



Bundesstelle für Seeunfalluntersuchung
Federal Bureau of Maritime Casualty Investigation
Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums
für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung

**Summarische
Untersuchungsberichte 642/08 und 114/09**

Sehr schwere Seeunfälle

**Personenunfall mit Todesfolge
an Bord CMS SANTA ALINA
am 15. Dezember 2008
im Hafen von Lome/Togo**

**Personenunfall mit Todesfolge an Bord
CMS MOL UTILITY am 30. März 2009
im Hafen von Tanga, Vereinigte Republik
Tansania**

15. Januar 2010

Vorwort

Arbeitsunfällen auf Schiffen kann am wirksamsten mit einer gelebten Sicherheitskultur präventiv begegnet werden. Trotzdem gibt es Kategorien von Tätigkeiten an Bord, die auf Grund des ihnen innewohnenden Gefahrenpotenzials, wenngleich dieses auch vielfältig propagiert wird und daher allseits bekannt sein müsste, immer wieder schwere oder gar tödliche Verletzungen hervorrufen. Zwei klassische Kategorien im vorgenannten Sinne, deren tragische Verläufe an Hand zweier tödlicher Personenunfälle im Folgenden thematisiert werden, betreffen das Arbeiten im Bereich schwebender Lasten bzw. den ungesicherten Aufenthalt in absturzrelevanten Bereichen an Deck.

Auf Schiffen soll eine Sicherheitskultur durch das sogenannte Sicherheitsmanagementsystem (SMS), welches nach dem ISM-Code¹ entwickelt wird, erzielt werden, um Arbeitsunfälle zu vermeiden. Im Jahr 2008 registrierte die See-Berufsgenossenschaft (See-BG)² als deutscher Unfallversicherer in der Seefahrt gleichwohl 573 Unfälle, die mehr als drei Tage Arbeitsunfähigkeit oder gar Tod verursachten. Davon ereigneten sich 333 Unfälle an Bord von Schiffen, von denen drei Unfälle tödlich endeten. Die See-BG ruft dazu auf, Unfälle zu thematisieren und die Besatzungsmitglieder immer wieder auf Gefahren und Unfallschwerpunkte hinzuweisen. Dafür bedient sie sich auch bekannter Methoden der Werbewirtschaft (z.B. Videos, Kalender, Plakate), damit Unfallgefahren und Unfallvorsorge verinnerlicht werden.

Oftmals verhindern Zeitdruck und körperliche oder psychische Überlastung im harten Arbeitsalltag an Bord die notwendige Risikoabschätzung. Aber auch Leichtsinnigkeit, Bequemlichkeit und Gedankenlosigkeit können tödlich enden.

Der Arbeitsschutz, einschließlich der Erfüllung von Arbeitsschutzanforderungen, die in nationalen Gesetzen und Vorschriften enthalten sind, liegt in der Verantwortung des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber sollte die erforderlichen Qualifikationsanforderungen für den Arbeitsschutz definieren und Festlegungen treffen und aufrechterhalten, die sicherstellen, dass alle Personen ausreichend qualifiziert sind, um ihren Pflichten und Zuständigkeiten im Bereich Sicherheit und Gesundheit nachzukommen. Unter Berücksichtigung der Größe und Art der Aktivitäten der Organisation sollte eine Dokumentation des SMS gewährleistet und ständig verbessert werden, um die Gefährdungen und Risiken für Sicherheit und Gesundheit, die auf Grund der bestehenden oder vorgeschlagenen Arbeitsumgebung und Arbeitsorganisation entstehen, zu identifizieren, vorherzusehen und zu beurteilen. Wenn bestimmte Restgefährdungen/-risiken nicht durch übergreifende Maßnahmen beherrscht werden können, sollte der Arbeitgeber angemessene persönliche Schutzausrüstungen, einschließlich Kleidung, kostenlos zur Verfügung stellen und

¹ Internationaler Code für Maßnahmen zur Organisation eines sicheren Schiffsbetriebes und der Verhütung der Meeresverschmutzung (EntschlieÙung A.741(18))(ISM-Code), vgl. Kapitel IX des Schiffssicherheitsübereinkommens.

² Die See-BG und die Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen haben sich mit Wirkung vom 1. Januar 2010 zu der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr) zusammengeschlossen.

Maßnahmen ergreifen, die ihre Verwendung und Wartung sicherstellen. Es sollten Verfahren zur regelmäßigen Überwachung, Messung und Aufzeichnung der Arbeitsschutzleistung entwickelt, eingeführt und in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Die Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Befugnisse zur Überwachung verschiedener Managementebenen sollten zugewiesen werden.

Die BSU appelliert an die Eigner, Schiffsbetreiber und Seeleute, stetig an der Sicherheitskultur im Unternehmen zu arbeiten, damit Unfälle reduziert und die in den folgenden Berichten beschriebenen klassischen Unfallszenarien verhindert werden.

Die allein auf wenigen Sekunden Bruchteilen der Unachtsamkeit und des Leichtsinns beruhenden sinnlosen Todesfälle eines 26-jährigen Offiziers und eines 40-jährigen Deckschlossers belegen auf tragische Weise die große Bedeutung eines verinnerlichten und aktiv gelebten Arbeitsschutzes an Bord. Sie sind an jedes Besatzungsmitglied gerichtete Mahnung und Aufforderung zugleich, sich täglich aufs Neue der Tatsache bewusst zu werden, dass sehr viele Tätigkeiten auf einem Seeschiff mit Gefahren für Leib und Leben verbunden sein können. Dies betrifft auch und gerade solche Arbeitsabläufe, die gemeinhin als Routine empfunden und ausgeübt werden.



