26762

2021 | 3

DIABETIKA
Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes

100 Jahre Insulin

Vor vielen Jahren habe ich mir einmal die Frage gestellt, was ich mitnehmen würde, wenn ich in einer Notlage aufgrund höherer Gewalt schnellstens meine Wohnung verlassen müsste. Während andere vielleicht ihren Schmuck, Wertpapiere, wichtige Dokumente, das Portemonnaie oder den Autoschlüssel gegriffen hätten, kam mir nur mein Insulin in den Sinn. Ohne Insulin kein Überleben für Menschen mit Typ-1-Diabetes. Mich hat auch immer wieder fasziniert, wie Menschen mit Typ 1 sich im Krieg ihr Insulin und ihre Therapiemöglichkeiten organisiert haben, ohne körperlich großen Schaden zu nehmen. In Interviews, Jahre später – inzwischen waren sie weit über 70 Jahre alt und noch recht fit –, erzählten sie davon ohne Pathos, aber mit einem gewissen Stolz.

Foto: happy_e – AdobeStock

Luxusware Insulin

Doch auch heute ist Insulin für viele Typ-1-Diabetespatienten auf der Welt noch ein knappes Gut. Auf einer Zugfahrt kam ich mit einem Mann aus Zentralafrika ins Gespräch, der beobachtete, wie ich gerade in einer Mappe mit gruseligen Bildern von diabetischen Füßen und amputierten Gliedmaßen blätterte. Ich erzählte ihm vom Diabetes und der Arbeit unseres Selbsthilfeverbandes. Diabetes sagte ihm etwas. Aber das hätten nur ältere Menschen, die er kenne. Dass das auch Kinder und junge Menschen bekommen könnten und dass diese Insulin spritzen müssten, davon habe er noch nicht gehört. Das konnte er vielleicht auch nicht, weil diese Menschen, bevor ihnen geholfen werden konnte, starben.

Während wir uns in Deutschland um die neueste Insulintherapie – Pen, Pumpe

INHALT

1 **Titel:** 100 Jahre Insulin

4 **Gesundheit:** Fragen zur Herzgesundheit

5 **Forschung:** Rezeptor-Neuentdeckung könnte Diabetesbehandlung verändern

6 **Kongresse:** Neues von der Diabetologie 2025

7 **So erlebt:** Meine erste Imfpung gegen COVID-19

8 **NRW:** Projektstart zu Versorgungsdefiziten in der Pflege | Wege zur Arzt-Patienten-Motivation | Vielversprechende Aussichten im RIN e. V.

12 **Lecker!:** Verändertes Ernährungsverhalten durch Corona | Gesund durch die Pandemie | Bulgursalat | Buttermilch-Lassi mit Erdbeeren

16 **Punktum:** Kostbarkeit am Wegesrand

▶ *Fortsetzung auf S. 2*

oder Closed Loop – sowie das optimale Blutzuckermessen – CGM oder FGM – Gedanken machen, sind Insulin und Hilfsmittel zur Blutzuckermessung in armen Ländern reiner Luxus. Krankenversicherungen gibt es oft nicht. Eine Insulinflasche kostet mehr als die Hälfte eines Monatseinkommens. Mit einer Ampulle versuchen die Betroffenen so lange auszukommen wie möglich. Die Folge sind eine schlechte Blutzuckereinstellung und schwere Folgeschäden. Heidrun Schmidt-Schmiedebach hat sich der Sache angenommen und leitet schon seit vielen Jahren die deutsche Sektion des internationalen Hilfsprojektes „Insulin zum Leben", das sich bemüht, die so benachteiligten Diabetespatienten mit Insulin und Hilfsmitteln zu versorgen. Neben Spenden sind bei Therapieumstellung auch nicht mehr benötigte Ampullen und Hilfsmittel willkommen. Doch bleibt diese Hilfe nur ein kleiner Tropfen im Ozean.

Bahnbrechende Entdeckung

Am 14. November 1891 wurde Frederick Banting geboren. Weil ein Freund von ihm an Diabetes gestorben war, forschte der kanadische Mediziner daran, das Hormon Insulin aus der Bauchspeicheldrüse zu isolieren. Zusammen mit dem Medizinstudenten Charles Best und unter Mitwirkung des Physiologen John Macleod sowie des Biochemikers James Bertram Collip gelang Banting die Isolation, ohne die Inselzellen dabei zu zerstören. Am 30. Juni 1921 spritzten Banting und Best das Insulin erstmals einem erkrankten Hund, woraufhin dessen Blutzuckerspiegel sank. Doch es bedurfte noch einiger Schritte im Labor, bis das Insulin 1922 zum ersten Mal einem Menschen, dem fünfjährigen Typ-1-Diabetiker Theodore Ryder, injiziert werden konnte. Ryder erholte sich und wurde 76 Jahre alt. Banting und Macleod erhielten 1923 für diese bahnbrechende Entdeckung den Nobelpreis. Das Preisgeld teilten sie mit Best und Collip, die ebenfalls einen hohen Anteil an der Erforschung hatten. Seit 1923 wird Insulin industriell hergestellt. Der 14. November wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Diabetes Federation (IDF) später zum Weltdiabetestag erklärt.

Fortschritt und Individualität

Während es anfangs nur tierische Insuline gab wie das Rinder- und Schweineinsulin, wurde Insulin seit Beginn der 1980er-Jahre als erstes Medikament auch mittels gentechnisch veränderter Bakterienkulturen erzeugt. Hatte man zuvor noch sehr starre Therapieschemata, wurde aufgrund der fortschreitenden Forschung eine sehr flexible Therapierung möglich, die den Lebensgewohnheiten der Patienten immer besser angepasst werden konnte. So gibt es inzwischen viele Arten von Insulinen. Auch die Art der Applizierung des lebenserhaltenden Stoffes änderte

Herzlichen Glückwunsch

Zu Jubiläen gratuliert man.
100 Jahre Insulin!
Wahnsinn!
30 Jahre mit meinem Diabetes.
Herzlichen Glückwunsch!
30 Jahre Insulin für meinen Diabetes!
Wahnsinn!

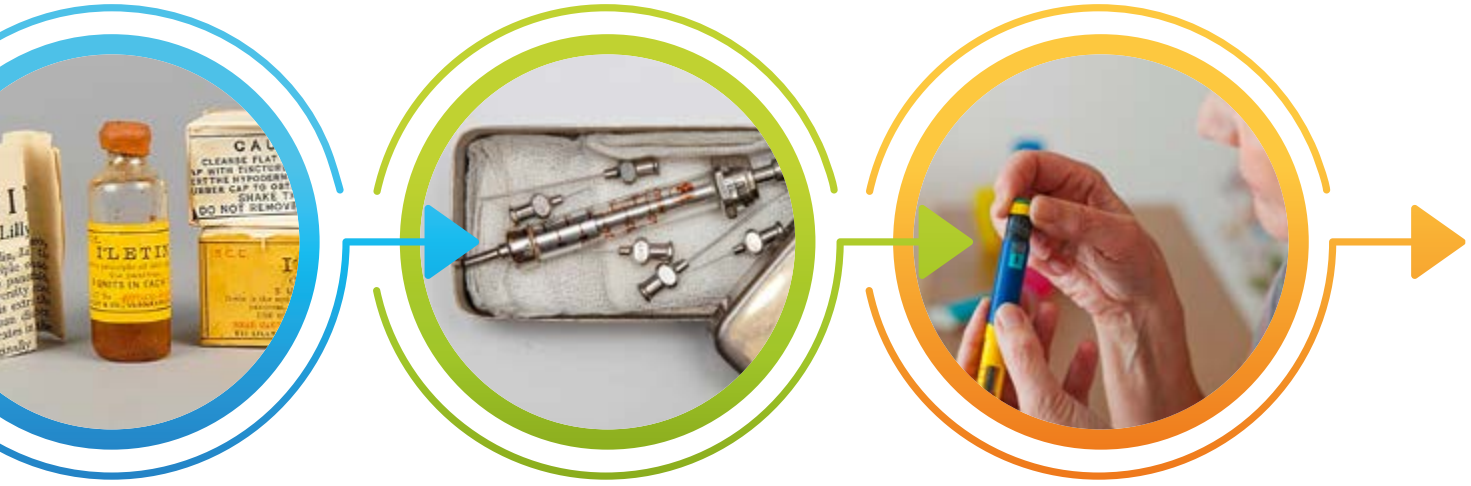
Ohne Insulin
wäre mein Partner schon Witwer,
hätte ich die Kinder nicht aufwachsen sehen,
wäre ich nicht gereist
in ferne Länder,
in die Wälder nebenan.

Ohne Insulin
hätte ich das Leben nicht gespürt
und meinen Garten nicht bestellt,
wären Freunde ohne meinen Gruß gegangen,
hätte ich mein Tagwerk nicht begonnen
und meine Ziele nicht verfolgt.

Ohne Insulin
könnte ich nicht dankbar sein
für meine 30 Jahre Diabetes,
für meine 30 Jahre Insulin,
für 30 Jahre mehr an lebenswertem Leben.
Wahnsinn!
Herzlichen Glückwunsch!

(Josi Simons)

Fotos: National Museum of American History, DDH-M – Jonas Härter, RFBSIP / happyvector071 – AdobeStock,



sich im Laufe der Jahre. Die auszukochenden Spritzbestecke mit den langen, dicken Nadeln wurden ersetzt durch Pens bis hin zu immer ausgefeilteren Insulinpumpen und mit der Blutzuckermessung kombinierten Loopsystemen.
Spannend ist zu verfolgen, dass tierische Insuline wieder mehr nachgefragt werden, auch wenn es nicht einfach ist, sie zu beziehen. Hier spielt für die Firmen nämlich der Kosten-Nutzen-Aspekt eine bedeutende Rolle. Dabei zeigt sich aber auch, wie individuell die Diabeteserkrankung und ihre Therapie ist.

INSULIN-THERAPIE IST INDIVIDUELL

Die Angst vorm „Spritzen“

In der Bevölkerung hat der Diabetes trotzdem nichts von seinem Schrecken verloren. Das eine sind die Folgeerkrankungen, das andere ist das „Spritzen“, wie es immer noch heißt, was vielen Menschen Angst macht. Ich erinnere mich an eine Dame während meiner Diabetesschulung, die sich partout nicht (mit einem Pen) spritzen wollte. Nach vier Tagen gelang es der Diabetesassistentin, ihr die Angst zu nehmen. Ihren euphorischen Freudenschrei, der über die Station (vor vielen Jahren noch Schulung in der Klinik) erklang, vergesse ich nicht. Aus meiner ehrenamtlichen Tätigkeit in der Selbsthilfe weiß ich, dass leider auch viele Menschen mit Typ-2-Diabetes diese Angst vor dem „Spritzen“ immer noch haben, wenn ihr Arzt ihnen eine Insulintherapie empfiehlt. Haben sie aber einmal den Schritt gemacht, bedauern die meisten, die Insulintherapie nicht schon früher begonnen zu haben, denn auch Menschen mit Typ-2-Diabetes profitieren von einer Insulintherapie, wenn sie dadurch ihre Blutzuckereinstellung verbessern bzw. stabilisieren und somit Folgeerkrankungen besser vermeiden können.

100 Jahre Leben

100 Jahre Insulin. Gäbe es dieses kostbare Hormon in seiner isolierten Form nicht, wären schon viele Menschen viel zu früh verstorben. Ein Grund, innezuhalten und dankbar zu sein und für einen Moment zu vergessen, dass Diabetes inzwischen eine ganze Branche unterhält, die vielleicht mehr von dem Miteinander ihrer Protagonisten als vom Konkurrieren untereinander profitieren könnte. Dabei würden am Ende auch die Menschen mit Diabetes gewinnen, so wie sie vor 100 Jahren davon profitiert haben, dass ein paar Wissenschaftler gemeinsame Sache gemacht haben.

Ursula Breitbach
mit ihrer ganz eigenen Sicht auf das Jubiläum

Jubiläumspräsent für unsere Mitglieder

Zum Insulin-Jubiläum erscheint Ende Juni 2021 im Kirchheim-Verlag, Mainz, ein vom Landesverband NRW der DDH-M initiiertes **Sonderheft „100 Jahre Insulin“**. Mitglieder erhalten das Heft auf dem Postweg.

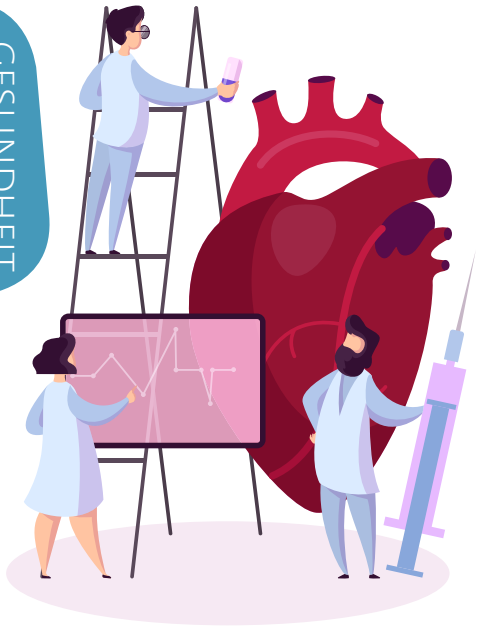
Fotos: privat, mgdrachal – AdobeStock

EDITORIAL

Gegen das Vergessen

Das kennen wir alle, liebe Leserinnen und Leser, dass man alltäglich genutzte Dinge als so selbstverständlich ansieht, als hätte es sie schon immer gegeben. Auch wir Diabetes-Patienten mit Typ 1 vergessen im Alltag, dass das Insulin, das unseren Körper lebensfähig erhält, nicht immer da war und wir ohne diesen Stoff tot wären. Vor 100 Jahren wurde dieser Stoff entdeckt – Zeit, einmal gedanklich in sich zu gehen und zu erinnern.
Doch auch unsere Herzgesundheit sollten wir nicht vergessen. Daher starten wir in dieser Ausgabe eine kleine Interviewserie dazu mit dem Kardiologen Prof. Dr. Frank Weidemann. Neues gibt es auch vom Pflege-Projekt des Landesverbandes NRW. Nach langer Zeit berichten wir auch wieder von der Diabetologie 2025. Bei diesem Thema schien die wissenschaftliche Fachgesellschaft die Selbsthilfe schon vergessen zu haben. Ob sie nun nachhaltig zurück im inhaltlichen Austausch ist, wird die Zukunft zeigen.
Darüber hinaus vergessen wir auch das Pandemie-Geschehen nicht, ein Thema, das viele Bereiche berührt. Lesen Sie dazu einen Spezialbericht, was Corona mit unserem Ernährungsverhalten macht, ergänzt durch leckere Rezepte von Huberta Eder. Eine Diabetikerin schildert zudem, wie es bei ihrer Impfung gegen das Virus zuging.

Bleiben Sie im Bilde!
Ursula Breitbach
Chefredaktion



Fragen zur Herzgesundheit

In dieser Ausgabe der DIABETIKA beginnen wir mit einer fortlaufenden Reihe von Fragen, die wir dem Kardiologen Prof. Dr. med. Frank Weidemann, Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Klinikums Vest, Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen, zum Thema Herzgesundheit gestellt haben.

Nicht nur Diabetes, auch kardiovaskuläre Erkrankungen werden oft zu spät erkannt. Gefäßschädigungen sind die mögliche Folge. Daher sind Kardiologen und Diabetologen eindringlich um Aufklärung bemüht und mahnen zur Vorsorge. Im ersten Teil unserer Reihe geht es um grundlegende Fragen zu den Erkrankungen:

Herr Professor Weidemann, warum sind Diabetiker besonders gefährdet, am Herzen zu erkranken?

PROF. WEIDEMANN: Bei Diabetespatienten zeigen sich im Verlauf der Erkrankung immer wieder erhöhte Blutzuckerwerte. Dieser erhöhte Blutzucker nimmt Einfluss auf die Gefäße. Als Kardiologen sehen wir insbesondere ein Problem an den Herzkranzgefäßen. Hier entwickelt sich an den großen Herzkranzgefäßen eine sogenannte Arteriosklerose mit Verkalkungen und Ablagerungen, die dann zu einer Verengung, den sogenannten Herzkranzgefäßstenosen, führen.
Am Herzen können aber auch die kleinen Herzkranzgefäße (small vessel) betroffen sein. Diese kann man im Herzkatheter nicht sehen. Sie sind bei Diabetikern häufig auch verändert und führen somit zu einer chronischen Minderversorgung mit Sauerstoff des Herzmuskels. Insbesondere bei Belastung leiden die Diabetespatienten dann unter Luftnot und Druck auf der Brust (Angina-pectoris-Symptomatik). Die großen Herzkranzgefäße kann man sehr gut in der Herzkatheter-Diagnostik darstellen und dann auch mit Ballons und Stents behandeln. Bei den kleinen Herzkranzgefäßen sind insbesondere die medikamentöse Therapie des Blutdrucks und die optimale Einstellung des Diabetes ganz wichtig.

Prof. Dr. Frank Weidemann
Chefarzt Medizinische Klinik I
Klinikum Vest GmbH
Knappschaftskrankenhaus
Recklinghausen
www.klinikum-vest.de

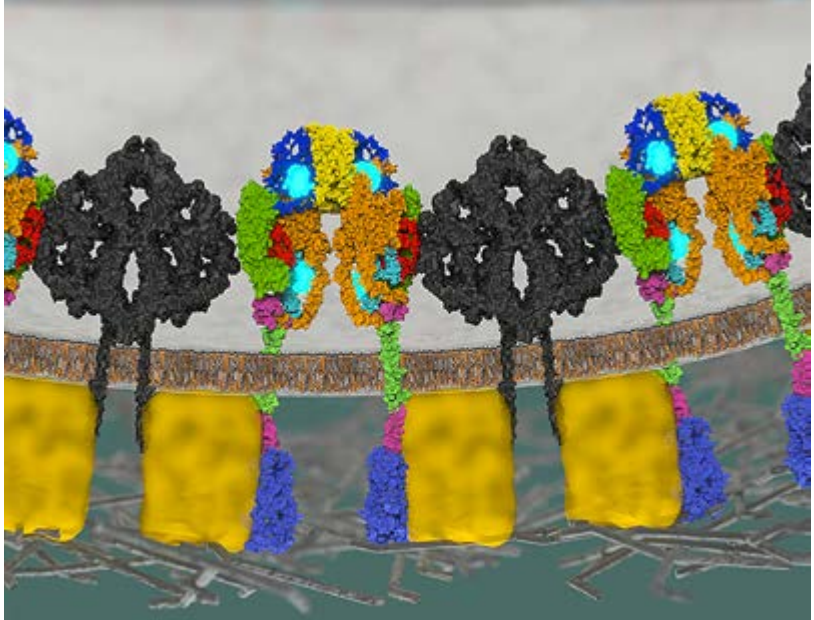
Fotos: privat, Arnoldius – Wikipedia, Illustration: artinspiring – AdobStock

Gibt es hierbei einen Unterschied zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetespatienten?

PROF. WEIDEMANN: Grundsätzlich gibt es hinsichtlich dieser Komplikationen keinen großen Unterschied zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetespatienten. Der einzige Unterschied ist, dass Typ-1-Diabetiker jünger sind und somit über viele Jahre ein Diabetesproblem haben. Die Zeit spielt bei diesen Krankheitsprozessen eine große Rolle. Somit sehen wir häufig Typ-1-Diabetiker, die dann im Erwachsenenalter Probleme an den großen und kleinen Herzkranzgefäßen haben.

Vielen Dank. Weiter geht es in der nächsten Ausgabe mit Informationen zu vorbeugenden Maßnahmen.

Das Interview führte Ursula Breitbach



Modell des Insulin-inhibitorischen Rezeptors „Inceptor“ (schwarz). Inceptor desensibilisiert den Insulinrezeptor (farbig) auf der Oberfläche einer Betazelle in der Bauchspeicheldrüse. Insulin ist blau dargestellt.

Fotos: Helmholtz Zentrum München

Rezeptor-Neuentdeckung könnte Diabetesbehandlung verändern

Diabetes mellitus ist eine komplexe Erkrankung, die durch den Verlust oder die Fehlfunktion der insulinproduzierenden Betazellen gekennzeichnet ist. Die Zellen befinden sich in den Langerhans-Inseln, einem speziellen „Mikroorgan“ der Bauchspeicheldrüse, und sind für die Kontrolle des Blutzuckerspiegels verantwortlich. Die Folgen des Diabetes – chronisch hoher Blutzucker, systemische Stoffwechselstörungen und auf lange Sicht Multiorganschäden – sind eine enorme medizinische und soziale Belastung. Bislang gibt es keine Möglichkeit, das Fortschreiten der Krankheit durch eine medikamentöse Behandlung aufzuhalten oder umzukehren.

Sensibilisierung der Betazellen möglich

Forschende einer Studie des Helmholtz Zentrums München, der Technischen Universität München und des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung haben einen bisher unbekannten Rezeptor entdeckt, der neue Möglichkeiten zur medikamentösen Behandlung von Diabetes schaffen könnte: der Insulin-inhibitorische Rezeptor „Inceptor“. Blockiert man die Funktionen von Inceptor, wird der Insulinsignalweg der insulinproduzierenden Betazellen in der Bauchspeicheldrüse sensibilisiert, also empfindlicher. Das könnte die Betazellen schützen und regenerieren und zu einer Remission des Diabetes führen.

„Vor hundert Jahren betonte Nobelpreisträger Frederick Banting in seiner Rede zur Entdeckung des lebensrettenden Medikaments Insulin, dass ‚Insulin den Diabetes nicht heilen, sondern nur die Symptome behandeln kann‘. Im letzten Jahrhundert hat sich daran nichts geändert. Wir wollen nun die Entdeckung von Inceptor dazu nutzen, neue Medikamente zur Regeneration der Betazellen zu entwickeln. Damit könnten wir Betroffenen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes helfen und letztendlich eine Diabetes-Remission herbeiführen“, erklärt **Heiko Lickert**, Direktor des Instituts für Diabetes- und Regenerationsforschung am Helmholtz Zentrum München, Professor für Betazellbiologie an der Technischen Universität München und Mitglied des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung.

HOFFNUNG AUF DIABETES-REMISSION

Regenerativer Behandlungsansatz

Diabetesforscher Lickert beschäftigt sich mit der Entwicklung regenerativer Behandlungsansätze, komplementär und alternativ zu den klassischen immunologischen und metabolischen Methoden. „Bildet sich in den Betazellen eine Insulinresistenz aus, kommt es zum Funktionsverlust und führt zum Diabetes. Therapien, die diese Zellen wieder empfindlicher machen für Insulin, könnten Patientinnen und Patienten vor dem Verlust der Betazellen oder ihrer Funktion schützen“, so Lickert. Mit der Entdeckung des Insulin-inhibitorischen Rezeptors Inceptor hat seine Forschungsgruppe eine vielversprechende molekulare Zielstruktur für Therapien zum Schutz und zur Regeneration von Betazellen gefunden, die nicht die unerwünschten Nebenwirkungen einer intensiven Insulintherapie mit sich bringt.

Presseinformation
Helmholtz Zentrum München / ub

Neues von der Diabetologie 2025

Am 17. März 2021 fand der runde Tisch zum Thema *Diabetologie 2025* unter der Leitung von Prof. Dr. Monika Kellerer, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), als Videokonferenz mit 41 Teilnehmenden, darunter Beteiligte des DDH-M Landesverbandes NRW, statt.

Es ging um Nachwuchsförderung, ambulante und stationäre Diabetologie, Digitalisierung, Schulungsformate, Zertifizierungen sowie Prävention und Forschung.

Sorge um den Nachwuchs

Was allen Beteiligten gleichermaßen Sorgen bereitet, ist der Mangel an nachwachsenden Diabetes-Fachärzten. Viele Studierende werden in der Ausbildung nicht an die Diabetologie herangeführt. Zudem sind viele Lehrstühle weggefallen oder unter dem Fachbereich Gastroenterologie subsumiert worden. Immer noch, wenig zielführend, gibt es hier und da konkurrierende Aktivitäten zwischen Wissenschaftlern, Klinikern und den niedergelassenen Fachärzten. Daher haben angehende Mediziner schon 2019 ein Monitoring-Programm sowie den „Students Diabetes Day" ins Leben gerufen, um Mitstudierende für das Fach zu interessieren.

Erste Fortschritte gibt es jedoch im Rahmen der Aus- und Weiterbildungsordnungen, was geplante Zusatzqualifikationen, Lernziele und -formen sowie die Facharztanerkennung betrifft. Entsprechende Übergangsregelungen bis hin zur Aktualisierung der Approbationsordnung sind in Arbeit. **Prof. Dr. Baptist Gallwitz** (DDG) wertet das als großen Erfolg. Problematisch ist jedoch der momentane Abbau von Ausbildungsstätten, der gestoppt werden muss. Zudem ist dringend mehr Nachwuchs im Bereich der ambulanten Diabetologie vonnöten.

Dr. Scheper wünscht sich, dass die diabetologischen Schwerpunktpraxen sich an den medizinischen Lehrstühlen als Lehrpraxen anbieten könnten. **Dr. Matthias Kaltheuner** (Leverkusen) sieht einen Vorteil für alle Beteiligten, wenn man regionale Weiterbildungs- und Forschungsaktivitäten etablieren würde.

Kritik am „runden Tisch"

Der ursprünglich aus der von den niedergelassenen Diabetologen – federführend **Dr. Nikolaus Scheper** (Marl) – initiierten Düsseldorfer Resolution in Form einer Taskforce erwachsene Gesprächsaustausch unter Einbeziehung aller Betroffenen – Ärzte, Klinik-Vertreter, Assistenzpersonal, Patienten und Wissenschaftler – hatte das Ziel, Lösungsmöglichkeiten für die Defizite in der Diabetologie zu erarbeiten. Die Taskforce wurde jedoch vor zwei Jahren von der DDG durch einen „runden Tisch" ersetzt. Das Ergebnis war, dass nur noch ausgewählte Vertreter zu wenigen Themen geladen wurden. Die Selbsthilfe wurde seither an diesen Gesprächen nicht mehr beteiligt. An der Videositzung im März durfte nur ein Vertreter, nach Protest eine weitere Vertreterin des DDH-M-Landesverbandes NRW teilnehmen. Dr. Scheper sprach diesen Umstand im Namen der niedergelassenen Diabetologen und Selbsthilfevertreter kritisch an. Da die fast vierstündige Sitzung ähnlich der früheren Taskforce jedoch konstruktiv geführt wurde, besteht Hoffnung, dass künftige Sitzungen auch nach dem Präsidentenwechsel an der DDG-Spitze im Mai 2021 daran anknüpfen werden und unter der Beteiligung aller Protagonisten weiterhin ergebnisorientiert diskutiert wird.

Ursula Breitbach

Mehr zu „5 Jahre Düsseldorfer Resolution" lesen Sie unter https://nrw.menschen-mit-diabetes.de/aktuelles

Fotos: peterschreiber.media – AdobeStock, Dirk Michael Deckbar, Jonas Härter

Fotos: skd – AdobeStock, VioletaStoimenova – iStockphoto

Birgit D. aus Aachen schildert in einem Erfahrungsbericht, wie sie ihre erste Impfung gegen das Coronavirus erlebt hat.

Meine erste Impfung gegen COVID-19

Am Karfreitag hatte ich frühmorgens meine Erstimpfung im Impfzentrum Aachen. Ich bin aufgrund meines Typ-1-Diabetes und meines aktuellen HbA_{1c}-Wertes in die Risikogruppe 2 gekommen, sodass es meiner Diabetologin möglich war, mir einen Nachweis gemäß Corona-Impfverordnung § 3 Ziffer 2 für ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf auszustellen. Mit einigem Glück habe ich dann online einen Termin zur Impfung im Impfzentrum erhalten.

Gute Betreuung vor Ort

Mit meinem Personalausweis, der Einladung zur Biontech/Pfizer-Impfung, je zwei ausgefüllten Blättern zur Aufklärung und Einverständniserklärung stand ich mit einer Bekannten, die mich zum Impfzentrum gebracht hatte und auch die ganze Zeit bei mir bleiben durfte, vor dem Impfzentrum. Nach einer Fiebermessung, die keine erhöhte Temperatur anzeigte, und der Auskunft, dass ich nicht direkt aus einem Krankenhausaufenthalt komme, durften wir eintreten. Zuerst mussten wir zum Warteschalter

für meinen Impfstoff und dort wurde ich gefragt, ob ich noch ein Arztgespräch vor der Impfung wünsche. Dies verneinte ich, sodass ich direkt in die Impfkabine weitergeleitet wurde. Während der ganzen Zeit wurden wir von dem Personal des Impfzentrums betreut, das uns sagten, was wir machen und wo wir hinmussten.

In der Impfkabine konnte ich mir aussuchen, ob ich liegend oder sitzend geimpft und in welchen Arm ich gespritzt werden wollte. Ich entschied mich für eine Impfung im Sitzen und in den linken Arm, da ich am anderen Arm meinen CGM-Sensor trug. Nach der Impfung durch eine Ärztin wurden wir von den Betreuenden in den Wartebereich geführt. Auf einem Stuhl (mit Plexiglasabtrennung zum nächsten Stuhl) wartete ich dann unter Beobachtung (Krankenschwester auf einer kleinen Empore, die alle Wartenden im Blick hatte) rund 20 Minuten. Es traten keine Probleme z. B. mit dem Kreislauf oder Ähnliches auf. Dann haben wir das Impfzentrum verlassen, und meine Bekannte brachte mich nach Hause.

Hilfreicher Rat

Die ersten 24 Stunden nach der Impfung hatte ich im Bereich des Impfarmes ein Gefühl wie beim Muskelkater oder, anders ausgedrückt, als ob ich den CGM-Sensor statt ins Unterhautfettgewebe in den Muskel gesetzt hätte. Nach dem Impf-Tag hatte ich keine Beschwerden mehr. Vielleicht lag es auch daran, dass ich, wie es empfohlen wird, viel vor der Impfung und auch während der Zeit nach der Impfung getrunken habe. Mein zweiter Impftermin, wieder mit dem Biontech/Pfizer-Impfstoff, wurde auf ein Datum sechs Wochen später terminiert.

Birgit D.

Projektstart zu Versorgungsdefiziten in der Pflege

Nicole Mattig-Fabian (diabetesDE) moderierte die Veranstaltung.

Der DDH-M-Landesverband NRW e. V. will mit seinem Projekt Lösungswege für die Defizite in der Versorgung pflegebedürftiger Diabetespatienten erarbeiten

Die Projekt-Arbeitsgruppe, bestehend aus dem Landesvorstand, weiteren Betroffenen, Fachkräften aus den diabetesberatenden Berufen, der Hochschule für Gesundheit Bochum, der Krankenhausgesellschaft sowie Vertretern von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, traf sich im 1. Quartal 2021 zu einer ersten Videositzung. Als Teilnehmende ihrer gesundheitspolitischen Ausschüsse waren **Angela Lück** (SPD) und **Merhad Mostifizadeh** (Bündnis 90/DIE GRÜNEN) zugegen. Der Prozess ist dynamisch. Noch ist auch die Projektgruppe nicht vollständig.

Ziel des Projektes ist es, für die Bereiche der ambulanten, stationären und in Heimen durchgeführten Pflege Lösungen zu finden für:

- eine umfängliche Diabetes-Qualifikation von Pflegepersonal
- eine flächendeckend ausreichende Ausstattung mit so fortgebildetem Pflegepersonal
- mehr finanzielle Anreize (Honorierung) für die Diabetes-Pflegefachkräfte
- den individuellen Einsatz moderner Therapiemaßnahmen
- eine Schaffung politisch notwendiger Rahmenbedingungen, bspw. zur Therapieanpassung durch Diabetes-Pflegefachkräfte

Zum Personenkreis der pflegenden Angehörigen wird der Landesverband ein gesondertes Projekt ins Leben rufen.

Erschreckende Daten

Moderatorin **Nicole Mattig-Fabian** (diabetesDE) trug einleitend Fakten (Datenlage 2018) vor, die bereits die personelle Schieflage im Pflegebereich verdeutlichen:

- 630.000 pflegebedürftige Personen mit Diabetes
- 420.000 davon durch die Angehörigen gepflegt
- 230.000 mit ambulantem Pflegedienst versorgt
- 210.000 in Seniorenheimen lebend
- 250.000 fehlende Vollzeitpflegekräfte in der Versorgung
- Über die Hälfte der Pflegekräfte insgesamt weiß nicht, was bei Unter- oder Überzuckerungen der Pflegebedürftigen zu tun ist.

GROSSER MANGEL AN FACHWISSEN

Es fehlt jedoch entscheidend auch an monetären Anreizen und für die Therapieumsetzung wichtigen Regelmechanismen, die diabetesbezogene Qualifizierung von Fachkräften und vorhandene Therapiemethoden betreffend. Hierzu bedarf es notwendiger politischer Rahmenbedingungen bzw. gesetzlicher Vorgaben.

Grundlegende Unkenntnis

Nur wenige Pflegekräfte verfügen über Diabetes-Wissen. Eigenständige Therapieanpassungen sind laut gesetzlichen Vorgaben nicht möglich. Es bedarf stets einer Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, was zeitlich problematisch sein kann. Nicht fortgebildete Kräfte kennen oft nicht den Unterschied von Typ-2- und Typ-1-Diabetes

KOMMENTAR

Mangelnde Solidarität ist das **falsche Signal**

Von den Pflegekräften wird Außergewöhnliches verlangt, nicht nur ihre Arbeit am Patienten, sondern auch ihr eigenes Befinden betreffend. Sie sind überlastet und überfordern ihre eigene Gesundheit, haben oft schwierige Arbeitsbedingungen und verdienen im Verhältnis viel zu wenig. Ein Aufreger war daher noch am Abend des Sitzungstages der DDH-M-Pflege-Arbeitsgruppe die Ticker-Meldung, **dass die katholische Wohlfahrtsorganisation Caritas den für die gesamte Pflegebranche von der Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) und der Gewerkschaft Verdi erarbeiteten Tarifvertrag nicht unterzeichnen werde.** Dieser Vertrag sollte den Branchenmindestlohn durch höhere Löhne und geregeltere Arbeitsbedingungen ersetzen. Damit war auch der Plan hinfällig, diesen Vertrag ab dem 1. August 2021 mit der zugesicherten Unterstützung von Arbeitsminister Hubertus Heil allgemein verbindlich umzusetzen.

Der Politik ist hier also kein Vorwurf zu machen. Anders ist es bei den verschiedenen Arbeitgeberlagern. Die privaten Pflegeanbieter haben einen Marktanteil von 50 Prozent. Ihnen kommt der Schachzug der Caritas gerade recht, um auf dem Niedriglohn-Niveau weitermachen zu können. Die Caritas selbst zahlt gut und will ihren Marktwert entsprechend behaupten und nutzen. Es ist schlimm genug, dass die Kirche und ihr Sozialverband entgegen ihren eigenen Wertevorgaben handeln. Viel schlimmer ist das Signal, das sie durch ihr Handeln geben, nämlich dass sich nichts ändert, vor allem nicht verbessert. Der inneren Kündigung wird nun bei vielen Pflegekräften auch die äußere Kündigung folgen. Bleibt für das Pflege-Projekt des DDH-M Landesverbandes NRW zu hoffen, dass sich wenigstens im Bereich der fachgerechten Diabetes-Pflege etwas zum Besseren bewegen lässt.

Ursula Breitbach

oder zwischen Über- und Unterzuckerung. Das kann für die Patienten gefährlich werden. Es werden zudem zunehmend Typ-1-Patienten, die es gewohnt sind, ihre Therapie eigenverantwortlich durchzuführen, pflegebedürftig und benötigen Hilfe bei ihrer Therapie. Diese Patienten hat niemand auf dem Schirm. Auch in den Gesundheitsausschüssen ist diese Problematik nicht angekommen. Hier geht es immer noch um das Thema Prävention und damit um gesunde Ernährung und Bewegung.

Bund- oder Ländersache?

Ein Problemfeld bei der Pflegethematik wird sicherlich auch die Zuständigkeitsebene sein. Pflege ist in der Regel Ländersache. Was Finanzierungsentscheidungen betrifft, werden diese auf Bundesebene gefällt.

Trotz dieser nicht leichten Konstellation bleibt der Landesverband am Ball. In der ersten Sitzung hat der Landesvorstand erst einmal die unterschiedlichen Erfahrungen und Meinungen zusammengetragen und erste Forderungen herausgearbeitet. Dies auch den politischen Vertretern gegenüber zu konkretisieren und mögliche Maßnahmen herauszuarbeiten, wird Aufgabe der nächsten Sitzungen sein. Die Projektgruppe wird sich fortlaufend – momentan noch digital – treffen. Wir werden Sie auch weiterhin darüber informieren.

Ursula Breitbach

Fotos: wanderluster – iStockphoto, Jonas Härter, privat

IMPRESSUM

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

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

Redaktion: Ursula Breitbach
E-Mail: ursula.breitbach@ddh-m.de

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

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

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

Anzeigendisposition: Uta Schuster
Tel. (0 61 31) 9 60 70-23
E-Mail: schuster@kirchheim-verlag.de

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

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

Korrektorat: DACHL
Mainzer Str. 116, 66121 Saarbrücken

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

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

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

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

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

ISSN 2627-5783

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes

Foto: Tryfonov – AdobeStock

Motivierender **Denkanstoß ...**

... gelesen in Ausgabe 05/2021, Seite 155, der Zeitschrift BRIGITTE, Impulse aus der Rubrik Leben ... der Autorin Katharina Grossmann-Hensel:

Niemand kann einen anderen Menschen heilen bzw. gesund werden lassen.

❇

Jede Heilung ist daher immer und grundsätzlich Selbstheilung.

❇

Dabei muss jeder Herr*in im eigenen Haus werden, Chef*in der Gefühle, der Kopf des Hirns, Direktor*in des eigenen Körpers und Oberhaupt des eigenen Kopfes.

❇

Jeder muss dies erarbeiten, verteidigen und diese Macht wollen und vor allem Verantwortung übernehmen.

❇

Gesundheit hat immer mit Vorstellungen, Gefühlen und Haltungen zu tun.

❇

Jeder kann und sollte diese Chance ergreifen.

Wege zur Arzt-Patienten-Motivation

Beim vierten Qualitätszirkel Psychodiabetologie ging es im März 2021 um Motivation bei Patientengesprächen und dabei auftretende Probleme. Dr. Rainer Paust (Leiter des Psychosozialen Instituts und Selbsthilfebeauftragter Elisabeth-Krankenhaus Essen) und Dr. Martin Stetzkowski (Diabetologe aus Ratingen) initiierten per Interview eine thematische Diskussion zwischen den 21 Teilnehmenden.

Nachhaltige Therapieziele

Motivationsprobleme können sowohl bei den Patienten als auch bei den Therapeuten auftreten. Normalerweise kommt der Patient alle drei Monate zum Check-up mit anschließendem Gespräch mit dem Arzt in die Praxis. Der Arzt sollte zur Kommunikation einladen, da Motivation kein Gegenstand ist, sondern immer situativ und auch nicht immer gleich entsteht. Ohne in eine Bewertungsfalle zu tappen, wird der Arzt – ohne die therapeutischen Ziele zu vergessen – den Patienten in seiner Gesamtheit im Blick behalten. Dies geschieht in der Regel dadurch, dass der Arzt zuerst den Patienten reden und dessen Alltag schildern lässt. Das sich daraus entwickelnde Therapieziel entsteht in Absprache mit dem Patienten, wobei dieses im Idealfall auf den Patienten zugeschnitten wird. Der Spannungsbogen (der Reiz dieses Ziels für den Patienten) muss die nächsten drei Monate bestehen können. Der Arzt fragt, ob der Patient sich vorstellen kann, dieses Ziel zu erreichen. Zudem wird er beim nächsten Termin diesbezüglich nachfragen. Bei einem Nein des Patienten muss er ein anders gestaltetes Ziel, ggf. mit geringerem Einsatz, wählen. Bei einem grundsätzlichen Nein muss der Behandelnde die Reißleine ziehen bis hin zu der Möglichkeit, dass er den Patienten ohne Zielvereinbarung gehen lässt und auf Dauer die Weiterbehandlung verweigert.

GESPRÄCHSFÜHRUNG IST ENTSCHEIDEND

Therapeutischer Perspektivwechsel

Falls die psychosozialen Belastungen des Patienten aufgrund von Alltag,

beruflicher Situation oder auch diabetesbezogenen Belastungen so hoch sind, dass der Patient seine Eigenmotivation verliert, sollte der behandelnde Arzt die Mitbehandlung durch einen Psychodiabetologen in Betracht ziehen. Dies kann zu einer besseren Therapie und Lebensqualität des Patienten führen. Ein neuer Therapieansatz baut auf erreichten Erfolgserlebnissen des Patienten auf. Bei allem sind immer der Respekt für die Lebensleistung und die Erfahrungen des Patienten (besonders bei Langzeitdiabetikern) sowie der Blick auf die einsetzbaren Ressourcen des Patienten wichtig.

Schritte zum Erfolg

Alles ist nur möglich, wenn die Beziehung zwischen Patient und Arzt gut und vertrauensvoll ist. Auch mögliche Zweifel daran können und sollten von beiden Seiten angesprochen werden. Oft ist es so, dass ein Arzt, der auf diese Art von Kommunikation geschult ist, mehr Zeit mit dem Patientengespräch verbringt und motiviertere Patienten hat. Wenn der Patient in Bezug auf die Therapietreue jedoch nicht mitwirkt oder motiviert ist, helfen auch die besten oder neuesten Medikamente nicht. Bei stagnierender Haltung des Patienten, weil beispielsweise andere Hemmnisse im Weg sind, kann eine offene Ansprache des Arztes helfen, indem er aus fachlicher Sicht neutral vorschlägt, einen Psychodiabetologen hinzuzuziehen und bei einem entsprechenden Erstkontakt zu helfen.

Sabine Härter

Vielversprechende Aussichten im RIN e. V.

Die Mitgliederversammlung des Regionalen Innovationsnetzwerks RIN e. V. (Düsseldorf) fand im April 2021 coronakonform digital statt.

Dr. Olaf Spörkel, der Vorstandsvorsitzende des RIN e. V., rekapitulierte, welche Arbeitsgruppen im letzten Jahr weitergeführt wurden, darunter der Qualitätszirkel Psychodiabetologie und der Verbund zur Versorgung von Schwangerschaftsdiabetikerinnen.

Der Vorstand wurde nach seiner Entlastung in gleicher Besetzung wiedergewählt: **Dr. Olaf Spörkel**, als Stellvertreterin die Diabetologin **Dr. Jolanda Schottenfeld-Naor** und als 2. Vorsitzender **Joachim Kortheuer** (Vertreter der Selbsthilfe). Damit ergänzen sich auch weiterhin Forschende, Behandelnde und Betroffene. Auch die Kuratoriumsmitglieder wurden wiedergewählt mit Ausnahme von Cornelia Jamin (IKK classic), die inzwischen in den Ruhestand verabschiedet wurde. Das somit nur noch mit vier Personen besetzte Kuratorium schlug für die Zukunft eine Verlinkung mit dem Portal zur Diabetes-App-Testung „DiaDigital" vor, da dort schon Fachleute zur digitalen Unterstützung von Betroffenen zusammenarbeiten und gute Arbeit leisten.

Geplante Projekte

Neben einer kontinuierlichen Mitgliedererweiterung und somit einer RIN-Netzwerkvergrößerung sollte für zukünftige Veranstaltungen ein Sponsoren-Konzept entwickelt werden. Die nächsten Projekte, die geplant werden (neben dem Düsseldorfer Diabetestag im September), sind

- ein RIN-Symposium zum Thema „Selbsthilfe und ihre Bedeutung für Betroffene",
- weitere Treffen des Qualitätszirkels Psychodiabetologie,
- eine Netzwerkplattform zum Austausch für Hebammen und Gynäkologen in Bezug auf Gestationsdiabetes.

Ebenfalls geplant wird künftig die Verleihung eines RIN-Preises, der für transdisziplinäre Projekte oder an netzwerkfördernde Personen im Bereich Diabetes verliehen werden soll.

Vielfältige Talk-Themen

Darüber hinaus sollen RIN-Talks angeboten werden zu möglichen Themen wie diesen:

- Info-Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes aus Sicht der Forschung und der Selbsthilfe-Aktiven
- Apps auf Rezept
- Gematik (Datensicherheit bei der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens – Telemedizin, E-Patientenakte etc.) oder
- Wissensaustausch analog versus digital, bezogen auf das Verhältnis Arzt–Patient bzw. auf das RIN-Netzwerk

Es soll zudem versucht werden, einen Vertreter des RIN e. V. am runden Tisch der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zu positionieren. Das nächste Treffen per Videokonferenz befasst sich mit der Planung des Düsseldorfer Diabetestages.

Sabine Härter

Fotos: Jonas Härter, U. Breitbach

Verändertes Ernährungsverhalten durch Corona

Eine ausgewogene Ernährung stärkt das Immunsystem. Untersuchungen zum Ernährungsverhalten haben gezeigt, dass dies unter Corona-Bedingungen schwierig ist. Für Erwachsene wie auch Kinder sind Bewegungsmangel und Gewichtszunahme die Hauptprobleme.

Die COVID-19-Pandemie bestimmt nach wie vor unser Leben. Kinderbetreuung wird vermehrt von den Eltern geleistet, und auch Jugendliche müssen mehr zu Hause bleiben. Erwachsene arbeiten oft im Homeoffice oder werden in einen Schichtbetrieb eingeteilt, um das Infektionsgeschehen niedrig zu halten. Diese Faktoren haben auch Einfluss auf unser Essverhalten. Es werden mehr Mahlzeiten zu Hause eingenommen. Die Mahlzeitenhäufigkeit, die Zeitabstände zwischen den Mahlzeiten sowie die Uhrzeiten können sich dadurch verändern. Es gibt häufig kein Essensangebot mehr am Arbeitsplatz, da Kantinen gar nicht oder nur eingeschränkt geöffnet haben. Erste Studien aus Europa und Australien zeigen nun Ergebnisse, wie sich der strenge Lockdown auf das Essverhalten der Menschen ausgewirkt hat.

Umgang mit Einschränkungen

Viele Befragte gaben einen häufigeren Verzehr von Süßwaren und Snacks an. Auch weniger Obst, Gemüse und Fisch soll gegessen worden sein. In einzelnen Untersuchungen wurde eine höhere Energiezufuhr festgestellt. Es gab aber auch die gegenteiligen Berichte, dass sich die Ernährung unter Lockdown-Bedingungen verbessert hat. Insgesamt kochten die Befragten mehr Mahlzeiten selbst, und die Familien aßen häufiger gemeinsam.

Der Frage, wie sich die Ess- und Trinkgewohnheiten bei Kindern während der COVID-19-Pandemie veränderten, ging auch das Else-Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin (EKFZ) an der Technischen Universität München (TUM) nach. Dabei wurde unter anderem nach den Lebensgewohnheiten der Eltern und ihrer Kinder gefragt. Immerhin 26 Prozent der Eltern gaben an, dass sie seit dem ersten Lockdown zugenommen hatten. Bei den Kindern betraf es vor allem die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen, insbesondere die Jungen. Die Jugendlichen aßen laut Befragung der Eltern mehr Süßigkeiten, salzige Knabberartikel und tranken mehr Softdrinks. Erschwerend kam hinzu, dass sich die Kinder weniger bewegten, bei den Jugendlichen sogar jeder zweite.

Essverhalten von Typ-2-Diabetikern

Bei Menschen mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 wurde berichtet, dass sich die Ernährungsgewohnheiten zum Teil verbessert hatten. Laut einer polnischen Studie wurde mehr Wasser getrunken und mehr frisches Obst, Gemüse und Getreideprodukte gegessen. Rund 40 Prozent der Befragten gaben an, ihre Diabeteserkrankung besser zu überwachen. Auch in Spanien aßen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit

Fotos: Артём Ковязин – AdobeStock, Maryna Andriichenko – iStockphoto

Kindern fehlt vor allem die Bewegung.

Wenn es schnell gehen muss: Fertiggerichte aufwerten

- Zusätzlich Tomaten und Zucchini auf die Fertigpizza geben. Während des Backvorgangs einen gemischten Salat zubereiten.
- Fertige Gnocchi oder Spätzle zusammen mit Gemüse, zum Beispiel Tiefkühlgemüse, in der Pfanne garen.
- Vollkornnudeln mit einer vegetarischen Fertigsoße und selbst zubereitetem Salatteller servieren.
- Fertige Nudelsoßen mit Gemüse aufwerten, z. B. mit kurz angebratenen geraspelten Karotten und gewürfelten Zwiebeln.

Typ-2-Diabetes mehr Gemüse und beschäftigten sich mehr mit der Zubereitung von Mahlzeiten. Gleichzeitig konsumierten sie mehr Süßigkeiten und Snacks und bewegten sich weniger. Schwierigkeiten, ihr Gewicht zu halten, hatten stark übergewichtige Menschen mit Diabetes in einer italienischen Untersuchung. Aufgrund der Einschränkung während des Lockdowns nahm diese Gruppe tendenziell an Gewicht zu. Allerdings können diese ersten Untersuchungen bisher nur Hinweise auf veränderte Gewohnheiten geben. Der Befragungszeitraum war zu kurz und die Unterschiede in den Bevölkerungsgruppen wurden zu wenig herausgearbeitet.

Fotos: nebari – AdobeStock

Süßigkeiten und Knabbereien setzen dem Körpergewicht zu. Daher ist zusätzliche Bewegung sehr wichtig.

Auswirkungen negativer Gewohnheiten

Die negativen Folgen von Bewegungsarmut und Gewichtszunahme sind gut bekannt. Dabei steigt besonders das Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes Typ 2 zu erkranken. Eine bereits vorhandene Diabeteserkrankung kann sich unter solchen Bedingungen verschlechtern. In Zusammenhang mit COVID-19 werden vor allem die Gefäßschäden, die durch Bluthochdruck oder erhöhte Blutzuckerwerte verursacht werden können, diskutiert.

Solange bei Menschen mit Diabetes noch keine Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Nierenschäden vorliegen, besteht auch kein erhöhtes Sterberisiko gegenüber Gleichaltrigen. Dies konnte eine Untersuchung aus den USA zeigen. Eine Studie aus Wuhan, China, betrachtete die Blutzuckerwerte von schwer am Coronavirus erkrankten Menschen mit Diabetes Typ 2. Patienten mit einem gut eingestellten Blutzuckerspiegel benötigten dabei seltener intensivmedizinische Behandlung. Forscherinnen und Forscher aus Großbritannien und Italien beobachteten Vergleichbares. Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 1 und schlechter Stoffwechsellage waren gefährdet, schwerer an COVID-19 zu erkranken. Jugendliche mit Typ-1-Diabetes scheinen dagegen wie auch Gesunde ihrer Altersgruppe weit weniger für schwere Krankheitsverläufe gefährdet zu sein. Ob umgekehrt das Coronavirus auch Diabetes verursachen kann, ist noch unklar und muss weiter erforscht werden. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig ein gut eingestellter Blutzuckerspiegel verbunden mit entsprechender Bewegung und Ernährung ist.

Sinnvolle Ernährung bei Diabetes

Vollkornprodukte und Gemüse sind gut für einen stabilen Blutzuckerspiegel. Eine spezielle Diabetes-Diät gibt es nicht, dennoch ist die Ernährung ein wichtiger Punkt, um in Zeiten von COVID-19 gesund zu bleiben. Folgende Lebensmittel sind sinnvoll für Menschen mit Diabetes:

- Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Vollkornmehl
- ca. 400 bis 500 g Gemüse am Tag, 250 g Obst
- Bohnen, Erbsen, Linsen und Kichererbsen
- Joghurt und Milch mit 1,5 % Fett, Buttermilch
- Fettarmer Camembert, Skyr (eine traditionelle isländische Milchspeise), Magerquark und Hüttenkäse

- Emmentaler, Gouda, Bergkäse und Parmesan in Maßen
- Schnitzel, Lende, Steak und Fisch sowie Schinken und kalter Braten
- Olivenöl und Rapsöl, Walnüsse bzw. Nüsse in Maßen (25 g)
- Süßigkeiten als Ausnahme

Eine ausgewogene Ernährung hält auch unser Immunsystem fit. Vor allem Fast-Food-Produkte oder Essen von Lieferdiensten enthalten mehr gesättigte Fette und Salz als Selbstgekochtes. Beides kann sich auf Dauer bei Bluthochdruck oder vorgeschädigten Gefäßen ungünstig auf die Gesundheit auswirken.

Gesund und bequem ist möglich

Natürlich ist es während der Pandemie verlockend, sich etwas zu bestellen. Eine halbe oder eine kleine vegetarische Pizza und dazu ein Salat, eventuell auch selbst zubereitet, während man auf den Lieferdienst wartet, bringt eine frische Komponente hinein. Auch asiatische oder indische Gemüsezubereitungen können gelegentlich eine Alternative sein. Des Weiteren gibt es eine große Auswahl an Tiefkühlprodukten, wie kalorienarme Fisch- oder Gemüsegerichte. Ein Blick auf die Nährwertinformation auf der Packungsrückseite gibt Auskunft, ob viel Fett und Energie enthalten sind. Nicht mehr als 400 bis 500 kcal sollte eine solche Fertigmahlzeit pro Person enthalten. Schnell zubereitet ist auch naturbelassenes Tiefkühlgemüse. Es werden sowohl Fertigmischungen, z. B. als asiatische oder italienische Kombination, als auch einzelne Sorten (Spinat, Erbsen, Paprika etc.) angeboten. Ungewürzte Hülsenfrüchte gibt es mittlerweile in der Dose oder im Glas, z. B. Kichererbsen, Bohnen oder Linsen. Sie liefern Ballaststoffe und wertvolles Eiweiß und lassen sich gut unter Ofen- oder Pfannengemüse mischen. Fertige Gewürzmischungen ohne Salz, z. B. in die mediterrane, asiatische oder orientalische Richtung, erleichtern weniger erfahrenen Köchinnen und Köchen das Würzen und helfen, Sahne und Salz zu sparen.

FAZIT

Unter Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen fällt es vielen Menschen schwerer, sich bedarfsgerecht zu ernähren und ausreichend zu bewegen. Mehr selbst zubereitete Mahlzeiten und veränderte Essenszeiten können auch mehr Essen und damit eine höhere Energieaufnahme bedeuten. Menschen mit Diabetes sollten besonders auf einen gut eingestellten Blutzuckerspiegel achten, da damit das Risiko, schwer zu erkranken, sinkt.
Eine ausgewogene Ernährung unterstützt unser Immunsystem bei der Abwehr gegen Krankheitserreger. Um die Empfehlungen während der Pandemie umzusetzen, brauchen die Menschen entsprechende Angebote. Hier sollten neben weiteren Forschungen auf dem Gebiet Möglichkeiten entwickelt werden, die Menschen im Lockdown zu erreichen.

Diplom-Ökotrophologin (Univ.) Susanne Schmidt-Tesch

Univ.-Prof. Dr. med. Hans Hauner

Institut für Ernährungsmedizin, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

Gesund und lecker durch die Pandemie

Für eine gesunde Ernährung auch in Corona-Zeiten gibt Huberta Eder in gewohnter Weise ein paar gaumenkitzelnde Anreize zum Ausprobieren.
Für den Sommer genau richtig ausgewählt und leicht zuzubereiten sind der Bulgursalat und das Buttermilchgetränk.

Huberta Eder

Bulgursalat

TIPP: Dazu schmecken Joghurt-Dip mit Minze, Kichererbsen oder Fetakäse

Zutaten für 4 Portionen:

150 g	Bulgur
ca. 200 g	kochendes Wasser
8 g	Gemüsebrühe, Trockenprodukt
150 g	Gurke oder Staudensellerie
100 g	Kirschtomaten
50 g	Frühlingszwiebeln
50 g	Zitronensaft
	Weißer Pfeffer (Mühle)
	Kreuzkümmel
	Paprika edelsüß
30 g	natives Olivenöl
10 g	Kräuter: glatte Petersilie, Minze, Schnittlauch oder Koriandergrün

Nährwerte für 1 Portion: 210/880 kcal/kJ | 5 g Eiweiß | 8 g Fett | 29 g Kohlenhydrate | 2,2/2,6 BE/KE | 5 g Ballaststoffe | 0 mg Cholesterin | 0,9 g Kochsalz | 30 mg Kalzium

Zubereitung:
Bulgur in eine Schüssel geben und mit kochendem Wasser übergießen. Gemüsebrühe zugeben und unterrühren. Die Schüssel mit einem Teller abdecken und den Bulgur 30 Minuten quellen lassen. Packungsanleitung beachten!

Zwischendurch alles Gemüse klein schneiden und zusammen mit dem Zitronensaft zum Bulgur geben. Mit Gewürzen abschmecken. Frische Kräuter fein hacken und unter den Salat mischen. Den Bulgursalat gut durchziehen lassen.

Hier heraustrennen

Fotos: Yingko – AdobeStock, etorres69 – iStockphoto

Buttermilch-Lassi mit Erdbeeren

Zutaten für 1 Portion:

100 g	Buttermilch
80 g	Erdbeeren
10 g	Limettensaft
5 g	Ahornsirup
1 g	Minzeblättchen
1 Msp.	Zimt, gemahlen
1 kl. Msp.	Ingwer, gemahlen (oder frisch)
1 kl. Msp.	gemahlene Vanilleschote
50 g	gekühltes Mineralwasser mit Kohlensäure oder kleine Crushed-Ice-Würfel

Zubereitung:
Alle Zutaten mit Ausnahme der Crushed-Ice-Würfel in ein Mixglas geben und pürieren. Mineralwasser oder Crushed-Ice-Würfel zugeben. Das Getränk in ein Longdrinkglas füllen. Ein Minzeblättchen an den oberen Glasrand setzen.
TIPP: Für das erfrischende Sommergetränk können Sie auch anderes Beerenobst auswählen.

Nährwerte für 1 Portion: 80/335 kcal/kJ | 4 g Eiweiß | 1 g Fett | 12 g Kohlenhydrate | 1/1,2 BE/KE | 1 g Ballaststoffe | 1 mg Cholesterin | 0,1 g Kochsalz | 135 mg Kalzium

Hier heraustrennen

PUNKTUM

ENTDECKUNGEN MACHT MAN ABSEITS DER ÜBLICHEN WEGE

(Hoch-)Achtung! Geschenktes Leben!

Kostbarkeit am Wegesrand

Konkurrenz belebt das Geschäft. Mein Haus, mein Auto, meine Kinder, mein Seepferdchen, meine Insulintherapie … Der von der Ökonomie geprägte Konkurrenzgedanke ist in jedem Bereich unseres Lebens angekommen. Eine ewige Achterbahnfahrt von Markt, Börsenspekulation und Medienpsychologie. Ein Brummi-Fahrer verglich das mal mit einer Autobahnfahrt: „Das Problem sind die Baustellen. Nur einmal falsch abgebogen, kostet das Geld."

Konkurrenz hat zuweilen daher auch jene Sprengkraft, die nur um der Dividenden und Machtkämpfe willen ganze Branchen zerlegt. Mit ihnen gehen nicht nur Arbeitsplätze, sondern auch bewährte Produkte, wertvolle Projekte und Visionen baden.

Eingefahrene Karrierewege

Auch in der Gesundheitsbranche geht es erst einmal um Geld und Status. Jeder beäugt jeden: Wissenschaften, Kliniken, Praxen, Fachgebiete, Pharmafirmen. Viel Raum für Wanderbaustellen. Und nur einmal falsch abgebogen …

Echter Forschergeist

Dabei können wir Patienten schnell mal auf der Strecke bleiben, denn nicht jede Therapie bringt der Branche Prestige und finanziellen Segen. Nehmen wir die Insuline aus Tierpankreas: Die Herstellung lohnt nicht, weil nur wenige sie aus medizinischen Gründen wirklich brauchen. Ist das etwa „personalisierte Medizin"? Die Entdecker des Insulins hätten vor 100 Jahren auch sagen können, dass sich ihre Forschung für so wenige Menschen mit Typ-1-Diabetes nicht lohnt. Sie aber verschrieben sich ambitioniertem Forschergeist, teilten sogar das (Nobel-)Preisgeld solidarisch. Ihre Baustelle war der Typ-1-Diabetes. Sie haben die Kostbarkeit am Rand ihres Umweges entdeckt und Patienten Leben geschenkt.

Meine Meinung
Ursula Breitbach

Fotos: John Smith / valdis torms – fotolia, jpopba / Mas – AdobeStock

TIPPS + NEWS

Neue Homepage

Der Landesverband NRW der DDH-M hat seine Homepage aktualisiert und barrierefrei neu gestaltet. Auch wenn noch nicht alles gänzlich perfekt ist, zeigen sich die Internetseiten im Layout ansprechender und inhaltlich übersichtlich. Alter Ballast wurde über Bord geworfen. Wer einen Termin mit dem Diabetes-Info-Mobil buchen möchte, findet den Buchungskalender und die Möglichkeit zur entsprechenden Kontaktaufnahme.

https://nrw.menschen-mit-diabetes.de/

Kardio-Check-up

Diabetes birgt ein hohes Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle. Der Landesverband NRW der DDH-M hat in Kooperation mit der DEGEDI Pro Physio GmbH eine Servicenummer eingerichtet, die Patienten mit Diabetes zeitnah einen Untersuchungstermin in einer kardiologischen Praxis vermittelt: (02 34) 388 78-944 (alternativ per E-Mail: canpolat@degedi.de). Diese ist an Werktagen täglich zwischen 9.00 und 14.00 Uhr zu erreichen und vermittelt Ihnen innerhalb von 14 Tagen einen Termin in eine kardiologische Praxis. Bitte planen Sie ein, eine Überweisung und den letzten Arztbrief Ihres Hausarztes, den ausgefüllten Anamnesebogen sowie aktuelle Laborwerte zu dem Termin mitzubringen.

Den Anamnesebogen finden Sie unter Projekte (Kardio-Check-up) auf der Internetseite des Landesverbandes unter *https://nrw.menschen-mit-diabetes.de/projekte.*

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes