

ENTGLEISTER DIABETES MELLITUS

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

Inhalt

| | |
|---|----|
| Einleitung | 3 |
| Konjunktiv I | 4 |
| Begrüßung | 6 |
| Aktuelle Anamnese..... | 6 |
| Die vegetative Anamnese | 6 |
| Vorerkrankungen | 7 |
| Voroperationen | 7 |
| Gynäkologie | 7 |
| Medikamente | 7 |
| Allergien | 8 |
| Noxen..... | 8 |
| Sozialanamnese..... | 8 |
| Familienanamnese..... | 8 |
| Verdachts- und Differentialdiagnose..... | 9 |
| Diagnostische Abklärung | 9 |
| körperliche Untersuchung..... | 9 |
| Laboruntersuchungen | 10 |
| Elektrokardiogramm | 11 |
| Konsile | 11 |
| Behandlung | 11 |
| 1. Flüssigkeitstherapie..... | 11 |
| 2. Natriumhaushalt bei diabetischer Ketoazidose (DKA) | 11 |
| 3. Kalium..... | 12 |
| 4. Insulintherapie | 13 |
| Maßnahmen zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren beim Metabolischen Syndrom | 13 |
| Medikamentöse Therapie (Dauermedikation): | 14 |

Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir entweder einen einleitenden Satz mit Verben wie „sagen“, „berichten“, „angeben“, „mitteilen“, „äußern“, „anführen“, „nennen“ usw. – oder wir formulieren die Aussage ohne einleitenden Satz.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

| | | |
|--|---------------|---|
| Präsens | | Vergangenheit |
| Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme. | | Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden. Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten. |
| Futur | | |
| Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen. | | |
| Sein | Präsens | ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien |
| | Vergangenheit | Präsensform + gewesen |
| Haben | Präsens | ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten |
| | Vergangenheit | Präsensform + gehabt |

Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könnten das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun die Patientin Julia Bauer vorstellen.

Sie ist 64 Jahre alt, einen Meter siebenundsechzig groß und wiegt etwa 89 kg. Der **Body-Mass-Index** beträgt ca. 32 kg/m^2 und liegt damit im Bereich der Adipositas Grad I.

Aktuelle Anamnese

Die Patientin stellte sich notfallmäßig aufgrund seit etwa fünf Tagen bestehender, progredienter **Polydipsie** sowie ausgeprägter **Schwäche** vor.

Nach Angaben der Patientin trinkt sie ca. zehn bis zwölf Gläser Wasser täglich in kleinen Mengen, bei bestehendem Durstgefühl.

Zudem liegt eine **Polyurie** vor. Die Patientin gab an, seit etwa fünf Tagen deutlich häufiger Wasser lassen zu müssen, jeweils mit großen Urinmengen von heller, klarer Farbe, was zu Schlafstörungen führe.

Zudem bestehen Konzentrationsstörungen, **Palpitationen** sowie **Nausea**.

Fieber, **Schweißausbruch**, **Emesis**, Bauchschmerzen, **Diarrhö**, fokale neurologische **Defizite**, Brustschmerzen, **Ödeme**, **Dyspnoe** sowie die Einnahme neuer Medikamente wurden verneint.

Seit circa zehn Tagen zeigen sich klinische Zeichen einer **Zystitis**.

Die vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese ist unauffällig, mit Ausnahme einer ungewollten **Gewichtsabnahme** von etwa vier bis fünf Kilogramm in den letzten zwei bis drei Wochen sowie Hinweisen auf eine **Schlafapnoe**.

Vorerkrankungen

Anamnestisch sind folgende Vorerkrankungen bekannt:

Eine arterielle Hypertonie besteht seit acht Jahren und ist aktuell suffizient eingestellt. Der Patient führt regelmäßige Blutdruckkontrollen zu Hause durch, mit durchschnittlichen Werten um 130/85 Millimeter Quecksilbersäule, ohne Hinweise auf Folgekomplikationen.

| | systolisch (mmHg) | diastolisch (mmHg) | Behandlung |
|--------------------|-------------------|--------------------|------------|
| Normaler Blutdruck | < 120 | < 70 | - |
| Erhöhter Blutdruck | 120–139 | 70–89 | + |

Eine Hypercholesterinämie ist seit 8 Jahren bekannt.

Voroperationen

Die Patientin unterzog sich im 60. Lebensjahr aufgrund einer Cholelithiasis einer Cholezystektomie.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Untersuchung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel durch sichtbare Narben – ist der Indikativ angebracht. (In der Fachsprachprüfung findet keine körperliche Untersuchung statt.)

Gynäkologie

Die Patientin befindet sich seit etwa 15 Jahren in der Menopause. Schwangerschaften werden verneint. Die letzte gynäkologische Kontrolle erfolgte vor etwa zwei Jahren ohne pathologische Befunde.

Medikamente

Laut ihrem Rezept nimmt die Patientin derzeit folgende Medikamente ein:

Ramipril 10 mg einmal 1-0-0

Hydrochlorothiazid 25 mg 0-1-0

Atorvastatin 40 mg 0-0-1

COVID-19-Impfstatus: dreifach geimpft

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Beobachtung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel anhand eines Rezepts – ist der Indikativ angebracht.

Allergien

Noxen

Sie raucht seit etwa 15 Jahren täglich ca. eine halbe Schachtel Zigaretten, was einer Rauchlast von etwa 7,5 Packungsjahren entspricht.

Auf Nachfrage berichtet die Patientin, etwa einmal pro Woche ein Glas Bier zu trinken.

Ein Drogenkonsum wird verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin ist Frührentnerin und war zuletzt als Verkäuferin bei Aldi tätig. Sie lebt in einer Partnerschaft, die Partner wohnen jedoch getrennt.

Familienanamnese

Der Vater der Patientin ist mit 65 Jahren infolge eines dritten Myokardinfarkts verstorben

Die Mutter lebt im Alter von 85 Jahren in einem Pflegeheim und leidet an einer arteriellen Hypertonie, einem Diabetes mellitus sowie Adipositas.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Meiner Einschätzung nach sprechen die anamnestischen Angaben, insbesondere Polydipsie, Polyurie sowie ausgeprägte Schwäche, für ein erstmanifestes **hyperosmolares hyperglykämisches Syndrom (HHS)** bei bislang unbekanntem Diabetes mellitus Typ 2.

Differenzialdiagnostisch ist ein **Diabetes insipidus** zu erwägen, der typischerweise mit Normoglykämie und sehr großen Urinmengen einhergeht.

Differenzialdiagnostisch kommt eine Niereninsuffizienz in Betracht, die sich durch eine reduzierte **glomeruläre Filtrationsrate (eGFR)** äußert.

Differenzialdiagnostisch ist auch an eine psychogene Polydipsie zu denken.

Diagnostische Abklärung

Angesichts der klinischen Zeichen einer Hypovolämie und Übelkeit sowie der vorhandenen kardiovaskulären Risikofaktoren (insbesondere höheres Lebensalter und arterielle Hypertonie) ist eine stationäre Aufnahme erforderlich, um eine intravenöse Volumentherapie mit Kochsalzlösung sowie eine kontinuierliche Blutzuckerkontrolle durchzuführen.

körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese sollte eine strukturierte körperliche Untersuchung erfolgen. Diese beginnt mit der Erhebung der Vitalparameter (Herzfrequenz, **Blutdruck**, **Atemfrequenz**, **Sauerstoffsättigung** und **Temperatur**).

Zeichen einer Hypovolämie in der körperlichen Untersuchung umfassen trockene Schleimhäute, verminderten Hautturgor, eingesunkene Augen, Tachykardie, ggf. orthostatische Hypotonie sowie eine verlängerte **Rekapillarierungszeit**.

Zudem kann eine Kussmaul-Atmung, also eine tiefe, regelmäßige und verstärkte Atmung als Kompensationsmechanismus einer metabolischen Azidose, auffallen.

