

Adipositas – Welche Ernährungsempfehlungen sind realistisch umsetzbar?

Danielle Prechtl

Einleitung

»Salat schlägt Schnitzel!«, ergibt eine an 1000 Bundesbürgern im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) durchgeführte Umfrage im Oktober 2015. Eine hoffnungsvolle Schlagzeile, wenn das Kleingedruckte überlesen werden dürfte. Gefragt wurde nach den drei Lieblingsgerichten der Deutschen. Spaghetti, Spätzle und Co waren mit 35 % klare Sieger unter den genannten Favoriten. Salat (15 %) und Schnitzel (11 %) kamen weit abgeschlagen auf den hinteren Plätzen [1]. Die Art des Salates (Fleisch-, Rohkost- oder griechischer Salat etwa) konnte dem Bericht nicht entnommen werden.

Übergewicht und speziell die in den letzten 20 Jahren bedeutend gestiegene Adipositasprävalenz stellen nach wie vor ein zentrales Gesundheitsproblem dar [2; 3]. Aus Sicht der Betroffenen gibt es – nur die Ernährungsempfehlungen betrachtet und ohne die Ganzheitlichkeit der Problematik zu vernachlässigen, vielfältige sowohl wissenschaftlich hinreichend belegte als auch pseudowissenschaftliche Möglichkeiten, Gewicht zu reduzieren. Doch wie realistisch sind diese Ernährungsempfehlungen überhaupt umsetzbar und warum gehen Ernährungsberater und Ärzte eher mit einem bescheideneren Ansatz in die Ernährungstherapie?

Der Artikel stellt die aktuell gesicherten Empfehlungen der Ernährungstherapie bei Adipositas heraus, beleuchtet exemplarisch drei Fallbeispiele und erörtert den Hintergrund von Erfolg und Misserfolg. Schließlich wird hervorgehoben, wie Ernährungsempfehlungen vielleicht zukünftig besser umgesetzt werden könnten.

Aktuelle Empfehlungen zur Ernährungstherapie

Entsprechend der interdisziplinären S3-Leitlinie zur »Prävention und Therapie der Adipositas« gibt es grundsätzliche Aspekte und praktische Empfehlungen zur Ernährungstherapie (vgl. Tabelle 1) [4]. Zu den Empfehlungen grundsätzlicher Natur liegen bis auf das prinzipielle Angebot einer Ernährungsberatung (Anstrich 2) keine validen Studien vor. Der Expertenkonsens adressiert deshalb in der Regel Vorgehensweisen der guten klinischen Praxis, zu denen keine wissenschaftlichen Studien notwendig bzw. erwartet werden können. Generell können viele Fragestellungen im Gesundheitsbereich nur mit Beobachtungsstudien untersucht werden. Diese bergen im Gegensatz zu gut geplanten experimentellen, randomisierten klinischen Studien Fallstricke in der Ergebnisinterpretation [5].

Die praktischen Empfehlungen sind im Zuge der federführenden Studie von Sacks et al. sehr viel weniger konkret formuliert als noch in der vorangegangenen

Tabelle 1: Empfehlungen zur Ernährungstherapie bei Adipositas

Empfehlungen zur Ernährungstherapie bei Adipositas		*
grundsätzliche Aspekte	▪ individualisierte Empfehlungen	A
	▪ Angebot einer Ernährungsberatung im Rahmen der medizinischen Betreuung	A
	▪ umfassende neutrale und verständliche Informationen für spätere eigenverantwortliche Entscheidung	A
	▪ Einbezug des persönlichen und beruflichen Umfelds	A
praktische Empfehlungen	▪ energiedefizitäre Ernährungsform ohne Gesundheitsrisiko	A
	▪ unter Energiedefizit von etwa 500 kcal/Tag	B
	▪ durch verschiedene Ernährungsstrategien	0
	▪ zeitlich begrenzter Einsatz von Formulaprodukten (BMI \geq 30 kg/m ²)	0
	▪ unter Einbindung des Arztes	A
	▪ keine Empfehlungen extrem einseitiger Ernährungsformen	0
	▪ stufenweises Vorgehen	
	1. Reduktion von Fett oder Kohlenhydraten	
2. Reduktion von Fett und Kohlenhydraten		
3. Mahlzeitenersatz durch Formulaprodukte		
4. zeitlich begrenzte ausschließliche Formuladiät		

