

DIABETIKA

Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

DDG-Frühjahrskongress 2024 in Berlin: Diabetes. Umwelt. Leben.



INHALT

Anfang Mai 2024 in Berlin: Die Messe ist voll von Behandelnden und einigen Menschen mit Diabetes. Alles dreht sich um Diabetes, Umwelt und Leben mit Diabetes. Ich war dabei: als Pressevertreterin der DIABETIKA. Hier einige interessante Aspekte, die ich für mich mitgenommen habe:

„Alle anderen gibt es schon“

– Oscar Wilde

Janis McDavid, Keynotespeaker und ein Mensch ohne Arme und Beine, der voll im Leben steht, hat mich schwer beeindruckt. Er lebt mit der Vision, dass Merkmale, die uns unterscheiden, nicht



zur Unterscheidung führen. Manchmal fehlt nur der radikale Fokus auf das, was geht, und dies führt zu einer Gehirnumprogrammierung. Jeder hat eine eigene Selbstwirksamkeit. Ein Problem ist in den wenigsten Fällen ein Problem, sondern die damit verbundene, vermeintliche Hilflosigkeit. Und das bedarf oft einer besonderen Form der Kreativität.

Er ist im wahrsten Sinne des Wortes als Rucksacktourist auf dem Kilimandscharo gewesen – im Rucksack auf dem Rücken von Freunden. Bei Plänen gäbe es drei wichtige Fragen vorab: 1) Willst Du das wirklich? 2) Wie hoch ist der Kopf-

1 Kongress: DDG-Frühjahrskongress 2024 | Als #dedoc°-Stipendiatin auf dem DDG-Kongress

5 Gesundheit: Mit Achtsamkeit durch den Diabetes-Alltag

6 Medizin: „Abnehmspritze & Co“ – Welche Regeln & Grenzen gibt es?

9 Versorgung: „Diabetische Versorgung in Gefahr“ | Nebendiagnose Diabetes – so nicht!

12 Nordrhein-Westfalen: Diabetes und Adipositas im Fokus | Düsseldorfer Diabetestag | DiaCup 2024

14 Lecker!: Gemeinsam gesund kochen | Bulgur-Pfanne | Tomaten-Drink

16 Punktum: Urlaubspost

► Fortsetzung auf S. 2

schüttelindex? (Je mehr Kopfschütteln, umso wichtiger!) 3) Was muss ich als Erstes tun? Dann gilt es, einen Ankerpunkt setzen, der nicht veränderbar ist. Sein Leben hat ihm gezeigt, dass man allein weit kommen kann, aber nur gemeinsam ans Ziel. → Es lebe die Selbsthilfe (SH).

Übergewicht bei Typ-1-Diabetes

„Die Zahl der Menschen mit Übergewicht steigt“, so **Dr. med. Andrea Galler** (Charité Berlin), auch bei Menschen mit Typ-1-Diabetes. Bei diesen wird der Hauptgrund in der Insulingabe gesehen. Nach Beginn der ICT-Therapie wird oft eine Gewichtszunahme von bis zu 5 kg mit der Spitze nach 1,3 Jahren verzeichnet (bei CT < 2 kg). Das Bemühen um weniger Unterzucker kann zu häufigem Snacken oder weniger Sport führen. Physischer Faktor ist zudem, dass Insulin dem ICF₁-Wachstumshormon gleicht und im Bereich der Spritzstellen mehr Fettgewebe aufgebaut wird. Auch die Therapie bei ICT mit dem Motto „Alles, was gegessen wird, kann ja abgespritzt werden“, ist eher kontraproduktiv, wenn dies einen vermehrten Konsum von Süßem zur Folge hat. Häufiger tritt das Übergewicht bei langer Diabetesdauer und höherem Alter auf. Dies führt zu erhöhten Herzinfarkt- (5-fach) und Schlaganfall-Risiken (4-fach), wobei diese bei Frauen höher liegen, als bei Männern. Das höchste Risiko haben dabei die Menschen mit einer Diabetes-Manifestation zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr; es sinkt leicht, wenn die Diagnose später war. Dazu kommt: je schlechter der HbA_{1c}, desto höher das

Zeigt her eure Füße!

Prof. Dr. Julia Szendrödi (u. a. Uniklinikum Heidelberg) führte auf der Pressekonferenz aus, dass der regelmäßige Fußcheck immer mehr ein Problem für Menschen mit Diabetes und ihre Behandelnden darstellt. Der Fußcheck ist für die Kontrolle, ein frühzeitiges Erkennen von Polyneuropathie und zur Schulung der Menschen mit Diabetes unumgänglich. Falls eine Wunde am Fuß auftritt, sollte ein erneuter Check erfolgen, bevor diese chronisch wird. Sollte eine Polyneuropathie schon vorliegen, ist eine eigene tägliche Kontrolle der Füße und ggf. der Wunden durchzuführen. Eine Pflege zur Vermeidung von Schwielen ist hilfreich. Mithilfe einer Schuhberatung können geeignete Schuhe, die passen und gepolstert sind, gefunden werden. Zudem sollte generell auf eine gute Stoffwechseleinstellung mit normgerechten Blutdruck- und Cholesterinwerten (bes. LDL) angestrebt werden sowie absoluter Nikotinverzicht. Eine Polyneuropathie erhöht auch das Risiko für Folgeerkrankungen an Herz und Nieren.



Risiko. Im schlechtesten Fall verliert eine übergewichtige Frau mit Typ-1-Diabetes 17,7 und ein Mann 14,2 Lebensjahre.

Neue Therapien bei Typ 1 mit Übergewicht

Prof. Dr. Thomas Forst (Mannheim) erinnert daran, dass mit der Zerstörung der β -Zellen in der Bauchspeicheldrüse neben dem Insulin auch kein C-Peptid und auch kein Amylin-Peptid mehr hergestellt werden kann. Das Amylin hat aber wichtige Funktionen in der Glukoseregulation im Gehirn (steigert das Sättigungsgefühl) und der Körpergewichtskontrolle. Neben der Verlangsamung der Magenaktivität und der Unterdrückung von Glukagonfreisetzung erhöht es zudem den Grundumsatz und reduziert das gefährliche Fettgewebe. In den USA findet ein Amylin-Analogon (Pramlintide) Einsatz, wobei zu den Mahlzeiten eine weitere Injektion zum Insulin erfolgt. Dies ist besonders interessant für Menschen mit Typ-1-Diabetes, deren Blutzucker unter reiner Insulintherapie nach den Mahlzeiten stark ansteigt. Insgesamt sinkt dann der Insulinbedarf pro

Tag und damit u. a. die Gefahr einer Insulinresistenz. Bisher war eine Mischung mit Insulin nicht möglich, da diese instabil ist. Amylin kam somit wegen der notwendigen zweiten Injektion pro Mahlzeit wenig zum Einsatz. Mit der Entwicklung von ADOo, das aus einem modifizierten Insulin und Pramlintide besteht, wäre nur eine Injektion möglich. Leider ist weder das Pramlintide noch das ADOo in Europa zugelassen und der Hersteller plant dies auch nicht.

