

- [Sind Sie wirklich übergewichtig?!](#)
- [Ist Ihre Fettleibigkeit lebensgefährlich?!](#)
- [Wie abnehmen?](#)
- [Infos zum „Metabolischen Syndrom“!](#)
- [Sekundärfolgen der Adipositas und Therapieansätze](#)

Über Adipositas wird schon lange geforscht und geschrieben, zum schwergewichtigen öffentlichen Thema wurde sie jedoch erst, als differente Medikamente dagegen auf den Markt kamen. Der Einfluss der Pharmaindustrie ist nicht nur für die öffentliche Meinung von Bedeutung, auch medizinische Opinion Leaders sind ihm in beträchtlichem Masse ausgesetzt. Beispiel: Die [Waist-Hip-Ratio](#) wird neuerdings „abgelöst“ durch die blosse Waist-Messung (nur Bauchumfang allein), obschon aus wissenschaftlicher Sicht der Quotient mehr Sinn macht.

Also weiterhin auch Hüftumfang messen! Der Hüftumfang widerspiegelt die Muskelmasse, die Beschränkung auf den Bauchumfang als Mass für das intestinale Fett wird von der Pharmaindustrie als Zielparameter der Pharmakotherapie portiert; der Muskel und die Bewegung sowie die metabolische Fitness haben keine gleich starke „Lobby“!

Mit der W/H-Ratio kann auch zwischen der gefährlicheren Apfel- und der harmloseren Birnenform unterschieden werden [>>> siehe hier!](#)
Neuerdings auch mit dem Body Roundness Index oder BRI ([hier mehr dazu](#)).

Sarkopenie kommt meist vor Adipositas

In der ersten Welt gibt es zwei grosse Pandemien:

- Die **SARKOPENIE** (=Muskelschwund) und vielleicht als Folge davon
- die **ADIPOSITAS** (=Übergewicht).

Daraus folgt, dass nach Möglichkeit auch beim [Abnehmen](#) zuallererst diese Sarkopenie behoben wird.

Mit mehr Muskeln hat man nur schon einen grösseren Grundumsatz (Energieverbrauch in Ruhe) und erst recht beim Sporttreiben.

Ist Ihr Sättigungsgefühl noch in Ordnung?

Menschen mit starkem Übergewicht (Adipositas) spüren weniger Sättigung – ihr Körper schüttet deutlich weniger Sättigungshormone aus als der von Normalgewichtigen. Der Grund: Die Zellen im Magen-Darm-Trakt, die diese Hormone bilden, sind bei ihnen stark reduziert. Wissenschaftler kennen viele Hormone, die Hunger und Sättigung steuern, doch die genauen Wechselwirkungen bleiben oft unklar. Ein Überblick über die wichtigsten Sättigungshormone:

- **Leptin** informiert den Körper ständig über den Energiestatus. Es ist an die Fettdepots gekoppelt: Sinkt der Leptin-Wert, verspüren wir Hunger. Nach einer Mahlzeit steigt der Wert, und das Hormon fördert das Sättigungsgefühl. Hier unterscheidet sich krankhafte Adipositas von Molligkeit (ausser dem BMI). Das Hormon Leptin und die Fettzellen des Körpers stehen in direktem Zusammenhang. Je mehr Fettzellen vorhanden sind, desto höher steigt der Leptin-Spiegel. Bei Übergewicht kann sich eine Leptin-Resistenz entwickeln: Das Sättigungsgefühl bleibt aus. Besonders das Bauchfett spielt dabei eine zentrale Rolle.
- **Ghrelin**, das „Hunger-Hormon“, wirkt als Gegenspieler zu Leptin. Ist der Magen leer und der Körper braucht Energie, steigt der Ghrelin-Wert. Nach dem Essen sinkt er wieder. Auch eine Diät kann das Sättigungsgefühl stören. Wird die Kalorienzufuhr plötzlich drastisch reduziert, reagiert der Körper mit Hunger. Der Grund: Er produziert verstärkt das Hormon Ghrelin. Bricht man die Diät ab, gerät der Körper aus dem Gleichgewicht – ebenso, wenn man sie fortsetzt und später wieder normal isst.
- **Cholecystokinin** entsteht, wenn der Darm Fettsäuren und Aminosäuren aufnimmt. Es trägt ebenfalls zum Sättigungsgefühl bei.
- Das **Verdauungshormon GLP-1** wirkt sättigend, sobald der Körper Glukose und Fettsäuren aufnimmt.
- Auch **Amylin und Insulin**, die bei einem Glukoseanstieg freigesetzt werden, fördern das Sättigungsgefühl.

Medikamente wie Antidepressiva, Antiepileptika und Antipsychotika, die den Hirnstoffwechsel beeinflussen, können ebenfalls das Sättigungsgefühl hemmen. Auch Diabetes-Mittel, Blutdrucksenker und Kortison haben oft diese Nebenwirkung.

Entzündung und Adipositas

Adipositas geht mit einer chronischen Entzündung einher. Das Fettgewebe ist ein endokrines Organ, das zahlreiche Zytokine sezerniert, und zwischen Makrophagen, Lymphozyten und Adipozyten bestehen Interaktionen. Von grosser wissenschaftlicher Bedeutung war die Entdeckung der sieben „Sirtuine“ in den letzten Jahren. Bei diesen Sirtuinen handelt es sich um „Deazetylasen“, die den Verlauf von Entzündungen beeinflussen. Die Inaktivierung bestimmter Sirtuine führt zum klinischen Bild einer Entzündung, zu [Insulinresistenz](#) sowie Adipositas, wogegen die Aktivierung dieser Enzyme den gegenseitigen Phänotyp zur Folge hat. Hier liegt ein potentieller therapeutischer Ansatz, um die bei Adipositas vorliegende Insulinresistenz zu korrigieren. Da erinnert man sich daran, dass das in gutem Rotwein vorhandene Resveratrol ein Sirtuin-Aktivator ist...! Achtung: Resveratrol ist ein typisches „[Hochstaplermolekül](#)„!

(Diabetes. 2011;60(12):3235-45 und 3100-2)

Wichtig ist auch, dass insbesondere in Bio-Gemüse und -Früchten mehr von diesen sekundären Pflanzenstoffen zu finden sind als in konventionellen Lebensmitteln!

Adipositas steigert auch eine Neuroinflammation, also die Entzündung unseres Nervensystems und führt damit zu einer [Hypersensibilität](#), zu [chronischen Schmerzkrankheiten](#), [Reizdarm](#), etc...

Stark gegen Entzündung – und auch zur nachhaltigen Gewichtsabnahme führt das [Kurzfasten, optimal als 16:8](#), aber auch 14:10.

Wann sind Sie mit Übergewicht gefährdet, ein metabolisches Syndrom, resp. einen Diabetes zu entwickeln?

Gehören Sie zu den gesunden Adipösen, auf Englisch auch «happy obese» genannt, also Betroffene, die trotz starkem Übergewicht gesunde Stoffwechselwerte haben?

Unterscheidung zur „klinischer Adipositas“:

Im Januar 2025 stellt eine Expertenkommission von Diabetesforschern in der Fachzeitschrift the Lancet die neue Definition vor.

Der BMI, WHR, BRI allein reicht dabei nicht aus. Sie sind als Screening-Instrument in

Ordnung. Aber wenn jemand stark übergewichtig ist, müssen Ärzte zusätzliche Messungen vornehmen, um herauszufinden, ob es sich um „klinische Adipositas“ handelt – oder nicht. Sie untersuchen dann jedes einzelne Organ auf mögliche Anomalien in Zusammenhang mit Adipositas.

Man spricht dann von „klinischer Adipositas“, wenn bereits Gewebe- und Organanomalien vorhanden sind.

Für einen ersten Schritt lassen Sie bei Ihrem Hausarzt die Blutfettwerte, den Blutdruck und die Leberwerte messen, aber auch die Nierenwerte – und einen Glukosetoleranztest (<http://de.wikipedia.org/wiki/OGTT>) durchführen. Falls dabei als Ergebnis eine normale Insulinsensitivität herauskommt, können Sie vorerst beruhigt sein (gutartige Adipositas) – aber bei bestehender Insulinresistenz ist die Gefahr einer „klinischen Adipositas“ gross. Dann wird u.a. Bewegung und Abnehmen lebensnotwendig! (*Arch Intern Med* 168(15):1609-1616, 2008 – *Identification and Characterization of Metabolically Benign Obesity in Humans*, Norbert Stefan et al.)

Es sollte auch keine beginnende [Niereninsuffizienz](#) vorhanden sein!

