

Ursprungsseite: <http://www.kassenarzt.de/index.php?nodeId=15495>

DEUTSCHES ÄRZTEMAGAZIN

# Der Kassenarzt

kassenarzt.de » Medizin » Ernährungsmedizin » Deutsche müssen abspecken

## Deutsche müssen abspecken

### Konsensuspapier Ernährung 2008 (Seite 1 von 3)

**Dass die Deutschen zu dick sind und dass dies nicht nur die Gesundheit, sondern auch die öffentlichen Kassen belastet, ist nicht neu. Einig ist man sich, dass dem Übergewicht der Kampf angesagt werden muss. Nur auf welchem Weg die Deutschen leichter und somit auch gesünder werden können, ist strittig. Umso bemerkenswerter ist es, dass sich jetzt die führenden Ernährungsexperten Deutschlands auf ein gemeinsames Konsensuspapier Ernährung 2008 verständigt haben.**

Übergewicht und Adipositas haben europaweit deutlich zugenommen. In Deutschland sind mittlerweile etwa 37 Millionen Erwachsene und etwa zwei Millionen Kinder und Jugendliche übergewichtig oder adipös, also krankhaft fettleibig. Deutschland hat damit zu den USA aufgeschlossen, die von Medien und Fachgesellschaften bis dato meist als mahnendes Beispiel genannt wurden. 52,9 Prozent der Männer sind übergewichtig, weitere 22,5 Prozent sind adipös. Bei den Frauen sind 35,6 Prozent übergewichtig und weitere 22,3 Prozent krankhaft fettleibig.

### Fett heißt oft auch krank

Mit dem Übergewicht sind eine Vielzahl von Erkrankungen assoziiert, die zu mehr oder minder starken Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Lebensqualität bis hin zum Tod führen können. Ein Viertel der deutschen Erwachsenen leidet an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bereits mehr als zehn Prozent der Bevölkerung sind zuckerkrank, Tendenz stark steigend. Dabei wandelt sich Diabetes mellitus Typ 2, bisher auch oft Altersdiabetes genannt, zunehmend zu einer Kinder- und Jugendkrankheit. Eine optimierte Ernährung stellt die Grundlage für die Vermeidung von Erkrankungen, die erfolgreiche Behandlung von Krankheiten und für eine starke Gesundheit bis ins hohe Alter.

### Adipositas als politisches Thema

Aufgrund der hohen wirtschaftlichen Folgekosten steht der Kampf gegen falsche Ernährung und den so verursachten Gesundheitsbeeinträchtigungen schon immer auf der politischen Agenda. Allerdings wanderte das Thema erst Anfang 2007 auf die Prioritätenliste der EU-Kommission und der Bundesregierung. Bei ihrer Antrittsrede im Europäischen Parlament zur Deutschen Ratspräsidentschaft erklärte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: "Die Prävention von Krankheiten ist wichtiger als ihre Behandlung." Am 9. Mai 2007 stellten daraufhin Ulla Schmidt und der Bundesminister für Ernährung, Horst Seehofer, das Eckpunktepapier "Gesunde Ernährung und mehr Bewegung" vor. Es ist die Grundlage zur Erarbeitung eines nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängender Krankheiten. Sowohl die Deutsche Bundesregierung als auch die EU-Kommission haben alle Interessenvertreter dazu aufgerufen, an der Gestaltung der Ernährungsprogramme teilzunehmen.

### Ernährungsverhalten ändern

Neben der Gewichtsreduktion ist die Änderung des Ernährungsverhaltens von entscheidender Bedeutung. Es ist nachgewiesen, dass allein durch eine Ernährungsumstellung ohne Gewichtsreduktion im Rahmen einer kohlenhydratreduzierten, fettmodifizierten, eiweißoptimierten Ernährung Stoffwechselformparameter wie Nüchtern-glucose, postprandiale Glucose, Glucose im Tagesverlauf, Nüchterninsulin, postprandiales Insulin und Insulin im Tagesverlauf, Triglyceride im Tagesverlauf, LDL-Cholesterin, insbesondere der Anteil kleiner dichter LDL-Partikel, reduziert und HDL-Cholesterin erhöht werden können. Gleichzeitig kommt es bei Diabetikern zu einer signifikanten Reduktion des HbA1c.

### Optionen zur Gewichtsreduktion

Gemäß der evidenzbasierten Leitlinien bieten sich folgende Möglichkeiten an:

**■ Alleinige Reduktion des Fettverzehrs**

Bei Reduktion der Fettaufnahme auf ca. 60 g/Tag bei nicht begrenztem Verzehr der Kohlenhydrate ist eine Gewichtssenkung von durchschnittlich 3,2–4,3 kg in einem Zeitraum von 6 Monaten möglich.

**■ Mäßig energiereduzierte Mischkost**

Bei einem Energiedefizit von 500–800 kcal/Tag wird neben einer Fettbegrenzung auch der Verzehr von Kohlenhydraten und Eiweiß reduziert. Damit gelingt eine Gewichtsreduktion von im Mittel 5,1 kg in einem Zeitraum von zwölf Monaten.

**■ Mahlzeitenersatz mit Formula-Produkten**

Durch den Ersatz von 1–2 Hauptmahlzeiten pro Tag durch ein Formula-Produkt kann die tägliche Energiezufuhr auf 1 200 bis 1 600 kcal reduziert werden. Nach drei Monaten ist hierdurch ein durchschnittlicher Gewichtsverlust von 6,5 kg zu erwarten. In einer Langzeitstudie von Ditschuneit et al. war nach 27 Monaten ein durchschnittlicher Gewichtsverlust von 10,4 kg möglich. Mit dem BODYMED-Ernährungskonzept, gelang innerhalb von zwölf Monaten eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von 12,9 kg. Grundlage dieses Ernährungskonzeptes ist ein Basisprogramm, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie umfasst. An die Phase der Gewichtsreduktion schließt sich eine Phase der Gewichtsstabilisierung und -erhaltung an. Diese wird strukturiert durchgeführt und durch ein Bewegungsprogramm begleitet. Ziel ist eine Langzeiternährung, welche die Erkenntnisse der Ernährungsforschung der letzten Jahre berücksichtigt.

**Seiten:**

[Konsensuspapier Ernährung 2008](#)

[Aktuelle Studiendaten](#)

[Ernährung und Gewichtskontrolle](#)

Ursprungsseite: <http://www.kassenarzt.de/index.php?pVId=742013785&nodeId=15495&page=2>

DEUTSCHES ÄRZTEMAGAZIN

# Der Kassenarzt

kassenarzt.de » Medizin » Ernährungsmedizin » Deutsche müssen abspecken

## Deutsche müssen abspecken

**Aktuelle Studiendaten (Seite 2 von 3)**



Quelle: BODYMED

### Aktuelle Studiendaten

Eine im Juli 2007 veröffentlichte Cochrane-Analyse verglich Diäten mit niedriger glykämischer Last bzw. niedrigem glykämischem Index mit konventionellen (meist fettarmen kohlenhydratbetonten) Reduktionsdiäten (die meisten mit hohem glykämischem Index/hohem glykämischer Last) in ihrer Effektivität bei übergewichtigen Personen. Dabei waren Diäten mit im Mittel reduziertem glykämischen Index und reduzierter glykämischer Last (in den meisten Fällen damit auch kohlenhydratreduzierte Diäten) überlegen bei der Gewichtsreduktion. Zudem besserte sich bei den Teilnehmern das Lipidprofil im Vergleich zu kohlenhydratreichen Diäten. Die Körpermasse, die totale Fettmasse, der Body-Mass-Index, das Gesamtcholesterin und das LDL-Cholesterin sanken signifikant stärker in der kohlenhydratarmen Gruppe. Zudem fand sich eine deutliche Überlegenheit auch gegenüber energiereduzierten, fettarmen Diäten. Durch die Ergänzung der kalorienreduzierten Mahlzeiten durch ein Eiweiß-Nährstoff-Konzentrat kann die Reduktion der fettfreien Masse deutlich gemindert werden. Dies ist entscheidend, da durch Verhinderung der Abnahme der fettfreien Masse in der anschließenden Erhaltungsphase mehr Kalorien gegessen werden können, ohne dass das Gewicht sich wieder erhöht. So konnten in einer Studie die Teilnehmer der eiweißreichen Diätgruppe nach der Diät rund 250 kcal pro Tag mehr essen im Vergleich zur Vergleichsgruppe, um ihr Gewicht konstant zu halten. Laut aktuellem Ernährungsbericht vom Dezember 2004 essen die Deutschen im Durchschnitt 45 Prozent in Form von Kohlenhydraten, etwa 35 Prozent in Form von Fett und 13–15 Prozent in Form von Eiweiß. Die zu 100 Prozent fehlenden Kalorien werden durch "unterschiedliche Alkoholmengen" zugeführt.

### Eiweiß macht satt

Es ist nachgewiesen, dass es durch eine Erhöhung der Eiweißzufuhr in der Ernährung zu einer besseren Sättigung mit der Folge einer Reduktion der aufgenommenen Kalorienmenge kommt. Zudem ist die nahrungsinduzierte Thermogenese bei Eiweiß mit ca. 20 Prozent deutlich höher als bei Kohlenhydraten (ca. 6 Prozent) oder Fett (ca. 3 Prozent). Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse sollte in der Phase der Gewichtsstabilisierung nach einer Gewichtsreduktion im Gegensatz zu früheren Erkenntnissen der Kohlenhydratanteil zugunsten eines höheren Eiweißanteiles reduziert werden.

Bei Patienten mit Insulinresistenz und metabolischem Syndrom sowie der damit assoziierten Hyperinsulinämie und der typischen Dyslipoproteinämie mit niedrigen HDL-Werten und hohen Triglyceriden und hohen Anteilen an kleinen dichten LDL-Partikeln ist zur Diättherapie eine weitere Erhöhung des Fettanteils auf 40–50 Prozent der Energiezufuhr im Austausch gegen eine Kohlenhydratreduktion angezeigt. Mit Senkung des Kohlenhydratanteils sinkt beim Typ-2-Diabetes auch der HbA1c und die Nüchternblutglucose. Dies ist insbesondere für Typ-2-Diabetiker eine evidenzbasierte Empfehlung.

### **Ernährung und Gewichtskontrolle**

Eine dauerhafte Gewichtsstabilisierung nach der Abnahme wird nur erzielbar sein, wenn man bei hinreichender Sättigung eine negative Energiebilanz erreicht. Das initiale Sättigungssignal wird über die Magenwanddehnung ausgelöst. Volumen und Gewicht der Nahrung sind hierfür die entscheidenden Größen. Da der Magen den Energiegehalt der Speisen nicht wahrnimmt, fördern Mahlzeiten mit niedriger Energiedichte – bei vergleichbarer Sättigungswirkung – eine ausgeglichene bzw. negative Energiebilanz und somit die Gewichtskontrolle. Werden Nahrungsmittel mit niedriger Energiedichte bevorzugt, ist der Teller auch voll, was die Compliance für eine solche Kost erheblich fördert. Nahrungsfette weisen zwar eine mehr als doppelt so hohe Energiedichte auf als Kohlenhydrate oder Eiweiß, doch kann die Energiedichte einer Mahlzeit unabhängig vom Fettgehalt erheblich variieren. Relevanter ist der Wassergehalt der Nahrung. Für viele Nahrungsmittel gilt: Je höher der Wassergehalt, desto niedriger die Energiedichte. Gemüse, Salate und Obst sowie reines Muskelfleisch, Fisch und Geflügel sind sehr wasserreich und haben dementsprechend eine sehr niedrige Energiedichte. So kann eine Mischkost mit relativ hohem Fettanteil dennoch eine niedrige Energiedichte aufweisen, wenn die Anteile schwerer und voluminöser, das heißt wasser- und ballaststoffreicher Lebensmittel hoch sind.

### **Seiten:**

[Konsensuspapier Ernährung 2008](#)

[Aktuelle Studiendaten](#)

[Ernährung und Gewichtskontrolle](#)

Ursprungsseite: <http://www.kassenarzt.de/index.php?pVId=241561562&nodeId=15495&page=3>

DEUTSCHES ÄRZTEMAGAZIN

# Der Kassenarzt

kassenarzt.de » Medizin » Ernährungsmedizin » Deutsche müssen abspecken

## Deutsche müssen abspecken

### Ernährung und Gewichtskontrolle (Seite 3 von 3)

Zur Prävention und Therapie von Übergewicht wird eine Energiedichte von weniger als 125 kcal pro 100 g Nahrung (ohne Einbeziehung der Getränke) empfohlen. Die Durchschnittsernährung heute in Deutschland hat eine Energiedichte von etwa 160 kcal/100 g und in den USA von etwa 180 kcal/100 g.

Ein weiterer Faktor zur Verbesserung der Gewichtskontrolle ist eine hohe Eiweißzufuhr. Aminosäuren lösen im Magen-Darm-Trakt ein Sättigungssignal unabhängig von Volumen und Gewicht der Nahrung aus. Die schlechteste Sättigungswirkung geht von Fett aus.

Werden drei (normale) statt fünf kleine Mahlzeiten gegessen, dann werden insgesamt auch weniger Kalorien gegessen. Studien haben belegt, dass diejenigen, die am Nachmittag einen Zwischenimbiss einnehmen, dann zu Abend eher mehr essen als Menschen, die seit dem Mittagessen nichts mehr gegessen haben. Und bei Diabetikern erhöhen die Zwischenmahlzeiten die Frequenz der postprandialen Blutzuckerspitzen und verkürzen die Erholungszeiten für insulinproduzierende Zellen.

Die Energiezufuhr über Getränke ist nicht zu vernachlässigen. Neben Softdrinks sind auch verdünnte Fruchtsäfte relevant, die kein Sättigungsgefühl bewirken. Kalorienhaltige Getränke sollten daher zur Gewichtsreduktion bei gleichzeitiger Erhöhung der Gesamttrinkmenge ebenfalls reduziert werden.

### Perspektive

Eine behutsame Umsetzung dieser modifizierten Mischkost sollte vorangetrieben werden. Gleichzeitig sollte der Stellenwert der Bewegungstherapie betont werden. Grundsätzlich sollten alle Maßnahmen in ein verhaltenstherapeutisches Programm eingebettet werden, da nur so eine nachhaltige Änderung des Essverhaltens erzielt werden kann.

Wenn man die Zunahme des Übergewichts in Deutschland und Europa abbremsen will, dann ist es notwendig, dass alle kompetenten Ansprechpartner gemeinsam an der Umsetzung der neuen Ernährungsrichtlinien arbeiten.

von Dr. Volker Pudiel, Dr. Nikolai Worm, Dr. Hardy Walle

Literatur in der Redaktion

### Was ist Adipositas?

Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes.

Berechnungsgrundlage für die Klassifikation ist der Körpermassenindex (Body-Mass-Index – BMI). Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat ( $\text{kg/m}^2$ ). Übergewicht ist definiert als  $\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$ , Adipositas als  $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$  (WHO, 2000, EK IV).

Wesentlich stärker als das Ausmaß des Übergewichts, welches über den BMI erfasst wird, bestimmt das Fettverteilungsmuster das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko. Die viszerale Fettmasse korreliert besonders eng mit kardiovaskulären Risikofaktoren und Komplikationen.

Ein einfaches Maß zur Beurteilung des viszeralen Fettdepots ist die Messung des Taillenumfangs.

Bei einem Taillenumfang  $> 88 \text{ cm}$  bei Frauen bzw.  $> 102 \text{ cm}$  bei Männern liegt eine abdominale Adipositas vor. Nach der IDF (2005) ist der "cut-off" bei  $> 80 \text{ cm}$  und  $> 94 \text{ cm}$ . Ziel einer Adipositastherapie sollte daher die Reduktion der Körperfettmasse sein. Der Verlust von Funktions- und Strukturproteinen sollte weitestgehend vermieden werden.

### Aktuelle Empfehlungen

Ausgehend vom aktuellen Ernährungsbericht bedeutet dies konkret, dass die Kohlenhydratzufuhr um circa 5–15 Prozent (je nach Ausgangssituation) reduziert und im Gegenzug die Eiweißzufuhr um 5 bis max. 15 Prozent erhöht werden sollte.

Hieraus ergibt sich folgende Ernährungsempfehlung:

**Eiweiß: 20–30 Prozent**

**Fett: 30–40 Prozent**

**Kohlenhydrate: 30–40 Prozent**

Bei der **Eiweißzufuhr** ist auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen tierischem und pflanzlichem Eiweiß zu achten. Im Rahmen der Gewichtsreduktion bieten insbesondere Formula-Diäten eine gute Möglichkeit, den Eiweißanteil zu erhöhen – ohne Fett zu steigern. Bei Nierenerkrankungen ist die Eiweißzufuhr entsprechend zu reduzieren.

Bei den **Nahrungsfetten** sind besonders einfach ungesättigte Fette (z.B. Raps- oder Olivenöl) zu bevorzugen. Auch auf die ausreichende Zufuhr essenzieller Fettsäuren (Omega-3-Fettsäuren) ist zu achten.

Zudem sollten komplexe **Kohlenhydrate** mit niedriger glykämischer Last bevorzugt werden.

### Zu den Personen



**Professor Dr. Volker Pudiel**

Diplom-Psychologe  
Max-Born-Ring 39  
37077 Göttingen  
Tel.: 0 551 / 38 38 00  
E-Mail: [volker@pudiel.de](mailto:volker@pudiel.de)

Quelle: Privat



**Dr. Nicolai Worm**

Diplom-Ökotrophologe  
Ernährungswissenschaftler  
Geibelstraße 9  
81679 München  
Tel.: 0 89 / 41 92 93 87  
Fax: 0 89 / 41 92 94 32  
E-Mail: [nicolai.worm@t-online.de](mailto:nicolai.worm@t-online.de)

Quelle: Privat



**Dr. Hardy Walle**

Vorstand der BODYMED AG  
Am Tannenwald 6  
66459 Kirkel  
Tel.: 0 68 49 / 60 02 38  
Fax: 0 68 49 / 60 02 23  
E-Mail: [h.walle@bodymed.de](mailto:h.walle@bodymed.de)

Quelle: Privat

**Seiten:**

[Konsensuspapier Ernährung 2008](#)

[Aktuelle Studiendaten](#)

[Ernährung und Gewichtskontrolle](#)