Erblichkeit bei Typ-1-Diabetes

Peter Achenbach (München) zeigt auf, dass der Autoimmunprozess, der zum Verlust von Beta-Zellenmasse führt, nicht nur auf der genetischen Prädisposition basiert, sondern nur in Interaktion mit Umweltfaktoren ausgelöst wird. Diese Interaktion ist leider noch nicht hinreichend erforscht. Es zeigt sich aber z. B., dass per Kaiserschnitt entbundene Kinder höhere Risiken für Typ-1-Diabetes besitzen. Dies wird mit der Ausbildung unterschiedlicher Darmflora erklärt. In der diabetesbezogenen Genforschung zeigen sich zwei verschiede-



ne Formen des HLA-Gens, wobei eine Form eher schützend und die zweite Form eher risikosteigernd für den Ausbruch von Typ-1-Diabetes ist. Hat in Europa kein Verwandter Typ 1, liegt das Diabetes-Risiko für die Nachkommen bei ca. 0,33% – das zeigt die Familien-Anamnese. Bei nahen Verwandten mit Typ 1 steigert sich dieses Risiko, je nach Verwandtschaft (Mutter = 3%, Vater = 5%, Geschwister = 8% und eineiiger Zwilling = 10%) bis zu 100% in Abhängigkeit des Alters bei Erstdiagnose (je früher, desto wahrscheinlicher). Das höchste Risiko ist bei mehreren Verwandten mit Typ 1 mit 25% zu verzeichnen. Setzt man die HLA-Gene in Zusammenhang mit der Familienanamnese, zeigt sich, dass die schützende Variante des HLA-Gens das Einzelrisiko erheblich senkt (kein Verwandter = 0,03%, ein Verwandter = 0,3%). Hingegen steigert sich das Risiko in Kombination mit dem nicht schützenden HLA-Gen von keinem Verwandten auf 3%, bei einem Verwandten auf 20% und sogar auf 50% bei mehreren Verwandten und dem Risiko-HLA-Gen. Zudem ergaben sich in anderen Forschungsarbeiten auch Risiken für Kinder mit risikoerhöhendem HLA-Gen (ohne Typ-1-Verwandtschaft) im Zusammenhang mit weiteren 47 mit Diabetes verknüpften Genen. Es zeigt sich ein bis zu 10%-Risiko, im Alter von sechs Jahren einen Typ-1-Diabetes zu entwickeln. Das Risiko steigt umso höher, je mehr dieser weiteren Gene vorliegen.

„World-without-1“-Forschung

Positiv ist aus der Forschung zu vermerken, dass ein angeborenes hohes Risiko für die Entwicklung eines Typ 1 nicht ein Leben lang konstant

bleibt, wenn sich kein Autoimmunprozess entwickelt. Alle zwei bis vier Jahre halbiert sich das Risiko, dann noch einen Typ 1 zu entwickeln. Im Alter von jungen Erwachsenen ist das Risiko genauso hoch, wie bei Menschen ohne erhöhtem Risiko bei der Geburt. Um diesen und andere genetische Zusammenhänge besser untersuchen zu können, wurde das GPPAD, ein Netzwerk aus klinischen Studienzentren über Deutschland und Europa, gegründet. Dort wird das D-Typ-1-Risiko von Neugeborenen bis sechs Wochen nach der Geburt gescreent, um Hochrisiko-Babys zu erkennen und zu Primärpräventionsstudien einzuladen, um das Auftreten von Autoimmunprozessen zu verhindern (siehe Frederick-Studie). In Deutschland können auch die Kinder von Verwandten an dem Screening teilnehmen. Seit 2019 wurden mehr als 520.000 Neugeborene europaweit gescreent, wobei sich bei 1,3% der Gescreenten ein 25-fach erhöhtes genetisches Risiko zeigte. Damit konnten schon drei Studien vollständig rekrutiert werden, wo versucht wird, mit Nasalinsulin oder einem Darmbiotikum einen Ausbruch des Typ 1 zu verzögern (und im Idealfall zu verhindern). Die Studien befassen sich mit Babys mit erhöhtem Risiko und Sars-Cov2-Virus-Infekten bis zu einem Alter von 1,5 Jahren, um mehr über die Auswirkung von Umweltfaktoren (hier Virusinfektionen) zu verstehen. Dies alles geschieht unter dem Motto: „World without 1“.

Sabine Härter 



WELT OHNE
TYP-1-
DIABETES?!



EDITORIAL

Tausend Dank!

Haben Sie sich heute schon bei jemandem bedankt? Vielleicht hat Ihnen jemand die Tür aufgehalten, Sie an der Supermarktkasse vorge lassen oder Ihnen ein Kompliment gemacht? Sich solche Aufmerksamkeiten, genau wie die kleinen Glücksmomente im Alltag – das Zwitschern eines Vogels, ein nettes Gespräch mit einem Kollegen, Sommerabendsonne im Garten oder den Lieblings song im Radio hören – bewusst zu machen sorgt dafür, dass das Glas halb voll statt halb leer ist. Wie man durch Dankbarkeit und den Fokus auf das Positive den Alltag mit Diabetes besser bewältigt, kann man in Workshops zu Achtsamkeit lernen. Diese veranstaltet Dr. Mirjam Eiswirth speziell für Menschen mit Typ-1-Diabetes, wie Sie auf S. 5 lesen können.

Über jede Menge Positives von der DDG-Frühjahrstagung berichtet Sabine Härter – etwa zu neuen Therapien gegen Adipositas oder aus der „World without 1“-Forschung (ab S. 1).

Zu guter Letzt gibt es, wie sich das für eine August-Ausgabe gehört, Post aus dem Urlaub. Beate Lyrmann hat eine ganz besondere Postkarte erhalten – von ihrem Diabetes! Lesen Sie auf S. 16 nach, was der so alles erlebt ...

Einen schönen Spätsommer mit viel „Sekundenglück“ wünscht

Ihre Chefredakteurin,
Julia Rommelfanger



Das #dedoc^o voice Stipendienprogramm bietet Menschen mit Diabetes die Möglichkeit, ihre Erkenntnisse, Fachkenntnisse und Erfahrungen auf Tagungen und Kongresse zu bringen.

Als #dedoc^o-Stipendiatin auf dem DDG-Kongress

Auch in diesem Jahr gab es die Möglichkeit, sich auf ein Stipendium von #dedoc^o zur Teilnahme am DDG-Kongress zu bewerben. Ich war eine der 20 Stipendiat*innen, die die Möglichkeiten nutzen konnten, an den Vorträgen und Veranstaltungen vor Ort in Berlin teilzunehmen. Menschen mit Diabetes eine Stimme auf Tagungen und Kongressen zu geben ist seit vielen Jahren das Ziel von #dedoc^o. Die diesjährigen #dedoc-voices (übersetzt „dedoc-Stimmen“) deckten alle Diabetes-Typen und Altersgruppen ab. Mehr als 360 Jahre gelebte Erfahrung mit Diabetes konnten wir #dedocvoices^o auf den DDG-Kongress bringen. Egal ob als Wortmeldungen in den Symposien oder in den Gesprächen mit der Industrie und mit medizinischem Personal – die Interessen und Bedürfnisse von uns Menschen mit Diabetes wurden zum Thema gemacht. In der Ausstellerhalle war

#dedoc^o mit einem eigenen Stand vertreten. Auf besonderes Interesse stieß dort immer wieder das Papier „Language Matters“ – zum Umgang mit Sprache. Menschen mit Diabetes müssen respektvoll behandelt werden und sie müssen

Wertschätzung für ihren geleisteten Teil der Behandlung erfahren. Nur ein Gespräch auf Augenhöhe zwischen medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten führt zu einem guten Ergebnis für beide Seiten. Insgesamt ist es wichtig, die Arbeit und das Engagement von #dedoc^o bekannter zu machen. Ein großer Teil der Arbeit von #dedoc^o besteht darin, weltweit

Menschen mit Diabetes auf nationale und internationale Diabetes-Kongresse zu bringen. Mit diesem Engagement ist #dedoc^o eine wichtige Ergänzung zu den Diabetes-Selbsthilfe-Organisationen. Ein persönliches Kongress-Highlight war meine Teilnahme an einem Workshop von Novo Nordisk zum Thema: „Patientenpräferenzen in der Zweitlinientherapie des Typ-2-Diabetes“.

