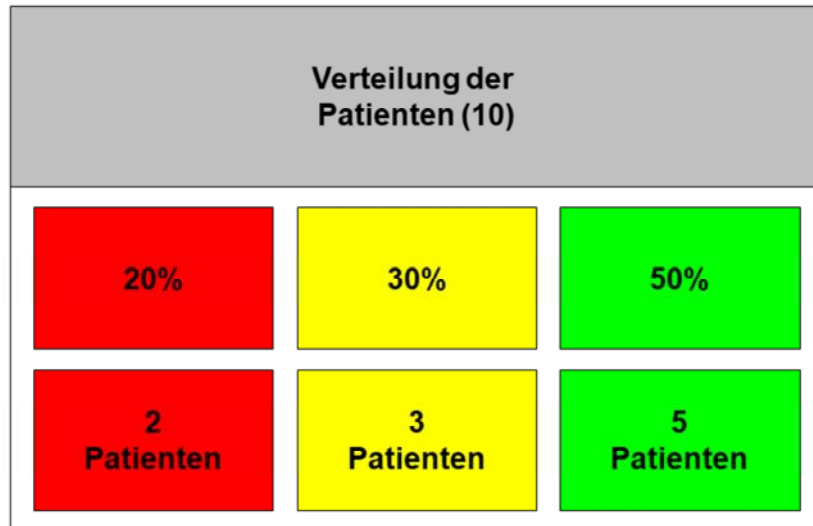


Erstversorgung beim MANV

Kräfteansatz

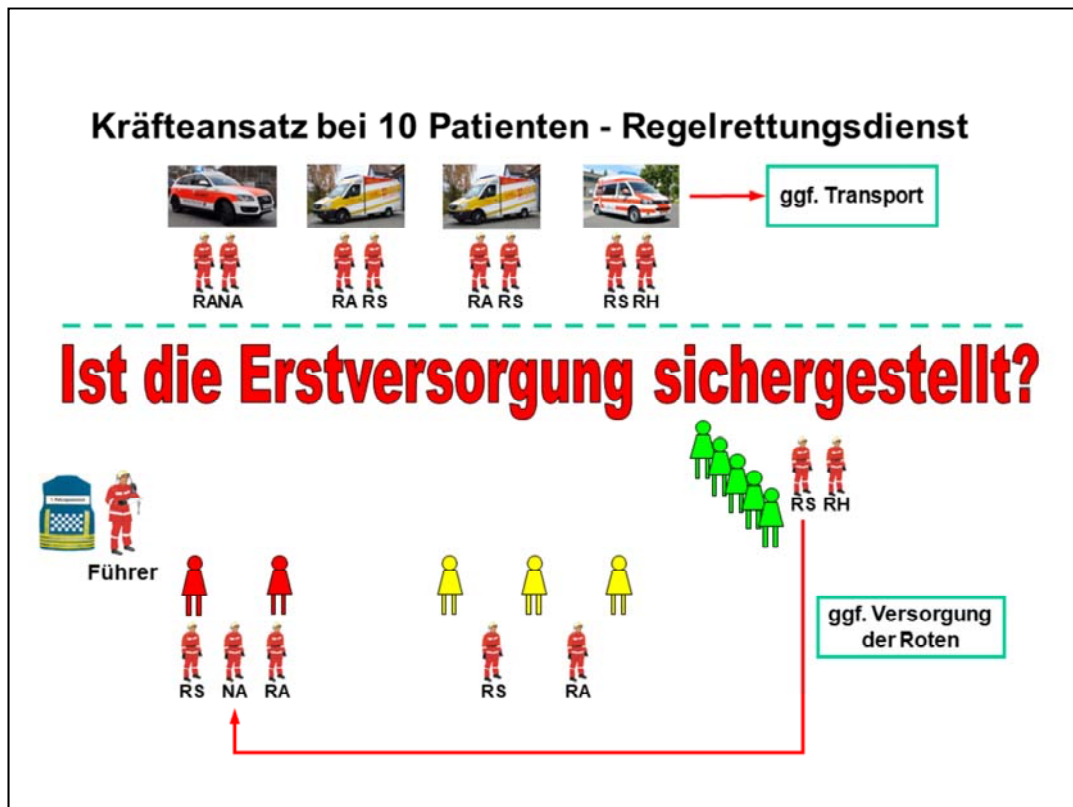
Patientenverteilung



Folie 2

DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Nationale Hilfsgesellschaft
Mitternachtsgasse 4, 55116 Mainz





Ziel bei jedem MANV ist es die Patienten so schnell wie möglich einem Krankenhaus zuzuführen. Gerade bei kritischen Patienten spielt die Versorgungszeit vor Ort eine entscheidende Rolle. Die Maßnahmen der Erstversorgung und der frühe Abtransport konkurrieren in der frühen Einsatzphase miteinander. OrgL und LNA und die nachgeordneten Führungskräfte müssen aber das gesamte Patientenkollektiv im Blick behalten. Der frühe Abtransport darf nicht zu Schäden bei anderen Patienten führen. Grundsätzlich müssen sich die Führungskräfte die Frage stellen ist die Erstversorgung sichergestellt. Ist dies der Fall, so können auch Transporte durchgeführt werden.

Für zehn Patienten (2 Rote, 3 Gelbe und 5 Grüne) wird für die Erstversorgung ein 1 NEF, 2 RTW, 1 RTW/KTW benötigt.

