

Behandlung von Verkehrspiloten/-innen mit psychischen Störungen

Gerhard Bühringer, Robert Czernecka

1. Einführung

Psychische Störungen einschließlich Substanzkonsumstörungen sind in Europa weit verbreitet: Auswertungen vorhandener Studien zeigen eine 12-Monatsprävalenz von 27% der erwachsenen Bevölkerung (Männer 22%, Frauen 33%), mit Schwerpunkten bei Ängsten (12%), affektiven Störungen einschließlich Depressionen (9%), somatoforme Störungen (6%) und Substanzkonsumstörungen (etwa 4 %) (Wittchen & Jacobi, 2005). Relevant ist weiterhin eine hohe Komorbiditätsrate und eine geringe Nutzung von Behandlungsangeboten. Die entsprechenden Werte für Deutschland liegen mit 31% für die Gesamtprävalenz (Männer 25%, Frauen 37%) und für die genannten Störungsgruppen etwa 10 - 20% höher (Jacobi et al., 2004).

Nach dem Regelwerk der *Flugsicherheitsbehörde der Europäischen Union für die zivile Luftfahrt* (EASA) sind Piloten/-innen mit psychischen Störungen einschließlich Substanzkonsumstörungen als untauglich einzustufen (MED.B.055 c und d; Verordnung EU 1178/2911 und Durchführungsverordnung 2019/27). Die Sorge der Pilotenschaft vor einer länger anhaltenden vorübergehenden oder dauerhaften Untauglichkeit und dem Verlust der weiteren Berufstätigkeit hat viele Jahre dazu geführt, dass in den Fluggesellschaften über psychische Probleme und Störungen nicht offen kommuniziert wurde, und die Bereitschaft gering war sich therapeutische Hilfe zu suchen.

Erste weltweit innovative innerbetriebliche Unterstützungsmaßnahmen wurden bereits 1985 initiiert, und ab etwa 1990 entstand das heute noch im Grundsatz bestehende, aber weiterentwickelte und ausgebautе Hilfesystem. Es kombiniert die ehrenamtliche Tätigkeit von besonders geschulten Piloten/-innen (Peers) mit professioneller Behandlung unter einer gemeinsamen fachlichen Leitung. Die Hilfen waren zunächst nur auf Substanzkonsumstörungen ausgerichtet, ab 2016 wurde sie nach dem Germanwings-Unglück auf alle psychischen Störungen ausgeweitet. Das Hilfesystem trägt seit dem Beginn den Namen *AntiSkid* (ein dem ABS vergleichbares System bei Flugzeugrädern zur Vermeidung des Rutschens). Im Folgenden werden die Strukturen und Grundprinzipien des Konzepts beschrieben und einige Ergebnisse vorgestellt.

2. Struktur und Arbeitsweise

2.1 Grundlegendes Arbeitsprinzip

Die Behandlung psychischer Störungen kann Monate bis Jahre dauern, bei positiver Entwicklung mit einer im Zeitverlauf graduellen Reduzierung der Symptomatik und damit einhergehenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Für das Cockpit-Personal gilt aus Sicherheitsgründen, dass eine volle Flugtauglichkeit erst bei vollständiger Remission der Symptomatik und längerer Beobachtungszeit ausgesprochen werden kann. Dies kann insgesamt zwei bis drei Jahre dauern. Eine solche lange Zeit der beruflichen Untätigkeit trägt häufig nicht zum Heilungsprozess bei, kann auch psychische Störungen verschlimmern, und das Training zur Wiederherstellung der fliegerischen Kompetenz dauert zusätzlich viele Monate nach Wiedererlangung der Tauglichkeit. Eine Wiedereingliederung wird damit in der Praxis schwer bis unmöglich.

Alternativ kann mit Zustimmung des Luftfahrt-Bundesamtes (LBA) ein Verfahren gewählt werden, das eine schnellere Rückkehr in die berufliche Tätigkeit erlaubt:

- Nach psychodiagnostischer Untersuchung, Diagnose einer psychischen Störung und Mitteilung an das LBA entzieht dieses der betroffenen Person die Flugtauglichkeit.
- Die psychotherapeutische Behandlung wird sofort begonnen, häufig aus Gründen einer höheren Intensität zunächst in stationärer Form.
- Nach ausreichendem Fortschritt, zumeist nach einer Zeit von zwei bis vier Monaten (häufig zeitgleich mit der Entlassung aus der stationären Behandlung), kann das LBA eine „bedingte Tauglichkeit“ aussprechen, mit der verbindlichen Auflage der Fortführung der Psychotherapie, der Kontrollen sowie der regelmäßigen Berichterstattung.
- Nach erfolgtem Abschluss der Psychotherapie kann das LBA alle Auflagen aufheben.

2.2 Beteiligte Strukturen

Im Laufe der letzten zehn Jahre wurde das AntiSkid System stark ausgeweitet und umfasst aktuell:

- Etwa 20 Fluggesellschaften mit 10.000 Piloten/-innen
- 30 Peers (Piloten/-innen mit klinischer Fortbildung)
- Zwei Rehabilitationskliniken, eine Akutklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 19 niedergelassene erfahrene Psychotherapeuten/-innen (PT)

- Zeitgleiche Behandlung von etwa 100 Patienten/-innen, pro Jahr über 120 Fälle
- Zahlreiche Fliegerärzte/-innen (AME)
- Labore für Abstinenzkontrollen
- Fachliche Aufsicht mit derzeit vier Personen (FA).

Insgesamt sind etwa 80 Personen in diese Struktur eingebunden. Rechtlich ist für alle Bescheide zur Tauglichkeit allein das LBA verantwortlich, die FA unterstützt die Entscheidungsbildung mit Berichten und Gutachten.

2.3 Zugänge und Behandlungsverlauf

Es gibt zahlreiche innerbetriebliche Informationswege über die Existenz und Arbeitsweise von AntiSkid, u.a. durch Vorträge der Peers und einen eigenen Internetauftritt (<https://www.antiskid.info/>). Die Kontaktaufnahme bei einem Peer des AntiSkid Systems erfolgt auf unterschiedliche Wege:

- Eigeninitiative
- Vorschlag von Kollegen/-innen, Trainingspiloten/-innen und Vorgesetzten
- Vorschlag von Fliegerärzten/-innen (AME, Aeromedical Examiner)
- Hinweis des LBA, AntiSkid zu kontaktieren.

Nach einem Erstgespräch mit zwei Peers folgt eine fachliche Untersuchung durch die FA zur Diagnosestellung und zur Auswahl eines Behandlungsprogramms, anschließend ein Anfangsbericht an den AME und das LBA. Berichte der PT und der FA werden über die zwei bis drei Jahre halbjährlich oder jährlich erstellt, Fallbesprechungen finden vierteljährlich und bei besonderen Vorkommenissen statt.

Derzeit gibt es sechs verschiedene Behandlungsprogramme:

- Zwei für Substanzkonsumstörungen (mit und ohne stationären Anteil), Dauer etwa drei Jahre
- Zwei für alle anderen psychischen Störungen (mit und ohne stationären Anteil), Dauer etwa zwei Jahre
- Zwei präventive Programme für die beiden Störungsgruppen (indizierte Prävention), Dauer etwa ein Jahr.

Die Dauer kann stark variieren und richtet sich im Einzelfall nach Problemlage, Therapieverlauf, Fortschritten und Entscheidungen des LBA.

2.3 Verteilung der Aufgaben

Aufgaben der Peers

- Erstberatung Dritter (Angehörige, Kollegen/-innen und Vorgesetzte)
- Erstes Beratungsgespräch mit Betroffenen
 - Erfassung der Bedürfnisse und Probleme von Patienten/-innen
 - Informationen über Therapieangebote
 - Weiterleitung an die Fachaufsicht zur Untersuchung
- Nach Diagnose und Behandlungszuordnung durch die Fachaufsicht
 - Unterstützung bei Klinikaufnahme und Klinikbesuchen
 - Regelmäßige Gruppentreffen während der ambulanten Therapiephase
 - Regelmäßige Kontakte mit Patienten/-innen
 - Meldung kritischer Anzeichen an PT und FA.

Aufgaben der Fachaufsicht

- Klinische Anfangsuntersuchung und Diagnosestellung (immer mit zwei Personen)
- Auswahl des Behandlungsprogramms und der therapeutischen Einrichtung
- Regelmäßige Fallbesprechungen mit PT und Peers
- Bearbeitung der Therapieberichte der Kliniken und der PT
- Regelmäßige Berichte zu Behandlungsfortschritten an AME und LBA
- Vorschläge für die Erteilung der bedingten und vollen Tauglichkeit an das LBA
- Supervision der Kliniken, der PT und der Peers
- Programm-Evaluation, Vorträge und Publikationen
- Programm-Überarbeitung
- Kontakt zu AME und LBA
- Auswahl professioneller Partner (PT, Kliniken)
- Training der Peers (z.B. Informationen zu psychischen Störungen, Motivationale Gesprächsführung).

Die Peers sind stark in das AntiSkid System eingebunden, die alleinige fachliche Verantwortung trägt aber der Leiter der Fachaufsicht.

3. Ergebnisse

3.1 Patientencharakteristika

Bis Sommer 2022 wurden 245 Personen mit einer Substanzkonsumstörung oder Substanzkonsumproblematik (SUD) und (seit 2016) 145 mit einer anderen psychischen Störung oder Problemlage (MD) behandelt. Die Klientel lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- Geschlecht: weiblich 7% (MD) bzw. 2% (SUD)
- Alter: etwa 43 Jahre
- Von den Fällen mit SUD haben etwa 80% eine Alkoholkonsumstörung, der Rest verteilt sich auf andere Substanzen (8%) und indizierte Präventionsfälle (12%).
- Die anderen psychischen Störungen (MD) verteilen sich auf neurotische Störungen (62%), affektive Störungen (18%) und indizierte Präventionsfälle (19%).

3.2 Behandlungsergebnisse

Von den genannten Patienten/-innen mit einer Diagnose haben bis zum Sommer 2022 insgesamt 206 (SUD) bzw. 96 (MD) die Behandlung beendet:

- Die Behandlungsdauer lag je nach Störungsgruppe und Behandlungsform zwischen 18 und 27 Monaten
- Der Anteil der erfolgreich Behandelten mit einer klinischen Diagnose lag bei 75% (MD) bzw. 88% (SUD).
- Die Präventionsfälle (N= 38 von insgesamt 302) haben alle die Behandlung erfolgreich beendet, so dass die erfolgreichen Beendigungen über 80% bzw. 90% liegen.

4. Diskussion

Das Behandlungskonzept von AntiSkid hat sich über bisher mehr als 30 Jahre bewährt. Trotz verbindlicher Auflagen der EASA werden in den meisten europäischen Ländern erst jetzt solche Hilfesysteme aufgebaut. Als Mechanismen für die zunehmende Akzeptanz des Behandlungskonzepts werden folgende Charakteristika eingeschätzt:

- Abbau der Schwelle zur Hilfesuche durch innerbetriebliche Kommunikation und innerbetriebliche Präsenz der Peers
- Rasche Wiedererteilung der bedingten Tauglichkeit, wenn die erforderlichen Behandlungsfortschritte gegeben sind

- Anonymität gegenüber dem Arbeitgeber, eingebunden sind nur der Fliegerarzt des Vertrauens und das LBA.

Die Faktoren für die sehr hohen Erfolgsquoten, insbesondere für Substanzkonsumstörungen, können aufgrund des Fehlens experimenteller Therapiestudien und Kontrollgruppen nur vermutet werden:

- Sehr lange Therapiezeiten von zwei bis drei Jahren
- Integriertes einheitliches Psychotherapiekonzept (Verhaltenstherapie) für stationäre und ambulante Therapieabschnitte
- Verbindung von Hilfe und Kontrolle (z.B. Abstinenzkontrollen nach modernen Laborstandards)
- Erfolgreicher Therapieabschluss als Bedingung für die Berufsausübung.

Insgesamt verbindet das Konzept die Erhöhung der Flugsicherheit für die Bevölkerung sowie die berufliche Zufriedenheit und den Erhalt des Arbeitsplatzes für die Piloten/-innen mit hohen finanziellen Einsparungen für die Fluggesellschaften durch geringere Abwesenheitszeiten und Trainingskosten.

Für die Zukunft sind epidemiologische Studien zur besseren Erfassung des psychotherapeutischen Hilfebedarfs und der Art der psychischen Störungen notwendig. Weiterhin sollten frühzeitige Maßnahmen zur universellen und selektiven Prävention eingeführt werden. Die bereits etablierte indizierte Prävention sollte besser in den Betrieben beworben werden, damit Personen mit einer beginnenden Problematik früher behandelt werden können.

Das beschriebene Konzept für den Flugverkehr ist ein Beispiel für den Einsatz bei anderen sicherheitsrelevanten Arbeitsplätzen, um die Sicherheit der Bevölkerung mit den beruflichen Interessen der Arbeitnehmer zu verbinden. Beispiele für weitere Tätigkeitsfelder wären die Ärzteschaft, Mitarbeitende bei Personentransporten und in der kritischen Infrastruktur.

Literatur

- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltig, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597–611.
- Europäische Union (2011). Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 DER KOMMISSION vom 3. November 2011. *Amtsblatt der Europäischen Union*. Abgerufen am 24.04.2017 unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32011R1178&qid=1666533672598>
- Europäische Union (2019). DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2019/27 DER KOMMISSION vom 19. Dezember 2018. *Amtsblatt der Europäischen Union*. Abgerufen am 09.12.2019 unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/TXT/?uri=CELEX:32019R0027>