2011 publiziert wurden. Für Informationen, welche die geschichtliche Entwicklung der Intensivstationen im Allgemeinen sowie die Polio-Epidemie in Skandinavien von 1952 im speziellen betreffen, wurde auf Recherchen in PubMed zurückgegriffen.

Die grossen Polioepidemien in den 1950er Jahren und die rasche Entwicklung in den operativen Fächern führten praktisch weltweit zur Gründung von Intensivstationen. Auch in der Schweiz gab es Anfang der 1970er Jahre bereits einige Intensivstationen, diese waren allerdings sehr unterschiedlich organisiert. In den meisten Fällen wurden die Patienten jedoch innerhalb eines Spitals an unterschiedlichen Orten, mit wechselnder

medizintechnischer Ausrüstung, und in der Regel durch nicht fest zugeteiltes Personal versorgt. 1971 entwickelte J.-P. Gigon die Idee, eine Arbeitsgemeinschaft interessierter Kollegen zu gründen, um die Bedingungen für die Patientenversorgung auf einer Intensivstation zu optimieren. Bereits zu diesem Zeitpunkt hat er dabei auch die Gründung einer interdisziplinären intensivmedizinischen Fachgesellschaft erwogen. Am 19.03.1971 fand das erste Treffen der sogenannten „internistischen Arbeitsgruppe für Intensivtherapie“ statt. Bereits beim vierten Treffen (15.06.1971) wurde dem interdisziplinären Gedanken durch die Einladung von chirurgischen, pädiatrischen und anästhesiologischen Kollegen zu den bisher rein internistisch besetzten Treffen Rechnung getragen. Neben den Vorbereitungen für die Gründung einer Fachgesellschaft waren 1971/1972 die Rahmenbedingungen für die Pflegeausbildung in Intensivpflege sowie die Ausstattung von Intensivstationen ein wichtiges Thema. Nach intensiven Vorbereitungen konnte am 04.02.1972 in Basel die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin gegründet werden.

In den ersten Jahren lagen die Schwerpunkte bei der Entwicklung der Voraussetzungen für einen „Fähigkeitsausweis Intensivpflege“ für die Pflegefachpersonen, sowie bei den Rahmenbedingungen für die Anerkennung von Intensivstationen. Zusätzlich wurden die jährlichen Kongresse im Sinne eines regelmässigen Informationsaustausches organisiert. Um die Vernetzung mit anderen medizinischen Spezialitäten zu pflegen und weiter zu entwickeln, wurden diese Kongresse jedes zweite Jahr zusammen mit mindestens einer anderen Fachgesellschaft durchgeführt. Auch international wurden von Beginn an Kontakte gepflegt. Bei allen Aktivitäten wurde von Anfang an Wert auf einen interdisziplinären Charakter sowie den Einbezug aller Sprachregionen gelegt. Im Verlauf der Jahre änderten sich die Schwerpunkte. Intensivstationen mussten anerkannt und später re-„zertifiziert“ werden, und sie wurden auch im Hinblick auf die Ausbildung von Intensivpflegepersonal in unterschiedliche Kategorien eingeteilt.

In den Jahren der Gründung der SGI wurde die spezifische Ausbildung von Ärzten auf Intensivstationen noch nicht thematisiert. Aber bereits Anfang der 1980er Jahre wurden erstmals von einzelnen Mitgliedern der Gesellschaft Weiterbildungskurse für Ärzte mit Interesse an Intensivmedizin und Tätigkeit auf einer Intensivstation organisiert. 1985 wurde an der Generalversammlung der SGI die Schaffung eines Untertitels in Intensivmedizin innerhalb der Gesellschaft beschlossen. Aufgrund der Interventionen sowohl seitens der FMH als auch seitens der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM), konnte dieser Untertitel aber erst am 21.06.1990, nach einer längeren Phase mit teilweise

intensiven Diskussionen, in Kraft gesetzt werden.

Durch die Strukturreform in der ärztlichen Weiterbildung 1998, die zu einer Abschaffung der Untertitel führte, wurde die Entwicklung eines Facharzttitels FMH Intensivmedizin erneut ein Thema. Bis zur Verabschiedung des entsprechenden Facharzttitels am 04.05.2001 waren diverse Interventionen und viel Vorbereitungsarbeit von Seiten der SGI notwendig. Für den Bereich der Intensivmedizin wurde Wert auf Möglichkeit des Erwerbs zweier Facharzttitel nach maximal sieben bis acht Jahren Weiterbildungszeit gelegt. Dem zukünftigen Facharzt Intensivmedizin sollte die Möglichkeit erhalten bleiben, bei Bedarf auch in einem zweiten Fachgebiet (Anästhesie, Innere Medizin, Pädiatrie, usw.) tätig zu sein. Während die Chirurgen, Pädiater und Anästhesisten das entsprechende Weiterbildungskonzept überwiegend positiv aufnahmen, wurde dieses insbesondere von Kardiologen, Nephrologen, Pneumologen und Internisten abgelehnt. Der erste Antrag auf einen Facharzttitel wurde dementsprechend im Juni 2000 zurückgewiesen, unter anderem auch mit den Nein-Stimmen des VSAO und der Grundversorger. Bereits ein Jahr später konnte allerdings der Facharzttitel dann doch verabschiedet werden.

Als die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin 1972 gegründet wurde, hatte wahrscheinlich niemand vorausgesehen, welche Entwicklung die Gesellschaft nehmen würde und dass sie weltweit eine der bisher wenigen intensivmedizinischen Gesellschaften sein würde, die einen eigenen Facharzt für die Intensivmedizin entwickeln und umsetzen konnte. In den Anfangsjahren wurden die Patienten der Intensivstation in der Regel durch Vertreter derjenigen Fachdisziplin betreut, welche den betreffenden Patienten auch auf diese Station aufgenommen hatten. Entsprechend betrachtete sich jede Fachgesellschaft für einen definierten und gegen andere abgegrenzten Bereich von klinischen Krankheitsbildern zuständig. Gleiches galt für die ärztliche Weiterbildung. Zu diesem Zeitpunkt hatten allerdings Chirurgen und Anästhesisten bereits begonnen, ein Curriculum für die Weiterbildung von Pflegefachkräften zu entwickeln.

Während in vielen Ländern die Intensivmedizin von jedem Fach für sich „beansprucht“ wird und eine Einigung zwischen einzelnen Fachrichtungen teilweise bis heute nicht möglich ist, wurde in der Schweiz von Beginn an nach Lösungen gesucht, die von allen akzeptiert werden konnten und die für alle Gütigkeit hatten. Gefördert wurde dies sicherlich dadurch, dass der Kreis der Beteiligten in der Schweiz immer überschaubar blieb. In der Regel kannte man sich durch die Arbeit, Kongresse, gemeinsame Fortbildungen oder schon vom Studium her. Insbesondere ein Einvernehmen mit den Chirurgen, Anästhesisten und Pädiatern war auf diese Art oft relativ direkt und rasch zu erreichen. Einigungsverhandlungen mit den

Vertreterinnen und Vertreter der Inneren Medizin waren dagegen oft schwieriger und langwieriger. Letztendlich konnten die Exponenten der SGI aber die meisten Beteiligten überzeugen, dass die geforderte Weiterbildung in Intensivmedizin nicht als Bestandteil eines bereits bestehenden Weiterbildungsprogramms zu berücksichtigen, sondern als eigenständiges Programm einzuführen sei. Dieses wurde denn auch 2001 erfolgreich in Kraft gesetzt.

Actes de fondation de la société

La Société suisse de médecine intensive a été fondée le 4 février 1972 à Bâle. Les pages suivantes présentent le procès verbal de l'assemblée de fondation, ainsi que les signatures des ses 28 membres fondateurs.

Gründungsurkunden der Gesellschaft

Die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin wurde am 4. Februar 1972 in Basel gegründet. Die folgenden Seiten zeigen das Protokoll der Gründungsversammlung sowie die Unterschriften der 28 Gründungsmitglieder.

Beschlussprotokoll der Gründungsversammlung der schweizerischen
Gesellschaft für Intensiv-Medizin

Ort: Bürgerspital, Basel
Datum: 4.2.1972, 16.00 Uhr

Traktanden:

1. Besprechung der Statuten
2. Gründung der Gesellschaft
3. Bestätigung der Gründungsmitglieder als ordentliche Mitglieder
4. Wahl des Vorstandes
5. Festsetzung des Jahresbeitrages und Datum/Ort der Jahresversammlung
6. Varia

Begrüssung der eingeladenen Kollegen durch PD Dr. J.P. Gigon.
Die vorgeschlagene Traktanden-Liste wird genehmigt.

1. Der von der Kommission zur Ausarbeitung der Statuten einer gemeinsamen Organisation zur Intensiv-Medizin ausgearbeitete Entwurf ist mit der Einladung versandt worden. Die einzelnen Artikel werden besprochen und durch Abstimmung genehmigt.

Artikel 1 wird ohne Abänderungsantrag genehmigt. Es wird festgehalten, dass der französische Name der Gesellschaft Société Suisse de Médecine Intensive heissen soll.



Artikel 2, Absatz 2: Es soll auf Antrag Nager die Mindestanforderung von 2 Jahren zur Aufnahme reduziert werden. Dieser Gegenantrag wird mit 16 zu 4 Stimmen abgelehnt.

Artikel 3: Auf Gegenantrag Schamaun wird der Name der Subkommission in Kommission mit 24 zu 0 Stimmen angenommen.

Artikel 5, Absatz 1: Prof. Tschirren stellt den Zusatzantrag, dass die erwähnten Spezialisten ordentliche Mitglieder ihrer Fachgesellschaft sein müssen. Dieser Zusatzantrag wird mit 20 zu 8 Stimmen abgelehnt.

Absatz 2: Der Zusatzantrag Schamaun, dass der Vorstand sich selbst konstituieren soll, wird mehrheitlich abgelehnt.

Absatz 3: Zusatzantrag Prof. Tschirren: "Er ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist". Dieser Zusatzantrag wird mit 24 zu 0 Stimmen angenommen.

Absatz 4: Antrag Roth, dass bei Stimmgleichheit im Vorstand der Präsident den Stichentscheid habe, wird mit 24 Stimmen angenommen.

Artikel 8: Gegenantrag Hossli: "Die Organe" soll durch das Wort die Mitgliederversammlung ersetzt werden, wird angenommen. Gegenantrag Gigon, den zweiten Satz wie folgt abzuändern: bei Stimmgleichheit entscheidet der Präsident durch Stichentscheid, wird mit 20 zu 3 Stimmen abgelehnt.

Artikel 9, Absatz 1: Zusatzantrag Rothlin "An einer Mitgliederversammlung" wird mit 24 zu 1 Stimmen angenommen.

Mit diesen Zusatz- respektive Gegenanträgen werden die Artikel einzeln und abschliessend die vorgelegten Statuten mit 25 zu 0 Stimmen angenommen.

2. Mit der Annahme der Statuten, erklärt Dr. Gigon die Gesellschaft als gegründet.

3. Es wird eine Liste herumgereicht, in die sich die Anwesenden Kollegen als Mitglieder eintragen können.

4. Wahl des Vorstandes. Dr. Gigon schlägt als Wahlpräsident Dr. W. Steinbrunn vor. Von der Kommission zur Ausarbeitung der Statuten einer gemeinsamen Organisation für Intensiv-Medizin wird als Vorstand zur Wahl vorgeschlagen: Präsident PD Dr. med. J.F. Gigon (Innere Medizin), Sekretär Dr. med. B. Horisberger (Chirurgie), Kassier Dr. med. P. Frei (Anästhesie), 1. Beisitzender PD Dr. med. F. Burkart (Kardiologie), 2. Beisitzer Prof. Dr. med. B. Tschirren.

Da Dr. Gigon ab 1. März 1972 in Delémont/BE tätig ist, wird aus der Mitte der Versammlung als weiterer Vertreter der Romandie Dr. J.F. Enrico (innere Medizin), Lausanne anstelle von Prof. Tschirren, Bern vorgeschlagen. Bei der Wahl werden der Präsident, der Sekretär und der Kassier mit 28 zu 0 Stimmen gewählt. Der erste Beisitzer mit 26 zu 1 Stimme und als 2. Beisitzer wird mit 21 zu 7 Stimmen Dr. Enrico gewählt.

Als Rechnungsrevisoren werden die von der Kommission vorgeschlagenen Herren Dr. R. Ritz und Dr. G. Wolff einstimmig gewählt.

5. Als Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder wird Fr. 50.--, für Ausserordentliche Fr. 30.-- mit 16 zu 8 Stimmen festgelegt. Zur Wahl des nächsten Tagungsortes und Termins wird der Vorstand als kompetent erklärt.

6. Varia: Die Mitglieder der neugegründeten Gesellschaft werden zu einem anschliessenden Imbiss im Bürgerspital eingeladen.

Protokollführer

Präsident

PD Dr. F. Burkart

PD Dr. J.F. Gigon



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Gründungsmitglieder SGI | Membres fondateurs | Membri Fondatori

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin

Basel, den 4. Februar 1972

Die Unterzeichneten haben an der heutigen Gründungsversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin teilgenommen und erklären gleichzeitig den Beitritt zur Gesellschaft als ordentliche Mitglieder:

Name, Vorname (Blockschrift)	Unterschrift	Spital / Klinik
KORALNIK, OSCAR	O. Koralnik	Hopital Cantonal Genève Département de Médecine
ENRICO Jean-François	J.F. Enrico	Clínica Médica Universitaria Departament de Clínica i Laboratori
FRIEMANU Mark	M. Friemanu	Bernspital 2000 BIEL
Oeri Hans Ulrich	H. Oeri	Chir. Universität Klinik, Tiefenau Spital Bern, Klindenhofspital, Bern
WOLFF Gunter	G. Wolff	Chir. Univ. Klinik Basel
Frey Pius	P. Frey	Spital für Kreislaufkrankheiten Kantonsspital Thurgau, Frauenfeld
PATTAY Jean	J. Pattay	Clínica Quirúrgica III (Genova) R. Adm. - Laboral 24, Genova
BERNHARDT Jean-Pierre	J.P. Bernhardt	Service de Réanimation Hôpital de Saint-Rémy
GIGON Jean-Pierre	J.P. Gigon	HOPITAL DE DÉCEMENT SERVICE DE SOINS INTENSIFS Méd. int.
Baumann Peter Carl	P.C. Baumann	Departement für Innere Medizin der Universität Zürich (Kantonsspital)

Gründungsmitglieder SGI | Membres fondateurs | Membri Fondatori

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin

Basel, den 4. Februar 1972

Die Unterzeichneten haben an der heutigen Gründungsversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin teilgenommen und erklären gleichzeitig den Beitritt zur Gesellschaft als ordentliche Mitglieder:

Name, Vorname (Blockschrift)	Unterschrift	Spital / Klinik
NAGER FRANK	F. Nager	MED. KLINIK KANTONSPITAL LUZERN
GEMPERLE MARCEL	M. Gemperle	INSTITUT D'ANESTHÉSIOLOGIE HOPITAL CANTONAL, GENEVE
DANGEL Peter H.	P. Dangel	Anästhesieabteilung und Intensiv- behandlungsklinik, Universität Klinik für Kinder, Zürich
STF HANSWERNER	H. Stf Hanswerner	Med. Reanimation Kantonsspital, Basel
Roth Friedrich	F. Roth	Spital Basel
Tschannen Armin	A. Tschannen	Spital Basel
SCHAMANN MARTIN	M. Schamann	Kantonsspital Olten
Geattiker, Ruth	R. Geattiker	Med. für Matern. u. d. Univ. Zürich Kantonsspital Zürich
ZOTHLIN, Martin	M. Zothlin	Departement für Innere Medizin, Universität Zürich
Janzon, Nori	N. Janzon	Chirurg. Univ. Klinik B Kantonsspital Zürich



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Gründungsmitglieder SGI | Membres fondateurs | Membri Fondatori

Schweizerische Gesellschaft
für Intensivmedizin

Basel, den 4. Februar 1972

Die Unterzeichneten haben an der heutigen Gründungsversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin teilgenommen und erklären gleichzeitig den Beitritt zur Gesellschaft als ordentliche Mitglieder:

Name, Vorname (Blockschrift)	Unterschrift	Spital / Klinik
JENZER HANS RUDOLF	<i>Jenz</i>	MEDIZINISCHE KLINIK KANTONSPITAL Aarau
BURKART Felix	<i>Burkart</i>	Kardiologische Abteilung Bürgerhospital Basel
RITZ Rudolf	<i>Ritz</i>	Intensivstation Bürgerhospital Basel
HOSSLI Georg	<i>G. Hossli</i>	Institut für Anästhesiologie der Universitätskliniken Kantonsspital Zürich
RADAKOVIC' DURO	<i>Radakovic</i>	Regionale ANAESTHETIE- Abteilung KS WINTERTHUR
KRAMPF KONRAD	<i>Krampf</i>	CHIRURG. KLINIK KANTONSPITAL WINTERTHUR
Steinbrunn Walter	<i>W. Steinbrunn</i>	Med. Klinik Spital Trümli 8055 Zürich
HORISBERGER BRUNO	<i>B. Horisberger</i>	Abt. für Intensivbehandlung chir. Dept. Kant. Sp. St. Gallen



Die Präsidenten der SGI Les présidents de la SSMI I Presidenti della SSMI

... und 1 Präsidentin
... et 1 présidente
... e 1 presidenta



Dr. Yvan Gasche
2010-2012

Né le 10 décembre 1962.

Maturité classique au Collège Calvin de Genève et études de médecine à la Faculté de Médecine de Genève.

Spécialiste en médecine interne et en médecine intensive en 1997.

Fellowship en Neurosciences à l'Université de Stanford, CA, USA, 1997-2000.

Chef de clinique scientifique à la Faculté de Médecine de Genève puis médecin-adjoint au chef du Service de Soins Intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève, dès 2003. Créateur de l'unité de neuro-réanimation du Service de Soins Intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève, fondée en 2012.

Secrétaire scientifique de la SSMI de 2003 à 2007, membre du comité exécutif de la SSMI à partir de 2007 et président de la SSMI de 2010 à 2012.

Parmi les projets de la SSMI en cours de réalisation on relève:

- la création des directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires. Ces directives sont le résultat d'un effort multidisciplinaire initié par notre société en association avec la Société Suisse d'Anesthésiologie et Réanimation, la Société Suisse de Cardiologie, la Société Suisse de Chirurgie, la Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique, la Société Suisse de Médecine Intensive, la Société Suisse de Médecine Interne Générale, la société Suisse de Néonatalogie, la Société Suisse de Pédiatrie et la "Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies";
- le processus de réforme de notre société rendu nécessaire par l'évolution de la médecine intensive et initié avec la fusion des sociétés médicale (SSMI) et infirmière (CISI) dont Hans Pargger est à l'origine.
- la création du groupe de recherche clinique de la SSMI dont la responsabilité sera de mener des projets multicentriques suisses répondant aux exigences scientifiques actuels.



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Paola Massarotto
2011-2014

IGIP Präsidentin | bis 2011
SGI Präsidentin Pflege | seit 2011
Pflegeexpertin, MScN,
Universitätsspital Basel, Intensivstationen

Geboren am 30. Januar 1966 in Basel, Seconda, Matur Typ D. Und jetzt? Sicher nicht Krankenschwester werden wie die eigene Schwester – aber mit Menschen arbeiten. Praktikum, um mit der Ausbildung als Physiotherapeutin zu beginnen, am Kantonsspital Basel. Dann „per Zufall“ Ausbildungsplatz als „Krankenschwester“ damals an der allgemeinen Krankenpflegeschule (AKP) in Basel, frei – und angenommen. Dann „per Zufall“ Ausbildungsplatz als „Intensivpflegefachfrau“ auf der medizinischen Intensivstation (MIPS) des Kantonsspitals Basel frei – und angenommen. Es folgten aktive Jahre in der Weiterbildung Intensivpflege und in unterschiedlichen nationalen Gremien. Am Institut für Pflegewissenschaft, der medizinischen Fakultät der Universität Basel, das Studium mit Abschluss Master of Science in Nursing im 2007 beendet. Als advanced practice nurse (APN) die Praxisentwicklung der MIPS, am Universitätsspital Basel, mitgestaltet.

Die Arbeit im Vorstand der Interessengemeinschaft Intensivpflege (IGIP-CISI) war eine intensive Zeit. Insbesondere die Übernahme des Präsidiums nach knapp einem Jahr. Aber es sollte noch intensiver werden! Der Zusammenschluss der Interessengemeinschaft Intensivpflege (IGIP) mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) am letztjährigen Kongress war das absolute Highlight... dachte ich mir. Es geht weiter... und ich bin überzeugt: das ist kein Zufall! Intensivmedizin ist Teamarbeit –und ich bin überzeugt, dass wir gemeinsam eine wegweisende Gesellschaft in der Schweiz sein werden.

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Marco Maggiorini
2012-2014

SGI Präsident-Elect 2010-2012
SGI Präsident Ärzteschaft 2012-2014
Universitätsspital Zürich, Intensivstation Innere Medizin

Junge Ärztinnen und Ärzte – eine wichtige Säule der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin

Seit ihrer Geburtsstunde hat die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) in **Junge Ärztinnen und Ärzte – eine wichtige Säule der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin**

Seit ihrer Geburtsstunde hat die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) in ihren Statuten folgendes festgehalten: „Die Gesellschaft bezweckt die Förderung, Sicherung und Überwachung der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller in der Intensivmedizin tätigen Personen, sowie die Nutzbarmachung und Auswertung von Kenntnissen und Erfahrungen“.

Von Beginn an, in meiner eigenen Zeit als Assistenzarzt war ich von der Tätigkeit auf der Intensivstation begeistert. Mein erster Mentor, Prof. Dr. Guido Domenighetti, konnte mich für die Hämodynamik begeistern, indem er mir demonstrierte, wie er einen Swan-Ganz Katheter über eine Kubitalvene am rechten Arm eines Patienten einführte. Die Dynamik dieser Kurven und ihr Ansprechen auf die Therapie haben meinen Sinn für die Physiologie und Pathophysiologie des Herzlungenkreislaufs geweckt. Physiologie und Pathophysiologie



sind die Grundlagen des Verständnisses des akut kranken Menschen und der Ansatz vieler Therapien auf der Intensivstation. PD Dr. Adrian Frutiger führte mich dann während meiner zweiten intensivmedizinischen Weiterbildungszeit in die Geheimnisse der Atmung und Beatmung des kritisch kranken Patienten ein. Während meiner dritten Weiterbildungsphase zum Intensivmediziner am UniversitätsSpital Zürich hat meine zusätzliche Weiterbildung zum Facharzt Kardiologie sowie meine gleichzeitige Forschungstätigkeit im Gebiet der Physiologie und Pathophysiologie der Höhenkrankheiten wesentlich dazu beigetragen, mein Verständnis für die Interaktionen zwischen den versagenden Organen bei komplexen intensivmedizinischen Patienten zu vertiefen.

PD Dr. Peter Karl Baumann führte mich schliesslich in die Geschäfte der Intensivmedizin ein und ermunterte mich dazu, mich für die Interessen der Intensivmedizin einzusetzen. Nach meinem Auslandsaufenthalt in Belgien, wo ich meine Kenntnisse zum Thema Lungenkreislauf vertiefen konnte, wurde ich vom Vorstand der SGI in die Prüfungskommission und in die Kommission für Weiter- und Fortbildung gewählt. Die Arbeit und die Diskussionen in den Kommissionen sowie meine persönlichen Erlebnisse überzeugten mich von der grossen Bedeutung der Weiter- und Fortbildung, die zur Sicherung der Qualität für unser Handeln beim kritisch kranken Patienten unabdingbar ist.

Als Präsident der Kommission für Weiter- und Fortbildung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin durfte ich mich intensiv mit der Revision des Weiterbildungskonzepts Intensivmedizin und mit deren Akkreditierung beim Bundesamt für Gesundheit beschäftigen. Die Kommissionsmitglieder debattierten intensiv über die notwendigen theoretischen Kenntnisse und Kompetenzen des Intensivmediziners. Die Kommission setzte sich auch mit den heutigen Bedürfnissen und Möglichkeiten der AssistenzärztInnen auseinander, sich im Umfeld der modernen Intensivmedizin weiterzubilden. Dabei kristallisierte sich die wichtige Rolle des Mentors und Tutors des Weiterzubildenden heraus. Das Interesse für das Fach ist zu wecken und eine gute Lernstimmung zu schaffen. Die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin möchte diese Entwicklung fördern, indem sie die Leiter der Weiterbildungsstätten in ihrer Arbeit anleitet und unterstützt. Diese leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherung einer attraktiven, qualitativ hochstehenden und interessanten Weiterbildung in Intensivmedizin. Dabei ist die Reduktion der Arbeitszeit der Assistenz- und OberärztInnen, die immer grösser werdende Frauenquote und die wachsende Bedeutung der Work-Life-Balance der heutigen Generation eine weitere wichtige Herausforderung für die Gestaltung der Weiterbildung in unserem Fachgebiet. In Zukunft möchte sich die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin hier mehr engagieren und die Verantwortung für die Sicherung des Nachwuchses übernehmen.

Im europäischen Umfeld hat die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin mit ihrem Weiterbildungsprogramm eine Vorreiterrolle übernommen. Zurzeit gibt es in Europa nebst der Schweiz lediglich noch zwei Länder, welche die Intensivmedizin als selbständige fachspezifische Kompetenz anerkennen und ihr einen ebenbürtigen Stellenwert zu anderen Facharzttiteln erteilen. Zu diesen Ländern zählen Spanien und seit letztem Jahr England. Spanien bietet eine strukturierte Weiterbildung aber keine Prüfung am Ende der fachspezifischen Weiterbildungszeit in Intensivmedizin an. England erarbeitete auf der Basis von CoBaTrICE - Competence Based Training in Intensiv Care Medicine in Europe - ein ausführliches Weiterbildungsprogramm und führt ab kommendem Jahr eine schriftliche sowie mündliche Abschlussprüfung auf hohem Niveau ein. Die Zusammenarbeit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin mit der Europäischen Gesellschaft für Intensivmedizin erlaubt es, dank einer gemeinsamen schriftlichen Prüfung das Niveau unserer Weiterbildung mit dem Ausland zu vergleichen. Gemessen an der Erfolgsrate der schriftlichen Prüfung sind die Schweizer Prüfungskandidaten zusammen mit denjenigen aus England, Irland und Skandinavien die Besten; die beiden letztgenannten Länder sind ebenfalls Nationen, welche über ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm in Intensivmedizin auf hohem Niveau, jedoch ohne Anerkennung der Intensivmedizin als selbständigen Facharzttitel, verfügen.

Deutlich schlechter schneiden Nationen ab, die kein strukturiertes Weiterbildungsprogramm anbieten. Es ist für die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin wichtig, diese Vorreiterrolle zu behaupten, indem die Weiterentwicklung des Weiterbildungsprogramms vorangetrieben und eine gute Lernkultur geschaffen wird.

Die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin muss ihre Anstrengung zur Sicherung des Nachwuchses verstärken, da es sich bereits heute als zunehmend schwierig erweist, Fachärzte in Intensivmedizin für offene Oberarztstellen zu finden. Aus diesem Grund möchten wir an der diesjährigen Generalversammlung die Gesellschaft für junge ÄrztInnen und Pflegefachpersonen in Weiterbildung öffnen, um deren Bedürfnissen besser Rechnung tragen zu können. Weiter möchten wir vermehrt Weiterbildungskurse, wie beispielsweise das Swiss ICU Network Symposium unterstützen, welche gezielt für junge ÄrztInnen und Pflegefachpersonen in Weiterbildung reserviert sind. Zusätzlich wird die Organisation der Weiterbildung im Netzwerk gefördert. Ziel der Weiterbildung im Netzwerk ist, von Beginn an dem Weiterzubildenden bei der Erstellung seines Curriculums zu helfen, kleine Weiterbildungsstätten besser in die Weiterbildung zum Facharzt Intensivmedizin zu integrieren und ihr Überleben zu sichern. Unsere Gesellschaft ist auf die Mitarbeit



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI

der kleinen Weiterbildungsstätten zur Sicherung der Weiterbildungsstellen angewiesen. Zudem sollen interessierte junge ÄrztInnen und Pflegefachpersonen in Weiterbildung in die Kommissionen der SGI integriert werden, um deren Bedürfnisse besser umsetzen zu können.

Zusammenfassend möchte ich herausstreichen, dass für unsere Fachgesellschaft die Sicherung des Nachwuchses äusserst wichtig ist. In diesem Sinne möchten wir unseren Beitrag hierzu leisten, indem wir ein attraktives, interessantes und breites Weiterbildungsprogramm sowie qualitativ hochstehende Weiterbildungsstellen anbieten und junge ÄrztInnen und Pflegefachpersonen in Weiterbildung in die Weiterentwicklung unseres Programms einbinden; dies letztlich mit dem Ziel, die Qualität der intensivmedizinischen Behandlung unseren Patienten hoch halten zu können.

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Jean-Pierre Gigon
1972-1973

Président fondateur de la SSMI

Né le 27.03.1933, au Noirmont, JU. 1951, maturité, Ecole Cantonale, Porrentruy. Etudes de Médecine à Bâle et Paris. 1957 dipl. de médecin. 1958-63, assistant (chirurgie, dermatologie, méd. interne). 1963 FMH méd. interne. Stages à Copenhague, Arhus, Boston, San Francisco, Paris, Erlangen. 1971 privat docent en méd. interne et méd. intensive. 1963-72, chef de clinique en médecine interne puis médecin-chef de l'unité de Soins Intensifs de la clinique chirurgicale de l'Hôpital Cantonal de Bâle. 1972-1996, chef de service, médecine interne et médecine intensive, Hôpital Régional de Delémont. 1986 Professeur extraordinaire, Faculté de Médecine de Bâle. 1979-1983 député PDC au premier parlement jurassien. 1979 initiateur de la clinique de réadaptation cardiovasculaire le Noirmont. 1972-1973 président de la SSMI. 1974-1992 président de la commission de reconnaissance des unités de soins intensifs (KAI). (Voir le texte du président fondateur en page 41).



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Dr. med.
Martin Friedemann
1973-1975

Né en 1933, originaire de Saicourt (Ju Bernois). Formation en méd. interne et cardiologie (Bienne, Berne, Paris, Vienne, Fribourg en Briesgau). Création et Direction d'un service interdisciplinaire de soins intensifs au Centre Hospitalier de Bienne (1972-1985).

Une bourse du conseil de l'Europe («Etudes des Divisions de Soins Intensifs dans l'Europe du Nord») en 1972 m'a convaincu de la nécessité de créer dans nos hôpitaux régionaux des unités interdisciplinaires adaptées aux besoins des différents services. Il s'agissait donc de persuader les médecins-chefs de ces services d'abandonner partiellement et temporairement leurs patients atteints dans leurs fonctions vitales et de les confier aux unités de soins intensifs. Pour atteindre ce but, il fallait offrir en plus de l'infrastructure technique une médecine intensive moderne et efficace et, de pair, des soins infirmiers spécialisés. Nous nous sommes attachés d'emblée à cette formation. Le premier diplôme suisse officiel en soins intensifs a été délivré au Centre Hospitalier de Bienne en 1974.



Prof. Dr. med.
Gunther Wolff
1975-1977

Geboren 1932. Verstorben 1994
Leiter der Abteilung für intensivmedizin, Department für Chirurgie der Universität.
Kantonsspital Basel (1972-1994).

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Dr. med. Pius Frey
1977-1979

Geb. am 30. April 1934 in Basel, aufgewachsen in Luzern, hier Matur Typus A 1955. Medizinstudium in Freiburg i. Br. und Zürich, Staatsexamen 1962 in Zürich. Weiterbildung am Kantonsspital Luzern (Chirurgie und Anästhesie) und am USZ (Pneumologie und Anästhesie). 1967 Oberarzt mit Zuständigkeit für Anästhesie-Belange der chirurgischen Klinik B (Traumatologie und Intensivstation für Schwerverletzte). 1970-1999 Chefarzt des Instituts für Anästhesie und Reanimation (heute Anästhesie und Intensivmedizin). Vorstand SGI ab Gründung bis 1981. Präsident 1977-1979; Präsident Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie 1974-76. Ehrenmitglied 2003 Gesellschaft Zürcher Anästhesisten, 2005 SGI, 2007 SGAR.

Als Mitglied des Gründungs-Vorstandes erfüllt es mich heute noch mit Stolz, dass sich unsere damalige Sicht durchsetzen konnte: Intensivmedizin ist ein eigenständiges Fachgebiet, das jedoch interdisziplinär betrieben werden muss.

Daher ist die künftige Gesellschaft interdisziplinär zu gestalten.

Es gibt keine Gründe für eine Entwicklung wie in Deutschland und Österreich. Intensivmedizin braucht Weiterbildung, die sich jedoch auf verschiedene Grundausbildungen aufpfropfen kann: Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin oder Pädiatrie.



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



PD Dr. med.
Peter Carl Baumann
1980–1981

Sekretär SGI | 1976–1979
Gründungsmitglied SGI
Internist und Kardiologe
Leitender Arzt der Med. Intensivstation
USZ. | 1974–2000

Herausforderungen in der Frühphase: Intensivmedizin noch keine eigenständige Disziplin; oft konnte nicht auf bekannten Fakten aufgebaut werden; die wissenschaftlichen Grundlagen mussten zunächst erarbeitet werden. Eine einheitliche Weiterbildung von Ärzten und Pflegefachleuten war erst im Aufbau.

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Rudolf Ritz
1981–1983

Geboren 1934. Studien in Basel Stadt.
Chirurgie, Gynäkologie, Entwicklungshilfe in Lambarene.
Assistenzarzt und Oberarzt, Innere Medizin, Basel. Intensivmedizin in Los Angeles (Prof. Max Harry Weil). Ab 1971, Leitung ICU/CCU, Universitäts Klinik Basel.
Nach 65 j. Ethik-Komitee der SAMW
Meine 30 Jahre Intensivmedizin (1969–99) sehe ich 3-geteilt: 10 Jahre Aufbau von Intensivmedizin und Stationen ICU/CCU; 10 Jahre Verfeinerung; 10 Jahre Sinn/Grenzen hinterfragen, meist angeregt durch Pflegepersonen. Was würde ich heute anders machen: mehr Zeit für Patienten/Angehörige erzwingen. Gesamthaft: 20 Jahre Intensivmedizin erlebte ich als Privileg.
Eine Anekdote: 40J. Patienten mit Botulismus, 3 Monate beatmet. Ehefrau ungeduldig, verlangt den „Pendler von Aesch“. 1 Tag nach dem Pendeln mit Eheringen erwacht Patient und erholt sich dann total. Kommt später in Vorlesungen. Auf die Frage: „Wer hat Sie eigentlich gerettet: der Ritz, der liebe Gott oder der Pendler?“ antwortet Hr. S.: „alle drei zusammen“. Es gibt eben doch mehr als nur Intensivmedizin...



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Werner Glinz
1983-1985

1979-1993 Leitender Arzt an der Universitäts-Klinik für Unfallchirurgie in Zürich und Leiter der Intensivstation für Schwerverletzte. Danach unfallchirurgische Tätigkeit in Zürich. 1983-1985: Präsident der SGI. Gründungspräsident, Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie, Vorstandsmitglied zahlreicher chirurgischer Fachgesellschaften. Hauptarbeitsgebiete, auch als Buchautor: Thoraxverletzungen, Intensivbehandlung von Schwerverletzten, Arthroskopie.

Die erste Sitzung des Ausschusses der Kommission für Weiter- und Fortbildung, an der ich - als Vertreter der Chirurgen - teilnahm, war beherrscht von einem Thema: Die frechen und unverschämten Intensivmediziner planten, einen Fähigkeitsausweis für Intensivmedizin zu schaffen. Der Zorn aller Sitzungsteilnehmer ergoss sich über mich, als klar wurde, dass auch ich zu diesen Bösewichten gehörte. Und doch - dieser Fähigkeitsausweis erwies sich als genialer Schachzug. Er setzte schlussendlich die FMH unter Druck, die Intensivmedizin als Spezialgebiet zu anerkennen.

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Dr. med.
Jean-Pierre Bernhardt
1985-1987

1960-1965, formation en médecine interne à Genève. 1965-1966, soins intensifs de chirurgie à Genève (Dr Jean Patthey). 1966-1968, néphrologie et dialyse à Lyon (Prof. Jules Traeger). 1968-1969, médecine intensive à Berne (Dr Fritz Roth). 1969-1999, médecin chef des soins intensifs et de la dialyse, puis médecin chef de la médecine interne, hôpital régional de Porrentruy. 1972, membre fondateur de la SSMI. 1979-1988, membre du comité de la SSMI, président en 1985-86. Depuis 1988, direction d'un programme de coopération et de développement avec l'hôpital pédiatrique d'Erevan (Arménie).

Après avoir eu le privilège de participer à la naissance de la médecine intensive lors de ma formation, il a fallu, une fois installé dans un hôpital périphérique, intégrer, au fur et à mesure de leur apparition, les nouvelles techniques de ventilation assistée, monitoring, cardioversion et microcathétérisme cardiaque, entre autres, et ce fut une chance de pouvoir m'appuyer sur un réseau amical de collègues universitaires. Ayant participé, avec Fritz Roth, à la mise sur pied d'un programme de formation pour les infirmières, la transmission des connaissances est devenu un fil rouge de ma carrière. L'unité de Porrentruy ayant été reconnue pour la certification de capacité en soins intensifs, la formation de nombreuses volées d'infirmières a constitué un précieux stimulus pour la mise à jour continue de mes connaissances. La reconnaissance, sous ma présidence, d'un FMH en Médecine Intensive, acquis après d'âpres, mais toujours collégiales, négociations, avec les sociétés « mères » a constitué en 1986 une étape mémorable pour l'avancée de notre spécialité.



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Peter M. Suter
1987-1989

1987 - 1989 Prof. Dr. med. Peter M. Suter
Chefarzt, Chirurgische Intensivmedizin, HUG, 1984-2005, Dekan, Medizinische Fakultät der Universität Genf, 1995-2003. Präsident, European Society of Intensive Care Medicine, 1982-86, World Federation of Intensive and Critical Care Medicine, 1989-93, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2004-2011. Forschungsgebiete: Lungenfunktion, Beatmung, Sepsis, Evaluation der Forschung, der medizinischen Leistungen. Seit 2009 involviert in der Planung der Hochspezialisierten Medizin Schweiz.

Die Übergabe der Präsidentschaft der SGI vor 25 Jahren, 1987, von einem Intensivmediziner in einem „kleinen“ Spital an einen Vertreter eines Unispitales, fand in Porrentruy, im umgebauten Bauernhaus von Jean-Pierre Bernhart statt, und ist mir in bester Erinnerung geblieben. Jean-Pierre, Chefarzt Innere Medizin und Leiter der Intensivstation des Spitals Porrentruy, war einer der Gründerväter der SGI. Dieses Dutzend Ärzte hatte vor 40 Jahren klar erkannt, dass mit der Schaffung unserer Gesellschaft die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung des Gebietes realisiert werden können, einschliesslich der Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen, der Definition spezifischer praktisch-klinischer Kompetenzen für die Weiter- und Fortbildung von Pflegenden und Ärzten, einem multidisziplinären Ansatz für eine optimale Betreuung des Intensivpatienten - mit dem Einbezug vieler ärztlichen Fachrichtungen und Pflegeberufe - und schliesslich einer engen Zusammenarbeit der universitären Zentren mit Intensivstationen peripherer, kleinerer

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI

Spitälern für eine schweizweite gute Intensivtherapie. Schnell etablierte sich so ein dichtes Netz von kompetenten Einheiten, die einen schnellen Zugang aller Einwohner zu der neuen Spezialversorgung und der technischen Unterstützungsmethoden von Vitalfunktionen ermöglichte.

Damit wurde in unserem Land Pionierarbeit geleistet, und diese Prinzipien, besonders auch die Rahmendefinitionen für die Weiterbildung für Ärzte und Pflegenden, fanden umgehend Nachahmung in anderen europäischen Ländern und wurden in den 80er Jahren auch von der European Society of Intensive Care Medicine praktisch unverändert übernommen.



PD Dr. med.
Adrian Frutiger
1989-1991

Geboren 25.8.1947. Medizinstudium in Bern, Facharzt Anästhesie und Intensivmedizin, Habilitation Genf

Chefarzt Intensivmedizin Kantonspital Graubünden, Präsident SGI 1990-91

An der Jahresversammlung 1991 in Davos feierten wir 20 Jahre SGI, wurden also erwachsen! Ein zaubernder Benediktinerpater schlug die Gäste derart in seinen Bann, dass John West, den wir zum Thema pulmonale Hypertonie eingeladen hatten, seine Schuhe unter dem Tisch verlor und die ganze Tischrunde auf den Knien West's Schuhe suchte.



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Sergio Fanconi
1991-1993

1979 | Doctorat à l'Université de Zürich
1982 | FMH en pédiatrie
1991 | FMH en soins intensifs
1997 | Médecin-chef en néonatalogie et soins intensifs au Kinderspital de Zürich
2000 | Chef du Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV- Lausanne

Au cours de ces années, la SSMI a su défendre la médecine intensive et en améliorer la qualité. Sur le plan pédiatrique, la formation et la recherche ont pu être développées avec nos collègues adultes.

Parmi les thèmes qui me semblent importants, je retiendrai la reconnaissance de la médecine intensive néonatale comme spécialité à part entière et la volonté de promouvoir la qualité des soins continus en espérant que la SSMI ait la sagesse de renoncer à vouloir intégrer ce domaine. J'espère également que la SSMI pourra changer la règle qui consiste à exiger qu'un futur intensiviste pédiatre effectue une année d'anesthésie adulte car il n'existe pas vraiment de places de formation en anesthésie pédiatrique (ce qui ferait du sens) et que l'utilité de l'anesthésie adulte est relative.

Il me semble qu'une année dans un centre de formation à l'étranger serait une solution plus adéquate.

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
René Chioléro
1993-1995

Ancien chef du service de médecine intensive adulte au CHUV, professeur à la faculté de médecine et biologie de Lausanne. A la SSMI, président du comité et de la commission de formation. Actif dans la recherche nutritionnelle et métabolique, l'éthique biomédicale et le don d'organes.

J'ai appartenu à la génération du sous-titre et du titre de médecine intensive : quel combat! Aujourd'hui, les priorités se sont déplacées sur : la relève, la santé et le bien-être des intensivistes face à la pénibilité de leur spécialité, la pénurie de lits, la bonne utilisation des ressources et les choix thérapeutiques, les réseaux de médecine intensive.



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



PD Dr. med.
Guido Domenighetti
1995-1997

Guido Domenighetti, classe 1945, a initié sa formation de médecin au Tessin et l'a poursuivie à Lausanne où il accomplit ses spécialisations en médecine interne, pneumologie et médecine intensive, cette dernière en qualité de chef de clinique sous la direction du Professeur Claude Perret. Après de courtes périodes d'activité à Strasbourg et Bruxelles, dès 1980 il devient chef de service des soins intensifs et médecin-chef remplaçant de médecine interne à l'hôpital régional de Locarno, jusqu'en 2010.

La mia nomina in qualità di Presidente della SSMI nel (lontano) 1995, ha rappresentato per me una grande emozione. Da una parte mi aspettava, con i colleghi del Comitato (tutti maschi), un duro lavoro (era l'epoca della difesa della Medicina intensiva vis-à-vis di altre Società professionali prevalenti, del riconoscimento o meno di reparti di cure intense storicamente importanti e delle „lotte“ sui dossier di candidati al titolo FMH di medicina intensiva); dall'altra ero cosciente del fatto che, come primo Presidente ticinese, ero portatore di un compito che, implicitamente, riconosceva anche i progressi fatti nel mio Cantone nel campo della nostra specialità. Sono stati due anni straordinari di lavoro con i colleghi del Comitato, che tuttavia soffriva cronicamente della mancanza di collaboratori di sesso femminile. Fu allora che la nostra équipe, per la prima volta, diede il benvenuto a due donne: la prima segretaria della SSMI e la prima rappresentante del Gruppo infermieristico di interesse per le cure intensive: un primo passo verso la futura e avvenuta riunificazione in un solo corpo delle due Società!

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Daniel Scheidegger
1997-1999

Geboren 3. Februar 1948.

Vorsteher Departement Anästhesie und operative Intensivmedizin, Universitätsspital, 4031 Basel. Ausbildung in Delémont, Genève, Basel und Boston zuerst zum Kardiologen und danach in Basel zum Anästhesisten und Intensivmediziner. Staatsexamen 1974, Leitender Arzt Chirurgische IS Departement Anästhesie ab 1980. 1988 Chefarzt a.i. Departement Anästhesie und ab 1989 Vorsteher Departement Anästhesie und operative Intensivmedizin. Die Zeit als Präsident der SGI war für mich sehr lehrreich. Ich wusste danach, dass ich nie wieder ein solches Amt übernehmen werde. Die Erreichung des eigenen Facharztstitels war das erklärte Ziel der jeweiligen Generalversammlungen zu jener Zeit. Im Vorstand, in einer tollen Zusammenarbeit, haben wir sehr intensiv darauf hingearbeitet und viele zusätzliche Sitzungen in Bern abgehalten. Gleichzeitig mussten wir uns in möglichst allen Gremien der FMH gut positionieren, da wir auf alle diese Stimmen am Schluss angewiesen waren. Viele dieser vom Vorstand ausgearbeiteten Grundregeln wurden dann fast abgelehnt in meiner letzten Generalversammlung. Alle Argumente waren vielleicht gut, kamen aber zu einem sehr späten Zeitpunkt und vor allem nachdem wir schon sehr viel Arbeit in diese Übung gesteckt hatten. Obwohl ich eigentlich sehr gerne in einer Demokratie lebe, wurde mir damals klar, dass ich nicht dazu geschaffen bin stundenlang im Auftrag einer Generalversammlung zu arbeiten, auf die Gefahr hin, dass diese Arbeit dann an der nächsten GV abgeschossen wird.



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Michel Berner
1999-2001

Président de 1999-2001, pédiatre, médecin-chef du service de néonatalogie et de soins intensifs pédiatriques des Hôpitaux Universitaires de Genève
Reconnaissance, après un premier refus, du titre de spécialiste en médecine intensive par la chambre médicale le 4 mai 2001, couronnant d'après négociations avec les principales Sociétés médicales sur la reconnaissance mutuelle de périodes de formations et l'attribution sans équivoque de la responsabilité médicale et administrative des unités de formation au médecin intensiviste.



Prof. Dr. med.
Reto Stocker
2001-2004

Nach meinem Staatsexamen im Herbst 1983 bin ich, fast durch Zufall, bereits nach einem Jahr anästhesiologischer Weiterbildung, im Jahre 1985, auf die Intensivstation für Unfallchirurgie am Universitätsspital Zürich gelangt. Hier entdeckte ich meine Liebe für dieses Fachgebiet. Ich habe mich deshalb am damaligen Departement Chirurgie, zu dem die chirurgischen Intensivstationen des USZ zu dieser Zeit gehörten, beworben und – von den Chirurgen argwöhnisch beobachtet – die damals erste chirurgisch-intensivmedizinische Weiterbildungsjahresstelle angetreten. 1988 nahm ich am zum ersten Mal durchgeführten – im Nachhinein auf Druck der Internisten vorübergehend wieder suspendierten – schriftlichen und mündlichen Fachexamen teil und wurde mit dem "Fähigkeitsausweis für Intensivmedizin" belohnt. 1991, nach Abschluss meiner anästhesiologischen und intensivmedizinischen Weiterbildung und Tätigkeit als Oberarzt am Institut für Anästhesiologie am USZ, wurde mir dann der Titel Spezialarzt FMH für Anästhesiologie/ Subspezialität FMH für Intensivmedizin verliehen.
Auf Wunsch des Klinikdirektors der Klinik für Unfallchirurgie am USZ, Prof. O. Trentz, übernahm ich im Oktober 1991 – eigentlich gegen den Willen der anderen Klinikdirektoren im Departement Chirurgie – die Leitung der Intensivstation Unfallchirurgie. Im April 1992 wurde ich, nach Übertragung der Leitung der Intensivstation Viszeral- und Transplantationschirurgie, per Dekret auch gleich ins Departement Chirurgie übernommen. Nachdem mir 1996 auch die Leitung der Intensivstation für Brandverletzungen übertragen



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI

wurde, ich primär eine (!) Oberarztstelle zugesprochen erhielt und habilitiert war, war ein Gebilde geboren, das schlussendlich (bevor ich das USZ nach 26 spannenden Jahren im Februar 2010 verliess), nach diversen Turbulenzen als „Abteilung Chirurgische Intensivmedizin“ mit 28 betreibbaren Betten, mir als Abteilungsleiter, einem leitenden Arzt, 4 Oberärzten und 5 klinischen Oberärzten im Organigramm des USZ erschien.

Heute widme ich mich als Leiter des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Klinik Hirslanden, Zürich, wieder einer dynamischen und spannenden Herausforderung mit viel Entwicklungspotential.

1996 wurde ich in den Vorstand der SGI gewählt und war bis 2006 als Vorstandsmitglied aktiv. Als Ärztekammerdelegierter, SGI-Vorstandsmitglied und designierter SGI-Präsident habe ich mit dem damaligen Präsidenten der SGI, Prof. Michel Berner, 2001 zuerst eine Niederlage und dann im Mai 2001 nach einer turbulenten Generalversammlung, starkem Lobbying bei verschiedenen Fachgesellschaften und dem VSAO, einen Erfolg bei der Schaffung des Facharztstitels „Intensivmedizin“ errungen, sodass ich mich nach Antritt meiner SGI-Präsidentschaft (Oktober 2001–Mai 2004) zusammen mit einem sehr engagierten Vorstand stark der Entwicklung der Gesellschaft widmen konnte. Notfallmässig mussten wir kurz vor der Generalversammlung die fristlose Kündigung unserer langjährigen SGI-Sekretärin entgegennehmen und uns ein neues Sekretariat, die IMK, suchen, welches zu einer zunehmenden Professionalisierung des SGI-Backoffice beitrug. In diese Zeit fielen dann auch die Schaffung von Ressorts, die Etablierung des minimalen Datensatzes, die Schaffung der Position des „President elect“, eine gründliche Überarbeitung der Anerkennungsrichtlinien und eine SGI-Statutenrevision.

Die Arbeit in der und für die SGI war stets spannend, dynamisch und wertschätzend und hat mir grosse Befriedigung gegeben. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sich die Gesellschaft weiter gut entwickeln wird und hilft, der Intensivmedizin das Gewicht zu verleihen, das sie wirklich verdient.

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Dr. med.
Philippe Eckert, Sion
2004–2006

Diplômé en médecine de l'Université de Lausanne en 1987, j'ai accompli une spécialisation en médecine interne et en médecine intensive au CHUV à Lausanne et à l'Hôpital de Monthey. Médecin-chef du service des soins intensifs de l'Hôpital de Sion de 1998 à 2006, puis directeur médical du Centre hospitalier du centre du Valais de 2006 à 2012, j'exerce maintenant à la Clinique La Source à Lausanne, tout en conservant un poste de médecin associé au CHUV. Je suis également porteur d'un MBA en management des institutions de santé.

Après l'obtention du titre de spécialiste, la nécessité d'unifier la médecine intensive et d'en faire émerger ses spécificités apparaît. Ceci passe notamment par une réforme du programme de formation postgraduée vers un cursus unique. Dans le même temps, avec l'évolution de la médecine, apparaissent de nouveaux domaines d'expertise : sepsis, neuro-réanimation, etc. Comment concilier différenciation de la médecine intensive et intégration de ces domaines d'intérêts ? En créant des groupes d'intérêts au sein de la SGI-SSMI, ce qui assure la défense de notre spécificité, tout en reconnaissant la multiplicité de nos champs d'intérêts et en renforçant la collaboration avec d'autres disciplines médicales. Conscient de ces enjeux, le Comité a, en 2005–2006, fortement soutenu la création de groupes d'intérêts, édictant des directives qui assurent leur soutien administratif et financier tout en leur accordant une large autonomie de fonctionnement.



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Hans Ulrich Rothen
2006–2008

Prof. Dr. med. Hans Ulrich Rothen; *1951; Facharzt Intensivmedizin seit 1991
Facharzt Anästhesie seit 1985
Leitender Arzt Universitätsklinik für Intensivmedizin und Vorsitzender
Qualitäts-Kommission. Inselspital Bern.

Präsident der SGI 2006–2008: 9600 Minuten Vorstands-Sitzungen vorbereiten und leiten;
700 Telefonate und unzählige e-Mails; 2 m Ordner und Dokumente; 1 neuer dunkler Anzug
und Aussicht auf „past-president-dinners“.

Aber auch: MDSi-Aufbau; Abbilden der Intensivmedizin in Swiss DRG; Weiterentwicklung
der Weiterbildung in Intensivmedizin (CoBaTrICE) und weitere Integration der Pflege in der
SGI (IGIP erstmals als eigenständiger Partner an den Jahrsversammlungen 2007/08).

