

LUIS TEICHMANN
Sind wir noch zu retten?

Luis Teichmann
mit Saskia Hirschberg

Sind wir noch zu retten?

Warum sich im Rettungsdienst zeigt,
was in unserer Gesellschaft schief läuft

GOLDMANN

Alle Ratschläge in diesem Buch wurden vom Autor und vom Verlag sorgfältig erwogen und geprüft. Eine Garantie kann dennoch nicht übernommen werden. Eine Haftung des Autors beziehungsweise des Verlags und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist daher ausgeschlossen.

Wir haben uns bemüht, alle Rechteinhaber ausfindig zu machen, verlagsüblich zu nennen und zu honorieren. Sollte uns dies im Einzelfall aufgrund der schlechten Quellenlage bedauerlicherweise einmal nicht möglich gewesen sein, werden wir begründete Ansprüche selbstverständlich erfüllen.

Der Verlag behält sich die Verwertung der urheberrechtlich geschützten Inhalte dieses Werkes für Zwecke des Text- und Data-Minings nach § 44 b UrhG ausdrücklich vor.
Jegliche unbefugte Nutzung ist hiermit ausgeschlossen.



Penguin Random House Verlagsgruppe FSC® N001967

1. Auflage

Originalausgabe September 2024

Copyright © 2024: Wilhelm Goldmann Verlag, München,
in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,
Neumarkter Str. 28, 81673 München

Redaktion: Antje Steinhäuser

Umschlag: Uno Werbeagentur, München

Umschlagmotiv: © privat

Satz: Satzwerk Huber, Germering

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

AR · CB

ISBN 978-3-442-14314-6

www.goldmann-verlag.de

Inhalt

Ein paar Worte vorab	9
Ich sehe was, was du nicht siehst	13
Der Halbkopfmensch	13
Einer gegen alle und alle für einen	17
Hinter jeder Tür ein Patient im Goldweg 42	21
Einmal Entzugsklinik und zurück, bitte!	26
Taxifahrer in Uniform	28
Goldweg hoch zwei	30
Verändere ich eigentlich etwas?	32
Elendspyramide	35
Fernab von Recht und Ordnung	37
Eine Psychose kommt selten allein	40
(K)einsatz	43
Mit Händen und Füßen	45
Pulverfass Sprachbarriere – kulturelle Unterschiede verstehen	48
Andere Viertel, andere Sitten?	56
Klagen als Stressregulator	58
Schuld ist nicht das Exponat!	64
Alles eine Frage der Einstellung?	65

Welcher Retter bin ich?	73
Immer schön cool bleiben	75
Die Empathie-Überdosis	76
Reden ist Silber	78
Typ Dampfwalze	80
Geheimrezepte gegen traumatische Erlebnisse?	82
Der Tag, an dem der Sommer starb	84
Ruhephasen und Reflexion	96
 Wie gut kennen Sie Ihre Nachbarn?	99
Sei schlau, mach's mit!	100
Überalterung und Vereinsamung	102
Unsichtbares Leid	104
Einsam zweisam	108
Aus den Augen, aus dem Sinn	111
Wenig gerettet, viel geholfen	114
Wo die Liebe hinfällt	117
 Psychoterror nicht »nur« für die Patienten	125
Wenn die Sucht die Familie tyrannisiert	126
Wenn Kinder Verantwortung für die Eltern übernehmen	130
Traurige Kollateralschäden	133
Freiheitsentziehende Unterbringung	138
Ein kleines Licht sorgt für großen Aufruhr	140
Mit aller Gewalt	142
Geschmeidige Patienten, bockige Kollegen	145
Max, don't have sex with your	147

Spieglein, Spieglein an der Wand, wer ist der	
Mächtigste im ganzen Land?	155
Alles hört auf mein Kommando!	158
Rette sich, wer kann!	172
Brüllaffen in Uniform	177
 Happy End à la Hollywood	 181
Im Zweifel fürs Leben	184
»Alles gewünscht«	189
Haben Sie schon einen Notfallpass?	192
Digitale Notfallpässe – kleine Retter in der Not	193
Schnell, einfach, sicher	194
Glück im Unglück	195
 Was bleibt am Ende des Lebens?	 199
 Danksagung	 203
Hilfsangebote und Anlaufstellen	204
Quellenangaben	205

Dieses Buch enthält möglicherweise triggernde Inhalte zu den Themen Alkoholabhängigkeit, Drogenmissbrauch, Obdachlosigkeit, plötzlicher Kindstod, Psychosen, psychische Krankheiten und Verwahrlosung.

