

Gary Taubes

Warum wir dick werden

Leseprobe

[Warum wir dick werden](#)

von [Gary Taubes](#)

Herausgeber: Unimedica



Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Copyright:

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.de

<https://www.narayana-verlag.de>

Narayana Verlag ist ein Verlag für Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise. Wir publizieren Werke von hochkarätigen innovativen Autoren wie Rosina Sonnenschmidt, Rajan Sankaran, George Vithoulkas, Douglas M. Borland, Jan Scholten, Frans Kusse, Massimo Mangialavori, Kate Birch, Vaikunthanath Das Kaviraj, Sandra Perko, Ulrich Welte, Patricia Le Roux, Samuel Hahnemann, Mohinder Singh Jus, Dinesh Chauhan.

Narayana Verlag veranstaltet Homöopathie Seminare. Weltweit bekannte Referenten wie Rosina Sonnenschmidt, Massimo Mangialavori, Jan Scholten, Rajan Sankaran & Louis Klein begeistern bis zu 300 Teilnehmer

Inhalt

<i>Hinweis des Autors</i>	VII
<i>Einführung – Die Ursünde</i>	XIII
BUCH 1: BIOLOGIE, NICHT PHYSIK	1
1 <i>Warum waren Sie dick?</i>	2
2 <i>Die kaum zu registrierenden Vorzüge einer Essensreduktion</i>	24
3 <i>Die kaum zu registrierenden Vorzüge von körperlicher Betätigung</i>	33
4 <i>Die Bedeutung von zwanzig Kalorien am Tag</i>	55
5 <i>Warum ich? Warum an dieser Stelle? Warum gerade zu diesem Zeitpunkt?</i>	61
6 <i>Thermodynamik für Dummies – Teil 1</i>	72
7 <i>Thermodynamik für Dummies – Teil 2</i>	78
8 <i>Labilität</i>	81

BUCH 2: DAS EINMALEINS DER FETTLLEIBIGKEIT	91
9 Die Hauptsätze der Fettleibigkeit	92
10 Ein historischer Exkurs über „Lipophilie“	115
11 Ein Leitfaden über die Regulierung von Fettspeicherung und -abbau	122
12 Warum ich dick werde und du nicht (oder umgekehrt)	142
13 Was wir tun können	151
14 Gesammelte Ungerechtigkeiten	158
15 Warum Diäten erfolgreich sind und scheitern	163
16 Ein historischer Exkurs über die dick machenden Kohlenhydrate	169
17 Fleisch oder pflanzliche Nahrung?	188
18 Die Beschaffenheit einer gesunden Ernährung	202
19 Umsetzung	239
 NACHWORT ZU DIESER AUSGABE	263
Antworten auf häufig gestellte Fragen	264
 ANHANG	277
Die „Keine-Zucker-keine-Stärke“-Diät	278
Danksagungen	286
Referenzen	288
Index	310
Über den Autor	317

Einführung – Die Ursünde

Im Jahr 1934 zog eine junge deutsche Kinderärztin namens Hilde Bruch in die USA, ließ sich in New York City nieder und war, wie sie später schrieb, „erschrocken“ darüber, wie viele dicke Kinder sie sah – „wirklich dicke Kinder, nicht nur in den Sprechstunden, auch auf den Straßen, in den U-Bahnen und in den Schulen“. Die hohe Anzahl an fettleibigen Kindern in New York war so auffallend, dass andere europäische Einwanderer Hilde Bruch darauf ansprachen, weil sie davon ausgingen, dass sie wissen würde, woran das lag. Was ist denn mit den US-amerikanischen Kindern los, fragten sie. Warum sind sie so aufgedunsen und aufgebläht? Viele sagten, dass sie noch nie so viele dicke Kinder gesehen hätten.

Heute, da wir ständig daran erinnert werden, dass sich das Problem der Fettleibigkeit – wie überall in der entwickelten Welt – epidemieartig ausbreitet, hören wir ständig solche Fragen oder stellen sie uns selbst. Die gleiche Frage wird über dicke Erwachsene gestellt. Warum sind sie so aufgedunsen und aufgebläht? Oder vielleicht fragen Sie sich auch selber: Warum bin ich so dick?

Aber Hilde Bruch machte ihre Beobachtung Mitte der 1930er-Jahre in New York, zwei Jahrzehnte bevor die ersten Kentucky-Fried-Chicken- und McDonald's-Filialen eröffneten und das Fast Food, wie wir es heute kennen, geboren wurde. Es war ein halbes Jahrhundert vor den Supersize-Portionen und der Verwendung von Maissirup mit hohem Fruchtzuckergehalt. Wichtiger noch: 1934 war ein Jahr mitten während der Großen Depression, einer Zeit, die geprägt war von noch nie dagewesener Arbeitslosigkeit, von Suppenküchen und Schlangen

von Bedürftigen, an die Nahrungsmittel verteilt wurden. Jeder vierte US-Amerikaner war arbeitslos. 60 % der US-Amerikaner lebten in Armut. In New York City, wo Hilde Bruch und die mit ihr gekommenen Einwanderer so erstaunt über die vielen dicken Kinder waren, galt jedes vierte Kind als mangelernährt. Wie konnte das sein?

Ein Jahr nach ihrer Ankunft in New York richtete Hilde Bruch am Columbia University College of Physicians and Surgeons eine Sprechstunde zur Behandlung übergewichtiger Kinder ein. 1939 veröffentlichte sie den ersten von zahlreichen Berichten über ihre intensiven Studien an den vielen übergewichtigen Kindern, die sie behandelt hatte, wenn auch nahezu ausnahmslos ohne Erfolg. Durch Interviews mit ihren Patienten und deren Familien hatte sie erfahren, dass die betroffenen Kinder tatsächlich zu viel aßen, so sehr sie selber oder ihre Eltern dies auch anfänglich bestritten haben mochten. Doch der Rat, weniger zu essen, bewirkte nichts, und egal wie viele Anweisungen, Ratsschläge oder Ermahnungen sie auch erteilte und egal wie viel Mitleid sie aufbrachte – nichts schien zu helfen.

Laut Hilde Bruch war die schlichte Tatsache nicht zu übersehen, dass diese Kinder ihr ganzes Leben lang versucht hatten, weniger zu essen, um ihr Gewicht unter Kontrolle zu bringen, oder zumindest darüber nachgedacht hatten, weniger zu essen, und dennoch dick geblieben waren. Einige dieser Kinder, berichtete Bruch, „unternahmen gewaltige Anstrengungen, um abzunehmen und gaben praktisch ihr bisheriges Leben auf, um dieses Ziel zu erreichen.“ Doch ein niedrigeres Gewicht zu halten, bedeutete, „sich so zu ernähren, dass sie praktisch immer Hunger litten“, und das konnten sie schlicht und einfach nicht, obwohl ihre Fettleibigkeit sie unglücklich und zu sozialen Außenseitern machte.

Eine von Bruchs Patientinnen war ein zartes Mädchen im Teenageralter, das „im wahrsten Sinne des Wortes in Bergen von Fett verschwand“. Dieses Mädchen hatte sein ganzes Leben lang gegen sein Gewicht und die Bemühungen seiner Eltern

angekämpft, es beim Abnehmen zu unterstützen. Es wusste, was es tun musste, oder glaubte zumindest, es zu wissen, genau wie seine Eltern, nämlich weniger essen. Der ständige Kampf darum bestimmte das Dasein dieses Mädchens. „Mir war immer klar, dass dein Leben davon bestimmt wird, was du für eine Figur hast“, stellte es Hilde Bruch gegenüber klar. „Ich war immer unglücklich und deprimiert, wenn ich zugenommen habe. Es gab nichts, wofür es sich zu leben lohnte ... Ich habe mich regelrecht gehasst. Ich konnte es einfach nicht ertragen. Ich wollte mich nicht sehen. Ich hasste Spiegel. Sie zeigten mir, wie dick ich war ... Ich habe mich nie dabei wohlgefühlt zu essen und dick zu werden – aber ich habe einfach keine Lösung für mein Problem gesehen, und deshalb bin ich immer dicker geworden.“

So wie das zarte Mädchen, von dem Bruch berichtet, verbringen viele von uns, die übergewichtig oder fettleibig sind, einen großen Teil ihres Lebens damit zu versuchen, weniger zu essen oder zumindest nicht zu viel zu essen. Manchmal gelingt uns das, manchmal scheitern wir, aber der Kampf geht immer weiter. Für einige beginnt der Kampf wie für die Patienten von Hilde Bruch in der Kindheit. Für andere beginnt er mit zwanzig als frischgebackene Studienanfänger, im ersten Jahr weg von zu Hause, wenn sich um die Taille und an den Hüften auf einmal diese Fettpolster bilden. Wieder andere werden sich zwischen dreißig und vierzig oder zwischen vierzig und fünfzig dessen bewusst, dass das Schlankbleiben auf einmal nicht mehr so mühelos ist, wie es einmal war.

Wenn wir dicker sein sollten, als die medizinischen Autoritäten dies für gut befinden, und wir aus irgendeinem Grund einen Arzt aufsuchen, wird dieser uns wahrscheinlich mehr oder weniger nachdrücklich nahelegen, dieses Problem anzugehen. Fettleibigkeit und Übergewicht, werden wir unterrichtet, erhöhen für nahezu jede chronische Krankheit, die einen ereilen kann, das Risiko, an einer oder mehrerer dieser Krankheiten zu erkranken – Herzleiden, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Demenz, Asthma. Wir werden ermahnt, regelmäßig Sport zu treiben, eine

Diät zu machen und weniger zu essen, als ob der Gedanke oder der Wunsch, dies zu tun, uns noch nie durch den Kopf gegangen wäre. „Häufiger als bei jeder anderen Krankheit“, so Bruch über Fettleibigkeit, „gehen die Patienten nur zum Arzt, um sich von diesem zu einem ganz besonderen Trick ermuntern zu lassen, nämlich weniger zu essen, nachdem sie bereits selber die Erfahrung gemacht haben, dass dieser Trick nicht funktioniert.“

Die Ärzte, die zu der Zeit von Hilde Bruch praktiziert haben, waren nicht unbedacht, und die heutigen sind es auch nicht. Sie sind nur von einem mangelhaften Glaubenssatz überzeugt – einem Paradigma –, der sie davon ausgehen lässt, dass der Grund, aus dem wir dick werden, eindeutig und unbestreitbar ist und das Gleiche auch für die Abhilfe gelten muss. Wir werden dick, sagen uns unsere Ärzte, weil wir zu viel essen und/oder uns zu wenig bewegen, weshalb das Heilmittel darin bestehe, das Gegenteil zu tun. Zumindest sollten wir, wie Michael Pollan es so eingängig in seinem Bestseller *In Defense of Food* [deutsch: *Lebens-Mittel: Eine Verteidigung gegen die industrielle Nahrung und den Diätenwahn*] empfohlen hat, „nicht zu viel essen“, das würde schon reichen. Wenigstens würden wir dann nicht noch dicker werden. Diese Sichtweise hat Bruch 1957 als die „in den USA vorherrschende Ansicht“ beschrieben, „der zufolge das Problem der Fettleibigkeit einfach nur darauf zurückzuführen ist, dass die Betroffenen mehr essen, als der Körper benötigt.“ Inzwischen ist dies weltweit die vorherrschende Ansicht im Hinblick auf die Ursache von Fettleibigkeit.

Wir können dies als „Kalorienaufnahme-Kalorienverbrauch“-Paradigma oder als „Überernährungs“-Paradigma bezeichnen – oder auch als „Energiebilanz“-Paradigma, wenn wir es fachsprachlich ausdrücken wollen. Laut Weltgesundheitsorganisation „ist die grundlegende Ursache von Fettleibigkeit und Übergewicht eine unausgewogene Energiebilanz, ein Ungleichgewicht zwischen aufgenommenen Kalorien einerseits

und verbrauchten Kalorien andererseits.“¹ Wir werden dick, wenn wir mehr Energie aufnehmen, als wir verbrauchen (also, in wissenschaftlicher Terminologie, eine positive Energiebilanz aufweisen), und wir nehmen ab, wenn wir mehr Energie verbrauchen, als wir aufnehmen (also eine negative Energiebilanz aufweisen). Nahrung liefert Energie, und wir messen diese Energie in Kalorien. Wenn wir also mehr Kalorien aufnehmen, als wir verbrauchen, werden wir dicker. Wenn wir weniger Kalorien aufnehmen, als wir verbrauchen, nehmen wir ab.

Diese Denkweise über unser Gewicht ist so einleuchtend und so verbreitet, dass es heutzutage praktisch unmöglich ist, nicht zu glauben, dass es sich so verhält. Obwohl wir über jede Menge Beweise verfügen, die das Gegenteil belegen – und egal, wie viel Zeit unseres Lebens wir bewusst, jedoch erfolglos damit verbracht haben zu versuchen, weniger zu essen und uns mehr zu bewegen –, ist es wahrscheinlicher, dass wir unsere Urteilsfähigkeit und Willenskraft infrage stellen als diesen Glaubenssatz, der besagt, dass unser Gewicht dadurch bestimmt wird, wie viele Kalorien wir aufnehmen und verbrauchen.

1 Derartige offizielle Feststellungen werden allgemein verbreitet. Hier noch einige weitere Beispiele. Die Centers for Disease Control and Prevention der USA: „Gewichtskontrolle ist einzig und allein eine Frage des Gleichgewichts. Es geht darum, die Menge der Kalorien, die man aufnimmt, mit der Menge an Kalorien, die der Körper verbrennt, in Einklang zu bringen.“ Der Medical Research Council von Großbritannien: „Auch wenn die Zunahme von Fettleibigkeit nicht auf einen einzelnen Faktor zurückgeführt werden kann, ist der Grund schlicht und einfach in dem Ungleichgewicht zwischen aufgenommener Energie (durch die Nahrung, die wir zu uns nehmen) und verbrauchter Energie (vor allem durch körperliche Betätigung) zu finden.“ INSERM, das französische nationale Institut für Gesundheit und medizinische Forschung: „Überschüssiges Körpergewicht ist immer einer Folge eines Ungleichgewichts zwischen aufgenommener und verbrauchter Energie.“ Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit: „Übergewicht ist die Folge einer zu hohen Energiezufuhr im Vergleich zum Energieverbrauch.“

Index

A

Adrenalin 137
 Afroamerikaner 16, 197
 Alkohol 157, 175, 282
 Altern 235
 Alzheimer 197
 Aminosäuren 204–205, 207
 Appetit 33, 42, 46–48, 51, 78–79, 84, 88–89, 105, 253
 Pervertierter-Appetit 84, 88, 116–117
 Armut und Fettleibigkeit 6–7, 13, 15–17, 19–21, 35, 124
 Asthma 238
 Atherosklerose 230, 232
 Avocado 280

B

Ballaststoffe 24, 165, 267–268, 285
 Unverdauliche 153, 193
 Bauchspeicheldrüse 125, 129, 136, 138, 145, 149, 232, 237
 Bier 57, 151, 157, 164, 205, 280
 Bierbauch 67, 71, 157
 Blutdruck 147, 226, 228, 232, 234, 257, 258, 272
 Blutfett. *Siehe* Lipide
 Bluthochdruck 195, 216, 232, 234, 259, 279
 Blutzucker 124–126, 130, 133, 136, 137, 140, 144–145, 147–152, 155–158, 160–161, 192, 206, 232, 234–237, 259, 273, 282
 Body Mass Index 69
 Bouillon 279
 Butter 209, 224, 256, 281

C

Cholesterin 14, 187, 202, 209, 212, 215, 219, 222–226, 228–229, 233–235, 257, 272
 HDL 147, 221–225, 228, 230, 232, 272
 LDL 213, 218, 220–221, 224–225, 229, 231
 Citrat 157
 Cortisol 138

D

Desserts 281
 Diabetes 18–19, 34, 53, 87, 134, 149, 157, 174, 208, 214, 226, 232–238, 241–242, 266, 269–270, 272–273, 275
 Diät 39, 51, 81, 92, 96, 101, 110, 120, 123, 163–168, 179–180, 186.
Siehe auch Ernährung
 600-Kalorien-am-Tag 31
 Atkins 225–228, 240–241, 247, 264–265, 269
 Banting 176
 Essen-Sie-so-viel-Sie-wollen 181
 Fleischreich 174, 180, 188, 260, 265, 268
 Hungern 26, 30, 78–80, 83, 101, 109–113, 124, 167, 204, 249–254, 283
 Kein-Zucker-keine-Stärke 278–286
 Ketogene 207–208
 Mittelmeer 15, 224
 Nahrungsmittel 186, 244, 283
 Ornish 227
 Paleo 266–267

- Ratgeber 98, 240, 260
 - Scheitern 83–84, 96, 120, 163–168, 245, 249
 - Traditionelle 227
 - Umsetzung 239–261
 - Zone 227
- E**
- Eier 169, 179, 205, 209, 221–222, 224–225, 241, 256, 266, 279, 281, 283
 - Eierstöcke 92–96, 107, 130
 - Endokrinologie 82, 116, 118, 122, 178, 183, 242
 - Energie
 - Energiebedarf 42, 141
 - Energiebilanz 55, 57, 59–60, 68, 73, 97
 - Energiedichte von Nahrungsmitteln 165, 211–212, 237
 - Energieerhaltung 73, 103
 - Energiegehalt in Nahrungsmitteln 5, 264
 - Energiegewinnung 133, 146–148, 247, 253–255, 256, 264–265, 271–272
 - Energieverbrauch 34, 35, 41–43, 46–47, 50, 51–53, 58–59, 78–80, 83, 86, 93–94, 105–106, 109, 113–114, 117, 250, 253–254, 264
 - Energievorrat 100
 - Energiezufuhr 194, 254
 - Epilepsie 208
 - Ernährung 220. *Siehe auch* Diät, Mangelernährung, Unterernährung
 - Ausgewogene 202–208
 - Empfohlene 166, 184, 187, 191, 195, 198, 213
 - Ernährungspyramide 184, 191
 - Evolution und 188, 194, 206
 - Fettarme 24–25, 72, 163–165, 171, 191, 212–218, 223, 226, 231, 235, 255, 259, 269, 281
 - Fettreiche 186, 212, 225–226, 228–229, 235, 255, 264, 269
 - Gesunde 202–237
 - Insulin beeinflusst durch 147, 151
 - Jäger und Sammler 190–194, 266
 - Kalorienreduzierte 28–31, 108, 110, 167, 182, 223, 226, 269, 283
 - Kohlenhydratreduzierte 171, 177, 181, 184, 187, 192, 201–202, 206, 208–209, 212, 225, 228, 231, 235, 240, 242, 244, 249, 252–253, 255, 258, 260–261, 264, 267, 275–276, 282–285
 - Kohlenhydratreiche 124, 141, 151, 163, 171, 213, 223, 230, 259, 268, 271, 273, 275
 - Mittelmeerdiät 14–15, 224
 - Proteinreiche 225, 255–256
 - Und chronische Krankheiten 195–201
 - Vegane 246, 265
 - Vegetarische 191, 199, 200, 246
 - Westliche 194–199
 - Essensreduktion 24–31
 - Evolution 101–102, 188, 194, 206, 212, 266
- F**
- Fasten 31, 120, 244
 - Fett
 - Energie in 56
 - Fettanteil 66, 100, 106, 107, 180, 184, 256
 - Speicherung 93–94, 108, 112–113, 115–116, 123–141, 143–147, 271
 - Fettarm. *Siehe auch* Ernährung, fettarme
 - Nahrungsmittel 166, 186, 221–222, 283

Fettkonsum, zu hoher 168, 213–214, 217–218, 228, 252, 258, 273

Fettleber 157, 238

Fettleibigkeit. *Siehe auch* Armut und Fettleibigkeit

- Das Einmaleins der Fettleibigkeit 91–272
- Fettleibigkeitsepidemie 4–6, 13, 33, 35–37, 87, 148–149, 154, 172, 214, 232
- Fettleibigkeitsforschung 28–29, 79, 84

Fettregulierung 96–104, 108, 109, 111, 115–116, 118–123, 133, 168, 183, 245, 264, 275

Fettreich. *Siehe auch* Ernährung, fettreich

- Nahrungsmittel 165, 187, 225

Fettsäuren 127–128, 131, 133–134, 136–138, 140, 157, 159, 186–187, 202, 205, 207, 209–214, 216–222, 224–231, 233, 269, 274

Fettspeicher 100–101, 112, 248, 275

Fettspeicherung und -abbau VI–XXV, 96–97, 99–100, 102, 109, 111, 115–116, 118–119, 122–141, 168, 245, 264, 275

Fettstoffwechsel 124, 127, 130, 132, 245

Fettzellen 94–96, 103, 111, 123–129, 132–134, 136, 138, 140, 144–147, 156, 167, 232, 234, 245, 252, 253

Fisch 10, 31, 175, 178, 181, 184, 191, 194, 198–199, 226, 241, 255, 256, 267, 279

Fleisch 14–15, 31, 34, 67, 173, 175–176, 178, 181, 184, 187, 191–193, 194, 197–200, 205, 256, 266–267,

270, 278, 281, 285. *Siehe auch* Diät, fleischreich

Frauen 96, 149, 177, 181, 221, 243

- Armut und Fettleibigkeit 6–7, 16–23
- Brustkrebs 196
- Fettarme Diät 24–25, 217–218
- Fettverteilung in 61–62, 67–69, 99, 131
- Kohlenhydratreduzierte Diät 244
- Pima 8–12
- Sioux 13

Fruchtsäfte 151, 164, 280, 285

Fruchtzuckergehalt, Maissirup mit hohem 154–155, 162, 167, 233, 285

Fructose 125, 154–157, 161, 164, 167, 273, 285

G

Geflügel 31, 178, 181, 184, 194, 226, 241, 267, 278, 281

Gehirn 161–162, 207, 250

Gemüse 24, 173, 191, 193, 198–200, 206, 217–218, 247, 278–280, 284, 285

- Blattgemüse, grünes 153, 204–205, 241–242, 246, 248, 267
- Grünes 154, 165, 167, 179, 267–268, 279
- Stärkehaltiges 240, 246, 265, 267

Gene 63–67, 77, 99, 103, 116, 118–119, 142, 148, 189, 194–195, 222, 243, 270, 276

- Manipulation 65, 107–113

Getränke 282

Gewicht halten 11, 26, 31, 35, 38, 40, 55, 57–59, 158, 186, 213, 252, 259, 265

Gewichtskontrolle 46, 49, 51, 183, 274

Gewichtsverlust 25–26, 28, 31, 33, 43, 49–50, 96, 167, 181, 182, 203, 212, 227–228, 245, 247–248

Gewürzgurken 280

Gicht 234–235, 238, 257

Glucose 120, 125–126, 128, 133, 136, 144–146, 149–150, 152, 155–157, 159, 161, 174, 205–208, 256, 273, 285

Glucoseintoleranz 147, 232

Glycerol 128, 134, 207

Glykämischer Index 152, 192, 246, 265

Glykogen 126, 130, 143, 146, 161

H

Harnsäure 234

Herzerkrankungen 14, 24, 102, 155, 184–187, 195, 201–203, 209–214, 218–224, 226–227, 229, 231–234, 238, 266, 269, 273, 275

High-fructose corn syrup.
Siehe Maissirup mit hohem Fruchtzuckergehalt

Hindus 199, 200

HIV 70–71

Hormone 82, 94, 96–97, 99, 114, 119–120, 129, 136–137, 142, 243, 264–265, 275. *Siehe auch* Östrogene, Testosteron, Insulin

Anomalien 236, 275

Sexualhormone 92, 94, 99, 131, 137

Wachstumshormone 105, 137

Hormonsensitive Lipase (HSL) 133–134, 136, 138, 142

Hunger 11, 23, 51–52, 92, 120–121, 127, 140–141, 159, 204, 254, 268, 271, 278. *Siehe auch* Diät, hungern
Heißhunger 86, 160–162, 249–250, 253, 282

Hyperinsulinämie 273. *Siehe auch* Insulinresistenz

Hypoglykämie 259

I

Insulin 125–126, 129, 132–152, 155–161, 165, 167, 185, 193, 206–207, 223, 232–237, 243–244, 250, 258–259, 264, 271–272, 275–276

Insulinresistenz 138, 144–149, 156, 160, 228, 232–236, 250, 273–274

Inuit 192, 197, 199–200, 256, 268

J

Jäger und Sammler 190–194, 266

K

Kalorien

Fettkalorien 165–166, 203

Gesamtkalorien 58, 165, 191, 192–193, 198, 226–227, 256

Kalorienreduziert. *Siehe* Ernährung, kalorienreduzierte

Kalorienreich 154, 164, 225

„leere“ 155, 278

Zählen 72, 180, 264, 283

Zwanzig, am Tag 55–60, 139

Kalorienaufnahme-Kalorienverbrauch-Konzept 19, 33, 40–41, 55–60, 63, 67, 69, 71, 73, 81–82, 87, 93, 102, 170, 260

Käse 279

Keto-Anpassung 257

Ketogene Diäten 207

Kinder 5–8, 13–16, 21–23, 60, 63, 104, 112, 118, 148–149, 181, 251

Knollenfrüchte 193, 266

Koffein 282

Kohlenhydrate 169

Gesamtkohlenhydratgehalt 285

In Alkohol 157, 282

Kohlenhydrate...

Kohlenhydratkonsum, zu hoher 179, 194, 203–206, 223, 228, 233, 238, 243–251, 257, 264–265, 272, 274–275

Kohlenhydratreich 157, 160, 179, 183, 193, 202, 236, 254. *Siehe auch* Ernährung, kohlenhydratreiche

Leere 278

Leicht verdaulich 145, 159, 211, 250, 273–274, 274

Raffinierte 194, 203–204, 240, 265, 273–274

Und Insulin 129, 134, 135, 139, 161, 264

Kohlenhydratreduktion 158, 203–204, 209, 246, 250, 265, 267, 273, 274–275. *Siehe auch* Ernährung, kohlenhydratreduzierte

Kohlenhydratentzug 257

Speiseplan 283

Körperfett 25, 47–48, 52, 61, 68, 94, 98–99, 106, 108–113, 118–119, 151, 175, 182, 237, 247, 271–272

Körperliche Arbeit 12, 17, 20, 33, 35

Krankheiten, chronische 34, 45, 189, 195–196, 203, 210, 265–266, 272–273

Krebs 5, 24, 34, 88, 102, 172, 195–196, 199, 236–238, 266, 269, 272–273, 275

Brust 196–197, 216, 218, 237

Darm 197, 218

Lungen 151, 158, 162, 198, 203

L

Leber 126, 134, 136, 140, 145, 155–156, 161, 174, 207, 232, 234, 269

Leberverfettung 156, 238

Limettensaft 280

Lipide 68, 228, 276

Lipidabweichungen 232

Lipodystrophie, progressive 68–70

Lipoproteinlipase (LPL) 94–96, 99, 130–133, 136, 138, 142

M

Maasai 199, 200, 268

Mais 270

Maissirup mit hohem Fruchtzucker-
gehalt 154–155, 162, 167, 233, 280, 285

Maltose 157, 285

Mangelernährung 6, 14–16, 20–22

Männer, Fettverteilung in 67–68, 99, 131

Mayonnaise 280

Medikamente 31, 71, 221, 259, 283
Cholesterinsenkende 213, 215, 219–220

Meeresfrüchte 279

Mehl 151, 157, 169, 170, 178, 193, 200–201, 267, 273

Mengen 282

Menopause 96, 131

Metabolisches Syndrom 231–238, 242, 269, 272–273, 275

Mineralien 14, 155

Muskeln 52, 67, 74, 110–113, 132–133, 140–141, 143, 145–148, 156, 160, 168

Muskelzellen 94, 126, 130–134, 141, 145–147, 167, 232

N

Nährstoffe 112–113, 142, 148, 159, 161, 166–167, 171, 191, 195, 204–205, 211–212, 264, 266, 278

Natrium 234, 258, 268, 279

Nieren 110, 206, 234, 258

O

Obst 24, 153–154, 156, 173, 175, 191, 194, 198–200, 206, 217–218, 241, 247, 271, 280, 283

Öle 281

Ölsäure 224

Oliven 280

Olivenöl 15, 224, 240, 281

Östrogen 94, 96, 99, 131, 243

Oxidativer Stress 235

P

Paleo-Diät 266–267

Pima 8–13, 16

Protein

Proteinanteil 182, 256

Proteingehalt 191, 255

Proteinkonsum, zu hoher 168, 252, 258

Tierisches 153

Proteinreich 130, 225, 255–256

Pubertät 16, 68–69, 105

S

Saccharose 154–155, 233, 273

Sahne 280

Salat 279

Schlaf 126, 139, 207, 274

Schlaganfall 195, 218, 232

Schlankheit 6, 10, 37, 57–60, 63, 68–70, 102, 113–114, 142, 146–147, 158, 209–211, 237–238, 243, 269–270, 273

Schmalz 224

Schwangerschaft 131, 149

Sioux 13, 19, 22

Snacks. *Siehe* Zwischenmahlzeiten

Softdrinks 5, 7, 151, 154–155, 164, 167, 200

Sojasaucen 280

Speiseplan, kohlenhydratreduziert 283

Sport 5, 7, 20, 33, 34, 36–39, 42–46, 49–50, 51, 53, 55, 61, 71, 78, 80, 84, 113, 117, 123, 132, 143, 147, 167, 172, 176, 180, 202, 222, 227, 254, 258, 271. *Siehe auch* Training

Stärke 152, 155, 165, 170–171, 174–176, 186, 192, 194, 204, 241, 278. *Siehe auch* Kohlenhydrate
Kein-Zucker-keine-Stärke-Diät 280–285

Steatopygie 61–62, 99

Stoffwechsel 77, 80, 118, 147–148, 208. *Siehe auch* Metabolisches Syndrom

Stoffwechselstörungen 107, 147, 232–233

Stress 121, 138

Sucht 211, 250

Sukrose 285

Süßigkeiten 5, 158, 161, 167, 171–172, 178, 186, 194, 200, 241

Süßstoffe, künstliche 154–155, 251, 281

T

Testosteron 131, 243

Thermodynamik 72–80, 103, 202

Tierische Produkte 175, 205, 225, 245, 256

Tierische Fette 224

Tierisches Protein 153

Vitamin C 206

Trägheit. *Siehe* Bewegungsmangel, Völlerei

Training 33, 42, 44, 49, 52, 132, 164, 167. *Siehe auch* Sport

Transfette 224, 281

Triglyceride 94, 127–128, 130, 133–134, 136, 138, 165, 207, 221, 229, 234–235

U

Überernährung 4, 20, 73, 76
 Übergewicht. *Siehe* Fettleibigkeit
 Unterernährung 14, 21–22, 60, 117.
Siehe auch Mangelernährung

V

Vegan. *Siehe* Ernährung, vegane
 Vegetarisch. *Siehe* Ernährung, vegetarische
 Verdauung 125–127, 139, 151, 170, 193
 Verstopfung 268
 Viszerales Fettgewebe 269
 Vitamine 14, 154–155, 204–205
 Vitamin A 45, 205
 Vitamin B 204–206
 Vitamin B12 205
 Vitamin C 45, 154, 205–206
 Vitamin D 205
 Vitamin E 205
 Völlerei 20–21, 81–82, 96–97, 111, 113–114, 117, 119, 121. *Siehe auch* Trägheit

W

Wachstum 21, 97, 105–107, 112, 114
 Faktoren 237
 Weltgesundheitsorganisation 5, 36, 55, 196, 218, 269

Z

Zellen 79–80, 94–95, 98, 124–128, 130, 133–134, 140–142, 144–145, 148–149, 159, 161, 167, 205–206, 234, 256. *Siehe auch* Muskelzellen, Fettzellen
 Zitronensaft 280
 Zone-Diät 227
 Zucker 12, 125, 153–157, 165, 169–171, 174–176, 178–179, 183, 186–187, 192, 193–194, 198, 200, 203–204, 210–211, 233, 236, 240, 241, 243, 246, 247, 265–268, 269, 272–274, 285. *Siehe auch* Fructose, Glucose, Maissirup
 Kein-Zucker-keine-Stärke-Diät 278–286
 Sucht 161–162, 250–251
 Zucker-Ratten 109–111
 Zwillinge 63–64
 Zwischenmahlzeiten 187, 253, 280
 Zytokine 234

Inhalt

<i>Hinweis des Autors</i>	VII
<i>Einführung – Die Ursünde</i>	XIII
BUCH 1: BIOLOGIE, NICHT PHYSIK	1
1 <i>Warum waren Sie dick?</i>	2
2 <i>Die kaum zu registrierenden Vorzüge einer Essensreduktion</i>	24
3 <i>Die kaum zu registrierenden Vorzüge von körperlicher Betätigung</i>	33
4 <i>Die Bedeutung von zwanzig Kalorien am Tag</i>	55
5 <i>Warum ich? Warum an dieser Stelle? Warum gerade zu diesem Zeitpunkt?</i>	61
6 <i>Thermodynamik für Dummies – Teil 1</i>	72
7 <i>Thermodynamik für Dummies – Teil 2</i>	78
8 <i>Labilität</i>	81

BUCH 2: DAS EINMALEINS DER FETTLLEIBIGKEIT	91
9 Die Hauptsätze der Fettleibigkeit	92
10 Ein historischer Exkurs über „Lipophilie“	115
11 Ein Leitfaden über die Regulierung von Fettspeicherung und -abbau	122
12 Warum ich dick werde und du nicht (oder umgekehrt)	142
13 Was wir tun können	151
14 Gesammelte Ungerechtigkeiten	158
15 Warum Diäten erfolgreich sind und scheitern	163
16 Ein historischer Exkurs über die dick machenden Kohlenhydrate	169
17 Fleisch oder pflanzliche Nahrung?	188
18 Die Beschaffenheit einer gesunden Ernährung	202
19 Umsetzung	239
 NACHWORT ZU DIESER AUSGABE	263
Antworten auf häufig gestellte Fragen	264
 ANHANG	277
Die „Keine-Zucker-keine-Stärke“-Diät	278
Danksagungen	286
Referenzen	288
Index	310
Über den Autor	317

Einführung – Die Ursünde

Im Jahr 1934 zog eine junge deutsche Kinderärztin namens Hilde Bruch in die USA, ließ sich in New York City nieder und war, wie sie später schrieb, „erschrocken“ darüber, wie viele dicke Kinder sie sah – „wirklich dicke Kinder, nicht nur in den Sprechstunden, auch auf den Straßen, in den U-Bahnen und in den Schulen“. Die hohe Anzahl an fettleibigen Kindern in New York war so auffallend, dass andere europäische Einwanderer Hilde Bruch darauf ansprachen, weil sie davon ausgingen, dass sie wissen würde, woran das lag. Was ist denn mit den US-amerikanischen Kindern los, fragten sie. Warum sind sie so aufgedunsen und aufgebläht? Viele sagten, dass sie noch nie so viele dicke Kinder gesehen hätten.

Heute, da wir ständig daran erinnert werden, dass sich das Problem der Fettleibigkeit – wie überall in der entwickelten Welt – epidemieartig ausbreitet, hören wir ständig solche Fragen oder stellen sie uns selbst. Die gleiche Frage wird über dicke Erwachsene gestellt. Warum sind sie so aufgedunsen und aufgebläht? Oder vielleicht fragen Sie sich auch selber: Warum bin ich so dick?

Aber Hilde Bruch machte ihre Beobachtung Mitte der 1930er-Jahre in New York, zwei Jahrzehnte bevor die ersten Kentucky-Fried-Chicken- und McDonald's-Filialen eröffneten und das Fast Food, wie wir es heute kennen, geboren wurde. Es war ein halbes Jahrhundert vor den Supersize-Portionen und der Verwendung von Maissirup mit hohem Fruchtzuckergehalt. Wichtiger noch: 1934 war ein Jahr mitten während der Großen Depression, einer Zeit, die geprägt war von noch nie dagewesener Arbeitslosigkeit, von Suppenküchen und Schlangen

von Bedürftigen, an die Nahrungsmittel verteilt wurden. Jeder vierte US-Amerikaner war arbeitslos. 60 % der US-Amerikaner lebten in Armut. In New York City, wo Hilde Bruch und die mit ihr gekommenen Einwanderer so erstaunt über die vielen dicken Kinder waren, galt jedes vierte Kind als mangelernährt. Wie konnte das sein?

Ein Jahr nach ihrer Ankunft in New York richtete Hilde Bruch am Columbia University College of Physicians and Surgeons eine Sprechstunde zur Behandlung übergewichtiger Kinder ein. 1939 veröffentlichte sie den ersten von zahlreichen Berichten über ihre intensiven Studien an den vielen übergewichtigen Kindern, die sie behandelt hatte, wenn auch nahezu ausnahmslos ohne Erfolg. Durch Interviews mit ihren Patienten und deren Familien hatte sie erfahren, dass die betroffenen Kinder tatsächlich zu viel aßen, so sehr sie selber oder ihre Eltern dies auch anfänglich bestritten haben mochten. Doch der Rat, weniger zu essen, bewirkte nichts, und egal wie viele Anweisungen, Ratsschläge oder Ermahnungen sie auch erteilte und egal wie viel Mitleid sie aufbrachte – nichts schien zu helfen.

Laut Hilde Bruch war die schlichte Tatsache nicht zu übersehen, dass diese Kinder ihr ganzes Leben lang versucht hatten, weniger zu essen, um ihr Gewicht unter Kontrolle zu bringen, oder zumindest darüber nachgedacht hatten, weniger zu essen, und dennoch dick geblieben waren. Einige dieser Kinder, berichtete Bruch, „unternahmen gewaltige Anstrengungen, um abzunehmen und gaben praktisch ihr bisheriges Leben auf, um dieses Ziel zu erreichen.“ Doch ein niedrigeres Gewicht zu halten, bedeutete, „sich so zu ernähren, dass sie praktisch immer Hunger litten“, und das konnten sie schlicht und einfach nicht, obwohl ihre Fettleibigkeit sie unglücklich und zu sozialen Außenseitern machte.

Eine von Bruchs Patientinnen war ein zartes Mädchen im Teenageralter, das „im wahrsten Sinne des Wortes in Bergen von Fett verschwand“. Dieses Mädchen hatte sein ganzes Leben lang gegen sein Gewicht und die Bemühungen seiner Eltern

angekämpft, es beim Abnehmen zu unterstützen. Es wusste, was es tun musste, oder glaubte zumindest, es zu wissen, genau wie seine Eltern, nämlich weniger essen. Der ständige Kampf darum bestimmte das Dasein dieses Mädchens. „Mir war immer klar, dass dein Leben davon bestimmt wird, was du für eine Figur hast“, stellte es Hilde Bruch gegenüber klar. „Ich war immer unglücklich und deprimiert, wenn ich zugenommen habe. Es gab nichts, wofür es sich zu leben lohnte ... Ich habe mich regelrecht gehasst. Ich konnte es einfach nicht ertragen. Ich wollte mich nicht sehen. Ich hasste Spiegel. Sie zeigten mir, wie dick ich war ... Ich habe mich nie dabei wohlgefühlt zu essen und dick zu werden – aber ich habe einfach keine Lösung für mein Problem gesehen, und deshalb bin ich immer dicker geworden.“

So wie das zarte Mädchen, von dem Bruch berichtet, verbringen viele von uns, die übergewichtig oder fettleibig sind, einen großen Teil ihres Lebens damit zu versuchen, weniger zu essen oder zumindest nicht zu viel zu essen. Manchmal gelingt uns das, manchmal scheitern wir, aber der Kampf geht immer weiter. Für einige beginnt der Kampf wie für die Patienten von Hilde Bruch in der Kindheit. Für andere beginnt er mit zwanzig als frischgebackene Studienanfänger, im ersten Jahr weg von zu Hause, wenn sich um die Taille und an den Hüften auf einmal diese Fettpolster bilden. Wieder andere werden sich zwischen dreißig und vierzig oder zwischen vierzig und fünfzig dessen bewusst, dass das Schlankbleiben auf einmal nicht mehr so mühelos ist, wie es einmal war.

Wenn wir dicker sein sollten, als die medizinischen Autoritäten dies für gut befinden, und wir aus irgendeinem Grund einen Arzt aufsuchen, wird dieser uns wahrscheinlich mehr oder weniger nachdrücklich nahelegen, dieses Problem anzugehen. Fettleibigkeit und Übergewicht, werden wir unterrichtet, erhöhen für nahezu jede chronische Krankheit, die einen ereilen kann, das Risiko, an einer oder mehrerer dieser Krankheiten zu erkranken – Herzleiden, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Demenz, Asthma. Wir werden ermahnt, regelmäßig Sport zu treiben, eine

Diät zu machen und weniger zu essen, als ob der Gedanke oder der Wunsch, dies zu tun, uns noch nie durch den Kopf gegangen wäre. „Häufiger als bei jeder anderen Krankheit“, so Bruch über Fettleibigkeit, „gehen die Patienten nur zum Arzt, um sich von diesem zu einem ganz besonderen Trick ermuntern zu lassen, nämlich weniger zu essen, nachdem sie bereits selber die Erfahrung gemacht haben, dass dieser Trick nicht funktioniert.“

Die Ärzte, die zu der Zeit von Hilde Bruch praktiziert haben, waren nicht unbedacht, und die heutigen sind es auch nicht. Sie sind nur von einem mangelhaften Glaubenssatz überzeugt – einem Paradigma –, der sie davon ausgehen lässt, dass der Grund, aus dem wir dick werden, eindeutig und unbestreitbar ist und das Gleiche auch für die Abhilfe gelten muss. Wir werden dick, sagen uns unsere Ärzte, weil wir zu viel essen und/oder uns zu wenig bewegen, weshalb das Heilmittel darin bestehe, das Gegenteil zu tun. Zumindest sollten wir, wie Michael Pollan es so eingängig in seinem Bestseller *In Defense of Food* [deutsch: *Lebens-Mittel: Eine Verteidigung gegen die industrielle Nahrung und den Diätenwahn*] empfohlen hat, „nicht zu viel essen“, das würde schon reichen. Wenigstens würden wir dann nicht noch dicker werden. Diese Sichtweise hat Bruch 1957 als die „in den USA vorherrschende Ansicht“ beschrieben, „der zufolge das Problem der Fettleibigkeit einfach nur darauf zurückzuführen ist, dass die Betroffenen mehr essen, als der Körper benötigt.“ Inzwischen ist dies weltweit die vorherrschende Ansicht im Hinblick auf die Ursache von Fettleibigkeit.

Wir können dies als „Kalorienaufnahme-Kalorienverbrauch“-Paradigma oder als „Überernährungs“-Paradigma bezeichnen – oder auch als „Energiebilanz“-Paradigma, wenn wir es fachsprachlich ausdrücken wollen. Laut Weltgesundheitsorganisation „ist die grundlegende Ursache von Fettleibigkeit und Übergewicht eine unausgewogene Energiebilanz, ein Ungleichgewicht zwischen aufgenommenen Kalorien einerseits

und verbrauchten Kalorien andererseits.“¹ Wir werden dick, wenn wir mehr Energie aufnehmen, als wir verbrauchen (also, in wissenschaftlicher Terminologie, eine positive Energiebilanz aufweisen), und wir nehmen ab, wenn wir mehr Energie verbrauchen, als wir aufnehmen (also eine negative Energiebilanz aufweisen). Nahrung liefert Energie, und wir messen diese Energie in Kalorien. Wenn wir also mehr Kalorien aufnehmen, als wir verbrauchen, werden wir dicker. Wenn wir weniger Kalorien aufnehmen, als wir verbrauchen, nehmen wir ab.

Diese Denkweise über unser Gewicht ist so einleuchtend und so verbreitet, dass es heutzutage praktisch unmöglich ist, nicht zu glauben, dass es sich so verhält. Obwohl wir über jede Menge Beweise verfügen, die das Gegenteil belegen – und egal, wie viel Zeit unseres Lebens wir bewusst, jedoch erfolglos damit verbracht haben zu versuchen, weniger zu essen und uns mehr zu bewegen –, ist es wahrscheinlicher, dass wir unsere Urteilsfähigkeit und Willenskraft infrage stellen als diesen Glaubenssatz, der besagt, dass unser Gewicht dadurch bestimmt wird, wie viele Kalorien wir aufnehmen und verbrauchen.

1 Derartige offizielle Feststellungen werden allgemein verbreitet. Hier noch einige weitere Beispiele. Die Centers for Disease Control and Prevention der USA: „Gewichtskontrolle ist einzig und allein eine Frage des Gleichgewichts. Es geht darum, die Menge der Kalorien, die man aufnimmt, mit der Menge an Kalorien, die der Körper verbrennt, in Einklang zu bringen.“ Der Medical Research Council von Großbritannien: „Auch wenn die Zunahme von Fettleibigkeit nicht auf einen einzelnen Faktor zurückgeführt werden kann, ist der Grund schlicht und einfach in dem Ungleichgewicht zwischen aufgenommener Energie (durch die Nahrung, die wir zu uns nehmen) und verbrauchter Energie (vor allem durch körperliche Betätigung) zu finden.“ INSERM, das französische nationale Institut für Gesundheit und medizinische Forschung: „Überschüssiges Körpergewicht ist immer einer Folge eines Ungleichgewichts zwischen aufgenommener und verbrauchter Energie.“ Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit: „Übergewicht ist die Folge einer zu hohen Energiezufuhr im Vergleich zum Energieverbrauch.“

Index

A

Adrenalin 137
 Afroamerikaner 16, 197
 Alkohol 157, 175, 282
 Altern 235
 Alzheimer 197
 Aminosäuren 204–205, 207
 Appetit 33, 42, 46–48, 51, 78–79, 84, 88–89, 105, 253
 Pervertierter-Appetit 84, 88, 116–117
 Armut und Fettleibigkeit 6–7, 13, 15–17, 19–21, 35, 124
 Asthma 238
 Atherosklerose 230, 232
 Avocado 280

B

Ballaststoffe 24, 165, 267–268, 285
 Unverdauliche 153, 193
 Bauchspeicheldrüse 125, 129, 136, 138, 145, 149, 232, 237
 Bier 57, 151, 157, 164, 205, 280
 Bierbauch 67, 71, 157
 Blutdruck 147, 226, 228, 232, 234, 257, 258, 272
 Blutfett. *Siehe* Lipide
 Bluthochdruck 195, 216, 232, 234, 259, 279
 Blutzucker 124–126, 130, 133, 136, 137, 140, 144–145, 147–152, 155–158, 160–161, 192, 206, 232, 234–237, 259, 273, 282
 Body Mass Index 69
 Bouillon 279
 Butter 209, 224, 256, 281

C

Cholesterin 14, 187, 202, 209, 212, 215, 219, 222–226, 228–229, 233–235, 257, 272
 HDL 147, 221–225, 228, 230, 232, 272
 LDL 213, 218, 220–221, 224–225, 229, 231
 Citrat 157
 Cortisol 138

D

Desserts 281
 Diabetes 18–19, 34, 53, 87, 134, 149, 157, 174, 208, 214, 226, 232–238, 241–242, 266, 269–270, 272–273, 275
 Diät 39, 51, 81, 92, 96, 101, 110, 120, 123, 163–168, 179–180, 186.
Siehe auch Ernährung
 600-Kalorien-am-Tag 31
 Atkins 225–228, 240–241, 247, 264–265, 269
 Banting 176
 Essen-Sie-so-viel-Sie-wollen 181
 Fleischreich 174, 180, 188, 260, 265, 268
 Hungern 26, 30, 78–80, 83, 101, 109–113, 124, 167, 204, 249–254, 283
 Kein-Zucker-keine-Stärke 278–286
 Ketogene 207–208
 Mittelmeer 15, 224
 Nahrungsmittel 186, 244, 283
 Ornish 227
 Paleo 266–267

- Ratgeber 98, 240, 260
 - Scheitern 83–84, 96, 120, 163–168, 245, 249
 - Traditionelle 227
 - Umsetzung 239–261
 - Zone 227
- E**
- Eier 169, 179, 205, 209, 221–222, 224–225, 241, 256, 266, 279, 281, 283
 - Eierstöcke 92–96, 107, 130
 - Endokrinologie 82, 116, 118, 122, 178, 183, 242
 - Energie
 - Energiebedarf 42, 141
 - Energiebilanz 55, 57, 59–60, 68, 73, 97
 - Energiedichte von Nahrungsmitteln 165, 211–212, 237
 - Energieerhaltung 73, 103
 - Energiegehalt in Nahrungsmitteln 5, 264
 - Energiegewinnung 133, 146–148, 247, 253–255, 256, 264–265, 271–272
 - Energieverbrauch 34, 35, 41–43, 46–47, 50, 51–53, 58–59, 78–80, 83, 86, 93–94, 105–106, 109, 113–114, 117, 250, 253–254, 264
 - Energievorrat 100
 - Energiezufuhr 194, 254
 - Epilepsie 208
 - Ernährung 220. *Siehe auch* Diät, Mangelernährung, Unterernährung
 - Ausgewogene 202–208
 - Empfohlene 166, 184, 187, 191, 195, 198, 213
 - Ernährungspyramide 184, 191
 - Evolution und 188, 194, 206
 - Fettarme 24–25, 72, 163–165, 171, 191, 212–218, 223, 226, 231, 235, 255, 259, 269, 281
 - Fettreiche 186, 212, 225–226, 228–229, 235, 255, 264, 269
 - Gesunde 202–237
 - Insulin beeinflusst durch 147, 151
 - Jäger und Sammler 190–194, 266
 - Kalorienreduzierte 28–31, 108, 110, 167, 182, 223, 226, 269, 283
 - Kohlenhydratreduzierte 171, 177, 181, 184, 187, 192, 201–202, 206, 208–209, 212, 225, 228, 231, 235, 240, 242, 244, 249, 252–253, 255, 258, 260–261, 264, 267, 275–276, 282–285
 - Kohlenhydratreiche 124, 141, 151, 163, 171, 213, 223, 230, 259, 268, 271, 273, 275
 - Mittelmeerdiät 14–15, 224
 - Proteinreiche 225, 255–256
 - Und chronische Krankheiten 195–201
 - Vegane 246, 265
 - Vegetarische 191, 199, 200, 246
 - Westliche 194–199
 - Essensreduktion 24–31
 - Evolution 101–102, 188, 194, 206, 212, 266
- F**
- Fasten 31, 120, 244
 - Fett
 - Energie in 56
 - Fettanteil 66, 100, 106, 107, 180, 184, 256
 - Speicherung 93–94, 108, 112–113, 115–116, 123–141, 143–147, 271
 - Fettarm. *Siehe auch* Ernährung, fettarme
 - Nahrungsmittel 166, 186, 221–222, 283

Fettkonsum, zu hoher 168, 213–214, 217–218, 228, 252, 258, 273
 Fettleber 157, 238
 Fettleibigkeit. *Siehe auch* Armut und Fettleibigkeit
 Das Einmaleins der Fettleibigkeit 91–272
 Fettleibigkeitsepidemie 4–6, 13, 33, 35–37, 87, 148–149, 154, 172, 214, 232
 Fettleibigkeitsforschung 28–29, 79, 84
 Fettregulierung 96–104, 108, 109, 111, 115–116, 118–123, 133, 168, 183, 245, 264, 275
 Fettreich. *Siehe auch* Ernährung, fettreich
 Nahrungsmittel 165, 187, 225
 Fettsäuren 127–128, 131, 133–134, 136–138, 140, 157, 159, 186–187, 202, 205, 207, 209–214, 216–222, 224–231, 233, 269, 274
 Fettspeicher 100–101, 112, 248, 275
 Fettspeicherung und -abbau VI–XXV, 96–97, 99–100, 102, 109, 111, 115–116, 118–119, 122–141, 168, 245, 264, 275
 Fettstoffwechsel 124, 127, 130, 132, 245
 Fettzellen 94–96, 103, 111, 123–129, 132–134, 136, 138, 140, 144–147, 156, 167, 232, 234, 245, 252, 253
 Fisch 10, 31, 175, 178, 181, 184, 191, 194, 198–199, 226, 241, 255, 256, 267, 279
 Fleisch 14–15, 31, 34, 67, 173, 175–176, 178, 181, 184, 187, 191–193, 194, 197–200, 205, 256, 266–267,

270, 278, 281, 285. *Siehe auch* Diät, fleischreich
 Frauen 96, 149, 177, 181, 221, 243
 Armut und Fettleibigkeit 6–7, 16–23
 Brustkrebs 196
 Fettarme Diät 24–25, 217–218
 Fettverteilung in 61–62, 67–69, 99, 131
 Kohlenhydratreduzierte Diät 244
 Pima 8–12
 Sioux 13
 Fruchtsäfte 151, 164, 280, 285
 Fruchtzuckergehalt, Maissirup mit hohem 154–155, 162, 167, 233, 285
 Fructose 125, 154–157, 161, 164, 167, 273, 285

G

Geflügel 31, 178, 181, 184, 194, 226, 241, 267, 278, 281
 Gehirn 161–162, 207, 250
 Gemüse 24, 173, 191, 193, 198–200, 206, 217–218, 247, 278–280, 284, 285
 Blattgemüse, grünes 153, 204–205, 241–242, 246, 248, 267
 Grünes 154, 165, 167, 179, 267–268, 279
 Stärkehaltiges 240, 246, 265, 267
 Gene 63–67, 77, 99, 103, 116, 118–119, 142, 148, 189, 194–195, 222, 243, 270, 276
 Manipulation 65, 107–113
 Getränke 282
 Gewicht halten 11, 26, 31, 35, 38, 40, 55, 57–59, 158, 186, 213, 252, 259, 265
 Gewichtskontrolle 46, 49, 51, 183, 274

Gewichtsverlust 25–26, 28, 31, 33, 43, 49–50, 96, 167, 181, 182, 203, 212, 227–228, 245, 247–248

Gewürzgurken 280

Gicht 234–235, 238, 257

Glucose 120, 125–126, 128, 133, 136, 144–146, 149–150, 152, 155–157, 159, 161, 174, 205–208, 256, 273, 285

Glucoseintoleranz 147, 232

Glycerol 128, 134, 207

Glykämischer Index 152, 192, 246, 265

Glykogen 126, 130, 143, 146, 161

H

Harnsäure 234

Herzerkrankungen 14, 24, 102, 155, 184–187, 195, 201–203, 209–214, 218–224, 226–227, 229, 231–234, 238, 266, 269, 273, 275

High-fructose corn syrup.
Siehe Maissirup mit hohem Fruchtzuckergehalt

Hindus 199, 200

HIV 70–71

Hormone 82, 94, 96–97, 99, 114, 119–120, 129, 136–137, 142, 243, 264–265, 275. *Siehe auch* Östrogene, Testosteron, Insulin

Anomalien 236, 275

Sexualhormone 92, 94, 99, 131, 137

Wachstumshormone 105, 137

Hormonsensitive Lipase (HSL) 133–134, 136, 138, 142

Hunger 11, 23, 51–52, 92, 120–121, 127, 140–141, 159, 204, 254, 268, 271, 278. *Siehe auch* Diät, hungern
Heißhunger 86, 160–162, 249–250, 253, 282

Hyperinsulinämie 273. *Siehe auch* Insulinresistenz

Hypoglykämie 259

I

Insulin 125–126, 129, 132–152, 155–161, 165, 167, 185, 193, 206–207, 223, 232–237, 243–244, 250, 258–259, 264, 271–272, 275–276

Insulinresistenz 138, 144–149, 156, 160, 228, 232–236, 250, 273–274

Inuit 192, 197, 199–200, 256, 268

J

Jäger und Sammler 190–194, 266

K

Kalorien

Fettkalorien 165–166, 203

Gesamtkalorien 58, 165, 191, 192–193, 198, 226–227, 256

Kalorienreduziert. *Siehe* Ernährung, kalorienreduzierte

Kalorienreich 154, 164, 225

„leere“ 155, 278

Zählen 72, 180, 264, 283

Zwanzig, am Tag 55–60, 139

Kalorienaufnahme-Kalorienverbrauch-Konzept 19, 33, 40–41, 55–60, 63, 67, 69, 71, 73, 81–82, 87, 93, 102, 170, 260

Käse 279

Keto-Anpassung 257

Ketogene Diäten 207

Kinder 5–8, 13–16, 21–23, 60, 63, 104, 112, 118, 148–149, 181, 251

Knollenfrüchte 193, 266

Koffein 282

Kohlenhydrate 169

Gesamtkohlenhydratgehalt 285

In Alkohol 157, 282

Kohlenhydrate...

Kohlenhydratkonsum, zu hoher 179, 194, 203–206, 223, 228, 233, 238, 243–251, 257, 264–265, 272, 274–275

Kohlenhydratreich 157, 160, 179, 183, 193, 202, 236, 254. *Siehe auch* Ernährung, kohlenhydratreiche

Leere 278

Leicht verdaulich 145, 159, 211, 250, 273–274, 274

Raffinierte 194, 203–204, 240, 265, 273–274

Und Insulin 129, 134, 135, 139, 161, 264

Kohlenhydratreduktion 158, 203–204, 209, 246, 250, 265, 267, 273, 274–275. *Siehe auch* Ernährung, kohlenhydratreduzierte

Kohlenhydratentzug 257

Speiseplan 283

Körperfett 25, 47–48, 52, 61, 68, 94, 98–99, 106, 108–113, 118–119, 151, 175, 182, 237, 247, 271–272

Körperliche Arbeit 12, 17, 20, 33, 35

Krankheiten, chronische 34, 45, 189, 195–196, 203, 210, 265–266, 272–273

Krebs 5, 24, 34, 88, 102, 172, 195–196, 199, 236–238, 266, 269, 272–273, 275

Brust 196–197, 216, 218, 237

Darm 197, 218

Lungen 151, 158, 162, 198, 203

L

Leber 126, 134, 136, 140, 145, 155–156, 161, 174, 207, 232, 234, 269

Leberverfettung 156, 238

Limettensaft 280

Lipide 68, 228, 276

Lipidabweichungen 232

Lipodystrophie, progressive 68–70

Lipoproteinlipase (LPL) 94–96, 99, 130–133, 136, 138, 142

M

Maasai 199, 200, 268

Mais 270

Maissirup mit hohem Fruchtzucker-gehalt 154–155, 162, 167, 233, 280, 285

Maltose 157, 285

Mangelernährung 6, 14–16, 20–22

Männer, Fettverteilung in 67–68, 99, 131

Mayonnaise 280

Medikamente 31, 71, 221, 259, 283
Cholesterinsenkende 213, 215, 219–220

Meeresfrüchte 279

Mehl 151, 157, 169, 170, 178, 193, 200–201, 267, 273

Mengen 282

Menopause 96, 131

Metabolisches Syndrom 231–238, 242, 269, 272–273, 275

Mineralien 14, 155

Muskeln 52, 67, 74, 110–113, 132–133, 140–141, 143, 145–148, 156, 160, 168

Muskelzellen 94, 126, 130–134, 141, 145–147, 167, 232

N

Nährstoffe 112–113, 142, 148, 159, 161, 166–167, 171, 191, 195, 204–205, 211–212, 264, 266, 278

Natrium 234, 258, 268, 279

Nieren 110, 206, 234, 258

O

Obst 24, 153–154, 156, 173, 175, 191, 194, 198–200, 206, 217–218, 241, 247, 271, 280, 283

Öle 281

Ölsäure 224

Oliven 280

Olivenöl 15, 224, 240, 281

Östrogen 94, 96, 99, 131, 243

Oxidativer Stress 235

P

Paleo-Diät 266–267

Pima 8–13, 16

Protein

Proteinanteil 182, 256

Proteingehalt 191, 255

Proteinkonsum, zu hoher 168, 252, 258

Tierisches 153

Proteinreich 130, 225, 255–256

Pubertät 16, 68–69, 105

S

Saccharose 154–155, 233, 273

Sahne 280

Salat 279

Schlaf 126, 139, 207, 274

Schlaganfall 195, 218, 232

Schlankheit 6, 10, 37, 57–60, 63, 68–70, 102, 113–114, 142, 146–147, 158, 209–211, 237–238, 243, 269–270, 273

Schmalz 224

Schwangerschaft 131, 149

Sioux 13, 19, 22

Snacks. *Siehe* Zwischenmahlzeiten

Softdrinks 5, 7, 151, 154–155, 164, 167, 200

Sojasaucen 280

Speiseplan, kohlenhydratreduziert 283

Sport 5, 7, 20, 33, 34, 36–39, 42–46, 49–50, 51, 53, 55, 61, 71, 78, 80, 84, 113, 117, 123, 132, 143, 147, 167, 172, 176, 180, 202, 222, 227, 254, 258, 271. *Siehe auch* Training

Stärke 152, 155, 165, 170–171, 174–176, 186, 192, 194, 204, 241, 278. *Siehe auch* Kohlenhydrate

Kein-Zucker-keine-Stärke-Diät 280–285

Steatopygie 61–62, 99

Stoffwechsel 77, 80, 118, 147–148, 208. *Siehe auch* Metabolisches Syndrom

Stoffwechselstörungen 107, 147, 232–233

Stress 121, 138

Sucht 211, 250

Sukrose 285

Süßigkeiten 5, 158, 161, 167, 171–172, 178, 186, 194, 200, 241

Süßstoffe, künstliche 154–155, 251, 281

T

Testosteron 131, 243

Thermodynamik 72–80, 103, 202

Tierische Produkte 175, 205, 225, 245, 256

Tierische Fette 224

Tierisches Protein 153

Vitamin C 206

Trägheit. *Siehe* Bewegungsmangel, Völlerei

Training 33, 42, 44, 49, 52, 132, 164, 167. *Siehe auch* Sport

Transfette 224, 281

Triglyceride 94, 127–128, 130, 133–134, 136, 138, 165, 207, 221, 229, 234–235

U

Überernährung 4, 20, 73, 76
 Übergewicht. *Siehe* Fettleibigkeit
 Unterernährung 14, 21–22, 60, 117.
Siehe auch Mangelernährung

V

Vegan. *Siehe* Ernährung, vegane
 Vegetarisch. *Siehe* Ernährung, vegetarische
 Verdauung 125–127, 139, 151, 170, 193
 Verstopfung 268
 Viszerales Fettgewebe 269
 Vitamine 14, 154–155, 204–205
 Vitamin A 45, 205
 Vitamin B 204–206
 Vitamin B12 205
 Vitamin C 45, 154, 205–206
 Vitamin D 205
 Vitamin E 205
 Völlerei 20–21, 81–82, 96–97, 111, 113–114, 117, 119, 121. *Siehe auch* Trägheit

W

Wachstum 21, 97, 105–107, 112, 114
 Faktoren 237
 Weltgesundheitsorganisation 5, 36, 55, 196, 218, 269

Z

Zellen 79–80, 94–95, 98, 124–128, 130, 133–134, 140–142, 144–145, 148–149, 159, 161, 167, 205–206, 234, 256. *Siehe auch* Muskelzellen, Fettzellen
 Zitronensaft 280
 Zone-Diät 227
 Zucker 12, 125, 153–157, 165, 169–171, 174–176, 178–179, 183, 186–187, 192, 193–194, 198, 200, 203–204, 210–211, 233, 236, 240, 241, 243, 246, 247, 265–268, 269, 272–274, 285. *Siehe auch* Fructose, Glucose, Maissirup
 Kein-Zucker-keine-Stärke-Diät 278–286
 Sucht 161–162, 250–251
 Zucker-Ratten 109–111
 Zwillinge 63–64
 Zwischenmahlzeiten 187, 253, 280
 Zytokine 234

Gary Taubes

Warum wir dick werden

Und was wir dagegen tun können

344 Seiten, geb.
erscheint 2018

[Jetzt kaufen](#)



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise www.narayana-verlag.de