Weitere Informationen finden Sie im Heft „Diabetes mellitus“

Laboruntersuchungen

Laborchemisch sollten **Blutzucker** und **HbA1c**, Elektrolyte, Nierenfunktionsparameter, eine **Blutgasanalyse**, Entzündungsparameter, ein Blutbild, Leberwerte, ein Lipidprofil sowie ein Urinstatus, eine Urinkultur und die Proteinausscheidung im 24-Stunden-Sammelurin erhoben werden.

| Parameter | Ergebnis (Beispiel) | Referenzbereich |
|---|-------------------------------------|-----------------|
| Blutzucker (BZ) | 820 mg/dL | 70–100 mg/dL |
| HbA1c | 11,2 % | < 5,7 % |
| Serumosmolalität | 345 mOsm/kg | 275–295 mOsm/kg |
| pH (BGA) | 7,38 | 7,35–7,45 |
| Bikarbonat (HCO₃⁻) | 22 mmol/L | 22–26 mmol/L |
| Laktat | 1,4 mmol/L | < 2,0 mmol/L |
| Ketonkörper | negativ | negativ |
| Natrium (gemessen) | 130 mmol/L | 135–145 mmol/L |
| Natrium | Korrigiert: 142 mmol/L | 135–145 mmol/L |
| | Unkorrigiert: 130 mmol/L | |
| Kalium | 4,9 mmol/L | 3,5–5,1 mmol/L |
| Kreatinin | 1,8 mg/dL | 0,6–1,2 mg/dL |
| Harnstoff | 78 mg/dL | 17–43 mg/dL |
| eGFR | 38 mL/min/1,73 m² | > 60 |
| CRP | 2 mg/L | < 5 mg/L |
| Leukozyten | 8,1 G/L | 4–10 G/L |
| Hämoglobin | 15,8 g/dL | 12–16 g/dL |
| Urinstatus | Glukosurie +++, Ketone negativ | — |

Ein HHS liegt vor bei starker Hyperglykämie (meist > 600 mg/dL), erhöhter Serumosmolalität (> 320 mOsm/kg), ausgeprägter Dehydratation sowie fehlender oder nur minimaler Ketose bei fehlender signifikanter Azidose (pH meist ≥ 7,3, Bikarbonat ≥ 18 mmol/L).

© Fachleiter. Alle Rechte vorbehalten.

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist ohne ausdrückliche Genehmigung nicht gestattet. [youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)-----t.me/Fachleiter

| Diagnostische Kriterien für Diabetes mellitus | | | |
|---|--------|--|-------------------|
| Parameter | Normal | Gestörte Glukosetoleranz (Prädiabetes) | Diabetes mellitus |
| Nüchternblutzucker (mg/dL) | < 100 | 100–125 | ≥ 126 |
| 2-h-Blutzucker im oGTT (mg/dL) | < 140 | 140–199 | ≥ 200 |
| HbA1c (%) | < 5,7 | 5,7–6,4 | ≥ 6,5 |

Elektrokardiogramm

Die Patientin weist mehrere Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen auf, daher sollte ein EKG durchgeführt werden, um mögliche Rhythmusstörungen, Ischämiezeichen oder Belastungen des Myokards zu erfassen.

Ein EKG wird durchgeführt, indem Elektroden auf der Haut des Brustkorbs, der Arme und Beine angebracht werden, um die elektrische Aktivität des Herzens aufzuzeichnen.

Konsile

Innere Medizin, Nephrologie, Ophthalmologie, Ernährungsmedizin / Diabetologie

Behandlung

1. Flüssigkeitstherapie

Initial sollte eine intravenöse Volumentherapie mit isotoner Kochsalzlösung (0,9 % NaCl) begonnen werden, sofern keine kardiale Dekompensation vorliegt. Die empfohlene Infusionsrate beträgt 15–20 mL/kgKG, entsprechend etwa 1–1,5 Liter in der ersten Stunde.

2. Natriumhaushalt bei diabetischer Ketoazidose (DKA)

Bei Patientinnen und Patienten mit diabetischer Ketoazidose (DKA) ist das Gesamtkörpernatrium in der Regel deutlich vermindert, meist um etwa 7–10 mEq pro Kilogramm Körpergewicht.

Bei der Beurteilung des Serumnatriums ist zu berücksichtigen, dass scheinbar erniedrigte Natriumwerte (sogenannte Pseudohyponatriämie) durch eine ausgeprägte Hyperglykämie oder Hypertriglyzeridämie bedingt sein können.

Zur besseren Einschätzung sollte daher ein korrigierter Natriumwert berechnet werden. Dieser ergibt sich, indem zum gemessenen Natriumwert 1,6 mEq/L pro 100 mg/dL Glukose über 100 mg/dL addiert werden.

Rechenbeispiel

- Gemessenes Serumnatrium: 130 mEq/L
- Blutglukose: 500 mg/dL
- Glukoseüberschuss: $500 - 100 = 400$ mg/dL
- Korrekturfaktor: $4 \times 1,6$ mEq/L = 6,4 mEq/L
- Korrigiertes Natrium:
 $130 + 6,4 = 136,4$ mEq/L

youtube.com/@Fach.Leiter
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
instagram.com/fachleiterinfo
tiktok.com/@fachleiter

Trotz scheinbarer Hyponatriämie liegt tatsächlich ein normales Natrium vor.

3. Kalium

Vor Beginn der Insulintherapie muss eine ausreichende Nierenfunktion sichergestellt sein, definiert durch eine Urinproduktion von etwa ≥ 50 mL/h.

Kalium $< 3,3$ mEq/L:

Die Insulintherapie wird pausiert. Es erfolgt eine Kaliumsubstitution mit 20–40 mEq/h i.v., bis der Serumkaliumwert $> 3,3$ mEq/L liegt.

Kalium $> 5,5$ mEq/L:

Es erfolgt keine Kaliumgabe. Der Serumkaliumwert wird alle 2 Stunden kontrolliert.

Kalium zwischen 3,3 und $< 5,3$ mEq/L:

Es werden 20–30 mEq Kalium pro Liter Infusionslösung verabreicht, um einen Zielbereich von 4–5 mEq/L aufrechtzuerhalten.

4. Insulintherapie

Bei der Behandlung ist zu beachten, dass eine zu rasche Blutzuckersenkung nicht erwünscht ist, da sie mit einem erhöhten Risiko für zerebrale Komplikationen einhergehen kann.

Der Grenzwert (Cut-off) zur Reduktion der Insulininfusionsrate liegt bei einem Blutzuckerwert von 300 mg/dL.

Beispieltherapie (intravenös):

- Initiale Bolusdosis: 0,1 I.E./kgKG i.v.
- Erhaltungsdosis: 0,1 I.E./kgKG/h i.v. als kontinuierliche Infusion

Während der intravenösen Insulintherapie sollte der Blutzucker initial stündlich kontrolliert werden.

Maßnahmen zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren beim Metabolischen Syndrom

- Gewichtsreduktion bei Übergewicht/ Adipositas
- Gesunde Ernährung
- Regelmäßige körperliche Aktivität (Gehtraining, mindestens 3×/Woche)
- Rauchstopp (ggf. Nikotinersatztherapie oder Verhaltenstherapie)
- Diabetes mellitus:

Die Selbstkontrolle des Blutzuckers stellt ein wichtiges Instrument des Selbstmanagements für Patienten dar.

FBS < 130 mg/dl

HbA1c < 7 %

- Arterielle Hypertonie:
Zielwert: < 130/80 mmHg oder < 120/80 mmHg
- Hypercholesterinämie:
LDL-Zielwert < 70 mg/dl bei hohem kardiovaskulären Risiko
- Konsequente Fußpflege:
Tägliche Kontrolle, Vermeidung von Druckstellen und Infektionen

Medikamentöse Therapie (Dauermedikation):

