26762

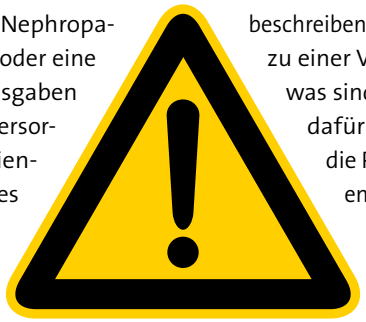
2022 | 5

DIABETIKA
Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

Typ 2: Risikofaktoren für den Krankheitsverlauf

Was wissen wir über die Risikofaktoren für eine Krankheitsverschlechterung bei Typ-2-Diabetes, und wie kann man sie messen? Typ-2-Diabetes ist eine chronische Erkrankung, die zu zahlreichen langfristigen Komplikationen führen kann, darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nephropathien, Neuropathien oder eine Retinopathie. Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung für einen Patienten mit Typ-2-Diabetes sind mehr als doppelt so hoch wie für Patienten ohne Diabetes. Diese Kosten sind zu einem großen Teil auf stationäre Behandlungen und Medikamente zur Behandlung diabetesbedingter Komplikationen zurückzuführen. Das Risiko von Krankenhausaufenthalten, Sterblichkeit und gesundheitsbezogenem Versorgungsaufwand hängt dabei ebenfalls mit der Anzahl und dem Schweregrad diabetesbedingter Komplikationen zusammen.



Komplexer Krankheitsverlauf

Doch wie lässt sich der natürliche Krankheitsverlauf bei Typ-2-Diabetes beschreiben? Wie häufig kommt es zu einer Verschlechterung und was sind die Einflussfaktoren dafür? Naheliegend wäre, die Patientinnen und Patienten selbst zu befragen. Schließlich wissen Betroffene am besten, wie es ihnen mit ihrer Erkrankung geht und wie sich diese entwickelt. Aus Sicht der Versorgungsforschung ist die Antwort hingegen etwas komplexer. Zwar bedient sich auch die Forschung häufig des Mittels der Befragung, allerdings ist es sehr aufwendig und kostenintensiv,

▶ *Fortsetzung auf S. 2*

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes

INHALT

1 **Titel:** Typ 2: Risikofaktoren für den Krankheitsverlauf

5 **DDH-M:** DiaBolinus auf großer Fahrt

6 **Nordrhein-Westfalen:** Tischtennis – mit Diabetes im Wettkampfmodus

10 **Nordrhein-Westfalen:** Reitercamp 2022 in Nottuln

12 **Nordrhein-Westfalen:** Mehr Sicherheit und Komfort in der Arzneimittelversorgung

14 **Lecker!:** Tatort: Die häusliche Backstube | Blumenkohlpuffer | Knäckebrot mit Sesam- und Chiasamen

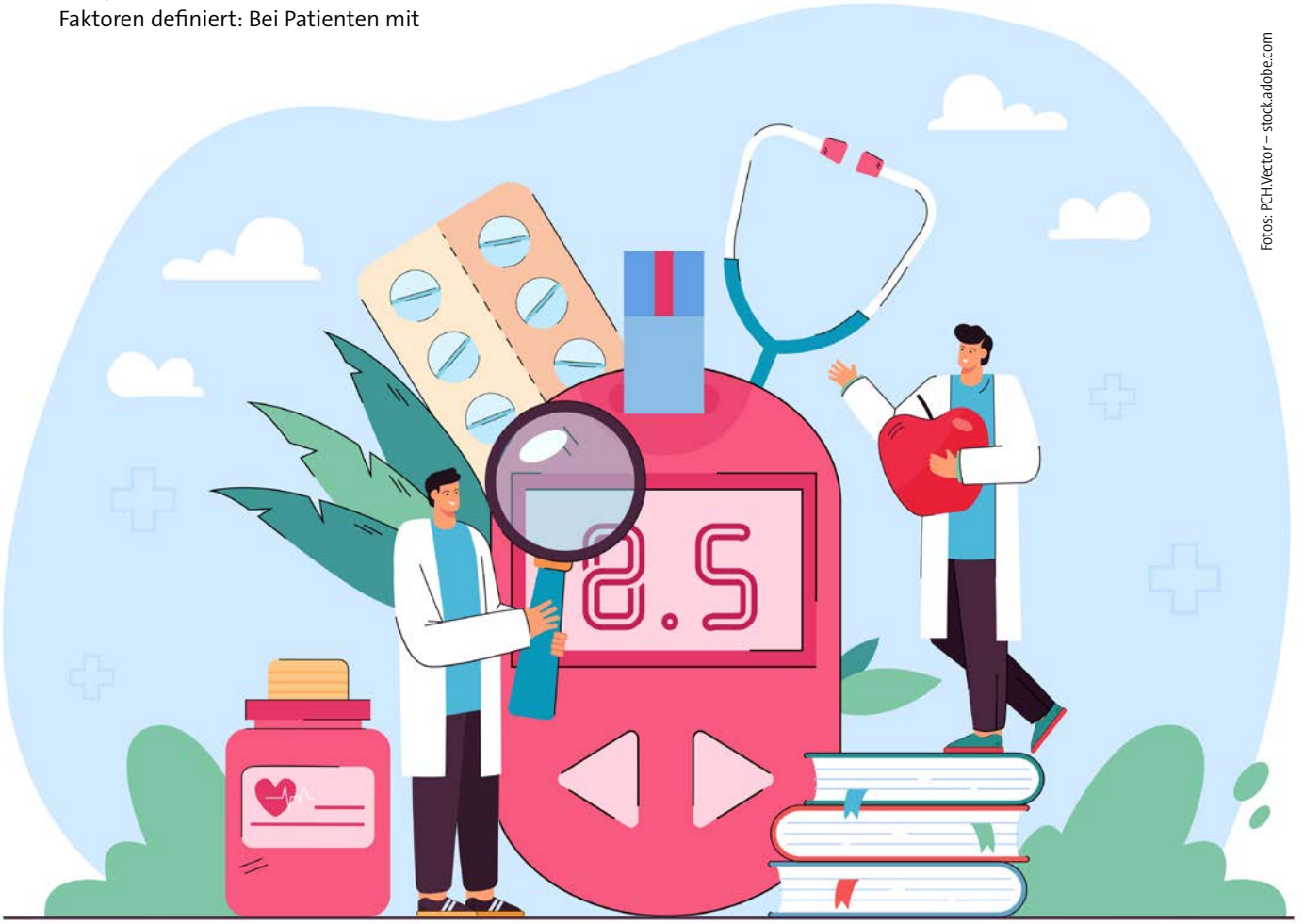
16 **Punktum:** Aber bitte mit Sahne!

repräsentative und hinsichtlich versorgungsbezogener Fragestellungen (wie z. B. der Häufigkeit von Komplikationen oder Krankenhauseinweisungen) belastbare Daten über einen längeren Zeitraum durch Befragungen zu erheben. Abrechnungsdaten zum Beispiel von gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bieten im Gegensatz zu Befragungen keine persönlich berichteten Informationen zum Krankheitsgeschehen. Aus ihnen können jedoch über längere Zeiträume Daten zu Diagnosehäufigkeiten, Krankenhauseinweisungen und anderen relevanten Aspekten der Erkrankungsverläufe von Patienten mit Typ-2-Diabetes gewonnen werden.

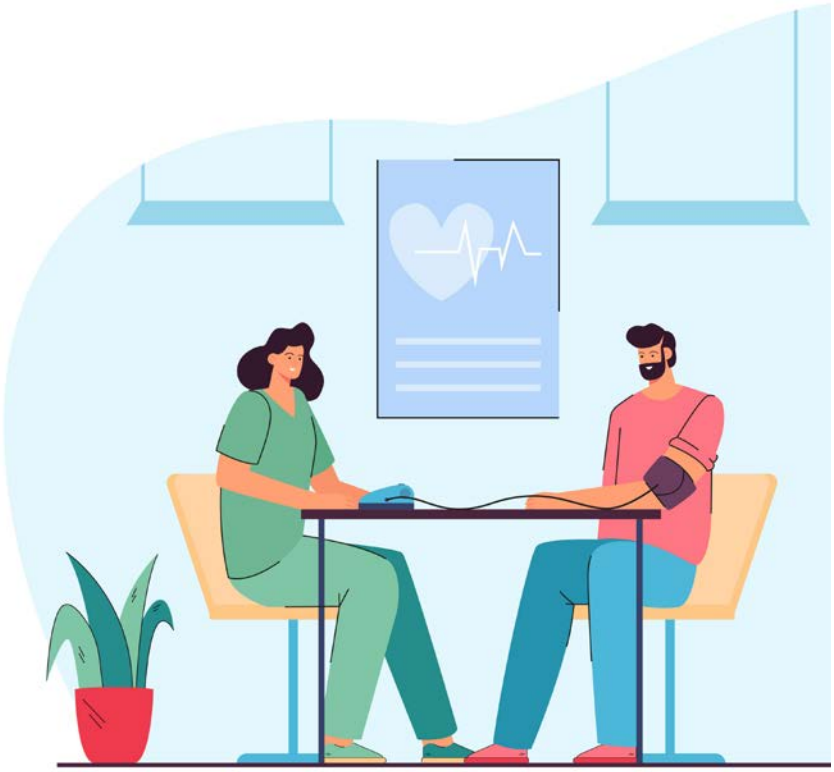
Mangelnde Datenlage

In für die ärztliche Versorgung maßgeblichen medizinischen Leitlinien werden Kriterien für eine Verschlechterung des Typ-2-Diabetes anhand klinischer Faktoren definiert: Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes sollte unter anderem ein HbA_{1c}-Korridor von 6,5 bis 8,5 % (bis 2021: 7,5 %) angestrebt werden, um Komplikationen zu vermeiden, wobei jeweils patientenindividuelle Therapieziele zu berücksichtigen sind. Wird das individuelle HbA_{1c}-Ziel eines Patienten nach 3 bis 6 Monaten nicht erreicht, sollte die medikamentöse Therapie umgestellt werden. Trotz der hohen medizinischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung des Typ-2-Diabetes haben nur wenige Studien die zeitlichen Veränderungen der Häufigkeit von erkrankungsbezogenen Komplikationen und Verschlechterungen untersucht. Ein umfassender Überblick auf Grundlage bevölkerungsbezogener Daten fehlt bislang. Diese Daten sind jedoch für die Planungen von Versorgungsstrukturen und Angeboten, die Bewertung neuer Behandlungen und die Unterstützung der klinischen bzw. ärztlichen Entscheidungsfindung von großer Bedeutung.

Welche Daten zur Häufigkeit von diabetesbezogenen Erkrankungsverschlechterungen und deren Risikofaktoren liegen für den deutschen Versorgungskontext vor? Die Kurzzusammenfassung: Es sind wenige Studien mit in der Regel sehr eng gefasster Fragestellung (also z. B. nur der Häufigkeit diabetischer Fußkomplikationen). Kürzlich wurde eine Analyse von GKV-Abrechnungsdaten zur Inzidenz mikrovaskulärer Komplikationen bei Diabetikern in Deutschland veröffentlicht, die sowohl Patienten mit Typ-1- als auch Patienten mit Typ-2-Diabetes einschloss. Die Autoren stellten fest, dass diabetische Polyneuropathien (13,5 %), Nephro-



Fotos: PCH.Vector – stock.adobe.com



pathien (7,6 %), Retinopathien (7,0 %) und das diabetische Fußsyndrom (6,1 %) die häufigsten diabetesbedingten Komplikationen sind. Studien zeigen ferner, dass Frauen ein geringeres Risiko einer diabetesbedingten Komplikation als Männer haben. Außerdem steigt das Risiko mit dem Alter erwartungsgemäß kontinuierlich an.

Frage der Erhebungsgrundlagen

Darüber hinaus zeigt eine aktuelle Veröffentlichung auf Basis von Befragungsdaten, dass eine komorbide Depression das Risiko einer Verschlechterung eines Typ-2-Diabetes erhöht. Eine Erkrankungsverschlechterung des Diabetes wird in diesen Studien jeweils über ärztlich dokumentierte Diagnosen und nicht über klinische Marker wie das HbA_{1c} oder selbstberichtete Angaben der Betroffenen erhoben. Neben der Definition der Krankheitsverschlechterung hängt die Schätzung des Risikos einer Typ-2-Verschlechterung auch von der Studienkohorte ab, in der eine Verschlechterung beobachtet wird. Abgesehen von prospektiv rekrutierten Studien können verschiedene Kohorten in Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen für solche Analysen definiert werden. So können beispielsweise alle Erkrankten in einem Zeitraum (sog. Prävalenzbetrachtung) oder nur Neuerkrankte oder Neutherapierte (sog. Inzidenzbetrachtung) untersucht werden. Insbesondere Inzidenzbetrachtungen führen dazu, dass sehr homogene, also vergleichbare Patientengruppen betrachtet werden können.

FRAGE DER STUDIEN-KOHORTE

Ergebnisse erstmaliger Datenanalyse

In einer aktuellen Versorgungsdatenanalyse wurden nun erstmalig verschiedene Aspekte der Progression und Verschlechterung von Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes auf Bevölkerungsebene untersucht. Basierend auf Daten der Jahre 2009 bis 2019 konnte gezeigt werden, dass es drei Jahre nach Beginn einer antidiabetischen Therapie bei 28 % aller Patienten zu einer diagnosebedingten Verschlechterung und bei 23 % zu einer Eskalation der medikamentösen

Fotos: privat, PCH.Vector – stock.adobe.com

EDITORIAL

Die eigene Entscheidung

Der Autor unseres aktuellen Titelthemas berichtet von einer Studie, die erstmals Daten über den Krankheitsverlauf bei Typ-2-Diabetes liefert. Das geht nicht ganz ohne Zahlen. Aber wir sollten uns auch mit den Hinweisen hinter diesen Zahlen beschäftigen. Warum? Weil es uns ermutigen sollte, gesünder mit unserem Diabetes zu leben. Die Informationen sind also da; die Entscheidung, was wir damit machen, müssen wir jedoch selbst treffen.

Typ-1-Diabetikerin Kathi Schanz zum Beispiel hat sich schon früh für ihre Leidenschaft, Tischtennis zu spielen, entschieden. Das ist zum einen eine große Herausforderung, zum anderen tut sie damit viel Gutes für die eigene Gesundheit und Zufriedenheit. Lesen Sie dazu unser Interview mit ihr, und machen Sie vielleicht mit beim Tischtennis-Event im Dezember in Düsseldorf.

Gerade im Kindesalter sind sportliche Ereignisse wichtig. Sie ermutigen und stärken das Selbstvertrauen. So hat der Landesverband NRW e.V. der DDH-M wieder ein Reitercamp in Nottuln organisiert, das sehr gut angenommen wurde. Wir berichten im NRW-Teil dazu. Für uns alle entscheidend sind auch die Entwicklungen im Aufgabenbereich der Apotheken. Elke Balkau, Vorstand Apothekerverband Westfalen-Lippe, beantwortet dazu wichtige Fragen.

Ihre Chefredakteurin
Ursula Breitbach

Therapie kommt. Werden Patienten ab dem Zeitpunkt ihrer erstmaligen medikamentösen Behandlung betrachtet, kommt es bei etwa einem Drittel der Patienten (29 %) innerhalb eines zehnjährigen Nachbeobachtungszeitraumes nicht zu einer Verschlechterung. Dies deutet auf unterschiedliche klinische Verläufe der Diabeteserkrankung hin. Fünf Jahre nach dem Auftreten der Krankheit und dem Beginn der Therapie liegt der Anteil der Patienten ohne Verschlechterung bei 45 %, zwei Jahre nach Beginn der Behandlung bei 77 %.

Risikoscreenings von Bedeutung

Frauen haben gegenüber Männern ein um 13 % geringeres Risiko für eine Verschlechterung ihrer Diabeteserkrankung. Rauchen (+12 %) und bestimmte Grunderkrankungen wie Adipositas (+12 %) und chronische Nierenerkrankungen (+51 %) sind mit einem höheren Risiko verbunden. Neben den bekannten soziodemografischen Faktoren und unter anderem auch kardiovaskulären und neuropathischen Komorbiditäten haben insbesondere auch die Teilnahme an strukturierten Disease-Management-Programmen (DMP) einen Einfluss auf das Risiko einer im Rahmen eines Arztbesuches dokumentierten Verschlechterung der Erkrankungen bzw. einer therapeutischen Eskalation. Demzufolge wirkt sich die Teilnahme an den DMP positiv auf den Krankheitsverlauf aus. Unabhängig davon konnte gezeigt werden, dass neu diagnostizierte und therapierte Patienten mit Typ-2-Diabetes innerhalb von 10 Jahren ein hohes Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis, beispielsweise einen Schlaganfall, haben. Diabetespatienten mit kardiovaskulärem Ereignis haben wiederum ein fast 40 % höheres Risiko, eine Verschlechterung ihres Diabetes zu erleben, als Typ-2-Diabetiker ohne dokumentiertes kardiovaskuläres Ereignis. Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines verstärkten Risikoscreenings sowohl in der Frühprävention als auch in der Diabetestherapie selbst.

Dr. Julian Witte

ist Gründer und Geschäftsführer der Vandage GmbH (Bielefeld), einer auf gesundheitsökonomische Evaluation, ökonomische Modellierung und datenbasierte Storytellings spezialisierten Boutique-Beratung. Zuvor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld.

Quelle: medhochzwei Verlag

Klinische Studien zentraler Bestandteil

Klinische Studien sind zentraler Bestandteil evidenzbasierter Medizin und geben auf Patientenebene Aufschluss darüber, ob eine Behandlung die gewünschten Effekte erzielt. Mittels Patientenbefragungen ist wiederum ein detaillierter Einblick in den unmittelbar durch Patientinnen und Patienten erlebten Erkrankungsverlauf möglich. Um Erkenntnisse auf Bevölkerungsebene zu gewinnen, sind zusätzlich Daten aus dem Versorgungsalltag der Patientinnen und Patienten notwendig. Auf Basis dieser Daten lassen sich, wie exemplarisch gezeigt, Fragen zur Häufigkeit und zu potenziellen Einflussfaktoren auf das Risiko einer Erkrankungsprogression und Verschlechterung beschreiben.

Dr. Julian Witte

Fotos: privat, PCH.Vector – stock.adobe.com

Familienfreizeit der Gruppe im April in Wernigerode

DiaBolinus auf großer Fahrt

TRADITIONSREICHE SELBSTHILFEGRUPPE MIT CA. 100 FAMILIEN

Irina Procenko hat die Selbsthilfegruppe durch schwierige Zeiten gesteuert. Ende April verbrachten die DiaBolinus in einer Jugendherberge in Wernigerode ein erlebnisreiches Familienwochenende. Vereinsvorsitzende Irina Procenko ist glücklich, dass die Veranstaltung durchgeführt werden konnte. Sie erinnert sich noch an das Jahr 2019, als sie mit ihrer damals vierjährigen Tochter am Familienwochenende teilnahm. „Meine Tochter war so glücklich, dass sie gar nicht mehr wegfahren wollte", erzählt sie. Das Mädchen begegnete zum ersten Mal außerhalb der Klinik anderen Kindern mit Typ-1-Diabetes, die auch Pumpenträger waren. „Die älteren Mädchen haben sich ganz liebevoll um meine Tochter gekümmert." Die Mutter war geschockt, als sie hörte, dass die große Selbsthilfegruppe für Familien mit Kindern mit Typ-1-Diabetes möglicherweise aufgelöst würde, weil sich kein neuer Vorsitzender findet. Mit ca. 100 Familien in Hannover und dem Umland gehört der Verein zu den wirklich Großen – auch über Niedersachsen hinweg. Und es ist eine traditionsreiche Gruppe. Bereits im April 2005 beschlossen einige Eltern diabetischer Kinder, sich in regelmäßigen Abständen zum Stammtisch mit Fachleuten und zu gemeinsamen Aktivitäten mit den Kindern zu treffen. Innerhalb kurzer Zeit kamen noch mehr dazu und gründeten 2006 eine Elterninitiative.

Gruppe vor der Auflösung gerettet

2020 wollte Cordula Sewing nach acht Jahren erfolgreicher Arbeit die Verantwortung abgeben. Ein Problem war die Nachfolge. Es drohte die Vereinsauflösung. Da sprang Neumitglied Irina Procenko spontan ein. Sie wurde die Vorsitzende, Cordula Sewing ihre Stellvertreterin, andere Vorstandsmitglieder machten ebenfalls weiter. Mit den Wahlen im Februar 2020 war die Gruppe gerettet. Dann kam der Einbruch durch Corona. Treffen und Fahrten mussten abgesagt werden. Irina Procenko hielt den Kontakt zu ihren Mitgliedern und nutzte jede Chance für persönliche Treffen. So konnte im November 2021 ein Ausflug in den Zoo stattfinden, der sich als Christmas Garden präsentierte.

In diesem Jahr finden wieder regelmäßige Veranstaltungen statt. Neben der Familienfreizeit sind auch Diabetesfreizeiten für Kinder und Jugendliche geplant, bei denen sie ohne Eltern auf Reisen gehen. Schon seit vielen Jahren begleiten Fachkräfte der Diabetesabteilung des Kinderkrankenhauses „Auf der Bult" diese Fahrten.

Eingespieltes Team

Für die Organisation der Aktivitäten kann Irina Procenko auf ein eingespieltes Team zurückgreifen. Die Eltern organisieren die Freizeiten selbst, für jedes Projekt gibt es einen Verantwortlichen. Die Vorsitzende wirkt im Hintergrund mit. Die Elterninitiative gehört als Selbsthilfegruppe der DDH-M an. Der Bundesverband unterstützt Selbsthilfegruppen durch Organisationsberatung und mit Infomaterial. Die Gruppenmitglieder können zahlreiche Mitgliedervorteile der DDH-M wie ausführliche Beratung zu Versicherungen im Zusammenhang mit Diabetes und einen Rabatt bei Teilnahme auf Events der DDH-M nutzen.

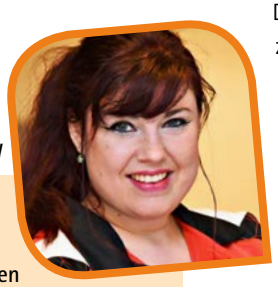
Bolko Bouché

Fotos: Diabolinus, DDH-M NRW, Stefan Specht

Tischtennis – mit Diabetes im Wettkampfmodus

Nicht nur im amerikanischen und europäischen Ausland, auch hierzulande hat sich Tischtennis, das positive Wirkungen vor allem auf das Herz-Kreislauf-System hat, im Regel- und Reha-Sport in den Vordergrund gespielt.

Der kleine Ball mit großem Spaßfaktor kann geschmettert einen Speed von 180 km/h erreichen, während beim Aufschlag Kräfte von bis zu einer Tonne auf ihn wirken. Auch der Energieverbrauch des Spielers kann sich mit 250 bis hin zu 600 kcal/Stunde sehen lassen. Der Aufwand für die Ausrüstung hält sich in Grenzen, das Verletzungsrisiko ist vergleichsweise gering. Das sind gute Gründe, näher hinzuschauen. DIABETIKA traf die deutsche Tischtennismeisterin (2016) Kathi Schanz zum Online-Interview.



IM INTERVIEW

Kathi Schanz

Sie spielt seit 23 Jahren erfolgreich Tischtennis; ihr Lieblingsschlag ist der Rückhand-Schuss.
Ihr Motto lautet:
Mut, Motivation, Power!

1999 Erste Schritte im Tischtennis mit 8 Jahren
2007 Diagnose Lipödem
2012 Diagnose Diabetes Typ 1
2016 Deutsche Meisterin im Tischtennis

Mehr zur Person unter @kathi_schanz (Instagram)

Hallo Kathi, schön, dass wir uns heute über deinen Sport unterhalten können. Als Erstes interessiert uns, wie du zum Tischtennis gekommen bist.

Durch meinen Papa; er spielt schon seit seiner Jugend Tischtennis. Als kleines Baby war ich immer mit dabei und bin in der Halle den Bällen hinterhergekrabbelt, die fand ich ganz toll. Mit 4 oder 5 Jahren war ich dann beim Tanzen, was man eben so macht als kleines Mädchen, aber ich fand Bälle immer interessanter. Als ich 8 war, hat mich mein Papa mitgenommen, und dann hab ich richtig angefangen zu spielen und wurde auch relativ schnell mit 8 oder 9 Jahren entdeckt. Man kann sich das wie eine Talentschmiede vorstellen: Trainer von einem ganz großen Verein kommen und schauen in den kleineren Vereinen nach Talenten für den Sport. Jetzt bin ich 23 Jahre aktiv in diesem Sport und dann ist aus einer kleinen Tischtennis-Lovestory sogar meine Tischtennis-Familie entstanden.

Was macht Tischtennis heute für dich aus?

Egal wie groß oder klein du bist, egal was du für eine Statur hast, ob nur ein Bein oder einen Arm, ob du im Rollstuhl sitzt, du kannst diesen Sport immer ausüben und du kannst richtig gut darin sein, auch wenn du dich wirklich kaum bewegen kannst. Es gibt Leute mit Einschränkungen, die sind so gut, das kann man sich eigentlich gar nicht vorstellen. Die Gemeinschaft, die entsteht, wenn du auf ein Turnier kommst, ist schön. Man fühlt sich wirklich wie in einer Familie aufgehoben. Es ist komplett egal, was du mitbringst. Wie du ankommst, so bist du halt. Es gibt eine riesige Diversität im Tischtennis von ganz kleinen Kindern bis hin zu Spielern im hohen Rentenalter, die vielleicht gerade noch so stehen können. Ich kenne sogar Menschen, die mit Gehstützen Tischtennis spielen, und sie sind richtig gut. Das ist wirklich ein Sport, den man noch bis ins hohe Alter ausüben kann.

Fotos: Kathi Schanz, Augustas Cetkauskas - stock.adobe.com

Wie gehst du mit der besonderen Herausforderung des Diabetes Typ 1 um? Du hast ja auch noch ein Lipödem, eine Fettstoffwechselstörung mit schmerzhaften Symptomen. Schränkt dich das mehr ein als der Diabetes?

Ja, genau, ich spiele Tischtennis in Kompressionskleidung. Das ist manchmal ein bisschen bunter bei mir (lacht) und sorgt oft für Neugier und interessierte Blicke, wenn ich mit meinen bunten Strümpfen an den Beinen und Armen ankomme.

In Sachen Diabetes habe ich ganz unterschiedliche Taktiken entwickelt. Zum Beispiel reagiert mein Stoffwechsel komplett anders auf eine Trainings- oder eine Wettkampfsituation. Im Wettkampf kommt die Aufregung und das Adrenalin hinzu, und dann passiert es, dass ich die ganze Zeit sehr hohe Glukosewerte habe, obwohl ich vorher keine Kohlenhydrate oder überhaupt nicht viel gegessen habe, nur durch die Anspannung und die Stresshormone. Und das endet dann meistens nach dem Wettkampf mit einem Blutzuckerabfall. Das kennen wir alle von Prüfungssituationen, aus anderen Sportarten oder wenn ein besonderer Tag ansteht, an dem man einfach nervös ist, das ist sehr gut vergleichbar. Die Turniere beginnen morgens, zum Beispiel um 9:00 Uhr, und gehen oft bis in den späten Abend, bis 22:00 oder 23:00 Uhr, und dann passiert es mir, dass ich die halbe Nacht nicht aufhöre zu essen, um die Glukosewerte zu kompensieren.

Grundsätzlich bereite ich mich gut vor auf den Sport und arbeite ganz gerne mit einer Basalratenreduzierung zwei Stunden vorher, seit ich die richtigen technischen Systeme für mich gefunden und die Möglichkeit dafür habe. Mir helfen auch die sogenannten Sport-KE, ich nehme eine Stunde vor dem Sport zwei zusätzliche KE zu mir, meistens in Form von Banane oder Haferriegeln, die finde ich immer ganz praktisch zum Mitnehmen. Man kann sich solche Müsliriegel mit Hafer und Äpfelchen übrigens auch selbst im Ofen backen.

Während des Sports behalte ich die Werte im Auge. Ich habe ja zum Glück die Möglichkeit des Monitorings mit meinem CGM. Ich gehe mit einem Gewebeglukosewert von 160–180 mg/dl in den Sport und eben nicht mit 100 mg/dl; das schaff ich nicht, das ist mir zu niedrig. Wenn ich sehe, dass ich dann wieder an die 100 mg/dl komme und der Trendpfeil langsam weiter sinkt, dann lege ich entweder die Pumpe ab oder steuere mit zusätzlichen Sport-KE dagegen.

Als Mensch mit Diabetes, chronischen Krankheiten oder Einschränkungen kann man sich natürlich ein Attest besorgen. Offiziell kann man eigentlich nicht aussteigen und eine Pause machen, in richtigen Wettkämpfen geht

Ein beliebter Sport, der Menschen verbindet

Der Ballsport begeistert auch junge Spieler

Insulintherapie und Tischtennis

Ulrike Turm und Bernhard Gehr ordnen in ihrer „Diabetes- und Sportfibel“ Tischtennis wie andere Ball- und Mannschaftssportarten den „wechselhaften körperlichen Aktivitäten“ zu. Die Herausforderung besteht darin, ein konstantes Leistungsniveau über die gesamte Spieldauer aufrechtzuerhalten. Für die Insulinanpassung bedeutet das: Zu Beginn des Sports erhöhter Blutzuckerspiegel mit steigender Tendenz (150–180 mg/dl); Verringerung des während der Belastung wirksamen Insulins um 30–70 % ist zu empfehlen. Not-BE, schnelle KH, Blutzuckermessgerät oder CGM-Empfänger greifbar halten!

Nach dem Spiel werden die leeren Muskelspeicher aufgefüllt. Deswegen ist auch im Anschluss das Insulin entsprechend der eigenen Erfahrungswerte und der Empfehlungen des Diabetologen zu verringern bzw. die Kohlenhydratzufuhr zu erhöhen.

Zusammengefasst mit freundlicher Genehmigung der Autorin, Diabetes- und Sportfibel, Kirchheim-Verlag, ISBN 978-3-87409-724-6, 545 Seiten, DIN A5, 19,90 €

Fotos: Matthias Ernst, Kirchheim-Verlag

das nicht, aber bei mir hat noch nie jemand gemeckert, auch nicht bei deutschen Meisterschaften. Man merkt es jemandem ja auch an, wenn es ihm nicht gut geht, und dann bekommt man eine kleine Auszeit. Man versucht allerdings schon, das im Wettkampf zu vermeiden. Tischtennis ist die schnellste Reaktionssportart der Welt. Wenn man eine heftige Hypo am Tisch hat, vielleicht mit 50 oder 45 mg/dl, dann kann man sich ja gar nicht mehr konzentrieren, und es würde eigentlich viel länger als eine kurze Pause dauern, bis man wieder richtig klarkommt.

Aber es gibt ja nicht nur die Wettkämpfe, sondern vor allem die ganz regulären Saisonspiele, das ist ja eher die Regel. Wir spielen im Tischtennis bis 11 Punkte, wer 11 Punkte hat, hat den Satz gewonnen. Bei 10 zu 10 geht es weiter bis 12, weil der Sieger zwei Punkte Vorsprung haben muss. Wer zuerst drei Sätze gewonnen hat, hat das Spiel gewonnen. Ein Spiel dauert meistens zwischen 20–30 Minuten, aber man hat zwischendrin auch Satzpausen. Dann hat man mehrmals in der Woche Training und einmal in der Woche, meistens am Wochenende, ein Spiel. Früher und auch noch mit meinem ersten Kind habe ich jeden Tag trainiert, aber jetzt mit drei Kindern schaffe ich das nicht mehr.

Inwieweit unterscheidet sich im Tischtennis Para-Leistungssport vom üblichen Leistungssport, speziell in Bezug auf Diabetes?

Das ist sehr spannend. Als Mensch mit Diabetes beginnt Para-Tischtennis ab einem Grad der Behinderung von 20 %. Ich spiele natürlich seit Jahren im Regelsport, aber ich habe irgendwann vor noch gar nicht langer Zeit begonnen, auch im Parasport Tischtennis zu spielen, weil ich das einfach total interessant fand. Da ich ja unter anderem durch den Diabetes einen Schwerbehindertenausweis habe, war ich neugierig und wollte mal reinschnuppern. Ich muss sagen, das Niveau ist sehr hoch, es entspricht teilweise Oberliga oder Regionalliga im Regelsport. Und um da einen deutschen Meisterschaftstitel zu gewinnen, muss man sich schon richtig durchkämpfen. Es gibt klassenübergreifende Turniere, da spielt einfach jeder mit jedem. Wenn du da nicht Vollgas gibst, dann hast du keine Chance! Das ist der reine Wahnsinn im Para-Tischtennis.

Kathi Schanz konzentriert am Ball

Foto: Matthias Ernst, K. Schanz, Illustration: anatolir - stock.adobe.com

Wo finde ich einen Verein in meiner Nähe?

Landessportbund NRW: Vereinssuche unter www.lsb.nrw. In der Menüleiste unter Service, dann Suche nach Vereinen/Mitgliedsorganisationen können Sie nach Ihrer Stadt und Ihrer Sportart suchen.

Westdeutscher Tischtennis-Verband e. V.: https://nrw-tischtennis.de. In der Menüleiste unter Vereine nachschauen.

Behinderten- und Rehabilitationssportverband NRW: www.brsnw.de. Unter Breitensport und unter Leistungssport im grünen Auswahlmenü etwas weiter unten links ist unter Sportarten auch Para-Tischtennis zu finden.

Deutscher Tischtennisbund: www.tischtennis.de

DiaCup 2022 Tischtennis-Turnier für Menschen mit Diabetes

10. und 11. Dezember 2022, 10:00 bis 18:00 Uhr
Borussia Düsseldorf
Borussia-Düsseldorf-Straße 1, 40629 Düsseldorf

Anmeldung bis 31.10.2022
per E-Mail an kathrin.bahr@ddh-m.de,
kostenlose Teilnahme (Leihgebühr für Tischtennisschläger: 5 €)
Mitmachen können alle Menschen mit Diabetes mit und ohne Vorkenntnisse, die älter als 12 Jahre sind. Erwartet werden rund 350 Teilnehmer.

Ablauf: Samstag Abend findet ein gemeinsames Treffen statt, zu dem alle Teilnehmenden herzlich eingeladen sind. Das Turnier wird in Gruppen mit bis zu sechs Personen durchgeführt, sodass jede Spielerin und jeder Spieler mindestens fünf Spiele mit zwei Gewinnsätzen absolvieren kann.
Ein Team erfahrener DiabetesberaterInnen begleitet das Turnier und steht für Fragen zur Verfügung. Zudem können sich die Teilnehmenden in ihren Pausen über aktuelle Produkte und Lösungen für ihre Diabetes-Erkrankung informieren.

Veranstalter: Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes Landesverband NRW e. V. in Kooperation mit Borussia Düsseldorf und dem RIN Diabetes e. V.

Eines ist mir noch wichtig zu sagen: Die Menschen haben ja teilweise erhebliche Einschränkungen. Als Mensch mit weniger schweren Einschränkungen denkt man manchmal, etwas nicht zu können, man hat vielleicht hier ein Ziehen oder da Schmerzen. Aber wenn man sieht, was dort geleistet wird, dann entwickelt man ein ganz anderes Gefühl. Man kann seine Leistung steigern, weil die eigenen Probleme verschwindend gering erscheinen, wenn man sieht, was diese Menschen leisten. Man kann dann einfach mehr wertschätzen, wie frei man in seiner eigenen Bewegung sein kann und dass man wirklich auch alles aus sich herausholen kann.
Und gerade die AID-Systeme können uns gut auf die Zielwerte regulieren, nicht ganz von alleine, aber durch die ganze neuere Technik, durch die Sensoren, durch die Pumpen und die Kopplung der beiden Systeme hat man heute auch in der Sporteinstellung absolut geniale Möglichkeiten, genauso viel Leistung zu erbringen wie jeder andere stoffwechselgesunde Mensch.

Was empfiehlst du unseren Leserinnen und Lesern, die jetzt mit Tischtennis anfangen wollen? Sollte man sich einfach eine Steinplatte und ein paar Gleichgesinnte suchen und loslegen? Oder lieber im Verein anfangen?
Also, auf den Steinplatten spielt es sich ganz anders, das kann man wirklich gar nicht vergleichen, allein schon wegen der Beschaffenheit der Steinoberfläche. Auch einen richtig guten Tischtennisspieler erkennst du auf Steinplatten nicht wirklich. Dann springt der Ball ab und ist weg, also ich würde wirklich empfehlen, dass man sich umschaut. Tischtennis wird an jedem Ort angeboten, und man kann bei einem Probetraining hineinschnuppern; das geht immer.

Wie ist das bei Kindern, wenn sie mit Tischtennis anfangen wollen?
Im Kindertraining fängt man erst einmal damit an, die Kids langsam und spielerisch an den Ball zu gewöhnen, damit sie ein Gefühl dafür entwickeln. Wie bei den Erwachsenen besteht das Training aus Ausdauer, Geschicklichkeit und vor allem Koordination, denn das ist der wichtigste und schwierigste Aspekt. Ich habe lange Zeit die Kinder trainiert und das sehr genossen; es ist besonders facettenreich.

Hilft es, wenn man andere Sportarten ausübt?
Wenn man von einer anderen Ballsportart kommt, zum Beispiel vom Tennis, könnte man annehmen, dass man bestimmt auch richtig gut Tischtennis spielen kann. Aber das ist ein Irrtum: Beim Tennis hast du eher komplett lange Bewegungen und beim Tischtennis machst du alles vorne am Körper. Und das wegzutrainieren, das ist richtig schwierig. Wenn du den Ball von oben nimmst wie beim Tennis, dann hast du beim Tischtennis keine Chance mehr, denn bis du diese Bewegung gemacht hast, ist der Ball schon weg. Wenn du noch nie mit Tennis in Kontakt gekommen bist, kannst du schneller ein Gefühl dafür bekommen, als wenn du dir schon solche Bewegungsabläufe antrainiert hast.

Hast du sportliche Ziele, die du unbedingt noch erreichen möchtest?
Ich möchte gerne noch einmal deutsche Meisterin werden!

Ich danke dir für die interessanten und authentischen Einblicke in deinen Sport und drücke dir mit allen Leserinnen und Lesern die Daumen für alle weiteren Aktivitäten.

Das Gespräch führte
Beate Lyrmann

Im Juli 2022 fand wieder ein Reitercamp für an Diabetes erkrankte Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren in der Reitschule Altrogge-Terbrack in Nottuln-Darup statt.

Mit Diabetes auf dem Rücken der Pferde

Nach dem großen Erfolg im Vorjahr konnte das Reitercamp dank vieler Sponsoren auch in diesem Jahr wieder durchgeführt werden. Konnten 2021 nur 22 Kinder teilnehmen, waren es in diesem Jahr 70 Kinder und Jugendliche. Die jüngeren Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren starteten in der ersten Woche, die „Jugendlichen" im Alter von 12 bis 16 Jahren folgten in der zweiten Woche.

BLEIBENDE POSITIVE ERFAHRUNGEN

Während die Kinder sich nach Ankunft in ihren Zimmern einrichteten, konnten sich die Eltern einen Überblick über die Unterbringung ihrer Sprösslinge sowie die Reitschule verschaffen. Nach der Verabschiedung der Eltern begrüßten auch die Inhaber der Reitschule die Teilnehmenden und erklärten ihnen die Hausregeln für die Zeit vor Ort. Nachdem jedes Kind seine Betreuerin für die Woche kennengelernt hatte, stand ein Rundgang über das Gelände der Reitschule an.