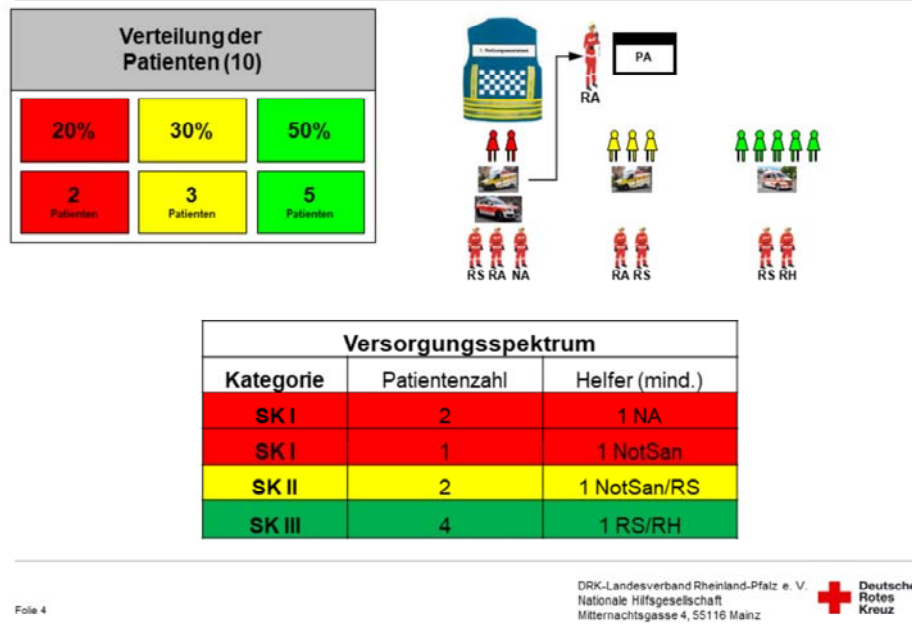
Der RA/NotSAN des RTW wird der Führer der Patientenablage.

Der RS und die NEF Besatzung kümmern sich um die Versorgung der beiden roten Patienten.

Eine RTW-Besatzung übernimmt die Versorgung der drei gelben und eine KTW/RTW-Besatzung die Versorgung der fünf grünen Patienten.

Da im realen Einsatz die Verteilung der Patienten nicht immer genau diesen Annahmen entspricht muss in einem zweiten Schritt der Kräfteansatz an die Gegebenheiten angepasst werden. OrgL und LNA können aber im Rahmen der Anwendung des Gießkannenprinzips erst einmal alle Patientenablagen mit Kräften ausstatten ohne, dass sie bereits alle Informationen haben.

Kräfteverteilung Erstversorgung



Für zehn Patienten (2 Rote, 3 Gelbe und 5 Grüne) wird für die Erstversorgung ein 1 NEF, 2 RTW, 1 RTW/KTW benötigt.

Der RA/NotSAN des RTW wird der Führer der Patientenablage.

Der RS und die NEF Besatzung kümmern sich um die Versorgung der beiden roten Patienten.

Eine RTW-Besatzung übernimmt die Versorgung der drei gelben und eine KTW/RTW-Besatzung die Versorgung der fünf grünen Patienten.

Da im realen Einsatz die Verteilung der Patienten nicht immer genau diesen Annahmen entspricht muss in einem zweiten Schritt der Kräfteansatz an die Gegebenheiten angepasst werden. OrgL und LNA können aber im Rahmen der Anwendung des Gießkannenprinzips erst einmal alle Patientenablagen mit Kräften ausstatten ohne, dass sie bereits alle Informationen haben.

Führung Transportorganisation

Bis vor einigen Jahren wurde noch intensiv die Botschaft „MANV funktioniert nur mit einem Behandlungsplatz“ verbreitet. Die Realität sah jedoch oft anders aus. Fast alle MANV-Einsätze werden mit Patientenablagen und ohne einen Behandlungsplatz abgearbeitet. Dies erforderte auch in der Einsatzkonzeption ein Umdenken. Beim Behandlungsplatz waren Strukturen für einen Abtransport (Ausgangssichtung und Rettungsmittelhalteplatz) vorgesehen. Kommt der Behandlungsplatz nicht in den Einsatz, so sind die Strukturen für den Abtransport dennoch zwingend erforderlich.

Aus dieser Notwendigkeit ist in den meisten Bundesländern die Transportorganisation als eigenständiger Abschnitt entstanden. Sie besteht aus den Teilbereichen Patientenverteilung und Ladezone.

Primäre Ziele in der Transportorganisation

Patienten:
Bedarfsorientierte Zuweisung!

Organisation:
Optimierung des Abtransportes!

Dokumentation:
Keine Verzögerung des Transportes durch Dokumentation!

Für eine zielgerichtete Arbeit in der Transportorganisation sind hier die drei wichtigsten Punkte zusammengefasst:

1. **Bedarfsorientierte Zuweisung:** Das Krankenhaus muss das medizinische Problem des Patienten versorgen können. Wenn es irgendwie geht sollten die Krankenhäuser die erforderliche Fachdisziplin verfügbar haben um so Sekundärtransporte zu vermeiden. Ein Problem entsteht bei Terrorlagen. Hier werden adhoc eine Vielzahl von OP-Kapazitäten erforderlich sein. Ein mögliches Versorgungsziel kann eine akute Lebensrettung unter dem Schlagwort „damage control“ mit einer späteren Weiterverlegung in ein Krankenhaus für die adäquate Weiterversorgung sein.
2. **Optimierung des Abtransportes:** Bei sehr vielen MANV-Übungen wird der Bereich des Abtransportes nicht oder nur rudimentär geübt. Die meisten MANV-Einsätze sind wenig kritisch und haben in der Regel nur sehr wenige Patienten. Hier klappt der Abtransport irgendwie immer. Wird der Einsatz aber größer wird der Abtransport sehr schnell zum Nadelöhr... Um dies zu vermeiden sind leistungsfähige Transportorganisationen aufzustellen und zu trainieren.
3. **Keine Verzögerung des Transportes durch Dokumentation:** In Deutschland neigt man dazu alles zu dokumentieren. Im Einsatzfall darf dies aber nicht dazu führen, dass Patienten erst zeitverzögert die Einsatzstelle verlassen. Vielmehr ist die Form der Dokumentation anzupassen. Für's erste sollte die Information „welcher Patient (Nummer) ist in welches Krankenhaus gekommen“ ausreichen. Im Nachgang können dann weitere Daten erhoben werden.