Nicht zu viel Leberfett

Anders als die meisten Adipösen haben die „happy obesese“ normale Blutfettwerte, keinen erhöhten Blutdruck und auch nicht zu viel Leberfett. Und sie hatten eine ähnlich gute Insulin-Empfindlichkeit wie Normalgewichtige – ein wichtiger Indikator für einen gesunden Stoffwechsel.

Die guten Werte änderten sich in Studien auch nicht, als diese glücklichen Dicken im Verlauf des Versuchs an Gewicht zulegten. Man vermutet, dass es den gesunden Adipösen gelingt, zusätzliche Kalorien besser zu verarbeiten und in Hautfettgewebe statt in die Leber einzulagern – und dies ist je nach Studie rund bei einem Zehntel bis zu einem Drittel aller Adipösen möglich.

Vernachlässigter Lebensstil

Unklar ist auch, ob die gesunden Adipösen tatsächlich auch kein erhöhtes Risiko für typische Übergewichtsfolgen wie Diabetes, Herzinfarkt oder Schlaganfall haben.

Eine vor zwei Jahren im «American Journal of Clinical Nutrition» publizierte italienische Studie, die 1700 Probanden während fast einem Jahrzehnt verfolgte, kam beispielsweise zum Schluss, dass das Risiko für Diabetes und Herzinfarkte bei allen Fettleibigen ähnlich hoch ist. Möglicherweise verschlechtern sich die Risikowerte bei den sogenannten gesunden Adipösen einfach langsamer, was dann in Kurzzeit-Studien nicht erfasst wird. Allerdings finden andere Langzeituntersuchungen sehr wohl positive Effekte auf Lebenserwartung und

Krankheitsanfälligkeit.

Und wie erklärt sich, dass die einen Übergewichtigen bessere Stoffwechselwerte haben als andere? Die Vererbung dürfte eine Rolle spielen. Aber vielleicht sind die Zusammenhänge auch banaler: Es könnte sein, dass Betroffene schlicht gesünder leben. Das heisst, sie bewegen sich viel, ernähren sich gesund und rauchen nicht. Der Lebensstil ist ein wichtiger Aspekt, der in Studien aber oft nicht objektiv berücksichtigt werden kann.

Der Gewichtsreduktion wird also häufig eine zu hohe Priorität eingeräumt. Langfristig sind die Erfolgsaussichten bescheiden. Trotzdem lohnt es sich, wenn Betroffene unabhängig vom Gewicht ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten ändern würden. Dies verbessert den Stoffwechsel und senkt so das Risiko für Folgekrankheiten. Am wichtigsten ist es, nicht weiter zuzunehmen.

Für die grosse Mehrheit der Übergewichtigen gilt also noch immer:

[Sich Abgrenzen lernen](#), [Essgewohnheiten umstellen](#) und mehr [Bewegung](#) (v.a. Sport VOR dem Essen)! Damit kann ein Gewichtsverlust von 10 Prozent ohne allzu grosse Mühe auch ohne Medikamente erreicht werden.

Dazu kann man sagen, dass übergewichtige Personen tatsächlich bereits von einer Gewichtsabnahme von 5- bis 10% profitieren, falls sie sie halten können: Ihr Zuckerstoffwechsel verbessert sich, Blutdruck und Blutfette sowie die Wahrscheinlichkeit eines Diabetes werden reduziert. [Lebensgewinn in Jahren siehe hier >>>](#)

Übergewicht im hohen Alter ist sogar eher gesund

Bis zum Alter von etwa 85 Lebensjahren hat das Übergewicht einen schädlichen Effekt: Es erhöht die Sterbewahrscheinlichkeit. Danach aber kippt dieser Trend! Bei den Höchstbetagten wirkt das Fett auf den Rippen eher schützend – nicht nur im Vergleich mit Unter-, sondern auch mit Normalgewichtigen. Eine Erklärung könnte sein, dass dicke Alte ein geringeres Risiko für Osteoporose und somit für Knochenbrüche haben. Und Körperfett ist ein Energiespeicher, wenn im hohen Alter der Appetit dramatisch nachlässt. (*J Aging Res. 2011;2011:765071. Epub 2011 Sep 28. Is there a reversal in the effect of obesity on mortality in old age? Cohen-Mansfield J, Perach R*).

Veröffentlicht am 17. Juni 2017 von Dr. med. Thomas Walser

Letzte Aktualisierung:

06. Juni 2025