Die Präsidenten der SGI | Les présidents de la SSMI | I Presidenti della SSMI



Prof. Dr. med.
Hans Pargger
2008–2010

Geboren am 08. Juni 1958 in Stans. Kindheit, Jugendjahre und Schulzeit bis zur Matura
in Nidwalden. Medizinstudium in Basel. Weiterbildung in Anästhesiologie, Chirurgie,
Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Notarzt und Intensivmedizin. Facharzt Anästhesiologie
1990 und Intensivmedizin 1992. Wissenschaftliche Weiterbildung Massachusetts General
Hospital und Harvard University, Boston. Leitender Arzt Operative Intensivbehandlung
Universitätsspital Basel und Habilitation Universität Basel 1999, Professor 2005, Chefarzt
2008. Kommissionstätigkeit in der SGI seit 1998. Vorstand SGI seit 2006, KAI-Präsident
2004–2008, und wieder seit 2011. Präsident SGI 2008–2010.

Das wichtigste Ereignis meiner Präsidialzeit war die Initiierung, Vorbereitung und schliesslich
Umsetzung des Zusammenschlusses der Interessengemeinschaft für Intensivpflege (IGIP)
mit der SGI. Diese neue, schweizweit einzigartige Gesellschaft von Pflegenden und
Ärztenschaft wird, wie in der Vergangenheit stets, innovativ und modern bleiben, aber nur
mit unser aller Mitarbeit. Die nächste Intensiv-Generation davon zu überzeugen und sie zu
motivieren wird eines meiner wichtigsten Ziele für die Zukunft sein.



Freie Mitteilungen Tribune libre Parere colonna



Prof. Dr. med. Jean-Pierre Gigon

Président fondateur de la SSMI

Il n'est point de bonne science sans bons instruments de mesure. Encore faut-il que les mesures effectuées soient fiables, utiles, vraiment nécessaires et qu'elles soient exploitées à bon escient.

En 1972, à l'époque de la fondation de la Société suisse de médecine intensive, les électrolytes sanguins étaient exprimés en mEq/l et non plus en mg% depuis une dizaine d'années mais les variations des compartiments intra- et extracellulaire n'étaient souvent pas perçues avec discernement : la notion de 3ème espace (third space) chez les grands opérés et les traumatisés restait souvent méconnue. Ils s'ensuivaient des insuffisances rénales parfois réversibles grâce à l'hémodialyse ou à la dialyse péritonéale.

La SaO₂ puis la paO₂ dans le sang artériel venaient s'ajouter à la mesure du CO₂ expiratoire chez les patients placés sous assistance respiratoire. La mesure des volumes et pressions délivrés par le respirateur devenaient indispensables, ainsi que la concentration en O₂ de l'air insufflé par la machine.

Le traitement des différents types d'état de choc commençait à échapper à l'emprise délétère des vasopresseurs : on passait d'une tradition de cosmétique tensionnelle à une approche plus rationnelle des troubles de la perfusion. La pression veineuse centrale, le volume sanguin, le débit cardiaque, l'équilibre acide-base faisaient leur entrée dans l'arsenal diagnostique.

La détection et le traitement des troubles du rythme cardiaque nécessitaient un



enregistrement continu de l'ECG. Il en allait de même pour les autres paramètres circulatoires et respiratoires.

Il s'agissait par ailleurs d'éviter et supprimer les écueils cachés du séduisant appareillage technologique qui nous était offert. En voici quelques exemples : embouts identiques des cathéters veineux et des sondes de nutrition gastriques, absence de signal de connexion de la tuyauterie des respirateurs de type Engström, concentration aléatoire en O₂ du mélange gazeux délivré par les respirateurs à pression contrôlée de type Bird, etc.

Mais on n'insistera assez sur le principal défi qu'eut à surmonter la toute jeune Société suisse de médecine intensive et qui résidait dans les ressources humaines, à savoir la définition de la responsabilité médicale de l'Unité SI et la dotation quantitative et qualitative en personnel soignant.

Confrontés aux mêmes problèmes patho-physiologiques, thérapeutiques et organisationnels, 23 internistes,¹⁾ responsables d'Unités de soins intensifs se réunirent à Bâle le 19.03.1971 dans le but de constituer un « Groupe de médecins internistes pour l'étude des soins intensifs – internistische Arbeitsgruppe für intensivtherapie » afin d'échanger leurs préoccupations et leur expérience. De mars à décembre 1971, 6 fructueuses rencontres eurent lieu, à l'issue desquelles surgit le projet de fonder une Société suisse de médecine intensive multidisciplinaire. Des contacts furent alors pris avec des intensivistes provenant d'autres disciplines.

Le 10.09.1971 une « Commission multidisciplinaire pour l'élaboration des statuts d'une Organisation commune de médecine intensive » prenait corps à Olten. En faisaient partie Messieurs F. Burkart (Ca)²⁾, P. Frey (A), J.-P. Gigon (M), B. Horisberger (Ch), O. Korálnik (M), B. Tschirren (A), et G. Wolff (Ch).

Cinq mois plus tard, le 04.02.1972, ces statuts étaient adoptés à l'occasion de la séance de fondation de la « Société suisse de médecine intensive » qui se déroula en présence de 28 membres dans l'auditoire n° 4 du Bürgerspital de Bâle. Le premier comité de la nouvelle société fut composé de MM. J.-P. Gigon, président, B. Horisberger, secrétaire, P. Frey, caissier, F. Burkart et B. Tschirren, assesseurs.

¹⁾Mme I. Renggli et MM. H. Albert, A. Allemann, P. Baumann, J.-P. Bernhardt, F. Burkart, F. Debrunner, J.-F. Enrico, H.P. Fehr, F. Follath, W. Frick, M. Friedemann, J.-P. Gigon (coordinateur), A. Hany, R. Keller, O. Korálnik, S. Montani, J. Pattay, R. Ritz, M. Rothlin, R. Schmid, W. Steinbrunn, M. Werder.

²⁾(A) = Anesthésiologie, (Ca) = Cardiologie, (Ch) = Chirurgie, (M) = Médecine interne.

Ce premier comité, qui a fonctionné du 04.02.1972 au 16.11.1973, s'est réuni à 12 reprises, a organisé 2 assemblées annuelles flanquées de 2 congrès (à Bienne le 24.11.1972 en collaboration avec l' « Association suisse pour la technique biomédicale » et à Lausanne le 16.11.1973), congrès dont les cheffes ouvrières furent respectivement Messieurs M. Friedemann et J.-F. Enrico.

Le premier comité a participé à la mise en place de trois importantes commissions :

- Le 02.10.1972 la « Commission pour l'élaboration de directives relatives à la reconnaissance des Services de soins intensifs en Suisse » (« Kommission zur Aufstellung von Richtlinien zur Anerkennung von Intensivpflegestationen in der Schweiz » = KARAI) composé de MM. G. Wolff, président, J.-P. Gigon, G. Hossli, J. Pattay, W. Steinbrunn et dont les travaux préliminaires permirent à l'Assemblée générale du 11.05.1974 de créer la « Commission pour la reconnaissance des Services de soins intensifs » (« Kommission zur Anerkennung von Intensivpflegestationen » = KAI) composée de MM. J.-P. Gigon, président, P. Dangel, J.-F. Enrico, M. Rothlin et G. Wolff. En 1978, le Comité de la Société avait déjà reconnu 58 Unités visitées et proposées par la KAI.
- Le 03.07.1972 la « Commission pour les problèmes de formation en médecine intensive » (« Kommission für Ausbildungsfragen in Intensivmedizin ») composée de MM. B. Horisberger, président, P. Dangel, G. Duc, J.-F. Enrico, M. Friedemann, M. Gemperle, R. Ritz, F. Roth, chargée de définir le catalogue des matières à enseigner et réunir la documentation correspondante.
- Autre réalisation d'importance : Suite aux importants travaux entrepris par F. Roth et la « Commission pour la formation des infirmières en soins intensifs et réanimation » de l'Association suisse des infirmières diplômées (ASID=SVDK), le règlement y relatif est entré en vigueur le 01.01.1973, cosigné par les représentants de l'ASID-SVDK et les délégués des Sociétés suisses d'anesthésiologie, chirurgie, médecine intensive et médecine interne. Une fois ces jalons posés, il appartenait aux prochains Comités de notre Société d'aborder la formation et la qualification des futurs médecins spécialistes en médecine intensive.



Dr. med. Tiziano Cassina

Membre de la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)

Président de la Société Suisse d'Anesthésie et Réanimation (SSAR)

Le médecin anesthésiste doit aussi être un réanimateur

Au cours des années 60, on assiste à un élargissement des compétences du médecin anesthésiste. Le rôle principal qui est d'assurer le déroulement d'une intervention chirurgicale dans des conditions de coma pharmacologique et d'analgésie ne suffit plus. La pratique de l'anesthésie évolue progressivement vers l'étude de l'homéostasie et le maintien des fonctions vitales lors des opérations. Cette nouvelle dimension donne une envergure différente au travail du médecin anesthésiste. Par exemple, la chirurgie à cœur ouvert effectue ses premiers pas grâce à l'utilisation de la circulation extra-corporelle et de l'hypothermie organo-protectrice. Le travail multidisciplinaire lié au développement de cette technologie incitera les anesthésistes suisses à s'élancer vers la compréhension de la physiopathologie et pharmacologie cardio-vasculaire. Ces concepts seront à la base de la réanimation hémodynamique moderne.

En parallèle, l'activité clinique s'étend de la salle d'opération aux salles d'urgence et de déchoquage. Il s'agit de gérer les patients dont l'équilibre vital est menacé par des insuffisances circulatoires, respiratoires, traumatiques et/ou toxiques. C'est à cette époque, que la Société Suisse d'Anesthésie (SSA), fondée en 1952, change de dénomination. En 1967 ses membres décident d'ajouter la lettre «R» de réanimation à l'acronyme SSA pour devenir l'actuelle SSAR. À travers cette décision, la société veut reconnaître le nouveau rôle exercé par le médecin anesthésiste.

Dans les hôpitaux, nous assistons à la naissance de procédures thérapeutiques dites intensives où les anesthésistes sont impliqués comme responsables des patients ou comme consultants dans des groupes interdisciplinaires. Les points capitaux de la thérapie

intensive concernent la gestion des voies aériennes, la surveillance de la sédation, la ventilation mécanique et le soutien hémodynamique. L'anesthésiste qui pratique son activité clinique en salle d'opération où il exerce ces gestes régulièrement, se présente comme la figure médicale la plus appropriée pour affronter cette nouvelle approche thérapeutique. L'épidémie de poliomyélite qui toucha le Danemark au début des années 50 en fut un exemple notoire. À l'époque, on put faire face au manque de moyens (poumons d'acier) grâce aux suggestions des anesthésistes qui proposèrent des trachéotomies pour ventiler manuellement les patients atteints d'insuffisance respiratoire. Cette expérience démontrera que les patients ventilés en pression positive eurent un pronostic vital meilleur que ceux qui avaient bénéficié du poumon d'acier.

Cet épisode nous propulse vers le début de la médecine intensive telle que nous la connaissons aujourd'hui. La gestion des patients devient plus complexe, car au-delà de la ventilation il faut aussi stabiliser l'hémodynamique des patients atteints d'infarctus du myocarde, traiter les états septiques, réduire les conséquences des agressions cérébrales secondaires, assurer les suites post-opératoires des polytraumatisés et des cas chirurgicaux compliqués. La charge de travail et le temps dédié à cette nouvelle catégorie de malades augmentent progressivement. D'autre part les prestations fournies en salle d'opération par l'anesthésiste sont de plus en plus nombreuses et exigeantes. Les patients opérés sont souvent polymorbides, la chirurgie plus invasive et la barre de l'âge se déplace vers les extrêmes. Au bloc opératoire, il devient crucial de sauvegarder l'équilibre vital et le succès d'une opération dépend de la capacité de réagir promptement aux agressions induites par l'intervention. Cette habilité nécessite la stricte surveillance des paramètres vitaux aux moyens d'un monitoring de plus en plus pointu et l'application de stratégies anesthésiologiques appropriées. La salle d'opération se transforme dans les cas les plus complexes en salle de réanimation. Le patient qui décède sur la table d'opération se fait de plus en plus rare. La mortalité se déplace de la période opératoire vers la phase post-opératoire.

Les anesthésistes se rendent compte que leur travail ne s'arrête plus à la porte du bloc opératoire et doivent faire face à ce nouveau défi. Cela implique de collaborer avec d'autres spécialistes et de participer à l'élaboration d'une nouvelle vision médicale. En 1972, les médecins anesthésistes impliqués dans la réanimation, participent avec les collègues internistes, chirurgiens et pédiatres, à la fondation de la Société Suisse de Médecine Intensive. La constitution d'une telle société mise sur une prise en charge adéquate des



patients en état critique, nécessitant une thérapie continue et une surveillance rapprochée. Grâce aux compétences transmises par chaque spécialité, on assiste à la création d'une nouvelle figure soignante dédiée à cette typologie de patients. Le rôle des anesthésistes consiste à exporter leurs connaissances et leurs technologies du bloc opératoire aux unités de soins intensifs. Dès lors, des informations concernant la sédation, la myorelaxation, la ventilation ou encore les monitorages invasifs circulent d'une façon bidirectionnelle. La formation de base n'est plus suffisante et les médecins désireux d'approcher et de mieux connaître les aspects de la réanimation sont obligés de prolonger leur formation. Une période de deux ans en milieu intensif est obligatoire pour acquérir les compétences indispensables à la pratique de la médecine intensive.

Cet apprentissage est au départ confié aux unités de soins intensifs rattachées aux départements respectifs de médecine, chirurgie et pédiatrie. L'expérience acquise sera par la suite partagée et permettra de mieux gérer la multidisciplinarité de cette spécialité médicale. Le statut de la médecine intensive a évolué. Nous sommes passés d'une compétence «d'intensiviste par spécialité» à une formation globale qui détermine aujourd'hui un titre à part entière.

Je me suis permis de faire ce résumé afin que les jeunes collègues en formation puissent mieux comprendre le rôle pionnier joué par les anesthésistes dans la constitution et le développement de la médecine intensive. À ce propos, je souhaiterais encourager la nouvelle génération d'anesthésistes à ne pas oublier le «R» de réanimation jadis ajouté par nos confrères aînés. Nous devons poursuivre avec cet élan et nous intéresser de près à cet important aspect de notre profession. Pour cette raison le programme de spécialisation en anesthésie prévoit un stage d'au moins six mois en médecine intensive.

En conclusion, je fais appel à la sagesse des formateurs pour favoriser l'échange entre nos deux spécialités médicales qui ont et auront encore beaucoup de points communs à partager.

Je remercie la Société Suisse de Médecine Intensive et en particulier le Professeur. Lucas Liaudet qui m'a offert l'opportunité de rédiger ce texte pour le 40ème anniversaire de la Société.



Jukka Takala, MD, PhD

Professor of Intensive Care Medicine

Director, Department of Intensive Care Medicine

University Hospital Bern (Inselspital) and University of Bern

Intensive care medicine: A brief overview on history and present and future challenges

Intensive care medicine is a young specialty – so young that some consider it not yet born or its conception or birth as impossible, or at least not welcome. Other specialties have mixed feelings – some volunteer for parenthood (e.g. anesthesiology) or for becoming foster parents (e.g. internal medicine, surgery), or at least in taking intensive care medicine in custody. The desire to “own” intensive care has resulted in its widely variable positioning: an independent specialty, one open to multiple base specialties, a subspecialty, integration within a specialty, and most recently, as a special competence, based on a common skill-mix acquired by a competence-based training program open to multiple specialties. The history of intensive care medicine is evolutionary rather than revolutionary – one of process and organization. Intensive care medicine can be broadly defined as prevention, reduction, and removal of temporary risk of death. To achieve this, human, material, and technological resources are invested in a concentrated fashion to monitor and support vital organ functions.



The concept of cohorting the sickest patients evolved from catastrophes. The best-known example of this was the work done by the British nurse Florence Nightingale during the Crimean War in the 1850's. In parallel, the developments in surgery led to the first postoperative wards for treatment and monitoring of the sickest patients, the earliest reported in Newcastle Infirmary, England, in 1801. The introduction of general anesthesia enhanced the evolution of postanesthetic recovery rooms in the late 19th century.

In the early 20th century new relevant techniques were introduced: orotracheal intubation by Franz Kuhn (in 1902-1911), use of a subatmospheric surgical chamber around the patient's torso but not the head to create positive airway pressure for thoracic surgery by Ferdinand Sauerbruch in 1904, the iron lung by Philip Drinker and Louis Shaw in 1929, right heart catheterization by the future Nobel laureate Werner Forssmann in 1929, and measurement of cardiac output using the Fick principle by Otto Klein, published in 1930. The polio epidemics in the 1940's and 1950's were crucial events for the development of modern intensive care medicine. Albert Bower and Ray Bennett reported benefits of ventilatory support in California polio epidemics. They first applied tank ventilators, and later combined them with positive pressure ventilation. The devastating polio epidemics that hit Denmark in August 1952 was a major stimulus for intensive care. Björn Ibsen, a Danish anesthesiologist, realized that the polio patients were dying in hypercapnia due to ventilatory failure and not in irreversible brain damage due to polio per se, as the main stream thinking assumed. Wide use of positive pressure ventilation led to dramatic reduction of mortality. Ibsen used clinical observations based on sound physiology, applied existing methodology innovatively, and developed a treatment strategy. Ibsen then acquired the resources for the large number of patients, created a multidisciplinary team and established the necessary logistics. Finally, he critically assessed the outcomes and published the results.

Modern intensive care units were born within the following decade, when Ibsen's concepts were applied in wider patient populations in Europe, North America, and Australasia. The first two decades had a strong focus on mechanical ventilation. In 1967, David Ashbaugh and Thomas Petty published "Acute Respiratory Distress in Adults" (ARDS) in *The Lancet*, and described the use of positive end-expiratory pressure (PEEP) to correct severe hypoxemia (1). In the end of the 1960s, Jeremy Swan and William Ganz introduced the Swan-Ganz pulmonary artery catheter (2), which helped to understand the pathophysiology of cardiovascular and respiratory failure. The paper on "best" PEEP in ARDS, published in the *New England Journal of Medicine* in 1975 with Peter Suter as the first author represented a fundamental change in thinking: a shift from single organ failure (pulmonary gas exchange) to providing oxygen for the whole body (systemic oxygen delivery) (3).

