



Management – **A**viation – **R**isk

HF-Trainer Fortbildung
Fehler, Fehlermanagement & Fehlerkultur
Case Based Study

Maic Täuber

Version 1.0, 14.02.2022

Flugunfall WC-130H



Video: youtube.com/TheFlightChannel

RAHMENDATEN

- Das Flugzeug sollte nach längerer Reparaturzeit (u.a. des Triebwerks Nr. 1) zum „Boneyard“ nach Tuscon (AZ) überführt und dort außer Dienst gestellt werden
 - Bei der Startvorbereitung fand kein Emergency Briefing statt
 - Es wurde ein „rolling T/O“ durchgeführt, obwohl dies bei 1. Flug des Tages nicht empfohlen wird
-

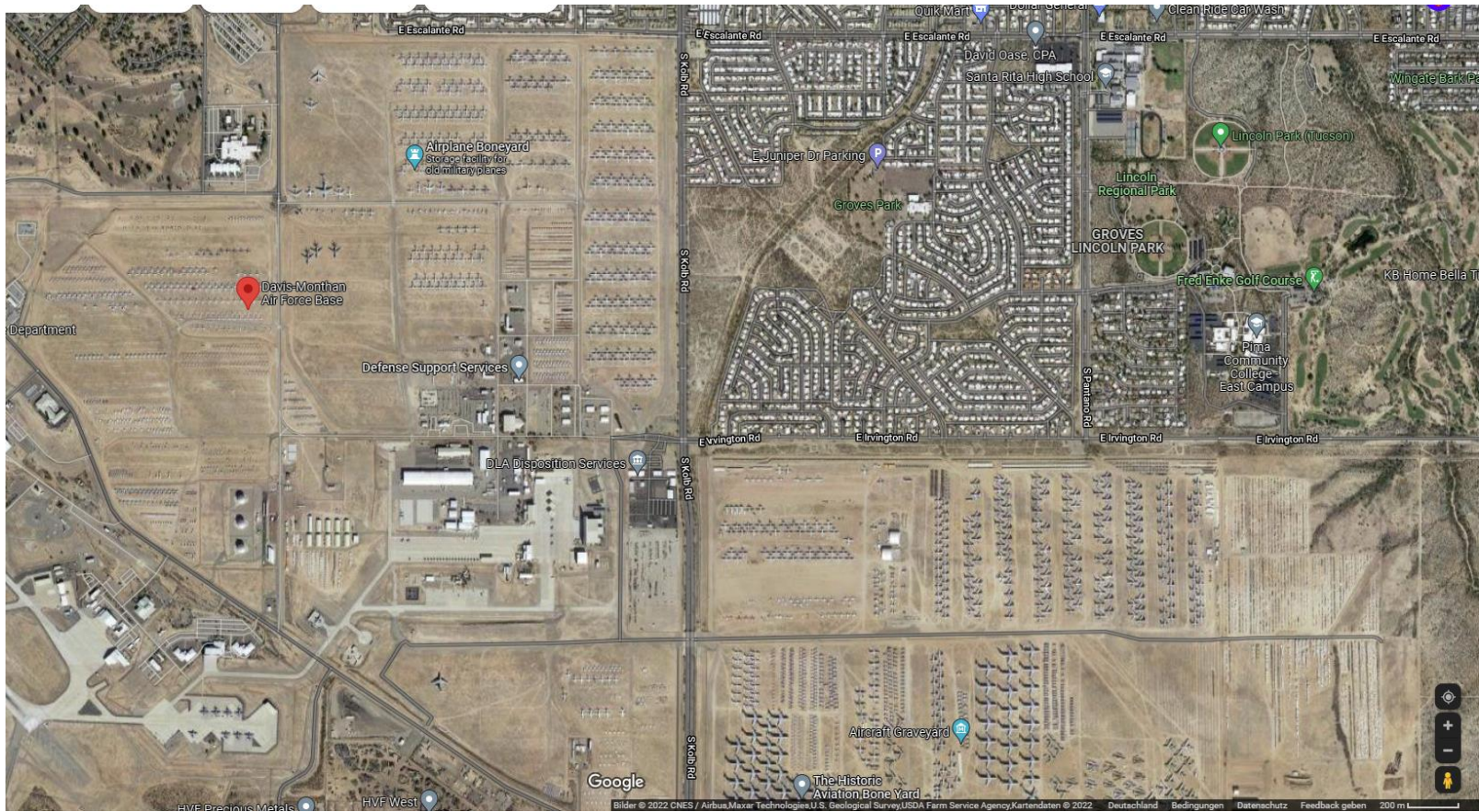
RAHMENDATEN

- Während des T/O wurde die flukturierende RPM des Triebwerks Nr. 1 erst sehr spät wahrgenommen, aber der Start nicht abgebrochen, obwohl das noch leicht möglich gewesen wäre
- Das fehlerhafte Triebwerk wurde zwar abgeschaltet, aber es wurden weder die Checkliste für
 - “Takeoff Continued After Engine Failure”
 - „Engine Shutdown“
 - „After Takeoff“abgearbeitet

RAHMENDATEN

- Deshalb blieben die Flaps auch auf 50%, das Flugzeug konnte weder steigen noch ausreichend beschleunigen
- Der Pilot begann, in Richtung des „toten“ Triebwerks zu kurven
- Ein Ruderinput von 9° nach links führte schließlich zum Strömungsabriss, beim Absturz starben alle 11 Insassen
- Die Techniker in Savannah hatten das fehlerhafte Triebwerk weder sorgfältig diagnostiziert noch repariert, weil das Flugzeug ja „ohnehin in den Boneyard geht“

Davis-Monthan Air Force Base Airplane Boneyard



Gruppenarbeit

Ihr seid verantwortlich für die Bearbeitung des Flugunfalls WC-130H und sollt für die Führung Empfehlungen unter Berücksichtigung des Fehlermanagementgedankens erarbeiten.

Zeit für die Vorstellung der Ergebnisse: ca. 20 Minuten

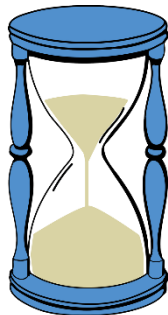


Bild von Clear Free Vector Images auf Pixabay

60 Minuten



Bild von Peggy und Marco Lachmann-Anke auf Pixabay

Gruppenarbeit

Gruppe 1:

- Stellt relevante Faktoren aus Sicht der beteiligten Techniker dar
- Beschreibt mögliche Ursachen für das Geschehene
- Definiert Maßnahmen, die eine Wiederholung der Fehler ausschließen

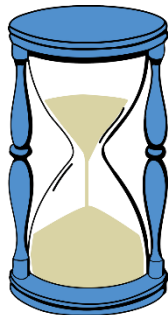


Bild von Clear Free Vector Images auf Pixabay

60 Minuten



Bild von Peggy und Marco Lachmann-Anke auf Pixabay

Gruppenarbeit

Gruppe 2:

- Stellt relevante Faktoren aus Sicht der Besatzung dar
- Beschreibt mögliche Ursachen für das Geschehene
- Definiert Maßnahmen, die eine Wiederholung der Fehler ausschließen

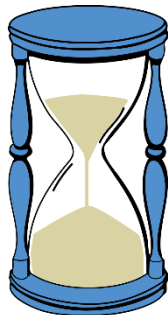


Bild von Clear Free Vector Images auf Pixabay

60 Minuten



Bild von Peggy und Marco Lachmann-Anke auf Pixabay

Diskussion der Ergebnisse

- Nach der Vorstellung jeder Gruppenarbeit, hat die jeweils andere Gruppe zunächst Gelegenheit, Fragen zum Verständnis zu stellen.
Eine Bewertung / Kommentierung des Gehörten soll (noch) nicht erfolgen.
- Danach fungieren die „Zuhörer“ als „Betroffene“, die die Maßnahmen umsetzen sollen.
 - ✓ Wo sehen die „Anwender“ Probleme?
 - ✓ Welche Annahmen sind unzutreffend?
 - ✓ Welche Rahmenbedingungen wurden nicht berücksichtigt, oder falsch eingeschätzt?

Ergebnisse Gruppe 1

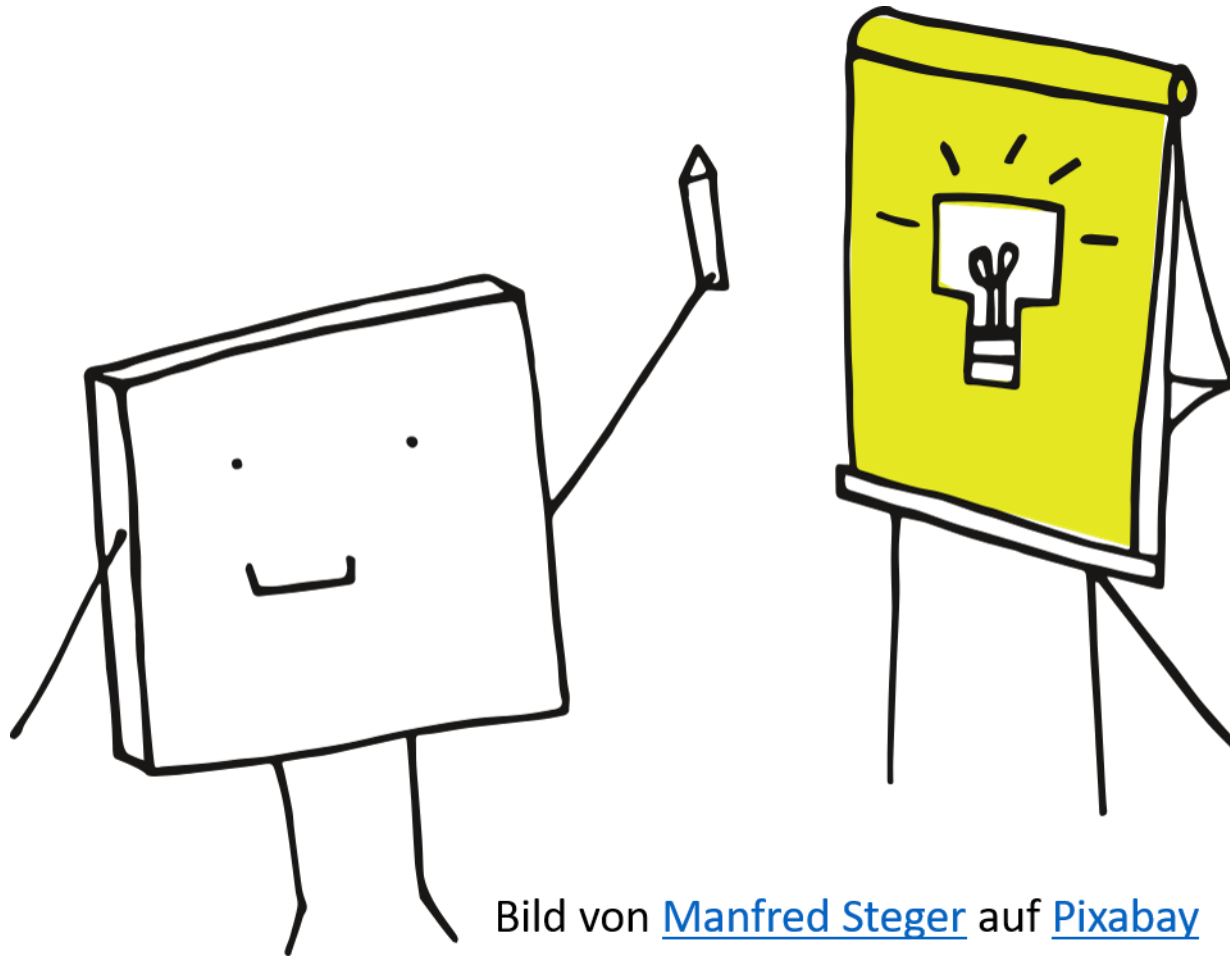


Bild von [Manfred Steger](#) auf [Pixabay](#)

Ergebnisse Gruppe 2

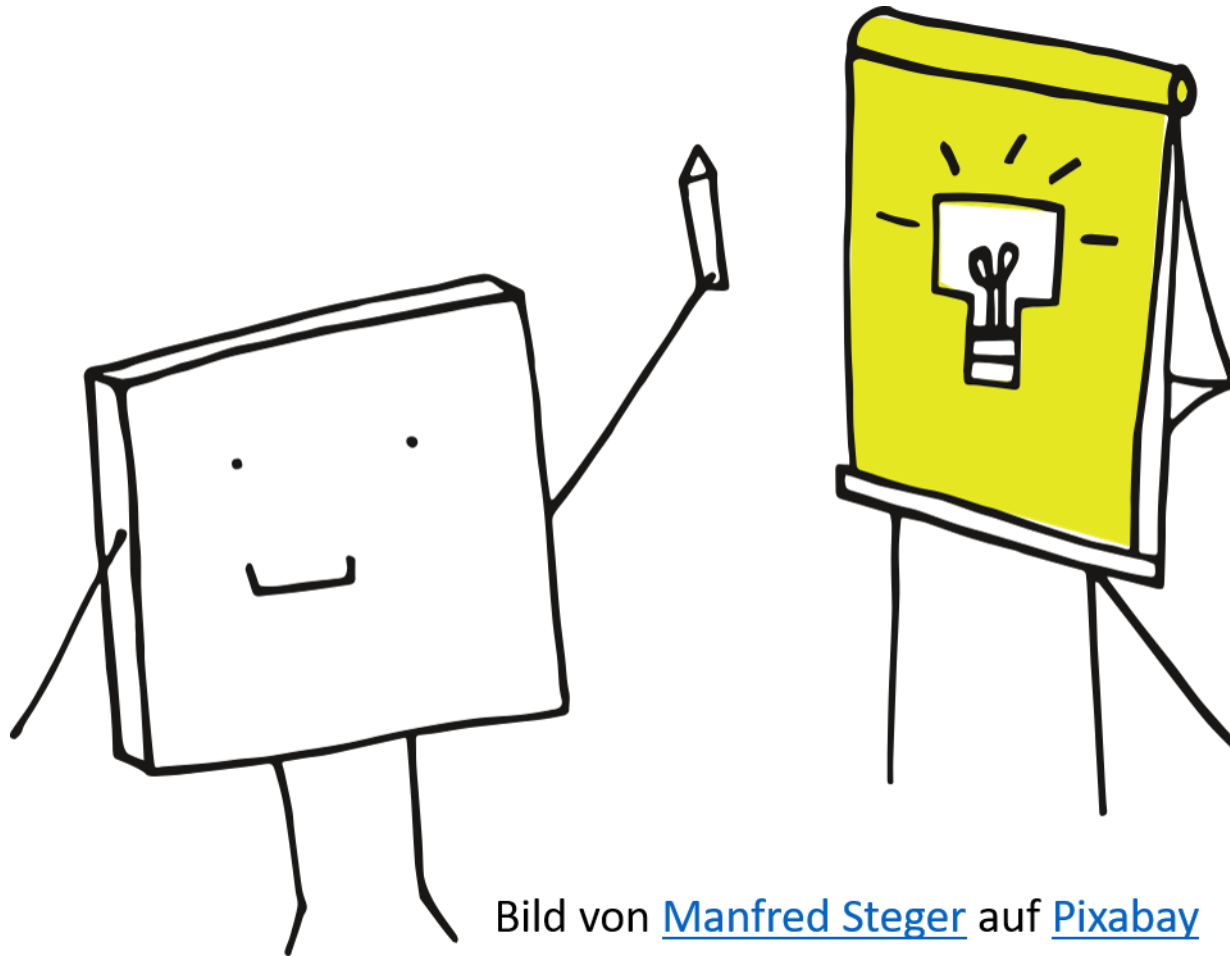


Bild von [Manfred Steger](#) auf [Pixabay](#)

ENDE Case Based Study



Bild von [Clker-Free-Vector-Images](#) auf [Pixabay](#)