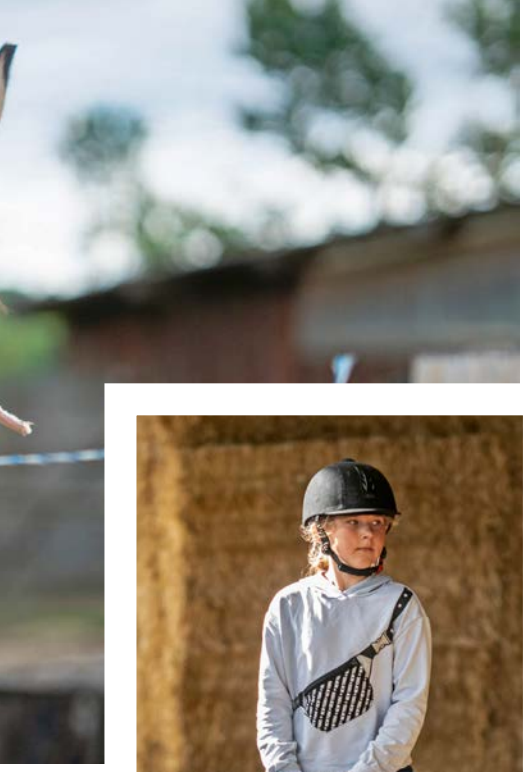
Strukturierter Tagesablauf

Die Kinder und Jugendlichen mussten sich an einen gut strukturierten Tagesablauf gewöhnen. Um 7 Uhr wurden sie geweckt. Es folgten Blutzuckerkontrolle, eventuelle Katheter- oder Sensoren-Wechsel. Nach dem Frühstück hieß es, die Pferde für den Reitunterricht vorzubereiten: Satteln, Pflegen, Striegeln. Anschließend gab es die erste Unterrichtsstunde. Im Vorfeld hierzu hatte der Inhaber, Markus Terbrack, die Reitkenntnisse jedes einzelnen Kindes abgefragt und verschiedene Reitgruppen hieraus gebildet. So war gewährleistet, dass der Reitunterricht auf die persönlichen Voraussetzungen der Teilnehmenden abgestimmt war.

Individuelle Hilfestellung

Für das Mittagessen um 12 Uhr wurde zusammen mit den Diabetesberaterinnen die Mahlzeit berechnet und gab es Hilfe bei der Insulinabgabe. Nach dem Mittagessen wurde individuell geschult. In der Mittagszeit waren beim Katheter- oder Sensoren-Wechsel ebenfalls die Diabetesberaterinnen immer zur Stelle, wenn Hilfe benötigt wurde. Gegen 14 Uhr gab es dann zunächst einmal zur Stärkung ein Stückchen Obst, und es wurde immer darauf geachtet, dass jedes Kind genügend Flüssigkeit aufnimmt. Eine halbe Stunde später stand das Vorbereiten der nächsten Unterrichtsstunde an: Pferde holen, striegeln und pflegen, satteln und zum Treffpunkt bringen.

Während des Reitunterrichtes waren immer zwei Beraterinnen für eine Gruppe



zuständig, um beispielsweise bei einer drohenden Unterzuckerung einzuschreiten oder auch anderweitig für Sicherheit zu sorgen. Es wurde zeitgleich in verschiedenen Gruppen trainiert, verteilt über zwei Hallen mit einem Hindernisparcours und einem Springfeld sowie einem Außengelände.

Nach dem Abendessen um 18 Uhr gab es Zeit für individuelle Gespräche zwischen Diabetesberaterinnen und Kindern zur Erlernung von mehr Eigenständigkeit und mehr Sicherheit im Umgang mit dem Diabetes. Anschließend boten die Betreuenden der Reitschule einige Freizeitaktivitäten an. Diese Zeit nutzten die Beraterinnen, um die Tagesereignisse und besondere Vorkommnisse zu dokumentieren und sich hinsichtlich möglicher Änderungen für den Folgetag zu beraten. Eine Nachtschwester sorgte für die nächtliche Sicherheit. Die Diabetesberaterinnen wären im Notfall jederzeit eingesprungen.

Freundschaften mit Mensch und Tier

Die Kinder merkten in dieser Woche sehr schnell, dass sie mit ihrer Problematik nicht allein waren. Es entwickelten sich Freundschaften, und die Teilnehmenden konnten auch einmal ihrem Frust freien Lauf lassen, da sie sich verstanden fühlten. Zeitgleich spürten sie, wie wertvoll Tiere, hier insbesondere Pferde, für ihre Entwicklung sein können. Ab und zu gab es natürlich bei manchem Kind ein wenig Heimweh, aber dann half das Trösten der Betreuenden, um die Kinder aufzufangen und ihnen die Vorteile des Camps aufzuzeigen.

Fotos, Abzeichen und Urkunde

Das WDR-Lokalfernsehen Münsterland ließ es sich auch in diesem Jahr nicht nehmen, von dem außergewöhnlichen Camp zu berichten. So waren die Kinder an dem Tag sehr aufgeregt; schließlich kommt man ja nicht an jedem Tag ins Fernsehen.

Auch die Sponsoren bekamen am Ende des Reitercamps 2022 die Möglichkeit, sich den Eltern vorzustellen, und standen für Fragen und Informationen zur Verfügung. Anschließend erfolgte die große Verabschiedungsrunde, bei der die Kinder eine Teilnahme-Urkunde der Reitschule und ein Erinnerungsfoto mit den Unterschriften aller Betreuenden erhielten. Aber auch die Kinder wollten sich mit Fotos und anderen Geschenken bei ihren Betreuenden bedanken. Fast immer kam der Wunsch, das Camp auch im nächsten Jahr wieder gemeinsam zu verbringen.

Neu war in diesem Jahr, dass die Teilnehmenden die Möglichkeit hatten, ein Reiterabzeichen zu absolvieren. Hiervon machten insgesamt 29 Kinder Gebrauch. Das Schöne ist: Alle haben bestanden!

Dank und Aussicht

Ein besonderer Dank des Landesverbandes NRW e. V. der DDH-M geht an dieser Stelle noch einmal an alle Betreuerinnen: Susanne, Kathi, Martina, Christine, Iris, Louisa, Bianca, Maria und Helena. Susanne, Dir ein herzliches Dankeschön für die Idee, so ein Camp anzubieten. Und Kathi, Dir ein ganz herzliches Dankeschön nicht nur für Deinen persönlichen Einsatz, sondern auch für die ganze Vor- und Nachbereitung.

Wir hoffen, auch im nächsten Jahr genügend Sponsoren zu bekommen, um erneut so ein Camp durchzuführen. Es liegen jetzt schon mehr als 30 Bewerbungen vor. Inzwischen fragen sogar Erwachsene an, ob für ihre Altersgruppe auch ein Camp durchgeführt werden kann.

Norbert Kuster

Fotos: Tim Lunkenheimer, DDH-M NRW – Jonas Härter

Mehr Sicherheit und Komfort in der Arzneimittelversorgung

Es tut sich etwas in der Arzneimittelversorgung: Wie das E-Rezept und neue pharmazeutische Dienstleistungen die Versorgung von Diabetes-Patienten sichern und verbessern können, erklärt Elke Balkau, Inhaberin der Conrad-Apotheke in Tecklenburg-Brochterbeck und Vorstandsmitglied sowie Patientenbeauftragte des Apothekerverbandes Westfalen-Lippe (AVWL), im Interview.

Frau Balkau, was tut sich derzeit in der Arzneimittelversorgung von Diabetes-Patienten?
BALKAU: Patienten haben jetzt einen Anspruch darauf, pharmazeutische Dienstleistungen der Apotheken vor Ort zu nutzen. Durch regelmäßige standardisierte Blutdruckmessungen sowie insbesondere mithilfe von erweiterten Medikationsberatungen können Apotheken vor Ort für Diabetiker die Sicherheit und Wirksamkeit der Arzneimitteltherapie verbessern. Die Krankenkassen tragen die Kosten.

Warum ist es sinnvoll, eine solche Medikationsberatung in Anspruch zu nehmen?
BALKAU: Mit Insulin allein ist es für Diabetiker selten getan. Viele leiden an Begleit- und Folgeerkrankungen. Sie sind auf eine Reihe von Arzneimitteln angewiesen. Je mehr Medikamente ein Patient einnehmen muss, desto größer ist das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen, aber auch von Einnahmefehlern. In Deutschland sind rund 250.000 Krankenhauseinweisungen jährlich auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen. Durch Medikationsberatungen können die Apotheken den einzelnen Patienten vor vermeidbaren Beschwerden oder gar Klinikaufenthalten bewahren. Sie leisten damit auch einen Beitrag, unnötige Kosten zu vermeiden.

Wer hat Anspruch auf die Dienstleistungen?
BALKAU: Patienten, die ambulant versorgt werden und dauerhaft mindestens fünf Arzneimittel einnehmen, die vom Arzt verordnet sind. Sie haben alle zwölf Monate Anspruch auf eine erweiterte Medikationsberatung. Wenn die Medikation erheblich umgestellt wird, sind zusätzliche Termine möglich.

Bietet jede Apotheke vor Ort die Leistungen an?
BALKAU: Die Apotheken vor Ort sind massiv vom Fachkräftemangel betroffen. Zudem sind sie nach wie vor stark mit Aufgaben zur Bewältigung der Coronapandemie befasst. Ferner benötigen die Apothekenmitarbeiter für einige der Dienstleistungen spezielle Fortbildungen. Deshalb können noch nicht alle Apotheken vor Ort alle pharmazeutischen Dienstleistungen anbieten. Schritt für Schritt aber werden sich weitere Apotheken anschließen.

Wie läuft eine solche Medikationsberatung ab?
BALKAU: Patienten vereinbaren einen Termin mit einer Apotheke. Auch ein Hausbesuch ist in der ambulanten Versorgung möglich. Die Patienten legen dann alle Medikamente vor, die sie einnehmen. Sowohl die Arzneimittel, die der Arzt verschrieben hat, als auch rezeptfreie Arzneimittel, Vitaminpräparate und Mineralstoffe sowie zum Beispiel Salben und Cremes, die sie anwenden. Das Apothekenteam überprüft diese Medikation auf Risiken. Es erstellt einen Medikationsplan und bespricht mit den Patienten, wie die Medikamente richtig einzunehmen sind.

Fotos: AVWL / joyfotoliakid – stock.adobe.com

Und wenn die Apotheken ein Problem entdecken?

BALKAU: Dann kontaktiert das Team den behandelnden Arzt – sofern der Patient einverstanden ist. Gerade in dieser Absprache mit dem Arzt liegt ein großer Nutzen der Medikationsberatung. Wenn beide Professionen Hand in Hand arbeiten und ihr jeweiliges Fachwissen einbringen, ist dies zum Wohle des Patienten. Vier Augen sehen mehr als zwei. Hinzu kommt, dass häufig der eine Arzt des Patienten nicht weiß, was ein anderer behandelnder Kollege bereits verschrieben hat. Auch haben die Ärzte oft keine Kenntnis davon, welche nicht verschreibungspflichtigen Mittel der Patient zusätzlich einnimmt. In der Apotheke vor Ort laufen alle diese Fäden zusammen.

Anspruch auf pharmazeutische Dienstleistungen

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf pharmazeutische Dienstleistungen der Apotheke, wenn sie

- fünf oder mehr verordnete Arzneimittel einnehmen oder
- gegen eine Krebserkrankung neue Tabletten oder Kapseln erhalten oder
- nach einer Organtransplantation neue Medikamente verordnet bekommen, um die körpereigene Abstoßungsreaktion zu hemmen, oder
- einen ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck haben und Blutdrucksenker einnehmen oder
- gegen eine Atemwegserkrankung Medikamente zum Inhalieren erhalten.

Alle pharmazeutischen Dienstleistungen werden qualitätsgesichert erbracht. Für einige Dienstleistungen sind spezielle Fortbildungen zu absolvieren.

Gibt es weitere Entwicklungen in der Arzneimittelversorgung?

BALKAU: Die Einführung des E-Rezeptes macht die Versorgung für die Patienten einfacher und komfortabler. Stellt der Arzt eine elektronische Verordnung aus, kann der Patient diese digital an die Apotheke übermitteln. Er kann Arzneimittel vorbestellen, um sie dann nur noch abzuholen oder sich per Boten liefern zu lassen. Wie das konkret funktioniert, dazu informieren die Apotheken gern. Sie nehmen im Übrigen auch weiterhin Papierausdrucke entgegen. Das E-Rezept verschlankt zudem administrative Vorgänge in den Apotheken, sodass mehr Zeit für die Beratung der Patienten und die Zuwendung bleibt. Das E-Rezept birgt aber auch gewisse Risiken.

Welche denn?

BALKAU: Gerade in der Gesundheitsversorgung ist die persönliche Nähe unverzichtbar. Das ist bei der Apotheke nicht anders als beim Arzt: Je besser das Team den Patienten kennt, desto besser kann es ihn versorgen und beraten. Ich selbst kenne mehr als 80 Prozent meiner Patienten persönlich – und sehe vielen an, wenn etwas mit ihnen nicht stimmt. Wir haben miteinander ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, das ermöglicht, auch über sensible Themen zu sprechen. Im Interesse ihrer eigenen nachhaltigen und sicheren Versorgung sollten die Patienten daher auch mit der Einführung des E-Rezeptes weiterhin ihre Apotheke vor Ort nutzen – und nicht auf vermeintlich vorteilhafte Angebote von unpersönlichen Online-Händlern setzen. Zumal die Apotheken vor Ort auch die Qualität der Versorgung sichern können – in der Beratung, bei der Lagerung der Arzneimittel, dem Transport wie auch der lückenlosen Einhaltung der Kühlkette.

Das Gespräch führte Dr. Nina Grunsky

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:
Tel. (0 61 31) 9 60 70-21
E-Mail: anzeigen@kirchheim-verlag.de

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

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

Tatort: die häusliche Backstube

Von der Freude am Backen, gesunden Inhaltsstoffen und Zutaten, die einen Teig reifen und gelingen lassen

Viele Menschen haben große Freude am Backen und zaubern die schönsten Kuchen und Torten. Kinder favorisieren Kleingebäck, vor allem Muffins, Amerikaner und Plätzchen. Neben süßen Backwaren werden auch Brote und Brötchen gebacken. Für die gesunde Ernährung sind Vollkornprodukte zu empfehlen, da sie u. a. eine gute Blutzuckerwirksamkeit haben.

Vollkornmehl

Ganze Getreidekörner werden zu Vollkornmehl vermahlen. Die äußeren Schichten und der Keimling sind nährstoffreicher als der innere Mehlkörper. Zudem sind die äußere Frucht- und Samenschale reich an Ballaststoffen. Wird beim Weizen nur der innere Mehlkörper vermahlen, entsteht daraus helles Mehl mit einem geringen Mineralstoffgehalt: Type 550 und 405. Je höher die Typenzahl, umso mehr Mineralstoffe sind enthalten. Gluten ist das Klebereiweiß und vor allem im Weizen zu finden. Es verleiht Backwaren sein Gerüst und sorgt somit für Volumen.

Wer mit Vollkornmehl, ganzen Körnern oder Schrot backen will, muss auf die richtigen Flüssigkeitsmengen und Gärzeiten achten. Für einen gewöhnlichen Hefeteig, mit hellem Weizenmehl gebacken, benötigt man in der Regel die Hälfte der Mehlmenge an Flüssigkeit (Wasser oder Milch). Beim Backen mit Weizen- und Roggen-Vollkornmehl steigt der Flüssigkeitsbedarf um bis zu einem Viertel oder Drittel. Auch wird mehr Zeit zum Gären benötigt. Werden ganze oder geschnittene Körner zugegeben, erhöhen sich der Flüssigkeitsbedarf und die Teigruhe abermals. Roggenmehle müssen mit Sauerteig versäuert und die Teigführung mit Hefe (10 g / 1 kg Mehl) unterstützt werden.

Gärzeit und Flüssigkeitsmenge beachten

Sauer- und Hefeteig

Beides ist zu empfehlen. Sauerteig dient zur Herstellung von Roggenbroten und pikantem Backwerk, z. B. Zwiebelkuchen. Hefeteig findet bevorzugt Anwendung beim Backen von Weizenbroten, aber auch bei Pflaumen- und Apfelkuchen vom Blech. Beide Teigführungen kommen durchaus ohne die Zugabe von Fett aus. Dadurch fördern sie das gesunde Ernährungsbewusstsein. Denn hierbei kommt es eher darauf an, was auf der Brotscheibe oder dem Kuchen zu liegen kommt. Was also spricht gegen eine Pizza, deren Hefeteig mit Vollkornmehl hergestellt ist und die mit reichlich Gemüse belegt wird?

Chemische Backtriebmittel

Rührteige werden in der Regel mit Backpulver (chemisches Backtriebmittel) hergestellt. Es besteht aus Natron, einer Säure (Weinstein oder Phosphat) und einem Trennmittel (Mehl). Letzteres verhindert, dass die Triebkraft in dem Tütchen vorzeitig einsetzt. Bio-Backpulver enthält Weinstein. Es ist phosphathaltigem Backpulver vorzuziehen, z. B. in der Ernährung bei Osteoporose und zur Vorbeugung von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. Rührteige enthalten im Vergleich zu Hefeteigen mehr Fett.

Getreideflocken

Hafer- und Müsliflocken bestehen aus dem vollen Korn. Sie sind nährstoffreich und sättigen gut. Die jeweilige Blattgröße entsteht, wenn die ganzen oder zuvor zu Grütze geschnittenen Körner gedämpft, feucht gewalzt und anschließend getrocknet werden. Schmelzflocken werden aus Hafer-Vollkornmehl hergestellt. Sie finden Anwendung in der Sportler-Ernährung und bei Kleinkindern.

Huberta Eder

Fotos: Der Stadtfotograf, AlenKadr / wornue – stock.adobe.com

Blumenkohlpuffer

Zutaten für 6 Portionen:

250 g	Blumenkohlröschen
1 St.	Ei (M)
10 g	fein gehackte Haselnusskerne
10 g	Weizenmehl, Type 1.050, oder Dinkelmehl
2 Msp.	Currypulver
2 g	glatte Petersilie
15 g	Rapsöl (2 EL)

Tipp: **Die Blumenkohlpuffer schmecken auch mit Sesamsamen sehr gut.**

Zubereitung:
Blumenkohl raspeln. In einer Schüssel mit dem Ei, den gehackten Haselnusskernen und dem Weizenmehl vermengen. Mit Currypulver abschmecken. Glatte Petersilie fein hacken und untermischen. Rapsöl in einer Pfanne erhitzen. Jeweils 2 EL voll von der Masse einfüllen und von beiden Seiten bei mittlerer Hitzezufuhr goldgelb ausbacken.

Nährwerte für 1 Portion: 195/805 kcal/kJ | 8 g Eiweiß | 14 g Fett | 7 g Kohlenhydrate | 0,3/0,4 BE | 4 g Ballaststoffe | 100 mg Cholesterin | 0,1 g Kochsalz | 55 mg Kalzium

Knäckebrot mit Sesam- und Chiasamen

Zutaten für 21 Scheiben:

300 g	Dinkel-Vollkornmehl oder Weizen-Vollkornmehl
1 g	Jodsalz
15 g	Sesamsamen
15 g	Chiasamen
150 g	lauwarme Milch, 1,5 % Fett
100 g	lauwarmes Wasser
25 g	Walnussöl

Außerdem:

1	Backblech: 30 × 40 cm
1 St.	Backpapier

Nährwerte für 1 Scheibe: 73/307 kcal/kJ | 2,3 g Eiweiß | 2,5 g Fett | 9,5 g Kohlenhydrate | 0,8/0,9 BE | 1,4 g Ballaststoffe | 0,3 mg Cholesterin | 0,1 g Kochsalz | 12 mg Kalzium

Zubereitung:
Dinkel-Vollkornmehl mit Jodsalz, Sesam- und Chiasamen mischen. Milch, Wasser und Walnussöl zugeben und zu einem Teig verkneten, der nicht mehr kleben sollte.
Teig auf ein mit Backpapier ausgelegtes Backblech ausstreichen. Das gelingt mit einem Teigschaber oder mit leicht angefeuchteten Händen.
Mit einem Kuchenrädchen die kurze Seite in 3 Teile und die lange Seite in 7 gleichmäßige Abschnitte teilen. Alle Rechtecke mit einer Gabel mehrfach einstechen, damit beim Backen Luft entweichen kann.

Backofen: Ober- und Unterhitze einstellen, auf 220 °C vorheizen.
Backblech auf der untersten Leiste einschieben und das Knäckebrot 30–40 Minuten backen. Die Scheiben einzeln auf einem Kuchenrost auskühlen lassen.

Dazu: Fruchtaufstrich
Schmand oder Seidentofu mit geriebenen Äpfeln oder Birnen vermengen. Mit etwas Zitronensaft und gemahlenem Ceylon-Zimt abschmecken.

Fotos: irrez / Caterina Trimarchi – stock.adobe.com

Hier heraustrennen

PUNKTUM

WENN DER SCHEIN TRÜGT ...

Nicht nur für Allergiker sind Inhaltsstoffe wissenswert.

Aber bitte mit Sahne!

Wer verwöhnt sich nicht gerne mal mit süßen Leckereien? Das ist auch uns Menschen mit Diabetes erlaubt, wenn wir es in Maßen und für uns gut einschätzbar tun. Apropos gut einschätzbar: Vor einigen Jahren traf ich Freunde in Berlin. Warum unterwegs nicht ein Hörnchen mit zwei leckeren Kugeln Eis essen? Zudem brauchte ich bald einige BE. Für mich bitte zwei große Kugeln Vanilleeis und Schokoladeneis. Mmh, lecker, schmeckte prima. Geschätzt waren das 3 BE, das Hörnchen mitgerechnet.

Überraschungen

Dann stieß ich mir den Ellenbogen, sodass ein Klecks Schoko-Eis auf meine Jeans tropfte. Mist, gibt einen Fettfleck! Dann der nächste Schock: eine nahende Hypo. Nach dem Eis? Seltsam. Später wusch ich dann irgendwo den Hosen-Fleck mal grob ab. Was war das denn? Der Fleck ging glasklar raus. Kein Fett vom Milcheis und der Schokolade? Was war da bloß in dem Eis gewesen? Und war vielleicht Süßstoff statt Zucker drin?

Zum Abgewöhnen

Nun hat ein Münchner Lebensmittel-Start-up tatsächlich eine Schokoladeneis-Variante auf den Markt gebracht, in der Kakao durch ein neu entwickeltes Pulver perfekt ersetzt und imitiert wird. Süßwarenhersteller sollen bereits Schlange stehen, um auf diesen Zug aufzuspringen. Ist preiswerter und klimaneutraler. Aber mal ehrlich: Schokolade ohne Kakao? Soll ja gut schmecken, doch: Wie gesund ist das, was drin ist? Hat es BE oder nicht? Und was ist mit Süßstoffen? Immerhin haben die eine ganz schlechte Grundwasser-Bilanz. Da werde ich glatt zum Schokoladen-Verweigerer! Dann bitte nur noch einen Klecks Sahne! Das gibt wenigstens echte Fettflecken beim Kleckern.

Meine Meinung
U. Breitbach

Fotos: John Smith / valdis torms – fotolia / Dmitry Lobanov – stock.adobe.com / Eywa – stock.adobe.com

TIPPS + NEWS

Das Süßstoff-Dilemma

Norddeutschen Medienberichten zufolge hat man es in Hamburg nun schwarz auf weiß: Süßstoffe sind weiterhin im Grundwasser nachweisbar, und das in der gleichen Konzentration wie vor dem Appell, diese aus der Lebensmittelproduktion zu entfernen. Das war vor vier Jahren. Doch noch immer stecken diese Substanzen in Lightprodukten wie Limonaden und Säften, in Süßigkeiten und Marmeladen, aber auch in Medikamenten. Da die Kläranlagen – ebenso wie der Körper – Substanzen wie Acesulfam-K, Cyclamat und Saccharin nicht abbauen können, gelangen diese nach wie vor in das Grund- und letztlich auch Trinkwasser. Gerade beim Trinkwasser wird das Dilemma jedoch besonders deutlich, da es im Hinblick auf künftige Probleme, bedingt durch den Klimawandel, möglichst rein sein sollte.

Appell an die Verbraucher

Hamburg fordert daher ein Verbot der biologisch nicht abbaubaren Süßstoffe. Stattdessen seien pflanzliche Süßungsmittel wie Stevia eine umweltfreundlichere Alternative. Hier, so die Sprecherin von Hamburg Wasser, seien in erster Linie die Verbraucher gebeten, entsprechend zu handeln mit ihren bewussten Kaufentscheidungen, denn nur so könne sich auch bei den Herstellern etwas ändern. (ub)

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes