

# Tempus fugit – flüchten wir mit?

Die Serie «Ein Tag Notfalldienst» im kritischen Rückblick\*

B. Savary-Borioli

Wenn Sie, als Ärztin oder Arzt, einem Menschen helfen können aus seiner Qual, das stelle ich mir als eine Erfüllung vor, die vor dem Tod sich nicht als eitel erweist wie allerlei anderes, Titel zum Beispiel ... Und vom Tod war hier die Rede, weil nur aus unserem Todesbewusstsein sich das Leben als Wunder offenbart ...

*Max Frisch (aus «Rede an junge Ärztinnen und Ärzte», Diplomfeier der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, 1984)*

Als mich Martine Gallacchi und Giorgio Mombelli im Namen der Kommission «Forschung und Entwicklung in angewandter Medizin» (RRMA) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) anfragten, ob ich einen abschliessenden Artikel zur Serie «Ein Tag Notfalldienst» schreiben würde, sagte ich ohne lange zu überlegen zu. Ich hatte schon alle Beiträge mit grossem Interesse gelesen und die geschilderten Situationen mit meiner Erfahrung in fast zwanzig Jahren Arbeit als «Feld-, Wald- und Wiesentokter» im Tessiner Valle Onsernone, «un contadino, che fa il dottore» (ein Bub aus dem Tal), als Bergrettungs- und Rega-Notarzt, als Past-President der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR/SSMUS) und in meiner jetzigen Aufgabe als ärztlichem Leiter Rettungsdienst beim Servizio Autoambulanz der Croce Verde (CVL) in Lugano verglichen.

Der Initiator der Serie, Kollege Markus Gassner, gibt im ersten Beitrag den Ton an: «Arzt sein wird heute immer schwieriger. Wir haben unseren Beruf gewählt, um jedem kranken Menschen zu helfen, wie unsere Kollegen seit Jahrtausenden und in allen Kulturen. Wo sucht ein Mensch Hilfe, der heute plötzlich krank wird? Welche Hilfe können wir Ärzte ihm bieten? Welche Rolle spielt dabei der Arzt im Notfall? Wie können wir die Realität der ärztlichen Versorgung heute messen? Sind z. B. meine Notfall-Triage-Entscheidung zu riskant oder zu teuer? Welche technischen Hilfsmittel sind dafür unbedingt notwendig?» [1]

Die Vielfalt der Beiträge zeigt, wie viele und wie unterschiedliche Bereiche der ärztliche Notfalldienst rund um die Uhr und über das ganze Jahr in ambulanter Praxis, im Rettungswesen und am Spital umfasst. Aus den Berichten geht hervor, dass die damit verbundenen Aufgaben in den meisten Fällen *ernst genommen und gewissenhaft erfüllt* werden.

**Der Notfalldienst stellt eine Kernaufgabe unseres ärztlichen Berufs (unserer Berufung?) dar.**

In der Folge will ich aus den vorliegenden Erlebnisberichten einige *für den ärztlichen Notfalldienst typische Situationen, Reaktionsweisen, Daten und Schlussfolgerungen* herausarbeiten, sie mit *Zitaten* – zum Teil aus den Texten der Kollegen – unterstützen und aus meiner Sicht *kommentieren*\*\*.

## «Chaque urgence mérite une réponse» (Olivier Moeschler, 1954–1999)

*Der Patient oder sein Umfeld entscheiden, wann ein medizinischer Notfall vorliegt. Wir Ärzte müssen mithelfen, darauf die adäquate Antwort zu finden. Die Dyspnoe infolge Hyperventilation nach einer Aufregung werden wir anders angehen als die Dyspnoe bei der herzinsuffizienten Patientin mit einem Grad NYHA IV, aber beides sind Notfälle und verlangen eine rechtzeitige kompetente Diagnose und Therapie. Wir sind dazu auch gesetzlich verpflichtet, können keine Notfallpatientin ablehnen. Umgekehrt hat auch der Patient in dieser Situation keine freie Arztwahl mehr, er muss mit der Dienstärztin vorliebnehmen, wenn er seinen Hausarzt (ab und zu auch Leibärztin, «Koryphäen») nicht erreichen kann. Die Dienstärztin, auch bei «Einschränkung der Befindlichkeit», auch wenn es «nicht mein Abend» ist, vertritt deshalb oft nicht nur den Hausarzt, sondern «die Ärzteschaft», sie verkörpert während ihres Dienstes «den ärztlichen Notfalldienst» oder «das Spital» in toto. Auch das verpflichtet – und belastet.*

\* Der vorliegende Rückblick ist die gekürzte Fassung eines längeren Artikels; die ausführliche Fassung steht auf der Website der SAMW ([www.samw.ch](http://www.samw.ch)) zur Verfügung (unter «Publikationen»).

\*\* Mein vorliegender Text verwendet (ausser in den Zitaten) aus Platzgründen grammatikalisch abwechselnd die weibliche und die männliche Form. Wo sich Passagen sinngemäss auf Frauen und Männer beziehen, ist die jeweils «andere Hälfte des Himmels», auch bei grammatikalisch nicht korrekter Ausdrucksweise, einbezogen. Scusatemene, prego.

Korrespondenz:  
Dr. med. Beppe Savary-Borioli  
Croce Verde Lugano  
Servizio autoambulanz  
Via delle scuole 46  
CH-6963 Pregassona

E-Mail: [dirmed@croceverde.ch](mailto:dirmed@croceverde.ch)

«Das reibungslose Funktionieren des Notfalldienstes ist meines Erachtens ausserdem sehr wichtig für die Vertrauensbildung zwischen uns Hausärzten und der Bevölkerung, eine Verantwortung, die wir alle ernst nehmen sollten.»

**Notfalldienste («Come what come may» – Shakespeare «Macbeth») – wo immer und wann immer sie stattfinden – konfrontieren uns mit Grenzsituationen: Schmerzen, Leiden, Tod.**

Notfalldienste gehen auch bei uns «ans Lebendige», machen uns Angst, Angst vor möglichem eigenem Leid und vor unserem Tod, «die Möglichkeit unseres eigenen Todes bleibt verdrängt», «vor dem geistigen Auge sehe ich bereits heulende Sirenen, Herzinfarkt, Verkehrsunfall, Selbstmord usw. und hoffe, dass der Regisseur meines Notfalldienstes es nicht allzu stark übertreibt», und nach einem Mordfall: «Ich denke an unser Kind und daran, wie schnell ein Glück zerstört werden kann. Dieses Erlebnis wird mir noch lange keine Ruhe lassen.» Angst aber auch, vor Leiden und drohendem Tod zu versagen. «Angst, unsere notwendige Verdrängung erweise sich nicht als stabil genug.» «Anche stavolta mi prende una specie di magone e non so bene perché.» et: «L'angoisse du malade a contaminé le médecin.» und: «Nur kein Risiko eingehen!»

«*Si vis vitam, para mortem.*» (Sigmund Freud): Mit der Vorstellung vom eigenen Tod im klaren sein ist eine wichtige Voraussetzung, um in Situationen, wo es «um Leben und Tod» geht, bestehen zu können.

**Auch im Notfalldienst gilt ein Spruch, den mir mein Vater und mein Lehrer Prof. W. Siegenthaler, beide begeisterte Loeffler-Schüler, von ihrem Lehrer weitergaben: «Was häufig ist, ist häufig, und was selten ist, ist selten.»**

Die «im Notfalldienst beliebten Diagnosen» machen 85–90% der Fälle aus (z.B. unkomplizierte Infekte des ORL-Bereichs, der Harnblase, einfachere traumato- oder rheumatologische Notfälle; auffallend häufig werden «geplatzte Kondome» genannt, wie überhaupt einige Kollegen einen nicht unwichtigen Teil ihrer Notfalldiensttätigkeit im Zusammenhang mit der sexuellen Aktivität ihrer Patientinnen erleben – *eros/thanatos?*). Situationen mit Bedrohung bis zum Ausfall der Vitalfunktionen (rev. NACA-Score 4–7) machen in städtischen wie in ländlichen Gebieten 10–15% der Fälle aus. So hat der Mythos, nelle valli (in den Bergtälern) des Tessins würden die Leute nur

für schwere und schwerste Fälle die Notfallnummer 144 anrufen, während in Lugano jede Bagatelle nach der «ambulanza» schreie, der Statistik der Sanitätsnotrufzentrale «144/Ticino Soccorso» der FCTSA nicht standgehalten: Die Rettungsdienste der Tre Valli (TVS) und des Luganese (CVL) weisen beide 13% ihrer Einsätze für rev. NACA-Scores 4–7 aus.

## Notfalldienst – Dienst für wen?

Wem dient unsere Dienstleistung?

– *Der Gesellschaft in rasantem Wandel*, wo ein älterer Kollege auf dem Lande bei seinem letzten Notfalldienst AIDS zum ersten Mal bewusst erlebt, wo multinationale Konzerne immer mehr nach dem Prinzip «hire and fire» verfahren und bei Krankheit/Unfall ihre Arbeitskräfte von uns so rasch wie möglich wieder «arbeitsfähig» zurückhaben wollen – ich arbeite, also bin ich (gesund) –, wo die Armut zunimmt («working poor» und «poor tout court»), *multiethnisch-/kulturell*, wo Kollegen «ein Wort zu Ethnien verlieren» und gemäss ihrer persönlichen Erfahrung mit Vertretern verschiedener Völker diese katalogisieren, wo das *Warenprinzip herrscht* – ich kaufe, also bin ich (gesund) – ich habe das *Recht* darauf, zu erhalten, wofür ich bezahle (Krankenversicherungsprämien für Gesundheit, ärztliche Leistung als Ware) – «Notfalldienst – Spiegel unserer Gesellschaft mit all ihren Begehrlichkeiten und Ansprüchen: alles sofort und nach eigenem Gutdünken und wenn möglich noch zum Nulltarif.»

**Im Notfalldienst spüren wir die Bedingungen, Zwänge und Einschränkungen, welche diese Gesellschaft unserer Arbeit auferlegt, oft am unmittelbarsten.**

Immer häufiger werden wir auch zu Problemen gerufen, die nur am Rande mit Medizin zu tun haben, aber für die sich sonst niemand zuständig fühlt: Sollen (können?) wir Ärzte eine *kranke Gesellschaft* behandeln? – «Soll die Medizin daher ihre grosse Aufgabe wirklich erfüllen, so muss sie in das grosse politische und soziale Leben eingreifen; sie muss die Hemmnisse angehen, welche der normalen Erfüllung der Lebensvorgänge im Wege stehen und ihre Beseitigung erwirken.» (Rudolph Virchow, 1849)

In den grossen SAMUs in Frankreich arbeiten zunehmend Sozialarbeiter mit, da immer mehr soziale Notfälle bei der medizinischen

Anlaufstelle (gebührenfreie Telefonnummer 15) landen. *Soziales Leid als Ursache von psychischem und somatischem Leiden: Was machen wir damit im Notfalldienst? «Tempus fugit ...» – flüchten wir mit?*

- *Den Patienten, die uns meist vor ihrem Anruf unbekannt sind, die «anrufen und dann doch nicht kommen», oft auch – vielleicht unter falschem Namen – am Telefon «nur eine Zweitmeinung einholen» wollen, die wir bei Hausbesuchen oft mühsam suchen müssen, deren Inszenierung «gut in ein Werk von Beckett oder Kafka» passen würde.*

Am «Tatort» werden die Rollen verteilt, wir können zu Zuschauerinnen oder Mitspielern werden, und ab und zu haben wir auch den Eindruck (die Illusion?), in die Regie eingreifen zu können. *«Le médecin ne s'impose pas, il s'expose.»*

*Unsere diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind vor Ort oft frustrierend beschränkt: Ob sich z.B. hinter dem subakuten Abdomen «bloss eine Koprostate» verbirgt, kann nur eine zusätzliche Diagnostik am Spital bestätigen, die Therapie beruft sich bei der Diagnose «Koprostate» dann auf «antike Tradition» (to EBM or not to EBM?).*

### Die wichtigste medizinische Aufgabe im Notfalldienst: die Triage

Triage bedeutet ein «Sortieren nach der Dringlichkeit des spezifischen Bedarfs unter gleichzeitiger Beachtung der aktuell dafür zur Verfügung stehenden Mittel». «Der ärztliche Notfalldienst hat in erster Linie die Aufgabe einer notfallmässigen Triage: sofortige Weiterweisung, Abwarten, probatorische Behandlung. Generelle Richtlinien für die Kunst der Triage in unterschiedlichen zeitlichen und regionalen Gegebenheiten sind kaum möglich».

Beim Grossereignis soll immer der Erfahrenste triagieren. Erfahrung ist auch im gewöhnlichen Alltagsnotfalldienst gefragt. *Erfahrung hilft Unsicherheit abbauen: «Ein ausgewogener Umgang mit Unsicherheiten in Diagnostik und Therapie ist ein wichtiges Ausbildungsziel des jungen Notfallarztes. Mit zunehmender Erfahrung und ständiger Weiterbildung kann man dem Ziel einer umfassenden und gleichzeitig kosteneffizienten Patientenbetreuung schrittweise näherkommen.»* Dieser Satz könnte aus

einem Grundsatzpapier einer FMH-Weiterbildungskommission stammen. Verfasst hat ihn ein Assistenzarzt.

**Wofür wir uns in der Triage zuständig erklären (dafür ausgebildet und ausgerüstet), das müssen wir unabhängig von «temps» («Unzeit») und «espace» («ungemütlich») übernehmen. Nur dann tragen wir zu einem effizienten Notfalldienst bei.**

### Heroisches Einzelkämpfertum – bis zum Burn-out?

Genügt «sehr wenig Erfahrung am Anfang», um «wirklich Doktor» sein zu dürfen? Vor allem wenn «man verzweifelt einen Oberarzt sucht» und für die Patientin nicht rechtzeitig findet.

**Bei aller Notwendigkeit für das Spital, die Dienstpläne zu füllen, und für die Assistenzärztin, Erfahrung zu sammeln: Der jüngste und unerfahrenste Arzt darf nicht und schon gar nicht allein an die Notfallpforte gestellt werden. Zu wichtig sind die Triagefunktion der Notfallstation für die Patienten und das gesamte Spital, das häufig den grössten Teil seiner stationären Patienten über die Notfallpforte aufnimmt, aber nicht zuletzt auch der «Visitenkarteneffekt» für «das Spital».**

Kompetente, faire Dienstärztinnen «extra muros» haben Anrecht auf kompetente, faire Ansprechpartner im Spital – Ignoranz und Arroganz sind auch in der Notfallmedizin häufig zusammengewachsen wie siamesische Zwillinge.

Kann die Assistenzärztin am Spital in der Regel auf einen Oberarzt- oder Hintergrunddienst zurückgreifen, und sei es auch nur für ein telefonisches Konsilium, ist dies dem «grundversorgerischen Einzelkämpfer» oft versagt. Einige finden es «durchaus spannend»: «Im Felde da ist der Mann noch was wert, ja da wird ihm das Herz noch gewogen.» (Friedrich Schiller)

Für andere ist die «*Situation frustrierend, amtlich verordnet und von der Ärztesellschaft und ihren Organen sanktioniert*» und (derselbe Kollege): «*Übermüdete und fachlich überforderte Dienstärzte sind auch eine Gefahr für die Patienten.*» «Vingt mille, ils sont vingt mille habitants dans mon secteur à pouvoir faire appel à moi, et je suis seul.»

**Überlastetes und überfordertes Einzelkämpfertum droht im Burn-out zu enden. Verschiedene Kollegen sehen die Gefahr dafür vor allem auch im «täglichen Bürokrieg» und darin, als «medizinischer Müllmann», «Zielscheibe für Krankenkassenpressionen aller Art» und «Sündenbock für Politiker» funktionieren zu müssen.**

Oder ist es der «Frustration aus der uns verwehrt Singularität, daraus, *lege artis und nicht einmalig* handeln zu müssen», nur «Spezialisten für Alltägliches» sein zu dürfen.

### Qualität und Motivation dank Fortbildung

Arbeiten wir in *Qualitätszirkeln* organisiert! Dort können wir auch unsere Notfalldiensttätigkeit kritisch hinterfragen. Wenn wir die für die Notfallstationen an den Spitälern verantwortlichen Kollegen mit einladen, gelingt es uns gar (trotz restriktivem, hier sicher unsinnigem Datenschutz), Informationen über unsere hospitalisierten Patientinnen zu bekommen.

Notärzte und Rettungssanitäterinnen, mit denen wir *zusammenarbeiten*, können für die *fachliche Fortbildung* (das notfallmedizinische ABCDE) zusammen mit spezialisierten *Kursen* (SRC, ACLS/PALS- und ATLS-, PHTLS/AMLS-Schweiz, Armee und andere) herangezogen werden. Wir sprechen so *dieselbe Sprache* und arbeiten nach den *selben Richtlinien* und *ergänzen uns in unserer Arbeit und Ausrüstung* (wer braucht einen Defibrillator?)

**Regelmässige obligatorische und gemeinsame Fortbildung trägt dazu bei, Qualität und Motivation zu erhalten und gegenseitigen Respekt, Solidarität und Teamwork zu fördern.**

**Notärztinnen und verantwortliche Spitalärzte können wir bei Zweifeln auch telefonisch konsultieren: Wir müssen nicht «jederzeit alles wissen und alles können», wohl aber jederzeit wissen, wo und wie Hilfe holen.**

*Peer-review, Feed-back aus dem Spital und gemeinsame Debriefings bei Einsätzen im Verbund mit Partnern* (Rettungsdienst, Rega, Polizei, Feuerwehr, Notfallpsychologinnen und -seelsorger, SAC-Rettungskolonnen, Seerettung usw.) bilden alle *gemeinsam* weiter, fördern das *Teamwork* und die *Solidarität* unter zum Notfalldienst Verpflichteten und tragen auch dazu bei, unseren psychischen Stress nach belastenden Einsätzen abzubauen.

### Darf Sparen etwas kosten?

Und weil meist *das Sein das Bewusstsein prägt*: ein paar Überlegungen zu den *ökonomischen Aspekten* ärztlichen Handelns im Notfalldienst. «Experten bezeichnen die Schweiz, was ihr *Gesundheitssystem* betrifft, als *europäische USA*» (Prof. Dr. A. Vatter, Universität Bern). Privatpraxen (KMU), in denen oft wie auf den Bauernhöfen die Familie (meist die Ehefrau, gelegentlich sogar die Grossmutter) mithilft, stehen neben der «Staatsmedizin», sprich Institutionen des «öffentlichen Gesundheitswesens» («service public») der *27 souveränen Gesundheitsdepartemente* (26 Kantone plus Bund); zusätzlich florieren immer mehr Privatkliniken, Permanences usw. – im Rahmen von WTO und GATT wohl immer mehr Filialen global operierender, Gesundheitsdienstleistungen anbietender Trusts. Marketingstrategien sollen helfen, sich «im Gesundheitsmarkt zu positionieren». Prof. Gianfranco Domenighetti lehrt uns, dass wir Ärzte oft Angebot (diagnostisch/therapeutisch) und Nachfrage – über unsern Einfluss auf die Patientinnen – bestimmen («*drôle de marché*»).

Den Kleinen kann es dabei immer häufiger wie den Heimstickern in der Ostschweiz zu Beginn des 20. Jahrhunderts gehen. Der *persönliche Nettoertrag* (bei mit dem Arbeitsgesetz kaum zu vereinbarenden Arbeitszeiten) liegt – wenn ich die Stunden nach den Anweisungen des Bundesamtes für Statistik rechne – *für Grundversorger im Notfalldienst bei etwa 40 Franken pro Stunde*; das «*benchmarking*» mit andern Berufen von vergleichbarer Qualifikation und Verantwortung überlasse ich andern (wieso nicht zum Beispiel Finanzspezialisten der Krankenversicherer? Oder deren Präsidenten – nicht selten Bundes- oder Alt-Bundesparlamentarier?). Dabei werden gerade im Notfalldienst (Triage) häufig die Weichen gestellt: *effiziente Arbeit trägt nicht nur dazu bei, unmittelbare Verschwendung zu vermeiden, sie hilft auch, späteres Leiden, und dessen Folgekosten zu verringern*. Investitionen im Notfalldienst können helfen, im Gesundheits- und Sozialwesen zu sparen.

### Schlussfolgerungen

Damit sich *Dienstärzte* nicht mehr überfordert fühlen, müssen sie in Notfallmedizin *korrekt aus-, weiter- und fortgebildet* werden; sie müssen auch «im Notfall» stets eine kompetente Referenzperson finden können. *Deshalb muss auch in der Schweiz wie in vielen Ländern die Notfallmedizin als Spezialität anerkannt werden.*

Wie sollte der ärztliche Notfalldienst organisiert sein (wenn z. B. ich Notfallpatient wäre)?

- In die *Rettungskette* (Ahnefeld) eingegliedert, die mit korrektem Alarm und effizienter Erster Hilfe durch Laien beginnt (Dienstärzte/Grundversorger sind als Erste-Hilfe-Ausbilder für Laien gefragt);
- unmittelbar über eine *professionelle (Interverband für Rettungswesen IVR), ärztlich geleitete Sanitätsnotrufzentrale (SNZ) 144* erreichbar, in der auch Vertreter des ärztlichen Notfalldienstes Einfluss auf die Triage haben;
- von kompetenten und motivierten (siehe oben), korrekt entschädigten und adäquat ausgerüsteten, qualitätsbewussten und über SNZ 144 angebotenen *Grundversorgerinnen als Dienstärzte* versehen und *bei Bedarf im Teamwork* (keine «überlasteten und überforderten Einzelkämpfer») *ergänzt und verstärkt*;
- durch *terrestrische und Luftrettungsorganisationen mit Notärztinnen und Rettungssanitätern* (primär im Direktaufgebot über die SNZ 144 oder allenfalls auch bei Bedarf vor Ort nachalarmierbar) und/oder
- durch *Spezialistinnen im Notfall-Hintergrunddienst* (Psychiater, andere Spezialarztfunktionen); *vernetzt untereinander und mit*
- *weiteren Diensten* wie Spitex, Sozialdienste, aber auch bei Bedarf Polizei und andere Dienste (gemeinsame Notrufzentrale);
- abgestützt auf *kategorisierte Spitäler mit Notfallstationen*, dazu verpflichtet, alle Notfallpatienten, für die sie zuständig (deklariert) sind, primär aufzunehmen (keine Abweisungen, «weil gerade kein Platz auf der IPS frei ist»), *von Spezialisten in Notfallmedizin ärztlich geleitet* und untereinander vernetzt.

Informationsaustausch muss unter allen Partnern im Notfalldienst möglich, der Zugang dazu geregelt sein – ein Notfallausweis («Card») erlaubt mir, meine in einem Notfall notwendigen Informationen auch bei Bewusstlosigkeit zu kommunizieren.

Die *Bewältigung eines Massenfalls von Patienten* – zu denen auch ich gehören kann – muss geregelt sein (IVR).

Die Plattform Rettungswesen der FMH steht für den grössten Teil dieser Massnahmen ein und arbeitet weiter daran, den Beitrag der Ärzte zum Notfall- und Rettungswesen zu verbessern und immer mehr zu vernetzen.

Ein Auffangnetz kann Ärztin und Patient beim Seiltanz im Notfalldienst nützen. Es muss dann nicht mehr in jedem Moment und in jeder Situation zwingend und ausschliesslich heissen: «Dafür muss man schon ein sehr guter Arzt sein.»

**Unser ärztlicher Notfalldienst soll im Sinne Hegels «aufgehoben» werden: Er soll «auf eine höhere Stufe gehoben» werden.**

Ich danke Kollegen und amici: Martine Gallacchi und Giorgio Mombelli für die Anfrage, welche diesen Artikel möglich machte; Beat Keller, Reto Laetsch, Peter Matter, Joseph Osterwalder und meinem Vater für die kritische Lektüre des Textes und für ihre wertvollen Ergänzungen; Hermann Amstad, stv. Generalsekretär der SAMW, zusätzlich für seine nützlichen Präzisierungen meiner Aufgabe, seine wohlwollende Geduld und die «mise en page». Grazie.

Den Text widme ich meinem Vater, meinem ersten ärztlichen Lehrer und Meister, zu seinem 82. Geburtstag.

## Conclusions

Afin que les *médecins de garde* ne se sentent plus dépassés, ils doivent bénéficier d'une *formation prégraduée, postgraduée et continue adéquate* en médecine d'urgence; ils doivent toujours pouvoir trouver une personne de référence compétente, y compris «en cas d'urgence». *C'est pourquoi, en Suisse aussi, la médecine d'urgence doit être reconnue en tant que spécialité, comme elle l'est dans beaucoup de pays. Les spécialistes en médecine d'urgence doivent se consacrer aux pathologies et situations définies comme des «urgences» dans «le temps et l'espace», (P.F. Unger) enseigner la manière d'y faire face et organiser la prise en charge ultérieure en «mode normal».*

Comment le service médical d'urgence devrait-il être organisé de mon point de vue si j'étais un patient faisant appel au service médical de garde?

- Intégré à la *chaîne du sauvetage* (Ahnefeld), qui commence par une alarme adéquate et des premiers secours efficaces prodigués par des premiers intervenants (les médecins de garde/médecins de premiers recours ont ici un rôle à jouer comme formateurs en premiers secours pour les non-professionnels);
- joignable en ligne directe via une *centrale d'appels sanitaires d'urgence (CASU, 144) professionnalisée (IAS), placée sous une direction médicale* et dans laquelle des représentants du service médical de garde contribuent au triage des appels;
- faisant intervenir, via le 144 (CASU), des *médecins de premier recours en tant que médecins de garde* compétents et motivés (voir plus haut), correctement indemnisés, suffisamment équipés et soucieux d'assurer des pres-

- tations de qualité, au besoin intégrés à une équipe venant compléter et renforcer leur travail (pas de «francs-tireurs surchargés et dépassés»); mis en réseau:
- avec des organisations de sauvetage terrestre et aérien disposant de médecins d'urgence et de secouristes professionnels (voir plus haut) (mobilisés en principe directement par la CASU 144, mais, au besoin, aussi appelés en renfort par le médecin de garde sur place) et/ou
  - avec des spécialistes de garde en deuxième ligne (psychiatre, autres fonctions médicales spécialisées), ainsi qu'avec
  - d'autres services comme les soins à domicile (Spitex), les services sociaux, mais aussi, au besoin, la police et d'autres services (centrale d'appels d'urgence commune);
  - relayés par des hôpitaux classés en catégories et dotés d'un service des urgences, tenus de prendre en charge en premier ressort tous les patients en urgence pour lesquels ils sont (déclarés) compétents (pas d'admissions refusées «faute de place aux soins intensifs»), dont la direction médicale est assurée par des spécialistes en médecine d'urgence et mis en réseau.

L'échange d'informations doit être possible entre tous les partenaires, et l'accès à ces informations doit être réglementé – une carte de patient («card») me permet de faire connaître aux intervenants les informations importantes me concernant en cas d'urgence, même si je suis inconscient/e.

La manière de faire face à un afflux massif de patients – dont je peux faire partie – doit être réglementé (IAS).

La plate-forme sauvetage de la FMH soutient l'essentiel de ces mesures et travaille à l'amélioration et à la mise en réseau des prestations des médecins dans le cadre du système d'urgence et de sauvetage.

Un «filet» peut être utile au médecin et au patient lors du passage difficile sur la corde tendue dans le «circuit de l'urgence». L'idée qu'il faut forcément, à tout moment et dans chaque situation, «être un très bon médecin» peut ainsi être relativisée.

**Notre service médical d'urgence doit être «aufgehoben» au sens de Hegel, c'est-à-dire «porté à un niveau supérieur».**

**Unter folgendem Link finden Sie alle Texte aus der Serie «Ein Tag Notfalldienst»:  
Sous le lien suivant vous trouverez tous les textes de la série «Un jour de garde»:**

**[www.saez.ch/Liste\\_Notfalldienst.pdf](http://www.saez.ch/Liste_Notfalldienst.pdf)**