

Die U.S. Air Force in Europa verfügt jetzt über ein Spezialteam, das in Afrika verwundete US-Soldaten per Flugzeug evakuieren und schon während des Fluges operieren kann.

**LUFTPOST**

Friedenspolitische Mitteilungen aus der  
US-Militärregion Kaiserslautern/Ramstein  
LP 005/14 – 08.01.14

## Neues Konzept der U.S. Air Force für die Evakuierung verwundeter US-Soldaten aus Afrika

Von Jennifer H. Svan  
STARS AND STRIPES, 26.12.13

( <http://www.stripes.com/news/new-air-force-concept-for-aeromedical-evacuation-to-meet-challenges-in-africa-1.259333> )

AIR BASE RAMSTEIN, Deutschland – Auch während des vorjährigen Jahrestages der Terroranschläge am 11. September 2001 waren sie in Alarmbereitschaft.

Wäre übers Telefon ein Einsatzbefehl gekommen, hätten die Mitglieder des neu aufgestellten Air-Force-Teams für den medizinisch betreuten Lufttransport von Verwundeten sofort ihre in einem Lagerraum bereitstehenden Notfallkoffer mit chirurgischem Gerät und sonstiger Ausrüstung ergriffen und wären zu einer auf der Rollbahn der Air Base Ramstein wartenden C-130 (Hercules, s. [http://de.wikipedia.org/wiki/Lockheed\\_C-130](http://de.wikipedia.org/wiki/Lockheed_C-130) ) oder C-17 (Globemaster, s. [http://de.wikipedia.org/wiki/Boeing\\_C-17](http://de.wikipedia.org/wiki/Boeing_C-17) ) geeilt; dann hätte ein Wettlauf gegen die Zeit und die Entfernung (bis zum Einsatzort) begonnen.



Medizinische Versorgung von US-Schwerverwundeten an Bord einer speziell dafür eingerichteten C-17 (entnommen aus <http://www.janes.com/article/28480/us-develops-new-medevac-technique-for-africa-ops> )

Ein Chirurg, ein Notarzt, zwei zu Anästhesisten ausgebildete Krankenpfleger/innen und ein Operationssaal-Techniker, die der U.S. Air Force angehören und im Landstuhl Regional Medical Center / LRMC arbeiten, hätte sich auf den Weg gemacht, um andere medizinische Evakuierungsteams bei einem Einsatz in Afrika zu verstärken; sie hätten verletzte US-Amerikaner im Flugzeug nach Deutschland zurückgeholt und sie notfalls schon vor dem Start oder während des Fluges operiert.

Der Lufttransport verwundeter oder erkrankter US-Soldaten ist nichts Neues für die Air Force; während der Kriege im Irak und in Afghanistan hat sie mehr als 150.000

**Patienten zur ärztlichen Behandlung ausgeflogen und damit geholfen, das Überleben von etwa 98 Prozent der im Kampf verwundeten Soldaten zu sichern.**

Air-Force-Teams für den medizinisch betreuten Lufttransport fliegen routinemäßig auch Schwerverwundete, die vor dem Flug stabilisiert oder notoperiert wurden. Bisher haben sie aber noch nie Verwundeten an Bord genommen, die nicht bereits erstversorgt waren und auch noch nicht während des Fluges operiert.

Jetzt wollen die Air-Force-Teams genau das tun, denn in Afrika ist die Erstversorgung von Verwundeten vor Ort häufig nicht möglich, weil Verwundungen auch an entlegenen unsicheren Orten auftreten können, wo überhaupt keine ärztliche Erstversorgung möglich ist.

