

Ernährungsberatung bei Adipositas

Adipositas ist eine chronische Krankheit mit hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, die eine langfristige Betreuung erfordert. Sie ist definiert als eine über das Normalmass hinausgehende Vermehrung des Körperfetts.

Berechnungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Body-Mass-Index (BMI), der sich aus dem Quotienten des Gewichts und der Körpergrösse zum Quadrat ausrechnen lässt. Ab $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ spricht man von Adipositas. Adipositas bezeichnet also keine eigentliche Essstörung, sondern einen Ernährungszustand. In der Behandlung von (schwer) adipösen Menschen fällt aber auf, dass viele unter einer zum Teil nicht genau definierten Essstörung leiden. Ab einem BMI von 34 kg/m^2 liegt beispielsweise die Häufigkeit für das Auftreten eines Binge Eating Disorder bereits bei über 30 Prozent.

Yvonne Haslebacher, Ursula Rohner

Behandlung und Behandlungsziele

Aufgrund des heutigen Wissensstandes über die eingeschränkte Nachhaltigkeit von Einzelinterventionen gilt ein integratives Behandlungskonzept

bei Adipositas als die einzig sinnvolle Strategie. Die intensive Zusammenarbeit von Ärzten, Bewegungstherapeuten, Psychologen und Ernährungsberater ist dabei unerlässlich, um den Patienten zu einer langfristigen Gewichtsreduktion zu motivieren. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient und Berater unterstützt die Motivation des Betroffenen zusätzlich. Ein Ernährungsberater gibt einem Klienten einerseits mit einer empathischen und akzeptierenden Haltung zu verstehen, dass er nicht selbstverschuldet aufgrund von Mässigkeit und Faulheit am Problem Übergewicht leidet. Andererseits zeigt er aber transparent auf, dass der Klient selber viel verändern kann beziehungsweise muss, um etwas an seiner Situation zu optimieren und dadurch das Gewicht zu reduzieren. Die Auslöser für eine Adipositas sind sehr vielfältig, und häufig müssen Veränderungen vorgenommen werden, die nicht unmittelbar zu einem Gewichtsverlust führen. Beispielsweise bewusst Mahlzeiten einzubauen anstatt den ganzen Tag zu hungern.

Die Behandlungsziele müssen realistisch und den individuellen Voraussetzungen angepasst sein. Das wichtigste Ziel besteht in einer mässigen und langfristigen Gewichtsabnahme. Dies geschieht durch eine Veränderung des Lebensstils, zu der eine schrittweise Umstellung des Essverhaltens und eine Steigerung der körperlichen Aktivität sowie das Angehen emotionaler Probleme gehören.

Ernährungsberaterische Inhalte

In der Theorie ist eine Gewichtsreduktion relativ einfach zu erklären. Es geht darum, eine negative Energiebilanz zu erreichen, was bedeutet, weniger Kalorien zuzuführen und mehr zu verbrauchen. Die Realität gestaltet sich aber oft schwierig. Eine negative Energiebilanz langfristig zu erhalten, bedingt grundlegende Veränderungen im Lebensstil und viel Durchhaltevermögen, auch bei Rückschlägen.

Zu Beginn einer Beratung geht es immer darum, die Situation des Klienten,



seine Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche an die Beratung genau zu erfassen. Wichtig zu erfahren ist auch, worin der Klient selber die Hauptgründe seiner Adipositas sieht, welches mögliche Hürden sind, die ihm für Veränderungen im Wege stehen und was ihn bei einer Verhaltensumstellung unterstützen könnte. Da die ganze Beratung sehr zielorientiert ausgerichtet ist, ist das Vereinbaren von realistischen Zielen von grosser Wichtigkeit.

Ernährungsmodifikation

In der Ernährungsberatung steht einerseits die Vermittlung von Informationen über eine gesunde, fettreduzierte und ausgewogene Ernährung und andererseits die Unterstützung beim Erlernen eines neuen Essverhaltens im Zentrum.

Die Begrenzung der Energieaufnahme ist dabei eine entscheidende Massnahme, um eine Gewichtsreduktion zu erzielen. Die Ernährungsempfehlungen sollten üblicherweise ein tägliches Energiedefizit von 500 bis 800 kcal vorsehen. Der Energiebedarf einer Person kann entweder mit Formeln errechnet oder mittels Grund-

umsatzbestimmung durch eine indirekte Kalorimetrie ermittelt werden.