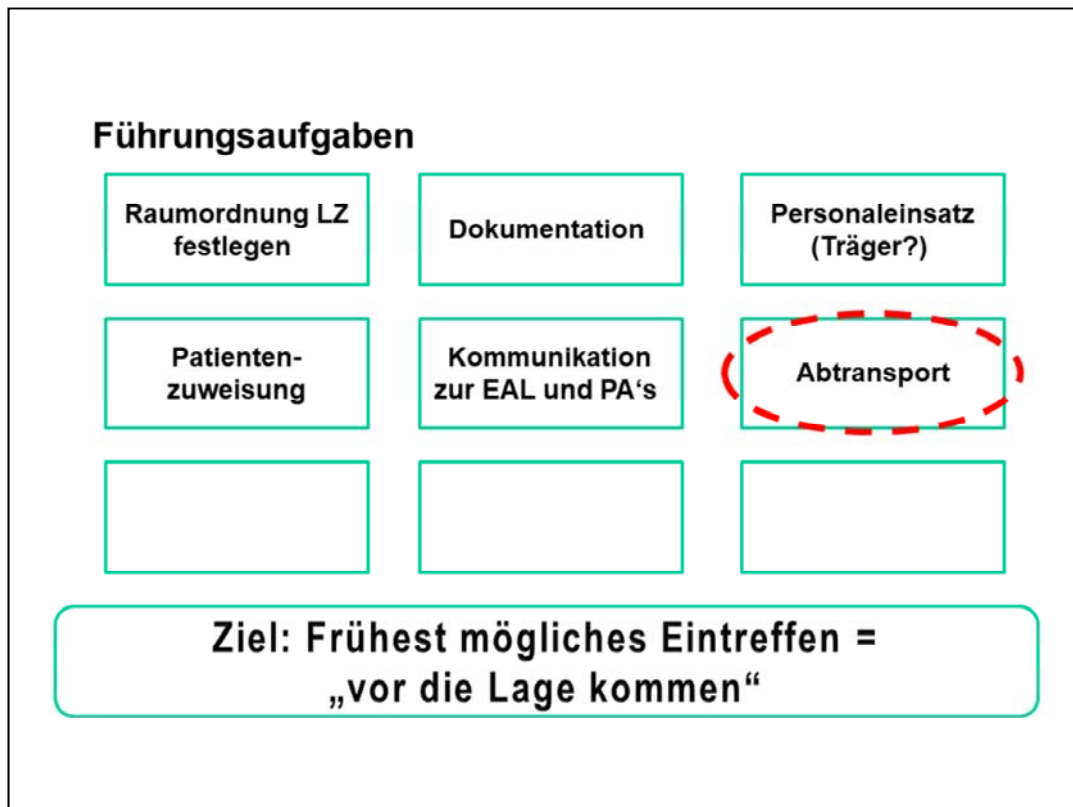
Definitionen

Transportorganisation:

„...hat die Aufgaben die Patienten zügig auf geeignete Rettungsmittel zu verteilen, sie einem geeigneten Krankenhaus zuzuweisen und eine abschließende Dokumentation durchzuführen.“



Die Ladezone ist so einzurichten und zu organisieren, dass 50 Patienten in 100 Minuten abtransportiert werden können.



Der Führer der Transportorganisation hat eine ganze Reihe von Führungsaufgaben zu erledigen.

1. Er muss die Raumordnung in der Ladezone festlegen und die Ladezone einrichten.
2. Die Dokumentation ist grundsätzlich im MANV-Konzept zu regeln. Im Einsatz müssen die absolut notwendigen Daten erhoben und dokumentiert werden.
3. Das Personal für den Betrieb der Ladezone und die Patientenverteilung muss zur Verfügung stehen. Sind aufgrund von großen Entfernungen oder hohen Patientenzahlen Tragetrupps erforderlich sind diese ebenfalls anzufordern (Diese sollten im MANV-Konzept schon berücksichtigt sein. 30 Tragetrupps a 4 Einsatzkräfte sind nicht in 20 Minuten verfügbar und benötigen einen ausreichenden zeitlichen Vorlauf).
4. Der Abtransport ist zu optimieren. Hier sind Wegezeiten, Optimierung der Patientenzuweisung und kurze Verweildauern der Transportfahrzeuge in der Ladezone zu berücksichtigen.

Ziel sollte es sein, dass das Personal der Transportorganisation sehr früh an der Einsatzstelle eintrifft. Diese Kräfte haben dann eine sehr gute Chance „vor die Lage zu kommen“ und den Einsatzverlauf positiv zu beeinflussen. Mit dem Eintreffen werden schon Patienten Krankenhäusern zugewiesen werden können. Hierfür sind keine Transportfahrzeuge notwendig. Wenn diese zur Verfügung stehen haben viele Patienten bereits ein Transportziel und der Abtransport kann zügig starten.

Fragen vom Führer TO an den OrgL bei Einsatzübernahme

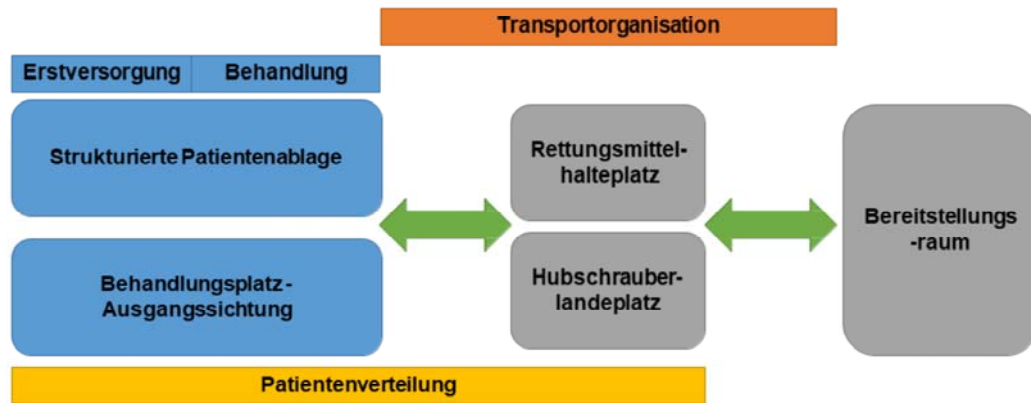
- Wie ist die Einsatzstelle organisiert? Wie wird kommuniziert?
- Wie ist die Raumordnung an der Einsatzstelle? (Wo befinden sich die Patientenablagen, die Ladezone und der Bereitstellungsraum?)
- Muss die Ladezone noch eingerichtet werden? Stehen bestimmte Straßen / Flächen nicht zur Verfügung?
- Sind Träger erforderlich bzw. sind diese schon angefordert?
- Sind Fahrzeuge für den Abtransport angefordert?
- Dürfen nach Sicherstellung der Erstversorgung eigenständig Fahrzeuge aus dem Bereitstellungsraum angefordert werden?
- Müssen die Fahrzeuge zur Einsatzstelle zurückkommen um noch einmal zu transportieren?
- Wo ist der OrgL persönlich erreichbar (Standort EAL)?

Damit die Transportorganisation die Aufgabe für OrgL und LNA zielgerichtet abarbeiten können, müssen sie eine Reihe an Informationen bzw. Ansagen haben. Viele Fragen sind nicht nur abtransportspezifisch, vielmehr müssen OrgL und LNA diese für ihre Aufgabenerledigung grundsätzlich beantworten können.

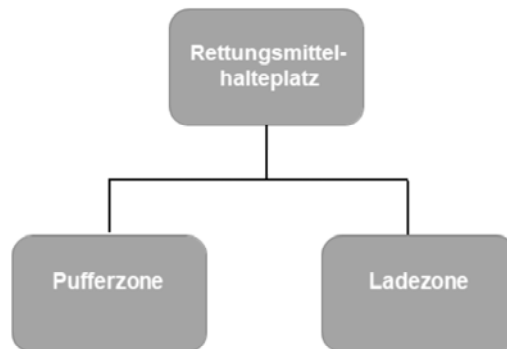
Fragen vom Führer TO an den LNA bei Einsatzübernahme

- Wo sind wie viele Patienten in welcher Sichtungskategorie?
- Wo sind Patienten mit einer Transportpriorität?
- Wo sind besondere Patienten? (polytraumatisierte Kinder < 15 Jahre, polytraumatisierte Hochschwangere, „Kopfkliniken“ (z.B. SHT))
- Ist die Erstversorgung sichergestellt?
- Wie soll der Abtransport der Patienten ablaufen? (Zuerst Transportprioritäten, dann rot, dann gelb...?)
- Wie ist zu verfahren wenn in mehreren PA Patienten gleicher Dringlichkeit sind?
- Haben eine oder mehrere PA grundsätzlich Priorität?
- Stehen Notärzte für die Begleitung von Transporten zur Verfügung?
- Wo ist der LNA persönlich erreichbar (Standort EAL)?

Führungsorganisation Schnittstellen



Führungsorganisation Schnittstellen



Definitionen

Rettungsmittelhalteplatz (DIN 13050)

- Der Rettungsmittelhalteplatz ist eine Stelle, an der Rettungsmittel gesammelt werden, um von dort zum Transport von Patienten von der Patientenablage oder dem Behandlungsplatz abgerufen zu werden.

Ladezone

- Die Ladezone ist eine Stelle, an der Transportmittel vorübergehend abgestellt werden, um Patienten aus einer Patientenablage oder einem Behandlungsplatz für einen Transport aufzunehmen.

Ladezone: Zeitmanagement

Ziel Zeitmanagement: 50 Patienten in 100 Minuten

Arbeitsschritte Patientenübernahme

- Fahrzeug muss Parkposition in der Ladezone einnehmen.
- Besatzung muss Trage und notwendige Ausrüstung ausladen.
- Besatzung muss Übernahmeort des Patienten erfragen.
- Besatzung muss sich zum Übernahmeort begeben.
- Besatzung muss Patienten umlagern.
- Patient muss der transportierenden Besatzung übergeben werden.
- Besatzung muss mit Patient zurück zur Ladezone.
- Besatzung muss Patient ins Fahrzeug laden.
- Abschlussdokumentation.

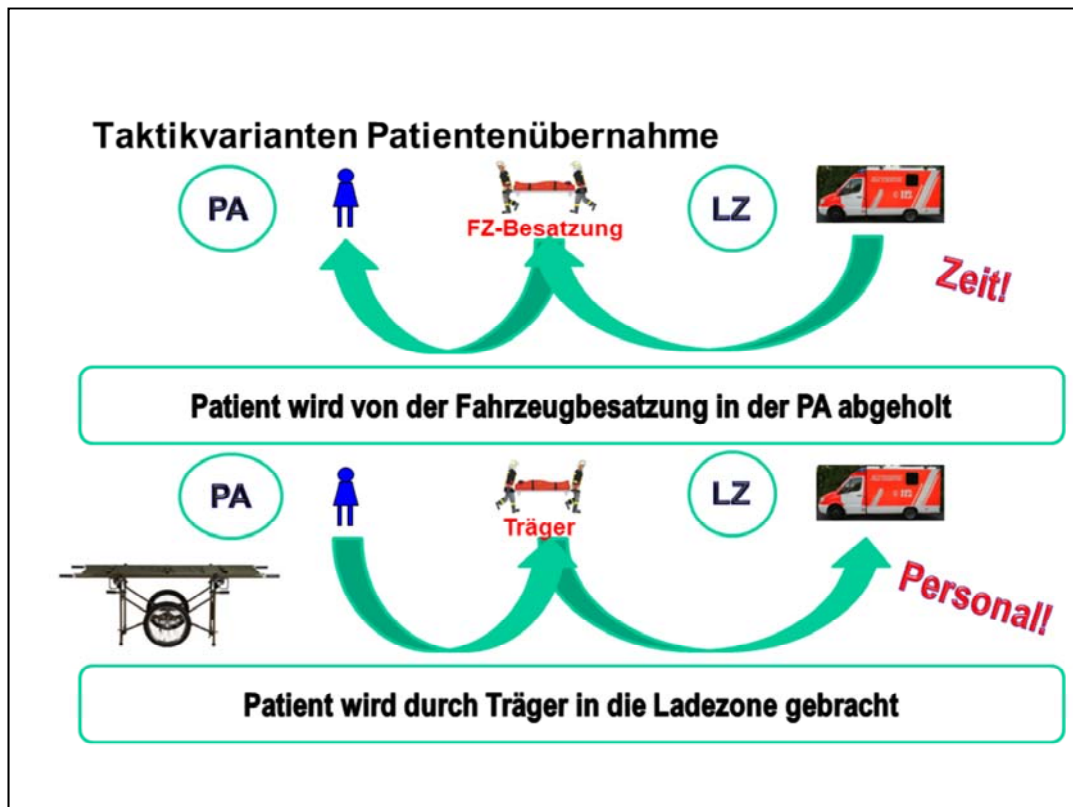
→ In zwei Minuten möglich??

Um das Ziel 50 Patienten in 100 Minuten abzutransportieren zu erreichen muss man sich den Prozess Abtransport mal etwas genauer anschauen und in seine Teilprozesse aufteilen. Wird immer nur ein Fahrzeug gleichzeitig beladen stehen nur zwei Minuten pro Patient zur Verfügung. Auch beim Einsatz von Tragetrupps ist dies zu wenig Zeit. Folglich müssen mehrere Fahrzeuge gleichzeitig beladen werden. Auf diese Weise wird das Zeitfenster für den einzelnen Patienten größer.

Woher kommt diese Vorgabe?

Durch den Tsunami 2004 in Südostasien wurde eine ganze Reihe an Bundesbürgern verletzt. Diese wurden durch die Bundeswehr in mehreren Flügen zurückgeholt. Die Flugzeuge bildeten einen fliegenden Behandlungsplatz dar. Vorgabe der Bundeswehr war, dass ca. 50 Patienten in 100 Minuten abgefertigt werden mussten, da das Flugzeug einen weiteren Transport durchführen sollte.

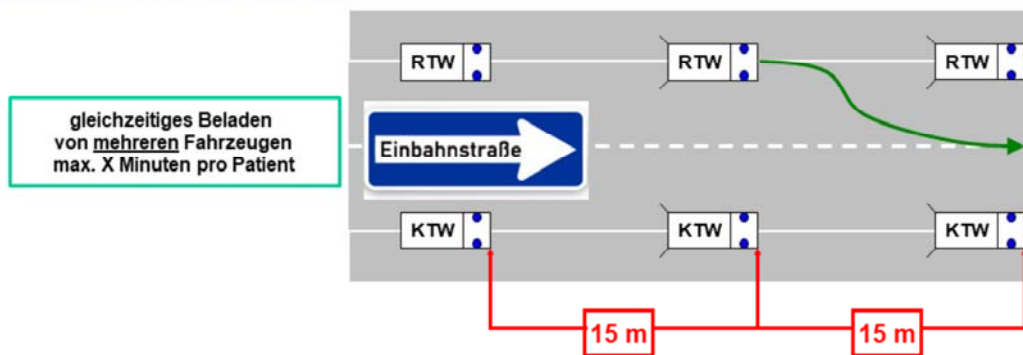
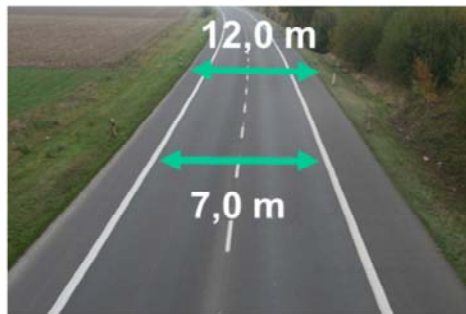
Somit war eine Optimierung der Ladezone dringend erforderlich. Gelöst wurde das Problem durch sechs Ladeplätze die gleichzeitig und unabhängig voneinander betrieben werden konnten. Hier wurde eine Reihe mit NAW, eine Reihe mit RTW und eine Reihe mit KTW gebildet. Vor der Ladezone waren bereits ausreichend Fahrzeuge gepuffert und die Ladeplätze ohne Zeitverlust wieder zu beschicken.



Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten den Patienten von der Patientenablage zum Transportfahrzeug zu bringen. Die erste Möglichkeit ist den Patienten durch die Fahrzeugbesatzung abholen zu lassen. Dies benötigt (viel) Zeit. Der Vorteil ist aber, dass der Patient vom behandelnden Team an das transportierende Team übergeben wird. Zudem werden keine Tragetrupps benötigt.

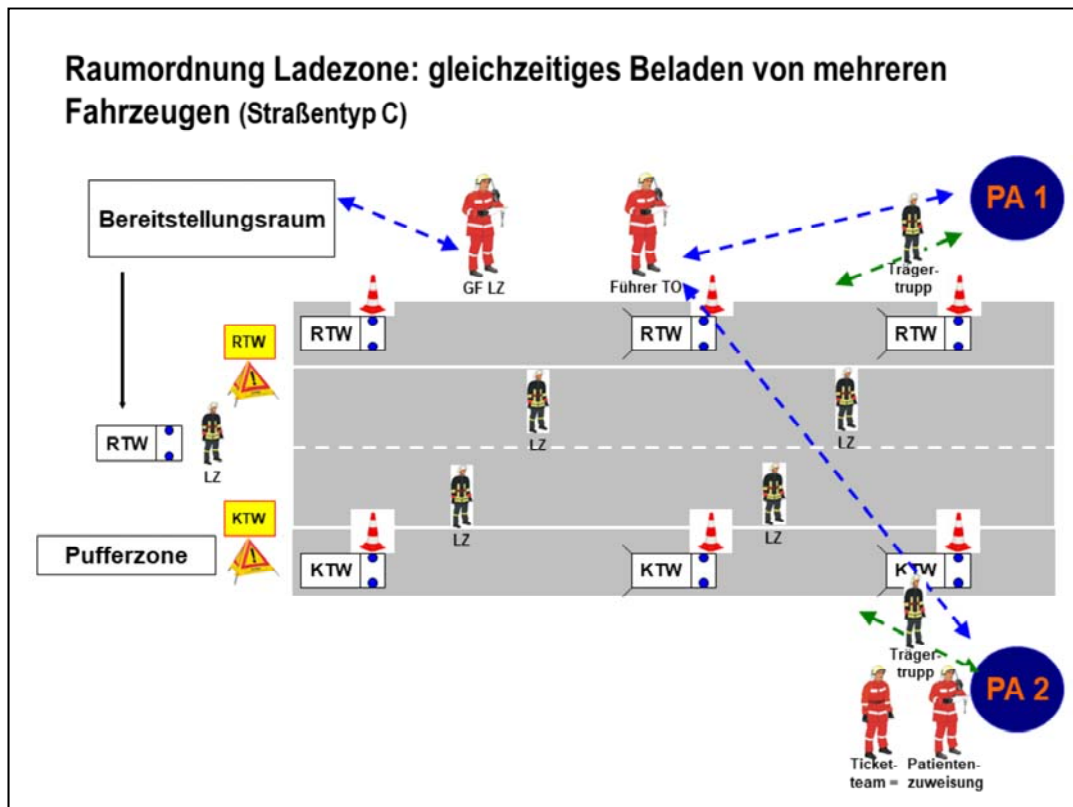
Ab einer gewissen Patientenanzahl oder bei zu weiten Wegen zwischen Patientenablage und Ladezone ist der Zeitverlust zu groß, wenn die Fahrzeugbesatzung den Patienten selbst abholt. Der Durchsatz an Patienten pro Stunde wäre sehr gering und nicht akzeptabel. In diesem Fall werden Tragetrupps eingesetzt. Diese Maßnahme ist sehr personalintensiv. Durch den Einsatz von Fahruntergestellen kann das Tragen erheblich erleichtert und beschleunigt werden.

Ladezone: Straßentyp C (je Fahrtrichtung eine Fahrbahn und ein Seitenstreifen)



Auf Straßen mit Standstreifen können jeweils außen die Ladebereiche und in der Mitte eine Fahrspur eingerichtet werden.

Die Raumordnung in der Ladezone trägt entscheidend zu einem zügigen Abtransport bei. Sie ist so zu optimieren, dass die Patienten in einem vertretbaren Zeitfenster (z.B. 50 Patienten in 100 Minuten) abtransportiert werden können.



Auf der Folie ist der Aufbau einer Ladezone Typ C beispielhaft beschrieben. Vor der Ladezone können Hinweisschilder die Fahrzeuge vor der Einfahrt in die Pufferzone bereits nach Typ sortieren. Hiermit lässt sich eine Einsatzkraft für diese Aufgabe einsparen. Die einzelnen Stellplätze sind durch die Verkehrsleitkegel markiert. Zusätzlich kann der Stellplatz noch mit Sprühkreide markiert werden.

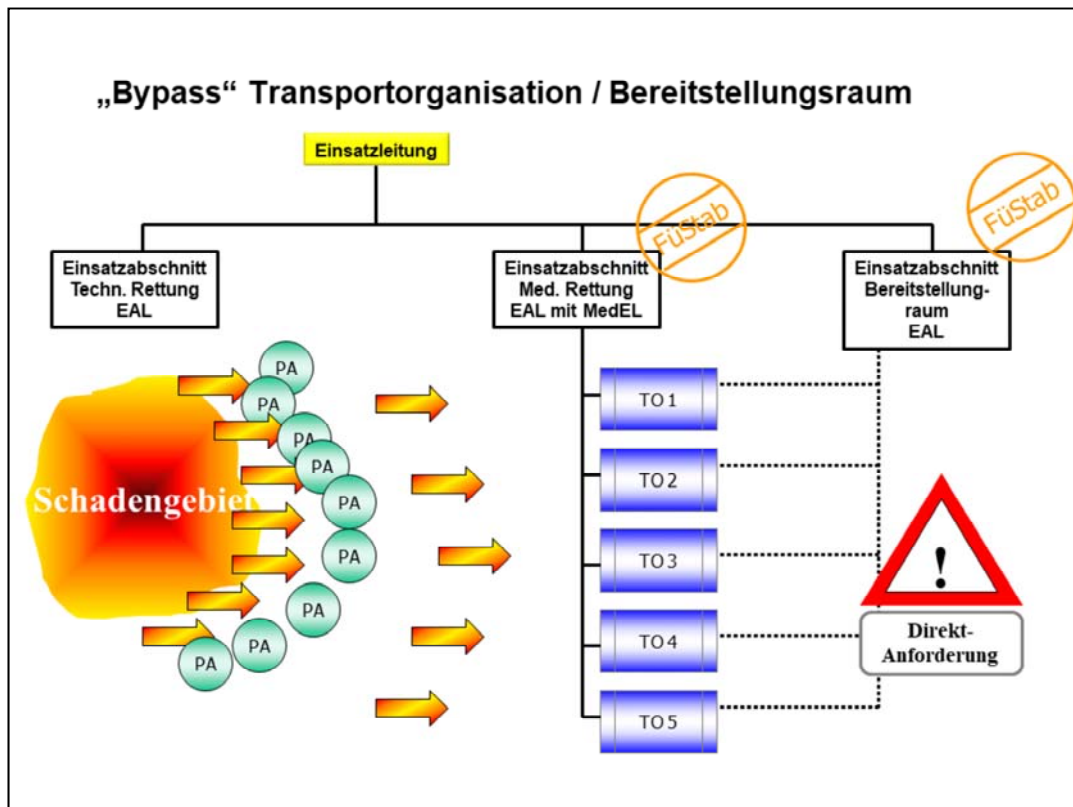
In der Pufferzone werden die Besatzungen von einer Einsatzkraft in die Verhaltensregeln (wie wird geparkt, wo ist sich zu melden, sofortiges Abfahren mit Patient) in der Ladezone eingewiesen. Weiterhin weist die Einsatzkraft den Fahrzeugen bereits ihren Stellplatz in der Ladezone zu. Für je zwei Stellplätze steht eine Einsatzkraft zur Unterstützung zur Verfügung. Sie korrigiert ggf. die Parkposition und hilft beim Beladen der Fahrzeuge.

Der Gruppenführer Ladezone koordiniert den Fahrzeugnachschub aus dem Bereitstellungsraum und sorgt dafür dass immer genug Fahrzeuge in der Pufferzone vorhanden sind.

Der Maschinist sorgt für die technische Unterstützung der Ladezone (z.B. Ausleuchtung).

Der Führer der Transportorganisation koordiniert den Patientenfluss. Er weist den Fahrzeugen die Patientenablagen zu in denen Patienten abgeholt werden müssen, bzw. von wo die Patienten gebracht werden.

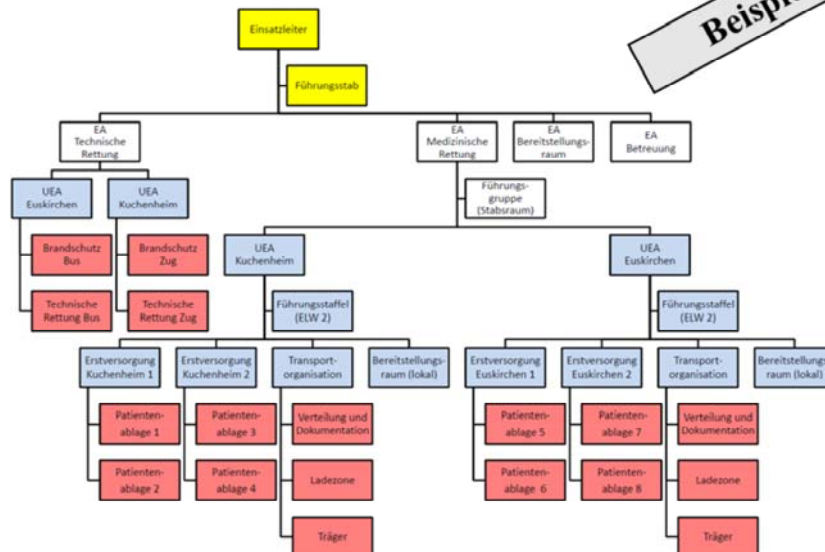
Die Patientenzuweisung sowie die Vergabe des Krankenhaustickets kann entweder in der Patientenablage oder in der Ladezone durchgeführt werden.



Große MANV-Einsätze erfordern eine Anpassung der Einsatztaktik. Bei mehreren Transportorganisationen besteht das Problem, dass alle auf die gleichen Ressourcen in der gleichen Zeiteinheit zugreifen wollen. Dies erfolgt im Rahmen der Linienorganisation über die übergeordneten Führungsebenen. Werden diese aufgrund der Größe des Einsatzes aus Stäben geführt, kommt es zu nicht akzeptablen Zeitverzögerungen beim Abtransport (zwischen Anforderung und Ankommen des RTW für einen Transport können schnell 30-60 Minuten vergehen). Um dies zu vermeiden, kann man einen Durchgriff durch die Führungsebenen zwischen Transportorganisationen und Bereitstellungsraum zulassen. Diese Maßnahme erschwert aber die Führung massiv und erfordert eine gute perspektivische Führung und ausreichende frühzeitige Kräfteanforderung.

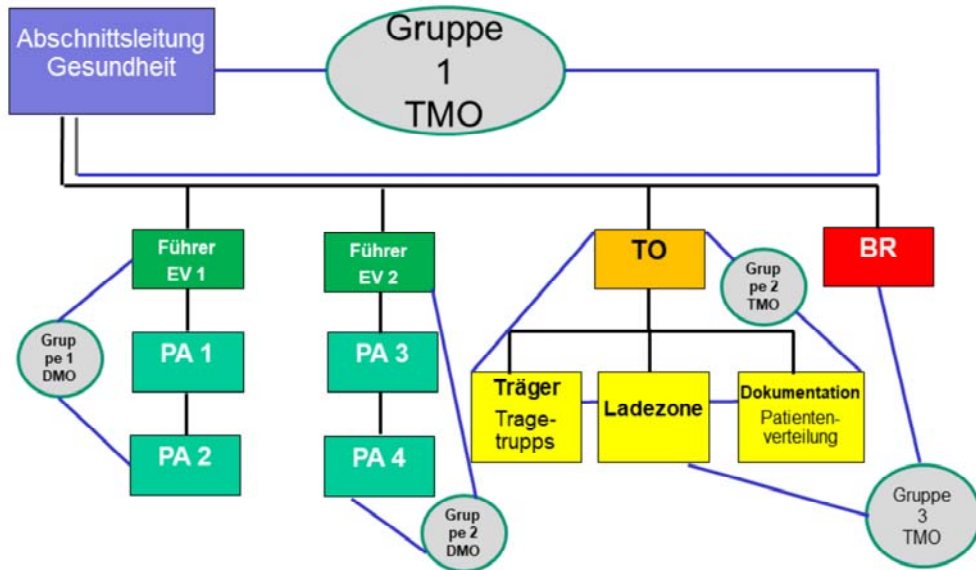
Einsatzabschnitt medizinische Rettung Organigramm

Beispiel



Kommen mehrere Transportorganisationen in den Einsatz sind diese den entsprechenden Unterabschnitten zuzuordnen. Die zur Verfügung stehen Ressourcen (Kliniken, Transportfahrzeuge, Tragetrupps) sind entsprechend aufzuteilen.

Transportorganisation incl. Kommunikationsplan Organigramm



„Formel zur Patientenverteilung“ - Warum ein System zur Verteilung?

Richtiger Patient in der richtigen Zeit (Entfernung Krankenhaus / Lufttransport) mit dem richtigen Rettungsmittel (Welcher Patient benötigt einen NA? Können rote Patienten mit KTW transportiert werden?) in das richtige Krankenhaus (Hat das KH die erforderliche Fachdisziplin?)



Hochkomplexe Aufgabe!
Krankenhäuser kritischste Variable...



Vereinfachung erforderlich!!

Festlegungen für die Verteilung und Aufnahme der Patienten

- Patienten müssen bedarfsgerecht einem Krankenhaus zugewiesen werden, d.h. das Krankenhaus muss mit seinem Fachabteilungen den Patienten auch versorgen können.
- Pädiatrie = Innere für Kinder (wie gut können die polytraumatisierte Kinder versorgen?)
- Polytrauma = regionale Traumazentren, nicht zwingend Maximalversorger!
- Jeder Landkreis (schwächste Krankenhausinfrastruktur) kann sowohl chirurgische als auch internistische Patienten aufnehmen („kleinster gemeinsamer Nenner“).
- Alle anderen in spezielle Fachdisziplinen z.B. Uni Mainz, BG Ludwigshafen bringen (erweitertes Versorgungsspektrum).

Welcher Patient mit welcher Verletzung / Erkrankung wohin?

Kritische innere Blutung

→ Lokale Chirurgie

Polytraumatisiertes Kind

→ **Maximalversorger**

Polytraumatisierte Hochschwangere

→ **Maximalversorger**

Kopfverletzungen (z.B. SHT)

→ **Maximalversorger**

Sonstige Patienten (auch Polytrauma)

→ ZLB-Kontingent

Direkte Zuweisung an der
MANV-Einsatzstelle auf
Krankenhäuser!

Taktikvarianten Dokumentation

1. Komplette Dokumentation

- Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Transportziel, Transportmittel, Sichtungskategorie, Verletzungsmuster
- Gute Auskunftsfähigkeit
- Hoher Zeitbedarf

2. Reduzierte Dokumentation

- Nur Nummer der Patientenanhängekarte und Zielkrankenhaus (alles weitere wird später ermittelt)
- Zeitverzögerte Auskunftsfähigkeit
- Geringer Zeitbedarf



Ziel in der Dokumentation sollte eine reduzierte Dokumentation sein. Auf diese Weise werden die Patienten schneller ins Krankenhaus kommen und ihr Outcome wird verbessert.

[illegible]

Links bleibt auf Bogen (Nachweis),
Ergänzung Aufkleber der Patienten-
Anhängkarte

Folie 28

Ticketsystem

Entwurf

Transportorganisation

Diesen Aufkleber kleben lassen
Und Barcode-Aufkleber aus der PAT hier aufkleben!
↓↓↓↓↓

Transportorganisation

Diesen Aufkleber auf die PAT kleben
↓↓↓↓↓

Uniklinik Mainz
Universitätsmedizin
Langenbeckstraße 1
55101 Mainz

Pat. Nummer

Uniklinik Mainz
Universitätsmedizin
Langenbeckstraße 1
55101 Mainz

SK I

SK I

Hubschrauberlandeplatz: JA

☐Unfallchir. ☐Allg.chir. ☐Neurochir. ☐Schockraum ☐CT

Hubschrauberlandeplatz: JA

☐Unfallchir. ☐Allg.chir. ☐Neurochir. ☐Schockraum ☐CT

Folie 27

DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Nationale Hilfsgesellschaft
Mitternachtsgasse 4, 55116 Mainz



Ticketzuteilung

Die Zuordnung eines Patienten zu einem Transportmittel und einem Transportziel erfolgt am Ausgang des Behandlungsplatzes, bzw., wenn kein BHP errichtet wurde, am Ausgang der Behandlungszone. Dort findet ggf. eine Ausgangssichtung statt.

Nach dieser Festlegung fordert das mit der Transportorganisation betraute Personal über die Leitung des Behandlungsplatzes ein entsprechendes Rettungsmittel an. Dies wird dann vom Rettungsmittelhalteplatz bzw. vom Bereitstellungsraum aus zum Ausgang des Behandlungsbereiches beordert, wo die Übergabe des Patienten erfolgt.

Auszug aus dem HiK-Konzept 3.0

Ticketsystem

Entwurf

Transportorganisation

Diesen Aufkleber kleben lassen
Und Barcode-Aufkleber aus der PAT hier aufkleben!
↓↓↓↓↓

Transportorganisation

Diesen Aufkleber auf die PAT kleben
↓↓↓↓↓

Uniklinik Mainz
Universitätsmedizin
Langenbeckstraße 1
55101 Mainz



SK I

Hubschrauberlandeplatz: JA
☐Unfallchir. ☐Allg.chir. ☐Neurochir. ☐Schockraum ☐CT

Uniklinik Mainz
Universitätsmedizin
Langenbeckstraße 1
55101 Mainz

SK I

Hubschrauberlandeplatz: JA
☐Unfallchir. ☐Allg.chir. ☐Neurochir. ☐Schockraum ☐CT

Folie 30

DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Nationale Hilfsgesellschaft
Mitternachtsgasse 4, 55116 Mainz



Folie 31

Anhangkarte für Verletzte/Kranke

Regeneration card for injured persons - Fiche d'annexer

MZB0076

SK I

TP

DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Nationale Hilfsgesellschaft
Mitternachtsgasse 4, 55116 Mainz

Deutsches Rotes Kreuz

Patientenanhängekarte

Zusatzkennzeichnung

- B in schwarzer Schrift auf weißer Karte = unverletzt Betroffene
- TP auf der entsprechenden Farbkarte = Transportpriorität
- K auf der entsprechenden Farbkarte = kontaminierter Patient

Landesweite elektronische Verteilsysteme

ZLB (Zentraler Landesweiter Behandlungskapazitätennachweis)

- Internetbasiertes Informationssystem für die Länder Rheinland-Pfalz und Saarland
- Bietet qualitative Auskünfte über Behandlungskapazitäten
- Tagesaktuelle Belegungs- und Versorgungssituation der beteiligten Krankenhäuser wird der Leitstelle angezeigt sowie die aktuelle Aufnahmebereitschaft
- Es wird zwischen Erstversorgungs- und Intensivkapazitäten sowie nachgelagert nach verfügbarer Infrastruktur (CT, RTH-Landeplatz etc.) bzw. Normalbetten unterschieden
- Aktuell: Entwicklung eines MANV-Modul das auch in der Präklinik eingesetzt werden soll!



www.rippenspreizer.de

Folie 34

DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.
Nationale Hilfsgesellschaft
Mitternachtsstraße 4, 55116 Mainz





Mit freundlicher Unterstützung und Genehmigung durch:

Fritjof Brüne

Referat IV.1 Strategische Führung und Leitung,
Notfallvorsorge und –planung; Pädagogische Grundlagen
und Qualitätsmanagement der AKNZ

Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und
Zivilschutz

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Ramersbacher Straße 95, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Tel: +49 228 99 550-5508

Fax: +49 228 99 10 550-5508

E-Mail: fritjof.bruene@bbk.bund.de

Internet: www.bbk.bund.de



BBK. Gemeinsam handeln. Sicher leben.