2024 | 5

DIABETIKA
Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

Deutsche Diabetes Hilfe
Menschen mit Diabetes
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Diabetes und Pflege – Herausforderung auf mehreren Ebenen

Sowohl Pflegende als auch Menschen mit Diabetes, die Pflege benötigen, stehen häufig vor Problemen. Eines der größten ist die richtige Schulung des Personals.

Circa 8–10 % der Bevölkerung in Deutschland sind von einem Diabetes mellitus betroffen, und laut Untersuchungen der Forschenden steigt die Anzahl der Neuerkrankten stetig an – sowohl bei dem primär insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Diabetes mellitus Typ 2, bei dem die Insulinunempfindlichkeit der Körperzellen die Ursache ist. Hinzu kommt, dass heute auch jüngere Menschen neu an einem Diabetes mellitus Typ 2 erkranken. Daher steigt die Gefahr, dass über den langen Zeitraum Folgeerkrankungen entstehen können.

Foto: Adin - stock.adobe.com

Bei Menschen mit Typ-1-Diabetes gleicht sich durch verbesserte Therapiemöglichkeiten die Lebenserwartung an, sodass es inzwischen auch Menschen im hohen Alter gibt, die mit einem Diabetes mellitus Typ 1 leben.

Diese Tatsachen stellen für beruflich Pflegende eine Herausforderung dar, die sie nur mit dem notwendigen Fachwissen meistern können. In allen Bereichen des Berufsfeldes, egal ob Krankenhaus, Langzeitpflegeeinrich-

▶ *Fortsetzung auf S. 2*

INHALT

1 **Versorgung:** Diabetes und Pflege – Herausforderungen für Pflegende und Menschen mit Diabetes in Pflege

5 **Nordrhein-Westfalen:** DiaCup – ein Selbstbericht

6 **Aktuelles:** BlueJay U1 Smartwatch liest CGM-Werte des Dexcom aus

8 **Engagement:** Reitercamp des DDH-M in Nottuln

11 **Nordrhein-Westfalen:** Regionalkonferenz AVNR | Aachen zeigt Engagement – Tag der Vereine

14 **Lecker!:** Knochengesunde Ernährung | Ratatouille | Nuss-Nudeln

16 **Punktum:** Vertrauen gegen Vertrauen

MedTriX Group

tung oder ambulanter Pflegedienst – sie treffen auf Patient*innen, die von Diabetes mellitus betroffen sind und die auf die Fachkompetenz der Pflegepersonen angewiesen sind. Deshalb ist es unerlässlich, dass Pflegekräfte während ihrer Ausbildung, aber auch während ihrer gesamten Berufstätigkeit die Zeit und die Möglichkeiten haben, sich weiterzubilden.

Schulungen unzureichend

Zusätzlich werden durch die Forschung zur Erkrankung Diabetes mellitus die Therapien komplexer. Was vor zehn Jahren noch als Standardtherapie galt, ist heute in vielen Bereichen längst überholt. Leider wird die Praxis diesen Tatsachen oft nicht gerecht. In der Ausbildung zur Pflegefachkraft, die 2.100 theoretische und 2.500 Stunden praktische Ausbildung umfasst, sind etwa 20 Theoriestunden für das Thema Diabetes mellitus vorgesehen. Vertieft wird das erlangte Wissen durch Lerneinheiten, in denen es um Beratung und Anleitung von Patient*innen geht. Vergleicht man dies aber mit gängigen Patient*innenschulungen wie z. B. Primas® mit 12 Stunden oder Medias 2® bzw. Medias 2 ICT® mit 8 bzw. 12 Stunden, wird schnell klar, dass hier nachgebessert werden sollte. Dies erklärt auch, warum die immer komplexer werdende Therapie mit Insulinpumpen und Glukosesensoren aufgrund des Zeitmangels nicht regelhaft Teil der Ausbildung sein kann.

Gerade in Langzeitpflegeeinrichtungen, in denen aus unterschiedlichen Gründen ein noch größerer Mangel an Pflegefachpersonen herrscht als in Krankenhäusern und auch die Behandlung durch Diabetolog*innen nicht mehr bei allen Betroffenen geleistet wird, ist eine ausreichende Behandlung des Diabetes mellitus oft nicht möglich. Auch beim Einschalten eines ambulanten Pflegedienstes entstehen Probleme, zum einen, weil die Zeiten der Pflegedienst-einsätze zur Blutzuckermessung und Insulininjektion nicht zu den Essenszeiten passen, zum anderen aber auch, weil durch die hohe Personalfluktuation oft Pflegekräfte eingesetzt werden, die weder mit der Behandlung der jeweiligen Betroffenen vertraut noch ausreichend weitergebildet sind.

VITA: **Claudia Lenden**

Claudia Lenden ist seit 1984 Pflegefachkraft, seit 1999 Diabetesberaterin DDG, seit 1999 auch Mitglied im Diabetikerbund, jetzt DDH-M, und dort seit langen Jahren Vorstandsmitglied im Bezirk Köln/Rhein-Erft-Kreis. Zusätzlich absolvierte sie 2016 eine Weiterbildung zur Pflegeexpertin für Menschen mit Demenz und ist Sprecherin im „Bündnis für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen". Sie arbeitet im Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH.

Diabetesfachwissen fehlt häufig

Ein großer Teil der Ausbildung von Pflegefachkräften findet nach wie vor im Krankenhaus statt. Die Behandlung der Menschen mit Diabetes mellitus hat sich aber mehr und mehr in den ambulanten Bereich verschoben. Die meisten Patient*innen kommen nicht mehr ins Krankenhaus zur Umstellung der Therapie oder für Schulungen, sondern zur Behandlung von Folgeerkrankungen oder auch mit Erkrankungen, die gar nichts mit Diabetes mellitus zu tun haben. Dadurch ist in allen Bereichen der Pflege (und auch der Medizin!) ein Wissen über die Erkrankung Diabetes mellitus vonnöten, angefangen bei der Unterscheidung vom Insulinmangeldiabetes von dem Diabetes, der durch eine mangelnde Ansprechbarkeit der Zellen auf Insulin verursacht wird, über Behandlungsoptionen, Wirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen der verwendeten Medikamente und korrektes Verhalten bei Blutzuckerentgleisungen bis hin zur korrekten Blutzuckermessung (einschließlich sinnvoller Messzeitpunkte) und der Insulinapplikation. Eine Berechnung der Kohlenhydrate, die vor allem bei Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 1 zur Insulinberechnung notwendig ist, fällt dagegen in das Berufsfeld der Diätassistent*innen, die sinnvollerweise bei der Betreuung hinzugezogen werden.

Daher hatte die DDH-M NRW bereits 2022 anlässlich des Tags der Pflegenden

Forderungen an die Politiker*innen gerichtet, die genau die oben genannten Punkte aufgreifen.

- **Diabetologische Nachqualifikation durch Fort- und Weiterbildung von professionell Pflegenden:** Die Fachgesellschaft DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) hat drei verschiedene Weiterbildungen für dreijährig ausgebildete Pflegekräfte entwickelt: eine zweitägige „Basisqualifikation Diabetes-Pflege DDG“, einen zweiwöchigen Kurs „Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)“ und einen zehntägigen Kurs „Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)“. Die Basisqualifikation können Trainer*innenteams, bestehend aus einer/einem Diabetolog*in DDG, einer/einem Diabetesberater*in DDG und einer Pflegefachkraft, anbieten. Deutschlandweit haben aktuell 159 Personen die Trainer*inbefähigung erreicht, die Zahl scheint aber schnell zu wachsen. Die beiden weiterführenden Kurse zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG werden im Augenblick nur an einer Ausbildungsstätte angeboten. Die Pflegefachkräfte, die an diesen Weiterbildungen teilnehmen, haben im Gegensatz zu anderen Weiterbildungen, wie zur Intensiv- oder OP-Pflegefachkraft, keinen Anspruch auf ei-

AUFMERKSAMKEIT STEIGERN, QUALITÄT VERBESSERN

Fotos: privat // Studio Romantic - stock.adobe.com

EDITORIAL

Applaus, Applaus

Erinnern Sie sich noch? In der Corona-Zeit haben wir geklatscht für alle Pflegekräfte – und die Politik hat Großes versprochen. Der Beifall als Zeichen der Anerkennung und Wertschätzung hat für die Menschen, die in der Pflege arbeiten, jedoch auf lange Sicht nicht viel bewirkt.

Wie schwierig sich der Job immer noch gestaltet, besonders für beruflich Pflegende von Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, lesen Sie in der Titelgeschichte von Diabetesberaterin und Pflegefachkraft Claudia Lenden. Viel Applaus gab es auch für den Teilnehmenden beim DiaCup in Düsseldorf. Vorstandsmitglied Hartmut Diers stand erstmals seit 50 Jahren wieder an der Tischtennisplatte – und berichtet im NRW-Teil über seine Erlebnisse. Auch unsere Redakteurin Beate Lyrmann hatte in der jüngsten Vergangenheit Grund zum Applaudieren: Sie entdeckte ein Wearable, das ihr CGM-System direkt auslesen kann, wie sie auf S. 6/7 berichtet. Und nicht zuletzt verdienen alle, die für 35 Kinder mit Diabetes eine unvergessliche Reitwoche im Münsterland ermöglichten (siehe Beitrag auf S. 8), tosenden Beifall. Applaudieren Sie mit!

Ihre Chefredakteurin,
Julia Rommelfanger

Foto: auremar - stock.adobe.com

Weiterbildungen, finanzielle Anreize, Zertifikate für Kliniken und die Etablierung diabetischer Netzwerke könnten die Qualität der Pflege deutlich verbessern.

ne Lohnerhöhung. Auch die Arbeitgebenden haben zurzeit keinen (finanziellen) Vorteil, wenn sie Weiterbildungen im Bereich Diabetologie für ihre Pflegefachkräfte anbieten bzw. unterstützen.

- **Schaffung von Anreizsystemen, sowohl für Institutionen als auch professionell Pflegende:** Anreizsysteme, wie finanzielle Vorteile für professionell Pflegende, aber auch für die Institutionen oder aber die Verpflichtung eines Prüfsiegels, um Menschen mit Diabetes mellitus behandeln oder betreuen zu dürfen, sind sicher eine Möglichkeit, um die Qualität im Umgang mit Diabetes mellitus zu verbessern.
- **Schaffung von Anreizsystemen hinsichtlich der Erfordernisse einer modernen Diabetologie und der Patient*innensicherheit:** Es gibt für Krankenhäuser seitens der Fachgesellschaft DDG zwei Zertifikate, bei denen kontrolliert wird, ob Patient*innen mit Diabetes mellitus bei der Schulung und medikamentösen Behandlung gut versorgt sind (Diabeteszentrum DDG und Diabetes-Exzellenz-Zentrum DDG), aber nur eines, das sich mit der Versorgungsqualität der Patient*innen befasst, die nicht wegen, sondern mit dem Diabetes im Krankenhaus liegen („Klinik mit Diabetes im Blick"/DDG). Und auch hier wäre es ein Anreiz, wenn Kliniken, die Menschen mit Diabetes versorgen wollen, egal auf welcher Station, ein solches Zertifikat vorweisen müssten. Aber auch in der aktuellen Krankenhausplanung in NRW, die aktuell kurz vor dem Abschluss steht, ist dies kein Thema!
- **Förderung von Bildung und Verankerung von diabetologischen Netzwerken:** Diabetologische Netzwerke zwischen verschiedenen Akteur*innen der Fachbereiche, die Menschen mit Diabetes versorgen, gibt es, jedoch meist auf ärztlicher Ebene, in Form von Qualitätszirkeln zwischen Diabetolog*innen und Hausärzt*innen, die sich regelmäßig zu Fortbildungsveranstaltungen treffen. Zusätzlich ist das „Fußnetz Deutschland", das sich mit der Behandlung von Patient*innen mit diabetischem Fußsyndrom beschäftigt, sehr weit fortgeschritten und ein gutes Beispiel der Vernetzung unterschiedlicher Berufsgruppen, bei der auch die Krankenpflege einbezogen ist. Dies ist für andere Bereiche, z. B. die Versorgung von hochaltrigen/pflegebedürftigen Menschen mit Typ-1-Diabetes, bislang nur wünschenswert, aber noch nicht in Planung.

In der DDG hat sich mittlerweile in der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Geriatrie eine Gruppe gebildet, die sich mit diesen Themen auseinandersetzt und niederschwellige Zusatzangebote, vorerst für interessierte Pflegekräfte, ausarbeitet, um die Qualität in der Versorgung von Menschen mit Diabetes zu verbessern.

Das Thema Diabetes und Pflege bleibt also eine Herausforderung, allerdings ist positiv zu vermelden, dass es inzwischen mehr Aufmerksamkeit als in der Vergangenheit bekommt.

Claudia Lenden

Am 15. und 16. Juni 2024 wurde der DiaCup der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) Landesverband NRW e.V., dem Regionalen Netzwerk Düsseldorf Diabetes und Borussia Düsseldorf ausgetragen. Auch ich nahm bei dieser Gelegenheit nach vielen Jahrzehnten wieder einmal den Schläger in die Hand.

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

Erstes Tischtennis-Turnier seit 50 Jahren

Der DiaCup fand unter der Turnierleitung von Carsten Unt und Matthias Ernst auf dem Gelände von Borussia Düsseldorf statt. Leider waren nur 24 Hobbyspieler und 36 Vereinsspieler am Start – diese spielten aber unter großem Einsatz die jeweiligen Sieger aus. Es wurde in zwei Gruppen gespielt, in einer Gruppe waren die Hobby- und in der anderen die Vereinsspieler.

In den Gruppen spielten Frauen und Männer gegeneinander. Bei dem Turnier meldete ich mich als Hobbyspieler an, da ich zuletzt 1972 – vor mehr als 50 Jahren also! – Tischtennis gespielt hatte. Für mein erstes Spiel stand ich also um 10.15 Uhr an der Platte, gegen einen sehr jungen Spieler. Nach kurzem Einspielen wurde mit dem Match begonnen. Wir zählten unsere Punkte selbst und schrieben auch die Sätze und Punkte selbst auf eine Karte. Das stellte gar kein Problem dar, weil die Spielerinnen und Spieler bei diesem Turnier sehr fair miteinander umgingen.

Während der Spielzeiten musste ich immer wieder feststellen, dass mein Zuckermanagement gar nicht so einfach war. Ich habe zwar Erfahrung mit den Einstellungen beim Ausdauersport, aber bei den kurzzeitigen, schnellen Belastungen über 20 bis 40 Minuten musste ich erst lernen, meinen Blutzucker korrekt einzustellen. So war mein Zuckerspiegel manchmal etwas niedrig, sodass ich zusätzlich etwas essen musste. Das war aber kein Problem, denn von Borussia Düsseldorf wurde genügend bereitgestellt. Dieses galt auch für das Mittagessen und die Getränke über das ganze Turnier hinweg.

In den Pausen oder auch sonst, wenn nicht alle 20 Tischtennisplatten besetzt waren, konnte ich feststellen, dass viele, die sonst immer „Das kann ich nicht!“ sagen, an den Platten standen und spielten. Dies ist für mich der Beweis, dass jeder, der Tischtennis spielen möchte, diese Sportart im Grunde beherrscht. Die hervorragende Stimmung in der Halle sollte sich niemand entgehen lassen! Mitspielen dürfen alle Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes sowie mit Sondertypen, um beim DiaCup ein Wochenende mit vielen neuen Erfahrungen und viel Spaß zu erleben. Ich hoffe, im nächsten Jahr viel mehr Teilnehmende beim DiaCup zu sehen.

Hartmut Diers

Fotos: Jonas I. Haerter // Simon Fabig // lapisla -stockadobe.com

Infos: BlueJay

https://bluejay.website/
(auf Englisch)
Dokumentation für xdrip+:
https://xdrip.readthedocs.io/en/latest/install/usethedoc/
(auf Englisch)

Which watch? … oder brauche ich wirklich auch noch eine Smartwatch?

Smartphone, Sensor, Pumpe mit Schlauch: Es gibt Tage, da fühle ich mich wie ein Christbaum, behängt mit Technik. Das sind dann meistens auch die Tage, an denen alles piept, blinkt und irgendwie auf sich aufmerksam macht.

Für Umstände, in denen ich diskreter unterwegs sein möchte, habe ich mir deswegen ein Mini-Smartphone zugelegt. Das kann zwar meinen Closed Loop nicht steuern, den schicke ich aber ohnehin zum Schlafen, wenn ich zum Beispiel Sport mache. Leider fällt mir das kleine Teil in der Hitze des Gefechts auch schon mal herunter; beim letzten Mal hat es bleibende Schäden davongetragen.

Meine kleine Recherche brachte mich auf eine Idee: Eine Smartwatch kann nicht so ohne Weiteres herunterfallen. Aber ich wollte ja ein Gerät anstelle des Smartphones und kein zusätzliches! Eine Smartwatch, die meinen Dexcom G6 direkt ausliest? Genau, meine neue Bluejay U1 tut das. Das Wearable aus dem UK ist derzeit in der Beta-Phase und die Entwickler freuen sich über Feedback der Nutzer.

ENTSPANNT ALLES IM BLICK

Der erste Eindruck

Die Uhr läuft auf Android 8.1 und kommt mit der Software xdrip+, die nicht nur die Glukosewerte des Dexcom-Transmitters empfängt und anzeigt, sondern auch eine Menge interessanter Möglichkeiten bietet. Ausgefeilte Alarme können individuell konfiguriert werden, die wahrscheinliche Glukoseentwicklung wird angezeigt, es gibt Möglichkeiten zur Sprachausgabe und die Software kann mit verschiedener Diabetestechnik gekoppelt werden. ABER: Da es sich um eine kostenfreie Open-Source-Software handelt, die in der Bewegung der „Do-it-yourself-Looper“ entstanden ist, gibt es keine Hotline. Man muss sich selbst (mit Hilfen aus dem Internet und der genannten Community) einfuchsen.
Von ihrem eigentlichen Zweck einmal abgesehen ist die Smartwatch recht puristisch angelegt. Die Hardware wirkt zwar ein bisschen klobig, aber manch einer sieht erst beim zweiten Blick, dass sie nicht von einer der bekannten Marken stammt. Die per E-Mail erhaltene englischsprachige Doku ist ebenso puristisch, erlaubte mir aber auch ohne Vorkenntnisse hinsichtlich Smartwatches die Inbetriebnahme.

Glukose unter Kontrolle

Fotos: R. Lander // Beate Lyrmann

Meine Highlights

Die Bluejay hat deutlich weniger Verbindungsprobleme als mein (zugegeben etwas in die Jahre gekommenes) Smartphone; manchmal „rettet“ sie mich über den Bluetooth-Stress mit meinem Galaxy herüber. Updates kommen über das Netz und lassen sich unproblematisch installieren.

Kleines Display ganz groß: Die Menüs entsprechen der Version auf dem Smartphone.

Ich habe meine Werte am Handgelenk, auch wenn das Smartphone mit der offiziellen App außer Reichweite ist. Das verschafft mir – nicht nur beim Sport – buchstäblich Bewegungsspielräume und ich habe meine Glukosewerte trotzdem, auch dank der Vibrationsalarme, unter Kontrolle. Der Hersteller arbeitet derzeit aktiv an einer wasserdichten Hardware, die Betaversion ist noch nicht soweit, wie sich herausgestellt hat.

Die Software gibt mir Aufschluss darüber, wie schnell die Werte fallen oder steigen. Das macht meine Schnellschüsse bei der Therapieentscheidung zielsicherer.

Beim Autofahren ist ein Blick auf die Smartwatch kein Problem, auf das Smartphone darf ich eigentlich nicht schauen. Der Wert und die Kurve sind auf dem Display neben der Uhrzeit zu sehen.

Die Smartwatch empfängt Daten der beiden Dexcom-CGM-Systeme G6 und G7, die für mich wichtig sind. Weitere Systeme habe ich nicht getestet.

Meine Kritikpunkte

Der Akku könnte etwas länger halten. Wenn ich einen Tag lang mit der Watch unterwegs war, ist die Akkuleistung je nach Nutzungsintensität auf 40–25 % gefallen.

Mit ihren 50 x 43 x 16 mm könnte sie für mich flacher, kleiner und schicker sein. Immerhin ist sie mit 36 g nicht schwer.

Mein Fazit

Ich bin sehr zufrieden mit der Lösung; vor allen Dingen genieße ich die Freiheit weg vom Smartphone. Da Smartwatches mittlerweile gang und gäbe sind, ist ein kurzer Blick auf die Werte viel diskreter als der Blick aufs Smartphone.

Beate Lyrmann

Interview mit Richard Lander von Bluejay

WIE ALLES BEGANN: HTTPS://JAMORHAM.GITHUB.IO/ (AUF ENGLISCH)

Diabetika: Hallo Richard, schön, dass du dir die Zeit für ein Interview nimmst. Wann habt Ihr eigentlich die erste Bluejay Smartwatch auf den Markt gebracht?

RL: Unsere heutige Bluejay U1 geht zurück auf das „Diabetes Smart Home“-Projekt und auf „Parakeet“ (englisch „Papagei“) aus dem Jahr 2015. Das war eine Art Prototyp der aktuellen Smartwatches zum Selbstbau für G4-Sensoren.

Diabetika: Und wie kam es dazu?

RL: Familienmitglieder und Freunde waren von Diabetes betroffen, und so wurden wir auf die neuen CGM-Systeme aufmerksam – speziell auf das System von Dexcom –, die kontinuierlich aktuelle Glukosewerte bereitstellen. Wir erkannten sofort die Chancen der Automatisierung und wollten einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation von Betroffenen leisten. Mit den Messwerten lassen sich interessante technische Lösungen entwickeln.

Diabetika: Xdrip+ kann vieles, was kommerzielle Systeme nicht können. Entwickelt ihr auch Versionen für andere CGM-Systeme?

RL: Ja, wir arbeiten aktiv an anderen Sensorsystemen, denn es kommen neue Hersteller mit neuen Modellen auf den Markt.

Diabetika: Das hört sich spannend an. Was ist mit anderen technischen Lösungen, den offiziellen Closed-Loop-Systemen zum Beispiel?

RL: Wir behalten das alles sehr genau im Auge und arbeiten auf breiter Basis an Loop-Systemen, Daten in der Cloud, mit denen Angehörige die Glukosewerte aus der Ferne verfolgen können, natürlich: Datenerfassung und -auswertung für Behandler und Patienten. Aber derzeit kann die Bluejay U1 nicht mit Insulinpumpen kommunizieren.

Diabetika: Es gibt sicher noch jede Menge Entwicklungspotenzial. Wir werden das weiter verfolgen und wünschen viel Erfolg! Danke für das Gespräch und auch herzlichen Dank für euer Engagement.

Das Interview führte Beate Lyrmann.

Diabetes plus Reiten – klappt wunderbar

Zum bereits fünften Reitercamp hat der DDH-M Landesverband NRW e.V. wieder 35 Kinder auf den Reiterhof der Familie Altrogge–Terbrack in Nottuln im Münsterland eingeladen.

Während des Camps im Juli 2024 wurden die Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes im Alter von 8 bis 16 Jahren eine Woche lang rund um die Uhr über Tag und auch in den Nachtstunden betreut und erlebten eine Menge. Ümit Sahin aus Berlin, selbst an Diabetes erkrankt und engagiert in der Selbsthilfe, ließ es sich in diesem Jahr nicht nehmen, das Team überall dort zu unterstützen, wo er gebraucht wurde.

DEN DIABETES BESSER IM GRIFF HABEN

Seit 2019 veranstaltet die Deutsche Diabetes-Hilfe, Menschen mit Diabetes Landesverband NRW e.V., dieses Reitercamp für Kinder und Jugendliche mit Diabetes.

Ein Highlight der Woche war der Pony-Schmücken-Wettbewerb.

Fotos: Norbert Kuster // Thaut Images - stock.adobe.com

Das Camp erfordert von den Organisatoren eine Menge verschiedenster Aufwendungen. So beginnt die Vorbereitung des nächsten Camps bereits mit dem Ende des letzten. Die gesamte Woche kostet für 35 Kinder rund 50.000 Euro. Hierfür müssen unterschiedliche Sponsoren gefunden werden. Sobald die Finanzierung gesichert ist, kann das nächste Camp beworben werden. Hierzu tauschen sich Grafiker Klaus Lelgemann und Ansprechpartnerin Kathi Bahr aus, um einen Flyer zu entwerfen, der an Kinderdiabetologen und Krankenhäuser verschickt wird.

Viele Hundert Bewerber

Im Durchschnitt bekommen wir deutschlandweit und sogar aus dem Ausland ca. 450 Bewerbungen. Kathi Bahr hatte in diesem Jahr bei der Sichtung der Bewerbungen Hilfe von der erfahrenen Diabetesberaterin Louisa Austrup. Zusammen entscheiden diese beiden, wer an dem Camp teilnehmen kann und wer leider nicht. Bei der Auswahl der 35 Teilnehmenden aus diesen zahlreichen Bewerbungen müssen Dinge wie das Alter, die Versorgung des Diabetes, Begleiterkrankungen und vieles mehr berücksichtigt werden. „Für die Familien ist ein solches Camp natürlich Luxus – sie zahlen nichts dazu“, sagt Louisa Austrup. So werden beispielsweise auch Kinder ausgewählt, deren Familien ein solches Camp auf einem Reiterhof nicht finanzieren können. Ebenso wird ein Mix aus bereits reiterfahrenen und reitunerfahrenen Kindern zusammengestellt. In diesem Jahr konnten sich 4 Jungen und 28 Mädchen, plus 5 Tageskinder aus dem Münsterland, die nicht auf dem Reiterhof übernachteten, über eine Einladung nach Nottuln freuen.

Akribische Vorbereitung

Nach der Auswahl der Teilnehmenden starteten die Vorbereitungen zur Besorgung der Materialien. In diesem Zuge schrieben wir auch wieder Sponsoren an, mit der Bitte, uns bei Hypoartikeln zu unterstützen. Für eine Woche benötigt man extrem viele Materialien,

Hoch zu Ross: Das Reitercamp ist für Kinder mit und ohne Pferdeerfahrung geeignet.

um Unterzuckerungen entgegenzuwirken. Die CGM- und Pumpenfirmen wurden gebeten, uns Material zum Wechseln bereitzustellen, da immer mal wieder vergessen wird, genügend einzupacken. Für jedes Kind wird eine Mappe angelegt, in der während der Camp-Woche alle registrierten Blutzuckerwerte eingetragen werden. Auch Sensor- oder Katheterwechsel werden vermerkt. Jede Auffälligkeit wird protokolliert. So rutschte in diesem Jahr einer der Jungen vom Pferd und zog sich eine Rötung am Körper zu. Diese wurde fotografiert und festgehalten.

Kathi Bahr ist den Eltern bis zur Anreise in jeder Form behilflich. Zu ihren weiteren organisatorischen Aufgaben gehört das Zusammenstellen des Diabetesteams: Acht Diabetesberater*innen für den Tag und eine Nachtschwester müssen gefunden werden.

Bei der Anreise begrüßen wir jedes Kind mit den Eltern und sammeln hierbei die Krankenkassenkarte und den Impfpass ein. Diese werden dann in der jeweiligen Mappe des Kindes aufbewahrt. Jedes Kind bekommt bei der Ankunft eine Diabetesbox ausgehändigt. Hier sollen alle für das Kind relevanten Diabetesutensilien verstaut werden. Die Kiste kommt unter das jeweilige Bett und wird mit dem Namen des Kindes versehen. Um gerade zu Beginn Verwechslungen zu vermeiden, werden an den einzelnen Betten Namensschilder angebracht. Jedes Kind bekommt für die Woche auch einen eigenen Trinkbecher.

Lernen von den anderen

Die Kinder erlernten während der Reitwoche im Juli im Umgang mit den Pferden ihren Blutzucker besser wahrzunehmen. „Bevor die Kinder auf dem Pferd saßen, haben wir nochmals gemeinsam die Werte gecheckt und mit ihnen gemeinsam überlegt, ob es vor der Reitstunde Sinn macht, noch Kohlenhydrate zuzuführen“, erzählt Louisa Austrup, die die Kinder und Jugendlichen als eine der Diabetesberaterinnen vor Ort betreute. Wie sie hatten alle Betreuenden Pferdeerfahrung und waren den Kindern etwa auch beim Auskratzen der Hufe oder Anlegen des Zaumzeugs behilflich.

In der Reitercamp-Woche können die Kinder ihre Sorgen mit anderen Kindern und den Betreuern teilen, aber auch ihrem Frust einmal freien Lauf lassen. Sie erkennen, dass sie mit der Problematik rund um ihren Diabetes nicht alleine sind, fühlen sich ernst genommen und lernen vieles in Bezug auf ihren Diabetes dazu. „Durch den Austausch mit anderen ergibt sich nicht selten die Lösung für ein Problem oder eine neue Erkenntnis, etwa zu einer alternativen Injektionsstelle für den Katheter am Oberschenkel statt am Bauch“, bemerkt Louisa Austrup.

Im Umgang mit Bewegung, Ernährung, den anderen Teilnehmenden und den Pferden lernten die Kinder während der Woche ihren Diabetes neu kennen. Sie fühlten sich „wahrgenommen“ und waren unter ihresgleichen. Die Diabetesberater*innen berechneten die Mahlzeiten, nahmen die Katheterwechsel für die Insulinpumpen vor, schritten bei drohenden Unterzuckerungen ein und standen für die Übernahme aller weiteren Aufgaben zur Verfügung, die sich im Tagesablauf ergaben. Wer gerade nicht hoch zu Ross saß oder einem anderen Programmpunkt nachging, wurde zum Umgang mit dem Diabetes geschult. Dabei ging es beispielsweise um folgende Themen:

IMPRESSUM

Deutsche Diabetes-Hilfe –
Menschen mit Diabetes (DDH-M) e. V.
Schnellerstr. 123, 12439 Berlin
Tel. (030) 63 22 87 00
Fax (030) 63 22 86 98
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. (0203) 608 44-0
Fax (0203) 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. (06 11) 9 746-0, Fax (06 11) 9 74 64 80-2 28
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) 78 52 02
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.

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

Deutsche Diabetes Hilfe
Menschen mit Diabetes
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

- Berechnung der Mahlzeiten
- Unterzuckerung
- Überzuckerung
- Spritzstellen
- Diabetes in der Schule
- Positiv- oder Negativ-Erfahrungen?
- Pumpe oder Pen, was spricht dafür/dagegen?
- BZ messen – blutig oder mit CGM?
- Diabetes auf Reisen, was sollte beachtet werden?
- Wirkung des Insulins
- Was ist Ketoazidose, und wie wird diese behandelt?
- Bessere eigene Akzeptanz des Diabetes
- Motivation zum eigenverantwortlichen Kümmern

Hinzu kommt der nicht zu unterschätzende Bereich Psychosomatik. Viele der Betroffenen haben beim Reitercamp endlich die Gelegenheit, Dinge anzusprechen, die sie nicht mit den Eltern besprechen wollen oder können. Manchmal bemerkt das Team aber auch Verhaltensauffälligkeiten, wie sozialen Rückzug oder Aggression, und gibt hierzu Hilfestellungen. „Dabei geht es nicht zuletzt darum, mehr Selbstständigkeit und Sicherheit im Management der Erkrankung zu erlangen, auch im Austausch mit den anderen“, sagt Louisa Austrup.

Ausklang mit Eltern

Am Freitagnachmittag kommen die Eltern traditionell zu einem „bunten Nachmittag“ zum Reiterhof. Bei dieser Gelegenheit wird erzählt, was die Kinder in der Woche erlebt haben und welche Fortschritte sie gemacht haben. Vorher bekommen die Eltern jedes Kindes ein Einzelgespräch mit der jeweiligen Betreuungsperson. Hierbei

An der Longe fühlten sich auch Anfänger sicher im Sattel.

wird die Woche noch einmal speziell in Bezug auf das Kind gespiegelt und den Eltern eventuell Tipps mitgegeben. Auf Wunsch werden die in der Mappe des Kindes aufgezeichneten Blutzuckerwerte, Wechsel von Kathetern oder Sensoren und sonstige Dinge, die während des Camps aufgefallen sind, dem behandelnden Team zugetragen. „Die Kinder waren auch in diesem Jahr durchweg sehr zufrieden – manche wollen beim Reiten bleiben und die meisten sind sehr viel selbstständiger im Umgang mit ihrer Erkrankung geworden“, berichtet Louisa Austrup.

Auch wenn alle Betreuer*innen nach der Woche extrem erschöpft waren, fiel diese Erschöpfung am Freitagnachmittag von allen ab, denn solch dankbare Kinder und auch Eltern erlebt man nicht alle Tage. Ohne die Unterstützung von Kathi Bahr, aber auch allen anderen Beteiligten, wäre ein derartiges Camp nicht möglich – und alle waren sich am Ende einig: „Wir freuen uns schon jetzt auf das nächste Jahr!“

Norbert Kuster und
Julia Rommelfanger

Wir möchten uns bei den Sponsoren bedanken: IKK classic, Dexcom, Abbott, Sanofi, Medtronic, Insulet, Roche, Beurer.

Fotos: Norbert Kuster

Regionalkonferenz Apothekerverband Nordrhein in Köln:

Apothekenreform im Fokus

Mitte Juli luden der Apothekerverband Nordrhein e. V. und die Apothekerkammer Nordrhein zur Information und Stellungnahme zu den Apothekenreformplänen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ein.

Einige der gravierendsten Auswirkungen: Studierte Apotheker/innen sollen nur noch acht Stunden pro Woche in der Apotheke anwesend sein. Dies bedeutet auch, dass Betäubungsmittel, Impfungen, Herstellung von Spezialmedikamenten und Medikationsanalysen nur noch in diesen Stunden stattfinden können. Um das Zeitmanagement muss sich dann jede/r Patient/in selbst kümmern. Die Apotheke wird vom kompetenten Gesundheitsdienstleister zur Ausgabestelle von Medikamenten degradiert, womit auch die heute hohe Qualität in der wohnortnahen Arzneimittelversorgung als zweitrangig eingestuft wird. Das Apothekensterben wird unter diesen Voraussetzungen noch weiter beschleunigt.

Stellungnahme der Apothekerverbände

Diese „Reform“, so sowohl Thomas Preis vom AVNR als auch Dr. Armin Hoffmann als Präsident der Apothekerkammer, wirke sich somit auf die gesicherte Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aus und die größten Leidtragenden seien die Patient/innen, deren Daseinsfürsorge durch die Apotheke vor Ort nicht mehr geleistet werden könne. Die Reform führe nicht zu weiteren (Filial-) Apotheken, sondern eher zu erhöhtem Apothekensterben mit entsprechendem Verlust von Arbeitsstellen.

Patientenstatement

Dies mache uns als Patienten und auch Menschen mit Diabetes Angst, so Sabine Härter vom DDH-M LV NRW e. V. als geladene Vertreterin der Patient/innen. Jede Apotheke weniger sei ein Verlust und gehe zulasten der Patient/innen. Jeder brauche persönliche Beratung in der Arzneimitteltherapie, gerade weil viele Menschen mit Diabetes mehrere Medikamente einnehmen. Mehr Menschen mit Diabetes benötigen zudem mehr kompetente Beratungsstellen vor Ort, wie die Apotheke mit hohem Qualitätsniveau. Dass man nun angesichts eines steigenden

Foto: eyetronic - stock.adobe.com

DIABETIKA

VORÜBERGEHEND GESCHLOSSEN?

Versorgungsbedarfs mit der Apothekenreform plant, dieses Qualitätsniveau zu senken, ist aus Patient/innensicht unverständlich und nicht hinnehmbar. Patient/innen nutzen die Apotheke nicht nur in Bezug auf Medikamente, sondern auch bei Fragen zur gesunden Lebensführung, Ernährung und Handhabung von Hilfsmitteln, gerade auch im ländlichen Raum, wo andere medizinische Versorger/innen selten werden.

Politik und Ärzteverband vor Ort

Dr. Ralph Elster, Bürgermeister von Köln, zeigte auf, dass nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch in der Großstadt Köln viele Apotheken schließen. Dies liege auch am Kostendruck, der auf den Apotheken laste und auch nicht durch die Reform minimiert werde. Die Reform würde zu mehr Kostensteigerungen führen, die auch nicht durch die wenigen Ersparnisse kompensiert werden könnten, so der Rechtsanwalt und Steuerberater Gabriele Amoriello.

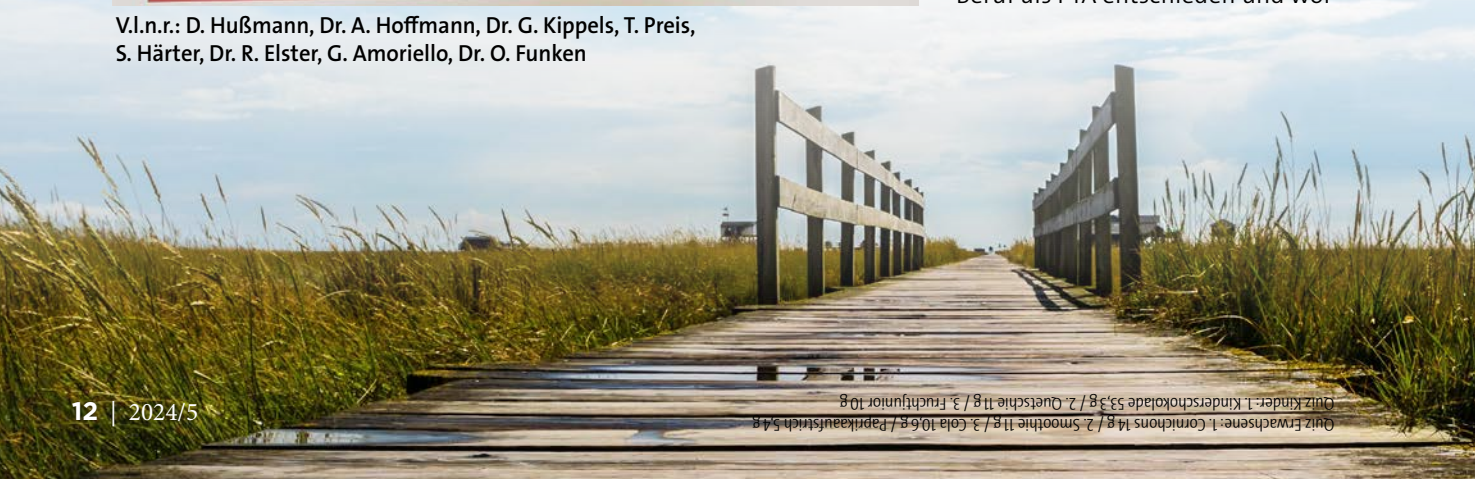
V.l.n.r.: D. Hußmann, Dr. A. Hoffmann, Dr. G. Kippels, T. Preis, S. Härter, Dr. R. Elster, G. Amoriello, Dr. O. Funken

REALITÄTSFERNE „REFORM“

Dr. Oliver Funken, Mitglied des Bundesvorstandes des Hausärzteverbands, kritisierte die geplante Verringerung von Kompetenz in der Apotheke. Die geplante Reform sei völlig realitätsfern. Jeder kenne die Herausforderungen von demografischem Wandel und Mangel an Fachkräften für die ambulante Versorgung vor Ort, genau wie die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit von Hausärzt/innen und Apotheker/innen, besonders im Hinblick auf Arzneimitteltherapiesicherheit. Nach Dr. Funken sei die Rückfrage der Politik vor Ort notwendig danach, was bei der Primärversorgung wichtig sei und wo die aktuellen Probleme wirklich lägen.

PTA weigern sich

Der Aspekt der Reform hin zu weniger Zeiten, in denen studierte Apotheker/innen vor Ort sind, bedeutet, dass die restliche Zeit von den Pharmazeutisch-Technischen Assistent/innen (PTA) zu leisten sei. Dagmar Hußmann, Leiterin der PTA-Lehrakademie in Köln, sagte klar und deutlich: „PTA sind keine kleinen Apotheker. Sie haben sich bewusst für den Beruf als PTA entschieden und wol-



Quiz Erwachsene: 1. Cornichons 14 g / 2. Smoothie 11 g / 3. Cola 10,6 g / Parkhausfurich 5,4 g
Quiz Kinder: 1. Kinderschokolade 53,3 g / 2. Quetschie 11 g / 3. Fruchtjunior 10 g

len weder die Verantwortung noch die Leitung der Apotheken leisten. Für die Leitung der Apotheke mit allen damit verknüpften Aufgaben werden PTA auch nicht ausgebildet, und schon gar nicht für das Führen einer Video-Apotheke.“ Eine Ausbildungsanpassung solle zwar passieren, aber in den üblichen PTA-Schulen sei dies nicht möglich.

Empfehlung des Bundespolitikers

Dr. Georg Kippels (Mitglied des Bundestags/CDU/CSU) steht hinter der qualitativ hohen Daseinsfürsorge für die Bevölkerung durch die Apotheken. Eine Apotheke vor Ort sei auch ein (wirtschaftliches) Qualitätskriterium für einen Standort. Er wies auf die aktuellen Herausforderungen in Land, Bund und der Welt hin, die auch viele finanzielle Mittel binden. Die Nöte in den Apotheken seien aber nicht durch Telemedizin und noch weniger durch Übertragung der Aufgaben auf die PTA zu lösen. Eine Reform sei dringend notwendig, aber nur, wenn diese im Dialog mit den Praktiker/innen vor Ort und auch mit den Patient/innen erarbeitet werde. Er empfiehlt den Widerstand gegen diese „Reform“ aufrechtzuhalten, zu bündeln und stetig unmissverständlich in die Politik zu tragen. Dazu sind auch die Patient/innen bereit.

Sabine Härter

Aachen zeigte Engagement – und der BV Aachen auch

SELBSTHILFE – IMMER EIN GEWINN!

Ende Juni bei heißestem Sommerwetter fand im Stadtpark am Eurogress in Aachen der **Aktionstag der Vereine** statt. Auch der Bezirksverband Aachen nahm mit einem Stand teil. Neben dem Informationsangebot des Vereins zu Diabetes gab es diesmal auch ein Zuckerquiz, bei dem der Zuckergehalt von Lebensmittel bezogen auf 100 g des Produkts geschätzt werden musste (siehe unten). Für Kinder und Erwachsene gab es am Ende des Tages gespendete Produkte als Gewinne. Gemeinsam mit mir waren Birgit Dangela, Hartmut Diers und mein Mann Jonas den ganzen Tag im Einsatz (hier nochmals vielen Dank dafür). Gespräche wurden über Ernährung(-sumstellung), Therapieformen und Vorbeugung geführt. Nach langer Corona-Pause war der Wissensdurst der Tagesgäste recht hoch. Dazu wurden auch, wie immer in Aachen, Find-Risk-Tests durchgeführt. Selbst Sibylle Keupen, Oberbürgermeisterin von Aachen, nutzte die Gelegenheit und ließ sich zu ihrem Ergebnis beraten.

Sabine Härter

Zuckergehalt von Lebensmitteln (pro 100 g)

Erwachsenen-Quiz:

1. Coca Cola
2. Grüner Smoothie: Apfel, Kiwi, Ananas, Birne
3. Cornichons mit Honig verfeinert
4. Genauer Gehalt von Gemüseaufstrich Gelbe Paprika

Kinder-Quiz:

1. Frucht-Quetschie (Mus: Apfel, Mango, Pfirsich)
2. Kinderschokolade
3. Fruchtjunior (Quark: Erdbeere + Aprikose)

Die Auflösung zu unserem Quiz finden Sie auf Seite 12.

Fotos: AVNR // Jonas I. Haerter // Brad Pict - stock.adobe.com // Animaflora PicsStock - stock.adobe.com // vectorplus - stock.adobe.com

Knochengesunde Ernährung – mit Kalzium und Vitamin D

Erwachsenen werden 1.000 mg Kalzium pro Tag empfohlen. Damit Kalzium vom Darm aufgenommen werden kann, ist das Sonnenvitamin D notwendig. Es wird mit der Nahrung aufgenommen und mithilfe von UV-B-Strahlung unter der Haut synthetisiert.

GESUNDER LEBENSSTIL VERLANGSAMT KNOCHEN-ABBAU

Im höheren Alter lässt die Vitamin-D-Synthesefähigkeit nach. Eine unzureichende Vitamin-D-Versorgung führt zu Knochenbrüchen, Stürzen und Kraftverlust. Bei Veganern ist die Frakturrate um 30 % erhöht. Hauptspeicherorte für Kalzium(-phosphat) sind Knochen und Zähne. Die Einnahme von Kalziumpräparaten sollte mit dem Arzt besprochen werden.

Wichtige Kalziumlieferanten sind
Käse, vor allem Hartkäse wie Emmentaler und Parmesan (1 Portion/Tag), Milch und Milchprodukte (1 Portion/Tag), dunkelgrüne Gemüse wie Brokkoli, Fenchel, Grünkohl oder Lauch sowie Kräuter, Hülsenfrüchte, Nüsse, Mandeln und Samen, kalziumreiches Mineralwasser (≥ 150 mg/l), kalziumangereicherte Fruchtsäfte und Pflanzendrinks (ohne Phosphatzusatz).

Die Kalziumaufnahme fördern
Vitamin-D, enthalten in Seefisch, Hering, Aal, Sardinen, Thunfisch, Eiern, Milch, Champignons, Milchzucker (Laktose), enthalten in Milchprodukten, Milchsäure, enthalten in Sauermilchprodukten, Vitamin C, enthalten in Früchten, vor allem in Zitrusfrüchten, Gemüse, Kartoffeln und Kräutern, Sojaeiweiß (Tofu, Sojadrinks).
Um nächtlichem Knochenabbau vorzubeugen, ist z. B. Buttermilch mit Frucht als kalziumreiche Spätmahlzeit zu empfehlen.

Kalziumaufnahme im Darm hemmen
- Oxalsäure, enthalten in Spinat, Rhabarber, Mangold, Kakao und Roter Bete, verbindet sich mit Kalzium zu unlöslichem Oxalat; es ist ratsam, zu einer kleinen Portion Spinat eine Extra-Portion Milch zu trinken;
- Phytinsäure, enthalten in Getreide, Weizenkleie, Hülsenfrüchte und Samenkernen.

Kalziumausscheidung fördern
- Hoher Zuckerkonsum, u. a. gesüßte Limonaden und Süßigkeiten; kleiner Tipp hierzu: den Kuchenverzehr einschränken.
- Hoher Salzverzehr: Daher lieber mit reinen Gewürzen und Kräutern selbst würzen!
- Hoher Kaffeekonsum: Die Menge auf 2–3 Tassen pro Tag beschränken (ca. 0,5 l).
- Eiweiß- und fettreiche Ernährung

Weniger Phosphat
- Eine hohe Eiweißaufnahme ist mit einer gesteigerten Phosphataufnahme verbunden. Phosphat und Kalzium verbinden sich miteinander und werden nicht vom Darm aufgenommen. Ein hoher Phosphatspiegel im Blut fördert außerdem die Entkalkung der Knochen. Daher: Fleisch- und Fischportionen reduzieren und die Mahlzeit stattdessen mit Gemüse ergänzen. Auf käsebetonte Mahlzeiten wie Käsefondue oder Raclette lieber verzichten.
- Auf phosphathaltige Zusatzstoffe verzichten; hierunter fallen z. B. Käse mit phosphathaltigen Schmelzsalzen, Kondensmilch, Kaffee mit Milchpulver, Backpulver oder Cola-Getränke mit Phosphat als Säuerungsmittel.

Insgesamt ist ratsam, im Sinne der Knochengesundheit auf einen gesunden Lebensstil zu achten. Das heißt, Stress abbauen, den Alkoholkonsum einschränken (1-Glas-Regel) und das Rauchen beenden. Ausdauersport, am besten im Freien, beugt gesteigertem Knochenabbau vor.

Eine ausgewogene vitaminreiche Ernährung ist wichtig. Kalzium sollte über den Tag verteilt aufgenommen werden. Achtung: Übergewicht vermeiden, denn überschüssige Kilos belasten Knochen und Gelenke.

Huberta Eder

Fotos: Der Stadtfotograf // alinamd - stock.adobe.com // Yulia - stock.adobe.com

Ratatouille
Französischer Gemüsetopf

Zutaten für 4 Portionen:

- 150 g Paprikaschoten, gelb
- 150 g Paprikaschoten, rot
- 150 g Paprikaschoten, grün
- 300 g Auberginen
- 250 g Zucchini
- 300 g Tomaten
- 200 g Gemüsezwiebeln
- Wahlweise 1 Knoblauchzehe
- 30 g Olivenöl
- Frischer Thymian
- 1 Zweig Rosmarin
- Pfeffer
- Paprika edelsüß

Zubereitung:
Gemüse in gabelgerechte Stücke schneiden. Knoblauchzehe fein würfeln. Olivenöl in einem Topf erhitzen. Gemüse darin andünsten. 1–2 Tassen Wasser angießen. Kräuter von den Stielen zupfen. Rosmarinnadeln grob zerhacken. Beide Kräuter hinzufügen. Alles mit Pfeffer und Paprika edelsüß abschmecken. Den Gemüsetopf bei geschlossenem Deckel und mittlerer Hitzezufuhr ca. 20 Minuten garen.

Nährwerte für 1 Portion: 165/690 kcal/kJ | 5 g Eiweiß | 9 g Fett | 13 g Kohlenhydrate | 0/0 BE/KE | 8 g Ballaststoffe | 0 mg Cholesterin | 0 g Kochsalz | 60 mg Kalzium

TIPP:
Ratatouille bedeutet auf Deutsch „Durcheinander“.
Wer möchte, kann die Schale von den Paprikaschoten mit einem Sparschäler abschälen.

Nuss-Nudeln

Zutaten für 3 Portionen:

- 5 g Olivenöl
- 35 g Haselnusskerne, gerieben
- 20 g Margarine
- 25 g Tomatenmark
- 250 g Vollkorn-Nudeln
- 40 g Parmesankäse, gehobelt
- 3 g Petersilie, gehackt

Zubereitung:
Olivenöl in einer Pfanne mittelstark erhitzen. Die geriebenen Nüsse darin leicht anrösten. Nunmehr Margarine, Tomatenmark und ¼ Liter Wasser hinzufügen und unter Rühren zu einer dicklichen Soße verkochen.
Nudeln kochen, mit kaltem Wasser abspülen und unter die Nuss-Tomaten-Soße mischen.
Vor dem Servieren mit gehobeltem Parmesankäse und gehackter Petersilie bestreuen.

TIPP:
Dazu passt ein gemischter Salat.

Nährwerte für 1 Portion: 510/2.120 kcal/kJ | 18 g Eiweiß | 20 g Fett | 60 g Kohlenhydrate | 4,7/6 BE/KE | 8 g Ballaststoffe | 10 mg Cholesterin | 0,2 g Kochsalz | 230 mg Kalzium

Fotos: julijadmi - stock.adobe.com // haoliang - iStockphoto

Hier heraustrennen

Hier herausstrennen

PUNKTUM

Vertrauen gegen Vertrauen

Vertrauen zu Familie und Freunden, aber auch zu den Mitmenschen, ist ein wichtiger Aspekt für Menschen mit Diabetes. Unser inneres Gleichgewicht gewinnt deutlich an Stabilität, wenn wir uns darauf verlassen können, dass unsere Bedürfnisse wahrgenommen, respektiert und nicht infrage gestellt werden.

Aber wie sieht es eigentlich umgekehrt aus? Ich finde, wir sollten alles dafür tun, dass unser Umfeld auch Vertrauen in uns haben kann, sich darauf verlassen kann, dass wir auf uns aufpassen, durchdachte Entscheidungen treffen und Risiken pragmatisch einschätzen. Eine Hypo oder eine unverständliche Reaktion kann bei Mitmenschen, die uns nicht jeden Tag um sich haben, für Unsicherheiten sorgen. Aber mit sachlichen Erklärungen und Situationen, die gut laufen, reagieren sie mit der Zeit aufmerksam, aber nicht gestresst auf Ausreißer. Sie haben Vertrauen gewonnen, dass alles seine Richtigkeit hat.

Es kann sein, dass das nicht leicht fällt und eine solche Entwicklung Zeit braucht. Vielleicht muss man sich auch fragen, in welche Menschen man Erklärungen und Zeit investieren möchte. Aber es ist und bleibt eine Frage des gegenseitigen Vertrauens: Nicht nur, ob wir mit unseren Bekannten und Freunden in Urlaub, auf eine Wanderung oder zum Sport gehen möchten, sondern auch, ob sie das wollen.

Meine Meinung
Beate Lyrmann

Fotos: John Smith // valdis torms – fotolia // Tinnakorn - stockadobe.com // matho - stock.adobe.com

TIPPS + NEWS

Size matters!

Nicht nur der Body-Mass-Index (BMI), sondern auch die Körpergröße beeinflusst das Diabetesrisiko. Das zeigt eine neue Untersuchung am Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) in München. Genauer gesagt könnte bei großen Menschen das Risiko für Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterschätzt werden, wenn nur der BMI zugrunde gelegt wird. Die Recherchen am DZD deuten nämlich darauf hin, dass bei gleichem Anstieg des BMI der Fettanteil und das Risiko für Typ-2-Diabetes bei größeren Menschen höher ausfallen als bei kleineren Menschen.

Die Analyse der Daten von 972 Teilnehmenden an der Tübinger Diabetes-Familienstudie zeigten, dass der positive Zusammenhang zwischen BMI und genau gemessener Gesamtkörperfettmasse mit zunehmender Körpergröße sowohl bei Frauen als auch bei Männern stärker wird. Des Weiteren fanden die Forscher heraus, dass das Risiko für Typ-2-Diabetes mit einem BMI-Anstieg von 5 kg/m² allmählich von 1,58 in der niedrigsten Größenklasse (≤ 150 cm) auf 2,85 in der höchsten Größenklasse (> 180 cm) anstieg. Die Ergebnisse legen nahe, dass der BMI bei größeren Menschen die Fettmasse und das kardiometabolische Risiko besser widerspiegelt als bei kleineren Menschen.
Veröffentlicht wurde die Studie in der Fachzeitschrift *The Lancet Diabetes & Endocrinology*.

jro/DZD

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes