

Gary Taubes

Warum wir dick werden

Leseprobe

[Warum wir dick werden](#)

von [Gary Taubes](#)

Herausgeber: Narayana Verlag



<https://www.unimedica.de/b22819>

Sie finden bei [Unimedica](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung](#), [vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Unimedica im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@unimedica.de

<https://www.unimedica.de>



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

384 Seiten, geb.
erscheint 2018



Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung

www.unimedica.de