26762

2021 | 4

DIABETIKA
Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

Fettleber – unterschätzte Begleiterkrankung

Aktuell sind weltweit etwa 25 % aller Menschen von einer Fettlebererkrankung (Englisch: non-alcoholic fatty liver disease, kurz: NAFLD) betroffen. Personen mit Typ-2-Diabetes haben ein ca. fünffach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer NAFLD im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Bei etwa 70 % der Personen mit Typ-2-Diabetes ist eine NAFLD nachweisbar. Die NAFLD ist definiert als ein Fettgehalt der Leber von mehr als 5,6 % und umfasst ein breites Krankheitsspektrum, das nicht nur die einfache Fettleber (Steatose), sondern auch fortgeschrittene Formen der Erkrankung wie die nicht alkoholische Fettleberentzündung (Englisch: non-alcoholic steatohepatitis, kurz: NASH) sowie die Leberzirrhose und Leberkrebs (hepatozelluläres Karzinom, HCC) einschließt. In den letzten Jahren wurde die NAFLD zur führenden chronischen Lebererkrankung in der Allgemeinbevölkerung und ist – nach Viruserkrankungen – eine der häufigsten Ursachen für Lebertransplantationen.

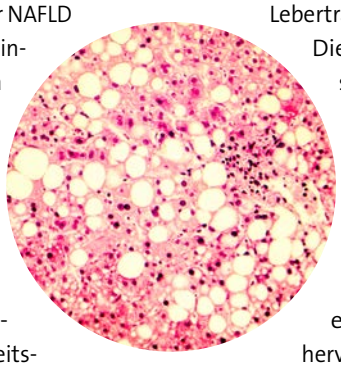


Foto: Dr_Microbe – iStockphoto

Die NAFLD ist eine Ausschlussdiagnose. Das heißt, ihre Diagnose erfolgt, wenn keine anderen Lebererkrankungen oder übermäßiger Alkoholkonsum, welche ebenfalls eine Leberverfettung hervorrufen können, vorliegen. Zudem birgt sie ein erhöhtes Risiko des Auftretens von Begleiterkrankungen und Langzeitkomplikationen des Typ-2-Diabetes wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Nervenschädigungen sowie eine Erhöhung der Gesamtsterblichkeit.

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes

INHALT

1 **Titel:** Fettleber – unterschätzte Begleiterkrankung

4 **Gesundheit:** Fragen zur Herzgesundheit (Teil 2) | Risiken bei Typ-1-Diabetes und Hashimoto

6 **Kongresse:** Präzisionsmedizin als Kompass für individuelle Versorgung | Fachtagung „Sehen im Alter“

9 **DDH-M:** Als Juniorbetreuerin auf großer Fahrt

10 **Nordrhein-Westfalen:** Neue Versorgungs- und Kommunikationsformen | Klarer Handlungsbedarf in der Pflege | Düsseldorfer Diabetes-Tag

14 **Lecker!:** Der Fettleber Kontra geben | Gemüse-Kartoffel-Eintopf | Tomatenquark mit Meerrettich

16 **Punktum:** Wissen ist Lebensqualität

▶ *Fortsetzung auf S. 2*

Bin ich betroffen? – Aktuelle Diagnostik

Meist wird die NAFLD vom Hausarzt im Rahmen einer Ultraschalluntersuchung des Bauchraums oder aufgrund erhöhter Leberwerte im Blut festgestellt. Allerdings ist eine Leberverfettung mittels Ultraschall erst ab einem Leberfettgehalt von mindestens 30 % gut darstellbar. Insbesondere bei Personen mit Typ-2-Diabetes liegen häufig normale Leberwerte vor, trotz bereits bestehender/fortgeschrittener NAFLD. Somit werden insbesondere frühe Stadien der NAFLD in der klinischen Praxis oftmals nicht erfasst.

Das Ausmaß des bindegewebigen Umbaus der Leber (Fibrose) kann durch eine herkömmliche Ultraschalluntersuchung nicht beurteilt werden. Allerdings gibt es inzwischen ebenfalls auf Ultraschall oder Magnetresonanz basierende Techniken, die die Abschätzung der Lebersteifigkeit und somit der Fibrose ermöglichen (sog. Elastografie). Diese Untersuchungsverfahren sind allerdings meist nur in spezialisierten Schwerpunktpraxen, Kliniken oder Forschungszentren verfügbar.

Zusätzlich kann das individuelle NAFLD-Risiko auch über Indices (z. B. Fatty Liver Index) berechnet werden, indem anhand individueller Angaben (Alter, Gewicht, Laborwerte) die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer NAFLD abgeschätzt wird. Die Aussagekraft ist jedoch insbesondere bei Diabetes beschränkt, da diese Indices nicht speziell für Personen mit Diabetes entwickelt wurden. Zudem wurden auch Indices für die Abschätzung des Fibrosegrades entwickelt (z. B. NAFLD Fibrosis Score oder Fibrosis-4 Score). Die Indices können helfen, das individuelle Risiko für eine fortgeschrittene Erkrankung besser einzuschätzen und so die Notwendigkeit einer Vorstellung beim Spezialisten (Gastroenterologen) beurteilen zu können. Dieses Vorgehen wird in den aktuellen gemeinsamen NAFLD-Leitlinien der Europäischen Gesellschaften für Diabetes, Adipositas und Lebererkrankungen empfohlen. Für die exakte Stadieneinteilung der NAFLD und auch die Beurteilung des Ausmaßes einer Leberentzündung (NASH) erfolgt die Entnahme einer Gewebeprobe aus der Leber (Leberbiopsie), anhand derer detaillierte mikroskopische Untersuchungen des Lebergewebes erfolgen. Da diese Untersuchung jedoch ein – wenn auch sehr geringes – Risiko für schwere Komplikationen birgt, wird sie meist nur bei Patienten mit hohem Risiko für eine fortgeschrittene Form der NAFLD angewandt.

LEITLINIEN-BASIERTE DIAGNOSTIK

Spielt mein „Diabetes-Typ“ eine Rolle?

Das metabolische Syndrom ist eine Kombination der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren abdominelle Fettleibigkeit (Adipositas), Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung sowie Insulinresistenz (verminderte Insulinwirkung im Körper). Die NAFLD wird oft als Leber-Komponente des metabolischen Syndroms bezeichnet. Es besteht ein enger Zusammenhang von NAFLD und Typ-2-Diabetes. Insbesondere Übergewicht/Adipositas und Insulinresistenz, weniger die Blutglukoseeinstellung, spielen hier eine entscheidende Rolle. Personen mit Typ-1-Diabetes sind selten von einer NAFLD betroffen, es sei denn, auch sie weisen das metabolische Syndrom auf.

In den letzten Jahren wurde eine neue Einteilung der Diabeteserkrankung diskutiert. Anhand verschiedener Messgrößen (Alter, Body-Mass-Index, HbA_{1c}, Insulinresistenz, Diabetes-Autoantikörper) wurden fünf Subtypen identifiziert, die sich in Krankheitsverläufen, Komplikationen und Therapieanforderungen unterscheiden. Personen mit Typ-2-Diabetes, welche dem Subtyp SIRD (schwerer insulinresistenter Diabetes) zugeteilt wurden, waren am häufigsten von einer NAFLD (88 %) betroffen. Auch genetische Faktoren, wie z. B. der Austausch einzelner Nukleinsäuren (sogenannte Polymorphismen) in bestimmten Genen spielen hier eine Rolle; z. B. findet sich eine Variante des PNPLA3-(Patatin-like-phospholipase-domain-containing-protein-3-)Gens am häufigsten bei Personen mit SIRD-Subtyp. Der

Illustration: SIphotography – iStockphoto

PNPLA3-Polymorphismus wurde auch mit erhöhtem Risiko für das Auftreten eines HCC in Zusammenhang gebracht.

Vorbeugung und Therapie

Die Veränderung der Lebensgewohnheiten durch Ernährungsumstellung (z. B. mediterrane Ernährungsweise) und vermehrte sportliche Betätigung sind wirkungsvolle Maßnahmen zur Verbesserung der NAFLD. Schon ein Gewichtsverlust von ca. 3 % des Körpergewichts (dies entspricht 2,5 kg bei einer 84 kg schweren Person) führt zu einem Rückgang des Leberfettgehalts. Um einen positiven Effekt auf die fortgeschrittene Erkrankung (NASH) zu erzielen und somit Entzündungsvorgänge und Umbauprozesse in der Leber zu stoppen oder sogar rückgängig zu machen, ist jedoch eine Gewichtsreduktion von ca. 10 % des Körpergewichts notwendig.

Aktuell gibt es noch keine Medikamente zur gezielten Therapie der NAFLD, welche die Marktzulassung haben. Studienergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass bestimmte blutglukosesenkende Arzneimittel zur Behandlung des Typ-2-Diabetes auch positive Auswirkungen auf die NAFLD haben könnten. Insbesondere zwei bereits seit einigen Jahren auf dem Markt etablierte Medikamentengruppen – die Hemmer des natriumabhängigen Glukosetransporters 2 (SGLT2i; z. B. Empagliflozin, Dapagliflozin) und Glucagon-like-Peptide-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA; z. B. Liraglutid, Semaglutid) – werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf die NAFLD intensiv untersucht. Beide Medikamente bewirken außer einer Verbesserung der Blutglukoseeinstellung auch einen moderaten Gewichtsverlust sowie eine Abnahme des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Nierenerkrankungen. Klinische Studien konnten zeigen, dass beide Substanzklassen den Leberfettgehalt bei Personen mit Typ-2-Diabetes senken können. Insbesondere für GLP-1-RA liegen auch Daten histologischer Analysen vor, welche eine positive Wirkung dieser auf die NASH, nicht jedoch auf die Fibrose belegen.

Dr. Sabine Kahl

Institut für Klinische Diabetologie, AG Energiestoffwechsel, Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Fazit und Ausblick

Die Kombination von Typ-2-Diabetes und NAFLD erhöht insbesondere das Risiko für schwere leberbezogene und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die Gesamtsterblichkeit bei den betroffenen Personen. In naher Zukunft werden insgesamt große Fortschritte in der Diagnostik und der pharmakologischen Therapie der NAFLD erwartet. Gezielte Therapien mit neuen Substanzen stehen allerdings möglicherweise erst in einigen Jahren zur Verfügung. Für Patienten mit Typ-2-Diabetes könnte jedoch die Anpassung bzw. Umstellung der Diabetesmedikation mit vermehrtem Einsatz von SGLT2i und/oder GLP-1-RA eine effektive Strategie zur Behandlung der NAFLD darstellen.

Fotos: privat, Illustration: Siphotography – iStockphoto

EDITORIAL

Präzise und personalisiert

Ist es nun erschreckend oder hilfreich, wenn die Wissenschaft immer präzisere Forschungsergebnisse liefert und die Medizin immer individuellere Therapien ermöglicht? Diese Frage sollten Sie, liebe Leserinnen und Leser, positiv beantworten. Es ist hilfreich, mehr über die bisher für uns Laien eher unbekannten Phänomene zu erfahren und dies in Bezug auf das Therapiegeschehen einordnen zu können, egal ob es sich dabei um die **Fettleber** oder die **Subphänotypen des Typ-2-Diabetes** handelt. Je konkreter die Wissenschaft hinschaut, umso mehr zeigt sich, dass Diabetes nicht gleich Diabetes ist. Diese individuellen Unterscheidungen hinsichtlich des Krankheitsbildes benötigen eine ebenso personalisierte Behandlung.

Aktuelles gab es gleich auf mehreren digitalen Tagungen wie dem **Jahreskongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft** und der **Fachtagung zum Sehen im Alter**. Auch in Nordrhein-Westfalen wurde digital getagt. Das **Regionale Innovationsnetzwerk RIN e. V.** informierte über Themen zur Arzt-Patienten-Kommunikation, zum telemedizinischen Behandlungskonzept für jugendliche Diabetiker und zur Problematik des Älterwerdens. Wir berichten in dieser Ausgabe über ausgewählte Themen dieser Veranstaltungen.

Informatives Lesen!
Ursula Breitbach
Chefredaktion

TEIL 2

Fragen zur Herzgesundheit

Im zweiten Teil unserer Fragenreihe rund um die Herzgesundheit spricht Kardiologe Prof. Dr. Frank Weidemann über Maßnahmen, die Diabetespatienten vorbeugend wahrnehmen können, um ihr Herz zu schützen.

Welche vorbeugenden Maßnahmen können Diabetespatienten für die Erhaltung der Herzgesundheit ergreifen und warum werden diese oft so spät wahrgenommen?

PROF. WEIDEMANN: Diabetespatienten können sehr gut vorbeugende Maßnahmen ergreifen, indem sie den Blutzucker optimal einstellen. Dies ist nur möglich, wenn der Patient seine Diabeteserkrankung auch versteht und mithilft zu therapieren. Hierbei ist es wichtig, dass der Diabetespatient einen Diabetesfacharzt hat, der ihn immer wieder berät. Die Patienten sollten sich möglichst fettarm ernähren. Dies ist wichtig, um einer Arteriosklerose vorzubeugen. Viel Obst, Gemüse und Vitamine sind gut, um die Gefäßfunktion zu verbessern. Ganz wichtig ist auch möglichst viel Bewegung und, wenn möglich, auch Ausdauersport zu treiben. Diese sportlichen Maßnahmen sind zum einen dafür da, den Blutzucker noch besser einzustellen, aber auch, um die Gefäßfunktion zu verbessern. Leider werden in der Tat häufig diese vorbeugenden Maßnahmen bei Diabetikern erst sehr spät eingeleitet. Das kommt unter Umständen auch daher, dass der Diabetiker sich mehr auf die Diabetesbehandlung und der Kardiologe sich mehr auf die Herzbehandlung konzentriert. Wichtig wäre, dass beide Disziplinen gut zusammenarbeiten. Bei uns im Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen sind Diabetologie und Kardiologie deshalb in einer Klinik integriert.

Was sollte die vorbeugende Herzuntersuchung von Diabetikern beinhalten und in welcher Regelmäßigkeit sollte das geschehen?

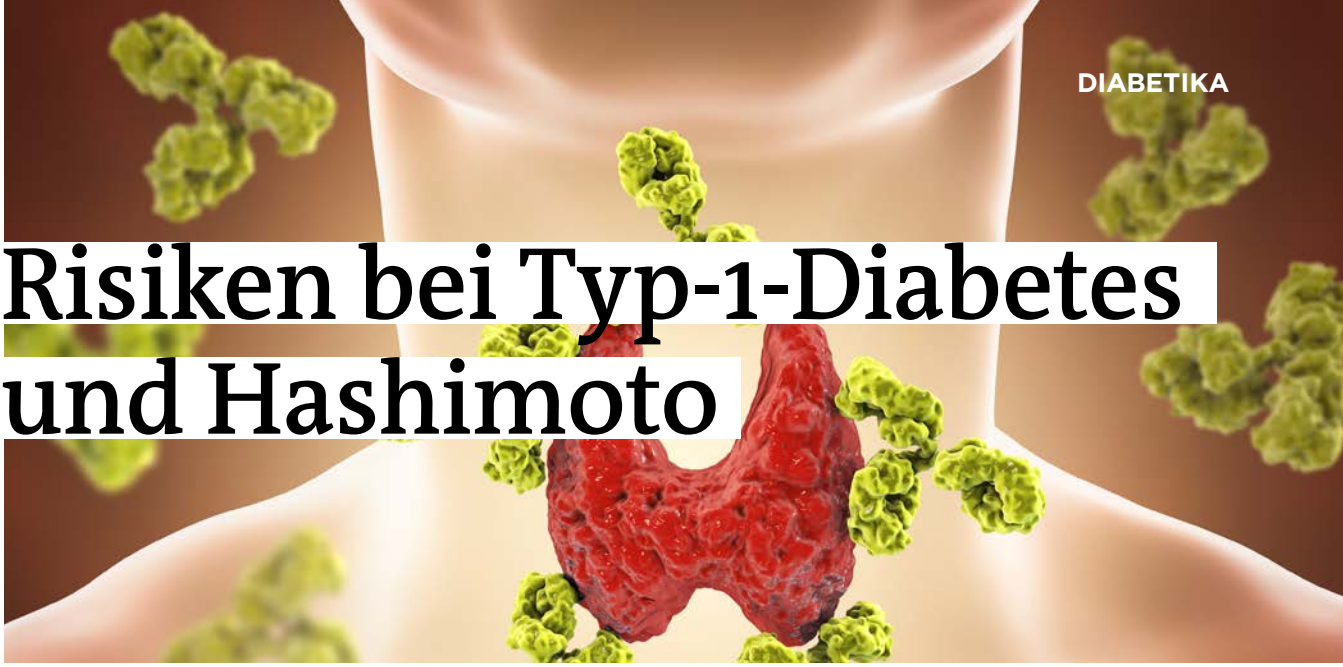
PROF. WEIDEMANN: Ich denke, ein Diabetespatient sollte sich einmal im Jahr kardiologisch durchchecken lassen. Dies kann meist ambulant erfolgen. Wichtig wären dann ein Belastungstest, ein Herzultraschall, eine EKG-Diagnostik und eine ausführliche Labordiagnostik. Falls sich bei diesen ambulanten Untersuchungen Auffälligkeiten ergeben, muss ein stationärer Aufenthalt erfolgen und unter Umständen auch eine Herzdiagnostik durchgeführt werden. Das Problem ist, dass Diabetiker das typische Symptom (Angina-Pectoris-Symptomatik) leider manchmal nicht benennen, weil sie diese Schmerzen durch eine Neuropathie nicht verspüren. Deswegen haben einige Diabetespatienten im Rahmen ihrer Herzkranzgefäßveränderungen nur Luftnot und keine typische Angina-Pectoris-Symptomatik. Sobald sich Auffälligkeiten im Rahmen dieses Check-up ergeben oder der Patient zunehmend Luftnot entwickelt, sollte eine invasive Diagnostik mit einem Herzkatheter angestrebt werden.

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

Foto: privat, Illustration: artinspiring – AdobStock

Herzlichen Dank, Herr Professor. In der nächsten Ausgabe geht es um Medikamente, Ernährung und Bewegung.

Das Interview führte Ursula Breitbach



Risiken bei Typ-1-Diabetes und Hashimoto

Typ-1-Diabetes und Hashimoto-Thyreoiditis treten häufig gemeinsam auf. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) rät Medizinern, auf begleitende psychische und kognitive Probleme zu achten.

Menschen mit Typ-1-Diabetes leiden doppelt so oft an einer Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose) wie Menschen ohne Diabetes. Eine Hypothyreose ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der die Schilddrüse zu wenig Hormone bildet; das verlangsamt den Stoffwechsel und reduziert die Leistungsfähigkeit. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Eine mögliche Ursache ist die Autoimmunerkrankung Hashimoto-Thyreoiditis, bei der die Schilddrüse dauerhaft entzündet ist, weil der eigene Körper Antikörper gegen die Schilddrüse bildet.

Gut behandelbar

Der Krankheitsverlauf ist schleichend: Manchmal entsteht die Unterfunktion erst, Monate oder sogar Jahre nachdem die Antikörper gegen die Schilddrüse im Blut zum ersten Mal nachweisbar sind. Erst wenn die Konzentrationen der Schilddrüsenhormone T3 (Trijodthyronin) und T4 (Thyroxin) reduziert sind, liegt eine manifeste Hypothyreose vor. Dies ist häufig auch der Zeitpunkt, an dem die Diagnose erstmals gestellt wird. Die Therapie besteht aus einer lebenslangen Einnahme des künstlich hergestellten Hormons L-Thyroxin, mit dem die Symptome sehr gut zu behandeln sind.

Risiko psychischer Erkrankungen

Die Schilddrüse beeinflusst auch Stimmung und kognitive Funktionen. Eine Unterfunktion kann deshalb Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme sowie depressive Verstimmungen und Angststörungen verursachen. „Menschen mit Typ-1-Diabetes haben nicht nur ein hohes Risiko für eine Hashimoto-Thyreoiditis, sie sind auch durch psychische Erkrankungen gefährdet“, warnt **Prof. Dr. med. Karsten Müssig**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie am Franziskus-Hospital Harderberg. Bildgebende Verfahren lassen vermuten, dass diese Beeinträchtigungen mit Durchblutungsstörungen in bestimmten Arealen des Gehirns vergesellschaftet sind. „Möglicherweise entstehen die psychischen und kognitiven Probleme bei Hashimoto-Thyreoiditis durch Veränderungen im Immunsystem sowie im Neurotransmitterhaushalt“, ergänzt Professor Müssig.

DIAGNOSTISCH HASHIMOTO EINBEZIEHEN

Mahnung an Ärzte

Eine aktuelle Studie, die Alexander Eckert vom Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm mit seinen Kollegen 2020 im Journal of Diabetes publiziert hat, erweitert diesen Ansatz. „Menschen mit Typ-1-Diabetes und Hashimoto-Thyreoiditis, die mit L-Thyroxin behandelt werden mussten, litten deutlich häufiger unter psychischen Beschwerden als solche, die zwar Schilddrüsenautoantikörper aufwiesen, aber noch keine medikamentöse Therapie brauchten“, berichtet die DDG-Vorsitzende Prof. Dr. med. Monika Kellerer. Daher mahnt die Ärztliche Direktorin am Marienhospital in Stuttgart: „Ärzte müssen bei Menschen mit Typ-1-Diabetes und Hashimoto-Thyreoiditis immer auch auf psychische und kognitive Beeinträchtigungen bei ihren Patienten achten. Auch sollten Ärzte bei Menschen mit Typ-1-Diabetes und beispielsweise einer Depression an eine Hashimoto-Thyreoiditis denken.“

Presseinformation DDG / ub

Fotos: Kateryna_Kon – Fotolia, Niels Stensen-Kliniken

Präzisionsmedizin als Kompass für individuelle Versorgung

Der diesjährige Fachkongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) stand unter dem Tenor „Präzisionsmedizin" und fand digital statt. Wichtige Themen für Menschen mit Diabetes oder Prädiabetes waren Typ-2-Klassifizierung, Krebsentstehung und Pflege (s. NRW-Teil).

Alle zwei Jahre wählt die DDG einen neuen Präsidenten. So wurde **Prof. Dr. med. Monika Kellerer** (Stuttgart) auf der Tagung von **Prof. Dr. med. Andreas Neu** (Tübingen) abgelöst. Zuvor forderte Prof. Kellerer auf der Pressekonferenz noch einmal eingehend eine nationale Diabetesstrategie für eine patientenzentrierte, leitlinienkonforme und qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen mit Diabetes. Sie lieferte dazu beeindruckende Zahlen:

- Bis zum Jahr 2040 steigt die Zahl der Menschen mit Diabetes voraussichtlich auf 12 Millionen an.
- Schon heute kosten der Diabetes und seine Begleiterkrankungen die Kostenträger mehr als 21 Milliarden Euro.
- Jeder 5. Patient im Krankenhaus hat Diabetes, oft als Nebendiagnose. Damit ist das Vorkommnis der Erkrankung im Krankenhaus doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Die Folge ist eine hohe Morbidität bei Diabetes.
- Unabhängig vom Aufnahmegrund haben Menschen mit Diabetes im Krankenhaus einen schlechteren Krankheitsverlauf. Bei Typ-2-Patienten ist die Krankenhaussterblichkeit 32 % höher als bei Menschen ohne Diabetes.

Typ-2-Klassifizierung

Egal, ob man es als „Präzisionsmedizin" oder „personalisierte Medizin" bezeichne, so **Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hendrik Lehnert** (DDG-Kongresspräsident und Rektor der Universität Salzburg), spannend sei das Ergebnis der Datenanalysen der letzten Jahre, die auf erhebliche Unterschiede innerhalb der bekannten Diabetestypen hinweisen. Für den Typ-1-Diabetes lassen sich Unterschiede im Hinblick auf Zeitpunkt, Auftreten und Art der Antikörper finden. Bei Typ-2-Patienten sind verschiedene Risiko-Subtypen nachweisbar. Diese Erkenntnisse beeinflussen entsprechend die notwendigen Therapieentscheidungen.

Der Diabetologe und Forscher **Prof. Dr. med. Andreas Fritsche** (Universität Tübingen) erläuterte, dass Prädiabetes früher lediglich durch Blutglukose-Untersuchungen bestimmt wurde. Inzwischen kann man durch genaue Stoffwechselanalysen der Risiko-Subtypen

eine präzisere Einschätzung des Diabetesrisikos und des Eintretens möglicher Folgeerkrankungen vornehmen. Damit ist eine individuell angepasste frühe Prävention und Behandlung möglich. In einer Studie an der Universität Tübingen wurden über einen Zeitraum von 25 Jahren sechs verschiedene Subphänotypen entdeckt. Es wurden in den Typgruppen Unterschiede hinsichtlich Gewicht, Insulinresistenz, erhöhten Risikos für Folgeerkrankungen, Fettleber, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch Sterblichkeit festgestellt. Drei der Gruppen wiesen ein niedriges Diabetesrisiko auf, die drei anderen ein erhöhtes Risiko für Diabetes und Folgeerkrankungen (siehe Kasten). In weiteren Untersuchungen sollen Lebensstil-Präventionsmaßnahmen und therapeutische Interventionen in Bezug auf die Subtypen erforscht werden.

Spätkomplikation Krebs

Ein bisher weniger beachtetes Phänomen sei eine mögliche Krebserkrankung als Langzeitfolge von Übergewicht und/oder Diabetes, referierte der Molekularbiologe **Prof. Dr. rer. nat. Stephan Herzig**

Fotos: DDG, privat, DDG/Dirk Deckbar

Das Risiko für einen Typ-2-Diabetes ließ sich durch die Studie von Prof. Fritsche in sechs Subphänotypen untergliedern:

Niedriges Diabetesrisiko in den Subtypen 1, 2 und 4:

- Die **Subtypen 1 und 2** waren gesund. Zu Subtyp 2 gehörten vor allem schlanke Menschen. Das Risiko, Komplikationen zu bekommen, ist besonders niedrig.
- **Subtyp 4** zeichnet sich durch übergewichtige Personen aus, deren Stoffwechsel noch relativ gesund ist.

Erhöhtes Risiko für Diabetes und Folgeerkrankungen in den Subtypen 3, 5 und 6:

- Zu **Subtyp 3** gehören Menschen, die zu wenig Insulin ausschütten und ein hohes Diabetesrisiko haben. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist erhöht.
- Bei **Subtyp 5** haben sich eine ausgeprägte Fettleber und eine hohe Insulinresistenz entwickelt, sodass ein sehr hohes Diabetesrisiko vorliegt. Auch hier ist das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht.
- **Subtyp 6** zeichnet sich durch einen hohen Anteil an viszeralem Fett und eine Insulinresistenz aus. Bereits vor der Diabetesdiagnose treten Nierenschädigungen auf.
- Bei den **Subtypen 3 und 5** ist das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht.
- Bei den **Subtypen 5 und 6** ist die Sterblichkeit in der Langzeitbeobachtung erhöht.

Fotos: Helmholtz Zentrum, vegefox.com – AdobeStock

(Helmholtz Diabetes Center München). Große epidemiologische Studien haben klare Risikobeziehungen zwischen einem Übergewicht und Tumorerkrankungen an Speiseröhre, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm und Gebärmutter gezeigt. Das Risiko für Brust-, Harnblasen-, Darm- und Bauchspeicheldrüsenkrebs ist bei Typ-2-Diabetikern um den Faktor 1,7 erhöht, je nach Studie für Leberkrebs sogar um das Vierfache. Bei Typ-1-Patienten ist die Datenlage noch nicht ausreichend untermauert. Hier liegt der Fokus laut Prof. Herzig auf Krebserkrankungen an Magen, Nieren, Leber und Bauchspeicheldrüse.

Die Gründe für das Auslösen der Tumorerkrankungen sind vielfältig und je Krebsart unterschiedlich. Bei bestehender Insulinresistenz steuert der Körper mit einer immer mehr erhöhten Insulinausschüttung gegen. Da Insulin das Zellwachstum fördert, kann dies bei genetisch defekten Zellen zur Tumorbildung führen. Übergewicht und Diabetes sorgen im Körper zudem für chronische Entzündungsprozesse, die ihrerseits krebsfördernd sein können. Aber auch bestimmte Fettgewebshormone können ein Tumorwachstum hervorrufen. Laut Professor Herzig ist die Forschung hier noch am Anfang, was die Zusammenhänge zwischen Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen betrifft.

Quelle: Presseinformationen DDG

WICHTIGE BOTSCHAFT

Professor Herzig vermittelte jedoch auch eine zuversichtliche Botschaft an Betroffene: Diabetesprävention ist Tumorprävention. Man solle sich bewusst sein, dass alles, was man als Diabetiker präventiv für ein gutes Leben mit seiner Erkrankung tun kann – z. B. Gewicht reduzieren, den Blutzucker gut einstellen –, gleichzeitig auch Krebsprävention ist. Hier sei bei den Menschen mit Diabetes derzeit noch ein zu großes Wissensdefizit, das behoben werden müsse.

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: DaveMcDPhoto – iStockphoto

Aktionsbündnis sucht politischen Dialog

Veranstalter der Tagung waren der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV) und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO). Gemeinsam haben die Verbände das Aktionsbündnis „Sehen im Alter“ initiiert, um auf die Probleme sich verschlechternden Sehvermögens der älter werdenden Bevölkerung aufmerksam zu machen. Ziel ist, die Forderungen hinsichtlich der Defizite in Versorgung, Pflege und Unterstützung der Betroffenen politisch zu thematisieren (s. Kasten).

Alltagssituation erfassen

Tagungspräsident Prof. Dr. Focke Ziemssen (Univ.-Augenklinik Tübingen) sprach die nicht barrierefreien Hilfsmittel an, was Betroffene häufig veranlasst, sich zurückzuziehen. Laut DBSV-Präsident Klaus Hahn werden in der Pflege Sehprobleme meist nicht erkannt und Betroffene als renitent oder dement abgetan. Dr. Carsten Bender (TU Dortmund) appellierte, die Alltagssituation der Betroffenen verstehen zu lernen. Hier stehe nicht das funktionale Sehen durch das Auge im Mittelpunkt, sondern die Wahrnehmung, auf die vor allem das Gehirn nahezu 100-prozentig Einfluss nimmt. Eine bedeutsame Rolle hierbei spielen das Wissen und die eigene Erfahrung sowie das Handeln anderer Personen im Umfeld.

Selbstbestimmung bewahren

Constanze Paul, die sich in der DBSV-Beratung „Blickpunkt Auge“ engagiert, schilderte in einem Workshop ihren Alltag mit Sehbehinderung und Typ-1-Diabetes. Ihre Ängste vor dem Verlust der Eigenständigkeit seien auch Behandlern oft nicht zu vermitteln, was frustriere. Technische Diabetes-Hilfsmittel seien selten barrierefrei, erläuterte dazu die Diabetesbeauftragte des DBSV, **Diana Droßel**. Dabei beinhalte die inzwischen zunehmend digitale Technik barrierefreie Tools, die jedoch nicht umgesetzt würden. Dies sei ein zäher Kampf mit der Industrie. Diana Droßel, selbst blind und Typ-1-Diabetikerin, ist im DDH-M-Landesverband NRW e. V. Ansprechpartnerin für Menschen mit Diabetes und Augenproblemen. Zentrale Forderungen, so das Workshop-Fazit, seien die Barrierefreiheit von Medizinprodukten und eine Vernetzung aller Beteiligten aus Ärzteschaft, Beratung, Schulung, Pflege, Reha und Patientenvertretung. Wichtig sei auch eine gleichberechtigte Kommunikation auf Augenhöhe mit den Betroffenen. Ziel sei, Hilfsangebote so zu konzipieren, dass sie unkompliziert zugänglich sind und die Selbstbestimmung so lange wie möglich bewahren.

Laut Fazit der Podiumsdiskussion sollte die augenärztliche Vorsorge ab 55 verpflichtend sein und durch die Krankenkassen finanziert werden. Zudem bedürfe es einer frühzeitigen Aufklärung der Bevölkerung unter 60, damit Augenprobleme und Hilfsangebote rechtzeitig wahr- und angenommen werden.

Ursula Breitbach

Dritte Fachtagung „Sehen im Alter“

Am 25. und 26. Juni 2021 diskutierten die Teilnehmenden dringliche Forderungen der Menschen mit Sehproblemen an die Politik hinsichtlich

- Information, Beratung, Vernetzung
- Forschung
- Prävention und Früherkennung
- Medizinischer Versorgung
- Rehabilitation
- Unterstützung bei Pflege
- Fachkräftegewinnung, Aus- und Weiterbildung
- Digitalisierung in Medizin u. Pflege

(Mehr dazu: www.sehenimalter.org)

Sehen im Alter
Fachtagung

Als Juniorbetreuerin auf großer Fahrt

Die Freizeiten der DDH-M sind für Kinder mit Typ-1-Diabetes ein Höhepunkt im Jahreskalender. Am Gelingen haben junge Erwachsene wie Paulina Träger einen großen Anteil. Die 22-Jährige ist in diesem Jahr beim Sommercamp im Norden mit dabei und wird auch im Oktober das Eltern-Kind-Schulungswochenende an der Ostsee begleiten.

Paulina ist Juniorbetreuerin mit Leib und Seele. Sie war als Kind selbst bei vielen Fahrten dabei. Im Alter von neun Jahren erkrankte Paulina – wie bereits ihre Schwester – an Typ-1-Diabetes. So lernte sie die Diabetesberaterin Andrea Witt und die *Holsteiner Zuckerschnuten* kennen. Andrea Witt ist Gründerin und die treibende Kraft in der Selbsthilfegruppe.

Selbstbewusstsein vermitteln

„Kinder haben oft Angst, etwas falsch zu machen. Bei den Fahrten erleben sie, dass es anderen genauso geht. Sie tauschen sich aus und werden so im Umgang mit dem Diabetes immer besser", berichtet Paulina Träger. Die Größeren helfen den Kleineren beim Berechnen der Mahlzeiten. Die Kinder müssen sich nicht entschuldigen, wenn der Sensor piepst oder sie sich mal zurückziehen wollen. Sie gewinnen bei den Fahrten Sicherheit für ihren Alltag in der Schule. Manchmal werden Kinder wegen ihres Diabetes von Ausflügen und Klassenfahrten ausgeschlossen. „Ein Junge hat mir auch erzählt, wie er von seinen Mitschülern wegen des Diabetes gehänselt wurde. Wir erleben hier Kinder, die klein und schüchtern kommen und fröhlich und selbstbewusst nach Hause fahren", sagt Paulina.

Paulina Träger gibt als Juniorbetreuerin bei den Holsteiner Zuckerschnuten ihr Diabetes-Wissen an Jüngere weiter.

Vertrauen aufbauen

Diabetes-Schulungen gehören zu den Kinder- und Jugendfreizeiten dazu. Dabei haben die Juniorbetreuer den Hut auf. Sie sprechen aus ihrer Erfahrung und gewinnen sehr schnell das Vertrauen der Kinder. Die Kinder erfahren Neues aus Forschung und Therapie. So haben sie zum Beispiel bereits 2019 das Glucagon-Nasenspray als Erste Hilfe bei schwerer Unterzuckerung kennengelernt. Daneben vertiefen die Juniorbetreuer die klassischen Schulungsthemen.

In der Regel begleiten fünf Juniorbetreuer die rund 80 Kinder. Die Teilnehmer gehören überwiegend zu den Zuckerschnuten, aber 30 Plätze hält Andrea Witt immer für bundesweite Anmeldungen frei. Für die allermeisten Kinder mit Typ-1-Diabetes ist es nämlich keineswegs selbstverständlich, dass es in der Nähe eine Selbsthilfegruppe mit so attraktiven Angeboten gibt. Die Zuckerschnuten treffen sich monatlich zu Ausflügen oder Veranstaltungsbesuchen und Paulina ist auch dort regelmäßig dabei. „Es macht mir Spaß, meine eigenen positiven Erfahrungen an andere weiterzugeben. Das Gemeinschaftserlebnis, gerade bei den Fahrten, ist schon etwas sehr Schönes", sagt die Juniorbetreuerin.

Mehr Infos zur Fahrtenbetreuung unter https://menschen-mit-diabetes.de/projekte

Für gleiche **Bildungschancen**

Die DDH-M ist Träger der Kinder- und Jugendfreizeiten. Sie setzt sich für die gleichberechtigte Teilnahme von jungen Menschen mit Typ-1-Diabetes am sozialen Leben ihrer Altersgefährten und für gleiche Bildungschancen ein. In diesem Jahr gab die Selbsthilfeorganisation die Broschüre „Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in Schulen" als Leitfaden für Schulleitungen und Lehrkräfte heraus.

Bolko Bouché

Foto: DDH-M

Am 21. April 2021 fand das zweite Symposium des RIN (Regionales Innovationsnetzwerk, Düsseldorf) mit 58 Teilnehmern aus allen Bereichen der Diabetesversorgung (Patienten, Behandelnde und Vertreter weiterer Organisationen) unter der Leitung des Vorsitzenden, Dr. Olaf Spörkel, in digitaler Form statt.

Vorstandsvorsitzender des RIN e. V.: Dr. Olaf Spörkel

ZWEITES RIN-SYMPOSIUM

Neue Versorgungs- und Kommunikationsformen

Der erste Impulsvortrag von **Prof. Dr. Bernhard Kulzer** (Fachpsychologe für Diabetes, Bad Mergentheim) befasste sich mit „Partizipativer Entscheidungsfindung" und Therapietreue. Er stellte die gleichberechtigte, aktive Beteiligung aller Akteure im Diabetesbehandlungsprozess (Patient, Arzt, Diabetesteam) zur gemeinsamen verantwortungsvollen und informierten Entscheidung vor. Dies ist der aktuelle „Goldstandard", so Kulzer, der nun auch im Patientenrechtegesetz und in der neuen Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes (2021) verankert ist.

Partizipative Entscheidungsfindung

Die Versorgungsleitlinie ist laut Professor Kulzer in diesem Punkt ein Paradigmenwechsel in der Diabetologie und der Medizin ganz allgemein. Er stellte

kurz die acht Schritte der partizipativen Entscheidungsfindung vor, beginnend mit der Übereinkunft von Arzt und Patient, dass eine Entscheidung ansteht (z. B. Beginn einer Spritzentherapie). Daraufhin stellt der Behandler – mit dem Fokus auf der Gleichberechtigung des Patienten – zur Entscheidungsfindung verschiedene Behandlungsmethoden mit Vor- und Nachteilen vor. Im weiteren Schritt folgen das Erfragen des Verständnisses, der Bedenken und Erwartungen des Patienten und ggf. nochmalige Erklärungen der daraus resultierenden Behandlungsoptionen. Die Entscheidung wird dann unter Klärung der Präferenzen des Patienten herbeigeführt. Zur Absicherung und zum Erfolg sollte mit dem Patienten geklärt werden, ob und wie stark sich dieser wünscht, an der Umsetzung der Therapie beteiligt zu sein. Zuletzt wird gemeinschaftlich eine Vereinbarung zur Umsetzung der Therapieentscheidung getroffen, die sowohl die Methoden als auch die Dokumentation in der Umsetzung beinhaltet. Dabei sollte der Behandelnde auf die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten eingehen. Die Verantwortung für die Entscheidung tragen der Arzt unter Assistenz seines Diabetesteams und der Patient gleichberechtigt, also gemeinsam.

Problem der Therapieumsetzung

Im Jahr 2005 ergab eine Studie, die sich mit dem Nichtumsetzen von Therapiezielen befasste, dass die Ursache zu 50 % bei den Behandelnden, zu 30 % bei den Patienten und zu 20 % bei der Praxisorganisation lag. Die Kommunikation der Behandelnden mit den Patienten war oft mangelhaft, eher reaktiv als proaktiv und ging teilweise aneinander vorbei. Zudem wurden Behandlungen nicht notwendig intensiviert oder

Arzt-Patienten-Gespräche sollten auf Augenhöhe stattfinden.

komorbide Erkrankungen (z. B. Depression etc.) nicht berücksichtigt. Auf der Patientenebene fehlte das Therapieverständnis oder waren Informationen oft fehlerhaft. Die häufigsten Gründe für ein Verfehlen der Therapieziele waren jedoch Alltagsprobleme und mangelnde Handlungsentscheidungen der Patienten. Die Gründe bei der Praxisorganisation lagen in fehlender Routine beim Monitoring des Behandlungserfolges, in schlechter Arzt-Personal-Kommunikation und dem fehlenden Teamansatz bei der Patienten-Behandlung.

Die neue Versorgungsleitlinie zeigt somit gute Ansätze, solche Probleme auszumerzen, da ein Zusammenhang zwischen Patienten- und Behandler-Perspektive hergestellt wird. Die Wege der partizipativen Entscheidungsfindung bis hin zum Erfolg sind für alle Akteure erlernbar und praxisnah umsetzbar und somit zum Wohle der Patienten ein anzustrebendes Ziel. Doch, wie überall, ist dies immer eine Frage der Einstellung und der zeitlichen Ressourcen.

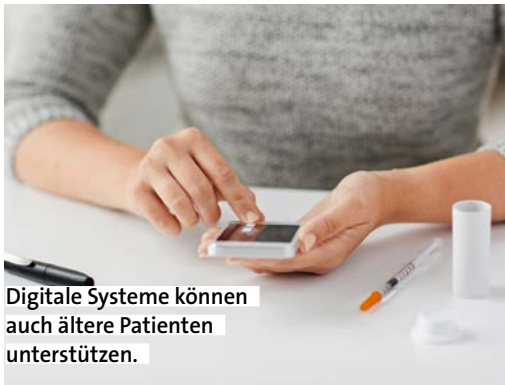
Chancen der Telemedizin

Kinderdiabetologin **Dr. Simone von Sengbusch** (Lübeck) stellte unter diesem Aspekt die Ergebnisse der ViDiKi-Studie (Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche) vor. Dabei luden die Patienten zwei Tage vor der Videosprechstunde ihre Daten aus den Messgeräten und Pumpen hoch. Der Arzt gab sofort eine positive Rückmeldung zu den gesendeten Daten. Einen Tag später schickte der Arzt Therapievorschläge und Daten an die Patienten zur Vorbereitung der Videosprechstunde, die am Folgetag stattfand. All das konnte erst durchgeführt werden, nachdem Datensicherheit garantiert und technische Hürden (gerade im ländlichen Raum um Lübeck) beseitigt waren.

Im Ergebnis der Studie zeigte die Telemedizin, die vom Homeoffice aus möglich war, viele Chancen auf wie z. B. häufigere und kürzere Kontakte zwischen Behandelnden und Patienten, eine bessere Stoffwechsellage der jungen Patienten und für die Familien eine hohe Zeitersparnis sowie ein höheres Sicherheitsgefühl. Mithilfe von HbA_{1c}-Selbsttests zu Hause erhöhte sich für die Patienten zudem die Sicherheit bei der Videosprechstunde. Die Teams in den Praxen sollten jedoch nicht in Video- und Realteams zerfallen, so Dr. von Sengbusch, sondern ihre Kommunikation untereinander pflegen. Vorsicht sei zudem geboten, dass das telemedizinische Angebot weiterhin über die Praxen umgesetzt wird, damit keine kommerziellen Geschäftemacher auf den Plan treten können. Telemedizin und Behandlungsgespräche in Präsenz sollten sich ergänzen, so die Medizinerin. Gut wäre eine Kombination aus beidem.

E-Health-Lösungen für Ältere

Basierend auf der S2k-Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), die sich mit Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes im Alter beschäftigt, formulierte **Michael Uhlig**, Leiter des Arbeitskreises für Telematik und Telemedizin der DDG, dass technische Hilfsmittel für ältere Menschen mit Diabetes unter Beachtung der eingeschränkten Feinmotorik möglichst intuitiv zu bedienen sein sollten, ohne Kenntnis im Umgang mit Medien wie PC oder Smartphone. Dabei sollte auch die funktionelle Abhängigkeit in allen Abstufungen bis zur palliativen Phase berücksichtigt werden. Hilfreich für die Verbesserung der Lebensqualität sei hierbei ein System zum Vitaldaten-Monitoring, wodurch das Erkennen ungewollter Medikamenten-Wechselwirkungen und ein zeitnahes Einschreiten zur Therapieanpassung vereinfacht wurden. Dies hilft sowohl den Behandelnden als auch einem qualifizierten Helfersystem aus Angehörigen und Pflegenden. Das Ziel dabei ist, den Älteren Tage mit mehr Lebensqualität zu ermöglichen. Das zeigt sich bereits in Kleinigkeiten wie z. B. besser beleuchteten Displays mit größerer Schrift. Das Miteinander von älteren Patienten und ihren Behandlern soll dadurch ohne Mehraufwand vereinfacht werden.



Digitale Systeme können auch ältere Patienten unterstützen.

Sabine Härter

Fotos: jotily – iStockphoto, Alexander Raths / Syda Productions – Fotolia

Klarer Handlungsbedarf in der Pflege

Das Thema „Diabetes und Pflege“ auf dem DDG-Kongress war auch für das Pflege-Projekt des DDH-M-Landesverbandes NRW e. V. ein wichtiger Informations-Input.

Doris Schöning (Leiterin der Gesundheitsschule in Rheine am Matthias-Spital) gab in ihrem Referat einen ausführlichen Überblick über die derzeitige Pflege-Situation bei Diabetespatienten in Deutschland. Die Diabetesberaterin hob besonders hervor, dass viele zu pflegende Diabetiker von Angehörigen versorgt werden. Dabei sei festzustellen, dass Angehörige leider nicht in den Genuss von Schulungen kommen und somit unbewusst auch falsche Entscheidungen treffen können. DMP-Schulungen etwa seien nur für Patienten, nicht für Angehörige vorgesehen. Leider gibt es aber, so Schöning, auch ebenso große Lücken in der Versorgung von Diabetikern in Senioreneinrichtungen oder der ambulanten Pflege. Es fehle an Pflegekräften, die spezielles Diabetes-Wissen haben. Durch fehlendes Wissen werden ältere Menschen genötigt, ihr CGM-Gerät oder/und ihre Insulinpumpe abzugeben, weil das Pflegepersonal hiermit nicht umgehen kann. Das sind, so sieht das auch der DDH-M-Landesverband NRW, alles keine haltbaren Zustände, und somit sei klarer Handlungsbedarf angesagt.

Politik muss handeln

Auch Dr. Jürgen Wernicke (Medizinisch Geriatrische Klinik im Klinikum Hamburg) wies in seinem Vortrag auf die Situation von pflegebedürftigen Menschen mit Diabetes in Deutschland hin und zeigte massive Defizite in allen Bereichen der Versorgung auf. Er mahnte die Politik, hier endlich zu handeln. Im Alter müssten sehr viele pflegebedürftige Personen ihre Menschenwürde einschränken und daher durch die Lücken in der Versorgung Lebensqualität einbüßen. Da die Bevölkerung in der Bundesrepublik immer älter wird und daher mehr der Pflege bedarf, fallen diese Lücken stärker auf.

Gutes Angebot – geringe Nachfrage

Ein positiver Aspekt ist eine Änderung der Ausbildungsprogramme, wie es die „Basisqualifikation Diabetes-Pflege“ und die „Diabetes-Pflegefachkraft DDG“ bieten. Alexander Friedl (Ärztlicher Leiter Geriatrisches Zentrum Stuttgart) verdeutlichte in seinen Ausführungen zur „Basisqualifikation Diabetes-Pflege“, dass es mit dieser Fortbildung zwar ein sehr gutes Programm gibt, das aber noch zu wenig nachgefragt wird. Man müsse überlegen, so Friedl, wie man Krankenhäusern deutlich machen könne, welche Vorteile es für das Pflegepersonal hat, diese Fortbildung zu besuchen. Ebenso sollte ein Weg gefunden werden, wie die Kosten für die Weiterbildung durch die öffentliche Hand abgedeckt werden können. Es bestehe leider immer die Gefahr, dass Programme, obwohl sie sehr gut ausgearbeitet worden seien, wegen zu geringer Nachfrage eingestellt werden müssen.

Elektronische Patientenakte

Michael Uhlig (AG Geriatrie und Pflege der DDG, Bochum) sprach die Vorteile der elektronischen Patientenakte im Alter an. Sie trägt dafür Sorge, dass alle behandelnden Ärzte die gleichen Informationen erhalten. Damit werden u. a. Doppelverordnungen von Medikamenten vermieden. Den Krankenkassen bringt das ökonomische und organisatorische Vorteile.

Fotos: didesign – AdobStock, privat

Norbert Kuster

Düsseldorfer Diabetes-Tag – auch 2021 digital

Am 11. September 2021 finden Interessierte den Zugang zum diesjährigen Düsseldorfer Diabetes-Tag über das Portal www.duesseldorfer-diabetestag.de.

Seit knapp 20 Jahren informiert der Düsseldorfer Diabetes-Tag seine Besucherinnen und Besucher umfassend über aktuelle Entwicklungen und Technologien im Bereich Diabetes. Um Menschen mit Diabetes in ihrem Alltag sowie interessierte Personen auch in der aktuellen Zeit zu unterstützen, werden die Vorträge und Diskussionen am 11. September 2021 wieder komplett in einem digitalen Format angeboten. Bereits 2020 fand der Patiententag mit großem Erfolg bei den Teilnehmenden und Vortragenden virtuell statt.

Austausch und Kontaktaufnahme

Auf diesen Erfahrungen bauen die Veranstalter auf. Das sind das Regionale Innovationsnetzwerk (RIN) Diabetes e. V., das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ), die Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, die Deutsche Diabetes-Hilfe (DDH-M) Landesverband NRW e. V. sowie die Niedergelassenen Düsseldorfer Diabetologen und die Düsseldorfer Handwerkskammer. Sie bieten auch 2021 vielfältige digitale Informationsformate und Möglichkeiten zum Austausch und zur Kontaktaufnahme.

Vielfältige Angebote

Neben zahlreichen Videopräsentationen zu diabetesbezogenen Themen und Erfahrungsberichten findet am 11. September ein großer Livestream statt. Aufbauend auf Impulsvorträgen aus Medizin, Wissenschaft, Ernährungs- und Diabetesberatung sowie von weiteren Diabetes-Experten stehen Ihre Fragen im Fokus. Der Moderator wird ausgewählte Fragen aus dem Live-Chat mit den Expertinnen und Experten diskutieren.

Alle Informationsformate können Sie am 11. September 2021 kostenlos auf www.duesseldorfer-diabetestag.de abrufen. Durch das digitale Format können Sie bequem von zu Hause aus oder von unterwegs an dem digitalen Düsseldorfer Diabetes-Tag teilnehmen. Die Veranstalter, insbesondere der Landesverband NRW der DDH-M, freuen sich auf die neuen Erkenntnisse und Ihre Teilnahme.

Presseinformation der Veranstalter/ub

Infos und Programm

Was Sie erwartet:

- Online-Veranstaltung
- Live-Diskussion mit Chat
- Videopräsentationen
- Erfahrungsberichte
- persönliche Fragen

www.duesseldorfer-diabetestag.de

Weitere Informationen zur Online-Veranstaltung sowie das finale Programm erhalten Sie auf www.duesseldorfer-diabetestag.de sowie über die Social-Media-Kanäle www.facebook.com/duesseldorfer.diabetestag/ oder www.instagram.com/duesseldorfer_diabetestag/.

Fotos: Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ)

Der Fettleber Kontra geben

Um der Entstehung einer Fettleber (siehe Titelthema) entgegenwirken zu können, sind eine gesunde Ernährungs- und Lebensweise hilfreich. Hier einige Tipps.

Richtige Ernährung und Lebensweise führen langfristig zu einer Gewichtsabnahme. Erhöhter Blutdruck und Blutzucker, erhöhte Blutfette und Harnsäurewerte werden dadurch positiv beeinflusst. Körperliche Aktivität wirkt unterstützend. Rauchen ist gefäßschädigend.

Vollwertige Ernährung

Die 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) treffen gleichermaßen auf alle Krankheitsbilder zu. Mehrmals täglich sind Getreideprodukte enthalten, bevorzugt aus vollem Korn wie Naturreis, Vollkornnudeln, Grünkern und Müsliflocken. Kartoffeln dürfen nicht fehlen. Täglich sollten es drei Portionen Gemüse (400 g) sein. Es macht satt, ist kalorienarm, reich an Ballast- und sekundären Pflanzenstoffen. Ideal sind Eintöpfe, Blatt-, Gemüsesalate und Rohkost. Auch auf dem Brot darf Gemüse nicht fehlen.

Fisch sollte ein- bis zweimal pro Woche auf dem Speiseplan stehen. Seefisch ist gleichzeitig reich an Jod. Fleisch und Wurstwaren sollten nur in Maßen verzehrt werden und fettarm sein. Helles Geflügelfleisch ohne Haut ist zu bevorzugen. Geflügelaufschnitt ist einer Hausmacher-Wurst vorzuziehen. Käse und Milchprodukte sollten wenig Fett enthalten. Fertiggerichte enthalten oft ungesunde Fette. Zu empfehlen sind Oliven-, Raps-, Lein-, Walnuss- und Sonnenblumenöl und daraus hergestellte Margarinen. Nüsse und Samen sind sehr kalorienreich.

Fruchtzucker (Fruktose) meiden

Obst ist reich an Vitaminen und Ballaststoffen. Es enthält aber auch Fruchtzucker, der in der Leber zu Fett umgebaut wird. Deswegen soll die Menge auf zwei Portionen pro Tag (250 – 300 g) begrenzt werden. Reiner Fruchtzucker ist nicht zum Süßen geeignet. Beachten Sie, viele industriell gesüßte Erzeugnisse sind mit Glukose-Fruktose-Sirup gesüßt, z. B. Konfitüre. Fruchtsäfte sättigen nicht und führen zum schnellen Blutzuckeranstieg. Speisen und Backwaren sollen nur wenig Haushaltszucker (enthält 50 % Fruchtzucker) enthalten. Mit Zucker gesüßte Limonaden sind zu vermeiden.

Gewichtsreduzierende Kost schont auch die Leber

Salzmenge reduzieren

Die Salzmenge sollte auf 6 g pro Tag begrenzt werden. Stark gesalzen sind vor allem Brot, herzhafter Brotbelag, Fertiglebensmittel, Snacks und Essen außer Haus. Wenn Sie bevorzugt selber kochen, können Sie fluoridiertes Jodsalz sparsam verwenden. Schmecken Sie mit reinen Gewürzen und Kräutern ab.

Kalorienfrei trinken: 1,5 bis 2 l pro Tag sollte man als kalorienfreie Getränke zu sich nehmen. Geeignet sind Kaffee (evtl. mit Milch), schwarzer Tee, Kräuter- oder Früchtetee, Mineralwasser, Light-Getränke. Auf alkoholische Getränke sollten Sie verzichten. Alkohol belastet die Leber und lässt den Harnsäurespiegel ansteigen. Bier enthält zusätzlich Purine; sie werden zu Harnsäure abgebaut.

Die eigene Küche neu entdecken

Seien Sie bei Ihrer Lebensmittelauswahl kritisch: Achten Sie auf Saisonprodukte, Frische- und Verarbeitungsgrad, Zutaten wie Salz, Zucker, Fette und Zusatzstoffe sowie auf die Portionsgröße. Garen Sie nährstoffschonend, z. B. Dünsten, Garen im Bratschlauch, Grillen. Auch die mediterrane Kost kann Vorbild sein.

Huberta Eder

Fotos: Der Stadtfotograf, kues1 – AdobeStock

QUER DURCH DEN GARTEN

Gemüse-Kartoffel-Eintopf

Zutaten für 1 Portion:

- 50 g Möhren
- 50 g Kohlrabi
- 30 g Sellerieknolle
- 30 g grüne Brechbohnen
- 30 g Lauch
- 100 g Kartoffeln
- 10 g grüne Erbsen
- 10 g Oliven- oder Rapsöl
- 1 Lorbeerblatt
- Weißer Pfeffer
- 1 Stängel Thymian oder Bohnenkraut
- ca. 150 – 200 g kochendes Wasser
- 8 g Gemüsebrühe, Trockenprodukt
- 2 g gemischte Kräuter

Nährwerte für 1 Portion: 235/980 kcal/kJ | 7 g Eiweiß | 11 g Fett | 26 g Kohlenhydrate | 1,3/1,6 BE/KE | 8 g Ballaststoffe | 0 mg Cholesterin | 3,6 g Kochsalz | 130 mg Kalzium

Zubereitung:
Gemüse und Kartoffeln in Würfel schneiden. Öl in einen Kochtopf geben. Das Gemüse zusammen mit Lorbeerblatt und Thymian darin anschwitzen. Mit Pfeffer abschmecken. Kochendes Wasser und Gemüsebrühe hinzufügen. Alles 12 Minuten bei geschlossenem Deckel kochen lassen. Nunmehr die Erbsen hinzufügen und den Eintopf weitere 5 Minuten kochen lassen. Kräuter hacken und vor dem Servieren über den Eintopf streuen.

TIPP: Sie können auch andere Gemüse auswählen. 200 g sind eine gute Menge für einen Eintopf.
Die Kartoffeln können durch Grünkern, auch geschrotet, Naturreis oder Vollkornnudeln ersetzt werden.

Tomatenquark mit Meerrettich

Zutaten für 1 Portion:

- 30 g Tomatenfleisch, ohne Kerne
- 3 g Schalotten oder Frühlingszwiebeln
- 60 g Speisequark, 20 % Fett i. Tr.
- 10 g Meerrettich, Konserve
- Pfeffer
- 1 g Schnittlauch

Zubereitung:
Tomatenfleisch in feine Würfel schneiden. Schalotten fein reiben. Unter den Speisequark rühren. Mit Meerrettich und Pfeffer abschmecken. Schnittlauch in feine Röllchen schneiden und über den Tomatenquark verteilen.
TIPP: Schmeckt auch mit Radieschen zubereitet.

Nährwerte für 1 Portion: 80/320 kcal/kJ | 8 g Eiweiß | 3 g Fett | 4 g Kohlenhydrate | 0,1/0,2 BE/KE | 1 g Ballaststoffe | 8 mg Cholesterin | 0,1 g Kochsalz | 65 mg Kalzium

Fotos: margouillatphotos – iStockPhoto, Pixel-Shot – AdobeStock

Hier heraustrennen

PUNKTUM

INFOS UNBELASTET VERARBEITEN

Wissen ist Lebensqualität

„Darf es vielleicht etwas mehr sein?“ Eine längst vergessene Frage aus einer Zeit, in der Online-Einkäufe noch Science-Fiction waren und man das Wörtchen „digital“ in einem dicken Fremdwörterduden nachschlug. Probleme mit der Leber oder dem Herzen? Ist da vielleicht Hashimoto im Spiel? Jetzt nicht auch noch über das Altern nachdenken mit Sehproblemen und Pflegenotstand! Was? Noch mehr Diabetes-Typen? Macht nicht in Corona-Zeiten gerade bei Diabetikern gerne die Psyche schlapp? Als ob der Diabetes nicht schon genug Wirbel in meinem Leben verursacht …

Digitale Wissensflut

Ja, die Wissenschaft schläft nicht. Sie erkennt immer mehr Zusammenhänge, entdeckt ungeahnte Begleiterkrankungen, zieht mögliche Schlussfolgerungen und liefert uns das alles zu jeder Zeit präzise aufgefächert und erforscht frei Haus per App und Google-Angebot. Prima, aber hat uns mal jemand gefragt, ob wir das überhaupt wollen? *„Darf es vielleicht etwas mehr sein?“* Heute gerade nicht. Ich habe eben ein Quäntchen Lebensqualität ergattert und will es einfach nur genießen …

Infos gezielt nutzen

Wir Menschen sind nicht alle gleich. Und das ist gut so. Der Hypochonder bekommt Panik, der Smombie nervt die Chat-Community mit Fragen, und der Langzeitdiabetiker schaltet sein Hirn auf Durchzug. Betrifft uns das jetzt konkret? Was mache ich jetzt mit diesem Wissen? Mein Vorschlag: positiv filtern (zu einem informativen Zugewinn), abspeichern (zum Abruf bei konkretem Bedarf), abhaken (für das Wohlgefühl). Dann klappt’s auch wieder mit der Lebensqualität. So darf es davon dann mit Sicherheit auch mal etwas mehr sein …

… meine Meinung
Ursula Breitbach

Fotos: John Smith / valdis torms – fotolia, mspoint – AdobeStock

TIPPS + NEWS

Politisches Interesse bekundet

Auf der zweiten Sitzung des DDH-M-Landesverbandes NRW zu Versorgungsdefiziten in der Pflege konnten einige positive Aspekte verzeichnet werden. Der neue Rahmenlehrplan der reformierten generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung sieht für das Modul der Pflege von Menschen mit Diabetes eine wesentlich erweiterte Zahl an Unterrichtsstunden vor. Trotzdem ist es noch ein weiter Weg, bis an den Pflegeschulen und Hochschulen die Fortbildungen bzw. Studiengänge angepasst sind.

Darüber hinaus wurde ein Modell zur Datenerhebung vorgestellt. Dabei ist bedeutsam, einen Diabetes-Pflegeschlüssel zu erarbeiten, der abbildet, wie viele qualifizierte Fachkräfte in einer Region benötigt werden. Die NRW-Landtagsabgeordnete Angela Lück (SPD) sprach sich dafür aus, zusammen mit den gesundheitspolitischen Sprechern aller Fraktionen eine solche Datenerhebung anzustoßen.

Neben der Primär- und Sekundärprävention sollte dabei ebenso die Tertiärprävention, bei der es um präventive Maßnahmen beim Vorliegen von Folgeerkrankungen geht, nicht außer Acht gelassen werden, wenn es um Qualifizierungsmaßnahmen geht. Zudem braucht es politische Rahmenbedingungen zur Schaffung eines Anreizsystems für den geschaffenen Mehrwert durch die Diabetes-Qualifikation. *(ub)*

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes