

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Was geht, was geht nicht?



Ein Erfahrungsbericht von Barbara Rinio

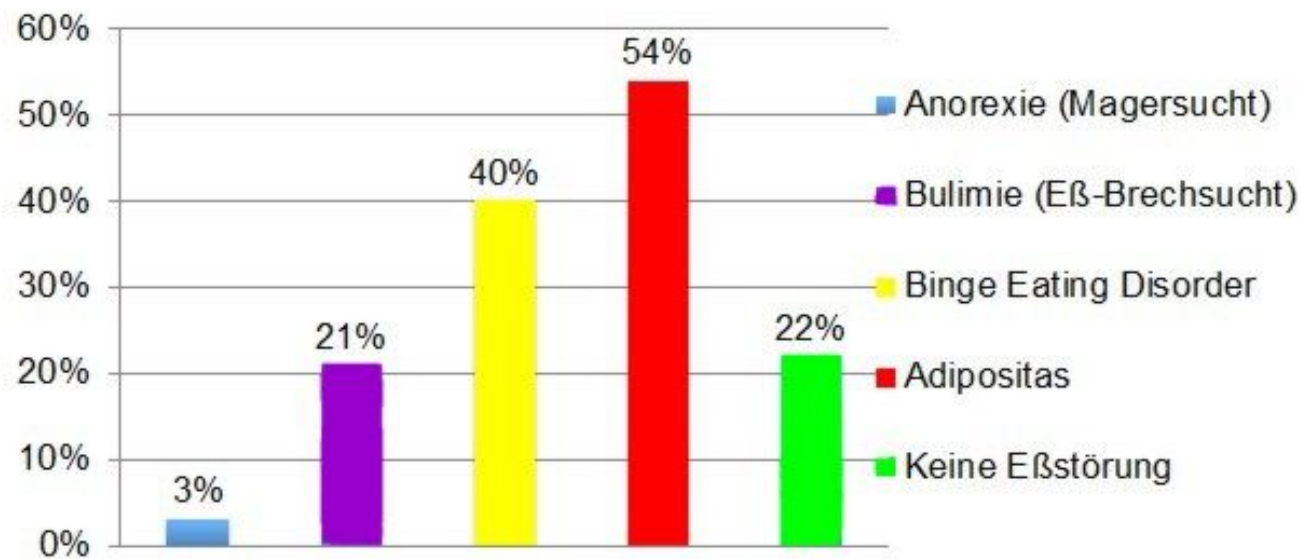
LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Auswertung der Umfrage

Frage 1)

Glauben Sie an einer Form von Eßstörungen erkrankt zu sein und wenn ja, an welcher?

Mehrfachnennungen waren möglich



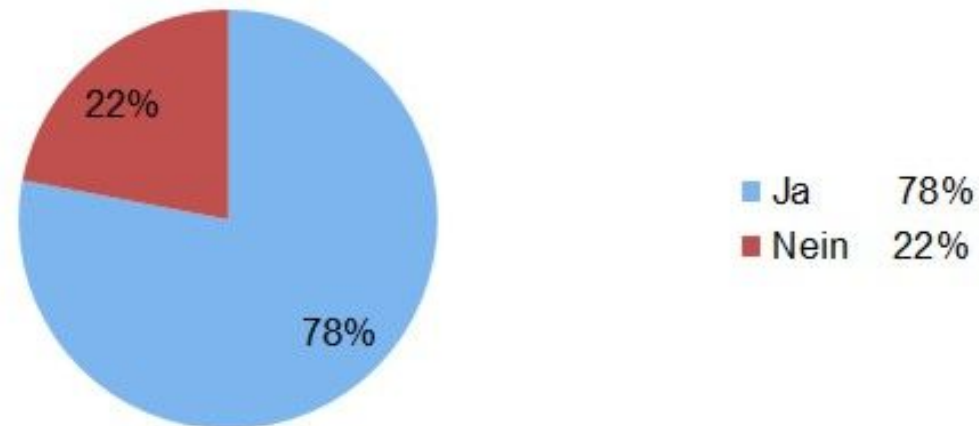
Aus: Umfrage Lipödem und Essstörungen, Nicole Langner, 2016

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Auswertung der Umfrage

Frage 2)

Wurde diese Form der Erkrankung durch einen Arzt (Hausarzt, Facharzt oder Therapeut) diagnostiziert?



Aus: Umfrage Lipödem und Essstörungen, Nicole Langner, 2016

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Binge Eating Disorder (BED) oder Binge Eating Störung (BES)

- Regelmäßig auftretende **Essanfälle**, bei denen große Nahrungsmengen verzehrt werden
- Gefühl von **Kontrollverlust**
- Zeitlich oft nicht so klar begrenzt wie bei Essanfällen bei Bulimie
- Keine gegenregulatorischen Maßnahmen (Erbrechen, Abführmittel, Fasten, Sport) um Gewichtszunahme zu verhindern
- Häufig im Zusammenhang mit emotionalen Reizen
- Oft insgesamt „chaotische“ Essgewohnheiten
- Auch Neigung zum Überessen
- Deutlicher **Leidensdruck**

- Diverse Sonderformen: z. B. Night Eating, Grazing
- Emotionales Essen und Überessen stellen eine Übergangsform dar.

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Ambulante Psychotherapie als Kassenleistung in Deutschland

Voraussetzung:

- Psychotherapeutisch tätige Ärzte oder
- Zugelassene psychologische Psychotherapeuten

Verfahren:

- Psychoanalyse (Langzeit)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeit)
- **Verhaltenspsychotherapie** (Kurzzeit)

Aufenthalt in einer Akutklinik oder Rehaklinik

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

„Mit Lipödem ist es schwer, abzunehmen.“

BODYLOVE / FATACCEPTANCE

Bewegungseinschränkung

„Das Lipödem ist diät- und sportresistent!“

„Mit Methode **xy** und diesen Zusatzprodukten können Sie auch das Lipödem abnehmen. Eine Operation ist nicht nötig!“

„Lipödem? Gibt es gar nicht! Alles eine Frage der Disziplin! Essen Sie mal weniger und bewegen sich mehr.“

Fettlogik überwinden

Stoffwechsel herabgesetzt

Schmerz

„Die meisten Frauen mit Lipödem essen sowieso schon zu wenig und trauen sich überhaupt nicht mehr normal zu essen.“

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Tabelle 4: Typische klinische Merkmale zur Abgrenzung von Lipödem, Lipohypertrophie, Adipositas und Lymphödem.

	Lipödem	Lipohypertrophie	Adipositas	Lymphödem
Fettvermehrung	+++	+++	+++	(+)
Disproportion	+++	+++	(+)	+
Ödem *	+++	∅	(+)	+++
Druckschmerz	+++	∅	∅	∅
Hämatomneigung	+++	(+)	∅	∅

Symbolerklärung:

+ bis +++ vorhanden; (+) möglich; ∅ nicht vorhanden

* Die Ödemausprägung ist variabel und jeweils abhängig vom Ausmaß der Vortherapie sowie vom Stadium der Erkrankung.

Aus: S1-Leitlinie Lipödem, AWMF Registernummer 037-012

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

2.1 Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas

Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Beurteilungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Körpermassenindex [Body Mass Index (BMI)]. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2). Übergewicht ist definiert als BMI 25-29,9 kg/m^2 , Adipositas als BMI $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (Tabelle 4) [1].

Tabelle 4: Klassifikation der Adipositas bei Erwachsenen gemäß dem BMI (modifiziert nach WHO, 2000 [1])

Kategorie	BMI [kg/m^2]	Risiko für Folgeerkrankungen
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 – 24,9	durchschnittlich
Übergewicht	25 – 29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30 – 34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35 – 39,9	hoch
Adipositas Grad III	≥ 40	sehr hoch

Aus: Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas, AWMF-Registernummer 050/001

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

2.2 Bedeutung und Messung der Fettverteilung

Neben dem 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 [4]. Ein einfaches Maß zur Beurteilung des viszeralen Fettdepots ist die Messung des Taillenumfangs [5].

Bei einem Taillenumfang ≥ 88 cm bei Frauen bzw. ≥ 102 cm bei Männern liegt eine abdominale Adipositas vor [1, 6]. Bei Personen mit einem BMI ≥ 25 kg/m² sollte der Taillenumfang gemessen werden.

Aus: Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas, AWMF-Registernummer 050/001

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Waist-to-Hip-Ratio (Tailen-Hüft-Verhältnis)

$$\text{WHR} = \frac{\text{Tailenumfang in cm}}{\text{Hüftumfang in cm}} = \frac{81}{112} = 0.72 \text{ (gerundet)}$$

Waist to Hip Circumference Ratio Standards for Women

	Age	Disease Risk Related to Obesity			
		Low	Moderate	High	Very High
WOMEN	20-29	<0.71	0.71-0.77	0.78-0.82	>0.82
	30-39	<0.72	0.72-0.78	0.79-0.84	>0.84
	40-49	<0.73	0.73-0.79	0.80-0.87	>0.87
	50-59	<0.74	0.74-0.81	0.82-0.88	>0.88
	60-69	<0.76	0.76-0.83	0.84-0.90	>0.90

(Adapted from Heyward VH, Stolarczyk LM: Applied Body Composition Assessment. Champaign IL, Human Kinetics, 1996, p82.)

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Waist-to-Height-Ratio (Taillen-Größe-Verhältnis)

$$\text{WHtR} = \frac{\text{Tailenumfang in cm}}{\text{Körpergröße in cm}} = \frac{81}{174} = 0.47 \text{ (gerundet)}$$

Gesundheitsrisiko Grenze

WHtR unter 40 Jahre > 0,5
40 bis 50 Jahre 0,5 bis 0,6
über 50 Jahre > 0,6

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Die verschiedenen Formeln zur Bestimmung von Übergewicht als Gesundheitsrisiko zeigen bei der typischen Körperform des Lipödems ein recht uneinheitliches Bild.

Beispiel Patientin mit Lipödem
168 cm groß, Taille 90 cm, Hüfte 140 cm,
Gewicht 115 kg, 33 Jahre

Beispielpatientin „Maria“

BMI 40,7 **Adipositas permagna!**

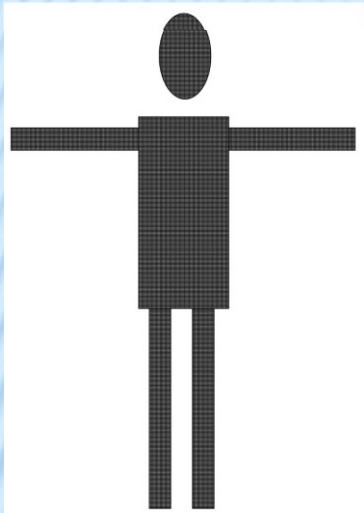
$$\text{WHR} = \frac{90}{140} = 0.64 \text{ (gerundet)}$$

keinerlei Gesundheitsgefahr

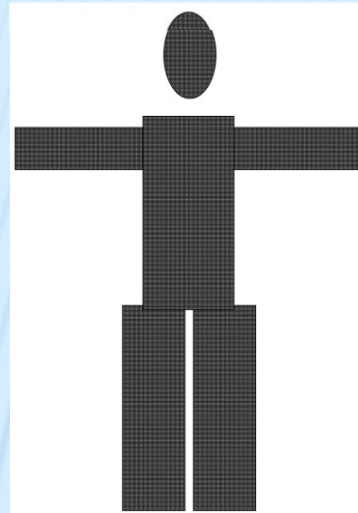
$$\text{WHtR} = \frac{90}{168} = 0.54 \text{ (gerundet)}$$

Gesundheitsgefahr vorliegend

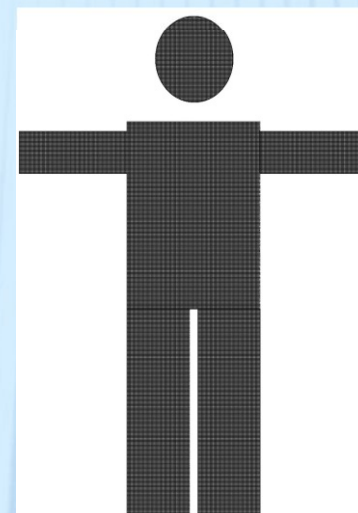
LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



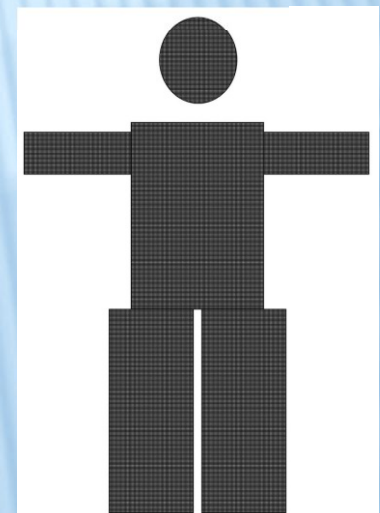
Lipödem ohne zusätzliches Übergewicht, BMI meist unter 30, kann durch das Ödem leicht erhöht sein, deutliche Disproportion zwischen Ober- und Unterkörper



Adipositas ohne Disproportion, BMI laut Definition WHO > 30



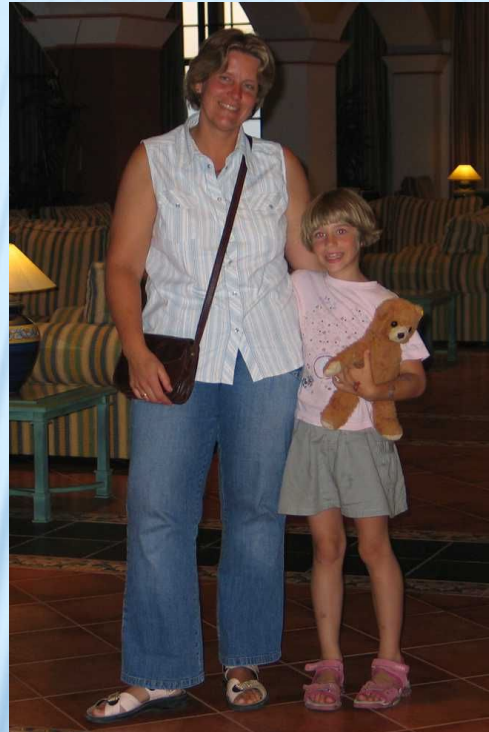
Lipödem und Adipositas: BMI > 30, oft sehr hoch, Disproportion dennoch (deutlich) erkennbar



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



1987
(17 Jahre)
ca. 85 kg
1.74 m



2006 ca. 115 kg



1993 ca. 105 kg

2007
(37 Jahre)
ca. 110 kg



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



Höchstgewicht 2010
126 kg
BMI 42

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Gesundheits-Check-Up 40 Jahre

am 7. September 2010

Hausarzt:

„Soweit alles in Ordnung...

... aber was machen wir denn mal mit dem Gewicht?“

Ich: (seufz)

„Ja, was?“

„Gehen Sie doch mal zur Frau Dr. Schmitter zur Ernährungsberatung. Die macht das so toll und hat schon vielen Patienten geholfen.“

„Aber ich weiß doch eigentlich alles über Ernährung und so... Ich müsste es nur mal endlich durchhalten...“

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Beginn eines neuen Lebens am 9. September 2010:

Medizinische Ernährungsberatung

Erstgespräch:

Problematik besprechen, erste Gewichts- und Körperzusammensetzungsmessung

Aufgabe: eine Woche Essprotokoll schreiben, wie die bisherige Ernährung aussieht (ungeschönt, ehrlich!)

Zweitermin (Einzelberatung):

Analyse des Essprotokolls, zweite Messung, Aushändigung des Tagesplans und Erläuterungen. Nochmal eine Woche Essprotokoll schreiben.

In der Folge wöchentliche Termine in einer offenen Gruppe. Ca. ein Jahr lang!
(Danach alle 2 Wochen ein weiteres Jahr, anschließend alle 4 Wochen...)

Essprotokolle für eine Woche nur selten bei Problemen und Bedarf,
Auch Komorbiditäten werden besprochen.

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



1.11.2010
8 kg leichter
„Ich kann wieder gehen!“

Tagesplan für eine Energiezufuhr von ca. 1500 kcal

Frühstück	100 -120 g Vollkornbrot (-brötchen) $\hat{=}$ 100g Müsli 10 g Margarine oder Butter <i>oder 20g Käse</i> 20 g Konfitüre oder Honig 1 Scheibe fettarmer Aufschnitt* = 30g <i>Wurst/Joghurt</i> 1 Stück Obst (120 g)
Mittagessen	300 g Gemüse 100 g Salat 2 TL Pflanzenöl (Raps- oder Olivenöl) 150 g fettarmes Fleisch <i>3x 50g</i> oder Fisch <i>2x Fisch</i> 200 g Kartoffeln, oder 70 g Reis (roh), <i>1-2 Eier/Do</i> oder 90 g Nudeln (roh) <i>oder 60g Müsliersatz</i> 150 g Naturjoghurt (1,5% Fett)
Abendessen	100 g Vollkornbrot 10 g Margarine oder Butter 60 g fettarmer Aufschnitt* 150 g Gemüse 120 g Obst
Zwischendurch	Mind. 1,5 Liter Wasser, Tee ohne Zucker und Sahne, Kräutertees, keine Früchtetees Rohes Gemüse (z.B. Möhren, Paprika, Gurke, Tomate)

* Wurst mit ca. 20% Fett (gekochter Schinken, Corned beef, Putenbrust, u. ä.)

* Käse bis zu 35 % F.i.Tr. oder 20 g Fett absolut

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

BIA-
Messung
(Bio-
Impedance-
Analysis)

Verlust von
10 kg Körperfett
und 2,5 kg
Körperwasser
innerhalb von
knapp 12 Wochen

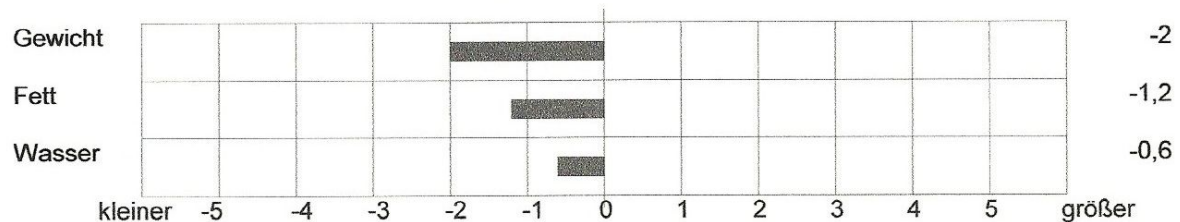
Messwerte und Ergebnisse (Messdatum: 02.12.2010, 18:01:39, Messung Nr. 11)

Alter:	40	Resistance:	534
Größe:	1,73 m	Reactance/Prüfsumme:	51/729
Gewicht:	112,2 kg	Hand-/Fußwiderstand:	127/122
Geschlecht:	Weiblich	Phasenwinkel:	5,5

	Erste Messung* (09.09.2010)	Aktuelle Messung (02.12.2010)	Relatives Optimum (Idealwerte)
Körperwasser	44,3 Liter	41,9 Liter	29,4 - 44,4 Liter
Fettmasse	64,3 kg	55,0 - 54,4 kg	11,1 - 16,7 kg
Magermasse	60,5 kg	57,2 - 57,8 kg	40,2 - 60,7 kg
Extrazelluläre Masse ECM	31,1 kg	29,1 kg	18,9 - 28,5 kg
Body Cell Mass BCM	29,3 kg	28,2 kg	21,3 - 32,2 kg
ECM/BCM Index	1,06	1,03	< 0,90
% Zellanteil	48,5%	49,2%	50,0 - 56,0 %
Body Mass Index BMI	41,7	37,5	19,0 - 25,0
Grundumsatz Kcal	1540	1510	

Stets gilt: Fettmasse + Magermasse = Körpergewicht
Gewichtsdifferenz gesamt: -12,6 kg

Differenzen zur vorherigen Analyse



Eine Mischkost-Mahlzeit sollte enthalten: 650 kcal , davon 60 - 95g Kohlenhydrate, 20-25g Eiweiß und bis 20g Fett

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

× Was geht?

Der Uhu!
(knapp unter 100 kg)
Erreicht in der Mutter-
Kind-Kur im Mai 2011

Walking, Reha-Sport
und Schwimmen
waren zu dieser Zeit
ohne meine
regelmäßigen
Bewegungseinheiten.

„Hey, Sport macht
Spaß!“



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Es folgte ein langes Plateau bei ca. 97 kg von Juni 2011 bis August 2012. Die veränderten Ernährungsgewohnheiten waren längst Alltag. Ein aktives Leben mit viel Sport und Bewegung war die Belohnung.



Arme und Beine allerdings blieben schwer und schmerzhaft.

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

✘ Was geht nicht?



August
2012
Diagnose
Lipödem

Bilder:
Oktober 2012
ca. 92 kg



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



Auf in den Kampf!

89 kg
BMI <30!

Vor Liposuktion, November 2012



2. Liposuktion Januar 2013

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



2010
126 kg
BMI 42

2013
82 kg
BMI 27

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Was geht, was geht nicht?



Abnahme 20 kg



Abnahme 30 kg

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Was geht, was geht nicht?



