

Übergewicht und Adipositas

Ein komplexes Phänomen in der Praxis

In den vergangenen 20 Jahren nahm die Anzahl übergewichtiger und adipöser Menschen in der Schweiz zu: 31.6% der 15- bis 75-Jährigen sind übergewichtig (Body-Mass-Index BMI von mehr als 25) und 10.6% sind adipös (BMI grösser als 30) (1). Von der Zunahme sind Menschen mit tieferem sozioökonomischen Status mehr betroffen als diejenigen mit höherem (2).

Prävention

Zu hohes Körpergewicht sollte schon alleine deswegen vermieden werden, weil das Risiko an Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Gelenkprobleme zu erkranken zunimmt. Die direkten und indirekten Kosten für diese Folgekrankheiten durch Übergewicht und Adipositas werden auf 5.7 Mrd. SFr. geschätzt (3). Aber auch das Leid und die soziale Ausgrenzung der übergewichtigen bzw. adipösen Person sind Grund genug, sich für ein gesundes Körpergewicht einzusetzen. Diese Arbeit in der Praxis wird durch nationale und kantonale Aktivitäten wie die Schweizerische Ernährungsstrategie und das kantonale Programm „Gesundes Körpergewicht“ unterstützt (4–6). Eine zu starke Zunahme des Körpergewichts zu verhindern, ist erwiesenermassen die bessere und vor allem die leichtere Variante. Das Risiko, dass ein übergewichtiges Kind auch im Erwachsenenalter übergewichtig bleibt, ist relativ gross (7, 8). Eine Reduktion von Körpergewicht ist nur mit grosser Willensanstrengung und sturer Hartnäckigkeit auf Dauer möglich – und wie eine Evaluation von Abnehmprogrammen von Kindern und Jugendlichen signalisiert auch wohl nur dann möglich, wenn die individuellen psychischen und sozialen Aspekte prioritär einbezogen werden (9).

Rolle der Ernährungsberatung

Nicht selten sieht sich die Ernährungsberaterin mit dem Wunsch des Patienten, möglichst schnell, möglichst viel Gewicht zu verlieren, konfrontiert. Oft haben die Patienten eine wahre Odyssee von Diäten und Kuren hinter sich.

Ernährung bei Übergewicht stellt eine grosse Herausforderung dar – leben wir doch in einer übergewichtsförderlichen Umwelt: Ein unerschöpfliches, ständig zur Verfügung stehendes Nahrungs- und Getränkeangebot gepaart mit vielen technischen Errungenschaften, welche uns den Alltag vereinfachen und somit körperliche Aktivität verhindern. Zudem gibt es viele weitere Faktoren, wie Schlafdauer, psychosozialer Stress, hormonelle Regulationsmechanismen, welche die Körpergewichtskontrolle beeinflussen. Diese vielschichtigen und individuell sehr unterschiedlichen Einflussfaktoren auf das Körpergewicht erfordern ein schrittweises Vorgehen unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren in der Ernährungsberatung – ein Muss.



Beatrice Conrad Frey
Roggwil



Dr. oec troph. Annette Matzke
Thun

Die wichtigsten Erfolgsfaktoren der konservativen Therapie von Übergewicht

Die Entstehung von Übergewicht ist multifaktoriell und von der Wissenschaft ein nach wie vor nicht bis ins letzte Detail verstandenes Problem (10–13). Somit bewegen sich Therapeut und Patient bei der Übergewichtstherapie auf zum Teil unsicheren Pfaden.

Als ein Erfolgsfaktor gilt, dass die Ernährung zur Gewichtsabnahme individuell abgestimmt und langfristig durchführbar sein muss. Die persönlichen Ressourcen des Patienten müssen einbezogen werden.

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist eine dauerhafte Änderung des Lebensstils. Daher überdenkt die Ernährungsberaterin mit dem Patienten dessen Ernährungsweise, Bewegungsverhalten und Schlafgewohnheiten. Es spielt nämlich keine Rolle, ob die Ernährung Fett- oder Kohlenhydratreduziert ist – langfristig zählt nur: Wer eine Ernährungsform nicht lebenslanglich einhalten kann, wird nicht lebenslanglich davon profitieren. Diese Aussage bedeutet das Todesurteil aller kurzfristig angelegten Diäten sowie jeder extremen Einschränkung der Nahrungsenergie. Deshalb muss in der Beratung häufig vorerst das ambitionierte Gewichtsreduktionsziel des Klienten angepasst werden und eine bedürfnisgerechte Ernährungsweise erarbeitet werden.

Die Ernährung des Übergewichtigen orientiert sich an der Lebensmittelpyramide und dem Tellermodell der SGE (www.sge-ssn.ch). Das Einhalten dieser Empfehlungen ist in den meisten Fällen völlig ausreichend, um eine langsame Gewichtsreduktion zu erzielen.

Da für die Erhaltung der Muskelmasse, die Verbesserung der Insulinresistenz und die langfristige Gewichtskontrolle körperliche Aktivität eine zentrale Rolle spielt, ist es unabdingbar in der Ernährungsberatung, das Thema Bewegung aufzugreifen (14–16). Dabei ist es zentral, individuelle, patientengerechte Massnahmen zu erarbeiten, welche langfristig umsetzbar sind.

Faktoren, die besonders zu beachten sind:

Regelmässigkeit

Offensichtlich reagiert unser Metabolismus auf unregelmässige Essensweise – unregelmässiges Essen führt oft zu unkontrolliertem „Nachholbedürfnis“, welches zu einer Überkompensation der „eingesparten“ Mahlzeit führt.

Proteine

Eine genügende Zufuhr an Proteinen wurde in zahlreichen Studien untersucht und scheint ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Gewichtskontrolle zu sein. Dies ist nicht erstaunlich, da proteinhaltige Lebensmittel einen sehr guten Sättigungseffekt haben und die postprandiale Thermogenese anregen (17). Zudem minimiert eine genügende Proteinzufuhr den Verlust der Muskelmasse, ein essentieller Faktor, um das Risiko einer fortschreitenden Sarkopenie (vor allem bei älteren Übergewichtigen) zu reduzieren.

Nahrungsfasern

Wer mit seiner Diät nicht satt wird, wird diese nicht lange durchhalten können. Daher kommen den unverdaulichen Pflanzenfasern aus Vollkornprodukten, Hülsenfrüchten, Salat, Gemüse und Obst eine bedeutende Rolle zu: Sie füllen Magen und Darm und führen zu Sättigung, ohne viel Energie zu liefern (18;19).

Energiedichte

Im den letzten Jahren haben sich diverse Untersuchungen mit dem Thema Energiedichte befasst. Diese Untersuchungen zeigen, dass eine niedrige Energiedichte in der Ernährung grundsätzlich einen günstigen Einfluss auf die Körpergewichtskontrolle hat (18,19). Um eine niedrige Energiedichte in einer Mahlzeit zu erreichen, sollen Nahrungsmittel mit einem hohen Flüssigkeits- und Nahrungsfaseranteil sowie einem niedrigen Fett- und Zuckeranteil bevorzugt werden. Zum Beispiel: Suppen und Salate als Vorspeise, Milchprodukte wie Joghurt, Hüttenkäse und Quark als Ergänzung der Mahlzeit.

Kohlenhydratmenge

Gemäss dem 6. Schweizerischen Ernährungsbericht stammen ca. 45% der Energiezufuhr des Durchschnittsschweizers aus Kohlenhydraten (20). Ein Grossteil der Kohlenhydrate wird über Süssgetränke, Fruchtsäfte und gezuckerte Fertigprodukte aufgenommen – schnell konsumierte Lebensmittel mit relativ hohem Energiegehalt und eher geringerem Sättigungseffekt. Da die Sättigung jedoch ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Einhalten einer Ernährungsweise ist, ist das Einsparen von Zucker bzw. zuckerhaltigen Lebensmitteln vielversprechender als der Verzicht auf Brot, Teigwaren oder Kartoffeln. Ausserdem reagieren Menschen mit Übergewicht und metabolischem Syndrom auf eine Kohlenhydratzufuhr mit einer überschüssigen Insulinsekretion, welche zu einem kurzfristigen Blutzuckerabfall und anschliessendem Heisshunger führen kann. Deshalb scheint es für Übergewichtige sinnvoll, zwischen

den Mahlzeiten keine kohlenhydrathaltigen Lebensmittel zu essen (also auch keine Früchte, Säfte, gesüsste Getränke etc.).

Fette

Auch Übergewichtige benötigen essentielle Fettsäuren. Um diesen Bedarf zu decken, eignen sich am besten pflanzliche Öle. Damit die Energiebilanz zur Gewichtsreduktion stimmt, sollten Lebensmittel mit zugesetzten Fetten vermieden werden (Gebäck, Fertigmahlzeiten etc.). Nüsse liefern ebenfalls hochwertige Fettsäuren, sättigen gut und beeinflussen den Insulinspiegel nur marginal. Daher eignen sich Nüsse sehr gut zum Stillen des Hungers zwischendurch. Untersuchungen zeigen, dass sich ein Nusskonsum kaum auf das Körpergewicht auswirkt (21).

Süssgetränke

Süssgetränke können schon bei kleinen Mengen das Körpergewicht beeinflussen (22,23). Dies ist nicht weiter erstaunlich, da Süssgetränke zu einer sehr raschen Insulinantwort führen. Zudem weisen Süssgetränke einen sehr kleinen Sättigungswert auf. Da Süssgetränke hyperosmolar sind, löschen sie den Durst nur ungenügend, was zu einem vermehrten Konsum führt.

Als Alternative eignen sich Wasser, ungesüsster Tee und künstlich gesüsste Getränke. Aufgrund des hohen Fruchtzuckergehaltes sind Fruchtsäfte im Zusammenhang mit der Körpergewichtskontrolle ebenso ungeeignet wie Süssgetränke.

Abnehmen um jeden Preis in jedem Alter?

Da ausserordentlich viele Faktoren die Körpergewichtskontrolle beeinflussen, ist eine zufriedenstellende Gewichtsreduktion oft nicht möglich. Deshalb sollten realistische, für das Individuum erreichbare Ziele gesetzt werden. Oft dient die Ernährungsberatung auch dazu, dem Patienten Übergewicht zu erklären und die Grenzen der Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen. Vor allem gilt es aber, den Patienten von allzu restriktiven Massnahmen abzuraten und auf dem langfristigen Weg zu gezieltem Gewichtsmanagement zu begleiten.

Gewichtsabnahme scheint auch nicht in jedem Lebensalter von Vorteil zu sein. Um eine Sarkopenie zu vermeiden, ist eine Gewichtsreduktion nach dem 65sten Altersjahr äusserst vorsichtig anzugehen – der Energiebedarf sinkt, der Proteinbedarf steigt, die körperliche Aktivität nimmt ab. In dieser Lebensphase kann zurückhaltendes Essen schnell zu einem ungewollten Muskelverlust führen. Einige Studien zeigen, dass ein leicht erhöhter BMI im Alter sogar einen günstigen Einfluss auf Morbidität und Mortalität hat. Deshalb gilt die Empfehlung, ab 65 Übergewicht nur dann zu behandeln, wenn der BMI über 30 ist und schwerwiegende Komorbiditäten bestehen (24–26).

Nützliche Literatur und Links

- Im Gleichgewicht. Ein Ratgeber zum gesunden Abnehmen der Schweiz. Gesellschaft für Ernährung SGE, 2014
- Ausgewogen essen und trinken. Zahlreiche Informationen der Schweiz. Gesellschaft für Ernährung auf www.sge-ssn.ch
- Schweizer Adipositas-Stiftung www.saps.ch
- AES Arbeitsgemeinschaft Essstörungen, www.aes.ch
- Kompetenzzentrum Essstörungen und Adipositas www.essstoerungen-adipositas.ch
- Adipositas im Kinder- und Jugendalter www.akj.ch

- Klemon – Tipps und Tricks und ein Beratungsangebot für die Mütter-Väter-Beratung zur Prävention von Übergewicht www.klemon.ch
- Kompetenznetz Adipositas <http://www.kompetenznetz-adipositas.de/menue/kompetenznetz.html>
- European Association for Studies of Obesity EASO www.easo.org
- PAPRICA – Promotion de l'activité physique au cabinet médical – ein Projekt zur Bewegungsförderung über die Arztpraxis <http://www.paprica.ch/>; analog von Kindern: PAPRICA Petite Enfance

Beatrice Conrad Frey

Dipl. Ernährungsberaterin FH
Käsereistrasse 14, 4914 Roggwil
beatrice.conrad@bluewin.ch

Dr. oec. troph. Annette Matzke

Mattenstrasse 18 F, 3600 Thun
a.matzke@hispeed.ch

+ **Interessenkonflikt:** Die Autorinnen haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Realistische Gewichtsreduktionsziele setzen
- ◆ Individuelle, langfristig durchführbare Massnahmen planen
- ◆ Regelmässiges Essen ist von Vorteil für das Gewichtsmanagement
- ◆ Die Proteinversorgung und die Energiedichte spielen eine zentrale Rolle beim Gewichtsmanagement
- ◆ Ohne Bewegung ist langfristiger Erfolg fast unmöglich

Literatur:

1. Eichholzer M, Richard A, Stoffel-Kurt N, et al. Lebensstil, Körpergewicht und andere Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten mit Schwerpunkt Ernährung. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2013.
2. Faeh D, Braun J, Bopp M. Prevalence of obesity in Switzerland 1992–2007: the impact of education, income and occupational class. *Obesity Reviews* 2011;12:151-66.
3. Schneider H, Venetz W, C Gallani Berardo. Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007. Prepared for the Bundesamt für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2009. http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05218/05232/index.html?lang=de. Letzter Zugriff: 24. Juni 2015.
4. Gesundheitsförderung Schweiz. Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/ernaehrung-und-bewegung-bei-kindern-und-jugendlichen/kantonale-aktionsprogramme.html>. Letzter Zugriff: 16. Juni 2015.
5. Schopper D. Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen - Was haben wir seit 2005 dazugelernt? Bern, Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, 2010. http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueberuns/5-downloads/Alt_GEK/2010-07_Gesundes_Koerpergewicht_bei_Kindern_und_Jugendlichen_-_Was_haben_wir_seit_2005_dazugelernt.pdf. Letzter Zugriff: 13. August 2015.
6. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen. Schweizerische Ernährungsstrategie. <http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05055/index.html?lang=de>. Letzter Zugriff: 16. Juni 2015.
7. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parenteral obesity. *New Engl J Med* 1997;337(13):869-73.
8. Simmonds M, Burch J, Llewellyn A, et al. The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Health Technology Assessment* 2015;19(43):DOI: <http://dx.doi.org/10.3310/hta19430>. <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/volume-19/issue-43#abstract>. Letzter Zugriff: 6. September 2015.
9. Evaluation von Programmen für adipöse Kinder und Jugendliche, <http://www.fhfulda.de/index.php?id=1684&L=1>. Publikationen: Blättner B, Grewe A, Kohlenberg-Müller K. Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Neue Strategien sind erforderlich. *Prävention* 2006; 42-46. Blättner B, Kohlenberg-Müller K, Grewe A. (2006) : Adipositas-Programme für Kinder und Jugendliche. Weshalb sind sie nur bei manchen Kindern erfolgreich? *Prävention und Gesundheitsförderung* 2: 121-127.
10. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition* 2007;23(11-12):887-94.
11. Morrison CD. Leptin resistance and the response to positive energy balance. *Physiol Behav* 2008;94(5):660-3. doi: 10.1016/j.physbeh.2008.04.009.
12. UND Life Sciences, Shaker Heights, Ohio/USA. Obesity: genes, brain, gut, and environment. *Nutrition* 2010;26(5):459-73. doi: 10.1016/j.nut.2009.09.020.
13. Vesely JM, DeMattia LG. Obesity: dietary and lifestyle management. *FP Essent* 2014;425(Oct):11-5.
14. Hills AP, Byrne NM. Physical activity in the management of obesity. *Clin Dermatol* 2004;22(4):315-8.
15. Pacy PJ, Webster J, Garrow JS. Exercise and obesity. *Sports Med* 1986;3(2):89-113.
16. Marks BL, Rippe JM. The importance of fat free mass maintenance in weight loss programmes. *Sports Med* 1996;22(5):273-81.
17. Westertep-Plantenga MS, Lemmens SG, Westertep KR. Dietary Protein - its role in satiety, energetics, weight loss and health. *British Journal of Nutrition* 2012;108:S105-S12.
18. Bellisle F. Meals and snacking, diet quality and energy balance. *Physiol Behav* 2014;134(Jul):38-43. doi: 10.1016/j.physbeh.2014.03.010.
19. Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *Am J Clin Nutr* 2005;82(Jul;Suppl 1):236S-41S.
20. Keller U, Battaglia Richi E, Beer M, et al. Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2012, S. 69 und 78.
21. Flores-Mateo G, Rojas-Rueda D, Basora J, Ros E, Salas-Salvadó J. Nut intake and adiposity: meta-analysis of clinical trials. *Am J Clin Nutr* 2013;97(6):1346-55. doi: 10.3945/ajcn.111.031484.
22. Patro B, Szajewska H. Meal patterns and childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010;13(3):300-4. doi: 10.1097/MCO.0b013e32833681a2.
23. Gibson S. Sugar-sweetened soft drinks and obesity: a systematic review of the evidence from observational studies and interventions. *Nutr Res Rev* 2008;21(2):134-47. doi: 10.1017/S0954422408110976.
24. Poggiogalle E, Migliaccio S, Lenzi A, Donini LM. Treatment of body composition changes in obese and overweight older adults: insight into the phenotype of sarcopenic obesity. *Endocrine* 2014;47(3):699-716. doi: 10.1007/s12020-014-0315-x.
25. Cetin DC, Nasr G. Obesity in the elderly: more complicated than you think. *Cleve Clin J Med* 2014;81(1):51-61. doi: 10.3949/ccjm.81a.12165.
26. Mathus-Vliegen EM. Obesity and the elderly. *J Clin Gastroenterol* 2012;46(7):533-44. doi: 10.1097/MCG.0b013e31825692ce.