

01.08.2014 Politik

EU Norm 965/2012 bringt deutsches Luftrettungssystem in Schwierigkeiten

J. Seifert, R. Hoffmann, B. Bouillon



Die historische Entwicklung der deutschen Luftrettung geht in die 60iger Jahre zurück, in denen die Zunahme schwerer Verkehrsunfälle in ländlichen Bereichen aufgrund fehlender strukturierter bodengebundener Rettungsmöglichkeiten erstmalig Hubschrauber zum Einsatz kamen. Mit der BO 105, die über eine Heckladetür verfügte, wurde der damalige Patiententransport revolutioniert. Wohl mit Fug und Recht kann man sagen, dass die zivile Luftrettung in Deutschland erfunden wurde.

Der Aufgabenbereich der Luftrettung besteht insofern seit ihrer Installierung zuvorderst in der Bedienung von Primäreinsatzforderungen. Aufgrund einer Konzentration therapeutischer und diagnostischer Spezialeinrichtungen an Zentren der Maximalversorgung sowie einer Verknappung von Intensivbehandlungsplätzen im Krankenhaussektor, entwickelte sich ein zunehmender Bedarf an sogenannten Sekundäreinsätzen zur Verlegung schwerkranker Patienten in für sie geeignete Einrichtungen (zum Beispiel Neurochirurgie, Stroke Unit, Herzkatheterstandorte, Replantationszentren u. a.).

Die Luftrettung ist mit mittlerweile über 100.000 Einsätzen pro Jahr wesentlicher Bestandteil der Gefahrenabwehr und medizinischen Notfallversorgung in Deutschland.

In 40 Jahren ist die Unfallquote mit Personenschäden innerhalb der Luftrettung trotz der hohen Zahl von

Flugbewegungen mit 0,01 % gering.

Gleichzeitig hat die drastische Verkürzung der prähosp
Schwerstverletzten von ehemals >70 % auf zurzeit 12

Insbesondere für Schwerverletzte mit schwerem Schäc
einer bodengebundenen Rettung von statistischem Ü

Die bisherige Regelung gab trotz klarer gesetzlicher Vo
Spielraum: Nach § 25 Abs. 1 des Deutschen Luftverkeh
landen und von diesen starten (sogenannter Flugplatz
senkrecht starten und landen zu können und somit Fl
für sie. Bauliche und technische Vorgaben für Hubschr
(AVV) zur Genehmigung der Anlage und des Betriebes \

Die Tatsache, dass Hubschrauber auch auf freiem Feld
landen dürfen, ist § 25 Abs. 2 geschuldet, in dem eine /
Einsätze unterliegen dem Ermessen des Arztes und Pilo
Leben“ des Patienten besteht.

EU Norm (965/2012) [4]

Ab dem 28.10.2014 wird sich in der deutschen Luftrett
(965/2012), für die Deutschland eine zweijährige Opt-6

Zusammengefasst soll mit ihr eine erstmalige Katalog
erfolgen. Das sehr komplexe Regelwerk umfasst 148 S

Obwohl in Deutschland bereits gewichtsreduzierte Hu
Triebwerken und zweimotorigen Modellen unterwegs :
Gebieten nur noch mit der sogenannten Flugleistungs

Weiterhin werden Dienst- und Ruhezeiten neu geregelt
Nachtflugzeiten zeitlich nach vorne verlegt werden (17
Piloten über 60 Jahre nicht mehr alleine im Cockpit sit:
geregelt werden. Diese Möglichkeit soll ab Oktober 20

Landeplätze müssen dann eine Mindestgröße von 15×
aufweisen.

Von den Bedürfnissen der sog. Flächenfliegerei abgelei
dass sehr weit gefasste, flache An- und Abflugwinkel e
landen zu können.

Bedeutung der Luftrettung und Au

Die Versorgung schwer verletzter Patienten ist eine ori Unfallchirurgie. In einem Flächenland wie Deutschlanc kompetenzen aufweist, erschien es bereits in den acht fördern und zu fordern, die an der Versorgung schwerv Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) initiierte Bildung zertifizierten TraumaNetzwerken®) war eine logische I notwendigen Kompetenzen flächendeckend vorzuhalt

Die Möglichkeit der Luftrettung bzw. des luftgebunden funktionierenden Netzwerkes in der Versorgung von P deutschlandweit in 45 TraumaNetzwerken® 598 zertif

Eine Einschränkung, gar ein Ausfall von Luftrettungstr schwerverletzter Patienten ebenso auswirken wie auf I und allen anderen, die eine schnelle Verlegung in eine Probleme bedürfen.

Von 2017 Krankenhäusern in Deutschland werden regel etwa 20 % die derzeit gültige AVV, ca. 20 % verfügen ü über 50 % sind nicht im Besitz einer Genehmigung (so bestehenden Kliniklandeplätzen sind aktuell nicht mö

Die DGU initiiert daher derzeit eine entsprechende Um

Sofern Kliniken ihre Landeplätze nicht nach der neuen so genannten PIS („Public Interest Site“) für den wiede

- Nicht mehr als 100 Flugbewegungen pro
- ausschließlicher Betrieb bei Tageslicht
- Landestelle muss sich am Boden befind
- Landestelle bereits vor dem 1.7.2002 in
- Vorhandensein eines Betriebshandbuch
Notfallplan

Bisherige, ausgewiesene Hubschrauberlandeplätze an rettungs- und flugtechnischem „Trostpflaster“.

Auf Anfrage gab das Bundesverkehrsministerium an, d Rettungshubschraubern an Krankenhäusern erhalten u gewährleisten zu wollen. Dabei komme wohl die o. g. F Krankenhäuser im Rahmen der Hilfeleistung bei Gefah bleiben. Derzeit erstellt eine „Arbeitsgruppe Luftrettur

Landestellen in Deutschland, die zukünftig nach den R
Die Fertigstellung dieser Liste bleibt abzuwarten wie a
Bestimmungen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Ausdür
bodengebundenen Transportkapazitäten bei gleichzeit
mittlerweile gesetzlich verankerten Qualitätsansprüch

Durch die verkürzten Arbeitszeiten und eine verschärfte
Personal von ca. 30 %. Thilo Scheffler, stellvertretende
bezügl. gegenüber „Der Welt“ den Mehrbedarf an Pil

Neben erhöhten Personalkosten, Kosten für Umbau, N
die Betreiber der Luftrettung in der Pflicht ihre Hubsch
Die ADAC-Luftrettung kalkuliert derzeit ca. 130 Mio. €
Helikopter. Ähnliche Investitionen in Millionenhöhe w
Hubschrauberlandeplätzen an Kliniken erforderlich.

Fazit

Ohne Frage ist die Sicherheit des Flugverkehrs ein unal

Es stellt sich jedoch die berechtigte Frage, welchen Be
hoch Effizienz und Effektivität unter Berücksichtigung
Der Sinn einer durch EU-Gremien beschlossenen und a
Sicherheitsstandards erschließt sich – bezogen auf die
besteht bereits an den oft unübersichtlichen Einsatzst
relevantes Unfallrisiko. Die glücklicherweise diesbezüg
jedenfalls nicht her: ein Beleg für die hohe Qualifikati
Deutschland eingesetzten Besatzungen und ihrer Hub
derzeit aktiven Lande- und Flugplätzen an den Kliniken

Die primäre Luftrettung würde auch mit den neuen Be
vorbildlich und beispielgebend angesehenes System d
„europäischen Harmonisierung“ zusätzlich bürokratisi
ärztliche Verantwortungsträger allerdings nicht nachv

Literatur

[1] Hilbert, P, Lefering, R, Stüttgen, R: Traumaversorgu
den Zentren. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(26): 463-9

[2] Schweigkofler, U; Reimertz, C; Lefering, R; Hoffmann
Schwerverletztenversorgung. Der Unfallchirurg, 201

[3] AVV: <http://www.verwaltungsvorschriften-im-intern>

[4] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?l>

[5] Haas N, v. Fournier, C, Tempka, A, Südkamp, N: Traun
Europa um das Jahr 2000? Unfallchirurg 1997, 100:

[6] Seifert J: Das Weißbuch der Deutschen Gesellschaft
Versorgung Schwerverletzter in Deutschland. In „Re
Qualitätsmanagement“ Hrsg: Fuchs C, Kurth BM, Sc

[7] Gunter Carloff: Vorgaben für Krankenhauslandeplät
Fachtagung Luftrettung, 29.-31.Oktober 2013, Mair

*Seifert J. / Hoffmann R. / Bouillon B. EU Norm 965/201.
Passion Chirurgie. 2014 August, 4(08): Artikel 07_01.*

Autoren des Artikels



Prof. Dr. med. Julia Seifert

Zuständigkeit Hygiene im BDC
Leitende Oberärztin der Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädie
Unfallkrankenhaus Berlin
Warenerstr. 7
12683 Berlin

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Dr. Reinhard Hoffmann

Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär Deutsche Gesellschaft
für Unfallchirurgie (DGU)
Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie
BG Unfallklinik
Friedberger Landstr. 430
60389 Frankfurt am Main

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Bertil Bouillon

Unfallchirurgie, Orthopädie, Sporttrauma/Klinikum Merheim
Lehrstuhl der Universität Witten/Herdecke