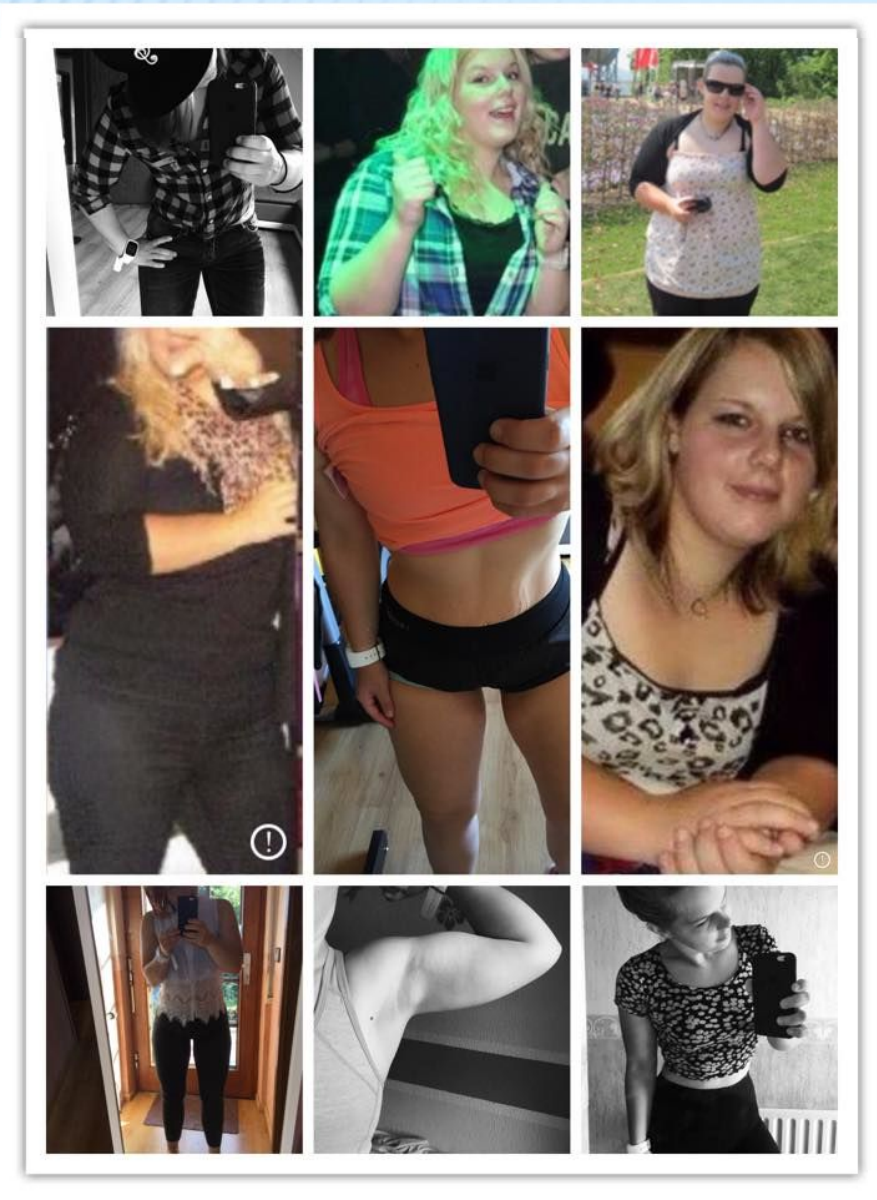
Abnahme 40 kg, Liposuktion 17 l in drei Operationen



Abnahme 30 kg, Liposuktion 17 l
in fünf Operationen

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

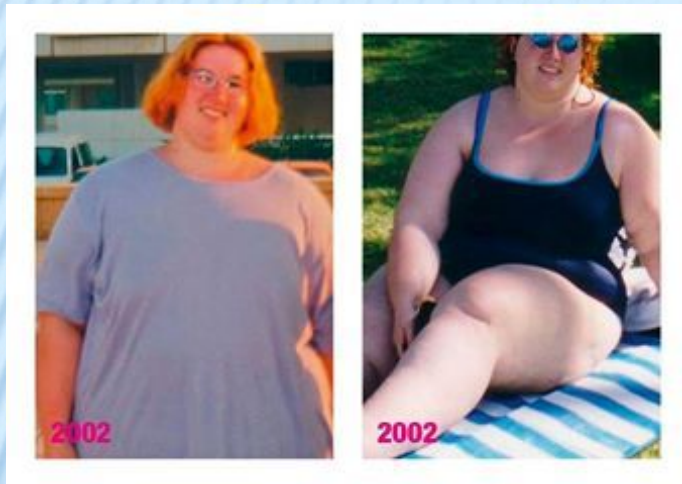
Was geht, was geht nicht?



Abnahme 50 kg,
Diagnose Lipödem Stadium 2

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Was geht, was geht nicht?



Gewichtsabnahme
von 95 kg

Ausbruch des Lipödems
nach Abnahme

9 Hautstraffungen

7 Liposuktionen



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Was geht, was geht nicht?



120 kg

57 kg



80 kg

57 kg

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Fragebogen Lipödem und Gewichtskontrolle

Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

gesicherte Diagnose Lipödem

1. Vermuten Sie bei sich selbst einen Anteil an Übergewicht, der nicht allein auf das Lipödem zurückzuführen ist? ja ein wenig nein

2. Essverhaltensstörung in der Vergangenheit diagnostiziert? ja nein

3. Essverhaltensstörung (aktuell oder früher) selbst vermutet? ja nein

4. Probleme mit emotionalem Essen (Frustr-/Stressessen) ja nein

5. Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben mehr als 10 kg abgenommen?
(Bei mehrfachen Erfahrungen bitte ggf. ein gesondertes Blatt verwenden.)

ja (bitte weiter mit Punkt 6.) nein (bitte weiter mit Punkt 14.)

6. Gewicht vor Abnahme in kg _____ im Alter von _____ Jahren

Abgenommen in kg _____ in einem Zeitraum von _____ Monaten

7. Mit welcher Methode? (ggf. beschreiben) _____

8. Falls Sie das einschätzen können, geben Sie bitte die ungefähre Menge der täglichen Nahrungszufuhr in kcal während der Reduktionsphase an: _____

9. Wie lange konnten Sie den Abnehmerfolg (weitgehend) aufrechterhalten?

_____ Jahre _____ Monate z. Zt. noch in der Reduktion

10. Bestanden zum Zeitpunkt der Abnahme bereits Beschwerden, die auf ein Lipödem hinweisen? ja nein

11. War das Lipödem zum Zeitpunkt der Abnahme bereits diagnostiziert? ja nein

Falls das Lipödem zum Zeitpunkt der Abnahme bereits bestand:

12. Kam es durch die Gewichtsreduktion zu einer Verbesserung der Beschwerden durch das Lipödem oder anderer gesundheitlicher Probleme?

- a) bezüglich des Ödemvolumens
- b) bezüglich der Schmerzintensität
- c) bezüglich der Einlagerungsneigung
- d) verbesserte Beweglichkeit
- e) Besserung anderer Beschwerden welche? _____

13. Kam es durch die Gewichtsreduktion zu einer Verschlechterung der Beschwerden durch das Lipödem bzw. anderer gesunder Beschwerden?

- a) bezüglich des Ödemvolumens
- b) bezüglich der Schmerzintensität
- c) bezüglich der Einlagerungsneigung
- d) aufgrund von Hautüberschüssen
- e) andere gesundheitliche Probleme welche? _____

14. Welche Methoden zur Gewichtsregulierung waren in der Vergangenheit bei Ihnen nicht erfolgreich und warum?

- a) weil nicht durchgehalten _____
- b) wegen eines deutlichen Jojo-Effektes _____
- c) wegen anderer gesundheitlicher Probleme _____
- d) aus anderen Gründen _____

Zusatzfragen (bei Zustimmung bitte ankreuzen, *Nichtzutreffendes* bitte streichen)

- Trotz großer Bemühungen gelingt es mir *nicht* / *nicht mehr* mein Gewicht zu reduzieren, obwohl *ich es dringend möchte* / *es mir ärztlicherseits geraten wurde*.
- Ich leide immer wieder an einer schlechten Willensstärke oder Impulskontrolle, was *mein Essverhalten und / oder meinen Lebensstil* angeht.
- Ich möchte nicht auf alles verzichten und kann mit meinem Gewicht gut leben obwohl es theoretisch zu hoch ist.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Auswertung Fragebogen (25)

