2025 | 2

DIABETIKA
Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

Welches CGM-System funktioniert beim Sport am besten?

Die IDAA Deutschland ist die nationale Vereinigung diabetischer Sportler jeder Leistungsklasse. 25 Mitglieder konnten Ende September 2024 an einer einwöchigen Studie des Zentrums für Sportwissenschaft der Universität Bayreuth unter der Leitung von Prof. Dr. Othmar Moser teilnehmen, in der die Messgenauigkeit von drei CGM-Systemen unter Alltagsbedingungen und bei sportlicher Belastung gegenüber der klassischen Blutzuckermessung verglichen wurden. Ich war Teilnehmer dieser aufwendigen, aber auch hochinteressanten Studie.

Als „CGM“ werden kontinuierliche Glukose-Messsysteme bezeichnet, die im Abstand von Minuten den Glukosewert kontrollieren. Zweifellos ist deren zwischenzeitliche Etablierung eine Revolution in der Therapie des Diabetes. Glukosewert und -trend sowie die Alarmfunktionen unterstützen die Behandlung erheblich.

Dies gilt insbesondere bei körperlichen Aktivitäten. Sportler*innen mit Diabetes haben besondere Herausforderungen zu meistern, um eine Unter- bzw. Überzuckerung während oder nach der Aktivität zu vermeiden und optimal leistungsfähig zu sein. Die Insulinversorgung ist in Abhängigkeit vom Trainingszustand, der Tageszeit, der Belastungsdauer und -intensität sowie des Muskelauffülleffektes teils deutlich zu reduzieren.

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

INHALT

1 **Sport & Diabetes:** Welches CGM-System funktioniert beim Sport am besten?

4 **Versorgung:** Shared Decision Making – gemeinsame Entscheidung für ein besseres Leben mit Diabetes | Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)

8 **Events:** Diatec – „Time for 2“: Diabetestechnologie für alle? | t1day 2025 – „Time for us“

12 **Nordrhein-Westfalen:** Info und Beratung auf Rädern | Selbsthilfegruppe – kann das weg?

14 **Lecker!:** Aus „Milch“ wird „Drink“ | Ei-Omelett mit grünem Spargel und Kirschtomaten | Buttermilch-Shake mit Erdbeeren und Kiwi

16 **Punktum:** Geschichten, die der Diabetes schreibt

▶ *Fortsetzung auf S. 2*

MedTriX Group

Marathon mit Typ-1-Diabetes

Ich denke noch oft an das Jahr 2002 zurück. Die Manifestation meines Typ-1-Diabetes im fortgeschrittenen Alter von 33 Jahren änderte mein Leben schlagartig. Schon damals war ich sportsüchtig und ließ mich von der Diagnose nicht unterkriegen. Im Gegenteil – mit dem seinerzeitig üblichen Humaninsulin ging es mir endlich wieder richtig gut. „Jetzt erst recht“ lautete meine Maxime und ich meldete mich zu meinem ersten Marathonlauf an. Ich erinnere mich gut an die Vorbereitungen mit meinem penibel geführten Sport- und Insulintagebuch sowie meinem ständigen Begleiter – die mit vielen Not-BE, Teststreifen und Notfallpass gefüllte Gürteltasche. Alles ging immer gut! Gestehen muss ich jedoch, dass ich wohl auch häufig Glück hatte und mich auf meine Hypowahrnehmung verlassen konnte. Seit meinem Finishen dieses ersten Marathons durfte ich zahlreiche sportliche Highlights und Extreme für mich erleben. Mein erstes CGM-System, der Free Style libre, war ein Segen für mich. Endlich wurde mein Blutzuckerstoffwechsel transparent. Die Zuverlässigkeit dieses, aber auch meiner folgenden CGM-Systeme, ist beeindruckend.

Sportler*innen mit CGM müssen jedoch zwingend beachten: Es wird der Gewebezucker und nicht direkt der Blutzucker bestimmt. Für das gemessene Ergebnis ist unbedingt zu berücksichtigen, dass der Wert für den Gewebezucker dem aktuellen Blutzuckerwert um 20 Minuten hinterherhinken kann. Diese Abweichungen treten insbesondere bei raschen Veränderungen des Blutzuckerspiegels, wie bei der sportlichen Betätigung üblich, auf. Und genau diese Abweichungen waren hauptsächlicher Gegenstand dieser Studie, welche von der IDAA-Vorsitzenden Ulrike Thurm und Prof. Othmar Moser vom Zentrum für Sportwissenschaft der Universität Bayreuth initiiert, geplant und umgesetzt wurde.

Blutzuckermessung: Traditionelle Teststreifen treffen moderne CGMs.

Drei Systeme im Test unter sportlicher Belastung

Für uns Teilnehmende ging es am Freitagnachmittag los mit gegenseitigem Kennenlernen, der Einweisung in das anstehende Präsenzwochenende sowie Erläuterungen zu weiteren Details der Studie. Danach haben wir Teilnehmenden uns an den Oberarmen neben dem eigenen System drei weitere Sensoren (Dexcom G7, Abbott Free Style libre 3, Medtronic Simple-

ra) gesetzt, diese zum Schutz vor versehentlichem Lösen getapt und mit den entsprechenden Apps auf dem Smartphone oder einem Lesegerät gekoppelt. Fortan wurden an diesem Wochenende alle zwei Stunden die CGM-Werte den klassischen „blutig“ gemessenen Werten gegenübergestellt und lückenlos mit Trendpfeilen dokumentiert. Die ersten Werte nach den Aufwärmphasen zeigten keine größeren Abweichungen untereinander – wir saßen aber auch nur still auf unseren Stühlen.

Aussagekräftiger wurde es bei den Sporteinheiten an den beiden folgenden Tagen. Es standen zwei längere Einheiten eines harten HIT-Trainings (hochintensives Training) sowie eine Yoga-Einheit an. Wir haben sowohl vor und nach, aber auch während der Trainingseinheiten unseren Blutzucker gemessen und mit den CGM-Werten abgeglichen und dokumentiert. Allein an meinen gemessenen Werten konnte ich bereits größere Abweichungen zwischen den blutig gemessenen Werten und den Systemen untereinander feststellen. Diese waren teilweise erheblich. Auch nach diesem Wochenende in Bayreuth haben wir bis zum Ablauf der kürzesten Tragedauer nach sieben Tagen unsere Systemwerte und die blutig gemessenen Werte mindestens viermal täglich mit Anmerkungen zu ggf. getätigten Sporteinheiten dokumentiert.

HIT - TRAINING AN DEN BELASTUNGS-GRENZEN

Klarer Favorit nach der Testung

Ohne die Zuverlässigkeit der CGM-Systeme bei jedem einzelnen Teilnehmenden zu kennen, geschweige denn beurteilen zu können, gibt es für mich nach meinen subjektiven Erkenntnissen aus dieser Studie einen klaren persönlichen Favoriten. Dieser ist der Dexcom G7. Das Ergebnis mag bei den anderen Teilnehmenden aber durchaus anders ausfallen. Der dokumentierte Zahlenfriedhof aller Teilnehmenden wurde und wird systematisch von den Mitarbeitenden des Zentrums für Sportwissenschaft der Hochschule Bayreuth ausgewertet und zu einem gesamten Studienergebnis zusammengefasst.

Wir Teilnehmende sind besonders gespannt auf diese Ergebnisse, die wohl Mitte dieses Jahres erstmals publiziert werden sollen.

Ich erinnere mich gerne und dankbar an diese hervorragende Studie zurück. Die Tage waren geprägt von intensiven Sporteinheiten, äußerst lehrreichen Fachvorträgen und einem geselligen Miteinander und Netzwerken aller Beteiligten. Bei allem Aufwand – jeder hat profitiert. Die Teilnehmenden haben wertvolle Erkenntnisse gesammelt und sich weiter vernetzt und die Wissenschaft leistet ihren wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Systeme- zum Wohle aller CGM-Nutzenden.

Michael Wolters

Michael Wolters engagiert sich seit 2024 ehrenamtlich als Beisitzer im Vorstand der Deutschen Diabetes-Hilfe, Landesverband NRW e. V. Vormals war er über viele Jahre Vorstandsvorsitzender einer rheinischen Sparkasse. Als leidenschaftlicher Ausdauersportler übt er einige Sportarten aus – vorzugsweise Schwimmen, Radfahren und Laufen.

Fotos: privat, STOCK IMAGES STALL – stock.adobe.com, miniartkur - stock.adobe.com

EDITORIAL

Achtung, Lücke!

Wir steuern auf ein Loch zu, und dazu ein ziemlich klaffendes, angesichts der Reaktionen der Diabetes-Verbände auf das neue Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG). Warum die Existenz vieler Schwerpunktpraxen – und damit auch die gute Versorgung der hierzulande aktuell rund 11 Millionen Menschen mit Diabetes (ohne Dunkelziffer) – in Gefahr ist, lesen Sie in dem Beitrag auf S. 6. Darin kommt beispielsweise Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, zu Wort. Er fordert die Politiker jetzt auf, die Menschen mit Diabetes nicht im Regen stehen zu lassen. Unterstützen Sie die Forderung! Sie kennen sich mit ihrer Erkrankung am besten aus – daher sind Sie auch der beste Fürsprecher für eine adäquate Versorgung. Die Mitwirkung der Patient*innen bei der Diabetesbehandlung thematisiert auch Susanne Thiemann im zweiten Beitrag in der Rubrik Versorgung (S. 4) zu „Shared Decision Making“ (SDM). Sie erklärt, warum die Zusammenarbeit von Ärzt*innen und Patient*innen so wichtig für den Therapieerfolg ist.
Das Mitgestalten der eigenen Behandlung setzt ein gewisses Maß an „Gesundheitskompetenz“ voraus, also ein Wissen zu Gesundheit und gesundheitsbewusstem Verhalten sowie Eigenverantwortung. Einen tollen Beitrag zur Aufklärung rund um den Diabetes und damit zur Steigerung der Gesundheitskompetenz leistet das Diabetes-Infomobil des DDH-M Landesverbands NRW. Alles darüber lesen Sie auf S. 12.
Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre.

Julia Rommelfanger

Shared Decision Making – gemeinsame Entscheidung für ein besseres Leben mit Diabetes

Shared Decision Making (SDM) und partizipative Entscheidungsfindung sind zwei Begriffe, die im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen immer häufiger auftauchen.

Hinter diesen beiden recht „sperrigen" Begriffen verbirgt sich die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes spielt die aktive Einbeziehung von Patient*innen in die Therapieentscheidung eine besonders wichtige Rolle. Indem Patient*innen aktiv in die Entscheidungen über ihre Behandlung einbezogen werden, können sie ihre Therapie besser verstehen, sich stärker damit identifizieren und somit auch besser umsetzen.

VERSCHIEDENE PERSPEKTIVEN ZUSAMMENBRINGEN

Warum ist SDM bei Diabetes so wichtig?

Jeder Mensch mit Diabetes hat individuelle Bedürfnisse, Ziele und Lebensumstände. SDM ermöglicht es, die Behandlung an diese individuellen Besonderheiten anzupassen. Beim Typ-1-Diabetes kann der Umstieg vom Insulinpen auf die Insulinpumpe aus ärztlicher Sicht eine gute Option sein. Es kommt aber entscheidend darauf an, ob Patient*innen diesen Weg auch emotional mitgehen können. Beim Typ-2-Diabetes kann der Umstieg von einer oralen Tablettentherapie zum Spritzen von Insulin eine große Hürde darstellen. Durch aktive Beteiligung an

der Entscheidungsfindung fühlen sich Patient*innen stärker motiviert, ihre Therapie zu verändern und ggf. Therapieveränderungen umzusetzen und langfristig einzuhalten.
Studien zeigen, dass Patient*innen, die an der Entscheidungsfindung beteiligt sind, bessere Behandlungsergebnisse erzielen und weniger Komplikationen entwickeln.
SDM kann die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes verbessern; das gemeinsame Entscheiden ermöglicht ihnen, ein aktiver Teil ihrer Gesundheitsversorgung zu sein.

Gemeinsam Therapieziele setzen

Nur wer gut informiert ist, kann mitentscheiden

Entscheidungshilfen sind eine Voraussetzung dafür, dass Patient*innen gemeinsam mit ihren Ärzt*innen die Therapieentscheidung treffen können, die den persönlichen Bedürfnissen, Lebensumständen und medizinischen Notwendigkeiten am besten gerecht wird. Entscheidungshilfen sind Werkzeuge, die Informationen zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten liefern und den Entscheidungsprozess strukturieren. Informationen können in Form von Broschüren, Fragebögen, Tabellen oder interaktiven Online-Tools vorliegen bzw. bereitgestellt werden. Durch umfassende Informationen zu den jeweils verfügbaren Behandlungsoptionen, deren Vor- und Nachteile und evtl. Risiken entsteht eine wichtige Grundlage für eine Kommunikation auf Augenhöhe. Patient*innen könne ihre persönlichen Präferenzen anhand von Fragebögen und Checklisten definieren. Es gelingt dadurch besser, alle Optionen gegeneinander abzuwägen. Materialien zur Entscheidungsfindung sind eine gute Vorbereitung auf die Kommunikation mit den Ärzt*innen und eine gemeinsame Therapieentscheidung. In der Informations- und Entscheidungsphase müssen Patient*innen die Gelegenheit erhalten, ausführlich Fragen zu Anwendung, Wirkungsweise und Nebenwirkungen von Medikamenten und Therapien stellen zu können. SDM bedeutet, dass Patient*innen mit ihren Bedenken und Sorgen ernst genommen werden.

Checklisten als Gesprächsvorbereitung

Herausforderungen bei Diabetes

Ärzt*innen haben oft wenig Zeit für ausführliche Gespräche mit ihren Patient*innen. Die Behandlung des Diabetes ist komplex und erfordert ein tief greifendes Verständnis der Erkrankung. Nicht alle Patient*innen fühlen sich sicher genug, um aktiv an der Entscheidungsfindung teilzunehmen. Fehlende Anreize für Ärzt*innen und bürokratische Hürden können die Umsetzung von SDM erschweren. Es müssen entsprechende gesundheitspolitische Rahmenbedingungen geschaffen werden. Außerdem müssen Menschen mit Diabetes ermutigt werden, sich aktiv an Therapieentscheidungen zu beteiligen.

SDM ALS CHANCE NUTZEN

Fazit

Shared Decision Making stärkt die aktive Beteiligung von Menschen mit Diabetes an ihrer Therapie. Die Tatsache, gemeinsame Entscheidungen mit dem Diabetesteam treffen zu können, führt zu einer höheren Zufriedenheit und fördert das Selbstmanagement. SDM im Zusammenhang mit Diabetes kann helfen, Behandlungsergebnisse zu verbessern und die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes zu steigern.

Susanne Thiemann

Fotos: MedTriX/Ramona Stanek, Nuthawut - stock.adobe.com, Lumos sp - stock.adobe.com, wanchana - stock.adobe.com

Foto: Halfpoint - stock.adobe.com

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)

Diabetologen warnen: Versorgung ist in Gefahr!

Verbände wie die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), der Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND), der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) und diabetesDE üben massive Kritik an der aktuellen Ende Januar im Schnellschuss im Bundestag verabschiedeten Form des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG).

Vor allem aufgrund der in dem neuen Gesetz verankerten und nur einmalig an einen behandelnden Hausarzt gezahlten Jahrespauschalen für chronisch Kranke sehen sie die Existenz vieler Schwerpunktpraxen in Gefahr und befürchten eine schlechtere Versorgung von Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes. „Sollte das GVSG in der geschrumpften Form verabschiedet werden und Versorgungspauschalen für die diabetologischen Schwerpunktpraxen wegfallen, ist die diabetologische Versorgung von Millionen von Menschen mit Diabetes in Gefahr“, sagt Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

SCHWERPUNKT-PRAXEN AUF DER KIPPE

Personaleinbußen durch massive Kürzungen

„Die schnelle Verabschiedung des Gesetzes hat uns alle überrascht“, gesteht Kröger im Interview mit dieser Zeitschrift. „Der potenzielle Wegfall der Versorgungspauschalen in Schwerpunktpraxen für Menschen mit Diabetes, die als leicht chronisch krank eingestuft werden, bedeutet für die Schwerpunktpraxen Kürzungen von 10 – 20 Prozent und für einige sogar bis zu 40 Prozent“, erklärt er. Das wiederum könnte bedeuten, dass die Zahl der Diabetesberaterinnen reduziert werden muss – oder aber die Praxis im schlimmsten Fall in der Form gar nicht mehr betrieben werden könnte. Durch Kürzungen und den Wegfall zahlreicher Praxen können etwa wichtige Einzelschulungen für Menschen mit Diabetes nicht mehr stattfinden. „Für Patientinnen und Patienten bedeutet das entweder kein Angebot oder ein erheblich reduziertes“, sagt Kröger.

Ursprünglich schon im parlamentarischen Verfahren abgestimmte Änderungen im GVSG zugunsten von Praxen, die chronisch erkrankte Menschen versorgen, bleiben im aktuellen Gesetzesentwurf unberücksichtigt, so der Vorwurf der Verbände. „Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit als auch politische Vertreterinnen und Vertreter haben uns im Rahmen unserer Petition und im Rahmen der öffentlichen Anhörung zugesichert, dass die Bedürfnisse von chronisch Erkrankten und uns Ärztinnen und Ärzten, die diese versorgen, gehört und bei der Gesetzgebung berücksichtigt werden“, sagt BVND-Vorsitzender Toralf Schwarz. Das Gesetz in der aktuellen Form gefährde die Existenz vieler diabetologischer Schwerpunktpra-

xen und damit die künftige Versorgung von chronisch und schwer an Diabetes erkrankten Menschen. „Wir haben so viele Verbesserungen für die Versorgung von Menschen mit Diabetes erreicht, etwa die seit vielen Jahren bereits etablierten DMP – das alles steht jetzt auf dem Spiel und die Leidtragenden sind die Menschen mit Diabetes. Wenn diese Strukturen nun wegfielen, wäre das für sie enorm traurig“, sagt Kröger.

Diabetologen fordern erneute Änderung des Entwurfs

Für Änderungen im Gesetz, die den Erhalt der Schwerpunktpraxen sichern, hatten Diabetologenverbände mehr als 90.000 Unterschriften gesammelt und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben, berichtet Kröger. „Wir werben um Verständnis, denn die Schwerpunktpraxen wurden in dem Gesetz einfach vergessen.“ Die Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG) ist ebenfalls besorgt. „Die diabetologischen Schwerpunktpraxen in Deutschland stehen damit vor einer Zäsur und stellen die Existenzfrage. Die Versorgung der mehr als 9 Millionen Menschen mit Diabetes in unserem Land wird aufs Spiel gesetzt, weil die Politik die Augen vor der Versorgungsrealität verschließt. Das Gesetz sollte dringend mit dem erforderlichen Weit- als auch Detailblick verabschiedet werden, damit die Patientinnen und Patienten auch weiterhin mit der hohen Kompetenz einer diabetologischen Schwerpunktpraxis versorgt werden können“, so Dr. med. Tobias Wiesner, DDG-Vorstandsmitglied und niedergelassener Diabetologe aus Leipzig, in einem gemeinsamen Statement, das die Diabetesverbände kurz nach der Verabschiedung des GVSG im Bundestag veröffentlicht hatten.

Auch der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) kritisiert das intransparente Schnellverfahren und dessen Folgen. „Die Betreuung chronisch kranker Menschen mit Diabetes mellitus erfordert ein spezialisiertes, gut ausgebildetes Team aus Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, Diabetesassistent*innen und weiteren Gesundheitsfachkräften. Die Entbudgetierung hausärztlicher Praxen darf nicht zulasten spezialisierter Versorgung wie den diabetologischen Schwerpunktpraxen gehen“, appelliert Theresia Schoppe, stellvertretende VDBD-Vorsitzende, in dem Statement.

Nachdem das Gesetz nun trotz Kritik am 14.02.2025 im Bundesrat verabschiedet wurde, fordern BVND, DDG, VDBD und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe den Bewertungsausschuss auf, dafür zu sorgen, dass bewährte Versorgungsstrukturen von allen Menschen mit Diabetes durch Schwerpunktpraxen nicht gefährdet werden.

Julia Rommelfanger

Versorgungspauschalen

Im neuen GVSG ersetzt die bei chronisch kranken Menschen, also auch bei Menschen mit Diabetes, gezahlte quartalsübergreifende **Versorgungspauschale** die jetzigen Versicherten- und Chronikerpauschalen und darf (Stand heute) einmal im Jahr von nur einer Arztpraxis (also entweder nur dem Hausarzt **oder** der diabetologischen Schwerpunktpraxis) berechnet werden. Sie gilt bei Erwachsenen mit einer chronischen Erkrankung, aber ohne intensiven Betreuungsbedarf. Der **Bewertungsausschuss** (zusammengesetzt aus Vertretern von Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) legen nun fest, welchen Zeitraum genau die Pauschale abdecken soll. Einen Beschluss soll der Bewertungsausschuss innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes fassen.

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.: (02 03) 6 08 44-0
Fax: (02 03) 6 08 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) 97 46-0, Fax (06 11) 9 74 64 80-228
E-Mail: de-info@medtrix.group
Registergericht: AG Wiesbaden, HRB 12 808
USt.-Ident-Nummer: DE 206 862 684
Geschäftsführung: Stephan Kröck,
Markus Zobel

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

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung:
Björn Lindenau

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

Hörversion:
Diana Droßel, Tel.: (0 24 03) 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.

Im Januar fand in Berlin die 14. diatec statt, dieses Jahr unter dem Thema „Time for 2“. Jedes Jahr bietet die diatec nicht nur spannende Updates rund um Diabetes und Technologie aus Forschung, Industrie und Praxis, sondern immer auch einen Blick über den Tellerrand der Diabetologie hinaus.

„Time for 2“ – Diabetestechnologie für alle?

Dieser Blick über den Tellerrand hat für mich dieses Jahr viele der Vorträge und Seminare ausgezeichnet: vom DACH-Symposium, in dem die Versorgung mit Diabetestechnologie in Deutschland, Österreich und der Schweiz diskutiert wurde, über Live-Podcast-Aufnahmen und Vorträge der Start-ups zu spannenden Datenthemen bis hin zu Diabetes und Alter. Natürlich wurde auch der aktuelle dt-Report vorgestellt. Diesen stelle ich in der kommenden Ausgabe der *Diabetika – Neues von uns* vor.

Diabetestechnologie und Typ-2-Diabetes

Los geht‘s mit dem Titelthema: Ist die Zeit reif für Diabetestechnologie für (alle) Menschen mit Typ-2-Diabetes? Die Antwort ist ein klares: „Es kommt drauf an“. Menschen, die ihren Diabetes – egal welchen Typ – mit Insulin behandeln, können schon heute mit Glukosesensoren versorgt werden und profitieren nachweislich davon. Menschen mit Typ-2-Diabetes, die ohne Insulin auskommen, haben es schwerer. Studien zeigen zwar positive Effekte der Sensornutzung auf die Stoffwechsellage, aber bisher ist diese Versorgung noch nicht Standard. Wichtig ist es ja auch, die Glukosewerte und den Zusammenhang zwischen Ernährung oder Bewegung und Veränderungen der Glukosewerte richtig zu interpretieren.

Start-ups – mit Apps und neuer Technologie das Diabetesmanagement unterstützen

Einige Start-ups, die bei der diatec vertreten waren, bieten spannende Ansätze: Die DiGA Una Health zum Beispiel arbeitet mit einer intermittierenden Sensornutzung. Die App simuliert in der Zwischenzeit die Glukosekurve und unterstützt die Nutzenden mit Informationen und Motivationshilfen dabei, mit den Erkenntnissen zu arbeiten oder kleine Experimente im Alltag zu machen, um Glukoseverläufe aktiv zu beeinflussen.

DIGAS INFORMIEREN UND MOTIVIEREN

Die App GlucoFit richtet sich eher an Menschen mit Typ-1-Diabetes, die mit der Kombination aus Pen und Sensor arbeiten und alltagstaugliche Auswertungen ihrer Glukoseverläufe wünschen, aus denen sich lernen lässt, was man am nächsten Tag anders machen kann. Deswegen liest GlucoFit die Sensordaten aus, loggt Insulin, Bewegung und Ernährung und erstellt den Nutzenden jeden Morgen eine Zusammenfassung, in der verzeichnet ist, was am Vortag besonders gut gelaufen ist und was vielleicht nicht ganz so gut ge-

passt hat. So lassen sich Muster erkennen und die Therapie lässt sich verbessern. Auch spannend, vor allem für Menschen mit Typ-2-Diabetes: das Start-up BOYD-Sense, dessen Gerät aus der Atemluft den Glukosewert ableiten kann. Noch ist das Gerät nicht marktreif, es laufen weitere Studien, aber die bisherigen Ergebnisse sind vielversprechend.

Diabetes im Alter

Es gibt nicht nur immer mehr Menschen mit Typ-2-Diabetes, die schon recht alt sind und älter werden, sondern auch eine große Zahl von Menschen mit Typ-1-Diabetes, die lange gesund leben und altern – und dann irgendwann ambulante oder auch stationäre Pflege benötigen. Deswegen wird die Frage nach der Versorgung von Menschen mit Diabetes – auch und gerade mit Technologie – in diesen Kontexten immer wichtiger. In einem eigenen Symposium „Diabetes-Technologie im Alter: Simplifizierung oder Verkomplizierung?“ präsentierten renommierte Referentinnen und Referenten nicht nur die großen Fragen, sondern auch einige spannende Lösungen; etwa eine Möglichkeit, den Füllstand der Blase zu tracken und so frühzeitig zu warnen, wenn ein Gang zur Toilette fällig wird. Das gibt den Betroffenen ein hohes Maß an Freiheit und Selbstbestimmung zurück – und sie trinken wieder mehr Flüssigkeit, wodurch die negativen Effekte von Dehydrierung vermieden werden.

Wir brauchen zentrale CGM-Auswertungen für die Pflege!

Im Hinblick auf die Versorgung mit Diabetestechnologie in der Pflege, die aktuell sehr schwierig ist, schloss Simone von Sengbusch mit einem überzeugenden Plädoyer für ein zentrales System, „am besten in der Hosentasche der Pflegedienstleitung“, in dem alle Sensorinformationen aller Patienten auf der Station zusammenlaufen (und zwar unabhängig vom System!) und die Pflegedienstleitung in dem Moment einen Alarm erhält, in dem Handlungsbedarf besteht, weil beispielsweise eine Patientin oder ein Patient unterzuckert ist. Außerdem wichtig: gezielte Weiterbildungen zu Diabetes für Pflegefachkräfte sowie Studien, die klären, ob und welche der Medikamente sich einzeln und in Kombination auf die Genauigkeit der CGM-Werte auswirken. Es ist also noch viel zu tun, damit auch und gerade ältere Menschen mit Typ-1-Diabetes ambulant und stationär wirklich gut versorgt sind.

Stephan Seiler (links) und Laura Karasek (Mitte) starten einen Podcast.

Folge 0 der „Candy Diaries“ von Laura Karasek und Stephan Seiler

Laura Karasek – Juristin, Moderatorin, Journalistin und Mensch mit Typ-1-Diabetes – und Stephan Seiler – Journalist und bekannt etwa durch seine Kolumne „Seilers Zucker“ im Diabetes Ratgeber – starten einen gemeinsamen Podcast. Und haben Folge 0 als „Eine Stunde Wünsch-dir-was“ auf der diatec aufgenommen. Sie haben ihre Wünsche diskutiert, zum Beispiel den Wunsch nach neuer Hoffnung auf Heilung, und Fragen des Publikums beantwortet. Alles kurzweilig, leichtfüßig, und doch immer wieder berührend.

So waren auch dieses Jahr bei der diatec Forschung, Technik, Praxis und das echte Leben mit Diabetes gut miteinander verbunden. Die nächste diatec vom 22. bis zum 24.01.2026 in Berlin steht unter der Frage „Interoperabilität – mehr als Technik?!“.

Mirjam Eiswirth

Guido Freckmann erklärt, wie das Predict Model von Roches neuem Sensor funktioniert.

Fotos: privat, Johanna Mechler, diatec/Mike Fuchs

t1day 2025

„Time for us“

Am 26. Januar 2025 war es wieder so weit: In Berlin eröffneten Shirin Valentine und Bastian Niemeier den diesjährigen t1day. Das Motto: „Time for us!“ – ein Tag für Typ 1.

Was sind die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Typ-1-Diabetes? Welche Wünsche und Forderungen gibt es konkret an die Industrie, die Politik und an die Diabetesteams? Dominic Ehrmann vom Forschungsinstitut Diabetes Akademie Mergentheim (FIDAM) und Dr. Jens Kröger, Diabetologe und Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, stellten die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage zu Diabetestechnologien vor. Anschließend wurde mithilfe eines interaktiven Tools und in Interaktion mit dem Publikum auf der Leinwand eine visuell sichtbare „Wort-Wolke“ erzeugt. Dabei wurde deutlich, was Menschen mit Diabetes z. B. in Bezug auf Diabetestechnologien wichtig ist und welche konkreten Wünsche bestehen.

Technologie soll barrierefrei sein

Neben grundsätzlichen Wünschen, vor allem Zuverlässigkeit und Sicherheit, wurden auch Kompatibilität und Barrierefreiheit genannt. In der Diskussionsrunde gab es sehr anschauliche Redebeiträge, die speziell die mangelnde bzw. fehlende Barrierefreiheit von Diabetestechnologien einforderten. Wer Lust hatte, konnte im Anschluss an diesen ersten Themenblock am Stand von diabetesDE ein Videostatement mit seinem persönlichen Wunsch an Industrie und Politik aufnehmen. Die Ergebnisse der Videobotschaften sind z. B. auf dem Instagram-Kanal von diabetesDE zu finden.

AUSBLICKE IN DIE DIABETES-ZUKUNFT

Was kommt? Wie sieht die Zukunft der Typ-1-Diabetestherapie aus? Wann kommt ein Closed-Loop-System? Wie ist der Stand bei neuen „smarten Insulinen“? Sind Antikörpertherapie und Stammzellen vielversprechende Ansätze? Diese spannenden Fragen standen im zweiten Teil des Vormittags auf dem Programm. Die ca. einstündige Mittagspause konnte zum gemeinsamen Mittagessen und zum Besuch der Industrieausstellung genutzt werden. Sich an den Ständen der Industrie mit den neuesten Infos zu versorgen und in den Austausch zu kommen kam bei den Teilnehmenden des t1day sehr gut an. Die Firma MedTrix informierte über den *Diabetes-Anker* und man hatte Gelegenheit, die Mitarbeitenden

Wünsche und Forderungen als „Wort-Wolke“

von MedTrix kennenzulernen. Mit einer Fotobox-Aktion hat das Team vom Diabetes-Anker eine Menge Spaß auf den t1day gebracht.

Acht spannende „Camps“

Nach der Mittagspause ging es in die erste t1-Camp-Runde. Jeweils vier Camp-Angebote liefen parallel – da war es gar nicht so einfach sich zu entscheiden.

Camp 1: Die Kraft der Community – was kann Community bewirken? Wo liegen Grenzen und Herausforderungen? Stephanie Haack vom *Diabetes-Anker* moderierte den lebendigen und intensiven Austausch zu diesem Thema.

Camp 2: Typfrage der Diabetes-Podcast – live vom t1day mit Freddie Schürheck und Kim Stoppert. Tipp: Den Podcast kann man über die gängigen Podcast-Plattformen anhören.

Camp 3: AID und Sport – was sollte man im Fitnessstudio machen und was nicht?

Camp 4: Sportliche Höchstleistungen trotz Diabetes – ein Gespräch mit Sandra Starke (Fußballspielerin) und Timur Oruz (Hockeyspieler).

Bevor die zweite Camp-Runde startete, konnte man sich mit Kaffee, Tee und Kuchen stärken. In der zweiten Camp-Runde standen wieder vier Angebote zur Auswahl.

Camp 1: Stigma „Diabetes“ überwinden mit Dr. Jens Kröger und Bernd Kulzer.

Camp 2: mylife Loop Sportanpassung – Kraft, Intervall und Ausdauer, ein Erfahrungsaustausch.

Camp 3: Essen und Trinken mit AID-Systemen.

Camp 4: Von Frau zu Frau.

Nach den Camps ging es im großen Saal in gemeinsamer Runde weiter. Nun stand das Thema „Was bringt KI bei Diabetes?“ im Mittelpunkt. Bernd Kulzer vom Diabetes Zentrum Mergentheim beleuchtete unterschiedlichste Aspekte von KI im Zusammenhang mit Diabetes. Beim Diabetes kommen sehr viele Datenmengen zusammen. So sind es z. B. pro Jahr ca. 500.000 Daten beim Einsatz eines CGM-Systems. Smartphones können Bewegungsdaten erfassen und über Apps können Daten wie Ernährungs- und Gesundheitsdaten dokumentiert werden. KI könnte diese Daten zusammenführen – aber ist das schon eine personalisierte Diabetestherapie? Bei einer personalisierten Diabetestherapie spielen neben Merkmalen der Erkrankung und Therapie auch noch individuelle körperliche Faktoren wie z. B. Genetik, Neben- und Folgeerkrankungen und motorische Fähigkeiten eine Rolle; außerdem psychische Faktoren wie Krankheitsbewältigung und Motivation sowie persönliche Gesundheitskompetenz, krankheitsbezogenes Wissen und Teilnahme an Diabetesschulungen. Auch soziale Faktoren, wie z. B. familiäres und berufliches Umfeld, Verfügbarkeit und Zugang zu medizinischer Versorgung sowie Unterstützung bei der Diabetestherapie haben einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg einer Therapie. Wir sind also noch weit entfernt von einer KI, die alle diese Faktoren ausreichend berücksichtigen und sicher abdecken kann. Der Vortrag von Bernd Kulzer hat aber gezeigt, dass die nächsten Jahre und die weiteren Entwicklungen im Bereich KI spannend werden.

Zum Abschluss des t1day 2025 gehörte die Bühne den Kindern mit Diabetes – sie hatten im Kids-Club des t1day eine Hip-Hop-Choreografie einstudiert, mit der sie alle im Saal begeisterten. Mit Vorfreude auf den t1day 2026, der am 25. Januar 2026 stattfinden wird, ging dieser Tag zu Ende. Mein Wunsch für den nächsten t1day ist, dass sich die Einladung an alle Menschen mit Diabetes richtet – ganz unabhängig vom Diabetestyp!

Susanne Thiemann

Foto: MedTriX/Ramona Stanek

Kathi Korn und Moderator Bastian Niemeier

Fotos: Susanne Thiemann, T1day/Mike Fuchs

Zur Website der Veranstaltung: https://t1day.de/

Info und Beratung auf Rädern

Der Landesverband NRW der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes e. V. (DDH-M) unterhält zwei Diabetes-Infomobile, die in ganz Deutschland eingesetzt werden.

Bei den Fahrzeugen handelt es sich um Kleinbusse, die zu mobilen Diabetes-Beratungsstellen umgebaut wurden. Sie sind mit einer kompetenten Diabetesfachkraft (DiabetesberaterIN/-assistentIN) besetzt, damit eine qualifizierte Beratung gewährleistet ist. Bei erhöhtem Risiko kann durch diagnostische Maßnahmen vor Ort festgestellt werden, ob bereits eine Glukosetoleranzstörung vorliegt.

Die Mobile sind ganz auf die Bedürfnisse der Testungen im Bereich Diabetes eingerichtet und entsprechend ausgestattet. Ein Ziel ist die Stärkung der Prävention. Studien belegen, dass der Ausbruch des Diabetes bei bis zu 60 Prozent der Risikopersonen durch rechtzeitige Änderung des Lebensstils, vor allem eine Umstellung auf gesunde Ernährung und mehr Bewegung im Alltag, sowie durch frühzeitige medikamentöse Behandlung erheblich verzögert oder sogar verhindert werden kann.

Nur wer weiß, dass er an Diabetes erkrankt ist, kann durch geeignetes Verhalten den weiteren Verlauf dieser Erkrankung günstig beeinflussen. Das Diabetes-Infomobil ist unterwegs, um den Menschen Wissen über den Diabetes mellitus im gewohnten Lebensumfeld nahe zu bringen. Durch die Beantwortung von acht einfachen Fragen (FINDRISK-Fragebogen) kann jede Person ihr eigenes Diabetesrisiko im Diabetes-Infomobil bestimmen lassen.

DIABETES FRÜH ERKENNEN

Folgende Testungen können vorgenommen werden:

- **FINDRISK-BOGEN:** Mithilfe dieses Bogens erkennt man das eigene Risiko an Diabetes zu erkranken.
- **Blutzuckermessungen:** Hier testen wir den aktuellen Blutzuckerwert.
- **HBA_{1C}-Messungen:** Wir testen den Langzeit-Blutzuckerwert der letzten drei Monate.
- **Lipidmessungen:** Möglich sind unter anderem Überprüfungen des Cholesterinspiegels.
- **Bauchumfangmessungen:** Diesen benötigen wir zur Errechnung des Diabetesrisikos.
- **BMI-Messungen:** Auch diesen Wert benötigen wir zur Errechnung des Risikos, einen Diabetes zu entwickeln.
- **Blutdruckmessungen:** Hier können wir den aktuellen Blutdruckwert messen.

Ferner können wir Betroffene beraten und Hilfestellungen anbieten. Ergänzt wird das Angebot durch zahlreiche Broschüren, Flyer und sonstigen Materialien rund um den Diabetes.

Nähere Informationen und ein Formular zur Buchungsanfrage finden Sie auf unserer Homepage unter https://nrw.menschen-mit-diabetes.de/projekte/diabetes-info-mobil/praevention-zahlt-sich-aus

Die Diabetes-Infomobile werden bei folgenden Veranstaltungen eingesetzt:

- Gesundheitstage bei Firmen,
- Messen,
- Ausstellungen,
- Volksfeste,
- Sportveranstaltungen,
- Tage der offenen Tür, zum Beispiel beim Bundesgesundheitsministerium in Berlin.

Norbert Kuster

Mobile Beratungsstelle: Das Diabetes-Info-Mobil des Landesverbandes NRW der DDH-M bringt Wissen über den Diabetes ins Lebensumfeld der Menschen.

Fotos: BDDH-M Landesverband Nordrhein-Westfalen

Selbsthilfegruppe – kann das weg?

In Zeiten von künstlicher Intelligenz, sozialen Netzwerken und Informationsflut scheint die Idee einer Selbsthilfegruppe völlig aus der Zeit gefallen zu sein. Zugegeben, auch bei mir tauchten eine Menge fragwürdiger Assoziationen auf, als ich mich zum ersten Mal mit meiner damals noch jungen Diabetesgeschichte auf den Weg zu einem solchen Treffen machte. Aber damals half mir die Neugier darauf, wie „alte Hasen" mit dieser durchaus gewöhnungsbedürftigen Therapie umgehen, über den ersten Schritt. Und die Überraschung war positiv: Eine sehr lustige Truppe erwartete mich, bei der Tacheles geredet wurde.

Ehrenamt

Mit dem Beginn des neuen Jahres haben wir nun zu zweit die Leitungsfunktion der Gruppe für Typ-1er am St. Hildegardis-Krankenhaus in Köln übernommen. Für Lea Thienemann und mich war das ein guter Grund, eine Bestandsaufnahme vorzunehmen. Klar ist: Die Selbsthilfegruppe steht und fällt mit den Menschen, die sie bilden. Und als offenes Angebot unterliegt sie einer gewissen Dynamik.

Wir waren uns schnell einig: Der Wunsch nach einem Austausch kann gar nicht unmodern sein, aber vielleicht der Begriff und was damit verbunden wird. Wir verstehen uns als ungezwungener Treff. Kommunikation auf Augenhöhe und in zwei Richtungen kommt in der Diabeteswelt ansonsten etwas kurz. Nachdem Lea nur schwer zu uns gefunden hat, war klar, dass wir uns bekannter machen wollen. Gesagt, getan: Sie konzipierte in Windeseile unseren Instagram-Kanal, auf dem nun News von uns zu finden sind.

Unterstützung

Aber was kann eine solche Gruppe überhaupt leisten? Therapieberatung ist tabu, und nur zum gegenseitigen Bedauern ist die Zeit zu schade … Ein wichtiger Punkt ist sicher eine gewisse „Schwarmintelligenz": Problemstellungen ähneln sich und ein(e) andere(r) hat vielleicht einen Lösungsansatz parat. Die Formulierung der Frage oder Problemstellung hilft bei der Eingrenzung und bei einer späteren Besprechung mit dem Behandlungsteam. Auch die emotionale Komponente spielt eine Rolle, unter Betroffenen fällt der Erklärungsbedarf weg, wenn die Technik mal piepst. Und es entlastet, wenn man mit bestimmten Fragestellungen nicht allein ist, sondern anderen der gleiche Umstand Kopfzerbrechen bereitet.

Der Austausch geht aber noch darüber hinaus. In der Art der Insulintherapie ist angelegt, dass jeder für sich alleine wirtschaftet, Entscheidungen trifft, sich auch mal überfordert fühlt. In der Gruppe kann man sich auf einen Perspektivwechsel einlassen. Durch die Distanz werden Ideen möglich, die der Einzelne im Wald vor lauter Bäumen nicht sieht.

Gruppentreffen im Bezirk Köln Rhein-Erftkreis

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

Wir mit Diabetes Typ 1

Seit Januar 2025 hat die Kölner Gruppe für Menschen mit Typ-1 und Typ-3-Diabetes am St. Hildegardis-Krankenhaus eine neue Leitung, einen neuen Namen und ein neues Konzept. Wir treffen uns an jedem dritten Montag im Monat und freuen uns über Gäste und neue Teilnehmer*innen.

Das kann nicht weg!

Wir finden: Eine Gelegenheit, bei der sich Betroffene austauschen, informieren und auch mal Dampf ablassen, kann nicht weg. Die wird gebraucht. Moderne Kommunikationstechniken können das nicht leisten, aber sie können unterstützen – als Chatgruppe, in sozialen Netzwerken und als QR-Code, der zur Internetseite mit den aktuellen Themen und Terminen verlinkt.

Hinweis: Leute, die Lust haben eine SHG zu gründen, können sich an Hartmut Diers wenden. Er berät zur Gründung. hartmut.diers@ddh-m.de

Beate Lyrmann

Fotos: privat, Anna - stock.adobe.com

Aus „Milch“ wird „Drink“

Die Lebensmittelindustrie hat sich zusehends darauf eingestellt, milchfreie Produkte in den Handel zu bringen. Von verschiedenen Herstellern gibt es Milch-, Joghurt- und Quark-Alternativen sowie Desserts, Sahne (Kochcreme) und Käse ohne Kuhmilch zu kaufen.

FREI VON CHOLESTERIN

Basis für die verschiedenen Produkte bilden Sojabohnen (zählen zu den Hülsenfrüchten), Hafer, Mandeln, Amarant, Hasel- und Kokosnüsse. Der vermutlich größte Teil dürfte auf Sojabasis hergestellt sein. Mit Ausnahme von Sojadrinks sind alle Pflanzendrinks eiweißarm. Der Geschmack von Reisdrink ist herstellungsbedingt süßlich. Verschiedene Erzeugnisse werden entsprechend hinzugesüßt. Die meisten genannten pflanzlichen Produkte sind auch in Bio-Qualität erhältlich. Pflanzliche Sahne ist fettärmer als normale Schlagsahne mit mindestens 30 % Fett. Sie kann wie Schlagsahne verarbeitet, also auch geschlagen, zum Kochen und für Gerichte der kalten Küche verwendet werden.

Häufig mit Zusatzstoffen

Bei der Entwicklung unterschiedlicher Produkte sind häufig Zusatzstoffe notwendig, z. B. Säureregulatoren und Stabilisatoren wie Pektin, Guarkern- und Johannisbrotkernmehl. Um die Produkte an den Kalziumgehalt der Kuhmilch (120 mg/100 g) anzupassen, werden verschiedene Zusatzstoffe wie Tricalciumphosphat oder der Kalk von Meeresalgen (Lithothamnium calcareum) notwendig.
Bei Bio-Qualität müssen alle Standards eingehalten werden. Verbindungen mit Phosphat sind untersagt. Alternativ sind kalziumreiche Meeresalgen einsetzbar. Bei chronischer Nierenerkrankung ist der Zusatz von Calciumphosphat nicht zu empfehlen, um die Nieren nicht zu belasten. Bei erhöhtem Kalziumspiegel sollten Produkte ohne Kalziumzugabe zum Einsatz kommen.

Der Gesetzgeber (EU) schreibt vor, „Pflanzen-Milch“ als „Drink“ (Getränk) zu bezeichnen. Nicht alle Erzeugnisse lassen auf den ersten Blick das Wort „Drink“ erkennen. Die Aufschrift auf Tetra Pak weist auf ein „Pflanzengetränk“ hin. Fälschlicherweise ist auf Speisekarten häufig der Begriff „Milch“ angegeben.

Doch nur für Kokosmilch ist die Bezeichnung „Milch“ erlaubt. Bei Kokosmilch ist der hohe Fett- und Energiegehalt zu beachten. In der asiatischen Küche werden verschiedene Gerichte mit Kokosmilch zubereitet. Eine Kombination mit Zitronengras steigert den Genuss. Kokoswasser ist die Flüssigkeit in der Kokosnuss. Der Fettgehalt ist sehr niedrig. Wenn keine Kokosmilch zur Verfügung steht, können Kokosflocken mit warmem Wasser vermischt und abgeseiht werden. So lässt sich der Bedarf anpassen und es bleibt kein Rest in Konserven übrig.

Geschmacklich anders als Kuhmilch

Wer seine Kost von Milch und Milchprodukten umstellen will, muss sich auch an einen etwas anderen Geschmack gewöhnen. Soja-Produkte vermitteln den Geschmack von Hülsenfrüchten. Sojabohnen werden auch ohne Gentechnik in Europa angebaut. Die Bohnen dienen ebenfalls als Tierfutter. Um den Anbau zu fördern, werden in Südamerika Wälder gerodet. Bei einer Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Produkt ist es ratsam, auch solche ökologischen Belange mit einzubeziehen. Da auch die Produktion von Hafer-Erzeugnissen zugenommen hat, kam es bereits zu einem verknappten Angebot.

Gehen Sie mit Herz auf Ihre Ernährungsreise.

Huberta Eder

Fotos: Der Stadtfotograf, Jenny Sturm · stock.adobe.com

Foto: BerkahStock - stock.adobe.com (Generiert mit KI)

Zutaten für 1 Portion:

- 80 g grüner Stangenspargel
- 30 g Kirschtomaten
- 8 g Butter
- Weißer Pfeffer
- 5 g Olivenöl
- 2 St. Eier (M)
- 2 g Petersilie

Ei-Omelett mit grünem Spargel und Kirschtomaten

Zubereitung:
Spargelstangen teilen. Zusammen mit den Kirschtomaten in Butter anbraten. Mit Pfeffer leicht abschmecken. Gemüse aus der Pfanne nehmen und warm stellen.
Olivenöl in der Pfanne mittelstark erhitzen. Eier verschlagen. Eiermasse in der Pfanne von jeder Seite 3 Minuten stocken lassen, dabei behutsam wenden.

Omelett auf einen vorgewärmten Teller geben, Gemüse darauf verteilen und zuklappen. Mit gehackter Petersilie bestreuen.

Tipp:
Von grünem Spargel muss bei Bedarf nur das untere Drittel geschält werden. Dazu: Frühkartoffeln.

Nährwerte für 1 Portion: 290/1220 kcal/kJ | 16 g Eiweiß | 24 g Fett | 3 g Kohlenhydrate | 0,1/0,1 BE/KE | 2 g Ballaststoffe | 430 mg Cholesterin | 0,4 g Kochsalz | 80 mg Kalzium

Buttermilch-Shake mit Erdbeeren und Kiwi

Foto: PrinceMahmu - stock.adobe.com (Generiert mit KI)

Zubereitung:
Buttermilch zusammen mit Erdbeeren und Kiwi mixen. Mit Limonensaft abschmecken und in ein hohes Glas füllen. Zum Schluss geschroteten Leinsamen zugeben.

Zutaten für 1 Portion:

- 150 g Buttermilch
- 50 g Erdbeeren
- 30 g Kiwi
- 3 g Limonensaft
- 1 g Leinsamen, geschrotet

Tipp:
Leinsamen enthält wertvolle Alpha-Linolensäure.
Buttermilch kann durch Pflanzendrink ersetzt werden.

Nährwerte für 1 Portion: 100/410 kcal/kJ | 6 g Eiweiß | 2 g Fett | 9 g Kohlenhydrate | 0,8/0,9 BE/KE | 4 g Ballaststoffe | 7 mg Cholesterin | 0,2 g Kochsalz | 185 mg Kalzium

Hier heraustrennen

Hier heraustrennen

PUNKTUM

Wenn ich keinen Diabetes gehabt hätte, wäre ich an meiner Gesundheit schon längst verreckt.

Friedrich Dürrenmatt

Geschichten, die der Diabetes schreibt

Es war kurz nach der Erstdiagnose. Ich war frisch ins DMP aufgenommen worden und hatte noch keine Vorstellung davon, wie viel Absurdes mein neues Leben mit Diabetes bereichern würde. Ist doch schön, so hat man immer was zu erzählen und zu lachen … Ich weiß es noch genau, mit der Post kam ein „Begrüßungspaket“. Es war natürlich eine nette Geste meiner Krankenkasse zum Einstieg ins DMP, ein paar Infobroschüren und ein Blutzuckerheftchen. Aber es war auch etwas schief formuliert und kam daher wie eine Begrüßung in der chronischen Erkrankung rüber. Ob man wohl einen Willkommenscocktail zum Brust- oder Prostatakrebs bekommt?

Im Rückblick frage ich mich, was ich damals wirklich gebraucht hätte. Sicherlich ein paar Softskills wie Spaß am Rechnen, ein dickes Fell gegen Aussagen, die jeden Realitätsbezug vermissen lassen, ein paar schlagfertige Antworten auf die klassischen, uninformierten und ungefragten Beiträge und extrem viel Geduld, denn alles, was mit Diabetes zu tun hat, braucht Zeit: abwarten, ob eine Therapieänderung in die richtige Richtung geht, warten auf eine neue Technik oder die Umsetzung eines bahnbrechenden Forschungsergebnisses.

Grund genug, sich einmal selbst zu befragen, welche positiven Eigenschaften wir dem Diabetes eigentlich zu verdanken haben!

Meine Meinung
Beate Lyrmann

Der Nachkriegsschriftsteller aus der Schweiz erhielt die Diagnose Diabetes im Alter von 25 Jahren und war insulinpflichtig. Als Genussmensch war er bekannt für seine kulinarischen Exzesse und seinen exquisiten Weinkeller. Er starb mit knapp 70 Jahren an Herzversagen.

Fotos: John Smith / valdis torms – fotolia, bcendet - stock.adobe.com

TIPPS + NEWS

3. DiaCup im Juni – jetzt anmelden!

Von Samstag, 14. Juni, um 10 Uhr bis Sonntag, 15. Juni, um 18 Uhr veranstaltet der Landesverband NRW der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) in Kooperation mit Borussia Düsseldorf und dem RIN Diabetes ein Tischtennis-Turnier für Menschen mit Diabetes. Die Teilnahme am Turnier ist kostenlos.

Das Turnier, das 2025 zum dritten Mal ausgerichtet wird, findet im „Mekka des Tischtennis“ statt, wie das vom Deutschen Rekordmeister Borussia Düsseldorf betriebene Tischtennis-Zentrum auch genannt wird. Teilnahmeberechtigt sind Menschen mit Diabetes, die älter als 12 Jahre sind und Spaß am Tischtennis-Sport haben. Willkommen sind Sportbegeisterte mit und ohne Vorkenntnissen sowie Vereinsspieler*innen , die in zwei unterschiedlichen Kategorien gegeneinander antreten. Das Turnier wird in Gruppen mit bis zu sechs Personen durchgeführt, sodass alle Teilnehmenden mindestens fünf Spiele mit zwei Gewinnsätzen absolvieren können. Ein Team erfahrener Diabetesberaterinnen begleitet das Turnier und steht für Fragen zur Verfügung.

(jro)

ⓘ Infos & Anmeldung unter:
www.diacup.de
Ort: Borussia Düsseldorf, Borussia-Düsseldorf-Straße 1, 40629 Düsseldorf

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes