

AERFORMED

15. Jahrgang Flugmedizinischer Informationsdienst

Febr. 2004

letzte Ausgabe

Die ICAO wird 60:

ICAO - JAA - EASA – Wohin geht die Reise?

Das ICAO-Vertragswerk, dem rund 200 Staaten dieser Erde angehören und das man auch das Chicagoer Abkommen nennt, wurde am 7. Dezember 1944, also vor 60 Jahren in Kraft gesetzt. Dieses Abkommen besteht aus 22 Kapiteln mit insgesamt 95 Artikeln und enthält die medizinischen Spielregeln im Anhang 1 zum ICAO-Vertrag und dort in den Kapiteln 1 und 6. Wenn man sich vorstellt, daß dieses Vertragswerk in nur wenigen Wochen und noch während der 2. Weltkrieg lief, entstand, kann man nur den Hut ziehen. Wie lange hat die JAA gedauert und was ist dabei herausgekommen!

Als sich 1989 einigen Mitglieder der Europäischen Zivilluftfahrt Konferenz ECAC zur JAA zusammenschlossen, um mit Hilfe des neu eingesetzten „Medical Subcommittees“ bessere Medizinvorschriften für Luftfahrtpersonal zu schaffen, hatte jedes Mitglied den Anhang 1 zum ICAO-Abkommen neben sich liegen. In der damaligen Auffassung, das, was die ICAO 1944 veröffentlicht hatte, sei nicht mehr zeitgemäß, wurde auf der Basis des bestehenden ICAO-Regeln versucht, etwas Neues Besseres zu entwickeln. Was herauskam, wissen wir heute. Es ist medizinisch nicht schlecht, aber durch die Dokumentations- und Übermittlungsprozeduren viel zu umständlich und für die Fliegerärzte äußerst belastend. Zeitaufwand und Kosten stehen in keinem Verhältnis zum Ertrag.

Aber wie es nun weitergeht, macht wieder ein paar Vorbemerkungen erforderlich.

Wenn ein Gremium medizinische Richtlinien bastelt, die ja ohne Zweifel der Luftverkehrssicherheit dienen, dann muß man sich angesichts der Tatsache, dass es absolute Sicherheit nicht gibt, der Frage nähern, welcher Grad, welches Maß an Sicherheit denn notwendig, bzw. der Öffentlichkeit zumutbar sei. Luftverkehr spielt sich schließlich über den Köpfen von uns allen, also der Öffentlichkeit, ab. Auf diesem Gebiet, aber nicht nur hier, haben sich die Engländer als smarter erwiesen, als wir alle gedacht haben. Sie veranstalteten nämlich bereits 1991 das "First European Workshop in Aviation Cardiology" auf hohem Niveau, das dann im „European Journal of Cardiology“ veröffentlicht wurde. Herzkreislaufkrankheiten sind DER Killer in den modernen Industriestaaten. Es war also vorauszusehen, dass man sich besonders auf diesem Gebiete auseinandersetzen musste. Schon das Kardiologiekapitel im ICAO-Medical Manual (Doc 8984-AN/895) stammte aus englischer Feder. Und obwohl Silvio Finkelstein 1985 das neu überarbeitete Werk



hochhielt und die „Geburt nach 10-jähriger Schwangerschaft“ verkündete, galt es Anfang der 90er Jahre bereits wieder als veraltet. Dennoch. Der Anhang 1 und dieses Dokument lagen am Arbeitsplatz jedes Mitgliedes der JAA-Arbeitsgruppe.

Auf jener luftfahrtkardiologischen Arbeitstagung in Brocket Hall, in England, wurde die 1%-Regel beschlossen. Der nicht fliegenden Öffentlichkeit sei zuzumuten, den verantwortlichen Piloten einer Passagiermaschine erst dann aus dem Verkehr zu ziehen, wenn die Erkrankung seines Herzens (oder anderer Organe) mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 1% pro Jahr zu einem Ereignis mit Handlungsunfähigkeit führen könne. Daran hat man sich all die Jahre gehalten und auf dieser Basis stehen heute die JAA-Richtlinien für die Gesundheitsüberwachung von Luftfahrtpersonal, die uns deutschen Fliegerärzten so wenig Freude machen.

Offensichtlich macht die JAA auch andernorts wenig Freude. Die Engländer, einerseits in der Dokumentation und Statistik vorbildlich, scheinen sich mit ihrer 1%-Regel geirrt zu haben. Auf der internationalen Luft- und Raumfahrtkonferenz 2002 in Sydney traten sie mit einem kaum beachteten Vortrag an die fachliche Öffentlichkeit und plädierten für eine 2%-Regel. Hat sich die Notwendigkeit ergeben, mehr Kapitäne mit signifikanter korona-

rer Herzkrankheit aus dem Verkehr zu ziehen, als man ursprünglich annahm? Ist die Gefahr, die sich aus einer signifikanten KHK ergibt, plötzlich nicht mehr so gravierend, wie man zu Zeiten der luftfahrtkardiologischen Workshops (es gab deren 2) noch glaubte? Wird die Sicherheit, die sich aus dem 2-Piloten-Konzept in der kommerziellen Luftfahrt ergibt, plötzlich überbewertet? Nur weil in einem Fall plötzlichen Herztodes beim Landeanflug einer vollbesetzten Passagiermaschine glücklicherweise nichts passierte? Nur weil der 1. Offizier seinen toten Kapitän schnell genug als tot (also handlungsunfähig) erkannte? Reicht das als Begründung aus, den Sicherheitsstandard, den man der Öffentlichkeit zumuten darf, zu halbieren? Erkennt überhaupt irgend jemand, dass hier der Versuch gemacht wird, ein Grundprinzip der Luftverkehrssicherheit auszuhöhlen?

Am 26. Januar 2004 hat die ICAO eine „study group“ etabliert, die das Flugmedizinische Handbuch der ICAO überarbeiten soll (AsMA-Journal, April 2004, Seite 374). Die Engländer sind vertreten, die Deutschen nicht! Und wenn wir nicht sehr aufpassen, wird mit fragwürdigen statistischen Argumenten aus der 1%-Regel eine 2%-Regel gemacht. Obwohl Deutschland nicht in diese Gruppe gehört, kann es mitwirken. Denn die Ergebnisse werden allen ICAO-Mitgliedstaaten zur Kommentierung bzw. Zustimmung vorgelegt. Dann gilt es stichhaltige Gegenargumente bereit zu halten, mit deren Ausformulierung bereits heute begonnen werden sollte.

Es hinterlässt einfach ein ungutes Gefühl, wenn man sieht, wie die Gesundheitsstandards, die mit dem JAA-Übergang bekanntlich gesenkt wurden, weiter aufgeweicht werden. Und das im Zeitalter des Airbus A 380. Wo das Leben von bis zu 800 Menschen von 2 oder 3 Piloten (Gehirnen und Kreisläufen) abhängt, sollte man an den Gesundheitsstandards dieser Menschen keine Abstriche zulassen, es sei denn, sie sind wirklich überzeugend begründet.

Warten wir also ab, wohin weltweit (ICAO, JAA, EASA) die Flugmedizin geht und verfolgen wir diese Ent-

25-A

5791

geb-

JFW

ZB MED