Bundesstelle für Seeunfalluntersuchung
Federal Bureau of Maritime Casualty Investigation
Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums
für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung

Summarischer Untersuchungsbericht 642/08

Sehr schwerer Seeunfall

**Personenunfall mit Todesfolge
an Bord CMS SANTA ALINA
am 15. Dezember 2008
im Hafen von Lome/Togo**

Die Untersuchung wurde in Übereinstimmung mit dem Gesetz zur Verbesserung der Sicherheit der Seefahrt durch die Untersuchung von Seeunfällen und anderen Vorkommnissen (Seesicherheits-Untersuchungs-Gesetz-SUG) vom 16. Juni 2002 durchgeführt.

Danach ist das alleinige Ziel der Untersuchung die Verhütung künftiger Unfälle und Störungen. Die Untersuchung dient nicht der Feststellung des Verschuldens, der Haftung oder von Ansprüchen.

Der vorliegende Bericht soll nicht in Gerichtsverfahren oder Verfahren der seeamtlichen Untersuchung verwendet werden. Auf § 19 Absatz 4 SUG wird hingewiesen.

Bei der Auslegung des Untersuchungsberichtes ist die deutsche Fassung maßgebend.

Herausgeber:
Bundesstelle für Seeunfalluntersuchung
Bernhard-Nocht-Str. 78
20359 Hamburg

Leiter: Jörg Kaufmann
Tel.: +49 40 31908300
posteingang-bsu@bsh.de

Fax.: +49 40 31908340
www.bsu-bund.de

Inhaltsverzeichnis

1	ZUSAMMENFASSUNG DES SEEUNFALLS.....	5
2	UNFALLORT.....	6
3	SCHIFFSDATEN.....	7
3.1	Foto.....	7
3.2	Daten.....	7
4	UNFALLHERGANG UND UNTERSUCHUNG.....	8
4.1	Unfallhergang SANTA ALINA.....	8
5	FAZIT.....	12
6	QUELLENANGABEN.....	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unfallort	6
Abbildung 2: Schiffsfoto	7
Abbildung 3: Unfallstelle Achterkante Bay 39	8
Abbildung 4: Perspektive Kranführer	9
Abbildung 5: Hauptdeck	11

1 Zusammenfassung des Seeunfalls

Am 15. Dezember 2008 gegen 10:10 Uhr¹ kam es im Hafen von Lome in Togo auf dem unter deutscher Flagge fahrenden Containerschiff SANTA ALINA zu einem tödlichen Personenunfall. Während des Löschbetriebs waren zwei Seeleute damit beschäftigt, eine Handreling an einer offenen Luke zu setzen. Dabei wurde ein 40-jähriger Seemann von einem (mit dem Bordkran) aus dem Zellgerüst gehobenen 40-Fuß-Container durch Pendelbewegungen getroffen und gegen die Aufbauten gedrückt. Der Seemann erlitt schwere innere Verletzungen und Knochenbrüche, an denen er im Krankenhaus verstarb.

¹ Alle Uhrzeiten im Bericht sind, soweit nicht anders angegeben, Ortszeiten = UTC + 0 h

2 Unfallort

Art des Ereignisses: Sehr schwerer Seeunfall,
 Personenunfall mit Todesfolge
 Datum/Uhrzeit: 15.12.2008, 10:10 Uhr
 Ort: Hafen Lome/Togo
 Breite/Länge: φ 06°08'N λ 001°17'E

