2025 | 6

DIABETIKA
Neues von uns

Informationen für Menschen mit Diabetes

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

Hoher Insulinbedarf – wie kommt es dazu?

In der Ausgabe 5/2025 haben wir uns die Insulinsensibilität und ihre sehr individuellen Herausforderungen näher angeschaut. In dieser Ausgabe stellen wir das andere Extrem in den Fokus, die Insulinresistenz, die mit einem hohen Insulinbedarf einhergeht. Dr. Meinolf Behrens hilft uns wieder bei der Einordnung und Betroffene kommen zu Wort.

DIABETIKA: Guten Tag, Meinolf, vielen Dank für Deine Bereitschaft, diesem Thema für uns auf den Grund zu gehen. Ich habe Statements insulinresistenter Menschen mit Typ-1-Diabetes. Dabei fällt der Begriff „Doppeldiabetes“. Was ist das genau?

Meinolf Behrens: Beim Typ-1-Diabetes sehen wir eine Autoimmunreaktion gegen die eigenen insulinproduzierenden Betazellen, beim Typ-2-Diabetes entwickelt sich dagegen eine Resistenz gegen körpereigenes Insulin. Die Bauchspeicheldrüse produziert immer mehr, bis sie es nicht mehr schafft und Insulin von außen zugeführt werden muss. Das sind zwei verschiedene Störungen im Stoffwechsel. Letztlich schützt der Typ-1-Diabetes daher nicht vor einem Typ-2-Diabetes.

„HOHE TAGESMENGEN ÜBERFORDERN SCHNELL DIE STANDARDKAPAZITÄTEN VIELER INSULINPUMPEN.“

DIABETIKA: Betrifft das viele Patienten?

Meinolf Behrens: Wir sehen eine deutliche Zunahme an Patienten, die eine Insulinresistenz trotz oder mit Typ-1-Diabetes entwickeln. Wer familiär vorbelastet für Typ 2 ist – das ist immer noch das höchste Risiko –, kann eine Insulinresistenz entwickeln. Natürlich geht der Lebensstil der Gegenwart auch nicht an Menschen mit Diabetes

INHALT

1 **Medizin:** Hoher Insulinbedarf – wie kommt es dazu?

5 **Events:** diatec-forum 2025 – Politik, Forschung und Praxis im Dialog | Eindrücke vom EASD-Kongress 2025

8 **Alltag:** WETID – aus Hobbyprojekt wird Hoffnungsträger

10 **Sport:** Erfahrungsaustausch „Sport und Insulin“ erfolgreich gestartet

12 **NRW:** Düsseldorfer Diabetes-Tag 2025 | Neugründung Adipositas Bündnis NRW e. V. | Podiumsdiskussion beim Apothekertag

14 **Lecker!:** Weihnachtliche Wildküche | Hirschragout in Preiselbeersoße | Bunte-Bete-Salat

16 **Punktum:** Rat-Schlag

▶ *Fortsetzung auf S. 2*

MedTriX Group

vorbei. Ich sehe im Praxisalltag einen Anteil massiv Adipöser mit einem Tagesinsulinbedarf von bis zu 200 IE. Das sind z. B. junge Männer um die 30, wenn das sportliche Engagement abnimmt und beim Gewicht die Veranlagung durchschlägt. Bis zu zwei Einheiten Insulin pro kg Körpergewicht sind schon ein Problem.

„AUCH KLEINE VERÄNDERUNGEN BEI DER ERNÄHRUNG KÖNNEN GROSSE UNTERSCHIEDE IM TAGESBEDARF MACHEN."

DIABETIKA: Hat die Pumpentherapie eigentlich etwas mit dem Körpergewicht zu tun?

Meinolf Behrens: Pumpenpatienten nehmen eher zu, das ist Fakt. Und AID-Patienten auch, wenn sie nicht gewissenhaft mit dem System umgehen. Natürlich muss man differenzieren: Hatte jemand einen HbA_{1c}-Wert von um die 10 %, war er vielleicht nur wegen der schlechten Stoffwechsellage dünn. Wird sein Insulinbedarf gedeckt, kommt er auf sein normales Gewicht. Aber ansonsten sehe ich durch die strenge Einstellung von AID-Systemen und die gute Insulinversorgung oft sogar einen höheren Insulinbedarf. Damit verbunden ist dann nicht selten eine Gewichtszunahme.

DIABETIKA: Also kommt es durch familiäre Vorbelastung und den modernen Lebensstil zum Doppeldiabetes?

Meinolf Behrens: Nicht allein. Auch die unphysiologische Insulinapplikation begünstigt das Entstehen einer Insulinresistenz. Normalerweise gelangt das Insulin aus der Bauchspeicheldrüse über die Portalvene in die Leber. Dagegen spritzt man Insulin – mit Pumpe oder Pen – subkutan. Das ist unphysiologisch, im Gewebe landet zunächst viel Insulin, in der Leber wenig. Bis das Insulin aus

Der Experte: Dr. Meinolf Behrens

Er ist seit mehr als 20 Jahren niedergelassener Arzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG, Ernährungs- und Sportmedizin in Minden (https://www.diabetesminden.de). Neben seinem Engagement in verschiedenen Fachgremien ist er Mitautor der Praxisempfehlungen der DDG: Diabetes, Sport und Bewegung.

„Hoher Insulinbedarf aufgrund von Doppeldiabetes"

Hallo, ich bin Daniel, 45 Jahre alt und habe einen Insulinbedarf von ca. 1,4 IE pro kg Körpergewicht. Kurz: Ich brauche einen Haufen Zeug! An einem normalen Tag liege ich bei einem Tagesgesamtbedarf an Insulin von 170 bis 180 IE. Schon heftig, oder?

TYP-1 UND TYP-2 IM DOPPELPACK

Wie kann so etwas passieren? Im zarten Alter von 20 Jahren wurde bei mir ein Typ-2-Diabetes diagnostiziert. Gut, ich war schon immer übergewichtig und habe mich recht wenig bewegt. Hinzu kommt eine genetische Vorbelastung. Meine Oma meinte, eigentlich alle Vorfahren, an die sie sich erinnern konnte, hatten entweder eine Typ-2-Diagnose oder Anzeichen der Erkrankung. Mit 20 war das erst mal ein Brett, aber ich musste halt lernen, damit umzugehen. Es ging ganz gut mit Metformin. Messstreifen zum regelmäßigen Messen bezahlte die Kasse damals nicht. Knapp drei Jahre später liefen die Werte innerhalb von wenigen Monaten aus dem Ruder und ich brauchte Insulin. Von Anfang an hatte ich ein ausgeprägtes Dawn-Phänomen, das sich mit den Insulingaben nicht einfangen ließ. Zehn Jahre später wurde ich noch einmal auf Typ 1 getestet. Resultat: Typ 1/LADA. So stehe ich jetzt da und bin mit einem Typ 1 gesegnet, der mit einer immens ausgeprägten Insulinresistenz einhergeht.

Der große Vorteil der Diagnose war, dass ich eine Pumpe, später ein CGM und mittlerweile ein AID-System bekam, das ist toll! Aber für mich sind Pumpe und AID leider keine Selbstläufer. Da ist ein großes Stück manueller Arbeit notwendig. Der sehr hohe Insulinbedarf grenzt das Angebot an passenden Pumpen sehr ein. Und auch der AID-Algorithmus ist für mich viel zu sanft, d. h., die wirklich großen Anstiege kann die Pumpe nicht abfedern. Ich muss daher oft eingreifen. Zwei Vorteile für mich sind mein wirklich hervorragender Diabetologe und meine mittlerweile 25 Jahre Erfahrung. Ich weiß, wie ich mich verhalten und meine Therapie anpassen muss.

Zum Abschluss noch eine Geschichte: Es gab kurzzeitig keine Penampullen mehr und ich musste auf Durchstechflaschen und Einmalspritzen umsteigen. Das war alles kein Problem. Ich holte meine neuen Rezepte und bin danach seltsamerweise häufiger in eine leichte Hypo geraten. Ich habe mir keine großen Gedanken gemacht, bis mich eine Woche später eine total aufgelöste Ärztin anrief, sich nach meinem Befinden erkundigte und ob ich eine schwere Hypo hatte. Es stellte sich heraus, dass ich versehentlich zum U-100-Insulin U-40-Spritzen erhalten hatte, was erst bei der Abrechnung aufgefallen war. Ich hatte also etwa eine Woche die zweieinhalbfache Insulinmenge gespritzt. Zum Glück hat mir hier meine Insulinresistenz wohl tatsächlich das Leben gerettet.

Insta: insulada_diabetes

den Außenbereichen des Körpers in der Leber ankommt, macht es einige Umwege. Und genau das begünstigt eine Insulinresistenz, allein die Tatsache der Insulinanwendung. Genetik, Lebensstil der Gegenwart und die zwangsläufig unphysiologische Insulinapplikation fördern eine Resistenz.

„MANCHE BETROFFENE PROFITIEREN VON ‚CARB CYCLING' ODER TEMPORÄREN LOW-CARB-PHASEN ZUR VERBESSERUNG DER INSULINEMPFINDLICHKEIT."

DIABETIKA: Welchen Einfluss haben hormonelle Störungen?

Meinolf Behrens: Ganz wichtig; natürlich können auch Begleiterkrankungen eine Rolle spielen. Beim polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS) z. B. wirken gleich mehrere hormonelle Mechanismen zusammen: Eine vermehrte Bildung männlicher Hormone (Androgene) schwächt die Wirkung von Insulin und begünstigt die Einlagerung von Fett im Bauchraum (viszerales Fett). Gleichzeitig führt ein Ungleichgewicht der Hypophysen-Hormone LH und FSH zu einer weiteren Bildung von Androgenen. Das zusätzliche Fettgewebe setzt entzündungsfördernde Botenstoffe frei, die die Insulinresistenz verstärken.
Es gibt auch seltene hormonelle Grunderkrankungen, die zu einer Insulinresistenz führen können, etwa das Cushing-Syndrom, bei dem der Körper zu viel Cortison bildet. Eine längere Cortisonbehandlung kann denselben Effekt haben.

DIABETIKA: Und was heißt das für das Therapiemanagement?

Meinolf Behrens: Ein insulinresistenter Typ-1-Diabetiker ist sehr schwer zu behandeln, denn der steigende Insulinbedarf treibt ihn ja weiter in diesen Teufelskreis. Insulin ist ein anaboles Hormon, es steht nicht umsonst auf der Dopingliste. Bei einer Insulinresistenz ist es wichtig, die sogenannte glykämische Last zu senken – also den Einfluss der Ernährung auf den Blutzuckerspiegel zu reduzieren. Eine kohlenhydratärmere Ernährung kann sich positiv auf die Risikofaktoren des metabolischen Syndroms auswirken, unabhängig davon, ob man abnimmt oder nicht. Empfehlenswert sind vor allem gemüsereiche Mahlzeiten mit einer niedrigen glykämischen Last. Stark verarbeitete, stärke- und zuckerhaltige Lebensmittel sollten möglichst durch eiweißreiche Nahrungsmittel und pflanzliche Fette ersetzt werden. Regelmäßige Bewegung verbessert die Insulinempfindlichkeit und stärkt Herz, Muskeln, Stoffwechsel – und insgesamt die Gesundheit.

DIABETIKA: Helfen Wirkstoffe für den Typ-2-Diabetes?

Meinolf Behrens: Ja, durchaus. Wenn Patienten die GLP1-RA („Abnehmspritzen") selber zahlen können und wollen, kann man das versuchen. Auch Metformin kann Sinn machen. Neuere Erkenntnisse zeigen, dass sich Typ-1- und Typ-2-Diabetes nicht immer ganz scharf abgrenzen lassen und die Übergänge fließend sein können.

„ES WIRD STÄNDIG VON PERSONALISIERTER MEDIZINTHERAPIE GESPROCHEN. DAS IST EINE LÜGE, WIR WERDEN ALLE NACH EINEM SCHEMA UND PARADIGMA BEHANDELT. FÄLLT MAN DA RAUS, HAT MAN OFT PECH GEHABT."

Fotos: privat

EDITORIAL

Gemeinsam stark

Wissen, Austausch und Unterstützung – das sind wichtige Werkzeuge im Umgang mit chronischen Erkrankungen, sowohl im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft als auch im Alltag für jede und jeden persönlich. Miteinander kann man mehr erreichen als alleine, wenn alle gleiche Ziele verfolgen. Daher haben sich der DDH-M, LV NRW e.V. und das Bündnis Adipositas NRW zusammengeschlossen, wie Vorstandsmitglied Hansgünter Bischoff auf S. 12 berichtet. Beate Lyrmann bündelt im zweiten Teil der Titelstory zum Insulinbedarf im Interview mit Dr. Meinolf Behrens und im Austausch mit Betroffenen Wissen und Erfahrungen zu besonders hohem Insulinbedarf – auch als Stütze für andere, die in einer ähnlichen Lage sind. Um Erfahrungsaustausch unter Gleichen geht es auch Michael Wolters und Malte Thoennißen. Regelmäßig wollen sie ein Online-Meeting für Menschen mit Diabetes zum Thema Sport und Insulin anbieten. Über das erfolgreich gestartete Projekt erfahren Sie mehr auf S. 9. Ohne Unterstützung und Rückhalt aus der Diabetes-Community hätte Heiko Scharfenort seine App WETID zur Berechnung von Kohlenhydraten und Fett-Protein-Einheiten nicht weiter betreiben können, wie er auf S. 8 berichtet. Das alles zeigt: Gemeinsam können wir vieles schaffen!

Zusammen mit dem gesamten Diabetika-Team wünsche ich Ihnen schöne Weihnachten und ein gesundes Jahr 2026.

Ihre Chefredakteurin
Julia Rommelfanger

DIABETIKA: Wie müssen wir uns eine neue Klassifizierung der Diabetestypen vorstellen?

Meinolf Behrens: Zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes gibt es Mischformen, zum Beispiel LADA-Varianten (langsam verlaufende Autoimmunreaktionen). Die schwedische Forscherin Prof. Dr. Ahlqvist hat 2018 gezeigt, dass sich der Typ-2-Diabetes in mehrere Untergruppen einteilen lässt – das Krankheitsbild ist oft komplexer, als man denkt. In der Praxis gibt es immer wieder Fälle, die in keine der klassischen Schubladen passen. Ich nenne das Typ-2-Diabetes mit Betazell-Autoimmunität. Betroffene haben zwar Autoantikörper im Blut (ein Zeichen für eine Immunreaktion gegen die insulinbildenden Zellen), aber nur in geringer Menge. Gleichzeitig ist ihr C-Peptid-Wert noch hoch – ihre Bauchspeicheldrüse produziert ausreichend Insulin. Ihre erhöhten Blutzuckerwerte entstehen also vor allem durch die Insulinresistenz, nicht durch Insulinmangel. Das Problem: Das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) und auch die WHO-Klassifikation berücksichtigen Diabetestypen in dieser „Grauzone“ nicht. Eine Behandlung solcher Patienten als Typ-1-Diabetiker wäre oft nicht hilfreich. Als Typ-2-Patienten dagegen können sie Insulin und GLP1-RA, Metformin usw. bekommen – und damit lässt sich die Behandlung in der Regel deutlich erfolgreicher gestalten.

DIABETIKA: Ein Diabetiker, der von diesen Präparaten profitieren würde, bekommt sie nicht als Kassenleistung?

Meinolf Behrens: Scheinbar ist der Anteil an insulinresistenten und übergewichtigen Menschen mit Typ-1-Diabetes zu gering, als dass sich für Firmen Studien und Zulassungen lohnen würden. Es gibt aber zunehmend wissenschaftliche Untersuchungen mit positiven Ergebnissen genau zu dieser Fragestellung. Ich bin zuversichtlich, dass sich in Zukunft neue Möglichkeiten ergeben werden.

DIABETIKA: Herzlichen Dank für diesen Überblick. Natürlich kann unser Interview nur einzelne Aspekte dieser komplexen Zusammenhänge kurz beleuchten. Der Beitrag hat gezeigt: An den Extremen der Insulintherapie gibt es einiges zu entdecken, das auch für viele andere Menschen mit Diabetes von Interesse sein kann. Ganz sicherlich stellen geringe oder hohe Insulindosen Patienten bei der Therapie vor jeweils besondere Herausforderungen. Denn auch wenn eine Diabetesform selten ist, hat sie der Betroffene zu 100 % und muss damit umgehen. Da helfen Konzepte „von der Stange“ nicht weiter. Der Erfolg steht und fällt mit der Unterstützung durch die Praxisteams, aber auch durch Kassen, durch Forschung und die Entwicklung auf Industrieseite. Gerade an diesem Punkt wünschen sich Betroffene mit niedrigem bzw. hohem Insulinbedarf einen sensiblen Umgang und lösungsorientierte Ansätze.

„BEI HOHEN WERTEN BRAUCHE ICH SEHR VIEL INSULIN, UM DIE RESISTENZ ZU DURCHBRECHEN. ICH GEBE MIR STÜNDLICH EIN ZEHNTEL MEINES TAGESBEDARFS ODER MEHR MIT DER SPRITZE.“

„TROTZ MEINER AUSGEPRÄGTEN INSULINRESISTENZ IST BEI BEWEGUNG DAS AKTIVE INSULIN SOFORT DA UND SCHLÄGT ZU WIE EIN VORSCHLAGHAMMER.“

Zudem stellt sich die Frage nach der psychischen Belastung – oder Diabetes-Disstress – durch das Diabetesmanagement. Die Beschäftigung mit den besonders herausfordernden Diabetesarten macht klar: Es wäre sinnvoller, den erforderlichen Aufwand im Vorfeld sichtbar zu machen und psychische Überbelastungen, etwa durch weniger adäquate Therapiemodelle, zu vermeiden.

Das Interview führte Beate Lyrmann.

Wunschliste ...

... an die Hersteller

- Pumpenmodelle mit größeren Füllmengen/für hochkonzentrierte Insuline (U-200, U-500)
- Schärfere AID-Algorithmen, um seltener eingreifen zu müssen (z. B. vom Arzt freizuschalten)

... an die Praxisteams

- enge Kooperation zwischen Patient, Diabetologe und Diabetesberaterin
- abgestimmte Therapie und Schulungen

... an die Krankenkassen

- personalisierte Therapie, in der der Mensch im Vordergrund steht und nicht die Kosten
- Zulassung von GLP1-RA bei hoher Insulinresistenz
- höheren Bedarf an Verbrauchsmaterial zulassen

... an die Forschung

- mehr Forschung zu Insulinresistenz, allgemein zur Heilung des Typ-1-Diabetes
- Einsatz von KI, Quantenrechnern, CRISPR-Technologie zur Kostensenkung, für individuelle Therapien und breite Verfügbarkeit

... an Menschen mit Insulinresistenz

- Teilen Sie Ihre Erfahrungen!

diatec-forum 2025

Politik, Forschung und Praxis im Dialog

Am 25. September fand in der Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften in Berlin das diatec-forum 2025 statt. Unter der Leitfrage „Technologie, Pflege und Verantwortung – wie gelingt die Versorgung von morgen?“ diskutierten Expertinnen und Experten aus Politik, Forschung, Praxis und Krankenkassen die Rolle moderner Diabetes-Technologien für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

Bernd Kulzer und Mirjam Eiswirth führten als Moderationsteam durch den Tag.

Die Diabetesversorgung steht vor großen Herausforderungen: Die Zahl der Betroffenen steigt, während gleichzeitig immer weniger spezialisierte Fachkräfte zur Verfügung stehen. Der demografische Wandel verschärft die Situation zusätzlich: Immer mehr Menschen mit Diabetes werden pflegebedürftig. Moderne Diabetes-Technologien bieten die Chance, Versorgungslücken in diesen besonders vulnerablen Patientengruppen zu schließen.

Im Fokus stehen drei Themenfelder:

- Kosten und Nutzen von Diabetes-Technologien – gesundheitsökonomische Analysen, Versorgungsdaten der Krankenkassen und Finanzierungsperspektiven
- Einsatz in der Pflege – Chancen und Herausforderungen für ältere Menschen und pflegerische Strukturen
- Politische Verantwortung – Strategien zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Zugang zu innovativen Technologien

„Die Chancen durch Daten und Digitalisierung in der Diabetesversorgung sind gewaltig – das weiß ich nicht nur als Abgeordnete, sondern auch als Mutter einer Tochter mit Typ-1-Diabetes. Jede vermiedene Komplikation und jedes gewonnene Lebensjahr sind der Beweis, dass Digitalisierung wirkt – und dass wir es in Zukunft noch besser machen können“, sagte Dr. Maria-Lena Weiss (CDU/CSU-Fraktion), Beauftragte für Medizinprodukte im Gesundheitsausschuss.

Das diatec-forum bringt Vertreterinnen und Vertreter aus allen relevanten Bereichen zusammen und schafft Impulse für eine zukunftsfähige, technologiegestützte Diabetesversorgung. Neben Politikern waren führende Persönlichkeiten aus Wissenschaft und Versorgung vertreten, darunter Prof. Dr. Bernhard Kulzer und das Team des dt-reports, Prof. Dr. Susanne Reger-Tan (Herz- und Diabeteszentrum NRW), Dr. Antje Weichard (Vorstandsmitglied DDG und BVND), Dr. Ann-Kathrin Meyer (Asklepios-Klinik Hamburg Wandsbek) sowie Dr. Christian Graf (BARMER).

Maria-Lena Weiß, Mitglied des Gesundheitsausschusses, im Gespräch mit Bernd Kulzer

„Die Nutzung der Diabetes-Technologie im höheren Lebensalter wird rasant ansteigen, sofern die Handhabung einfach und selbsterklärend ist. Dies kann für die Therapiesicherheit im Selbstmanagement und genauso bei Übernahme durch Pflegekräfte und/oder Angehörige ein Meilenstein sein“, betonte Dr. Ann-Kathrin Meyer.

Weitere Informationen:
www.diatec-forum.de

Dr. Mirjam Eiswirth

Fotos: Mike Fuchs

Beim Kongress der Europäischen Diabetes-Gesellschaft (EASD) im Oktober 2025 in Wien wurden spannende neue Forschungsergebnisse vorgestellt – von sehr theoretischer Grundlagenforschung, die noch weit von der breiten Anwendung entfernt ist, bis zu ganz lebenspraktischen Studien rund um Technologie oder psychosoziale Aspekte.

Was bringt die Zukunft?
Eindrücke vom EASD-Kongress 2025

Erste Leitlinie zu Diabetes-Disstress

Diabetes ist nicht nur eine physische Erkrankung, sondern bringt auch psychosoziale Herausforderungen und Belastungen mit sich – und die können zu Diabetes-Disstress führen. Diabetes-Disstress ist keine Depression, sondern eine Reaktion auf die tägliche Belastung durch das Diabetesmanagement und damit verbundene Schwierigkeiten. Bisher wird in den meisten Ländern in der Behandlung sehr stark auf die Glukosewerte und auf weitere gemessene Laborwerte geschaut.

Nun hat die EASD erstmals einen Entwurf für Leitlinien zum Screening und zur Behandlung von Diabetes-Disstress veröffentlicht. Die neuen Empfehlungen sollen Diabetesteams dabei helfen, Menschen mit Diabetes gezielt zu unterstützen und die psychosoziale Versorgung zu verbessern.

Weiterentwicklungen bei Pumpen, Sensoren und AID-Systemen

Pumpen werden kleiner, es gibt immer mehr Mischformen zwischen Patch- und Schlauch-Pumpe, und Firmen versuchen, Sensor und Pumpe in ein Gerät zu bringen.

Auch Sensoren werden weiterentwickelt – es gibt mittlerweile sowohl Sensoren zur kontinuierlichen Ketonmessung als auch Kombi-Produkte: Abbott beispielsweise entwickelt einen Sensor, der gleichzeitig Glukose und Ketone misst. Das kann bei der Vermeidung einer Ketoazidose helfen. Außerdem werden die CGM-Systeme prädiktiver: Accu-Chek hat mittlerweile ein CGM-System im Angebot, das Blutzuckerwerte bis zu zwei Stunden im Voraus vorhersagen kann – mit Warnfunktionen für nächtliche Unterzuckerungen.

GROSSER FOKUS AUF DIABETES UND PSYCHE

Und bei den Algorithmen gibt es Studienergebnisse von einer weiterentwickelten Version des CamAPS-Algorithmus (Ypsopump), bei dem kein Mahlzeitenbolus mehr notwendig ist. Die Nutzerinnen und Nutzer dieser Version des Algorithmus haben vergleichbare Zeiten im Zielbereich und durchschnittliche Glukosewerte wie die, die den aktuell verfügbaren Algorithmus mit Eingabe von Kohlenhydraten nutzen.

Smarte Insuline – näher an der natürlichen Regulation

Nach wie vor kommen wir nicht darum herum, dem Körper das Insulin zuzuführen, das er nicht mehr selbst herstellen kann. Trotzdem kann man darüber nachdenken, ob es unbedingt injiziert werden muss – und wie häufig.

Eröffnung des Kongresses durch Prof. Chantal Mathieu

Auf dem EASD wurde eine neue Studie zu oralem Insulin vorgestellt, also Insulin zum Einnehmen. Erste Tierversuche zeigen, dass es sicher und wirksam sein könnte. Studien mit menschlichen Probanden starten demnächst in Australien. Alternativ wäre es schon angenehm, weniger häufig spritzen zu müssen und ein Insulin zu haben, das auf Glukoseschwankungen reagiert und damit nur dann wirkt, wenn es gebraucht wird.

Dr. Dominic Ehrmann spricht über Schuldgefühle als Trigger für Diabetes-Disstress.

Hier wurde eine neue Form des Depot-Insulins vorgestellt, das genau das kann: Es muss nur einmal täglich injiziert werden und wird nur bei Glukosekontakt aktiviert, was das Unterzuckerungsrisiko verringert.

Beta-Zellen ersetzen – ein Schritt Richtung Heilung

Typ-1-Diabetes entsteht, weil das Immunsystem die insulinproduzierenden Beta-Zellen zerstört. Insofern ist ein Ansatz, Diabetes tatsächlich zu heilen, dem Körper diese Beta-Zellen zurückzugeben – wahlweise durch Regeneration oder durch Transplantation. Allerdings ist gerade bei der Transplantation ein großes Problem, dass das Immunsystem unterdrückt werden muss, was starke Nebenwirkungen hat. Zahlreiche Forschungsprojekte widmen sich der Frage, wie man Transplantation oder Regeneration möglich machen kann, einige davon wurden beim EASD vorgestellt.

SPANNENDE ENTWICKLUNGEN IM BEREICH DER IMMUNTHERAPIE

- **Zimislecel:** In einer Studie brauchten 10 von 12 Teilnehmenden ein Jahr lang keine Insulininjektionen. Die nächste Studienphase mit 50 Personen ist bereits in Planung.
- **AdoShell:** ein französisches Implantat mit Beta-Zellen, das ohne Immunsuppression auskommt. Erste Tests am Menschen sind für 2026 vorgesehen.
- **Allarta:** entwickelt eine „unsichtbare" Zelltherapie, die vom Immunsystem nicht erkannt wird – mit vielversprechenden Tierversuchsergebnissen.
- **Kyoto-Studie:** Japanische Forschende züchten Beta-Zellen im Labor, die sich im Körper wie natürliche Zellen verhalten. Ergebnisse werden 2026 erwartet.

Das sind vielversprechende Ansätze – allerdings wird es noch mehrere Jahre bis Jahrzehnte dauern, bis sie als Therapie zugelassen und für eine größere Anzahl von Menschen verfügbar sein werden.

Prof. Dr. Norbert Hermanns spricht zum Zusammenhang zwischen nächtlichen Glukosewerten und psychischer Gesundheit.

Früherkennung und Schutz der Beta-Zellen

Typ-1-Diabetes zu heilen, ist also bisher noch nicht möglich – aber wie wäre es, wenn wir die Entstehung von Typ-1-Diabetes, also die Zerstörung der Beta-Zellen, verhindern könnten? Auch hier gibt es vielversprechende Ansätze.

- **Frıda-Studie (DE) und ELSA-Studie (UK):** Kinder zwischen 2 und 10 Jahren werden auf Autoantikörper getestet – ein Frühwarnsystem für Typ-1-Diabetes. Sobald der Körper dann beginnt, die Beta-Zellen anzugreifen, kann Teplizumab gegeben werden.
- **Teplizumab:** Dieses Medikament kann die Zerstörung der Beta-Zellen deutlich verlangsamen und damit die Diabetes-Manifestation im Schnitt um zwei Jahre verzögern. 2022 wurde es in den USA von der FDA zugelassen, der Zulassungsprozess in Deutschland läuft noch.

Es tut sich also viel in der Forschung, und das auf allen Ebenen, von Psychologie über Technologie und Insuline bis hin zur Grundlagenforschung in Richtung der Heilung und Prävention von Typ-1-Diabetes.

Dr. Mirjam Eiswirth

Fotos: Miriam Eiswirth

WETID – aus Hobbyprojekt wird Hoffnungsträger

Was als kleine Hilfe im Familienalltag begann, ist heute für viele Menschen mit Diabetes ein fester Bestandteil ihrer täglichen Therapieunterstützung: WETID, die App zur schnellen Berechnung von Kohlenhydraten und Fett-Protein-Einheiten (FPE).

Initiator Heiko Scharfenort entwickelte die App ursprünglich für seinen Sohn, der mit zweieinhalb Jahren an Typ-1-Diabetes erkrankte. „Ich wollte etwas schaffen, das den Alltag erleichtert – für uns, aber auch für andere Familien“, erinnert er sich. Was als privates Nebenprojekt begann, hat sich in den letzten Jahren zu einem beeindruckenden Erfolg entwickelt: Mehr als 40.000 Menschen nutzen die Anwendung regelmäßig. Auch in vielen Diabetespraxen und Schulungen gehört WETID inzwischen zur Standardempfehlung.

Mit dem wachsenden Erfolg kam jedoch auch die Herausforderung: Die technische Infrastruktur eines Hobbyprojekts stieß schnell an ihre Grenzen. Parallel dazu wuchs die Unterstützung aus der Community – von Betroffenen, Selbsthilfegruppen und Fachorganisationen. „Diese Rückmeldungen waren unglaublich. Sie haben gezeigt, welchen echten Mehrwert WETID für viele hat – und sie haben neue Türen geöffnet“, sagt Heiko Scharfenort.

Inzwischen konnte er Partner und Investoren gewinnen, die den nächsten Entwicklungsschritt ermöglichen. Das Ziel: WETID technisch neu aufstellen, langfristig sichern und für eine noch breitere Nutzung fit machen.

PRAKTISCHE HILFE STATT GRAUE THEORIE: WETID LIEFERT SCHNELL VERLÄSSLICHE KH- UND FPE-WERTE FÜR DEN ALLTAG.

„Ich bin wahnsinnig dankbar für den Rückhalt und die Begeisterung“, sagt Heiko Scharfenort. „Alles, was bisher entstanden ist, war ehrenamtlich – mit viel Herzblut und Unterstützung meiner Familie.“ Im Oktober wurde sein Engagement mit dem Thomas-Fuchsberger-Preis von diabetesDE ausgezeichnet – eine Anerkennung, die den Wert ehrenamtlicher Arbeit in der Diabetes-Community unterstreicht.

Für 2026 blickt der Initiator optimistisch nach vorn: WETID soll aus dem Hobbystatus herauswachsen und zu einem professionellen Werkzeug werden, das Betroffenen mehr Sicherheit, Freiheit und Lebensqualität bietet – genau das, wofür die App von Anfang an gedacht war.

App plus Nährstoffbuch: eine Kombi aus Suchmaschine für Kohlenhydrate/ FPE und alltagstauglicher Hilfestellung

Julia Rommelfanger & Heiko Scharfenort

Fotos: aisyah – stockadobe.com (generiert mit KI), WETID

Erfahrungsaustausch „Sport und Insulin“ erfolgreich gestartet

In der *Diabetika*-Ausgabe 5/2025 haben wir euch zur Teilnahme am ersten Erfahrungsaustausch „Sport und Insulin“ eingeladen. Anfang Oktober haben sich acht Sportlerinnen und Sportler erstmalig virtuell über Zoom getroffen. Schon in der Vorstellungsrunde war erkennbar, wie abwechslungsreich diese Gruppe ist. Ausgeübte Sportarten wie E-Biken, Rennradeln, Laufen, Tauchen, Yoga, Zumba und Schwimmen mit unterschiedlichster Intensität treffen auf Insulinbehandlungen mit dem klassischen Pen und der Insulinpumpe mit und ohne AID. Selbstverständlich haben wir uns sofort auf das im Sport übliche „Du“ verständigt; zudem neben der Vertraulichkeit des Austausches darauf, dass wir kein medizinisches Forum, sondern eine Sportlerplattform zum Austausch von guten, aber auch weniger guten Erfahrungen bei der Ausübung von Sport „unter Gleichen“ darstellen wollen. Das schließt eine gelegentliche Teilnahme von Expertinnen und Experten rund um das Thema „Diabetes und Sport“ nicht aus.

Kick-off mit Expertin

Wir haben uns sehr gefreut, dass Doreen Haberkorn, Diabetesberaterin der DDG und AG-Sprecherin NRW des VDBD, diesen Kick-off mit großer Expertise sowie individuellen Ratschlägen begleitet hat. Denn die Erfahrungen und Fragestellungen waren bereits bei diesem Termin äußerst vielschichtig. Ausgetauscht haben wir uns über das „Insulin on Board“; also das aktive Insulin während einer Sporteinheit. Direkt angeschlossen haben sich unterschiedlichste Erfahrungen zur Wirkdauer der letzten Insulindosis in Abhängigkeit von Menge, Injektionsstelle sowie den äußeren Bedingungen wie Wetter und Tageszeit.

Sehr spannend waren auch die Diskussionen über die Erfahrungen bei dem vorliegenden Algorithmus der vertretenen AID-Systeme sowie die Erfahrungen der Insulinreduzierung bei den verschiedenen Sportarten. Der Taucher berichtete beispielhaft über seinen höheren „Startblutzucker“, denn unter Wasser funktioniere weder das CGM-System verlässlich noch sei die Aufnahme von Kohlenhydraten möglich. Der Austausch war sehr lebhaft und sicherlich konnten alle Teilnehmenden aus dieser Runde etwas für sich mitnehmen.

Eine regelmäßige Teilnahme ist wünschenswert, aber natürlich kein „Muss“. Im Rahmen der maximalen Teilnehmerzahl von 20 ist gerade auf Dauer die wechselnde Zusammensetzung unserer Gruppe spannend.

Wir freuen uns über euer Interesse.

Sportliche Grüße und einen erfolgreichen Jahresschlussspurt wünschen euch
Malte & Michael

Michael Wolters

Wie geht es jetzt weiter?

Wir möchten diesen Erfahrungsaustausch vierteljährlich über Zoom fortsetzen. Merkt euch bitte den
Donnerstag, 15. Januar 2026 ab 18:30 Uhr
als Folgetermin vor. Es sind noch Plätze frei.

Bei Interesse einfach eine Mail schreiben an:
michael.wolters@ddh-m.de oder
malte.thoennissen@ddh-m.de

Fotos: picoStudio - stock.adobe.com, Michael Wolters

Norbert Kuster hielt einen spannenden Vortrag zum Thema Krankenhausaufenthalt.

Hartmut Diers informierte zu Sport mit Typ-1-Diabetes.

Großer Andrang: In vielen Vorträgen waren alle Plätze besetzt.

Austausch und Infos aus erster Hand

Rund 850 Besucher informierten sich beim 23. Düsseldorfer Diabetes-Tag am 30. August in der Handwerkskammer Düsseldorf über neueste Forschungsergebnisse und Entwicklungen rund um den Diabetes und hörten spannende Erfahrungsberichte von Betroffenen. Zudem gab es einen Gesundheits-Parcours und viele Gelegenheiten zum Netzwerken.

Auch der DDH-M-Landesverband NRW war wie jedes Jahr mit eigenem Stand vor Ort. Zudem haben unser Vorstandsvorsitzender Norbert Kuster, die Vorstandsmitglieder Hartmut Diers und Susanne Thiemann sowie Beisitzerin Sabine Härter in diesem Jahr beim Vortragsprogramm, das in den drei meist sehr gut gefüllten Sälen der Handwerkskammer Düsseldorf stattfand, aktiv mitgewirkt.

Mit Diabetes ins Krankenhaus

Norbert Kuster erklärte, was Menschen mit Diabetes vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt beachten sollten. Insgesamt wurden 2023 rund 4,3 Millionen Menschen mit Diabetes im Krankenhaus behandelt (25 % aller Menschen mit Krankenhausaufenthalt). Wichtig sei, in der Vorbereitung alle Behandlungsberichte zusammenzutragen, aktuelle Diabeteswerte mitzubringen und Fragen an die Behandelnden aufzuschreiben. „Außerdem immer für drei Tage Medikamente und Insulin sowie genügend Sensoren oder Katheter einpacken“, rät er. Alle rund um den Diabetes relevanten Infos sollten gleich bei der Aufnahme mitgeteilt werden, etwa ein Medikationsplan oder Infos zum CGM-Gerät. „Bei allem, was man nicht versteht, am besten sofort nachfragen.“ Fragen zu stellen, etwa zu einer Diagnose oder einem Behandlungsplan, sei auch während des Krankenhausaufenthalts wichtig. Am Ende des Aufenthalts empfiehlt Norbert Kuster vor allem, neu angesetzte Medikamente mitzunehmen, den Behandlungsbericht mit dem Arzt/der Ärztin zu besprechen und sich die Blutwerte mitgeben zu lassen.

ALLE WERTE UND MEDIKAMENTE MIT IN DIE KLINIK NEHMEN

Stigmatisierung: ja oder nein?

In einem Erfahrungsaustausch zu der Frage: „Fühle ich mich durch den Diabetes stigmatisiert?“ lieferten sich **Susanne Thiemann** und **Sabine Härter** einen spannenden Schlagabtausch mit **Frank Siebenmorgen**, Leiter der Selbsthilfegruppe für Menschen mit Diabetes am DDZ. „Mir ist nie Stigmatisierung begegnet“, so seine Feststellung. Er gehe offen mit seiner Diabetes-Erkrankung um, informiere darüber auf Nachfrage gerne, aber „ich trage den Diabetes nicht of-

Sabine Härter und Susanne Thiemann ...

... im Schlagabtausch mit Frank Siebenmorgen zu Stigmatisierung

Infos und Beratung am Stand des DDH-M Landesverbands NRW

fen mit mir herum". Susanne Thiemann, Vorstandsmitglied im DDH-M LV NRW, hat andere Ansichten: „Die Frage ist, wie schaut die Gesellschaft auf Menschen mit Diabetes? Ein vorherrschendes Bild ist: Sie sind dick und selbst an der Erkrankung schuld." Sie frage sich daher beispielsweise, ob man einen potenziellen neuen Arbeitgeber darüber informiere, bestehe doch eventuell der Verdacht, nicht so belastbar zu sein oder häufig zu fehlen. Viele, sagt Susanne Thiemann, kennen auch nicht den Unterschied zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes und äußern Bemerkungen wie: „Meine Oma hat auch Diabetes." „Mein Anliegen ist, Menschen zum Überlegen zu bringen, denn solche Aussagen können verletzen." Sabine Härter, die eine Diabetes-Selbsthilfegruppe in Aachen leitet, macht ähnliche Erfahrungen. „Ich wurde bei einem Vorstellungsgespräch gefragt, ob ich der Sache gewachsen sei – es handelte sich um einen Büro-Job!" Auch sie ist der Ansicht, die Gesellschaft müsse über Diabetes besser aufgeklärt werden.

Gefährliches Halbwissen in sozialen Medien

Aufklärung bedarf es auch angesichts unzähliger Falschinformationen und Halbwahrheiten, die auf sozialen Netzwerken verbreitet werden, meist von Menschen ohne medizinische Ausbildung, sagt **Maximilian Huttasch**, Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter am DDZ. In seinem Vortrag zeigte er einige dieser Posts und Videos, etwa zu „wundersamen Leberreinigungen" oder Heilung von Typ-1-Diabetes durch die „richtige" Ernährung. Solche Inhalte, sagte er, würden zu wenig hinterfragt und Falschinformationen häufig nicht erkannt. „Dass jeder alles hochladen kann, ist ein großer Vorteil, aber gleichzeitig ein riesiger Nachteil, weil es keine Kontrolle und oft keine Konsequenzen gibt." Das sei insbesondere bei Gesundheitsinformationen gefährlich. Er selbst versucht, über sein Instagram-Profil über Gesundheits-Mythen und Falschinformation in sozialen Medien aufzuklären.

Bewegung stärkt die Psyche

Um Diabetes und körperliche sowie mentale Leistungsfähigkeit drehte sich der Vortrag von **Melina Janes**. Janes, die seit rund 30 Jahren an Typ-1-Diabetes erkrankt ist und seit 23 Jahren Pumpenträgerin ist, sagt, dass Bewegung zu mentaler Stärke verhelfe, was sich wiederum positiv auf das Diabetes-Management auswirke. Diabetes, so ihre Erfahrung, sei „ein 24-Stunden-Job. Blutzucker ist permanent im Wandel – das erfordert kontinuierliche Überwachung – ohne Pause, ohne Urlaub." Missmanagement könne sich negativ auf die Psyche auswirken, etwa in Form von Depression, Angststörungen, sozialer Isolation oder Burn-out. Bewegung könne sowohl Stress abbauen als auch die Stimmung verbessern, etwa durch die Anregung der Serotonin- und Dopaminproduktion im Körper. Zudem werde soziale Interaktion gefördert und das Selbstwertgefühl gestärkt. Ihre Erfahrung: „Bewegung ist kein Kraft-Nehmer, sondern ein Kraft-Geber."

BEIM SPORT DEN BLUTZUCKER IM BLICK BEHALTEN

Auch **Hartmut Diers**, 2. Stellvertretender Vorsitzender des DDH-M LV NRW und seit 40 Jahren an Typ-1-Diabetes erkrankt, versucht, Bewegung in seinen Alltag einzubauen. Von 2012 bis 2018 nahm er an einem Laufprogramm mit Begleitung durch ein Experten-Team der Sporthochschule Köln teil. „Als Lauf-Neuling fing ich ganz langsam an – 100 Meter laufen – 100 Meter gehen, dann Treppenläufe. Meine Herausforderung: Wie komme ich beim Sport mit meinem Blutzucker klar?" Genau wie das ausdauernde Laufen hat Hartmut Diers auch das Anpassen seiner Pumpe und das Zuführen schneller Glukose, meist in Form von Flüssig-Traubenzucker, gelernt. Heute walkt er zweimal in der Woche und spielt jedes Jahr mit beim Tischtennisturnier „DiaCup", mit seinem AID-System im Sport-Modus. „Bei den kurzen, aber intensiven Einheiten an der Platte muss ich darauf achten, dass der Blutzucker nicht zu sehr abfällt."

Julia Rommelfanger

Fotos: Jonas Härter, Beate Lyrmann

Neugründung

Adipositas Bündnis NRW e. V. – für bessere Versorgung

Im September 2025 gründeten der DDH-M LV NRW e. V. und das Bündnis Adipositas NRW den neuen Verein, der die Interessen beider Partner bündelt.

Adipositas ist und bleibt eine wachsende Herausforderung. Allein in Nordrhein-Westfalen blicken wir auf knapp 8 Millionen (53,4 %) Erwachsene mit Übergewicht und einen immer weiter steigenden Anteil übergewichtiger Kinder. Von Adipositas spricht man, wenn der Body-Mass-Index (BMI) größer ist als 30.

Der BMI berechnet sich wie folgt:

$$\frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Größe (m) x Größe (m)}}$$

Schon vor mehr als 20 Jahren wurde Adipositas von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Krankheit eingestuft. Adipositas ist nicht nur ein optisches Problem, mit dem die betroffenen Menschen kämpfen, sondern führt auch zu reduzierter Bewegungsfähigkeit. Besonders belastend ist, dass Adipositas die Entstehung zusätzlicher Erkrankungen begünstigen kann.

PARTNER MIT GLEICHEN ZIELEN

Mit Adipositas steigt das Diabetes-Risiko

Zu diesen gesundheitlichen Gefahren gehört, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, weil die Bauchspeicheldrüse nicht mehr genügend Insulin für die vergrößerte Körpermasse produzieren kann. Andererseits kann Diabetes auch zu Gewichtszunahme führen. Aufgrund dieser Wechselbeziehung verfolgen der DDH-M LV NRW e. V. und das Bündnis Adipositas NRW gleiche Ziele. In einem ersten Gespräch von Norbert Kuster und Hansgünter Bischoff mit Christel Moll vom Adipositas Bündnis NRW wurde eine lockere Kooperation geschlossen. Hierzu gehörte z. B. auch ein eigener Stand des Adipositas Bündnisses NRW bei unserer Messe DIABETIKA. Dem Adipositas Bündnis NRW fehlten aber noch die Eigenschaften der Rechtsfähigkeit und der Gemeinnützigkeit, um Interessen effektiver durchsetzen zu können. Deshalb sollte das Adipositas Bündnis NRW als eingetragener Verein gegründet werden.

Christel Moll ist Erste Vorsitzende

Am 3. September 2025 war es so weit: Im Rahmen einer Gründungssitzung wurde einstimmig eine Vereinssatzung für das Adipositas Bündnis NRW e. V. beschlossen, die im Wesentlichen die Ziele des Vereins sowie die Gemeinnützigkeit festschreibt. Christel Moll wurde zur Ersten Vorsitzenden gewählt. Sie war viele Jahre lang der nachhaltige Motor, der dieses Ergebnis erst möglich machte.

Die wesentlichen Ziele des Adipositas Bündnisses NRW e. V.:

- Verbesserung der Versorgungslage durch eine einheitliche Finanzierung, Interdisziplinarität und Nachhaltigkeit bei der Behandlung von Adipositas
- Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit über
  - die Krankheit Adipositas
  - Ursachen und Auswirkungen
  - evidenzbasierte Prävention und Therapiemöglichkeiten für alle Betroffenen
- Vermeidung der Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas

Zu den Gründungsmitgliedern gehört auch Hansgünter Bischoff, der den DDH-M LV NRW e. V. vertrat. Vorbehaltlich der noch ausstehenden Beschlussfassung des Landesvorstandes wird auch unser Landesverband Mitglied des Adipositas Bündnisses NRW e. V.

Wir wünschen dem Adipositas Bündnis NRW e. V. viel Erfolg und freuen uns auf eine weitere gute Zusammenarbeit. Ich bin überzeugt, dass wir in Zukunft gemeinsam viele Projekte durchführen können, die sowohl für Menschen mit Adipositas als auch für Menschen mit Diabetes hilfreich sind. Gegenwärtig planen wir z. B. gemeinsam die Messe ADIBETIKA, die im Herbst 2026 stattfindet. Schon an der neuen Wortfindung für die Messe wird deutlich, dass wir auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

Fotos: Jonas Härter

Hansgünter Bischoff

Podiumsdiskussion beim Apothekertag

Besonders sprach mich die Abgabemöglichkeit von Medikamenten durch den Apotheker ohne Verordnung an. Dies soll über die elektronische Patientenakte (ePA) kontrolliert und dokumentiert werden. Dr. Sybille Steiner lehnte dies als Ärztevertreterin strikt ab, da ohne Diagnostik eine Medikamentenabgabe nicht sicher für den Patienten sei. Zudem seien Finanzierung und Haftung nicht geklärt. Thomas Preis stellte klar, dass diese Abgabe nur in Kleinstmengen erfolge und nur bei Medikamenten, die laut ePA fortlaufend verordnet wurden. Dr. Steiner erklärte, dies sei unnötig, da Dauermedikation, z. B. Insulin, auch per Jahresverordnung verschrieben werden könne und der Zugang von Patienten zu diesem Medikament gesichert wäre.

Zur Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) wurde ich als Patientenvertreterin eingeladen. Unter der Moderation von **Alexander Müller** (Chefredakteur Pharmazeutische Zeitung) diskutierten **Thomas Preis** (Vorsitzender ABDA und Apothekerverband Nordrhein), **Dr. Sybille Steiner** (Vorstandsmitglied Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)), **Dirk Ruiss** (Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Verband der Ersatzkassen (vdek)) und **Marco Schmitz** (MdL NRW, Sprecher der CDU-Fraktion für den Ausschuss „Arbeit, Gesundheit und Soziales“) über das ABDA-Positionspapier „In eine gesunde Zukunft mit der Apotheke“.

Pharmazeutische Dienstleistungen (PDL)

Laut Dirk Ruiss wurde eine halbe Milliarde Euro von den Apotheken noch nicht abgerufen, trotz der Verdopplung der Inanspruchnahme durch die Bürger. Eine Apothekerin merkte an, eine PDL beanspruche viel Zeit für Dokumentation. Der Wunsch der Apotheker an Politik und Krankenkasse ist eine Vereinfachung der Abrechnung von PDL und interprofessionelle Zusammenarbeit für mehr Sicherheit beim Patienten.

Trotz Herausforderungen: Am Schluss der Veranstaltung konnten alle lächeln.

Ein großer Punkt war die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung mithilfe von Apotheken. Der Ansprechpartner in der Apotheke ist auch zur Patientensteuerung wichtig, damit Ärzte und Notfallambulanzen nur von Patienten in Anspruch genommen werden, deren Erkrankungen dies erfordern. Die Einschätzung von unkomplizierten Erkrankungen sollte nur durch Ärzte erfolgen, so Dr. Steiner. Eher sollte die Nummer 116117 zur Koordination gewählt werden. Statt für „Apotheken zuerst“ plädiert sie für digitale Telemedizin oder ambulante Versorgungen. In vielen europäischen Ländern wird bereits die „Apotheken zuerst“-Lösung gefahren, ohne verstärkt negative Auswirkungen bei Patienten.

Die Kontrolle von Medikationen von Patienten durch die Apotheken, wie in ARMIN praktiziert, zeigt hohe Erfolge. Daher sollte die Politik den Mut haben, diese auch zu reglementieren, so Marco Schmitz. Dieses gemeinsame Medikationsmanagement basierend auf interprofessioneller Zusammenarbeit befürwortet auch Dr. Steiner. Auf Wunsch von Dirk Ruiss, Dr. Steiner und Thomas Preis soll ein gemeinsames Positionspapier aller drei Professionen für die Politik erarbeitet werden.

Schlussfazit aus Sicht der Patienten

Am Ende war mein Gefühl: Jeder kämpft für seine Pfründe, und dies nicht immer zum Wohl des Patienten, was sich alle auf die Fahnen schreiben. Es bleibt die Hoffnung, dass alle Beteiligten aus Apotheker-, Ärzteschaft, Politik und Krankenkassen miteinander sprechen und Wege finden, das Wohl des Patienten zu verbessern. Das aktuelle Gesundheitssystem ist nicht mehr jahrzehntelang zu halten; es müssen neue Wege gedacht werden, unter Beteiligung aller und in der Hoffnung, dass auch die Patienten (mehr) gehört werden.

Hier finden Sie die gesamte Podiumsdiskussion:

Positionspapier der ABDA

Sabine Härter

Fotos: Jonas Härter

Weihnachtliche Wildküche

Hirsch, Damwild, Rehwild und Wildschwein gehören in die Spezialitätenküche und werden bevorzugt an besonderen Festtagen zubereitet. Beliebt ist auch das Fleisch von Wildkaninchen, Hase und Fasan.

Damit Wildfleisch eine mürbe Struktur erhält, muss es eine bestimmte Zeit unter kühlen Bedingungen zum Reifen abhängen. Dadurch wird es bei der Zubereitung zart und saftig.

Arteigener Geschmack

Im Gegensatz zu Rind-, Schweine- und Kalbfleisch zeichnet sich Wild durch einen typischen Geschmack aus. Auch wird es herzhafter abgeschmeckt. Zu den typischen Wildgewürzen gehören Gewürznelken, Lorbeerblätter, Rosmarin, Pimentkörner, schwarze Pfefferkörner und Wacholderbeeren. Wacholderbeeren sollten zuvor im Mörser leicht zerdrückt werden, damit ihr Aroma besser zur Geltung kommt. Wildgewürz gibt es fertig gemischt und verpackt zu kaufen.

Häufig wird Wildfleisch vor der Zubereitung in der Küche in einer Buttermilch- oder Essigbeize eingelegt, um den typischen Wildgeschmack abzumildern. Gewürze sollten mit eingelegt werden. Für den Schmorvorgang werden sie abgeschöpft und zusammen mit dem Wurzelgemüse in den Fleischbräter gegeben. Kaninchenfleisch wird u. a. mit einer Senfsoße zubereitet.

Wildfleisch ist fettarm

Deswegen werden Soßen bei der Fertigstellung mit Sahne oder Schmand verfeinert. Oft wird ein Fasan mit Speck umwickelt, damit sein Fleisch saftig bleibt. Auf Wunsch stellt ein Metzger aus Wildfleisch Bratwurst her. Bei der Verarbeitung wird Speck beigemengt. In Feinkostläden und an Wursttheken werden in der kühlen Jahreszeit sehr häufig Wildpasteten in verschiedenen Geschmacksrichtungen angeboten. Hierbei sind die verschiedenen Zutaten zu beachten.

Gemüse darf nicht fehlen

In den Wintermonaten bieten sich für Wildgerichte vor allem Porree, Rosenkohl, Rotkohl, Sauerkraut und Wirsing an. Entsprechend geeignete Zartgemüse sind grüne Bohnen, Blumenkohl, Brokkoli, Möhren und Pastinaken. Fasan wird gerne mit Sauerkraut zubereitet. Dieses kann mit Äpfeln oder Ananas geschmacklich variiert werden. Chicorée und der typische Geschmack von Feld- und Endiviensalat harmonieren ebenfalls sehr gut mit Wildgerichten.

WILDGEWÜRZ GIBT ES FERTIG GEMISCHT ZU KAUFEN.

Zu beliebten Stärkebeilagen für Wildgerichte zählen Kartoffeln, Kartoffelpüree, Kartoffelkroketten, Semmelknödel, Serviettenknödel und Spätzle. Pappardelle sind breite Bandnudeln mit einer etwas rauen Oberfläche; diese können Soßen sehr gut aufnehmen.

Süße Beilagen zu Wildgerichten

Preiselbeerkompott, gedünstete Birnen oder Äpfel werden häufig zu gebratenem Wildfleisch serviert. Zu Wildschwein eignen sich außerdem Pflaumen. Zu beachten: Backpflaumen enthalten sehr viele Kohlenhydrate.

Verwöhnen Sie sich über die Feiertage mit einem besonderen Essen.

Huberta Eder

Fotos: Der Stadtfotograf MARIMA - stock.adobe.com, Yvonne Weis - stock.adobe.com

Hirschragout in Preiselbeersoße

Zutaten für 4 Portionen:

- 600 g Hirschgulasch
- 50 g Knollensellerie
- 50 g Möhren
- 50 g Zwiebeln
- 30 g Butterschmalz oder Rapsöl

1 Dosis Wildgewürz: 2 Gewürznelken, 2 Lorbeerblätter, 1 kleines Rosmarinsträußchen, 2 Pimentkörner, 3 schwarze Pfefferkörner, 5 Wacholderbeeren

- 20 g Weizenmehl, Type 405
- 40 g Preiselbeeren, gesüßt, Glaskonserve
- 50 g Schmand

Fotos: Toko - stock.adobe.com (generiert mit KI), ExQuisine - stock.adobe.com

Zubereitung:
Wurzelgemüse in kleine Würfel schneiden und im Butterschmalz leicht anrösten. Hirschgulasch hinzufügen und anbraten. Gewürze hinzufügen. Wenig heißes Wasser angießen und das Fleisch bei geschlossenem Deckel schmoren. Ist das Wasser verdunstet, den Vorgang zweimal wiederholen.

Zum Schluss erneut heißes Wasser hinzufügen. Die Soße mit in etwas kaltem Wasser angerührtem Mehl binden. Zum Schluss mit Preiselbeeren und Schmand verfeinern.

Tipp:
Wacholderbeeren vorab im Mörser leicht zerstoßen. Das setzt mehr Aroma frei.

Nährwerte für 1 Portion: 310/1.310 kcal/kJ | 32 g Eiweiß | 15 g Fett | 11 g Kohlenhydrate | 0,8/0,9 BE/KE | 2 g Ballaststoffe | 200 mg Cholesterin | 0,3 g Kochsalz | 40 mg Kalzium

Bunte-Bete-Salat

Zutaten für 1 Portion:

- 100 g Bunte Bete (oder Rote Bete)

Weißweinessig

- 3 g Zitronensaft
- 3 g Rapsöl

Weißer Pfeffer, gemahlen
Wenig Ingwer, gemahlen

Zubereitung:
Bunte Bete in Scheiben schneiden und in wenig Essigwasser al dente kochen. Mit kaltem Wasser abbrausen.
Aus Zitronensaft und Rapsöl eine Salatsoße zubereiten. Mit Gewürzen abschmecken. Salat abgedeckt im Kühlschrank durchziehen lassen.

Tipp:
Wer möchte, kann den Salat mit Roter Bete als Rohkost zubereiten. Äpfel und gehackte Walnüsse runden den Geschmack ab.

Nährwerte für 1 Portion: 75/315 kcal/kJ | 2 g Eiweiß | 3 g Fett | 9 g Kohlenhydrate | 0/0 BE/KE | 3 g Ballaststoffe | 0 mg Cholesterin | 0,1 g Kochsalz | 30 mg Kalzium

Hier herausstrennen

Hier heraustrennen

PUNKTUM

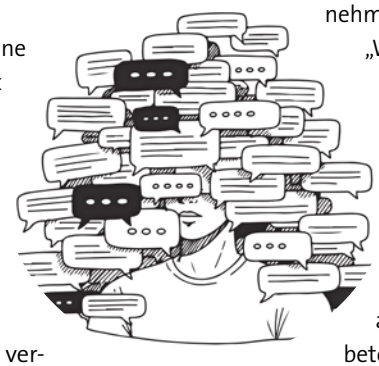
BEI BERATUNGS-OVERKILL NICHT GLEICH ROTIEREN!

Prioritäten setzen und das Ziel im Auge behalten, auch wenn's mal wieder rund geht

Rat-Schlag

6.30 Uhr. Aus dem Radio flötet es fröhlich und viel zu gut gelaunt „... als die ideale Kombi für eine gesundheitsbewusste Ernährung und ist natürlich bei allen chronischen Krankheiten ein Muss, bei Diabetes, Herz-Kreislauf, Übergewicht ...".

Auf in den Tag. Meine Kollegin schwärmt von einer App, die auch was für mich wäre, wo ich doch Diabetes habe ... Ich verdrehe die Augen.



Das Mittagessen verschiebt sich ... Verflixt, ich greife beherzt in eine herrenlose Tüte Gummibärchen und höre hinter mir: „Das ist aber ungesund, das wissen Sie schon, gelle?"

Auf dem Weg zur Arztpraxis treffe ich eine Bekannte in der Stadt. „Hast du gehört, das wird der Durchbruch bei Diabetes, sie sind sooo kurz davor. Du bist praktisch schon geheilt, ist das nicht toll?"

Gerade noch schaffe ich es zu meinem Termin. In meinem Kopf schlagen die ganzen gut gemeinten Ratschläge Rad und ich kann kaum noch aufnehmen, was mein Arzt sagt: „Wissen Sie, wenn Sie Ihren Sport ... Essen ... einrichten können ... davon profitieren ..."

Nein wirklich, manchmal denke ich, dieses Land hat auch 80 Millionen Diabetologen.

Aber morgen wird mein Tag, morgen schlage ich zurück und jeder, der mir über den Weg läuft, bekommt einen guten Rat von mir. Und ich pfeife drauf, ob er hilfreich ist!

Meine Meinung
Beate Lyrmann

Fotos: John Smith / valdis torms – fotolia, Re:Creators - stock.adobe.com, stylefoto24 - stock.adobe.com

TIPPS + NEWS

Seminar
Achtsam ins neue Jahr

Für alle, die ihre Neujahrsvorsätze gleich in die Tat umsetzen wollen, beginnt am Mittwoch, 7. Januar 2026, eine neue Seminarreihe von Mirjam Eiswirth mit dem Titel „Achtsam ins neue Jahr mit Diabetes" – jeweils von 19.00–20.30 Uhr. Anmeldung unter:

- 07.01. – Dankbarkeit
- 14.01. – Ganz im Moment sein
- 21.01. – Beziehungen
- 28.01. – Resilienz
- 04.02. – Freundlichkeit und Güte
- 11.02. – Achtsam durch den Alltag

Im Februar startet dann „Achtsam durch die Fastenzeit mit Diabetes". Das Online-Seminar beginnt am Mittwoch, 25. Februar 2026, und findet jeweils von 19.00–20.30 Uhr statt. Anmeldung unter:

- 25.02. – Dankbarkeit
- 04.03. – Ganz im Moment sein
- 18.03. – Beziehungen
- 25.03. – Resilienz
- 01.04. – Freundlichkeit und Güte
- 08.04. – Achtsam durch den Alltag

Interessensbekundung für ein Präsenz-Wochenende 2026 (das erste Wochenende fand im Oktober 2025 in Bonn statt).

Alle Infos und Anmeldung auch unter **https://co-clarity.de/**

(Externes Kursangebot - es entstehen Kursgebühren.)

jro

DEUTSCHE DIABETES-HILFE
Menschen mit Diabetes