



DR. MED. MATTHIAS RIEDL

DER ULTIMATIVE SCHLANKHEITS- CODE



- Aus 30 Jahren Praxis: Die Erfolgsstrategien hinter meinen kniffligsten Fällen
- Das Neueste aus der Wissenschaft
- Mit 40 individualisierbaren Abnehmbooster-Rezepten

G|U

1 GIBT ES DIE ULTIMATIVE SCHLANKWAHRHEIT?

8 SCHLANKFORSCHUNG ALS ERNSTE WISSENSCHAFT

- 9 Schwierigkeit 1: Das weite Forschungsgebiet
- 9 Schwierigkeit 2: Kein Goldstandard
- 11 Schwierigkeit 3: Einflussreiche Industrie
- 11 Schwierigkeit 4: Nichtwissenschaftler

2 ESSEN – VIEL MEHR ALS NUR NAHRUNG

16 DER MENSCH – DAS ESSENDE SOZIALE WESEN

- 17 Mahlzeit! Soziale Funktionen des Essens
- 22 Warum Essen glücklich macht
- 23 Warum das wichtig ist fürs Schlanksein
- 30 Was gegen die Risiken hilft

3 UNSER STOFFWECHSEL – UNSERE ENERGIE

34 WUNDERWERK 1: UNSERE VERDAUUNG

- 35 1. Akt: Im Mund fängt es an
- 36 2. Akt: In der Speiseröhre wird gerutscht
- 36 3. Akt: Im Magen eine Zwischenlandung
- 37 4. Akt: Im Dünndarm die große Aufspaltung
- 38 Schlussakt: Im Dickdarm viel los
- 39 Was die Verdauung stört

40 WUNDERWERK 2: UNSER STOFFWECHSEL

- 40 Der Zuckerstoffwechsel
- 44 Der Eiweißstoffwechsel
- 44 Der Fettstoffwechsel

4 INHALTSSTOFFE AUF DEM PRÜFSTAND

48 KOHLENHYDRATE IM NÄHRSTOFFCHECK

54 PROTEINE IM NÄHRSTOFFCHECK

58 FETTSTOFFE IM NÄHRSTOFFCHECK

62 WEITERE ESSENSBESTAND- TEILE IM NÄHRSTOFFCHECK

- 62 Ballaststoffe: Gesunde Schlankmacher
- 65 Vitamine: Helfer für den Stoffwechsel
- 68 Mineralstoffe: Aufbauhelfer
- 71 Sekundäre Pflanzenstoffe: Neu erforscht

5 UNSERE ORGANE ALS SCHLANK- KRAFTWERKE

78 WIE SIE SICH DEN KÖRPER ZUM ABNEHMKOMPLIZEN MACHEN

- 79 Gehirn und Psyche machen Stimmung
- 84 Muskulatur braucht Training
- 88 Leber und Bauchspeicheldrüse schonen
- 91 Magen und Darm im Takt
- 94 Bauchfett: ein eigenes Organ
- 95 Herz, Lunge, Niere, Gallenblase
und Haut

6 WARUM DIÄTEN DICK MACHEN

102 GÄNGIGE ABNEHM- METHODEN IM EXPERTENCHECK

- 103 Mono-Diäten: einfach, aber riskant
- 104 Mischkost-Diäten: langsam abnehmen
- 105 Mischkost-Beispiel 1: Weight Watchers
- 109 Mischkost-Beispiel 2: Mittelmeer-Diät
- 110 Low-Carb-Diäten: weniger Kohlenhydrate
- 114 Low-Carb-Beispiel 1: Atkins-Diät
- 114 Low-Carb-Beispiel 2: Glyx-Diät
- 117 Low-Carb-Beispiel 3: LOGI-Prinzip
- 119 Low-Fat-Diäten: Fett als Bösewicht
- 124 High-Carb-Low-Fat-Diäten
(HCLF-Diäten)
- 125 Formula-Diäten: für den Notfall
- 128 Intervallfasten: Essen nach Rhythmus
- 131 Trennkost-Diäten: widersprüchlich

135 DER ABNEHMGARANT – DIE ARTGERECHTE ERNÄHRUNG

- 136 Für eine artgerechte Ernährung!
- 136 Artgerecht essen – die 9 wichtigsten
Regeln
- 137 Artgerecht leben – die 7 wichtigsten
Regeln
- 138 Zur Umsetzung: das 20:80-Prinzip
- 141 Wie Sie Ihr Gewicht noch leichter halten
- 147 Und nun: Ran an den Herd!

7 ARTGERECHTE GENUSSREZEPTE

- 150 Blattgemüse
- 158 Kohlgemüse
- 166 Wurzelgemüse
- 174 Fruchtgemüse
- 184 Hülsenfrüchte
- 192 Beeren
- 200 Nüsse, Samen
- 208 Fermentierte Produkte
- 214 Fisch
- 222 Pseudogetreide

230 SERVICE

- 230 Sachregister
- 232 Rezeptregister
- 233 Quellen
- 240 Impressum



SCHLANKFORSCHUNG ALS ERNSTE WISSENSCHAFT

In den letzten 15, 20 Jahren hat die ernährungsmedizinische Forschung unglaubliche Fortschritte gemacht: schlicht, weil das Problem Übergewicht und die damit verbundenen Folgekrankheiten weltweit zum immer größeren Problem werden und das entsprechende Forschungsfeld längst kein Randgebiet mehr ist. So wächst die Zahl und Qualität der Studien kontinuierlich: Mittlerweile haben Wissenschaftler zu großen wie spezielleren Themen in Sachen Er-

nährung umfangreiche Erkenntnisse erzielt. Wie etwa zu den Fragen »Warum essen wir, wie wir essen?«, »Inwieweit beeinflussen Evolution und Kultur unser Essverhalten?«, »Welche Rolle spielen die einzelnen Organe im Hinblick auf das Gewicht?«, »Was bringen die verschiedenen Diäten?« – und natürlich vor allem zur großen und entscheidenden Frage dieses Buchs: »Welche Ernährungsweise sorgt für eine schlanke und damit gesunde Figur?«

Da ich mich als Ernährungsmediziner schon aus beruflichen Gründen – aber auch aus privatem Interesse heraus – stets informiert halte und darüber hinaus im engen Kontakt mit Kollegen stehe, entgeht mir nichts, was relevant ist. Diese wirklich wichtigen Forschungsarbeiten also haben Eingang in das vorliegende Buch gefunden. Indes, allen Erfolgen der Forschung zum Trotz, stelle ich fest: Wenn ein Ernährungsmediziner mit Experten anderer Disziplinen am Tisch sitzt, ist er bis heute mitunter so etwas wie der verschrobene Onkel, den man einladen muss, weil er zur Verwandtschaft gehört. Den man ab und an eine Rede halten lässt – insgesamt aber nicht immer richtig ernst nimmt. Auch wenn sich dieses Image glücklicher- und notwendigerweise langsam wandelt, so hat die Skepsis nachvollziehbare Ursachen. Diese möchte ich nicht verhehlen, sondern Ihnen nachfolgend in aller gebotenen Kürze darstellen. Meine Hoffnung: Indem ich die Schwierigkeiten der ernährungsmedizinischen Forschung zum Thema Schlanksein offen benenne, gewähren Sie, liebe Leserin, lieber Leser, mir im Anschluss den nötigen Vertrauensvorschuss. Denn nur wenn Sie mir glauben, dass ich die präsentierten Erkenntnisse sorgfältig ausgewählt und geprüft habe, sind Sie nach der Lektüre (hoffentlich) angemessen motiviert, um Ihre Ernährung anzupassen.

SCHWIERIGKEIT 1: DAS WEITE FORSCHUNGSGEBIET

Setzen Ernährungswissenschaftler Studien auf, die sich mit der Frage befassen, was uns schlank macht beziehungsweise schlank hält, wissen sie schon vor der Auswahl ihrer Probanden: Es spielen Dutzende andere Fachgebiete in Ihre Beobachtungen mit hinein – abgesehen von Disziplinen wie Materialforschung und Astrophysik vielleicht. Wenn die Forscher also wirklich gute Arbeit machen wollen, müssen sie umfassend

gebildet sein: Sie sollten beispielsweise über die Einflüsse der Genetik auf unsere Figur ebenso Bescheid wissen wie über medizinisch-physiologische, psychologische und auch soziologische Aspekte, die unser Essverhalten bestimmen. Der Blick über den Tellerrand hinaus ist also Grundvoraussetzung, um überhaupt eine gute Fragestellung entwickeln zu können, anschließend die Probanden richtig auszuwählen – und schließlich die Ergebnisse angemessen zu deuten und einzuordnen. Über diesen klaren Blick verfügen nicht alle Wissenschaftler.

