

DIABETIKA

Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

DDG Diabetes Herbsttagung 2024 in Hannover

Der Mensch im Mittelpunkt

Unter vielen Aspekten wurden verschiedene Krankheitsbilder, und dabei besonders der Mensch mit Diabetes, in den Blickpunkt genommen. Dies stand auch im Gegensatz zur Politik, die gerade in vielen Reformprozessen im Gesundheitswesen nicht wirklich an die Menschen mit Diabetes (inklusive Prävention) denkt. Der folgende Beitrag beleuchtet hierzu vier Themen: Versorgungsmöglichkeiten heute und in der Zukunft, Heilung von Diabetes und der mobile Mensch mit Diabetes.

Chancen durch Diabetes-Units

Die Mittagungspräsidentin **Dr. Dorothea Reichert**, Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologin DDG, führte in der

Pressekonferenz aus, dass bei der steigenden Zahl von Menschen mit Diabetes in Deutschland auch immer mehr der Patienten in den Krankenhäusern zu dieser Gruppe zählen. Im Jahr 2023 waren es 18% (0,5% mit Typ 1 und 17% mit Typ 2, meist als Nebendiagnose), was ca. 3 Millionen



Menschen pro Jahr bedeutet. Dazu kommt, dass im November 2024 nur jede 5. Klinik über eine ausreichende diabetologische Expertise verfügte. Dies bedarf eines Schulterschlusses zwischen der ambulanten und klinischen Versorgung, den sogenannten Diabetes-Units. Dabei stehen sektorübergreifend diabetologische Fachärzte für Fragen bezüglich Diabetes zur Verfügung. Dies kann sowohl die letzte Entscheidung bei einer



INHALT

- 1 **Titelthema:** DDG Herbsttagung 2024
- 5 **Diabetes und Sport:** Sport mal anders: Latin Dance beim Sportwochenende
- 8 **Events:** Meilensteine Diabetologie | Diabetestag Berlin | Community Abend | Diabetes Dinner | H2O-Projekt
- 11 **Medizin:** Qualitätszirkel Psychodiabetologie zu Folgeerkrankungen
- 12 **NRW:** OTC-Gipfel Apothekerverband Nordrhein
- 14 **Lecker!:** Frische Kräuter | Italienische Reissuppe | Fenchelrohkost
- 16 **Punktum:** Glukosewerte für alle!

► Fortsetzung auf S. 2

DIABETIKA

Amputation wegen eines diabetischen Fußsyndroms oder den Ausfall einer Insulinpumpe nach einem Verkehrsunfall betreffen. Die DDG fordert diese Diabetes-Units für alle Einrichtungen, die Menschen mit Diabetes behandeln. Diese müssten aber finanziell abgesichert und dauerhaft im Rahmen der neu zu schaffenden Versorgungspauschalen etabliert werden, insbesondere angesichts des Ärztemangels in allen Bereichen. Aktuell ist mit einer solchen Unit kein Geld zu verdienen. Beide Seiten bilden zurzeit solche Kooperationen, weil sie vom Nutzen der Zusammenarbeit überzeugt sind. Es zeigt sich, dass die Mortalität speziell bei Menschen mit Typ 1 bei Krankenhausaufenthalten sinkt und eine geringere Liegedauer mit weniger Komplikationen erreicht werden kann.

Heilung von Typ-1-Diabetes?

Prof. Dr. Barbara Ludwig, Leiterin der Abteilung klinische Inseltransplantation an der Technischen Universität Dresden, definierte bei ihrem Vortrag die Heilung des Typ-1-Diabetes als funktionelle Wiederherstellung der endogenen und selbstregulierenden Insulinsekretion. In der technischen Version ist dies auch der Einsatz von AID-Systemen, wo aber noch die bihormonale Bremsfunktion (Insulin und Glukagon) der Regelung fehlt. Dies gilt für Insulinpumpen sowie Smartpens mit Sensoranbindung. Dazu kommen die in der Entwicklung befindlichen Insuline, die mithilfe einer chemischen Modifikation des Insulins oder Nanopar-



Teilnehmerandrang vor der Hannover-Messe

tikeln auf Blutzuckerschwankungen erst im Körper nach der Injektion reagieren. Die Funktion regelt sich über Hydrogene, die durch Schrumpfen und Ausdehnung auf den Blutzucker reagieren und damit die Abgabe regeln. Die nächste Möglichkeit der Heilung ist die Pankreastransplantation, die aber mit Immunsuppression verknüpft ist und oft nur bei gleichzeitigem Nierenersatz angewendet wird. Hohe Erfolgschancen hat aktuell die Transplantation per Injektion von Inselzellen. Dadurch liegt nicht nur die eigene Insulinproduktion vor, sondern auch die Gegenregulation funktioniert eigenständig. Da ein Mangel an Organspenden vorliegt, wird in neuartigen Zelltherapien versucht, das Wenige effektiver zu nutzen, etwa durch Injektion von Inselklustern, die aus wenigen Zellen der Spenden generiert werden, in die Leber von Menschen mit Diabetes. In den ersten Versuchen zeigt sich, dass nach ca. 200 Tagen die ersten C-Peptid-Reaktionen erfolgen und sich der Blutzucker normalisiert. Die Herausforderung ist aktuell noch, die Zellen der Inselcluster so zu modifizieren, dass sie nicht vom Immunsystem des Empfängers erkannt und zerstört werden. Diese sehr komplexe Immunprotektion ist

noch in der Prästudie und versucht, die Verkapslung der Zellen in Makroschutzzellkörpern zu nutzen.

Remission bei Typ-2-Diabetes

Zuerst stellte **Prof. Dr. Reiner Jumpertz von Schwartzberg**, Klinische Metabolismus- und Adipositasforschung am Universitätsklinikum Tübingen, fest, dass Remission bei Typ-2-Diabetes keine Heilung darstellt. Remission ist definiert durch einen Langzeitwert (HbA_{1c}-Wert) unter 6,5% ohne Medikamenteneinsatz über mehr als drei Monate. Studien zeigen, dass bei 15% Körpergewichtsverlust oder mehr zu 50% eine Remission erreicht werden kann (auch bei Menschen mit Prädiabetes). Leider ist diese über längere Zeit wieder rückläufig (nach fünf Jahren Rückgang bei 13% der Betroffenen). Auch die metabolische Chirurgie bietet die Möglichkeit, in die Remission zu gelangen; dies sogar zu 70–90%, die auf Dauer jedoch auch nachlässt. Die metabolische Chirurgie kann auch das kardiovaskuläre Risiko senken, jedoch nicht alle Folgeerkrankungen verhindern. Ob Gewichtsreduktion zur Remission führt, hängt zudem mit der Abnahme des viszeralen Fettgewebes zusammen. Es ist wichtig, trotz Remission in einer dauerhaften Nachkontrolle zu bleiben, da der Remissionserfolg immer rückläufig ist.



Ein starkes Team am Stand des DDH-M LV NRW



Die Tagungspräsidenten bei der Eröffnung

Diabetes-Versorgung: Zukunftswünsche

Dr. Christine Berndt-Zipfel, Diabetologin und Mensch mit Typ-1-Diabetes, formulierte ihre Wünsche für die Versorgung für Menschen mit Diabetes, damit diese eine gute Zukunft haben: weiterhin Forschung in alle Richtung, ohne mit Geld zu knapsen; Insuline und Sensoren immer weiter verbessern; alle Medikamente,



Besucher am
Dexcom-Stand



Norbert Kuster am Stand
des Süßstoff Verbands



EDITORIAL

Abtanzen!

Neues Jahr, neues Glück – das kann auch heißen, sich neue Grenzen setzen und den Horizont erweitern. Für viele von Ihnen steht der Sport bestimmt ganz oben auf der Liste der Neujahrsvorsätze. Doch wie schaffen wir es, dass aus guten Absichten auch nachhaltige Gewohnheiten werden? Vielleicht, indem wir ein bisschen anders denken und Sport nicht als lästiges Übel, sondern als Spaßfaktor sehen. Und Bewegung nicht „nur“ mit Walken, Schwimmen oder Radfahren gleichsetzen. Tanzen zum Beispiel ist eine wunderbare Art aktiv zu sein – und gleichzeitig so viel mehr: Rhythmik spüren, karibisches Flair erleben und gemeinsam austoben, wie unsere Redakteurin Beate Lyrmann beim Sportwochenende in Hennef selbst erfahren hat. Über die Faszination des Tanzens hat sie mit der Workshop-Leiterin Angela Dittrich-Orozco gesprochen (ab S. 5). Über eine andere Art der Bewegung, nämlich über das, was sich in der Forschung rund um den Diabetes tut, berichten Sabine Härter und Susanne Thiemann von der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). In spannenden Vorträgen und Workshops ging es nicht nur um neue Therapien, sondern auch um eine mögliche Remission oder sogar Heilung für Menschen mit Diabetes. Lesen Sie mehr in unserer Titelstory zum Kongressgeschehen. Ich wünsche Ihnen ein dynamisches und erfülltes Jahr 2025 – voller Energie, Entschlossenheit und Bewegung!

*Ihre Chefredakteurin,
Julia Rommelfanger*

insbesondere Insuline, sollen verfügbar sein oder verfügbar werden. Benutzerfreundliche Geräte für alle Menschen mit Diabetes, auch diejenigen mit Behinderungen, sollen zum Standard werden. Die Vision sei ein Gerät für alles, sowohl Blutzucker, als auch Insulinabgabe, Ketonbestimmung und integrierte DiGas. Für das tägliche Leben mit Diabetes sei einfache Kooperation in den Kitas und Inklusion in allen Bereichen von Schule über Beruf bis Altenheim wünschenswert; kein Kampf bei Krankenkassen um Sensoren oder Pumpen bei medizinischer Notwendigkeit sowie bessere Versorgung von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus oder Altenheim. Diabeteslehre für Ärzte und Behandelnde soll vorangebracht und mehr Zeit für Patienten mit Diabetes inklusive vernünftiger Bezahlung der Diabetesbehandlung in den Behandlungspauschalen festgelegt werden. Ein Diabetes-Screening sollte auch für Typ-1-Diabetes, z. B. durch Neugeborenen-Screening, etabliert werden.

Mobilität mit Diabetes



Basierend auf der aktualisierten S2e-Leitlinie Diabetes & Straßenverkehr wurden

Aspekte für Menschen mit Diabetes im Straßenverkehr beleuchtet. Verglichen mit anderen europäischen Ländern besteht in Deutschland noch ein hohes Sicherheitsbedürfnis, das zudem auf alten Vorstellungen von Menschen mit Typ-1-Diabetes basiert (insbeson-

dere bei Werks- und Arbeitsärzten); in Fachkreisen als „German Angst“ betitelt. Auch Kompensationsmöglichkeiten für Einschränkungen durch den Diabetes, wie technische Hilfsmittel, finden oft keine Beachtung. Die aktualisierte S2e-Leitlinie postuliert (auch als Impuls zu den alten Vorgaben), dass aufgrund von Diabetes allein die Fahrerlaubnis weder eingeschränkt noch verweigert werden darf. Grundlage für die Befähigung zur Teilnahme am Straßenverkehr sei für jeden Menschen mit Diabetes eine individuelle Aufklärung zum Verhalten im Straßenverkehr. Dies gelte nicht nur für das Führen von Pkw und Lkw, sondern auch von Fahrrädern, E-Bikes oder E-Scootern sowie als Fußgänger. Das bedeutet, dass vor Fahrtantritt und während der Fahrt laufend selbstreflektierend zu prüfen ist, ob man situations- und zeitbezogen über eine hinreichende Fahr-sicherheit verfügt. Die Verkehrssicherheit basiert auf der Kenntnis der diabetesspezifischen Risiken (Insulin – Hypo – Unfall) und der eigenen Risiken (Insulin- bzw. Medikamententherapie). Die eigene Einschätzung der generellen und momentanen Sicherheit soll fundiert vorhanden sein (Bewegung, aktueller Glukosewert und -entwicklung). Dies gilt auch für das Wissen über geeignete Maßnahmen zur Senkung des Unfallrisikos. Dieses steigt nicht nur bei Unterzuckerung, die mit Reaktionsverlangsamung und Konzentra-

**VERKEHRSTEIL-
NAHME NUR
UNTER RISIKO-
EINSCHÄTZUNG**

tionsschwäche gekoppelt ist. Auch bei lang anhaltender Überzuckerung können Schwäche, Übelkeit und Übermüdung eintreten. Folgeerkrankungen, die Sehstörungen oder Beeinträchtigungen der motorischen Funktion betreffen, sowie Begleiterkrankungen wie z. B. Bluthochdruck, mindern die Fahrtauglichkeit. Bei Therapieumstellungen oder starken Blutzuckerschwankungen ist die Fahrtauglichkeit stark eingeschränkt. Wesentliche Grundlage für die Fahreignung ist somit das Verantwortungsbewusstsein des Menschen mit Diabetes. Basierend auf Studien mit CGM-Auswertung liegt der günstigste Ausgangswert beim Autofahren nicht unter 90 mg/dl (5,0 mmol/l) Glukose. Die CGM-Systeme erleichtern auch während der Fahrt die Einschätzung der aktuellen Fahrfähigkeit und das frühzeitige Einleiten von Gegenmaßnahmen. Es ist oft hilfreich, die Alarmgrenzen ggf. etwas hochzustellen. Es sollten zudem mindestens 2 BE/KE an schnell wirkenden Kohlenhydraten griffbereit liegen, und bei Einsatz dieser KH sollte solange eine Pause, ggf. am Randstreifen, eingehalten werden, bis der Trendpfeil des CGM zumindest auf waagrecht steht.