Anzustreben ist eine ausgewogene, gesunde Ernährung. Dabei werden keine Lebensmittel verboten. Geeignete Nahrungsmittel zur Gewichtsreduktion sind vorzugsweise arm an Fett und reich an essenziellen Inhaltsstoffen wie Mineralstoffen oder Vitaminen und Nahrungsfasern. So können eine Steigerung des Gemüse- und Früchtekonsums als sinnvolle Kohlenhydratlieferanten, die Wirkung von Nahrungsfasern, geeignete Eiweisslieferanten, Fettmengen oder Portionengrößen mögliche Themen in der Ernährungsberatung sein, die mit dem Klienten erarbeitet werden. Das A und O einer langfristig erfolgreichen Gewichtsreduktion ist jedoch, dass die Ernährung für den Klienten attraktiv, schmackhaft und sättigend sein muss. Deshalb muss sie individuell zusammengestellt und dem Ausgangsstatus und den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden.

Die Energie wird idealerweise auf drei bis fünf Mahlzeiten über den Tag verteilt. Auch hier wird mit jedem Klienten die optimale Verteilung erarbeitet. Adipöse, die zu gewissen Tageszeiten massiven Hunger verspüren, können eventuell mit einer Zwischenmahlzeit einem unkontrollierten Essanfall vorbeugen. Für andere Klienten sind drei Mahlzeiten durchaus ausreichend.

Verhaltensmodifikation

Das Ernährungswissen von Adipösen deckt sich oft nicht mit ihrem Essverhalten. Dies kommt daher, dass das Essverhalten nicht nur vom Wissen über Ernährung, sondern auch durch viele andere Faktoren wie Erziehung, Gewohnheiten, Stimmung oder Stress beeinflusst wird. Diesem Umstand muss in der Ernährungsberatung Rechnung getragen werden.

Grundvoraussetzung zur Veränderung von Problemverhalten stellt die Selbstbeobachtung dar. In der Ernährungsberatung kann dazu ein Essprotokoll eingesetzt werden. Dieses wird während eines bestimmten Zeitraumes geführt und in der Ernährungsberatung analysiert. Dabei werden Stimmungen oder Tätigkeiten, die zum Essen veranlassen, erfasst, sodass automatische Essauslöser erkannt werden können. Die Klienten bestimmen anschliessend selbst, welche Gewohnheiten sie schrittweise verändern möchten. In der Ernährungsberatung werden Möglichkeiten zur Verände-

Fall aus der Praxis

Betreuung einer Patientin im Rahmen des interdisziplinären Behandlungsprogramms im Inselehospital Bern:

Im April 2005 wird uns Frau A., Jahrgang 1967, von ihrem Hausarzt wegen Adipositas Grad I zugewiesen. Ihr derzeitiges Körpergewicht beträgt 98 kg bei einer Körpergröße von 1,68 m, dies entspricht einem BMI von 34,7 kg/m². Frau A. entscheidet sich wegen ihrer unregelmässigen Arbeitszeiten für eine Einzelbetreuung mit regelmässigen Ernährungsberatungen und ärztlichen Sprechstunden. Bei der ersten Besprechung zeigt sich, dass Frau A. im Verlaufe der Betreuung auch psychologische Unterstützung benötigen wird. Seit einem Verkehrsunfall leidet sie unter Ängsten, die sich negativ auf ihr Essverhalten auswirken und im schlimmsten Fall Essattacken auslösen können. Andere Schwierigkeiten sind unregelmässige Mahlzeitenverteilung und häufige Verpflegung unterwegs (beides arbeitsbedingt). In der ersten Ernährungsberatung wird besprochen, wie Frau A. das Essen regelmässiger über den Tag verteilen und die Zusammensetzung optimieren kann. Nachdem es Frau A. im weiteren Verlauf gelungen ist, eine bessere Tagesplanung mit täglichem Frühstück und einem kleinen, ausgewogenen Mittagssnack einzuhalten, fühlt sie sich – trotz stabil gebliebenem Gewicht – deutlich leistungsfähiger und hat weniger mit nachmittäglichem Heisshunger zu kämpfen. In der ersten ärztlichen Sprechstunde wird das Thema Bewegung aufgenommen. Nach etlichen Anlaufschwierigkeiten entschliesst sich Frau A., ihren (bereits in den Keller verbannten) Hometrainer wieder zweimal wöchentlich zu nutzen. Die Waage zeigt ein Kilo weniger an als beim letzten Termin.

Nächste Sprechstunde: herber Rückschlag. Im Strassenverkehr hat sie eine ähnliche Situation erlebt wie damals beim Unfall. Die Angst war wieder da. Seither hat sie wieder vermehrt Essattacken, und der Hometrainer wird nicht mehr so regelmässig eingesetzt. Eine Psychotherapie wird eingeleitet,

um ihre Ängste, vor allem aber auch ihre Essattacken in den Griff zu bekommen. Das Gewicht bleibt stabil.

Standortbestimmung nach einem Jahr: Frau A. geht es psychisch besser. Sie hat keine Essattacken mehr und versucht, sich weiterhin regelmässig körperlich zu betätigen. Eine zweite Grundumsatzmessung zeigt, dass sich der Ruheumsatz, der vor einem Jahr noch erniedrigt war, verbessert hat. Frau A. ist sich bewusst, dass sie immer noch zu grosse Mengen zu sich nimmt und wünscht sich weitere konkrete Tipps, wie sie ihr Nachtessen gestalten kann. Gemeinsam werden für sie gewohnte Mahlzeiten hinsichtlich Zusammensetzung, Zubereitung und Menge überprüft und Verbesserungsvorschläge diskutiert. Einige Wochen später zeigen diese Veränderungen bereits Erfolg: Sie konnte wieder 2 kg abnehmen und ist motiviert, so fortzufahren.

Bei der Zweijahreskontrolle im April 2007 ist der Verlauf sehr erfreulich. Frau A. konnte ihr Gewicht weiter auf 90 kg reduzieren. Der BMI beträgt 31,8 kg/m². Sie hat zwar gelegentliche Auf- und Abs, kann ihre Ziele aber grösstenteils umsetzen. Frau A. macht jetzt mindestens einmal in der Woche Nordic Walking. Zudem hat sie zusammen mit ihrem Partner das Wandern neu entdeckt. Bei einem erneuten negativen Erlebnis im Strassenverkehr hat sie selbstständig mit ihrem Psychotherapeuten Kontakt aufgenommen, konnte jedoch ohne psychotherapeutische Begleitung mit der Situation umgehen. Nach einer weiteren stabilen Phase kann Frau A. bis Herbst 2007 ihr Gewicht noch um weitere 2 kg reduzieren. Sie ist stolz, wieder eine 8 auf der Waage zu sehen (88 kg). Ihr Fernziel ist es, eine 7 zu erreichen. Nach Abschluss des Programms im Frühjahr 2008 sind weitere Kontrollen durch den Hausarzt oder durch einen Ernährungsberater unerlässlich, damit der Erfolg auch anhält.

rung besprochen und kleine realistische Teilziele vereinbart. Die Erreichung dieser Ziele bedeutet eine positive Rückmeldung, was motivierende Funktion besitzt.

Auf diese Weise können Strategien zur Bewältigung schwieriger Situationen, wie beispielsweise Essen im Stress,

Umgang mit Einladungen, stimmungsabhängiges Essen, Verlangen nach Süsigkeiten, erlernt und in den Alltag integriert werden.

Steigerung der körperlichen Aktivität

Als Hauptfaktor für die Zunahme der Prävalenz der Adipositas in Indus-

trieländern gilt – neben der Fehlbeziehungsweise Überernährung – der Bewegungsmangel. Bewegung ist somit ein unverzichtbarer Bestandteil im Gewichtsmanagement.

Körperliche Aktivität als Einzelmassnahme hilft einzig, das Gewicht zu halten, in Kombination mit einer angepassten Ernährung bildet sie jedoch eine wirksame Strategie zu einer langfristigen und anhaltenden Reduktion des Körpergewichts und der Fettmasse. Insbesondere in der Phase der Gewichtsstabilisierung kommt der regelmässigen (täglichen) körperlichen Aktivität eine grosse Bedeutung zu.

Die Aufgabe der Ernährungsberatung bezüglich Bewegung ist es, die Klienten zu motivieren und verschiedene Möglichkeiten in der Umgebung aufzuzeigen. Im Behandlungsverlauf wird immer wieder nach der aktuellen körperlichen Betätigung gefragt.

Adjuvante medikamentöse Therapie

Nach derzeitigem Konsens ist die Gabe von Medikamenten lediglich als adjuvante Massnahme bei Patienten mit Adipositas (BMI > 30 kg/m²) oder adipositasbedingten Gesundheitsproblemen (bereits ab BMI > 28 kg/m²) zu sehen. Bei Patienten, bei denen trotz Versuchen zur Umstellung der Ernährungsgewohnheiten und zur Steigerung der körperlichen Aktivität keine ausreichende Gewichtsreduktion erzielt werden kann, sollte jedoch eine medikamentöse Adipositasbehandlung durchaus in Erwägung gezogen werden. Auch hier stellen Motivation und Möglichkeiten zur Langzeitbetreuung entscheidende Voraussetzungen dar.

Chirurgische (sogenannte bariatrische) Therapie

Patienten mit morbidem Adipositas (BMI > 40 kg/m²) leiden unter vielfältigen Beschwerden und Folgeerkrankungen und müssen zudem mit einer deutlichen Verkürzung ihrer Lebenserwartung rechnen. Wenn konservative und medikamentöse Behandlungsversuche erfolglos bleiben, ist eine chirurgische Intervention oft die einzige Möglichkeit, um nicht nur die erforderliche drastische, sondern auch dauerhafte Gewichtsreduktion zu erzielen und damit schwerwiegende Folgeerkrankungen zu verhindern. Mithilfe dieser Massnahmen zur Restriktion der Nahrungsaufnahme können bei der Mehrheit der Patienten innerhalb von zwei Jahren Gewichtsreduktionen von durchschnittlich 50 bis

75 Prozent des Übergewichtes erzielt werden.

Schwierigkeiten und Grenzen

Oft werden wir in der Ernährungsberatung mit der Situation konfrontiert, dass Klienten nach eigenen Aussagen sehr wenig oder normal essen und sich ihr starkes Übergewicht nicht erklären lässt. Es stellt sich häufig erst nach einem längeren beziehungsweise mehreren Gesprächen und dem Schreiben von Essprotokollen heraus, dass sich viele Betroffene beim Essen zu stark einschränken, also ein kontrolliertes, rigides Essverhalten aufweisen. In bestimmten Zeiten aber, häufig am Abend, einen Kontrollverlust erleben und ungebremst und eben auch unbewusst grosse Mengen Nahrungsmittel zu sich nehmen. Viele Betroffene berichten auch, dass Gefühle von Angst, Traurigkeit, Wut, Langeweile oder andere negative Empfindungen einen Essanfall auslösen können. Die Aufgabe der Ernährungsberater besteht als Erstes häufig überhaupt darin herauszufinden, welches die Gründe für das Übergewicht bei entsprechenden Klienten sind. Da sich Betroffene ihrer Essattacken zum Teil selber nicht bewusst sind, braucht es Zeit und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Berater und Klienten. Selten werden Klienten mit der Diagnose Binge Eating Disorder bei uns angemeldet, und die wenigsten haben zum Zeitpunkt der Anmeldung bereits eine begleitende Psychotherapie.

Ernährungstherapie bei «Binge Eating Disorder»

Binge Eating Disorder ist eine Essstörung, die – wie die Bulimie – durch Essattacken gekennzeichnet ist. Während eines Anfalls werden grosse Mengen Lebensmittel gegessen. Im Unterschied zur Bulimie tritt bei Binge Eating Disorder kein Kompensationsverhalten wie Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln auf. Betroffene Personen erleben bei einer Binge Eating Essstörung häufig einen Kontrollverlust, das heisst, sie verlieren den Bezug zu den gegessenen Mengen und haben das Gefühl, nicht mehr mit dem Essen aufhören zu können. Essattacken finden oft im Geheimen statt, und es wird meist schnell, ohne Hungergefühl, gegessen. Nach einem Anfall treten bei den Betroffenen häufig Schuld- und Schamgefühle sowie eine niedergeschlagene Stimmung auf.

Etwa 2 Prozent der Bevölkerung sind von Binge Eating betroffen. Die meisten Menschen mit dieser Essstörung sind übergewichtig. Binge Eating kann aber auch bei Normalgewichtigen auftreten. Zirka 20 bis 50 Prozent der mässig bis stark fettleibigen Personen, die wegen Übergewicht einen Therapeuten aufsuchen, leiden an einer Binge Eating Störung.

Aufbau der Ernährungstherapie

Grundsätzlich gestaltet sich der Ablauf einer Einzelberatung bei Personen mit Binge Eating Disorder ähnlich wie bei Adipösen ohne Essstörungen. Betroffene sollten Abmagerungskuren vermeiden, da strenges Diäthalten die Essstörung noch verstärken kann. Da viele Klienten mit einer Binge Eating Essstörung stark übergewichtig sind und zum Teil bereits an Folgeerkrankungen des Übergewichts leiden, ist aber eine moderate Gewichtsreduktion oder Gewichtsstabilisierung ein wichtiges Behandlungsziel. Die Essstörung sollte aber spezifisch behandelt werden, bevor eine Gewichtsabnahme angestrebt wird.

In der Ernährungsberatung wird aufgezeigt, wie eine ausgewogene und bedarfsdeckende Ernährung für die Klienten aussehen kann. Schwerpunkt wird darauf gelegt, dass die Betroffenen erlernen, das Essen besser über den Tag zu verteilen (regelmässige Mahlzeitenverteilung) und Mahlzeiten richtig zusammensetzen, um Heiss-hungerattacken nach oder zwischen den Mahlzeiten zu vermeiden. Zudem werden konkrete Situationen mit Essattacken analysiert und mögliche «alternative Strategien» diskutiert. Des Weiteren werden auch andere Themen besprochen die bei der Essverhaltensumstellung hilfreich sind. ■

Korrespondenzadresse:

Yvonne Haslebacher, dipl. Ernährungsberaterin HF
Ursula Rohner, dipl. Ernährungsberaterin HF
Ambulatorium für allgemeine Innere Medizin
PKT2/Inselspital
3010 Bern
E-Mail: yvonne.haslebacher@insel.ch