Prof. Dr. Axel Mühlbacher stellte die Studie vor und im Anschluss gab es Gelegenheit zum Austausch. Patientenpräferenzen heißt: Wie entscheiden sich Patientinnen und Patienten zwischen mehreren Alternativen? Im Workshop ging es konkret um die Situation, wenn eine Ersttherapie nicht erfolgreich war und eine sogenannte Zweitlinientherapie beginnen soll. Welche Kriterien sind bei einer Entscheidung für eine Behandlungsoption wichtig? Was beeinflusst die Entscheidung von Patientinnen und Patienten? Sind es beispielsweise Nebenwirkungen oder spielt ein größerer Therapieaufwand die entscheidende Rolle? Es war spannend, an einem praktischen Beispiel auf wichtige Kriterien einer Studie und deren Ergebnisse zu schauen. Nach vier Kongresstagen ging es dann wieder nach Hause. Die Eindrücke wirken nach und einige Themen aus den Vorträgen werde ich auf jeden Fall weiterverfolgen.

Susanne
Thiemann



Fotos: privat / Susanne Thiemann





Vom Kopf zurück in den Körper –
wahrnehmen, beobachten, spüren.

Mit Achtsamkeit durch den Diabetes-Alltag

In sechsteiligen Online-Workshops vermittelt Dr. Mirjam Eiswirth Menschen mit Diabetes, wie sie Gutes bewusst wahrnehmen und ihre Erkrankung dadurch besser bewältigen.

Atmet tief durch und nehmt euch drei Minuten Zeit zum Ankommen aus eurem wahrscheinlich vollgepackten Tag“, sagt Dr. Mirjam Eiswirth.

Es ist kurz nach 19 Uhr an einem Montagabend im April, als sie die Teilnehmenden ihrer zweiten Seminarreihe „Achtsam durch den Tag mit Diabetes“ zur ersten Online-Session begrüßt. Nach einer Einstiegsmeditation und einer Kennenlernrunde dreht sich diese erste von insgesamt sechs Kurseinheiten um das Thema Dankbarkeit. „Wofür ward ihr heute dankbar?“, fragt Mirjam Eiswirth, die selbst seit mehr als 25 Jahren an Typ-1-Diabetes erkrankt ist, die Teilnehmenden des Online-Seminars. In dieser Übung gehe es darum, sich schöne Dinge und positive Erlebnisse bewusst zu machen, und langfristig um Zufriedenheit, erklärt sie.

Achtsamkeit könne Menschen mit Diabetes helfen, den emotionalen Stress, den die Erkrankung häufig mit sich bringe, zu reduzieren, sagt Mirjam Eiswirth.

In dem Seminar will sie Menschen einfache Tools mit auf den Weg geben, um in stressigen Situationen einen kühlen Kopf zu bewahren. Das kann eine Atemübung sein, oder ein positiver Gedanke an eine schöne Situation. Wie sie es mit Achtsamkeit besser und gelassener durch ihren Alltag schaffen, lernen die Teilnehmenden durch Input, Austausch und praktische Übungen.

So unternimmt Mirjam Eiswirth im weiteren Verlauf des ersten Workshops mit den Teilnehmenden eine Tai-Chi-Einheit,

Die 4. Seminarrunde: „Achtsamkeit durch den Tag mit Diabetes“

Das Seminar **startet am 23.10.** und findet immer mittwochs von 19-20:30 Uhr statt (Kosten: 59 Euro).

Termine: 23./30.10.; 6., 13., 20. und 27.11.



MEHR INFOS ÜBER:
mirjam.eiswirth@gmail.com und auf der Plattform www.dialectics.de

und zum Schluss stellt sie eine Impulsfrage als Wochenaufgabe bis zur nächsten Einheit: „Wie kann ich in der nächsten Woche Dankbarkeit üben?“ Die Ideen der Teilnehmenden sind vielfältig, etwa: „Jeden Mittag einen Satz an mich selbst schreiben mit einem positiven Erlebnis“; oder „schöne Gedanken am Ende des Tages notieren, um daraus ein Dankbarkeits-Tagebuch zu erstellen“.

In den weiteren einmal wöchentlich stattfindenden Teilen der Achtsamkeitsseminarreihe, die Mirjam Eiswirth über die Plattform DIALETICS (www.dialectics.de) anbietet, weitet sich die Perspektive auf Beziehungen, Resilienz und die innere Haltung im Alltag. In der letzten Einheit liegt der Fokus darauf, das Gelernte und in der Gruppe Geübte auch im Alltag nach dem Seminar zu verankern. Mirjam Eiswirth beschäftigt sich bereits seit 2015 mit dem Thema Achtsamkeit und Typ-1-Diabetes und plant künftig auch Wochenend-Workshops.

Julia Rommelfanger

Fotos: Mirjam Eiswirth // Björn Marx // Johanna Wechler

Spätestens seit Kim Kardashian und Elon Musk ihren Erfolg bei der Gewichtsabnahme durch die „Abnehmspritze“ in den sozialen Medien gepostet haben, ist ein Hype ausgebrochen und fast jedem sind diese Präparate bekannt. Ihnen werden sogar ganze Fernsehsendungen zur Primetime (z. B. Stern-TV) gewidmet.



„Abnehmspritze & Co“ Welche Regeln & Grenzen gibt es?

Mit diesen Präparaten, die zur Gruppe der GLP1-Analoga (glucagon-like peptide 1) gehören, scheint die Gewichtsabnahme wie von selbst zu klappen. Manche reden auch gern von „Wocheninsulin“, mit dem man abnehmen kann. Aber ganz so einfach, wie es dargestellt wird, ist das natürlich nicht. Zudem gilt es, eine ganze Reihe von Regularien und Vorschriften bei der Verordnung solcher Präparate zu beachten.

Hunger ausschalten

Auch wenn überwiegend Semaglutid (Handelsname Ozempic® oder Wegovy®) genannt wird, gehören auch Dulaglutid (Handelsname Trulicity®) und das ältere Liraglutid (Handelsname Victoza®) zu dieser Gruppe. GLP1 ist eine hormonähnliche Substanz, die im Darm bei einer Mahl-

zeit ausgeschüttet wird. Die Wirkung beruht auf einer Anregung der Insulinproduktion und -ausschüttung, auf einer Verzögerung der Magen- und Darmtätigkeit und auf einer Hemmung des Appetitzentrums im Gehirn, womit das Hungergefühl abgeschaltet wird. Diese Wirkung ist seit den 60er-Jahren bekannt, aber erst 2007 wurde das erste Präparat (Exenatid, Handelsname Byetta®) als Medikament eingeführt. Ein Problem war, dass das körpereigene GLP1 nur ca. zwei Minuten wirkt. Man braucht aber eine deutlich längere und stärkere Wirkung. Dies wurde erreicht, indem man das Molekül des GLP1 soweit verändert (ein analoges = ähnliches Molekül) hat, dass die Wirkung gleich ist, aber nur sehr langsam abgebaut wird.

**GEWICHTS-
VERLUST
ALS NEBEN-
WIRKUNG**

Alle Präparate sind zur Senkung des Blutzuckers und damit zur Behandlung des Diabetes entwickelt und zugelassen worden. Die damit verbundene Gewichtsabnahme war eher eine willkommene Nebenwirkung. Die Ausnahme ist Semaglutid mit dem Handelsnamen Wegovy®, das zur Therapie des krankhaften Übergewichts (Adipositas) auf dem Markt ist.