SCHWIERIGKEIT 2: KEIN GOLDSTANDARD

»Macht ein hoher Fleischkonsum dick?« Die Überlegung, wie solch eine Frage zu beantworten wäre, macht eine weitere Herausforderung der Ernährungsforschung deutlich: Erkenntnisse lassen sich in den meisten Fällen nur über sogenannte Beobachtungsstudien gewinnen. Wissenschaftler könnten für Antworten auf die obige Frage beispielsweise den BMI einer großen Anzahl von Fleischfans messen – und mit dem einer ebenso großen Zahl von Veganern vergleichen. Tatsächlich zeigen entsprechende Studien: Begeisterte Fleisch- und Wurst-Esser weisen vergleichsweise häufig Zivilisationskrankheiten wie Adipositas, Krebs und Diabetes auf. Das Problem: Solche Untersuchungen können wechselseitige Beziehungen abbilden, sogenannte Korrelationen, nicht aber ursächliche Zusammenhänge (Kausalitäten) erklären. Denn womöglich ist es nicht (nur) das viele tierische Fett, das die Menschen krank macht. Vielleicht bewegen sich Fleischfans weniger als andere? Oder essen auch ansonsten ungesünder, konsumieren also etwa zu wenig Gemüse? Um wirklich klären zu können, ob Fleisch tatsächlich dick macht, bräuchte es eine sogenannte »randomisierte, kontrollierte« Studie. Wissenschaftler müssten dafür zunächst – möglichst

viele – Probanden mit einem identischen Lebensstil, bestenfalls ähnlichen Herkunftsgeschichten und Erbanlagen finden. Dann würden sie die eine Hälfte der Studienteilnehmer bitten, sehr viel Fleisch zu essen, die andere dagegen bekäme eine rein pflanzliche Ernährung verordnet. Dies müssten Hunderte Probanden idealerweise über mehrere Jahre hinweg durchhalten. Während dieser Zeit würden die Wissenschaftler sie medizinisch begleiten, zum Abschluss der Untersuchung schauen, wer unter welchen Krankheiten leidet – und die Daten der Gruppen vergleichen.

Niemand muss studiert haben, um zu erkennen: Ein solches Studiendesign ist nicht nur praktisch unmöglich, es wäre auch absolut unethisch! Ernährungsmedizinischen Forschern bleibt also in vielen Fällen nichts anderes übrig, als auf Beobachtungs- und Interventionsstudien zu setzen – idealerweise laufen diese über eine längere Zeit. Und immerhin: Etliche valide Hinweise auf die Schlankwirkung einzelner Lebensmittel und spezifischer Ernährungsweisen lassen sich aus solchen Untersuchungen inzwischen gut ableiten. Beurteilen kann ich dies deshalb, weil meine Pa-

INFO

WIE AUSSAGEKRÄFTIG IST DER BMI?

Die allermeisten Studien zum Thema Übergewicht nutzen als Maßzahl den »Body-Mass-Index« (BMI): Dieser Wert beschreibt das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße. Er berechnet sich wie folgt:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Größe in m})^2}$$

Ein gesunder BMI liegt zwischen 18,5 und 24,9. Ab dem Wert 25 beginnt Übergewicht, ab 30 Adipositas (»Fettleibigkeit«) Grad I, ab 35 Adipositas Grad II und ab 40 Adipositas Grad III. Das Problem: Der BMI bezieht wichtige Faktoren wie Körperfettanteil und Fettverteilung nicht ein. Das kann zu Verzerrungen führen: Sportler haben mitunter erhöhte BMI-Werte, da Muskeln mehr wiegen als Fett.

Um das eigene Gesundheitsrisiko einzuschätzen, sollten Sie daher auch das sogenannte Taille-Größe-Verhältnis (Waist-to-Height-Ratio: WtHR) berechnen. Dabei wird der Bauchumfang (Taille in Zentime-

tern) durch die Körpergröße (in Zentimetern) geteilt. Erstrebenswert ist bis zum Alter von 40 Jahren ein Wert unter 0,5 – danach darf sich dieser Grenzwert pro Lebensjahr um 0,01 erhöhen.

Das Taille-Größe-Verhältnis ist Studien zufolge gut geeignet, um das Fettverteilungsmuster eines Menschen zu bewerten. Aus diesem Grund lässt sich damit nicht nur das Gesundheitsrisiko der offensichtlich Übergewichtigen einschätzen, sondern auch das der sogenannten »dicken Dünnen«. Dieser Begriff bezeichnet jene Menschen, die zwar einen normalen BMI haben, aufgrund einer ungünstigen Fettverteilung aber dennoch überdurchschnittlich häufig (und besonders oft unentdeckt) Risikofaktoren für Zivilisationskrankheiten aufweisen – wie etwa Bluthochdruck oder schlechte Blutzucker- und Blutfettwerte. Drei von zehn normalgewichtigen Menschen sind aktuell bereits betroffen!