Lipödem und Gewicht				Esstörung Diagnose		Esstörung vermutet		Gewicht vor	Alter	Verlust	Zeitraum	Methode	kcal
Alter	Größe	Gewicht	BMI	ja	nein	ja	nein	kg		kg	Monate		
	m	kg											
49	1,69	95	33,3	x		x		168	45	73	24	bariatrische OP	
53	1,58	150	60,1		x	x		85	35	10	12	WW	2500
64	1,65	131	48,1	x		x		127	52	12	1	Reduktion, LC, Sport	1400
48	1,69	59	20,7	x		x		77	44	17	6	Reduktion	1300
33	1,67	70	25,1	x		x		152	21	95	24	Sport, Reduktion, med. Einstellung	1500
26	1,68	110	39,0		x	x		112	12	11	3	Sport, Reduktion (Kur)	1800
34	1,75	94	30,7		x		x	103	33	11	5	WW	
27	1,63	90	33,9	x		x		110	26	20	6	LC/LF	1200
47	1,71	66	22,6	x		x		80	43	25	36	BCM, WW, LC, HCG	700
64	1,65	120	44,1		x	x							
36	1,78	130	41,0		x	x		120	25	27	7	WW	
49	1,77	179	57,1		x	x		205	46	55	14	Optifast (Formulardiät)	800/1200/1800
38	1,7	64	22,1	x		x		76	34	14	3	Sport, FDH, (Bulimie)	1000
48	1,69	85	29,8		x	x		100	45	25	5	"Schlank ohne Diät" med. Einst.	1300
57	1,65	84	30,9		x		x	145	40	60	24 + 12	Programm AOK, Tagebuch FDDB, Sport	1700
46	1,74	86	28,4	x		x		126	40	44	30	med. EB, Reduktion, Sport	2000
27	1,73	77,00	25,7		x	x		93	24	16	4	Reduktion, Essverhaltensbesserung	1500
35	1,68	152,00	53,9		x		x	167	33	25	10	WW	
42	1,80	88,00	27,2		x	x		120	40	47	12	Ketogen, ärztlich begleitet	1400
36	1,73	100,00	33,4	x		x		130	33	36	30		1900
48	1,63	55,00	20,7		x	x		82	38	27	20	WW, Sport	
44	1,60	71,00	27,7		x		x	100	44	29	5	bariatrische OP	
28	1,71	135,00	46,2		x	x		154	27	19	12	WW	1650
35	1,66	83,50	30,3		x	x		103	34	20	11	Kalorien zählen, Sport	1650
26	1,68	90,00	31,9		x		x	80	21	13	5	Low Carb	

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Frage in einer großen Lipödem-Gruppe bei facebook nach
Alter, Größe, Gewicht

29 Frauen unter 30 Jahren: durchschnittlicher **BMI 33,3**

5 x BMI < 25
9 x BMI 25 bis 30
12 x BMI 30 bis 40
4 x BMI > 40

52 Frauen zwischen 30 und 50 Jahren: durchschnittlicher **BMI 33,3**

10 x BMI < 25
13 x BMI 25 bis 30
20 x BMI 30 bis 40
10 x BMI > 40











9 Frauen über 50 Jahren: durchschnittlicher **BMI 41**

1 x BMI < 25
2 x BMI 30 bis 40
6 x BMI > 40

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

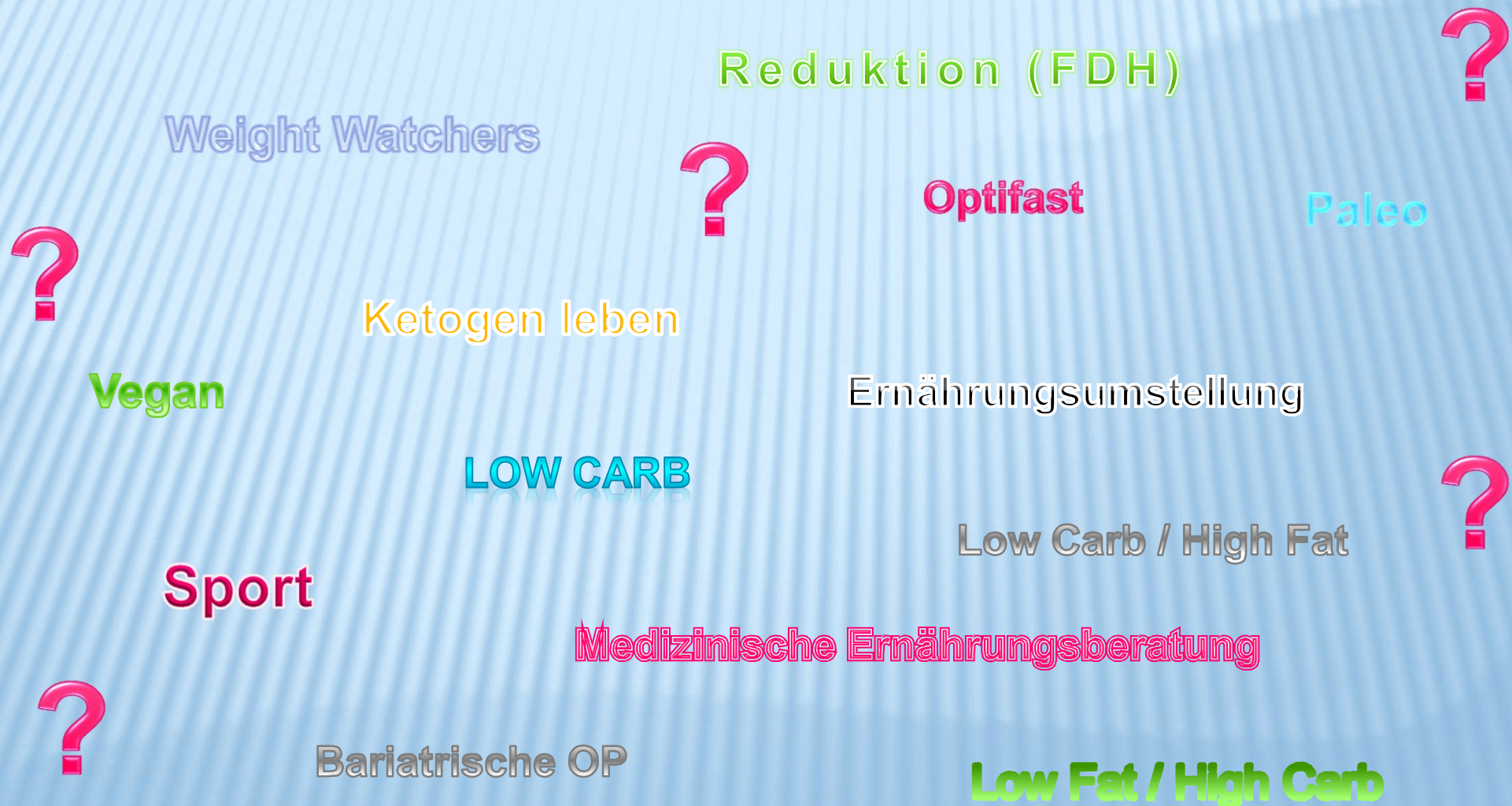
Welche Methode ist die beste?

Frage in einer großen Lipödem-Gruppe bei facebook nach
Methoden der erfolgreichen Gewichtsreduktion bei Lipödem

<input type="checkbox"/> Sport	 +43	<input type="checkbox"/> Low Carb / High Fat	+5
<input type="checkbox"/> Low Carb	 +19	<input type="checkbox"/> Kalorienzählen / Tracken	 +3
<input type="checkbox"/> Verzicht auf Weizen	 +14	<input type="checkbox"/> Vegane Ernährung	 +2
<input type="checkbox"/> Weight Watchers	 +12	<input type="checkbox"/> Ketogene Ernährung	+3
<input type="checkbox"/> Reduktion / FDH	 +8	<input type="checkbox"/> Paleo	+2
<input type="checkbox"/> Ich bin operiert	 +5	<input type="checkbox"/> Vegetarier /vegetarische Ernährung	+1
<input type="checkbox"/> Verzicht auf Zucker	+8	<input type="checkbox"/> Slow Carb	+1
<input type="checkbox"/> (weitgehender) Verzicht auf Zucker	 +5	<input type="checkbox"/> Ernährungskonzept der Krankenkasse / medizinische Ernährungsberatung	
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme nach Liposuktion ohne Veränderung der Ernährungsgewohnheit	 +5	<input type="checkbox"/> Metabolic Balance	
<input type="checkbox"/> Kalorien zählen - Menge LEISTUNGSumsatz für ZIELgewicht	 +5	<input type="checkbox"/> Basische Ernährung	

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Welche Methode ist die beste?



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Welche Methode ist die beste?

Egal welche Ernährungsform:

Es muss für eine Gewichtsreduktion **mehr verbraucht als zugeführt** werden.

Grundumsatz + Leistungsumsatz = Gesamtbedarf

Nachhaltige Reduktion:

Gesamtbedarf minus 300 bis 500 kcal / Tag

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Bestimmung Grundumsatz / Gesamtbedarf

	Erste Messung	4. Messung	5. Messung	6. Messung	7. Messung	8. Messung	Aktuelle Messung	Normalwerte	
Datum	09.09.2010	20.02.2013	21.05.2013	04.06.2013	03.07.2013	10.10.2013	09.01.2014	---	
Zeit	10:30	10:31	10:32	10:41	10:11	16:16	17:18	---	
Messung Nr.	1	4	5	6	7	8	9	---	
Woche	-	128	141	143	147	161	174	---	
Gewicht	124,8	83,2	85,3	83,5	84,0	85,1	82,6	---	kg
Gewichtsdifferenz		-41,6	2,1	-1,8	0,5	1,1	-2,5	---	kg
Body Mass Index BMI	41,7	27,8	28,5	27,6	27,7	28,1	27,3	19,0 - 25,0	
Körperfett (korr.) in kg	64,7	28,2	30,0	28,1	28,5	29,4	27,3	13,9 - 24,2	kg
Körperfett (korr.) in %	51,8	33,9	35,2	33,7	33,9	34,5	33,1	23,3 - 35,0	%
Körperwasser	45,0	41,8	41,4	42,3	39,1	37,6	37,7	29,9 - 36,9	l
Magermasse	61,4	57,1	56,6	57,8	53,4	51,4	51,6	40,8 - 50,4	kg
Extrazelluläre Masse ECM	31,1	27,1	29,7	27,0	26,3	24,2	24,3	19,1 - 25,0	kg
Body Cell Mass BCM	30,3	29,9	26,9	30,8	27,1	27,2	27,3	20,4 - 26,6	kg
ECM/BCM-Index	1,03	0,91	1,11	0,88	0,97	0,89	0,89	0,80 - 1,10	
%-Zellanteil	49,3	52,5	47,5	53,3	50,7	52,9	53,0	47,7 - 55,4	%
Grundumsatz	1570	1560	1470	1590	1470	1470	1480		Kcal
Phasenwinkel	5,5	6,1	5,1	6,3	5,7	6,2	6,2	5,2 - 6,8	°
Körperfett in kg (unkorr.)	63,4	26,1	28,7	25,7	30,6	33,7	31,0	13,9 - 24,2	kg
Extrazelluläres Wasser ECW								10,0 - 14,6	l
Intrazelluläres Wasser ICW								19,4 - 21,7	l
Widerstand R	490	477	489	473	547	590	579	---	
Reaktanz Xc	47	51	44	52	55	64	63	---	
Checksumme s	412	315	322	883	263	309	580	---	

Bio-Impedanz-Analyse

= BIA-Messung

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Bestimmung Grundumsatz / Gesamtbedarf

Die Harris-Benedict-Formel, die häufig bei Online-Rechnern zur Ermittlung des Grundumsatzes herangezogen wird, berücksichtigt die Faktoren Alter, Größe, Gewicht.

Fettmasse an sich erhöht aber nicht den Grundumsatz, sondern nur die Muskelmasse. Daraus resultieren bei hohem Fettanteil erhebliche Fehler.

Grundumsatz nach der Harris-Benedict-Formel für Frauen

$$655 + [9,6 * \text{Körpergewicht (kg)}] + [1,8 * \text{Körpergröße (cm)}] - [4,7 * \text{Alter (Jahre)}] = \text{kcal / Tag}$$

Bsp.

$$655 + 9,6 * 83 + 1,8 * 174 - 4,7 * 46 = 1550$$

Bsp. Maria

$$655 + 9,6 * 115 + 1,8 * 168 - 4,7 * 33 = 1900$$

Achtung:
zu hoch!

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Bestimmung Grundumsatz / Gesamtbedarf

Präziser Kalorienverbrauch Rechner

Körpergewicht [kg]:	<input type="text" value="115"/>	Bsp. „Maria“
Körperfettanteil [%]:	<input type="text" value="58"/>	
Aktivitätsfaktor:	<input type="text" value="fast nur liegen und sitz"/>	(Sitzende Tätigkeit)
<input type="button" value="Berechnen"/>		
Fettfreie Masse [kg]:	<input type="text" value="49"/>	
Grundumsatz [kcal]:	<input type="text" value="1365"/>	
Leistungsumsatz [kcal]:	<input type="text" value="615"/>	
Täglicher Bedarf [kcal]:	<input type="text" value="1979"/>	

Gesamtbedarf ca. 2000 kcal
Reduktion 400 kcal / Tag
Ziel in der Reduktionsphase ca. 1600 kcal / Tag

Quelle: www.fitness-experts.de

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Spezielle Ernährungsempfehlungen bei Lipödem

a) Ernährung

Körperliche Aktivität und Ernährungsumstellung können zwar das Übergewicht reduzieren, nicht aber die ausschließlich Lipödem-bedingte disproportionale Fettgewebsvermehrung an den Extremitäten beseitigen.

Prinzipiell sollte eine Gewichtszunahme vermieden bzw. Normalgewicht angestrebt werden, da Übergewicht und Adipositas zur Verstärkung der Ödemkomponente beitragen (Marshall 2008 a, 2008 b). Indikationen zur Gewichtsreduktion sind nach der S3- Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft ein BMI ab 30 kg/m² oder eine Erkrankung, die durch Übergewicht verschlimmert werden kann, wie es beim Lipödem der Fall ist. Grundlage einer Gewichtsreduktion sollte dabei immer eine Kombination aus ernährungs-, bewegungs- und ggf. verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sein und sowohl die Phase der Gewichtsreduktion als auch die langfristige Stabilisierung umfassen

Aus: S1-Leitlinie Lipödem, AWMF Registernummer 037-012

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Ernährungsempfehlungen bei Lipödem

Eine lipödemspezifische Diät gibt es nicht. Da hohe Insulinspiegel die Lipogenese fördern und über die Insulinresistenz auch die Ödembildung verstärken, scheint eine Ernährung sinnvoll, bei der Blutzucker- und Insulinspitzen vermieden und ausreichende Pausen zwischen den Mahlzeiten eingehalten werden (isoglykämische Ernährung). Es sollte dabei beachtet werden, dass die Gewichtsreduktion nicht zu Lasten der Muskelmasse, sondern der Fettmasse erfolgt (Larsen 2010, Ebbeling 2012, Faerber 2014).

Zusätzlich findet sich unter den Betroffenen ein hoher Anteil von Patientinnen mit verschiedenen Essstörungen (Stutz 2013). Bei diesen sollte eine Ernährungsumstellung mit psychologischer Betreuung erfolgen.

Aus: S1-Leitlinie Lipödem, AWMF Registernummer 037-012

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Ernährungsempfehlungen bei Lipödem

Also doch alles nur eine Frage der Ernährung und Bewegung?

Der Erfolg einer Gewichtsreduktion bei vorliegendem Lipödem hängt davon ab, **wie groß der Anteil an ernährungsbedingtem Übergewicht** ist. Die Fettvermehrung durch das Lipödem kann einschließlich Wassereinlagerung einen erheblichen Anteil am Übergewicht haben, der tatsächlich durch Ernährung und Bewegung nicht beeinflussbar ist.

Das bedeutet: Nicht jede Lipödem-Patientin kann ihr Gewicht bis ins Normalgewicht reduzieren. Für Viele ist bereits ein Gewichtsverlust von einigen BMI-Punkten ein großer Erfolg und Gewinn an Lebensqualität.

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Ernährungsempfehlungen bei Lipödem

Auswertung der Umfrage

Frage 26)

Verschlechterte sich Ihr Hautbild oder kam es zu einer Umfangsvermehrung des Lipödems nach starken bulimischen oder anorektische Phasen?

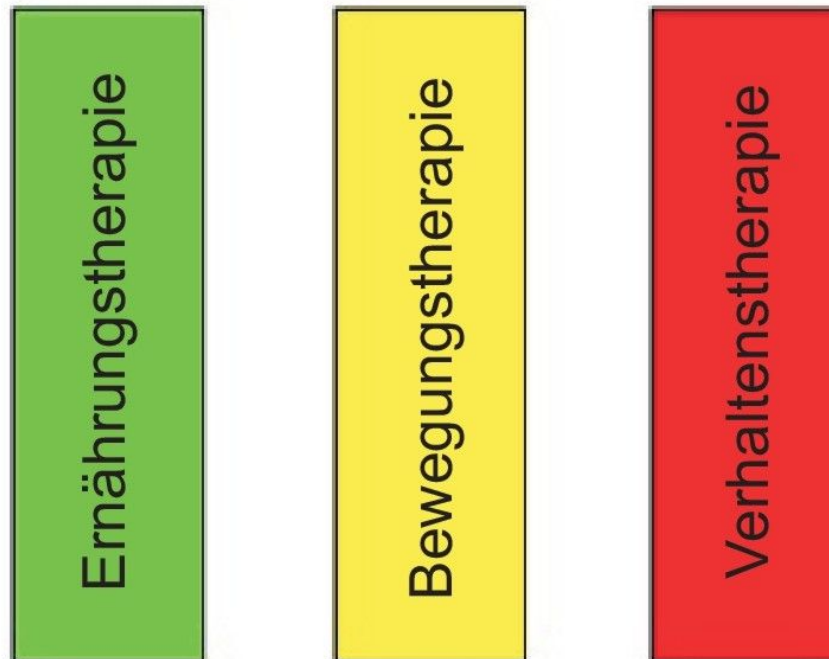
62% ja, insbesondere nach starken Phasen der Mangelernährung und dem Versuch danach wieder normal zu essen.

Aus: Umfrage Lipödem und Essstörungen, Nicole Langner, 2016

Es ist dringend vor jeder Form von Radikalkur zu warnen!
Ein tägliches Kaloriendefizit von 500 kcal gegenüber dem Gesamtbedarf sollte nicht überschritten werden.

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

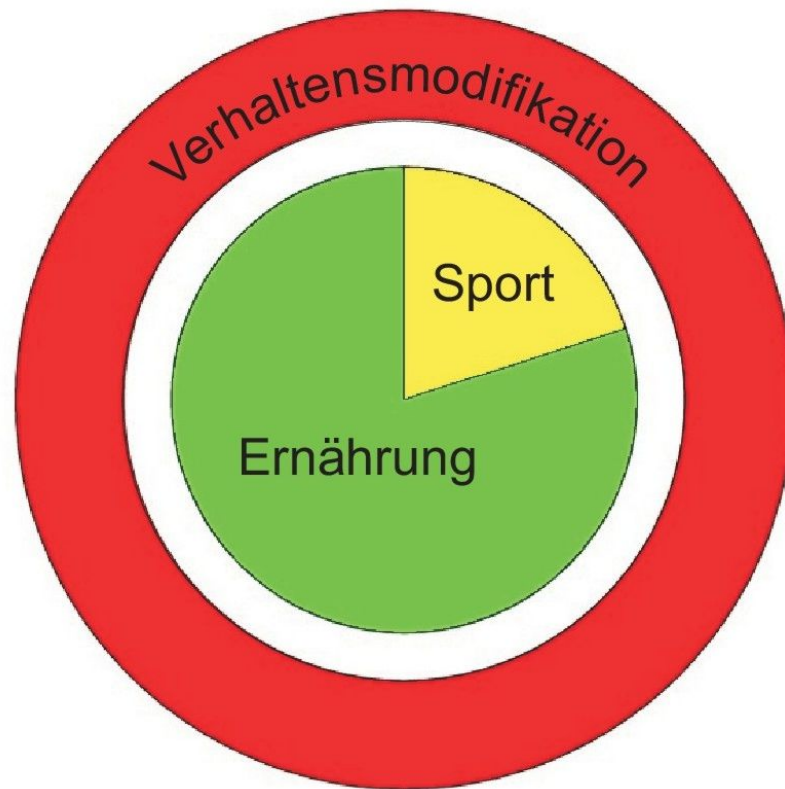
Strategien zum Gewichtsmanagement



Die drei Säulen zur Gewichtsreduzierung

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Strategien zum Gewichtsmanagement



Abnehmen beginnt im Kopf!

Ernährung bringt ca. 70 %
Sport bringt ca. 30 %.

Verhaltensmodifikation ist
die Grundvoraussetzung für
Beides.

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Multimodale verhaltenstherapeutische Programme bei Adipositas

- Modifikation des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens
- Dadurch negative Energiebilanz
- Bei vier- bis sechsmonatiger Behandlung Reduktion von 5 bis 10 % des Körpergewichts

- Besondere Herausforderung: Gewicht halten!
- Erhaltungstherapie

Nichtkommerzielle Programme: M.O.B.I.L.I.S., Lean and healthy (internetbasiert), „Ich nehme ab“ (DGE), Doc Weight (DGEM)

Kommerzielle Programme z. B. Weight Watchers, Optifast

Achtung: (teilweise) Kostenübernahme durch Krankenkasse!

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



Kurskosten: 1.705,- €

Die meisten Krankenkassen erstatten ihren Versicherten bei regelmäßiger Teilnahme einen Teil der Kosten.

Diese Informationen erhielten Sie von:

Gemeinschaftspraxis
Dr. Marjana Schmitter
Hausärztliche Internistin
Dr. Joachim Voß
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hauptstr. 166 · 44652 Herne
Tel. 02325 / 54 53 Fax 7 65 36
1891230

(Praxisstempel)

www.docweight.de




Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.
in Kooperation mit dem
Verband der Diätassistenten -
Deutscher Bundesverband e.V.




**Gemeinsam für ein
leichteres und
gesünderes Leben.**

Schwerpunktpraxis für
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM





DOC WEIGHT®

... ist ein **Therapieprogramm** zum aktiven und dauerhaften Gewichtsmanagement.

Ein Team aus Ernährungsmedizinem, Diätassistenten, Psychologen und Sportfachkräften unterstützt Sie auf Ihrem Weg zu einem leichteren und gesünderen Leben.

Innerhalb des Gruppenprogramms trainieren Sie schrittweise die Umstellung Ihrer Ess- und Trinkgewohnheiten. Unter fachlicher Anleitung werden Sie zu einem aktiven und bewegten Lebensstil motiviert.

Das integrierte Verhaltenstraining hilft Ihnen, die Veränderungen dauerhaft in Ihrem Leben zu verankern und umzusetzen.

Wer kann teilnehmen?

Das Programm richtet sich an Erwachsene mit einem BMI (body mass index) von mehr als 40 kg/(m)². Wenn Begleiterkrankungen wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder ähnliches vorliegen, ist eine Teilnahme ab einem BMI > 35 kg/(m)² möglich.

Welche Teilnahme-Voraussetzungen gibt es?

Ihre eigene Motivation zu einer dauerhaften Lebensstilveränderung sollte hoch sein. Die Notwendigkeit der Maßnahme wird von Ihrem Hausarzt bescheinigt.

Wie lange dauert das Programm?

Das Programm läuft über 52 Wochen.

Wie viele Personen können an einem Kurs teilnehmen?

Die Gruppen umfassen 8-12 Teilnehmer.

Was erwartet mich?

- Medizinische Eignungs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung
- 25 interaktive Gruppensitzungen bestehend aus
 - > 2 ärztlich geleiteten Einheiten zu Beginn und am Ende des Kurses
 - > 12 Einheiten Verhaltenstraining
 - > 10 Einheiten Ernährungstraining
 - > 1 Einheit Bewegungstraining
- 2 Einzelberatungen Ernährung
- 2 praktische Ernährungseinheiten (1 x Lehrküche und 1 x Einkaufstraining)
- 40 praktische Bewegungseinheiten (Aquafitness, Walking/Nordic-Walking)
- Individuelle Abschlussbesprechung mit dem Arzt und gemeinsame Planung weiterer Schritte



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Tipps zum Thema Ernährung

- Ggf. Grundlagen Ernährung lernen (Fachliteratur, Internet)
- Ggf. Grundlegende Fähigkeiten Kochen und Nahrungszubereitung erlernen
- Gruppe Gleichgesinnter suchen
- Medien sinnvoll nutzen (Apps, Internetgruppen)
- Essprotokoll schreiben und analysieren bzw. analysieren lassen
- Informieren über Ernährungsformen, eine Ernährungsform auswählen, und dann voll durchziehen!

- Frühere erfolgreiche Abnahmen zeigen, dass man es kann!
- Fehler dabei (z. B. anschließende Gewichtszunahme) zeigen, was man zukünftig anders machen muss.

- **An den Erfolg glauben!**

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

MyFitnessPal

Kalorien verbleibend

2.040 - 2.517 + 1.322 = **845**

Ziel Nahrungs-... Training Verbleibend

Gaertnerin1970 vor 13 Minuten

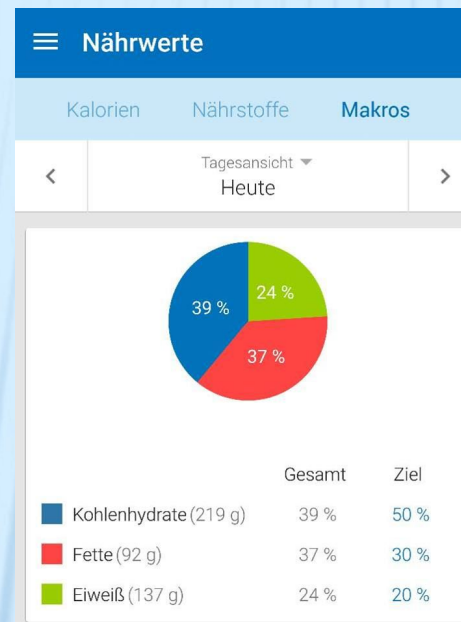
hat ihr Ernährungs- und Trainingstagebuch fertig gestellt für den [25.07.2016](#) und lag unter ihrem Kalorienziel

Gefällt mir Kommentieren

Gaertnerin1970 vor 5 Stunden

hat [1.322](#) Kalorien verbrannt durch [135](#) Minuten Ausdauertraining, inkl. "Schwimmen, Freistil, leichte/mäßige Anstrengung"

1 "Gefällt mir"-Angabe



Apps auf dem Smartphone vereinfachen das „Kalorien-Zählen“. Essprotokolle können so leicht erstellt werden.

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Tipps zum Thema Bewegung / Sport

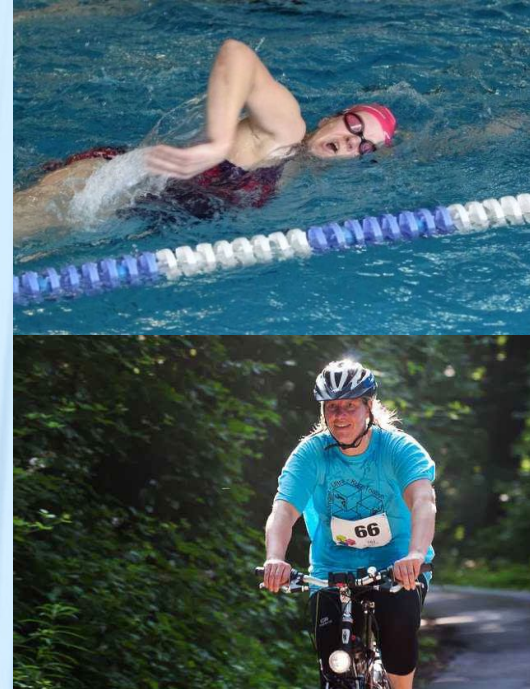
- Kraftsport erhöht den Muskelanteil und damit den Grundumsatz.
- Ausdauersport verhilft zu mehr Fitness und ist wichtig für Herz und Kreislauf.
- Reha-Sport-Maßnahmen werden sogar von der KK übernommen. (Verordnung meist durch Orthopäden)
- Jede sportliche Betätigung ist gut.
- Sportarten wählen, die Spaß machen.
- Bewegung in den Alltag einbauen (Fahrrad, zu Fuß gehen)
- Sport und Bewegung als Ausgleich zur Arbeit ansehen
- **Achtung: Kompression beim Sport ist Pflicht!**
- Bewegung im Wasser wirkt als Lymphdrainage. (Kompression ist aufgrund des Wasserdrucks nicht nötig.)

LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS



Kraft-Training

z. B.
Mitgliedschaft
im Sportstudio,
Übungen zu
Hause oder
draußen



Cardio-Training (Ausdauer)



z. B. Mitglied-
schaft im Verein,
jederzeit draußen
oder drinnen
(eigenes Gerät)
Kurse im Studio



LIPÖDEM UND ERNÄHRUNGSBEDINGTE ADIPOSITAS

Tipps zum Thema Verhaltensmodifikation (Beispiele)

- **Flexible Kontrolle einüben und beibehalten**
- Nur innerhalb der Mahlzeiten essen
- Nicht hungrig einkaufen
- Süßigkeiten und Knabberartikel nicht oder nur gering bevorraten
- Kleiner (!) süßer Nachtisch hilft beim Verzicht
- Deichbruchphänomen erkennen und beenden („Jetzt hab ich schon xy gegessen, jetzt ist es für heute auch egal...“)
- Umgang mit den Themen „Auswärts essen“ und „Einladungen“
- Zu wenig Zeit zum Vorbereiten des Essens z. B. für die Arbeit?
- Planung und Struktur
- Impulskontrolle
- Oft Wiederholung des Gelernten notwendig, weitere Begleitung in der Haltephase

- **Zum Teil sehr individuelle Problemlösungen nötig**