GLP1-Analoga sind kostspielig

Obwohl die Präparate ähnlich wie Insulin gespritzt werden müssen, haben diese nichts mit Insulin zu tun. Also ist der Begriff „Wocheninsulin“ sicher unpassend. Ein Problem stellen die hohen Preise der Präparate dar, die bei 2,25 € bis 3,36 € pro Tag liegen. Zum Vergleich: Metformin kostet 0,15 €.



Sozialgesetzbuch: SGB 5 §12



Die Regelungen beruhen auf dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (kurz: SGB 5). In § 12 wird das Wirtschaftlichkeitsgebot geregelt: „(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“
Im SGB 5 steht nicht: sinnvoll, wünschenswert, nachhaltig, individuell, einfach, modern, medizinisch indiziert oder präventiv. Ausreichend ist die Schulnote 4, mehr nicht.

Die Verordnung von Medikamenten zulasten der gesetzlichen Krankenkassen unterliegt strengen Regeln. Die erste Regel ist, dass ein Medikament nur für eine Erkrankung verordnet werden darf, für die es auch zugelassen ist. Bei den GLP1-Analoga ist dies die Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2, nicht der Adipositas.

Verordnung unterliegt strengen Kriterien

Die zweite Regel ist, dass es auch eine Notwendigkeit für die Verordnung eines Medikamentes geben muss. Einem Menschen mit Typ-2-Diabetes, der unter Metformin einen HbA_{1c}-Wert von 6,2 % hat, kann nicht einfach ein GLP1-Analoga dazu verordnet werden, weil es keinen Grund für die Veränderung der Therapie gibt. Eine Notwendigkeit wäre zum Beispiel die Verschlechterung der Blutzuckerwerte trotz Einsatz von mehreren anderen Diabetesmedikamenten oder die Unverträglichkeit von Medikamenten, sodass nur noch GLP1-A als Therapie übrig bliebe. Zudem ist eine Voraussetzung für eine Therapieeskalation immer die Verordnung von Metformin und die Teilnahme an einer kompletten Diabetesschulung. Gerade bei so teuren Medikamenten wie den GLP1-Analoga achten die Krankenkassen besonders auf die Einhaltung von allen Regeln.

So sahen wir uns schon häufiger mit der Forderung von Patientinnen und Patienten konfrontiert, einfach die Diagnose eines Typ-2-Diabetes zu „erfinden“ („Herr Doktor, machen Sie mir doch einen Diabetes“), nur um eine Begrün-

dung für die Verordnung eines GLP1-A zu haben. Dass wir das nicht machen, muss wohl nicht betont werden.

Sind alle Kriterien erfüllt, kann die Verordnung von GLP1-Analoga durch jeden Arzt (auch den Hausarzt) erfolgen. Die Verordnung ist nicht an einen Diabetologen oder eine diabetologische Schwerpunktpraxis gebunden. Auch kann jeder Arzt die Weiterverordnung von GLP1-Analoga übernehmen.

Die Zulassung des Medikaments regelt genau, für wen und wann das Medikament zulasten der GKV verordnet werden darf. Eine Verordnung außerhalb dieser Grenzen ist ein sogenannter „off-label use“, also eine Nutzung außerhalb der Zulassung. Erfolgt die Verordnung außerhalb der Zulassung, fordern die Krankenkassen die Kosten in der Regel von den Ärzten zurück (Regresse), meist erst drei bis fünf Jahre nach der Verordnung. Bei Kosten von rund 3 € pro Tag und einer jahrelangen (falschen) Verordnung können hier schnell mehrere Tausend Euro als Regresssumme zusammenkommen.

Lieferengpässe dauern an

Neben den bundesweit gültigen Gesetzen gibt es in jedem Bundesland noch



Fotos: Jonas I. Haerter // Dasha Petrenko - stock.adobe.com

Auf dem RIN-Symposium im Mai 2024 in Düsseldorf (siehe Artikel S. 12) hielt Dr. Hansjörg Mühlen einen Vortrag rund um die „Abnehmspritze“ und aktuell geltende Regularien.

IMPRESSUM

Deutsche Diabetes-Hilfe –
Menschen mit Diabetes (DDH-M) e. V.
Schnellerstr. 123, 12439 Berlin
Tel. (0 30) 63 228 700
Fax (0 30) 63 228 698
E-Mail: info@ddh-m.de
Internet: menschen-mit-diabetes.de

DDH-M – Menschen mit Diabetes
LV Nordrhein-Westfalen e. V.
Johanniterstr. 45, 47053 Duisburg
Tel. (02 03) 608 44-0
Fax (02 03) 608 44-77
E-Mail: nrw@ddh-m.de
Internet: nrw.ddh-m.de

Geschäftszeiten:
Montag bis Donnerstag: 8–16 Uhr
Freitag: 8–15 Uhr

Redaktion: Julia Rommelfanger
Tel. (0 21 31) 7 42 46 73
E-Mail: redaktion@ddh-m.de

Verlag: MedTriX GmbH
Unter den Eichen 5
65195 Wiesbaden
Tel. (0611) 9746-0, Fax (0611) 9746 480-228
E-Mail: de-info@medtrix.group
Registergericht: AG Wiesbaden, HRB 12 808
USt.-Ident-Nummer: DE 206 862 684
Geschäftsführung: Stephan Kröck,
Markus Zobel

Kontakt zum Datenschutzbeauftragten:
Sie können sich bei Fragen, die den Daten-
schutz betreffen per E-Mail an uns wenden:
de-datenschutz@medtrix.group. Unseren
Datenschutzbeauftragten erreichen Sie un-
ter atarax – Norbert Rauch Consulting e.K.,
Dr.-Dassler-Straße 57, 91074 Herzogenaurach,
Telefon 0700 / 22 55 28 27 29, swmh-daten-
schutz@atarax.de.

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung:
Björn Lindenau

Layout: Mareike Horch
E-Mail: mareike.horch@medtrix.group

Hörversion:
Diana Drossel, Tel. (0 24 03) 785 202
E-Mail: diana.drossel@ddh-m.de

Korrekturat: DACHL
Mainzer Str. 116, 66121 Saarbrücken

Druck: westermann DRUCK | pva,
Georg-Westermann-Allee 66,
38104 Braunschweig

DDH-M-Mitglieder erhalten „Diabetika“ 6 × im
Jahr als Beilage zum „Diabetes-Journal“. Der
Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Die in DIABETIKA vorliegenden redaktionel-
len Texte, insbesondere solche zu medizini-
schen Inhalten wie Diabetes, Therapie und
Umgang damit, wurden sorgfältig und nach
bestem Wissen erarbeitet. Eine Haftung für
die Richtigkeit kann jedoch nicht übernom-
men werden.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge
geben nicht in jedem Fall die Meinung der
Redaktion wieder.

Vervielfältigung oder Nachdruck, auch aus-
zugsweise, nur mit Genehmigung der Her-
ausgeber bzw. des Verlages.

Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH
eine Nutzung ihrer Inhalte für kommerziel-
les Text- und Data Mining (TDM) im Sinne
von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

ISSN 2627-5783



gesonderte eigene Regelungen zwi-
schen den Krankenkassen und der
Kassenärztlichen Vereinigung (KV)
zur Verordnung von Medikamen-
ten, die meist die Verordnungsfähig-
keit weiter einschränken. Was nach
SGB 5 notwendig, ausreichend und
wirtschaftlich ist, wird also durch die
Krankenkassen bestimmt.