Verkehrsmedizinisches Gutachten

Friedrich Wilhelm Petry, Diabetologe aus Wetzlar, wies bei seinem Vortrag zu

Follow-up-Workshop von Novo Nordisk „Patientenpräferenzen in der Zweitlinientherapie des Typ-2-Diabetes“

Auf dem DDG-Frühjahrskongress im Mai in Berlin hatte **Prof. Dr. Axel Mühlbacher** eine Studie zu Entscheidungen von PatientInnen mit Typ-2-Diabetes, bei denen wegen erfolgloser Ersttherapie eine sogenannte Zweitlinientherapie erfolgen soll, vorgestellt. Bei dem Folge(Follow-up)-Workshop in Hannover gab es die Gelegenheit, näher auf den Teilbereich „Stellenwert von Nebenwirkungen bei der Therapieentscheidung“ zu schauen. Nebenwirkungen wie Übelkeit und Gewichtszunahme führen laut Studienergebnissen zu einer stärkeren Therapieablehnung als das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall. In der Diskussionsrunde des Workshops wurde vermutet, dass Nebenwirkungen, die direkt auftreten können, präsenter sind und bei schwerwiegenden Nebenwirkungen eher eine Verdrängung nach dem Prinzip „das wird mich nicht betreffen“ einsetzt. Die Fortsetzung des Workshops zeigte, wie wichtig die Rückkoppelung mit uns Aktiven aus der Diabetes-Selbsthilfe ist. Prof. Mühlbacher bedankte sich für den regen Austausch und die Impulse. Das gemeinsame Fazit lautet: Die Sicht der PatientInnen auf die Therapiewahl bedarf mehr Aufmerksamkeit. Auch bei der Bewertung neuer Medikamente muss die PatientInnensicht angemessen berücksichtigt werden.

Susanne Thiemann

MINDESTBLUTZUCKER BEI FAHRTANTRITT

verkehrsmedizinischen Gutachten darauf hin, dass sowohl beim Führerscheinerwerb als auch bei einem Unfall keine Pflicht bestehe, den Diabetes ungefragt anzugeben (bei Nachfragen ist aber die Wahrheitspflicht zu beachten). Bei einer Feststellung des Diabetes führt dies zur Meldung an die Führerscheinstelle, die eine Fahrtauglichkeitsbegutachtung anfordern kann. Mögliche Auflagen können regelmäßige Blutzuckermessungen, Fahrtenbuchführung, Fahrstreckenbegrenzung oder gar der Führerscheinentzug sein. Wird ein verkehrsmedizinisches Gutachten verlangt, sollte die Ausstellung durch einen Arzt

erfolgen, der sowohl diabetologisch als auch verkehrsmedizinisch ausgebildet ist. Auf der DDG-Seite finden solche Ärzte. Ein Gutachten erfolgt immer anlassbezogen und nur unter konkreter Fragestellung. Dabei wägt der Gutachter die Bedürfnisse des Menschen mit Diabetes zur Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr und das Interesse der Allgemeinheit an der öffentlichen Sicherheit ab. Es wird durch den Gutachter sorgfältig vorbereitet. Er beurteilt objektiv Befunde, die durch den Menschen mit Diabetes zur Verfügung gestellt wurden. Er berücksichtigt auch kompensatorische Faktoren wie CGM oder AID. Es erfolgt eine individuelle Beurteilung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, die im Gutachten erwähnt werden müssen. Es darf nur die konkrete Fragestellung im Gutachten beantwortet werden. Es folgt eine klare Stellungnahme inklusive möglicher Auflagen, wie Therapiemodifikationen und Kriterien für eine Neubegutachtung.

Sabine Härter



Fotos: Jonas Härter, DDG/Deckbar



Stände der Gruppen mit DDG-Beteiligung



Darf Reha-Sport Spaß machen?

Angela Dittrich-Orozco heizt mit ihrem lateinamerikanischen Temperament und karibischen Rhythmen wie Merengue, Bachata, Salsa, Cumbia oder sogar Reggaeton den Teilnehmenden ein, nicht nur in Tanzkursen, sondern auch beim Internationalen Gymnastik Festival Blume auf Gran Canaria und in ihren Rehasportgruppen.

„RHYTHMUS VON KOPF BIS FUSS BEWEGT MUSKELN, DIE VORHER LANGE JAHRE UNBEKANNT WAREN. WUNDERBARE HERAUSFORDERUNG!“

Auch beim Sportwochenende für Menschen mit Typ-1-Diabetes der AG Diabetes, Sport und Bewegung der DDG in Hennef haben Ballettmäuse und Tanzbären die Gelegenheit, sich nach Herzenslust auszutoben, bereitwillig ergriffen. Wir haben Angela zum Interview eingeladen und wollten mehr über die Möglichkeiten des Tanzens im Rehasport erfahren.

Ich freue mich, dass du unseren Lesern Einblicke in deine Arbeit geben möchtest. Aber zunächst einmal: Was bedeutet Tanzen für dich persönlich?

Als Kolumbianerin hat Tanzen viel mit meinem Leben, meiner Identität zu tun: Ich bin mit Musik und Tanzen groß geworden. Unabhängig von der Herkunft glaube ich, dass jeder Mensch Rhyth-

mus hat: Das Herz hat einen Rhythmus, der Atem hat einen Rhythmus, wie wir sprechen oder uns bewegen. Kolumbien hat viele Rhythmen und es wird viel getanzt. Es ist ein Teil unseres Lebens, in der Familie, in der Schule, unter Freunden.

Tanzen ist eine Ausdrucksform, tanzen wir also für andere? Oder für uns selbst?

Jede Zivilisation hat Tänze. In unserer Kultur spielt das eine wichtige Rolle. In meiner Jugendzeit war es für einen jungen Mann sozusagen überlebens-



Mitreißende Rhythmen

Fotos: Achim Schäfer

wichtig, tanzen zu können, um ein Mädchen zu erobern. Die besten Tänzer hatten die besten Chancen. Aber auf der anderen Seite tanzen wir auch für uns, wir drücken Gefühle im Tanz aus. Fühle die Musik, fühle deinen Körper, es ist ein Spiel mit dem eigenen Körper, mit den Gefühlen. Dann kommt die Musik dazu, und wenn wir uns erlauben, sie in uns wirken zu lassen, dann ist alles einfacher, weil der Kopf ausgeschaltet ist. Neue Teilnehmer sagen oft: „Deutsche können diese Rhythmen nicht tanzen, Deutsche sind steif, sie haben kein Rhythmusgefühl“, also die ganzen typischen Glaubenssätze. Aber eigentlich darf ich mich von der Musik verführen lassen und mir erlauben, meinen Körper zu spüren, jenseits von richtig oder falsch, von schön oder hässlich. Deswegen glaube ich, in erster Linie sollten wir für uns selbst tanzen.

Du leitest Reha-Sportgruppen. Wird bei dir da auch getanzt?

Ich arbeite mit sehr heterogenen Reha-Gruppen, dazu in meinen Tanzgruppen mit Leuten, die noch ziemlich fit sind, Teilnehmende im Alter von 20 bis über 85 Jahren.

Es geht nicht um Gesellschaftstanz, jeder tanzt für sich alleine. Welche Musik nimmst du?

Ich nehme verschiedene Rhythmen: Disco, langsamere Latino-Titel, Karne-

valsmusik, aber am liebsten karibische Musik, Merengue, Salsa, Bachata & Co. Und dann geht es mit einer ganz einfachen Bewegung los, mit der Verlagerung des Körpergewichts. Das Taktgefühl wahrnehmen, den Körper spüren, mit ihm spielen, das ist der Ausgangspunkt.

„TANZEN HÄLT JUNG, DAS SIEHT MAN AN ANGELA!“

Lassen sich die Teilnehmenden immer darauf ein?

In meinen Reha-Kursen, zum Beispiel im Herzsport, kommen Teilnehmende zu einer Schnupperstunde und fragen sich zuerst: „Was ist denn hier los?“ Alle tanzen und alle haben Freude! Und dann machen sie mit und in der Regel bleiben sie dabei, denn sie merken, dass es nicht so schwierig ist. Meine Aufgabe ist es, jede einzelne Person, die vor mir steht, davon zu überzeugen, dass sie es kann, dass sie das schafft. Das Vertrauen, das ich in meinen Körper habe, will ich jenseits von richtig oder falsch auf die Leute projizieren. Und das funktioniert, das ist ein sehr interessantes Phänomen: Der Funke springt über und die Leute machen einfach mit.

Und das „normale“ Reha-Sportprogramm?

Natürlich tanzen wir nicht nur, sondern überwiegend zum Aufwärmen und im Ausdaueranteil. Wir ma-

Zur Person: Angela Dittrich-Orozco

hat kolumbianische Wurzeln. Ihre Universitätsausbildung hat sie an der Politécnico Colombiano in Medellín und an der Deutschen Sporthochschule Köln absolviert. Sie gibt neben Reha-Kursen für Patienten mit Herz-, Lungen- und orthopädischen Erkrankungen in Bonn Tanzunterricht und arbeitet im Fitnessbereich.



chen zusätzlich auch andere Sportaktivitäten, die zum Rehasport gehören. Aber im Tanz kommen Ausdauer, Koordination, Gleichgewicht, Reaktionsvermögen, auch Kraft, vor allem Entspannung, Freude an der Bewegung und Lebensfreude zusammen. Die Leute können das in den Alltag mitnehmen.

„BEWEGUNG ZU MUSIK MACHT MIR DEN KOPF FREI.“

Wie schaffst du den Spagat zwischen körperlicher Einschränkung und dem Mut zur Bewegung?

In der Herzsportgruppe zum Beispiel haben viele Teilnehmende auch Begleiterkrankungen. Aber im zweiten Schritt sollen sie lernen, damit umzugehen. Sie tanzen und sie können noch viel machen, aber sie haben auch Einschränkungen. Und diese Einschränkungen sind von den Übungsleitern zu beachten. Als Sportlehrerin habe ich einen sicheren Rahmen für die Teilnehmenden, bestimmte didaktische und pädagogische Prinzipien, die wir im Studium lernen und dann in der Praxis anwenden können. Es gibt eine breite Palette im Rehasport, aber das Tanzen ist etwas anderes. Für mich ist es ein Pluspunkt, den ich in meinem Repertoire habe.

„ANGELA BRINGT UNBEWEGLICHE FUSSBALLERBEINE (FAST) RHYTHMISCH IN BEWEGUNG.“



Musik, Lebensfreude und Gemeinschaftsgefühl



Die Leute lassen ihre Sorgen und ihre Gedanken zu Hause und kommen mit einem breiten Lächeln im Gesicht, entspannt und mit einer guten Dosis Dopamin zurück.

Mit welchen Vorstellungen kommen die Teilnehmenden zu dir und zum Reha-Sport?

Der Arzt hat den Patienten zum Reha-Sport geschickt, weil es für seine Gesundheit wichtig ist. Zunächst entstehen belastende Vorstellungen und die Angst, dass es ohne Reha-Sport schlimmer wird. Diese negative Ausgangsbasis sollte sich aber verwandeln. Ich will, dass die Leute zu mir kommen, weil es so viel Spaß macht, weil sie Freude haben, weil sie auf Gleichgesinnte treffen, weil es ihnen guttut. Es ist gut für die Gesundheit und macht Spaß – eine Medizin ganz ohne Nebenwirkungen. Denn sie sind nicht nur krank, sie haben auch eigene Ressourcen, die sie nutzen können. Und wenn sie feststellen, „wow, ich kann mich besser bewegen und es tut mir gut, ja, ich kann tanzen“, dann entsteht über diesen Aha-Effekt Motivation.

Also darf Reha-Sport Spaß machen?
Aber natürlich, ich finde, Spaß ist der größte Motivationsfaktor!

Kann denn jeder mitmachen?

Unbedingt! Reha-Sport ist für uns Übungsleiter eine große Herausforderung. Wir brauchen Kreativität, Geduld, Zuwendung, um die Betroffenen am besten zu unterstützen. Und Tanzen bietet eine Menge Möglichkeiten; man kann das Tempo reduzieren, Stützmittel einbauen und so weiter. Ein „Geht-

Nicht“ gibts nicht, es findet sich immer eine Lösung. Wir gehen im Reha-Sport nie über die Grenzen, aber wir können schon bis an die Grenzen gehen.

Machen die Leute auch zu Hause Sport?

Na ja, ich gebe immer „Hausaufgaben“ auf, weil ich denke, einmal in der Woche trainieren ist zu wenig. Manch einer schwingt vielleicht einmal am Tag für fünf Minuten die Hüften im Wohnzimmer, aber es ist in jedem Fall schön zu sehen, wenn sie anfangen, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen.

Wie gelingt es mir, eine Portion Tanzen in meinen Alltag einzubauen?

Heutzutage gibt es über Internet und YouTube so viele Alternativen, mit denen die Leute in Bewegung kommen können (Suchworte zum Beispiel „Latin Dance, Workout, Anfänger“). Aber es ist ganz wichtig, dass jeder bei sich

selber bleibt, die eigenen Möglichkeiten, aber auch die eigenen Einschränkungen erkennt. Die Atemfrequenz ist etwas ganz Einfaches. Wenn ich außer Atem komme und vielleicht schon etwas mit der Lunge oder dem Herzen habe, dann muss mir klar sein, dass ich zu weit gehe. Wir schenken dem Atem sehr wenig Aufmerksamkeit, und auch gesunde Menschen im Fitnessstudio atmen oft falsch, zu flach und zu viel. Die richtige Atemtechnik zu lernen ist unheimlich wichtig. Denn wenn ich trainiere, braucht mein Körper Sauerstoff. Das Leben ist ein Geschenk und unsere Gesundheit können wir wunderbar mit Bewegung unterstützen.

Vielen Dank, Angela, für diese wunderbare Inspiration!

Das Interview führte Beate Lyrmann.

Hier gelangen Sie zum kompletten Interview:



Unter www.youtube.com/@angela-dittrich-orooco5106 finden Sie Angelas Video zum Training der Atemtechnik.

H2O-Projekt

Los gings am Montag, 4. November. An diesem Tag lud die Charité Berlin zusammen mit dem Europäischen Parlament zu einem Workshop mit dem Titel „H2O“ nach Berlin ein. Zwölf Teilnehmende waren ausgewählt worden, an diesem Projekt mitzuarbeiten. **Dr. Alizé Rogge** von der Charité gab den Teilnehmenden zunächst einen Überblick darüber, was das Projekt beinhalten soll und wofür es gedacht ist. H2O ist eine geplante App zur besseren Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen innerhalb der EU. Sowohl Betroffene als auch Ärzte und Krankenhäuser sollen die App mit Daten füllen, welche dann professionell ausgewertet werden. Die Daten sollen

helfen, innerhalb der EU eine bessere und vor allen Dingen gezieltere Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu gewährleisten.

NEUE APP SOLL
VERSORGUNG
VERBESSERN

So gibt es für die Betroffenen einen Fragenkatalog zu ihrer jeweiligen Erkrankung und die Möglichkeit, eigene Anmerkungen einzufügen. Natürlich war allen Beteiligten sofort klar, dass diese App eine genaue Planung benötigt und die Inhalte zielgerecht auf die jeweiligen Gruppierungen zugeschnitten sein müssen. Alle Beteiligten sollten den Mehrwert einer solchen App verstehen können, um sie auch nutzen zu wollen.

Aus dem Bereich Diabetes waren Andreas Wartha, im Auftrag von diabetesDE, sowie ich selbst als Landesvorsitzender vor Ort. Hier wurde noch einmal unterstrichen, dass die Selbsthilfe bei dieser App eine wichtige Rolle einnimmt. Im nächsten Schritt wollen sich die Teilnehmenden die Fragenkataloge ansehen und bewerten, um eventuelle Streichungen oder Ergänzungen vorzunehmen. Der Landesverband wird seine Mitglieder über den Verlauf des Projektes regelmäßig informieren und die App bei Fertigstellung auch vorstellen.

Diabetes-Szene trifft sich in Berlin

Im November fanden in der Hauptstadt zahlreiche Veranstaltungen rund um die Stoffwechselerkrankung statt, bei denen die wichtigsten Player – Ärzte, Patienten, Vertreter der Selbsthilfe, Pharmafirmen und andere Akteure – zusammentrafen. **Norbert Kuster** hat sie für den DDH-M Landesverband NRW besucht und berichtet über die wichtigsten Highlights.

Diabetes Dinner: „Das perfekte Diabetes-Menü“

Auf Einladung der Firma Dexcom nahm ich tags darauf, am 5. November also, an der Veranstaltung „Das perfekte Diabetes Dinner“ in der Kochbar in Berlin teil. Der Abend diente dazu, mit Politikern, Krankenkassenvertretern und Betroffenen ins Gespräch über das vielfältige Thema Diabetes zu kommen.

Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, gab zunächst einen Überblick über die Vorteile und bislang veröffentlichte Studien zum

Thema CGM-Versorgung und stellte noch einmal klar in den Vordergrund, dass Patienten und Patientinnen „mitgenommen“ werden müssen und man ihnen aufmerksam zuhören sollte, damit das CGM für sie gut klappt.

Kristina Domann, selbst Diabetes-Typ-2-Betroffene, gab einen umfangreichen Einblick in ihr privates Leben mit dem Diabetes. Es hat mir persönlich sehr imponiert, wie offen sie den Anwesenden Einblick in ihr Leben gab und sogar bereit war, ihre CGM-Werte von Dr. Jens Kröger kommentieren zu lassen.

Hogne-Holm Heyder, Büroleiter der gesetzlichen Krankenkasse KKH in Berlin, gab uns einen Überblick darüber,



Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE

Diabetes-Community-Abend



Kennenlernen und Netzwerken
in der Fabrik 23

Auf Einladung von diabetes.de, zusammen mit dem MedTriX-Verlag, kamen am Samstag, 9. November, viele Akteure aus der Diabetes-Community in die Berliner Fabrik 23. Haupt-Programmpunkt an dem Abend war Netzwerken. So hatten die Teilnehmenden in ungezwungener Atmosphäre die Möglichkeit, sich untereinander kennenzulernen und rund um das Thema Diabetes auszutauschen. Der Landesverband hat diesen Abend unter anderem dazu genutzt, neue Akteure für seine geplanten Projekte zu gewinnen.

Dieser Abend hat einmal mehr gezeigt, wie breit die Diabetes-Community inzwischen aufgestellt ist. So waren an diesem Abend sowohl Influencer, Einzelkämpfer, Vertreter der Selbsthilfe, Vertreter von Pharmafirmen und MedTriX als Verlag im Gesundheitswesen anwesend.



Norbert Kuster
mit Katrin Bahr

„Meilensteine der modernen Diabetologie“

warum die KKH den Zugang zum CGM auch für Patienten und Patientinnen mit einer BOT (basal unterstützte orale Therapie) geöffnet hat. Diesem Beispiel sollten alle Kassen folgen und im nächsten Schritt noch mehr Gruppen miteinbeziehen.

Die anwesenden Abgeordneten bekamen an diesem Abend einen tiefen Einblick in das Leben mit einem Typ-2-Diabetes und lernten viel darüber, wie die Erkrankung mithilfe eines CGM besser in den Griff zu bekommen ist.

Mein besonderer Dank gilt Jörg Huber von Dexcom Deutschland, der sich unermüdlich gegenüber der Politik dafür einsetzt, CDM besser zu verstehen und für neue Möglichkeiten zu nutzen.

Letzter Stopp meiner Berlin-Reise war am Sonntag, 10. November, die Veranstaltung „Meilensteine der modernen Diabetologie“ im Rahmen des Programms zum Welttag der Diabetes. Hierzu lud diabetesDE ins Hotel Maritim proArte ein.

Fabian Rechner von der Universität Marburg gab uns einen kurzen Überblick über Künstliche Intelligenz (KI), heute und in der Zukunft. Aus unserer Sicht ist das Segen und Fluch zugleich. Zu KI und deren Möglichkeiten als Unterstützung referierte außerdem Prof. **Dr. Bernhard Kulzer**, Leiter des Forschungs-

instituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim.

Dr. Pia Roser vom UKE Hamburg sprach über das Thema „Diabetes und Übergewicht, (k)ein Problem mit der Abnehm-Spritze?“ Zu Möglichkeiten, eine individuelle Ernährungsberatung zu bekommen, klärte uns Diplom-Ökotrophologin **Dr. Astrid Tombek** auf. In der Vortragspause konnten wir einigen Liedern des Sängers Samuel Rösch, Gewinner von „The Voice of Germany“ 2018 und selbst Diabetes-Betroffener, hören. Er hat das Leben mit Diabetes in einem Song verarbeitet.

KI IST SEGEN
UND FLUCH
ZUGLEICH

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. (0 611) 9746-0, Fax (0 611) 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 Datenschutz betreffen per E-Mail an uns wenden: de-datenschutz@medtrix.group. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter atarax – Norbert Rauch Consulting e.K., Dr.-Dassler-Straße 57, 91074 Herzogenaurach, Telefon 0700 / 22 55 28 27 29, swmh-datenschutz@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

Korrektur: DACHL
Mainzer Str. 116, 66121 Saarbrücken

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

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

Die in DIABETIKA vorliegenden redaktionellen Texte, insbesondere solche zu medizinischen Inhalten wie Diabetes, Therapie und Umgang damit, wurden sorgfältig und nach bestem Wissen erarbeitet. Eine Haftung für die Richtigkeit kann jedoch nicht übernommen werden.

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

Vervielfältigung oder Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber bzw. des Verlanges.

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

ISSN 2627-5783



Podiumsdiskussion zum Thema Abnehmen

Ivo Rettig und Fiorella Eckhoff sprachen über ihre Erfahrungen mit CGM. Die psychische Belastung bei Diabetes – und wie dabei CGM und AID Einfluss nehmen können – beleuchteten **Dr. Dominic Ehrmann und Juliane Ehrmann** vom Diabetes Zentrum Mergentheim. Zum Abschluss gab es noch eine Podiumsdiskussion mit Diabetologen und Betroffenen zum Thema „Mit Leichtigkeit zum Leichtgewicht?“. Abgerundet wurde die Veranstaltung von einer interessanten Industrieausstellung.

Da es zwei verschiedene Vortragsräume gab, war es schwer, sich jeweils für einen Vortrag zu entscheiden, da in beiden Räumen wirklich sehr interessante Themen auf der Agenda standen.

Norbert Kuster



Fotos: Norbert Kuster, Jonas Härter

Film gegen Stigmatisierung



Foto: Mitchell - stock.adobe.com

Menschen mit Diabetes leiden vor allem unter der Stigmatisierung, der sie ausgesetzt sind. Um hier Abhilfe zu schaffen und Verständnis in breiten Schichten der Gesellschaft zu wecken, ist ein Video in Planung, das die Deutsche Diabetes Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) gemeinsam mit dem Team von Diabetes TV realisiert. Vor allem kommen Betroffene zu Wort, aber auch Expertinnen und Experten, um auf die Problematik aufmerksam zu machen.

Eines der wohl am weitesten verbreitete Stigmata ist, dass Betroffene sich den Diabetes selbst „angefuttert“ haben, nach dem Motto: „Selbst schuld – die Person isst zu viel und

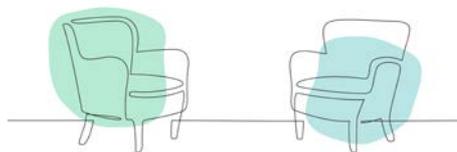
bewegt sich zu wenig“. Der Film soll vor allem Nichtbetroffenen klar machen, was solche und andere unbedachte Bemerkungen bei Betroffenen auslösen können.

„Der Videobeitrag soll Menschen ohne Diabetes für unser Anliegen sensibilisieren und im Idealfall zu Verhaltensänderungen führen“, sagt Norbert Kuster, Vorstandsvorsitzender des DDH-M Landesverbands NR zur Idee für dieses Videoprojekt.

Der fertige Filmbeitrag wird über unterschiedliche Kanäle, etwa die Seiten der DDH-M und Diabetesweb-TV.de, sowie bei Krankenkassen veröffentlicht.

jro/Diabetes TV

Qualitätszirkel Psychodiabetologie



Unsichtbare Bedrohungen durch Folgeerkrankungen

Der letzte Qualitätszirkel beschäftigte sich mit noch nicht in Erscheinung getretenen Folgeerkrankungen als mögliche, aber unsichtbare Bedrohungen. Der einführende Vortrag wurde von Dr. rer. nat. Sabine Waadt-Heim, psychologische Psychotherapeutin aus München, gehalten.



Fotos: lassedesignen - stockadobe.com, Irina Gibert - stockadobe.com

Der Fachbegriff für dieses Phänomen lautet Progredienzangst (PA). Das beinhaltet Ängste vor möglichen Folgeerkrankungen, auch wenn die aktuellen Vorsorgeuntersuchungen diese noch nicht gezeigt haben. Diese Angst vor dem Fortschreiten der Krankheit (PA) wird definiert als bewusste Realfurcht, die den Menschen auf eine existenzielle Bedrohung hinweist und die Kraft und Motivation zur Selbstfürsorge bereitstellt. PA umfasst den Krankheitsverlauf, aber auch die psychosozialen Konsequenzen. PA ist eine der stärksten psychosozialen Belastungen von chronisch Kranken. Im Vergleich zu

anderen chronischen Erkrankungen liegt die Häufigkeit des Auftretens von PA bei Menschen mit Diabetes auf Platz 4 – hinter Rheuma, Morbus Crohn und Herzinfarkt und noch drei Plätze vor Menschen mit Krebserkrankungen.

Wann ist PA behandlungsbedürftig?

Diese Angstform ist behandlungsbedürftig, wenn sie kaum noch an konkrete Bedrohungen geknüpft ist und wenn die Angst zu einer lang anhaltenden Stimmung mit ggf. intermittierenden Paniken wird. Auch wenn die Selbstfürsorge in Denken und Handeln ausbleibt oder unspezifisch bzw. starr wird, sollte eine Behandlung erfolgen. Besonders gilt dies, wenn „Angst vor

der Angst“ vorliegt. Grundsätzlich ist Angst als Schutzfaktor ein guter Aspekt im Leben und ernst zu nehmen. Diese Angstform ist nicht schlecht oder falsch, wenn sie zu guten Handlungen (Selbstfürsorge, Prävention) führt und richtig in Bezug auf die Realität eingeschätzt bzw. eingeordnet wird. Bildlich gesprochen: die Angstwolke an einer Leine haben und in einem Toleranzrahmen halten. Angst kann nicht vermieden werden, aber jeder kann zum Angst-Profi werden.

Was kann man selbst tun?

Falls eine PA besteht, sollte das auf jeden Fall in den Behandlungsgesprächen thematisiert werden. Es besteht die Möglichkeit, den Grund für diese Ängste zu konkretisieren und sie mit der aktuellen Krankheitssituation abzugleichen. Falls die Bedrohung real ist, können Präventions- bzw. Behandlungskonzepte entwickelt werden. Sollte eine Überschätzung vorliegen, können ebenfalls Wege für einen Umgang gefunden werden, die die Lebensqualität erhalten oder wieder verbessern. Dies kann z. B. der Einsatz von technischen Hilfsmitteln zur Bekämpfung von Unterzuckerängsten sein oder auch (temporär) im Einzelfall der Einsatz von leichten Beruhigungsmitteln.

Sabine Härter ■

9. OTC-Gipfel des Apothekerverbands Nordrhein

Selbstmedikation und Selfcare im Gesundheitswesen



Neben anderen informativen und wissenschaftlichen Vorträgen hielt Prof. Dr. Uwe May, Gesundheitsökonom und Volkswirt, einen Impulsvortrag zum Thema: „Vorsorgen und Fürsorgen – Was kann die Apotheke vor Ort für Patienten und Bürger und ihre Gesundheit leisten?“

Er definiert Selfcare über drei Bereiche: Lebensführung, Selbstbehandlung und Abwarten, wobei die Selbstbehandlung mit und ohne Präparate sowohl präventiv als auch kurativ/lindernd sein kann. Die Präparate können in der Apotheke oder im freien Handel erworben werden. In der Schweiz wird die Apotheke dabei als Gatekeeper verstanden: Der Bürger klärt dort die aktuell sinnvolle Vorgehensweise bei seinem gesundheitlichen Problem. Bei Halsschmerzen etwa wird durch einen Test abgeklärt, ob Inhalieren, ein Präparat oder doch wegen der Schwere und Nebensymptome der Gang zum

Arzt die aktuell beste Vorgehensweise ist. Letzteres wird durch eine kurze telemedizinische Konsultierung mit einem Arzt bestätigt. Dies führte in der Schweiz zu einer starken Antibiotika-Minimierung mit ersten Auswirkungen auf diesbezügliche Resilienzen. Als weiteres Beispiel führte May die erektilen Dysfunktion an. Durch diese Vorgehensweise wurde die Nutzung von legalen Präparaten verdoppelt. Zusätzlich wurde dies bei vielen Patienten zur Prävention herangezogen, da erektilen Dysfunktion auch ein frühes Zeichen einer koronaren Herzerkrankung sein kann. Die Testnutzung für verschiedene Krankheitsbilder führte auch zu mehr Verkäufen von kleineren Packungsgrößen und lohnt sich somit für die Apotheken doppelt (Beratung und Verkauf).

**SELF CARE =
LEBENSFÜHRUNG/
SELBSTMEDIKATION/
ABWARTEN**

Selfcare-Beratung statt Arztbesuch

In Irland bezahlt das Gesundheitswesen das Beratungssystem in den Apotheken, wodurch Kosten eingespart werden. Untersuchungen zeigen, dass jeder Euro, der für Selbstmedikation ausgegeben wird, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Durch-





**SPAREN DURCH
„APOTHEKE
ZUERST“**

In der nachfolgenden Podiumsdiskussion zeigten sich weitere Aspekte: Selbstmedikation ist oft mit Ängsten verknüpft. Durch die Beratung seitens der ApothekerInnen mit ihrem Fachwissen zu Wirkungen inklusive Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten kann Selbstmedikation aber risikolos funktionieren. Aktuell wird der Arzt als erste Instanz gesehen. Nach Erstellung von strukturierten Fragebögen zu den häufigsten Erstsymptomen zur Entscheidung mithilfe eines Apothekers zur Selbstmedikation oder weiteren ärztlichen Beratungen könnte eine Verpflichtung zum Erstgang in die Apotheke in der GKV verankert werden. Dadurch könnten Patienten auch verstärkt wahrnehmen, was die Apotheke zusätzlich kompetent leisten kann.

Sabine Härter ■

schnitt knapp 14 Euro einspart. So könnte man z. B. der Apotheke für jede Selfcare-Beratung 5 Euro bezahlen. Nicht rezeptpflichtige Medikamente, die mit der GKV abgerechnet würden, könnten kostenlos abgegeben werden – und trotzdem wäre dies ein Gewinn für die GKV, der dann für andere kostspielige Behandlungen eingesetzt werden könnte. Untersuchungen zeigen, dass durch fünf Selbstbehandler,

die nicht zum Arzt gehen, eine Stunde Behandlungszeit bei einem Arzt eingespart wird. Dies ergäbe bei einer Hochrechnung auf die Gesamtzahl der Bevölkerung so viel mehr Behandlungszeit bei den aktuell praktizierenden Ärzten, dass dadurch mehr als 3.500 neue Ärzte eingespart werden. Dies könnte den Ärztemangel in Deutschland etwas abmildern.

Nachruf: Abschied von Friedhelm Woch

„Der gute Geist der Diabetes-Hilfe“, titelte die Rheinische Post am 6. Mai 2017 über Friedhelm Woch. Nun verstarb er am 23. August 2024 im Alter von 82 Jahren. Viele Jahrzehnte lang engagierte er sich für Menschen, die an Diabetes erkrankt sind. Mehr noch: Friedhelm Woch war aus der Diabetes-Selbsthilfe und der DDH-M nicht wegzudenken. Er gründete den „Gesprächskreis Diabetischer Kinder und Eltern“, den „Diabetiker-Treff Rheinberg“ sowie die „Schulungsgemeinschaft Linker Niederrhein“.

Zudem arbeitete er mit beim Deutschen Diabetiker Bund NRW – heute DDH-M NRW – und

im Vorstand des Bezirksverbands Niederrhein. Im Jahr 2017 wurde er geehrt mit der Goldenen Ehrennadel des Paritätischen Wohlfahrtsverbands und war Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande. Mit dieser Ehrung wurde der jahrelange Kampf gegen die Krankheit Diabetes sowie die entsprechende Aufklärungsarbeit von Friedhelm Woch gewürdigt.

Unser Mitgefühl gehört seiner Frau Gisela und den Kindern.

**Udo Staats, Vorstand des BV Niederrhein
Im Namen des DDH-M Landesverband NRW**



Foto: Norbert Reimann

Frische Kräuter, auch im Winter

KRÄUTER OPTIMIEREN DEN GESCHMACK UND HELFEN SALZ EINZUSPAREN.



Eintönigkeit kommt bei Kräutern selbst in der Winterzeit nicht vor. Sie wachsen im eigenen Garten, in geschützten Beeten, in Töpfen auf der Terrasse oder auf dem Balkon.

Die wohl bekanntesten Sorten sind Salbei, Thymian, Rosmarin und Lorbeer. Diese Gewürze haben ein intensives Aroma und sollten daher immer sparsam verwendet werden.

Italienische Küche mit Salbei

Ein typisches italienisches Fleischgericht ist Saltimbocca. Dünne Kalbschnitzel werden mit einer Scheibe Parmaschinken und einem Salbeiblatt belegt und in Butter gebraten. Die Soße wird mit Marsala verfeinert. Spaghetti mit Salbei sind im Alltag rasch zubereitet. Hierzu werden die samtig-graugrünen Blätter in Streifen geschnitten, in Olivenöl angedünstet und danach mit gekochten Spaghetti vermischt.

Für herzhafte Gerichte wird Salbei mit Zwiebeln, Knoblauch und Rosmarin in Olivenöl angedünstet. Auch Eierspeisen harmonieren mit Salbei. Salbeiblätter werden oft als Garnitur eingesetzt. Beliebt ist Salbeibutter (-margarine, -öl), z. B. zu Grillgemüse oder Pellkartoffeln. Salbeitee hilft bei Erkältungskrankheiten. Wer mag, ergänzt Kamillenblüten.

Thymian – Gewürz mit dezentem Aroma

Thymian-Blättchen werden von den Stielen abgezupft. Sie können für Soßen, Suppen, Salate, Salatsoßen, Fleisch- und Fischgerichte verwendet werden. Auch Eintöpfe bekommen eine feine Note. Ein Bouquet Garni ist in der klassischen Küche zu finden. Dazu werden Lorbeerblatt, Thymianzweiglein und Knoblauchzehe mit Küchengarn zu einem Sträußchen gebunden oder in ein Baumwollsäckchen gefüllt. Nach dem Garprozess wird das Kräutersträußchen wieder entfernt. Es dient zur schmackhaften Zubereitung von Suppen- und Soßenfonds.

Rosmarin wächst in fast jedem Garten

Seine lilafarbenen Blüten ziehen Insekten an. Wird der Strauch zurückgeschnitten, ist eine zweite Blüte möglich. In Italien wächst Rosmarin in den Vorgärten der Häuser. Beim Kochen kann er direkt frisch geerntet werden. Rosmarin passt geschmacklich zu Gemüse- und Grillgerichten sowie zu Eintöpfen und Soßen. Die nadelähnlichen Blätter können zur Aromagebung vor Gebrauch grob gehackt werden.

Rosmarinessig ist sehr leicht herzustellen. Dazu werden zwei Rosmarinzwige mit 0,7 Liter Weinessig oder weißem Balsamico in ein Schraubglas gegeben und für einige Zeit an einen lichtgeschützten Platz gestellt. Danach die Flüssigkeit filtern und abfüllen. Hübsch verpackt wird ein Geschenk daraus.

Wer zwei Hände voll gehackte Rosmarinnadeln in 3 Litern Wasser kocht, 15 Minuten ziehen lässt und danach abfiltert, hat ein herrlich duftendes Aroma für ein entspanntes Wannabad.

Lorbeerblätter sind ein Klassiker für herzhafte Soßen und Beizen, z. B. für Sauerbraten. Was wäre ein Rotkrautgemüse ohne Lorbeerblätter? Dafür wird eine Zwiebel mit einem Lorbeerblatt und mit einigen Gewürznelken bespickt und im Gemüse mitgegart.

Zur Zubereitung von Lorbeeröl werden grob gehackte oder zerbröselte Lorbeerblätter mit Rapsöl gemischt und eine Zeitlang ziehen gelassen.

Nehmen Sie alle Kräuterdüfte wahr!

Huberta Eder





Italienische Reissuppe mit Parmesan und Salbei

Zutaten für 4 Portionen:

- 1 St. Knoblauchzehe
- 60 g Gemüsezwiebeln
- 150 g Möhren
- 200 g Weißkohl
- 30 g Olivenöl
- 15 g Cenovis natriumarme klare Gemüsebrühe
- 4 Pfefferkörner
- 80 g Naturreis
- 40 g Parmesankäse, 37 % Fett i. Tr.
- 20 g Salbeiblätter



Foto: Eliza - stock.adobe.com (generiert mit KI)

Zubereitung:

Knoblauchzehe fein und Gemüsezwiebeln blättrig scheiden. Möhren in Würfel und Weißkohl streifig schneiden. Olivenöl in einem Suppentopf erhitzen. Knoblauch und Gemüsezwiebel farblos anschwitzen. Dann Möhren und Weißkohl zugeben und leicht anrösten.

Mit 1 Liter kochendem Wasser auffüllen. Natriumarme klare Gemüsebrühe hinzufügen.

Naturreis mit kaltem Wasser abrausen und in die Suppe geben. Alles bei mittlerer Hitze 30 Minuten köcheln lassen. Mit geriebenem Parmesankäse und feingewiegten Salbeiblättern bestreuen.

Tipp:

Parmesan ist ein Hartkäse mit besonders hohem Kalziumgehalt.

Nährwerte für 1 Portion: 225/940 kcal/kJ | 6 g Eiweiß | 11 g Fett | 23 g Kohlenhydrate | 4,9/5,9 BE/KE | 4 g Ballaststoffe | 7 mg Cholesterin | 0,7 g Kochsalz | 170 mg Kalzium

Fenchelrohkost mit Orangen und Walnusskernen

Zutaten für 1 Portion:

- 70 g Fenchelknolle mit Grün

Für die Salatsoße:

- 30 g Orangenfilets mit Saftanteil
- 40 g Joghurt, 1,5 % Fett
- 20 g Pflanzensahne, 17 % Fett
- 3 g Walnussöl
- 5 g Zitronensaft
- Weißer Pfeffer, gemahlen
- 5 g Walnusskerne



Zubereitung:

Fenchelknolle in Streifen schneiden. Fenchelgrün fein wiegen und beiseite stellen. Orangenfilets in Stücke schneiden.

Aus Joghurt, Pflanzensahne, Walnussöl, Orangen- und Zitronensaft eine Soße bereiten. Mit Pfeffer abschmecken. Alle Zutaten miteinander vermischen. Walnusskerne grob hacken und zugeben. Rohkost mit dem Fenchelgrün bestreuen.

Tipp:

Die Salatsoße schmeckt auch mit Chinakohl, Chicorée und Feldsalat.



Nährwerte für 1 Portion: 145/610 kcal/kJ | 4 g Eiweiß | 10 g Fett | 7 g Kohlenhydrate | 0,4/0,5 BE/KE | 3 g Ballaststoffe | 2 mg Cholesterin | 0,1 g Kochsalz | 95 mg Kalzium

DER NEUE
SCHICK?Mensch mit Diabetes
oder mit besonderem
Gesundheitsbewusstsein?

Glukosewerte für alle!

Die Global Player, genau wie weniger bekannte Unternehmen, erschließen gerade parallel zu einem Influencer-Hype in den sozialen Netzwerken einen neuen Markt für die kontinuierliche Blutzuckermessung (CGM). Etwa für Menschen mit Diabetes in Entwicklungsländern? Weit gefehlt: Zielgruppe sind stoffwechselgesunde Menschen der westlichen Welt. Vermeidet man die Insulinantwort auf Glukosespitzen, treten keine Heißhungerattacken auf. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Zusätzlich soll sich so eine ganze Reihe von Störungen und Erkrankungen positiv beeinflussen lassen. Die Kosten entsprechen der üblichen Diabetesversorgung, die Technik ist aber für Menschen mit Diabetes nicht zugelassen. Es gibt Unternehmen, die sich ganze Pakete mit dem CGM-System, Ernährungskonzepten, begleitenden Analysen und Tipps von ihren Kunden vergolden lassen.



Dass sich Menschen, die beruflich mit Diabetes zu tun haben oder die familiär vorbelastet sind, aus purer Neugier einmal einen Glukosesensor setzen, finde ich nachvollziehbar und gut.

Aber was entwickelt sich aus dem kommerziellen Angebot? Wichtige Erkenntnisse aus dem Datenpool von Gesunden für Diabetes-Betroffene? Mehr Verständnis oder im Gegenteil weitere Vorurteile, wenn wir in einen unfairen Vergleich gedrängt werden? Bessere Gesundheit für Besserverdiener? Lauert im Glukose-tracking die Gefahr von Essstörungen und zwanghaftem Verhalten?

Immerhin: Wenn das Schule macht, fallen wir mit unserer Technik nur noch als besonders gesundheitsbewusst und gut verdienend auf: Zeigt her eure Sensoren!

Meine Meinung
Beate Lyrmann

TIPPS NEWS



Diabetes- Medikament erhöht die Fruchtbarkeit

Die Wirkstoffe in GLP-1-Analoga wie Semaglutid, die nicht nur zur Behandlung von Typ-2-Diabetes, sondern auch zur Gewichtsreduktion bei Adipositas eingesetzt werden, können zu einer Erhöhung der Fruchtbarkeit und damit zu ungeplanten Schwangerschaften führen. Gleichzeitig eröffnen sie Frauen mit polyzystischem Ovarialsyndrom (PCOS) und Kinderwunsch bessere Chancen, Mutter zu werden. Da sie jedoch auch Risiken für die Schwangerschaft bergen können, sollten Frauen sich hinsichtlich einer derartigen Therapie unbedingt ärztlich beraten lassen, empfiehlt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). „Viele stark übergewichtige Frauen unterschätzen die Auswirkungen der Therapie mit GLP-1-Analoga auf ihren Zyklus: Bereits eine Gewichtsreduktion von 5 bis 10 Prozent kann den Eisprung normalisieren“, warnt Professor Dr. Ute Schäfer-Graf, Mitglied der AG Diabetes und Schwangerschaft der DDG. Für Frauen ohne Kinderwunsch sei daher eine sichere Verhütung besonders wichtig. Sie sagt, die Einnahme von GLP-1-Analoga könne die Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva wie der Pille beeinträchtigen – etwa durch Nebenwirkungen wie Erbrechen oder verzögerte Magenentleerung. Durch die Verbesserung der Insulinempfindlichkeit und die Stabilisierung des Hormonhaushalts steigern GLP-1-Analoga die Chance auf eine Schwangerschaft und sind in klinischen Studien sogar effektiver als das Goldstandard-Medikament Metformin. (DDG)