**Deshalb habe die U.S. Air Force in Europa / USAFE kürzlich ein "Tactical Critical Care Evacuation Team - Enhanced / TCCE-T-E" (ein medizinisches Evakuierungsteam mit gesteigerter Leistungsfähigkeit für taktische Einsätze) gegründet, das vor dem Start oder sogar während des Fluges stabilisierende Notoperationen durchführen könne, teilte Col. (Oberst) Jay Neubauer, der Chefchirurg der USAFE, mit.**

Das Konzept sei in Zusammenarbeit zwischen der USAFE (Infos dazu unter [http://de.wikipedia.org/wiki/United\\_States\\_Air\\_Forces\\_in\\_Europe](http://de.wikipedia.org/wiki/United_States_Air_Forces_in_Europe) ) und dem Air Mobility Command (Lufttransport-Kommando, s. [http://de.wikipedia.org/wiki/Air\\_Mobility\\_Command](http://de.wikipedia.org/wiki/Air_Mobility_Command) ), das auch für den Lufttransport von Verwundeten zuständig sei, entwickelt worden und gehe auf Initiativen der Special Forces (Spezialkräfte) der Air Force zurück, erläuterte Neubauer.

"Sie haben sich schon länger mit dem Problem befasst, wie Patienten am besten aus abgelegenen Einsatzorten evakuiert werden können," fügte er hinzu.

**Das neue Air-Force-Konzept der ärztlichen Erstversorgung während des Fluges wolle man künftig auch auf andere Weltregionen ausweiten, es werde aber erst einmal in Afrika erprobt, ergänzte Neubauer.** (Ausführliche Informationen über die verdeckte Aktivitäten der US-Streitkräfte in Afrika sind nachzulesen unter [http://www.luftpost-kl.de/luftpost-archiv/LP\\_13/LP15013\\_071013.pdf](http://www.luftpost-kl.de/luftpost-archiv/LP_13/LP15013_071013.pdf) .)

**"In zukünftigen Kriegen und bei unserer Umorientierung auf den Pazifik könnten wir auch auf Gebiete treffen, wo wir nicht so einfach Fuß fassen können wie in Afghanistan und im Irak,"** führte Neubauer aus. Damit bezog er sich auf das Netz von Feldlazaretten und Hauptverbandsplätzen in beiden Kriegsgebieten, in denen das US-Militär seine im Kampf Verwundeten sehr schnell behandeln und so die Sterblichkeitsrate senken konnte.

"Wir haben dieses neue Konzept erst einmal für Afrika entwickelt," sagte Neubauer. "In dort auftretenden besonderen Situationen kann es sehr hilfreich für uns sein, ein Team zu haben, das dazu fähig ist, schnell Verwundete zu bergen und zurück nach Europa zu bringen."

**Wegen der Weite des afrikanischen Kontinents, der relativ geringen US-Militärpräsenz, des Mangels an Einrichtungen zur medizinischen Versorgung vor Ort und fehlender Lufttransport-Möglichkeiten sei das im Irak und Afghanistan praktizierte Modell der schnellen Versorgung Verwundeter nicht anwendbar. Da sich US-Soldaten häufig in abgelegenen, manchmal auch gefährlichen Gebieten und fern von einheimischen Krankenhäusern aufhielten, gebe es eine Lücke in der schnellen ärztlichen Versorgung.**

(Der Anschlag auf den US-Botschafter in) Bengasi war ein typisches Beispiel dafür (s. <http://www.spiegel.de/politik/ausland/angriff-auf-us-konsulat-in-bengasi-war-offenbar-an-schlag-von-al-qaida-a-855501.html> ).

Bereits auf einer Ärztekonzferenz, die im Herbst 2013 in London stattgefunden hat, war Neubauer auf den am 11. September 2012 erfolgten Angriff auf das US-Konsulat in der unruhigen libyschen Stadt eingegangen, bei dem der US-Botschafter und drei weitere US-Amerikaner getötet wurden.

"Wir waren damals nicht imstande, schnell genug zu reagieren – wir konnten uns weder entsprechend zur Wehr setzen, noch sofort die Schwerverwundeten bergen," hat Neubauer nach einem Bericht in *Jane's Defence Weekly* (s. <http://www.janes.com/article/28480/us-develops-new-medevac-technique-for-africa-ops> ) auf dieser Konferenz am 16. Oktober festgestellt.

**Nach Pressemeldungen über den Angriff auf das Konsulat (in Bengasi) dauerte es fast 24 Stunden, bis die Überlebenden, darunter auch drei Verwundete, von Tripolis nach Deutschland ausgeflogen werden konnten.**

**Dieses Ereignis "und die Erinnerung an den 11.09.(2001) lieferten genug Gründe für die Schaffung einer Möglichkeit, schnell auf Anschläge in Afrika – besonders auf US-Botschaften – reagieren und Verwundete umgehend per Lufttransport evakuieren zu können," wird Neubauer in dem Artikel zitiert.**

In einem neueren Interview spielte Neubauer diese Bemerkung herunter.

"Es ging nicht nur um Bengasi. Die Ereignisse in Bengasi haben uns in unseren bereits vorher eingeleiteten Planungen nur bestärkt," sagte Neubauer, ohne näher darauf einzugehen. "Wir müssen in die Zukunft und auf die Fähigkeiten schauen, die wir in möglichen neuen Kriegen brauchen."

**Das TCCET-E sei eine verbesserte Version schon bisher von der Air Force eingesetzter dreiköpfiger Rettungsteams, die auch schon kleinere medizinische Eingriffe in Hubschraubern vorgenommen hätten. Durch den Einsatz von Tragflügelflugzeugen könne die Reichweite aber enorm vergrößert werden.**

**Auch das fünfköpfige TCCET-E werde mit einer auf den Transport von Verwundeten spezialisierten Besatzung in einem Flugzeug fliegen, das wie eine Intensivstation ausgestattet ist, damit Schwerverwundete während des Fluges von speziell ausgebildetem Pflegepersonal betreut werden können. Nach Angaben aus dem Pentagon hat ein solches Team bereits einen US-Soldaten evakuiert, der am 21. Dezember (2013) bei einem Angriff auf ein US-Militärflugzeug im Südsudan verwundet worden war.**

**"Die bisherigen (dreiköpfigen) Teams konnten mit ihrer Spezialausrüstung intravenöse Infusionen vornehmen und Patienten künstlich beatmen; durch die Eingliederung eines Chirurgen (in das fünfköpfige Team) können jetzt bei Bedarf sogar schadenbegrenzende chirurgische Eingriffe auch während des Fluges vorgenommen werden," erläuterte Neubauer.**

Das für Notfälle geschulte Team solle nach Möglichkeit direkt zu den Verletzten geflogen werden, ergänzte Lt. Col. (Oberstleutnant) Rick Dagrosa, ein Notarzt, der zur Zeit der Medizinische Direktor der Notaufnahme des LRMC (des US-Hospitals aus dem Kirchberg bei Landstuhl) und eines der fünf Mitglieder des TCCET-E ist.

"Wir können jetzt ein chirurgisches Team direkt zum Gefechtsfeld bringen und den Verwundeten schnell helfen," betonte er, "das war bisher nicht möglich."

**Die Hilfeleistung werde aber durch die großen Entfernungen und die zu deren Überwindung notwendige Zeit erschwert, ergänzte Lt. Col. Jerry Fortuna, der Chef des TCET-E, der gleichzeitig Chef der Allgemeinen Chirurgie des LRMC ist.**

**Der Hauptgrund für die mit fast 99 Prozent sehr hohe Überlebensrate in Afghanistan sei die schnelle ärztliche Versorgung innerhalb einer Stunde nach der Verwundung gewesen, fügte Fortuna hinzu.**

**Weil Afrika mehrere Flugstunden von Deutschland entfernt sei, könne sein Team leider nicht in allen Fällen innerhalb dieser "goldenen ersten Stunde" eingreifen, bedauerte er.**

"Es gibt Zeit- und Entfernungsprobleme, die sich nachteilig auf den körperlichen Zustand der Patienten auswirken können. Sie sind nicht immer zu überwinden – aber auch etwas später vorgenommene chirurgische Eingriffe sind besser als noch weiter hinausgeschobene. Wie bei jeder Hilfeleistung muss auch hier mit Einschränkungen gerechnet werden."

Obwohl das neue Team bei seinen Einsatzflügen mindestens 10mal mehr Blutkonserven mitführt als bei normalen medizinischen Evakuierungsflügen, kann es vorkommen, dass sie wegen des langen Anfluges bei Verwundeten mit starkem Blutverlust nicht ausreichen.

**"Der hohe Blutverlust, der bei schweren im Kampf erlittenen Verwundungen häufig zum Tod führt, kann natürlich auch für Verwundete, die wir bergen wollen, zum Problem werden," gab Fortuna zu bedenken. "Es ist wichtig zu wissen, dass jemand, der nach einer schweren Verletzung viel Blut verliert, weil die Blutungen nicht durch das Abschnüren von Adern gestoppt werden können, auch durch sechs bis neun Stunden später erfolgende chirurgische Eingriffe nicht mehr zu retten ist. Da kommt auch unsere Hilfe zu spät."**

**Das neue Team könne zum Beispiel helfen, Brüche zu stabilisieren, sich um dadurch verursachte Gefäßverletzungen kümmern oder Patienten mit Unterleibsproblemen behandeln, führte Fortuna aus.**

**Das Sterilhalten eines Operationsbereichs innerhalb des Flugzeugs und die während des Fluges auftretenden Turbulenzen seien zusätzliche Probleme, die aber zu bewältigen seien.**

Schwieriger sei es, aus den aufgenommen Verwundeten, deren Verletzungen erst noch beurteilt werden müssten, die auszuwählen, die sofort chirurgische Hilfe bräuchten, sagte Dagrosa. "Wir wissen nicht viel über den Zustand der Verwundeten, die wir aufnehmen, müssen ihn also selbst erst überprüfen und entscheiden, wer zuerst vom Chirurgen unseres Teams behandelt wird."

**Das Team werde von mitfliegendem Sicherheitspersonal geschützt. "Der Einsatz kann auch in einem Gebiet erfolgen, in dem man sich nicht lange aufhalten kann, weil dort noch gekämpft wird. Meistens muss nach der Landung möglichst schnell wieder gestartet werden," ergänzte Dagrosa.**

**Das Team sei auf sein Flugzeug "angewiesen", und dürfe sich nicht zu weit von ihm entfernen, weil es ja auch wieder mit ihm ausfliegen müsse.**

Die USAFE bilde gerade ein zweites TCET-E aus, teilte Fortuna mit.

"Niemand von uns befindet sich derzeit wie ein Pilot in ständiger Alarmbereitschaft," sagte Fortuna abschließend. "Aber wir halten ständig Kontakt zueinander, um sicherzustellen, dass wir innerhalb einer angemessenen Zeit losfliegen können, wenn wir angefordert werden."

(Wir haben den Artikel komplett übersetzt und mit Ergänzungen und Links in Klammern und Hervorhebungen versehen. Nach unserem Kommentar drucken wir den Originaltext ab.)

---

## **Unser Kommentar**

*Das erste TCET-E wird vom LRMC, dem bestehenden US-Hospital auf dem Kirchberg bei Landstuhl, gestellt. Da der Chef der Allgemeinen Chirurgie und der Chef der Notaufnahme des LRMC diesem Team angehören, ist zu vermuten, dass sie zur Zeit nicht allzu oft gebraucht werden, weil man sie sonst nicht für jederzeit mögliche Sondereinsätze abstellen könnte.*

*Wenn das LRMC die Behandlung von 150.000 Verwundeten aus den völkerrechts- und verfassungswidrigen US-Angriffskriegen in Afghanistan und im Irak gemeistert hat, dürfte es ja wohl auch in der Lage sein, die relativ wenigen Verwundeten zu betreuen, die erstversorgt aus Afrika eingeliefert werden. In den für den pazifischen Raum angekündigten Kriegen wird es nicht gebraucht, weil es dafür wirklich zu weit entfernt "vom Schuss" ist.*

*Auch dieser Artikel belegt wieder einmal, dass die US-Streitkräfte überhaupt kein neues US-Hospital bei Weilerbach brauchen. Das völlig überflüssige und überteuerte Bauprojekt muss also von den daran beteiligten deutschen Behörden unbedingt gestoppt werden.*

---



## **New Air Force concept for aeromedical evacuation to meet challenges in Africa**

By Jennifer H. Svan, Published: December 26, 2013

RAMSTEIN AIR BASE, Germany — They were put on alert during the most recent anniversary of the Sept. 11, 2001, terrorist attacks.

If the call came, the Air Force's newest aeromedical evacuation team members would head for the designated C-130 or C-17 waiting on the Ramstein tarmac, grabbing duffel bags of surgical tools and other equipment from a warehouse and embarking on a race against time and distance.

The surgeon, emergency medicine physician, two nurse anesthetists and an operating room technician — Air Force personnel assigned to Landstuhl Regional Medical Center — would augment other aeromedical crews, on a mission to Africa to pick up injured Americans, fly them back to Germany and, if necessary, operate prior to takeoff or while en route.

Airlifting wounded or sick troops is nothing new for the Air Force, which has transported more than 150,000 patients to higher echelons of medical care during the wars in Iraq and Afghanistan, helping to push the odds of surviving a combat injury to about 98 percent.

Air force aeromedical evacuation crews routinely move critically ill troops after they've been stabilized or received damage-control surgery. But they haven't, as a matter of course, performed that surgery on a moving aircraft or airlifted over long distances patients not medically cleared for flying.

The Air Force is preparing to do just that, if the need arises, in Africa, where frontline medical care isn't always available or a safe option in some of the more remote, dangerous locations in which U.S. personnel sometimes work.

U.S. Air Forces in Europe recently established the Tactical Critical Care Evacuation Team — Enhanced, known as TCCET-E for short. It can perform “patch ‘em up type surgeries,” before takeoff or while in flight, said Col. Jay Neubauer, USAFE's command surgeon.

The concept, a collaborative effort between USAFE and Air Mobility Command, which oversees the service's vast aeromedical evacuation mission, evolved out of the Air Force special operations community, Neubauer said.

“They've been thinking of ‘how do we solve these issues of getting patients out of very austere locations’ for a while,” he said.

It's a new concept for in-flight medical care the Air Force plans to adopt in other regions of the world, but is particularly suited for the current challenges in Africa, Neubauer said.

“As we look at future war and the shift to the Pacific, we're looking at an environment where we may not have the great access we've had in Afghanistan and Iraq,” Neubauer said. He was referring to the network of field hospitals and major trauma centers throughout those two war zones that enabled the U.S. military to treat the wounded much faster and to reduce the combat-related mortality rate.

“We took that concept and said, ‘Wow, Africa fits,’” Neubauer said. “In some very specific situations it may be helpful for us to have a team that can go in with lots of capability, grab somebody up fairly quickly and move them out, back to Europe.”

Given the vastness of the African continent, coupled with the small U.S. presence and lack of organic medical facilities and airlift assets in country, the model of medical treatment employed in Iraq and Afghanistan isn't feasible, Neubauer said. With U.S. military personnel often working in isolated, sometimes dangerous areas, far from adequate host nation hospitals, the result is a gap in frontline medical care, he said.

Benghazi is a case in point — sort of.

At a medical conference in London this fall, Neubauer spoke about the Sept. 11, 2012, attack on the U.S. consulate in the volatile Libyan city, where the U.S. ambassador and three other Americans were killed.

“On that day we found that we could not respond quickly enough — either to fight or to move critically ill patients,” Neubauer said at the Oct. 16 conference, according to IHS Jane's Defence Weekly.

Survivors of the attack, including three wounded personnel, were airlifted from Tripoli to Germany nearly 24 hours after the first attack on the consulate's compound began, according to news reports at the time.

The incident "gave us the requirement to develop a capability to respond quickly to needs throughout Africa, particularly at embassies, including a '911' medical and evacuation capability," Neubauer said, according to the Jane's article.

But in a recent interview, Neubauer played down that assessment.

"This really wasn't about Benghazi. Certainly, we've had some new requirements placed upon us because of the events of Benghazi," Neubauer said, declining to discuss specifics. "This is all about looking towards the future and the capabilities we're going to need for the potential next war."

TCCET-E enhances the Air Force's tactical critical care evacuation team — a three-member team that provides emergency trauma care in mostly rotary-wing aircraft — with a surgical capability, and places the expanded crew on a fixed-wing aircraft to give it wider range, Neubauer said.

The five-person TCCET-E crew would also fly with the standard aeromedical evacuation crew as well as the Air Force's Critical Care Air Transport Team, which operates an intensive care unit in the aircraft cabin during flight for patients who have been stabilized but are still critically ill. One of those teams treated a servicemember wounded in the Dec. 21 attack on U.S. military aircraft involved in evacuation efforts in South Sudan, according to Pentagon officials.

"The current capability has those critical-care specialists who can do IVs, ventilators and specialized equipment and adding on a surgical capability, so we can do some damage-control surgery, if somebody needs that while we're moving them," Neubauer said.

It's akin to bringing an airborne emergency department to near the point of injury, said Lt. Col. Rick Dagrosa, an emergency room physician and medical director of the Landstuhl Regional Medical Center emergency department, who's one of the five TCCET-E members.

"We can actually bring a surgical suite to the battlefield ... to help folks," he said, "and that's something that didn't exist before."

But there are limitations, the obvious and biggest being time and distance, said Lt. Col. Jerry Fortuna, the TCCET-E team leader and LRMC's chief of general surgery.

One reason the survivability rate in Afghanistan is nearly 99 percent is the ability to provide medical treatment within an hour of a serious injury, Fortuna said.

With Africa being hours away from Germany, the team won't be able to provide treatment in all cases within that "golden hour," he said.

"There is a time and distance issue and there are physiological issues with the patient. The two are not a perfect marriage — but it is better than not receiving surgical intervention at all. Like any tool, it has a purpose and it has limitations."

Though the team would travel with 10 times or more of the amount of blood products than

packed on a typical aeromedical evacuation flight, patients with severe bleeding could be out of the team's reach because of response times.

Hemorrhage control — stopping bleeding from a traumatic injury — “which is the biggest cause of fatality on the battle space is probably still going to be a problem for patients that we are responding to,” Fortuna said. “I think it's important to recognize that anybody who suffers a massive injury and they're losing a lot of blood that can't be controlled with a tourniquet are probably not going to do well waiting for six to nine hours to get surgical capability to you. That's a limitation of this platform.”

The team could help stabilize fractures that may accompany vascular injuries, Fortuna said, or treat a patient with abdominal problems, for example.

Maintaining a sterile environment inside the aircraft cabin and dealing with turbulence in-flight present other challenges, but not insurmountable ones, Fortuna said.

More daunting is figuring out which patients need to go the surgical side of the aircraft cabin “versus the other side,” Dagrosa said. “We don't know a whole lot about the situation we're picking up, and then going through and figuring out which few of those patients need to go to” the team's surgeon, Fortuna.

The team would fly with security personnel, Fortuna said. “There may be activity ongoing in the area. These aren't places where you want to go and linger. It's a scoop-and-go type mission,” he said.

The team would be “tethered” to the aircraft, he said. “If you want to make it out of where you're at, you need to be able to get on the plane where it lands.”

USAFE is in the process of getting a second TCET-E team trained, Fortuna said.

“Nobody at present is sitting on continuous alert like pilots waiting for a phone call,” Fortuna said. “But we definitely are tracking each other to make sure we are within a reasonable response time should we be asked to respond to anything.”

[www.luftpost-kl.de](http://www.luftpost-kl.de)

**VISDP: Wolfgang Jung, Assenmacherstr. 28, 67659 Kaiserslautern**