Die Herstellerfirmen der GLP1-Ana-
loga waren sicher von ihrem Erfolg,
auch ausgelöst von den Promis,
überrascht, sodass derzeit ein Liefer-
engpass besteht, der auch noch ei-
nige Zeit anhalten wird. GLP1-Ana-
loga sind Eiweiße (Proteine), die nicht
einfach herzustellen sind und de-
ren Produktion nicht einfach hoch-
geschraubt werden kann, wie es z. B.
bei einfachen chemischen Molekü-
len wie ASS möglich ist.

Was passiert nun mit der großen
Gruppe der Menschen mit Adiposi-
tias? Nachdem jetzt endlich die
Adipositas als Erkrankung aner-
kannt wurde und es nun auch ein
DMP Adipositas gibt, haben alle
gehofft, dass auch diesen Men-
schen eine entsprechende me-
dikamentöse Therapie zur Verfö-
gung steht. Aber weit gefehlt. In
§ 34 Abs. 1 Satz 8 des SGB 5 ist ge-
regelt, dass „Arzneimittel zur Ab-
magerung oder zur Zügelung des
Appetits bzw. zur Regulierung des

Körpergewichts von der Versorgung
ausgeschlossen sind“.

Neues DMP Adipositas

Trotz Anerkennung der Adipositas
als Erkrankung werden die nach-
weislich wirksamen Medikamente
weiterhin verweigert. Daher ist auch
das Semaglutid Wegovy® auf den
Markt gekommen. Dieses Präparat
ist zur Therapie der Adipositas zu-
gelassen, kann aber aufgrund der
o. g. Paragraphen des SGB 5 nicht zu-
lasten der gesetzlichen Krankenver-
sicherung verordnet werden, muss
also privat bezahlt werden. Sicherlich
keine Kleinigkeit, aber zumindest ein
Teil der Adipösen hat Zugang zu ei-
nem wirksamen Präparat. Die Ausge-
staltung und Finanzierung des DMP
Adipositas ist unklar und wird durch
Verträge auf Landesebene geregelt.
Trotz aller Mängel ist das DMP Adi-
positas der erste Schritt in die richti-
ge Richtung. In den nächsten Jahren
wird sicher noch viel passieren. Aller-
dings müssen alle Menschen für ih-
re Rechte und Forderungen kämpfen,
da letztlich Politiker die Entschei-
dung treffen. Diese wollen wieder-
gewählt werden und hören daher
eher auf Wähler, als auf Experten.

Dr. Hansjörg Mühlen 

Foto: VectorMine - stockadobe.com



„Diabetische Versorgung in Gefahr“



In einem gemeinsamen Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach kritisieren wir, der DDH-M Landesverband NRW und diabetesDE, den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GSVG). Besonders sorgen sich unsere beiden Verbände um die flächendeckende, engmaschige diabetologische Versorgung von multimorbiden Menschen mit Diabetes.

Zwar begrüßen wir die Stärkung einer ambulanten Versorgung, kritisieren jedoch vor allem den Vorschlag, eine Jahrespauschale beim Hausarzt pro Patient einzuführen – bei gleichzeitigem Wegfall der Chronikerpauschalen für den Diabetologen. Denn es ist zu befürchten, dass Diabetes-schwerpunktpraxen künftig Menschen mit Diabetes nicht mehr engmaschig betreuen können, weil diese Betreuung wirtschaftlich aufgrund der nicht mehr aufwendigen Beratung, die dann nicht mehr bezahlt werden soll, nicht umsetzbar ist. Bisher wird in der „Chronikerpauschale“ der zeitliche Aufwand des Behandelnden abgebildet, der sich um Menschen mit Diabetes kümmert und die strukturierte Versorgung, wie vom

RISIKO FÜR FOLGEERKRANKUNGEN STEIGT

Disease Management Programm (DMP) vorgegeben, organisiert. Mit dem neuen Gesetz „muss“ die Patientin/der Patient nur noch einmal im Jahr zum Gespräch in die Praxis kommen, damit seine Folgeverordnungen dann ohne weiteren Kontakt fortgesetzt werden können.

Die bisher notwendige vierteljährliche Folgeuntersuchung war Aufhänger für ein persönliches Gespräch, bot Gelegenheit, den HbA_{1c} zu bestimmen, Blutzuckerwerte anzuschauen, auf potenziell verschlechterte Nierenwerte zu achten oder ein beginnendes diabetisches Fußsyndrom zu identifizieren. Dieser rettende Anker, der auch das Risiko von Folgeerkrankungen deutlich reduziert, würde mit der geplanten

Regelung zukünftig wegfallen! Kommt die Therapie nur einmal im Jahr auf den Prüfstand, dauert es zudem deutlich länger, bis wissenschaftlicher Fortschritt, etwa eine neue oder bessere Behandlungsmöglichkeit, beim Betroffenen ankommt. Außerdem steigt die Gefahr unentdeckter Nebenwirkungen.

Müssen durch den Wegfall der Chronikerpauschale vermehrt diabetologische Schwerpunktpraxen schließen, verschlechtert sich auch die Versorgung Schwangerer mit auffälligem Kurztest beim Gynäkologen. Den bisherigen qualitätsgesicherten Bestätigungstest sowie die zeitnahe Schulung bei festgestelltem Gestationsdiabetes haben bislang die Schwerpunktpraxen übernommen.

Genauso leidet bei einer Schließung dieser Praxen die Versorgung der Menschen mit Typ-1-Diabetes, die Unterstützung bei der Pumpentherapie brauchen. Eine hausärztliche Praxis ohne Spezialisierung kann diese Unterstützung nicht leisten.

Norbert Kuster



Fotos: DDH-M NRW - Jonas Härter // Fotomanufaktur JL - stock.adobe.com

Erfahrungsbericht

Nebendiagnose Diabetes – so nicht!

Wegen Wirbelsäulenproblemen fand ich mich an einem Wochentag morgens um acht Uhr im Evangelischen Krankenhaus Duisburg-Nord zu einer geplanten Behandlung mit mehrtägigem Aufenthalt ein. Als 85-Jährige bin ich in meiner Bewegung bereits eingeschränkt. Aufgrund der Wirbelsäulenerkrankung litt ich zunehmend mehr unter Mobilitäts- und Inkontinenzproblemen. Sicherheitshalber hatte ich daher meinen Rollator mitgenommen.

In der Nacht zuvor schlug zu allem Überfluss mein mit Insulin behandeltes Typ-2-Diabetes Kapriolen. Ich war in einen Unterzucker gerasselt, dem ich direkt mit Honig begegnete. In solchen Phasen dauert es bei mir jedoch normalerweise eine ganze Weile, bis ich mich in meiner Umgebung wieder sicher fühle. Ich muss nach einer solchen nächtlichen Attacke auch am Tag danach häufiger messen und eventuell auch korrigieren. Auch kommt es vor, dass ich am Folgetag erneut unterzuckere und daher immer Notfall-BE dabei haben muss.

Fragwürdige Zustände

Am Aufnahmetag kam ich nicht aufs Zimmer, sondern direkt in einen großen Raum mit beweglichen Sichtschutzwänden. Man zog mir das übliche zum Rücken hin offene Krankenhaushemd an und nahm mir alle mitgebrachten Sachen ab, darunter auch das BZ-Messgerät, die Insulinpens und die Notfall-BE. Noch dachte ich, sehr bald

in den Behandlungsraum gebracht zu werden. Weit gefehlt, die Wartezeit zog sich immer länger. Der Harndrang stieg stetig. Den Zucker konnte ich nicht messen und musste mich daher auf

mein Bauchgefühl verlassen. Es war keine Pflegekraft in Sicht. Stattdessen lugte immer wieder ein Trennwand-Nachbar neugierig um die Ecke, was ich in meinem Flatterhemd als nicht schicklich empfand. Ihm fehlte es offenbar an nichts, denn er hatte eine Begleiterin, die ihn mit allem versorgte.

Stundenlang alleingelassen

Nach fünf Stunden riss mir der Geduldsfaden. Vor allem die Blase konnte nicht mehr halten. Ich wollte nach Hause und rief lauthals nach einer Pflegerin, um mich zu beschweren. Es ging nicht nur

darum, dass ich alleingelassen wurde und nicht erfuhr, wie und wo man unter Sichtschutz das WC erreichen konnte. Es war auch das unsichere Gefühl, weil ich meinen Diabetes nicht kontrollieren konnte. Und das in einer Klinik, in der es eine Diabetesabteilung gibt, die aber nicht eingebunden wird, wenn so ein Fall mit Nebendiagnose Diabetes vorliegt.

Dann ging alles ganz schnell. Ich wurde unter Sichtschutz in meinem kurzen Hemd zum WC geleitet, erhielt trockene Bettunterlagen und wurde auf den Eingriff vorbereitet. Eine Stunde später war ich in der Behandlung. So gut und erfolgreich diese Behandlung am Ende auch durchgeführt wurde, so war für mich das Erlebte in Bezug auf die Begleitumstände, vor allem auch die den Diabetes betreffenden Unzulänglichkeiten, einfach unsäglich und unfassbar. Ich kann nach dieser Erfahrung nur jedem raten, eine Begleitung mitzunehmen, die sich um die notwendigen Bedürfnisse kümmern kann. Alleine ist man in so einem System verloren.

VERLOREN IM
KLINIK-ALLTAG

Emmi Hillmer



Fotos: Udo Staats // ATRPhoto - stockadobe.com

Meine Meinung

Politisches Hütchen-Spiel

In Sachen „Nebendiagnose Diabetes“ schildert Emmi Hillmer in ihrem Erfahrungsbericht Zustände, die wir uns lieber nicht vorstellen mögen. Leider bilden sie die Realität in unserem Gesundheitssystem ab. Zum einen fehlt – vor allem für Diabeteserkrankungen – qualifiziertes Personal, zum anderen darf sich die klinikinterne Diabetesabteilung nicht in das Geschehen auf anderen Stationen „einmischen“, da sie nämlich einer anderen Kostenstelle zugeordnet ist.

Jede Menge heiße Luft

Aber mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und dem Krankenhaustransparenzgesetz brechen ja angeblich bessere Zeiten an. Minister Lauterbach will Geld und medizinische Schwerpunktbereiche neu verteilen. Beides scheint genauso nebulös wie der endlose Buchstabenalat der Gesetzesnamen. Wie transparent ist die Reform denn nun eigentlich? Wer bekommt das Geld wofür genau? Wird eine weitverbreitete Volkserkrankung wie Diabetes nur noch an wenigen Standorten (mit-)behandelt? Wer profitiert davon? Wie es aussieht, sind es jedenfalls nicht die Menschen mit Diabetes. Nicht nur, dass die Landbevölkerung dabei übergangen wird; auch in Ballungsräumen übergeht man notwendige Prozessstrukturen: Terminvergaben werden sich noch mehr in die Länge ziehen, weil weniger Standorte künftig noch mehr Patienten bewältigen müssen. Die Gesetzgeber können leicht Geld verteilen, wenn sie an der

Behandlungs- und Pflegebasis weiterhin sparen. Um Anreize und Strukturen zu schaffen für eine effiziente Personalakquise und -qualifizierung, braucht es eine grundlegende Finanzierung und eine zügige Umsetzung. Dem will sich die Gesundheitspolitik aber offensichtlich nicht stellen.

forderten die Beteiligten Rahmenbedingungen für eine flächendeckende, interdisziplinär strukturierte diabetologische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich. Umgesetzt wurde davon nichts. Politische Entscheidungsprozesse gehen durch viele Instanzen und dauern



Verbrannte Forderungen

Und was ist mit der Versorgungsqualität? Der Politik wurde bereits vor neun Jahren (!) ein Positionspapier vorgelegt, in dem es um brennende Forderungen für die Zukunft der Diabetologie bis 2025 ging und an dem u. a. neben der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und dem Berufsverband der Diabetesberaterinnen (VDBD) auch die Deutsche Diabeteshilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) LV NRW e.V. ambitioniert beteiligt war. Hierin wurden ein Dutzend Forderungen aufgestellt, darunter auch, die Diabetologie als Querschnittsfach zu etablieren sowie den Menschen mit Diabetes in entscheidenden Gremien eine Stimme zu geben. Zudem

viel zu lange; gesundheitspolitische Akteure wechseln; Entscheidungen werden von der Ökonomie bestimmt. Mich beschleicht das Gefühl, einer undurchsichtigen Kombination aus politischem Scrabble- und Hütchen-Spiel beizuwohnen. Traurige Realität ist jedenfalls: Wenn wir Betroffenen uns nicht unbeeindruckt von diesen Entwicklungen gemeinsam stark machen und organisieren, verlieren wir am Ende alle(s).

Ursula Breitbach



Unter dem Motto „Diabetes & Adipositas neu denken“ fand am 15. Mai 2024 das 5. RIN-Symposium im Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ) in Düsseldorf statt.



Diabetes und Adipositas im Fokus

Die beiden Krankheitsbilder standen im Zentrum der insgesamt fünf Vorträge. Vor der Eröffnung durch den RIN-Vorstand und der anschließenden Einführung in die Veranstaltung durch **Prof. Dr. Michael Roden**, Wissenschaftlicher Geschäftsführer und DDZ-Vorstand, bot der „Markt der Möglichkeiten“ den rund 75 Teilnehmenden Gelegenheit zum Austausch und zum Kennenlernen der Akteure und Aktivitäten des Regionalen Innovationsnetzwerks (RIN) Diabetes.



Expertinnen und Experten aus Klinik und Forschung berichteten und diskutierten in den folgenden Vorträgen über aktuelle Forschungsergebnisse und Therapieoptionen. Zuerst berichtete **Dr. Michael Rathmann** vom DDZ darüber, wie sich die Adipositas- und Diabetes-Pandemie entwickelt. Seit 1960, so Rathmann, sei die Diabetes-Prävalenz in Deutschland von 1% auf aktuell mehr als 10% gestiegen. Die Frage sei, ob dieser Anstieg mit der Zunahme von Adipositas in der Bevölkerung erklärbar sei. Fest stehe, dass die ökonomische Entwicklung eng an die Adipositas-Entwicklung gekoppelt sei und eine Änderung der Lebensumstände – ungesunde Ernährung, Inaktivität, Übergewicht und erhöhter TV-Konsum – ei-



Expertise und Austausch: Neben fünf Vorträgen boten sich viele Möglichkeiten zum Netzwerken.



B12 und Vitamin-D-Mängel vor, etwa durch Stress, viel Sport oder Rauchen, die es gelte auszugleichen, am effektivsten durch eine ausreichend hohe Dosis an Nahrungsergänzungsmitteln.

nen Anstieg der Diabetes-Prävalenz zur Folge hätte. Zu bedenken sei aber, dass eine steigende Zahl bekannter Diabetes-Fälle nicht zuletzt mit mehr Screening und besserer Früherkennung in Zusammenhang stehe, etwa durch die Einführung der DMP seit 2003. Rathmanns Ansicht nach sollte der Schwerpunkt künftig auf der Primärprävention liegen, etwa durch Einführung einer Zuckersteuer.

„Back to the roots“, lautete die Forderung von Diabetesberaterin und Ökotrophologin **Susanne Müller** in ihrem Vortrag zu Behandlungsoptionen außerhalb der medikamentösen Therapie. Auch sie fordert die Besteuerung von zuckerhaltigen und ungesunden Lebensmitteln, um den Verzehr von Gemüse zu steigern. Einen Fokus legt sie auf die Zufuhr von Mikronährstoffen. Häufig, sagt sie, lägen Folsäure-, Eisen-,

Über neueste Diabetes- und Adipositas-Medikamente informierte **Prof. Dr. Nanette Schloot** von Lilly Deutschland. Durch Blutzucker- und Gewichtsreduktion sei sogar eine Remission des Typ-2-Diabetes möglich, bemerkte sie. Seit Dezember 2023 ist Tirzepatid (Mounjaro) auch in Europa nicht nur für die T2D-, sondern auch für die Adipositas-Behandlung zugelassen. Der neue Tri-Agonist Retatrutide soll auch die Fettleber behandeln und befindet sich aktuell in Phase-I-Studien; ein weiterer GLP1-Rezeptor-Agonist (Orforglipron) zeigt sich in Studien beinahe ebenso erfolgreich wie Semaglutid (Ozempic). Über den Vortrag von **Prof. Dr. Hans-Jörg Mühlen** zum Hype um diese „Abnehmspritze“ lesen Sie auf den Seiten 6-8.

Julia Rommelfanger

Fotos: Deutsches Diabetes-Zentrum // Jonas I. Haerter

Abwechslungsreiches Programm beim Düsseldorfer Diabetestag

In der Handwerkskammer Düsseldorf gibt es am 31. August thematisch breit gefächerte Vorträge, Erfahrungsberichte, eine Industrie-Ausstellung sowie zahlreiche kostenlose Mitmachaktionen.

Von 09:00 bis 15:30 Uhr informieren Ärzt*innen, Wissenschaftler*innen sowie weitere Diabetes-Expert*innen in mehr als 25 Vorträgen u. a. über die neuesten Forschungsergebnisse, Insulinpumpentherapie, CGM-/FGM-Systeme sowie Begleit- und Folgeerkrankungen bei Diabetes. Des Weiteren werden Themen wie Closed-Loop, Motivation und Akzeptanz von Diabetes-Technologien diskutiert und in einer Diabetes-Sprechstunde können Interessierte selbst Fragen stellen.

Auch für Familien und junge Menschen mit Diabetes bietet der Diabetes-Tag Austausch-

möglichkeiten. In Erfahrungsberichten etwa erzählen Menschen mit Typ-1-Diabetes von persönlichen Erlebnissen und stellen einfache Hilfen für den Alltag vor.

Auf der begleitenden Industrieausstellung präsentieren mehr als 30 Unternehmen, Verbände und Vereine ihre Angebote, Produkte und Dienstleistungen. Im Rahmen des Gesundheitsparcours können die Besucher*innen etwa ihr Reaktionsvermögen testen oder eine Augenhintergrunduntersuchung sowie eine Lauf- und Gangbildanalyse vornehmen lassen.



Weitere Informationen unter www.duesseldorfer-diabetestag.de

Für den Besuch des 22. Düsseldorfer Diabetes-Tages ist keine Anmeldung erforderlich, der Eintritt ist kostenlos und der Zugang barrierefrei.

Eingeladen sind Menschen mit Diabetes, Angehörige, Familien mit ihren betroffenen Kindern und alle, die Fragen zum Thema Diabetes haben.

Der Informationstag wird gemeinsam vom Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), dem

**Düsseldorfer
Diabetes-Tag**
in der Handwerkskammer Düsseldorf

Mehr als
25 Vorträge
und
30 Aussteller

31.8.2024

9:00 bis 15:30 Uhr
Eintritt frei

www.duesseldorfer-diabetestag.de

Handwerkskammer Düsseldorf
Georg-Schulhoff-Platz 1, 40221 Düsseldorf (Bilk)

Regionalen Innovationsnetzwerk (RIN) Diabetes e. V., der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes – (DDH-M) Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. sowie den niedergelassenen Düsseldorfer Diabetologen und der Düsseldorfer Handwerkskammer ausgerichtet. Die Schirmherrschaft übernimmt Dr. Stephan Keller, Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Düsseldorf.

Julia Rommelfanger

DiaCup 2024: An die Tische, fertig, Spiel!

Fotos: Jonas I. Härter // Simon Fabig



Hartmut Diers, Sascha Schworm, Kathi Korn (Borussia Düsseldorf), Dr. Olaf Spörkel, Ivo Rettig und Norbert Kuster beim DiaCup (v.l.n.r.)

Die besten Vereinsspieler:
1. Fabian Weber, 2. Toma Ivanov, 3. Manuel Lahn

Rund 60 Menschen mit Diabetes maßen sich am Wochenende vom 15. und 16. Juni beim DiaCup 2024. Hobbyisten und Vereinsspieler spielten in zwei Gruppen ihre Sieger aus. Zwei Diabetesberaterinnen standen mit Rat und Traubenzucker bereit. Auch Austausch und Netzwerken kamen nicht zu kurz.

**NÄCHSTES
JAHR WIEDER:
SIEHE WWW.
DIACUP.DE**

Gemeinsam gesund kochen

Jeder geht gerne auswärts essen und lässt sich verwöhnen. Das hat aber meistens seinen Preis. Wer in Gemeinschaft kocht, kann mit vereinten Kräften schnell leckere Gerichte auf den Tisch zaubern. Übrigens gehört dieses Handeln zur mediterranen Lebensweise – ganz „nebenbei“ lässt sich dem ein oder anderen beim Kochen im Gespräch das ein oder andere „Geheimnis“ anvertrauen.

FÜR DIE
SCHNELLE KÜCHE:
VORGEGARTER
HARTWEIZEN

Im Sommer sind die Marktangebote vor allem für Gemüse vielfältig. Sommergemüse hat ein sonnenverwöhntes Aroma, ist arm an Energie und reich an Vitaminen und sekundären Pflanzenstoffen; dazu zählen u. a. Ballaststoffe.

Vielfalt auf den Tisch

Um den täglichen Nährstoffbedarf zu decken, ist abwechslungsreiches Essen notwendig. Das Grundrezept „Bulgur-Pfanne mit Tofu und Kichererbsen“ kann nach eigenem Geschmack variiert werden. Auch gekochte oder gedämpfte Getreidekörner können zum Einsatz kommen. Wer mag, wählt Naturreis oder aber Vollkorn- oder Dinkel-Nudeln aus. Vor allem Zwiebeln, Lauch, Frühlingszwiebeln und Paprikaschoten geben Pfannengerichten einen herzhaften Geschmack. Brokkoli- und Blumenkohlröschen sowie Romanesco-Brokkoli verfeinern allerlei Rezepturen. Romanesco-Brokkoli stammt ursprünglich aus der Nähe von Rom, zählt zu den Zartgemüsen und ist oft Tiefkühlgemüse beigegeben.

Auch Spinatblätter können mitgebraten werden. Da Spinat reich an Oxal säure ist, sollten Menschen mit Hyperoxalurie (erhöhter Oxal säuregehalt im Harn) bzw. Oxalat-Nierensteinen auf Spinat verzichten. Allgemein ist sinnvoll, beim Verzehr von Spinat ein Glas Milch zu trinken. Hierbei verbindet sich das Kalzium aus der Milch mit der Oxal säure aus dem Spinat und wird über den Darm ausgeschieden.

Wichtige Inhaltsstoffe erhalten

Gemüse sollte nicht zerkocht oder zu stark erhitzt werden, um Vitamine zu schonen. Werden Gemüse und Kartoffeln in wenig Wasser gekocht, kann die verbleibende Kochbrühe getrunken oder zur Suppen- oder Soßenherstellung verwendet werden. Dünsten ist eine nährstoffschonende Garmethode. Dabei wird das vorbereitete Gemüse in wenig Fett, mit oder ohne Zugabe von Wasser, in einem Topf bei geschlossenem Deckel schonend gegart.

Rohkost, Salat, Nüsse und Körner

In der modernen Küche ist eine große Rezeptvielfalt zu finden. Essige in verschiedenen Geschmacksrichtungen sowie Öle gehören zur Zubereitung von Salatsoßen. Empfehlenswerte Öle sind natives Lein- und Olivenöl, Raps-, Walnuss-, Hanf- und Sojaöl. Balsamico-Creme schaut auf Salaten und Tellerrändern dekorativ aus, enthält jedoch sehr viel Zucker (21 g/100 g). Eine Vollkornbrotstange ist eine gute Ergänzung zu verschiedenen Rohkosten, Salaten und Gemüsecremesuppen.

Wer bei der Bulgur-Pfanne auf Kichererbsen verzichten möchte, kann fettfrei geröstete Mandeln ergänzen. Pinienkerne werden häufig Salaten beigemischt. Ein Kartoffel-Spinat-Auflauf kann mit Pinienkernen bestreut werden. Pinienkerne enthalten sehr viel Fett (60 g/100 g) und sättigen daher in besonderem Maße. Auf Fleisch kann bei derartigen Gerichten verzichtet werden.

Huberta Eder



Fotos: Der Stadtfotograf // kucherav - stockadobe.com



Bulgur-Pfanne mit Tofu und Kichererbsen



Zutaten für 2 Portionen:

- 80 g Bulgur
- 75 g Tofu
- 8 g Olivenöl (1 EL)
- 50 g Zwiebeln
- 100 g Möhren
- 100 g Weißkohl
- 100 g Zucchini
- 100 g Tomaten
- 20 g Olivenöl
- 5 g natriumarme klare Gemüsebrühe
- Kreuzkümmel, gemahlen
- Kardamom, gemahlen
- Piment, gemahlen
- Kurkuma, gemahlen
- 50 g Kichererbsen, Konserve, abgetropft
- 3 g glatte Petersilie



Fotos: MuzzyCo - stock.adobe.com // HN Works - stock.adobe.com (generiert mit KI)

Zubereitung:

Bulgur in kochendem Wasser nach Packungsanleitung quellen lassen. Tofu in Würfel schneiden, in 8 g Olivenöl hell anbraten und aus der Pfanne nehmen.

Gemüse klein schneiden. Restliches Olivenöl in der Pfanne mittelstark erhitzen. Alles Gemüse, bis auf die Tomaten, darin anbraten. Mit der klaren natriumarmen Gemüsebrühe und den Gewürzen abschmecken. 8–10 Minuten bei geschlossenem Deckel schmoren.

Zum Schluss Tomaten, Kichererbsen und Tofu unter das Gemüse mischen. Alles zusammen erhitzen. Petersilie hacken und über das Gericht streuen.

Tipp:

Bulgur ist in relativ kurzer Zeit gar. Sie können jedoch auch ganze Getreidekörner zur Zubereitung der Gemüsepfanne auswählen.

Glatte Petersilie unterscheidet sich im Geschmack von krauser Petersilie.

Nährwerte für 1 Portion: 420/1.740 kcal/kJ | 16 g Eiweiß | 18 g Fett | 40 g Kohlenhydrate | 4,6/5,6 BE/KE | 10 g Ballaststoffe | 0 mg Cholesterin | 0,5 g Kochsalz | 160 mg Kalzium

Tomaten-Drink mit Basilikum

Zutaten für 1 Portion:

- 200 g Tomatensaft, ungesalzen
- 10 g Zitronensaft
- 10 g Basilikumblättchen, gezupft
- Schwarzer Pfeffer, frisch gemahlen
- Wenig Tabasco
- 2 g Worcestersauce
- Wasser-Eiswürfel nach Bedarf



Zubereitung:

Alle Zutaten mit dem Pürierstab mixen und in ein Longdrinkglas füllen. Eiswürfel ergänzen und servieren.

Tipp:

Der Drink schmeckt auch mit Staudensellerie. Wer mag, rührt in den Tomaten-Drink 1 EL Haferkleie.



Nährwerte für 1 Portion: 45/1.840 kcal/kJ | 2 g Eiweiß | 0 g Fett | 7 g Kohlenhydrate | 0,1/0,1 BE/KE | 1 g Ballaststoffe | 0 mg Cholesterin | 1,3 g Kochsalz | 70 mg Kalzium

URLAUB MIT
DIABETES IST
NICHT URLAUB
VOM DIABETES ...



Urlaubspost

Lieber Diabetes,
viele Grüße aus den Sommerferien. Ich erhole mich, das Wetter ist schön und das Essen gut. Ich denke oft an Dich. Ohne Dich wäre es sogar noch viel entspannter, aber dummerweise hast Du Dich wieder einmal nicht abhängen lassen.
Bitte nimm einfach auch einmal Urlaub und hör auf, ständig rumzuzicken! Denn dann könnten wir beide einen schönen Sommer verbringen.

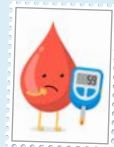
Viele sonnige Grüße, Deine Beate



An meinen
Diabetes

Liebe Beate,
ich freue mich, dass Du Deinen Urlaub genießt, Du hast ihn Dir wirklich verdient. Ich weiß selbst, dass ich manchmal unausstehlich bin, aber ich mache das bestimmt nicht mit Absicht. Hast du denn auch mal an mich gedacht?! Was soll ich denn tun, wenn Du mich mit Eisbechern bombardierst? Die Bauchspeicheldrüse beschwert sich auch schon ständig bei mir. Also lass es Dir gut gehen und pass auf Deine Gesundheit auf. Ich lege mich jetzt wieder in die Sonne und entspanne mich.

Wir sehen uns dann beim Abendessen!
Dein treuer Diabetes



An
Beate

Beate Lyrmann

TIPPS NEWS



Online-Beratung zum Freestyle Libre 3

Für Nutzer des Freestyle-Libre-3-Sensors veranstaltet die Firma Abbot regelmäßig kostenlose Online-Anwender-Beratungsstunden mit der Möglichkeit, mit Experten des Herstellers direkt ins Gespräch zu kommen. Interessant ist die Sensorschulung erstens für neue Nutzer, zweitens aber auch für erfahrene Menschen mit Diabetes, die spezielle Fragen haben zum Sensor, zur App oder anderen Belangen

rund um die Nutzung des Freestyle Libre 3. Die Teilnahme an der Beratungsstunde ist kostenfrei und erfordert lediglich ein online-fähiges Endgerät wie Tablet, PC, Laptop oder Smartphone.



Anmelden können sich Interessierte unter Angabe des Wunschtermins per E-Mail an: nrw@ddh-m.de.

Termine:
Mittwoch, 11.9. ab 18 Uhr
Mittwoch, 9.10. ab 17 Uhr

Den Anmeldelink erhalten die Teilnehmenden per E-Mail.

Fotos: John Smith / validis torms - fotoila // Abbott // o.a. / warmworld / Adobe Contributor (generiert mit KI) / Azat Valeev / Tupungato - stockadobe.com