Ausschnitt aus Seekarte British Admiralty 1380 Hafenplan

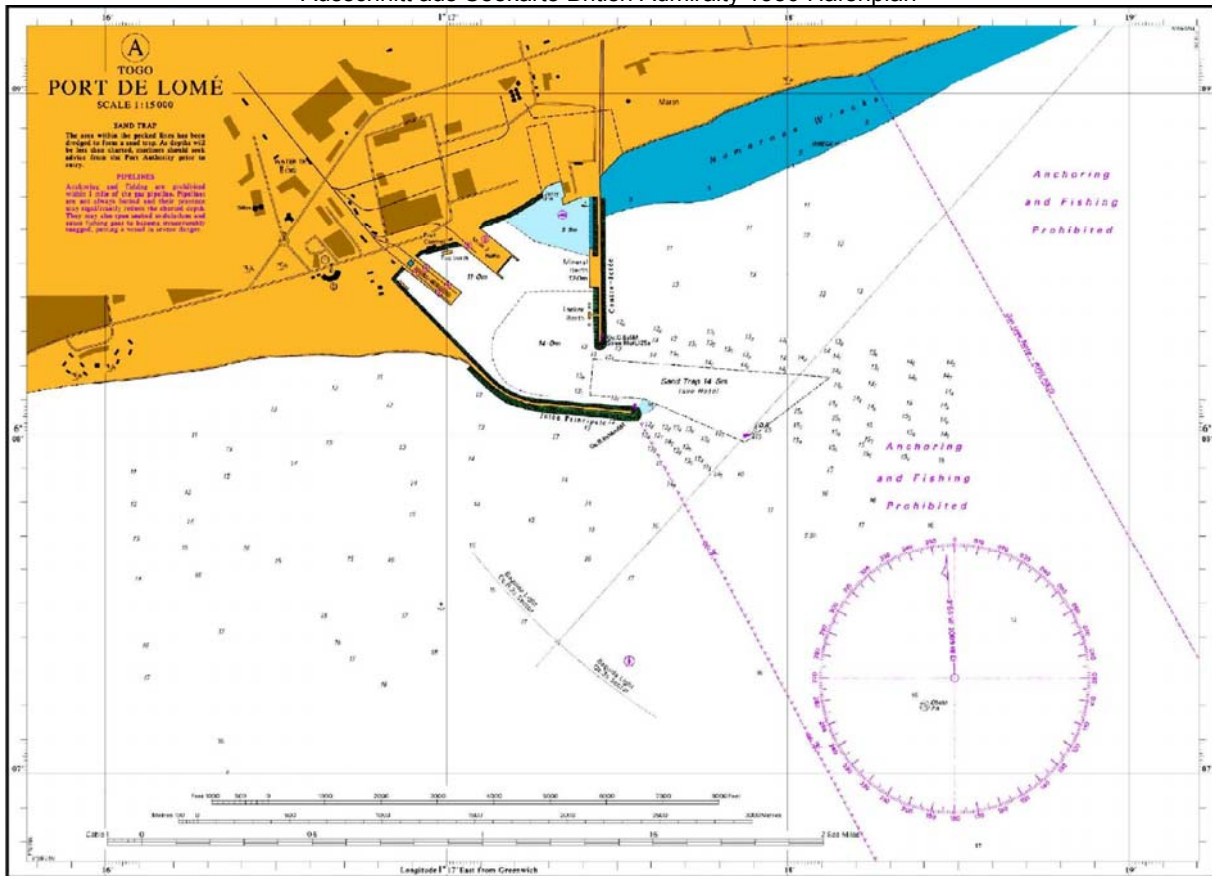


Abbildung 1: Unfallort

3 Schiffsdaten

3.1 Foto



Abbildung 2: Schiffsfoto

3.2 Daten

Schiffsname:	SANTA ALINA
Schiffstyp:	Containerschiff
Nationalität/Flagge:	Deutschland
Heimathafen:	Hamburg
IMO-Nummer:	9209104
Unterscheidungssignal:	DMRK
Reederei:	Claus-Peter Offen GmbH & Co. KG
Baujahr:	2001
Bauwerft/Baunummer:	Samsung Heavy Industries, 1312
Klassifikationsgesellschaft:	Germanischer Lloyd
Länge ü.a.:	207,16 m
Breite ü.a.:	29,80 m
Bruttoraumzahl:	25.294
Tragfähigkeit:	32.299 t
Tiefgang Ankunft:	V: 10,7 m, H: 10,8 m
Maschinenleistung:	20.940 kW
Hauptmaschine:	Wärtsilä RTA-72U-7
Geschwindigkeit:	20,5 kn
Werkstoff des Schiffskörpers:	Stahl
Anzahl der Besatzung:	24

4 Unfallhergang und Untersuchung

4.1 Unfallhergang SANTA ALINA

Das Containerschiff SANTA ALINA erreichte Lome in Togo am 12. Dezember 2008 und verholte am 15. Dezember um 03:00 Uhr an seinen Liegeplatz, um mit den Ladungsarbeiten zu beginnen. Um 10:10 Uhr wurde ein Deckschlosser beim Löschen eines 40-Fuß-Containers mit schiffseigenem Kran an Backbord-Seite der Aufbauten, Achterkante Bay 39 tödlich verletzt (s. Abb. 3). Er wollte zusammen mit einer Fachkraft Deck (Vollmatrose) eine Handreling auf dem Betriebsgang, der querschiffs zur Bay 39 verläuft, setzen. Die Reling besteht aus ca. 10-12 Stützen, ist doppelzünftig und 105 cm hoch. Das Aufstellen dauert etwa 10 Minuten. Der Betriebsgang hatte eine Breite von 1,40 m. Bei geöffneter Luke ist er bis auf eine 10 cm hohe Kante eben zum Lukensüll. Nach dem Abnehmen des Lukendeckels an Backbord-Seite sollte die Reling als Absturzsicherung gesetzt werden. Dafür befand sich der Deckschlosser an Backbord- und der Matrose an Steuerbord-Seite des Betriebsgangs.

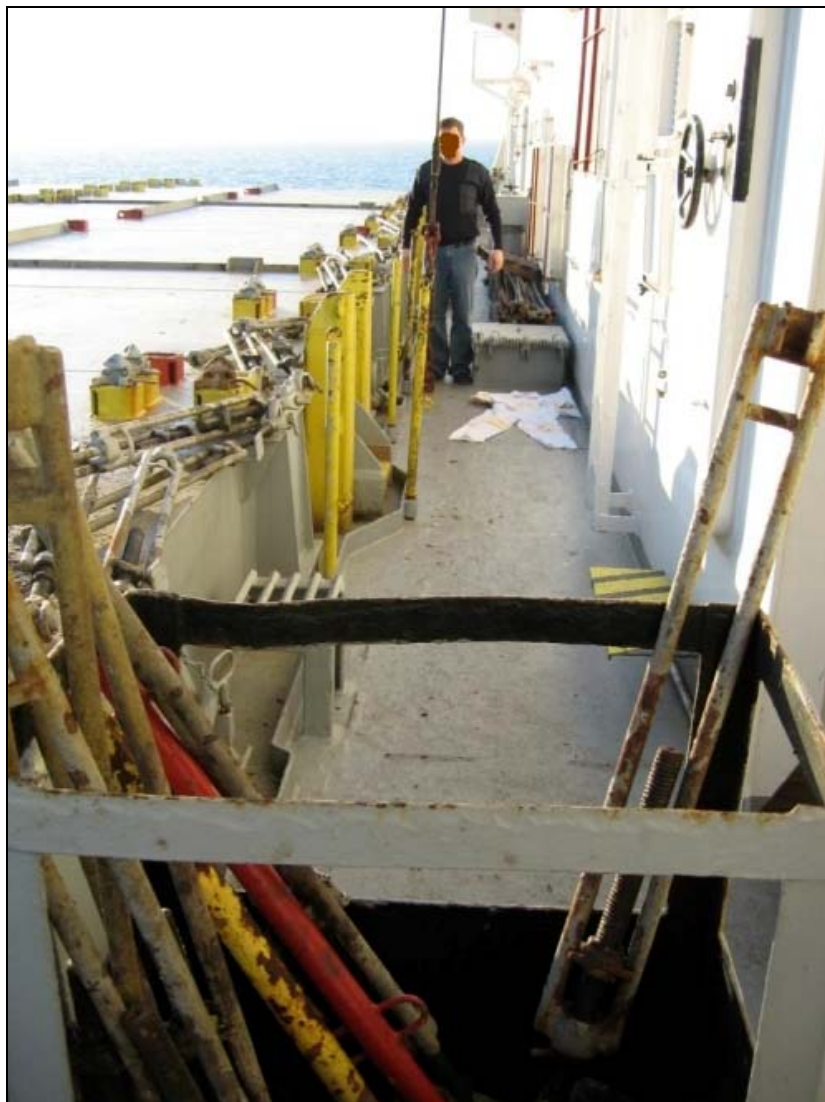


Abbildung 3: Unfallstelle Achterkante Bay 39

Während der Arbeiten im Betriebsgang wurden Container aus der offenen Luke gelöscht. Der Kran war von Land mit einem Kranführer besetzt worden. Aus dem Kranführerhaus aus konnte Bay 39 und der Betriebsgang eingesehen werden (s. Abb. 4). Am Ausleger war ein Spreader befestigt, mit dem die Container arretiert werden konnten. Beim Löschen des dritten Containers sei der Deckschlosser von dem schwingenden Container eingequetscht und am Körper getroffen worden. Der Matrose habe daraufhin versucht, Kontakt zum Kranführer aufzunehmen, um den Löschbetrieb zu stoppen. Anschließend lief er zum Verletzten, der noch ansprechbar war und informierte den wachhabenden Offizier. Unmittelbar danach erschienen der Kapitän und ein weiterer Offizier am Unfallort. Dort wurde der Verletzte auf die Krankentrage, die aus dem Schiffshospital geholt worden war, gelegt, und um 10:31 Uhr an Land gebracht. Von dort wurde der Verletzte in Begleitung eines Offiziers um 10:40 Uhr mit einem Fahrzeug des Terminalbetreibers in das Hospital Clinique Barruet in Lome gefahren. Dort erlag der Seemann seinen inneren Verletzungen um 12:10 Uhr.



Abbildung 4: Perspektive Kranführer

Es konnte nicht festgestellt werden, warum der Container ins Schwingen geriet. Ein Auftoppen bzw. Fieren des Kranauslegers konnte vom Matrosen nicht beobachtet werden. Der Gewichtsschwerpunkt des Containers war unbekannt. Das Schiff habe auf ebenem Kiel gelegen und die Wetterbedingungen waren gut. Es war trocken und windstill bei einer Lufttemperatur von 30 °C. Die landseitig beigestellten Spreader in Westafrika seien nur mechanisch zu bedienen, indem auf dem Container ein Hebel umgelegt wird. Während des Löschens befanden sich Stauer in der Luke. Als der 40'-Container mit dem schiffeigenen Kran aus dem Containergerüst gehievt wurde, kam er ins Schwingen. Das Pendeln ist wahrscheinlich durch eine nicht lotgerechte Führung des Krandrahtes zum Hahnpot des Spreaders oder durch einen ungünstigen Gewichtsschwerpunkt des Containers verursacht worden. Ein Einweiser zum Positionieren des Auslegers sei nicht gesehen worden.

Der von Land beschäftigte Kranführer und seine Qualifikation waren unbekannt. An Bord fand keine Unfallfassung von den Behörden statt. Im Auftrag des P&I Versicheres „Standard“ wurde ein vorläufiges Besichtigungsprotokoll erstellt. Am 17. Dezember 2008 erging eine Reedereianweisung an die Flotte, dass sich während des Lade- und Löschbetriebs kein Besatzungsmitglied im Bereich des Ladebetriebs aufzuhalten habe. Notwendige Arbeiten am Schiff sind vor bzw. nach den Ladeoperationen auszuführen. Diese Anweisung war in den Verhaltensweisen der „Standing order“ vom 1. Offizier aufzunehmen. Kapitän bzw. 1. Offizier hatten sofort die Besatzung über diese Verhaltensweisen zu informieren.

Der 1. Offizier war nach dem Sicherheitsmanagementsystem (SMS) für den Lade- und Löschbetrieb verantwortlich. Konkrete tägliche Arbeitsabläufe wurden mit dem Bootsmann besprochen und die wachhabenden Offiziere darüber informiert. Die Deckswache wurde von einem Offizier und zwei Matrosen im 6-Stunden Rhythmus, angefangen von 0 Uhr, gegangen. Der tödlich verletzte Deckschlosser arbeitete am Unfalltag von 0-3 Uhr während des Verholens zum Liegeplatz und von 6 Uhr bis zum Unfallzeitpunkt im Hafendienst. Vorher hatte er eine 6-stündige Ruhephase. Nach Einlaufen des Schiffes erhielt der Ladungsoffizier auf elektronischem Datenträger die Ladeliste von einem Vormann, der danach das Schiff wieder verließ. Eine mobile telefonische Kommunikationsmöglichkeit zwischen Schiff und Terminal bestand in Lome nicht. Die Wachgänger an Bord waren über UKW-Handsprechfunkgeräte erreichbar. Zwischen Kranführer und Terminalbetreiber bestand ebenfalls eine Funkverbindung. Der zeitliche Ablauf des Ladebetriebs in Lome war dem Ladungsoffizier nicht bekannt. Schäden, die während der Arbeiten an Schiff und Ladung entstanden, wurden repariert bzw. protokolliert .

Offene Luken sind nach den UVV-See² vor Absturz zu sichern. Konstruktiv sind Sicherungsrelings meistens flexibel und bestehen aus Stützen und Durchzügen. Fest angebrachte Relings an Luken haben sich nicht bewährt, weil sie während des Betriebs häufig zerstört werden. Dies ist ein Grund, warum erst bei geöffneter Luke mit dem Sichern begonnen wird. Eine gesetzte Reling hätte in diesem Fall den Unfall nicht verhindern können.

² Unfallverhütungsvorschriften für Unternehmen der Seefahrt - § 205 Schutzvorschriften vor geöffneten Luken und Rampen

Decksarbeiten im Bereich von Ladeoperationen beinhalten in sich ein Unfallrisiko. Warum der erfahrene Deckschlosser und der Matrose ihre begonnenen Arbeiten auf dem Betriebsgang trotzdem weiter durchführten, ist nicht bekannt. Erschwerend kam hinzu, dass es keine dauernde Kommunikation zwischen Terminal und Schiff, z.B. über Handsprechfunkgeräte gab und der Arbeitsablauf allein dem Terminalbetreiber überlassen werden musste.



Abbildung 5: Hauptdeck

5 Fazit

Der Unternehmer soll im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung festlegen, welche Betriebsteile von Versicherten nicht betreten werden dürfen. Die Betriebsteile (gefährliche Stellen) ergeben sich aus den Betriebsverhältnissen mit den speziell verrichteten Tätigkeiten und ihren zugehörigen Arbeitsschutzvorschriften. Bereiche unter schwebenden Lasten, wie beim Krantransport gehören dazu. Diese, bei Seeleuten gewöhnlich in Fleisch und Blut verinnerlichte Regel, wurde hier verletzt und endete tödlich.

Es konnte nicht geklärt werden, warum die erfahrenen Seeleute versuchten, bei laufendem Löschbetrieb eine Handreling zu setzen, die vor Absturz in eine Luke schützen sollte und sich damit vor Setzen der Reling selbst gefährdeten. Die Seeleute hätten über den wachhabenden Offizier veranlassen müssen, den Kranbetrieb an der offenen Luke zu stoppen, damit die Arbeiten ungestört auf dem 1,40 m breiten Betriebsgang und 10 cm hohen Lukensüll hätten durchgeführt werden können. Grundsätzlich hätten die Löscharbeiten vor Setzen der Reling gar nicht beginnen dürfen. Dieser Umstand ist möglicherweise auf die mangelnden Kommunikationsmöglichkeiten zwischen dem Schiffs- und Landbetrieb in Lome zurückzuführen.

Zwei Tage nach dem tödlichen Unfall ging eine Reedereianweisung an die Flotte, dass während des Lade- und Löschbetriebs sich kein Besatzungsmitglied im Bereich des Ladebetriebs aufzuhalten habe.

Geeignete Möglichkeiten Absturzsicherungen an offenen Luken konstruktiv besser zu lösen, z.B. in Form von fest installierten klappbaren Relings, haben sich in der Containerschiffahrt bis jetzt nicht durchgesetzt. Vielleicht liegt es an der Anfälligkeit der Ausrüstung, dem Lade- und Löschbetrieb vor Zerstörungen standzuhalten. Während der Besichtigung der BSU waren zahlreiche Relingstützen auf dem Hauptdeck verbogen.

6 Quellenangaben

- Ermittlungen
 - See-Berufsgenossenschaft, BSU

- Schriftliche Erklärungen/Stellungnahmen
 - Schiffsführung
 - Reederei

- Zeugenaussagen

- Gutachten/Fachbeitrag
 - Besichtigung Wiggins - Togo

- Seekarte und Schiffsdaten Bundesamt für Seeschifffahrt und Hydrographie (BSH)

- Unterlagen See-Berufsgenossenschaft (See-BG)
 - Unfallanzeige
 - Unfallverhütungsvorschriften (UVV-See) und mitgeltende Arbeitsschutzvorschriften
 - Jahresbericht 2008

- Fotos Reederei, Hasenpusch, BSU



Bundesstelle für Seeunfalluntersuchung
Federal Bureau of Maritime Casualty Investigation
Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums
für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung

Summarischer Untersuchungsbericht 114/09

Sehr schwerer Seeunfall

**Personenunfall mit Todesfolge an Bord
CMS MOL UTILITY am 30. März 2009
im Hafen von Tanga, Vereinigte Republik
Tansania**

15. Januar 2010

Die Untersuchung wurde in Übereinstimmung mit dem Gesetz zur Verbesserung der Sicherheit der Seefahrt durch die Untersuchung von Seeunfällen und anderen Vorkommnissen (Seesicherheits-Untersuchungs-Gesetz-SUG) vom 16. Juni 2002 durchgeführt.

Danach ist das alleinige Ziel der Untersuchung die Verhütung künftiger Unfälle und Störungen. Die Untersuchung dient nicht der Feststellung des Verschuldens, der Haftung oder von Ansprüchen.

Der vorliegende Bericht soll nicht in Gerichtsverfahren oder Verfahren der seeamtlichen Untersuchung verwendet werden. Auf § 19 Absatz 4 SUG wird hingewiesen.

Bei der Auslegung des Untersuchungsberichtes ist die deutsche Fassung maßgebend.

Herausgeber:
Bundesstelle für Seeunfalluntersuchung
Bernhard-Nocht-Str. 78
20359 Hamburg

Leiter: Jörg Kaufmann
Tel.: +49 40 31908300
posteingang-bsu@bsh.de

Fax.: +49 40 31908340
www.bsu-bund.de

Inhaltsverzeichnis

1	ZUSAMMENFASSUNG DES SEEUNFALLS.....	5
2	UNFALLORT.....	6
3	SCHIFFSDATEN.....	7
3.1	Foto.....	7
3.2	Daten.....	7
4	UNFALLHERGANG.....	8
5	FAZIT.....	10
6	QUELLENANGABEN.....	11

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unfallort	6
Abbildung 2: Schiffsfoto	7
Abbildung 3: Unfallstelle	9
Abbildung 4: Skizze zum Unfallhergang	9

1 Zusammenfassung des Seeunfalls

Am 30. März 2009 gegen 22:20 Uhr¹ kam es an Bord des unter deutscher Flagge fahrenden 1730-TEU²-Vollcontainerschiffes CMS MOL UTILITY im Hafen Tanga (Vereinigte Republik Tansania) zu einem tödlichen Personenunfall. Das Schiff lag für die mit den Bordkränen durchzuführenden Umschlagarbeiten innerhalb des Hafens vor Anker, da ausreichend dimensionierte Liegeplätze an der Pier nicht vorhanden waren. Der eine halbe Schiffsbreite abdeckende Backbord-Lukendeckel des Laderaums Nr. 3 (Bay 32) war auf dem Steuerbord-Lukendeckel des Laderaums Nr. 3 abgelegt worden. Zur Schiffsmittle hin bestand zwischen den übereinander liegenden Lukendeckeln ein ca. 0,6 Meter breiter und ca. 0,9 Meter hoher zur Schiffsrichtung parallel verlaufender Versatz.

Zum Unfallzeitpunkt ging der wachhabende 3. Nautische Offizier (NO) auf dem Backbord-Lukendeckel von steuerbord achtern kommend diagonal in Richtung offene Luke auf die Vorkante des beschriebenen Versatzes zu. Beim Heruntersteigen vom abgelegten Deckel auf den Steuerbord-Lukendeckel stolperte der Offizier, verlor den Halt und stürzte ca. 9 Meter tief auf einen in der Luke in zweiter Lage gestauten Container.

Sofort wurden schiffsseitig Erste-Hilfe-Maßnahmen durchgeführt. Gegen 22:45 Uhr erreichte das für den Transport des Schwerverletzten in ein Krankenhaus angeforderte Motorboot das Schiff und übernahm den Verunfallten.

Um 23:50 Uhr erfuhr der Kapitän in einem Telefonat mit dem örtlichen Agenten des Schiffes, dass der 3. Offizier unmittelbar zuvor seinen schweren Verletzungen erlegen war.

¹ Alle Uhrzeiten im Bericht sind East Africa Time (EAT = UTC + 3 Stunden).

² Containerstellplatzkapazität (Twenty-foot Equivalent Unit-Standardcontainer lt. Reedereiangaben.).

2 Unfallort

Art des Ereignisses: Sehr schwerer Seeunfall, Personenunfall mit Todesfolge
Datum/Uhrzeit: 30. März 2009, 22:20 Uhr
Ort: Hafen Tanga, Vereinigte Republik Tansania
Breite/Länge: φ 05°03,0'S λ 039°07,0'E

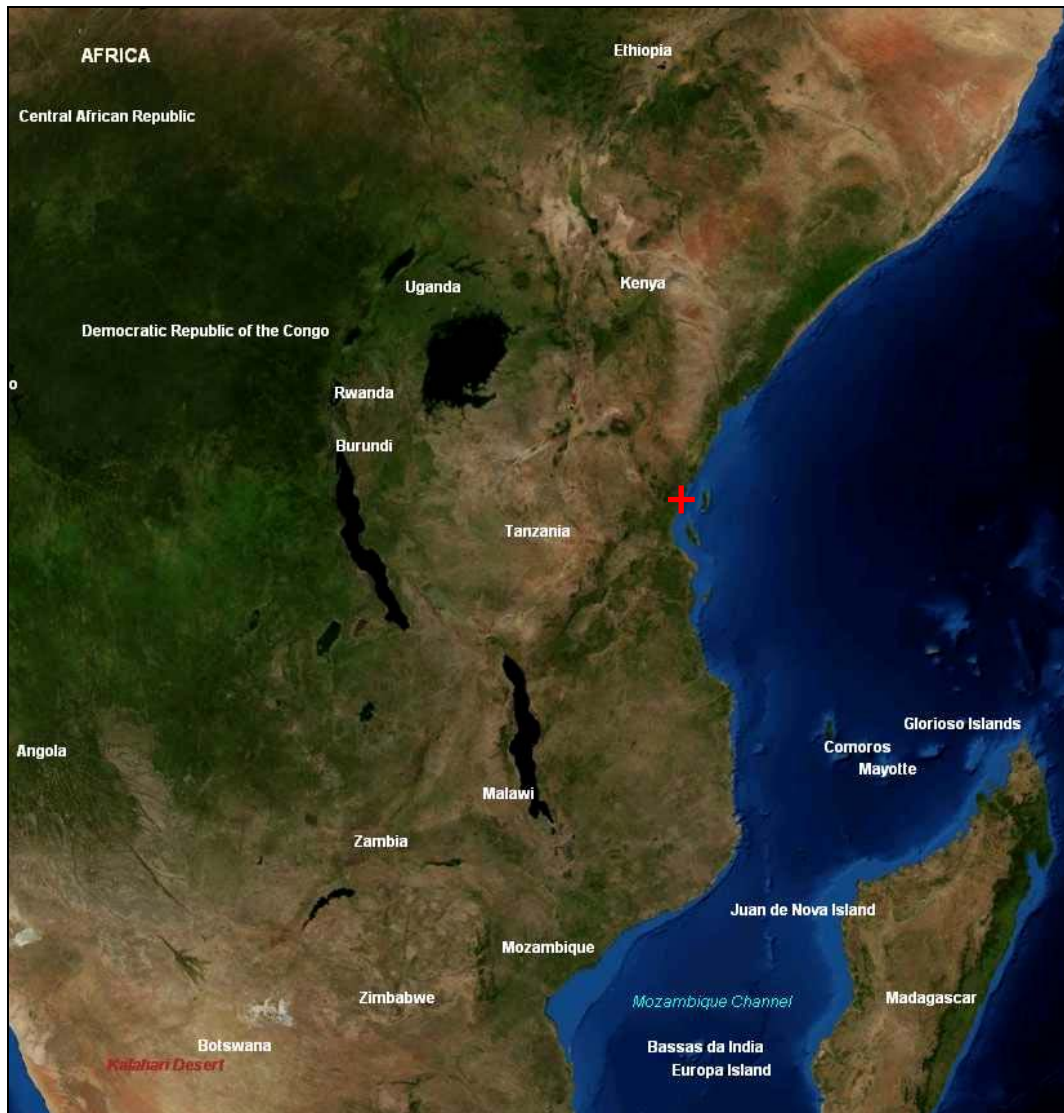


Abbildung 1: Unfallort³

³ Quelle: NASA World Wind 1.4.

3 Schiffsdaten

3.1 Foto



Abbildung 2: Schiffsfoto⁴

3.2 Daten

Schiffsname:	MOL UTILITY (ex. WEHR RISSEN)
Schiffstyp:	Containerschiff
Nationalität/Flagge:	Deutschland
Heimathafen:	Hamburg
IMO-Nummer:	9204489
Unterscheidungssignal:	DPME
Reederei:	Oskar Wehr KG (GmbH & Co.)
Baujahr:	1999
Bauwerft/Baunummer:	Stocznia Szczecinska S.A. Szczecin / B170-III/13
Klassifikationsgesellschaft:	Germanischer Lloyd
Länge ü.a.:	183,91 m
Breite ü.a.:	25,30 m
Bruttoraumzahl:	16.802
Tragfähigkeit	23.028 t
Tiefgang (max.):	9,889 m
Maschinenleistung:	13.320 kW
Hauptmaschine (Typ / Hersteller):	Diesel 6 RTA 62 U / H. Cegielski-Poznan S.A.
Geschwindigkeit (max.):	19 kn
Werkstoff des Schiffskörpers:	Stahl
Anzahl der Besatzung:	19

⁴ Quelle: Oskar Wehr KG (GmbH & Co.).

4 Unfallhergang

Die Bundesstelle für Seeunfalluntersuchung (BSU) wurde von der Reederei des Schiffes über den Unfall informiert. Die Reederei stellte der BSU für die Untersuchung auf entsprechende Anfragen hin jeweils kurzfristig eine Vielzahl von Dokumenten zur Verfügung. Besonders hilfreich war neben dem Statement of Facts des deutschen Kapitäns die an Bord gefertigte Unfallskizze (vgl. unten **Abb. 4**). Diese war auf der Basis der Zeugenaussage eines tansanischen Hafenarbeiters entstanden. An Hand der Skizze konnte das Unfallgeschehen zweifelsfrei nachvollzogen werden. Darüber hinaus übermittelte die Reederei u.a. Protokolle der Befragungen durch tansanische Behörden und den Bericht der örtlichen gerichtsmedizinischen Untersuchung.

Auf den an sich üblichen Vor-Ort-Termin verzichtete die BSU, weil die konkreten Gegebenheiten des Unfallzeitpunktes wegen des Fortgangs des Umschlagsbetriebs nicht mehr hätten in Augenschein genommen werden können und eine spätere Besichtigung des Schiffes oder weitere Befragungen an Bord keine besonderen Erkenntnisse erwarten ließen.

Die MOL UTILITY war am Unfalltag um 08:30 Uhr im Hafen Tanga vor Anker gegangen. Um 09:30 Uhr begannen die Umschlagarbeiten mit den bordeigenen Kränen. Um 12:00 Uhr übergab der später verunglückte 3. NO die Deckswache an den 2. NO. Um 18:00 Uhr löste dann der 3. NO den 2. NO planmäßig wieder ab. In den folgenden Stunden wurden mit den Bordkränen Nr. 1 und 3 Container gelöscht. Der 26-jährige rumänische Wachoffizier wurde bei seiner Deckswache von einem ukrainischen Matrosen und einem rumänischen Auszubildenden unterstützt.

Weder der Matrose noch der Auszubildende (Kadett), haben den Unfall beobachtet. Der Auszubildende habe von dem 3. NO wenige Minuten vor dem Unfall Wachinstruktionen erhalten, den Offizier anschließend bei dessen Weggehen über den Lukendeckel aus den Augen verloren und kurz darauf den Absturz lediglich akustisch wahrgenommen. Einziger unmittelbarer Augenzeuge des Unfalls war ein tansanischer Hafenarbeiter, der gesehen habe, wie der 3. NO auf dem auf der Steuerbordluke des Laderaums 3 / Bay 32 abgelegten Backbord-Lukendeckel des selben Laderaums in Richtung Vorkante mittschiffs gegangen sei. Der 3. NO sei dann beim Heruntersteigen vom abgelegten Lukendeckel auf den verbleibenden ca. 0,6 Meter breiten nicht bedeckten Teil des Steuerbord-Lukendeckels zu Fall gekommen und in die Luke gestürzt.



Abbildung 3: Unfallstelle (rote/blau Pfeile zeigen die tatsächliche / ggf. geplante(?) Bewegungsrichtung des 3. NO)

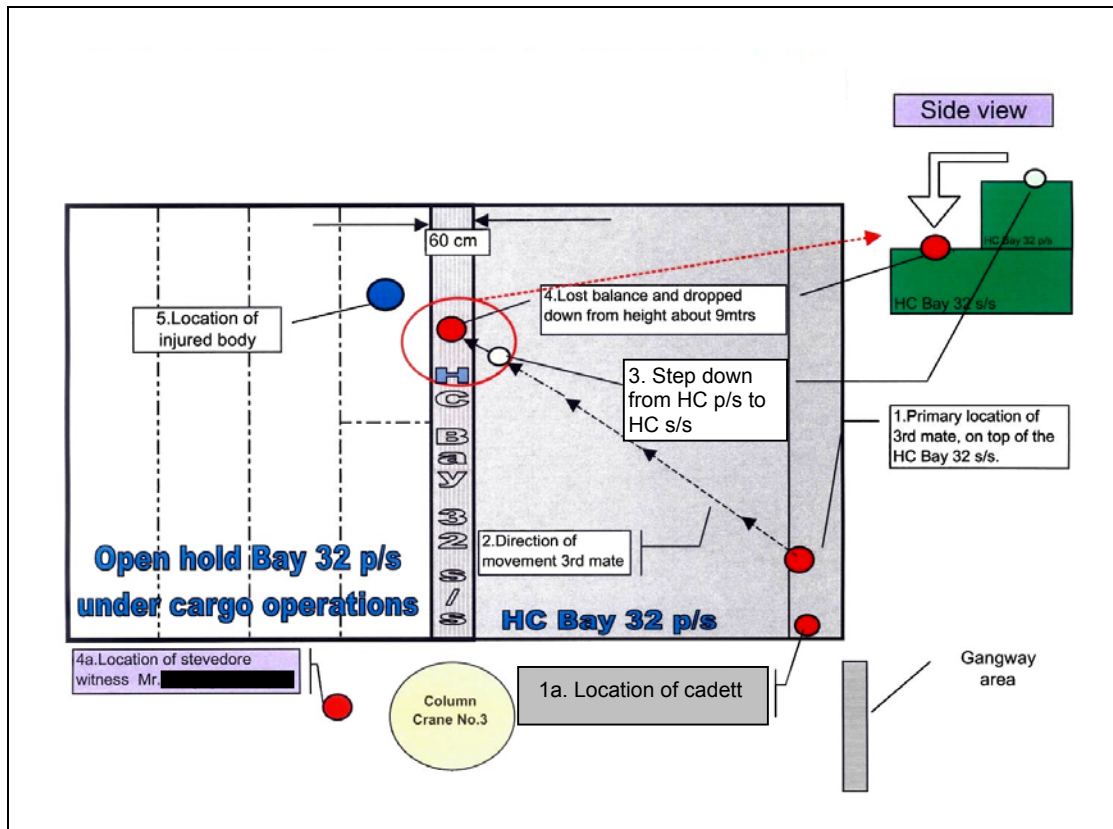


Abbildung 4: Skizze zum Unfallhergang⁵

⁵ Skizze (durch BSU bearbeitet) und Foto (Abb. 3) wurden von der Reederei freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

5 Fazit

Ungeklärt bleibt die Frage, warum der 3. NO sich in Richtung Absturzstelle begab. Zu vermuten ist, dass er vom Rand des Lukendeckels aus in die Luke schauen wollte, um den Stand der Löscharbeiten zu kontrollieren. Möglich erscheint es aber auch, insbesondere wegen der diagonalen Richtung seines Weges hin zur Vorkante des Lukendeckels, dass der Offizier die Absicht hatte, vom Endpunkt der Vorkante des Steuerbord-Lukendeckes mittschiffs auf die Achterkante der geschlossenen davor liegenden Luke überzusteigen, um von dort aus auf die Backbordseite des Schiffes zu gelangen (vgl. blaue Pfeile oben in **Abb. 3**).

Auch bezüglich der Sturzursache kann nur spekuliert werden. Jedoch spricht einiges dafür, dass der Offizier die Höhe des Versatzes (ca. 0,9 m) und auch die Breite der zur Verfügung stehenden Trittläche auf dem Steuerbord-Lukendeckel (ca. 0,6 m) unterschätzt hat. Beim Herunterspringen oder Steigen vom oberen Deckel könnte er dann ins Straucheln geraten und die Fläche für das Abfangen des Falles mit den Händen zu gering gewesen sein.

Für die konkrete Unfallsituation beinhalten die einschlägigen Unfallverhütungsvorschriften (UVV See, BGV A1)⁶ keine spezielle Präventivmaßnahme. Das Übereinanderstapeln von Lukendeckeln im Zuge des Umschlagsbetriebes ist eher ungewöhnlich und resultiert aus der besonderen Situation des Lade-/Löschbetriebes auf See. Diese ermöglicht eben gerade kein Ablegen des Lukendeckels außerhalb des Schiffes. Aus den genannten atypischen operativen Gründen und auch, weil an sich für einen Aufenthalt im Bereich der mittschiffs verlaufenden „Absturzkante“ keine Notwendigkeiten bestehen, gab es auch keinen Grund für das ansonsten übliche und vorgeschriebene Setzen einer Notreling.

Schließlich ist anzumerken, dass es unabhängig vom Fehlen einer das Unfallereignis betreffenden konkret gefassten Arbeitsschutzvorschrift, zu den elementaren Grundlagen des Arbeitsschutzes gehört, Höhenunterschiede nicht durch Sprünge zu überwinden und Bereiche, in den Absturzgefahr besteht, nach Möglichkeit zu meiden oder aber, falls deren Betreten unverzichtbar ist, eine hinreichende Personensicherung zu gewährleisten.

Der BSU ist in diesem Zusammenhang bekannt, dass gerade das eilige Herunterspringen bspw. von Niedergängen mit dem Unterschätzen der Wucht des Auftreffens auf dem Boden und das ungesicherte Arbeiten in absturzgefährdeten Bereichen an Bord Alltagserscheinungen sind. Die Tatsache, dass es dabei in aller Regel zu keinen Unfällen kommt, versperrt den Blick auf die großen Risiken, die mit solch leichtsinnigem Verhalten verbunden sind. Gerade deshalb sollten konkrete Unfallereignisse, wie das hier vorgestellte in der Ausbildung und auch an Bord thematisiert und diskutiert werden, um das Sicherheitsbewusstsein aller Besatzungsmitglieder zu schärfen.

⁶ UVV See = Unfallverhütungsvorschriften für Unternehmen der Seefahrt „UVV See“. Seit dem 1. April 2008 ist für Unternehmen der Seefahrt die branchenübergreifende berufsgenossenschaftliche Vorschrift BGV A1 (Grundsätze der Prävention) verbindlich, die in großen Teilen die bis dahin geltenden Vorgaben der UVV See ersetzt hat (vgl. § 34 BGV A1). Einzelne Vorschriften der UVV See, die die speziellen Verhältnisse an Bord von Schiffen betreffen, sind jedoch nach wie vor in Kraft.

6 Quellenangaben

- Statement of Facts des Kapitäns
- Unfallskizze (an Bord gefertigt)
- Zeugenaussagen
- Fotos (von der Reederei zur Verfügung gestellt)
- Dokumente tansanischer Behörden (von der Reederei zur Verfügung gestellt)