26762

2023 | 2

# DIABETIKA
## Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

# T1D und Long Covid: eine Challenge der anderen Art

Ich erinnere mich, als sei es gestern gewesen, als ich zum Jahresauftakt 2020 meinen Mentor spöttisch fragte, wie schlimm denn die Grippewelle mit diesem neuen Sars-CoV-2-Virus werden würde. Rund drei Jahre nach der Infektion und ihren dramatischen Folgen erscheint dies heute wie ein schlechter Film. Mein Leben vor der Pandemie – sechsmal die Woche Sport, in der Uni oder mit Freunden unterwegs – gab es von heute auf morgen nicht mehr. Nach den gespenstischen Coronaauflagen durchlebte ich mit der Infektion eine ganz andere Dimension der Pandemie. Über Nacht war die Anosmie (Geruchssinnverlust) da, mein Leben praktisch geruchslos [1]. Gleichzeitig zeigte meine ICT keine Wirkung mehr, ich war in einer Dauer-Hyper; erst der dritte Wechsel des Basis-Insulins brachte eine Verbesserung. Langsam reagierte mein System wieder auf die Korrekturen [2, 3]. Simultan zu dem Insulinproblem verwandelte ich mich hinsichtlich meines Essverhaltens von der Salatqueen zum Duplo-Monster. Ich hatte das Gefühl, keine Kontrolle mehr über meinen Appetit zu haben und immer mehr aufzuquellen [4]. Das schlimmste Symptom der Akutphase war jedoch die Synkope (Zusammenbruch), die mich nach mehreren Wochen Isolation fast von meinem Fahrrad holte. Nach Rücksprache mit meinen Ärzten sollte ich mir die nächsten Wochen etwas Zeit zum Recovern geben.

Foto: koya79 – iStockphoto

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes

## INHALT

1 **Titel:** T1D und Long Covid: eine Challenge der anderen Art

5 **Versorgung:** DMP 2023 – wo stehen wir? | Erfahrungen aus NRW

8 **Aktuell:** Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung

10 **Kongress:** Diabetes-Technologie am „Alex“ und virtuell

11 **DDH-M:** Diabetes-Informationen richtig bewerten

12 **NRW:** Jörg Roßkopf: „Tischtennis ist ein Ganzkörpersport“ | Diabetes-Versorgung neu denken

14 **Lecker!:** Pseudogetreide | Gemüsepfanne mit Quinoa | Buchweizengrütze

16 **Punktum:** Innen-*ein*-sichten
**Nachgefragt:** neue Leser-Rubrik

▶ *Fortsetzung auf S. 2*

## Manifestierung des Post-Covid-Syndroms

Nachdem das akademische Jahr inklusive der Sommerferien – zwar mit Hürden, denn das Einspeichern von Lernmaterial fiel mir zu nehmend schwer [5] – aber trotzdem gut verlaufen war, startete meine Uni mit voller Präsenz in alle Veranstaltungen. Ich dachte, ich schaffe das sicher; allerdings zeigten sich bis Weihnachten immer häufiger kognitive Einschränkungen [5–9]. Ich saß in meinen Klausuren, war mir sicher, dass ich das Thema beherrschte, aber mein Hirn machte dicht – als ob ein graues Wolkenschloss die Themen, die es zu diskutieren gab, umschlossen hatte – und ich stand vor verschlossenen Türen.

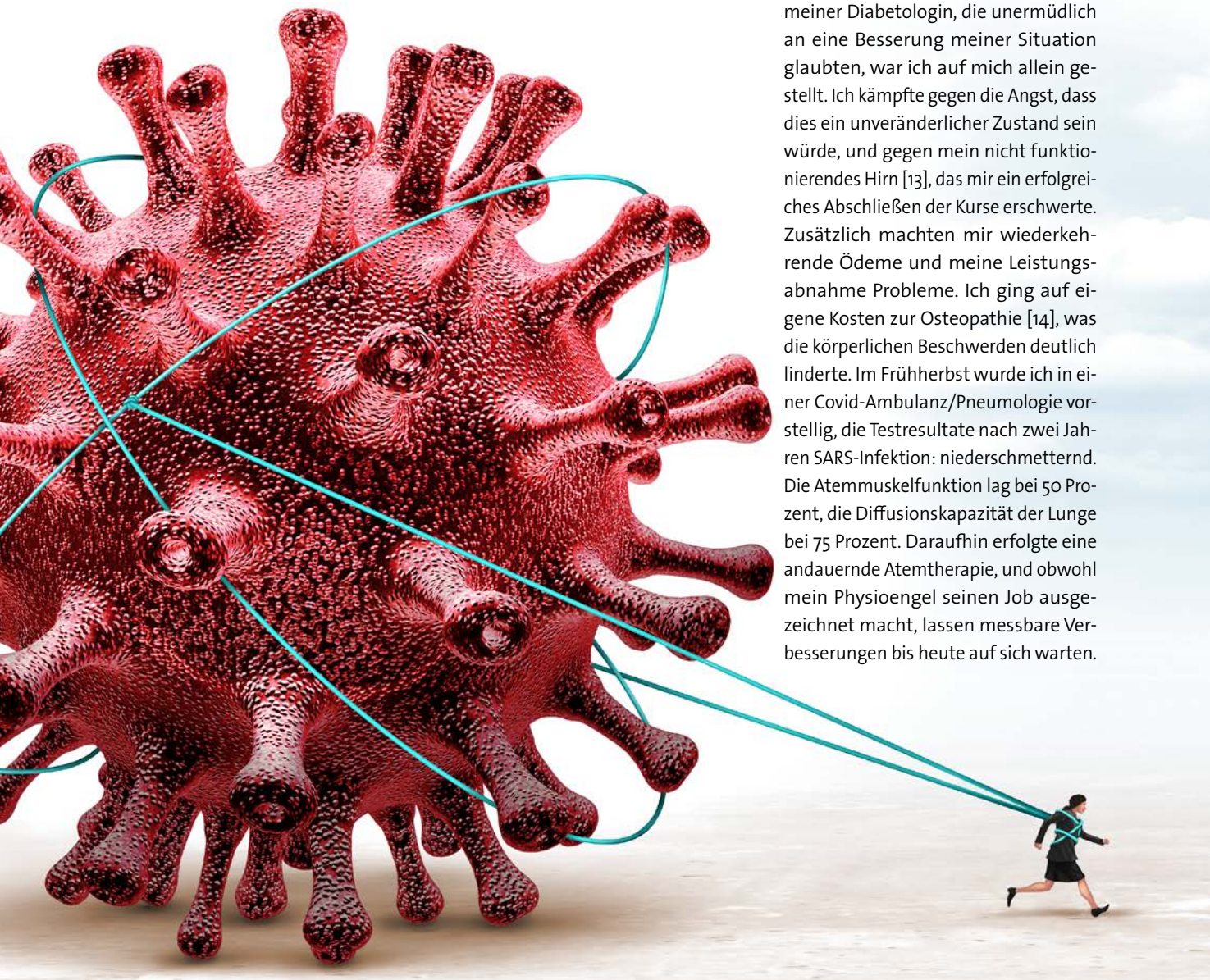
Die Weihnachtsferien verbrachte ich „Dornröschen-like" im Bett, welches ich meist nur zur Nahrungsaufnahme verließ [8]. Zu diesem Zeitpunkt tauchten langsam wissenschaftliche Erkenntnisse zum Post-Covid-Syndrom (PCS) in den Medien auf. Meine Mama bestand schließlich auf einem kardiologischen Check-up. Schon früh war bekannt, dass sich Virusinfektionen aufs Herz und SARS-CoV-2 insbesondere auf die Gefäße legen kann und dort Mikrothromben erzeugt [10–12].

Der kardiologische Check-up blieb ohne positiven Befund, das Virus hatte zumindest mein Herz nicht angegriffen [12]. Allerdings war dieser Termin erst der Start meines Ärzte-Marathons. Mein Kardiologe schickte mich mit Schlafbedarf 14+ Stunden, Schwindel bei Sport, kognitiven Einschränkungen und Anosmie zum Neurologen. Das MRT war ohne kritischen Befund [6], die Lernleistung jedoch deutlich eingeschränkt; dennoch erfolgte keinerlei neurologische Behandlung.

**KOGNITIVE EINSCHRÄNKUNGEN**

## Gratwanderung zwischen Hoffnung, Leben und neuen Symptomen

Abgesehen von Familie, Freunden und meiner Diabetologin, die unermüdlich an eine Besserung meiner Situation glaubten, war ich auf mich allein gestellt. Ich kämpfte gegen die Angst, dass dies ein unveränderlicher Zustand sein würde, und gegen mein nicht funktionierendes Hirn [13], das mir ein erfolgreiches Abschließen der Kurse erschwerte. Zusätzlich machten mir wiederkehrende Ödeme und meine Leistungsabnahme Probleme. Ich ging auf eigene Kosten zur Osteopathie [14], was die körperlichen Beschwerden deutlich linderte. Im Frühherbst wurde ich in einer Covid-Ambulanz/Pneumologie vorstellig, die Testresultate nach zwei Jahren SARS-Infektion: niederschmetternd. Die Atemmuskelfunktion lag bei 50 Prozent, die Diffusionskapazität der Lunge bei 75 Prozent. Daraufhin erfolgte eine andauernde Atemtherapie, und obwohl mein Physioengel seinen Job ausgezeichnet macht, lassen messbare Verbesserungen bis heute auf sich warten.



## **Long Covid** – so zahlt die Krankenkasse

Manche Menschen haben noch lange nach einer durchgemachten Covid-19-Erkrankung gesundheitliche Beeinträchtigungen. Bestehen die Einschränkungen mindestens vier Wochen nach der akuten Covid-19-Infektion, werden sie als *Long Covid*, ab der 12. Woche als *Post Covid* bezeichnet.

▶ „Long Covid ist eine medizinisch anerkannte Diagnose mit vielfältigen Symptomen. Daher erhalten unsere Versicherten im Rahmen der Regelversorgung alle medizinisch notwendigen Therapien, die von ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt verordnet werden. Dazu zählt auch die **Versorgung mit Heilmitteln wie Maßnahmen der Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie**. Bei der Heilmittelverordnung Ergotherapie und Physiotherapie können die Ärztinnen und Ärzte in der Long-Covid-Behandlung … die Einheiten für eine Behandlung von bis zu zwölf Wochen planen", sagt eine Sprecherin der AOK Rheinland-Hamburg.

▶ Die **hyperbare Sauerstofftherapie**, das heißt die Versorgung mit hoch konzentriertem Sauerstoff über eine Atemmaske in der Druckkammer, ist zwar Erfolg versprechend, bislang für Long Covid jedoch nicht zugelassen und wird daher von den Krankenkassen nicht übernommen.

▶ **Ärztlich verordneter Reha-Sport** kann übernommen werden. Neben der Diagnose Long Covid müssen dafür auch die Beschwerden genannt werden, beispielsweise Atmen-, Bewegungs- oder Ausdauereinschränkungen.

Gleichzeitig verschlimmerten sich die neurologischen und vaskulären Probleme rapide. Extremitäten fühlten sich immer häufiger innerhalb von Sekunden taub an, sodass ich sogar nachts aufwachte und mein Bein nicht mehr spürte. Beim dritten Gefäßchirurgen vorstellig, erneut schlechte Nachrichten, mein Lymphsystem war so gestaut, dass sich ein Lymphödem gebildet hatte. Ich war erleichtert, einen Namen für die schleierhaften Symptome zu haben – und dass ich nicht wie angenommen eine Post-Covid-19-Arthritis hatte [15], welche ich im Rahmen der DEFEnse Against COVID-19 STudy der Universitäten Hannover und Göttingen rheumatologisch abklären ließ. Bei der neuropsychologischen Testung zeigte sich eine weitere Verschlechterung meiner Kognition, insbesondere des prozeduralen Denkens [6]. Die Studie ermöglichte mir die Teilnahme an einer ergotherapeutischen Intervention. Dafür bin ich dankbar,

Fotos: Wildpixel / Lothar Drechsel – iStockphoto

EDITORIAL

## Long Covid bleibt

Seit Anfang Februar, nach fast drei Jahren, ist Corona plötzlich keine Pandemie mehr. Schutzmaßnahmen wie Maskenpflicht oder Isolationspflicht fallen weg. Was definitiv bleibt, ist Long Covid. In der Titelgeschichte erzählt eine Studentin mit Typ-1-Diabetes über ihre bis heute andauernden gesundheitlichen Folgen nach einer Corona-Erkrankung – und ihren medizinischen Spießrutenlauf. Sie schildert ihren „neuen" Alltag mit Post-Covid-Syndrom (PCS) UND der Diabetes-Erkrankung und lässt uns so hautnah miterleben, was sie seit ihrer Covid-19-Infektion alles durchmacht. Und ihren Diabetes trotzdem, so optimal es eben geht, managt.

Das Leben mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes erleichtern die Disease-Management-Programme (DMP). Inwiefern sie die ambulante Versorgung verbessert haben, und was die Politik tun muss, um die Programme und damit das Leben von Menschen mit Diabetes weiter zu optimieren, berichtet der DMP-Experte Dr. Matthias Kaltheuner. Bessere Versorgung lag auch Dr. Peter Loeff am Herzen. Der Kölner Diabetologe präsentiert im NRW-Teil das neue Rheinische Diabeteszentrum, das auch ein „Modell" für Kliniken in anderen Regionen sein könnte. Und nicht zuletzt sind Sie künftig gefragt – im wahrsten Sinne des Wortes. Über unsere neue Rubrik „Nachgefragt" und darüber, wie Sie den Long-Covid-Bericht und andere Artikel kommentieren können, lesen Sie auf der letzten Heftseite.

*Herzlichst, Ihre*
*Chefredakteurin Julia Rommelfanger*

denn meine Reha lässt weiterhin auf sich warten. Auf meinen ersten Antrag hin wurde mir eine auf Diabetes und kardiologische Symptomatiken spezialisierte Klinik empfohlen. Bis heute frage ich mich, wie Nordic Walking meine Lunge recovern sollte. Widerspruch zwecklos. Mein zweiter Antrag wartet wahrscheinlich noch auf Bearbeitung …

## Behandlungshürden und politische Weichenstellung

Durch diesen medizinischen und bürokratischen Spießrutenlauf trat nicht nur das Diabetes-Management, sondern auch mein Leben als Individuum in den Hintergrund. Dennoch nehme ich meine Check-ups weiterhin wahr, meinen $HbA_{1c}$-Wert konnte ich konstant unter sieben Prozent halten, der Geruchssinn ist nach zwei Jahren und viel Training zurück [16]. Dennoch stellen mich die Symptome des PCS, die dem Diabetes ähneln, vor eine andauernde Herausforderung; so zum Beispiel die morgendlichen Kopfschmerzen und der extreme Durst, ähnlich wie bei einer Hyperglykämie, aber oftmals von Werten unter 100 mg/dl begleitet. Über diese Problematik wurde von einigen Ärzten hinweggesehen.

Als Person unter 30 fühlt man sich von seinem Land und dessen sozialgesundheitlichem Programm ausgebremst und im Stich gelassen. Statt im Hörsaal zu sitzen und den Traum-Masterstudiengang zu verfolgen, sitze ich gestrandet bei meinen Eltern ohne Planungssicherheit fest. Oftmals sitze ich allein im leeren Haus und frage mich, warum es die CDU-geführte Bundesregierung nicht mit Beginn der Pandemie geschafft hat, ein Disease-Follow-up-Register für Covid-19 und Post-Vac-Syndrome zu etablieren. Warum hat Ex-Gesundheitsminister Spahn die sogenannte „Spahn-Verordnung“ unterzeichnen können, die der Big Pharma sogar Anwälte auf Steuerkosten bei Impfschädigungs-Prozessen finanziert und die Declaration of Helsinki mit Füßen tritt [17]? Aus welchen Gründen wurde eine zweistellige Millionensumme für eine verfehlte Impfkampagne [18] ausgegeben, während Therapiestudien, wie zum Beispiel für

**MEDIZINISCHER SPIESSRUTENLAUF**

hyperbaren Sauerstoff [19] oder H.E.L.P-Apherese [20], mit einem Gesamtbudget von nur zehn Millionen Euro [21–23] abgespeist werden und schätzungsweise vier Millionen Leistungsträger zu Hause oder in Reha-Einrichtungen ohne Aussicht auf Besserung vom Leben abgehalten werden [24]?

Wo war die Medical Community, als junge Patienten sie gebraucht haben? Die Myalgische Enzephalomyelitis / das Chronische Fatigue-Syndrom war für sie zu keinem Zeitpunkt eine Unbekannte [25, 26]. Dieser Zustand tritt häufig nach heftigen Viruserkrankungen auf. Allerdings war ihr Umgang mit dem Patienten für mich keine Unbekannte. Anstatt sich ernsthaft zu bemühen, wurde meine Situation oft psychologisiert, auf den Diabetes geschoben oder – als die Atemnot da war – mir in der Notfallaufnahme mit Polizei gedroht.

All das erscheint einem wie ein Albtraum, insbesondere wenn man von Dozenten erfährt [27], dass eine Metabolismus-Änderung bis zu zwölf Jahre nach einer Virusinfektion beobachtet wurde [4], während Mediziner weiterhin an der Oberfläche ihres Wissensstandes kratzen [28]. Deutschland hat mir gezeigt, dass wir in einer Gesellschaft der Alten leben, die politisch mit all ihren Belangen Priorität haben, während Kinder und junge Menschen belanglos erscheinen. Bitte beweisen Sie mir das Gegenteil und unterstützen Sie, insbesondere wenn sie kein Post-Covid-Syndrom haben, die DEFEnse Against COVID-19 STudy (https://www.defeat-corona.de/). Danke!

*Die Autorin ist der Redaktion bekannt.*

## defeat-corona.de

Das Projekt kümmert sich darum, die Langzeitfolgen der Coronapandemie besser zu erforschen und so Menschen mit Long Covid oder Post-Covid-Syndrom zurück ins Leben zu helfen. Interessierte können sich auf der Internetseite registrieren und das Forschungsvorhaben unterstützen.

*Die Autorin verweist in ihrer Schilderung auf Studien, um ihre Symptome und Erlebnisse wissenschaftlich zu untermauern. Literatur auf nrw.menschen-mit-diabetes.de*

Foto: Medizinische Hochschule Hannover (MHH), privat

Foto: Inside Creative House/Stockphoto

# DMP 2023 – wo stehen wir?

**Rund fünf Millionen Menschen sind mittlerweile in ein Disease-Management-Programm für Typ-1- oder Typ-2-Diabetes eingeschlossen. Die Bilanz nach 20 Jahren fällt fast durchweg positiv aus. Trotzdem gibt es Verbesserungspotenzial, vor allem, was die Nutzung der Daten aus den Programmen anbelangt.**

**5,0 Millionen**
**Menschen sind in Diabetes-DMP eingeschrieben**

Die Diabetes-Disease-Management-Programme (DMP) sind eine Erfolgsgeschichte. Im Jahr 2021 waren 4,7 Millionen Menschen mit Typ-2- und 267 000 mit Typ-1-Diabetes in die Programme eingeschrieben, die seit 2003 (Typ 2) und 2005 (Typ 1) laufen. Der Stand der Wissenschaft ist damit weitgehend abgesichert in der Versorgung chronisch Kranker angekommen. Vor den DMP hatte die Versorgung chronisch Kranker nur einen untergeordneten Stellenwert in der ambulanten Versorgung. Der langfristige und vorausschauende Blick auf den chronisch Kranken war nicht vorgesehen. Mit den DMP hat dieser einen gesetzlichen Rahmen bekommen. Sehr wichtig war die Etablierung verschiedener Schulungen in den DMP. Die Schulungskultur in unserem Land ist international ungewöhnlich. In den letzten Jahren sind auch Nachschulungen möglich geworden, unter Corona gab es Regelungen zur telemedizinischen Schulung.

**SCHULUNGEN ALS ECKPFEILER**

Anfangs waren die zu bevorzugenden Medikamente ziemlich eingegrenzt, was aber auch mit einer schlechten Datenlage zu tun hatte. Seit 2015 wurden mehrere Studien zu sehr wirksamen Medikamenten veröffentlicht, die eine Lebensverlängerung gezeigt haben. Diese werden beim Typ-2-Diabetes inzwischen dem Insulin vorgezogen.

## Bürokratie belastet Patienten und Ärzte

Anfangs war das Interesse der Krankenkassen an der Teilnahme ihrer Versicherten sehr hoch, da die Finanzverteilung von der Teilnahme maßgeblich abhängig war. Heute wird lediglich eine Verwaltungspauschale für die Teilnahme erstattet. Dass vieles im DMP durch Gesetze, Verordnungen und Verträge geregelt ist, bedeutet eine Menge Bürokratie, was immer noch eine große Belastung für die Praxen, teilweise aber auch für Patienten darstellt, die beispielsweise normalerweise kaum eine Überweisung zu einer Facharztpraxis benötigen, zur diabetologischen Schwerpunktpraxis jedoch schon.

Die DMP-Vertragslandschaft ist in den einzelnen Bundesländern recht bunt. Die Behandlung des Schwangerschaftsdiabetes oder eines Typ-1- bzw. Typ-2-Diabetes in der Schwangerschaft etwa ist nicht überall vertraglich gut geregelt. Die regionalen Vereinbarungen bieten anderseits oft auch Chancen für neue, innovative Lösungen.

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

# Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen

Die Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms ist sehr aufwendig und für die Betroffenen oft lebensbestimmend. Es gibt hierzu Regelungen in den Verträgen; diese sind aber meist unzureichend. Die zusätzlichen „Fuß"-Verträge sind trotz guter Ergebnisse überwiegend aus Gründen der Kostenersparnis wieder gekündigt worden. In diesem Bereich sind die Diabetes-DMP-Verträge eindeutig entwicklungsfähig.

Von Beginn an sind bei DMP-Teilnahme Daten aus der Behandlung erhoben worden. Diese werden den Ärzten überwiegend in einer automatisierten Form zurückgespiegelt. In Nordrhein und in Niedersachsen werden die Daten individueller aufbereitet und den ÄrztInnen praxisnäher präsentiert. Da die Daten bundesweit einheitlich vorliegen, könnten sie leicht zusammengeführt werden. Dies geschieht alle drei Jahre in einer für die meisten Versorgungsforscher unzureichenden Form. Es besteht die große Chance, Daten von fast fünf Millionen Menschen mit Diabetes in unserem Land sinnvoll zu analysieren. Die Politik ist am Zuge dies gesetzlich zu regeln.

*Dr. Matthias Kaltheuner*

Mit der bundesweiten Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) für Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) im Jahre 2003 wurde erstmals eine einheitliche Grundlage für eine strukturierte ambulante Versorgung gesetzlich krankenversicherter Betroffener geschaffen. Ein zentrales Ziel der Diabetes-DMP ist es, das Auftreten von Symptomen wie z. B. schweren Stoffwechselentgleisungen zu vermeiden sowie die Risiken für kardiovaskuläre Begleiterkrankungen und diabetische Folgekomplikationen zu senken. Insbesondere gilt dies für das diabetische Fußsyndrom mit dem möglichen Risiko einer Amputation. Insgesamt soll so die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten erhöht sowie deren Lebensqualität erhalten oder verbessert werden.

## Versorgungsqualität im DMP

In Anlehnung an die Behandlungsleitlinien des T2D wurden im Rahmen des DMP Ziele definiert, die als Qualitätsindikatoren die Versorgungsqualität in den Behandlungsprogrammen abbilden sollen und verschiedene Aspekte der Diabetestherapie berücksichtigen.

Anhand dieser Indikatoren kann – z. B. in Nordrhein-Westfalen mit aktuell knapp einer Million T2D-Patientinnen und -Patienten im DMP – von einer grundsätzlich guten Versorgung der Betroffenen ausgegangen werden. Diese lässt sich sowohl im Hinblick auf die Stoffwechseleinstellung als auch beim Blutdruck für einen großen Teil der Patientinnen und Patienten nachweisen. Schwere Hypoglykämien sowie diabetesbedingte, stationäre Behandlungen werden weitestgehend vermieden. Auch die Medikationsverordnung erfolgt überwiegend leitliniengerecht. Bedenklich ist jedoch, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten, bei denen die vorgeschriebene zweijährliche Netzhautuntersuchung durchgeführt wird, zu niedrig und zudem seit Jahren rückläufig ist.

Über den Zeitverlauf sind insgesamt positive Entwicklungen zu erkennen. So nehmen z. B. Folgeschädigungen wie Amputation, Dialysepflicht und Erblindung seit 2011 stetig ab.

## Evaluation und Qualitätssicherung

Alle am DMP teilnehmenden Praxen erhalten halbjährlich einen Feedbackbericht. Als Rückmeldung zum eigenen ärztlichen Handeln und

zum Vergleich mit den anderen teilnehmenden Praxen. Er lenkt zudem das Augenmerk auf Patientinnen und Patienten mit besonderen Risikokonstellationen. Zweitens veröffentlichen die verschiedenen Regionen regelmäßig Qualitätsberichte durch die jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen, z. T. unter Mitwirkung der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände. Drittens wird alle drei Jahre ein bundesweiter, kassenübergreifender Evaluationsbericht erarbeitet. Zusätzlich stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich bundesweite Quoten der Qualitätszielerreichung zur Verfügung.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ist seit Beginn des DMP T2D in die Evaluation der Behandlungsprogramme in Nordrhein involviert und hat seitdem weitere Aufgaben in anderen Regionen übernommen. Es erstellt sowohl Feedbackberichte als auch jährliche Qualitätsberichte.

Aus wissenschaftlicher Sicht wäre es wünschenswert, die DMP-Daten bundesweit einheitlich und umfassender abzubilden und somit für die Versorgungsforschung besser zugänglich zu machen. Einblicke in die Versorgungsrealität verschiedener Subgruppen könnten in noch stärkerem Ausmaß besonders vulnerable Patientinnen und Patienten identifizieren und die Bedeutung verschiedener Risikofaktoren untersuchen. In diesem Zusammenhang wäre auch die Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale der Patientinnen und Patienten bedeutsam, da diese grundlegenden Einfluss auf die Krankheitsentwicklung haben können.

## Fazit

Die strukturierten Behandlungsprogramme für Menschen mit T2D gewährleisten eine gute und leitlinienorientierte Versorgung. Jedoch könnten eine einheitlichere und umfassendere Nutzung der DMP-Dokumentationen sowie das Erheben zusätzlicher Informationen deutlich mehr Erkenntnisse zur Versorgungssituation und deren Verbesserungsmöglichkeiten bieten.

**Weiterführende Informationen** und Literatur zu den DMP finden Sie auf unserer Website *nrw.menschen-mit-diabetes.de*.

***Dr. Sabine Groos und Dr. Bernd Hagen***

*Zentralinstitut (Zi) für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*

Fotos: privat, ty – Fotolia, neirfy – stock.adobe.com

# 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:** Kirchheim + Co. GmbH
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 14
55130 Mainz
Tel. (0 61 31) 9 60 70-0
Fax (0 61 31) 9 60 70-70
E-Mail: info@kirchheim-verlag.de
Geschäftsführung: Stephan Maasen

Externer Datenschutzbeauftragter:
Stefan Jost, E-Mail:
datenschutz@kirchheim-verlag.de

Anzeigenleitung: Jens Walther
Tel. (0 61 31) 9 60 70-21
E-Mail: walther@kirchheim-verlag.de

Layout: Sabine Roach
Tel. (0 61 31) 9 60 70-27
E-Mail: roach@kirchheim-verlag.de

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

**Korrektorat:** 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 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 Verlages.

ISSN 2627-5783

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes

# Änderung der Fahrerlaubnisverordnung

**Durch die Änderung der Fahrerlaubnisverordnung (FeV), die seit dem 01.06.2022 gültig ist, müssen Diabetiker beim Erwerb oder bei einer Verlängerung der Fahrerlaubnis mit zusätzlichen Problemen rechnen. Kritiker bezeichnen die neue Verordnung als diskriminierend. Die Neuregelung der FeV wird als massive Verschlechterung wahrgenommen.**

Nach der Verordnung zur Änderung der FeV müssen Führerscheinbewerber sowie Führerscheininhaber der Klassen *C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und Anhängerklassen* bei Anträgen auf Verlängerung der Fahrerlaubnis mit zusätzlichen Aufwendungen rechnen. Es ist nicht mehr gewollt, dass der untersuchende Facharzt bei der Screening-Untersuchung eine eigene Einschätzung abgibt. Der Arzt soll der Fahrerlaubnisbehörde nur noch den medizinischen Befund mitteilen.

## Vorgaben bei verkehrsmedizinischen Untersuchungen

**Vorherige Formulierung der verkehrsmedizinischen Vorgaben:**

- keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten, bzw.
- eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde)

**Formulierung nach der Änderung:**

- keine Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung ausschließen **können**, bzw.
- Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte

## Gemeinsame Stellungnahme

Nachdem im August 2021 der Referentenentwurf zur Änderung der FeV Verbänden und Organisationen vorgestellt wurde, überwog zunächst der Eindruck, dass die vorgelegte Regelung die tatsächlichen gesundheitsbedingten Einschränkungen der Teilhabe im Fokus hat. Erst mit dem Inkrafttreten der Regelung am 01.06.2022 wurde vermehrt eine sehr restriktive Auslegung des mittlerweile vom Bundesrat verabschiedeten Textes angemerkt. Die Anfragen bei den Fahrerlaubnisbehörden und insbesondere beim Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV) bestätigten die Sorge, dass Menschen mit Behinderungen beim Erwerb oder der Verlängerung der Fahrerlaubnis nun zusätzliche Auflagen zu erfüllen haben. In gemeinsamer Absprache haben dann die **Deutsche Diabetes Stiftung**, der **Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen** und andere Gruppierungen eine kritische Stellungnahme verfasst. Adressaten waren neben dem BMDV auch das Bundesinnenministerium, das Innenministerium des Landes NRW, der Bundesfeuerwehrverband, der Landesfeuerwehrverband NRW, der Präsident des Zentralverbands des Deutschen Handwerks und der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK). Eine Antwort folgte bislang nur vom BMDV, die jedoch die Fragen der Deutschen Diabetes Stiftung nicht beantwortete. Letztlich wurden die Sorgen, die im Anschreiben dargestellt wurden, sogar bestätigt.

***Dr. Kurt Rinnert***
*Leitender Betriebsarzt der Stadt Köln*

Eignung ausschließen **können**. Folgende Befunde wurden erhoben:

**Diabetes mellitus, insulinpflichtig: Auflage erteilt die Führerscheinstelle und ggf. müssen z. B. Behandlungsnachweise an die Führerscheinstelle gegeben werden.**

Alle Ärzte müssen – über die Betroffenen – den Sachbearbeitern der unteren Verwaltungsebene (Fahrerlaubnisbehörde) Befunde vorlegen, sofern Anzeichen einer Erkrankung vorliegen, selbst wenn diese gut eingestellt sind. Über weiteres Vorgehen wird dann von den nicht ärztlichen Sachbearbeitern entschieden. Durch die Weitergabe von Befundberichten über die Betroffenen an nicht ärztliche Sachbearbeiter liegt formal zwar keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht vor, die Betroffenen haben jedoch keine andere Wahl. Die Kosten für die durch die Fahrerlaubnisbehörde ggf. angeordneten Gutachten sind von den Betroffenen zu bezahlen, auch wenn von diabetologischer Seite keine Beeinträchtigung vorliegt. Alles in allem eine unnötige Bürokratiebelastung für alle und Diskriminierung von Menschen mit Diabetes.

*Martin Hadder*

Fotos: mapodile – iStockphoto, Jonas Härter, privat



# **Weniger Augenerkrankungen** bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes

Lange Zeit war die diabetische Retinopathie eine der Haupt-Komplikationen bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes. Nun gibt es allerdings einen Trend zu weniger Augenerkrankungen in dieser Patientengruppe, wie eine aktuelle internationale Kohorten-Studie im Journal *Pediatric Diabetes* zeigt. „Wir können vermuten, dass diese Entwicklung im Zusammenhang mit der verbesserten glykämischen Kontrolle in den letzten Jahren stehen könnte. Diese wurde auch mithilfe des gestiegenen Zugangs zu Diabetes-Technologien, wie der kontinuierlichen Blutzuckermessung (CGM) und Insulinpumpen, ermöglicht“, erklärt Prof. Dr. Reinhard Holl die Ergebnisse der Studie, an der er mit dem deutschen DPV-Register (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation) mitgewirkt hat. „Das trug offenbar erheblich dazu bei, mikro- und makrovaskuläre Komplikationen, die zur Retinopathie, aber auch zur Nephropathie und Neuropathie führen, hinauszuzögern oder gar zu verhindern.“

Daten von mehr als 156 000 jungen Menschen mit Diabetes in elf Ländern zeigen, dass Retinopathien international rückläufig sind. Holl, Leiter der Arbeitsgruppe Computergestütztes Qualitätsmanagement in der Medizin im epidemiologischen Institut der Universität Ulm, sagt, die Untersuchung zeige auch auf, dass unter anderem in Deutschland weiterhin zu wenige Maßnahmen zur Verhinderung von Bluthochdruck ergriffen würden, der wiederum Gefäßschäden begünstigt. „Trotz der hohen Assoziation zwischen erhöhtem Blutdruck und Gefäßschäden bei Diabetes ist die frühzeitige Bluthochdruck-Behandlung noch zu selten Teil der Diabetestherapie“, kritisiert Holl.

Auch profitieren lediglich rund ein Drittel der Betroffenen bei Diagnose und nur die Hälfte nach zwei Jahren Diabetesdauer von einem leitliniengerechten Augen-Screening, wie Untersuchungen zeigen. „Das ist definitiv ein Versäumnis, wenn man bedenkt, dass im Frühstadium eines Diabetes die Netzhaut das einzige Gefäßgebiet ist, das hyperglykämische Schäden anzeigt – im Gegensatz beispielsweise zur Niere, die vor allem bei Insulinresistenz reagiert“, gibt Dr. Hans-Peter Hammes, ehemaliger

Ko-Vorsitzender der DDG-Arbeitsgemeinschaft „Diabetes & Auge“, zu bedenken. Zudem trage ein Augen-Screening dazu bei, eventuelle Schäden an großen Blutgefäßen vorauszusehen, zu verhindern und somit bestenfalls sogar das Sterblichkeitsrisiko zu verringern. „Die Augen sind ein Spiegel für den allgemeinen Gefäßzustand – Präventionsmaßnahmen an diesem Organ sind insbesondere bei einem Diabetes essenziell“, betont Hammes, ehemaliger Sektionsleiter Endokrinologie an der 5. Medizinischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim.

***DDG / jro***

*Quelle: Bratina, N. et al.: Differences in retinopathy prevalence and associated risk factors across 11 countries in three continents: A cross-sectional study of 156,090 children and adolescents with type 1 diabetes, https://doi.org/10.1111/pedi.13416*

Foto: annanahabed – fotolia.com

Nachdem der diatec-Kongress 2021 und 2022 coronabedingt ausschließlich online stattgefunden hatte, gab es in diesem Jahr eine Hybrid-Veranstaltung.

# Diabetes-Technologie am „Alex“ und virtuell

So kamen am 27. und 28. Januar zur Fachkonferenz diatec und dem anschließenden T1-Day unter der Schirmherrschaft von diabetesDE zahlreiche Besucher ins H4-Hotel am Berliner Alexanderplatz. Gleichzeitig sahen und hörten viele weitere Teilnehmer die aufgezeichneten Diskussionen und Vorträge von zu Hause aus im Stream. Ein umfangreiches Programm deckte alle Facetten der digitalen Welt im Bereich Diabetes ab. Veranstalter waren wie in den Jahren zuvor Lutz und Gabriele Heinemann. Bei einem AID-(Automatische-Insulin-Dosierung-)Praxis-Seminar konnten sich Interessierte von den Herstellern über die Möglichkeiten der einzelnen Geräte informieren lassen. Beim Kamingespräch am Abend ging es um die Erstellung und Finanzierung von Diabetes-Technologie-Schulungen.

Auch die Firmen präsentierten digitale Neuheiten.

Am Freitag wurden die wichtigsten im Jahr 2022 veröffentlichten Studien vorgestellt. Im anschließenden Symposium referierte Sandra Schlüter über personalisierte Technologie und deren Nutzen für die Diabetes-Teams, Dorothee Dies über AID-Systeme und Sarah Biester über den Einsatz von Diabetes-Technologie bei Menschen mit besonderen Anforderungen.

Der folgende Seminarblock drehte sich rund um Diabetes-Technologie: Datenanalyse bei AID-Systemen, virtuelle Behandlung, Telemedizin, Glukosekontrolle mit AID bei Typ-1-Diabetes und Sport, Diabetes-Technologie während der Schwangerschaft und bei Patienten mit psychischen Erkrankungen sowie Datensicherheit und Cybersecurity.

Am letzten Tag der diatec haben Experten diskutiert, inwiefern Diabetes-Technologie die Lebensqualität verbessert.

## Ein Tag für die T1-Community

Während der diatec-Kongress auf ein Fachpublikum zugeschnitten war, galt der anschließende T1-Day am 29. Januar, das größte Community-Event zu Technologie für Menschen mit Diabetes, ganz den Betroffenen. Neben zahlreichen Vorträgen konnten sich die Teilnehmenden in der Industrieausstellung über die neueste Entwicklung im digitalen Bereich informieren. Für mich waren es drei ganz besondere und wertvolle Tage. Ich habe sehr viele neue nützliche Informationen mitnehmen können, mein Netzwerk erweitert und Wegbegleiter wieder getroffen. Der Termin für das nächste Jahr ist bereits in meinem Kalender vermerkt.

*Norbert Kuster*

Fotos: Norbert Kuster, DDH-M NRW – Jonas Härter

# Diabetes-Informationen richtig bewerten

**Die DDH-M stärkt die „digitale Gesundheitskompetenz“ ihrer Mitglieder, etwa die Fähigkeit, vertrauensvolle von unseriösen Internetseiten zu unterscheiden. Herzstück des Projekts ist das Buch „Mit Diabetes informiert leben – das Handbuch.“ Es wurde für die Mitglieder unserer Selbsthilfeorganisation gemacht, ist aber auch frei im Buchhandel erhältlich.**

Wer „Diabetes mellitus“ in die Google-Suche eingibt, erhält mehr als 45 Millionen Treffer. Manchmal stehen in der Auflistung widersprüchliche Aussagen direkt untereinander. Viele Menschen können die Verlässlichkeit von Gesundheitsinformationen nicht richtig einschätzen. Darum ist der DDH-M Partner der Aufklärungskampagne, zu der neben dem Buch auch der Podcast „Der Zucker-Detektiv“ gehört. Dort wird im Gespräch mit Fachleuten mit Mythen rund um den Diabetes aufgeräumt.

## Bewusste Manipulation

Mitunter stecken handfeste wirtschaftliche Interessen hinter den falschen Behauptungen. Ein historisches Beispiel dafür ist die Einflussnahme der Zuckerindustrie auf Studien, um vom Risiko für Herzinfarkt durch zu viel Zucker abzulenken. Oft werden auch Gesundheitsprodukte mit falschen Behauptungen beworben. Besondere Vorsicht ist geboten bei reißerischen Versprechen oder befristeten Angeboten.

Über die Selbsthilfegruppen erreichen die DDH-M oft Anfragen von Betroffenen, die im Internet zu einer Fragestellung recherchiert haben und um eine Einschätzung der gefundenen Inhalte bitten. Wir verweisen dann auf Websites, die wir als qualitativ hochwertig, informativ und dauerhaft erreichbar einstufen.

## So erkennt man seriöse Seiten

Das Handbuch hilft Menschen mit Diabetes, die Vertrauenswürdigkeit von Internet-Informationen selbst zu bewerten, etwa anhand einer Checkliste für Wissenschaftlichkeit und Objektivität von Internetseiten. Das Buch „Digitale Gesundheitskompetenz für Menschen mit Diabetes“ ist auf Initiative der DDH-M in einem von der AOK Bayern geförderten Projekt entstanden. Die DDH-M hat das Buch inhaltlich mitgestaltet und Themen benannt, die aus Sicht der Betroffenen wichtig sind. Die Leser finden in diesem Buch kurze Texte zu verschiedensten Themen rund um Diabetes und jeweils dazu eine Auswahl vertrauenswürdiger und gut verständlicher Informationsquellen im Internet.

Foto: Isartal Health Media

**K. Kolpatzik: Mit Diabetes informiert leben – das Handbuch; Taschenbuch, 16,99 €, Isartal Health Media, ISBN 978-3-9823369-1-6**

### WIE STEHT ES UM DIE DIGITALE GESUNDHEITSKOMPETENZ DER DEUTSCHEN?

Ergebnisse aus der bundesweiten repräsentativen Studie der AOK aus dem Jahr 2020:

- 38,7 Prozent besuchten mindestens einmal pro Woche eine Website mit Gesundheitsinformationen.
- Mehr als die Hälfte (52,2 Prozent) verfügt nur über eine eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz.
- Fast der Hälfte (48,3 Prozent) fällt es schwer, zuverlässige von nicht zuverlässigen Informationen zu unterscheiden.
- Jüngere, Frauen sowie Personen mit höherem Einkommen und höherer Bildung haben eine etwas höhere digitale Gesundheitskompetenz.
- Gesündere Menschen haben eine höhere digitale Gesundheitskompetenz als Menschen mit einem schlechteren Gesundheitszustand, etwa mit mehreren chronischen Erkrankungen.

Foto: DDH-M NRW, Stefan Specht

*Bolko Bouché*

VIDEO-INTERVIEW

# „Tischtennis ist ein Ganzkörpersport“

**Jörg Roßkopf über Tischtennis, seine Karriere und die Vorteile des Sports für die Gesundheit.**

Am 25./26. 03. 23 richtete der renommierte Klub Borussia Düsseldorf gemeinsam mit dem NRW-Landesverband der DDH-M und dem Regionalen Innovationsnetzwerk (RIN) Diabetes erneut den DiaCup aus, ein Tischtennisturnier für Menschen mit Diabetes. In der ersten Mannschaft des amtierenden Deutschen Meisters Borussia Düsseldorf spielen bekannte Sportler wie der sechsmalige Olympia-Teilnehmer Timo Boll (42) und der Europameister Dang Qiu (26). Bundestrainer Jörg Roßkopf (53), der selbst als Profi für Borussia Düsseldorf gespielt hat, erklärt, was den Sport an der Platte ausmacht.

**Wann haben Sie selbst mit dem Tischtennissport angefangen?**
**Jörg Roßkopf:** Mit fünf Jahren habe ich mit dem Sport begonnen, mit 16 habe ich Bundesliga gespielt, wurde 1989 mit 19 Weltmeister und war bei fünf Olympischen Spielen am Start. Seit 2010 bin ich Bundestrainer für die Herren-Nationalmannschaft.

**Was ist das Besondere am Tischtennissport?**
**Jörg Roßkopf:** Was den Sport ausmacht, ist die Schnelligkeit. Ins Tischtennis kann man einerseits früh einsteigen, aber andererseits auch bis ins hohe Alter spielen. Tischtennis ist ein Gesundheitssport, den beinahe jeder schon einmal ausprobiert hat und spielen kann.

**Was braucht man, um erfolgreich zu spielen?**
**Jörg Roßkopf:** Wie in jeder Sportart, genau wie in der Arbeitswelt, muss man sich auch im Tischtennissport Ziele setzen. Man sollte Geduld aufbringen beim Erlernen der richtigen Vorhand- und Rückhand-Techniken und der Reaktionsschnelligkeit – schließlich ist das Spielfeld, der Tisch also, ja doch relativ klein. Wenn das geschafft ist, macht der Sport erst richtig Spaß.

**Wie trainieren die Sportler?**
**Jörg Roßkopf:** Tischtennisspieler absolvieren ein Gesamtkörpertraining – als Profis vier bis sechs Stunden täglich.

Fotos: Quelle: www.diabetesweb-tv.de

Dazu gehören natürlich Lauftraining und unter Anleitung eines Athletiktrainers auch Stabilisations- und Krafttraining. Beim Tischtennis sind nicht nur Arme, Hände und Schultern im Einsatz, die den Schläger bewegen, sondern der gesamte Körper. Also müssen auch Rumpf und Beine trainiert werden.

*Das vollständige Video-Interview finden Sie auf diabetesweb-tv.de/*

# Diabetes-Versorgung neu denken

Menschen mit Diabetes müssen häufig viele Experten aufsuchen, um bestmöglich behandelt zu werden. Im neu gegründeten Rheinischen Diabeteszentrum kommen die Experten gemeinsam zum Patienten statt umgekehrt. In dem neuen Zentrum haben sich die diabetologischen Fachabteilungen von drei Krankenhäusern (St. Hildegardis Krankenhaus Köln, St. Antonius Krankenhaus Köln und Maria-Hilf-Krankenhaus Bergheim) sowie das Medizinische Versorgungszentrum Severinsklösterchen zusammengeschlossen, um gemeinsam neue Wege in der Diabetesbehandlung zu gehen – zum Nutzen des Patienten. „Jeder Diabetologe hat seine Schwerpunkte und Gebiete, in denen er besonders erfahren ist", sagt Dr. Peter Loeff, Diabetologie-Chefarzt im St. Hildegardis Krankenhaus und Initiator des Zentrums. „Diese Kompetenzen bündeln wir hausübergreifend. Damit wird die Expertise in jedem beteiligten Haus erhöht und der Patient kann von einem großen Experten-Team profitieren, ohne von Arzt zu Arzt gehen zu müssen."

Durch die Vernetzung in einem gemeinsamen Zentrum stehen dem Patienten neben den Spezialisten vor Ort auch die Ärztinnen und Ärzte der anderen beteiligten Krankenhäuser zur Verfügung. Einmal wöchentlich tauschen diese sich im neuen „Diabetesboard" aus, besprechen komplizierte Einzelfälle und suchen für jeden Patienten die bestmöglichen Therapiemöglichkeiten. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Behandlung von Menschen mit komplexen Begleit- und Folgeerkrankungen wie dem diabetischen Fußsyndrom, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Gefäßerkrankungen. Neben der stationären Behandlung von Menschen mit Diabetes hat sich das Team des neuen Zentrums Aufklärung und Information auf die Fahnen geschrieben: Auf einem gemeinsamen Web-Portal finden Patienten Informationen zu vielen Themen rund um das Leben mit Diabetes, und regelmäßig lädt das Team zu Patienten- und Fachveranstaltungen zu Diabetes-Themen ein.

***Dr. Peter Loeff***
*Diabetologie-Chefarzt im St. Hildegardis Krankenhaus*

INFO
**www.rheinisches-diabeteszentrum.de**

RDZ Rheinisches Diabeteszentrum

## Schwangerschaftsdiabetes

**STUDIE ZEIGT NIEDRIGE NACHSORGE-ZAHLEN**

Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben nach der Geburt ein erhöhtes Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Postpartale Diabetes-Screenings nehmen aber nur knapp 40 Prozent der betroffenen Frauen in Anspruch. Das zeigt eine Studie des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) in Düsseldorf. Ältere und Frauen mit Insulinbehandlung während der Schwangerschaft nahmen eher an dem Screening teil, Frauen mit Migrationshintergrund, höherem Body-Mass-Index (BMI), Raucherinnen und Frauen mit schlechteren Blutzuckerwerten eher nicht. „Unter den Nichtteilnehmerinnen waren Frauen mit einem ungünstigeren Lebensstil häufiger vertreten", sagt Andrea Icks vom DDZ. Ob sie sich bewusst gegen ein Screening entschieden haben oder nicht über erhöhte Risiken und die Screening-Angebote informiert wurden, sei unklar. ***DDZ***

Fotos: RDZ Rheinisches Diabeteszentrum, VadimGuzhva – Fotolia

# Pseudogetreide

„EXOTISCH“, GLUTENFREI UND EMPFEHLENSWERT

**Heimische Getreidesorten stammen aus der Familie der Süßgräser. Dazu zählen Gerste, Hafer, Roggen, Weizen und ebenso Grünkern, Dinkel, Couscous, Bulgur, Triticale, Hirse, Mais und Reis.**

**Pseudogetreide** gehören anderen Pflanzenfamilien an und zählen nicht zum echten Getreide. Sie werden auch als „exotische Getreide“ bezeichnet.

Pseudogetreide sind glutenfrei. Besonders für Menschen, die an Zöliakie oder Glutenunverträglichkeit leiden, sind sie eine willkommene Alternative zu den „echten“ heimischen Getreidearten. Eine willkommene und zudem gesunde Alternative bieten Pseudogetreide zudem für Menschen, die bei ihrer Lebensmittelauswahl Abwechslung lieben und etwas Neues ausprobieren wollen – oder diejenigen, die ihren Fleischkonsum reduzieren möchten. Besonders beliebt sind diese Sorten bei **Vegetariern und Veganern**.

## Kerniges „Superfood“

Bekannte Pseudogetreide sind vor allem **Amarant, Canihua und Quinoa**. Sie sind nicht nur glutenfrei, sondern auch reich an Ballast- und Mineralstoffen. Sie verfügen über einen doppelt so hohen Eiweißgehalt wie die heimischen Getreidesorten. Das macht sich die Lebensmittelindustrie zunutze und bewirbt sie unter anderem als „Superfood“, auch für Sportler.

Die Körner von Amarant, Canihua und Quinoa kommen in der Küche wie echtes Getreide zum Einsatz, zum Beispiel für Pfannengerichte, Burger, Salate, Müsli, Müsliriegel und Backwerk. Gepuffter Amarant eignet sich für Müslis, Suppen und Salate.

**Buchweizen** ist ein Knöterichgewächs und zählt ebenfalls zum Pseudogetreide. Die Pflanze bildet aus ihren Blüten dreikantige Nüsschen. Die mehlhaltigen Früchte werden für Grütze und in gemahlener Form als Mehl für Kuchen (häufig in Verbindung mit Preiselbeeren) und Pfannkuchen verwendet. Buchweizen besitzt ein eigenes, leicht nussiges Aroma. In der osteuropäischen Küche, etwa in Polen und Karelien im Osten von Finnland, stehen kleine Buchweizenpfannküchlein regelmäßig auf dem Speiseplan. Sie werden mit saurer Sahne und gehackter Zwiebel serviert. Wer sich den Luxus leisten kann, krönt die sogenannten **Blinis** mit etwas Kaviar (Salzgehalt beachten). In der japanischen Küche sind Buchweizennudeln (Sobanudeln) zu finden.

In der modernen Küche und Bäckerei werden heute vermehrt **Chiasamen** eingesetzt. Die dunkelfarbigen Früchte der Chiapflanze sorgen vor allem in Müslis, Müsliriegeln, Salaten und Backwaren für Abwechslung. Die Inhaltsstoffe von Chiasamen ähneln denen von Pseudogetreide und sind außerdem reich an Omega-3-Fettsäuren. Eine Alternative dazu ist Leinsamen, ganz oder geschrotet, der auch auf deutschem Boden angebaut wird.

## Der Umwelt zuliebe

Pseudogetreide und Samen werden in der Regel importiert, da sie bestimmte Wachstumsbedingungen benötigen. Sie haben mitunter eine lange Reise hinter sich und verstärken somit den ökologischen $CO_2$-Fußabdruck. Achten Sie daher bei Ihrem Einkauf darauf, aus welchem Anbauland Ihr gewünschtes Erzeugnis kommt. Amarant wird beispielsweise auch in Österreich und Hirse in Deutschland angebaut. Entsprechende Produkte werden mit Demeter-, Bio- und Fairtrade-Siegel angeboten.

Wählen Sie Ihre Produkte sorgfältig aus. Größere Gebinde können Sie unter Umständen mit Nachbarn teilen.

*Huberta Eder*

Fotos: Der Stadtfotograf, msokolyan – stock.adobe.com

# Gemüsepfanne mit Quinoa

**Zubereitung:**
Quinoa in einem Küchensieb unter kaltem Wasser gut abspülen. Danach mit 125 ml Wasser unter Zugabe der natriumarmen klaren Gemüsebrühe aufkochen und ca. 15 Minuten bei geringer Hitzezufuhr garen. Deckel geschlossenen halten.
Paprikaschoten und Zucchini in Würfel, Frühlingszwiebeln in 1 cm breite Stücke schneiden.
Rapsöl in einer Pfanne erhitzen und alles Gemüse darin ca. 5 Minuten andünsten. Mit Gewürzen abschmecken. Zum Schluss gegarten Quinoa darunter mischen.
Mit glatter Petersilie garnieren und zu Tisch bringen.
**TIPP:** Quinoa kann für pikante und süße Speisen eingesetzt werden. Zu Mehl, Schrot oder Flocken vermahlen findet das „Korn der Inkas" auch in der Backstube Anwendung.

*Zutaten für 1 Portion:*

| | |
|---|---|
| 40 g | Quinoa |
| 125 ml | Wasser |
| 3 g | Cenovis natriumarme klare Gemüsebrühe |
| 30 g | Paprikaschoten, gelb |
| 30 g | Paprikaschoten, rot |
| 30 g | Zucchini |
| 20 g | Frühlingszwiebeln |
| 15 g | Rapsöl |
| Pfeffer, gemahlen | |
| Koriander, gemahlen | |
| Kreuzkümmel, gemahlen | |

*Zur Garnitur:*

| | |
|---|---|
| 1 g | glatte Petersilie |

**Nährwerte** für 1 Portion: 320/1.350 kcal/kJ | 8 g Eiweiß | 18 g Fett | 27 g Kohlenhydrate | 1,9/2,2 BE/KE | 8 g Ballaststoffe | 0 mg Cholesterin | 0,4 g Kochsalz | 40 mg Kalzium

Hier heraustrennen

# Buchweizengrütze

MIT ZIMTZUCKER, BRAUNER BUTTER UND FRÜCHTEN

*Zutaten für 1 Portion:*

| | |
|---|---|
| 40 g | Buchweizengrütze |
| 200 g | Wasser |
| 2 g | Butter |
| 5 g | Zucker |
| 50 g | Natur-Joghurt, 1,5 % Fett |
| 40 g | Birnen, auch mit Schale |
| 40 g | Himbeeren |

*Für den Zimtzucker:*

| | |
|---|---|
| 5 g | Zucker |
| Etwas | gemahlener Ceylon-Zimt |

*Zum Begießen:*

| | |
|---|---|
| 6 g | Butter |

**Zubereitung:**
Wasser mit etwas Butter und Zucker zum Kochen bringen. Buchweizengrütze hineinschütten und bei geringer Hitzezufuhr und geschlossenem Deckel ca. 10 Minuten ausquellen lassen. Gelegentlich mit dem Kochlöffel umrühren. Danach in eine Müslischale füllen.
Natur-Joghurt cremig rühren und in die Mitte der Buchweizengrütze geben. Zucker und Zimt mischen und die Grütze damit bestreuen.
Restliche Butter in einem Töpfchen auf der Herdplatte hell bräunen und über die Grütze gießen.
Birnen in Würfel schneiden. Zusammen mit den Himbeeren über die Grütze verteilen.
**TIPP:** Sie können auch anderes Obst oder Kompott zu der Grütze reichen.

**Nährwerte** für 1 Portion: 295/1.230 kcal/kJ | 6 g Eiweiß | 8 g Fett | 48 g Kohlenhydrate | 4/4,8 BE/KE | 5 g Ballaststoffe | 20 mg Cholesterin | 0,1 g Kochsalz | 90 mg Kalzium

Fotos: Kirchheim/Bernhard Kölsch - two4food.de

Hier herausstrennen

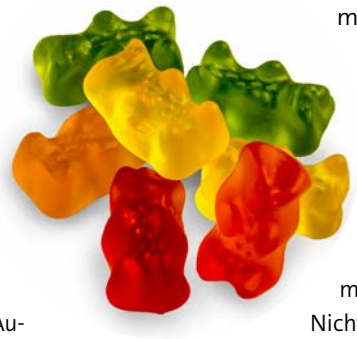
PUNKTUM

„Ach ja, ich vergess' immer, dass du Diabetes hast."

# Innen-*ein*-sichten

Letztens war ich mit Freunden beim Griechen um die Ecke. Es war winterlich kalt, die Aussicht auf Moussaka und Co. beschleunigte meinen Schritt – und es kam, was nach einem Tag am Schreibtisch kommen musste: am Tisch vor der Speisekarte Sturzflug der CGM-Werte.

Und dann eine Bemerkung, die sich durch den Hypo-Nebel einen Weg in mein Gehirn bahnte: „Ach ja, ich vergess' immer, dass du Diabetes hast."



Meine Synapsen schalten in einen wabernden Automodus: Na toll, ständig mächtig Mühe mit dem Mist. Anerkennung, Mitgefühl – Totalausfall. Kennt man ja … (mein Gehirn arbeitet nicht in ganzen Sätzen, wenn ich in Richtung Hypo unterwegs bin).

Während ich noch innerlich lamentiere, bricht langsam eine Erkenntnis durch meine matten, trübweißen Gedankenfetzen. Wo liegt hier eigentlich das Problem? Da nimmt dich gerade jemand nicht als „Mensch mit Diabetes", sondern als Mensch – punktum – wahr. Hypo-Nebel und Dunst der Voreingenommenheit verziehen sich unter der Wirkung des Traubenzuckers und dieser revolutionären Erkenntnis zusehends. Mein Gehirn meldet sich selbstkritisch mit ganzen Sätzen zurück: *Wir* sind hier das Problem, fahr mal diese Empörungsmaschinerie runter! Seitdem habe ich mir vorgenommen, bei Nicht-Betroffenen zuerst einen Blick hinter die Worte zu werfen.

Übrigens: Es wurde ein fröhlicher Abend mit KH-haltigem Essen, Getränken mit Volumenprozent und diabetesfreien Gesprächen.

*Meine Meinung*
*Beate Lyrmann*

Fotos: peopleimages.com – stock.adobe.com, Fotoldee – stock.adobe.com

# NEUE RUBRIK NACHGEFRAGT

?!

Ganz nach dem Motto „Sie fragen, unsere Fachleute antworten" starten wir ab der kommenden Ausgabe der Diabetika – Neues von uns" die Rubrik „Nachgefragt".

Will heißen: An dieser Stelle veröffentlichen wir künftig jeweils eine **Frage eines Lesers oder einer Leserin** zu einem Diabetes-Thema, das Ihnen auf den Nägeln brennt und lassen diese von einem Experten beantworten. Bei Ihren Fragen kann es um ganz unterschiedliche Themen gehen – beispielsweise um medizinische Hilfen, praktische, den Alltag betreffende Themen, um Versorgungsfragen oder um neueste Erkenntnisse aus der Forschung.

**Mailen Sie uns Ihre Fragen an redaktion@ddh-m.de**

## ÜBRIGENS:

Sie können diese neue Mailadresse auch nutzen, um uns einen Leserbrief zu schreiben. Teilen Sie uns mit, ob und warum Ihnen der ein oder andere Beitrag im Heft besonders gefällt. Genauso dankbar sind wir für kritische Stimmen oder Themenwünsche.

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und Ihr Feedback!

*Ihr Redaktionsteam*
*der* **DIABETIKA**

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes