

Diabetes mellitus – der große Maskierer

Das P im SAMPLER #02 · Dozenten-Handout

Kernaussage

Diabetes ist der große Maskierer: Die Unterzuckerung imitiert halbe A-, D- und Verhaltens-Notfälle, die diabetische Neuropathie dämpft die Warningschmerzen (stummer Infarkt, verschleiertes Abdomen). Wer „Diabetes“ im P hört, misst **immer den Blutzucker** und denkt zwei Schritte weiter.

Die Falle: Hypoglykämie als Chamäleon

Die Hypo imitiert Schlaganfall (Hemiparese, Aphasie), Krampfanfall, Intoxikation/„betrunken“, Aggression/Delir – bis zur Bewusstlosigkeit. Regel: **kein Apoplex-Alarm ohne Zuckerwert**. Bessert Glukose nicht → an echte DD (Apoplex, Epilepsie, Intox) denken.

Stufe	Grenzwert	Bedeutung
Alarmwert (Level 1)	< 70 mg/dl (3,9 mmol/l)	handeln, Glukose bereithalten
Klinisch relevant (Level 2)	< 54 mg/dl (3,0 mmol/l)	relevante neuroglykopen Gefahr
Schwer (Level 3)	Klinik, nicht Zahl	Fremdhilfe nötig, Bewusstseinsstörung

Hyperglykämie: DKA (Typ 1) – Kussmaul-Atmung, Azetongeruch, Exsikkose, Bauchschmerz · HHS (Typ 2, alt) – massive Dehydratation + Vigilanzminderung, BZ extrem hoch · **Euglykämie Ketoazidose unter SGLT2-Hemmer** – Ketoazidose trotz normnahem BZ (die tückischste Variante).

Die Verräter (Medikamentenanamnese)

Wirkstoffgruppe	Beispiele	Gefahr im Einsatz
Insulin	diverse	Hypo-Klassiker
Sulfonylharnstoffe	Glibenclamid, Glimepirid	lange/rezidivierende Hypo → Transport trotz Besserung
SGLT2-Hemmer („-gliflozin“)	Dapa-, Empagliflozin	euglykämie Ketoazidose (BZ normnah!)
Metformin	Metformin	Marker; Laktatazidose bei schwerer Entgleisung

Was sich für dich ändert – Maßnahmen

- **BZ ist Pflicht** bei jedem unklaren neurologischen/Bewusstseins-/Verhaltensbild – früh.
- Hypo: Glukose nach SOP – i.v. **G20** (viele RTW) oder **G40**; ohne Zugang **Glukagon 1 mg i.m.**
- Nach Sulfonylharnstoff: **Transport trotz Besserung**, engmaschig nachmessen.
- Hyper/Exsikkose: i.v.-Zugang, isotone Volumengabe nach SOP, Transport.
- Diabetiker:in + Schwäche/Dyspnoe/Übelkeit/Oberbauch → früh **12-Kanal-EKG** (stummer Infarkt).
- SAMPLER: Typ, exakte Antidiabetika + letzte Einnahme, letzte Mahlzeit, letzter BZ, Infekt/Erbrechen, Alkohol.

Typische Fehler

- BZ beim „Betrunkenen“/Aggressiven zu spät messen.
- Nach Sulfonylharnstoff-Hypo zu früh „stabil“.
- SGLT2-Ketoazidose wegen niedrigem BZ übersehen.
- Bauchschmerz/Dyspnoe bei Diabetiker:in vorschnell nicht-kardial einordnen.
- Nach BZ-Korrektur nicht weiter überwachen.

Diabetes im P? Erst stechen, dann denken – der Infarkt tut hier oft nicht weh.

Quellen: DBRD-Factsheet Hypoglykämie; BV-ÄLRD Glykämische Notfälle; DDG S3 Typ-1 / Praxisempfehlungen Typ-2; AWMF NVL Typ-2-Diabetes; ADA-KDIGO-Consensus 2022 & JBDS-DKA-Leitlinie 2023 (SGLT2/euglykämie Ketoazidose). Grenzwerte gegen aktuelle Leitlinie + lokale SOP prüfen.

Bildungsmaterial, kein Ersatz für ärztliche Anordnung, Ausbildung oder lokale SOP. · Kopf, Herz & Blaulicht – Damit's sitzt, wenn's zählt.