The 1970s and the 1980s focused on circulation and cardiovascular function. Max Harry Weil, a cardiologist-internist and William Shoemaker, a surgeon, had independently established many basic pathophysiologic features of various shock types already in the 1960s (4-6).

Both emphasized the need to continuously monitor patients with unstable circulation, and to intervene proactively, when possible. In the 1970s and 1980s invasive hemodynamic monitoring was used enthusiastically, and undeniably excessively – part of the use was revenue-driven. In the 1990s, the opposite happened in the wake of increasing interest in evidence based medicine: intensivists called for a moratorium on use of invasive hemodynamic monitoring. Less invasive monitoring technologies have successfully been developed – nevertheless, a more critical use of invasive hemodynamic monitoring clearly has its place in intensive care. Ironically, the pioneers of invasive hemodynamic monitoring, Weil and Shoemaker, were both early and active proponents of complementary less invasive monitoring technologies.

In Europe, a new generation of intensivists made major contributions to the development of intensive care medicine world-wide. Already in the 1960s, Maurice Rapin in France realized the relevance of nosocomial ICU infections. Perhaps his greatest impact resulted from training internationally renowned and influential intensivist-scientists (e.g. Francois Lemaire, Christian Brun-Buisson, Laurent Brochard). The European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) was founded in 1982 by enthusiasts of the new generation. Among them were Peter Suter, Jean-Louis Vincent (trained in Max Harry Weil's institution), and Luciano Gattinoni, a pioneer in application of extra corporeal lung support and computed tomography in acute respiratory failure.

The 1980s focused on outcome assessment and organization as well. The still viable Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) was introduced by David Cullen and Joseph Civetta in 1974. William Knaus focused on the prognostic relevance of underlying chronic illnesses and the severity of early physiologic abnormalities, and introduced the first APACHE scoring system in 1981. Jean-Roger LeGall developed the SAPS system in Europe. These and other similar systems are now in their third to fourth phase of development. Scoring systems revealed several fold differences between ICUs in severity-adjusted survival rates and resource utilization. Safety and efficiency have become drivers of change and led to quality and process improvement. Currently, treatment guidelines and standard



operating procedures based on consensus opinions of experts is very trendy, although very little solid evidence is available in most areas of intensive care, and expert opinions can also be grossly misleading.

Present and future challenges

Training current and future intensivists is a major challenge. The need for a multidisciplinary approach and broad skill-mix was recognized early but the implementation has remained highly variable and failed to provide uniform skill-mix and competencies. Quite recently, competence-based training in intensive care medicine has been supported by the European Union. Intensive care medicine as a specialty of its own right has so far been established in Europe only in Spain, Switzerland, and most recently, in the United Kingdom. The need of intensivists increases for several reasons. The aging population and the public expectations increases the demand of intensive care services – this trend is somewhat counterbalanced by attempts to reduce overall costs of health care; nevertheless, more intensive care specialists will be needed within the next decade. Introduction and enforcement of current labor laws and working hours regulations has acutely increased the need of intensivists; three-shift work has become practically the only feasible solution to guarantee trained physician presence in the ICU. At the same time, the increased shift work has made intensive care less attractive especially for practitioners with family. The reduced attractiveness is further accentuated by the changing life-style and work/life balance expectations in general. Solutions to integrate part-time employees at all levels in the ICU team are urgently needed.

The challenges in recruitment of medical trainees to intensive care are fairly recent, whereas recruitment of skilled nursing staff seems to have become more or less permanent. The hectic intensive care environment per se seems to cause a high staff turn-over, and the need and expectations to work as a team increases susceptibility to conflict; accordingly, intensive care is clearly a leadership challenge as well.

One of the major present and future challenges is the conflict between restricted resources and increased demand of care. Since continuous increase in health care resources is not sustainable, increased efficiency is necessary – even if more resources are made available. Process improvement and improved efficiency has been the major key of economic growth

in general – this will be necessary in health care in general and also specifically in intensive care.

The first core issue is patient selection. Since the core function of intensive care is to prevent, reduce, and remove temporary risk of death, patients without a temporary risk of death (or likely to acutely develop one) should not be treated in an ICU. Similarly, patients without a reasonable chance of acceptable outcome should not be treated in the ICU. Patients with a clear indication for intensive care should be admitted without delay and discharged as soon as they no more need intensive care. Elimination of unnecessary ICU stays has a major potential impact on the resource need. All this sounds self-evident, but putting it into practice remains a major challenge. Problems in patient selection are common in off-hours – providing the necessary expertise in the ICU, 24 hrs a day, 7 days a week should therefore have a high priority.

Large differences in treatment intensity and monitoring possibilities between the ICU and other areas of the hospital represent a major challenge that may unnecessarily increase the demand for ICU resources. Intermediate care units or step down/step up units have been introduced as a solution. These units can be helpful, providing that their processes and decision making can be coordinated with those of the ICU – integrating the intermediate care units with the ICU facilitates this. In addition to intermediate care units, providing vital function evaluation and support outside of the ICU around the clock may help to avoid delays in ICU or intermediate care admissions, and also reduce the need for ICU or intermediate care. Medical emergency teams and outreach programs have been introduced as a solution – their implementation and further development will remain an important challenge.

The second core issue is process improvement within the ICU. Due to the highly dynamic clinical course typical for ICU patients, professional decision making 24 hrs a day, 7 days a week can have a major impact on the length of stay and outcome of individual patients as well as on the whole patient flow through the ICU. Critical evaluation of patient processes within the ICU as well as their implication on the resource use is complex and requires continuous monitoring and preparedness to intervene.

Third core issue is day-to-day resource availability. Planned ICU admissions, e.g. after elective surgery, have relatively well predictable length of stay. In contrast, the need for emergency admissions has a large day-to-day variability and highly variable and unpredictable length



of ICU stay. Resource constraints make it unreasonable to always have resources available for the peak demand of ICU beds. Therefore, an established strategy for responding to the inevitable fluctuation in the need for ICU services, largely caused by emergencies, must be available.

Finally, outcome for patients with similar severity of illness vary 2-3 fold between individual ICUs, and the resources needed for producing those outcome vary even much more, up to at least 6-fold. The reasons for these very large differences are not understood. Finding the explanations and mechanisms for these differences is the major challenge – understanding and introducing such “best” practice would have a much larger impact than can be expected from any therapeutic intervention.

References

Ashbaugh DG, Bigelow DB, Petty TL, and Levine BE: Acute respiratory distress in adults. The Lancet 1967; 2: 319-23

Swan HJ, Ganz W, Forrester J, Marcus H, Diamond G and Chonette D: Catheterization of the heart in man with use of a flow directed balloon tipped catheter. N Engl J Med 1970; 283: 447-51

Suter PM, Fairley HB, and Isenberg MD: Optimum end-expiratory airway pressure in patients with acute pulmonary failure. N Engl J Med 1975; 292: 284-9

Brown RS, Carey JS, Mohr PA, Monson DO, Shoemaker WC: Comparative evaluation of sympathomimetic amines in clinical shock. Circ Shock 1966; 20: 281-90

Weil MH, Bradley EC: Circulatory effects of vasoactive drugs in current use for treatment of shock: A reclassification based on experimental and clinical study of their selective arterial and venous effects. Bull NY Acad Med 1966; 42: 1023-36

Shoemaker WC, Carey JS, Mohr PA, Brown RS, Monson DO, Yao ST, Kho LK and Stevenson A: Hemodynamic measurements in various types of clinical shock. Analysis of cardiac output and derived calculations in 100 surgical patients. Arch Surg 1966; 93: 189-95



Claude Perret

Professeur honoraire

Ancien chef de service des soins intensifs de médecine, CHUV, Lausanne

Les debuts de la medecine intensive a Lausanne

Les premiers pas.

La Poliomyélite

Été 1952. Une épidémie de poliomyélite s'étend sur Copenhague. En quelques semaines, les hôpitaux sont débordés et les moyens techniques pour traiter les paralysies respiratoires s'avèrent insuffisants et mal adaptés. On réalise assez vite que la ventilation mécanique externe (poumon d'acier, cuirasse) ne convient plus lorsque la paralysie de la musculature respiratoire se complique de troubles de la déglutition et d'un encombrement bronchique. C'est alors qu'en grande hâte médecins et ingénieurs développent de nouveaux respirateurs qui procèdent par insufflation d'air à travers une canule de trachéotomie ; l'accès direct aux voies aériennes permet l'aspiration des sécrétions bronchiques. Cette technique de ventilation interne se révéla très efficace. Un grand nombre de malades purent ainsi franchir le cap de la paralysie et retrouvèrent une autonomie respiratoire.



Le succès de cette nouvelle approche se confirma en Suède lorsqu'en été de l'année suivante survint un nouvel épisode.

À Lausanne, où l'on craignait l'installation d'une épidémie semblable à celles qu'avaient vécu les pays scandinaves, la décision fut prise d'envoyer à Copenhague une équipe de médecins pour prendre en compte l'expérience acquise et l'appliquer dès que possible. L'année suivante s'ouvrait à la clinique médicale universitaire une unité de 5 lits comprenant des médecins, des infirmières et des physiothérapeutes spécialement formés aux soins des malades sous ventilation mécanique. Le matériel était limité : 3 poumons d'acier, quelques cuirasses, et, tout récemment livrés, 2 appareils d'Engström, un respirateur volumétrique de dernière génération permettant de régler la fréquence respiratoire, la FIO₂, les pressions d'insufflation et le débit délivré. On disposait en outre pour la surveillance des gaz du sang d'un hémoréflexeur de Brinkman pour la mesure de la SaO₂ et d'un appareil d'Astrup pour celle du pHa, la PaCO₂ était calculée à partir du CO₂ total (van Slyke). Enfin, il était prévu un équipement radiographique mobile dernier cri permettant d'effectuer des clichés thoraciques au lit du malade ! Tout semblait donc prêt.

Ainsi fut ouvert le premier « centre respiratoire » de Suisse Romande. Pendant plus de 10 ans, cette petite unité fut en mesure d'accueillir tous les enfants et les adultes atteints des formes respiratoires de polio. Les patients pour la plupart étaient des hommes jeunes admis pendant les mois d'été pour des paralysies périphériques qui évoluaient en quelques heures ou quelques jours vers une forme respiratoire. Les médecins du Centre avaient une solide formation d'interniste. Leur nombre variait en fonction des besoins mais ne dépassait que rarement 5 ; ils se partageaient la garde et à tour de rôle assumaient les charges cliniques de l'unité. Ils faisaient souvent appel à un médecin-adjoint compétent et disponible à toute heure. Ils collaboraient étroitement avec leurs collègues d'ORL et d'anesthésie qui venaient sur place pratiquer les trachéotomies.

Peu à peu l'épidémie perdit de son ampleur et la polio disparut de nos régions après l'introduction des vaccins Salk et Sabin en 1964 et 1965.

L'expérience acquise dans l'utilisation de la ventilation mécanique fut appliquée avec succès dans d'autres formes de défaillance respiratoire comme celles compliquant le syndrome de Guillain-Barré, la myasthénie ou le coma barbiturique profond.

Mais le bénéfice le plus remarquable s'observa dans les formes graves de tétanos.

Auparavant, le traitement visait essentiellement à corriger les contractures musculaires par des barbituriques et prévenir par une trachéotomie les risques d'asphyxie aiguë sur spasme pharyngo-laryngé. Les barbituriques furent à leur tour remplacés par des myorelaxants type benzodiazépine. On en vint finalement aux curarisants qui imposèrent la mise en œuvre d'une ventilation artificielle avec l'installation d'un cortège d'effets secondaires liés à la perte de la régulation de diverses fonctions physiologiques. Dès lors, la prise en charge d'un malade tétanique se compliquait singulièrement : elle impliquait d'assurer, pendant des jours, voire des semaines, le contrôle du milieu intérieur. Il fallait maintenir l'homéostasie en corrigeant les troubles métaboliques induits par le traitement et prévenir les complications emboliques, infectieuses, digestives, circulatoires. Cette nouvelle approche thérapeutique fut difficile à réaliser, mais, avec l'expérience acquise, elle se manifesta par une réduction de la mortalité qui, en quelques années, passa de plus de 90 % à moins de 20%.

Les nouveaux chemins

1975. Vingt ans ont passé. Le centre respiratoire devenu trop petit a été remplacé par une unité nouvelle de 10 lits. On y traite essentiellement des cas de pathologie pulmonaire.

Décompensation aiguë des malades pulmonaires chroniques.

Il s'agit le plus souvent de malades avec BPCO qui développent à la faveur d'un épisode infectieux une hypoxémie et une hypercapnie sévères posant l'indication d'une ventilation mécanique. Jusque là, la trachéotomie était considérée comme le préalable nécessaire à la mise en œuvre de la ventilation mécanique car elle seule permettait, en donnant un accès direct aux voies respiratoires, de corriger à la fois l'engorgement bronchique et l'hypoventilation alvéolaire. On constata avec le temps que, chez ces malades chroniquement infectés, la trachéotomie se compliquait souvent de trachéomalacie et/ou de sténoses trachéales invalidantes. Aussi, en 1969, on décida de renoncer à la trachéotomie et de garder l'accès aux voies aériennes par un tube endotrachéal classique utilisé par les anesthésistes. On constata que ce matériel pouvait être laissé en place pendant une durée de 48 h sans entraîner de lésions si l'on suivait une procédure rigoureuse de soins pour éviter les moindres traumatismes locaux. On disposait ainsi d'un temps certes limité mais suffisant pour corriger l'hypoventilation alvéolaire et lever l'obstruction bronchique en associant l'humidification de l'air inspiré, les fluidifiants, les antibiotiques, et les aspirations régulières des sécrétions. Passé ce délai, le tube était retiré et une ventilation mécanique externe était mise en place. Cette stratégie exigeait une participation très active des infirmières et des physiothérapeutes mais les résultats furent probants : durée du



traitement fortement réduite, lésions locales beaucoup plus rares et la mortalité diminuée. La méthode fut largement simplifiée avec la mise sur le marché quelque temps plus tard de tubes souples mieux tolérés.

Dès les années 60, on savait que l'asthme aigu sévère (Acute severe asthma) peut conduire à une insuffisance respiratoire fatale. L'alerte provient de Nouvelle-Zélande et des Etats-Unis où l'on signale à la fin des années 70 une prévalence accrue des formes résistantes au traitement conventionnel. Certaines évoluent vers une asphyxie irréversible.

L'installation peut se faire progressivement ou être si brutale que la malade meurt avant d'être hospitalisé. La ventilation non invasive n'est généralement pas applicable car elle requiert une collaboration du malade. La ventilation invasive comprend de son côté beaucoup de risques en raison de la fréquence élevée de barotraumatismes et de complications cardio-circulatoires rapportées dans les nombreuses études publiées. Nos propres résultats n'étant guère satisfaisants, nous avons choisi dès 1977 de renoncer à la ventilation mécanique conventionnelle. La question se posait en ces termes : pouvait-on se contenter de corriger l'hypoxémie sans se préoccuper de l'hypercapnie ? N'était-il pas possible de maintenir en hypercapnie sévère un asthmatique le temps que le traitement médicamenteux fasse ses effets et que l'obstruction bronchique soit levée ?

Cette technique, que l'on publia en 1980 sous les termes de « hypoventilation alvéolaire contrôlée », donna des résultats qui dépassèrent notre attente : tous les malades avaient survécu ! D'autres équipes rapportèrent des résultats équivalents. L'hypercapnie permissive fut admise comme le traitement de choix.

L'intérêt de cette méthode s'expliqua plus tard grâce à la publication de travaux fondamentaux sur la physiopathologie de l'asthme grave : l'augmentation des résistances bronchiques conduit à une hyperinflation extrême du poumon, due au ralentissement expiratoire et à la perte du rappel élastique. Cette hyperinflation augmente encore avec l'insufflation forcée d'un volume courant même de faible amplitude. Le défaut partiel de vidange expiratoire aggrave la distension pulmonaire jusqu'à la rupture alvéolaire (barotraumatismes) et augmente la pression intrathoracique conduisant à des complications cardiocirculatoires par entrave au retour veineux. La notion de « baby lung » fut avancée pour illustrer le fait que, dans l'asthme grave, une fraction du poumon seulement est ventilable, en raison de l'obstruction complète d'une partie des bronches par du mucus impacté et de la fermeture régionale précoce des voies aériennes pendant l'expiration.

Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (ARDS) décrit en 1967 aux USA pose encore de sérieux problèmes de traitement. Sur le plan fonctionnel, il se caractérise par une réduction notable de la compliance pulmonaire et une hypoxémie sévère dite réfractaire car elle ne se corrige pas avec l'administration d'oxygène. L'origine du syndrome est très souvent pulmonaire (infectieuse, toxique, traumatique) mais il peut se présenter aussi comme la complication d'un état de choc prolongé, d'une pancréatite aiguë ou de transfusions massives.

La mise en place de ventilation mécanique conventionnelle rencontre chez ces malades de grandes difficultés en raison de la nécessité d'utiliser des FIO₂ très élevées et de recourir à de larges volumes courants avec risques de barotraumatisme. On découvre au début des années 70 que l'hypoxémie se corrige avec l'application d'une pression positive de fin d'expiration (PEEP), qui agit par une augmentation de la FRC et le recrutement d'alvéoles collabées. Mais on mentionne déjà que l'introduction d'une PEEP est parfois mal tolérée sur le plan hémodynamique en raison de l'élévation de la pression intrathoracique. De là en 1975 le concept d'une « optimum PEEP » pour désigner celle qui fournissait le meilleur transport d'O₂ (Q x CaO₂). Ce nouveau concept connut un succès fulgurant et fut à l'origine d'une série d'études destinées à déterminer les conditions les plus favorables d'oxygénation avec le minimum d'effets secondaires.

Aujourd'hui, 40 ans après la description princeps, le problème est toujours d'actualité. Des corrélations ont été établies entre les altérations mécaniques du poumon, sa dimension fonctionnelle, les troubles de la distribution et les perturbations des échanges gazeux. Le concept de « baby lung » développé au milieu des années 80 à partir d'études tomographiques computerisées (CT) représente un modèle d'un grand intérêt physiopathologique et thérapeutique. De nouvelles techniques ventilatoires sont actuellement en cours d'évaluation. C'est un sujet de recherche pour de très nombreux groupes. L'ARDS mobilise l'intérêt général, les laboratoires de recherche se rapprochent du lit du malade.

Le « Centre Respiratoire » a été la première étape d'une aventure. Elle s'est poursuivie dans les années suivantes par l'ouverture parallèle d'une unité coronaire puis d'une unité rénale pour devenir finalement dans les années 70 un service de Soins Intensifs. Si l'on regarde dans le rétroviseur, on pourrait en première analyse être satisfait des progrès réalisés et notamment dans le traitement des malades en insuffisance respiratoire aiguë. En y regardant de plus près, on mesure la dimension des problèmes restants. C'est peut être cela qui rend la médecine intensive si motivante.



Bernhard Frey

Abteilung für Intensivmedizin und Neonatologie, Kinderspital Zürich;
Für die IGPNI (Interessengemeinschaft für pädiatrische/neonatale Intensivmedizin)

Neonatologische und pädiatrische Intensivmedizin in der Schweiz:
Modell für interdisziplinäre Intensivmedizin

Anfänge

Wichtige Wegbereiter der pädiatrischen Intensivmedizin in der Schweiz sind Peter Dangel (Zürich), Jürg Pfenninger (Bern), Michel Berner (Genf) und Sergio Fanconi (ehemals Zürich). Die erste, noch sehr improvisierte Intensivstation am Kinderspital Zürich wurde 1964 eingerichtet und von Peter Dangel geleitet. Peter Dangel war auch Gründungsmitglied der im Jahr 1972 gegründeten SGI. Die neonatologische und pädiatrische Intensivmedizin war von Anfang an in die SGI integriert. Auch Jürg Pfenninger, Michel Berner und Sergio Fanconi waren aktiv im Vorstand der SGI tätig, Michel Berner und Sergio Fanconi als Präsidenten. Peter Dangel engagierte sich früh für die IS-Weiterbildung von Pflegenden. Jürg Pfenninger spielte eine wichtige Rolle bei der Etablierung der jungen Disziplin in der Schweiz, indem er mehrere Mitarbeiter weiterbildete, die nun leitende Positionen an verschiedenen Kinderintensivstationen innehaben. Jürg Pfenninger erkannte auch die Wichtigkeit der internationalen Vernetzung der kleinen pädiatrischen Gruppe in der Schweiz und war an der Gründung der ESPNIC beteiligt (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care,

gehört zur ESICM). Die frühe Integration der pädiatrischen Intensivmedizin in die SGI war wichtig für die Etablierung und Entwicklung dieser Disziplin: zwar sind die Krankheitsbilder altersabhängig; der grundsätzliche Approach zum schwerkranken Patienten sowie Prozesse, Organisationsformen, Qualitätsmassnahmen etc. sind altersunabhängig und werden durch die SGI vertreten. Die pädiatrische Intensivmedizin profitiert auch politisch von der Zugehörigkeit zur SGI. Es ist im internationalen Vergleich bemerkenswert und innovativ, dass es in der Schweiz einen Facharzt-Titel für Intensivmedizin gibt; darüber hinaus gibt es nur einen Titel (für pädiatrische und Adult-Intensivisten). Dies ist eine Herausforderung für die Facharzt-Prüfung. Drei Pädiater setzen sich in der Prüfungskommission für die pädiatrischen Aspekte ein. Trotzdem bleibt die schriftliche Prüfung für Pädiater sehr schwierig, auf jeden Fall unverhältnismässig schwieriger als für die Kollegen der Erwachsenen-Medizin.

Interdisziplinarität

Die neonatologische und pädiatrische Intensivmedizin war in der Schweiz von Anfang an interdisziplinär und in Form von geschlossenen Einheiten organisiert (Betreuung aller schwerkranken/schwerverletzten Kinder in einer Abteilung; unter alleiniger Verantwortung der Intensivmedizin). Das moderne Konzept der Interdisziplinarität wird nun zunehmend in den Erwachsenen-Intensivstationen der Schweiz umgesetzt. Auch im europäischen Ausland, wo vielerorts noch Organspezialisten für die pädiatrischen Intensivpatienten zuständig sind, nimmt die Intensivmedizin an Bedeutung zu.

Aktuelle Organisation der Kinderintensivmedizin in der Schweiz

Heute gibt es pädiatrisch-neonatologische Intensivstationen an den Universitätsstandorten (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich) sowie an den Kinderkliniken in Aarau, Chur, Luzern und St.Gallen. Die Stationen sind unterschiedlich organisiert: gemischte pädiatrisch-neonatologische Stationen mit Schwerpunkt Pädiatrie (d.h. Kinder im Alter >1 Monat) oder mit Schwerpunkt Neonatologie sowie reine neonatologische Intensivstationen. Die Neonatologen, organisiert in der SGN (Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie), sahen ihre Interessen zunehmend ungenügend in der SGI vertreten; dies betrifft in erster Linie die reinen neonatologischen Stationen in den Perinatalzentren. Für die ärztliche Weiterbildung in Intensivmedizin und Neonatologie sind aber Erfahrungen sowohl in Perinatalzentren mit neonataler Intensivstation wie in pädiatrischen Intensivstationen wichtig. Mit diesem



Ziel vor Augen wurde im Jahr 2011 in einem ersten Schritt die gegenseitige Anerkennung der Stationen durch die SGI und die SGN beschlossen. Ebenfalls im 2011 haben die pädiatrischen Intensivisten eine Interessengemeinschaft innerhalb der SGI gegründet. Die akademische Verankerung der pädiatrischen Intensivmedizin an den Universitäten ist noch ungenügend; immerhin besteht in Genf ein Ordinariat (Peter Rimensberger).

Meilensteine

Die neonatologisch-pädiatrische Intensivmedizin hat sich enorm entwickelt. Eine (subjektive) Auswahl von besonders wichtigen Entwicklungen sei hier genannt: klinisch orientierte Medizin, u.a. wegen der limitierten Möglichkeiten von invasiven, apparativen diagnostischen Methoden bei Neugeborenen und Kindern; nicht-invasives Monitoring (u.a. Amplituden-integriertes EEG, NIRS); zunehmende Kenntnisse des pädiatrischen Intensivisten in Ultraschall-Diagnostik, Herz-ECHO und Luftwegs-Endoskopie; lungenschonende Beatmung und nicht invasive Beatmung, Verkürzung der durchschnittlichen Beatmungszeiten, Hochfrequenzoszillationsbeatmung und inhalatives NO, intratracheale Applikation von Surfactant beim Atemnotsyndrom des Frühgeborenen; kardiale Intensivmedizin, insbesondere Intensivmedizin nach Operation von angeborenen Herzfehlern sowie ECMO; Neurointensivmedizin, inklusive Hypothermiebehandlung bei hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie; ethische Entscheidungsfindung.

Fortbildung mit internationaler Ausstrahlung

Schweizer Intensivisten organisieren regelmässig exzellente Fortbildungsveranstaltungen in neonataler-pädiatrischer Intensivmedizin mit internationaler Beteiligung von Referenten und Teilnehmern: Der „European Postgraduate Course in Neonatal and Pediatric Intensive Care“ in Bern fand im 2012 zum zehnten Mal statt (früher von Jürg Pfenninger und heute von Bendicht Wagner organisiert); Peter Rimensberger organisierte im Jahr 2007 in Genf den „5th World Congress on Pediatric Critical Care“ und im 2012 findet unter seiner Leitung bereits zum elften Mal in Montreux die „European Conference on Pediatric and Neonatal Ventilation“ statt.

Aktuelle und zukünftige Bedeutung der Kinderintensivmedizin

Die Bedeutung der neonatologisch-pädiatrischen Intensivmedizin wird im Rahmen der zunehmend hochspezialisierten Medizin weiter an Bedeutung zunehmen. Die pädiatrischen Intensivisten gehören zu den wenigen Generalisten an den Kinderspitälern. Als solche

nehmen sie neben den medizinischen Kernkompetenzen (Behandlung des vital gefährdeten Kindes) wichtige koordinierende/integrative Funktionen wahr.

Die Nachwuchsförderung ist ausserordentlich wichtig.

Allerdings ist der Weg zum pädiatrischen Intensivisten lang und mühsam: je nach lokaler Ausrichtung der Intensivstation werden bis zu 3 Abschlüsse erwartet (Facharzt Pädiatrie und Intensivmedizin sowie Schwerpunkt Neonatologie).

Hier muss die FMH die rigiden Bestimmungen lockern, damit auch für Schweizerinnen und Schweizer die Weiterbildung in einer akzeptablen Zeit möglich ist. Ebenso hat die IS-Pflegeweiterbildung eine hohe Priorität.

Die pädiatrischen Intensivisten an allen Standorten leisten hier als Dozenten einen grossen Beitrag.



Jean-Claude Chevrolet
 Professeur honoraire de l'Université de Genève

Ancien médecin chef du service des Soins Intensifs (pour adultes) des Hôpitaux Universitaires de Genève et ancien Président de la Commission de Reconnaissance des Unités de Soins Intensifs (KAI) de la Société Suisse de Médecine Intensive

La médecine intensive en suisse – réflexions rétrospectives et prospectives

« La réalité a toujours raison »

La réalité a toujours raison, c'est une maîtresse exigeante. Quand l'homme veut s'en écarter, il en paie le prix et, plus ou moins rapidement, plus ou moins brutalement, il est rappelé à l'ordre. C'est le fil rouge que je propose de suivre dans ces quelques réflexions sur la médecine intensive dans notre pays.

Durant les années 1960 à 1970, la plupart des hôpitaux suisses virent leurs médecins-chefs s'équiper de moniteurs cardiaques et de défibrillateurs, avec l'acquisition de quelques respirateurs mécaniques. Certains de ces médecins commencèrent à pratiquer l'hémodialyse périodique. Tout naturellement, quelques lits dits de « soins intensifs » ont vu le jour dans ces hôpitaux à cette époque. En effet, il devenait peu raisonnable de traiter les malades concernés en maintenant une dispersion de ceux-ci parmi les autres patients, d'où la nécessité évidente de les « cohorter ». Une unité de lieu était donc considérée comme nécessaire, première manifestation d'une contrainte imposée par la réalité.

La Figure 1 montre quelles étaient les pathologies traitées à l'époque. Comme en Suisse, le maillage hospitalier est dense et qu'il existe un réseau d'hôpitaux régionaux important avec une institution de cent à trois cents lits tous les quinze à vingt kilomètres environ, de nombreuses unités de soins intensifs virent le jour à cette époque, la plupart ne comprenant que quelques lits. C'était une entorse au principe de réalité, qu'à mon sens, nous, c'est-à-dire les patients, payons encore aujourd'hui ...

DIAGNOSTIC MAJORS DES MALADES HOSPITALISÉS AU CENTRE DE RÉANIMATION,
 GROUPES SELON QUELQUES CATEGORIES PRINCIPALES.
 Les "divers" ne sont pas inclus.

	Juin 1961-Déc.1962	1963	1964	1965-(9.9.)
Intoxication par médicamenteux.	55	32	20	12
Intoxications diverses (surtout CO).	4	10	9	1
Infarctus du myocarde.	25	32	20	14
Insuffisance cardiaque (y compris stimulateur électromyotique et défibrillation, troubles du rythme).	20	14	29	15
Insuffisance respiratoire aiguë et chronique <u>avec</u> assistance respiratoire (y compris asthme subaiguë).	24	15	10	9
Insuffisance respiratoire aiguë et chronique <u>sans</u> assistance respiratoire.	25	13	8	5
Etats toxi-infectieux.	10	10	16	5
Troubles métaboliques (hypo et hyperglycémie, coma hépatique, bilans, etc...).	10	13	6	3
Hémorragie digestive.	11	5	5	4
Système nerveux central (troubles vasculaires, méningite purulente, etc...).	25	37	16	9
Güllain-Barré avec assistance respiratoire.	2		2	1
Tétanos.	5	1		2
Etat allergique aigüe.	1	2	2	
Brûlés (avec ou sans éruption).	16	29	30	14

Figure 1.- Quelques pathologies traitées au début des années soixante dans la première structure de « réanimation » médicale à l'Hôpital Cantonal de Genève – registre diagnostique de l'époque.

Les choses changèrent dans les années 1990. En effet, d'une part une crise économique était survenue, avec ses exigences de rationalisation : les « trente glorieuses » n'étaient plus qu'un souvenir. D'autre part, quelques esprits éclairés et des politiciens s'interrogèrent



sur le bien-fondé de la présence d'un si grand nombre de structures de soins intensifs en Suisse et sur la dispersion de l'expertise parmi de trop nombreux médecins peu accoutumés à traiter des malades en état critique. C'est ainsi qu'apparut une véritable spécialisation, dénommée « Médecine Intensive », tout d'abord comme une « sous spécialité », soit de la médecine interne, soit de l'anesthésiologie, de la chirurgie ou de la pédiatrie. Ceci signifiait au début qu'il n'y avait pas d'accès à la médecine intensive sans, au préalable, une formation complète dans l'une « disciplines mères ». Cette situation n'était pas originale, puisque toutes les disciplines étaient dans cette situation, comme l'étaient la pneumologie, la cardiologie, etc. Après quelques « guerres de Sécession »¹ depuis 1997, la médecine intensive est devenue, de haute lutte, une spécialité FMH à part entière en se séparant des disciplines d'origine des médecins qui la pratiquaient désormais, comme la médecine interne et l'anesthésiologie. Encore une fois, c'est la pression du réel qui a mené à cette évolution plus que la vision des décideurs médicaux les plus puissants de l'époque, les internistes, les anesthésistes, voire parfois les chirurgiens. En effet, une des difficultés dans l'accouchement de cette nouvelle spécialité venait d'une double origine de la médecine intensive sur le plan historique, l'anesthésie-réanimation et la médecine interne. Ces deux spécialités possèdent des traditions et un vécu très différents, en particulier en Suisse. L'anesthésie, qui n'a pas renoncé à sa dénomination « réanimation » - et c'est là un symbole révélateur -, s'est depuis toujours préoccupée du sort des patients en état critique suite à un acte chirurgical. Elle se voulait un prolongement du bloc opératoire, avec des compétences qui lui sont propres : forte culture technique et temps de réponse rapide et efficace, mais peu d'habitude des situations complexes nécessitant une prise en charge prolongée. Réciproquement, la médecine interne avait généré des médecins élitistes, aux connaissances étendues, mais peu au fait des gestes techniques et des situations rapidement évolutives.

L'évolution vers une spécialité FMH reconnue, quoiqu'à l'évidence conforme au réel, ne s'est pas produite sans peine. Quelques pionniers l'ont largement facilitée, même s'ils n'appartenaient pas au Gotha médical de l'époque. Ces pionniers furent les fondateurs de la Société suisse de Médecine Intensive (SSMI). Très tôt, en 1972, date de la fondation de notre Société, ils ont perçu que deux décisions étaient essentielles à la prise en charge optimale des patients en état critique. A mon sens, on peut parler ici de deux intuitions « géniales ». Premièrement, d'emblée, les infirmières et les infirmiers ont été impliqués dans les activités de la SSMI et, très précocement, l'Association suisse des Infirmières (ASI) fut abordée pour mettre en place une formation spécialisée paramédicale solide et vérifiée (Figure 2).



A



B

Figure 2.- Soins Intensifs de Médecine vers 1965 : illustration de la collaboration médico-infirmière qui existait à cette époque déjà, à la fois pour discuter les options thérapeutiques (A) et dans le domaine technique (ici, l'hémodialyse) (B).

Deuxièmement, une validation des structures de soins intensifs a été développée et une Commission de Reconnaissance fut mise sur pied. Cette Commission avait pour but de déclarer conforme une structure de soins intensifs, dans la mesure où celle-ci répondait à des exigences déterminées par la Société (Figure 3). C'était, à l'époque, une vraie révolution². Si les accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union Européenne (UE) compliquent un peu les choses, puisqu'il n'existe que dans une petite minorité de pays de l'UE un titre de spécialiste en médecine intensive, toutefois, dans une ordonnance qui définit les « titres fédéraux de spécialistes » (qui remplacent formellement les titres FMH) dans le contexte de ces accords bilatéraux, il est clairement et explicitement désigné que la médecine intensive fait partie intégrante de ces titres de spécialistes, ce qui signifie que notre titre n'est pas menacé dans notre pays³.

Cette évolution, tant médicale qu'infirmière, menait donc à la création non seulement de titres saluant l'acquisition de compétences spécifiques dans ces professions, mais aussi à une autonomisation des structures dans lesquelles les patients en état critique seraient pris en charge au sein d'un hôpital. Ce qui se passait en Suisse, par ailleurs, était conforme et en



phase avec ce que vivaient d'autres pays, notamment les Etats-Unis, pays qui soulignaient l'importance de concentrer des compétences spécifiques dans des structures spécialisées^{4,5}. Ce regroupement allait avoir des conséquences profondes et il a conduit à la situation actuelle de la médecine intensive suisse.

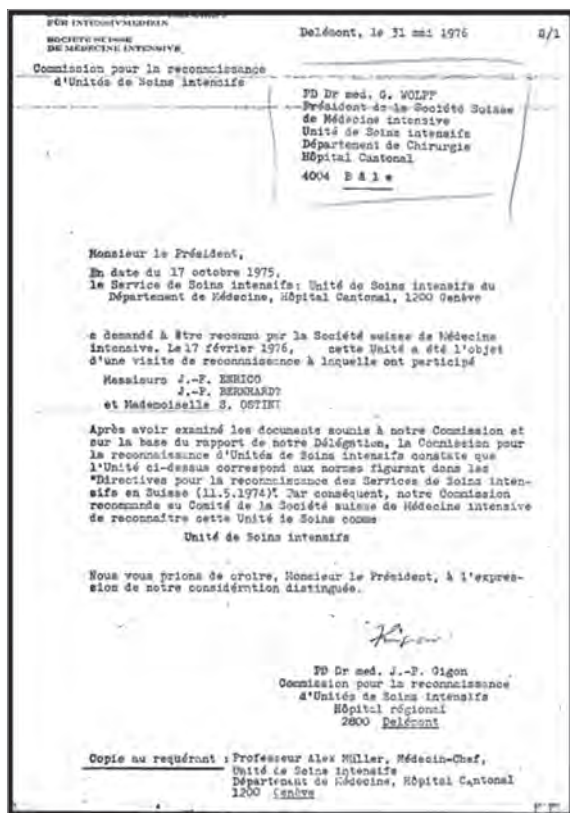


Figure 3.- Acte de reconnaissance de l' « Unité des Soins Intensifs du Département de Médecine » de l'Hôpital Cantonal de Genève par la Commission de reconnaissance des unités de soins intensifs de la SSMI (KAI : Kommission für die Anerkennung der Intensivpflegestationen) établi en 1976.

Tout d'abord, il a permis de réaliser que la séparation, notamment dans les grandes structures académiques, entre soins intensifs « chirurgicaux » et « médicaux » n'avait pas grand sens, sinon de perpétuer une tradition historique ainsi que d'affaiblir la discipline ainsi que la qualité des prestations offertes aux patients en maintenant une tutelle désormais obsolète. C'est ainsi que virent le jour des services de médecine intensive universitaires polyvalents, mais pas encore dans tous les centres académiques. Ce n'est qu'une question de temps pour que ce modèle s'impose dans notre pays^{6,7}. Encore une fois, la réalité fera son œuvre

...
La deuxième conséquence fut la prise de conscience par les médecins intensivistes travaillant dans ces nouvelles entités polyvalentes de plus grande taille qu'une fois parvenues à ce stade de leur évolution, ces structures amènent une complexité dans les tâches médico-infirmières qui ne peut se satisfaire ni de la formation ni de l'organisation actuelles léguées par les anciens. Cette complexité a deux sources : d'une part, elle est le résultat de l'évolution générale de la médecine, notamment, mais pas exclusivement de la chirurgie – pensons à la radiologie, interventionnelle et non interventionnelle, par exemple – et, d'autre part, aux développements propres à la médecine intensive. En effet, notre discipline est devenue hautement complexe dans de nombreux champs techniques. Elle nécessite ainsi une maîtrise et l'acquisition de connaissances par une recherche académique spécifique dans de nombreux domaines encore quasi vierges : qu'on pense à l'échographie appliquée à la médecine intensive (inconnue des cardiologues qui avaient malgré tout développé cette technique), à la biologie des situations critiques, au traitement informatisé d'un afflux de données, etc. De plus, la médecine intensive a su elle aussi créer des concepts dans des zones de la connaissance encore inexplorées jusqu'ici, comme l'éthique de la vie en conditions extrêmes, la légitimité du recours à des ressources extrêmement coûteuses⁸, la prise en charge des proches de patients dont la survie est problématique⁹, pour n'en mentionner que quelques uns. On imagine sans peine que l'expertise dans des domaines aussi différents n'est pas aisée à acquérir : elle nécessite un apprentissage long et exigeant, une capacité d'adaptation et des compétences aussi variées que des connaissances pointues médicales, physiopathologiques, légales et réglementaires, éthiques et spirituelles, ainsi que des qualités humaines permettant de faire fonctionner en harmonie une équipe nombreuse, pas toujours homogène, souvent sous tension¹⁰.

Gérer cette complexité n'est pas une mince affaire. C'est le défi que les intensivistes d'aujourd'hui doivent affronter. Dans un monde idéal, la médecine intensive pourrait, en se mettant à l'œuvre avec l'enthousiasme des cadres infirmiers et médicaux qui caractérisent cette discipline de passionnés, résoudre l'ensemble de ces défis. Hélas, encore une fois, la



réalité refuse de s'effacer et elle montre une fois de plus son caractère implacable. Deux épées de Damoclès, au moins, sont suspendues au dessus de la tête des intensivistes : l'incertitude quant aux ressources futures¹¹ et une possible (probable ?) diminution du nombre des médecins qui vont pratiquer cette discipline dans le futur dont, nous venons de le voir, les besoins en personnel ne peuvent qu'augmenter¹². Les causes d'une carence future en intensivistes et en infirmières de réanimation, sont mal connues. Il est toutefois tentant de penser que les conditions difficiles et contraignantes de l'exercice de cette discipline en sont largement responsables, de même qu'une incertitude quant aux débouchés offerts à long terme à un personnel si hautement qualifié. Ainsi, aujourd'hui déjà, il existe d'ores et déjà des difficultés importantes de recrutement, médical notamment, dans les grandes structures de médecine intensive suisses.

Parallèlement, les besoins en médecine intensive vont croître, d'une part en raison de l'évolution propre de la médecine dont les frontières reculent toujours, d'autre part en raison de l'accroissement, certes modeste mais continu, mais surtout du vieillissement, de la population¹³. En Suisse, 11.4 p.cents du produit intérieur brut est dévolu actuellement à la santé, soit 61 milliards de francs, dont 45.5 p.cents pour les coûts engendrés par les hôpitaux¹⁴. La médecine intensive représente environ cinq à huit p.cents de ces coûts, soit environ 1.5 à 2.0 milliards de francs. C'est pourquoi il est probable que si rien ne change dans la pratique actuelle de notre discipline, ces deux écueils vont inévitablement surgir, l'insuffisance en ressources financières et le manque de personnel spécialisé, médecins notamment.

Comment faire face à ces contraintes ? Il est peu probable que les ressources financières vont massivement augmenter en Suisse. Ainsi, seules des solutions créatives peuvent-elles être considérées. Heureusement, il existe des gisements encore mal exploités de ressources en médecine intensive. Tout d'abord, sommes-nous certains que l'organisation de notre profession est aujourd'hui très rationnelle et qu'elle est réellement optimale, que l'on considère l'organisation entre les hôpitaux, ou celle qui prévaut à l'intérieur de ceux-ci ? Notre Société, la SSMI, doit aborder résolument ces points en déterminant quel doit être le maillage en structures de soins intensifs dans notre pays. La création de réseaux structurés dans notre discipline en est à ses débuts, mais c'est une réponse d'avenir qui permettra d'organiser des carrières médicales logiques, de mettre en route une formation attractive pour les jeunes et un perfectionnement pour les seniors, ainsi que de prévoir à temps une relève compétente¹⁵. De plus, une meilleure articulation et un partage organisé des tâches entre les différentes structures de soins intensifs, aujourd'hui trop nombreuses, doivent être mis sur pied : on ne peut pas faire tout partout ... et n'importe comment, la sécurité des patients est à ce prix¹⁶. Ainsi, il convient de ne pas disperser les ressources disponibles, notamment en harmonisant non seulement les efforts dirigés vers les soins, mais aussi en

montrant que les efforts en recherche sont coordonnés et qu'ils sont dirigés prioritairement vers une augmentation de l'efficacité en médecine intensive et non vers le « dada » plus ou moins exotiques de quelques leaders académiques.

A l'intérieur de nos hôpitaux, il est essentiel de rendre les flux des malades le plus fluide possible. C'est une des tâches à laquelle les intensivistes modernes doivent s'atteler en devenant des partenaires forts, écoutés et respectés, ce qui est désormais réalisé avec la fin de la sectorisation « médecine » - « chirurgie » qui donne une masse critique et une crédibilité importantes à la médecine intensive, au moins dans la plupart des structures académiques de notre pays^{6,7}.

Ceci implique de conserver un modèle « fermé » (les intensivistes sont responsables des patients admis dans leur service dans tous leurs aspects), mais « collaboratif », qui respecte les différents autres spécialistes^{1,17}. L'articulation des différents personnels travaillant dans les services de soins intensifs doit être minutieusement étudiée pour être plus rationnelle. En Suisse, grâce à nos pionniers, nous bénéficions d'équipes d'infirmières spécialisées très compétentes que d'autres pays nous envient et, de plus, ce qui est matérialisé de façon forte par les liens de la SSMI avec l'ASI qui se sont récemment renforcés¹⁸. L'intégration dans les structures de médecine intensive d'autres personnels, notamment médical, doit être plus structurée d'autant plus qu'une crise dans la démographie des intensivistes menace¹⁹. Des modèles comme les « physician-assistants » doivent être étudiés, alors qu'une formation préalable à destination des médecins d'autres disciplines (médecine interne, anesthésie, « hospitalistes », autres) qui travaillent dans les soins intensifs doit non seulement être offerte, mais être exigée et contrôlée. Une logique de plan de carrière ainsi que des objectifs crédibles pour ces médecins comme pour les services de soins intensifs qui les emploient sont indispensables²⁰. Enfin, inévitablement, deux questions doivent être prises à bras le corps, celle des « unités intermédiaires », dont la définition demeure floue et qui fait l'objet autant d'enthousiasme que de scepticisme^{21,22}, et celle de l'informatisation des réseaux de soins intensifs intimement liée à la télémédecine²³⁻²⁵. Ce sont quelques pistes qu'il convient rapidement d'explorer et qui pourraient résoudre, au moins partiellement, le manque prévisible d'intensivistes et de moyens financiers qui nous alarme très sérieusement aujourd'hui.

On le voit, notre Société a du pain sur la planche, ... mais c'est toujours la réalité qui tranchera en définitive !



Bibliografie

- 1 Tassaux D, Revely JP, Ribordy V, Vermeulen B. Evolution des soins intensifs en Suisse : historique, situation actuelle et perspectives. 2008; 4(183):2672-6.
- 2 Chevolet JC : Structures, modalités de formation et exercice de la réanimation en Suisse. Réanimation 2005 ; 14 : 47-53.
- 3 Ordonnance sur les professions médicales, OPMéd1 du 27 juin 2007 - Etat le 1er janvier 2011 (RO 2010 5419 - RS 811.11 - RS 172.010).
- 4 Carson S, Stocking C, Podsadecki T, Christenson J, Pohlman A, McRae S, Jordan J, Humphrey H, Siegler M, Hall J. Effects of organizational change in the medical intensive care unit of a teaching hospital – a comparison of 'open' and 'closed' formats. JAMA 1996;276:322-8.
- 5 Pronovost P, Angus D, Dorman T, Robinson K, Dremiszov T, Young T. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. JAMA 2002;288:2151-62.
- 6 Chioléro RL, Chevolet JC. L'unité de soins intensifs, carrefour dans l'hôpital : développer l'interdisciplinarité et une vision de système. Rev Med Suisse. 2007; 3(137):2819-20.
- 7 Chioléro RL, Chevolet JC. Fusion des unités de soins intensifs adultes à Genève et Lausanne : une révolution culturelle ? Rev Med Suisse. 2005;1(45):2899-902.
- 8 Chevolet JC, Chioléro R : Traitements et médicaments coûteux en réanimation – une question éthique. Méd Hyg 2003;538;2462-3.
- 9 Chevolet JC, Chioléro R : Décisions vitales en médecine intensive - Les familles et les proches ont-ils un rôle de partenaire, ou de décideur ? Rev Med Suisse 2006 ; 91 : 2835-6
- 10 Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B; STRESI+ Group. Burnout in ICU caregivers : a multicenter study of factors associated to centers. Am J Respir Crit Care Med. 2011 Nov 15;184(10):1140-6.
- 11 Fuchs V. Major trends in the US health economy since 1950. NEJM 2012 ;366 ;973-7.
- 12 Angus, D. C., M. A. Kelley, et al. Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: can we meet the requirements of an aging population? JAMA 2000;284: 2762-2770.
- 13 Pronovost PJ, Waters H, Dorman T. Impact of critical care physician workforce for intensive care unit physician staffing. Curr Opin Crit Care. 2001;7:456-9.
- 14 Office Fédéral de la Statistique, 2012: Coût et financement du système de santé. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14.html>
- 15 Chevolet JC, Chioléro R. Médecine intensive suisse: il est temps d'être des "Latins actifs". Rev Med Suisse. 2008;4(183):2667-68.
- 16 Nguyen Y, Jeremy M. Kahn J, Derek C. Angus D. Reorganizing Adult Critical Care Delivery: The Role of Regionalization, Telemedicine, and Community Outreach. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2010; 181: 1164-9.
- 17 Chioléro R, Chevolet JC. L'intensiviste, ou comment concilier une pratique générale avec des domaines d'expertise spécifiques. Rev Med Suisse. 2009; 5(229):2483-4.
- 18 Société Suisse de Médecine intensive (SMI – SGI) : <http://www.sgi-ssmi.ch>
- 19 Chevolet JC, Jolliet P. Quelques pistes de réflexion face à la crise démographique qui menace la médecine intensive. Rev Med Suisse. 2010; 6(275):2387-8.
- 20 Gershenghorn H, Johnson M, Factor P. The use of nonphysician providers in adult intensive care. Am J Respir Crit Care Med 2012;185:600-5.
- 21 Bertolini G, Confalonieri M, Rossi C, Rossi G, Simini B, Gorini M, Corrado A, for the GiViTi (Gruppo italiano per la Valutazione degli interventi in Terapia Intensiva), AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) groups. Costs of the COPD. Differences between intensive care unit and respiratory intermediate care unit. Respir Med 2005;99: 894-900.
- 22 Vincent J, Burchardi H. „Do we need intermediate care units?“ Intensive Care Med 1999;25: 1345-9.
- 23 Anthony L, Hassan E, Marquardt C, Breslow M, Rosenfeld B. The eICU – it's not just telemedicine. Crit Care Med 2001 ;29 (suppl.) : N183-9.
- 24 Lilly C, Cody S, Zhao H, Landry K, Baker S, McIlwaine J, Chandler M, Irwin R. Hospital mortality, length of stay, and preventable complications among critically ill patients before and after tele-ICU reengineering of critical process. JAMA 2011 ; 305 :2175-83.
- 25 Young L, Chan P, Lu X, Nallamotheu B, Sasson C, Cram P. Impact of telemedicine intensive care unit coverage on patients outcomes – a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2011 ;171 :498-506.



Ursi Barandum Schäfer, MNS
Pflegeexpertin Operative Intensivstation
OIB Universitätsspital Basel



Hans Richter
Dipl. Erwachsenenbildner,
Berufsbildungsverantwortlicher NDS IP,
Universitätsspital Basel

Die Entwicklung der Weiterbildung in Intensivpflege als Beispiel für die berufliche Emanzipation Wissen um die Herkunft bringt Verständnis für die Gegenwart und Ideen für die Zukunft

Ursi Barandum Schäfer, MNS, Pflegeexpertin Operative Intensivstation OIB und Hans Richter, Dipl. Erwachsenenbildner, Berufsbildungsverantwortlicher NDS IP, Universitätsspital Basel.
Kontakt: E-Mail: ubarandun@uhbs.ch

Historisches Bewusstsein trägt dazu bei, die Gegenwart zu verstehen und die Zukunft aktiv mitgestalten zu können.

Unter dieser Prämisse fand 2006 eine Untersuchung zur Frage statt, wann und wie es zur Weiterbildung in Intensivpflege (WB IP) kam und wie sich diese seit ihren Anfängen vor circa 40 Jahren entwickelt hat (Barandum Schäfer, 2006). Zur Beantwortung der Fragestellung wurden über 20 ausgewählte Zeitzeuginnen und Zeitzeugen mehrerer Institutionen befragt, unter ihnen frühere Stationsleiterinnen von Intensivstationen und Intensivpflegende sowie ehemalige und aktuelle pflegerische und ärztliche Leitungen WB IP.

Die Befragten waren in unterschiedlichen Zeitabschnitten auf Intensivstationen in Bern, Genf, Luzern, Zürich und – die Mehrzahl – in Basel tätig, eine von ihnen beim Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) in Bern. Zudem wurden exemplarisch alle verfügbaren Dokumente der WB IP am Universitätsspital Basel bis zum Jahr 2005 sowie Materialien der ‚paritätischen Kommission‘ des SBK, bis Ende 2012 die reglementierende Behörde, analysiert.

Von ersten Kursen zum anerkannten Fähigkeitsausweis

Zwischen 1965 und 1970 wurden an einigen Schweizer Spitälern Intensivstationen zur Betreuung von Schwerkranken eingerichtet. Bald nach deren Etablierung haben leitende Ärzte (die weibliche Form erübrigt sich hier) realisiert, dass diplomierte Pflegende für die Arbeit in diesem Spezialbereich zusätzliches Wissen benötigen. Einige Universitätsspitaler boten deshalb bereits Ende der 1960er Jahre entsprechende Kurse an. Diese Kurse – initiiert und konzipiert von Ärzten – waren sehr attraktiv, obschon sie während der ersten Jahre lediglich spitalinterne Bedeutung hatten. Auch die formale Anerkennung haben massgeblich Ärzte bewerkstelligt. In Zusammenarbeit mit mehreren Ärzteverbänden und dem Schweizerischen Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK, heute SBK) wurde das erste „Reglement für die Ausbildung von diplomierten Krankenschwestern und Krankenpflegern in Intensivpflege und Reanimation“ ausgearbeitet, das am 1. Januar 1973 in Kraft trat (SVDK & SGI).

Die Reglementierung und Beaufsichtigung der WB IP übernahm die ‚Paritätische Kommission‘, in der Ärzte und Pflegende in gleicher Anzahl mitwirkten.

Dank Übergangsbestimmungen konnte bereits im November 1973 in Biel der erste schweizerisch anerkannte „Fähigkeitsausweis in Intensivpflege und Reanimation“ übergeben werden. In den folgenden 30 Jahren absolvierten dort rund 100 Pflegefachpersonen eine WB IP. Am Universitätsspital Basel waren es im selben Zeitraum mehr als 500. In den letzten Jahren schlossen gesamtschweizerisch rund 220 Personen pro Jahr die WB IP ab. Die WB IP bot lange die einzige Möglichkeit, sich fachlich, also ausserhalb von Pflegemanagement und Berufspädagogik, weiterzubilden. Viele Pflegende, die später ihre berufliche Laufbahn in einem anderen Bereich fortsetzten, begannen diese mit der WB IP. Seit Beginn besteht die WB IP aus theoretischem Unterricht und Lernen in der Praxis. In Basel war man stolz darauf, dass der Theoriekurs von Beginn an in Blockkursen stattfand (während vieler Jahre in vier Blöcken à fünf bis zehn Tage) und nicht wie andernorts an einzelnen Nachmittagen oder Abenden.



Bereits das erste Reglement (SVDK & SGI) verlangte zusätzlich zu 120-180 Stunden Theorieunterricht weitere 80-120 Stunden „praktische Ausbildung inklusive Instruktion am Krankenbett“. Die praktische Ausbildung wurde im Vergleich zu heute eher vernachlässigt. Ausgebildete „Schulschwwestern“ oder „Instruktoren“ (heute Berufsbildungspersonen) wurden vielerorts erst etwa zwei Jahrzehnte später eingesetzt.

Pionierzeit der Intensivmedizin

Zu Beginn der Intensivmedizin hatten die Pflegenden vor allem die Vitalparameter und den Herzrhythmus der Patientinnen und Patienten zu überwachen. Die in der WB IP erworbene Kompetenz der Pflegenden ermöglichte es den Ärzten – später auch den Ärztinnen –, nicht permanent am Bett der Schwerverkranken bleiben zu müssen (Wilson, 1990). Zeitzeuginnen erzählen, dass die Patientinnen und Patienten schon damals nicht nur überwacht und ärztlich behandelt, sondern auch gepflegt wurden. Als Beispiele nennen sie Körperpflege, Achten auf eine ruhige Umgebung (besonders nach Herzinfarkt) und die Betreuung von Angehörigen. Darüber sei im Alltag und im Unterricht aber kaum gesprochen worden.

In diesen Pionierjahren identifizierten sich die Pflegenden stark mit den Entwicklungen und Erfolgen der Intensivmedizin. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden sei ausgesprochen gut gewesen. Als Beispiel für die familiäre Stimmung wird von ‚rauschenden Stationsfesten‘ erzählt. Diese Atmosphäre beschreibt Wilson (1990) in Bezug zu den ersten Intensivstationen in den USA als ‚Camaraderie‘.

Pflegende besuchten ‚scharnweise‘ die Ärztekongresse als ‚Fanclubs‘ für die Ärzte ‚ihrer‘ Intensivstation, die dort Vorträge hielten.

Es war die Zeit ausgeprägter Medizin-Orientierung. Ärztlich verordnete ‚Behandlungspflege‘ wurde höher bewertet als ‚Grundpflege‘ im selbständigen Bereich der Pflege. Vermutlich deshalb genossen Intensivpflegende damals ein höheres Ansehen als Pflegenden in anderen Bereichen (Käppeli, 1991).

Weiterbildung Intensivpflege – lange ärztlich geprägt

Während vieler Jahre war die WB IP stark geprägt von den Leitenden Ärzten. Sie bestimmten den Inhalt der Weiterbildung, erteilten den Unterricht, schrieben die Skripte und nahmen die Prüfungen ab. Heute wirkt es befremdlich, dass – nicht nur in Basel – damals die leitenden Ärzte und der Spitaldirektor die Fähigkeitsausweise unterschrieben, nicht Pflegenden.

Der Unterricht umfasste in erster Linie medizinische Fächer wie Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie, Pharmakologie und Medizintechnik. Die leitenden Pflegenden übernahmen zwar viel organisatorische Arbeit, entschieden aber kaum mit. Als Beispiel sei der zweiwöchige „Basiskurs“ im Jahr 1973 aufgeführt, der in Basel die Hälfte aller Theorietage ausmachte. Von 75 Lektionen wurden gerade zwei von Nicht-Medizinern unterrichtet; eine Lektion erteilte der Spitaljurist zum Thema ‚Recht‘, eine weitere die Oberschwester einer der beiden Intensivstationen zum Thema ‚Bedürfnisse des Patienten‘. Der Einbezug weiterer Pflegenden, als Dozierende verlief zögerlich. Auch wenn fortschrittliche Ärzte Pflegende dazu ermutigten, fehlte den Pflegenden meist ausreichendes Wissen und/oder die nötige „Courage“.

Fortschritte und Rückschläge

In Basel kam es in der WB IP zu Beginn der 1980-er Jahre zu einem vorübergehenden Professionalisierungsschub. Eine frisch ausgebildete Berufsschullehrerin integrierte neues Wissen, u.a. die Idee des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier (1981). Sie machte Pflege sichtbar, indem sie an Visiten Pflegeprobleme thematisierte. Zudem führte sie Verbesserungen zum Lernen in der Praxis ein, wie klinischer Unterricht, „Testathefte“ und Standortgespräche. Allerdings war es teilweise ein „Kampf gegen Windmühlen“, da sie von den Pflegenden weniger Unterstützung erhielt als vom ärztlichen Leiter. Einige Errungenschaften verloren sich wieder, nachdem sie die Stelle verliess.

Wenig später sorgte die Abteilungsleiterin Pflege der Nachbarstation beharrlich dafür, dass an stationsinternen Schultagen neben Medizintechnik auch Fragen rund um Pflegeprozess, Pflegeverständnis sowie relevante Pflegekonzepte besprochen wurden.

Diese beiden Beispiele zeigen, dass die Professionalisierung der WB IP stark vom Engagement Einzelner abhing.

Seit Anfang der 1990er Jahre ist allgemein anerkannt, dass Ausbildungsverantwortliche pädagogische Kompetenzen haben müssen. Der WB IP wurde zunehmend von berufspädagogisch ausgebildeten Pflegenden übernommen, die praktische Ausbildung stark aufgewertet.



„Neue Pflegeethemen“

Anfang 1990er Jahre setzte das Schweizerische Rote Kreuz die Neuen Ausbildungsbestimmungen (NAB) für die Berufsausbildung in Kraft, die die Aufgaben der Pflege in Form von „fünf Funktionen der Pflege“ neu definierte (SRK, 1992). Manche Führungs- und Weiterbildungsverantwortliche stritten heftig darüber, ob und welche dieser ‚neuen Pflegeethemen‘ in den Stoffplan der WB IP aufgenommen werden sollten. In Basel wurden 1994 folgende Inhalte in den Theoriekurs integriert: Lernen, Pflegekonzepte, Kommunikation, Rollen/Rollenverhalten, Psychohygiene/Burnout, Ethik, Tod/Sterben, Betreuung von Angehörigen, Gesundheitspolitik und Ökonomie. Theorien und Modelle aus verschiedenen Disziplinen, die zum neuen Verständnis von Pflege passten, wurden als „Neues Pflegewissen“ verstanden. Unterdessen nimmt ‚the body of knowlege‘ der Intensivpflege zu. Berufsbildungspersonen und Studierenden stehen zunehmend Fachbücher und Fachzeitschriften zur Verfügung. Während es Mitte der 1990-er Jahre erst wenig Forschung zu intensivpflegerischen Fragestellungen gab (Suominen & Leino-Kilpi, 1995), steigt auch die Anzahl relevanter Studien stetig an.

Erfreulicherweise wächst in jüngerer Zeit das Interesse (angehender) Intensivpflegender an (intensiv-) pflegespezifischen Methoden und Instrumenten.

In Basel werden seit mehreren Jahren bewusst Kolleginnen und Kollegen mit pflegewissenschaftlichem Hintergrund in die Gestaltung des Curriculums, als Dozierende und in das Mentoring der Diplomarbeiten einbezogen. Das trägt dazu bei, aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die WB IP zu integrieren.

Vom Fähigkeitsausweis zum Nachdiplomstudium (NDS)

Der jüngste Entwicklungsschritt vollzog sich 2009, als der unter der Trägerschaft der OdA Santé formulierte Rahmenlehrplan in Kraft gesetzt wurde. Er skizziert das Berufsprofil der Intensivpflege in vier eigenständigen Arbeitsprozessen und 16 Kompetenzen (BBT, 2009). Die WB IP umfasst nun mindestens 360 Lernstunden Theorie und 540 in der Praxis. Die Ausbildungsverantwortung liegt beim Bildungsanbieter und nicht mehr bei der ärztlichen Leitung der Intensivstationen. Wie für vergleichbare Aus- und Weiterbildungen ist das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) zuständig, der Berufstitel lautet seither „Expertin/Experte Intensivpflege NDS HF“. Aktuell wird über Weiterbildungen auf Fachhochschulniveau diskutiert, die darauf aufbauen.

Schlussfolgerungen

Die WB IP gibt es in der Schweiz rund 40 Jahre – (fast) so lange wie die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin. Durch ihr grosses Engagement für die WB IP schufen die Pioniere der Intensivmedizin die Basis für eine kompetente Betreuung durch spezialisierte Pflegenden. Nach der ärztlichen Prägung der ersten Jahrzehnte sind nun berufspädagogisch ausgebildete Intensivpflegende verantwortlich.

Pflegende haben das Selbstverständnis als „medizinischer Hilfsberuf“ abgelegt. Diese Emanzipation geht einher mit inhaltlicher Professionalisierung. Um im Alltag erfolgreich als gleichwertige Partner aufzutreten, ist eigene fachliche Kompetenz entscheidend. Dabei gilt: Berufliches Können gedeiht in guter Zusammenarbeit besser als in Abgrenzung. Für die Intensivpflege bleibt Medizin die wichtigste Bezugswissenschaft.

Heute Studierende sind offen für pflegespezifische Themen. Sie fordern solche geradezu ein. Die Diskussion über den pflegespezifischen Auftrag auf Intensivstationen ist nicht abgeschlossen. Um sich in Richtung Evidenz-basierte Pflege entwickeln zu können, gilt es, Forschung, Expertise der Pflegenden sowie Präferenzen der Betreuten und Kenntnisse über positive Veränderungsprozesse zu berücksichtigen.

Je besser wir wissen, welche Pflegeinterventionen effektiv sind, desto deutlicher wird, welche Kompetenzen künftige Expertinnen, Experten Intensivpflege erwerben müssen, um im Beruf erfolgreich und zufrieden zu sein. Gute Zusammenarbeit mit den Führungsverantwortlichen, den Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegeexpertinnen, Pflegeexperten und kontinuierliche methodisch-didaktische Verbesserungen tragen wesentlich dazu bei, dass die WB IP attraktiv bleibt.



Literatur:

Barandun Schäfer, U. (2006). Von „halben Ärzten“ zu ganzen Intensivpflegenden. Die Weiterbildung in Intensivpflege als Beispiel für die berufliche Emanzipation. In: S. Braunschweig (Hrsg.): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege. Zürich: Chronos.

Fiechter, V. & Meier, M. (1981). Pflegeplanung. Basel: Recom.

Käppeli, S. (19. Vom bio-medizinischen Modell zum integrativen Pflegemodell. Skript. Universitätsspital Zürich.

OdASanté (2009). Rahmenlehrplan für Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen „Anästhesiepflege“, „Intensivpflege“, „Notfallpflege“, Trägerschaft: OdA Santé – Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit, Bern. Genehmigt durch das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie. Retrieved [23.06.2012] from: <http://www.bbt.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=d&detail=1&typ=RLP&item=49>

SVDK & SGI (undatiert). Reglement zur Ausbildung von diplomierten Krankenschwestern und Krankenpflegern in Intensivpflege und Reanimation. Bern: Schweizerischer Verband Diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger und Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (Hrsg.). In Kraft gesetzt per 1.1.1973.

SRK (1992). Neue Ausbildungsbestimmungen. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.).

Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (1995). There is little European Research on Intensive Care Nursing. Intensive and Critical Care Nursing, 11, 244-51.

Wilson V. (1990). From sentinels to specialists. American Journal of Nursing, (Oct.), 32-43.

Remerciement

Nous espérons, au nom du comité de la SSMI, que ce livre du jubilé vous a plu et vous a permis de mieux faire connaissance avec notre société et ses 40 ans d'histoire. Nous tenons à remercier très chaleureusement tous ceux et celles sans qui la réalisation de cet ouvrage n'aurait pas été possible.

Les anciens présidents de la SSMI tout d'abord, qui ont tous favorablement répondu à notre demande, et dont les textes nous indiquent les grands défis auxquels la société a été confrontée et les actions principales qui ont été réalisées par les présidents successifs, assistés de leur comité respectif. Ce livre est avant tout un hommage à tous ces présidents dont le travail considérable, et souvent peu reconnu, a permis de construire l'édifice, aujourd'hui solide, de la médecine intensive en Suisse.

Nous voulons remercier ensuite tous les auteurs de la rubrique tribune libre, qui ont évoqué, dans des textes brillants, parfois émouvants, le développement de la médecine intensive en Suisse, qu'elle soit adulte (textes du professeur Claude Perret et du professeur Jean-Claude Chevolet), pédiatrique ou néonatale (texte du professeur Bernhard Frey), ses relations avec l'anesthésiologie (texte du Dr Tiziano Cassina), ainsi que les défis passés, présents et futurs de notre spécialité (texte du professeur Jukka Takala), tant pour les médecins que pour les infirmier(ère)s (texte de madame Ursi Barandun Schäfer et monsieur Hans Richter). Merci à ces pionniers de la médecine intensive, qui ont, par leur force de caractère hors du commun, leur conviction infaillible, leur infatigable travail et leur profond respect de l'humain, très largement contribué à l'essor de la médecine intensive en Suisse et son rayonnement, tant au plan national qu'international.

Nous voulons également remercier madame Gabriela Deutsch de la société IMK, secrétaire administrative de la SSMI, pour son remarquable travail dans la réalisation graphique et la mise en page de ce livre du jubilé, ainsi que pour son travail très actif dans la gestion administrative de notre société.

Enfin, nous voulons bien sûr remercier tous les membres de la SSMI, médecins et infirmier(ère)s, qui consacrent quotidiennement, dans des conditions souvent difficiles, tant de leur temps et de leur énergie à accomplir les multiples missions que nous impose notre spécialité: soins aux malades, formation, enseignement et recherche. C'est grâce à cet investissement sans relâche que notre société peut vivre et qu'elle continuera à se développer dans le futur.

Pr Lucas Liaudet
Secrétaire de la SSMI

Danksagung

Wir hoffen, dass Ihnen die Lektüre dieses Jubiläumsbuchs gefallen und Ihnen unsere Gesellschaft und deren 40-jährige Geschichte näher gebracht hat. Unseren herzlichsten Dank aussprechen möchten wir all denen, ohne deren Mitarbeit die Realisation des vorliegenden Buches nicht möglich gewesen wäre. Dies sind als erstes die Altpräsidenten der SGI, die alle entgegenkommend auf unsere Anfrage nach Beiträgen reagiert hatten. Ihre Texte lassen erahnen, mit welcher grossen Herausforderungen die Gesellschaft konfrontiert war und welche initialen Schritte und Visionen erforderlich waren, die dann durch die nachfolgenden Präsidenten, mit Unterstützung des jeweiligen Vorstand realisiert worden waren. Dieses Buch soll vor allem als Hommage an all diese Präsidenten verstanden werden, deren beachtliche – und oft wenig anerkannte – Arbeit ermöglicht hat, das heute solide Gebäude der Intensivmedizin zu errichten.

Gleichfalls bedanken möchten wir uns bei den Autoren der Freien Mitteilungen, welche in ihren ausgezeichneten, manchmal bewegenden Beiträgen, die Entwicklungen der Intensivmedizin in der Schweiz aufzeigen. Die Texte präsentieren die Intensivmedizin für Erwachsene, (Texte von Professor Claude Perret und Professor Jean-Claude Chevolet), pädiatrische und neonatologische Intensivmedizin (Text von Professor Bernhard Frey), die Beziehungen zur Anästhesiologie (Texte von Dr. Tiziano Cassina), wie auch vergangene, gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen (Texte von Professor Jukka Takala), für Ärzte wie Pflegende (Texte von Ursi Barandun Schäfer und Hans Richter). Ein Dankeschön an diese Pioniere der Intensivmedizin, die, dank aussergewöhnlicher Charakterstärke, unfehlbarer Überzeugung, unermüdlicher Arbeit und tiefem Respekt gegenüber dem Menschen, in weiten Teilen dazu beigetragen haben, der Schweizer Intensivmedizin zu ihrer heutigen Bedeutung zu verhelfen, welche auf nationaler, wie internationaler Ebene anerkannt wird und Einfluss nimmt.

Wir danken auch Gabriela Deutsch, Leiterin der SGI Geschäftsstelle, für die aktive Mitarbeit bei der redaktionellen und graphischen Umsetzung dieses Jubiläumsbuchs und die engagierte Geschäftsführung unserer Gesellschaft.

Schlussendlich möchten wir es nicht unterlassen, auch allen Mitgliedern der SGI zu danken. Den Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegenden, die, unter oft schwierigen Bedingungen, ihre Zeit und Energie den vielfältigen Anforderungen unserer Spezialität widmen. Patientenbehandlung, Bildung, Lehre und Forschung der Intensivmedizin sind nur so möglich. Es ist dieses unermüdliche Engagement, dank dem unsere Gesellschaft fortbesteht und sich auch in Zukunft weiter entwickelt.

Prof. Lucas Liaudet
Sekretär der SGI



Dr Yvan Gasche, PD, président 2010-2012 ; Pr Dr Peter Rimensberger;
M. Volker Tempelmann; Mme Marie-Anne Becker ; Pr Dr Hans Pargger ; Pr Dr Lucas Liaudet ; Prof.
Dr Christoph Haberthür ; Mme Muriel Joris-Frassen ; M. Martin Balmer ; Pr Dr Marco Maggiorini
(President elect) ; Mme Paola Massarotto (Présidente 2012-2014) ; Dr Gian-Reto Kleger ;
(Absent : Pr Dr Thierry Fumeaux)



40 Jahre SGI | 40 ans SSMI