



VORTRAG · 3. PM-SUMMIT NRW

# Crash oder Punktlandung?

*Aus Fehlern lernen wie Piloten im Cockpit*

---

Wie „Drift into Failure“ Projekte gefährdet – und welche Führungs- und Steuerungs routinen aus dem Cockpit helfen, rechtzeitig gegenzusteuern.

**Mark Saure**

Kapitän Boeing 787 · Prüfer & Ausbilder · ehem. Leiter Flugsicherheit

3. PM-Summit NRW · 18. September 2026



**MARK SAURE**

Kapitän Boeing 787

Prüfer & Ausbilder

## ÜBER DEN REFERENTEN

# Vom Cockpit in die Projektpraxis

*Dipl.-Ing. (FH) für Luftfahrtsystemmanagement und -technik*



**Dipl.-Ing. (FH) für Luftfahrtsystemtechnik und Management**



**26 Jahre Pilot, davon 19 Jahre Flugkapitän**



**Prüfer und Ausbilder**



**Mehrjährige Leitung Flugsicherheits- und QM-Abteilung**



**Freiberuflicher Auditor & Berater**



FLUGPLAN FÜR HEUTE

# Agenda

01

## Warum Systeme scheitern

Drift into Failure & Just Culture – die Theorie hinter dem Titel

02

## Fallstudien aus dem Cockpit

Sieben reale Flüge, sieben Muster schleichenden Scheiterns – und ein Gegenbeispiel

03

## Werkzeuge für Ihr Projekt

Sechs Führungs- und Steuerungsroutrinen aus der Luftfahrt, übertragen auf Projektarbeit

04

## Landung & Diskussion

Fünf Prinzipien, Handlungsempfehlungen und Zeit für Ihre Fragen: Crash oder Punktlandung?



## „Das machen doch alle so“

- Auf der Landstraße gilt Tempo 100. Sie fahren 108 – „das machen doch alle, das ist safe“.
- Nichts passiert. Beim nächsten Mal fühlen sich 112 schon normal an.
- Nach ein paar Monaten sind 118 Ihr persönliches „ganz normales“ Tempo – die ursprüngliche Grenze ist gedanklich verschwunden.
- Die Straße, das Auto, die Regeln – alles ist gleich geblieben. Verschoben hat sich nur eines: der eigene Maßstab dafür, was „normal“ ist.

***Genau dieser Mechanismus*** – kleine, unbemerkte Verschiebungen des eigenen Maßstabs – lässt auch Projekte und Cockpits scheitern.

# TEIL 1

## Warum Systeme scheitern

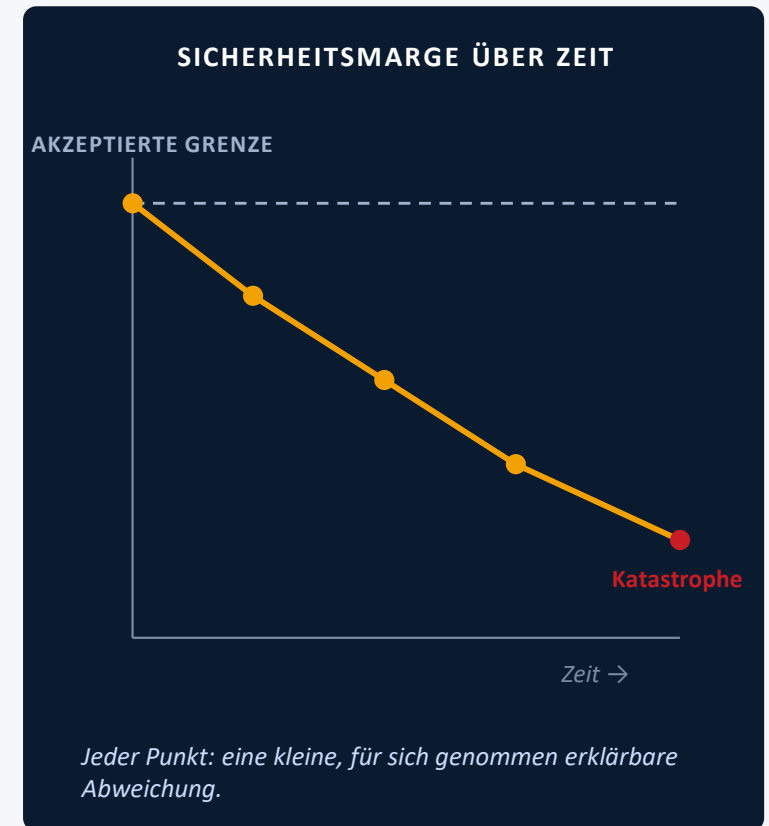
*Die Theorie hinter dem Titel: Drift into Failure und Just Culture*

## KONZEPT

# Was ist „Drift into Failure“?

*Sidney Dekker, Sicherheitsforscher*

- Systeme scheitern selten an einer einzigen, dramatischen Fehlentscheidung.
- Stattdessen passen sich Menschen und Organisationen unter Druck – Zeit, Kosten, Kapazität – Schritt für Schritt an.
- Jede einzelne Anpassung wirkt für sich genommen vernünftig und unauffällig.
- Die Summe dieser kleinen, lokal sinnvollen Schritte verschiebt jedoch schleichend die Sicherheitsmarge – bis sie aufgebraucht ist.



## KONZEPT

# „Just Culture“

*Einfach gesagt: Wie reagiert man fair auf Fehler, ohne die Sicherheit zu gefährden?*

**RETRIBUTIVE JUSTIZ** · die typische Reaktion

- Wer war das?
- Welche Regel wurde gebrochen?
- Welche Strafe ist angemessen?

*Ergebnis: Fehler werden künftig eher versteckt als gemeldet.*

**RESTORATIVE JUSTIZ** · Dekkers Alternative

- Wer wurde beeinträchtigt – und was braucht diese Person jetzt?
- Wer kümmert sich darum, das wiedergutzumachen?
- Was ändern wir, damit es nicht noch einmal passiert?

*Ergebnis: Fehler werden offen gemeldet, weil daraus Verbesserung statt Strafe folgt.*

## DER EINFACHE TEST DAHINTER

Hätte eine andere, ähnlich erfahrene Person unter denselben Bedingungen vermutlich genauso gehandelt? Wenn ja: nicht die Person bestrafen – das System verbessern.

# Warum Cockpit-Wissen auf Projekte passt



## Komplexe Systeme unter Druck



Viele Beteiligte, viele Abhängigkeiten, Termin- und Kostendruck – in beiden Fällen kein Platz für Heldentum, sondern nur für gute Systeme.



## Menschen treffen die Entscheidungen



Nicht Technik allein entscheidet über Erfolg oder Scheitern, sondern wie Teams unter Unsicherheit kommunizieren und Warnsignale behandeln.



## Abweichungen sind fast nie einmalig



Ein verkürzter Review, ein informell akzeptierter Scope Change – beides folgt demselben Muster wie ein überschrittenes Wartungsintervall.



## Sicherheit ist Führungsaufgabe

In der Luftfahrt ist Sicherheitskultur explizit Aufgabe der Führung – nicht Zufall oder Glück einzelner Mitarbeitender.

# TEIL 2

## Fallstudien aus dem Cockpit

*Reale Flüge, Muster schleichenden Scheiterns – und ein Gegenbeispiel*

# Teneriffa

*Die folgenreichste Kollision der Luftfahrtgeschichte*



Wrackteile am Unfallort, Los Rodeos, März 1977

## DATUM

**27. März 1977**

## ORT

**Los Rodeos, Teneriffa**

## BETEILIGT

**2 × Boeing 747**

## OPFER

**583 Tote**

## WAS GESCHAH

- Nebel und ein wegen eines Bombenanschlags auf einen anderen Flughafen überfüllter Ausweichflughafen erzeugen erheblichen Zeit- und Kapazitätsdruck.
- Der KLM-Kapitän – ein hoch angesehener Trainings-Kapitän der Airline – startet, ohne dass die Startfreigabe eindeutig erteilt wurde.
- Der Flugingenieur äußert Zweifel, ob die Bahn wirklich frei ist – wird jedoch nicht mehr ernsthaft gehört.
- Die Pan-Am-Maschine befindet sich zu diesem Zeitpunkt noch auf derselben, durch Nebel kaum einsehbaren Startbahn.

## DRIFT-MUSTER

Ein erfahrener, ranghoher Kapitän wird von der eigenen Crew nicht mehr hinterfragt. Zweifel werden aus Respekt vor der Hierarchie heruntergeschluckt – bis es zu spät ist.

## TRANSFER AUF PROJEKTE

Wer stoppt im Projekt eine Entscheidung der Projektleitung, wenn ein ungutes Bauchgefühl herrscht? Flache, trainierte Kommunikationswege retten im Zweifel das Projekt.

# Eastern Air Lines 401

*Wenn die ganze Crew auf ein Lämpchen starrt*

**DATUM**

**29. Dezember 1972**

**ORT**

**Everglades, Florida**

**FLUGZEUG**

**Lockheed L-1011**

**OPFER**

**101 von 176 an Bord**

**WAS GESCHAH**

- Die Anzeige für das ausgefahrene Bugfahrwerk leuchtet beim Landeanflug nicht – vermutlich nur eine defekte Glühbirne.
- Alle drei Piloten im Cockpit konzentrieren sich minutenlang ausschließlich auf dieses eine, für die Sicherheit nebensächliche Problem.
- Dabei streift jemand unbemerkt das Steuerhorn – der Autopilot löst sich lautlos.
- Die Maschine sinkt in einem kaum wahrnehmbaren Winkel – niemand überwacht mehr Höhe und Fluglage.

**DRIFT-MUSTER**

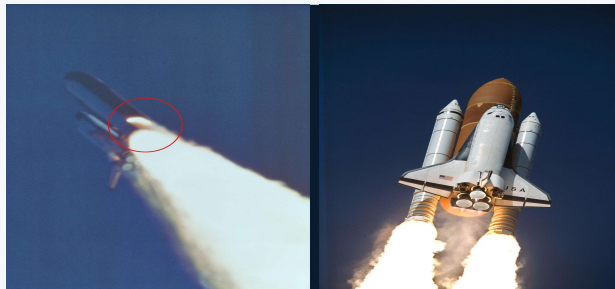
Volle Aufmerksamkeit wandert zu einem kleinen, gut sichtbaren Problem – während das eigentlich kritische große Bild (Höhe, Kurs, Status) aus dem Blick gerät.

**TRANSFER AUF PROJEKTE**

Ein Team, das sich nur noch auf einen einzelnen Punkt konzentriert, verliert leicht das übergeordnete Projektziel aus den Augen.

# Challenger & Columbia

*Dieselbe Organisation, derselbe Fehler – zweimal*



Challenger (links, Flammenaustritt rot markiert) und Columbia (rechts) jeweils beim Start

## CHALLENGER

**28. Jan. 1986 – O-Ring-Bruch**

## COLUMBIA

**1. Feb. 2003 – Schaumstoff**

## BETROFFEN

**NASA Space Shuttle**

## OPFER

**je 7 Besatzungsmitglieder**

## WAS GESCHAH

- Erosion an den O-Ring-Dichtungen der Feststoffraketen war seit Jahren bekannt und dokumentiert – wurde aber immer wieder neu als „akzeptables Risiko“ eingestuft.
- Ingenieur-Warnungen vor dem Start bei ungewöhnlich niedrigen Temperaturen wurden vom Management unter Zeit- und Erfolgsdruck überstimmt.
- 17 Jahre später: Auch Schaumstoff-Ablösungen beim Start galten längst als „normal“ – bis ein Stück 2003 den Hitzeschild am Flügel durchschlug.
- Zwei Kapitalverbrechen der Drift in derselben Organisation – nach der ersten Katastrophe hätte man den Mechanismus kennen müssen.

## DRIFT-MUSTER

Eine Abweichung, die nicht sofort zur Katastrophe führt, wird zur neuen Normalität. Der nächste, noch größere Ausreißer wirkt dadurch vergleichsweise harmlos – bis er es nicht mehr ist.

## TRANSFER AUF PROJEKTE

Wenn ein Meilenstein wiederholt knapp gerissen wird und „nichts passiert“, sinkt die interne Alarmschwelle – bis der nächste, deutlich größere Ausreißer folgt, den niemand mehr kommen sieht.

# Lion Air & Ethiopian Airlines

*Zwei Boeing-737-MAX-Abstürze, fünf Monate auseinander*



LION AIR 610

**29. Okt. 2018 – alle 189 an Bord**

ETHIOPIAN 302

**10. März 2019 – alle 157 an Bord**

FLUGZEUG

**Boeing 737 MAX 8**

OPFER GESAMT

**346 Tote**

## WAS GESCHAH

- Ein neues Steuerungssystem (MCAS) sollte das Flugverhalten der MAX an größere Triebwerke anpassen – verlässt sich dabei auf nur einen einzigen Sensor, ohne Redundanz.
- Um teure Pilotenumschulungen und ein neues Zulassungsverfahren zu vermeiden, wird MCAS den Piloten in Handbüchern kaum erklärt.
- Nach dem ersten Absturz (Lion Air) reagiert Boeing mit einem Verfahrenshinweis – ohne das Systemdesign selbst infrage zu stellen oder die Flotte zu grounden.
- Fünf Monate später wiederholt sich bei Ethiopian Airlines nahezu derselbe Fehler – erst danach wird die gesamte Flotte weltweit für rund 20 Monate stillgelegt.

## DRIFT-MUSTER

Wirtschaftlicher Druck übersteuert einen technischen Sicherheitsstandard. Nach dem ersten Unfall wird die Ursache nicht konsequent behoben, bevor sich derselbe Fehler wiederholt.

## TRANSFER AUF PROJEKTE

Wie oft wird nach einem ersten Vorfall im Projekt nur ein Pflaster draufgeklebt, statt die Systemursache zu beheben? Der zweite, oft schwerere Vorfall folgt häufig schneller, als man denkt.

# Alaska Airlines 261

*Wenn Wartungsintervalle Schritt für Schritt wachsen*



*N963AS, die spätere Unglücksmaschine, hier 1992 in Santa Ana*

**DATUM**

**31. Januar 2000**

**ORT**

**Pazifik vor Kalifornien**

**FLUGZEUG**

**McDonnell Douglas MD-83**

**OPFER**

**alle 88 an Bord**

**WAS GESCHAH**

- Die Höhenrudertrimmung wird über eine Gewindespindel gesteuert, die regelmäßig geschmiert werden muss.
- Über Jahre wurden die vorgeschriebenen Schmierintervalle wiederholt verlängert – jedes Mal ohne unmittelbar sichtbare Folgen.
- Der Verschleiß blieb dadurch lange unentdeckt, bis die Spindel im Flug vollständig durchdrehte.
- Die Crew kämpfte über 30 Minuten hoch professionell mit dem Höhenruderproblem – den finalen Totalausfall konnte sie nicht mehr abwenden.

**DRIFT-MUSTER**

Ein Wartungsintervall, das in kleinen Schritten verlängert wird, ohne dass sofort etwas passiert, wird zur neuen Normalität – bis die eingebaute Sicherheitsmarge vollständig aufgebraucht ist.

**TRANSFER AUF PROJEKTE**

Welche „Wartungsintervalle“ hat Ihr Projekt? Qualitätssicherung, Code-Reviews, Risiko-Audits – wie oft wurden sie zuletzt „nur dieses eine Mal“ verschoben, ohne dass es Konsequenzen hatte?

# Air France 447

*Wenn die Automatik abschaltet und Grundfertigkeiten fehlen*



*Bergung des Seitenleitwerks, Nordatlantik, Juni 2009*

**DATUM**

**1. Juni 2009**

**ORT**

**Atlantik**

**FLUGZEUG**

**Airbus A330**

**OPFER**

**alle 228 an Bord**

**WAS GESCHAH**

- Vereiste Staurohre liefern im Reiseflug plötzlich falsche Geschwindigkeitswerte – der Autopilot schaltet sich automatisch ab.
- Ein Copilot zieht reflexartig den Steuerknüppel nach hinten – die Maschine beginnt zu steigen und gerät in den Strömungsabriss (Stall).
- Da die Steuerknüppel bei Airbus nicht mechanisch gekoppelt sind, bemerkt der zweite Pilot die gegenläufige Eingabe seines Kollegen lange nicht.
- Über dreieinhalb Minuten fällt die Maschine mit extremer Sinkrate – die Stall-Warnung ertönt, wird aber nicht als reale Gefahr erkannt.

**DRIFT-MUSTER**

Jahrelanges, reibungsloses Fliegen mit Automatik lässt manuelle Flug- und Stall-Erkennungsfertigkeiten schleichend verkümmern – im Ernstfall fehlt plötzlich das Grundhandwerk.

**TRANSFER AUF PROJEKTE**

Wenn Tools, Dashboards und Standardprozesse jahrelang zuverlässig laufen, verkümmert das „Handwerk“: Risikoeinschätzung aus Erfahrung, kritisches Nachfragen. Wer könnte Ihr Projekt noch „von Hand fliegen“, wenn das System ausfällt?

# US Airways 1549

*Das „Wunder vom Hudson“ – kein Zufall, sondern Training*



*Chesley „Sully“ Sullenberger*

## DATUM

**15. Januar 2009**

## ORT

**Hudson River, New York**

## FLUGZEUG

**Airbus A320**

## ERGEBNIS

**alle 155 an Bord gerettet**

## WAS GESCHAH

- Ein Vogelschlag kurz nach dem Start zerstört beide Triebwerke gleichzeitig – ein Totalausfall des Schubs in geringer Höhe.
- Kapitän Sullenberger und Copilot Skiles arbeiten die Notfall-Checkliste diszipliniert und ruhig im Team ab.
- Innerhalb weniger Sekunden trifft Sullenberger die Entscheidung: keine Landebahn erreichbar – Wasserlandung auf dem Hudson River.
- Über 40 Jahre Flugerfahrung, hunderte trainierte Notfallszenarien und eine eingespielte Crew machen im Ergebnis den entscheidenden Unterschied.

## DRIFT-MUSTER

Kein Drift, sondern das bewusste Gegenteil: konsequentes Training, aktuell gehaltene Fertigkeiten und eine Kultur, in der die Einschätzung des First Officers zählt, ermöglichten die richtige Entscheidung in Sekunden.

## TRANSFER AUF PROJEKTE

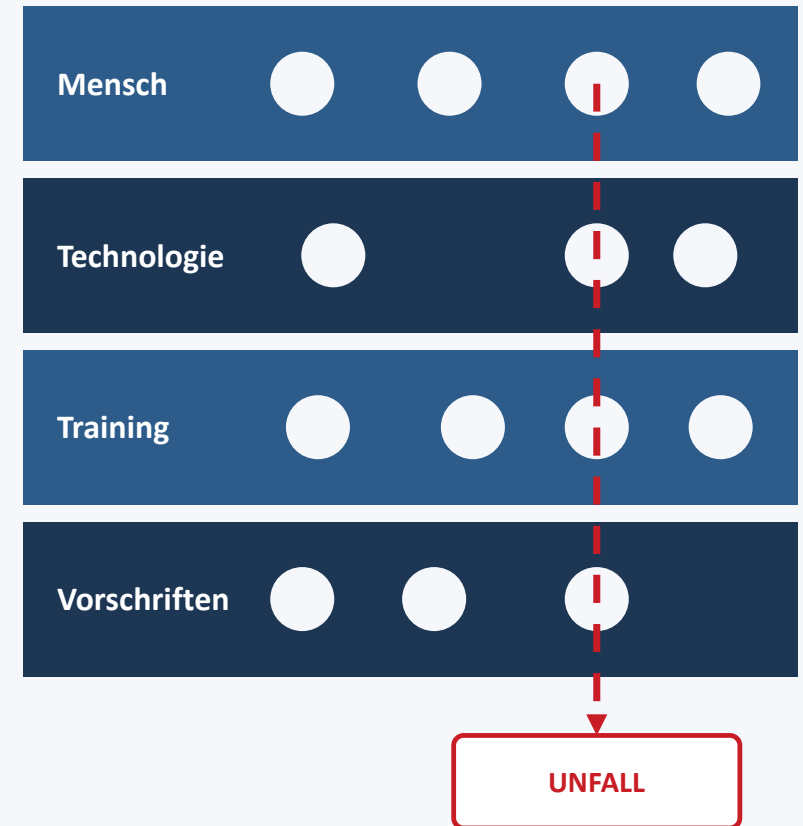
Sicherheitsmargen zahlen sich erst im Ernstfall aus. Investitionen in Training, Redundanz und Übung wirken lange unsichtbar – bis zu dem einen Moment, in dem sie über Erfolg oder Scheitern entscheiden.

## KONZEPT

# Das Swiss-Cheese-Modell

*James Reason, 1990 – warum Unfälle fast immer mehrere Ursachen haben*

- Jede Verteidigungsebene eines Systems – Technik, Verfahren, Training, Aufsicht – hat Schwachstellen wie Löcher in Käsescheiben.
- Normalerweise überdecken sich die Ebenen: Ein Loch in einer Scheibe wird von der nächsten Scheibe abgefangen.
- Ein Unfall passiert erst, wenn sich die Löcher mehrerer Ebenen zufällig gleichzeitig ausrichten – der Gefahrenpfad ist kurzzeitig durchgängig offen.
- Drift vergrößert genau diese Löcher, Schicht für Schicht – und erhöht so schleichend die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich einmal alle ausrichten.



# Die Käsescheiben von Teneriffa

*Dasselbe Modell, angewendet auf den Unfall vom Anfang des Vortrags*

## AKUTE GEFAHREN

- Wetter: dichter Nebel
- Mensch: Überlastung der Crew
- Organisation: Zeitdruck durch Dienstzeiten

## LATENTE GEFAHREN

- Wetter: exponierte Lage des Flugplatzes
- Mensch: starkes Hierarchiegefälle
- Technik: kein Bodenradar verfügbar

## FEHLENDE BARRIEREN

- Lückenhafte Kommunikationsstandards im Funk
- Ungenügendes Training zu interpersonellen Fähigkeiten

Keine dieser Gefahren hätte für sich allein 583 Menschen das Leben gekostet.



# Drift-Signale im eigenen Projekt

*Drei typische Muster aus der Vortragsbeschreibung – wiedererkennbar?*



## Reviews werden verkürzt

„Wir haben heute leider nur 20 statt 60 Minuten – wir machen das Wichtigste.“ Aus der Ausnahme wird über Wochen die Regel.



## Scope Changes werden informell akzeptiert

Kleine Änderungswünsche laufen am offiziellen Change-Prozess vorbei – „das machen wir eben schnell mit“. Niemand entscheidet das bewusst.



## Ampeln bleiben grün

Der Status-Report zeigt Grün, weil „es sich beim letzten Mal auch wieder eingerenkt hat“ – nicht, weil sich objektiv nichts verschlechtert hat.

# TEIL 3

## Werkzeuge für Ihr Projekt

*Sechs Führungs- und Steuerungsroutinen aus dem Cockpit, übertragen auf Projektarbeit*



## WERKZEUG 1

# Checklisten, SOPs & Limitations

## IM COCKPIT

Für verschiedene Flugphasen und “abnormal procedures” gibt es Checklisten. Zusätzlich werden in Betriebshandbüchern klare Grenzwerte und standardisierte Verfahren (SOPs) festgelegt.



## IM PROJEKT

Standardisierte Checklisten für Meilensteine, Change Requests oder Go-Live-Entscheidungen wirken nicht als Bürokratie, sondern als Sicherheitsnetz gegen „das haben wir diesmal übersehen“ – gerade wenn der Zeitdruck hoch ist.

**Kernbotschaft:** *Checklisten sind kein Misstrauen gegenüber Kompetenz – sie schützen genau die Erfahrensten vor Betriebsblindheit.*



## WERKZEUG 2

# Crew Resource Management (CRM)

## IM COCKPIT

Nach Unfällen wie in Teneriffa, wurde CRM in den 1980er-Jahren eingeführt: Jedes Crewmitglied ist verpflichtet, Bedenken klar zu äußern – unabhängig vom Rang, mit trainierten Formulierungen.



## IM PROJEKT

Wer im Projektteam darf dem Lenkungsausschuss offen widersprechen? Eine gelebte Kultur, in der auch die jüngste Entwicklerin oder der jüngste Entwickler eine rote Ampel zeigen darf und soll, ohne Nachteile befürchten zu müssen.

**Kernbotschaft:** *Sicherheit entsteht nicht durch die besten Einzelpersonen an der Spitze, sondern durch das beste Team drumherum.*



## WERKZEUG 3

# Die „Sterile Cockpit Rule“

## IM COCKPIT

Unterhalb von 10.000 Fuß – also in Start- und Landephase – sind im Cockpit nur noch flugrelevante Gespräche erlaubt. Ablenkung durch Small Talk oder Nebenthemen ist in dieser kritischen Phase per Vorschrift ausgeschlossen.



## IM PROJEKT

In kritischen Projektphasen – Go-Live, Krisensitzung, Cutover-Wochenende – bewusst Ablenkungen wie E-Mails, Zwischenrufe oder Nebenthemen ausblenden. Volle Konzentration der Kernbeteiligten nur auf die kritische Phase.

**Kernbotschaft:** *Nicht jede Projektphase verdient dieselbe Aufmerksamkeit – kritische Phasen brauchen bewusst ungeteilte Konzentration.*



#### WERKZEUG 4

## Briefing & Debriefing

### IM COCKPIT

Vor jedem Flug bespricht die Crew in einem kurzen Briefing, was heute besonders ist und was schiefgehen könnte. Nach besonderen Ereignissen folgt ein Debriefing – ohne Schuldzuweisung, mit dem alleinigen Ziel, gemeinsam zu lernen.



### IM PROJEKT

Pre-Mortems vor kritischen Projektphasen („Was könnte in sechs Monaten dazu geführt haben, dass wir gescheitert sind?“) und ehrliche Retrospektiven danach – nicht nur „was lief gut“, sondern auch „wo haben wir unbemerkt Maßstäbe verschoben?“.

**Kernbotschaft:** *Die wertvollsten Lektionen entstehen, wenn man VOR dem Ereignis über mögliches Scheitern nachdenkt – nicht erst danach.*



## WERKZEUG 5

# Just Culture – Fehlerkultur ohne Schuldzuweisung

### IM COCKPIT

Freiwillige, oft anonyme Meldesysteme erlauben Piloten, eigene Fehler und Beinahe-Zwischenfälle zu melden, ohne dienstrechtliche Konsequenzen zu riskieren. Maßstab dafür ist Dekkers Substitutionstest: Hätte eine ähnlich qualifizierte Person genauso gehandelt? Wenn ja, wird das System verbessert – nicht die Person bestraft.

### IM PROJEKT

Ein Klima, in dem Statusberichte ehrlich „Gelb“ oder „Rot“ zeigen dürfen, ohne dass die Überbringerin oder der Überbringer der schlechten Nachricht bestraft wird. Restorative statt retributive Reaktion: erst verstehen und verbessern, dann – wenn überhaupt – über Konsequenzen sprechen.

**Kernbotschaft:** *Wer Fehler bestraft, bekommt keine Fehlerfreiheit – er bekommt Verschleierung.*



WERKZEUG 6

## Ampelsysteme & Master Caution

### IM COCKPIT

Warnsysteme im Cockpit sind klar abgestuft (Hinweis – Caution – Warning) und mit trainierten, eindeutigen Reaktionen verknüpft. Eine gelbe Warnung wird nie ignoriert, nur weil „es ja noch nicht rot ist“ – jede Stufe hat eine definierte Handlung.

### IM PROJEKT

Ampelberichte verlieren ihre Funktion, sobald Gelb oder Rot keine verbindliche Konsequenz mehr nach sich zieht. Jede Ampelfarbe braucht eine im Vorfeld vereinbarte, tatsächlich eingehaltene Reaktion – sonst bleibt sie am Ende immer grün.

**Kernbotschaft:** *Eine Ampel ist nur so gut wie die Handlung, die zwingend auf sie folgt.*

# Handlungsempfehlungen

*Fünf Routinen, die Drift sichtbar machen, bevor er zur Krise wird*



## Unabhängige Reviews & Audits

Regelmäßig Personen ins Projekt holen, die NICHT operativ eingebunden sind – ihnen fällt Drift schneller auf als dem eigenen Team.



## Pre-Mortems vor kritischen Phasen

Vor jedem Meilenstein bewusst fragen: „Wenn das hier scheitert – woran könnte es liegen?“ Nicht erst danach.



## Eskalationspfade ohne Blame

Klar definieren, wie und an wen ehrlich „Rot“ gemeldet werden kann, ohne dass die Botschafterin/der Botschafter dafür büßt.



## Bewusstes, transparentes Re-Baselining

Wenn sich ein Maßstab ändern muss, dies explizit und sichtbar beschließen – nie stillschweigend „einschleifen“ lassen.



## Weiche Signale beobachten

Überstunden, Fluktuation, Schweigen in Meetings, sinkende Meldebereitschaft – oft die ersten Anzeichen von Drift, lange vor harten Kennzahlen.

# Fünf Prinzipien gegen Drift

1

Kleine Abweichungen sind nie „nur dieses eine Mal“ – jede Ausnahme braucht ein bewusstes Enddatum.

2

Wer Bedenken hat und schweigt, wird Teil des Problems – dafür muss die Kultur den Raum schaffen.

3

Checklisten und Routinen schützen auch die Erfahrensten vor der eigenen Betriebsblindheit.

4

Ampeln brauchen verbindliche Konsequenzen – sonst sind sie nur Dekoration im Statusbericht.

5

Sicherheit und Qualität sind kein Zustand, sondern eine täglich neu zu treffende Entscheidung.



# Crash oder Punktlandung?

*Die Antwort entscheidet sich nicht im letzten großen Moment – sondern in hundert kleinen, unbemerkten Schritten davor.*

---

**Punktlandungen** entstehen nicht durch Zufall oder Heldentum – sondern durch Teams, die kleine Abweichungen ernst nehmen, *bevor* sie sich summieren.

**Diskussion**



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

*Und vielen Dank für die offene Diskussion.*

## **MARK SAURE**

Kapitän Boeing 787 · Prüfer & Ausbilder · ehem. Leiter Flugsicherheit

*„Sicherheit ist kein Zustand – sie ist eine tägliche Entscheidung.“*