* Empfehlungsgrad entsprechend Empfehlungsstärke A = soll, B = sollte, 0 = kann umgesetzt werden

Leitlinie [6]. So können verschiedene Ernährungsstrategien (Reduktion des Fettverzehrs oder des Kohlenhydratverzehrs oder eine Kombination aus beidem) angewandt werden, um einen angestrebten Energiedefizit von 500 kcal pro Tag zu erreichen. Genau aus diesem Grund rückt eine individualisierte Beratung immer weiter in den Vordergrund.

Der Einsatz von sehr niedrig kalorischen Formuladiäten mit einer Gesamtenergiemenge von weniger als 800 kcal pro Tag kommt nur bei Personen über BMI \geq 30 kg/m² als initiale Therapie in Frage, die aus medizinischen Gründen kurzfristig deutlich Gewicht abnehmen sollen. Wegen des erhöhten Nebenwirkungsrisikos ist eine Mitbetreuung durch einen Adipositaspezialisten bzw. einen Arzt angezeigt.

Die aktuelle Leitlinie gibt zudem eine Checkliste zur Ernährungsberatung bei Adipositas heraus, in der festgehalten ist, wie häufig bei einem adipösen Menschen eine Ernährungsberatung stattfinden und was im Rahmen dieser Beratung anamnestisch abgefragt werden sollte. Darüber hinaus informiert sie, welche konkreten Maßnahmen ergriffen werden müssen, um sich gesund und ausgewogen zu ernähren. Letztere orientieren sich an den zehn Regeln der DGE mit einer besonderen Betonung an energiearmen Lebensmitteln (fettarm, wenig Alkohol) sowie der Aufforderung, Körpergewicht und Ernährung regelmäßig zu protokollieren.

Diese durchaus etwas sperrigen Formulierungen lassen sich gut durch etwaige Orientierungshilfen ergänzen, um die Empfehlungen greifbarer zu machen. Angeführt seien unter anderem der DGE-Ernährungskreis (www.dge.de) oder die aid-Ernährungspyramide (vgl. Abbildung 1).



Die aid-Ernährungspyramide

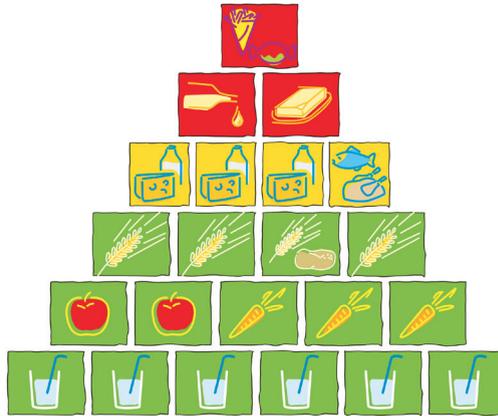


Abbildung 1: aid-Pyramide © aid infodienst, Idee: S. Mannhardt, www.aid.de

Fallbeispiele

Exemplarisch wurden drei alleinlebende Frauen ausgewählt, welche 2015 in etwa zur gleichen Jahreszeit (Frühsommer bis Herbst) am Zentrum für Bewegungstherapie ernährungstherapeutisch auf Adipositas beraten wurden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anamnese- und Hintergrunddaten der drei Patientinnen

	Frau A	Frau B	Frau C
Alter [J.]	60	76	53
Beruf	Raumpflegerin	frühere Fotografin	Küchenkraft
Komorbidität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes mellitus 2 (insulinpflichtig) ▪ Hypertriglyceridämie ▪ Hypertonie* ▪ COPD* ▪ Schuppenflechte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertonie* ▪ Hypercholesterinämie * ▪ COPD ▪ Schlafapnoe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperglycämie ▪ Hypercholesterinämie ▪ Hypertonie* ▪ Hypothyreose* ▪ gelegentliches Sodbrennen
Motivation	extrinsisch (Arzt)	extrinsisch (Arzt) /intrinsisch	intrinsisch
Finanzierung	durch Krankenkasse	Eigenanteil	durch BGN
Zeitraum**	3.6.-28.7.15 [4]	7.5.-5.8.15 [4]	18.8.-21.10.15 [4]
Eingang	122,2 kg [BMI 44,9]	95,6 kg [BMI 35,5]	100,9 kg [BMI 37,5]
Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mäßig eingeschränkt ▪ Sturz 2/15 ▪ »genug Bewegung auf Arbeit« 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ärztliches Attest ▪ Stent 9/15 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zeitliche Problematik ▪ 2-Schichtsystem ▪ zeitaufwendige Pflege des Vaters

* medikamentös eingestellt, ** der Kernberatung

Die Beratungen führte die Autorin durch. Alle Frauen nahmen zunächst an vier Sitzungen mit mindestens 60 Minuten und folgenden Inhalten teil:

1. Einheit: Aufnahme, Anamnese, Eingangsdiagnostik, Aufforderung zum Schreiben eines 7-Tage-Ernährungstagebuches, Zielbesprechung
2. Einheit: Besprechung des geführten Tagebuches und Abgleich eines Beispieltages am aid-Wandsystem, Portionsempfehlungen für die Lebensmittelgruppen unter Beachtung der Begleiterkrankungen, Wiegen
3. Einheit: PRODI®-gestützte Auswertung des geführten Tagebuches unter Beachtung der Begleiterkrankungen, Wiegen
4. Einheit: Besprechung der umgesetzten Empfehlungen, Ausblick, Ausgangsdiagnostik, Empfehlung für weitere Wiegetermine

Frau A

Die Ernährung von Frau A war zu Beginn der Sitzungen eher fleisch- und wurstlastig, streichfettreich, da sie wenig selbst frisch kochte. Des Weiteren fand sich wenig Gemüse auf ihrem Speiseplan (vgl. Abbildung 2). Das ausgewertete Ernährungstagebuch ergab dementsprechend eine deutlich zu hohe Energie- und Fettaufnahme, vor allem einen zu hohen Eintrag an gesättigten Fettsäuren (FS). Sie gab an, eine Diabetesberatung erhalten zu haben, aus der sie versuchte, Empfehlungen der Diabeteskost umzusetzen. Sie litt häufiger unter Unterzuckerungen (vgl. Tabelle 3).



Abbildung 2: Ernährung von Frau A an einem Tagesbeispiel

auswählte, ergab die Auswertung Ihres Ernährungsprotokolls eine entsprechende Mangelernährung in fast allen Nährstoffbereichen.

Nach Kostumstellung nahm Frau B in der Zeit der Ernährungstherapie, trotz Aufnahme an Mehrenergie, 2,6 kg ab. Ab Oktober 2015 wurde sie Teilnehmerin an einem Gewichtsreduktionskurs, welcher bis Ende Februar 2016 dauerte. Sie nahm weitere 1,4 kg ab und konnte ihre Körperzusammensetzung nochmals verbessern. Für monatliche Wiegetreffen hat sie sich angemeldet (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Ergebnisse der Ernährungstherapie

	Frau A	Frau B	Frau C
Ernährung vor Beratung	Fett-, fleischlastig, arm an Gemüse/ Ballaststoffen	zu wenig (850 kcal/d)	normal, Ess-Attacken nachts
Ernährung nach Beratung	bestehende Frage: Welche und wie viele der Ernährungsempfehlungen konnten umgesetzt werden?	isst mehr (1400 kcal/d)	Umsetzung der Ernährungsempfehlungen (Wasich-esse-App), weniger Ess-Attacken nachts, weniger Sodbrennen
△ Gewicht	-1,9 kg	- 2,6 kg	- 8,5 kg
△ Körperfett (KF)	+ 2,4 kg	- 5,2 kg	- 4,2 kg
△ Muskelmasse	- 4,1 kg	+ 2,4 kg	- 4,1 kg
Stand Februar 2016	?	- 4,0 kg (- 5,7 kg KF) nach Gewichtsreduktionskurs	3.12.15: -11,7 kg △ Taille: - 9 cm

Frau C

Die Ernährung von Frau C war schon zu Beginn der Ernährungstherapie relativ ausgewogen. Sie kochte so oft wie möglich frisch, trank ausreichend Wasser und achtete auf einen ausreichenden Gemüseverzehr (vgl. Abbildung 4). Sie litt allerdings unter nächtlichen Heißhungerattacken, die sie selbst für ihr stetig wachsendes Übergewicht in den vergangenen Jahren angab. Den Aussagen entsprechend waren Vitamine und Mineralstoffe im Ernährungstagebuch mehr oder weniger ausgeglichen, der Fett- und der Zuckeranteil allerdings hoch.

Frau C entdeckte für sich die aid-App (»Was ich esse«) als Kontrollmöglichkeit und aß damit noch bewusster. Zusammen mit den Terminen zur Ernährungstherapie, hatte sie festgesteckte Ziele, die ihr halfen, ihre »nächtlichen Ausflüge zum Kühlschrank« zu überwachen. Damit nahm sie ca. 12 kg ab und verbesserte ihre Körperzusammensetzung deutlich (vgl. Tabelle 4).



Abbildung 4: Ernährung von Frau C an einem Tagesbeispiel

Herausforderungen und Lösungsansätze

Warum hat Frau A weniger abgenommen als Frau C? Warum hat Frau B, obwohl sie nach Ernährungsumstellung deutlich mehr zu sich nahm, abgenommen und warum hat Frau C bis zur Ernährungstherapie nicht abgenommen, obwohl sie sich ausgewogen ernährte? Es lassen sich derer viele Fragen stellen und mit den gegebenen Informationen vermutlich auch schnell Urteile bilden. Es besteht jedoch die Gefahr, die Leistung von Frau A abzuwerten. Allerdings darf in der Betrachtung nicht vergessen werden, dass jeweils nur ein kleiner Teil der Wirklichkeit der drei Patientinnen aufgedeckt wurde und ein Berater vieles niemals erfahren wird. Dies wiederum hat Konsequenzen für die Beratung und für ihr Ergebnis [7].

Wenn über Erfolge bzw. Misserfolge in der Gewichtsreduktion diskutiert wird, so ist also das Geschehen multifaktorieller Ursachen im Kontext zum Klienten zu beachten. Im Gesamtkonzept wirken zahlreiche Parameter, welche sich untereinander beeinflussen. Darunter zählen körperliche, soziale, arbeitsbezogene, kulturelle, kognitive, finanzielle und allem voran psychologische sowie emotionale Faktoren (vgl. Abbildung 5). Die Umsetzung von Ernährungsempfehlungen kann am besten gelingen, wenn die entscheidenden Einflussfaktoren, einschließlich der

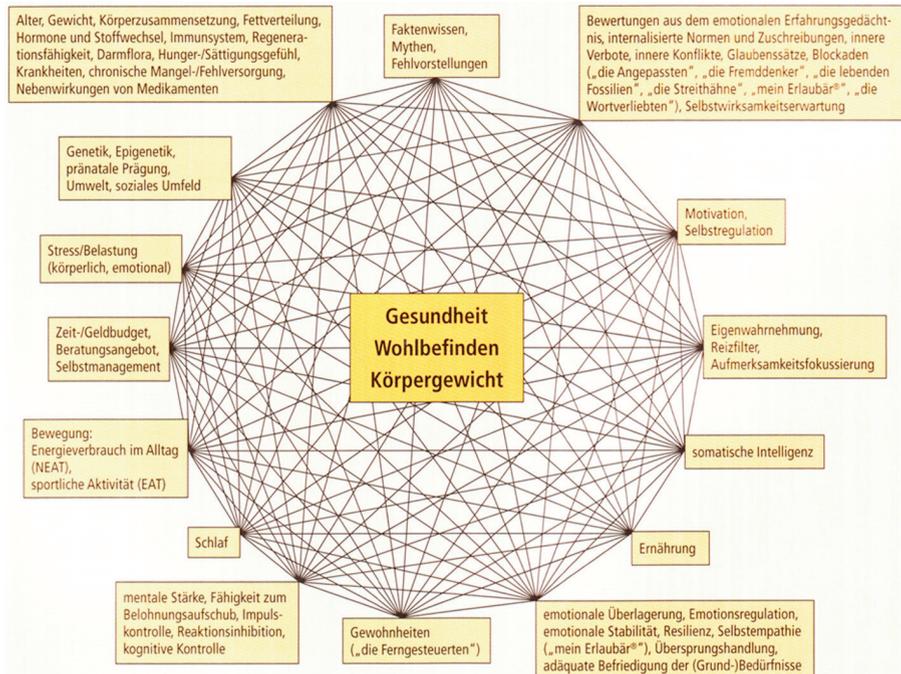


Abbildung 5: Wesentliche Einflussfaktoren auf Gesundheit, Wohlbefinden und Körpergewicht und deren gegenseitige Beeinflussung (Quelle: Precht C [8])

bisher unbewusst wirkenden, benannt und aus ihnen Handlungsmöglichkeiten er- bzw. überarbeitet werden [8; 9]. Intensive Beratung kann diesen Prozess unterstützen [10].

Dazu ist es unter anderem wichtig, die Selbstwahrnehmung des Adipösen in den Fokus zu stellen, d. h. seine somatische Intelligenz zu unterstützen. Diese steuert den Organismus vegetativ, ohne Zutun des Bewusstseins, mit dem Ziel, die Organe und Funktionssysteme durch Anpassungsleistungen möglichst harmonisch miteinander arbeiten zu lassen. Bezüglich Nahrungsaufnahme und –beurteilung kommt es so dazu, dass beispielsweise bei einem stark gesunkenen Blutzuckerspiegel der Körper nach schnell verfügbaren Kohlenhydraten in Form eines Kekses oder einer Banane verlangt. Eine Karotte wäre hier wenig hilfreich. Fehlt es an einer Aminosäure, so wird eher der Appetit auf Quark, Ei oder Käse geweckt [11].

Über die Förderung einer positiven Selbstwahrnehmung und -regulation kann es gelingen, negative Gefühle zu reduzieren, welche beispielsweise durch ständige Kontrolle, Verzicht und schlechtes Gewissen entstehen. Im Zuge dessen kann im Idealfall ein eigengesteuerter Änderungswunsch mit positiven Körpersignalen/-gefühlen entstehen, welcher letztendlich einen ausdauernden inneren Motor mit vielleicht ganz individuellen Ernährungsempfehlungen generiert und so zur Gewichtsreduktion beiträgt. [8].

Außerdem gibt es viele weitere Konzepte, Verhaltensänderung zu erleichtern. Unter anderem werden in der Literatur das Nudging und das Embodiment genannt. Ersteres ist eine aus der Werbung bereits bekannte Methode, welche sich speziell bei der Umsetzung von Ernährungsempfehlungen in den letzten Jahren etabliert hat. Gemeint ist, ein Verhalten ohne Zwang in eine positive Richtung »stupsen«. Dies gelingt beispielsweise damit, die ernährungsphysiologisch ausgegorenere Alternative positiver als die andere darzustellen oder ihre Verfügbarkeit zu erhöhen, deren Zugang zu erleichtern und Anreize für sie zu schaffen, ohne die negative Alternative zu verweigern. Dies ist ein Konzept, was sich u. a. sehr gut in der Gemeinschaftsverpflegung einsetzen lassen kann [12; 13].

Das Embodiment beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche. Beide sind unmittelbar miteinander vernetzt und zwar in beide Richtungen. So sind bestimmte Gefühle mit bestimmten Körperhaltungen assoziiert (z. B. traurig und hängende Schultern). Aber auch in umgekehrter Art und Weise stellt die Körperhaltung eine Rahmenbedingung für das dar, was gefühlt werden kann – oder eben nicht. Veränderungsprozesse können demnach effektiver über Haltungsziele, weniger über Verhaltensziele in Gang gebracht werden, weil Veränderung mit Geist und Körper leichter fällt (vgl. Züricher Ressourcen Modell) [14].

Quo vadis Ernährungsempfehlungen?

Sachverständige Wissenschaftler sind sich einig. Sie fordern eine Reduktion auf einfache Botschaften. Der Verbraucher ist im Allgemeinen gut informiert, die Verhaltensänderung stellt das eigentliche Problem dar. Diese könnte durch einfache, zentrale Botschaften besser angeregt werden, als durch pseudogene nährstoffbasierte Empfehlungen.

Außerdem sollten charakteristische Ernährungsmuster und ihre Beziehung zu chronischen Erkrankungen mehr wissenschaftliche Beachtung finden, als das Hervorheben einzelner Nährstoffe bzw. Lebensmittel. Daraus entstehende Empfehlungen sind vermutlich vielversprechender [15].

Ernährungsberater und Ärzte sind aufgefordert, es sich zur Aufgabe zu machen, durch Massenmedien verunsicherte Patienten aufzuklären und keine pauschalen Aussagen bzw. Empfehlungen zu geben. In einer Zeit, in der Ernährungstrends im Trend liegen und Ernährungsempfehlungen out sind, setzt dies eine fortlaufende Weiterbildung hinsichtlich des Themas Ernährung voraus.

Zusammenfassung

Die erfolgreiche Umsetzung von Ernährungsempfehlungen in der Adipositas therapie ist abhängig von einer optimalen Analyse der kausalen Einflussfaktoren und deren Auseinandersetzung. Deshalb wird in der Adipositas-Leitlinie noch einmal neben den Ernährungsempfehlungen klar herausgestellt, dass es kein allheilendes Konzept bei der Gewichtsreduktion gibt, sondern jeder Patient in einem individuellen Gefüge seiner »adipogenen Umwelt« erfolgreich unterstützt werden muss. Eine nachhaltige Gewichtsreduktion ist gerade deshalb ein Langzeitprogramm,

dass nur interdisziplinär bewältigt werden kann [16]. Dementsprechend leisten die Ernährungstherapie zusammen mit der Bewegungs- und der Verhaltenstherapie ihren Beitrag zum Erfolg.

Abkürzungen

FS Fettsäuren
KF Körperfett

Literatur

- [1] BMEL: »Deutschland, wie es isst. Der BMEL-Ernährungsreport 2016« (Dezember 2015) http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/Ernaehrungsreport2016.pdf;jsessionid=32D7A342A96C637EA4F9421F5740934C.2_cid376?__blob=publicationFile (Zugriff: 29.1.16)
- [2] DGE e. V.: »Ernährungsbericht 2012«; Kapitel 1: Ernährungssituation in Deutschland (2012)
- [3] Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C: Overweight and obesity in Germany – Results of the Human Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1): Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 786-794
- [4] DAG e. V., DDG, DGE e. V., DGEM e. V.: Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur »Prävention und Therapie der Adipositas«: Version 2.0 (April 2014): http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/O50-0011_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf (Zugriff: 11.1.16)
- [5] Hammer GP, du Prel JP, Blettner M: Vermeidung verzerrter Ergebnisse in Beobachtungsstudien: Dtsch Ärztebl 2009; 106(41): 664-7
- [7] Klotter C: Systemische Ansätze: Der Klient – das unbekannte Wesen: Ernährung im Fokus 2015 (7-8): 241-5
- [8] Preidl C: Selbstwahrnehmung in der Beratung: Ernährung im Fokus 2015, (5-6): 162-7
- [9] Klotter C: Einführung Ernährungspsychologie: Ernst Reinhardt Verlag, 2014
- [10] Wadden AT, Butryn ML, Hong PS, Tsai AG: Behavioral Treatment of Obesity in Patients Encountered in Primary Care Settings – A Systematic Review: JAMA 2014; 312 (17):1779-91
- [11] Frankenbach T: Somatische Intelligenz – Hören, was der Körper braucht: KOHA-Verlag Burgrain, 2014
- [12] <https://www.youtube.com/watch?v=2lXh2n0aPyw> (Zugriff: 1.3.2016)
- [13] Winkler G: Die gesunde Auswahl anstupsen: Esspress Aktuell 2015; 2; 5
- [14] Maurer C: Embodiment Weil Veränderung mit Geist und Körper leichter fällt: Ernährung im Fokus 2016, (1-2): 44
- [15] Freitag-Ziegler G: Ernährungsempfehlungen – Weniger ist mehr!: Ernährung im Fokus 2015, (7-8): 191
- [16] Wirth A, Wabitsch M, Hauner H: Klinische Leitlinie – Prävention und Therapie der Adipositas: Deutsch Ärztebl 2014; 102 (42): 705-713

Weitere Literatur bei der Verfasserin