- Da die Patientin ein hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse aufweist, sollte der Einsatz von Acetylsalicylsäure (ASS, Aspirin) zur Thrombozytenaggregationshemmung in Erwägung gezogen werden.
- Bei den meisten Patienten sollte nach der Diagnose zunächst eine Monotherapie mit Metformin begonnen werden. Wenn Metformin kontraindiziert ist oder schlecht vertragen wird, kann ein alternatives, für die Monotherapie zugelassenes Antidiabetikum eingesetzt werden.
- **Metformin**
 - **Wirkmechanismus:**
Metformin senkt den Blutzuckerspiegel, indem es die hepatische Glukoseproduktion reduziert und die Insulinresistenz indirekt verbessert. Dabei verursacht es weder eine Gewichtszunahme noch Hypoglykämien. Zusätzlich wirkt es günstig auf die Plasmalipidwerte.
 - **Nebenwirkungen:**
Zu Beginn treten häufig gastrointestinale Beschwerden wie Diarrhö, Blähungen, Appetitlosigkeit, abdominale Schmerzen, Übelkeit oder ein metallischer Geschmack auf. Diese Nebenwirkungen lassen in der Regel im Verlauf nach. Daher sollte die Therapie mit einer niedrigen Dosis begonnen und langsam gesteigert werden.
 - Das Risiko einer Laktatazidose steigt insbesondere bei Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, erhöhtem Alkoholkonsum sowie bei der Anwendung jodhaltiger Kontrastmittel.
 - bei eGFR < 30 ml/min ist Metformin kontraindiziert.
 - **Langzeitüberwachung:**
Bei einer längerfristigen Therapie sollte alle 2–3 Jahre der **Vitamin-B12-Spiegel** kontrolliert werden.
 - Tageshöchstdosis: 1500 mg/Tag
- Nach den AACE-Leitlinien (American Association of Clinical Endocrinologists) sollte der Beginn einer Insulintherapie dringend in Erwägung gezogen werden, wenn der HbA1c-Wert > 10 % liegt.

Weitere Informationen (Extra + Fragen) finden Sie im Heft „Diabetes mellitus“

© Fachleiter. Alle Rechte vorbehalten.

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist ohne ausdrückliche Genehmigung nicht gestattet. [youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)-----t.me/Fachleiter

| Merkmal | DKA (Diabetische Ketoazidose) | HHS (Hyperosmolares hyperglykämisches Syndrom) |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Typischer Diabetes | Meist Typ 1, selten Typ 2 | Meist Typ 2 |
| Alter | Häufig jüngere Patient:innen | Meist ältere Patient:innen |
| Beginn | Rasch (Stunden–1–2 Tage) | Schleichend (Tage–Wochen) |
| Blutzucker | ↑, meist 250–600 mg/dL | Sehr hoch, oft > 600 mg/dL |
| Ketonkörper | Ausgeprägt positiv | Fehlend oder gering |
| pH-Wert | ↓ (< 7,3) | Normal oder leicht ↓ |
| Bikarbonat | ↓ (< 18 mmol/L) | Normal oder leicht ↓ |
| Serumosmolalität | Normal bis leicht ↑ | Deutlich erhöht (> 320 mOsm/kg) |
| Hauptproblem | Metabolische Azidose | Extreme Dehydratation / Hyperosmolarität |
| Leitsymptome | Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen | Verwirrtheit, Delir, Bewusstseinsstörung |
| Atmung | Kussmaul-Atmung | Meist keine typische Azidoseatmung |
| Flüssigkeitsdefizit | Moderat | Sehr ausgeprägt |
| Insulintherapie | Früh und essenziell | Später, vorsichtig |
| Zielwert zur Insulinreduktion | ≈ 200 mg/dL | ≈ 300 mg/dL |
| Mortalität | Niedriger | Höher |

Zusatzwissen

Eine erhöhte Serumosmolalität äußert sich bei jüngeren Patientinnen und Patienten häufig durch Polydipsie, während sie sich bei älteren Patientinnen und Patienten eher durch Dehydratation, Verwirrtheit bis hin zu Delir bemerkbar macht. Eine Glykosurie führt bei jüngeren Betroffenen typischerweise zu Polyurie, wohingegen sie sich bei älteren Patientinnen und Patienten häufig als Harninkontinenz manifestiert.