Ein paar Worte vorab

Ein zweites Buch? Ja und nein. Denn irgendwie ist auch dieses Buch wieder ein erstes. *Einsatz am Limit* ist vor allem eine Systemkritik, die Schwachstellen im Rettungsdienst aus meiner Sicht zusammenfasst. Ich habe mir alles von der Seele geschrieben, was sich in zehn Jahren meiner Berufslaufbahn angestaut hat, habe meinem Frust Luft gemacht, aber auch Lösungen präsentiert. Und tatsächlich: Viele Grundgedanken meiner Lösungsansätze finden sich in aktuellen Reformvorschlägen und Diskussionen wieder.

Zwar möchte ich mir nicht anmaßen, dass ich dafür die nötigen Denkanstöße geliefert habe, aber diese Beobachtungen freuen mich natürlich und zeigen mir, dass ich nicht ganz fernab des Möglichen gedacht habe.

Was gibt es also jetzt noch zu sagen?

Nachdem ich *Einsatz am Limit* beendet hatte, hätte ich nicht gedacht, dass ich ein weiteres Buch schreiben würde. Ich dachte, es sei alles ausgesprochen, und doch lesen Sie nun diese Zeilen. *Sind wir noch zu retten?* ist allerdings kein zweiter Teil, keine Fortsetzung. Sie müssen mein erstes Buch nicht gelesen haben, um hier den Anschluss zu finden. Alles, was Sie tun müssen, ist einsteigen. Klettern Sie zu mir in den Rettungswagen und begleiten Sie mich. Ich möchte Sie auf meine Einsätze mitnehmen, gemeinsam mit Ihnen über den Tellerrand schauen und fragen: Warum verschließen wir tagtäglich unsere Augen, wenn wir durch die sogenannten sozialschwachen Viertel deutscher Großstädte pendeln? Womit haben wir es in Brennpunktvier-

teln zu tun und erst recht die Menschen, die dort leben? Nach dem Lesen dieses Buches werden Sie vermutlich etwas genauer hinsehen und vielleicht kann sich so etwas ändern.

Alles, was Sie auf den nächsten Seiten erfahren werden, hat sich überwiegend in ein und demselben Wachgebiet abgespielt, in dem ich jahrelang im Einsatz war. Ein Wachgebiet am Rand der Stadt und irgendwie auch am Rand der Gesellschaft, weit entfernt vom Zentrum und doch mitten unter uns.

Und ich versichere Ihnen: Jede Großstadt hat genau so einen Stadtteil. Nennen wir ihn Harlem. Harlem besteht fast ausschließlich aus alten, heruntergekommenen Mehrfamilienhäusern. Der Putz bröckelt von den Fassaden ab und im Kern des Viertels wohnen 6 000 Menschen auf einem Quadratkilometer. Das entspricht etwa dem 25-fachen Wert des Bundesdurchschnitts.

Jeder Millimeter scheint grau und zugebaut. Das Sonnenlicht findet nur selten seinen Weg durch die Häuserschluchten. Die Nacht ist hier der Tag, und sie ist nicht geprägt von zwischernenden Vögeln oder Stille, sondern von Lärm. Quietschende Güterzüge wechseln sich mit dröhnenden Turbinen von Flugzeugen im Landeanflug ab. Aufheulende Motoren und gelegentliches Rufen und Schreien bilden den Klang in der Dunkelheit.

Und was darf natürlich nicht fehlen? Das Tönen unseres Martinhorns. Umleitungen aufgrund von Baustellen halten die Einsatzfahrzeuge hier kaum auf, denn es fließen keine monetären Mittel in die Instandhaltung öffentlicher Straßen und Wege. Die einzigen Baustellen, die ich während meiner Einsatzzeit in Harlem fand, waren unter Bahnbrücken, an Straßenbahngleisen oder Autobahnauffahrten. Also immer an den Stellen, an denen die Stadt finanziell nicht zuständig ist. Der Umstand, dass die Stadt nicht in die Infrastruktur in diesem Viertel investiert,

führt zu Straßen, die übersät sind mit Schlaglöchern, in denen sich infolge eines Regenschauers riesige Pfützen bilden. Es gibt Wege, die dermaßen schlecht sind, dass wir sie als »Traumastraßen« bezeichnen. Jede knöcherne Verletzung, die ein Patient erleidet, wird nach einer Fahrt über so eine »Buckelpiste« definitiv schmerzhafter. Einsätze in solchen Gebieten gelten in der Regel als ungewöhnlich, wenn man es mit einem »normalen« Patienten zu tun hat. Also einem Patienten mit gepflegtem Erscheinungsbild, einer aufgeräumten Wohnung und geordneten Gedankengängen.

Was ich in dem Zusammenhang direkt klarstellen möchte: Wenn Sie in diesem Buch von Patienten und meinen Einschätzungen lesen, dann ist es lediglich eine Beschreibung des Ist-Zustands und niemals eine Bewertung. Der Patient wird uns anvertraut und genießt an erster Stelle immer unsere volle Zuwendung. Der Vorwurf gilt dem System, das es zulässt, dass sich in unserem Land so viel Leid und Elend anhäufen kann – in einem Land, das so weit entwickelt ist.

Zwischenzeitlich habe ich mich immer wieder gefragt: Wenn man in diesem Viertel zu lange wohnt, kann man dann eigentlich gesund bleiben? Harlem zehrt an seinen Bewohnern ebenso wie an seinen Rettern. Eine hohe Krankheitsquote und Niedergeschlagenheit prägen den Wachalltag. Direkte Vorgesetzte verirren sich nur selten auf die Wache. Schon manchen Kollegen hat dieses Einsatzgebiet gebrochen, und auch ich habe gemerkt, wie schwer es mir gefallen ist, psychisch im Gleichgewicht zu bleiben. Deshalb habe ich den Bezirk irgendwann gewechselt. Ein Kollege aus meinem ehemaligen Team sagte einmal: »Sogar Batman würde sich von hier verziehen.«

Für das aktuelle politische Tagesgeschehen wurde man absolut unempfindlich. Wenn man am Rand mitbekam, dass über

Tempolimits, das generische Maskulinum oder die Übersignalisierung an Einsatzfahrzeugen hochtrabend diskutiert wurde, dachte man sich: Bevor wir funktionierende Systeme optimieren, können wir erst einmal die zum Laufen bringen, die es viel nötiger haben? Können wir auf unserem Weg in eine verbesserte Zukunft vielleicht kurz stehen bleiben, uns umdrehen und die Menschen abholen, die völlig auf der Strecke geblieben sind und aus eigener Kraft nicht mehr den Anschluss finden? Um dafür die Weichen zu stellen, bin ich unter anderem absoluter Befürworter eines Pflichtjahres in sozialen Berufen, damit mehr Menschen bewusst wird, welche Probleme außerhalb der eigenen Bubble existieren. Denn wir im Rettungsdienst sind die Einzigen, die nahezu überall uneingeschränkten Zugang erhalten und den Ist-Zustand des Landes regelmäßig vorgeführt bekommen.

Und deshalb gibt es auch dieses zweite Buch. Ich hoffe, mit meinen Schilderungen etwas verändern zu können. Darum nehme ich Sie nun mit in den alltäglichen Wahnsinn: nach Harlem.

Ich sehe was, was du nicht siehst

Der Halbkopfmensch

In jeder Großstadt gibt es Straßen, Plätze, ja, ganze Viertel, in denen einen schon untertags ein unangenehmes Gefühl beschleicht, und spätestens bei Einbruch der Dunkelheit würde man keinen Fuß mehr an diese Orte setzen. In Frankfurt am Main und ebenfalls in Hamburg wäre das wahrscheinlich das Bahnhofsviertel mit seinen zahlreichen Drogenjunkies, die sich ungeniert einen Schuss am helllichten Tag auf dem Bürgersteig setzen, und in Berlin wahrscheinlich Neukölln. Auch in »unserem Harlem« gibt es diesen Ort. Nennen wir ihn Adenauerplatz, weil es fast in jeder Stadt einen Adenauerplatz oder eine Adenauerstraße gibt. Hier kommt der öffentliche Nahverkehr zusammen, mitten im Zentrum. Die Stadtplanung hat für Sitzmöglichkeiten gesorgt, damit soziales Leben stattfinden kann. Treppenstufen säumen, an ein Kolosseum erinnernd, die freien Flächen zwischen Bahnstationen und Bushaltestellen, in einem Café können Pendler, Schüler und Touristen ein Croissant und einen Latte genießen. So die schöne Theorie. Doch in der Praxis hält sich hier kein Passant länger als nötig auf. Die einzigen Menschen, die auf den Treppenstufen verweilen und die vielen Stunden des Tages, in denen sie nichts zu tun haben, in Alkohol ertränken, sind Süchtige, Wohnungslose und Kriminelle,

die unseren einst so beschaulich angedachten Adenauerplatz zu einem üppigen Potpourri aus Drogen, Alkohol, Arbeits- und Obdachlosigkeit, Banden- und Beschaffungskriminalität machen.

Während meiner Zeit in diesem Einsatzgebiet wurde durchschnittlich vier bis fünf Mal innerhalb von 24 Stunden ein Rettungswagen zum Adenauerplatz gerufen, der wie bereits erwähnt dafür bekannt war, dass sich dort besonders viele intoxikierte Personen ohne festen Wohnsitz aufhielten. Meistens waren wir demnach wegen Alkoholvergiftungen im Einsatz oder weil es in Streitsituationen zwischen zwei Personen zu Körperverletzungen oder schlichtweg zu Unfällen im Rauschzustand gekommen war. Am häufigsten jedoch fuhren wir wegen ein und derselben Person zum Adenauerplatz: Niemand wusste genau, woher er kam, eines Tages lag er einfach da, betrunken mitten auf dem Asphalt, und sein Kopf war nicht symmetrisch, sondern auf der linken Seite massiv eingedellt, nahezu in sich zusammengefallen. Diese Art der Deformierung kommt zumeist infolge einer starken Gewalteinwirkung auf den Schädel zustande, oft auch als Konsequenz einer Operation. Der Patient, der uns mehrfach am Tag in Atem hielt, war außerdem auf Krücken unterwegs, seine Kleidung war schmutzig und zerfleddert vom dauerhaften Tragen, er roch nach altem Schweiß und Urin, sein Gebiss war von Zahnlücken geprägt und er hatte augenscheinlich nicht »nur« ein Alkohol-, sondern auch ein Drogenproblem. Immerzu torkelte er so stark hin und her, dass man als Beobachter jederzeit mit einem Sturz rechnete. Mehrmals täglich lasen wir ihn völlig berauscht von der Straße auf und brachten ihn ins zuständige Krankenhaus. Doch es dauerte nie allzu lange, da war er wieder einigermaßen gang- und standfest, wurde entlassen, trank erneut, und wir

fanden ihn nur Stunden später im selben Zustand wie zuvor wieder. Manche Kollegen setzten ihn irgendwann tatsächlich schon in Krankenhäusern ab, die so weit wie möglich von Harlem entfernt lagen, in der Hoffnung, es würden wenigstens ein paar Schichten vergehen, bis er den Weg zurück finden würde. Aber ganz egal, wie oft wir ihn wegbrachten oder gar wie weit: Er lag jeden Tag aufs Neue auf den Treppenstufen am Adenauerplatz, vollgepumpt bis unter den Haaransatz, eingenässt und in seinem eigenen Erbrochenen. Dieses Spiel wiederholte sich unablässig, nichts und niemand konnte diesen Kreislauf stoppen. Keine Instanz fühlte sich verantwortlich und de facto war auf lange Sicht auch niemand für ihn verantwortlich. Außer er selbst. Ein Suchtkranker, der jedoch zu nichts mehr in der Lage war, als sich den nächsten Rausch zu verschaffen. Entzugskliniken, Einweisungen – alles Fehlanzeige, ganz gleich, wie viele Sozialmeldungen rausgingen. Denn es gibt nicht so etwas wie ein integriertes Notfallzentrum für solche Fälle. Wenn wir einen Suchtpatienten in einer Notaufnahme abliefern, wird er nach seiner Ausnüchterung nicht automatisch in eine Suchtambulanz überstellt, um einen Entzug zu machen. Dieser Schritt muss in unserem Gesundheitssystem separat gegangen werden. Der Patient sollte aus freien Stücken, und im Idealfall nüchtern, in einer entsprechenden Einrichtung für Suchtpatienten vorstellig werden und dann auch langfristig das Durchhaltevermögen aufbringen, an sich zu arbeiten. Solange in unserem System die Zahnräder in dieser Hinsicht nicht ineinandergreifen, kann und wird sich nichts ändern. Und selbstverständlich ist die Rückfallquote hoch.

Und so fuhren wir diesen Mann monatelang durch die Gegend, bis wir ihn eines Tages blutüberströmt am Boden vorfanden. Erneut stark alkoholisiert und gestürzt, hatte sich »der

Halbkopfmensch«, wie ihn ein Kollege nannte, auch noch die verbliebene gesunde Kopfhälfte eingeschlagen ...

Wenn man so etwas sieht, und ich möchte betonen, dass die meisten von uns wirklich einiges gesehen haben, dann fragt man sich schon: Was haben wir eigentlich in den letzten Wochen und Monaten erreicht? Tagtäglich versuchen wir, diesen Mensch vor sich selbst zu retten, doch am Ende sind der Suchtkreislauf und das Elend mächtiger. Ich möchte nicht so weit gehen, zu behaupten, dass einen solche Bilder und Einsätze traumatisieren, aber sie machen definitiv etwas mit einem Menschen. Man fühlt sich ein bisschen wie die Stadtreinigung, als wäre man dazu da, alles wegzukehren, was das saubere Stadtbild verschmutzt. Räumt sie weg, die verwahrlosten Menschen! Die unmöglichen Zustände, die Drogen und den Alkohol! Die Verrückten und die Psychopathen! Ich spreche gerade sehr überspitzt, das ist mir klar, ich möchte aber betonen, dass dieser Vergleich auf keinen Fall bestimmte Personengruppen diskriminieren oder verhöhnen soll. Es geht mir mehr darum, hervorzuheben, wie sehr es einen manchmal am Verstand der Gesellschaft und am ganzen System zweifeln lässt, wenn wir, der Rettungsdienst, ausgebildet für den Fachbereich Notfallmedizin, durch unsere Maßnahmen nicht den geringsten positiven Einfluss auf den Verlauf der Patientengeschichte nehmen. Und nicht nur das, wir wenden in solchen Einsätzen keinen einzigen erlernten Handgriff und keine erlernte Maßnahme an. Wir räumen lediglich das Elend von A nach B.

Einer gegen alle und alle für einen

Wir befinden uns immer noch auf dem Adenauerplatz: grauer Beton, umrandet von Treppenstufen. Wir wurden zu einem Einsatz in der Zwischenebene der angrenzenden U-Bahn-Station gerufen und so fuhren wir auf unserer gewohnten Route mit heulendem Martinhorn ein. Es war relativ früh am Morgen und das feuchtfrohliche Trinken hatte gerade erst begonnen. So mancher uns Bekannter hob zum Gruß die Flasche, darunter auch unser alter Freund, der Halbkopfmensch, der sich gerade noch mitten im Prozess befand, später am Tag der Grund für den nächsten Notruf zu werden. Im Prinzip konnte man schon um diese Tageszeit seine Patienten vom Nachmittag ausmachen.

Man muss dazu sagen, dass Einsätze in der Zwischenebene einer U-Bahn-Station immer besonders unbeliebt sind, denn es ist meist eine große Herausforderung, den Patienten in den ewigen Weiten der U-Bahn-Schächte überhaupt zu finden. Dazu kommt, dass man den Rettungswagen nicht in unmittelbare Nähe des Einsatzorts bringen kann. Auf diesen Einsätzen weiß man nie, was einen erwartet, und bereits auf dem Weg dorthin schießen einem verschiedene Szenarien durch den Kopf: Ist der Patient mit viel Glück vielleicht noch gang- und standfest genug, um aus eigener Kraft mit uns zum Einsatzfahrzeug zu gelangen? Ist er so weggetreten, dass wir ihn über mehrere Etagen hinausschleppen müssen? Ist er verletzt? Betrunkener? Was ist überhaupt passiert? Manchmal kam es durchaus auch vor, dass wir eintrafen und die Person plötzlich schon weg war. Wie von Zauberhand genesen, eigenständig mit der nächsten Bahn davongerauscht.

Die einzige Information, die wir zu dem aktuellen Einsatz bekommen hatten, lautete: hilflose Person. Wir schleppten also

unser Material diverse Stockwerke unter die Erde und erreichten über die Rolltreppen einen Bahnsteig. Mitten auf der Plattform lag eine Person, die wir schon von Weitem identifizieren konnten als männlich, augenscheinlich wohnungslos. Daneben stand ein Einkaufswagen, randvoll mit Decken und Tüchern. Mit jedem Schritt, den wir uns ihm näherten, erkannten wir die bittere Realität deutlicher: Das würde keine einfache und schnelle Nummer werden! Der Patient war völlig verwahrlost, abgemagert und von der Schuhsohle bis zur Haarspitze mit Kot übersät. Um seinen Körper hatte er diverse Decken gewickelt, die ebenfalls in Kot und Urin getränkt waren. Spritzen und sonstiges Zubehör, um sich einen Schuss zu setzen, lagen um ihn herum verteilt und waren offenbar zuvor erfolgreich zum Einsatz gekommen, denn der Patient war tief bewusstlos. Um zunächst andere Gründe für seinen Zustand ausschließen zu können, mussten wir ihn etwas genauer betrachten und dafür die Decken entfernen, die uns jegliche Einsicht auf mögliche sichtbare Verletzungen nahmen. Da sogar sein Gesicht kotverschmiert war und wir zudem nässende und übel riechende offene Wunden an Armen und Beinen feststellten, zogen wir uns zuallererst einmal unsere Infektionsschutzanzüge über. Der Patient war vollkommen zentralisiert, das bedeutet, seine Venen nahezu blutleer, weil sich die Konzentration des Blutvolumens auf die großen Gefäße wie das Herz verteilt hatte, um sein Überleben zu sichern. Damit war es für uns absolut unmöglich, ihm intravenös Medikamente zu verabreichen, da die Venen schlicht nicht zu finden waren. Mein Kollege fasste diesen optischen Eindruck später mit den Worten zusammen: »Er sah aus wie eine Leiche. Hätten wir einfach einen Totenschein ausgestellt, hätte dies vermutlich niemand angezweifelt.«

Der Patient war aber nicht wirklich tot, und somit versuchten wir, ihn auf anderem Wege zu antagonisieren, sprich, über ein Medikament, das wir in seinen Muskel spritzten, die Wirkung von Opiaten wie Heroin aufzuheben. Ohne Erfolg. Der Patient war nach wie vor tief bewusstlos und wir saßen mit ihm im Trubel des Pendlerverkehrs fest. Rechts und links rauschten die U-Bahnen an uns vorbei und die Situation war auf dem Bahnsteig nicht in den Griff zu kriegen. Über die Aufzüge und mithilfe der Trage transportierten wir ihn schließlich ins Einsatzfahrzeug, von wo aus wir einen Notarzt nachalarmierten, weil wir mit unseren nach Standardarbeitsanweisung freigegebenen Maßnahmen am Ende unserer Möglichkeiten waren und ganz klar mehr Manpower und weitere Medikamente vor Ort benötigten.

Als der Notarzt kam, rollte er mit den Augen. Es war keine Verachtung, sondern er sah einfach nur auf den ersten Blick, dass alles, was wir jetzt taten, eine Halbwertszeit von maximal zwei Tagen haben würde. Dann würden wir den Menschen wahrscheinlich erneut in diesem Zustand auflesen.

Da unsere erste Antagonisierung ohne Erfolg geblieben war, entschied der Notarzt sich für die Gabe eines zweiten Medikaments, das die Wirkung von Benzodiazepinen (Beruhigungsmitteln) vollständig oder teilweise aufheben kann.

Auch diese Maßnahme blieb ohne Erfolg.

Bis zu diesem Zeitpunkt war aufgrund der Umstände von unserer Seite ehrlicherweise noch keine adäquate Diagnostik gelaufen, weshalb wir erst jetzt die wenigen Messwerte erhoben, die wir überhaupt nehmen konnten. Neben einem nach unten entgleisten Blutdruck stellten wir einen sehr niedrigen Blutzuckerspiegel fest. Letzteres ist durch die Gabe von Zucker sehr leicht zu therapieren, sodass der Patient unmittelbar nach